



Health System Watch

Gender-Unterschiede bei Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen

Monika Riedel, Gerald Röhring*

Zusammenfassung

Weibliches ärztliches Personal in Österreich ist jung und arbeitet verstärkt im Osten des Landes. So betrug der Frauenanteil bei unter 35-jährigen berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten 2015 58 % und der Unterschied im Frauenanteil zwischen den Versorgungszonen Ost und West beachtliche 10 Prozentpunkte über alle Altersgruppen. Im internationalen Kontext rangiert Österreich mit einem Frauenanteil von 47 % (2015) bei berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten im Mittelfeld. Kinderheilkunde, Dermatologie und psychiatrische Fächer erscheinen mit Frauenanteilen von über 50 % als „weibliche Fächergruppen“. Bei ausschließlich angestellter Tätigkeit finden sich mehr Fachärztinnen als im Bereich mit Ordination; die Allgemeinmedizin ist praktisch ausgeglichen (Frauenanteil: 51 %). Nicht-ärztliches Personal in Österreichs Spitälern ist überwiegend weiblich, im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in weiteren Gesundheitsberufen erreicht der Frauenanteil über 80 %. Während überwiegend Frauen nichtärztliche Gesundheitsberufe erlernen, ist der Frauenanteil bei Abschlüssen in Humanmedizin in den letzten Jahren wieder rückläufig. Der Gender Pay Gap im Gesundheitswesen ist beträchtlich, vor allem bei selbständiger Tätigkeit. Internationale Arbeiten zeigen, dass dieser Gap nicht allein durch Unterschiede in Fächerwahl und individuelle Arbeitszeiten erklärbar ist. Es liegen einige Hinweise vor, dass mangelnde Familienfreundlichkeit der Arbeitsumgebung und tradiertes Rollenverständnis auch im ärztlichen Bereich vor allem Frauen in ihrem beruflichen Fortkommen einschränken, und zwar nicht nur dann, wenn tatsächlich Kinder vorhanden sind. Abschließend sei bemerkt, dass der Fokus dieses Berichts auf den ärztlichen Bereich allein der Verfügbarkeit von Daten geschuldet ist.

Einleitung

Das Spektrum der Fragen, die im Kontext von Gender und Gesundheitspersonal international bereits bearbeitet wurden, ist weit (vgl. Newman 2014, auch für die jeweilige Literatur):

- Frauenanteil am Personal, insbesondere in der Primärversorgung
- Personalstruktur und Konzentration der Hierarchien
- Zugang zu nichtmonetären Erträgen, Fort- und Weiterbildung
- Unterschiede bei Einkommen, Mobilität, Kenntnissen über Arbeitsplatzsicherheit, Wahrnehmung von Gesundheit und Lebensqualität
- Interaktion zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitspersonal
- Erfahrungen weiblicher mobiler Pflege- und Betreuungskräfte, einschließlich jener unter- und unbezahlten (meist weiblichen) Kräfte, die den Großteil der informellen Pflege und Betreuung leisten,
- Probleme aus der Unvereinbarkeit normaler Lebensereignisse (Schwangerschaft, Kinderbetreuung) mit männlichen Beschäftigungsmustern, die nicht auf die Berücksichtigung solcher Ereignisse ausgerichtet sind

Ein Aufriss all dieser Fragestellungen für die österreichische Situation würde den Umfang eines Berichts sprengen; auch liegen bei weitem nicht für alle Fragestellungen Daten für Österreich vor. Dieser Beitrag konzentriert sich daher in den ersten Abschnitten auf jene Bereiche, für die österreichspezifische Informationen vorliegen. Punktuell können die Auswertungen für Österreich auch vor einem internationalen Hintergrund diskutiert werden. Im letzten Abschnitt wird das entstehende Bild anhand internationaler Forschungsergebnisse hinterfragt, die sich nicht nur damit beschäftigen,

* Institut für Höhere Studien (IHS); Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-229, E-Mail: riedel@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

Zusammenfassung

Einleitung





in welchem Ausmaß Frauen am „Arbeitsmarkt Gesundheitswesen“ partizipieren, sondern auch damit, warum so häufig Schiefungen konstatiert werden. So schreibt Wildner (2014) für Deutschland: „Das Überwiegen von weiblichem Personal in der Pflege und in vielen Heil- und Hilfsberufen hat eine lange Tradition – wenngleich Führungspositionen noch immer überproportional häufig von Männern besetzt werden. Dies betrifft nicht nur die Pflege. In der Pharmazie sind mehr als vier von fünf Berufstätigen weiblich.“ Ähnliches trifft für viele Gesundheitsberufe auch in Österreich und in unterschiedlicher Ausprägung in vielen Ländern weltweit zu. Die Weltgesundheitsorganisation wies bereits 2008 darauf hin, dass zwar 42 % der Beschäftigten weltweit Frauen waren, dass der Frauenanteil im Gesundheitswesen aber mit 75 % überproportional ausfiel.¹ Das Zusammenspiel von hoher weiblicher Beteiligung an der Gesundheitsarbeit, niedrigerer weiblicher als männlicher wöchentlicher Arbeitszeit und dem oftmals befürchteten kommenden Engpass an Gesundheitspersonal macht eine Untersuchung dieser Schiefung daher besonders lohnend.

Arbeitsmarkt Gesundheitswesen

Gemäß Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung waren im Jahr 2015 rund 4,1 Mio. Personen unselbständig erwerbstätig, der Frauenanteil über alle Sektoren betrug 47 %. Rund 10 % (421.000) der unselbständig Erwerbstätigen konnten dem Gesundheits- und Sozialwesen (ÖNACE 2008, Abschnitt Q) zugerechnet werden, wobei der Frauenanteil mit 77 % um beachtliche 30 Prozentpunkte über dem Durchschnittswert aller Abschnitte lag. Die quantitativ bedeutende Abteilung Gesundheitswesen (Q 86, 275.000 unselbständig Erwerbstätige) wies einen Frauenanteil von 76 % auf, während die Abteilung Alten- und Pflegeheime (Q 87) mit rund 80 % den höchsten Frauenanteil innerhalb des Abschnitts Q erreichte. Im Vergleich zur gesamten Dienstleistungsbranche mit einem durchschnittlichen Frauenanteil von 57 % können Gesundheitsberufe daher in Österreich als besonders weiblich angesehen werden, und der Frauenanteil in diesem Bereich entspricht nach wie vor recht gut dem oben zitierten weltweiten Wert.

Insgesamt wiesen im Jahr 2015 28 % aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen (Q 86) einen akademischen Abschluss auf, wovon 18 Prozentpunkte auf Frauen entfielen. In der Abteilung Alten- und Pflegeheime (Q 87) waren 10 % aller Erwerbstätigen Frauen und 3 % aller Erwerbstätigen Männer mit einem akademischen Grad. Der Blick in die Altersverteilung der Erwerbstätigen zeigt, dass in der Abteilung Gesundheitswesen insbesondere junge Frauen eine bedeutende Rolle spielen: So ist knapp ein Viertel (24 %) aller im Gesundheitswesen Beschäftigten weiblich und unter 35 Jahre alt (gesamte Dienstleistungsbranche: 20 %). Teilzeitbeschäftigung spielt bekanntlich insbesondere bei Frauen eine große Rolle; so waren 2015 rund 50 % aller Frauen im Gesundheitswesen teilzeitbeschäftigt², während es bei Männern lediglich 21 % waren. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime betrug die Teilzeitbeschäftigtenquote bei Frauen sogar 61 %, jene der Männer immerhin auch 40 %. Als Grund für die Teilzeitbeschäftigung gaben 42 % der Frauen im Gesundheitswesen die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Erwachsenen an, dieser Anteil lag somit fast 6 Prozentpunkte über dem Vergleichswert der gesamten Dienstleistungsbranche. Hauptgrund für Teilzeitbeschäftigung bei Männern im Gesundheitswesen war die schulische oder berufliche Aus- oder Fortbildung (26 %); für Frauen im Gesundheitswesen war dieser Grund nur für 4 % ausschlaggebend dafür, keine Vollenstellung innezuhaben. In den folgenden Abschnitten stellen wir die Situation der weiblichen Beschäftigung im österreichischen Gesundheitswesen in dem Ausmaß dar, wie es die statistischen Quellen erlauben. Die Datenlage ist für Angehörige des ärztlichen Berufs breiter und vollständiger als für die nichtärztlichen Berufe. Für Letztere fehlen in Österreich derzeit noch zum Teil sehr grundlegende Informationen (Riedel et al. 2016). Die Darstellung kann daher nur entsprechend knapp gehalten werden und fokussiert datenbedingt auf den Spitalsbereich.

Die quantitative Dimension der Gesundheitsberufe in Österreich

Weibliches ärztliches Personal ist jung und arbeitet verstärkt im Osten des Landes

Mit Stand 1. Jänner 2016 waren in Österreich 44.022 Ärztinnen und Ärzte berufsausübend³ tätig, weniger als die Hälfte (47 %) davon waren Frauen.⁴ Die Betrachtung nach Altersgruppen zeigt ein differenziertes Bild: Der Frauenanteil nimmt mit steigender Altersgruppe annähernd linear ab. Bei

1 Nach den von der WHO ausgewiesenen Zahlen entsprach dieser Anteil damals auch recht genau den Verhältnissen in Österreich.
2 Bis 35 Stunden pro Woche.
3 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Turnusärztinnen und -ärzte.
4 Die Auswertungen beziehen sich, sofern nicht anders vermerkt, auf Personen oder „Köpfe“, im Gegensatz zu Vollzeitäquivalenten, über die im niedergelassenen Bereich keine Informationen vorliegen.

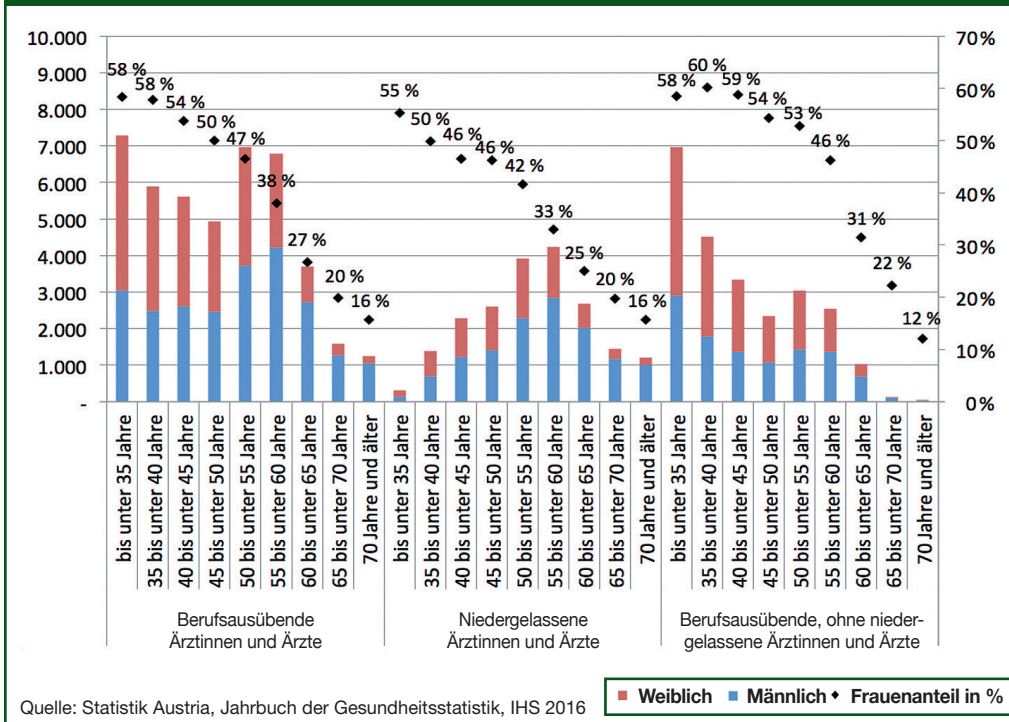
Arbeitsmarkt
Gesundheitswesen

Die quantitative
Dimension der
Gesundheitsberufe
in Österreich





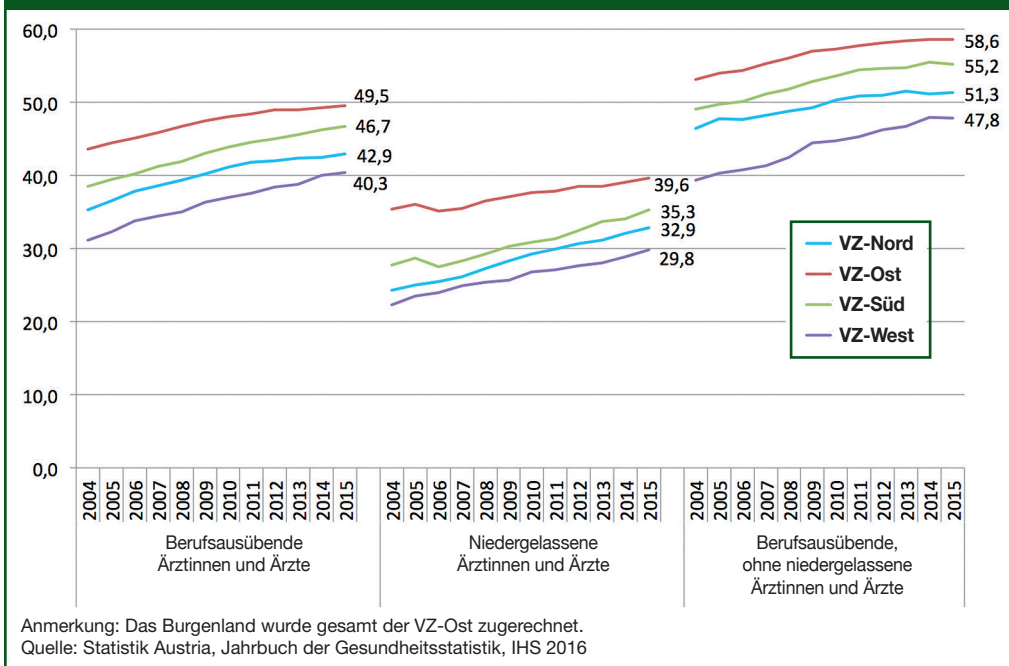
Abbildung 1: Berufsausübende und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, nach Alter und Geschlecht, 2015



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, IHS 2016

unter 35-Jährigen beträgt er rund 58 % und bei über 65-Jährigen sinkt er auf 20 % und weniger, vgl. Abbildung 1. Es sind markante Unterschiede nach Setting der Berufsausübung festzustellen: Bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten⁵ lag der Frauenanteil mit rund 36 % deutlich niedriger als bei nicht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit 55 %. Der Frauenüberhang bei nicht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stammte vor allem aus den stark besetzten jüngeren Al-

Abbildung 2: Frauenanteil der berufsausübenden und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, in %, Versorgungszonen (VZ), 2004–2015

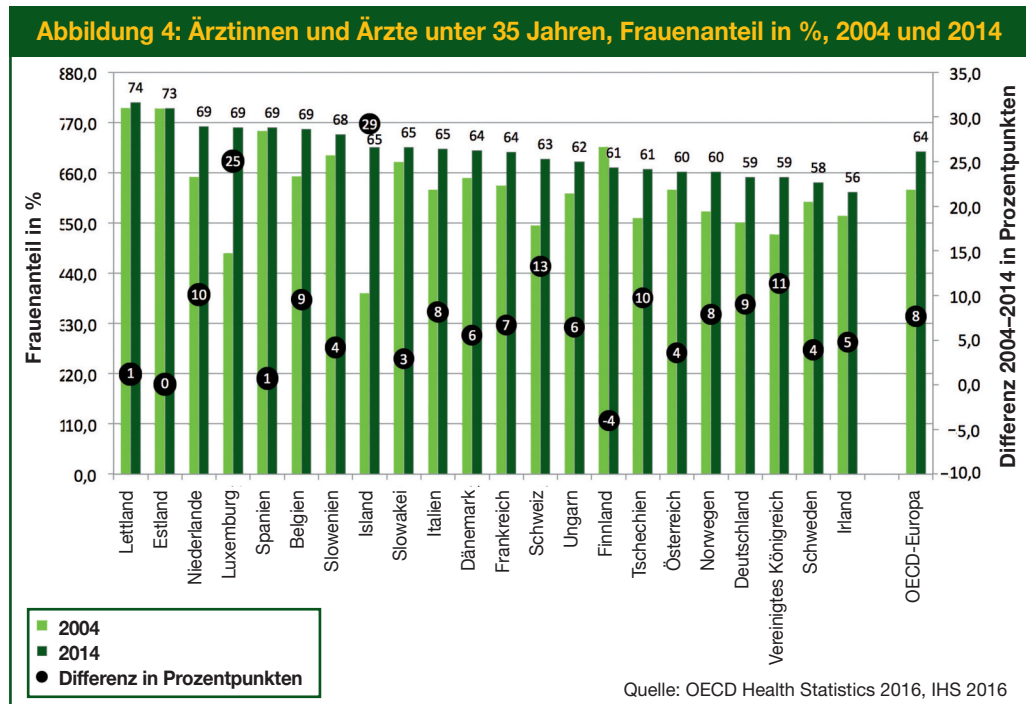
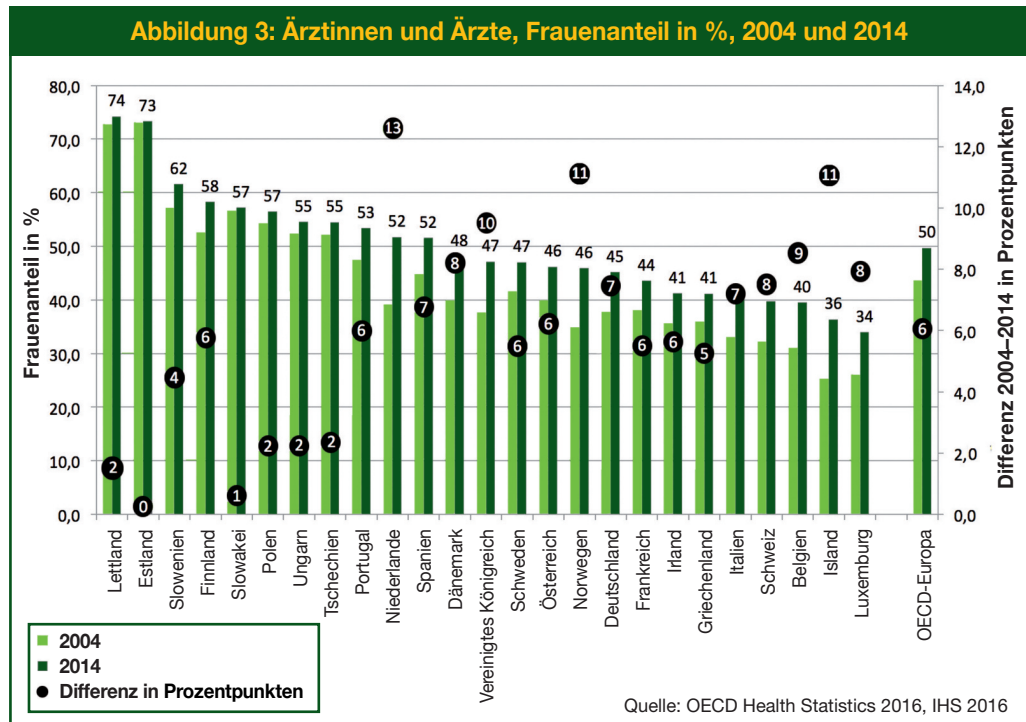


Anmerkung: Das Burgenland wurde gesamt der VZ-Ost zugerechnet.
Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, IHS 2016

5 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte sowie Wohnsitzärztinnen und -ärzte.



tersgruppen; erst die Altersgruppe 55 bis unter 60 Jahre enthielt mehr Männer als Frauen. Unabhängig vom Geschlechtsaspekt ist auch interessant, dass im niedergelassenen ärztlichen Bereich deutlich mehr Personen der Altersgruppe 65+ arbeiteten als Personen unter 40 Jahren. Die Entwicklung des Frauenanteils in der Periode 2004–2015 zeichnet ein eindeutiges Bild, vgl. Abbildung 2. Sowohl bei niedergelassenen (+6,1 Prozentpunkte) als auch bei nicht niedergelassenen (+5,9 Prozentpunkte) Ärztinnen und Ärzten stieg der Frauenanteil. Allerdings zeigt die Abbildung auch, dass sich dieser Anstieg in den letzten Jahren verflacht hat, und zwar insbesondere bei den Nicht-niedergelassenen. Da Ärztinnen und Ärzte ausbildungsbedingt zu Beginn ihrer Karriere als Angestellte arbeiten, dürften zu dieser Entwicklung Änderungen in den Studienbedingungen beigetragen haben, siehe hierzu den Abschnitt über Studienabschlüsse.



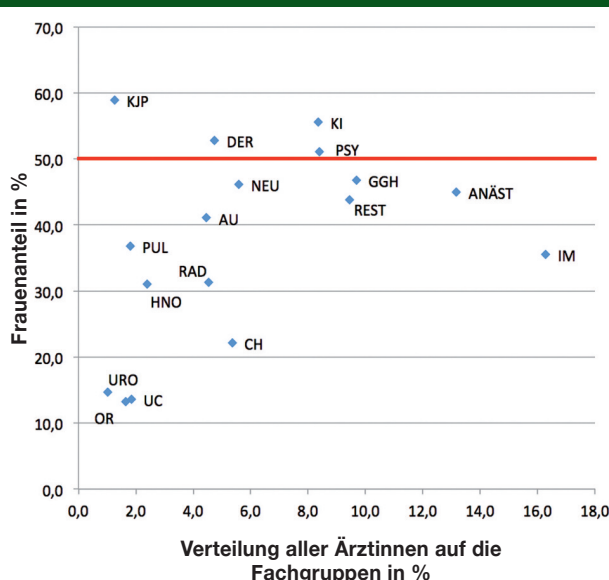


Ins Auge sticht ein bedeutsamer Niveauunterschied des Frauenanteils bei Ärztinnen und Ärzten zwischen den vier Versorgungszonen (VZ)⁶, insbesondere zwischen den VZ-Ost und West. Während 2015 der Anteil bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der VZ-Ost bei rund 40 % lag, erreichte der entsprechende Anteil im Westen keine 30 %. Der Unterschied zwischen den beiden VZ verringerte sich über die Zeit in beiden Ärztegropen um rund 3 Prozentpunkte. Ein Grund für das Ost-West-Gefälle ist in der Altersverteilung zu finden; so fällt bei Berufsausübenden der Altersgruppe 65 Jahre und älter in der VZ-Ost der Frauenanteil mit rund 22 % etwa doppelt so hoch aus wie in der VZ-West. Im internationalen Kontext rangierte Österreich 2014 mit einem Frauenanteil von 46 % bei berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten im Mittelfeld (Durchschnitt OECD-Europa: 50 %), vgl. Abbildung 3. Mit knapp unter 75% Frauen wies die Ärzteschaft 2014 in den beiden baltischen Staaten Lettland und Estland besonders hohe Frauenanteile auf. Männer dominieren insbesondere in Luxemburg, Island, Belgien und der Schweiz; die Frauenanteile betragen dort unter 40 %. Die dynamischste Entwicklung des Frauenanteils bei Ärztinnen und Ärzten erfuhren die Niederlande mit einer Steigerung um 13 Prozentpunkte im Zeitraum 2004–2014. In Österreich wuchs der Anteil um 6 Prozentpunkte, was dem OECD-Europa-Durchschnitt entspricht. Bei ausschließlicher Betrachtung der jungen Ärztinnen und Ärzte zeigt sich, dass Österreich mit einem Frauenanteil von rund 60 % leicht unter dem Durchschnittswert (64 %) zu liegen kommt. Der Anstieg in dieser Gruppe im Beobachtungszeitraum 2004–2014 fiel in Österreich mit +4 Prozentpunkten nur halb so stark aus wie jener im Durchschnitt (+8 Prozentpunkte).

Kinderheilkunde, Dermatologie und psychiatrische Fächer erscheinen als „weibliche Fachgruppen“

Insgesamt verzeichnete die Österreichische Ärztekammer mit Stichtag 1. September 2016 rund 23.700 Fachärztinnen und -ärzte, darunter rund 37 % Frauen. Die größte Fachgruppe innerhalb der weiblichen Ärzteschaft stellte die Innere Medizin (16 %), gefolgt von der Anästhesiologie (13 %) und der Frauenheilkunde (10 %) dar; mit je 8 % sind zudem die Kinderheilkunde und die psychiatrischen Fächer⁷ bedeutsam. Unter den betrachteten Fachgruppen⁸ findet sich der höchste Frauenanteil mit rund 59 % im noch jungen und kleinen Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie⁹, dahinter rangieren die Kinderheilkunde (56 %), die Dermatologie (53 %) und die (anderen) psychiatrischen Fächer (51 %) mit ebenfalls Anteilen über 50 %. Die geringsten Frauenanteile (bis 15 %) je Fachgruppe sind in den Fächern Orthopädie (13 %), Unfallchirurgie (14 %) und Urologie (15 %) festzustellen. Das mit 16% aller Fachärztinnen quantitativ bedeutsamste Fach ist die Innere Medizin mit einem Frauenanteil von knapp 36%, vgl. Abbildung 5. Diese Fächer sind auch international weniger stark mit Frauen besetzt als andere, beispielsweise beträgt der Frauenanteil im Fach Chirurgie im Vereinigten Königreich 10 % (Royal College of Physicians 2009).

Abbildung 5: Fachärztliche Versorgung: ausgewählte Fachgruppen, alle Ärztinnen und Ärzte, Frauenanteil in % und Verteilung aller Ärztinnen auf die Fachgruppen, Stichtag: 01.09.2016



Abkürzungen der Fachgruppen (alphabetisch): ANÄST: Anästhesiologie, AU: Augenheilkunde, CH: Chirurgie (Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Herzchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Neurochirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Thoraxchirurgie), DER: Dermatologie, GGH: Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, IM: Innere Medizin (inkl. Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie, Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie, Innere Medizin und Intensivmedizin, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Pneumologie, Innere Medizin und Rheumatologie), KI: Kinderheilkunde, KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin), NEU: Neurologie (inkl. Neurologie und Psychiatrie), OR: Orthopädie (inkl. Orthopädie und Traumatologie), PSY: Psychiatrie (inkl. Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin), PUL: Pulmologie, RAD: Radiologie, UC: Unfallchirurgie, URO: Urologie. REST = alle Fachgruppen ohne die ausgewählten Fachgruppen;

Quelle: Österreichische Ärztekammer, IHS 2016

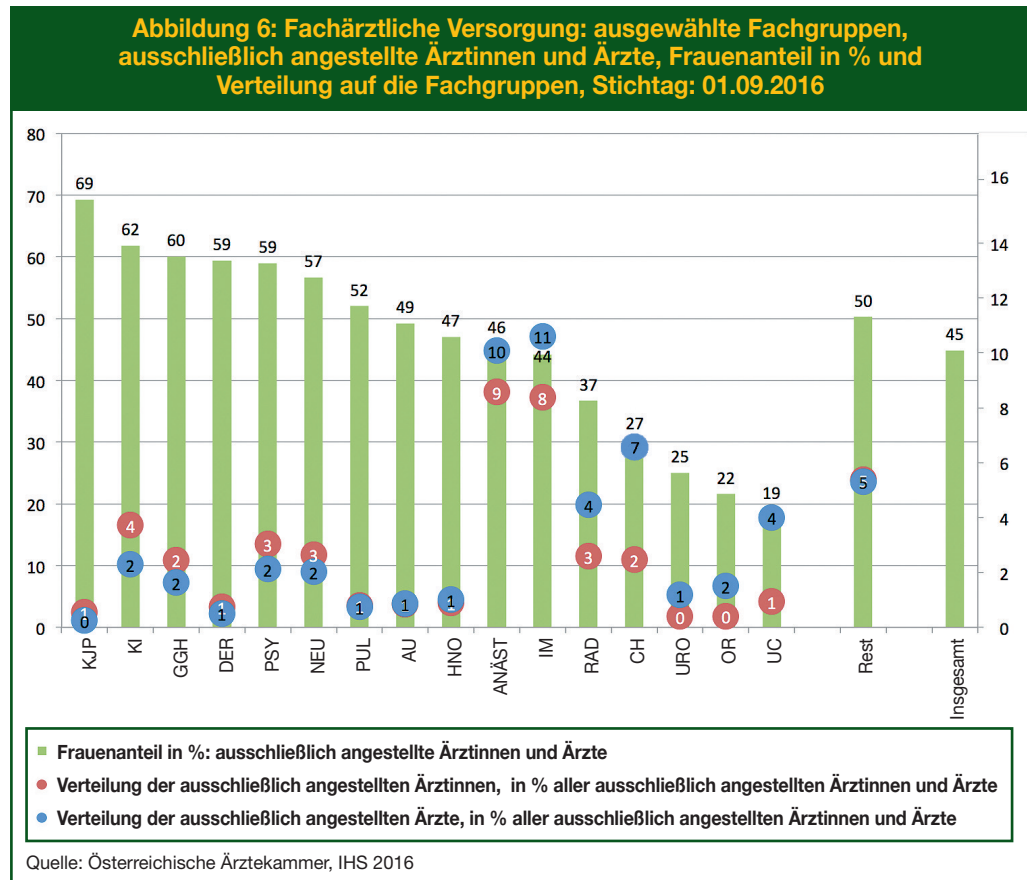
6 Da Daten ausschließlich auf Ebene der Bundesländer zur Verfügung standen, wurde das Burgenland, welches eigentlich zwischen zwei Versorgungszonen (Ost und Süd) aufgeteilt wird, der Versorgungszone Ost zugerechnet. VZ-Nord: Oberösterreich und Salzburg; VZ-Ost: Wien, Niederösterreich und Burgenland; VZ-Süd: Steiermark und Kärnten; VZ-West: Tirol und Vorarlberg.
 7 Die psychiatrischen Fächer inkludieren Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.
 8 Facharztgruppen aus REGIOMED (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) ohne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, ergänzt aufgrund der Bedeutsamkeit um die Fachbereiche Anästhesiologie und Radiologie.
 9 Inklusive Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin.



Mehr weibliche Beteiligung im angestellten als im ordinierenden Bereich

In der Ständesmeldung der Österreichischen Ärztekammer wird zwischen ausschließlich im Spital oder bei anderen Dienstgebern¹⁰ angestellten Fachärztinnen und -ärzten (48 % aller Fachärztinnen und -ärzte) und solchen mit Ordination (47 %) unterschieden. Zusätzlich werden auch sogenannte Wohnsitzärztinnen und -ärzte (4 %) ausgewiesen, die ärztliche Tätigkeiten (z. B. Vertretungs- oder Gutachter Tätigkeiten) ausüben, ohne eine Ordination zu führen oder angestellt zu sein.¹¹

Insgesamt waren mit Stichtag 1. September 2016 rund 45 % Frauen unter den ausschließlich angestellten Fachärztinnen und -ärzten, vgl. Abbildung 6. Bei Betrachtung der Frauenanteile je Fach-



gruppe können „überwiegend weibliche Fachbereiche“ identifiziert werden: Bei ausschließlich angestellten Fachärztinnen und -ärzten finden sich mehr Frauen als Männer in den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie (69 %), Kinderheilkunde (62 %), Gynäkologie und Geburtshilfe (60 %), Dermatologie (59 %), Psychiatrie (59 %), Neurologie (57 %) und Pulmologie (52 %). Absolut gesehen gibt es die größte Anzahl an ausschließlich angestellten Fachärztinnen in den Bereichen der Anästhesiologie (9 % aller ausschließlich Angestellten), der inneren Medizin (8 %) und der Kinderheilkunde (4 %). Bei ausschließlich angestellten männlichen Fachärzten rangiert die Innere Medizin (11 %) vor der Anästhesie (10 %) und der Chirurgie (7 %). Die bedeutendsten geschlechtsspezifischen Anteilsunterschiede finden sich zugunsten der männlichen Fachärzte in den Fachbereichen Chirurgie (4 Prozentpunkte), Unfallchirurgie (3 Prozentpunkte) und Innere Medizin (2 Prozentpunkte).

Im Vergleich liegt bei Fachärztinnen und -ärzten mit Ordination¹² der Frauenanteil mit 30 % um 15 Prozentpunkte unter dem entsprechenden Wert der ausschließlich Angestellten (Abbildung 7). Lediglich zwei Fachbereiche (Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Dermatologie) weisen im Bereich der Ärztinnen und Ärzte mit Ordination Frauenanteile knapp über 50 % auf. Die Betrachtung der Verteilung der Fachärztinnen und -ärzte illustriert bei Männern mit Ordination die Dominanz dreier Fachgruppen: So arbeiten mehr als ein Viertel (26 %) aller Fachärztinnen und -ärzte in innerer

10 Zum Beispiel auch Schulärztinnen und -ärzte oder Betriebsärztinnen und -ärzte.

11 Ärztinnen und Ärzte, die angestellt sind oder eine Ordination führen, dürfen alle Tätigkeiten, zu denen Wohnsitzärztinnen und -ärzte berechtigt sind, automatisch mit ausüben, ohne sich speziell als Wohnsitzärztin/-arzt eintragen zu lassen.

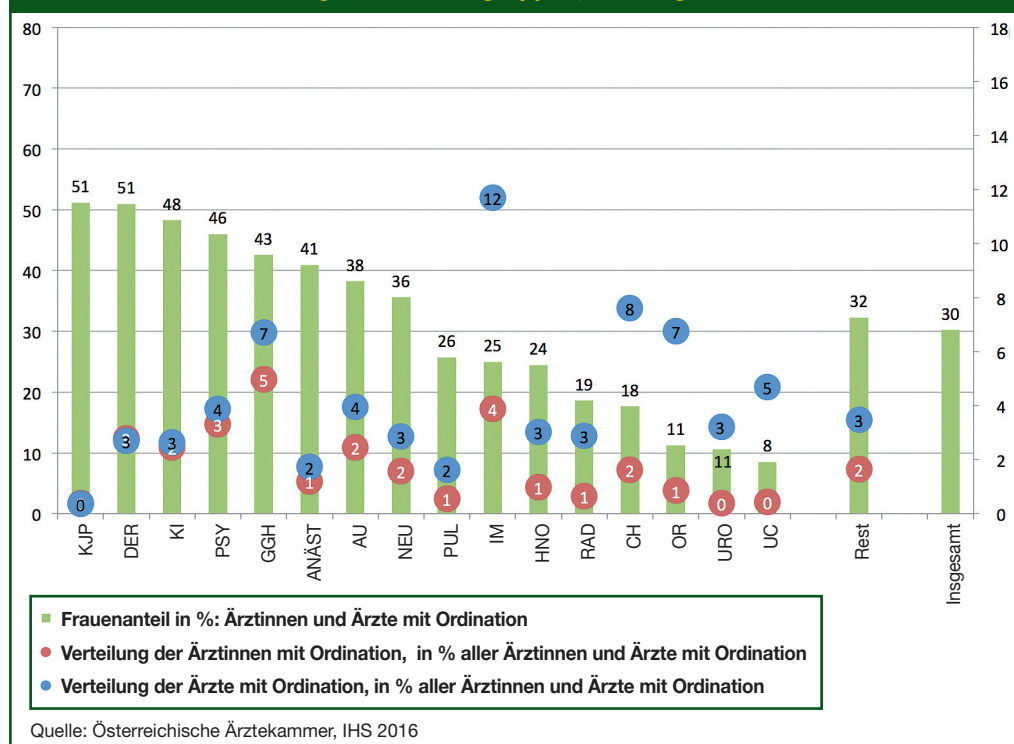
12 Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte mit oder ohne Kassenvertrag.





Medizin, Chirurgie oder Orthopädie. Die drei bedeutendsten Fachgruppen bei Fachärztinnen sind jene für Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin und die psychiatrischen Fächer; insgesamt werden jedoch nur rund 12 % aller Fachärztinnen und -ärzte mit Ordination diesen Top3-Fächern zugeordnet. Die geschlechtsspezifischen Differenzen der Anteilswerte sind bei ordnierenden Fachärztinnen und -ärzten stärker ausgeprägt als bei ausschließlich angestellten; die größten Unterschiede finden sich in den Fachbereichen Innere Medizin (8 Prozentpunkte), Chirurgie (6 Prozentpunkte) und Orthopädie (6 Prozentpunkte).

Abbildung 7: Fachärztliche Versorgung: ausgewählte Fachgruppen, Ärztinnen und Ärzte mit Ordination, Frauenanteil in % und Verteilung auf die Fachgruppen, Stichtag: 01.09.2016



Ein knappes Drittel der Kassenordinationen ist in Frauenhand

Mit Stichtag 1. September 2016 verfügten laut Österreichischer Ärztekammer rund 63 % der Fachärztinnen und -ärzte mit Ordination über keinen Kassenvertrag. Diese rund 7.100 Personen sind in einer Wahlordination tätig und können zudem im Rahmen einer Anstellung arbeiten. Insgesamt beträgt der Frauenanteil bei Fachärztinnen und -ärzten ohne Kassenvertrag 31 %; die höchsten Anteile liegen knapp über 50 % und sind in den Fachbereichen Kinderheilkunde und Dermatologie festzustellen, vgl. Abbildung 8. Der verbleibende Anteil an Fachärztinnen und -ärzten mit Ordination (37 % oder rund 4.160¹³) hat mit mindestens einem Krankenversicherungsträger einen Kassenvertrag abgeschlossen und kann zudem auch angestellt sein. Im Vergleich zu den Fachärztinnen und -ärzten ohne Kassenvertrag liegt der durchschnittliche Frauenanteil im Kassenbereich mit rund 29 % geringfügig niedriger, vgl. Abbildung 9. Insgesamt gibt es im vertragsärztlichen Bereich nur einen Fachbereich mit einem Frauenanteil von über 50 %, nämlich den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (75 %). Die größten geschlechtsspezifischen Differenzen zugunsten der Männer sind im vertragsärztlichen Bereich in den Fachbereichen Innere Medizin (9 Prozentpunkte), Orthopädie (6 Prozentpunkte) und Gynäkologie und Geburtshilfe (4 Prozentpunkte) festzustellen.

Der Bereich der Allgemeinmedizin stellt sich wie folgt dar: Insgesamt verzeichnete die Österreichische Ärztekammer mit Stichtag 1. September 2016 in ihrer Standesmeldung rund 24.930 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin. Davon waren knapp mehr als die Hälfte (51 %) weiblich. Innerhalb der Gruppe der ausschließlich angestellten Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner war der Frauenanteil mit 61 % besonders hoch, während bei den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin mit Ordination Frauen mit 41 % deutlich in der Minderheit waren. Die Differenzierung der Allgemeinmedizinerinnen und All-

¹³ Aufgrund unterschiedlicher Zählvorschriften der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbands des österreichischen Sozialversicherungsträger kann es zu Abweichungen publizierter Gesamtzahlen dieses Ärztesegments kommen.



Abbildung 8: Fachärztliche Versorgung: ausgewählte Fachgruppen, Ärztinnen und Ärzte ohne Kassenvertrag, Frauenanteil in % und Verteilung auf die Fachgruppen, Stichtag: 01.09.2016

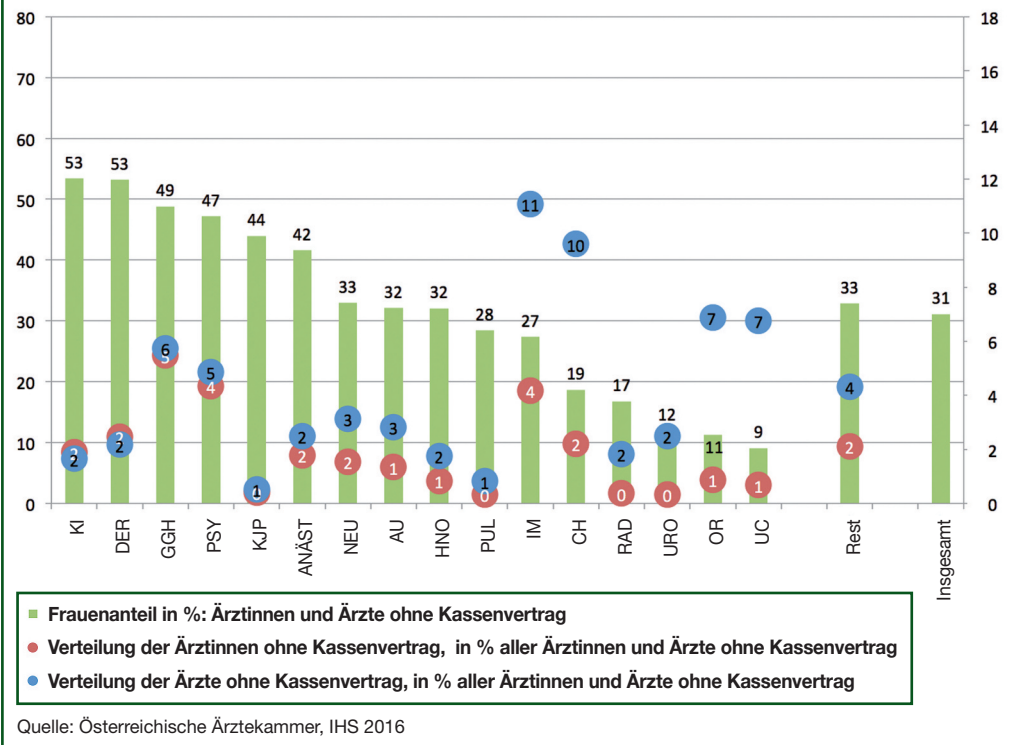
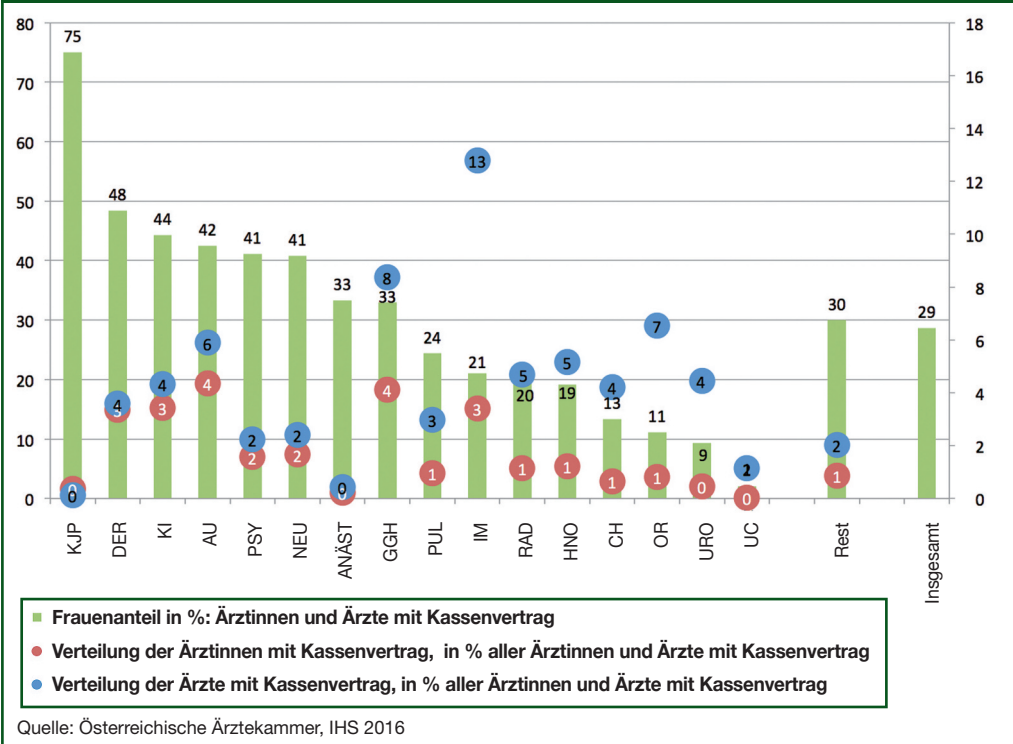


Abbildung 9: Fachärztliche Versorgung: ausgewählte Fachgruppen, Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag, Frauenanteil in % und Verteilung auf die Fachgruppen, Stichtag: 01.09.2016

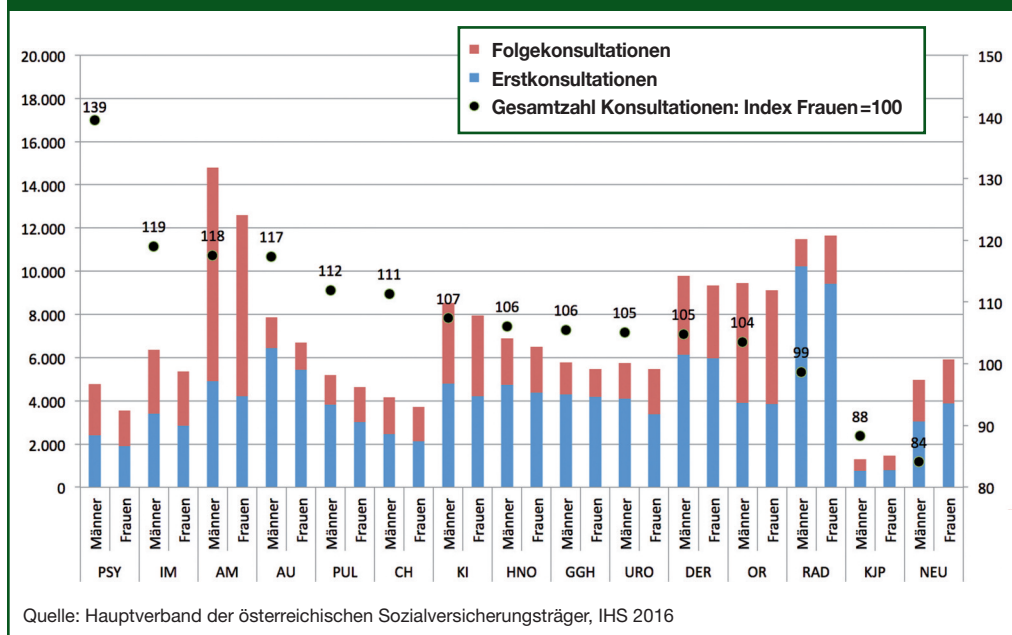




gemeinmediziner mit Ordination in jene mit bzw. ohne Kassenvertrag zeigt, dass im Wahlartzbereich der Frauenanteil mit knapp 49 % deutlich über dem Vergleichswert im Kassenbereich (34 %) zu liegen kommt.

Im Hinblick auf die fachärztliche Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte lassen sich etwaige Behandlungsunterschiede, abgeleitet von der Anzahl Konsultationen je Vertrag, identifizieren.¹⁴ Auffallend hierbei ist der Fachbereich Psychiatrie, denn in diesem liegt die Gesamtzahl der Erst- und Folgekonsultationen pro ganzjährigem §2-Kassen-Vertrag¹⁵ bei Psychiatern um knapp 40 % höher als bei Psychiaterinnen. Grund dafür könnte ein Behandlungsstil mit höherem Gesprächsanteil bei Psychiaterinnen sein, wie er bereits für einzelne Fächer festgestellt wurde (Roter et al. 2002). Bei näherer Betrachtung nach Alter ist im Fachbereich Psychiatrie festzustellen, dass in der Altersgruppe 55 Jahre und älter die Zahl der Konsultationen pro Vertrag bei Psychiatern um sogar knapp 80 % über jener von Psychiaterinnen liegt. Auch in den Fachbereichen Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Augenheilkunde rangiert die durchschnittliche Anzahl an Konsultationen bei Fachärzten um beachtliche 17–19% über dem Vergleichswert für Fachärztinnen. In lediglich zwei Fachgruppen liegen bei Ärztinnen mehr Konsultationen pro Vertrag vor als bei Ärzten, nämlich in den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie.

Abbildung 10: Erst- und Folgekonsultationen pro ganzjährigem §2-Vertrag sowie Index der Gesamtzahl der Konsultationen pro ganzjährigem §2-Vertrag: Frauen = 100, ausgewählte Fachgruppen 2014



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016

Verträge mit Sozialversicherungsträgern verstehen sich generell als Vollzeitverträge, geben aber nur eine Mindestordinationszeit pro Woche vor, die weit unter der in anderen Branchen üblichen Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung liegt. Dementsprechend liegt es an den individuellen Vertragspartnerinnen oder -partnern, um wie viel die faktische Ordinationszeit die offizielle Ordinationszeit übersteigt. Da uns keinerlei Informationen über allfällige geschlechtsspezifische Unterschiede in dieser „Überzeit“ vorliegen, können wir nicht feststellen ob hierin eine Ursache für den beobachteten Unterschied in den Konsultationshäufigkeiten liegt.

Nichtärztliches Personal in Österreichs Spitälern ist überwiegend weiblich

Der Kenntnisstand über nichtärztliche Humanressourcen im österreichischen Gesundheitssystem ist begrenzt; die derzeitige Datenlage gibt standardmäßig lediglich Auskunft über Personal, das in Spitälern angestellt ist (Riedel et al. 2016). Das im September 2016 nunmehr auch im Bundesrat beschlossene Gesundheitsberufe-Registergesetz sollte hier in absehbarer Zeit zu Verbesserungen in der Informationslage führen.

¹⁴ Um Verzerrungen aufgrund unterjähriger Berufsunterbrechungen, Neuaufnahmen oder Pensionierungen zu vermeiden, bezieht sich diese Auswertung generell auf ganzjährig Beschäftigte.

¹⁵ §2-Kassen: Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie SVA der Bauern



Abbildung 11: Nichtärztliches Personal (VZÄ) in Österreichs Spitälern, 2014

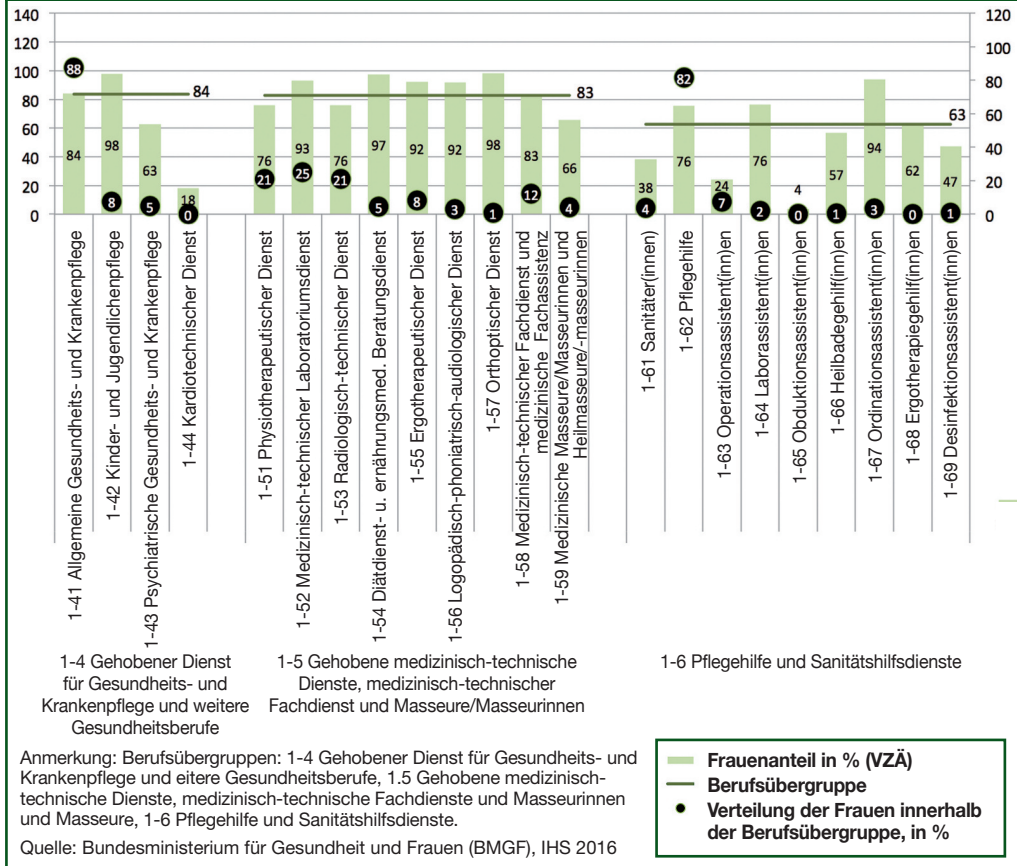
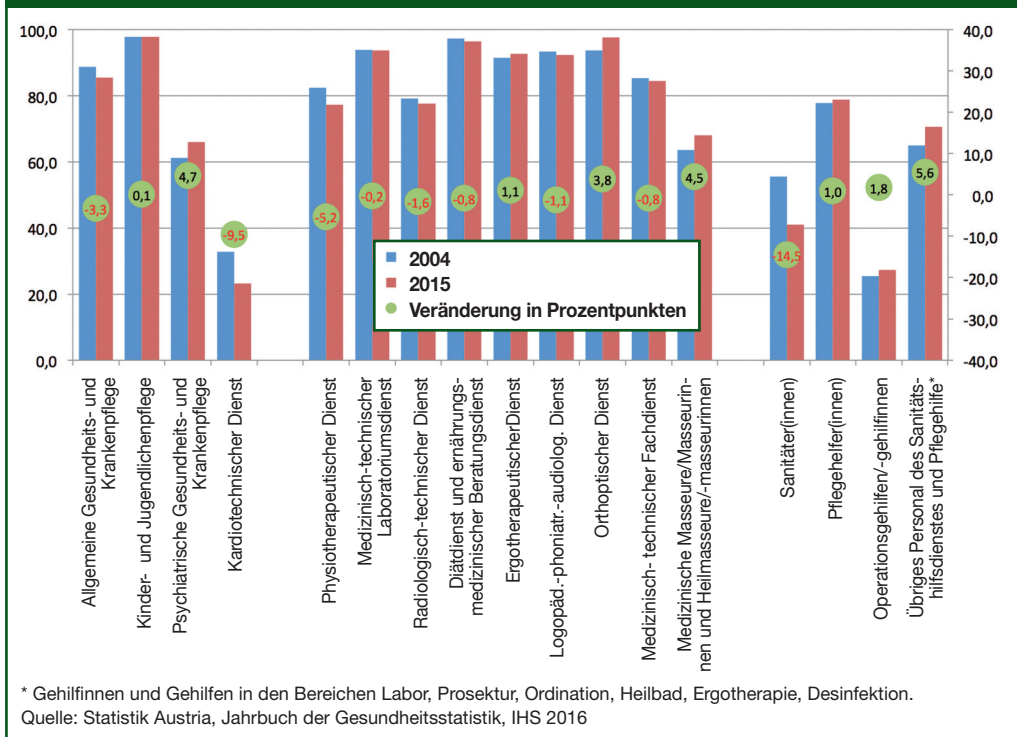


Abbildung 12: Nichtärztliches Personal (Köpfe) in Österreichs Krankenanstalten, Frauenanteil in %, 2004–2015





Nichtärztliches Personal in Spitälern¹⁶ ist überwiegend weiblich; so lag 2014 der Frauenanteil¹⁷ bei Be-
 diensteten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei durchschnittlich 84 %,
 vgl. Abbildung 11. Ein ähnlich hohes Niveau (83 %) weisen die gehobenen medizinisch-technischen
 Dienste, die medizinisch-technischen Fachdienste und die Masseurinnen und Masseure auf. Die
 quantitativ bedeutendsten weiblichen Berufe innerhalb dieser Berufsüberguppe sind der medizi-
 nisch-technische Laboratoriumsdienst, der physiotherapeutische Dienst und der radiologisch-techni-
 sche Dienst. Bei Betrachtung der Frauenanteile dieser drei Berufe zeigt sich ein differenziertes Bild:
 Während der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst besondere Beliebtheit bei Frauen aufweist
 (Frauenanteil: 93 %), wird der physiotherapeutische Dienst und der radiologisch-technische Dienst
 immerhin zu rund einem Viertel von Männern ausgeübt. Ähnlich hoch ist der Männeranteil (24 %) in
 der Pflegehilfe, der wichtigsten Berufsgruppe innerhalb der Pflegehilfe und Sanitätsdienste.
 Die Entwicklung in der letzten Dekade zeigt, dass einige quantitativ bedeutende nichtärztliche Be-
 rufsgruppen in Spitälern „männlicher“ geworden sind. Dies gilt insbesondere für den physiothera-
 peutischen Dienst (Frauenanteil –5 Prozentpunkte) und die allgemeine Gesundheits- und Kranken-
 pflege (Frauenanteil –3 Prozentpunkte, Köpfe 2004–2015).

(Akademische) Ausbildung in den Gesundheitsberufen

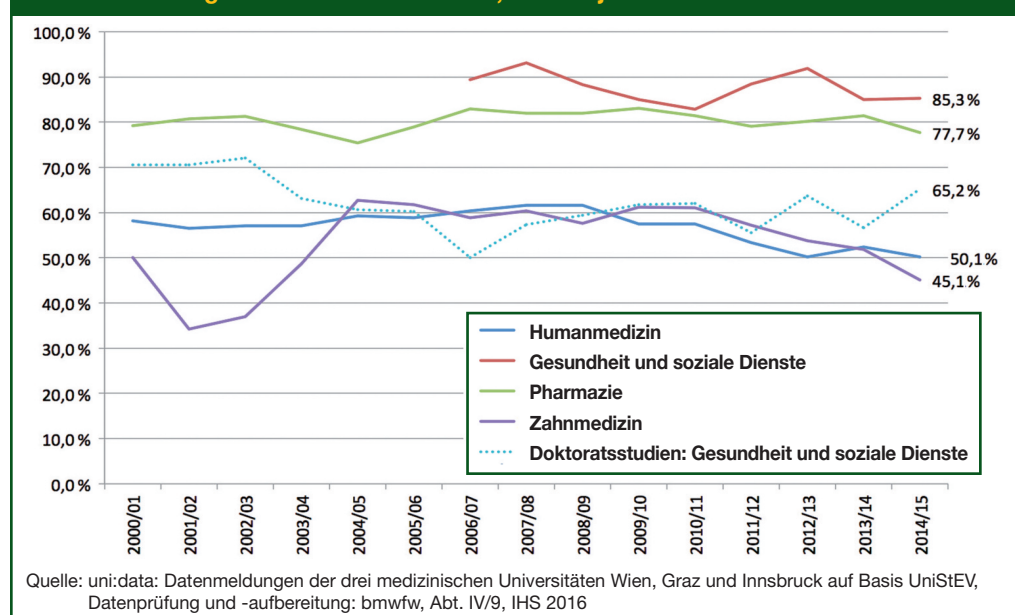
Rückläufiger Frauenanteil an den Abschlüssen in Humanmedizin ...

Der Frauenanteil der Studienabschlüsse im Bereich der Humanmedizin fiel ab dem Studienjahr
 2008/09 von zuvor konstanten rund 60 % auf 50 %. Die nähere Betrachtung der drei medizinischen
 Universitäten zeigt diesen Rückgang für alle Standorte, jedoch in unterschiedlich ausgeprägtem Aus-
 maß. So reduzierten sich die Frauenanteile der Studienabschlüsse der Medizinischen Universität
 Wien mit rund 14 Prozentpunkten nahezu doppelt so stark wie an der Medizinischen Universität Inns-
 bruck. Das Ost-West-Gefälle hinsichtlich des Frauenanteils bei Abschlüssen in Humanmedizin, das
 zwischen den Studienjahren 2003/04 und 2008/09 mit durchschnittlich 8,5 Prozentpunkten noch re-
 lativ stark ausgeprägt war, ist inzwischen praktisch verschwunden. Im Bereich der Zahnmedizin stieg
 der weibliche Anteil an den Studienabschlüssen bis ins Studienjahr 2004/05 auf über 60 %, ehe er
 ab 2010/11 kontinuierlich auf rund 45 % im Studienjahr 2014/15 sank. Die Absolventinnenquoten im
 Bereich Pharmazie bzw. Gesundheits- und Pflegewissenschaften blieben mit rund 80 % bzw. rund
 90 % auf konstant hohem Niveau. Bei den Doktoratsstudien im Bereich Gesundheit und soziale Dienst-
 e lag der Anteil der Absolventinnen im gesamten Beobachtungszeitraum über 50 %, in den letzten
 Studienjahren bewegte er sich um die 60 %.

Der Rückgang des Medizinabsolventinnenanteils ab dem Studienjahr 2008/09 erscheint nicht zufäl-

(Akademische)
 Ausbildung in den
 Gesundheits-
 berufen

Abbildung 13: Studienabschlüsse an Universitäten, Frauenanteil in %, ausgewählte Studienfamilien, Studienjahr 2000/01 bis 2014/15



16 Fonds- und Nichtfondsspitaler.

17 Gemessen anhand von Vollzeitäquivalenten (VZÄ).



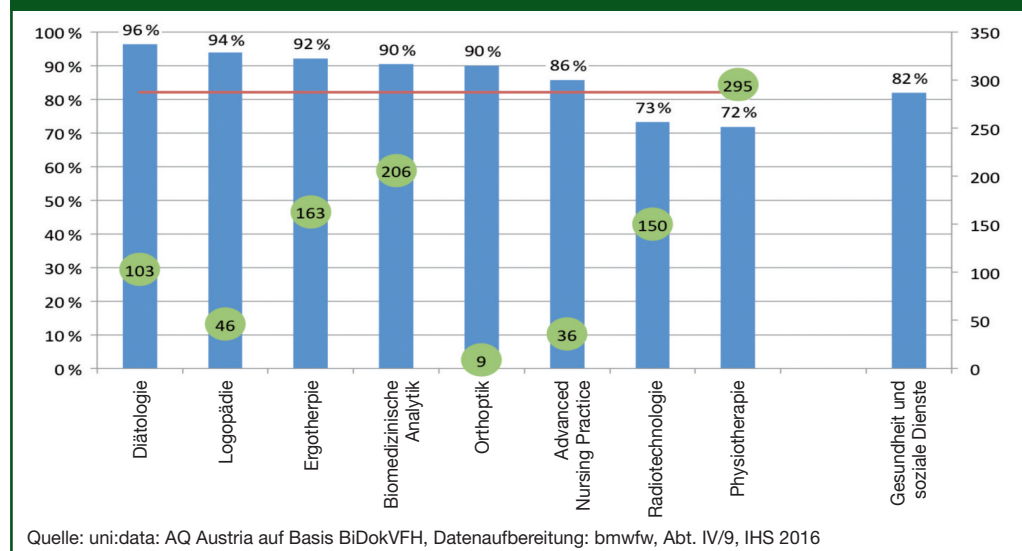
fig. Seit dem Jahr 2002 wird an der Medizinischen Universität Wien ein reformiertes Curriculum umgesetzt, das einige – aus unserer Sicht wünschenswerte – Elemente expliziter im Lehrplan verankert hat als seine Vorgänger, wie soziale Kompetenz, lebenslanges Lernen und die Vorbereitung auf die unterschiedlichen Rollen, die die späteren Absolventinnen und Absolventen ausüben werden (Hofhansl et al. 2015). Gleichzeitig wurden aber auch Selektionsmechanismen implementiert, die – zumindest kurzfristig – auch die Gender-Balance beim Studienabschluss beeinflusst haben (Mitterauer et al. 2012). In den Studienjahren ab 2006/07 hatte auch die Aufnahmebeschränkung für das Medizinstudium einen ähnlichen, additiven Effekt (Mitterauer et al. 2008). Die Modalitäten des Aufnahme-tests wurden in weiterer Folge dann auch aufgrund dieses Mankos angepasst. Im Studienjahr 2009/10 wurde schließlich ein großes Mentoringprojekt für Medizinstudierende an der Medizinischen Universität Wien gestartet, das beiderseits hohe Akzeptanz genießt: 71,7 % der Mentees und 77,1 % der Mentorinnen und Mentoren vergaben die höchste von vier Bewertungsstufen. Der Frauenanteil der zur Auswahl stehenden Mentorinnen und Mentoren betrug 29,9 %, jener der Mentees 53,2 % (Hofhansl, Körmöczsi 2014). Das andernorts beobachtete Phänomen, dass Frauen schwerer als Mentees akzeptiert werden als Männer, dürfte hier also eine geringe Rolle gespielt haben. Zusammengefasst dürften diese Entwicklungen dazu führen, dass die Geschlechterverteilung der neu in den Beruf Eintretenden in etwa beim zuletzt beobachteten Verhältnis bleibt.

... während weiterhin überwiegend Frauen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe erlernen

Im Durchschnitt schlossen im Studienjahr 2014/15 zu 82 % Frauen Fachhochschulstudien im Bereich Gesundheit und soziale Dienste ab. Der größte Anteil an männlichen Absolventen findet sich mit knapp über 70 % in den Fachbereichen Physiotherapie und Radiotechnologie.

Über die Geschlechterverteilung der bereits jetzt aktiv Beschäftigten in diesen Berufszweigen liegen in Österreich derzeit keine über den Krankenhausbereich hinausgehenden Informationen vor.

Abbildung 14: Studienabschlüsse Fachhochschulen, Frauenanteil in % und Anzahl der Absolventinnen, ausgewählte Studienfamilien, Studienjahr 2014/15



Einkommensunterschiede

Bezogen auf die individuellen Einkommen, fällt Österreich regelmäßig als eines jener Länder auf, die verglichen mit wirtschaftlich und soziokulturell ähnlichen Ländern noch große Unterschiede zwischen Frauen- und Männereinkommen verzeichnen. So reiht beispielsweise die Europäische Kommission Österreich gemeinsam mit Ungarn, der Slowakei, Tschechien, Deutschland und Estland in die Gruppe jener Länder, deren Gender Pay Gap (GPG)¹⁸ im Jahr 2012 20 % überstieg, während die errechneten Werte für Slowenien, Malta, Polen, Italien, Luxemburg und Rumänien unter 10 % blieben.¹⁹ Als

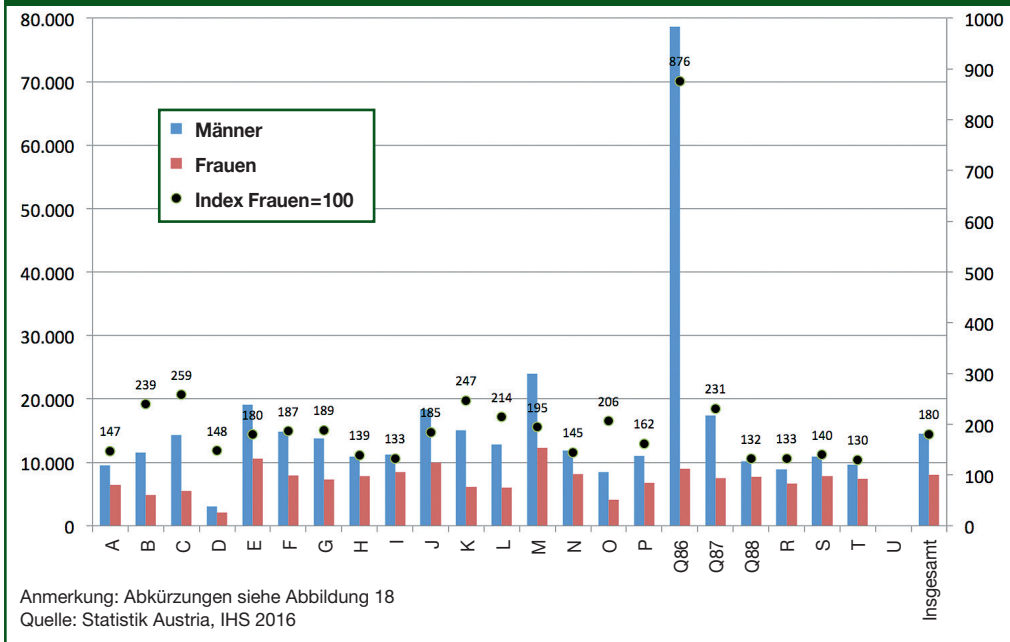
18 Die Europäische Kommission versteht unter dem GPG die Differenz im durchschnittlichen Bruttoeinkommen pro Stunde im Vergleich zwischen Männern und Frauen, berechnet quer über alle Branchen. Werden zusätzlich die unterschiedliche Anzahl von gearbeiteten Stunden und die geringere Beschäftigungsrate bei Frauen mit einbezogen, kann der Gender Overall Earnings Gap berechnet werden. Der von Eurostat für Österreich errechnete GPG beträgt 22,2 % (EU: 16,7 %), der Gender Overall Earnings Gap für Österreich 44,5 % (EU: 39,8 %).

19 http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-pay-gap/situation-europe/index_en.htm





Abbildung 15: Mediane Jahreseinkünfte (vor Steuern) der ausschließlich selbständig Erwerbstätigen, nach Geschlecht und Branchen, 2013



eine der Ursachen für den hohen GPG wird in Österreich, aber auch in Deutschland, die hohe Quote an teilzeitbeschäftigten Frauen genannt. Diese für Frauen unvorteilhafte Situation macht keineswegs vor dem österreichischen Gesundheitswesen halt. Eine Untersuchung von Tiroler GKK-Daten über vertragsärztliche Einkommen zeigte für den Zeitraum 2000–2004 einen GPG von rund 32 % zu Ungunsten der Ärztinnen auf, der sich nur teilweise durch individuelle und Markt-Charakteristika erklären ließ (Theurl, Winner 2011). Bezogen auf ganz Österreich erstellt die Statistik Austria im Auftrag des österreichischen Rechnungshofes regelmäßig einen Einkommensbericht, aus dessen Informationen sich auch Unterschiede nach Branchen und Geschlecht ablesen lassen (Rechnungshof 2014). Die letzten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2013, und wie in den Berichten der Jahre zuvor erfolgt der Vergleich jeweils für Personen mit gleicher Einkommensart (selbständig/unselbständig).

Abbildung 16: Selbständig Erwerbstätige mit schwerpunktmäßigen Jahreseinkünften (vor Steuern) aus selbständiger Arbeit, Median, nach Geschlecht, ausgewählte Klassen und Unterklassen in Q 86, 2011

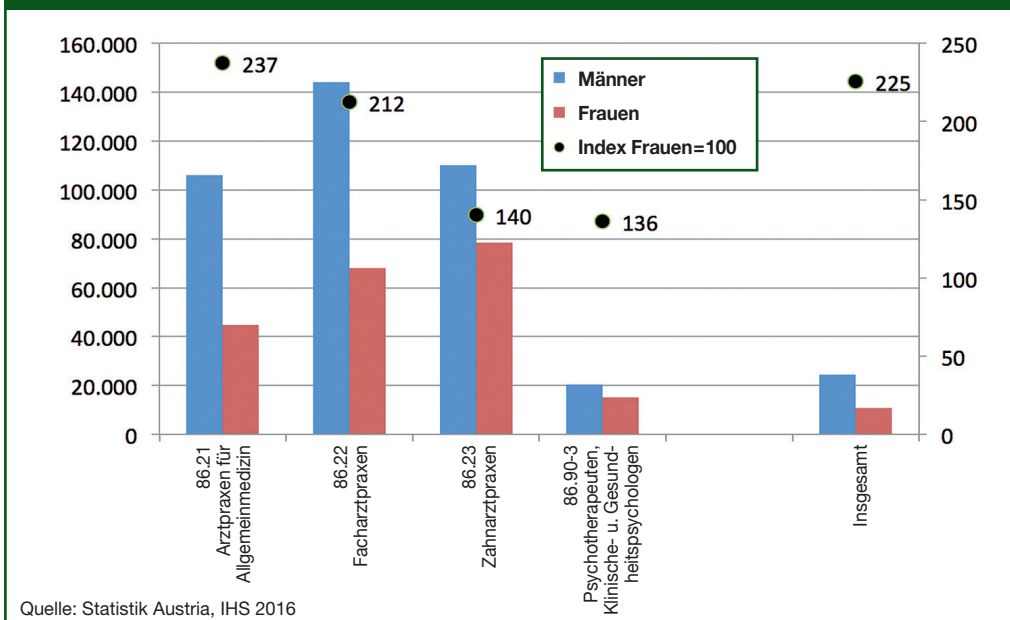
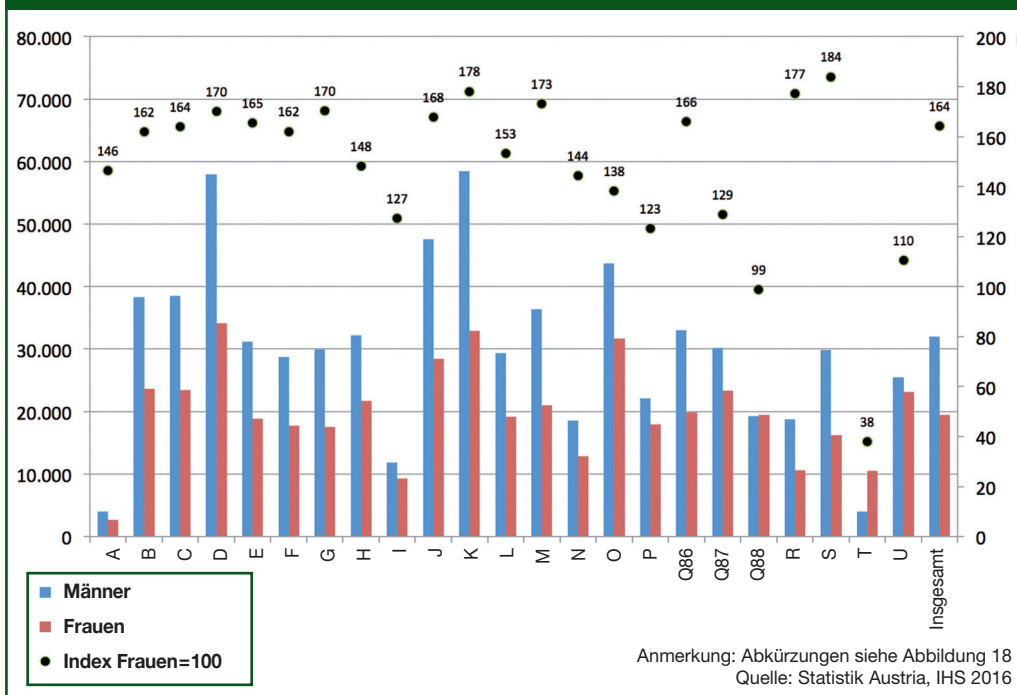




Abbildung 17: Bruttojahresmedianeinkommen der unselbständig Erwerbstätigen, nach Geschlecht und Branchen, 2013



Die Betrachtung der medianen Jahreseinkünfte (vor Steuern) der ausschließlich selbständig Erwerbstätigen zeigt, dass die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitswesen (Q 86) zu finden sind, vgl. Abbildung 15. Zu den selbständig Erwerbstätigen der Abteilung Gesundheitswesen zählen insbesondere die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Zahnheilkunde und die medizinischen Fächer. Im Jahr 2013 betrug das mediane Jahreseinkommen der selbständig tätigen Männer im Gesundheitswesen das rund 9-Fache von jenem der Frauen. Für keine andere Branche ist der Unterschied so bedeutend – über alle Branchen hinweg liegt das Männer-einkommen um rund 80 % über jenem der Frauen. Im Vergleich zum durchschnittlichen Männer-einkommen über alle Branchen fällt das Männereinkommen im Gesundheitswesen mehr als 5-mal so hoch aus, jenes der Frauen im Gesundheitswesen liegt lediglich um 12 % über dem weiblichen Durchschnittseinkommen. Eine detaillierte Betrachtung der Abteilung Gesundheitswesen ist für das Jahr 2011 möglich. In der Allgemeinmedizin ist der Geschlechterunterschied am stärksten ausgeprägt, Männer verdienen im Durchschnitt um rund 140 % mehr als Frauen. Der geringste Unterschied ist im nichtärztlichen Bereich bei der psychotherapeutischen Versorgung festzustellen, vgl. Abbildung 16.

Wie stellt sich die österreichische Situation der geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede bei Gesundheitspersonal im internationalen Vergleich dar? Tijdens et al. (2013) vergleichen die mittlere Lohnhöhe in 16 Gesundheitsberufen in 20 Ländern.²⁰ Während das Lohn-Ranking der Gesundheitsberufe international durchaus ähnlich ist, stellt sich die Spannweite zwischen den im nationalen Mittel best- und schlechtestbezahlten Berufen durchaus unterschiedlich dar, mit den Extremwerten in Brasilien (Ratio Min./Max. 9,66) und Südafrika (8,98) einerseits und den niedrigsten Werten in Schweden (1,96) und der Tschechischen Republik (2,05), gefolgt von Deutschland (2,46) und der Ukraine (2,55), andererseits. Zu den bestbezahlten Berufsgruppen gehören in den verglichenen Ländern wenig überraschend die ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Berufe, die am niedrigsten bezahlte Berufsgruppe bilden einheitlich die Pflegekräfte (personal care workers). Die Analyse der erklärenden Faktoren für die berufsspezifischen Lohnunterschiede zeigt nicht nur niedrigere mittlere Löhne bei jüngerem Personal, sondern insbesondere auch, dass ein zusätzlicher Prozentpunkt Frauen unter den Beschäftigten den Rang im diesbezüglichen Ranking der 16 betrachteten Branchen um 8 % hinunterdrückt.

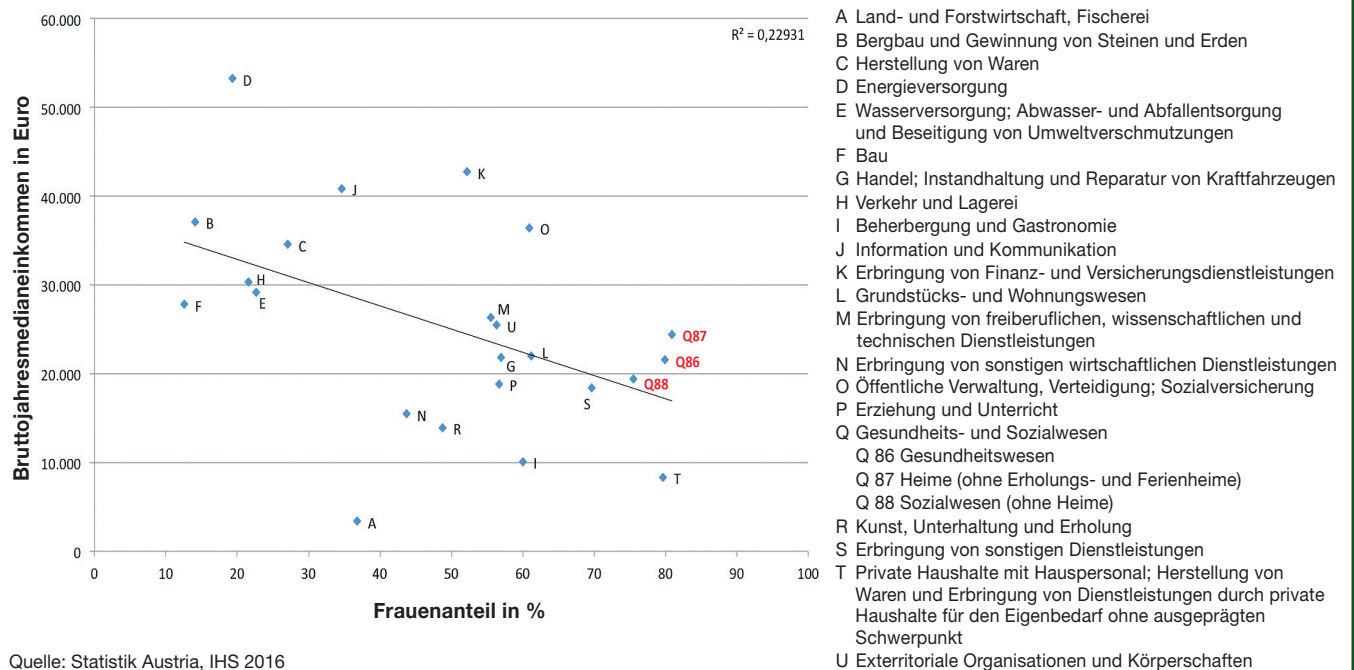
Bezogen auf die medianen unselbständigen Einkommen nach Branchen zeigt sich ein schwacher derartiger Effekt auch in den österreichischen Daten: Im Segment der unselbständig Beschäftig-

²⁰ Argentinien, Belarus, Belgien, Brasilien, Chile, Kolumbien, Tschechien, Finnland, Deutschland, Indien, Mexiko, Niederlande, Polen, Russische Föderation, Republik Südafrika, Spanien, Schweden, Ukraine, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten von Amerika.





Abbildung 18: Bruttojahresmedianeinkommen in Euro und Frauenanteil in %, nach Branchen, 2013



ten ist ein negativer linearer Zusammenhang zwischen dem Frauenanteil und dem Bruttojahres-einkommen festzustellen: je höher der Frauenanteil, desto niedriger das Einkommen. Unselbständig Beschäftigte im Gesundheitswesen (Q 86) und in Heimen (Q 87) können durch hohe Frauen-anteile und niedrige Durchschnittseinkommen charakterisiert werden, vgl. Abbildung 18.

Erklärungsmöglichkeiten für die beobachteten Gender-Gaps

Überspitzt gesagt, wird zwar das Gros der Arbeitsleistung im Gesundheitswesen von Frauen erbracht, aber die im Gesundheitswesen arbeitenden Männer bekommen die Arbeit besser bezahlt.²¹ Dieser Befund ist nicht neu, und international liegt eine Reihe von Erklärungen oder Begründungen hierfür vor, auf einige wird im Folgenden eingegangen.

Frauen und Männer wählen unterschiedliche Berufe bzw. Fächer

Die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Interessenslage kommt bekanntlich nicht nur darin zum Ausdruck, dass im Gesundheits- und Sozialbereich überproportional viele Frauen arbeiten, sondern auch darin, dass Frauen und Männer innerhalb dieses Bereichs unterschiedliche Schwerpunkte setzen, wie die international vergleichbaren Muster bei der Wahl des jeweiligen medizinischen Fachs zeigen. Hier spielen offenbar die spezifischen Anforderungen und Arbeitsbedingungen in den einzelnen Fächern eine Rolle und schlagen sich in unterschiedlich hohen Frauenanteilen nieder. Das Royal College of Physicians (2009) hat hierzu einen geschlechtsneutralen Analyserahmen entwickelt, seine beiden wesentlichsten Dimensionen – Planbarkeit und Patienten- versus Technologieorientierung – lassen sich anhand von Abbildung 19 darstellen. Manche Fächer beinhalten ein stärkeres Ausmaß an Interaktion und Auseinandersetzung mit den individuellen Patientinnen und Patienten, während andere Fächer einen stärkeren Fokus auf technologische Aspekte aufweisen. Auch hinsichtlich der zeitlichen Planbarkeit unterscheiden sich die Fächer. Einige Fächer lassen sich anhand dieser beiden Kriterien recht klar einem der in der Abbildung entstehenden Quadranten zuordnen: Die Arbeit in der Pathologie zum Beispiel ist zu einem hohen Anteil technikorientiert und zeitlich gut planbar. Andere Fächer sind so vielschichtig, dass ihre Subfächer in diesen Aspekten variieren können: So ist beispielsweise die Tätigkeit im Bereich Frauenkrankheiten und Vorsorge weit genauer zeitlich planbar als die Geburtshilfe. Obwohl die Chirurgie zu den technischeren und

Erklärungsmöglichkeiten für die beobachteten Gender-Gaps

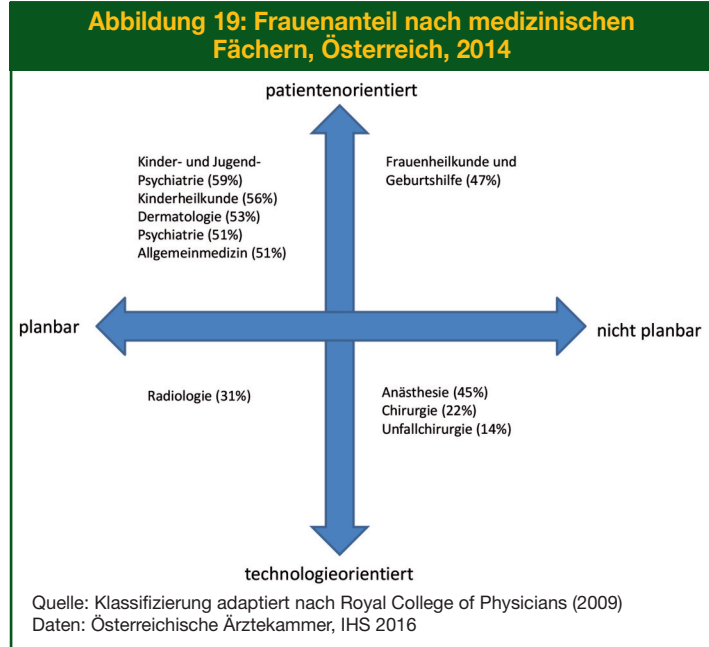
²¹ Diese Aussage soll nicht bedeuten, dass generell noch direkte Einkommensdiskriminierung bestünde, dass also Männer und Frauen innerhalb derselben Einstufung unterschiedlich hoch bezahlt würden. Diese Frage ist mit den uns vorliegenden Daten für Österreich nicht untersuchbar und überdies angesichts fester Gehaltssysteme und Honorarkataloge unwahrscheinlich. Inwieweit aber immer einheitliche, geschlechtsunabhängige Kriterien für die jeweiligen Einstufungen verwendet werden, ist offen.



zeitlich schwer planbaren Fächern zählt, ist doch die zeitliche Belastung der auf den HNO-Bereich oder Brustoperationen spezialisierten Personen weit besser vorhersehbar als jene von Personen mit Spezialisierung auf den Gastrointestinalbereich. Zudem kann der Chirurgenberuf je nach Spezialisierung auch körperlich anstrengend sein. Diese Aspekte schlagen sich auch in den Frauenanteilen nieder, die in der britischen Arbeit für die einzelnen Fächer festgestellt wurden und die in etwa auch der abgebildeten Zuordnung für Österreich entsprechen, vgl. Abbildung 19.

Zumindest die Dimension

der Patienten- versus Technologieorientierung ist auch in den Zahlen über abgeschlossene Fachhochschulstudien in Gesundheitsberufen zu erkennen (Abbildung 14): In Radiotechnologie und Physiotherapie werden über ein Viertel der Studien von Männern abgeschlossen, in allen anderen Studiengängen überwiegen Frauen in weit stärkerem Ausmaß.



Frauen arbeiten weniger Stunden als Männer, auch im ärztlichen Bereich

International zeigen geschlechtsspezifische Statistiken, dass Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eine geringere Arbeitszeit verzeichnen. Beispielsweise sind nur 28 von 100 britischen Krankenhausärztinnen und -ärzten Frauen, aber 92 % der teilzeitbeschäftigten Krankenhausärztinnen und -ärzte (Royal College of Physicians 2009). Nach Daten des Statistischen Bundesamtes waren zum Stichtag 31. Dezember 2015 in deutschen Krankenhäusern 34 % aller angestellten Ärztinnen, aber nur 12 % aller angestellten Ärzte in Teilzeit beschäftigt; über das Ausmaß der Teilzeittätigkeit gibt diese Quelle allerdings nicht Auskunft (Destatis 2016). Aber in einer früheren Befragung gab fast ein Viertel aller Ärztinnen an, weniger als 32 Stunden je Woche zu arbeiten, verglichen mit unter 5 % der männlichen Kollegen. Gleichzeitig arbeiteten 30 % der Ärztinnen, aber 55 % der Ärzte mehr als 45 Stunden je Woche (Kopetsch 2010). Dieselbe Quelle verweist auf Berechnungen der deutschen Bundesagentur für Arbeit, nach denen Ärztinnen nur 72 % der Arbeitszeit der Männer arbeiten, sowie auf niederländische Kapazitätsplanungen, die von einer um 25 % niedrigeren Arbeitszeit bei Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten ausgehen. Van Greuningen et al. (2012) berichten, dass männliche GPs in den Niederlanden im Jahr 2009 im Schnitt im Ausmaß von 0,822 VZÄ arbeiteten und weibliche GPs im Ausmaß von 0,551 VZÄ; dies entspricht sogar einer um ein Drittel geringeren Arbeitszeit von weiblichen im Vergleich zu männlichen GPs.

Eine Befragung von amerikanischen GPs ergab eine durchschnittliche Arbeitszeit von 35 Stunden bei Teilzeitkräften und von knapp 50 Stunden bei Vollzeitkräften, wobei 31 % der Respondentinnen und 8 % der Respondenten Teilzeit arbeiteten. Teilzeit-GPs gaben in signifikant geringerem Ausmaß an, unter Burnout oder Stress zu leiden, und berichteten signifikant häufiger über hohe Arbeitszufriedenheit und Kontrolle über die eigene Arbeit. Gleichzeitig wurde in Befragungen der Patientinnen und Patienten kein Unterschied in der Zufriedenheit mit Behandlung und Betreuung zwischen Voll- und Teilzeitarbeitenden festgestellt (Mechaber et al. 2008).

Eine Serie von 20 Interviews mit erfahrenen Krankenhausärztinnen und -ärzten in Wales widmete sich dem Zusammenhang zwischen Zeit, Gender und Professionalität (Ozbilgin et al. 2011). Bezug genommen wurde in der Arbeit auf die soziale Norm „all hours work“, die im Gegensatz zum vertraglichen Terminus „Vollzeitarbeit“ umfangreicher ist, da sie die allzeitige Verfügbarkeit für die Ausübung von (aber auch die eigene Fortbildung in) Medizin meint, während Vollzeitarbeit sich auf eine beschränkte Stundensumme bezieht. Ozbilgin et al. beobachten zwar, dass eine Reihe von





Maßnahmen gesetzt wurden, um Diskriminierung und institutionelle Barrieren für Frauen abzubauen, beklagen aber, dass diese Maßnahmen zwar die Frauenquoten angehoben haben, aber keinerlei Evidenz dafür vorliegt, dass sich damit die Machtverhältnisse zugunsten der Frauen verschoben hätten. Trotz europäischer Arbeitszeitrichtlinie und Änderungen in der Medizinausbildung wurde „all hours work“ bei den interviewten Personen, Männern wie Frauen, nach wie vor als die Norm im medizinischen Beruf gesehen, was insbesondere auch die Inanspruchnahme von Teilzeitmodellen in Beschäftigung oder Ausbildung in ein wenig vorteilhaftes Licht rückt. Beschäftigte in Teilzeitmodellen werden als weniger engagiert, manchmal auch als weniger qualifiziert wahrgenommen. Im Beitrag wird herausgearbeitet, dass insbesondere auch die nach wie vor praktizierte, im Vergleich zu Männern stärkere Bindung der Frauen an Familien- und Haushaltspflichten einer gleichen Teilhabe beider Geschlechter an beruflichen Chancen entgegensteht. Die durch Teilzeitmodelle an sich erleichterte Berufstätigkeit für Ärztinnen wird somit durch geringere Karriere-, Aufstiegs- und somit letztlich auch Einkommenschancen konterkariert. Dieser Befund deckt sich weitgehend mit Ergebnissen aus dem deutschen KarMed-Projekt:²² Schwangerschaft während der Weiterbildungsphase führt meist zu einer Tätigkeit im niedergelassenen Bereich oder zu Teilzeit-tätigkeit. Aber Teilzeitarbeit wird als geringwertiger wahrgenommen, sodass ebenso wie bei einem Wechsel in den niedergelassenen Bereich damit der Zugang zu Leitungspositionen verschlossen wird (Alfermann, Reimann 2016).

Karriereverläufe bei Frauen sind tendenziell flacher

Obwohl Frauen im Gesundheitswesen die Mehrheit stellen, haben sie geringere Chancen, eine höhere berufliche Position zu erreichen. Leitende und prestigeträchtige Stellen werden überproportional oft durch Männer besetzt. Besonders gut untersucht ist dieser Fakt im Zusammenhang mit dem ärztlichen Beruf. In Österreich stellten Frauen bei den Berufsausübenden im Jahr 2014 bereits 46 %, nach 40 % im Jahr 2004 (Abbildung 3). Gute 60 % der Turnusärztinnen und -ärzte waren im Jahr 2013 Frauen, aber in führenden Positionen fanden sich nur 13,7 % Frauen (Hochstätter 2015). Die Strukturen an deutschen Krankenhäusern dürften sich diesbezüglich nicht wesentlich von jenen in Österreich unterscheiden: 2 % der Ärztinnen, aber 14 % der Ärzte waren zum Stichtag 31. Dezember 2015 in leitender Stellung tätig, während 82 % der Ärztinnen und 55 % der Ärzte als Assistenzärztinnen und -ärzte arbeiteten (Destatis 2016).

In Deutschland wurde ein mehrjähriges Projekt durchgeführt, das Medizinabsolventinnen und -absolventen des Jahrgangs 2009 während der fachärztlichen Ausbildung wiederholt zu verschiedenen karriererelevanten Faktoren befragte (KarMed). Als ein Ergebnis stellte sich heraus, dass bereits zu Karrierebeginn die Zielsetzungen der Frauen weniger ehrgeizig als jene der Männer sind. Die Befragung nach Absolvierung des praktischen Jahres ergab, dass Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen bei vielen als karriererelevant geltenden Aspekten der beruflichen und sozialen Situation bereits zu Beginn der Weiterbildung im Rückstand sind. Dies gilt besonders, wenn Kinder vorhanden sind. Die Wahrscheinlichkeit, mit der Weiterbildung begonnen zu haben, war zum zweiten Befragungszeitpunkt für Väter 13-mal höher als für Mütter und für kinderlose Ärztinnen 4-mal größer als für ihre Kolleginnen mit Kind. Die Wahrscheinlichkeit, die Weiterbildung an einer Universitätsklinik zu beginnen, war bei Ärzten rund 60 % höher als bei Ärztinnen; Letztere fanden die erste Stelle häufiger in ländlichen oder kleinstädtischen Krankenhäusern. Bezüglich der Arbeitszeit zeigte sich, dass Ärzte im Schnitt fast drei Stunden pro Woche länger Dienst versehen als Ärztinnen. Elternschaft wirkte sich in einigen Aspekten gegensätzlich auf Frauen und Männer aus: Väter übernahmen mehr, Mütter weniger Bereitschaftsdienst als Kinderlose, Väter begannen die Weiterbildung früher, Mütter später als ihre kinderlosen Peers (van den Bussche et al. 2014).

In einer Schweizer Arbeit zeigte sich, dass sehr ähnliche Muster auch sieben Jahre nach Graduierung vorherrschen (Buddeberg-Fischer et al. 2010). Ärztinnen mit Kind schätzen ihre beruflichen Erfolge weniger hoch ein als ihre kinderlosen Peers, was mit höheren Teilzeitquoten und häufigeren (wohl meist familienbedingten) Erwerbsunterbrechungen einhergeht, aber auch mit weniger Ehrgeiz und geringeren Erfolgen in akademischer Hinsicht (wie Publikationen, eingeworbene Grants). Zudem sind Frauen in weniger prestigeträchtigen Fächern überrepräsentiert (Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie, Psychiatrie), in jenen mit höherem Prestige und Einkommen wie Chirurgie oder Kardiologie unterrepräsentiert – ein Befund, der auch gut zu den österreichischen Zahlen in den vorderen Abschnitten dieses Beitrags passt. Auch scheint es, dass Männer ihre Karriere bereits in einer früheren Phase durchplanen, während Frauen eher zuwarten, was wohl in Zusammenhang mit erwarteten familienbedingten Barrieren zu sehen ist. Die Schweizer Untersuchung weist auch darauf hin, dass sich die Zufriedenheit mit der eigenen Karriere zwar nicht zwi-

22 <http://spowi.uni-leipzig.de/~Karmed/index.html>





schen Frauen und Männern unterscheidet, dass aber Eltern sich als unzufriedener mit der eigenen Karriere äußern als Kinderlose.

Eine niederländische Studie untersuchte anhand einer Erhebung unter allen in Krankenhäusern arbeitenden Ärztinnen und Ärzten der Fächer interne Medizin, Radiologie und Chirurgie die Frage, warum nur manche von ihnen Teilzeit arbeiten, obwohl (zumindest in den Niederlanden) eine Mehrheit weniger Arbeitsstunden wünscht (de Jong et al. 2006). Es konnten die gleichen Faktoren als relevant für den Wunsch, Teilzeit zu arbeiten, identifiziert werden, wie für die tatsächliche Aufnahme einer Teilzeittätigkeit. Erklärungen, warum (nur) manche Personen dann tatsächlich Teilzeit arbeiten, konnten nicht identifiziert werden. Die Studie schreibt diese Diskrepanz teils professionellen, teils persönlich-individuellen Gründen zu. Generell zeigte sich, dass Chirurgen und Chirurgen seltener und ältere Fachärztinnen, jene mit Kindern unter fünf Jahren und generell Frauen häufiger Teilzeit arbeiten. Interessanterweise wurden zwischen Frauen und Männern kaum Unterschiede in den relevanten Entscheidungsgründen gefunden, beispielsweise führen kleine Kinder (bis fünf Jahre) im Haushalt bei Frauen und Männern zu höherer Teilzeitwahrscheinlichkeit, im Unterschied zu Ergebnissen für Deutschland und die Schweiz.

Van den Bussche et al. (2014) liefern auch Hinweise auf ein Fortbestehen der traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, selbst bei Kinderlosigkeit. So gaben Ärztinnen eine im Durchschnitt um rund eine Stunde pro Woche längere Haushaltstätigkeit an als Ärzte und Eltern um rund zwei Stunden mehr Haushaltstätigkeit als Kinderlose.²³ Weitere Auswertungen im Rahmen desselben Projekts (KarMed) zeigen auch andere Aspekte des tradierten Rollenverständnisses auf: Bei Ärzten mit Kind ist nur ein Fünftel der Partnerinnen voll berufstätig, während dieser Anteil bei Ärztinnen mit Kind 90 % beträgt. Damit dürften die Partnerinnen in einem größeren Umfang ihren ärztlichen Partner entlasten und ihm somit „den Rücken freihalten“, als dies umgekehrt durch Partner der Ärztinnen geschieht.

Eine aktuelle amerikanische Studie untersuchte Einkommens- und Karriereentwicklung von Personen, die 17 Jahre zuvor an einem Survey über Vollzeitbeschäftigte an Medizinfakultäten teilgenommen hatten (Freund et al. 2015). Im Ergebnis zeigt sich ein nachhaltig fortbestehender Gender Pay Gap: Plakativ gesprochen, entsprachen jedem Dollar, den ein Mann verdiente, bei Frauen lediglich 90 Cent. Der Unterschied verringerte sich zwar bei Korrektur um medizinische Fächerwahl, zwischenzeitliche Teilzeittätigkeit und die Verteilung der Arbeitszeit auf Verwaltung, Lehre, Forschung und klinische Arbeit, verschwand aber nicht gänzlich. Die Fächerwahl ist zwar bekanntlich eine wesentliche Determinante des späteren Einkommens, es zeigte sich aber auch innerhalb der Fächer ein niedrigeres Durchschnittseinkommen der Frauen. Dies stimmt überein mit Ergebnissen von Untersuchungen über die außerhalb der Forschung in den einzelnen Fächern Tätigen.²⁴ Die Ergebnisse legen nahe, dass wesentliche Weichen für die spätere relative Einkommensposition bereits frühzeitig in der Karriere gestellt werden: Die spätere relative Einkommensposition wurde stärker durch das frühere Gehalt und weniger durch die zwischenzeitlich aufgetretenen (beobachteten) Faktoren bestimmt. Allerdings wurde beobachtet, dass selbst kurzfristige Karriereunterbrechungen oder Phasen der Teilzeit sich tendenziell im Zeitablauf zu substantiellen Einkommensunterschieden auswuchsen. Weiters verwiesen die Autorinnen auf Arbeiten, die zeigten, dass das Einstiegsgehalt auch bei Frauen mit vergleichbaren akademischen Meriten und eingeworbenen Drittmitteln signifikant niedriger als jenes der Männer war.

Gender und Kapazitätsentwicklung

Die demografische Entwicklung wird bereits seit einigen Jahren als Grund dafür thematisiert, dass wir zukünftig mehr Gesundheitspersonal pro Einwohnerin oder Einwohner benötigen werden, als uns heute zur Verfügung steht. Da Frauen in den letzten Jahren einen stetig zunehmenden Anteil an der Ärzteschaft stellten, aber durchschnittlich eine geringere Anzahl an (bezahlten) Arbeitsstunden leisten, wurde hierin ein Effekt erkannt, der die zukünftig verfügbaren Kapazitäten an ärztlicher Arbeitskraft mitgestaltet und dementsprechend in Planungsrechnungen berücksichtigt werden sollte.

Es ist zu vermuten, dass auch andere Faktoren in dieselbe Richtung wirken. Am gesamten Arbeitsmarkt ist langfristig ein Trend zu kürzerer Arbeitszeit festzustellen, und zwar nicht nur bei Frauen. So äußern nun auch Männer zunehmend den Wunsch nach einer familienverträglichen Arbeitszeit. Bühren und Eckert (2011) weisen darauf hin, dass die international beobachtete Anlei-

²³ Andere Untersuchungen fanden hier durchaus noch größere Unterschiede in der Haushaltsbeteiligung deutscher Ärztinnen und Ärzte (Beschoner et al. 2016).

²⁴ Siehe hierzu die bei Freund et al. (2015) zitierten amerikanischen Untersuchungen.





chung der Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten vor allem an der sinkenden Arbeitszeit der Männer liege, nicht an steigender Arbeitszeit der Frauen.

Ähnliche Verhältnisse gelten auch in Österreich und betreffen sowohl die ambulante wie auch die stationäre Versorgung. Eine Befragung Salzburger Ärztinnen und Ärzte zeigt, dass hohe Arbeitszeitbelastung sowie familienunverträgliche Arbeitsbedingungen gegen die Eröffnung bzw. Übernahme einer eigenen Praxis sprechen (vgl. Hofer 2012). Auch wenn uns keine geschlechtsspezifischen Daten vorliegen, so zeigt ein Vergleich des Verhältnisses von in österreichischen Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten zu den ärztlichen Vollzeitäquivalenten einen Anstieg von 104 (2006) auf 108 (2015) Personen je 100 Vollzeitäquivalente, also sinkende durchschnittliche Arbeitszeit (Statistik Austria und BMGF 2016). Für das Jahr 2016 erwarten wir durch die Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie eine Verstärkung im Absinken der durchschnittlichen Arbeitszeit.

Der verstärkte Wunsch nach familienverträglichen Arbeitszeiten und unterstützenden Angeboten ist bereits lange ein Thema im Zusammenhang mit Kinderbetreuung. Schließlich wird Verfügbarkeit von Kinderbetreuungseinrichtungen bereits für die allgemeine Bevölkerung, insbesondere im ländlichen Raum, oft als unzureichend empfunden. Die oft unregelmäßigen oder untypischen Arbeitszeiten im ärztlichen Beruf bedingen in diesem Vergleich aber erhöhte Anforderungen an Unterstützungsangebote. Die Betreuungszeiten von Schulen und herkömmlichen Kinderbetreuungseinrichtungen sind oft wenig kompatibel mit ärztlichen Arbeitszeiten, da Nachtdienst, Bereitschaft und generell sehr unregelmäßige Arbeitszeiten hier eine größere Rolle spielen (vgl. Fuchs, et al. 2010). Einige größere Gesundheitseinrichtungen haben dies erkannt und bieten daher eigene Kinderbetreuungseinrichtungen an oder kooperieren mit entsprechenden Einrichtungen, teilweise auch mit etwas ausweiteten Öffnungszeiten, beispielsweise um frühen Dienstbeginn zu ermöglichen.²⁵

In einer Befragung unter Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich in Österreich gaben immerhin drei Viertel der Befragten an, mit den familienfreundlichen Angeboten im Betrieb zufrieden zu sein. Aus der Befragung ging hervor, dass die Zufriedenheit mit der Situation in Krankenhäusern höher ausfiel als jene in Pflegeheimen. Vier Maßnahmen bzw. Merkmale wurden in dieser Befragung von mehr als der Hälfte der Befragten als sehr geeignet empfunden, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern: Verständnis des Arbeitgebers, flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit, zwischen Voll- und Teilzeit zu wechseln, sowie die Möglichkeit einer familiengerechten Dienstplanung (IMAS 2015).

Es ist zu erwarten, dass die Bedeutung derartiger Aspekte keineswegs abnehmen wird. Zum einen wird, wie bereits erwähnt, auch von jungen Männern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunehmend ein Kriterium bei der Wahl des Arbeitsplatzes. Zum anderen bestehen familiäre Bindungen und Verpflichtungen auch gegenüber der älteren Generation. Die am stärksten besetzten Altersgruppen in der österreichischen Ärzteschaft sind jene von 50 bis 60 Jahren; über die Altersverteilung in anderen Gesundheitsberufen liegen uns keine Informationen vor. Diese Altersgruppe steuert aber nicht nur auf ihr eigenes Pensionsalter zu, sondern es ist auch damit zu rechnen, dass in diesem Alter verstärkt die Betreuung der eigenen Eltern Zeit in Anspruch nimmt und somit Bedarf für flexible Arbeitszeitmodelle und Unterstützungsmaßnahmen entsteht.

25 In einer Befragung von Geschäftsführung und Personalverantwortlichen in österreichischen Gesundheits- und Pflegebetrieben gaben 19 % an, dass Kinderbetreuung unterstützt, und 12 %, dass Kinderbetreuung im Betrieb geboten wird (IMAS 2015). Uns ist keine umfassende österreichweite Erhebung zu konkreten Öffnungszeiten bekannt. Der Befund stützt sich daher auf einige exemplarische Recherchen.

LITERATUR

Alfermann, D., Reimann, S. (2016): „Die Oberärzte lassen das nie und nie und nie zu, dass Frauen in die leitenden Positionen kommen. Das ist Geschlechterkampf!“ Ergebnisse der KarMed-Studie zu Karriereverläufen und Karrierebrüchen von Ärztinnen, Hessisches Ärzteblatt 7/8, 416–418.

Beschoner, P., Braun, M., Schönfeldt-Lecuona, C., Freudenmann, R. W., von Wietersheim, J. (2016): Gender-Aspekte bei Ärztinnen und Ärzten: Berufsleben und psychosoziale Belastungen, Bundesgesundheitsblatt 59, 1343–1350. DOI: 10.1007/s00103-016-2431-7.

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Knecht, M., Klaghofer, R. (2010): The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation, BMC Health Services Research 10 (40), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/40>.

Bühren, A., Eckert, J. (2011): „Feminisierung“ der Ärzteschaft: Überschätzter Effekt, Deutsches Ärzteblatt 108 (21), 1168–1170.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2016): Krankenanstalten in Zahlen, <http://www.kaz.bmgf.gv.at>

Czypionka, T., Titlbach, G., Klambauer, A. (2012): Regionale Versorgung im ambulanten Bereich: Internationale Perspektiven, Health System Watch 4/2012, 1–16.



LITERATUR

- De Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P. P., Hingstman, L. (2006): Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy* 78, 235–248.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2015.
- Freund, K. M., Raj, A., Kaplan, S. E., Terrin, N., Breeze, J. L., Urech, T. H., Carr, P. L. (2016): Inequities in Academic Compensation by Gender: A Follow-up to the National Faculty Survey Cohort Study, *Academic Medicine* 91 (8), doi: 10.1097/ACM.0000000000001250.
- Fuchs, C., Kurth, B.-M., Scriba, P. (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten und Ärztinnen. Befunde und Interventionen, Köln, Deutscher Ärzte Verlag, <http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=HshYLoqzC3MC&oi=fnd&pg=PA17&ots=IQdh4viLvJ&sig=6RJARDsfkmuhLYPJsFR3vkuVMYg#v=onepage&q&f=false>, Zugriff am 11.3.2013.
- George, A. (2007): Human resources for health: a gender analysis. Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network and the Health Systems Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health, www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf.
- Hochstöger, E. M. (2015): Ärztinnen und Führungsposition in Österreich. *Consilium* 4, 31–32.
- Hofer, K. (2012): Traumjob: Landarzt? Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen, *Soziale Sicherheit* 10, 452–459.
- Hofhansl, A., Horn, W., Kainberger, F., Zlabinger, G., Rieder, A. (2015): „To be a good doctor“: Wie werden Medizinstudierende auf die Zukunft vorbereitet? *Wiener Medizinische Wochenschrift* 165 (5), 83–85.
- Hofhansl, A., Körmöcz, G. (2014): Mentoring für Medizinstudierende im großen Stil – Ziele, Design und Realisierung, *Wiener Medizinische Wochenschrift* 164 (11/12).
- IMAS (2015): Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Perspektivenwechsel. IMAS – Familie & Beruf Management GmbH.
- Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung. 5., aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Mechaber, H. F., et al. (2008): Part-time physicians... prevalent, connected, and satisfied, *Journal of General and Internal Medicine* 23 (3), 300–303. DOI: 10.1007/s11606-008-0514-3.
- Mitterauer, L., Haidinger, G., Frischenschlager, O. (2008): Durch Akkumulierung zweier unabhängiger Selektionsmechanismen werden weibliche Studierende an der Medizinischen Universität systematisch benachteiligt, *Wiener Medizinische Wochenschrift* 158:15, 464–466.
- Mitterauer, L., Haidinger, G., Frischenschlager, O. (2012): Prädiktoren des Studienabschlusses im 2002 reformierten Curriculum der Medizinischen Universität Wien, *Wiener Medizinische Wochenschrift* 162 (3/4), 74–88.
- Newman, C. (2014): Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Human Resources for Health* 12 (25).
- Ozbilgin, M. F., Tsouroufli, M., Smith, M. (2011): Understanding the interplay of time, gender and professionalism in hospital medicine in the UK, *Social Science and Medicine* 72, 1588–1594.
- Rechnungshof (2014): Bericht des Rechnungshofes gemäß Art. 1 § 8 Bezügebungsgesetz, BGBl. I Nr. 64/1997, 2012 und 2013, III-124 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP.
- Riedel, M., Röhrling, G., Cypionka, T., Kasper, S. (2014): A Gap Analysis for Future Supply of and Demand for Psychiatrists in Austria, *Journal of Mental Health Policy and Economics* 17 (1), 9–18.
- Riedel, M., Röhrling, G., Schönplflug, K. (2016): Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, IHS Research Report, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.634763&version=147789684>
- Roter, D. L., Hall, J. A., Aoki, Y. (2002): Physician gender effects in medical communication, A meta-analytic review, *JAMA* 288 (6), 756–764.
- Royal College of Physicians (2009): Women and medicine. The future. Summary of findings from Royal College of Physicians research. Royal College of Physicians: London.
- Schofield, T. (2009): Gendered Organizational Dynamics: The Elephant in the Room for Australian Allied Health Workforce Policy and Planning, *Journal of Sociology* 45 (4), 383–400.
- Statistik Austria (2004–2016): Jahrbücher der Gesundheitsstatistik sowie http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html.
- Theurl, E., Winner, H. (2011): The male-female gap in physician earnings: Evidence from a public health insurance system. *Health Economics* 20, 1184–1200.
- Tijdens, K., de Vries, D. H., Steinmetz, S. (2013): Health workforce remuneration: comparing wage levels ranking and dispersion, *Human Resources for Health* 11 (11). DOI: 10.1186/1478-4491-11-11.
- Van den Bussche, H., Wonneberger, C., Birck, S., Schultz, J. K., Robra, B. P., Schmidt, A., Stosch, C., Wagner, R., Scherer, M., Pöge, K., Rothe, K., Gedrose, B. (2014): Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung, *Das Gesundheitswesen* 76: e1–e6.
- Van Greuningen, M., Batenburg, R., Van der Velden, L. F. J. (2012): Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example, *Human Resources for Health* 10 (21), <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/21>.
- Wildner, M. (2014): Äsklups Töchter, Editorial, *Das Gesundheitswesen* 76, 404–405.
- World Health Organization (2008): Gender and health workforce statistics. Spotlight on statistics.