

Wer macht die Pflegearbeit?

Ärztinnen versorgen – Ärzte machen Karriere?

Dr. Swantje Reimann

„Also der kommt halt auch eher aus dem Forschungsbereich und ich find, man merkt Leuten oft an, wenn die so'n Schwerpunkt haben. Und er ist halt eher der Forscher, was ja auch völlig in Ordnung ist, aber man merkt, dass er mit Patienten, hab ich so den Eindruck, nicht ganz so gut kann, wie halt vielleicht mit seinen Forschungsthemen und, naja, das ist dann vielleicht doch 'n bisschen das Suboptimale an der Uniklinik, dass dann doch viele Leute, die 'nen Ehrgeiz haben, was Forschung angeht und nicht so sehr Patientenversorgung unbedingt“.

(Gruppendiskussion von Ärztinnen in Wb)

Gliederung

- Status Quo: Frauen in der Medizin
- Empirie zu geschlechterspezifischen Unterschieden
- Fazit und Schlussfolgerungen

Status Quo – Frauen in der Medizin

- Anstieg des Frauenanteils am Medizinstudium und der ärztlichen Profession: >65% Medizinstudentinnen (=nominale Feminisierung)
- Gleichverteilung im ärztlichen Beruf (ca. 45% Ärztinnen)
- höhere Dauer der fachärztlichen Weiterbildung bei Ärztinnen
- Geschlechterdifferenzen in zentralen Facharztgruppen (Chirurgie, Orthopädie, Urologie - Gynäkologie, Pädiatrie)
- Große Geschlechterunterschiede in Führungspositionen: max. 20% Professorinnen; ca. 13% Chefärztinnen

Empirie – Ärztliche Aufgaben

- » Untersuchung von 5000 Praxis- und Klinikärztinnen und -ärzten (1) zu Geschlechterverteilung hinsichtlich Bewertung Ärztlicher Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen:
 - “Patientenselbstbestimmung” und „Patient Nichtschaden“: höhere Bewertung durch Ärztinnen als durch Ärzte
 - “Patient Wohltun: Zuwendung und Empathie“: besonders wichtig für Ärztinnen, ältere Ärzt_innen, höchste Werte bei hausärztlich und psychiatrisch tätigen Ärzt_innen
 - höhere Zustimmung der Ärztinnen zu „Arztstätigkeit muss so organisiert, werden, dass eine Balance zw. Berufl. Entwicklung und Familie bzw. anderen Interessen möglich ist“ (51% vs. 39%)

Empirie – Kommunikationsstil [2]

- Ärztinnen kommunizieren im Vgl. zu Ärzten emotionaler und weniger dominant mit ihren Patienten
- Während A-P-Gespräch teilen Ärztinnen und Patientinnen die Sprechzeit gleichmäßig auf, während Ärzte stets mehr Redezeit als ihre Patienten beanspruchen [4]
- Anhaltspunkt, dass sich Dyaden mit einer Ärztin gleichberechtigter abspielen als Dyaden mit einem Arzt, die sich an hierarchischen Strukturen orientieren [8]
- Ärztinnen besprechen vermehrt psychosoziale Themen und stellen ihren Patienten diesbezüglich auch mehr Fragen
- Ärztinnen fordern ihre Patienten mehr dazu auf, am Entscheidungsprozess teilzunehmen oder laden Patienten dazu ein, ihre Meinung oder ihre Befürchtungen auszudrücken, und fördern so ein eher partnerschaftliches Klima [3]

Empirie – Kommunikationsstil [2]

- Ärztinnen lächeln mehr, nicken mehr und halten ihre Hände ruhiger und entspannter [3]; sprechen mit freundlicherer, interessierterer Stimme
- Ärztinnen schaffen eine angenehmere Gesprächsatmosphäre, indem sie ihren Patienten mehr beistimmen, sie eher ermutigen und sie beruhigen
- Ärztinnen nehmen sich mehr Zeit für ihre Patienten; im Durchschnitt etwa 2 min (v.a. Allgemeinmedizin) [3]
- umgekehrtes Muster in Gynäkologie: Ärzte sprechen mehr psychosoziale und affektive Themen an als Ärztinnen und nehmen sich mehr Zeit für ihre Patientinnen
- patientenzentrierter Kommunikationsstil bei Patienten besonders beliebt [5, 6]
- in der Forschung aber keine eindeutigen Hinweise, dass Patienten zufriedener mit ihren Ärztinnen als mit ihren Ärzten [7]
- patientenzentrierter Kommunikationsstil wird auch anders wahrgenommen, abhängig, ob von Ärztin oder Arzt

Fazit

»Es bestehen Unterschiede:

- *In der Behandlung* – Ärztinnen reden länger als Ärzte mit Patient_innen, halten sich enger an die Leitlinien der Behandlung, entsprechen eher dem fürsorglichen Habitus, der von ihnen erwartet wird als dem Aufstiegshabitus, der als egoistisch nicht dem ethischen Imperativ des ärztlichen Berufes zugeordnet wird
- *In der Karriere(orientierung)* – Ärzte bevorzugen Karriere UND Ärzte werden bevorzugt bei Karriereentscheidungen – Ärztinnen entscheiden sich häufiger gegen Karriere und für Balance (oder müssen dies tun)

Schlussfolgerungen

- » Sensitivität für den Einfluss von Gender auf Bewertung von Leistung und Führungsqualitäten
- » Sensitivität für arbeitsstrukturelle und -organisatorische Anforderungen an berufl. Orientierung und Karriere
- » Organisationale Planungen und Regulierungen, z.B.:
 - an Bedarfe angepasste flexible Arbeitszeitregelung
 - transparente und einheitliche Weiterbildungsbedingungen UND Aufstiegsmöglichkeiten
 - Entkopplung Leistung von AZ
 - Erweiterung der Führungskriterien um psychosoziale Aspekte
 - spezifische Förderungen über bestimmte Qualifizierungsstufen hinweg

Literatur

1. Schröder, T.H. & Raspe, H. (2010). Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein. In: *Report Versorgungsforschung*, Band 2: 83-100.
2. Kloeckner-Cronauer, C. & Schmidt-Mast, M. (2010). Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. *Rehabilitation*, 49: 308-314.
3. Roter, D.L.; Hall, J.A. & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication. *Journal of the American Medical Association*, 288: 756-764.
4. Hall, J.A.; Irish, J.T.; Roter, D.L.; Ehrlich, C.M. & Miller, L.H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13: 384-392.
5. Bradley, G.; Sparks, B. & Nesdale, D. (2001). Doctor communication style and patient outcomes: Gender and age as moderators. *Journal of Applied Social Psychology*, 31: 1749-1773.
6. Schmid-Mast, M.; Hall, J.A. & Roter, D.L. (2007). Distangling physician gender and communication style effects on patient satisfaction and behavior in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling*, 68: 16-22.
7. Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Sciences and Medicine*, 27: 637-644.
8. Hall, J.A.; Coats, E.J. & Smith-LeBeau, L. (2005). Nonverbal behavior and the vertical dimension of social relations: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 131: 898-924.

Workshop

2.-3. September 2016 in Hamburg

www.transfergendermed.de*

Frau Dr. Swantje Reimann

swantje.reimann@uni-leipzig.de / info@transfergendermed.de

0341 97 31 636

Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung

c/o Sportwissenschaftliche Fakultät

Jahnallee 59, 04109 Leipzig

*Das Verbundvorhaben „Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin (TransferGenderMed)“ der Universität Leipzig, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter den Förderkennzeichen 01FP1437, 01FP1433 und 01FP1435 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen und Autoren.

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**