

Die Geschlechterverteilung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den deutschen Frauenkliniken

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von Thomas Karl Riepen
aus Ludwigshafen-Oggersheim

Gießen 2017

Aus dem Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
der Justus-Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg

Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg
Gutachter: Priv.-Doz. Dr. biol. hom. H. Jurkat
Tag der Disputation: 07. August 2017

Meiner geliebten Tochter Karla

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Feminisierung in der Gynäkologie - die Geschlechterverteilung im Wandel.....	1
1.2	Entwicklung in Europa.....	3
1.3	Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika.....	3
1.4	Entwicklung in Osteuropa / Russland.....	4
1.5	Fragestellung.....	4
2	Material und Methode.....	6
2.1	Erhebungsbogen.....	7
2.2	Kollektiv.....	7
2.3	Ethikvotum.....	7
2.4	Statistik.....	7
3	Ergebnisse.....	8
3.1	Alter und Geschlechterverteilung zum aktuellen Zeitpunkt.....	9
3.1.1	Entwicklung an der Universitätsfrauenklinik Gießen.....	11
3.2	Aktuelle Bewerbungssituation und subjektive Wahrnehmung der Hintergründe der Veränderungen.....	16
3.3	Ursachen für den Rückgang von männlichen Bewerbungen.....	17
3.4	Lebensziele von weiblichen und männlichen Gynäkologen.....	20
3.5	Motivation für eine operative Laufbahn, Übernahme von Aufgaben außerhalb der Dienstzeit, Bereitschaft zur Forschung.....	21
3.6	Organisation des Klinikbetriebes.....	23
3.7	Die Rolle der Honorarärzte.....	24

4	Diskussion.....	26
5	Zusammenfassung.....	34
6	Summary.....	35
7	Grafik - Diagramm- Tabellenverzeichnis.....	36
8	Literaturverzeichnis.....	38

9	Anhang.....	43
	A Erhebungsbögen	
	A.1 Erhebungsbogen 1	
	A.2 Erhebungsbogen 2	
B	Publikationsverzeichnis	
C	Erklärung zur Dissertation	
D	Dank	

1 Einleitung

1.1 Die Geschlechterverteilung der Mitarbeiter an deutschen Frauenkliniken; Feminisierung der Gynäkologie, die Geschlechterverteilung im Wandel

Die faszinierende Vorstellung, Arzt zu werden, begeistert aktuell überall in der Welt immer mehr Frauen. Von den USA bis nach Russland und von Italien bis nach Schweden steigt die Zahl der Frauen, die sich für ein Medizinstudium entschieden, es abgeschlossen und sich für die Tätigkeit als Ärztin qualifiziert haben.

Seit dem 8. Jahrhundert waren Klöster und Domschulen die wichtigsten Bildungsstätten. Sie verloren an Einfluss und Bedeutung, als um 1200 n. Chr. die ersten Universitäten gegründet wurden. In Bologna, Padua, Neapel, Montpellier und Paris entstanden die wichtigsten medizinischen Fakultäten.

Die meisten Lehrenden waren Ordens- und Weltgeistliche. Aufgrund des 1. Korinther-Briefes wurden von der katholischen Kirche Frauen vom Priestertum und Predigtamt ausgeschlossen. Da nur Geistliche studieren durften, wurde den Frauen auch keine universitäre Ausbildung gestattet.

Dennoch waren einige Frauen tätig als Medica. Hinweise auf diese medizinischen Praktikerinnen finden sich in der frühen Neuzeit.

Diese heilkundigen Frauen waren jedoch nicht akademisch ausgebildet. Allen Schwierigkeiten trotzend, haben einige Frauen medizinisches Wissen erwerben können:

Erst nach Zustimmung des Papstes konnte im katholischen Italien beispielsweise Maria Montessori ihr Medizinstudium als erste Italienerin beginnen.[14]

Agathe Streicher (1520-1581) erhielt ihre medizinische Ausbildung von ihrem Bruder und wurde vom Rat der Stadt Ulm als Ärztin angestellt.[16]

Dorothea Cristiana Erxleben wurde zusammen mit ihrem Bruder vom Vater unterrichtet und promovierte 1754 mit Genehmigung des preußischen Königs Friedrich des Zweiten an der Universität Halle/Saale.[17]

Auch der medizinische Dokortitel wurde Frauen in den folgenden 100 Jahren mit wenigen Ausnahmen verwehrt.

So zum Beispiel wurde Marie Anne Victoire Boivin (1773-1841) 1827 die Ehrendoktorwürde der Universität Marburg verliehen.[15]

Regina Josepha von Siebold erhielt 1815 den Ehrendokortitel der Universität Gießen.[18]

Marianne Theodore Charlotte von Siebold Heidenreich, geb. Heiland (1788-1859), wurde im März 1817 in Gießen mit der Arbeit „Über Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter und über Bauchhöhlenschwangerschaft insbesondere“ promoviert .[19]

Nach dem Abschluß ihrer Studien 1875 erhielt Emilie Lehmus keine Approbation für eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland. Sie ließ sich dennoch als Ärztin, im Rahmen der Kurrierfreiheit, in Berlin nieder und arbeitete dort bis zum Jahr 1900. [33]

1898 begann Frau Hermine Heusler-Edenhuizen mit dem Medizinstudium in Deutschland. 1903 erhielt sie an der Universitätsfrauenklinik Bonn als erste Frau eine bezahlte Assistentenstelle. 1909 komplettierte sie ihre Facharztausbildung und wurde die erste Fachärztin für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in Deutschland. [2]

Doch allgemein war es erst ab 1900 in Deutschland für Frauen möglich, ein Studium der Humanmedizin aufzunehmen. [3]

In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts lag der Anteil von Ärztinnen bei einem Wert von 20 %. Diese Zahl erfuhr jedoch in den letzten 40 Jahren einen Zuwachs.

In den letzten 15 Jahren nahm der prozentuale Anteil der Frauen stark zu. Der weltweite Anteil der Medizinstudentinnen liegt bei 40-50 % und der Anteil der Ärztinnen im Beruf schwankt zwischen 35-70 % . [13]

1.2 Die Entwicklung in Europa

Bis zum Jahre 1945 lag, zum Beispiel in Frankreich der Anteil der Frauen am Medizinstudium bei 5 %. Dies lag insbesondere daran, dass es bis zum Jahre 1980 einer Frau nach ihrer Heirat nur gestattet war, das Medizinstudium fortzusetzen bzw. zu beenden, wenn der Ehemann schriftlich zustimmte. Zur Jahrtausendwende sind von 166.000 Ärzten in Frankreich über 30 % weiblich. Von Experten wird prognostiziert, dass es zukünftig einen Frauenanteil von 50% geben wird.[13]

In Großbritannien kam es erst nach der Abschaffung der besonderen Zulassungsquote für Frauen (nur 22 % aller Medizinstudenten durften weiblich sein) und der spezifischen Zulassungskriterien für Studentinnen durch eine Gesetzgebung zu einem nennenswerten Anstieg von Frauen unter den Medizinstudenten.[13]

1.3 Die Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika

Die Vereinigten Staaten von Amerika, Vorreiter vieler Entwicklungen, die sich später in Europa durchgesetzt haben, haben erstaunlicherweise sehr lange auf die Tätigkeit weiblicher Ärzte verzichtet. Als im Jahre 1971 der Erlass des Equal Opportunity Act sowie verschiedene Förderungsmaßnahmen durchgesetzt wurden, konnte man eine nennenswerte Steigerung der Gesamtzahl von Medizinstudentinnen sowie von Ärztinnen beobachten. Waren 1970 nur 8,4 % der Absolventen der Medical Schools weiblich, so hat man 1990 bereits die 35 %-Grenze überschritten. Auch hier findet sich insgesamt eine steigende Tendenz.

Diese Zahlen sind jedoch sehr gering, setzt man sie in Vergleich zu denen, die aus den

osteuropäischen Ländern, wie zum Beispiel aus der ehemaligen Sowjetunion oder aus der ehemaligen Tschechoslowakei, gemeldet werden.[13]

1.4 Die Entwicklung in Osteuropa und Russland

In diesen Ländern liegt der Anteil der weiblichen Ärzte zwischen 60 und 70 %. Die Gründe hierfür liegen eher in dem weniger beliebten akademischen Beruf Arzt, mit niedrigerem sozialen Ansehen, als in einer erfolgreichen Gleichstellung der Frauen. [13]

1.5 Fragestellung

Vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklung entstand die Motivation zu dieser Studie. Die offensichtliche Entwicklung in der Gesellschaft und der Medizin, hier vor allem bei der Geschlechterverteilung in der Gynäkologie und Geburtshilfe, machte es notwendig die aktuellen Strukturen zu erfassen und mit den 3 Jahre zurückliegenden Daten zu vergleichen.

Dabei soll speziell der Frage nachgegangen werden, welche Schwierigkeiten und eventuellen Konsequenzen ergeben sich für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die gezielte Fragestellung nach Bewerbungen und Motivation der einzelnen Geschlechter sowie die Reflektion der letzten Jahre erscheint geeignet einen Trend in der Entwicklung aufzuzeigen.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit besteht darin, aufzuzeigen, wie die Entwicklung in den letzten Jahren an den deutschen Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe verlaufen ist und wie sich das Bild der Kliniken und Abteilungen verändert hat sowie welche möglichen Konsequenzen sich daraus ergeben.

Um einen zusätzlichen Eindruck des Wandels in den Kliniken zu bekommen, werden weitere Fragen aufgeworfen.

Wie stellt sich die augenblickliche Verteilung der Geschlechter dar?

Welche Kofaktoren und Strömungen gibt es, die diesen Verlauf beeinflussen?

Welche Motivation haben die einzelnen Geschlechter in der Gynäkologie und Geburtshilfe?

Welche Rolle spielen Honorarärzte?

2 Material und Methode

2.1 Erhebungsbogen

Der Erhebungsbogen 1 aus dem Jahre 2008 wurde zusammen mit Prof. Dr. med Möbus entwickelt. Angeschrieben wurde jeweils immer die Chefarztin oder der Chefarzt der Abteilung. Es wurde die Frage nach der Anzahl der Mitarbeiter insgesamt und in Abhängigkeit vom Geschlecht gestellt. Nach Ausbildung, Alter und Funktion wurde unterschieden. Gründe für die damalige Situation der Geschlechterverteilung an den deutschen Frauenkliniken und Einschätzungen über die weitere Entwicklung des Geschlechterwandels wurden erhoben. Es wurden Fragen hinsichtlich der Motivation der Mitarbeiter entworfen.

Ausgehend von dem Erhebungsbogen 1 der Umfrage aus dem Jahre 2008 wurde ein Erhebungsbogen 2 entwickelt. Dieser wurde geringfügig erweitert und in manchen Fragen abgeändert. Auch hier wurden die Leiter/innen der Abteilungen direkt angeschrieben. Der Erhebungsbogen 2 umfasst insgesamt 18 Fragen für die Umfrage 2011/2012 zum Thema des Geschlechterwandels an den Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Im Erhebungsbogen 2 wurde die Frage nach der Zusammensetzung der Geschlechter der ärztlichen Mitarbeiter hinsichtlich des Alters, der Funktion und der Ausbildung gestellt.

Ebenso wurden Fragen zur Einschätzung der Bewerbungssituation, der jeweiligen Hintergründe und der Motivation der Mitarbeiter entwickelt.

Einige Fragen befassten sich mit der persönlichen Meinung des / der Befragten. Erstmals wurde auf die Rolle der Honorarärzte eingegangen und Fragen zu Häufigkeit, Dienst- und Geschlechterverteilung gestellt.

Die Erhebungsbögen sind im Anhang dargestellt.

2.2 Kollektiv

Der Erhebungsbogen 2 wurde Ende 2011/ Anfang 2012 an alle deutschen Hauptabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe verschickt. Alle leitenden Ärzte, Chefärzte sowie Direktoren wurden somit befragt. Die Anschriftenliste übernahmen wir aus der „Milupa Liste“.

Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen konnte entweder als Fax, per E-mail oder postalisch erfolgen.

Im März 2012 folgte eine Erinnerung an die Kliniken, die noch nicht geantwortet hatten. Auf diese Weise wurden 470 Fragebögen versendet.

Der Erhebungsbogen 1 wurde im Frühjahr 2008 an alle deutschen Hauptabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe versendet. Es erfolgte eine Erinnerung acht Wochen nach Zustellung der Erhebungsbögen. Auf diese Art wurden 565 Kliniken befragt.

2.3 Ethikvotum

Das Projekt wurde der Giessener Ethikkommission vorgelegt (Antragsnummer 83/2011) und wurde positiv bewertet.

Auf die Ergebnisse der bis dahin noch nicht veröffentlichten Umfrage von 2008 wurde eingegangen und deren Einschätzungen und persönlichen Meinungen wurden dargestellt.

2.4 Statistik

Die Erfassung und die statistische Auswertung der Daten erfolgte 2008 und 2012 unter der Verwendung von SPSS (Version 11.5.1.325). Dabei wurden die folgenden statistischen Berechnungen und Tests eingesetzt: Häufigkeitsanalysen, Kreuztabellen und Korrelation mit Chi-Quadrat-Test, One-Way-Anova.

3 Ergebnisse

Im Frühjahr 2008 wurden 565 Erhebungsbögen versendet, der Rücklauf betrug 73,6%. Dies entspricht 416 Erhebungsbögen.

In den einzelnen deutsche Krankenhäusern beträgt der Mittelwert der ärztlichen Stellen 17,2; für die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung 9,7 , 12,5 bei den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung, 16,3 für die Krankenhäuser der Maximalversorgung und 30,3 für die Universitätskliniken.

In die Auswertung wurden 228 Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, 117 Schwerpunktkrankenhäuser, 47 Krankenhäuser der Maximalversorgung und 24 Universitäten aufgenommen.(Tabelle 3.0)

470 Erhebungsbögen wurden 2011/2012 versendet, davon wurden 203 Erhebungsbögen zurückgesandt, somit betrug der Rücklauf 43,2%. In die Auswertung wurden 106 Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, 50 Schwerpunktkrankenhäuser, 31 Krankenhäuser der Maximalversorgung und 13 Universitäten aufgenommen. In den einzelnen Krankenhäusern beträgt der Mittelwert der ärztlichen Stellen 16. 8,8 für die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, 12,5 bei den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung, 15,1 für die Krankenhäuser der Maximalversorgung und 27,6 für die Universitätskliniken. (Tabelle 3.0)

Tabelle 3.0

Versorgungsstufe des KH	Mittelwert Arztstellen 2008	Mittelwert Arztstellen 2011/12
Grund und Regel	9,7	8,8
Schwerpunkt	12,5	12,5
Maximal	16,3	15,1
Uni	30,3	27,6
Gesamt	17,2	16

3.1 Die Geschlechterverteilung absolute Anzahl und Prozentsatz der Ärztinnen und Ärzte in Gynäkologie und Geburtshilfe in 2008 und zum Zeitpunkt 2011/12

Abbildung 3.1.1 zeigt , dass 2008 69% aller Gynäkologen und Geburtshelfer weiblich und 31% männlich waren. Abbildung 3.1.2 zeigt die Geschlechterverteilung von 2011/12 die bei 28% Männer und 72% Frauen liegt.

Abb. 3.1.1 Die Geschlechterverteilung im Jahre 2008

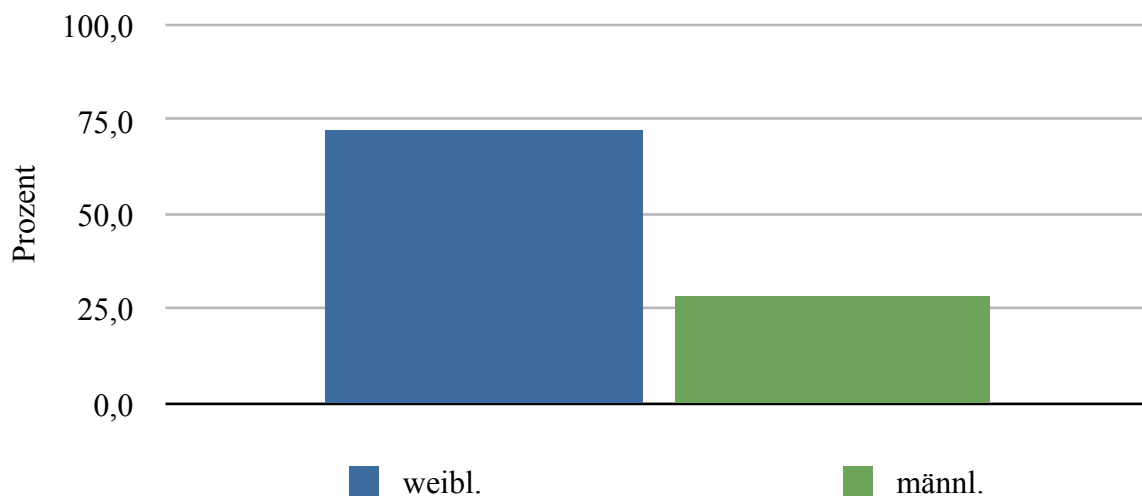


Abb. 3.1.2 Die Geschlechterverteilung im Jahre 2011/12

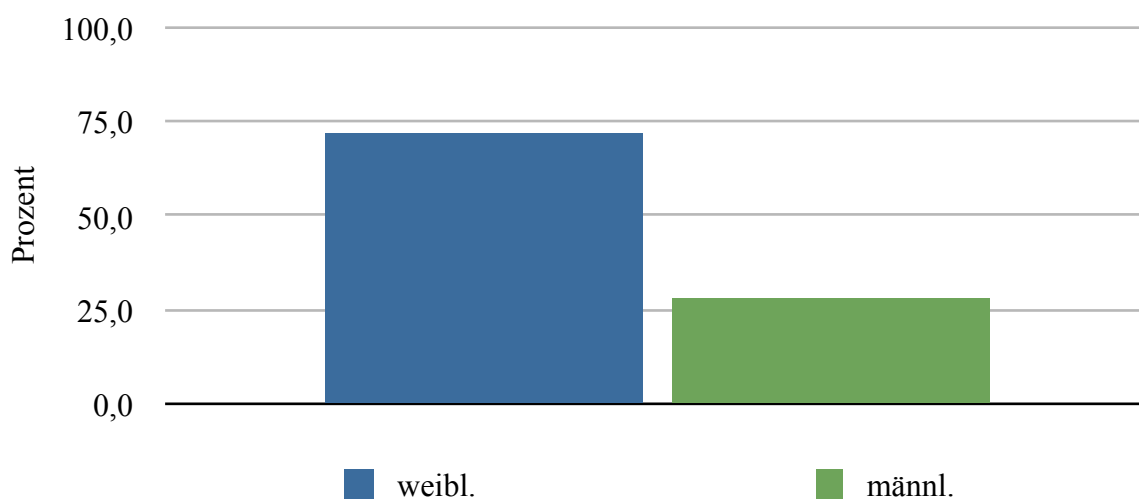


Abbildung 3.1.3 und Abbildung 3.1.4 zeigen den Anteil weiblicher und männlicher Mitarbeiter unter den Assistenzärzten, Fachärzten und Oberärzten im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahre 2008 und 2011/12

Abb. 3.1.3 Anteil der weiblichen und männlichen Mitarbeiter 2008

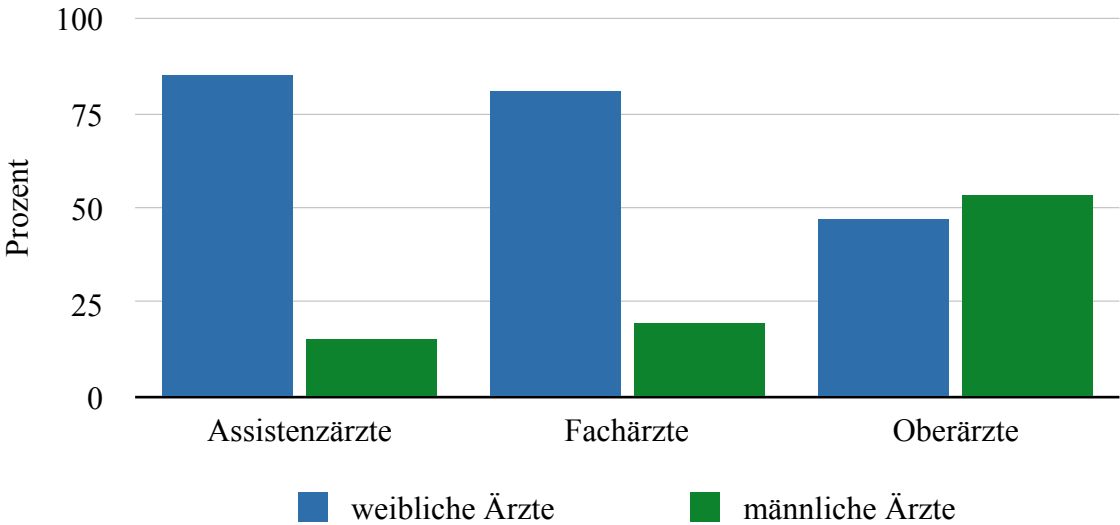
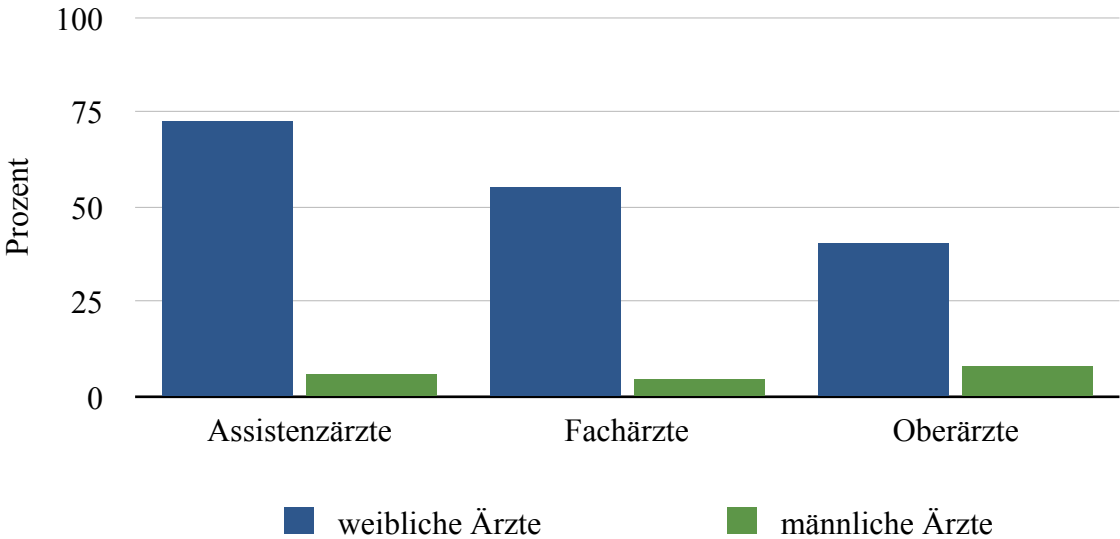


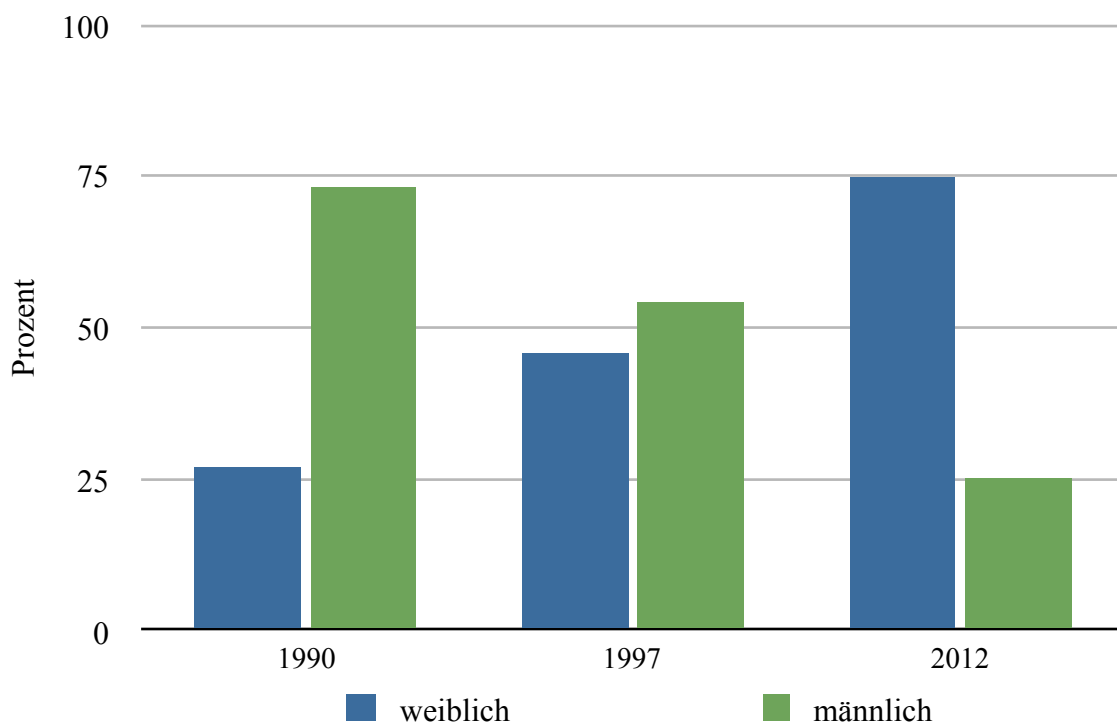
Abb. 3.1.4 Anteil der weiblichen und männlichen Mitarbeiter 2011/12



3.1.1 Die Entwicklung an der Universitätsfrauenklinik in Gießen

Auch an der Universitätsfrauenklinik in Gießen lässt sich dieser Wandel beobachten. Im Jahre 1990 waren 5 von 18 Assistenzärzten weiblich (27,7 %). Im weiteren Verlauf der Jahre nahm diese Zahl stetig zu. So waren 1997 46,6% Assistenzärzte weiblich (7/15) und bis heute sind, 9 von 12 Assistenzärzten weiblich, was einem Anteil von 75% entspricht. [14]

Abb. 3.1.1.1 Geschlechterverteilung an der Universitätsfrauenklinik Gießen

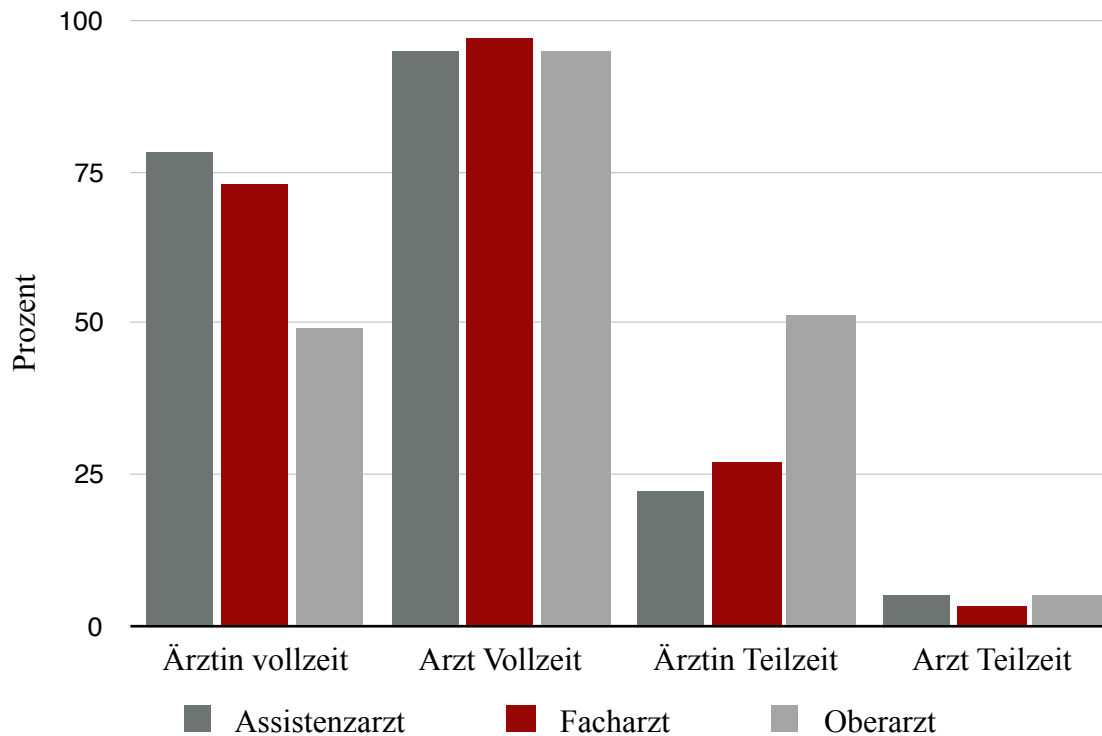


Es fand außerdem in der Umfrage von 2011/2012 eine Differenzierung in Voll- und Teilzeitstellen statt.

Im Bereich der Teilzeitstellen ist die Dominanz der weiblichen Mitarbeiter am größten, sie dominieren aber auch die Bereiche Assistenzarzt, Facharzt und Oberarzt. Lediglich im Bereich der leitenden Oberärzte und Chefärzte sind Gynäkologinnen

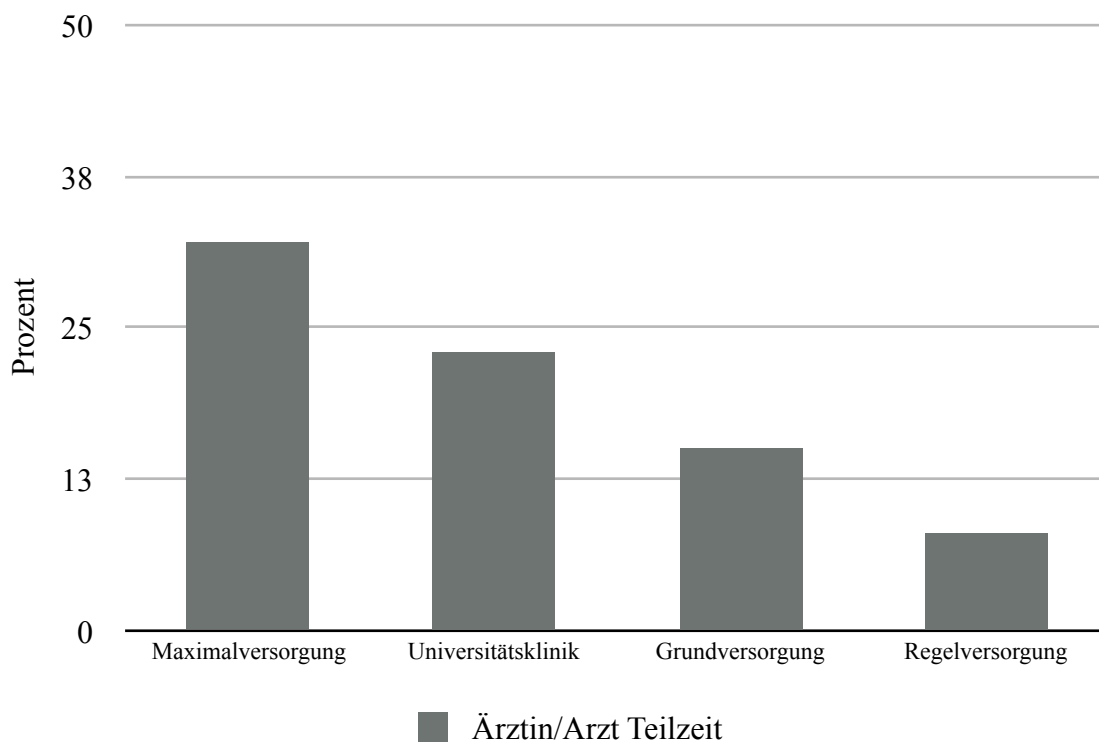
unterrepräsentiert. Ihr Anteil beträgt hier nur 33,5% bei den leitenden Oberärzten bzw. 16,5% bei den Chefärzten. Diese Zahlen haben sich auch in der Umfrage von 2008 ähnlich dargestellt. Hier waren 29,2 % aller leitenden Oberärzte weiblich und der Anteil an Chefärztinnen lag bei 13,3%.

Abb. 3.1.5 Differenzierung in Voll- und Teilzeitstellen der Mitarbeiter



Weitere Analysen zeigen, daß männliche Frauenärzte in Teilzeitstellen deutlich häufiger in den Abteilungen der Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie in den Universitäten anzutreffen sind (32% und 23% versus 15% und 8% in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie in Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung. (Chi2 = 8,8; df=3;p=0,032) (Riepen et al. 2013)

Abb. 3.1.6 Häufigkeit der Teilzeitstellen Ärzte 2011/12



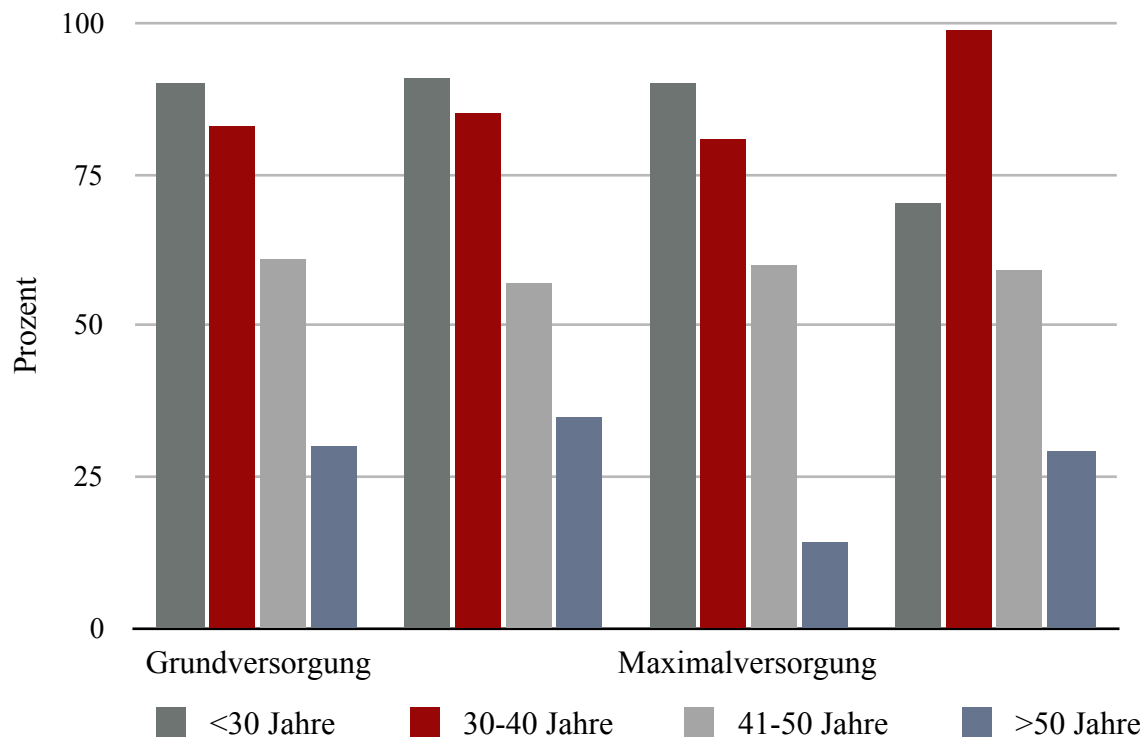
Es wurde geprüft, ob das Geschlecht des amtierenden Chefarztes einen Einfluß hat. Die Analyse zeigte, daß das nicht der Fall ist (ONEWAY ANOVA)(Riepen et al. 2013)

Des Weiteren wurde geprüft ob es im Trend einen höherer Anteil an weiblichen Chefarzten in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie in den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung im Vergleich zu Häusern der Maximalversorgung oder den Universitätskliniken gab $(\chi^2=0,069)$ (Riepen et al. 2013). Dieses wurde bestätigt.

Die Dominanz der weiblichen Mitarbeiter, vor allem in den jüngeren Altersgruppen, zeigt Abbildung 3.1.7

Hier wird der Anteil der weiblichen Mitarbeiter dargestellt, aufgegliedert in verschiedene Altersgruppen und Versorgungsstufen der Krankenhäuser.

Abb 3.1.7 relative Häufigkeit der weiblichen Mitarbeiter in Relation zum Alter und der Art der Klinik



Die Abbildung 3.1.8 und 3.1.9 zeigen den Anteil weiblicher Mitarbeiter in verschiedenen Altersgruppen im Vergleich zu den männlichen Mitarbeitern sowie den Verlauf der Entwicklung von 2008 zu 2011/12 und beschreibt, dass der Anteil weiblicher Mitarbeiter in den jüngeren Altersgruppen deutlich überwiegt und konstant hoch bleibt.

Abb. 3.1.8 Altersstruktur und Verteilung der Geschlechter 2008

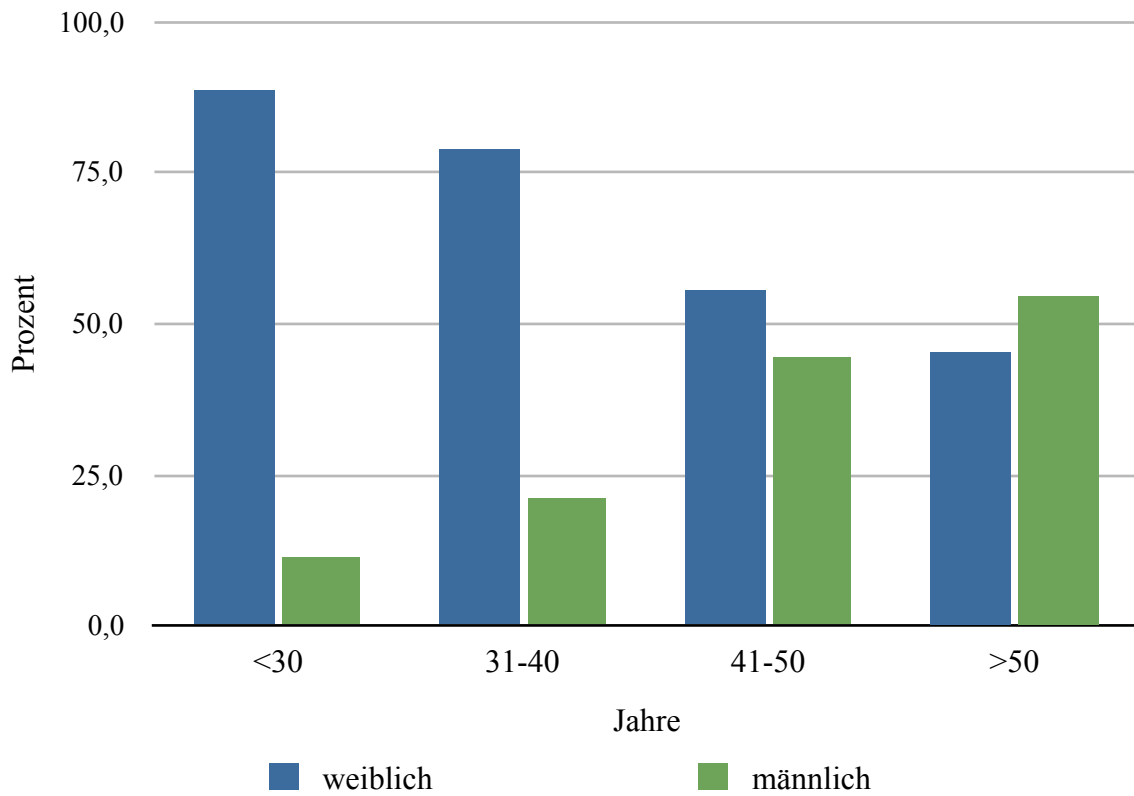
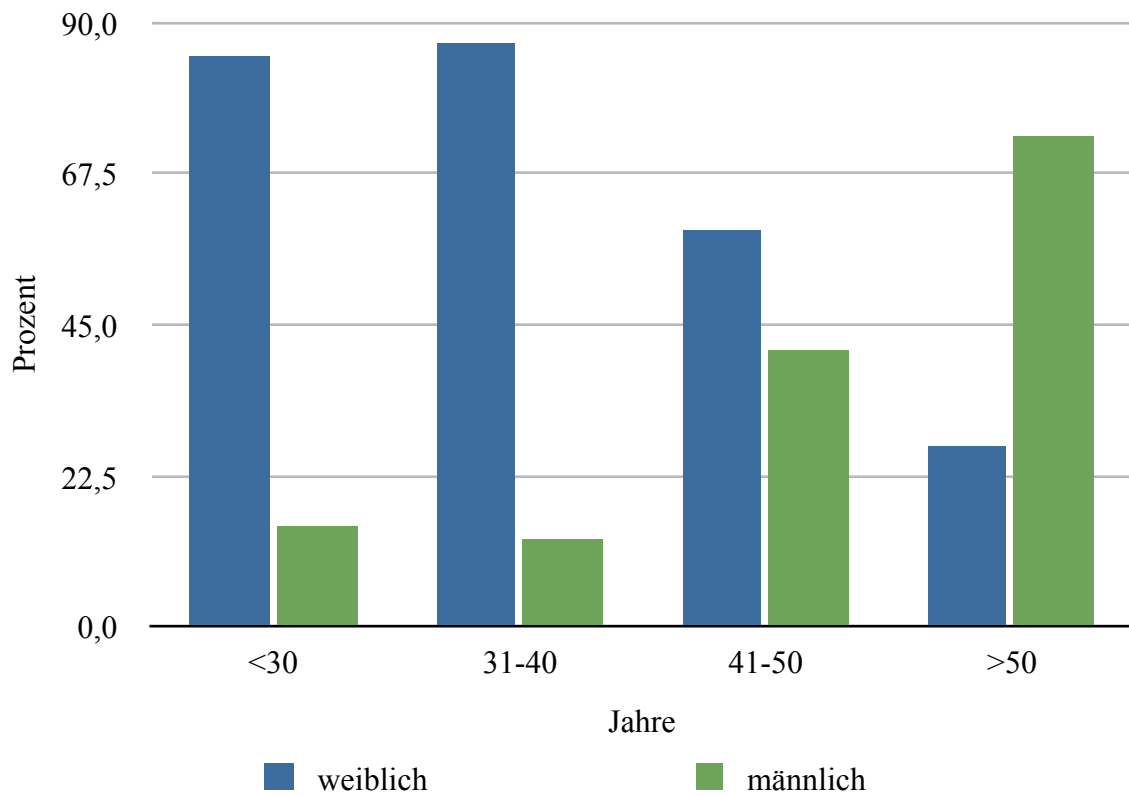


Abb. 3.1.9 Altersstruktur und Verteilung der Geschlechter 2011/12



3.2 Aktuelle Bewerbungssituation und subjektive Wahrnehmung der Hintergründe der Veränderungen

In der Untersuchung 2011/12 liegt der Anteil der weiblichen Frauenärzte in der Bewerbungssituation bei geschätzten 84.2%.

Das Geschlecht des Chefarztes und auch die Versorgungsstufe des Krankenhauses hatte keinen Einfluß auf die Beantwortung der Frage, d.h. , bei weiblichen Chefarzten bewerben sich nicht bevorzugt Frauen (Oneway Anova)(Riepen et al. 2013)

Abb. 3.2.1 Bewerbungssituation 2011/12

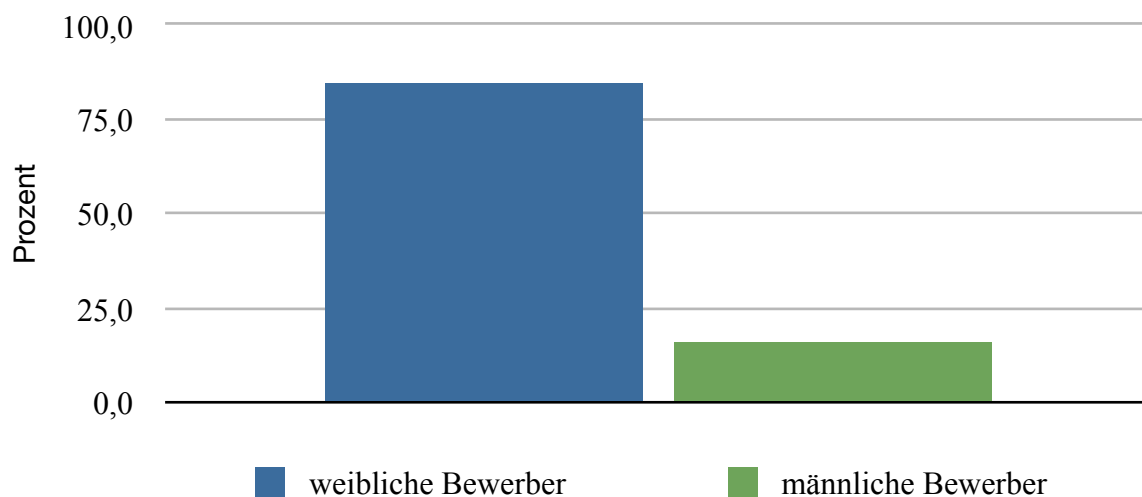
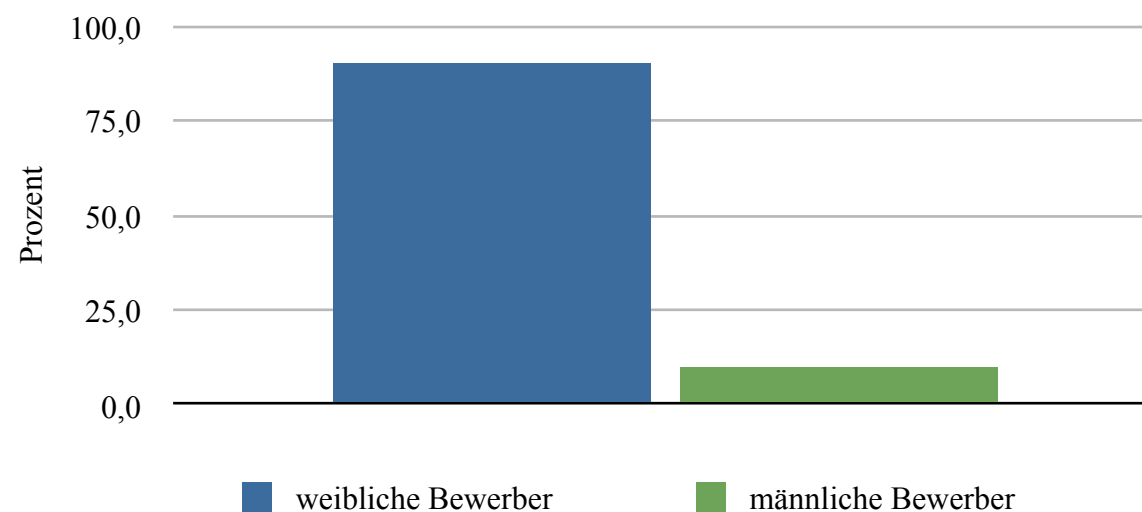


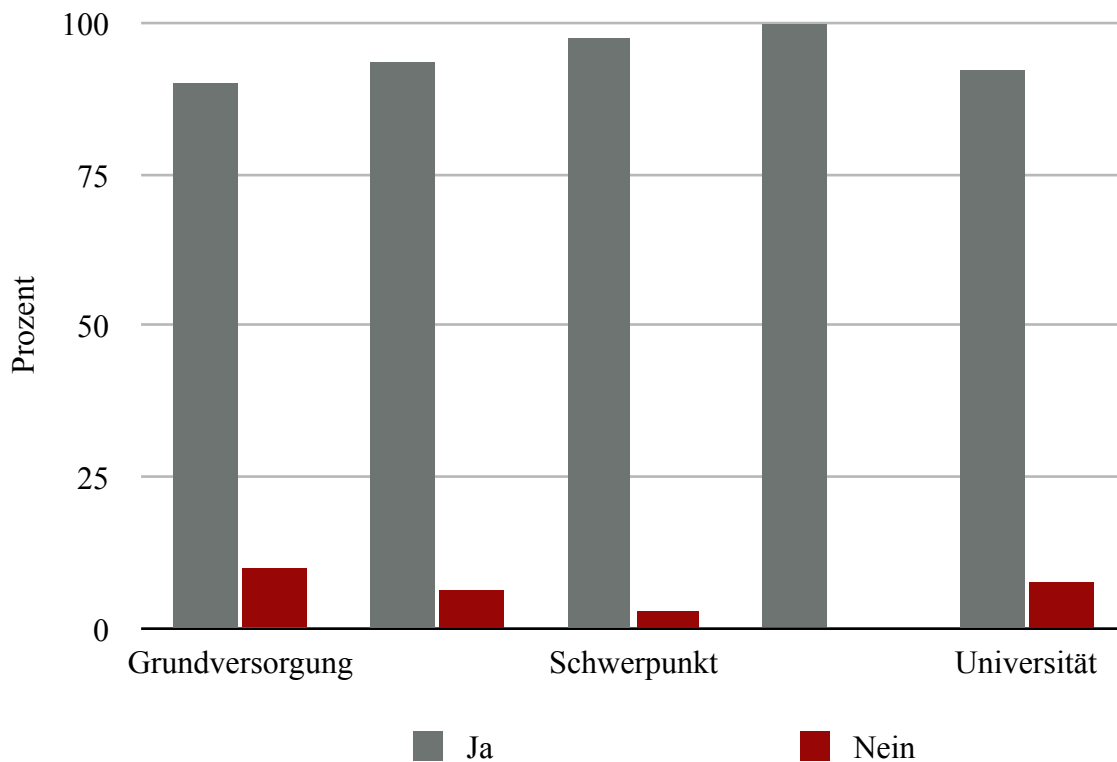
Abb. 3.2.2 Bewerbungssituation 2008



Ob sich in den Jahren vor 2011/12 die Bewerbungssituation zugunsten der Ärztinnen verändert hat, beantworten 96,5% (193/200) der Antwortenden mit Ja.

Der Eindruck, daß sich in den Jahren vor 2008 Veränderungen in der Bewerbungssituation zugunsten weiblicher Mitarbeiter stattgefunden hat, wird von 94,71% (401/535) der Antwortenden geteilt.

Abb 3.2.3 Persönlicher Eindruck im Jahr 2008 der Chefärzte in Bezug zur Versorgungsstufe der Klinik, ob die Zahl der männlichen Bewerber rückläufig ist



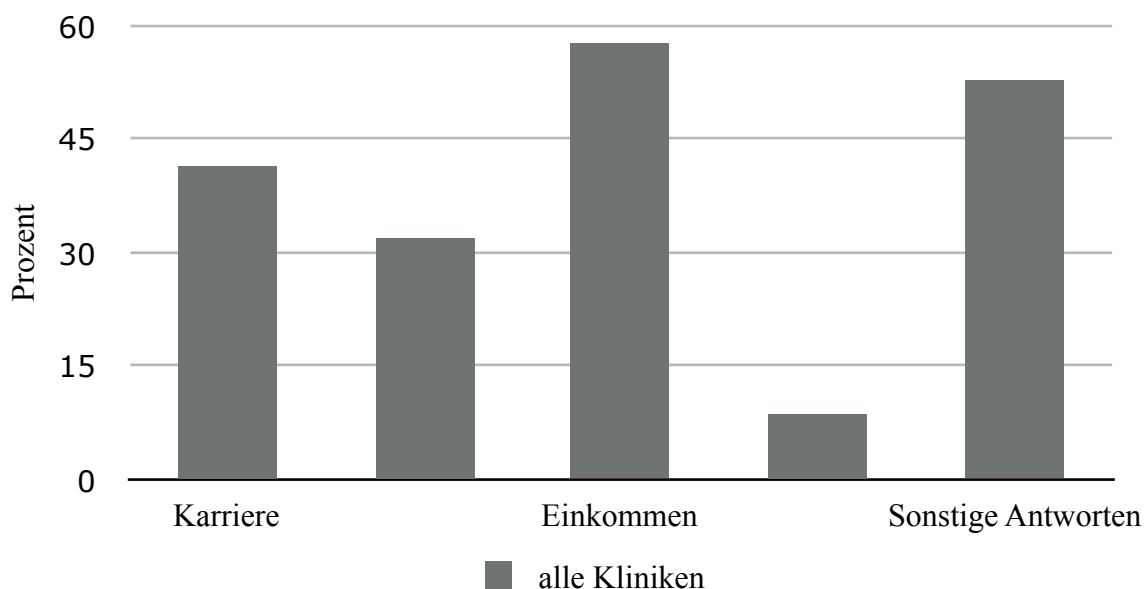
3.3 Ursachen für den Rückgang von männlichen Bewerbungen

Abbildung 3.3.1 zeigt die Antworten, die durch die Chefärztinnen und Chefärzte gegeben wurde auf die Frage: „Welche Faktoren halten Sie für ausschlaggebend, dass

sich eher weibliche Kolleginnen bewerben?". Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden geringes Einkommen, der Ansehensverlust des Arztberufs und die schlechten Karriereaussichten am häufigsten genannt.

Da die Befragten auch die Möglichkeit hatten freie Texteinträge zu verfassen, wurden diese Antworten unter Sonstige Antworten zusammengefasst. Hier wurde von den Antwortenden vor allem das zunehmend weiblich geprägte Bild des Frauenarztes und die Arbeitsbedingungen in den Kliniken als Ursachen genannt.

Abb. 3.3.1 Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen im Jahr 2008

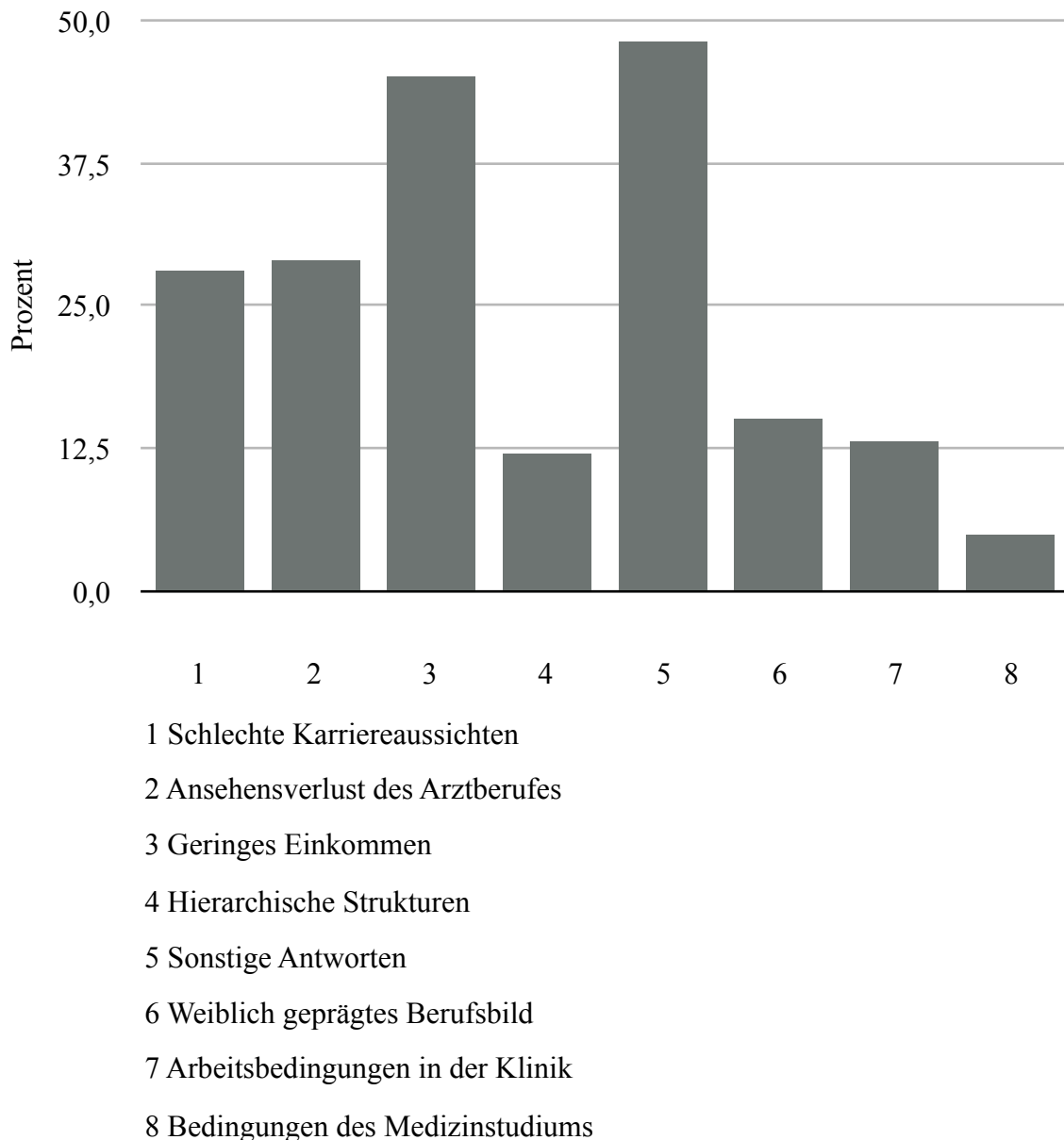


In der Erhebung von 2011/2012 findet man auf oben gestellte Frage die in Abbildung 3.3.2 dargestellten Antworten. Basierend auf den Berichten aus der Literatur wurden feste Antworten vorgegeben, aber auch spontane Antworten waren möglich. Die Ergebnisse aus der Literatur: schlechte Karriereaussichten, Ansehensverlust des Arztberufes, geringes Einkommen, hierarchische Strukturen wurden mit 28%, 29%, 45% und 12% genannt. Eher nebensächliche Gründe waren mit 15% das weiblich geprägte Berufsbild, mit 13% die Arbeitsbedingungen in den Kliniken sowie die Bedingungen des Medizinstudiums mit 5%.

Bei den frei zu formulierenden Antworten, die unter Sonstige Antworten subsummiert

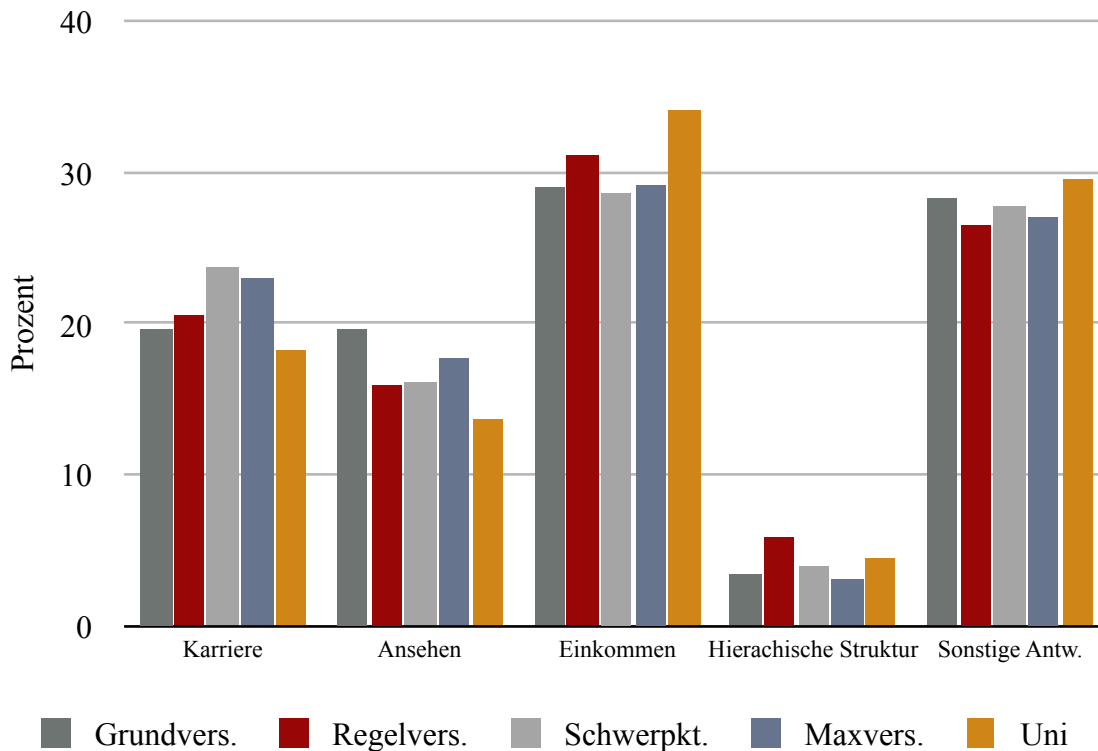
sind, zeigte sich ein Grund für der Rückläufigkeit der männlichen Bewerbungen wegen der schlechten work - life - balance, der hohen Dienstbelastung in der Geburtshilfe, des numerus clausus zur Zulassung zum Medizinstudium sowie der Unvereinbarkeit von Karriere und Familie.

Abb. 3.3.2 Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen im Jahr 2011/12



In 2008 wurden diese Ergebnisse nach dem Typ der Versorgungsstufe des Krankenhauses aufgesplittet (Abb.3.3.3) und es zeigte sich daß über das gesamte Spektrum der Versorgungsstufen eine ähnliche Meinung herrschte.

Abb. 3.3.3 Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen in 2008 bei allen Versorgungsstufen der Versorgung

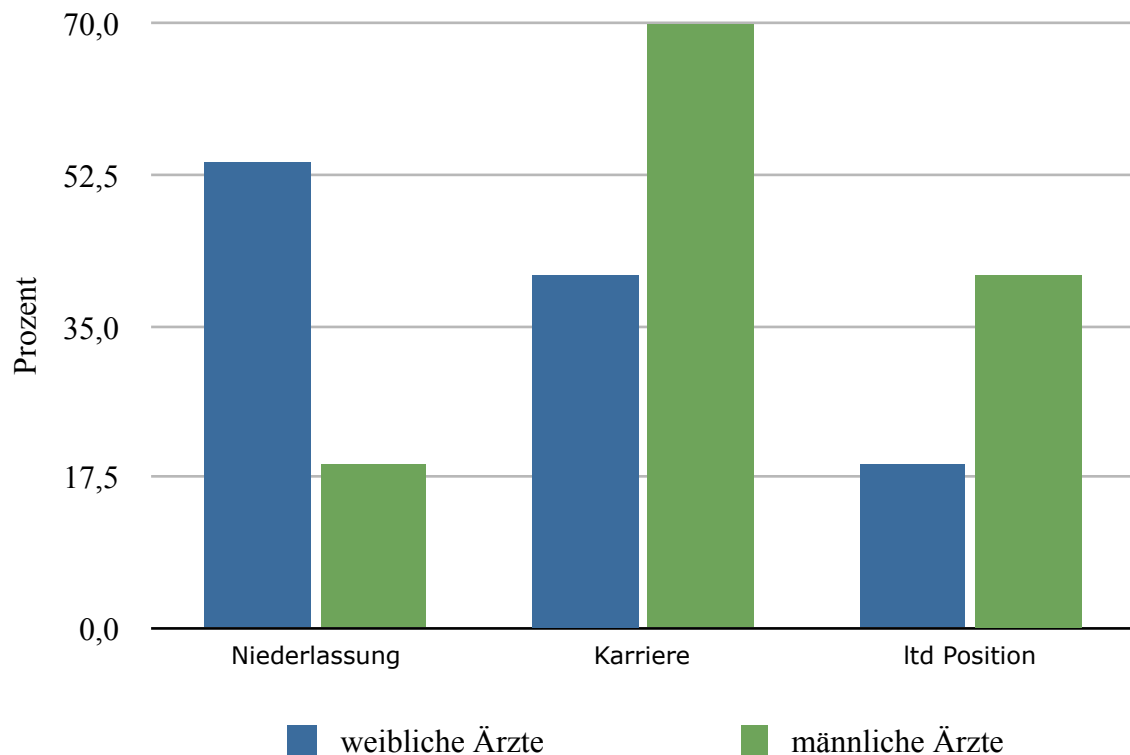


3.4 Lebensziele von weiblichen und männlichen Gynäkologen

Auf die Frage, ob der ansteigende Anteil von weibliche Ärzten Einfluss auf die Organisation des Klinikbetriebes hat, antworteten 75% der Befragten (151/200) mit Ja. In der Umfrage von 2008 sahen das noch 80% (362/421) so.

Nach den persönlichen Eindrücken und Einschätzungen der Befragten haben laut Einschätzung der Chefarzte und Chefarztinnen deutlich weniger Ärztinnen eine langfristige klinische Karriere als Lebensziel. Auch eine Übernahme einer leitenden Position wird für weibliche Mitarbeiter als weniger interessant angesehen. Im Gegenzug dazu scheinen weibliche Ärzte ein deutlich höheres Interesse an der Niederlassung zu haben. (Abbildung 3.4.1)

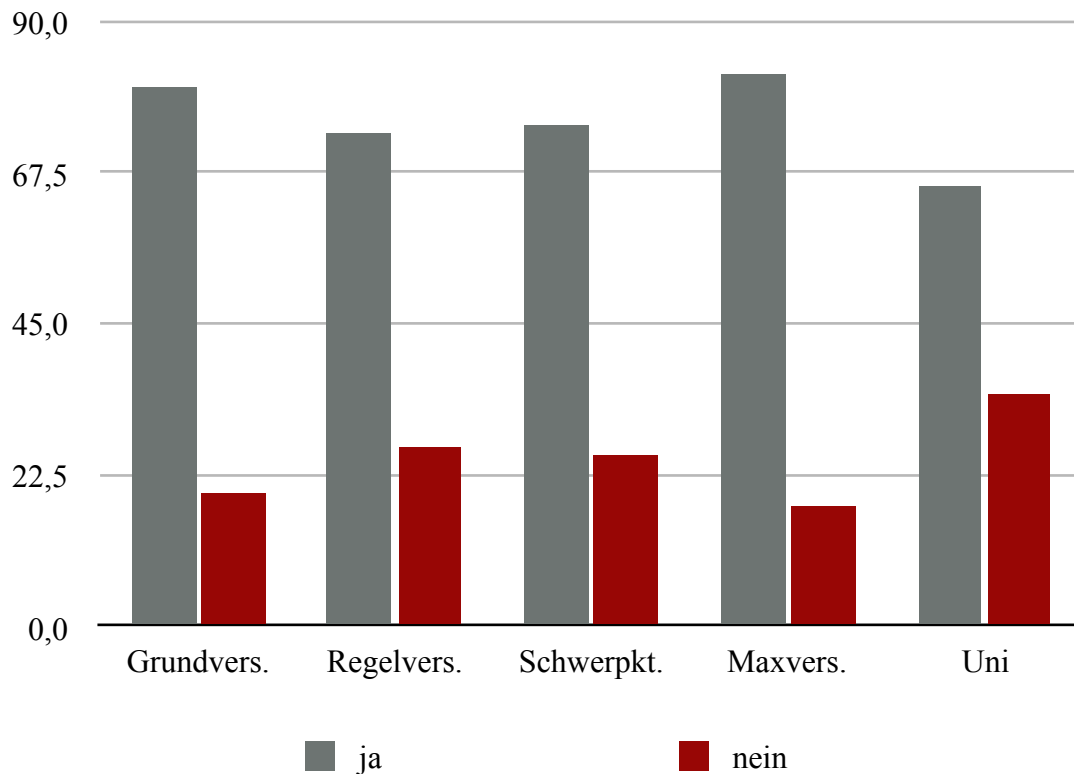
Abb. 3.4.1 Lebensziel der weiblichen und männlichen Ärzte 2011/2012



3.5 Motivation für eine operative klinische Laufbahn, Übernahme von Aufgaben außerhalb der Dienstzeiten und die Bereitschaft zur Forschung

Im Jahre 2008 fanden es, unabhängig von der Versorgungsstufe des Krankenhauses, 85,9% der befragten Chefärztinnen und Chefärzte schwierig, junge Kollegen unabhängig des Geschlechtes für eine langfristige klinische Laufbahn und/oder operative Laufbahn zu motivieren. Im Jahre 2011/12 waren immerhin noch 80,4% der Befragten dieser Meinung.

Abb. 3.5.1 Annahme, dass weibliche ärztliche Mitarbeiter weniger häufig eine langfristige Karriere anstreben im Jahr 2008



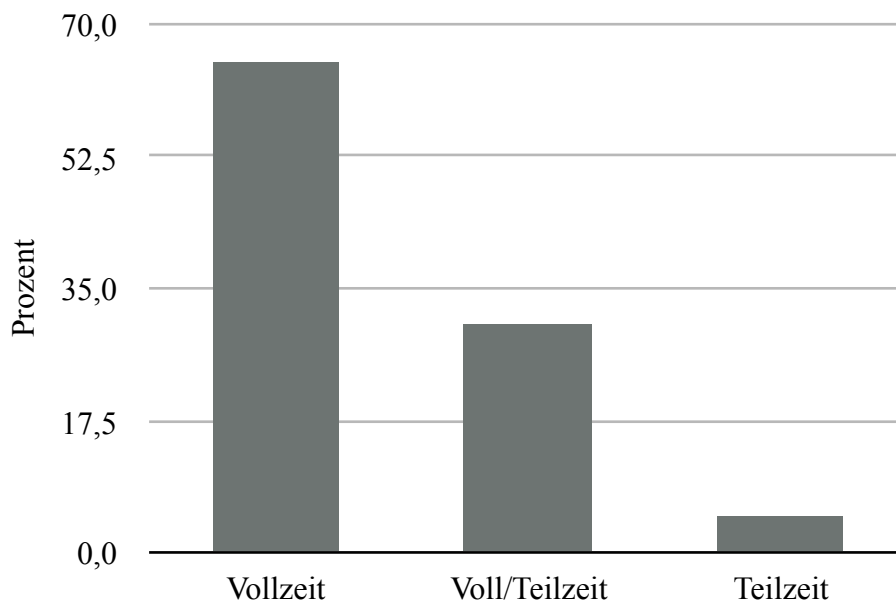
Knapp 2/3 (63,95%;127/194) haben das Gefühl, dass beide Geschlechter gleichermaßen motiviert sind, Aufgaben außerhalb der Dienstzeit zu übernehmen, dies zeigt sich auch bei der Motivation zur Forschung (71,4%;125/175). Bei den leitenden Ärztinnen und Ärzten, die der Meinung waren, dass es Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Mitarbeitern gab, war zu sehen, dass weibliche Ärzte geringfügig (52,6%) bereitwilliger waren, Aufgaben außerhalb der Dienstzeiten zu übernehmen, männliche Ärzte aber eher als bereit angesehen wurden, sich an der Forschung zu beteiligen (58,9%).

Wiederum zeigte sich, daß auch diese Einschätzung unabhängig vom Geschlecht des befragten leitenden Arztes oder Chefarztes (Chi2-Test) (Riepen et al. 2013)

3.6 Organisation des Klinikbetriebes mit Voll- und Teilzeitstellen

Die Mehrheit der Befragten (64,8%; 129/199) antwortete auf die Frage, ob sich ein Klinikbetrieb besser mit Vollzeit- oder Teilzeitkräften oder einem Verhältnis von beiden führen ließe, klar zum Vorteil der Vollzeitkräfte. 30,2% (60/199) bevorzugten ein ausgewogenes Modell von Voll- und Teilzeitstellen und nur 5,0% (10/199) bevorzugten allein Teilzeitkräfte. Diese Einschätzung ist unabhängig (Chi2- Test) (Riepen et al . 2013) vom Versorgungstyp des Krankenhauses, in dem der Chefarzt oder die Chefarztin beschäftigt ist. Jedoch lässt sich ein leichter Trend ($p=0,060$)(Riepen et al. 2013) ablesen, dass Chefarztinnen ein eher ausgeglichenes Verhältnis von Voll- und Teilzeitstellen bevorzugen. Sinnvoll erschien hier im Mittel ein Verhältnis von 2 Vollzeitstellen zu einer Teilzeitstelle.

Abb. 3.6.1 Organisation des Klinikbetriebes mit Voll- und Teilzeitstellen 2011/12



3.7 Die Rolle der Honorarärzte

Circa ein Drittel (30,3 %) aller gynäkologischen Fachabteilungen in Deutschland arbeiten mit Honorarärzten zusammen. Unabhängig vom Typ des Krankenhauses war der Anteil in etwa gleich hoch.

In allen Versorgungsstufen und an allen Krankenhäusern sind im Mittel 0,4 Stellen (SD=0,8) mit weiblichen Honorarärzten besetzt. 1,2 Stellen werden durch männliche Honorarärzte besetzt (SD=0,9).

Betrachtet man die Universitätskliniken, so sieht man, dass nur eine Universitätsklinik mit Honorarärzten arbeitet.

Eine signifikante häufigere Verpflichtung von Honorarärzten war in den Abteilungen mit einem höheren weiblichen Facharztanteil zu sehen.(ONEWAY-ANOVA; $F=3,95$; $df=2$; $p=0,029$)(Riepen et al. 2013).

Es zeigt sich, dass der männliche Anteil unter den Honorarärzten überwiegt.

Im Vergleich werden männliche Honorarärzte überwiegend im Nachtdienst eingesetzt (45,6%; 26/57). Aber auch in der Kombination aus Tag und Nachtdienst werden 38,6% (22/57) männliche Honorarärzte eingesetzt . Der ausschließliche Einsatz im Tagdienst findet eher selten statt (15,8%; 9/57).

Auch hier kann man geschlechterspezifische Unterschiede herausfinden. Männliche Honorarärzte werden durch die Kliniken bevorzugt im Nachtdienst oder in der Kombination Tag- /Nachtdienst eingesetzt. (Tabelle 3.7.0)

Tabelle 3.7.0: Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Einsatz von männlichen und weiblichen Honorarärzten ($\chi^2 = 11,2$; $df = 4$; $p = 0,025$)(Riepen et al. 2013).

Tabelle 3.7.0

	Tagdienst	Nachtdienst	Tag- und Nachtdienst	Gesamt
weiblich	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)
männlich	4 (11,4%)	14 (40%)	17 (48,6%)	35 (100%)
beide	0 (0%)	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)

4. Diskussion

Die Zunahme des Frauenanteils in der Ärzteschaft wird bereits seit dem 26. Deutschen Ärztetag 1898 in Wiesbaden kontrovers diskutiert. Damals wurde schließlich der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium zugestimmt.[26]

Die gegenwärtige Analyse der Beschäftigungssituation von weiblichen und männlichen Ärzten in der Frauenheilkunde bestätigt die eingangs dargestellte Situation der „Feminisierung“ im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe.

So formuliert auch Das Deutsche Ärzteblatt: „ die Medizin wird weiblich.“ [28]

Auch in den Ländern der OECD ist der Anteil der Frauen im ärztlichen Beruf stark angestiegen. [36]

In Deutschland beträgt der weibliche Anteil der Absolventen des Medizinstudiums nahezu zwei Drittel im Jahr 2009 [37]

Es zeichnet sich der Trend zu einem allgemein höheren Frauenanteil unter den Ärzten ab. Dieser lag Ende 2014 noch bei 43,2 Prozent. In jüngeren Altersgruppen jedoch liegt der prozentuale Anteil von Ärztinnen bereits bei bis zu zwei Dritteln. [24]

Die Entscheidung für das Fach fällt mit dem Abschluss des Studiums, vielleicht sogar früher. Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde sind die Fächer mit der größten Frauenpräferenz [8].

Diese Fachpräferenzen stimmen auch mit den Ergebnissen der multizentrischen Erhebung von Stiller und Busse 2001 hinsichtlich der Geschlechterdifferenzierungen überein [39], wie auch die 2001 veröffentlichte schweizer Studie von Buddeberg-Fischer et al. zeigt.[40,41]

Auch im nicht deutschsprachigen Raum sieht man Tendenzen, daß Frauen eher die kontaktintensiven Fachgebiete (außer Allgemeinmedizin) bevorzugen, während vor allem Männer eher in den chirurgischen Disziplinen dominieren. [42]

Der zunehmende Frauenanteil auf allen Ebenen der Medizin erfährt unter vielen Gesichtspunkten Aufmerksamkeit: etwa bezüglich eines tatsächlichen oder vermeintlichen Wandels der medizinischen Praxis , also einer kulturellen Veränderung des Faches durch die „Feminisierung“ [29] oder unter dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Entlohnungen und befürchteter Statureinbußen für den Berufsstand. [30,31]

Das Interesse an der Entwicklung hin zur Feminisierung hat deutlich zugenommen. Da es sich nicht , wie irrtümlich behauptet , um einen Ärztemangel handelt - sondern um eine deutlich wachsende Zahl von ärztlichen Arbeitsplätzen, die bei einer primär nicht gestiegenen Zahl von weiblichen Arbeitsplatzsuchenden gegenübersteht [38].

Die gegenwärtige Untersuchung bestätigt die frühere Analyse von 2008 [7] und zeigt, dass dieser Prozess nicht nur positiv bewertet wird, denn diese Veränderung des Frauenanteil und die Zunahme von Teilzeitstellen machen Änderungen der allgemeinen Organisation in den Kliniken notwendig.

Die Mehrheit der Befragten hält es für am Einfachsten, die Dienstpläne mit Vollzeitstellen zu gestalten. Es ist in Deutschland aber so, dass viele Ärztinnen wegen der immer noch sehr schlechten Vereinbarkeit von Beruf und Familie ungewollt oder gar nicht, statt in Vollzeit, in Teilzeit berufstätig sind. [27] und somit ungleich mehr Ärztinnen zur Deckung des Bedarfs benötigt werden.

Ein Grund für die Unterschiede bei den Geschlechtern in Voll- oder Teilzeit zu arbeiten liegt laut der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie in der Weiterbildungsordnung , in dieser sind keine „familienfreundliche“ Lösungen enthalten [23]. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein großes Thema hinsichtlich der Karrierechancen sowie bei der Gesunderhaltung von Körper und Geist bei weiblichen Ärzten [32].

Nur 40% der Studienabgängerinnen streben nach Abschluss der Facharztausbildung

eine Vollzeitstelle an [8]. Vor 20 Jahren sahen diese Zahlen sehr ähnlich aus [47], es hat sich jedoch der Kontext geändert: Die Absolventinnen waren damals noch in der Minderzahl, weswegen dieses Phänomen nicht so gravierend war. Was in der damaligen Zeit der „Ärztenschwemme“ als willkommene Entlastung des Arbeitsmarktes gesehen wurde, wird heute als sehr dramatisch empfunden.

So erklärten die Autoren einer Befragung aller im Krankenhaus tätigen hessischen Ärztinnen und Ärzte jünger als 45 Jahren :“ Es müssen drei Ärztinnen aus - und weitergebildet werden, um zwei Ärzte in vollem Umfang für die Versorgung bereitzustellen“ [25].

Dass Zeiten der Kindererziehung für Ärztinnen ein häufigerer Grund für einer Verzögerung bzw. ein Abbruch der fachärztlichen Weiterbildung sind als für Ärzte , gilt als gesichert [39,43,44,45,46].

Möglicherweise wurde das Potential von Teilzeitstellen jedoch noch nicht erkannt, denn nach einer Studie, die für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde, kann das Angebot von Teilzeitstellen qualifizierten Müttern den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt ermöglichen und damit dem Fachkräftemangel entgegenwirken, wobei auch der Staat profitieren soll, da sich Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern ergeben [20].

Unterschiedliche Berufsziele von männlichen und weiblichen Assistenten nach der Facharztausbildung erschweren demnach das Heranziehen des Nachwuchses im operativen Bereich und damit die Ausbildung von hoch qualifizierten Operateuren und zukünftigen Ober- und Chefärzten.

In den von Bargel und Ramm durchgeführten fünf Befragungen von Medizinstudierenden an sechs Fakultäten in den Jahren 1982/83 bis 1992/93 wurden in jeder Befragung deutliche Präferenzen für die selbständig/freiberufliche Tätigkeit festgestellt [47].

Nach der Studie von Gedrose et al. [8] ist der Anteil der Männer, die Oberarzt werden wollen, 1,5-mal höher als bei den Frauen und in Bezug auf eine Chefarztposition sogar

5,4-mal höher. Dagegen ist der Anteil der Frauen, die „nur“ als Fachärztin im Krankenhaus tätig werden möchten, 3,7-mal höher als bei den Männern und insgesamt strebten 1,3-mal mehr Frauen als Männer eine Niederlassung als Vertragsarzt/ärztin an. Dazu kommt, dass Frauen aus unterschiedlichen Gründen auf ihre weitere Qualifikation oft verzichten [4].

Da der gynäkologische Nachwuchs fast ausschließlich weiblich ist und männliche Kräfte im Oberarztbereich eher älter sind, ist es wahrscheinlich, dass sich der Mangel an Oberärzten in den Kliniken weiter verschärfen wird. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Anstellungen als Vollzeitkräfte. Wie aus Abbildung 6.1 auch abzulesen ist, hat die absolute Zahl der Ärzte, die die Facharztprüfung ablegen, seit Ende der 90er Jahre kontinuierlich abgenommen, was die Problematik des fehlenden männlichen Nachwuchses in der Klinik verschärft.

Ein mögliches Zukunftsszenario könnte so aussehen, dass Patientinnen in Sprechstunden und Ambulanzen tagsüber fast ausschließlich von weiblichen Ärzten behandelt werden, aber im Falle notwendiger Operationen oder in den Bereitschaftsdienstzeiten auf ein eher männlich geprägtes Team treffen [7]. Es ist fraglich, ob in einem klinischen Arbeitsumfeld, die männlichen Mitarbeiter gewillt sind, die erhöhte Belastung durch die Nachtdienste mehrheitlich zu übernehmen.

Ob sich dies realisieren wird, hängt davon ab, inwieweit es gelingen wird, weibliche Ärzte zukünftig mehr für die klinische Laufbahn zu motivieren. Da ein vergleichsweise geringes Einkommen und die Arbeitsbedingungen in den Kliniken (Nachtdienste) Gründe darstellen, die die Entscheidung gegen eine klinische Laufbahn bestimmen, sollten in diesen Bereichen Veränderungen angestrebt werden, um zukünftig eine ausreichende Personalausstattung in den Kliniken zu sichern.

Der Aspekt, dass männlichen und weiblichen Honorarärzten unterschiedliche Dienstzeiten zugewiesen werden, wirft die Frage auf, ob die Teilnahme an Nachtdiensten oder Bereitschaftsdiensten an Wochenenden für weibliches Personal grundsätzlich weniger attraktiv ist als für männliches. Diese Frage wurde bislang in der

medizinischen und sozialen Forschung noch nicht thematisiert. Auch in Hinsicht auf Dienstzeiten gibt es unterschiedliche Vorstellungen zwischen Frauen und Männern.

Ein Vorteil der Entwicklung hin zu mehr weiblichen Gynäkologen ist, dass die islamisch orientierten Bevölkerungsgruppen weibliche Gynäkologen bevorzugen, während den meisten Frauen es sonst mehr auf die Kompetenz des Gegenübers ankommt. [10,11]

Positiv könnte sich auch auswirken, dass weibliche Gynäkologen seltener von Patientinnen verklagt werden, weil sie eine bessere Kommunikation pflegen als ihre männlichen Kollegen. [12]

Insgesamt stellt die Feminisierung eine große strukturelle Herausforderung dar, da die Übernahme einer operativen Tätigkeit und von Leitungsfunktionen von Frauen deutlich weniger gewünscht wird als von Männern.

Erwartet man heute von einer Frau doch, dass sie sowohl beruflich ihren "Mann steht" als auch privat die Familie managen kann.

Diese hohen Erwartungen werden trotz einer im Vergleich zu ihren männlichen Arztkollegen, geringeren sozialen Unterstützung und geringerer Entlastung durch ihren Partner, an die moderne Frau gestellt.

Auch scheinen Frauen einen anderen Lebensplan zu haben, dies spiegelt sich in ihrer Motivation für den Arztberuf wieder. Geht es ihnen doch weniger um Macht und Geld in einer Führungsposition, als vielmehr um die Möglichkeit der Gestaltung sowie der Vermehrung ihres Wissens. [4]

Hieraus lässt sich der unterschiedliche Verlauf von Karrieren bei Medizinerinnen und Medizinern ablesen. Weibliche Ärzte sind häufiger in Teilzeitstellen beschäftigt, im Verhältnis gesehen promovieren sie seltener, was sich auch in der Anzahl der Habilitationen fortsetzt [4].

Da weibliche Ärzte als ebenso bereit gesehen werden, sich an der Forschung zu

beteiligen, hat der Geschlechterwandel auch in diesem Bereich Auswirkungen[48].

1998 Betrag der Anteil weiblicher Erstautoren 9,6 Prozent im Deutschen Ärzteblatt. Zum Vergleich: zwischen 1948 und 1998 verzeichnete die Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde einen Anstieg von zwei auf neun Prozent an Erstautorinnen. [34] Deutlich besser jedoch sind Frauen in den vielen amerikanischen Journalen repräsentiert [35]

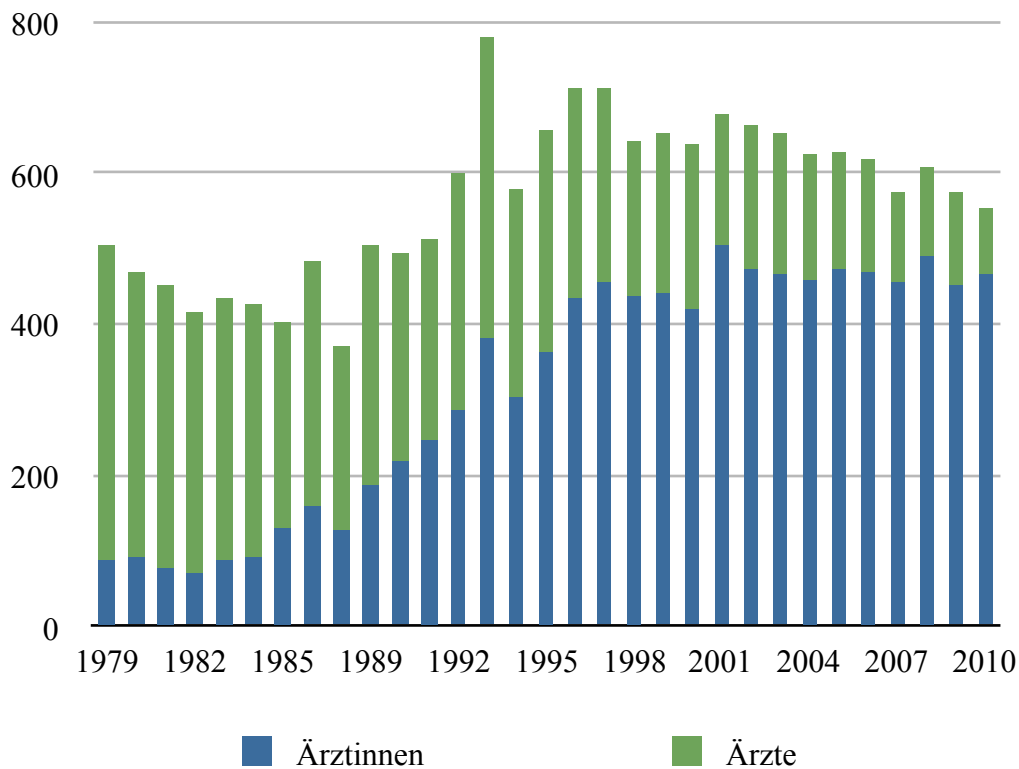
Um den Beruf der Ärztin in Vollzeit in Vereinbarung mit der Familie zu ermöglichen wird gefordert unterschiedliche Karrierewege in den einzelnen klinischen Einrichtungen zu Schaffen, so z.B. Stellen für weibliche und männliche Oberärzte mit begrenzten ,besonderen Aufgaben ,Schwerpunkte und Zielsetzungen innerhalb der Triade Krankenversorgung, Forschung und Lehre.[22]

Der 105. Deutsche Ärztetag berichtet 2002 über eine Umfrage des Allenbach-Institutes aus dem Jahr 2000 zur Beliebtheit von Berufen bei 14 jährigen Jungen und Mädchen. Steht der ärztliche Beruf bei den Mädchen auf dem zweiten Platz der Hitliste für Traumberufe, so findet sich dieser bei den Knaben nicht einmal mehr unter den ersten zehn Plätzen. [21]

2009 analysierte die Bundesärztekammer deutliche Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen von weiblichen Ärzten in den verschiedenen Fachgebieten. [5]

Im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe lag der Anteil von Frauen in der damaligen Untersuchung bei 55 %. Dieser Prozess einer Feminisierung auf dem Gebiet von Gynäkologie und Geburtshilfe, wie diese Entwicklung in aktuellen Arbeiten bezeichnet wird, liegt aber bereits länger zurück (Abb. 6.1).

Abb. 6.1 Facharztanerkennungen in Gynäkologie und Geburtshilfe



(Quelle: Bundesärztekammer)

Letzendlich stellt sich die Frage, was bedeutet „Feminisierung“ in der Frauenheilkunde? Fakt ist, Frauen werden die Zukunft in der Gynäkologie und Geburtshilfe dominieren, die Männer werden zu Exoten werden.

Gleichzeitig werden mehr Frauen in hochgeordnete und zeitintensive Positionen aufrutschen, was erneut das Problem der Unvereinbarkeit von Beruf und Karriere agraviert.

Eine bessere Kommunikation mit den Patientinnen [12] wird mit einem Mangel an Operateuren einhergehen. Es werden sich die Männer in den Kliniken zunehmend weigern allein und mehrheitlich die Nachtdienste zu übernehmen. Dieses Problem der fehlenden Nachtdienstärzte kann sicherlich nicht allein von Honorarärzten aufgefangen werden.

Dieser Geschlechterwandel in der Frauenheilkunde wird auch zu einem Wandel, wenn auch verzögert, in anderen medizinischen Disziplinen führen und dort ähnliche bzw. die gleichen Probleme aufwerfen.

Es wird dann einmal die Zeit kommen, in der die Medizin nur als Teilzeitberuf und nicht mehr als „Berufung“ angesehen wird.

Darüber hinaus fragt sich, ob sich aus der zunehmenden Feminisierung des Faches Frauenheilkunde eine Veränderung zu anderen Fächern ergeben könnte. Zum einem ist es sicher als Vorteil für die betroffenen Patientinnen zu betrachten, daß sie von gleichgeschlechtlichen Ärztinnen betreut werden. Es könnte unterstellt werden, daß es für bestimmte Problemsituationen ein leichteres Verständnis vorliegt. Zum anderen ist mit Sorge wahrzunehmen, daß eine Bevorzugung von reiner Versorgungspositionen und damit der Abkehr von Leitungsfunktionen gleichzeitig eine Stagnation in der Entwicklung des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe bedeuten könnte. Hinzu kommt, daß Frauen seltener Möglichkeiten einer akademischen Qualifikation z.B. im Sinne einer Habilitation wahrnehmen, trotz eigentlich hervorragender Voraussetzungen.

Diese Studie war nicht darauf angelegt, alle Hintergründe zu diesem Themenkomplex zu erforschen. Dieses sowie die Erforschung der Motivation von Mitarbeitern in Bezug auf ihre Wünsche im Arbeitsleben erscheinen jedoch als sehr wichtig, um anhand der sich daraus ergebenden Befunde bedarfsgerechte Arbeitsangebote zu unterbreiten und Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten zu können. So kann dem Mangel an Fachkräften sicher am ehesten konstruktiv wirksam begegnet werden.

5 Zusammenfassung

Einleitung: Die Feminisierung der Medizin, d.h. die Zunahme der weiblichen ärztlichen Mitarbeiter wird aktuell häufig diskutiert. Bisher gibt es nur wenige Daten, auf deren Basis sich eine wissenschaftliche Diskussion führen lässt. So stellt sich die Frage nach den möglichen Schwierigkeiten und Konsequenzen, die sich aus diesem Wandel für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe ergeben könnten.

Methode: Mittels eines Fragebogens wurden die Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe zu verschiedenen Gesichtspunkten rund um das Thema Feminisierung in Gynäkologie und Geburtshilfe befragt. Die aktuelle Befragung wurde einer vorausgegangenen, noch nicht veröffentlichten Umfrage mit einem ähnlichen Fragebogen gegenübergestellt.

Ergebnis: Der Anteil weiblicher Ärzte liegt bei Bewerbungen bei 84,2%. Als mögliche Hintergründe für diese Feminisierung im Fachgebiet wurden geringes Einkommen, der Ansehensverlust des Arztberufs und die schlechten Karriereaussichten am häufigsten genannt. Bei den frei formulierbaren Antworten wurden die Arbeitsbedingungen in den Kliniken und das zunehmend weiblich geprägte Bild des Frauenarztes genannt.

Waren auch die befragten weiblichen und männlichen Mitarbeiter gleichermaßen bereit sich in der Forschung oder außerhalb der Dienstzeiten zu engagieren, so war die Bereitschaft zur Übernahme einer Leitungsfunktion oder langfristigen operativen Ausbildung von Frauen deutlich geringer als von ihren männlichen Kollegen. Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung zeigen sich im Trend bereits in den 2008 erhobenen Daten.

Diskussion: Die Feminisierung in Gynäkologie und Geburtshilfe und somit in der Medizin insgesamt stellt eine Herausforderung dar.

Das Erfassen und die Erforschung der Motivation von Mitarbeitern in Bezug auf ihre Wünsche im Arbeitsleben erscheinen wichtig, denn nur so können anhand der sich daraus ergebenden Erkenntnisse bedarfsgerechte Arbeitsangebote entwickelt und unterbreitet werden.

6. Summary

Introduction: at present the topic "feminisation" in medicine, in other words the increasing number of female staff members is under heavy discussion; however, there are only a few data on the topic which allow a scientific analysis of the situation. It is questionable which problems might arise from a feminisation for the entire field of gynecology and obstetrics.

Methods: using an assessment form the heads of departments of gynecology and obstetrics were asked on the various aspects of the topic feminisation in gynaecology and obstetrics. The study is an extended repetition of an earlier study from 2008 . Results of both studies are compared.

Results: among current applications the proportion of female applicants is estimated to be 84.2%. Reasons given most frequently for the feminisation in the specialty include low income, loss of face of the medical profession and rather poor perspective chances. Among the spontaneously mentioned reasons were the increasingly female dominated image of gynaecology and the working conditions in hospitals. Whereas the taking on of surgical duties and of directing function was less markedly desired by woman than by man, the questioned head of department found that male and female staff members were equally motivated to take on duties outside of their working hours or to engage in research work. These results are nearly equal to them of 2008.

Discussion: feminisation in the field of obstetrics and gynecology may represent a challenge. It seems to be important to evaluate and investigate the motivation of staff members with regard to their wishes in professional life and thus to be able to offer an appropriate working environment based on the results of this survey.

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.

Abb. 3.1.1	Geschlechterverteilung an den deutschen Kliniken für Geburtshilfe und Gynäkologie 2008.....	9
Abb. 3.1.2	Geschlechterverteilung an den deutschen Kliniken für Geburtshilfe und Gynäkologie 2011/12.....	9
Abb. 3.1.3	Anteil der weiblichen und männlichen Mitarbeiter 2008.....	10
Abb. 3.1.4	Anteil der weiblichen und männlichen Mitarbeiter 2011/12...	10
Abb. 3.1.1.1	Geschlechterverteilung an der Frauenklinik der Universität Gießen.....	11
Abb. 3.1.5	Differenzierung in Voll- und Teilzeitstellen der Mitarbeiter 2011/12.....	12
Abb. 3.1.6	Häufigkeit der Teilzeitstellen.....	13
Abb. 3.1.7	Relative Häufigkeit der weiblichen Mitarbeiter in Relation zum Alter und der Art der Klinik.....	14
Abb. 3.1.8	Altersstrukturen und Verteilung der Geschlechter 2008.....	15
Abb. 3.1.9	Altersstrukturen und Verteilung der Geschlechter 2011/12.....	15
Abb. 3.2.1	Bewerbungssituation 2008.....	16
Abb. 3.2.2	Bewerbungssituation 2011/12.....	16
Abb. 3.2.3	Persönlicher Eindruck im Jahr 2008 der Chefarzte in Bezug zur Versorgungsstufe der Klinik ob die Zahl der männlichen Bewerber rückläufig ist.....	17
Abb. 3.3.1	Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen 2008.....	18
Abb. 3.3.2	Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen 2011/12.....	19
Abb. 3.3.3	Ursachen für den Rückgang der männlichen Bewerbungen aufgegliedert in Versorgungsstufen.....	20
Abb. 3.4.1	Lebensziel der weiblichen und männlichen Ärzte 2011/2012...	21

Abb. 3.5.1	Annahme, dass weibliche ärztliche Mitarbeiter weniger häufig eine langfristige Karriere anstreben im Jahr 2008.....	22
Abb. 3.6.1	Organisation des Klinikbetriebes mit Voll- und Teilzeitstellen 2011/12.....	23
Abb. 6.1	Facharztanerkennungen in Gynäkologie und Geburtshilfe.....	37
Tabellen		
Tabelle 3.0	Mittelwert der Arztstellen über alle Versorgungsstufen 2008 und 2011/12.....	8
Tabelle 3.7.0	Geschlechterspezifische Unterschiede beim Einsatz von männlichen und weiblichen Honorarärzten.....	25
Erhebungsbögen	48
Erhebungsbogen 1-2008		
Erhebungsbogen 2-2013		

8 Literaturverzeichnis

1. Kirchhoff A. Die akademische Frau. Gutachten herausragender Universitätsprofessoren, Fachlehrer und Schriftsteller über die Befähigung zum wissenschaftlichen Studium und Beruf. 1897.
2. Prahm H. Hermine Heusler-Edenhuizen. Die erste deutsche Frauenärztin: Lebenserinnerungen im Kampf um den ärztlichen Beruf der Frau. 3. Auflage. Leverkusen (Budrich Verlag) 2005.
3. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Kuchler T. Berufsreport 2003: Geschlechterunterschiede im Beruf. Dtsch Arztebl (2004); 101(12):A-776/B-642 / C-626.
4. Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf. Die Medizin wird weiblich. DtschArztebl (2008); 105(12): A-609 / B-539 / C-527.
5. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2010, ISBN 978-3-00-030957-1
6. Bühren A, Eckert J. „Feminisierung“ der Ärzteschaft: Überschätzter Effekt: Dtsch Arztebl (2011); 108(21): A-1168 / B-968 / C-9689
7. **Riepen TK**, Vescia M, Möbus V. Zur Verteilung von weiblichen und männlichen Ärzten in der Frauenheilkunde: Eine Bestandsaufnahme. DGGG 2008; PO_Gyn_03_08.
8. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Dtsch. Med. Wochenschr. (2012); 137: 1242-47.

9. Amir H, Tibi Y, Groutz A, Amit A, Azem F. Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli-Arab women. *Patient Educ Couns* (2012) Feb;86(2):259-63.
10. Howell EA, Gardiner B, Concato J. Do women prefer female obstetricians? *Obstet Gynecol* (2002); 99(6):1031-5.
11. Baethge C. Forscherinnen werden forscher. *Dtsch Ärztebl* (2008);105(28-29): 507-9.
12. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. *Am J Med* (1992); 93(5):537-42.
13. Heuwing Magdalena, *Dtsch Ärztebl* (1992) 89, Heft 31/32,
14. Jahresbericht der Frauenklinik der Justus-Liebig-Universität Gießen 1990 - 2012
15. Marilyn Bailey Ogilvie: *Women in science: antiquity through the nineteenth century: a biographical dictionary with annotated bibliography*. 3. Auflage. MIT Press, Cambridge, MA 1991, ISBN 0-262-65038-X, S. 43
16. Lore Sporhan-Krempel: Agatha Streicher. In: *Ulm und Oberschwaben* 35 (1958), S. 174–180
17. Hans Ludwig: Dorothea Christiana Erxleben (1715–1762). Erste promovierte Ärztin in Deutschland. In: *Der Gynäkologe*. 45 (2012), S.732-734,
18. Jost Benedum: Zur Geschichte der Medizinischen Fakultät Marburg (Erstveröffentlichung 1982 in der Festschrift der Universität anlässlich ihres 375-jährigen Bestehens) (Memento vom 10.Juni 2007 im Internet Archive)
19. Hans H. Lauer: Heidenreich genannt von Siebold, Henriette Charlotte Theresia, geborene Heiland. In: *Neue Deutsche Biographie (NDB)*. Band 8, Duncker & Humblot, Berlin 1969, ISBN 3-428-00189-3, S. 249 f.
20. Werner Eichhorst, Paul Marx, Verena Tobsch: Familienfreundliche flexible Arbeitszeiten - ein Baustein zur Bewältigung des Fachkräftemangels. IZA Research Report No. 33,(erstellt für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

21. Dokumentation / 105. Deutscher Ärztetag, Dtsch Ärztebl (2002) 99 Heft 23
22. Rapp-Engels, Gedrose, Kaduszkiewicz, Wonneberge, van den Bussche:
Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen,
Ergebnisse der Arbeitstagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und
Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ Hamburg
17.-18.2.2012
23. Lüftner : Die Medizin wird weiblich, aber nicht an der Spitze. Medical Tribune,
Nr. 2, April 2015, Onkologie Hämatologie
24. Praxisnachrichten KBV, 16.April 2015 Im Internet [http:// www.KBV.de/html
newsletter/1150_15039.php](http://www.KBV.de/html/newsletter/1150_15039.php)
25. Köhler S., Trittmacher S, Kaiser R: Der Arztberuf wird „Frauenberuf“ - wohin
führt das? Hess Aerztebl (2007);7;423.
26. Feminisierung der Ärzteschaft ; Dtsch Ärztebl (2011) 108; Heft 21;
27. Dettmer s, Kaczmarczyk G, Bühren A: Karriereplanung für Ärztinnen.
Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006
28. Hibbeler, Korzilius: Die Medizin wird weiblich.
Dtsch Ärztebl 2008;105(12): A609-12
29. Kilminster, Downes,Gough, Murdoch-Eaton, Roberts: Women in medicine -is
there a problem? A literature review of the changing gender composition,
structures and occupational cultures in medicine. Med Educ 2007;41: 39-42.
30. van der Reis: Causes and effects of changed gender ratio in medicine. Med
Teach 2004; 26:506-9
31. Lyon: Where have all the young men gone? keeping men in obstetrics and
Gynecology. Obstet Gynecol 1997; 90: 634-6
32. Bühren: Ärztinnen-Gesundheit. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133;23-5
33. Bornemann (Hrsg.):Erste weibliche Ärzte. Die Beispiele der „Fräulein Doctores“
Emilie Lehmus (1841-1932) und Franziska Tiburtius (1843-1927)
Biographisches und Autobiographisches. In:Brinkschulte E: weibliche Ärzte.
Die Durchsetzung eines Berufsbildes in Deutschland. Berlin, Edition Hentrich
1993; 24-32

34. van Dursen RAA, Overbeke WH: Toename van het percentage vrouwelijke artsen die publiceren in het -Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1948-1998), gelijkblijvend percentage onder mannelijke. Ned Tijdschr Geneeskd 200; 144:1171-4
35. Jagsi, Guancial, Cooper, Henault; Chang, Starr Tarbell, Hylek: The „gender gap“ in autorship of academic medical literature - a 35 -year perspective. Nengl J Med 2006; 355:281-7
36. Simon S, Hurst J, : The supply of physician services in OECD countries. Paris 2006
37. Statistisches Bundesamt: Prüfungen an Hochschulen - Fachserie 11 Reihe 4.2. Wiesbaden, 2010
38. van den Bussche H, Quantz S.: Berufs(nicht)einstieg bei Ärzten und Ärztinnen: wo liegt das Problem? In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J(Hrsg.) Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Göttingen, Vandenoek & Ruprecht 2008;117-127
39. Stiller J , Busse C: Berufliche Karriereentwicklungen von Ärztinnen und Ärzten- Die ersten vier Berufsjahre. In: Brähler E , Alfermann D, Still J(Hrsg). Karriereentwicklung und Belastung im Arztberuf. Göttingen, Vandenhoeck& Ruprecht 2008; 140-161
40. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel et al. The influence of gender and personality traits on the career planning of swiss medical students. Swiss Medical Weekly 2003;133:535-540
41. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M ,Buddeberg c: Facharztwahl von jungen Ärztinnen und Ärzten - der Einfluß von Geschlecht, Persönlichkeit, Karrieremotivation und Lebenszielen. In : Brähler E, Alfermann D Stiller J (Hrsg).Karriereentwicklung und Belastung im Arztberuf. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2008; 1-116

42. Kilminster S, Downes J, Gough B et al. Women in medicine - is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine . Medical Education 2007;41:42-49
43. Dettmer S, Kuhlmei A, :Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medzinstudenten - ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte . In : Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag 2010; 3-116
44. Hofmeister D, Rothe K, Alfermann D, Brähler E. Ärztemangel selbst gemacht Über berufliche Belastungen Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Schwartzkopf FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag 2010; 159-173
45. Maaz A, Dettmer S, Winter MHJ, Kuhlmei A. Karriere und Lebensplanung in der Medizin (Kul.M)- Konzeption einer Studie. In : Brähler E, Alfermann D Stiller J (Hrsg). Karriereentwicklung und Belastung im Arztberuf. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2008;129-139
46. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten; 2009
47. Minks KH, Baethke W. Absolventenreport Medizin. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung zum Berufsübergang von Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin. Bonn, Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.) . Reihe Bildung - Wissenschaft - Aktuell, No 9/94. 1994
48. **T. Riepen**, V. Möbus, U. Kullmer, H.R. Tinneberg, K.Münstedt: Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde in den Kliniken - Analyse der Auswirkungen der „Feminisierung“ aus der Perspektive der leitenden Ärzte; Geburtshilfe Frauenheilkd. (2013); 73 (1):53-58

A Anhang

A.1 Erhebungsbogen Nr 1 - 2008

Erhebungsbogen 2008

1. Bitte nennen Sie uns die Anzahl Ihrer ärztlichen Mitarbeiter/-innen.

	Weiblich	Männlich
Assistent		
Facharzt		
Oberarzt		
Ltd. Oberarzt		
Chefarzt		

2. In Abhängigkeit vom Alter sind wie viele Ihrer ärztlichen Mitarbeiter weiblich oder männlich?

	Weiblich	Männlich
< 30 Jahre		
31-40 Jahre		
41-50 Jahre		
51-60 Jahre		
> 60 Jahre		
Chefarzt		

3. Bezugnehmend auf die aktuellen Bewerbungen an Ihrer Klinik (Spontanbewerbungen und/oder ausgeschriebene Stellen), wie viel Prozent der Bewerbungen sind von weiblichen bzw. männlichen Kollegen/- innen?

Weiblich		%
Männlich		%

4. Haben Sie persönlich den Eindruck, dass sich in den letzten fünf Jahren zunehmend weniger männliche Kollegen für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe bewerben?

Ja	
Nein	

5. Wenn sie Frage 4. mit ja beantwortet haben, welche Faktoren halten Sie für ausschlaggebend?

	Schlechte Karriereaussichten im Fach
	Ansehensverlust des Arztberufes
	Geringes Einkommen
	Zu hierarchische Strukturen
	Sonstiges ggf. Freihandeintrag

6. Glauben Sie, daß Ihre weiblichen Mitarbeiterinnen weniger häufig eine langfristige klinische Karriere anstreben als Ihre männlichen Mitarbeiter?

Ja	
Nein	

7. Wie viel Prozent Ihrer weiblichen Mitarbeiterinnen streben nach Ihrer Einschätzung eine langfristige Klinikkarriere mit Übernahme einer leitenden ärztlichen Funktion an?

Mitarbeiterin	Prozent
	%

8. Wie viel Prozent Ihrer männlichen Mitarbeiter streben nach Ihrer Einschätzung eine langfristige Klinikkarriere mit Übernahme einer leitenden ärztlichen Funktion an?

Mitarbeiter	Prozent
	%

9. Glauben Sie, daß die Abnahme männlicher Bewerber einen Einfluß auf die zukünftige Organisationsstruktur der Kliniken haben wird?

Ja	
Nein	

10. Unabhängig vom Geschlecht: haben Sie den Eindruck, dass es schwieriger wird junge Kolleginnen und Kollegen zu einer langfristigen klinischen Perspektive und operativen Ausbildung zu motivieren?

Ja	
Nein	

11. Ihre Einrichtung ist ein

	Krankenhaus der Grundversorgung
	Krankenhaus der Regelversorgung
	Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
	Krankenhaus der Maximalversorgung
	Universitätsklinikum

A.2 Erhebungsbogen Nr. 2 - 2011

Erhebungsbogen 2011

1. Bitte nennen Sie uns die Anzahl Ihrer ärztlichen Mitarbeiter / innen.

	weiblich Vollzeit	weiblich Teilzeit	männlich Vollzeit	männlich Teilzeit
Assistent				
Facharzt				
Oberarzt				
Ltd. Oberarzt				
Chefarzt				

2. In Abhängigkeit vom Alter, wie viele Ihrer ärztlichen Mitarbeiter sind weiblich oder männlich?

	weiblich	männlich
< 30 Jahre		
31-40 Jahre		
41-50 Jahre		
> 50 Jahre		

3. Bezugnehmend auf die aktuelle Bewerbungen an Ihrer Klinik (Spontanbewerbungen und/oder ausgeschriebene Stellen), wie- viel Prozent der Bewerbungen kommen von weiblichen bzw. männlichen Kollegen/-innen?

weiblich		%
männlich		%

4. Haben Sie persönlich den Eindruck, dass sich in den letzten fünf Jahren zunehmend eher männliche oder eher weibliche Kollegen für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe bewerben?

eher weibliche Kolleginnen		%
eher männliche Kollegen		%

5. Wenn sie Frage 4. mit "eher weibliche Kolleginnen" beantwortet haben, welche Faktoren halten Sie für ausschlaggebend?

	schlechte Karriereaussichten im Fach
	Ansehensverlust des Arztberufs
	geringes Einkommen
	zu hierarchische Strukturen
	Sonstiges, ggf. Freihandeintrag

6. Wie viele Ihrer weiblichen und wie viele Ihrer männlichen Mitarbeiter streben eine langfristige klinische karriere an?

weibliche Kolleginnen		%
männliche Kollegen		%

7. Wie viele Ihrer weiblichen und wie viele Ihrer männlichen Mitarbeiter streben eine langfristige klinische Karriere mit Übernahme einer leitenden Funktion an?

weibliche Kolleginnen		%
männliche Kollegen		%

8. Glauben Sie, daß die Änderungen im Verhältnis der Geschlechter in Ihrer Abteilung einen Einfluß auf die zukünftige Organisationsstruktur der Kliniken haben wird?

Ja	
Nein	

9. Unabhängig vom Geschlecht: Haben Sie den Eindruck, dass es schwieriger wird junge Kolleginnen und Kollegen zu einer langfristigen klinischen Perspektive und operativen Ausbildung zu motivieren?

Ja	
Nein	

10. Erleben Sie weibliche und männliche Mitarbeiter als gleichermaßen motiviert, Aufgaben außerhalb der Dienstzeit zu übernehmen?

Ja	
Nein	

11. Wenn nein, welches Geschlecht ist eher bereit, Aufgaben außerhalb der Dienstzeiten zu übernehmen?

weiblich	
männlich	

12. Erleben Sie weibliche und männliche Mitarbeiter als gleichermaßen motiviert, sich an der Forschung im Fach zu beteiligen?

Ja	
Nein	

13. Wenn nein, welches Geschlecht ist eher bereit, sich an der Forschung im Fach zu beteiligen?

weiblich	
männlich	

14. Wie viel Prozent Ihrer weiblichen und wie viele Ihrer männlichen Mitarbeiter streben Ihrer Meinung nach eine Niederlassung an?

weibliche Kolleginnen		%
männliche Kollegen		%

15. Haben Sie den Eindruck, dass sich die Aufgaben in einer Abteilung besser mit vielen Teilzeitarbeitskräften oder Vollzeitarbeitskräften bewältigen lassen?

	besser mit Vollzeitkräften
	besser mit Teilzeitkräften
	besser mit einem ausgewogenem Verhältnis dieses sollte 1: sein

16. Arbeiten Sie in Ihrer Klinik mit Honorarärzten?

Ja	
Nein	

17. Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, wie setzen Sie die Honorarärzte ein? Und welche Qualifizierung haben sie?

	Tagdienst	Nacht- dienst	VK	Weiblich	Männlich
Anzahl					
Facharzt					
Assistent					

18. Ihre Einrichtung ist ein

	Krankenhaus der Grundversorgung
	Krankenhaus der Regelversorgung
	Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
	Krankenhaus der Maximalversorgung
	Universitätsklinikum

B Publikationsverzeichnis

Originalarbeit in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review-System

T. Riepen, V. Möbus, U. Kullmer, H.R. Tinneberg, K. Münstedt: Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde in den Kliniken - Analyse der Auswirkungen der „Feminisierung“ aus der Perspektive der leitenden Ärzte; Geburtshilfe Frauenheilkd. 2013; 73 (1):53-58

Poster

T. Riepen, M. Vescia, V. Möbus.: Zur Verteilung von weiblichen und männlichen Ärzten in der Frauenheilkunde: Eine Bestandsaufnahme.

DGGG 2008; 68 - PO_GYN_03_08.

Publiziertes Abstract

Derouet, Edert, Stamm, Georg, Ullrich, Limberg, Wehberg, **Riepen**, Ziegler.: Pathogenetische und klinische Gesichtspunkte niedriger Östradiolspiegel beim Mann. Der Urologe 2000

C Erklärung zur Dissertation

„ich erkläre, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe dies nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommenes Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt oder indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Gießen 20.10.2016 -----

Thomas K. Riepen

D Dank

Danksagung

Zunächst einmal möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Möbus bedanken, der mir den Anstoß gab, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Allergrößter Dank gebührt Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Tinneberg, der so freundlich war, mich zu ermutigen das Thema erneut aufzugreifen und mir in dieser Zeit mit seinen fachkundigen Anregungen, sowie seiner kompetenten Anleitung zum wissenschaftlichen Denken und Arbeiten, weit über das Übliche hinaus, stets hilfreich zur Seite stand und auch dankender Weise nicht nur fördernd sondern auch fordernd Ergebnisse wünschte.

Vielen Dank für Ihre freundlich/fordernde Nachfrage, stets kollegial und freundlich zugewandt, unterstützend zur Seite stehend.

Dank und ein besonderes Lob soll Herrn Prof. Dr. Karsten Münstedt gelten, zeigte er mir durch seine professionelle und auch freundschaftliche Art, wie dieses spannende Thema die Möglichkeit bietet, noch weiter vertieft und intensiviert zu werden.

Mit Rat und Tat, stand er mir immer, kollegial und vor allem freundschaftlich zur Seite, mit Kritik und guten Tipps nicht sparend. Mein lieber Karsten - dafür danke ich Dir !

Ein großes Dankeschön gilt meiner Familie - meiner Tochter Karla, die auf Ihren Papa verzichtet hat und meiner Frau Simone, die mich stets mit lieben Worten motivieren konnte. Durch ihre Tatkraft hielt sie mir den Rücken frei und stärkte mich.

Vielen Dank möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Klaus Klöckner sowie dem Lehrerehepaar Wauch, meinen Korrekturlesern, sagen.

Des Weiteren möchte ich mich bei den Chefärztinnen und Chefarzten, Oberärztinnen und Oberärzten bedanken die sich die Zeit genommen haben diese Fragebögen auszufüllen. Ohne sie und ihre Bereitschaft wäre diese Studie nicht machbar gewesen.