

# Sind Frauen die besseren Ärzte?

von Barbara Puhahn-Schmeiser<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Die in den vergangenen Jahren stetig steigende Zahl von Frauen im Arztberuf** wird von Funktionären teilweise mit gemischten Gefühlen wahrgenommen. Immer wieder wird kolportiert, dass diese Entwicklung die Patientenversorgung insgesamt gefährde. Die Bedenken beziehen sich weitgehend auf eine geringere Flexibilität sowie den Ausfall wegen Mutterschaft und einen verzögerten Wiedereinstieg. Die Ursachen für solche Phänomene liegen jedoch maßgeblich in fehlenden Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt. In Bezug auf die Behandlungsqualität lassen weitreichende wissenschaftliche Studien keinen Zweifel mehr daran, dass die Behandlungsweise von Ärztinnen der ihrer männlichen Kollegen zumindest gleichwertig, in bestimmten Fällen sogar überlegen ist. In Zeiten des Fachkräftemangels sind hervorragend ausgebildete Ärztinnen, die nach der Elternzeit nicht mehr ans Patientenbett zurückkehren, eine unerschlossene Ressource, die es durch das Schaffen entsprechender Rahmenbedingungen zu gewinnen gilt.

**Schlüsselwörter:** Ärztin, Feminisierung, Patientenversorgung, Mutterschutzgesetz

*The continually increasing number of women in the medical profession fills some officials with mixed feelings. It has repeatedly been stated that this development endangers patient care as a whole. Concerns largely relate to reduced flexibility, maternity leave and delayed return to work. The causes of such phenomena, however, lie largely in the lack of suitable framework conditions. With regard to the quality of care, extensive scientific studies show that the way female doctors treat their patients is at least equal and in some cases even superior to treatment by male doctors. In times as these, in which skilled workers are scarce, excellently trained doctors who do not return to the patient's bedside after parental leave are an untapped source of labour. This potential must be raised by creating the appropriate framework conditions.*

**Keywords:** female doctor, feminisation, patient care, Maternity Protection Act

## 1 Einleitung

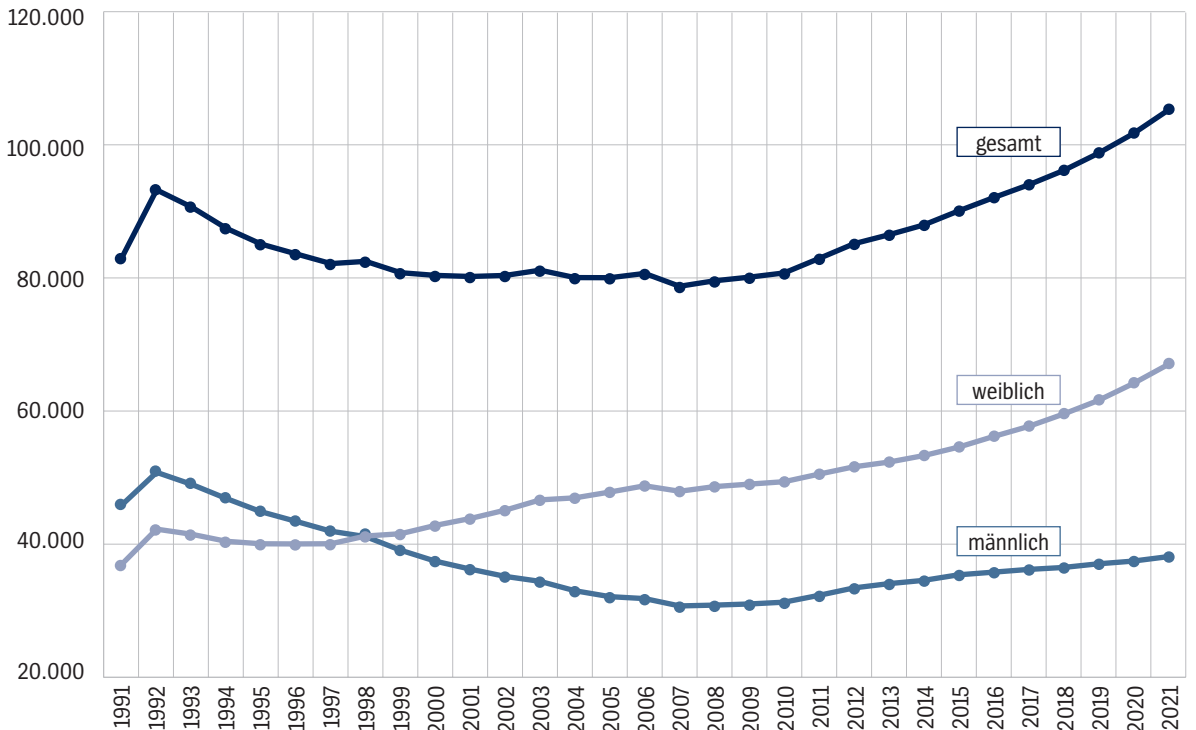
Die wachsende Zahl von Ärztinnen wird von manchen als „zunehmende Feminisierung der Medizin“ und als Bedrohung einer geordneten Patientenversorgung wahrgenommen. Das hat historische Gründe: Der Begriff der „Feminisierung der Medizin“ wurde 2009 etabliert, nachdem die Jahresstatistik der Bundesärztekammer einen zunehmenden Anteil von Frauen im Arztberuf ausgewiesen hat. Aus den Daten wurde unter anderem das Fazit gezogen, dass sich durch den wachsenden Anteil der Ärztinnen nicht nur der Stil der Medizin, sondern auch „das angebotene Arbeits-

volumen“ verändere, da die geleistete Wochenarbeitszeit der berufstätigen Ärztinnen deutlich niedriger sei als die ihrer männlichen Kollegen. Aus diesem Grund wurde der Begriff „Feminisierung der Medizin“ als eine von fünf Ursachen für das Paradoxon eines Ärztemangels bei zeitgleich wachsenden Arzttzahlen angeführt (Kopetsch 2010). Führende Ärztfunktionäre postulierten damals, dass der steigende Anteil an Ärztinnen die Versorgung verschlechtere. Andererseits sehen in einer weiblicher werdenden Medizin etliche Frauen und Männer auch eine Chance für eine ganzheitlichere und wieder stärker patientenzentrierte Gesundheitsversorgung.

<sup>1</sup> PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser, Neurochirurgische Klinik, Universitätsklinik Freiburg · Breisacherstr. 64 · 79106 Freiburg  
E-Mail: barbara.schmeiser@gmx.de; Deutscher Ärztinnenbund · Straße des 17. Juni 106–108 · 10623 Berlin · E-Mail: barbara.schmeiser@aerztinnenbund.de

ABBILDUNG 1

## Entwicklung der Medizinstudierendenzahlen für die Jahre 1991 bis 2021



Im Jahr 1999 studierten erstmals mehr Frauen als Männer Medizin. Seit 2016 steigt die Zahl der angehenden Ärztinnen zunehmend schneller als die ihrer männlichen Kommilitonen: 2021 betrug das Plus im Vergleich zum Vorjahr bei den Medizinstudentinnen 4,1 Prozent, bei den Medizinstudenten nur 1,5 Prozent.

Quelle: www.destatis.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2023

Erstaunlich ist, dass eine Diskussion über die Versorgungsqualität in Bereichen, in denen mehrheitlich Männer agieren, überhaupt nicht erwogen wird. Das allein lässt schon erahnen, dass die Debatte über die Qualitäten von Männern und Frauen im ärztlichen Beruf nicht immer auf sachlichen Argumenten beruht. Dennoch kann es sich lohnen, der Frage nachzugehen, inwiefern Ärztinnen momentan den Medizinsektor bremsen oder bereichern.

### 1.1 Womit sich Ärztinnen auseinandersetzen müssen

Sehen wir uns die aktuelle Situation an den medizinischen Hochschulen an. Seit 1999 beginnen stetig mehr Frauen als Männer das Medizinstudium (Abbildung 1). Mittlerweile sind bereits zwei Drittel aller, die Medizin studieren, weiblich. Fakt ist also, dass vor allem in den Kliniken mehrheitlich junge Ärztinnen ihren Karriereweg beginnen und ihre Weiterbildung absolvieren.

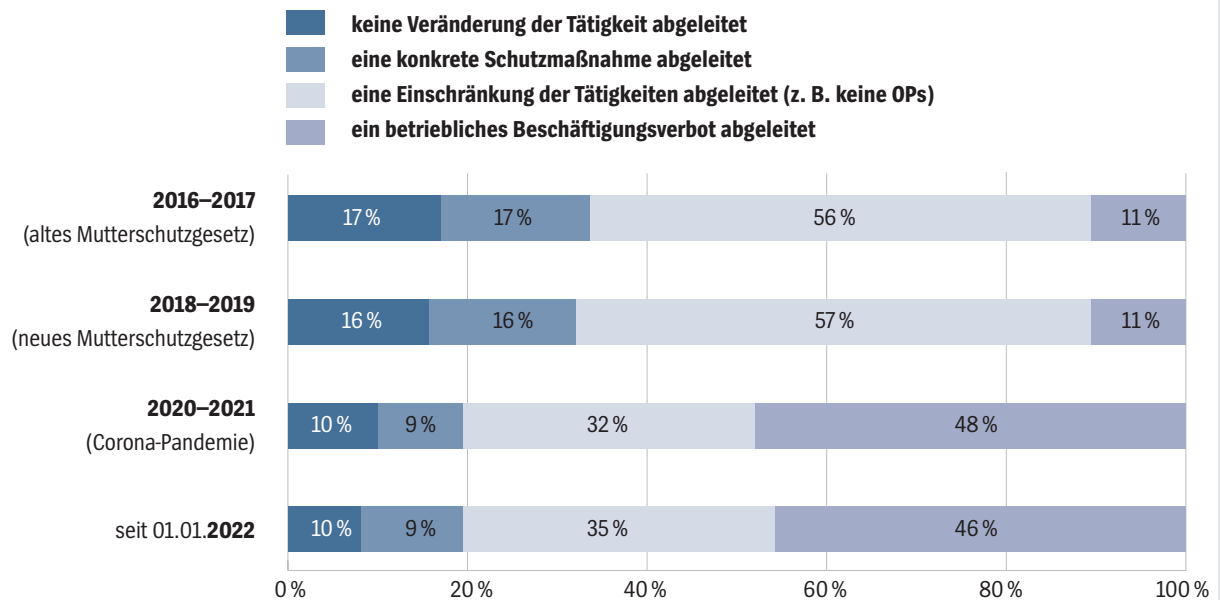
Diesen Frauen begegnen immer noch Vorurteile, oft getarnt als Bedenken in Bezug auf die Versorgungsleistung. Es wird häufig davon gesprochen, dass Ärztinnen allgemein weniger zeitlich flexibel seien als Männer, während der Schwangerschaft ausfielen und häufiger nach der Geburt nicht mehr oder nur in Teilzeit weiterarbeiteten. Diese Zuschreibungen sind, statistisch betrachtet, nicht ganz von der Hand zu weisen. Laut einer DocCheck-Research-Analyse im Auftrag der Apobank aus dem Jahr 2021 waren 47 Prozent der befragten Hausärztinnen und 62 Prozent der Fachärztinnen in Teilzeit beschäftigt; bei den männlichen Kollegen waren es hingegen nur 27 beziehungsweise 24 Prozent (*DocCheck Research 2021*). Aber wo liegen die Ursachen dieser Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Arztberuf?

Frauen leisten allgemein nach wie vor mehrheitlich die Care-Arbeit in unserer Gesellschaft. Aus dem Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung 2018 geht hervor, dass Frauen durchschnittlich täglich 52,4 Prozent mehr Zeit für un-

## ABBILDUNG 2

## Schwangere Ärztinnen zwischen Beschäftigung und Mutterschutz

Aus der anlassunabhängigen (allgemeinen) Gefährdungsbeurteilung hat sich ...



Ärztinnen, die während ihrer Schwangerschaft weiterarbeiten möchten, stoßen dabei auf zu wenig Unterstützung. Das ist das Ergebnis einer bundesweiten Online-Befragung unter mehr als 4.700 Medizinerinnen, die ein Netzwerk ärztlicher Organisationen, die sich für eine praxisorientierte Umsetzung des Mutterschutzes einsetzen, durchgeführt hat. Viele schwangere Ärztinnen und Medizinstudentinnen sehen sich in ihrer beruflichen Entwicklung behindert, weil ihr Aufgabenbereich aufgrund der Schwangerschaft umgestaltet wird. Eine wichtige Rolle spielen dabei betriebliche Beschäftigungsverbote, weil sie den Abschluss fachärztlicher Weiterbildungen verzögern. Solche vorsorglichen Beschäftigungsverbote haben während der Corona-Pandemie deutlich zugenommen.

Quelle: Deutscher Ärztinnenbund 2022; Grafik: G+G Wissenschaft 2023

bezahlte Sorgearbeit als Männer aufwenden, was als Gender Care Gap bezeichnet wird (BMFSFJ 2018). Weiterhin bilden nach wie vor die fehlenden Rahmenbedingungen für eine adäquate Kinderbetreuung eine große Hürde für Ärztinnen, die nach der Elternzeit wieder zurück in die direkte Patientenversorgung möchten. Obwohl stets betont wird, dass vonseiten der Politik junge Familien mit Kindern unterstützt würden, sieht die Realität oftmals anders aus. Fast flächendeckend in Deutschland fehlen Betreuungsplätze, und wenn es sie gibt, sind sie nicht an die ärztlichen Dienstzeiten angepasst. Die zeitliche Bedrängnis für Familien bleibt auch in der Schulzeit bestehen, da eine qualitativ hochwertige Betreuung der größeren Kinder nach der Schule ebenfalls nicht zuverlässig gewährleistet ist. Daraus ergibt sich zwingend eine aufwendige und komplexe Organisationsleistung, die betreuende Eltern erbringen müssen. Diese kostet Zeit, macht betreuende Eltern unflexibel und bedingt auch immer wieder unvorhergesehene Ausfälle, etwa weil eine Betreuungsmöglichkeit kurzfristig doch nicht verfügbar ist, weil Kindergärten häufig schließen

und Unterricht massenhaft ausfällt. Oft bewirkt dies, dass der berufliche Wiedereinstieg sowie die Teilzeittätigkeit erst recht spät im möglichen Zeitfenster erfolgt.

Solange von politischer Seite die elementaren Voraussetzungen für einen schnellen Wiedereinstieg in den Beruf nicht geschaffen sind, bleibt es schwer für betreuende Eltern, sich reibungslos in den beruflichen Alltag einzufügen. Und da die Kinderversorgung in Deutschland immer noch überwiegend als „Frauensache“ betrachtet wird, trifft dieses Problem besonders auch Ärztinnen. Es hat aber nichts mit dem Geschlecht zu tun, sondern mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen wir leben, und mit der strukturellen Benachteiligung von Frauen, die daraus folgt und die durch stereotype Rollenzuschreibungen gestützt wird.

Doch nicht nur die Politik und die Gesellschaft sind gefordert. Viele Lösungen wären schon längst möglich, werden aber zu wenig umgesetzt: beispielsweise eine flexible Arbeits-

zeitgestaltung und neue Arbeitsmodelle wie das „Führen in Teilzeit“.

Die Probleme beginnen für Ärztinnen schon mit der Schwangerschaft. Eine aktuelle gemeinschaftliche Umfrage des Marburger Bundes, des Deutschen Ärztinnenbundes, der Initiative Operieren in der Schwangerschaft, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, des Verbandes der Chirurgeninnen sowie des Verbandes leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte vom Januar 2023 belegt, dass viele schwangere Ärztinnen weiterarbeiten möchten, ihnen dies aber mehrheitlich verwehrt wird (*Deutscher Ärztinnenbund 2022*). Auslöser dieser absurden Situation ist die Novellierung des Mutterschutzgesetzes, die es Frauen eigentlich erleichtern sollte, weiterzuarbeiten (*Gumpp et al. 2023; Puhahn-Schmeiser et al. 2023*). Bedauerlicherweise hat sie die Situation von Schwangeren, insbesondere im Gesundheitswesen, jedoch noch verschärft; es gibt aktuell mehr Beschäftigungsverbote als je zuvor (Abbildung 2).

Juristisch weit gefasste Formulierungen in der Mutterschutzgesetzgebung sind dafür verantwortlich, dass Arbeitgeber selbst bei gewissenhafter und sicherer Gestaltung der Arbeitsbedingungen und unter Einhaltung strenger Schutzmaßnahmen durch pauschale negative Bescheide der beaufsichtigenden Behörden verunsichert werden und eine Weiterbeschäftigung der schwangeren Ärztin nicht zulassen. Die Entscheider in Kliniken sind, auch das müssen wir feststellen, nach wie vor nicht optimal über ihre Ermessensspielräume aufgeklärt und verwehren Ärztinnen daher die Weiterarbeit.

Schwangere Ärztinnen dürfen größtenteils nicht mehr in patientennahen Tätigkeiten sowie im OP beziehungsweise in Funktionsbereichen tätig sein. Diese Einschränkungen umfassen aber genau die Tätigkeiten, die für die Weiterbildung unverzichtbar sind. Eine Folge: Der Abschluss der Weiterbildung verschiebt sich nach hinten, was die weitere berufliche Karriere behindert. Nicht nur bei Ärztinnen in der Weiterbildung verzögert sich aufgrund der Mutterschutzproblematik das berufliche Fortkommen. Das Problem besteht auch für Fach- und Oberärztinnen, die sich während der Schwangerschaft nicht weiterqualifizieren können. Sogar Medizinstudentinnen erleben bereits Einschränkungen während der Schwangerschaft, weil sie oft einzelne Kurse und Seminare nicht mehr belegen dürfen.

Eine weitere Eskalation erfuhr diese Situation durch die Corona-Pandemie. Mit Verweis auf ein mögliches Risiko durch Corona für Mutter und Kind wurden massenhaft Beschäftigungsverbote für schwangere Ärztinnen ausgesprochen. Der Wissensstand über Corona-Infektionen während der Schwangerschaft bei ohnehin obligat geimpften Schwangeren im Gesundheitswesen rechtfertigt dieses pau-

schale Vorgehen jedoch schon lange nicht mehr. Letztendlich ist festzuhalten, dass Schwangerschaft, Elternzeit und Kinderbetreuung Faktoren sind, die für Ärztinnen Herausforderungen darstellen – Herausforderungen, denen sich Männer aufgrund der bestehenden Rollenverteilungen oft noch nicht stellen müssen. Man könnte auch sagen, die Mutterschaft an sich ist für Ärztinnen ein berufliches Hemmnis – und das ist nichts anderes als eine strukturelle Benachteiligung aufgrund des Geschlechts.

Zumindest bei der Mutterschutzgesetzgebung ließe sich sehr schnell etwas ändern, insofern wäre eine Auslegung des Mutterschutzgesetzes so, wie es auch gemeint ist, hilfreich. Nämlich so, dass schwangere Ärztinnen mit einer gut verlaufenden Schwangerschaft, die arbeiten möchten, das auch problemlos tun können. Viele Ausfallzeiten müssten gar nicht sein. Darüber hinaus bedarf es aber weiterer struktureller Veränderungen, die es Ärztinnen, die Mütter sind, ermöglichen, weiterzuarbeiten. Letztendlich wird es nur durch eine umfassende vorausschauende Planung und Etablierung von adäquaten Rahmenbedingungen gelingen, mehr hoch qualifizierte Ärztinnen trotz Schwangerschaft, Babypause und Kindererziehungszeiten weiterhin im Sinne der Patientenversorgung und zur Entlastung der übrigen Kolleginnen und Kollegen einzusetzen.

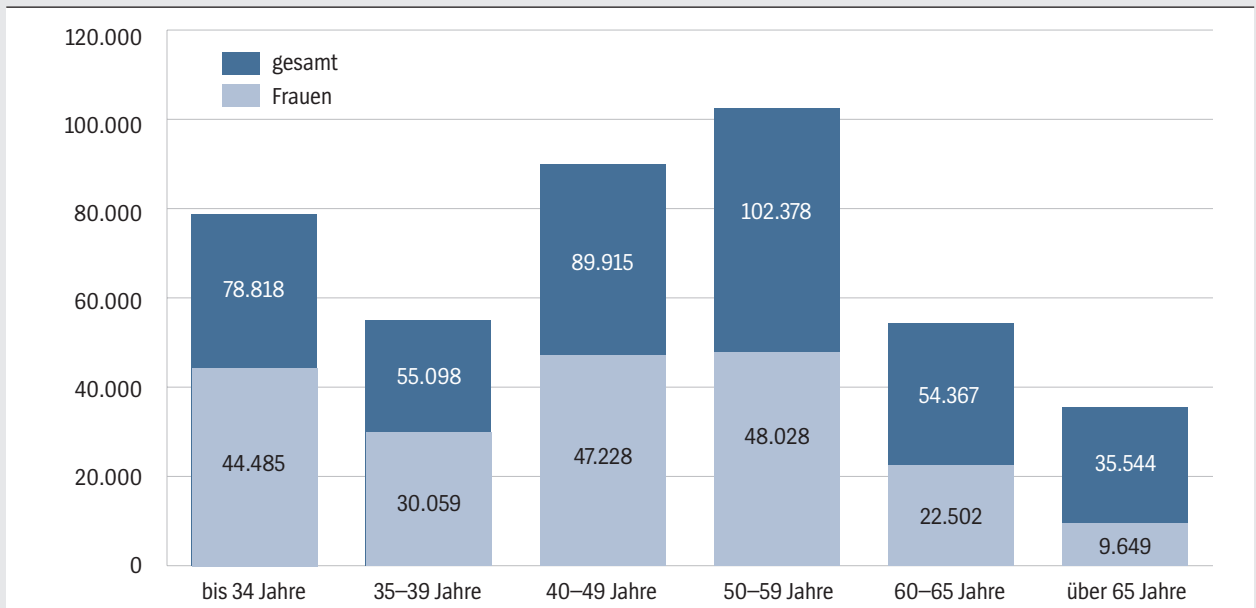
## 1.2 Was Ärztinnen für die Versorgung leisten

Ein häufiges Diskussionsthema in der Medizin ist die Beobachtung, dass Ärztinnen teilweise andere Schwerpunkte in der Behandlung ihrer Patienten setzen als männliche Kollegen. Ist das gut für die Versorgung oder schlecht? Wissenschaftlich besteht mittlerweile kein Zweifel mehr daran, dass die Behandlungsweise von Ärztinnen der ihrer männlichen Kollegen zumindest gleichwertig, wenn nicht überlegen ist. Der Literatur ist zu entnehmen, dass Ärztinnen häufiger leitliniengerecht (*Berthold et al. 2008; Baumhäkel et al. 2009*) und mit präventivem Fokus (*Frank und Harvey 1996; Franks und Clancy 1993; Franks und Bertakis 2003; Lurie et al. 1993*) therapieren, eher patientenzentriert kommunizieren (*Bertakis et al. 1995; Krupat et al. 2000; Roter et al. 2002; Roter und Hall 2004*) und ihre Patienten neben der medizinischen Betreuung auch psychosozial begleiten (*Roter et al. 2002*).

Eine kanadische Cross-Sectional-Analyse mit über 4.000 eingeschlossenen Hausärztinnen und Hausärzten zeigte, dass Patienten, die primär von Ärztinnen behandelt wurden, weniger häufig in der Notaufnahme oder im Krankenhaus waren als bei initialer Behandlung durch einen ärztlichen Kollegen (*Dahrouge et al. 2016*). Als mögliche Erklärung hierfür wurde eine differierende Herangehensweise an klinische Fragestellungen und Entscheidungen von Ärzten im Gegensatz zu der von Ärztinnen diskutiert, die bereits für

ABBILDUNG 3

## Altersstruktur der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte



Die Gesellschaft wird immer älter, und die ärztliche Profession ist hier keine Ausnahme. Wie die Statistik der Bundesärztekammer zeigt, steht etwa ein Fünftel der berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner kurz vor dem Ruhestand: Mehr als 13 Prozent sind zwischen 60 und 65 Jahre alt, weitere 8,5 Prozent noch älter. Wenn die heute 50- bis 59-Jährigen das Rentenalter erreichen, wird sich die Situation weiter verschärfen. Um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auch zukünftig gewährleisten zu können, kann das Gesundheitswesen es sich nicht leisten, auf gut ausgebildete Ärztinnen zu verzichten.

Quelle: Bundesärztekammer; Grafik: G+C Wissenschaft 2023

andere Tätigkeitsfelder, insbesondere die Finanzwirtschaft, bekannt ist (Powell und Ansic 1999; Barber und Odean 1998).

Obgleich die in der Literatur berichteten Behandlungsergebnisse von Ärztinnen bereits in der primären Patientenversorgung besser sind, so ist es doch erstaunlich, dass sogar Unterschiede in der Mortalität von Patienten berichtet werden. Das relative Risiko reduziert sich demnach bei Behandlung durch eine Ärztin um bis zu vier Prozent (Tsugawa et al. 2017). Im Gegensatz dazu fanden andere Autoren bei ambulant behandelten Patienten keinen Unterschied in Bezug auf die Mortalität nach Behandlung durch einen Arzt oder eine Ärztin (Jerant et al. 2013). Untersuchungen im Hinblick auf Unterschiede im Behandlungsergebnis bei Patienten mit Diabetes mellitus (Berthold et al. 2008) und chronischer Herzinsuffizienz (Baumhäkel 2009) zeigten jedoch gleichermaßen ein besseres Outcome nach der Behandlung durch eine Ärztin. Es wird außerdem berichtet, dass gemischte Teams leistungsstärker und erfolgreicher sind (Yang et al. 2022). Auch dies spricht eindeutig für eine positive Auswirkung weiblicher Mitwirkung bei der Patientenversorgung.

## 2 Sind mehr Ärztinnen wirklich das Problem?

Die gesundheitspolitische Lage in Deutschland ist eindeutig: Der Fachkräftemangel, der lange vorhergesagt wurde, ist eingetreten, und die Auswirkungen sind mittlerweile unübersehbar. In den kommenden Jahren werden zusätzlich nun die geburtenstarken Jahrgänge – auch der Ärzte und Ärztinnen – in den Ruhestand gehen (Abbildung 3). Alarmierend ist auch die Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2021 (KBV 2022). Sie zeigt, dass ungefähr ein Drittel der Niedergelassenen älter als 60 Jahre und ein weiteres Drittel in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren ist. Dies macht deutlich, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren eine Vielzahl von jungen Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung benötigt wird, um zumindest das derzeitige Niveau zu halten. Vor diesem Hintergrund kommen sowohl auf die Krankenhäuser als auch auf die Akteure der ambulanten Versorgung bald noch viel größere Herausforderungen als die jetzt schon bestehenden zu, um die Versorgung sicherzustellen.

Laut KBV berichten über zwei Drittel der Vertragsarztpraxen bereits zum jetzigen Zeitpunkt über substanzielle Probleme, geeignetes ärztliches und nichtärztliches Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden. Schon jetzt mussten 15 Prozent der Praxen ihr Leistungsangebot einschränken (Oettel et al. 2021).

Es führt kein Weg daran vorbei: Aus gesundheitspolitischen Erwägungen ist es zwingend erforderlich, hoch qualifizierte Ärztinnen dauerhaft einzubinden, um die Patientenversorgung zu sichern. Gut ausgebildete Ärztinnen, die nach der Elternzeit nicht mehr ans Patientenbett zurückkehren, sind – ökonomisch betrachtet – eine unerschlossene Ressource. Die geschilderten Umstände legen nahe, dass die Gründe für eine Nichtrückkehr so vieler Ärztinnen vor allem struktureller Natur sind. Ein wichtiger Aspekt sind dabei die mangelhaften Rahmenbedingungen für die berufliche Einbindung von Ärztinnen. Es sollte daher im ureigensten Interesse der Krankenhäuser liegen, Verbesserungen die höchste Priorität zuzuweisen und Veränderungen schnellstmöglich nicht nur zu diskutieren, sondern auch umzusetzen.

### 3 Fazit

Die steigende Beteiligung von Ärztinnen im Gesundheitssystem ist zweifellos gewinnbringend und aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels auch im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zwingend notwendig. Um die wertvolle Ressource „Ärztin“ überhaupt zu erschließen, ist es entscheidend, passende Rahmenbedingungen vonseiten der Kliniken beziehungsweise der Kommunen zu etablieren. Nur so wird für viele Ärztinnen das Arbeiten oder auch der Wiedereinstieg in den Beruf überhaupt erst möglich.

### Literatur

- Barber BM, Odean T (1998):** Boys Will Be Boys: Gender, Overconfidence, and Common Stock Investment. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 116, No. 1, 261–292
- Baumhäkel M, Müller U, Böhm M (2009):** Influence of Gender of Physicians and Patients on Guideline-recommended Treatment of Chronic Heart Failure in a Cross-sectional Study. *European Journal of Heart Failure*, Vol. 11, No. 3, 299–303
- Bertakis KD et al. (1995):** The Influence of Gender on Physician Practice Style. *Medical Care*, Vol. 33, No. 4, 407–416
- Berthold HK et al. (2008):** Physician Gender is Associated with the Quality of Type 2 Diabetes Care. *Journal of Internal Medicine*, Vol. 264, No. 4, 340–350
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2018):** Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Eine Zusammenfassung. Berlin
- Bundesärztekammer (2022):** Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021. Bundesgebiet gesamt; bundesaerztekammer.de → BÄK → Ärztestatistik
- Dahrouge S et al. (2016):** A Comprehensive Assessment of Family Physician Gender and Quality of Care: A Cross-Sectional Analysis in Ontario, Canada. *Medical Care*, Vol. 54, No. 2, 277–286
- Deutscher Ärztinnenbund (2022):** Karriereknick durch Schwangerschaft: Junge Ärztinnen unter Druck. Bundesweit größte Befragung unter schwangeren Ärztinnen mit 4.800 Teilnehmerinnen. Pressemitteilung vom 23.02.2023; aertinnenbund.de → Presse → Karriereknick durch Schwangerschaft: Junge Ärztinnen unter Druck
- DocCheck Research (2021):** Gehaltsstudie: Arbeiten in der ambulanten Humanmedizin. Hrsg. Deutsche Apotheker- und Ärztekammer; newsroom.apobank.de/ → Suche: Gehaltsstudie
- Frank E, Harvey LK (1996):** Prevention Advice rates of Women and Men Physicians. *Archives of Family Medicine*, Vol. 5, No. 4, 215–219
- Franks P, Bertakis K (2002):** Physician Gender, Patient Gender, and Primary Care. *Journal of Women's Health*, Vol. 12, No. 1, 73–80
- Franks P, Clancy CM (1993):** Physician Gender Bias in Clinical Decisionmaking: Screening for Cancer in Primary Care. *Medical Care*, Vol. 31, No.3, 213–218
- Gumpp J, Puhahn-Schmeiser B, Niethard M (2023):** Schwanger? So arbeiten Sie weiter – Mutterschutz neu gedacht! *Passion Chirurgie*, Jg. 13, Heft 3, Artikel 05\_01
- Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, Franks P (2013):** Gender of Physician as the Usual Source of Care and Patient Health Care Utilization and Mortality. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 26, No. 2, 138–148
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung):** Gesundheitsdaten; kbv.de → Service → Gesundheitsdaten → Medizinische Versorgung → Ambulante Versorgung → Vertragsärztliche Versorgung → Alter
- Kopetsch T (2010):** Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\_2010.pdf

**Krupat E et al. (2000):** The Practice Orientations of Physicians and Patients: the Effect of Doctor-Patient Congruence on Satisfaction. Patient Education and Counseling, Vol. 39, No. 1, 49–59

**Lurie N et al. (1993):** Preventive Care for Women. Does the Sex of the Physician Matter? The New England Journal of Medicine, Vol. 329, No. 7, 478–482

**Oettel J, Wolf R, Zschille M, Leibner M (2021):** Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung, Zi-Paper 17/2021. Berlin: Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; zi.de → Service → Reports and Papers → Zi-Paper → Zi-Paper 17/2021

**Powell M, Ansic D (1999):** Gender Differences in Financial Decision Making: A New Approach for Experimental Economic Analysis. Economia, societa e istituzioni, Vol. 11, No. 1, 71–89

**Puhahn-Schmeiser Barbara et al. (2023):** Female Physician and Pregnancy – Effect of the Amended German Maternity Protection Act on Female Doctors' Careers. Innovative Surgical Sciences, 31. März 2023; degruyter.com → Search: Female Physician and Pregnancy

**Roter D, Hall J (2004):** Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. Annual Review of Public Health, Vol. 25, 21 April 2004, 497–519

**Roter DL, Hall JA, Aoki Y (2002):** Physician Gender Effects in Medical Communication: a Meta-analytic Review. Journal of the American Medical Association, Vol. 288, No. 6, 756–764

**Tsugawa Y et al. (2017):** Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. JAMA Internal Medicine, Vol. 177, No. 2, 206–213

**Yang Y et al. (2022):** Gender-Diverse Teams Produce More Novel and Higher-Impact Scientific Ideas. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 119, No. 36, e2200841119

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 4. April 2023)

## DIE AUTORIN



**PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser,**

Jahrgang 1983, studierte Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg und arbeitet seit 2011 in der Neurochirurgischen Klinik in Freiburg. Berufspolitisch ist sie als Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes sowie in der Ärztekammer Baden-Württemberg aktiv.