

Annika J. Wilcke¹, Marina Buchmann¹, Daniel R. Reißmann¹,
Nadine Pohontsch², Ghazal Aarabi¹, Guido Heydecke¹

„Feminisierung“ der Zahnmedizin: Herausforderungen an einen Wandel des Berufsbildes

*“Feminisation” in dentistry:
Challenges to a changing profession*



Dr. Annika J. Wilcke

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why should you read this article?

Die stetige Zunahme des Frauenanteils in der Zahnmedizin bedingt einen Wandel des zahnärztlichen Berufsbildes. Dieser Beitrag bietet eine Übersicht über mögliche Anforderungen, Perspektiven und Schwierigkeiten.

The increasing amount of women in dentistry requires a transformation of the dental profession. This article offers an overview of possible needs, perspectives and difficulties.

Einführung: Der Frauenanteil an zahnärztlichen Approbationen steigt seit Jahren kontinuierlich an. Dem gegenüber sind die Rahmenbedingungen des Zahnarztberufes, z.B. die bis vor Kurzem nur mögliche Tätigkeitsform der selbstständigen Niederlassung, ursprünglich primär auf die Ansprüche von Männern ausgelegt. Unklar ist bisher, welche Herausforderungen der Geschlechterwandel mit sich bringt. Es war Ziel dieser Untersuchung herauszufinden, welche Wünsche Zahnärztinnen an den Beruf haben, welchen Anforderungen sie sich gegenübersehen und ob es spezielle Schwierigkeiten oder Barrieren gibt, die es Frauen erschweren, diesen Beruf auszuüben.

Methode: In dieser qualitativen Studie wurden bei 13 Zahnärztinnen aus Hamburg problemzentrierte Interviews durchgeführt. Es gab 4 Themenblöcke: geschlechtsbezogene Aspekte bei der zahnärztlichen Ausübung, Einstellung zum Beruf, berufspolitische Einschätzung, persönliche Situation. Die Datenauswertung erfolgte nach den Prinzipien der Grounded Theory. Es wurden Kategorien identifiziert, welche die Berufsausübung besonders beeinflussen. Daraus wurden Handlungs- und Interaktionsmuster der Zahnärztinnen abgeleitet.

Ergebnisse: Es war eine ambivalente Geschlechtsrollenvorstellung erkennbar. Die Zahnärztinnen wollten ihr erlerntes Wissen im Beruf anwenden und waren ebenso für die Famili-

Introduction: The proportion of women among licensed dentists has steadily increased for years. In contrast, the basic framework conditions for the dental profession were initially configured to meet the needs of men, e.g., until recently an individual private practice was the exclusive form of exercise of occupation. So far, the challenges accompanying the shift in gender are unclear. This study aimed at determining how female dentists consider their professional life, the challenges they face, and whether women face specific difficulties or barriers in practicing dentistry.

Methods: This qualitative study involved problem-centered interviews with 13 female dentists from Hamburg, Germany. There were 4 topics: gender-related issues in dental practice, attitudes towards the profession, opinions regarding professional politics, and personal circumstances. The data analysis employed the principles of Grounded Theory. Categories especially affecting professional practice were identified, and behavior and interaction patterns were derived from these categories.

Results: Ambivalent ideas were discernable about gender roles. The female dentists wanted to apply their knowledge in practice but were also managing major family responsibilities. They identified anxieties about their dental practice, worries about financial security, and concerns about the immediate practice ban for employed dentists as impediments

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Institut für Allgemeinmedizin

Peer-reviewed article: eingereicht: 01.10.2015, revidierte Fassung akzeptiert: 16.11.2015

DOI 10.3238/dzz.2016.0217-0224

enorganisation zuständig. Barrieren für die Familienplanung waren Angst um die eigene Praxis, Sorgen um finanzielle Absicherung und das sofortige Berufsverbot bei angestellten Zahnärztinnen. Die Selbstständigkeit wurde von den Zahnärztinnen als größtes Ziel angesehen, da dies mit Selbstbestimmung und Selbstgestaltung verbunden wurde. Bevorzugt wurde die Niederlassung in einer Mehr-Behandler-Praxis. Die psychische Verfassung spielte bei der Bewältigung beruflicher und familiärer Organisation eine große Rolle und die Balance zwischen Berufs- und Privatleben wurde individuell ausgelegt. Gemeinsam war den Zahnärztinnen ein pragmatischer Charakter.

Schlussfolgerung: Als Expertin ihrer eigenen Situation können Zahnärztinnen viele Anregungen zu Verbesserungen geben. So könnte in einer frühzeitigen Aufklärung über die Rahmenbedingung einer Niederlassung angesetzt werden. Ebenfalls ist eine zentrale Stelle denkbar, in der den Belangen der Zahnärztinnen Raum gegeben werden kann, wie z. B. Kinderbetreuung oder Praxisvertretung. (Dtsch Zahnärztl Z 2016; 71: 217–224)

Schlüsselwörter: Zahnmedizin; Zahnärztinnen; Frauenanteil; Berufsbild; Vereinbarkeit; Karriere

Einführung

Der Anteil an Frauen in der Zahnärzteschaft hat in den letzten Jahren stetig zugenommen – damit verbundene Veränderungen gewinnen an Aktualität. Während im Jahr 2004 der Frauenanteil an praktizierenden Zahnärzten noch bei 38 % lag, ist er bis zum Jahr 2013 auf 43 % angestiegen. Diese quantitativen Veränderungen werden als „Feminisierung“ der Zahnmedizin bezeichnet. Die Zeiten sind vorbei, in denen Frauen der Zugang zu einem Studienplatz erschwert oder gar verwehrt wurde [9, 18]. In Anbetracht der aktuellen Studierendenzahlen tendiert der einstige Männerberuf dazu, eine Frauendomäne zu werden. Die generelle Studierendenzahl stagniert mit leichten Schwankungen im Fach Zahnmedizin auf einem Level (ca. 15.000 Studierende im Wintersemester (WS) 1992/93, ca. 13.500 Studierende im WS 2007/08, ca. 14.800 Studierende im WS 2013/2014). Die Anzahl weiblicher Studierender nimmt jedoch kontinuierlich zu, so erhöhte sich der Anteil von 40 % im WS 1992/93 auf 63 % im WS 2013/14 [15,16].

Daneben gibt es weitere Faktoren, die eine Veränderung des Berufsstandes hervorrufen, z.B. die Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Seit

der Inkraftsetzung ab dem 1. Januar 2007 ist die praktische Tätigkeit flexibler geworden, da u.a. die Anstellung von Zahnmedizinern in einer Praxis oder der Zusammenschluss in medizinischen Versorgungszentren möglich ist [26]. Die Angaben, wie viele der angehenden und bereits praktizierenden Zahnärztinnen sich ein Angestelltenverhältnis vorstellen können, reichen von lediglich 4 % [22] über 15 % [7] bis hin zu fast jeder Zweiten [23]. Berufsausübungsgemeinschaften werden dabei mittlerweile Einzelpraxen vorgezogen [7].

Frauen richten ihr Augenmerk auf ein ganzheitliches Konzept von Lebensführung und gewichten die Balance zwischen Beruf und Privatleben bedeutend höher als Männer [2, 3, 11]. Sie fokussieren eine Work-Life-Balance [20, 25, 27], deren Ziel es ist, private Interessen und Familienleben mit den Anforderungen der Arbeitswelt in Einklang zu bringen und ein ausgewogenes Verhältnis von Berufs- und Privatleben zu schaffen. Die Berufstätigkeit ist in hohem Maße abhängig a) von der Möglichkeit der Kinderbetreuung, b) von der Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung und c) unter welchen Umständen eine Praxisvertretung organisiert werden kann [24]. Es bewerten 42 % der niedergelassenen Zahnärztinnen die Vereinbarkeit von

to family planning. Professional independence was their primary goal, because it represented self-determination and self-design. They preferred working in a multi-dentist practice. Psychological health was a major part of balancing professional and family responsibilities, with each individual coping with this balance in her own way. What these women in the dental profession shared in common was a practical mind-set.

Discussion: As experts of their own situation, female dentists are able to offer many suggestions for improvements. It would make sense to provide prospective dentists with timely information about the framework conditions for dental practice, and to have a central office devoted to the special needs of women in the dental profession, such as childcare and locum coverage.

Keywords: dentistry; female dentists; share of women; career; profession; compatibility

Beruf und Familie als mangelhaft [7]. Hieraus ergibt sich, dass für die zunehmend weiblichen Leistungserbringer adäquate Strukturen und Arbeitsbedingungen geschaffen werden müssen. Die beschriebenen quantitativen Untersuchungen zeigen, dass die Themen, Work-Life-Balance, Vereinbarkeit von Beruf und Familie unter dem Aspekt der zunehmenden Feminisierung der Zahnmedizin auch in Bezug auf eine bestmögliche Patientenversorgung an Bedeutung gewinnen. Es existiert Teilwissen über geschlechtsspezifische Aspekte der zahnärztlichen Berufsausübung, sowie der Einstellung zum Beruf, jedoch fehlen Erfahrungswerte.

Wie die dargestellten Studienergebnisse bislang zeigen, werden Probleme aufkommen bzw. existieren teilweise schon. Welche Probleme dies genau sind, wie sich diese darstellen oder wie die betroffenen Zahnmedizinerinnen ihre Situation wahrnehmen und beschreiben, wurde jedoch bisher noch nicht ausreichend untersucht. Ein qualitativer Studienansatz ermöglicht dabei die Untersuchung dieser Themenfelder, die in der bisherigen Forschungsliteratur noch nicht behandelt wurden, ohne die Befragten durch die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten zu beeinflussen. Die in einer offenen, explorierenden Be-

fragung ermittelten Probleme, Wahrnehmungen und Lösungsansätze können später in weiteren Studien quantifiziert werden.

Ziel der Untersuchung war es zu ergründen, welche Vorstellungen Frauen von der zahnärztlichen Berufsausübung haben, und ob es spezielle Schwierigkeiten oder Barrieren gibt, welche ihnen diese erschweren. Eine weitere Frage war, ob und warum sich Frauen dem durch die berufstätigen Männer etablierten Berufsmodell anpassen oder es zu erwarten ist, dass sich durch die zunehmende „Feminisierung“ Veränderungen in dieser Profession ergeben werden und wie auf diese reagiert werden kann bzw. muss.

Methodik

Studiendesign und Population

Es wurde ein exploratives Vorgehen in Form leitfadengestützter Interviews gewählt. Als Zielgruppe wurden Zahnärztinnen aus Hamburg definiert. Als Einschlusskriterien dienten der Beruf (Zahnärztin) und das Geschlecht (weiblich). Unterschiede sollten in Alter, Art und Dauer der Berufstätigkeit sowie im Familienstand vorhanden sein. Der Zugang zu den Teilnehmerinnen erfolgte über die Zahnärztekammer Hamburg. Mithilfe einer Samplestruktur, in der tabellarisch die Auswahlkriterien in verschiedenen Kombinationen aufgeführt wurden, wurde im Vorfeld eine heterogene Auswahl von möglichen Teilnehmerinnen sichergestellt. Angestrebt wurde die Durchführung von mindestens 12 Interviews. Guest et al. gehen davon aus, dass diese Anzahl an Interviews bei einer Studie dieser Art zu einer ausreichenden Sättigung des erhobenen Datenmaterials führt [10]. Daraufhin wurde 19 Zahnärztinnen ein Anschreiben zugesendet, in dem der Zweck der Studie erklärt und um eine Teilnahme gebeten wurde. Eine Woche später wurden die Zahnärztinnen angerufen und ggfs. ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews fanden von Mai bis Juni 2010 statt.

Datenerhebung

Alle Interviews wurden durch eine einzelne, weibliche Person (MB) durch-

geführt. Der für die Interviews entwickelte problemzentrierte Leitfaden gliedert sich in folgende thematisch zusammenhängende Sinnabschnitte:

- Block I: Vorstellung der Person
- Block II: Geschlechtsbezogene Aspekte bei der zahnärztlichen Ausübung
- Block III: Persönliche Einstellung zum Beruf
- Block IV: Berufspolitische Einschätzung
- Block V: Persönliche Situation

Der Leitfaden diente als Orientierung, welche Themen während des Gesprächs behandelt werden sollten. Gleichzeitig sollte von den Befragten Offenheit für angesprochene Themen bewahrt werden. Zugrunde liegende Kriterien bei der Durchführung der Interviews waren die Nichtbeeinflussung der Interviewpartnerin, die Spezifität der Sichtweise und Situationsdefinition, Erfassung eines breiten Bedeutungsspektrums sowie Tiefgründigkeit [21]. Die Interviews wurden vollständig digital aufgenommen. Sobald die Interviews durchgeführt wurden, wurden die Aufnahmen transkribiert und mit der Datenauswertung begonnen. Die Transkriptionsregeln wurden an Kuckartz et al. [17] angelehnt und in vereinfachter Form angewendet.

Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte nach den Prinzipien der Grounded Theory [5, 28]. Wesentliches Merkmal ist dabei ein mehrfach gestufter Datenanalyse-Prozess, über dessen gesamten Ablauf Memos verfasst werden. Memos sind abstrakte Gedanken über die vorhandenen Daten, die sowohl in schriftlicher als auch in grafischer Form festgehalten wurden. Sobald das transkribierte Interview vorlag, wurde mit folgenden Fragen an den Text begonnen:

- Worum geht es hier?
- Welches Phänomen wird angesprochen?
- Welche Personen/Akteure sind beteiligt?
- Welche Rollen spielen sie dabei?
- Wie interagieren sie?
- Welche Aspekte werden angesprochen?
- Welche Begründungen lassen sich erschließen?
- In welcher Absicht?
- Zu welchem Zweck?

- Welche Mittel, Taktiken und Strategien werden zum Erreichen des Ziels verwendet? [8]

Der erste Schritt war das sogenannte offene Kodieren, bei dem die Daten analytisch aufgeschlüsselt und in erste Codes „übersetzt“ wurden. Die einzelnen Codes wurden anschließend vorläufigen Kategorien zugeordnet. Als nächstes wurden die Kategorien axial kodiert, d.h. Verbindungen und Zusammenhänge zwischen den Kategorien herausgearbeitet, um die Ergebnisse zu spezifizieren und das Material zu reduzieren.

Durch das zeitliche Ineinandergreifen von Erhebungs- und Auswertungsphase wurden die vorläufig gebildeten Kategorien in der zweiten Erhebungsphase genauer überprüft. Dabei wurden sowohl Kategorien bestätigt sowie neue aufgenommen als auch andere wieder fallen gelassen, wenn diese nicht mit neuem Material gestärkt wurden. Diese weitergeführten Kategorien wurden wiederum in der dritten Phase überprüft. Das Ergebnis war ein Kategoriensystem mit den beiden Themen Beruf und Familie und Zahnärztliche Tätigkeit. Vorläufige Kategorien, die nicht mit ausreichend Material gefüttert wurden, sind unter Sonstiges zusammengefasst (Tab. 1).

Ergebnisse

Teilnehmer

Von den 19 angeschriebenen Zahnärztinnen konnten 13 für eine Teilnahme gewonnen werden (Tab. 2). Diese 13 Zahnärztinnen deckten das komplette Spektrum privater und beruflicher Aspekte ab, die als relevant für die Fragestellung der Untersuchung erachtet wurden. Zur Sicherung der Anonymisierung wurden statt des genauen Alters Altersgruppen gewählt. Diese teilen sich in unter 35, 35 bis 50 und ab 50 auf. Einige Teilnehmerinnen hatten Kinder. Die Form der Berufsausübung war entweder selbstständig oder angestellt, jeweils in einer Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis, in Voll- oder Teilzeit. Zum Teil wurde mit dem eigenen Ehemann zusammengearbeitet. Ein Teil der Zahnärztinnen hatte vor dem Studium bereits eine Berufsausbildung absolviert, bzw. sich auf ein Spezialgebiet schwerpunktmäßig konzentriert.

Kategorien		
1. Beruf und Familie	2. Zahnärztliche Tätigkeit	3. Sonstiges
Motive für Zahnarztberuf	Umgang mit Patienten	Unterschied Zahnarzt vs. Zahnärztin
Rollenverständnis	Verhältnis zu den Angestellten	Einstellungen zum Dokortitel
Stellenwert Familie/Beruf	Schwerpunktsetzung	Wahrnehmung außenstehender Personen
Barrieren Familienplanung	„sein eigener Herr sein“	Einstellung zu zahnärztlichen Netzwerken oder Vereinen
Einstellung zu Gemeinschaftspraxen	Veränderung des Berufes während der eigenen Praxistätigkeit	Wünsche an Fortbildungen
Bedeutung einer Selbstständigkeit	Befinden bei der Arbeit (körperlich + physisch)	
Bedeutung einer Angestelltentätigkeit	Administration in der Praxis	
Einstellung zur Standespolitik	Vorerfahrungen im medizinischen Bereich	
Eigene Aktivitäten in der Standespolitik	Zukunftspläne und -vorstellungen	
	Fehlendes Wissen bei Praxisgründung	
	Unterstützung von Zahnärztinnen	

Tabelle 1 Kategorien aus dem offenen Kodieren, zugeordnet zu 3 Oberthemen

Table 1 Categories of the open coding assigned to 3 main topics

Qualitative Befragung

Beruf und Familie

Wenn bei den Befragten bei der Berufs- bzw. Studienwahl die Entscheidung auf eine medizinische Tätigkeit fiel, wurde sich meist aus praktischen Gründen für die Zahnmedizin entschieden. Man könne „im Grunde direkt anfangen zu arbeiten“ (I3) und habe eine größere Flexibilität in der Wahl der Berufsausübung. Die Vorstellung war, dass im Gegensatz zur ärztlichen Schichtarbeit und vielen Überstunden im Krankenhaus die geregelten Arbeitszeiten die Freizeit besser planbar mache und somit auch ein Familienleben mit Kindern gut organisiert werden könne.

Im praktischen Leben sah das oftmals anders aus. Insbesondere für die selbstständigen Zahnärztinnen stellte sich eine Schwangerschaft oft als ein berufliches Risiko dar. Die wesentlichsten Barrieren waren:

- Angst um die eigene Praxis: Zum einen war der Verlauf der Schwangerschaft nicht vorherzusehen. Zum anderen war bei einer Schwangerschaftsvertretung die Weiterführung der Praxis vom Eifer des Stellvertreters und nicht mehr von ihr selbst abhängig.

- Keine finanzielle Absicherung: Finanzielle Verluste waren nicht einschätzbar und damit nicht kalkulierbar, z.B. keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall der Kinder, wenn die Mutter zu Hause bleiben musste und kein geregeltes Berufsverbot, bzw. Mutterschutz während der Schwangerschaft. Auch bei angestellten Zahnärztinnen ergeben sich trotz sicherer Weiterbeschäftigung und Lohnfortzahlungen in der Schwangerschaft ebenfalls Hürden in der Familienplanung. Sofort bei Wissen über die Schwangerschaft herrschte für sie ein Beschäftigungsverbot. Trotz finanzieller Absicherung stellte dieser Umstand die Angestellten teilweise vor unangenehme Situationen. Gerade in kleineren Praxen entstand damit eine erhebliche Mehrarbeit für Kollegen sowie ein Umsatzausfall. Auch in Vorstellungsgesprächen hatte sich die Tatsache, dass eine Frau im gebärfähigen Alter ist, negativ ausgewirkt.

Bei Zahnärztinnen mit Kind, die in derselben Praxis wie ihre Ehemänner arbeiteten, war eine klare Rollenverteilung zu erkennen. Während die Männer für den Aufbau und Zusammenhalt der Praxis zuständig waren, organisierten die Frauen das Familienleben. Wenn der

Ehemann ebenfalls als Zahnarzt tätig ist, wurde dieser Umstand als „Glücksfall“ (I9) angesehen. Die Zahnärztinnen fühlten sich sicherer bei der Entscheidung für eine Familie, weil sie nicht allein das Risiko tragen mussten.

Fokussierung der Selbstständigkeit

Der Wunsch, sich selbstständig zu machen, nahm bei der Befragung einen hohen Stellenwert ein. Dabei war es von der eigenen Persönlichkeit, der individuellen Konstitution und dem situativen Berufsumfeld abhängig, ob in eine Niederlassung investiert wurde. Ein Angestelltenverhältnis biete Sicherheit im Sinne eines geregelten Einkommens, kalkulierbaren Arbeitszeiten und festen Urlaubstagen. Dies gehe jedoch häufig zu Lasten der Selbstbestimmtheit, die wiederum als ein originäres Ziel der zahnärztlichen Berufsausübung angesehen wurde. Die Zeit und Energie, die in die lange Ausbildung eingebracht wurde, solle mit einem erfüllten Berufsleben belohnt werden. Wesentliche Merkmale dafür waren die Verwirklichung eigener Vorstellungen und berufliche Autonomie. „Seinen eigenen Weg gehen“ (I5) war ein zentraler Grund für eine Selbststän-

Nr.	Altersgruppe	Ausübungsform	Praxisstruktur	Kinder	Vollzeit	Schwerpunkt	Berufsausbildung ¹	Interviewlänge
1	unter 35	selbstständig	Gemeinschaftspraxis (2 Selbstständige, 1 Angestellter)	ja	nein	Parodontologie, Kinderzahnheilkunde	nein	29 min
2	unter 35	selbstständig	Gemeinschaftspraxis (2 Selbstständige)	nein	ja	Implantologie	nein	50 min
3	unter 35	angestellt	Assistenzzeit in Einzelpraxis	nein	ja	Implantologie	nein	26 min
4	unter 35	angestellt	Einzelpraxis (1 Selbstständiger, 2 Angestellte)	ja	nein	./.	nein	38 min
5	30 – 50	selbstständig	Einzelpraxis	nein	ja	./.	ja	53 min
6	30 – 50	selbstständig	Einzelpraxis (1 Selbstständige, 1 Angestellte)	ja	nein	Oralchirurgie	nein	60 min
7	30 – 50	selbstständig	Praxisgemeinschaft (2 Selbstständige)	ja	nein	Oralchirurgie	nein	45 min
8	30 – 50	selbstständig	Gemeinschaftspraxis (2 Selbstständige)	nein	ja	Parodontologie, Kinderzahnheilkunde	nein	60 min
9	30 – 50	selbstständig	Gemeinschaftspraxis (2 Selbstständige)	ja	nein	Parodontologie, Kinderzahnheilkunde	ja	65 min
10	30 – 50	angestellt	Assistenzzeit in Einzelpraxis	ja	nein	Parodontologie	ja	35 min
11	30 – 50	angestellt	Gemeinschaftspraxis (2 Selbstständige, 1 Angestellte)	ja	nein	./.	nein	62 min
12	ab 50	selbstständig	Einzelpraxis (1 Selbstständige, 1 Angestellte)	ja	ja	./.	ja	ca. 45 min ¹
13	ab 50	selbstständig	Einzelpraxis	nein	ja	./.	ja	ca. 45 min ¹

¹ Befragte wünschte keine Aufzeichnung des Gesprächs.
² Hierbei handelt es sich um eine abgeschlossene Berufsausbildung vor dem Studium (Zahnarzthelferin, medizinisch technische Assistentin, Heilpraktikerin oder Physiotherapeutin).

Tabelle 2 Übersicht der Studienteilnehmerinnen mit Angaben zu Alter, Ausübungsform, Praxisstruktur, Kindern, Arbeitszeit, Schwerpunkten, vorangegangener Berufsausbildung und Interviewlänge

Table 2 Overview of the study participants with information on age, exercise form, practice structure, children, work, focus, previous training and interview length (Tab. 1 u. 2: A.J. Wendt)

digkeit. Sich einem Chef oder einer festen Praxisstruktur unterzuordnen, war nicht das, was die Zahnärztinnen anstrebten. Sie wollten eine eigene Praxisphilosophie entwerfen und diese leben. Dies gehe von der Gestaltung der Praxisräume, über die Suche nach passenden Mitarbeitern bis hin zur Verifizierung des angebotenen Behandlungsspektrums. Bei selbstständigen Zahnärztinnen waren der eigene Wille, Zielstrebigkeit und ein gewisser Grad an Hartnäckigkeit auffallende Charaktereigenschaften. Jedoch verkannten die Zahnärztinnen vor allem die bürokratischen Hürden sowie ausreichende Vorbereitung für die Planung und Organisation der Niederlassung. Viele Kriterien, die es bei einer Neugründung zu berücksichtigen gilt (z.B. Laufpublikum an bestimmten Orten), waren ihnen

nicht bewusst und erst im Nachhinein wurde deutlich, was sie hätten besser oder anders machen sollen und wo sie bestimmte Informationen bekommen hätten. Auch wurde der administrative und zeitliche Aufwand der Praxisführung unterschätzt.

Vorteile des Angestelltenverhältnisses

Die Möglichkeit einer Anstellung wurde positiv bewertet:

- als Interimslösung, der sich irgendwann aus oben genannten Gründen eine Selbstständigkeit anschließen soll
- wenn eine Anstellung wie eine Selbstständigkeit wahrgenommen wird, z.B. wenn man bei dem eigenen Partner angestellt ist
- wenn eine Praxis gefunden wird, in welcher der Angestellten der Freiraum gelassen wird, den sie braucht, um ihre

Vorstellungen vom Beruf umsetzen zu können

Gerade für jüngere Zahnärztinnen ist eine Einzelpraxis nicht mehr zukunftsweisend. Bevorzugt wurde die Niederlassung in einer Mehr-Behandler-Praxis. Die Vorteile seien die „vielen Synergieeffekte“ (17), z.B. die Teilung des Risikos, der Dialog mit Kollegen und nicht zuletzt das zugeschriebene Attribut der Familienvereinbarkeit. Der Austausch über fachlich-medizinische Dinge, der sogenannte „cross-check“, wurde als Qualitätskriterium in der Patientenbehandlung gesehen. Bei Bedarf könne dieser sogar während der Behandlung stattfinden. Die zweite Meinung könne somit zeitnah und unkompliziert eingeholt werden. Unterstützung bzw. geteilte Aufgaben bei betriebswirtschaftlichen Themen wurden ebenfalls befürwortet

und es bestand „überhaupt keine Lust auf eine Einzelkämpferpraxis“ (13). Jedoch seien gewisse Voraussetzungen zu beachten, denn gerade ein „offenes Miteinander“ (12) sei eine Voraussetzung, um Praxisbelange zielführend klären zu können.

Aus den Ergebnissen ließen sich 2 optimale Berufsbiografien ableiten:

1. Die angehende Zahnärztin beginnt ihr Studium direkt nach dem Abitur, sodass im Alter von Mitte bis Ende 20 die Assistenzzeit beendet ist und sie eine eigene Praxis gründen kann. Hierbei bestehen 2 Alternativen:

- a) Gemeinschaftspraxis: Die Zahnärztin kann bei Bedarf direkt bei der Gründung der Praxis in Teilzeit arbeiten oder diese im späteren Verlauf einführen. Eine flexible Arbeitszeitgestaltung ist möglich, weil die Kollegen in der Praxis die Vertretung übernehmen und so die Öffnungszeiten garantiert werden können.
- b) Einzelpraxis: Nach der Gründung einer Einzelpraxis kann die Zahnärztin über einen längeren Zeitraum einen festen Patientenstamm aufbauen. Nach 5 bis 8 Jahren Laufzeit besteht die Möglichkeit, eine Vertretung in die Praxis zu holen, um sich z.B. familiären Schwerpunkten zu widmen. Nach einer Schwangerschaft bietet sich dann die Anstellung einer/-s weiteren Zahnärztin/-arztes an, um mit reduzierten Arbeitsstunden tätig zu sein.

Die letztgenannte Möglichkeit wurde aufgrund des Risikos und der Verantwortung für eine Einzelpraxis nicht real in Betracht gezogen. Es ist eher als theoretisches Konstrukt zu sehen, welches zwar eine Möglichkeit darstellt, aber nicht zielbewusst verfolgt wurde. Es führten andere Umstände zu diesem Modell, z.B. eine Übernahme der Praxis von einem Familienmitglied.

2. Das Studium wird, z.B. aufgrund einer vorherigen Ausbildung, anderweitiger Berufsorientierung und/oder eines Auslandsaufenthaltes, später aufgenommen, sodass die Assistenzzeit erst im Alter von Anfang bis Mitte 30 endet. Hier bietet es sich an, eine Familie während der Assistenzzeit zu gründen und im Anschluss die Möglichkeit einer Anstellung zu nutzen. So kann von vornherein aus den oben genannten Gründen in Teilzeit gearbeitet werden und zu einem späteren

Zeitpunkt der Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis oder die Gründung einer eigenen Praxis in Erwägung gezogen werden.

Diskussion

Für die befragten Zahnärztinnen spielte neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ebenso die berufliche Verwirklichung eine zentrale Rolle. Die jetzige Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass die angenommene Fokussierung auf eine Work-Life-Balance sehr differenziert betrachtet werden muss.

Als größtes berufliches Ziel wurde von den Befragten weiterhin eine Selbstständigkeit angesehen, da die Aspekte Selbstbestimmung, Selbstgestaltung und „sein eigener Herr sein“ eine große Rolle einnahmen. Jedoch wurde die Niederlassung in einer Mehr-Behandler-Praxis von den Befragten favorisiert, um ein mögliches Missverhältnis von Berufs- und Privatleben verhindern zu können. Vorteile einer Gemeinschaftspraxis gegenüber einer Einzelpraxis waren u.a. ein geteiltes finanzielles Risiko, ein unkomplizierter kollegialer, fachlicher Austausch und die bessere Familienvereinbarkeit durch flexiblere zeitliche Verpflichtungen. Auch die KZBV belegt den Trend von Berufsausübungsgemeinschaften. Lag ihr Anteil 1991 noch bei 7,5 %, ist er im Jahr 2008 bereits auf 18,7 % angestiegen [15]. Die steigenden Kosten einer Praxisneugründung sind eventuell zusätzliche Gründe [12–14].

Viele der befragten Zahnärztinnen wollten sowohl ihre gute Ausbildung umsetzen, als auch die Familienorganisation übernehmen. Damit wird eine ambivalente Geschlechterrollenvorstellung bestätigt, welche auch schon bei Karriereverläufen von Medizinerinnen festgestellt wurde [1, 2]. Auch kann vermutet werden, dass Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf prestigeträchtige Qualifikationen [19] damit zusammenhängen, dass die Zahnärztinnen ihren Fokus auf die eigene Familie legen.

Selbstständige Zahnärztinnen beklagten die fehlende Unterstützung bei der Niederlassung und waren nur mangelhaft über die Voraussetzungen einer Praxisgründung informiert. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Fischer

und Jedrzejczyk [7]. Mehrere Landes-zahnärztekammern haben darauf reagiert und bieten verschiedene Seminarreihen zum Thema Praxisgründung und -führung an, die z.T. auch in Teilzeit absolviert werden können [24, 29]. Ein weiterer Aspekt ist die Seriosität der Unternehmen, die anbieten, eine Praxisgründung zu begleiten, bzw. den Praxisgründern zur Seite zu stehen. Diese ist oftmals schwierig einzuschätzen, weshalb der Instanz der Zahnärztekammer eine besondere Bedeutung zukommt, da dieser ein vertrauenswürdiger und seriöser Ruf vorausgeht. Laut Dettmer sind „Eigeninitiative, Organisationstalent, Flexibilität und wirtschaftlicher Sachverstand“ entscheidend für eine erfolgreiche Praxisführung [6]. Dies kann dahingehend erweitert werden, dass diese Eigenschaften nicht bloß für die Praxisführung gelten, sondern gleichermaßen für die Organisation des Familienlebens und letztendlich dafür, ein ausgewogenes Verhältnis des Berufs- und Privatlebens zu erreichen.

Es wurde deutlich, dass die konträren Schwangerschaftsregelungen sowohl für die niedergelassenen als auch für die angestellten Zahnärztinnen mit großen Herausforderungen verbunden sind. Für die Niedergelassenen bedeutet es, dass sie solange wie möglich in der zahnärztlichen Krankenversorgung tätig sind, um finanzielle Ausfälle so gering wie möglich zu halten. Den Angestellten wird ein sofortiges Beschäftigungsverbot erteilt, obwohl sie gerne weiter arbeiten möchten. Die Forderungen Dettmers, dass die herrschenden Mutterschutzbestimmungen nicht mehr zeitgemäß und deshalb anzupassen sind [6], wurden damit bestätigt. Klarere und vor allem einfachere Regelungen, wie man als Selbstständige schwerwiegende wirtschaftliche Nachteile durch eine Schwangerschaft verhindern kann, sind hier nötig.

Jede Zahnärztin hat ein individuelles Bewältigungshandeln. Das Alter, die Familienkonstellation, die Form der Berufsausübung sowie die Arbeitszeit und der Umfang der zusätzlichen Aufgaben (außer der reinen Patientenversorgung) haben Einfluss auf die Balance zwischen Berufs- und Privatleben. Überspitzt formuliert heißt das, es kann nicht gesagt werden, dass eine selbstständige Zahnärztin mit mehr als einem Kind mehr Stress wahrnimmt als eine angestellte

Kollegin ohne Kind. Es ist abhängig von der eigenen Konstitution, mit verschiedenen Situationen umzugehen. Die Bewertung erfolgt subjektiv und die gleiche Situation kann sich für die eine belastend und für die andere als Herausforderung darstellen.

Methodische Reflexion

Dass von den 19 angeschriebenen Zahnärztinnen 13 direkt zur Teilnahme bereit waren, wird als Zeichen für ein starkes Interesse gewertet. Nur insgesamt zwei der Angeschriebenen hatten kein Interesse bzw. konnten die Umstände der Studie nicht gutheißen. Bei den übrigen Vieren führten andere organisatorische Gründe wie Urlaub zu einer Nicht-Teilnahme.

Der Anstieg des Frauenanteils unter den Zahnärztinnen ist relativ neu, sodass kaum Erfahrungswerte darüber vorhanden sind, vor welchen Herausforderungen der Berufsstand steht. Deshalb wurde ein theoriengenerierender Forschungsansatz gewählt. Mit der Grounded Theory wurde ein strukturiertes und standardisiertes Datenerhebungs- und Datenauswertungsverfahren eingesetzt, mit dem durch einen standardisierten Fragebogen und die offene Form der Befragung neue Phänomene dieser Thematik entdeckt werden können [4]. Der Leitfaden ließ genügend Spielraum für individuelle Schwerpunktsetzungen und gewährleistete so die Erfassung eines breiten Spektrums. Durch die Struktur des Leitfadens wurde eine zielgerichtete Durchführung sichergestellt, um eine nachvollziehbare Herangehensweise zu erreichen. Jedoch sind einzelne Aspekte der Untersuchung in ihrer Bedeutung nicht zu quantifizieren, sondern dienen als Grundlagen für weitere Erforschung.

Mit der Durchführung einer Datenerhebung bei ausschließlich weiblichen

Zahnmedizinern ist zwar der erste Schritt in Richtung einer Theorie getan, doch müssen hierzu weitere Vergleiche z.B. mit Zahnärzten oder mit Studierenden der Zahnmedizin erhoben werden, um Hypothesen aufstellen und überprüfen zu können. Durch das gewählte Forschungsdesign kann an vielen Stellen nicht sicher beurteilt werden, ob die genannten Aspekte tatsächlich geschlechtsabhängig sind oder ob z.B. generell ein Generationenwandel stattfindet und damit einhergehend andere Werte zählen, als in der Vorgängergeneration. Eventuell könnte auch eine Befragung mit Zahnärztinnen aus einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) noch weitere Aufschlüsse geben, obwohl durch die verschiedenen Niederlassungsformen, Spezialisierungen und Altersgruppen schon ein großer Bereich abgedeckt wurde. Es bleibt ebenfalls die Frage offen, inwiefern sich die „Feminisierung“ auf den wissenschaftlichen Nachwuchs auswirkt. Interessant wäre an dieser Stelle eine Kontrastierung speziell mit Zahnärztinnen, die beruflich in prestigeträchtige Bereiche aufsteigen wollen bzw. aufgestiegen sind.

Ausblick


Es gibt diverse Möglichkeiten, Verbesserungen der zahnärztlichen Ausübung speziell für Frauen zu etablieren. Alle befragten Zahnärztinnen wiesen einen äußerst starken Charakter und eine hohe Berufsmotivation auf. Um dieses Potenzial zu nutzen, ist es notwendig, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Bildung offizieller regionaler Netzwerke, um sowohl Kinderbetreuung regeln zu können, als auch Praxisvertretungen zu organisieren, sind z.B. einige Lösungsvorschläge. Auf die Hilfen anderer zurückgreifen zu können, bzw. sich gegenseitig zu unterstützen (z.B. Fahrdienste, Informationsfluss),

würde die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf vereinfachen. Darüber hinaus können Projekte gestartet werden, z.B. ein „Betriebskindergarten“ oder eine Kinderbetreuung während der Fortbildungszeiten.

Wichtig ist dabei eine umfassende und transparente Evaluation, sodass unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte eine Übertragbarkeit auf andere regionale Organisationen oder Netzwerke möglich ist. Ein anderer Punkt wäre die Überlegung, ob die Unterstützung einer Selbstständigkeit als fester Baustein ins Studium integriert oder zumindest z.B. in Form von Informationsveranstaltungen angeboten werden könnte.

Schlussendlich ist von Bedeutung, dass nicht nur weitergehende Forschung betrieben wird, sondern tatsächlich Veränderungen bewirkt werden. Denn nur durch eine regionale Umsetzung modellhafter Projekte können konzeptionelle Ansätze getestet werden, um darauf aufbauend bedarfsgerechte Maßnahmen flächendeckend zu etablieren.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei der Zahnärztekammer Hamburg für ihre Unterstützung. 

Interessenkonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Annika Juliane Wilcke
ZMK, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zahnärztliche Prothetik
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
a.wendt@uke.de

Literatur

1. Abele AE: Berufskarrieren von Frauen – Möglichkeiten, Probleme, psychologische Beratung. In: Gross W (Hrsg): Karriere 2000. Hoffnungen – Chancen – Perspektiven – Probleme – Risiken. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 1998, 99–125
2. Abele AE: Beruf – kein Problem, Karriere – schon schwieriger: Berufslaufbahnen von Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich. In: Abele AE, Hoff E-H, Hohner U-U (Hrsg): Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Asangar, Heidelberg 2003, 157–182
3. Abele AE: Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg): Karriereplanung für Ärztinnen. Springer, Heidelberg 2006, 35–57

4. Böhm A: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Hamburg 2012, 475–485
5. Corbin JM: Die Methode der Grounded Theory im Überblick. In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002, 59–70
6. Dettmer S: Wege zum beruflichen Erfolg – Karriereverläufe von Ärztinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühnen A (Hrsg): Karriereplanung für Ärztinnen. Springer, Heidelberg 2006, 107–194
7. Fischer B, Jedrzejczyk P: Berufsperspektiven junger Zahnärztinnen. Zahnärztl Mitt 2010; 17: 46–51
8. Flick U: Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Rowohlt, Hamburg 2007
9. Groß D: Die Geschlechterfrage: Der Eintritt der Frauen in die Zahnheilkunde. In: Groß D (Hrsg): Beiträge zur Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde. Königshausen & Neumann, Würzburg 2006, 187–203
10. Guest G BA, Johnson A: How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field methods 2006; 18: 59–82
11. Heiligers PJM, Hingstman L: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. Social Science & Medicine 2000; 50: 1235–1246
12. Institut der Deutschen Zahnärzte (2005): Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2004. In: IDZ-Information Köln
13. Institut der Deutschen Zahnärzte (2007): Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2006. In: IDZ-Information Köln
14. Institut der Deutschen Zahnärzte (2010): Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2008. In: IDZ-Information. Köln
15. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Jahrbuch 2009. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2009
16. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Jahrbuch 2014. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. 2014
17. Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C: Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008
18. Kuhlmann E: Die Professionalisierung der Zahnmedizin in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health 1996; 4: 54–69
19. Kuhlmann E: Profession und Geschlechterdifferenz. Eine Studie über die Zahnmedizin. Leske + Budrich, Opladen 1999
20. Marburger Bund (2007): Mitgliederbefragung. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland
21. Merton RK, Kendall PL: Das fokussierte Interview. In: Hopf C, Weingarten E (Hrsg): Qualitative Sozialforschung. Klett-Cotta, Stuttgart 1979, 171–204
22. Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 2010
23. Oberlander W: Zahnärzte in Bayern: Zukunft der Praxis – Praxis der Zukunft. Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Bayerischen Landeszahnärztekammer 2007. Institut für Freie Berufe, Nürnberg 2008
24. Oberlander W, Reil A: Zahnärztinnen in Bayern. Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse der Umfrage der Bayerischen Landeszahnärztekammer unter Zahnärztinnen 2010. Institut für Freie Berufe, Nürnberg 2010
25. Oechsle M: Work-Life-Balance: Diskurse, Problemlagen, Forschungsperspektiven. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, 227–236
26. Orłowski U, Halbe B, Karch T: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) – Chancen und Risiken. Politische, rechtliche und steuerliche Aspekte. C.F. Müller, Heidelberg 2007, 205–217
27. Schobert DB: Grundlagen zum Verständnis von Work-Life Balance. In: Esslinger AS, Schobert DB (Hrsg): Erfolgreiche Umsetzung von Work-Life Balance in Organisationen. DUV, Wiesbaden 2007, 19–33
28. Strauss AL, Corbin J: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, Weinheim 1996
29. Zahnärztekammer Hamburg (2013): Niederlassungsseminar. <https://www.zahnaerzte-hh.de/zahnarzt-team/fortbildung/kurse-fuer-zahnaerzte/niederlassungsseminar.html>