Thomas Bergmair

wissenschaftlicher Mitarbeiter, gesundheitsökonomische Grundlagenarbeit, Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung

Befragung: Attraktivität von Peripherie- und Zentrumsspitälern

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Hintergrund **56**

2. Die Befragung **57**

3. Auswertung **60**

4. Zusammenfassung **90**

5. Quellenverzeichnis **92**

Der vorliegende Beitrag präsentiert die Ergebnisse einer im Juni 2014 durchgeführten Befragung unter angestellten Ärzten in Krankenhäusern zum Thema „Attraktivität von Peripherie- und Zentrumsspitälern". Die Ergebnisse stellen in erster Linie eine subjektive Bewertung der Ärzteschaft aus unterschiedlichen Lagern des intramuralen Sektors dar und ermöglichen zusätzlich eine Untersuchung unterschiedlicher Charakteristika zwischen diesen Lagern. Wie gezeigt wird, bestehen vor allem in der Einschätzung dieser Charakteristika doch deutliche Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum, die in der tatsächlichen Bewertung oft weniger stark ausgeprägt sind. Somit besteht besonders in der Peripherie die Gelegenheit, durch eine stärkere Erfüllung der Erwartungshaltung und eine entsprechende Kommunikation oft antizipierter Defizite die Attraktivität als Arbeitsplatz zu steigern und somit der Personalproblematik entgegenzusteuern.

1. Hintergrund

Während die niedergelassene Landmedizin schon länger öffentlichkeitswirksam mit Nachbesetzungsproblemen zu kämpfen hat, manifestiert sich ein potentiell bevorstehender Ärztemangel langsam auch im angestellten Bereich bei den Spitalsärzten. Besonders in der Peripherie herrscht schon ein regelrechtes Wetteifern um die wichtigen Systemerhalter im Gesundheitswesen. Dass Peripheriespitäler gegenüber den prestigeträchtigeren Zentrumsspitälern in vielerlei Hinsicht einem Attraktivitätsnachteil unterliegen, scheint aufgrund dieser Beobachtungen der letzten Jahre ohne Zweifel. Ob und worin dieser Attraktivitätsnachteil aber tatsächlich besteht, darüber werden bisher nur Vermutungen angestellt.

Aus diesem Grund wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung in Kooperation mit dem ärztlichen Qualitätszentrum eine Umfrage unter angestellten Spitalsärzten in Oberösterreich durchgeführt, mit dem Ziel, die Gründe für die Attraktivitätsunterschiede zwischen Peripherie- und Zentrumsspitälern zu untersuchen und daraus valide Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Ziel dieses Beitrages ist eine allgemeine Analyse der Situation der Ärzteschaft durchzuführen und in weiterer Folge Unterschiede in den Einstellungen und Sichtweisen, aber auch in der Prioritätensetzung bei der Anstellungswahl zwischen angestellten Ärzten in der Peripherie und im Zentrum zu untersuchen. Unabhängig von etwaigen Vor- und Nachteilen von Peripherie- oder Zentrumsspitälern sei aber unbedingt bereits vorneweg darauf hingewiesen, dass in allen österreichischen Krankenhäusern, unabhängig vom Standort, absolute Spitzenmedizin geleistet wird. Eine Meinung, die auch in zahlreichen Rückmeldungen immer wieder besonders hervorheben wird. Die folgenden Abschnitte beschreiben erst die Vorgehensweise der Befragung und gehen dann auf die Auswertung ein.

2. Die Befragung

Über den Zeitraum von einem Monat, von Montag dem 2. Juni bis Montag den 30. Juni 2014, war es den vorwiegend per E-Mail kontaktierten Spitalsärzten möglich, den Online-Fragebogen oder einen postalisch zugesandten Fragebogen auszufüllen. Die Adressdaten stammten von der Standesführung der Ärztekammer für Oberösterreich, es handelte sich somit um eine Vollerhebung aller in Spitälern angestellten Ärzte, die Stichprobe basiert auf der Antwortstatistik. Zur Validität der Daten ist zu vermerken, dass aufgrund vereinzelter Rückmeldungen davon ausgegangen werden muss, dass sich einige wenige nicht in Krankenhäusern angestellte Ärzte unter den Empfängern befanden. Aufgrund der geringen Zahl dieser Fälle ist diese Problematik als Fehlerquelle allerdings vernachlässigbar.

Bei derartigen Erhebungen besteht eine große Gefahr der Selbstselektion, da jene, denen das Umfragethema wichtig ist, einen wesentlich größeren Anreiz zur Teilnahme haben als andere. Die durchgeführte Befragung war in dieser Hinsicht recht neutral formuliert, sodass die Problematik einer überbordenden Selbstselektion ebenfalls kein großes Problem darstellt. Trotzdem wird im folgenden Teil des Artikels eine intensive Analyse der Stichprobe vorgenommen, um einen Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit anzustellen und somit die Annahme einer Zufallsstichprobe zu untermauern.

2.1. Zusammensetzung der Grundgesamtheit

Die Ärzteschaft wird in zwei Kategorien aufgeteilt: Ärzte in Ausbildung und Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung. Als Turnusärzte (TA) werden in weiterer Folge zwei Kategorien von Ärzten in Ausbildung unterschieden: Turnus- und Assistenzärzte, diese werden in diesem Artikel als Turnusärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner (TAAM) und Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt (TAFA) bezeichnet. Die Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung werden als „Fertige" zusammengefasst und zusätzlich unterteilt in den Mittelbau und Primarärzte. Von 3.541 insgesamt befragten angestellten Ärzten waren laut der Datenbank der Standesführung 65,24 % angestellte Ärzte in Krankenhäusern mit abgeschlossener Ausbildung (fertige), 13,44 % Turnusärzte in Ausbildung zum AM (TAAM) und 22,2 % Turnusärzte in Ausbildung zum FA (TAFA). Insgesamt nahmen 1.049 Personen an der Umfrage tatsächlich teil, was einer sehr hohen Antwort-Rate von 29,62 % entspricht.

Die Zusammensetzung der Antworten in Bezug auf das Anstellungsverhältnis deckt sich beinahe perfekt mit der Grundgesamtheit. So stammen 66,25 % der Antworten von angestellten Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung, 13,16 % von TAAM und 20,59 % von TAFA, was beinahe exakt der Zusammensetzung der Grundgesamtheit entspricht.

Sowohl der Frauenanteil als auch die Altersstruktur unterscheiden sich zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe nur gering, wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen.

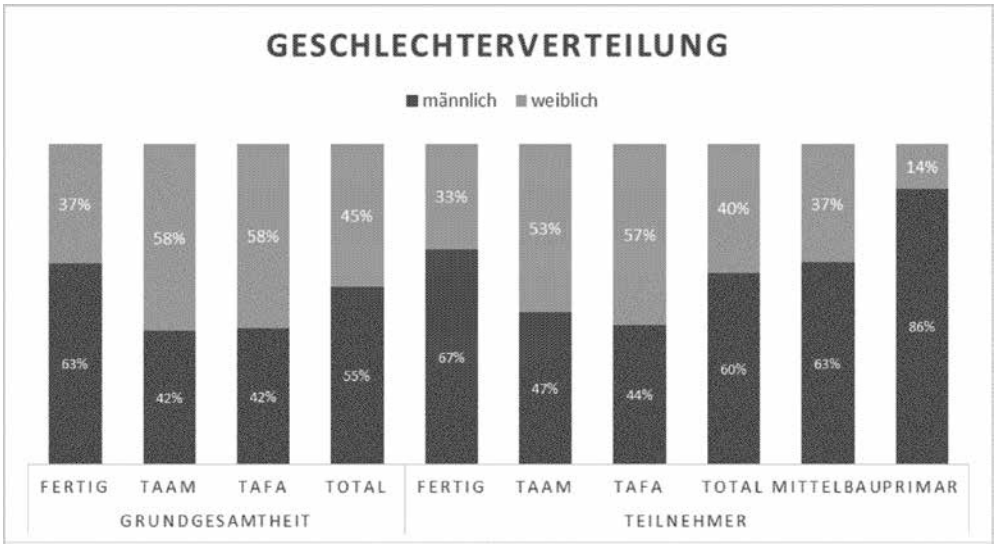


Abbildung 1: Geschlechterverteilung Grundgesamtheit und Umfrageteilnehmer

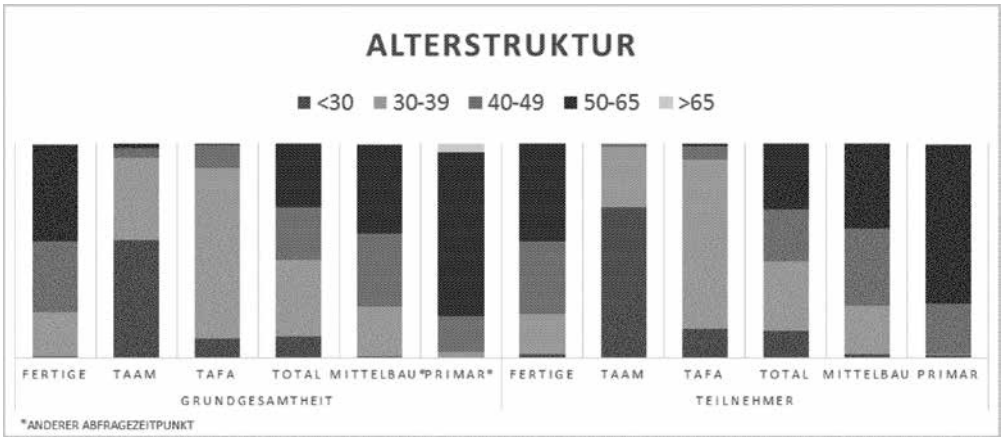


Abbildung 2: Altersstruktur Grundgesamtheit und Umfrageteilnehmer

Hinsichtlich Antwortverhalten nach Art des Fragebogens besteht erwartungsgemäß eine gewisse Diskrepanz zwischen denjenigen, die die Umfrage per Online-Fragebogen ausgefüllt haben, und denjenigen, die postalisch geantwortet haben. Von 147 postalisch versandten Fragebögen[18] erreichten uns 20 postalische Antworten. Das entspricht einer Antwortrate von 13,6 %, wohingegen von 3.391 online befragen Personen 1.029 den Fragebogen beantworteten, was einer Beteiligung von 30,35 % entspricht. Hinsichtlich Anstellungsverhältnis entsprachen die Antwortquoten der postalischen Zusendungen, unter Berücksichtigung der Stichprobengröße, ebenfalls der Zusammensetzung der Grundgesamtheit, sodass auch dahinter keine außergewöhnlichen Selektionsmechanismen vermutet werden müssen.

89,13 % der Teilnehmer füllten den Fragebogen zur Gänze aus, etwa 10 % der Teilnehmer brachen die Beantwortung des Fragebogens ab oder ließen einzelne Fragen, teilweise aus Gründen des Misstrauens hinsichtlich Datenschutz, aus. Alle abgegebenen Antworten stehen trotzdem zur Analyse zur Verfügung. Bei den Teilnehmern handelt es sich zu etwa 80 % um Fachärzte und zu etwa 20 % um Allgemeinmediziner.

Bevor im folgenden Abschnitt die Analyse der Umfrageergebnisse vorgenommen wird, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine Mittelwertberechnung für ordinale Variablen, wie sie bei der Kategorisierung eines Charakteristikums, beispielsweise in die Kategorien: sehr gut (1), gut (2), eher gut (3), neutral (4), eher schlecht (5), schlecht (6) und sehr schlecht (7), formell mathematisch nicht zulässig ist. Die typischen Instrumente zur statistischen Analyse derartig kodierter Daten sind Median (die Ausprägung der mittleren geordneten Beobachtung) und Modus (die am häufigsten gewählte Ausprägung). Da diese Instrumente aber oftmals eine Vernachlässigung von Extremwerten bewirken und die Struktur der Antwortmöglichkeiten es erlaubt, wurde, ähnlich dem Schulnotensystem, eine formelle Deklaration als Intervallskalierung vorgenommen, sodass ein arithmetischer Mittelwert angegeben werden kann. Diese Vorgehensweise erfordert unter anderem die Annahme, dass die Abstände zwischen den einzelnen Ausprägungen gleich groß sind.[19]

18 Aufgrund von Unerreichbarkeit per E-Mail
19 Vgl. z.B. Diekmann (2001) S.249 ff.

3. Auswertung

3.1. Peripherie und Zentrum

Um aussagekräftige Ergebnisse zur Unterscheidung zwischen Peripherie und Zentrum zu erlangen, ist es notwendig, eine klar definierte Trennlinie zwischen den beiden willkürlichen geografischen Kategorien von Spitälern zu ziehen. Während in der Literatur vorwiegend zwischen großen und kleinen Häusern unterschieden wird[20], was sicherlich vor allem in Bezug auf Effizienzfragen ein berechtigter Ansatz ist, wurde in dieser Arbeit von einer solchen Herangehensweise explizit abgesehen. Hinsichtlich der Unterscheidung der Kern-Variable in der Analyse der Unterschiede zwischen Peripherie- und Zentrumsspitälern, der Definition der Kategorien Peripherie und Zentrum, ergeben sich aufgrund des Umfragedesigns zwei Möglichkeiten:

Zum einen kann eine Zuordnung der Umfrageteilnehmer aufgrund von Selbsteinschätzung erfolgen, zum anderen wurden die Anstellungsorte der Teilnehmer in drei Kategorien abgefragt: Zentralraum, Bezirkshauptstadt und Sonstiges. Naturgemäß decken sich die Antworten im großen Stil mit den Erwartungen, sodass die endgültige Unterscheidung vorwiegend aufgrund der Selbstselektion erfolgt. Trotzdem sei an dieser Stelle erwähnt, dass 3 % der Befragten, die nach eigener Angabe in einem Zentrumsspital arbeiten, ihren Arbeitsplatz außerhalb des Zentralraums haben. Umgekehrt geben 13,9 % derjenigen Befragten, die angeben, in einem Peripheriespital angestellt zu sein, an, im Oberösterreichischen Zentralraum, definiert als die Städte Linz, Wels oder Steyr, zu arbeiten. Insgesamt haben 56 % der Teilnehmer ihren Arbeitsplatz im Zentralraum, 40 % in einer Bezirkshauptstadt und 4 % an anderen Krankenhausstandorten in Oberösterreich. 49 % der gesamten Teilnehmer klassifizieren ihren Arbeitsplatz nach eigenem Ermessen als „in der Peripherie gelegen".

Die Zuordnung nach Krankenhausträgern unterscheidet sich aufgrund der Struktur der OÖ Krankenhauslandschaft erwartungsgemäß zwischen Peripherie und Zentrum[21]. So arbeiten 60 % der ärztlichen Belegschaft in der Peripherie bei der

20 Vgl. z.B. Czypionka (2012), Hoppeler et. al.(2012, 2014).

21 Sofern nicht explizit angegeben, wird in weiterer Folge bei der Peripherie/Zentrums-Unterscheidung die Variante Selbstselektion gewählt.

gespag[22] und 35 % in einem Ordensspital, während im Zentrum 50 % bei einem Ordensspital und 25 % bei der gespag angestellt sind. Die besonders im Zentrum stark vertretene Kategorie sonstiger Krankenhausträger betrifft vor allem das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz und das Unfallkrankenhaus Linz, das unter Trägerschaft der AUVA steht.

Etwa drei Viertel der Befragten geben an, ausschließlich angestellt zu sein, etwa ein Viertel ist gemischt tätig, wovon eine knappe Mehrheit in der Peripherie anzutreffen ist. Etwa 90 % der gemischt Tätigen haben den Schwerpunkt in der Anstellung, allerdings ist in der Peripherie der Anteil derjenigen, die den Schwerpunkt in der Niederlassung haben, etwa doppelt so groß wie im Zentrum. Gemischte Tätigkeit schließt derzeit die gleichzeitige Anstellung im Krankenhaus und eine Niederlassung mit Kassenvertrag aus verschiedenen Gründen aus[23].

Vergleicht man nun die Zusammensetzung der Belegschaft zwischen Peripherie und Zentrum, so zeigt sich, dass in der Befragung der Anteil der TAAM im Zentrum mit 15,6 % beinahe doppelt so hoch ist wie in der Peripherie (8,8 %). Auch bei den Primarärzten gibt es einen ähnlich großen Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum, allerdings mit umgekehrter Wirkrichtung. 16,3 % aller Antworten aus der Peripherie wurden von Primaren abgegeben, wohingegen nur 8,4 % der Antworten aus dem Zentrum von Primaren stammen. Dies ist dadurch zu erklären, dass es in den Peripheriehäusern kleinere Abteilungen gibt, so dass die Abteilungsleiter, gemessen am Rest der ärztlichen Belegschaft, einen größeren Anteil ausmachen als in der Peripherie. Es kommt zwar vor, wie aus der Auswertung der Textantworten der Befragung hervorgeht, dass einzelne Personen mehrere Abteilungen leiten, dies dürfte den erkennbaren Trend aber nur abschwächen und nicht aufheben.

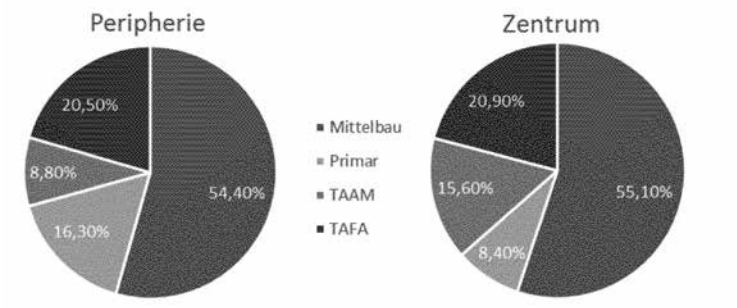


Abbildung 3: Zusammensetzung der Ärzteschaft in Peripherie und Zentrum

22 Die Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) ist mit einem Marktanteil von rund 44% Oberösterreichs größter Krankenhausträger und betreibt dzt. 8 Krankenhäuser, davon 6 Allgemeine Krankenhäuser und 2 Sonderkrankenhäuser. (http://www.gespag.at/gespag/unternehmen.html, abgerufen am 19.8.2014).

23 Siehe Beitrag Hon.-Prof. Dr. Wallner in dieser Ausgabe.

3.2. Charakteristika am Arbeitsplatz

Um eine Analyse der Ist-Situation vorzunehmen, beurteilten die Teilnehmer ihren Arbeitsplatz hinsichtlich einzelner Charakteristika. Während die Umfrageteilnehmer darauf hinweisen, dass die abgefragten Punkte oftmals abteilungsabhängig seien, lässt sich doch in vielen Punkten ein gewisser Trend erkennen und interpretieren. Allgemein kann die Aussage getroffen werden, dass die Punkte Infrastruktur am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzsicherheit und medizinische Herausforderung die meisten Teilnehmer zufrieden (besser als neutral) stimmen. Die geringste Zufriedenheit (geringer Anteil an Bewertungen, die zumindest besser als neutral bewerten) herrscht über die Personalsituation, die Belastung, die Forschungsmöglichkeiten und die Einkommensmöglichkeiten allgemein sowie durch Sonderklassepatienten. Auch bei den Aufstiegsmöglichkeiten sehen viele Ärzte enormes Verbesserungspotential. Bei den Arbeitszeiten zeigt sich ein insgesamt eher unzufriedenes Bild. Zwar sind jeweils etwa 10 % der Ärzteschaft mit den Arbeitszeiten sehr zufrieden, aber es sind auch ebensoviele sehr unzufrieden. In den Wortmeldungen vielfach kritisiert wird insbesondere eine Teilanrechnung von 24-h-Diensten als Arbeitszeit, weil man faktisch keine Ruhezeiten mehr habe. 36,2 % der Befragten zeigen sich mit den Arbeitsbedingungen eher zufrieden, 43,5 %, und damit die Mehrheit der Teilnehmer, sind eher unzufrieden. In den Kommentaren wird des Öfteren explizit eine möglichst zeitnahe Einhaltung der EU-Arbeitszeitrichtlinien gefordert.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen peripheren und zentralen Standorten hinsichtlich der Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Faktoren am Arbeitsplatz, werden einige Unterschiede deutlich. So ist zum Beispiel wenig überraschend, dass die Personalsituation in der Peripherie schlechter beurteilt wird als im Zentrum. Ein Viertel der Befragten aus der Peripherie beurteilt sie als sehr schlecht, während im Zentrum immerhin auch ein Fünftel zum selben Urteil kommt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass hier bereits deutlicher Handlungsbedarf besteht. In Summe sind unter den Ärzten in oberösterreichischen Spitälern 64 % unzufrieden mit der Personalsituation in ihrem Haus und nur 20,8 % geben an, in dieser Hinsicht zufrieden zu sein. Im Gegensatz dazu spiegelt die ausgesprochen hohe Zufriedenheit mit der Infrastruktur am Arbeitsplatz eine hervorragende Ausstattung der oberösterreichischen Spitäler wider. Wie zu erwarten, ist die Zufriedenheit mit der Infrastruktur am Arbeitsplatz in den meist breiter aufgestellten Zentrumsspitälern sogar noch größer. Während die Einstellung zu dieser Thematik in der Peripherie vorwiegend als neutral bis gut zusammengefasst werden kann, ist diese im Zentrum gut bis sehr gut.

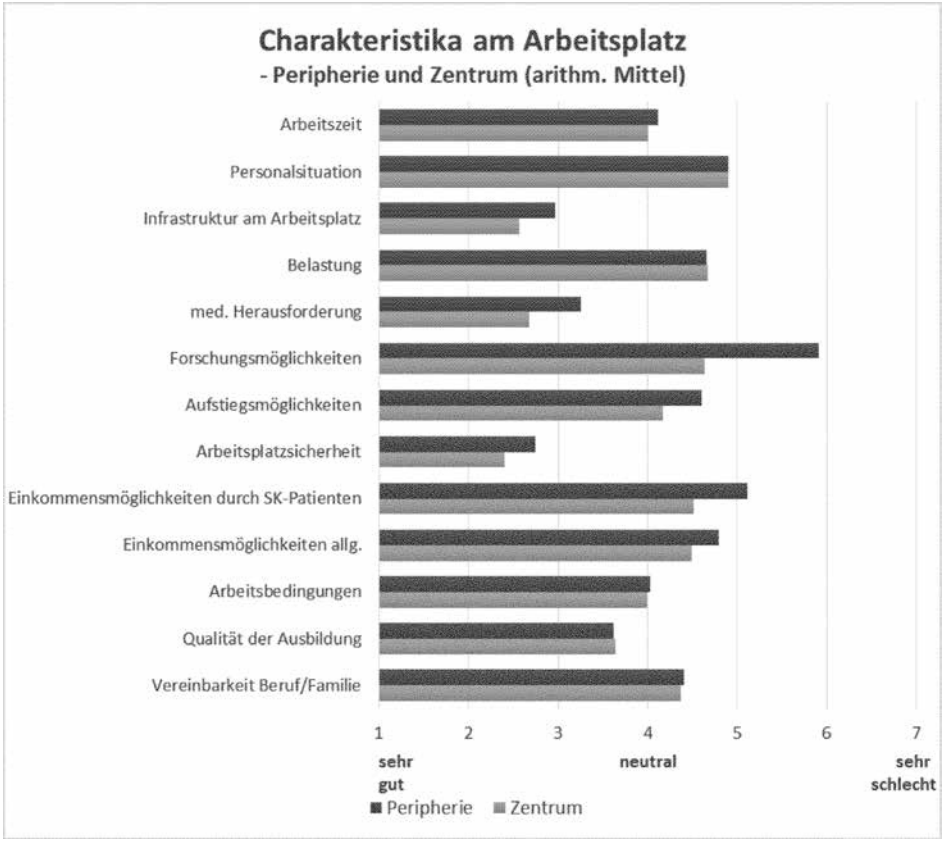


Abbildung 4: Charakteristika am Arbeitsplatz – Unterschied Peripherie und Zentrum (arithm. Mittel)

Die Belastung am Arbeitsplatz wird von Ärzten aus beiden regionalen Kategorien ähnlich eingestuft. Etwa 60 % aller Teilnehmer bewerten sie als eher negativ, 10 % empfinden die Belastung sogar als „sehr schlecht". Die medizinische Herausforderung wiederum wird von der Mehrheit der Befragen als eher positiv bewertet, wobei die Zentrumsspitäler beim Spitzenwert „sehr gut" mit 24 % der Antworten weit vor der Peripherie liegen, wo nur 9 % die medizinische Herausforderung als „sehr gut" bezeichnen. Forschungsmöglichkeiten werden allgemein eher negativ bewertet, bei der Anzahl an „Sehr schlecht"-Antworten zeigen sich zwischen Peripherie und Zentrum erwartungsgemäß starke Unterschiede. So geben über 50 % der Befragten aus den Peripheriespitälern an, mit den Forschungsmöglichkeiten sehr unzufrieden zu sein, während immerhin auch 25 % der Befragten aus den Zentrumsspitälern dieselbe Antwort geben. Außerdem beurteilen im Zentrum doch 24,3 % die Forschungsmöglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz als eher positiv, während in der Peripherie nur 5,2 % dieser Auffassung sind. Die

Forschungsmöglichkeiten können somit als bereits vermuteter klarer Nachteil der Peripheriespitäler bestätigt werden, hier wünschen sich aber auch Angestellte im Zentrum mehr Möglichkeiten.

Die Arbeitsplatzsicherheit wird allgemein als gut bewertet, wobei in den Zentrumsspitälern die Einschätzungen noch etwas besser ausfallen als in den Peripheriespitälern. Im Zentrum zeigen sich drei Viertel der Befragten zufrieden mit der Arbeitsplatzsicherheit, in der Peripherie zwei Drittel. Der Modus, die am meisten gewählte Antwort, liegt mit 30 % (Peripherie) bzw. 35 % (Zentrum) bei der Antwort „sehr zufrieden". Im Gegensatz zur Arbeitsplatzsicherheit beurteilen die Ärzte die Aufstiegsmöglichkeiten im Krankenhauswesen zu einem sehr großen Teil (23 % in der Peripherie bzw. 15 % im Zentrum) mit der schlechtesten Bewertung „sehr unzufrieden". Auf der siebenstelligen Skala liegt der Mittelwert über das gesamte Antwortspektrum auf diesem Charakteristikum bei 4,6 (zwischen neutral und eher negativ). Analysiert man die Antworten genauer und betrachtet nur die Gruppe des Mittelbaus, so zeigt sich deutlich, woher dieser Missmut kommt. Dort zeigt sich die Unzufriedenheit besonders nachdrücklich, und ist in der Peripherie, wo bis zu 36 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeben, „sehr unzufrieden" mit den Aufstiegsmöglichkeiten zu sein, sogar noch ausgeprägter als im Zentrum (20 %). Die besonders hohe Zahl an negativen Antworten sollte jedenfalls zu denken geben, auch wenn die Unzufriedenheit im Mittelwert weniger gut sichtbar ist. Sie zeigt auf, dass in diesem Bereich große Frustration vorliegt, der entgegenzuwirken ein wichtiger Baustein im Zuge eines Maßnahmenprogramms zur Attraktivitätssteigerung des ärztlichen Berufes wäre.

Ein weiterer oft angesprochener Kritikpunkt im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen für Ärzte stellen die Einkommensmöglichkeiten dar, insbesondere unter Berücksichtigung der extremen Arbeitszeiten. Allgemein werden sie in der Befragung als neutral bis negativ beurteilt, wobei besonders Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten als eher negativ eingestuft werden. Erwartungsgemäß fällt in dieser Kategorie das Ergebnis in der Peripherie, wo es weniger Sonderklassepatienten gibt, noch wesentlich schlechter aus. Dies bestätigt die immerwährenden Forderungen, das Grundgehalt der Ärzteschaft anzuheben. Eine berechtigte Forderung, wie ein europaweiter Vergleich der kaufkraftbereinigten Einkommen der Ärzteschaft zeigt[24]. Die Einkommen der Ärzte fallen im europäischen Vergleich tatsächlich vergleichsweise niedrig aus, was die Abwanderungsgefahr ins nahe Ausland zusätzlich erhöht. Zusätzlich wird im Feedback immer wieder die Verteilung der Sondergebühren innerhalb der Abteilungen kritisiert und eine angemessene Kompensationsmöglichkeit für die Peripherie gefordert.

24 Kaufkraftbereinigte Einkommen der Ärzte im europäischen Vergleich, KPMG (2011).

Der allgemein gefasste Begriff Arbeitsbedingungen wird von den Teilnehmern sehr unterschiedlich beurteilt, unterscheidet sich aber kaum zwischen Peripherie und Zentrum. Etwa 40 % empfinden die Arbeitsbedingungen als eher negativ und ebenso etwa 40 % befinden sie als eher positiv, wobei eine klare Tendenz zur Mitte gegeben ist und die Extremwerte „sehr zufrieden" und „sehr unzufrieden" nur von jeweils 4 % („sehr zufrieden") bzw. 7 % („sehr unzufrieden") der Teilnehmer gewählt werden.

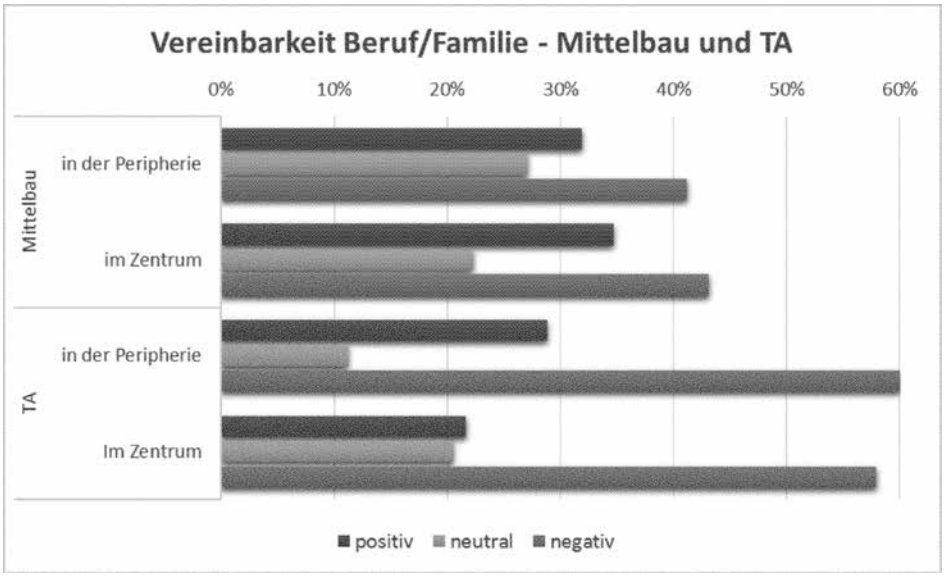


Abbildung 5: Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus Sicht des Mittelbaus und der TÄ

Leichte Vorteile für die Peripherie zeigt die Bewertung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf, wenn auch insgesamt die negativen Antworten dominieren. Eine isolierte Betrachtung von Mittelbau und TÄ zeigt, dass unter den Jungmedizinern die Einschätzung sogar noch schlechter ausfällt als im Mittelbau. Im Unterpunkt 3.8. Einschätzung und tatsächliche Bewertung wird diese Bewertung einer allgemeinen Einschätzung zu den Vorteilen von Peripherie und Zentrum gegenübergestellt. Bei diesen Charakteristika fällt das Urteil der TA bei isolierter Betrachtung in der Regel schlechter aus als das Urteil des Mittelbaus. Das mag zum Beispiel bei den Arbeitszeiten durchaus auch an einem Gewöhnungseffekt liegen, der sich im Laufe der Jahre einstellt, ist aber doch ein deutliches Zeichen für eine dringend notwendige Verbesserung der Bedingungen, auch für Jungmediziner.

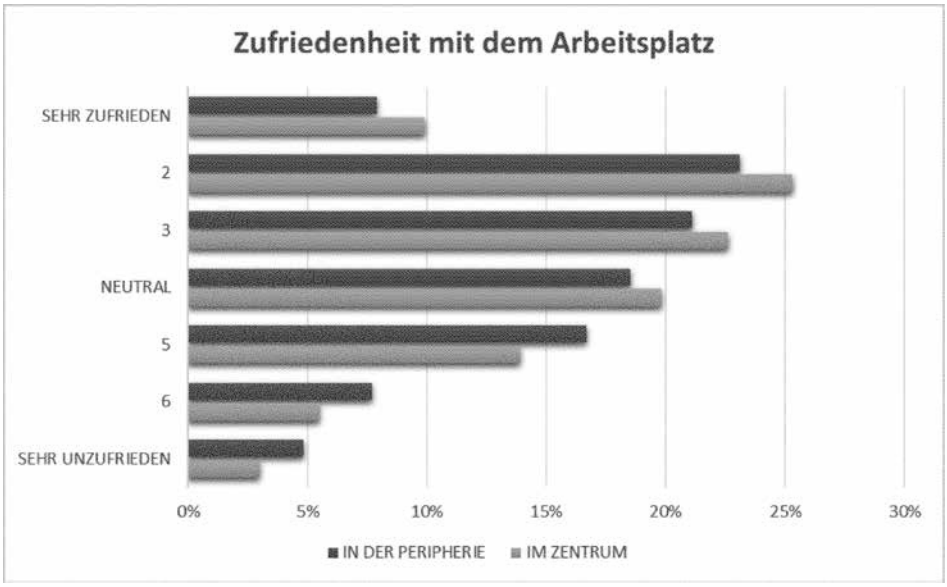


Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in Peripherie und Zentrum

Auch die allgemeine Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz wurde untersucht. Dabei stellt sich heraus, dass die Ärzteschaft im Allgemeinen zwar durchaus zufrieden mit dem Arbeitsplatz ist, dieser Zustand allerdings nicht überbewertet werden sollte. Er stellt nur die teilweise Befriedigung eines wichtigen Grundbedürfnisses dar. Anders betrachtet, sehen über 90 % der Ärzte noch Verbesserungspotential am Arbeitsplatz. Versucht man, dieses Ergebnis mit den Ergebnissen anderer Studien zu vergleichen, zeigt sich ein dramatisches Bild. Während der Durchschnittswert der allgemeinen Arbeitszufriedenheit über unterschiedliche Berufsgruppen bei etwa 80 % der verwendeten Skala liegt, liegt dieser Wert bei den Ärzten bei etwa 60 %. Untergliedert nach Bildungsniveau zeigt sich, dass sogar Hilfsarbeiter eine größere durchschnittliche Arbeitszufriedenheit aufweisen, obwohl grundsätzlich Akademiker die höchste Arbeitszufriedenheit aufweisen.[25] In Anbetracht unterschiedlicher Studiendesigns sind allerdings weitere Untersuchungen in diese Richtung erforderlich.

Unter den Teilnehmern aus der Ärzteschaft zeigt sich über alle Kategorien auf der Zufriedenheitsskala hinweg, dass im Zentrum die Anzahl der positiven Bewertungen gegenüber der Peripherie überwiegt, und in der Peripherie die Anzahl der negativen Bewertungen. Für beide Kategorien liegt der Median bei 3 (eher zufrieden) und der Modus, die am häufigsten gegebene Antwort, bei 2 (zufrieden).

25 Vgl. Statistik Austria (2010), Bericht Projekt „Wohlbefinden".

Das arithmetische Mittel liegt in der Peripherie bei 3,55 und im Zentrum bei 3,3, unterscheidet sich also nur leicht zugunsten der Zentrumsspitäler. Im Zentrum beschreiben 22,4 % der Befragten ihre Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz als eher negativ, in der Peripherie liegt dieser Wert etwas höher, nämlich bei 29,2 %. Sowohl Ärzte in Ausbildung als auch Mittelbau oder Primare zeigen sich bei isolierter Betrachtung in der Peripherie öfter unzufrieden als im Zentrum.

Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied bei den TAAM, die im Zentrum wesentlich öfter als in der Peripherie angeben, zufrieden mit dem Arbeitsplatz zu sein. Mit den Stufen der Karriereleiter steigt scheinbar auch die Zufriedenheit, so sind Primare im Schnitt am zufriedensten, gefolgt vom Mittelbau und den TAFA. Die geringste durchschnittliche Zufriedenheit weisen TAAM auf. Ob diese Zusammenhänge tatsächlich durch den beruflichen Status induziert werden oder doch aus anderen Zusammenhängen resultieren, wird in weiterer Folge in einer Regressionsanalyse noch näher betrachtet.

Um bei einem Vergleich von Peripherie und Zentrum die Homogenität der Umfrageteilnehmer zu erhöhen, wurde zusätzlich auch nach den beiden größten Gruppen von Krankenhausträgerschaften unterschieden. Die Gruppe der Ordensspitäler wurde zusammengefasst und der gespag gegenübergestellt. Im Zuge dieses Schrittes sollen zum Beispiel gewisse firmenpolitische Maßnahmen, die alle Angestellten eines bestimmten Sektors betreffen, für die jeweilige Untergruppe vereinheitlicht werden. Dieser Schritt erhöht zwar die Homogenität und somit die Vergleichbarkeit der Stichproben, verringert allerdings die Stichprobengrößen, sodass bei der Interpretation von Differenzen größere Sorgfalt gefordert ist. Vergleicht man die beiden Gruppen ganz allgemein, fällt auf, dass in vielen Belangen die Ordensspitäler etwas attraktiver als Arbeitgeber wahrgenommen werden als die Häuser der gespag. Eine Untersuchung der Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz zeigt, dass unter Angestellten im Mittelbau bei der gespag 37,2 % „eher unzufrieden" bis „sehr unzufrieden" sind. Bei den Angestellten der Ordensspitäler sind es mit 19,8 % nur etwa halb so viele. „Eher zufrieden" bis „sehr zufrieden" zeigen sich 45,4 % des Mittelbaus bei der gespag und 61,5 % in den Ordensspitälern.

Dies ist allerdings nicht allein als Resultat der Trägerschaft zu werten, sondern auch von anderen beeinflussenden Faktoren abhängig. So spielt beispielsweise die unterschiedliche Verteilung von gespag und Ordensspitälern in Peripherie und Zentrum eine entscheidende Rolle. Für eine genaue Aufschlüsselung des multivariaten Zusammenhangs wird auf die Regressionsanalyse im Unterpunkt 3.5 verwiesen.

3.3. Ärzte in Ausbildung

In Ausbildung befindliche Ärzte wurden getrennt hinsichtlich ihrer Meinung zur Ausbildungsstätte befragt, die Zuteilung zur Frage erfolgte abermals mittels Selbstselektion in eine der beiden Kategorien TAAM und TAFA. Beim Postversand wurde an jene Ärzte, die sich laut Standesführung zum Stichtag der Datenabfrage in Ausbildung befanden, ein leicht modifizierter Fragebogen versandt.

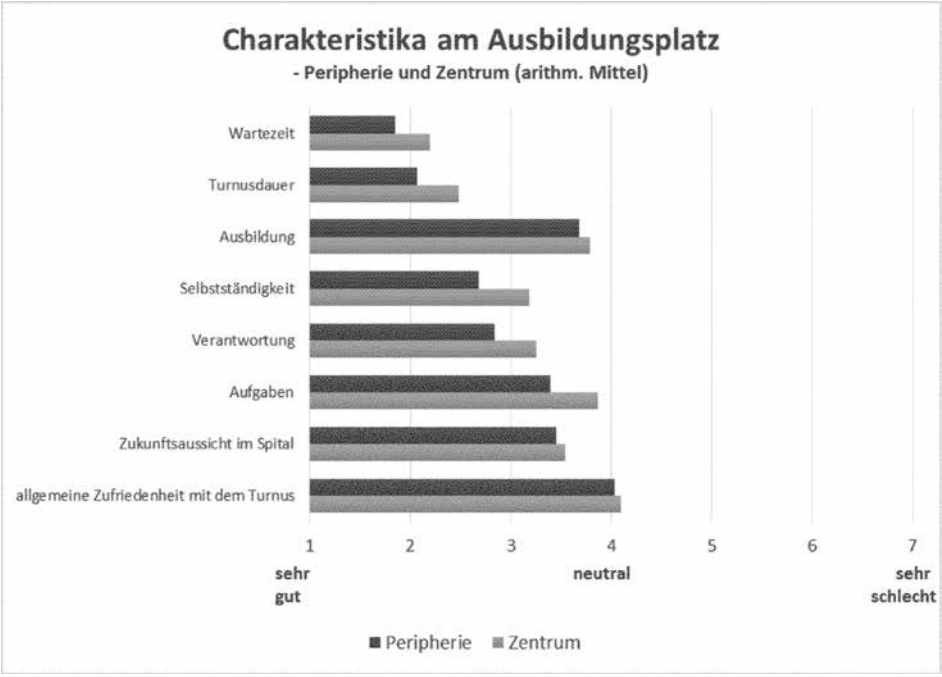


Abbildung 7: Charakteristika am Ausbildungsplatz – Peripherie und Zentrum

Die Vergabepraktik von Turnusarztstellen hat in den letzten Jahren besonders in der Peripherie einen rasanten Wandel durchgemacht. Während früher ein allgemeines Überangebot an Medizinstudiums-Absolventen herrschte[26], kommt es mittlerweile vor allem in der Peripherie bei der Nachbesetzung offener Ausbildungsstellen zu ernsthaften Schwierigkeiten. Dies wirkt sich, wie auch aus den offenen Antworten der Umfrageteilnehmer hervorgeht, bereits massiv auf die verbliebene Belegschaft aus. Aufgrund dieser Personalknappheit sind besonders die Spitäler in der Peripherie gezwungen, die Attraktivität der Turnusausbildung zu erhöhen, um genügend junge Medizin-Absolventen, die immer noch als wich-

26 Sinabell (2014).

tige Systemerhalter fungieren, zu rekrutieren. Diese Maßnahmen sind durchaus bereits in den Umfragedaten erfasst. Gleichzeitig werden in den Wortmeldungen der Umfrageteilnehmer auch zahlreiche Stimmen laut, die aufzeigen, dass unter der verstärkten Knappheit der Ressource Zeit auf Grund der prekären Personalsituation vor allem die Ausbildung leide.

Während noch vor einigen Jahren angehende Ärzte für offene Turnusarztstellen sprichwörtlich Schlange stehen mussten, wird mittlerweile die Wartezeit von den Teilnehmern allgemein sehr positiv bewertet. Dies ist eine positive Entwicklung, da durch kurze Wartezeiten Leerläufe im Ausbildungsprozess der angehenden Mediziner vermieden werden können und auch die Ausbildungsqualität vom Wettbewerb um Kandidaten profitieren könnte. Die Bewertungen in der Peripherie fallen demgemäß sogar noch besser aus als im Zentrum. So beurteilen 50,3 % der Turnusärzte in Zentrumsspitälern die Wartezeit als „sehr gut", während es in der Peripherie sogar 64,6 % sind.

Auch die Turnusdauer wird sehr positiv bewertet, abermals mit Vorzügen für die Peripherie, wo 60,3 % die Dauer als „sehr gut" bewerten, während im Zentrum 36,7 % dasselbe Urteil fällen. Gleichzeitig ist aber auch die Anzahl der negativen Bewertungen in der Peripherie höher. So stufen 11,3 % der Turnusärzte die Turnusdauer in der Peripherie als eher negativ ein, etwa die Hälfte davon urteilt sogar „sehr schlecht", während im Zentrum 8,7 % eher negativ bewerten, wovon weniger als ein Viertel (1,9 %) meinen, die Dauer sei „sehr schlecht"

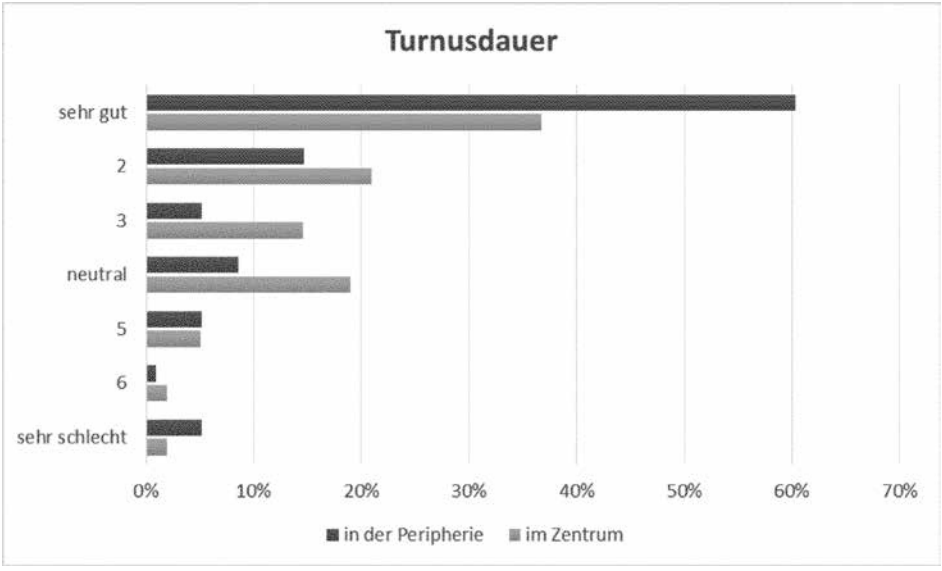


Abbildung 8: Bewertung der Turnusdauer in Peripherie und Zentrum – im Detail

Die Ausbildung an sich wird zwar im Schnitt von TA in Peripherie und Zentrum etwa gleich bewertet, auffallend ist dabei aber, dass in der Peripherie die positiven und negativen Extremwerte stärker vertreten sind, während im Zentrum die mittleren Werte überwiegen. Ein Vergleich der statistisch relevanten Kennzahlen Median und Modus zeigt, dass sowohl in der Peripherie als auch im Zentrum der Median, also die nach Antworten gereihte mittlere Beobachtung, bei 4 („neutral") zu finden ist. Beim Modus, also der am häufigsten gegebenen Antwort, unterscheiden sich Peripherie und Zentrum allerdings stark. So liegt der Modus in der Peripherie bei 3, die Ausbildung wird also eher positiv bewertet, während im Zentrum der Modus eher negativ ist, nämlich den Wert 5 annimmt, sodass zusammenfassend gesagt werden kann, dass die Ausbildung in der Peripherie keinen deutlichen Nachteil bietet, wie man beispielsweise aufgrund limitierter Fallzahlen oder weniger breiter Behandlungsspektren annehmen könnte. Allerdings ist es denkbar, dass Ausbildungsstellen für bestimmte Facharztrichtungen in der Peripherie kaum angeboten werden und die angehenden Ärzte daher in die Zentren gedrängt werden.

Die Selbstständigkeit scheint eine der Stärken der Peripherie zu sein, da diese dort von den TÄ äußerst positiv bewertet wird. Nur 9,1 % der TÄ in der Peripherie sehen die Selbstständigkeit als eher negativ, während es im Zentrum mit 20,4 % mehr als doppelt so viele sind. Eher positiv bewerten dieses Charakteristikum in der Peripherie 78 %, im Zentrum 58 %. Auch hier liegt der Median der Antworten im Zentrum bei 3 und ist somit etwas schlechter als in der Peripherie, wo er bei 2 liegt. Selbstständiges Arbeiten geht mit übernommener Verantwortung wahrscheinlich Hand in Hand, da sich dort ein ähnliches Bild in abgeschwächter Form zeigt. Die große Mehrheit der Befragten, nämlich 67 % in der Peripherie und 58 % im Zentrum, zeigt sich mit der Verantwortung eher zufrieden. Bei den Aufgaben ist die allgemeine Einschätzung eher durchwachsen und spiegelt wohl wider, dass TÄ nach wie vor aus Kostengründen oft als Systemerhalter fungieren und ausbildungsferne Aufgaben übernehmen müssen, für die Sie eigentlich nicht vorgesehen sind. Das deutlich bessere Abschneiden der Peripherie auf diesem Charakteristikum zeigt, dass man sich der Problematik bewusst ist und bereits daran arbeitet.

Die Zukunftsaussichten im Spital bewerten die TÄ im Schnitt sehr ähnlich, allerdings sind wiederum die Extremwerte stärker in der Peripherie vertreten. 11,7 % bezeichnen die Zukunftsaussichten in der Peripherie als sehr schlecht, 7,4 % urteilen so über die Zukunftsaussichten im Zentrum. Dies könnte durchaus mit politischer Erwartungshaltung zu tun haben, da die Peripheriespitäler einerseits ganz offensichtlich mit Personalknappheit zu kämpfen haben und sich dadurch die bestehende ärztliche Belegschaft wenig Sorgen um den Arbeitsplatz zu machen braucht. Andererseits sind aber Peripheriespitäler auch verstärkt von Kürzungen,

Einsparmaßnahmen und anderen Reduktionsmaßnahmen betroffen, sodass sich die Betroffenen möglicherweise doch ihres Arbeitsplatzes nicht ganz so sicher sein können. Ein Teilnehmer drückt diesen Missmut folgendermaßen aus: „In der Peripherie ist man mit Schließungsängsten konfrontiert. Zusätzlich kommt es durch den stärkeren TÄ-Mangel zu deutlichen Mehrbelastungen des Mittelbaus."

Trotz eindeutig attestierter positiver Eigenschaften der Peripheriespitäler ist die allgemeine Zufriedenheit mit dem Turnus unabhängig von der Region in etwa gleich. In beiden Fällen liegen Median und Modus bei der neutralen Bewertung (4). Insgesamt überwiegen die positiven Stimmen leicht, obwohl doch immerhin 9 % bzw. 12 % der TÄ die Zufriedenheit mit dem Turnus als „sehr schlecht" beurteilen und somit der Mittelwert leicht negativ ausfällt. Daraus lässt sich schließen, dass die TÄ recht genau wissen, worauf sie sich mit einer Turnusarztstelle in der Peripherie oder im Zentrum einlassen und in beiden Fällen die Erwartungen ähnlich gut oder schlecht erfüllt werden.

Basierend auf den Antworten der TÄ kann gesagt werden, dass die Turnusausbildung in der Peripherie viele Vorteile zu haben scheint. Wartezeit und Turnusdauer werden allgemein als recht gut beurteilt, allerdings ist die Peripherie dabei noch deutlich besser aufgestellt als das Zentrum. Auch bei den Kategorien Selbstständigkeit und allgemeine Zufriedenheit mit dem Turnus kann die Peripherie punkten.

3.4. Einflussfaktor Wohnort

Die Wohnortpräferenz stellt ein weiteres, enorm wichtiges Entscheidungskriterium für die Anstellungswahl dar, dies bestätigt sich auch in der Auswertung der Befragung. Im Zuge der Erhebung war im Vorhinein klar, dass Zentrumsbewohner von einer besseren Infrastruktur profitieren können, während Bewohner der ländlichen Regionen eher den besonders schönen Lebensraum zu schätzen wissen und dass es dafür unterschiedliche Präferenzen geben würde. Allerdings war in der Fragestellung eher der Umkehrschluss von Interesse, nämlich wie sehr wird die schlechtere Infrastruktur in der Peripherie als Nachteil empfunden, beziehungsweise welche Abstriche werden beim Lebensraum gemacht. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist eine gewisse Vorsicht geboten: Die Auftrennung in Peripherie und Zentrum betrifft nur den Arbeitsplatz, wo genau der Wohnort liegt, ist nicht ersichtlich. Allerdings besteht die Möglichkeit, nach Entfernung zum Arbeitsplatz zu unterscheiden. Beide Unterscheidungen weisen ein eindeutiges Bild auf. Sowohl eine Unterscheidung nach Anfahrtsweg (kleiner oder größer als 10 km) als auch eine Unterscheidung nach Anstellungsort (Peripherie/Zentrum) bringt nur minimale Unterschiede zwischen der Ärzteschaft zutage. Sowohl mit der Infrastruktur, mit dem Wohnraum als auch mit der Lebensqualität sind die Um-

frageteilnehmer im Großen und Ganzen äußerst zufrieden. Die Unterschiede bestehen eigentlich nur in der Ausprägung der Zufriedenheit. Einzig beim Anfahrtsweg ergeben sich vor allem aufgrund längerer Anfahrtswege Unterschiede in der Lebensqualität, die sich, aufgrund der im Schnitt etwas längeren Anfahrtswege bei Krankenanstalten in der Peripherie, dort etwas stärker bemerkbar machen.

3.5. Regressionsanalyse zur Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz

Die Problematik des multivariaten Zusammenhangs erschwert eine sinnhafte Interpretation der einzelnen Kernvariablen. In den vorangegangenen Sektionen wurden Variablen einzeln oder als Einflussfaktor auf bestimmte Untergruppen untersucht. Da die abhängige Variable Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in unserem Modell allerdings von mehreren Faktoren gleichzeitig beeinflusst wird, ermöglicht eine multivariate Regressionsanalyse eine detailliertere Aufgliederung der Wirkrichtungen der einzelnen Kovariablen. Dies soll keinen rein kausalen Zusammenhang induzieren, sondern einen genaueren Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und den anderen Variablen darstellen. Dieses Werkzeug ist besser dafür geeignet, eine Interpretation des Koeffizienten „Angestellter in der Peripherie" vorzunehmen, da auch die Zusammenhänge mit anderen Kontrollvariablen berücksichtigt werden.

In einem einfachen statistischen Regressionsmodell werden die Determinanten von Arbeitszufriedenheit anhand der multivariaten Regressionsanalyse mittels Kleinstquadrat-Schätzmethode (OLS) untersucht. Als abhängige Variable wird die Antwort der Umfrageteilnehmer auf die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz herangezogen. Die Antworten liegen auf einer siebenstelligen Skala, wobei 1 den Wert sehr zufrieden darstellt, 4 als „neutral" betitelt wird und 7 als „sehr unzufrieden". Zur Durchführung einer multivariaten OLS-Regressionsanalyse ist es notwendig, die bereits getroffene Annahme der Intervallskalierung aufrecht zu erhalten. Diese Annahme beinhaltet, dass die Abstände zwischen den Bewertungsschritten als äquidistant angesehen werden, was eine starke Abstraktion und Vereinfachung darstellt, aber dazu dienen soll, ein trotzdem aussagekräftiges, einfach zu interpretierendes Modell zu konstruieren. Ziel dieses Modells wird dann weniger sein, die Größe der geschätzten Koeffizienten in Stein zu meißeln, sondern vielmehr, eine Idee der Wirkrichtungen der unterschiedlichen Kovariablen zu erlangen.

Es wird angenommen, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz das Resultat mehrere Faktoren ist. So ist durchaus plausibel, dass sich sozioökonomische Fak-

toren wie Alter, Geschlecht, Einkommen oder Wohnort, aber auch bestimmte Determinanten des Anstellungsortes, wie die Lage im Zentrum oder der Peripherie, die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Krankenhausträger oder die Anstellungsdauer auf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz auswirken. Da die deskriptive Statistik bei der Berücksichtigung multivariater Einflussfaktoren schnell an ihre Grenzen stößt, bietet sich die multivariate Regressionsanalyse als objektives Verfahren zur detaillierten Untersuchung der unterschiedlichen Einflussgrößen an. Es werden nur jene Teilnehmer miteinbezogen, die alle relevanten Fragen beantworteten. Dies geschieht unter der Annahme, dass kein selektiver Antwortverweigerungsprozess vorliegt und auszuschließende Teilnehmer zufällig auftreten. Somit verbleiben 869 Beobachtungen für die Regression.

Die Ergebnisse der Regression sind in Tabelle 5 dargestellt.[27] Ein negativer Koeffizient beeinflusst die abhängige Variable negativ, das heißt, die Variable „Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz" hat einen kleineren Wert. Da auf der 7-stelligen Skala 1 für sehr zufrieden steht und 7 für sehr unzufrieden, bedeutet ein negativer Koeffizient eine Verbesserung auf der Zufriedenheitsskala. Sterne bei den Koeffizienten symbolisieren eine 99-prozentige (***), 95-prozentige (**) und 90-prozentige (*) Wahrscheinlichkeit, dass das jeweilige Konfidenzintervall nicht 0 umfasst und die Variable somit mit der entsprechenden Irrtumswahrscheinlichkeit von einem, fünf oder zehn Prozent keinen Einfluss hat. Gleichwohl bedeutet dies aber nicht, dass Koeffizienten mit größerer Irrtumswahrscheinlichkeit nicht von Bedeutung sind. Auch ein t-Wert von 1,15 umfasst ein 75 %iges Konfidenzintervall (25 %ige Irrtumswahrscheinlichkeit), in dem der Koeffizient eindeutig positiv oder negativ ist.

Demzufolge wirken sich vor allem private KH-Träger, Primarstellungen und Trägerschaft durch einen Orden bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen jeweils positiv auf die Zufriedenheit aus. Das bedeutet: Nimmt man zwei statistisch identische Beobachtungen, die sich nur in der Eigenschaft des Primararztstatus unterscheiden, aber ansonsten gleich sind (gleiches Alter, gleicher KH-Träger, gleiches Geschlecht, gleiche Anstellungsdauer, beide Fachärzte usw.), so ist der Primararzt mit weniger als einprozentiger Irrtumswahrscheinlichkeit um -0,85 Punkte auf der Skala zufriedener als der Mittelbauarzt. Gleichzeitig wirkt sich das TA-Dasein eher negativ auf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz aus, der Koeffizient ist zwar weniger ausgeprägt, aber positiv. Der t-Wert von 1,59 induziert, dass sich der tatsächliche Effekt mit einer etwa 89-prozentigen Wahrscheinlichkeit, also mit einer 11-prozentigen Irrtumswahrscheinlichkeit, von 0 unterscheidet.

27 Die Regressionsanalyse wurde mit der Funktion RGP in Microsoft Excel Home and Business 2013 durchgeführt.

Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz	Koeffizient (Standardfehler)	t – Wert
Weiblich	-0,117 (0,11)	1,06
Primar	-0,85*** (0,179)	4,76
TA	0,275 (0,173)	1,59
FA	-0,239 (0,157)	1,52
Ordensspital	-0,347*** (0,12)	2,9
Privater KH Träger	-1,182*** (0,352)	3,36
Sonstiger KH Träger	-0,291 (0,185)	1,57
Peripheriespital	0,207* (0,116)	1,78
Alter: jünger als 30	-0,006 (0,203)	0,03
Alter: zwischen 40 und 49	0,113 (0,175)	0,65
Alter: zwischen 50 und 65	-0,05 (0,21)	0,24
Alter: älter als 65	-1,257 (1,103)	1,14
Entfernung zum Arbeitsplatz: 5 bis 10 km	-0,038 (0,149)	0,25
Entfernung zum Arbeitsplatz: 10 bis 20 km	0,102 (0,169)	0,6
Entfernung zum Arbeitsplatz: 20 bis 50 km	0,048 (0,145)	0,33
Entfernung zum Arbeitsplatz: mehr als 50 km	-0,039 (0,213)	0,18

Anstellungsdauer: 5 bis 10 Jahre	0,234 (0,171)	1,37
Anstellungsdauer: 10 bis 20 Jahre	0,14 (0,2)	0,7
Anstellungsdauer: länger als 20 Jahre	0,357 (0,23)	1,55
Konstante	3,582*** (0,25)	14,31
N:	869	
R^2	0,0735	

Tabelle 1: Regressionsergebnisse, Standardfehler in Klammern;
*** 99 % Signifikanzniveau; ** 95 % Signifikanzniveau; * 90 % Signifikanzniveau

Eine längere Anstellungsdauer scheint größere Unzufriedenheit mit sich zu bringen, darauf deutet besonders der Koeffizient für eine Anstellungsdauer von mehr als 20 Jahren hin. Weniger bedeutsam scheint die Entfernung zum Arbeitsplatz zu sein, die entsprechenden Koeffizienten sind statistisch kaum signifikant. Beim Alter dient die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen als Basisgruppe, die Koeffizienten der anderen Altersgruppen sind als Differenz zur Basisgruppe zu interpretieren. Besonders unterscheiden sich am ehesten die Ältesten, für die ein negativer Effekt, also eine erhöhte Zufriedenheit, messbar ist.

Weiters zeigt sich nun auch in der Regressionsanalyse deutlich, dass die Anstellung im Peripheriespital, trotz Berücksichtigung anderer Faktoren, eine statistisch signifikante Verschlechterung der Arbeitsplatzzufriedenheit mit sich bringt. Darüber hinaus lässt sich aus den Ergebnissen interpretieren, dass Angestellte der gespag, die als Basisgruppe herangezogen wurden, verglichen mit den anderen KH Trägern ceteris paribus unzufriedener sind.

Die Regressionsergebnisse bringen zwar keine großen Überraschungen zutage, untermauern aber noch einmal die Ergebnisse aus der vorangegangenen deskriptiven Analyse und bestätigen einen negativen Zusammenhang der Arbeitszufriedenheit mit einem Peripheriestandort.

3.6. Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes

Im Zuge der Befragung waren auch die Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes von besonderem Interesse. Dabei sollten die Teilnehmer jene fünf Punkte auswählen, die für sie bei der Anstellungswahl besonders wichtig waren. Das aus dieser Fragestellung erstellte Ranking reiht die individuellen Häufigkeiten der Kriterien.

Betrachtet man die angegebenen Beweggründe für die Wahl des Anstellungsortes, so ergeben sich in der aggregierten Betrachtungsweise keine großen Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum. Arbeitsbedingungen und Arbeitszeit werden gemeinhin als wichtigste Kriterien angegeben, aber auch der Wohnort spielt eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung eines Anstellungsortes und wird insgesamt auf Rang drei gewählt. Die Beweggründe für die Wahl eines Anstellungsortes unterscheiden sich im fünftwichtigsten Kriterium allerdings nur gering. Dabei wählen die Vertreter aus der Peripherie die Einkommensmöglichkeiten (im Zentrum auf Platz 6) und die Ärzte aus dem Zentrum wählen die medizinische Herausforderung (in der Peripherie auf Platz 7). Die Unterschiede bei gemeinsamer Betrachtung sind also eher gering. Von trotzdem großer Bedeutung ist aber die Erkenntnis, dass die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeit die wichtigsten Entscheidungskriterien sind. Die Kontrolle über diese Bedingungen obliegt zumindest zu einem gewissen Teil sicherlich der Krankenhausführung, sodass mittels einer Verbesserung mehr ärztliche Mitarbeiter rekrutiert werden könnten.

Gesamt	
Peripherie	Zentrum
Arbeitsbedingungen (56 %)	Arbeitsbedingungen (54 %)
Arbeitszeit (56 %)	Arbeitszeit (50 %)
Wohnort (54 %)	Wohnort (47 %)
Vereinbarkeit Beruf/Familie (50 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (45 %)
Einkommensmöglichkeiten (35 %)	medizinische Herausforderung (43 %)

Tabelle 2: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – gesamt

Bei einer isolierten Betrachtung des Mittelbaus und der Primarärzte zeigen sich größere Unterschiede. So wird vom Mittelbau in der Peripherie der Wohnort am zweithäufigsten als Entscheidungskriterium angegeben (58,7 %), während Angehörige des Mittelbaus im Zentrum dem Wohnort etwas weniger Bedeutung

zusprechen. Zentrumsärzte legen speziellen Wert auf die medizinische Herausforderung und die Infrastruktur am Arbeitsplatz, der Unterschied beträgt jeweils über 17 Prozentpunkte[28]. Primare geben kollektiv die medizinische Herausforderung als obersten Beweggrund an, wobei im Zentrum 80 % der Antworten auf dieses Kriterium fielen, in der Peripherie nur 55 %. Außerdem werden von den Primarärzten im Zentrum die Reputation des Spitals (60 % im Zentrum, 27 % in der Peripherie) und die Infrastruktur am Arbeitsplatz besonders wertgeschätzt.

Mittelbau		**Primar**	
Peripherie	Zentrum	Peripherie	Zentrum
Arbeitszeit (60 %)	Arbeitsbedingungen (59 %)	medizinische Herausforderung (55 %)	medizinische Herausforderung (80 %)
Wohnort (59 %)	Arbeitszeit (50 %)	Arbeitsbedingungen (54 %)	Expertise/Reputation (60 %)
Arbeitsbedingungen (57 %)	medizinische Herausforderung (49 %)	Wohnort (49 %)	Einkommensmöglichkeiten (45 %)
Vereinbarkeit Beruf/Familie (56 %)	Vereinbarkeit Beruf/Familie (48 %)	Einkommensmöglichkeiten (41 %)	Infrastruktur am Arbeitsplatz (38 %)
Arbeitsplatzsicherheit (41%)	Wohnort (45%)	Arbeitszeit (38%)	Wohnort (38%)

Tabelle 3: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung

Während beim Mittelbau in der Peripherie die Arbeitsplatzsicherheit zu den fünf wichtigsten Beweggründen zählt, wird im Gegensatz zum Zentrum die medizinische Herausforderung etwas nach hinten gereiht. Bei den Primaren steht die medizinische Herausforderung sowohl in der Peripherie als auch im Zentrum an oberster Stelle. Zusätzlich geben Primare aus den Zentrumsspitälern wesentlich häufiger an, sich aufgrund der Expertise und auch aufgrund der Infrastruktur am Arbeitsplatz für ein Zentrumsspital entschieden zu haben. Dieser Punkt rangiert an zweithäufigster Stelle, während in Peripheriespitälern dieser Punkt nur an achter Stelle rangiert. Auch die Einkommensmöglichkeiten zählen für die Primare zu den fünf wichtigsten Entscheidungspunkten.

28 Der Prozentsatz derjenigen, die das bestimmte Kriterium unter die 5 wichtigsten gewählt haben, ist in der Peripherie um 17 Prozentpunkte höher als im Zentrum.

TÄ geben bei gesamtheitlicher Betrachtung in der Peripherie am häufigsten die Arbeitszeit als Entscheidungskriterium an, gefolgt von der Qualität der Ausbildung. Bei den TÄ im Zentrum hingegen stehen die Qualität der Ausbildung an erster und die Arbeitszeit an zweiter Stelle. Bei den TÄ unterscheiden sich die Entscheidungsgründe am stärksten bei der Expertise/Reputation des Spitals. 4 % der in der Peripherie ansässigen TÄ geben an, die Reputation in die Entscheidung als wichtiges Kriterium einbezogen zu haben, während es im Zentrum 16 % sind. Eine Besonderheit bei den TAAM ist, dass zusätzlich die Turnusdauer eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung spielt. In der Peripherie steht dieses Kriterium gemeinsam mit der Ausbildungsqualität sogar an erster Stelle. Im Zentrum findet sich die Ausbildungsdauer im Prioritätsranking an fünfter Stelle bei den TAAM. Eine Besonderheit der TAAM stellt das Bewusstsein der problematischen Personalsituation dar. Während im Zentrum etwa 30 % der Teilnehmer angeben, die Personalsituation bei der Anstellungswahl besonders berücksichtigt zu haben, sind es in der Peripherie weniger als halb so viele, nämlich 12,5 %. Bei den TAFA spielt die Turnusdauer eine weniger große Rolle und wird nur von 10 % bzw. 16 % der Teilnehmer als eines der wichtigsten Entscheidungskriterien gewählt. Da es sich bei den TAFA auch um Assistenzärzte handelt, ist dies allerdings wenig überraschend. Dennoch ist auch dabei der Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum recht groß. Jene angehenden Fachärzte, denen die Turnusdauer ein besonderes Anliegen ist, sind vorwiegend in der Peripherie anzutreffen. TAFA in der Peripherie legen einen höheren Wert auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeit, erst an dritter Stelle folgt die Qualität der Ausbildung, wird aber trotzdem von 54 % als wichtiges Kriterium angegeben.

TAAM		**TAFA**	
Peripherie	Zentrum	Peripherie	Zentrum
Qualität der Ausbildung (60 %)	Qualität der Ausbildung (68 %)	Arbeitsbedingungen (59 %)	Qualität der Ausbildung (62 %)
Turnusdauer (60 %)	Arbeitszeit (55 %)	Arbeitszeit (58 %)	Arbeitszeit (55%)
Arbeitszeit (58 %)	Wohnort (55 %)	Qualität der Ausbildung (54 %)	Arbeitsbedingungen (50 %)
Wohnort (55 %)	Arbeitsbedingungen (51 %)	Vereinbarkeit Beruf/ Familie (51 %)	Wohnort (49 %)
Arbeitsbedingungen (48 %)	Turnusdauer (43 %)	Wohnort (46 %)	Vereinbarkeit Beruf/ Familie (47 %)

Tabelle 4: Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes – Ärzte in Ausbildung

Im Zentrum sind diese drei Kriterien ebenfalls die meistangegebenen bei den TAFA, allerdings dominiert die Qualität der Ausbildung. Einen markanten Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum findet man unter TÄFA bei den Kriterien Expertise des Spitals und Vertrautheit mit dem Krankenhaus: Während in der Peripherie nur etwa 4 % der TAFA die Reputation als entscheidendes Kriterium ansehen, sind es im Zentrum immerhin 23 %. Bei der Vertrautheit mit dem Spital verhält es sich umgekehrt. 18 % entscheiden sich vorwiegend aufgrund der Vertrautheit mit dem Spital für eine Anstellung im Zentrum, 30 % für eine Anstellung in der Peripherie.

Eine homogenisierte Betrachtung der Angestellten der gespag und der Ordensspitäler zeigt, dass bei Mittelbauärzten der gespag über die Beweggründe für die Arbeitsplatzwahl vor allem in der Peripherie recht große Einigkeit herrscht. Der Wohnort wird am häufigsten genannt (62,5 %), gefolgt von Arbeitszeit und Vereinbarkeit Beruf/Familie. Zusätzlich wählen über 50 % der Teilnehmer aus der Peripherie unter Trägerschaft der gespag die Arbeitsbedingungen als wichtiges Entscheidungskriterium. Im Zentrum ist das Bild zwar nicht ganz so eindeutig, es wählten aber dennoch 56,9 % die Arbeitsbedingungen als Grund, gefolgt von der Arbeitszeit und der medizinischen Herausforderung. 43 % sahen im Wohnort einen der 5 Hauptgründe für die Anstellung im Zentrumsspital.

Bei den Mittelbauärzten in Ordensspitälern ist die Peripherie bei den Kriterien zur Wahl des Anstellungsortes sogar noch geeinter: So wählten jeweils über 60 % die Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen, gefolgt von Wohnort (59,3 %) und Vereinbarkeit Beruf/Familie (57 %). Im Zentrum stehen Arbeitsbedingungen am häufigsten auf der Liste (64,3 %), gefolgt von Vereinbarkeit Beruf/Familie(54 %) und der Arbeitszeit (51,2 %).

3.7. Einschätzung von Peripherie und Zentrum

Um eine Gegenüberstellung der bereits ausführlich behandelten Ist-Situation mit der Erwartungshaltung der Teilnehmer vorzunehmen, sollte eine persönliche Einschätzung der Vorzüge von Peripherie und Zentrum abgegeben werden.

Am stärksten für eine Anstellung in einem Zentrumsspital sprechen demzufolge die Forschungsmöglichkeiten, die Infrastruktur am Arbeitsplatz und die medizinische Herausforderung, während für eine Anstellung in der Peripherie vor allem die Verfügbarkeit von Stellen und der Lebensraum sprechen. Dieser letztgenannte Punkt ist es auch, den Angestellte in der Peripherie ganz besonders schätzen. Außerdem werden die kürzere Turnusdauer (vor allem schätzen dies all jene, die in der Peripherie als Turnusärzte auch wirklich Erfahrung haben) und die Verein-

barkeit von Beruf und Familie als Vorteile der Peripherie angesehen. Gleichzeitig orten die Teilnehmer besonders bei den Forschungsmöglichkeiten, aber auch bei den Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten bedeutende Nachteile der Peripherie- gegenüber Zentrumsspitälern. Im Allgemeinen werden die meisten abgefragten Punkte eher den Zentrumsspitälern als den Peripheriespitälern zugeschrieben. Die Ergebnisse werden in Abbildung 9 und Abbildung 10 grafisch dargestellt.

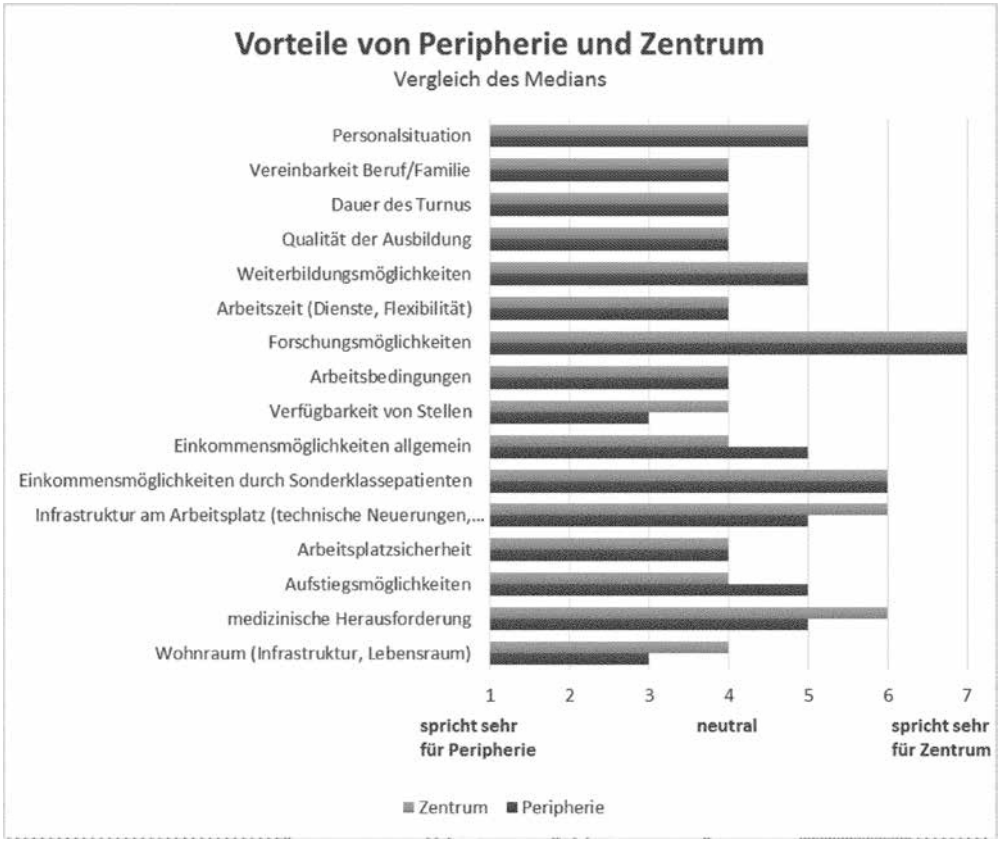


Abbildung 9: Zuweisung von Charakteristika zu Peripherie oder Zentrum – Medianantwort aus Peripherie und Zentrum

Im Vergleich der Medianantworten ist das Bild naturgemäß weniger differenziert als im Vergleich des arithmetischen Mittelwerts. Die Medianantwort befindet die Situation überwiegend als neutral. Personalsituation, Weiterbildungsmöglichkeiten, Forschungsmöglichkeiten und Einkommensmöglichkeiten durch Sonderklassepatienten werden im Median als vorteilhafte Charakteristika der Zentrumsspitä-

ler angesehen, wobei sich dabei die Forschungsmöglichkeiten und auch die Einkommensmöglichkeiten durch SK-Patienten in der Deutlichkeit der Ausprägung besonders abheben. Als Vorteile der Peripherie sehen die Medianantworten am ehesten den Wohnraum und die Stellenverfügbarkeit, allerdings nur bei den Antworten, die aus der Peripherie stammen. Die Medianantwort aus den Zentrumsspitälern sieht in diesen Punkten keinen Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum, die Antwort fällt neutral aus. Bei den Aufstiegsmöglichkeiten und den allgemeinen Einkommensmöglichkeiten zeichnet sich ein gewisser Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum ab. Die Situation im Zentrum wird vom Medi-

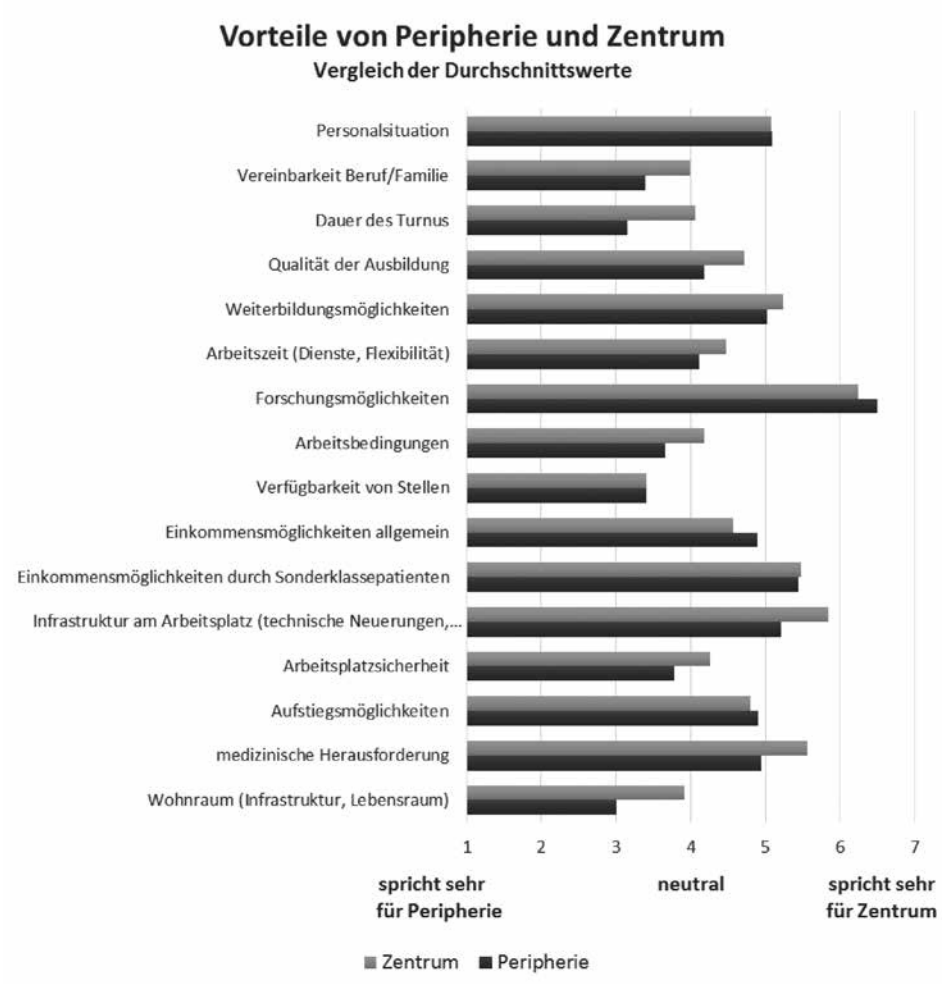


Abbildung 10: Zuweisung von Charakteristika zu Peripherie und Zentrum – arithmetisches Mittel aus Peripherie und Zentrum

anteilnehmer aus der Peripherie eher überschätzt. Umgekehrt schätzen Ärzte im Zentrum besonders die Infrastruktur am Arbeitsplatz und die medizinische Herausforderung als großen Vorteil der Zentrumsspitäler ein. In der Peripherie werden die Punkte im Median zwar ebenfalls dem Zentrum zugeschrieben, allerdings weniger stark. Beim Vergleich der arithmetischen Mittelwerte sind die allgemeinen Tendenzen ähnlich, allerdings werden auch kleinere Unterschiede sichtbar, die sich aufgrund der Verteilung der Antwortstatistik ergeben und im Median verborgen bleiben. So sind etwa bei der Turnusdauer, bei der Arbeitsplatzsicherheit und bei den Arbeitsbedingungen stärkere Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum auszumachen, als die Betrachtung der Medianantwort suggeriert.

3.8. Vergleich von Einschätzung und tatsächlicher Bewertung

Dieser Abschnitt soll nun die bisher diskutierten Punkte zusammenführen. Besonders interessant zeigt sich eine Unterscheidung zwischen Erwartungshaltung und Ist-Situation. Zu diesem Zweck werden die am Wichtigsten eingestuften Kriterien unter all jenen, die angeben, dieses Kriterium wäre ein wichtiger Anstellungsgrund, hinsichtlich Einschätzung als Vorteil für Peripherie und Zentrum und hinsichtlich der Bewertung der tatsächlichen Situation verglichen.

Der erwartete Unterschied zwischen Peripherie und Zentrum zeigt sich über fast alle Merkmale als wesentlich größer als der tatsächlich gemessene Unterschied. Die Abbildung 11 zeigt in den Punkten jeweils die Einschätzungen der angestellten Ärzte aus Peripherie oder Zentrum und bildet ab, ob ihrer Meinung nach ein gewisses Charakteristikum eher für eine Anstellung in der Peripherie oder für eine Anstellung im Zentrum spricht. Ein Wert von 4 bedeutet, die Einschätzung fällt neutral aus. Die Balken in Abbildung 12 zeigen die Bewertung der Ist-Situation durch angestellte Ärzte in Peripherie und Zentrum. Auf der siebenteiligen Skala bedeutet 1 „sehr gut" (niedriger Balken), 4 „neutral" und 7 „sehr schlecht" (hoher Balken). Abbildung 13 kombiniert die beiden Ergebnisse und zeigt, dass die Bewertungen der Situation in Peripherie und Zentrum wesentlich ähnlicher ausfallen als die Einschätzungen. Einzig und allein bei der Turnusdauer unterscheiden sich sowohl Bewertung als auch die Einschätzung deutlich zwischen Peripherie und Zentrum. Der zweite große Unterschied besteht in der medizinischen Herausforderung. Obwohl die medizinische Herausforderung eindeutig als Charakteristikum für das Zentrum spricht, unterscheidet sich die Einschätzung aus dem Zentrum deutlicher von der Einschätzung aus der Peripherie als die Bewertungen

das tun. Im Gegensatz dazu fällt bei den Arbeitsbedingungen die durchschnittliche Bewertung exakt gleich aus, obwohl jede Region sich selbst im Vorteil sieht. Eine berechtigte Annahme wäre, dass sich die Erwartungshaltung in Peripherie und Zentrum unterscheidet und daher die Bewertungen auf unterschiedlichen Niveaus erfolgen. Genau aus diesem Grund wurde die Analyse auf jene Teilnehmer beschränkt, die angeben, das jeweilige Kriterium sei ihnen besonders wichtig.

Vergleicht man zum Beispiel die Einschätzung und Bewertung jener, die angeben, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sei eines der wichtigen Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes, so zeigt sich ein unerwartetes Bild. Obwohl die Vereinbarkeit von Beruf und Familie vor allem aus der Peripherie als Charakteristik gesehen wird, die eher für eine Anstellung im Peripheriespital spricht, stammen in der Analyse der Ist-Situation die meisten negativen Bewertungen und die wenigsten positiven Bewertungen dieses Kriteriums aus der Peripherie. Die Mittelwerte aus Peripherie und Zentrum sind zwar sehr ähnlich, die Peripherie weist im arithmetischen Mittel aber sogar einen etwas schlechteren Wert auf als das Zentrum. Ähnlich zeigt sich dieses Phänomen beim Wohnort. Dort sehen Angestellte aus der Peripherie einen klaren Vorteil für ihre Region, im Gegensatz zu Angestellten im Zentrum, die die Situation eher neutral einschätzen. Die tatsächliche Bewertung zeigt allerdings, dass zwischen den beiden Gruppen kein relevanter Unter-

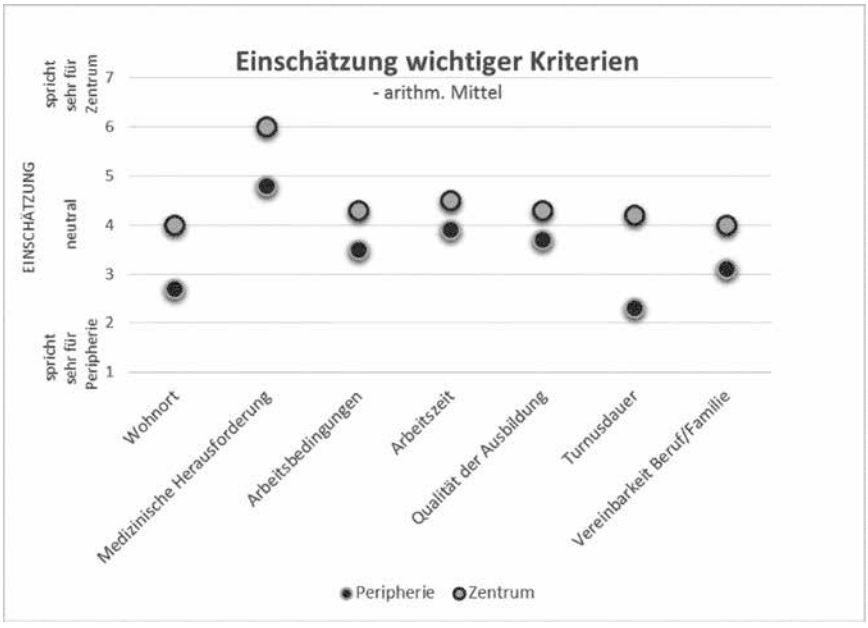


Abbildung 11: Einschätzung der wichtigsten Kriterien von jenen, die das Kriterium als wichtig ansehen – arithmetisches Mittel

schied in der Zufriedenheit mit dem Wohnort bzw. dem Lebensraum besteht. Das macht deutlich, dass es diesbezüglich einfach unterschiedliche Präferenzen gibt und dass die Ärzteschaft den Anstellungsort entweder entsprechend der Präferenz wählt oder aber gependelt wird. Bei den Arbeitsbedingungen, der Arbeitszeit und auch der Qualität der Ausbildung ist die Einschätzung recht neutral, mit jeweils leichten Vorteilen für das eigene Lager. Die tatsächliche Bewertung fällt im Schnitt durchgehend beinahe identisch aus.

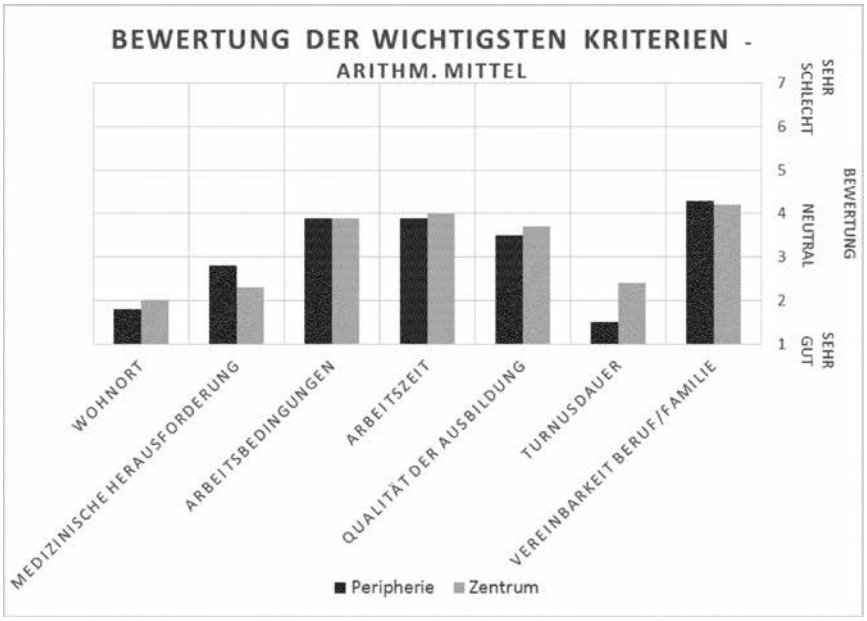


Abbildung 12: Bewertung der wichtigsten Kriterien von jenen, die das Kriterium als wichtig ansehen – arithmetisches Mittel

Es kann aufgrund dieser Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum in den Köpfen der Teilnehmer stärker verankert sind als in der Realität. So zeigt sich auch am Beispiel der Arbeitsbedingungen, dass die Stimmen aus der Peripherie den Vorteil in der Peripherie und die Stimmen aus dem Zentrum den Vorteil beim Zentrum sehen, die Bewertungen im Durchschnitt aber aus Peripherie und Zentrum gleich ausfallen.

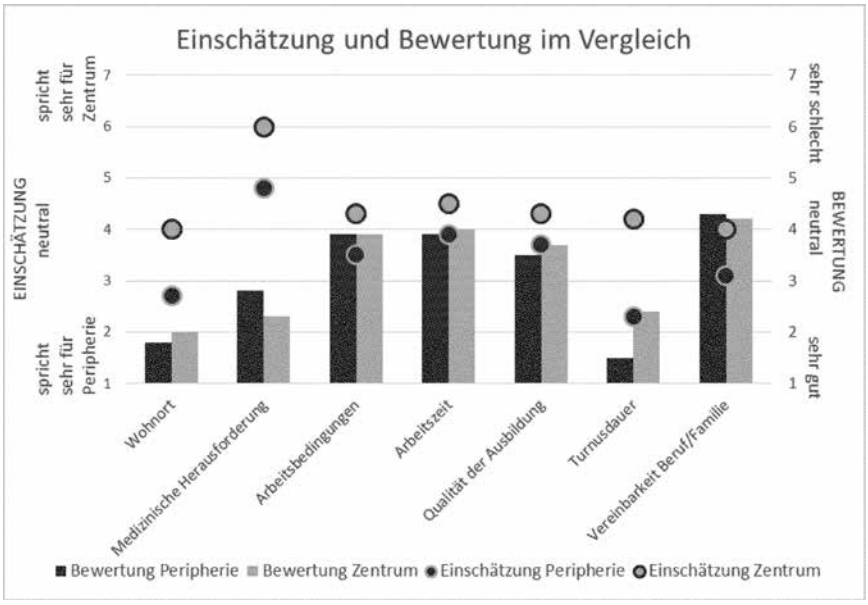


Abbildung 13: Vergleich von Einschätzung und tatsächlicher Bewertung der wichtigsten Kriterien zwischen Peripherie und Zentrum – von jenen, die die Kriterien als wichtig ansehen

3.9. Historische Entwicklung der Arbeitsbedingungen und Perspektiven der TÄ

Um zu beurteilen, wie sich die Bedingungen im Verlauf der Jahre veränderten, wurden Teilnehmer mit abgeschlossener Ausbildung zu den Veränderungen seit Anstellungsbeginn befragt. Zu Verbesserungen kam es bei der Arbeitsplatzsicherheit, der Infrastruktur am Arbeitsplatz und der medizinischen Herausforderung, wobei von den beiden letztgenannten Punkten verstärkt die Zentrumsspitäler betroffen waren.

Stark verschlechtert gegenüber dem jeweiligen Anstellungsbeginn der Teilnehmer haben sich die Einkommensmöglichkeiten und die Personalsituation, wobei die Probleme in der Peripherie stärker wahrgenommen werden als im Zentrum. Auch Arbeitsbedingungen und Forschungsmöglichkeiten haben sich eher verschlechtert, laut Rückmeldung eines Teilnehmers, weil die Zeit für Forschungstätigkeiten oftmals einfach fehle. Abermals ist die Peripherie stärker von diesen Verschlechterungen betroffen.

In den letzten Jahren kaum verändert hat sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Diese Aussage ist allerdings in Anbetracht eines aufstrebenden gesellschaftlichen Bewusstseins für eine ausgewogene Work-/Life-Balance zu beurteilen und somit ein besonderes Armutszeugnis. Vor allem im Angesicht einer steigenden Frauenquote in der Ärzteschaft und der an Popularität gewinnenden Möglichkeit einer Vaterkarenz ist eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Karriere dringend erforderlich und darf auf keinen Fall weiter aufgeschoben werden.

Unterschiede in der Einschätzung zwischen Peripherie und Zentrum bestehen vor allem bei den Weiterbildungsmöglichkeiten (gleich in Periphere, verbessert im Zentrum) und der Arbeitszeit (verschlechtert in Peripherie, leicht verbessert im Zentrum), wahrscheinlich unter anderem aufgrund der knapperen Personalsituation. Die Fachexpertise bzw. Reputation des Krankenhauses hat sich in der Peripherie verschlechtert, im Zentrum aber verbessert. Dies deutet auf einen Imageverlust hin, den die weniger zentral gelegenen Spitäler im Verlauf der letzten Jahre, unter anderem aufgrund von Reduktionsmaßnahmen, über sich ergehen lassen mussten.

Ein Teilnehmer sieht im Angesicht des politischen Umbaus der oberösterreichischen Spitalslandschaft ein stark zentralisiertes Szenario bevorstehen. Er meint, die einzigen Krankenhäuser in Oberösterreich, die nach 2020 noch stehen würden, seien Wels, Ried, Steyr und die Linzer Spitäler. Aber auch einzelne befürwortende Stimmen einer solchen Entwicklung werden aus der Ärzteschaft laut. So argumentiert ein Teilnehmer, die Zukunft liege in der Zentralisierung (aus Kostengründen, Personalmangel etc.). Die Menschen seien heute sehr mobil und nähmen gerne längere Wege für erstklassige medizinische Behandlung in Kauf. Es sei eine Stärkung der lokalen, niedergelassenen Bereiche erforderlich. Was jedoch die Spitäler anlangt, sollte die Ärzteschaft die Zentralisierung nicht verhindern, sondern, für ein optimales Ergebnis, gemeinsam konstruktiv gestalten.

Auf die Frage, ob Mittelbau oder Primarärzte sich wieder für eine Anstellung in einem Krankenhaus entscheiden würden, herrscht weitgehend Einigkeit. Etwa 30 % würden sich heute auf jeden Fall wieder für den Beruf des angestellten Arztes entscheiden, etwa 50 % würden dies „eventuell" tun und etwa 20 % schließen es komplett aus, noch einmal diese Entscheidung zu treffen. Wer schon im Peripheriespital gearbeitet hat, würde dies zu fast 40 % wieder tun, und lehnt es nur zu 10 % ab. Umgekehrt ist es bei jenen, die im Zentrum arbeiten: 38 % lehnen die Arbeit in einem Peripheriespital als Option komplett ab und nur 7 % würden es ganz sicher in Erwägung ziehen.

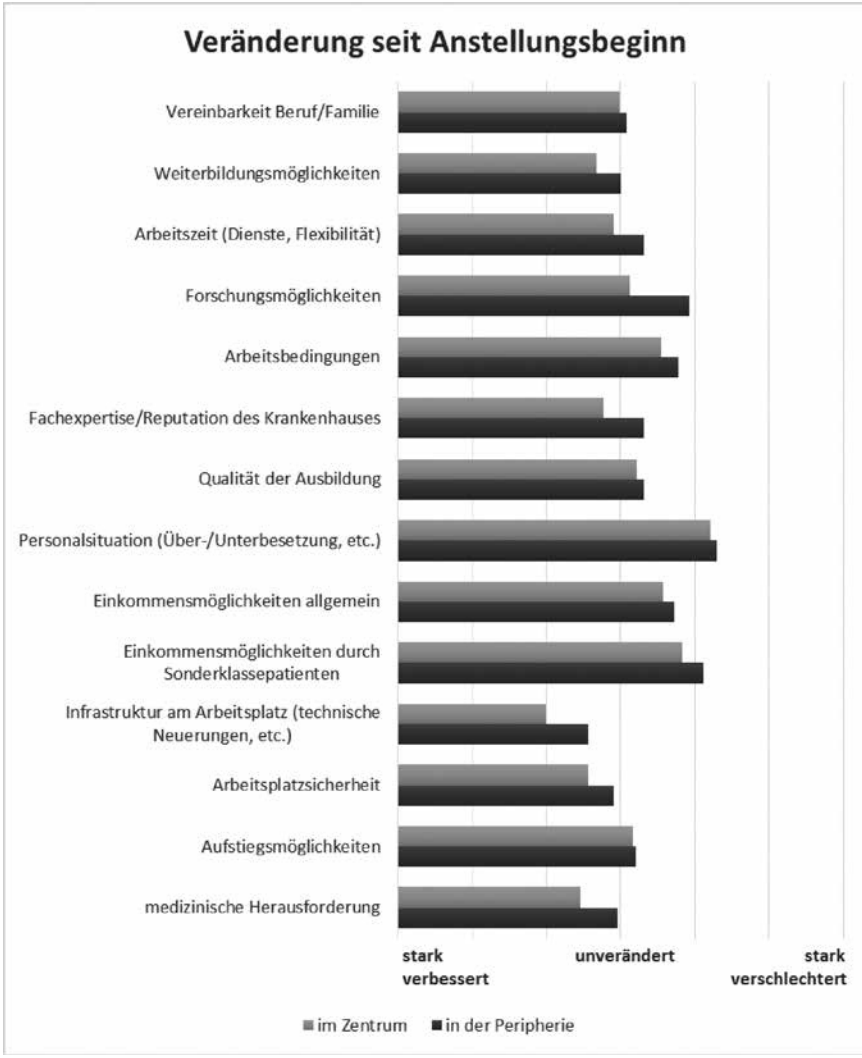


Abbildung 14: Veränderung einzelner Charakteristika seit Anstellungsbeginn

Absolut einig sind sich die Teilnehmer, dass es bei den Arbeitsbedingungen im Laufe der Jahre zu massiven Verschlechterungen gekommen ist. Von den im Zentrum ansässigen Angehörigen des Mittelbaus wird die negative Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Peripherie sogar noch drastischer eingeschätzt als von in der Peripherie Ansässigen.

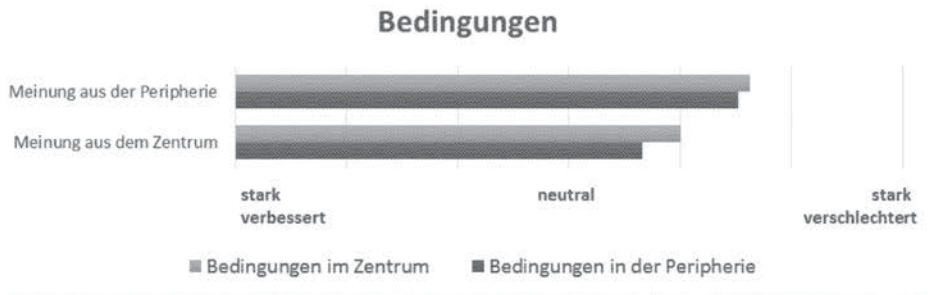


Abbildung 15: Veränderung der Arbeitsbedingungen im Zentrum und der Peripherie

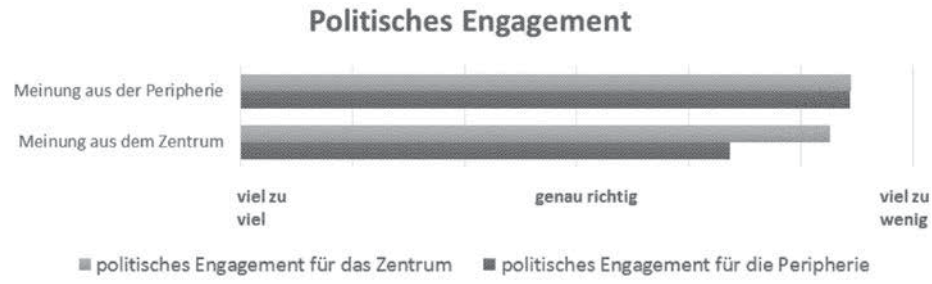


Abbildung 16: Politisches Engagement für Zentrum und Peripherie

Das Engagement der Politik für die Peripherie wird von den Ärzten kollektiv als ungenügend bezeichnet. Zusätzlich wird dieser Punkt auch in den Wortmeldungen immer wieder betont. Ein Teilnehmer meint etwa, das persönliche Engagement der Ärzte werde systematisch ausgenutzt und als gesundheitspolitische Erfolgsstrategie verkauft, anstatt die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Man habe den Eindruck, die Devise der Politik sei, dass nur ein toter Patient ein guter Patient ist. Auch die Sinnhaftigkeit einer Umwälzung fehlender Eigenverantwortung auf das Gesundheitsweisen wird von jenen, die tagtäglich Zeugen dieser Praktiken werden, in Frage gestellt. Besonders in den Spitalsambulanzen sei die Dramatik der Situation, ohne vorgeschalteten Filter, erschreckend, schildert ein Arzt.

Bei der Situation für Zentrumsspitäler ist zwar die Tendenz der Beurteilung der politischen Aktivität gleich, allerdings herrscht eine unterschiedliche Ausprägung der Einschätzung, wie weit es an politischem Engagement tatsächlich fehlt. So sehen Zentrumsspitalsärzte die politischen Versäumnisse für Zentrumsspitäler als ebenso groß wie für Peripheriespitäler, während angestellte Ärzte aus der Peripherie die Situation im Zentrum aus der Ferne als etwas besser beurteilen.

Analog zu den Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung wurden auch all jene Teilnehmer, die angaben, TAAM oder TAFA zu sein, befragt, ob sie zukünftig eine Anstellung in Erwägung ziehen würden und wenn ja, ob sie sich dann vorstellen könnten, in der Peripherie zu arbeiten.

Rund 10 % der angehenden Fachärzte lehnen die Option einer zukünftigen Anstellung im Spital kategorisch ab, bei den angehenden Allgemeinmedizinern ist diese Zahl höher, etwa ein Viertel lehnt eine Anstellung im Spital komplett ab. Als definitive Zukunftsperspektive sehen sich rund 40 % der FA und 26 % der AM im Spital. Hinsichtlich der Unterteilung Peripherie und Zentrum fällt auf, dass die Ablehnung gegenüber einer Anstellung im Spital in der Peripherie etwa doppelt so groß ist wie im Zentrum. Die naheliegende Vermutung, dass sich diese große Differenz durch die unterschiedliche Konzentration von TAAM und TAFA in Peripherie und Zentrum erklären lässt, bewahrheitet sich allerdings nur zum Teil. Während bei den TAFA tatsächlich kein relevanter Unterschied in der Einstellung zur zukünftigen Anstellung im Spital zwischen Peripherie und Zentrum besteht (rund 10 % lehnen es ab), gibt es einen solchen Unterschied bei den TAAM sehr wohl. Bei einer insgesamt recht geringen Zahl von nur 40 Antworten in dieser speziellen Kategorie (TAAM in der Peripherie angestellt) ist für 45 % eine zukünftige Anstellung im Spital absolut ausgeschlossen, während bei den im Zentrum angestellten TAAM (74 Antworten) die Ablehnungsquote rund 15 % beträgt.

Eine plausible Begründung dafür wäre, dass jene TA(AM), die von vornherein eine Niederlassung anstreben, bevorzugt in der Peripherie ihren Turnus absolvieren, um zum Beispiel von der kürzeren Dauer zu profitieren. Wer sich bereits für den Turnus in der Peripherie entschieden hat, ist, wenn eine Spitalsanstellung in Erwägung gezogen wird, tendenziell am stärksten bereit, auch in Zukunft dort zu bleiben. Am Extremsten ist diese Einstellung bei den TAFA in der Peripherie ausgeprägt. Dort geben 39 % an, eine Anstellung in der Peripherie als erklärtes Ziel zu haben. Gleichzeitig ist diese Einstellung im Zentrum nur bei 4,5 % der Befragten zu finden. Im Gegensatz dazu lehnen 31,5 % der TAFA im Zentrum eine Zukunft in der Peripherie strikt ab, in der Peripherie sind es nur 3,7 %. Abbildung 17 stellt diese Werte in Kombination mit den allgemeinen Anstellungstendenzen dar. Aus der Gesamtheit der Turnusärzte ziehen etwa 84 % eine Anstellung in einem Spital zumindest in Erwägung (Summe aller grauen Bereiche) und 16 % lehnen diese Option ab (weißer Bereich). Von den 84 % sind es etwa 18 %, also ca. 15 % der Gesamtheit, die definitiv eine Anstellung in der Peripherie planen (dunkelgrauer Balken).

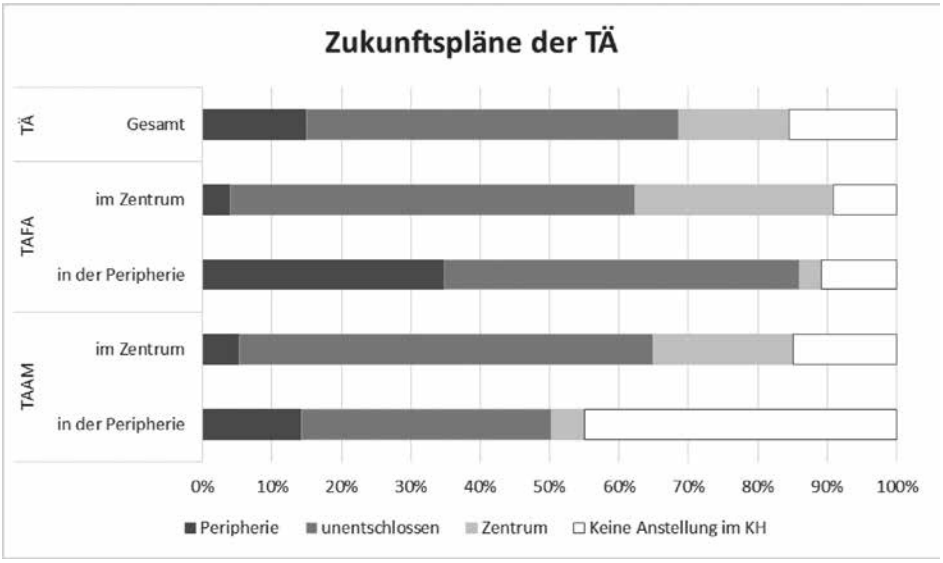


Abbildung 17: Zukunftspläne der TA

4. Zusammenfassung

Eine detaillierte Erhebung der Zufriedenheit allgemein, der Zufriedenheit mit unterschiedlichen arbeitsplatzspezifischen Charakteristika, der Erwartungshaltung an standortbezogene Eigenheiten und der Entscheidungskriterien bei der Anstellungswahl bringt zwar nur wenige wirkliche Überraschungen zutage, fasst aber die Einstellung der Ärzteschaft dennoch besonders umfassend zusammen und ermöglicht so erstmals eine Gegenüberstellung der ohnehin bekannten oder vermuteten Punkte. Die hohe Teilnahmequote von etwa 30 % lässt auf besonderes Interesse der Ärzteschaft an der Thematik schließen, die im ersten Abschnitt dargelegte Gegenüberstellung der Grundgesamtheit und Stichprobe erlaubt den Schluss auf ein repräsentatives Ergebnis. Zusätzlich zur Analyse der Gesamtsituation erlaubt eine Trennung zwischen Peripherie- und Zentrumsspitälern die Untersuchung standortspezifischer Besonderheiten.

Die Untersuchung unterschiedlicher Charakteristika am Arbeitsplatz zeigt, dass die Punkte Infrastruktur am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzsicherheit und medizinische

Herausforderung die meisten Teilnehmer äußerst zufrieden stimmen. Unzufriedenheit herrscht in erster Linie über die Personalsituation, die Belastung, die Forschungsmöglichkeiten und die Einkommensmöglichkeiten. Auch bei den Aufstiegsmöglichkeiten wünschen sich viele Ärzte Verbesserungen. Betrachtet man die standortspezifischen Unterschiede, wird zum Beispiel deutlich gezeigt, dass die Personalsituation in der Peripherie schlechter beurteilt wird als im Zentrum.

Die Ärzteschaft ist zwar im Allgemeinen durchaus zufrieden mit dem Arbeitsplatz, das sollte allerdings nicht überbewertet werden, sondern stellt nur die teilweise Befriedigung eines wichtigen Grundbedürfnisses dar. Eine etwas kritischere Betrachtungsweise offenbart, dass bis zu 90 % der Ärzte weiteres Verbesserungspotential am Arbeitsplatz sehen. Eine standortspezifische Unterscheidung zeigt, dass die Zufriedenheit im Zentrum im Schnitt etwas höher ist als in der Peripherie. Diese Tendenz kann eine Regressionsanalyse unter Berücksichtigung des multivariaten Zusammenhangs unterschiedlicher Kontrollvariablen bestätigen.

Ärzte in Ausbildung werden als Untergruppe der Ärzteschaft behandelt und mit separaten Fragestellungen isoliert untersucht. Dabei kommen fortlaufende Verbesserungen bei den Wartezeiten und der Turnusdauer zutage, insbesondere in der Peripherie. Auch die Selbstständigkeit und die Verantwortung scheinen eindeutige Stärken der Peripherie zu sein. Im Allgemeinen wird die Zufriedenheit mit dem Turnus standortunabhängig insgesamt leicht positiv bewertet, allerdings zeigen die Detailfragen, dass eine Ausbildung in der Peripherie mittlerweile viele Vorteile bietet und sich auch im Punkt Ausbildungsqualität nicht hinter den prestigeträchtigen Zentrumsspitälern verstecken muss – wenn auch für beide Kategorien von Spitälern noch großes Verbesserungspotential besteht.

Als wichtigste Kriterien bei der Wahl des Anstellungsortes rangieren Arbeitsbedingungen, Arbeitszeit und der Wohnort an oberster Stelle. Je nach Wahl der Stichprobe ergeben sich leichte Unterschiede. Während bei den TÄ beispielsweise die Qualität der Ausbildung an erster Stelle steht, geben Primarärzte an, besonderen Wert auf die medizinische Herausforderung zu legen.

Ein Vergleich der Bewertungen dieser wichtigsten Kriterien mit den Einschätzungen zeigt, dass die tatsächlichen Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum wohl oft kleiner sind als angenommen. Einzig bei der Turnusdauer und bei der medizinischen Herausforderung weichen sowohl Erwartungen als auch Bewertungen stark voneinander ab. Daraus wird geschlossen, dass etwaige Unterschiede zwischen Peripherie und Zentrum in den Köpfen der Ärzte stärker verankert sind als in der Realität. Bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zeigt sich sogar, dass die Einschätzung aus der Peripherie einen klaren Vorteil im eigenen Lager sieht, die tatsächliche Bewertung für dieses Kriterium aber allgemein eher neutral ausfällt und im Mittel in der Peripherie sogar schlechter ist als im Zentrum.

Allgemein zeigen die Umfrageergebnisse eine massive Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und fehlendes Engagement vonseiten der Politik auf. Mittels der zuvor analysierten Charakteristika ließe sich sowohl von politischer Seite als auch von Seite der Krankenhausleitungen durchaus an der Attraktivitätsschraube drehen, um den Ärzten einen attraktiveren Arbeitsplatz und somit den Patienten eine bessere Versorgung zu bieten.

5. Quellenverzeichnis

Czypionka, T., Kemper, J., Schweiger E.; (2012); Effizienz und Qualität im Spitalswesen – eine Frage der Größe?; Soziale Sicherheit 6/2012 S. 305–319 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.696288 (abgerufen am 25.8.2014)

Diekmann, A.(2001); Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen; 7. Auflage; rowohlts enzyklopädie; Reinbek bei Hamburg

Hoppeler, H., Richner, O., Bieri, M., Müller, J.; (2012); Kosten und Nutzen kleiner Spitäler; Schweizer Ärztezeitung, Ausgabe 2012/43, Tribüne/Ökonomie http://www.saez.ch/archiv/details/kosten-und-nutzen-kleiner-spitaeler.html (abgerufen am 25.8.2014)

Hoppeler, H., Müller, J. Richner, O.; (2014); Spitalgröße, Grundversorgung und Spitzenmedizin; Überlegungen zur nachhaltigen Gestaltung der Spitallandschaft, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 03/2014 (diese Ausgabe)

KPMG; (2011); Auswertung europäischer Ärztegehälter; Berlin http://www.dkgev.de/media/file/9957.2011-08-18_KPMG-Studie_Auswertung_oeffentlich_verfuegbarer_Quellen_zu_europaeischen_AErztegehaeltern.pdf (abgerufen am 25.8.2014)

Sinabell, A.; (2014); Ärztedemografische Rahmenbedingungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Peripheriespitälern; Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 03/2014 (diese Ausgabe)

Statistik Austria; (2010); Bericht Projekt „Wohlbefinden" http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=054907 (abgerufen am 25.8.2014)