

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Determinanten, die die Niederlegung und Wiederaufnahme
einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen
- eine qualitative Studie

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von
Anna-Lena Dávila Izaguirre
aus Kirchheim unter Teck

Lübeck 2019

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Edgar Voltmer
Tag der mündlichen Prüfung: 8.7.2020
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 8.7.2020
-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
1. Einleitung	8
2. Hintergrund und Fragestellung.....	9
2.1. Die ärztliche Versorgung in Deutschland	9
2.1.1. Mangel und Bedarf an ärztlichem Fachpersonal	9
2.1.2. Maßnahmen.....	12
2.2. Ärzt*innen ohne ärztliche Tätigkeit	13
2.3. Begriffsklärungen	14
2.4. Forschungsstand.....	15
2.4.1. Gründe für den Berufsausstieg als Ärzt*in	15
2.4.2. Beweggründe für einen Wiedereinstieg als Ärzt*in	16
2.4.3. Barrieren des Wiedereinstiegs	16
2.4.4. Wiedereinstiegsseminare	17
2.4.4.1. Wiedereinstiegsseminare im internationalen Kontext	17
2.4.4.2. Wiedereinstiegsseminare in Deutschland	19
2.4.5. Zusammenfassung des Forschungsstands	20
2.5. Fragestellung.....	21
3. Methodik.....	22
3.1. Studiendesign.....	22
3.2. Leitfaden	23
3.2.1. Entwicklung	23
3.2.2. Probeinterviews	23
3.3. Durchführung.....	24
3.3.1. Rekrutierung.....	24
3.3.2. Wiedereinstiegsseminar Bayern.....	24

3.3.3. Ablauf	24
3.4. Datenanalyse	25
3.4.1. Transkription und Pseudonymisierung	25
3.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	26
3.4.3. Kategorienbildung	26
3.5. Ethikantrag	31
4. Ergebnisse.....	32
4.1. Stichprobe	32
4.2. Ergebnisse der Interviewauswertung	33
4.2.1. Grund für die Berufspause	33
4.2.1.1. Äußere Faktoren	33
4.2.1.2. Innere Faktoren	36
4.2.2. Motivation, die ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen	37
4.2.2.1. Äußere Faktoren.....	37
4.2.2.2. Innere Faktoren	40
4.2.3. Determinanten, die die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen.....	43
4.2.3.1. Fördernde Faktoren	43
4.2.3.1.1. Äußere Faktoren.....	43
4.2.3.1.2. Innere Faktoren	46
4.2.3.2. Hemmende Faktoren	47
4.2.3.2.1. Äußere Faktoren.....	47
4.2.3.2.2. Innere Faktoren	52
4.2.4. Stellenwert des Seminars	57
4.2.4.1. Positive Aspekte	57
4.2.4.2. Negative Aspekte	58
4.2.4.3. Verbesserungsvorschläge	59
4.2.5. Erfahrungen beim Wiedereinstieg	61
4.2.5.1. Fördernde Faktoren	61

4.2.5.2. Hemmende Faktoren	64
5. Diskussion	69
5.1. Diskussion der Methodik.....	69
5.1.1. Stärken	69
5.1.2. Schwächen	70
5.2. Diskussion der Ergebnisse	71
5.2.1. Grund für die Berufspause.....	71
5.2.2. Motivation, die ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen und fördernde Determinanten eines Wiedereinstiegs	75
5.2.3. Hemmende Determinanten eines Wiedereinstiegs.....	78
5.2.4. Stellenwert des Wiedereinstiegseminars.....	84
5.2.5. Erfahrungen beim Wiedereinstieg	85
5.3. Schlussfolgerung	87
6. Zusammenfassung	89
7. Literaturverzeichnis.....	90
8. Anhang.....	103
8.1. Leitfaden	103
8.2. Anschreiben an die Seminarteilnehmenden	105
8.3. Einwilligungserklärung.....	106
8.4. Transkriptionsregeln.....	108
8.5. Z-Regeln zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalysen	111
8.6. Kategoriensystem.....	112
8.7. Votum der Ethikkommission	115
9. Danksagung.....	116
10. Lebenslauf	117
11. Veröffentlichungen.....	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Deduktive Kategorienbildung nach Mayring 2000.....	27
Abbildung 2: Induktive Kategorienbildung nach Mayring 2000	28
Abbildung 3: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring 2015	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der Studienteilnehmenden.....	32
--	----

1. Einleitung

Obwohl die Ärzt*innenzahlen¹ in Deutschland jährlich steigen, suchen Praxisinhabende und Kliniken händeringend nach einer Nachfolge und Personal [3]. Die demographische Entwicklung sowohl der Patient*innen als auch der Ärzt*innen wie auch eine höhere Beschäftigung in Teilzeit und eine ungleiche Zunahme der Fachärzt*inrichtungen sorgen für einen steigenden Bedarf an ärztlichem Personal. Auf der anderen Seite gibt es deutschlandweit eine große Zahl nicht ärztlich tätiger Ärzt*innen im berufsfähigen Alter [24]. 2018 waren es über 37.800 ausgebildete Ärzt*innen, die nicht ärztlich tätig waren. Sieht man von Berufsunfähigkeit, Elternzeit und Altersteilzeit einmal ab, sind immer noch etwa 27.400 Ärzt*innen in Deutschland nicht ärztlich tätig.

Die Regelstudienzeit für ein Medizinstudium beträgt sechs Jahre und drei Monate, wobei diese im Schnitt bei sechs Jahren und sechs Monaten liegt [152]. Die Gesamtkosten für einen Studierenden der Medizin, die der Staat trägt, belaufen sich auf etwa 200.000 Euro [135]. Für jeden als Maßnahme zur Vergrößerung der Ärzt*innenzahl neugeschaffenen Studienplatz der Humanmedizin müssen diese Kosten zuerst investiert werden. Der Staat hatte für die ärztlichen Fachkräfte, die 2018 nicht ärztlich tätig waren, bereits etwa 7,6 Millionen Euro in das Gesundheitssystem investiert. Nicht ärztlich tätige Ärzt*innen fehlen nicht nur dem Gesundheitssystem, die in sie investierten Gelder fehlen für die Ausbildung neuer Mediziner*innen.

Die Rückgewinnung dieser Mediziner*innen in die ärztliche Tätigkeit könnte eine zusätzliche Maßnahme zur Sicherstellung des steigenden Bedarfs an ärztlichem Fachpersonal darstellen. Wie könnte dieses vielversprechende vorhandene Potential genutzt werden? Noch gibt es wenige Informationen zu Berufsaussteigenden. Es ist dringend notwendig herauszufinden, wie diese Ärzt*innen für die unmittelbare Patient*innenversorgung wiedergewonnen werden können.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit einer Gruppe zeitweise nicht ärztlich tätiger Ärzt*innen und geht formulierten Fragestellungen nach. Ziel war es, Hypothesen bezüglich Determinanten, die eine Berufswiederaufnahme beeinflussen, zu bilden und daraus Strategien abzuleiten, wie Fachpersonal für die praktische ärztliche Arbeit zurückgewonnen werden kann.

¹ Nach telefonischer Rücksprache mit Frau Dr. Simowitsch, der Gleichstellungsbeauftragten der Universität zu Lübeck, wird in der vorliegenden Arbeit nach Möglichkeit die neutrale Gerundivform gewählt. Wo das nicht möglich ist, wird die Form mit dem Gendersternchen verwendet.

2. Hintergrund und Fragestellung

2.1. Die ärztliche Versorgung in Deutschland

In Deutschland gibt es insgesamt eine halbe Millionen Ärzt*innen [24]. Mit 41 Ärzt*innen pro 10.000 Einwohner*innen gehört Deutschland zu den Ländern mit der höchsten Dichte an ärztlichem Fachpersonal [110]. Die Zahl der berufstätigen Ärzt*innen stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an [24]. Die Anzahl der Medizinstudierenden nimmt ebenfalls jedes Jahr zu. Zwischen 2006 und 2015 ist sie um 14,6% gestiegen [87, 133]. Zudem ist die Abbruchrate im Medizinstudium gering [72]. Was weiter zur hohen Dichte an ärztlichem Fachpersonal beiträgt, ist der Zuwachs, den das deutsche Gesundheitssystem durch eine steigende Zahl einwandernder Ärzt*innen erfährt. Insgesamt waren 2018 etwa 48.700 ausländische Ärzt*innen in Deutschland tätig [24, 32]. Zwar wandern auch Ärzt*innen aus Deutschland aus, es überwiegt allerdings der Zuwachs aus anderen Ländern [24, 40].

Warum wird trotz der hohen Dichte an ärztlichem Fachpersonal und einem jährlichen Zuwachs das Thema „Ärzt*innenmangel“ diskutiert? Welche Ursachen dafür verantwortlich sind und welche Maßnahmen dagegen in Frage kommen, soll hier dargelegt werden.

2.1.1. Mangel und Bedarf an ärztlichen Fachkräften

Seit Jahren wird in Deutschland von einem „Ärzt*innenmangel“ berichtet. Von einem solchen spricht man, wenn das Angebot an ärztlichen Fachkräften den Bedarf nicht ausreichend deckt [109].

2017 waren in Deutschland laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zehn Planungsbereiche im ambulanten Sektor in Deutschland unterversorgt. Bei Planungsbereichen unterscheidet die KBV zwischen „hausärztlicher“ und „allgemein fachärztlicher“ Versorgung. Für die „hausärztliche“ Versorgung wird Deutschland in etwa 1000 Planungsbereiche unterteilt. Von diesen waren 2017 vier unterversorgt. In der „allgemeinen fachärztlichen“ Versorgung waren sechs von 400 Planungsbereichen unterversorgt. Eine Unterversorgung ist hier definiert als eine Bedarfsdeckung unter 75% im „hausärztlichen“, bzw. 50% im „allgemein fachärztlichen“ Bereich [85]. Als drohend unterversorgt wurden insgesamt 91 Planungsbereiche identifiziert [86]. Die Bedarfsplanung muss regelmäßig an die aktuelle Situation angepasst werden, um den Versorgungsbedarf gerecht zu werden. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Bedarfsplanung im Mai 2019 überarbeitet. Unter anderem soll zukünftig der Faktor der Morbidität mehr Berücksichtigung bei der Planung finden.

Beschlossen wurde, dass rund 3500 neue mögliche Niederlassungen im ambulanten Bereich zugelassen werden sollen [64].

Objektiv kann in Deutschland nur in wenigen Bereichen von Unterversorgung gesprochen werden. Getrennt davon muss die subjektive Unterversorgung betrachtet werden, wenn für einen ärztlichen Kontakt lange Fahrstrecken überwunden werden müssen [124].

Obwohl die Zahl der Ärzt*innen in Deutschland jährlich zunimmt und nur wenige Bereiche nach der Definition der KBV aktuell tatsächlich unterversorgt sind, wird die ärztliche Versorgung in Deutschland bemängelt. Zum besseren Verständnis, wo die Diskussion über den Bedarf an ärztlichem Fachpersonal ihren Ursprung hat, muss die jährlich steigende Zahl des Ärzt*innenzuwachses näher betrachtet werden. Zum einen arbeiten immer mehr Ärzt*innen in Teilzeit: Im Krankenhaus beschäftigtes ärztliches Personal war im Jahr 2008 nur zu 15% in Teilzeit beschäftigt, während die Zahl im Jahr 2017 auf 33% angestiegen ist. Das trifft vor allem auf die jüngere Generation zu. Im niedergelassenen Bereich leisten Ärzt*innen unter 45 Jahren weniger Wochenstunden als ältere [79]. Es sind hauptsächlich Frauen, die in der Medizin einen immer größeren Anteil ausmachen, die in Teilzeit arbeiten [134]. So gibt es zwar zahlenmäßig insgesamt mehr Ärzt*innen in Deutschland, in der Summe leisten sie aber weniger Arbeitsstunden.

Des Weiteren beziehen sich die Zahlen zur Versorgung auf Städte und Regionen, lassen aber keinen Aufschluss über die genaue Aufteilung der Ärzt*innen innerhalb dieser zu. Das Phänomen des „Inverse Care Law“ wird hierbei nicht abgebildet. Inverse Care Law bedeutet, dass die meisten Ärzt*innen dort arbeiten, wo die wenigsten Ärzt*innen benötigt werden. Die Gebiete oder Stadtteile, die bereits ausreichend gut mit ärztlichem Personal versorgt sind, verzeichnen einen weiteren Zuwachs, während es in ländlichen Gegenden kaum Zuwachs gibt [41, 69]. So verzeichnete der Stadtstaat Hamburg trotz einer bereits überdurchschnittlich hohen Dichte an ärztlichem Personal in den letzten 16 Jahren einen Zuwachs an Ärzt*innen von mehr als 25% [123]. Die Entwicklung der Zahl der Ärzt*innen muss immer im Verhältnis zur Bevölkerung betrachtet werden. Zum Beispiel nahm die Zahl der vertragsärztlichen Ärzt*innen in Sachsen-Anhalt zwischen 2000 und 2016 nur um 2% zu (Bundesdurchschnitt 15%), doch aufgrund einer sinkenden Bevölkerungszahl wuchs die Ärzt*innendichte um 19% (Bundesdurchschnitt 15%) [123].

Wenn von „Ärzt*innenmangel“ die Rede ist, wird damit oft auf eine drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich aufmerksam gemacht. Tatsächlich lässt eine ausschließliche Betrachtung der Zunahme des ärztlichen Personals keine Aussage darüber zu, welche Fachrichtungen wachsen. Seit 2000 haben Vertragsärzt*innen, die in der fachärztlichen

Versorgung tätig sind, um 26% zugenommen. Die Zahl der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzt*innen blieb hingegen konstant. Das Verhältnis der „Spezialist*innen“ hat sich gegenüber den „Generalist*innen“ in den letzten Jahren umgekehrt [24, 123]. Eine bundesweite Befragung von Medizinstudierenden im Jahr 2010 ergab, dass 29% die Fachrichtung „Allgemeinmedizin“ für sich in Erwägung ziehen [81]. Die Studie „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ aus dem Jahr 2018 zeigt, dass es mittlerweile 34,6% der Studierenden sind, die sich eine Weiterbildung in der Fachrichtung „Allgemeinmedizin“ vorstellen können [89].

Obwohl die Zahl der Absolvierenden eines Medizinstudiums steigt, wächst der prozentuale Anteil an jungen Ärzt*innen nur gering [24, 128]. Entscheidend bei der Frage, ob in Deutschland ein Mangel an ärztlichem Personal vorliegt, ist die Entwicklung des Bedarfs an Ärzt*innen. Im internationalen Vergleich sind Deutsche überdurchschnittlich oft in ärztlicher Behandlung. Außerdem weist Deutschland eine der höchsten Fallraten und eine sehr hohe Krankenhausbettendichte auf [123]. Diese Faktoren begünstigen einen hohen Bedarf an ärztlichem Personal.

Dieser steigt zunehmend an. Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshof bezüglich des Arbeitszeitgesetzes 2003 wurde erreicht, dass Bereitschaftsdienst vollumfänglich zur Arbeitszeit zählt. Die Stunden im Bereitschaftsdienst werden nun zum „normalen“ Dienst hinzugerechnet. Die Wochenhöchst Arbeitszeit für Ärzt*innen ist somit schneller erreicht. Das bedingt einen gestiegenen Bedarf an ärztlichem Personal. Ein Beispiel ist die Arbeitszeit am Wochenende. Bisher sollte oft eine einzige ärztliche Fachkraft ein gesamtes Wochenende abdecken. Seit der Gesetzesänderung ist eine Höchstarbeitszeit von 28 Stunden vorgeschrieben. Folglich sind mehrere Ärzt*innen nötig, damit die Höchstarbeitszeit nicht überschritten wird [27, 30, 56, 57].

Die ständig fortschreitenden technischen Entwicklungen in der Medizin sind mitverantwortlich für einen steigenden Bedarf an ärztlichem Personal. Diese schaffen immer weitere Maßnahmen und Möglichkeiten, um Krankheiten früher erkennen und dementsprechend früher Interventionen einleiten zu können [3, 94]. Der medizinische Fortschritt trägt gleichfalls dazu bei, dass die Lebenserwartung in Deutschland seit etwa 150 Jahren kontinuierlich steigt. Beträgt diese bei Menschen, die 1970 auf die Welt kamen, im Durchschnitt noch 73 Jahre (Frauen) bzw. 67 Jahre (Männer), liegt sie im Geburtsjahrgang 2015 durchschnittlich bereits bei 83 Jahren (Frauen) bzw. 78 Jahren (Männer) [132]. Deutschland weist europaweit die älteste Gesellschaft auf. Dies bringt eine höhere Krankheitslast mit sich und trägt somit einen erheblichen Teil dazu bei, dass der Bedarf an ärztlichem Personal gestiegen ist. Analysen demografischer Daten prognostizieren eine zunehmende Alterung der

Gesellschaft. So liegt die Lebenserwartung 2030 laut des Statistik-Portals Statista bereits bei 86 Jahren (Frauen) bzw. 81 Jahren (Männer). Die Zunahme der Lebenserwartung bedeutet einen weiteren Anstieg der gesellschaftlichen Belastung durch Krankheit und damit einen stetig wachsenden Bedarf an ärztlicher Versorgung in Zukunft [117, 125].

Die demographische Entwicklung bedeutet zeitgleich ein sich verringerndes Angebot an Arbeitskräften im Gesundheitswesen [117, 123]. Unter dem ärztlich tätigen Personal liegt das Durchschnittsalter bei 47 Jahren. 2018 waren laut Bundesärztekammer knapp 20% der berufstätigen Ärzt*innen 60 Jahre alt oder älter. Das sind etwa 4.400 mehr als im Vorjahr. Die Prognose für die nächsten Jahre besagt ein weiteres Ansteigen des Alters [24]. Diese große Gruppe von ärztlichen Fachkräften, welche bald in den Ruhestand gehen wird, gilt es zu ersetzen. Bereits jetzt haben niedergelassene Ärzt*innen erhebliche Schwierigkeiten, eine Nachfolge für ihre Praxen zu finden. Dieses Problem wird sich in den kommenden Jahren verschärfen [123, 144].

Dass Frauen eher in einer Teilzeitbeschäftigung arbeiten, wurde dargestellt. Der Anteil weiblicher Medizinstudierender wächst weiter. Im Sommersemester 2018 waren 62% der Studierenden weiblich [133]. Hier zeichnet sich wegen der zu erwartenden höheren Teilzeitbeschäftigung ebenfalls ein steigender Bedarf an Ärzt*innen ab.

2.1.2. Maßnahmen

Welche Maßnahmen könnten nun dazu beitragen, dem steigenden Bedarf an ärztlichem Personal entgegenzuwirken? Ein Ansatz ist es, die Anzahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin zu erhöhen [3]. Seit Jahren nimmt sowohl die Zahl der Studienanfänger*innen, als auch die Zahl der Absolvierenden zu. Doch um den schon jetzt akuten Mangel an ärztlichem Personal ausgleichen zu können, ist diese Maßnahme weniger geeignet. Das liegt daran, dass die Dauer vom Studienbeginn bis zum Einsatz als selbstständige ärztliche Fachkraft mindestens elf Jahre (sechs Jahre Studium und fünf Jahre Weiterbildung) beträgt und damit erst spät zum Tragen kommt. Zusätzliche Ausbildungsplätze stellen ohne weitere Maßnahmen auch keine Garantie gegen die Fehlverteilung von Ärzt*innen innerhalb Deutschlands dar. Das Problem der Fehlverteilung existiert seit langem und ist in vielen Ländern bekannt [111]. 50% der Medizinstudierenden geben an, später nicht in einem Ort mit weniger als 2000 Einwohnern arbeiten zu wollen [82]. Als Maßnahme gegen die Problematik der mangelnden Grundversorgung in einigen Gebieten gibt es mancherorts für Medizinstudierende Stipendienangebote. Sie bekommen finanzielle Unterstützung und verpflichten sich im Gegenzug zu einer Arbeit auf dem Land. Außerdem wird das Fach

„Allgemeinmedizin“ im Studium der Humanmedizin ausgeweitet, um so vermehrt Medizin-studierende dafür zu begeistern und zu gewinnen [17]. Das soll beispielsweise durch den 2017 beschlossenen „Masterplan Medizinstudium 2020“ umgesetzt werden [31]. 2015 wurde die Förderung der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin im §75a im Fünften Sozial-gesetzbuch verankert, um eine flächendeckende und wohnortnahe ärztliche Versorgung zu stärken. In Deutschland können aktuell 7500 Weiterbildungsstellen gefördert werden. Liegt die Weiterbildungsstelle in einem (drohend) unterversorgten Gebiet, wird sie zusätzlich be-zuschusst. 2017 ergab eine Auswertung der Fördermaßnahmen einen Zuwachs von 13% auf insgesamt 6650 geförderte Weiterbildungsstellen im Bereich der Allgemeinmedizin ver-glichen mit dem Vorjahr [88].

In Kliniken werden ebenfalls finanzielle Anreize geschaffen, um ärztliches Personal zu ge-winnen [42].

Als Maßnahme gegen den Ärzt*innenmangel ist es nur begrenzt möglich, Fachkräfte aus anderen Ländern abzuwerben, weil sich das Problem dadurch verlagert, statt eine dauer-hafte Lösung zu bieten [138, 141]. 2010 wurde auf der Weltgesundheitsversammlung unter anderem auch von Deutschland ein Verhaltenskodex zur Rekrutierung von Fachkräften ver-abschiedet. Dabei handelt es sich um eine freiwillige Regelung zum Umgang mit der Rek-rutierung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen. Auf ein aktives Abwerben von Gesund-heitspersonal aus Entwicklungsländern, in denen ein Fachkräftemangel herrscht, soll ver-zichtet werden. Um die Lage in diesen unterversorgten Ländern zu verbessern, werden reichere Staaten darüber hinaus um technische und finanzielle Unterstützung gebeten. Ziel ist, das Gesundheitspersonal im eigenen Land zu unterstützen, sodass eine Abwanderung in Länder mit besseren Konditionen ausbleibt [153].

2.2. Ärzt*innen ohne ärztliche Tätigkeit

Daher ist es sinnvoll, den Blick auf das vorhandene Potenzial im eigenen Land zu richten: Es gibt eine große Ressource an Ärzt*innen, die nicht ärztlich tätig sind. 2018 waren in Deutschland 37.893 der approbierten Ärzt*innen im erwerbsfähigen Alter, jedoch nicht ärzt-lich tätig. 4% aller nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen waren ausschließlich im Haushalt tätig, 6% in Elternzeit. Andere Gründe für das Nichtausführen des Berufes waren z.B. Berufsun-fähigkeit oder berufsfremde Tätigkeit [24]. Eine Auswertung der Teilnehmenden eines Wie-dereinstiegsseminars ergab, dass rund ein Viertel der Teilnehmenden bereits über eine ab-geschlossene Weiterbildung zur ärztlichen Fachkraft verfügt [136]. Diese Ärzt*innen für die unmittelbare Patientenversorgung zu gewinnen, könnte eine wichtige ergänzende

Maßnahme gegen den beschriebenen relativen Mangel an ärztlichem Personal bei steigendem Bedarf sein.

2.3. Begriffsklärungen

Wiedereinstieg

Die American Medical Association definiert den ärztlichen Wiedereinstieg als „eine Rückkehr in die klinische Tätigkeit in der Disziplin, in der man ausgebildet oder zertifiziert wurde, nach einer längeren Zeit der klinischen Inaktivität, die nicht aus Disziplinarmaßnahmen oder Beeinträchtigung resultiert“ (American Medical Association). In Deutschland wird der Begriff „Berufsrückkehrende“ im Dritten Buch des Sozialgesetzbuchs definiert. Demnach handelt es sich um Personen, „die ihre Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit oder eine betriebliche Berufsausbildung wegen der Betreuung und Erziehung von aufsichtsbedürftigen Kindern oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen unterbrochen haben und in angemessener Zeit danach in die Erwerbstätigkeit zurückkehren wollen“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1997). In der vorliegenden Arbeit handelt es sich bei dem Begriff „Wiedereinstieg“ um eine Rückkehr in die praktische ärztliche Tätigkeit in Deutschland nach einer Erwerbsunterbrechung von mindestens einigen Wochen. Die Berufspause war dabei nicht das Resultat einer entzogenen Arbeitserlaubnis, sondern eine individuelle und persönliche Entscheidung.

Soziales Umfeld

Das Wort „sozial“ wird im „Wörterbuch Psychologie“ folgendermaßen definiert: „Allgemeine und umfassende Bezeichnung für alle Arten von Beziehungen, die zwei oder mehrere Individuen der gleichen Art in direkter oder indirekter Weise durch Interaktion verbinden, und für die daraus resultierenden Arten und Formen der Meinungs- und Verhaltensveränderungen“ (Fröhlich, 2010, S.447). Der deutsche Psychologe Georg Elias Müller prägte den Begriff „Umfeld“. Die Beschreibung, die sich im Duden dazu findet, geht auf ihn zurück. „Umfeld“ wird hier als „auf jemanden, etwas unmittelbar einwirkende Umgebung“ definiert [48]. Mit „beruflichem sozialen Umfeld“ wird der Begriff in der vorliegenden Arbeit eingegrenzt und auf das Verhältnis zu Kollegen, Vorgesetzten und dem Pflegepersonal benannt.

Sozialer Status

„Sozialer Status“ wird im „Dorsch Lexikon der Psychologie“ folgendermaßen definiert: „Mit einer Position in einer Gruppe verbundenes Ansehen und verbundene Rechte, die in einer

Person von der eigenen Gruppe offiziell oder inoffiziell zugestanden werden“ (Wirtz, 2014, S.1594).

Sozialer Aspekt

Im „Dorsch Lexikon der Psychologie“ lautet die Definition von „Aspekt“: „Anblick, Sichtweise, Gesichtspunkt, im weiteren Sinne Ausschnitt oder Teilansicht eines Ganzen, Komplexen.“ (Wirtz, 2014, S.198). In der vorliegenden Arbeit wird das soziale Umfeld als Teil des sozialen Aspekts begriffen, geht aber noch weiter und umfasst auch weitere Beziehungen, die nicht unmittelbar auf die Person einwirken.

2.4. Forschungsstand

Im Folgenden wird ein Überblick über nationale und internationale Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit der Thematik des Berufsausstiegs und -wiedereinstiegs gegeben.

2.4.1. Gründe für den Berufsausstieg als Ärzt*in

Als einer der Hauptgründe für eine Berufspause wird sowohl im internationalen Kontext, als auch in Deutschland die Familie genannt [24, 59, 65, 83, 92, 97, 102, 147]. Dabei wird zum Teil unterschieden zwischen der Gründung einer eigenen Familie, die mit der Geburt eines Kindes eingeleitet wird, und der Pflege eines erkrankten Familienmitglieds [59, 65]. Für Frauen wird „Familie“ explizit als häufigster Grund eines Berufsausstiegs genannt, doch auch Männer sind zunehmend davon betroffen [61, 92, 102].

Das Einschlagen neuer Karrierewege findet sich als weiterer Grund für einen Berufsausstieg [24, 61, 65, 83, 97, 102, 147]. Laut Fred et al. war bei Männern ein Jobwechsel der häufigste Grund für das Niederlegen der praktischen ärztlichen Tätigkeit [61].

Auch im Rahmen eigener Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen oder einer aus der Krankheit resultierenden Berufsunfähigkeit gaben Personen ihre ärztliche Tätigkeit auf [24, 59, 65, 92, 97, 102, 147]. Jewett et al. beschreiben „Gesundheit“ sogar als Hauptgrund für einen Berufsausstieg [83]. Davon differenziert werden muss der in der englischsprachigen Literatur häufig thematisierte Berufsausstieg aufgrund von Substanzmissbrauch durch Ärzt*innen [65, 102, 147].

Ungünstige Arbeitsbedingungen können ebenfalls in einem Berufsausstieg resultieren [83, 92, 97]. Eine nicht als leistungsgerecht empfundene Entlohnung und die zunehmende bürokratische Belastung der ärztlichen Tätigkeit werden aufgeführt [92, 102].

Ein weiterer Grund für einen Berufsausstieg ist die Berufsverdrossenheit [59, 83, 102]. Betont werden hier für Frauen sexuelle Belästigung sowie ein geringeres Gehalt im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen bei gleichzeitiger Unterrepräsentation in Führungspositionen [59, 76, 102].

In einzelnen Studien werden als weitere Gründe eine vorzeitige Pensionierung [59], Aufgaben im Haushalt [24], steigende Strafen für medizinische Kunstfehler, Bereitschaftsdienst [83], sowie ein Einsatz im Rahmen des Militärs oder ein Einsatz in der humanitären Hilfe genannt [37].

2.4.2. Beweggründe für einen Wiedereinstieg als Ärzt*in

Der in der Literatur am häufigsten genannte Grund für eine Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit ist das Vermissen der Patient*innenversorgung [83, 92, 108]. Weitere wichtige Gründe waren zum einen der finanzielle Aspekt, zum anderen das Vermissen des beruflichen Umfelds und des kollegialen Austauschs [83, 92].

Bei der Entscheidung, wieder in den Beruf einzusteigen, war die Möglichkeit einer Beschäftigung in Teilzeit ein wichtiger Faktor. Die entlastete familiäre Situation, die Suche nach einer neuen beruflichen Herausforderung, das Wissen um den Bedarf in der Gesellschaft, zu viel Freizeit, die Aussicht auf eine Stelle mit weniger Verwaltungsaufwand, die Möglichkeit, die Fachrichtung zu wechseln und die Sehnsucht, freiwillige Dienstleistungen zu erbringen, wurden als weitere Gründe genannt [83]. Dazu kam der Wunsch, die eigene Weiterbildung abzuschließen [92]. Balmer et al. untersuchten den Wiedereinstieg bei Ärzt*innen, die zuvor zeitweise in einem Entwicklungsland ärztlich tätig gewesen waren [11].

2.4.3. Barrieren des Wiedereinstiegs

In internationalen Studien wird ein Mangel an Unterstützung für einen Wiedereinstieg kritisiert [37, 70, 83, 102, 148]. Es fehlt an Seminaren und Mentor*innen. Die Seminare, die angeboten werden, sind teuer und liegen zudem oft weit entfernt. Dadurch sind sie für Wiedereinsteigende mit Familie ungeeignet [37, 70, 83, 148].

In den USA ist für die Ausführung des Arztberufs eine Lizenz notwendig. Die Erneuerung dieser Lizenz ist kostspielig [70, 83, 148]. Das Fehlen eines medizinischen Netzwerks ist eine Barriere beim Wiedereinstieg [70].

Weitere Barrieren sind das fehlende Fachwissen und eine geringe kollegiale Unterstützung [102]. Darüber hinaus bildet die mangelnde Verfügbarkeit von geeigneten Arbeitsstellen eine weitere Barriere. Auch familiäre Einschränkungen werden genannt [83]. Hinzu kommen mögliche Vorurteile durch das Kollegium, nicht ehrgeizig genug zu sein [102]. Neben der Rechtfertigung anderen gegenüber kommen ein Mangel an Selbstbewusstsein, mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse, sowie Ängste als Barrieren hinzu [102, 70].

2.4.4. Wiedereinstiegsseminare

Um den Weg zurück in die Arbeit mit Patient*innen trotz genannter Barrieren zu ermöglichen, finden sich im internationalen Raum Hilfestellungen im Internet, wie beispielsweise ein Handbuch aus den USA mit konkreten Hinweisen, was es vor, während und nach dem Ausstieg zu beachten gilt [8]. Ein vergleichbares Schriftstück auf Deutsch findet sich auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer [122]. Es gibt eine Übersicht für Wiedereinsteigende in Form eines Leitfadens. Außerdem werden Wiedereinstiegsseminare mit verschiedenen Konzepten und Hintergründen angeboten. Diese sollen im Folgenden vorgestellt werden.

2.4.4.1. Wiedereinstiegsseminare im internationalen Kontext

Die Forschungsergebnisse zu „Barrieren des Wiedereinstiegs“ zeigen, dass es an Unterstützung für Wiedereinsteigende mangelt. Es gibt zu wenig Angebote an zu wenigen Orten. Auch sind für manche Fachrichtungen keine Seminarkonzepte zu finden [37]. Bemängelt wird in den USA weiter das Fehlen einer einheitlichen Struktur von Wiedereinstiegsseminaren und eine klare Regelung für den Umgang mit Wiedereinsteigenden [90, 147].

International lassen sich zwei Konzepte von Wiedereinstiegsseminaren unterscheiden. Es gibt Wiedereinstiegsprogramme, die vorrangig der Unterstützung der Wiedereinsteigenden dienen. Sie sollen die Wiedereinsteigenden auf ihrem Weg zurück in die ärztliche Tätigkeit bestärken und sie auf den Klinikalltag vorbereiten. Ein anderes Konzept verfolgt als Ziel die Patient*innensicherheit. Ärzt*innen sollen auf ihr Wissen und ihre praktischen Fähigkeiten hin überprüft werden, bevor sie ihre ärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen dürfen.

Zu beiden Konzepten finden sich einige wenige Angebote in den USA, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

Bei Seminaren mit dem Ziel der Unterstützung von Wiedereinsteigenden finden sich Programme ganz unterschiedlicher Natur, sowohl inhaltlich als auch formal. Für die Anmeldung muss teilweise eine Gebühr entrichtet werden [99]. Danach erfolgt das Auswahlverfahren, in dem die Eignung der Kandidierenden überprüft wird. Nach Aufnahme in die Programme werden mit den Wiedereinsteigenden individuelle Ziele entsprechend medizinischer Vorgehensverfahren vereinbart. Anhand derer wird das weitere Vorgehen entwickelt. Die Wiedereinstiegsprogramme dauern ein bis mehrere Monate. Je nach Programm liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung theoretischen Wissens oder praktischer Fähigkeiten. Alle Angebote beinhalten jedoch beide Aspekte. Schrittweise werden Wiedereinsteigende durch Simulationen, Übungen zu medizinischen Dokumentationen, Operationen oder Narkoseübungen an Modellen und Videos auf die praktische ärztliche Tätigkeit vorbereitet. Manche Programme beinhalten regelmäßigen Austausch und Kontakte mit Mentor*innen oder eine Supervision. In einigen Seminarkonzepten werden Wissen und praktische Fertigkeiten anhand regelmäßiger Tests überprüft. Die Programme sind im Regelfall auf eine bestimmte Fachrichtung ausgelegt. Hospitationen oder Rotationen in verschiedene Bereiche des jeweiligen Fachgebiets sind dabei häufig Bestandteil der Wiedereinstiegsprogramme. Die Eigenbeteiligung für die Programme liegt bei 1.000 bis 30.000 Dollar [2, 18, 34, 90, 99, 101, 149]. Begleitende Studien kommen zu positiven Ergebnissen. Bereits 1982 zeigten Raub et al. in ihrer vergleichenden Studie den positiven Effekt von Wiedereinstiegsseminaren. Trotz veränderter Zusammensetzung der Teilnehmenden im Lauf der Zeit waren in den beiden untersuchten Gruppen mehr als 80% der Ärzt*innen im Anschluss an ein Wiedereinstiegsprogramm wieder ärztlich tätig [116]. Bower et al. zeigen in ihrer Studie, dass von 14 Teilnehmenden eines mehrstufigen Wiedereinstiegsprogramms 13 der erfolgreiche Wiedereinstieg gelang [18]. Cass et al. beschreiben die erfolgreiche Teilnahme zweier Gynäkologinnen an einem dreimonatigen Wiedereinstiegsseminar [34].

Das andere Konzept dient dazu, ärztliches Personal seine praktischen Fähigkeiten unter Beweis stellen zu lassen, um so die gute Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten. Es gibt ein Programm für Anästhesist*innen, die nach einer Berufspause wieder ärztlich tätig werden wollen. An zwei Tagen müssen verschiedene Szenen am Simulator absolviert und Fragen im Rahmen eines Tests beantwortet werden. Der Erfolg des Programms zwischen 2002 und 2012 wurde von DeMaria et al. untersucht. Ein Jahr nach Kursende waren von 18 Teilnehmenden 14 klinisch tätig [39].

2.4.4.2. Wiedereinstiegsseminare in Deutschland

Die Ressource, die das nicht ärztlich tätige Personal in Deutschland darstellt, wurde bereits vor fünfzehn Jahren erkannt, und es wurden erste Maßnahmen getroffen, um dieses zu erreichen [55]. Doch auch in Deutschland gibt es keine einheitlichen Richtlinien für Wiedereinsteigende. Es lassen sich unterschiedliche Konzepte ausmachen.

Ein Konzept ist auch hierzulande das Angebot von Seminaren, die auf Wiedereinsteigende zugeschnitten sind und eine Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit erleichtern sollen. Weitere Konzepte sind die Teilnahmeempfehlung für Fortbildungen, die Förderung einer Hospitation oder die Vermittlung von Mentor*innen. Diese verschiedenen Konzepte werden im Folgenden genauer erläutert.

Wiedereinstiegsseminare, die speziell auf Ärzt*innen ausgelegt sind, die nicht praktisch ärztlich tätig sind, werden in fünf Bundesländern regelmäßig angeboten [73, 131, 136]. Diese dauern zwischen ein und zwei Wochen und finden ein- oder zweimal im Jahr statt. Eine Anmeldung ist in den meisten Fällen online möglich, beispielsweise über die Internetpräsenz der entsprechenden Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung oder anderer Bildungsträger. Die Kosten betragen zwischen 198 und 1315 € (Stand: 05.06.2019). Dabei können je nach Fall besondere Bedingungen greifen. In Rheinland-Pfalz gibt es für Ärzt*innen in Berufspause eine deutliche Kostenerleichterung [4]. In Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg werden die Seminarkosten ganz übernommen, wenn es im Anschluss an das Seminar zu einem Wiedereinstieg in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung vor Ort kommt [5, 131]. Bei allen fünf Wiedereinstiegsseminaren handelt es sich um intensive Gruppenseminare, die hauptsächlich theoretische Grundlagen und Updates des Fachwissens vermitteln [90]. Die Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin unterstützt Teilnehmende darüber hinaus bei der Organisation einer Hospitation [84].

Neben diesen klassischen Wiedereinstiegsseminaren gibt es noch einzelne besondere Kursangebote. Dazu zählt der Wiedereinstiegskurs für Gastroenterologie und Hepatologie des Berufsverbands Gastroenterologie Deutschland [15]. An zwei Tagen werden die wichtigsten Informationen dieser Gebiete zusammengefasst vermittelt, die Kosten betragen zwischen 175 und 275 €. In Schleswig-Holstein wurde in der Vergangenheit ein zweitägiges Seminar für Wiedereinsteigende angeboten [107]. Alle sieben genannte Wiedereinstiegsseminare unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Länge und Struktur sehr von genannten Angeboten im internationalen Raum. Im internationalen Raum wird häufig viel Zeit in einzelne Wiedereinstiegs-kandidaten investiert und diese werden individuell auf ihrem Weg zurück in die Klinik begleitet.

Der Erfolg der Wiedereinstiegsseminare wird auch in Deutschland untersucht. Der „Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall“, der von der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin angeboten wird, hat seine Wurzeln im Jahre 1972. Nach einer zwölfjährigen Pause wurde das Konzept 1990 als „Rückführungskurs für Ärztinnen“ erneut aufgegriffen und positiv evaluiert [52]. Dorsel et al. evaluieren das Wiedereinstiegsseminar in Westfalen-Lippe [46]. Steinhäuser et al. zeigten in ihrer Studie über Wiedereinstiegsseminare in Bayern 2015 den Erfolg dieser Seminare auf [136].

Als weiteres Konzept bieten andere Landesärztekammern zwar keine Wiedereinstiegsseminare, die speziell auf Ärzt*innen nach einer Berufspause ausgelegt sind, an. Sie weisen im Fortbildungsangebot jedoch auf mögliche interessante und hilfreiche Kurse für Wiedereinsteigende hin. Im Fortbildungskalender der Landesärztekammer Niedersachsen werden Wiedereinsteigende speziell auf einen Kurs zur Blutentnahme und Wundversorgung aufmerksam gemacht [12]. Bei den Angeboten der hessischen Landesärztekammer gibt es eine Übersicht mit allen Seminaren, die auch für Wiedereinsteigende empfehlenswert erscheinen, dazu gehören unter anderem „Notfallmedizin machbar machen“ oder ein „EKG-Kurs“ [98].

Im Saarland werden für vertragsärztliche Wiedereinsteigende Anreize geschaffen, indem Hospitationen finanziell unterstützt werden. Ärzt*innen können bei einer Hospitation im ambulanten Bereich bis zu sechs Monate gefördert werden. Davon profitieren sowohl Berufswiedereinsteigende, als auch Praxen, da das Geld zwischen beiden Parteien aufgeteilt wird. Ein ähnlicher Ansatz findet sich in Baden-Württemberg mit der Kampagne „Neue Ärzte braucht das Land“. Für eine maximal dreimonatige Hospitation wird die Praxis finanziell unterstützt [74].

Ein weiteres Konzept ist die Vermittlung von Mentor*innen. Auf der Homepage der Ärztekammer Schleswig-Holstein finden sich unter der Rubrik „Wiedereinstieg als Arzt oder Ärztin“ Ideen zur Realisierung eines beruflichen Wiedereinstiegs. Genannt wird hier auch die Möglichkeit, gegebenenfalls am Mentor*innenprogramm teilzunehmen, das aktuell zwischen berufserfahrenen Ärzt*innen und Ärzt*innen mit dem Wunsch nach beruflicher Veränderung vermittelt [10].

2.4.5 Zusammenfassung des Forschungsstands

Während die Literatur zu Gründen für einen Ausstieg aus dem Beruf als Ärzt*in einige Ergebnisse liefert, finden sich wenige Arbeiten zu den Themen „Gründe für einen

Wiedereinstieg“ und „Barrieren des Wiedereinstiegs“. In den USA werden einige Konzepte von Wiedereinstiegsseminaren beschrieben und ihr Erfolg in Studien dargelegt. Es fehlt jedoch eine einheitliche Struktur, an der sich Wiedereinsteigende orientieren könnten. Auch in Deutschland finden sich einige Angebote für Wiedereinsteigende, jedoch nicht in jedem Bundesland, und die Datenlage zu diesen ist ebenfalls überschaubar. Obwohl ein großes Potential an nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen in Deutschland vorhanden ist, gibt es über diese Zielgruppe insgesamt sehr wenige Informationen.

2.5. Fragestellung

Die Analyse eines Wiedereinstiegsseminars in Bayern ergab, dass 69% nach Besuch des Seminars wieder ärztlich tätig sind [136]. Doch was ist mit den Ärzt*innen, die nicht wieder ärztlich tätig sind? Warum gelingt manchen der Wiedereinstieg und wodurch werden andere letztlich gehindert? Was könnte diesen Teilnehmenden auf dem Weg zurück in den Beruf helfen?

Die Frage, wie sich der Besuch eines Wiedereinstiegsseminars auf den Entscheidungsprozess auswirkt und welchen Stellenwert er hat, ist ebenfalls nicht hinreichend geklärt. Ergebnisse zu diesen Fragen könnten zukünftig ein wesentlicher Baustein bei der Entwicklung flächendeckender Programme zur Erleichterung des Wiedereinstiegs darstellen und damit einen weiteren Beitrag zur Bekämpfung des Ärzt*innenmangels leisten.

Mit diesen Fragestellungen setzt sich diese Arbeit auseinander. Die Hauptfrage, der auf den Grund gegangen werden soll, lautet:

Welche hemmenden und fördernden Faktoren (Determinanten) beeinflussen die Entscheidung, eine ärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen zu wollen?

Mitberücksichtigt werden sollen bei der Exploration des Themengebiets außerdem folgende „Nebenfragen“:

Aus welchen Gründen wurde mit der ärztlichen Tätigkeit pausiert?

Wann ist die Entscheidung zum Wiedereinstieg gefallen und welchen Stellenwert hat das Wiedereinstiegsseminar bei der Entscheidungsfindung?

Welche Empfehlungen für die Rückgewinnung von Ärzt*innen in die praktische ärztliche Tätigkeit lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

3. Methodik

3.1. Studiendesign

Für die vorliegende Studie wurde ein qualitatives Design gewählt. „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus, aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al., 2015, S.14). Der Einsatz von qualitativen Studien „ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs [...] geht“ (Flick et al., 2015, S.25). Es geht nicht darum, eine zahlenmäßige Wirklichkeit abzubilden, viel mehr sollen durch einen offenen Zugang an den Forschungsgegenstand Hypothesen generiert werden [54]. Zur Auswertung qualitativer Studien kann aus einem breiten Spektrum an Analysetechniken gewählt werden. Eine häufig angewandte Technik ist die Inhaltsanalyse nach Mayring. Sie bietet eine gute Möglichkeit der systematischen Auswertung von Kommunikationsmaterial [106]. Mayring verbindet die Offenheit qualitativer Forschung mit den systematischen und überprüfbaren Auswertungsmethoden quantitativer Forschung [103]. Dabei steht die Bildung von Kategorien im Zentrum. Nach der Erhebung des Datenmaterials wird dieses schrittweise ausgewertet und in einem iterativen Prozess entsteht ein Kategoriensystem.

In der qualitativen Forschung werden Daten auf ganz unterschiedliche Weise erhoben. Beispiele dafür sind Interviews (narrative Interviews, Leitfadeninterviews), Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtung, Ethnomethodologie oder die Sammlung von Dokumenten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit geschah die Datenerhebung mittels Einzelinterviews am Telefon. Einzelinterviews wahren eine private Gesprächsatmosphäre ohne Gruppendruck. Dadurch schaffen sie Raum für persönliches Nachfragen. Bei den Telefon-Interviews handelt es sich um halbstrukturierte Interviews. Anhand eines zuvor erstellten Leitfadens werden offene Fragen gestellt, deren Reihenfolge individuell an den Gesprächsverlauf angepasst wird, sodass eine natürliche Gesprächsatmosphäre entstehen kann. Durch wenige Unterbrechungen der interviewten Person hat diese die Möglichkeit, ein authentisches Bild ihres Erlebten zu zeichnen.

Im Rahmen der Arbeit werden die COREQ-Richtlinien zur Berichterstattung über qualitative Forschung berücksichtigt. Dabei handelt es sich um 32 Kriterien, deren Erscheinen in der Arbeit zu einer besseren Qualität und Vergleichbarkeit von qualitativer Forschung beiträgt [143].

3.2. Leitfaden

3.2.1. Entwicklung

Es wurde ein Leitfaden erarbeitet, anhand dessen die halbstrukturierten Telefon-Interviews geführt wurden. Der Leitfaden, der sich aus mehreren Leitfragen zusammensetzt, entstand in mehreren Schritten. Zunächst wurde der Stand der Forschung zum Thema recherchiert und ein erster Entwurf der Leitfragen erstellt. Dieser wurde von zwei Forschenden mit Erfahrungen zu Wiedereinstiegsseminaren kommentiert² und anhand dieser überarbeitet.

Um gezielter auf die persönliche Situation der einzelnen Interviewteilnehmenden eingehen zu können, wurden zwei Leitfaden erstellt. Je nach Angabe der Gesprächspartner*innen wurde vor Beginn des Interviews entweder der Leitfaden für „ärztlich wieder tätige“ oder der für „ärztlich nicht wieder tätige Ärzt*innen“ als Gesprächsgrundlage herangezogen. Diese beiden Versionen unterscheiden sich in wenigen Formulierungen und Fragen und befinden sich im Anhang.

Es handelt sich um offene Fragen, deren Beantwortung einen differenzierteren Einblick in die Erfahrungen und Sichtweisen der einzelnen Teilnehmenden ermöglichen. Durch die halbstrukturierte Form der Interviews erhält man Informationen über subjektive Erfahrungen und Sichtweisen. Der Person, die die Interviews führt, bietet sich die Möglichkeit, gezielt auf einzelne Antworten einzugehen, und so eine natürliche Gesprächssituation entstehen zu lassen. Ein weiterer Vorteil dieser Form liegt darin, dass auf Themen, die von höherem Interesse scheinen, in besonderer Tiefe eingegangen werden kann. Diese Möglichkeit des gezielten Nachfragens erhöht die inhaltliche Validität der Interviews [71]. Die im Leitfaden festgelegte Reihenfolge der Leitfragen dient dabei der Orientierung. Um den natürlichen Gesprächsverlauf nicht zu unterbrechen, können Fragen entsprechend umgestellt werden.

3.2.2. Probeinterviews

Es wurden zwei Probeinterviews durchgeführt. Diese dienten einerseits der Überprüfung, ob die Fragen verständlich sind, andererseits erhielt die Interviewerin ein Feedback zu ihrer Gesprächsführung. Die Leitfragen erwiesen sich als ausreichend klar formuliert und der Leitfaden wurde nicht verändert. Die Art der Interviewführung wurde besprochen und verbessert.

² darunter die Verantwortliche der Wiedereinstiegsseminare der Bayerischen Landesärztekammer

3.3. Durchführung

3.3.1. Rekrutierung

Im Rahmen einer früheren Studie waren alle 215 Ärzt*innen, die zwischen 2010 und 2013 an einem Wiedereinstiegsseminar der Bayerischen Landesärztekammer teilgenommen hatten, eingeladen worden, an einer Befragung teilzunehmen [136]. Dieses Sample wurde im April 2015 erneut von der Bayerischen Landesärztekammer angeschrieben und zur Teilnahme an der vorliegenden qualitativen Studie eingeladen. In die Studie eingeschlossen wurden alle, die die Einwilligungserklärung unterschrieben zurückgesendet hatten. Das gewährleistete das Mindestalter von 18 Jahren und die Erfahrung mit dem Thema Wiedereinstieg. Ein weiteres Einschlusskriterium war das Beherrschen der deutschen Sprache. Im Anschreiben befanden sich eine Erklärung zum Datenschutz, Fragen nach Angaben zur eigenen Person, sowie eine Einwilligungserklärung. Diese Formulare sollten bei Interesse für eine Teilnahme an der Studie ausgefüllt bzw. unterschrieben und zurückgesendet werden. Alle Formulare befinden sich im Anhang. Es wurde einmalig ein Erinnerungsschreiben versendet.

3.3.2. Wiedereinstiegsseminar Bayern

Im Rahmen dieser Arbeit wurden ehemalige Teilnehmende eines Wiedereinstiegsseminars, das von der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführt wird, interviewt. Zum besseren Verständnis werden Hintergrund und Aufbau des Seminars näher erläutert.

Das einwöchige Seminar wird seit 2003 von der Bayerischen Landesärztekammer angeboten und einmal pro Jahr in München durchgeführt. Es bietet auch Migrant*innen die Möglichkeit, das deutsche Gesundheitssystem kennenzulernen. Das Seminar beginnt morgens um 9.00 Uhr und endet etwa gegen 18.00 Uhr. Eine Kinderbetreuung wird gewährleistet.

Schwerpunkt des Seminars sind medizinisch-fachliche Themen. Weniger Zeit gewidmet wird betriebswirtschaftlich-juristischen Themen, Kommunikation, Work-Life-Balance und der Möglichkeit, Expert*innen zu selbst gewählten Themen zu befragen.

3.3.3. Ablauf

Nach Eingang der Einwilligungserklärungen folgten die Terminabsprachen für die Telefon-Interviews. Die Teilnehmenden konnten auf ihrer Einwilligungserklärung angeben, ob sie bevorzugt telefonisch oder via E-Mail kontaktiert werden wollten. Entsprechend ihres

Wunsches wurden sie zur Terminvereinbarung angerufen bzw. angeschrieben. Im Rahmen der Terminfindung wurden die Teilnehmenden darum gebeten, für die Durchführung des Interviews für eine ruhige Umgebung zu sorgen, um die Qualität der Tonaufnahmen nicht zu gefährden. Am Vorabend des Interviews wurden die Teilnehmenden via E-Mail an den Termin erinnert und erneut um eine ruhige Umgebung gebeten. Die Telefon-Interviews wurden im Juli und August 2015 durchgeführt. Zu Beginn des Gesprächs wurde das Einverständnis für die Aufzeichnung eingeholt, bevor das Gerät eingeschaltet wurde. Die Eröffnungsfrage war bei allen Teilnehmenden dieselbe, ab dann folgte das Gespräch dem natürlichen Verlauf. Die Leitfragen wurden je nach angesprochenem Thema entsprechend gestellt.

3.4. Datenanalyse

3.4.1. Pseudonymisierung und Transkription

Nach der Erhebung der Interviews wurden die Teilnehmenden pseudonymisiert. Dabei wurden Kennzeichnungen T1 - T28 vergeben. Alle 28 Telefon-Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und gespeichert. Diese Art der Datenaufzeichnung bietet die Grundlage für eine Analyse, die nahe entlang des tatsächlichen Materials stattfindet. Andere Möglichkeiten, die Daten aufzuzeichnen, sind Gedächtnisprotokolle. Diese wurden zwar während der Interviews zusätzlich als Gedächtnisstütze für einen flüssigen Gesprächsverlauf angefertigt, für die Analyse jedoch wurden einzig die transkribierten Tonaufzeichnungen herangezogen.

Unter Transkription wird die Verschriftlichung menschlicher Kommunikation verstanden [100]. Transkriptionsregeln definieren akzeptable Verluste des Originalmaterials. Sie vereinfachen den Arbeitsschritt der Transkription und sorgen für eine einheitliche Darstellung des Materials. Diese einheitliche Darstellung erleichtert die Analyse. Die Nachvollziehbarkeit wird durch Transkriptionsregeln begünstigt. Es gibt verschiedene Konzepte, entscheidend ist unter anderem die Orientierung an der Zielsetzung der Arbeit. Entsprechend können beispielsweise Dialektfärbungen übernommen oder ins Schriftdeutsch übersetzt werden. Zur wörtlichen Transkription der im Rahmen dieser Arbeit aufgezeichneten Interviews dienten die Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck. Sie nennen sowohl Anhaltspunkte für eine einheitliche Schreibweise, als auch Regeln zur Transkription selbst. Diese Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang.

3.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Im Anschluss an die Datenerhebung erfolgte die Analyse entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [105]. Diese Methode ermöglicht eine systematische Annäherung an die Forschungsfrage.

Als beschriebene Techniken dieser Analyse unterscheidet man die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Diese Elemente werden häufig kombiniert angewendet. Die Zusammenfassung dient dazu, umfassendes Material so zu verringern, dass das Grundgerüst des Gesamtmaterials und die entscheidenden Inhalte erhalten bleiben. Dies gelingt durch Kürzung auf inhaltstragende Aussagen und Abstraktion der einzelnen Textteile. Werden bei der Zusammenfassung bestimmte Bestandteile fokussiert, spricht man von „induktiver Kategorienbildung“ [103]. Explikation bedeutet die Erklärung der zu analysierenden Textstelle in ihrem Kontext. Man unterscheidet zwischen einem engen Kontext, bei dem die Textstelle in den gesamten erhobenen Text eingeordnet wird, zum Beispiel das ganze mit dieser Person geführte Interview, und einem weiten Kontext. Bei letzterem werden Informationen, die über den erhobenen Text hinausgehen, wie etwa Informationen über die Entstehung des Textes, herangezogen [103]. Mithilfe der Strukturierung wird eine bestimmte Struktur aus dem Material herausgearbeitet. Im Unterschied zur Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung ist hier das Kategoriensystem bereits vorgegeben. Anhand dessen kann der Text strukturiert werden. Es handelt es sich um „inhaltliche Strukturierung“ bzw. deduktive Kategorienbildung. Neben der inhaltlichen Strukturierung gibt es außerdem die formale, die typisierende und die skalierende Strukturierung.

Mayring empfiehlt diese drei Analysetechniken abhängig von der Fragestellung und dem Material anzuwenden. Dabei sind nicht zwingend alle drei zu verwenden [103].

3.4.3. Kategorienbildung

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring steht die Kategorienbildung. Man unterscheidet zwei Arten: die deduktive und die induktive Kategorienbildung. Diese werden bevorzugt kombiniert angewendet. Auch bei der vorliegenden Arbeit wurde das Kategoriensystem sowohl deduktiv, als auch induktiv erstellt.

Bei der deduktiven Kategorienbildung existiert eine Fragestellung mit Hilfe derer das Material ausgewertet wird. Vorab werden anhand des theoretischen Hintergrunds Leitfragen erstellt, die dann die Basis für diese Art der Kategorienbildung darstellen. Während der Analyse des Materials wird diese Fragestellung laufend überprüft und angepasst.

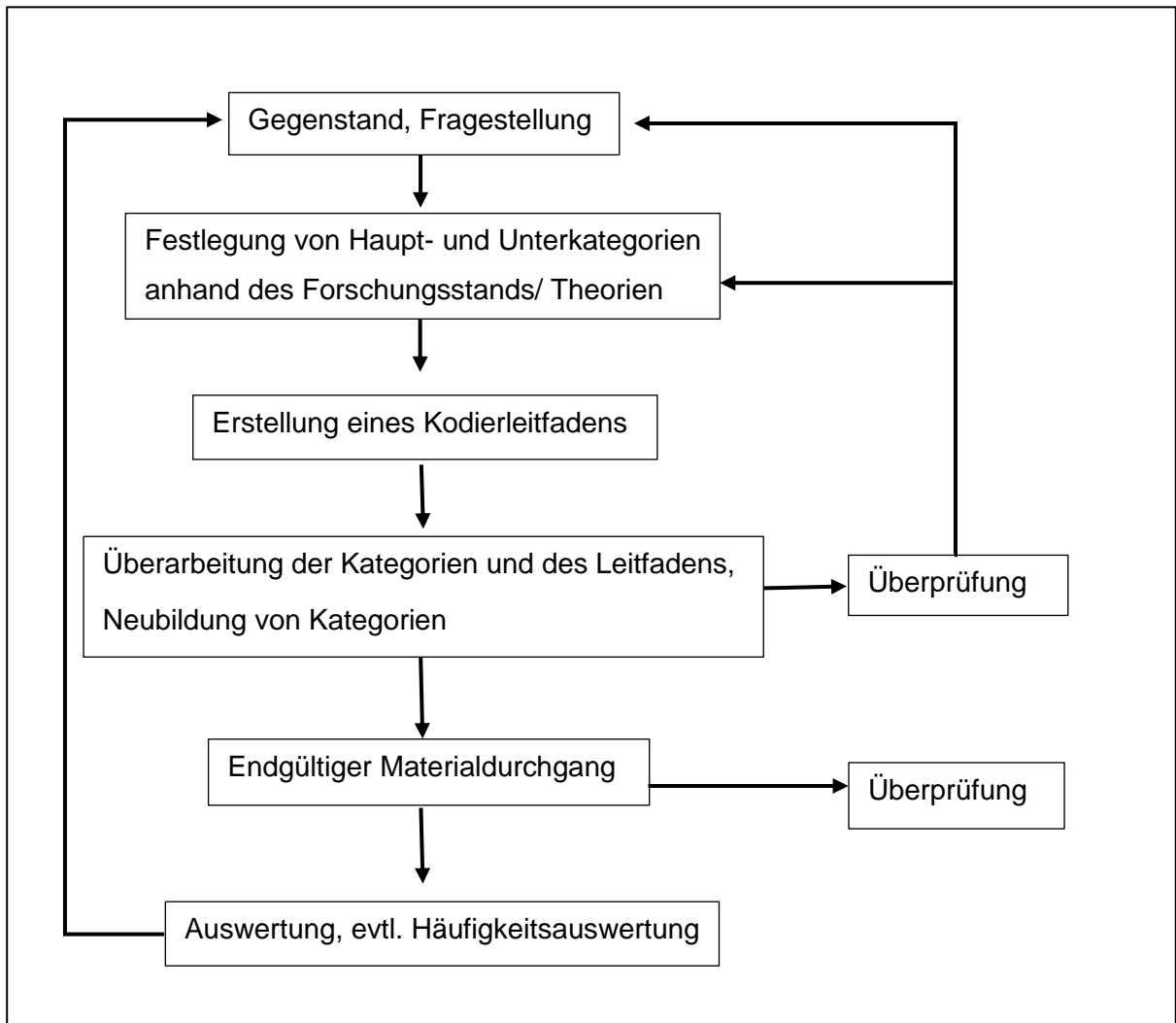


Abbildung 1: Deduktive Kategorienbildung nach Mayring 2000, eigene Darstellung [104]

Bei der induktiven Kategorienbildung hingegen gibt es keine vorab formulierten Untersuchungsziele. Die Analyse und Formulierung der Kategorien ist ergebnisoffen und erfolgt direkt aus dem Ausgangsmaterial heraus. Auch hier werden die herausgearbeiteten Kategorien in einem iterativen Prozess überprüft und gegebenenfalls angepasst.

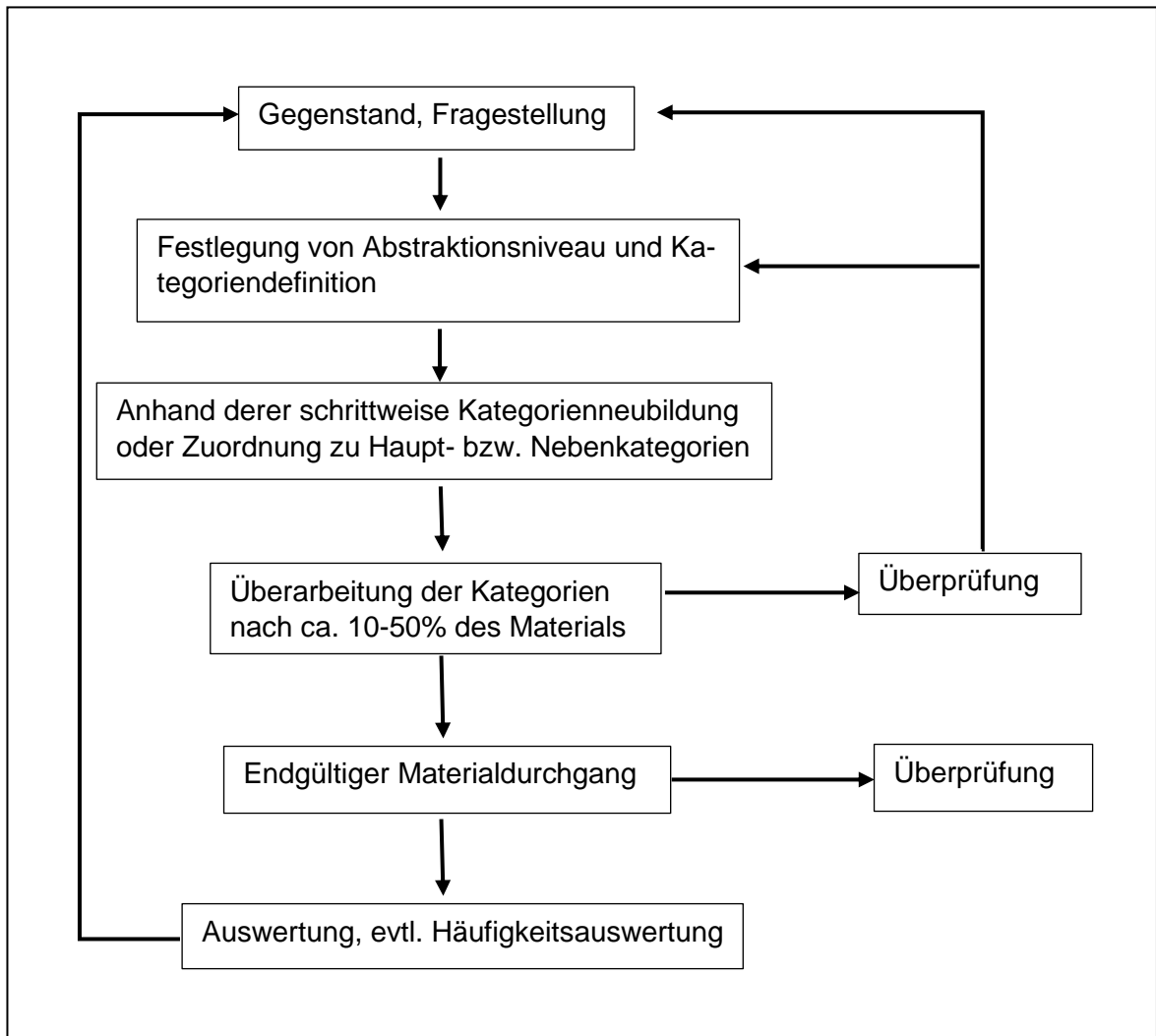


Abbildung 2: Induktive Kategorienbildung nach Mayring 2000, eigene Darstellung [104]

Die induktive Kategorienbildung gelingt im Rahmen einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Das Ziel „ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2015b, S.67). Mithilfe der sogenannten Z-Regeln („Zusammenfassung“) zusammenfassender Inhaltsanalysen wird das Ausgangsmaterial auf das Wesentliche reduziert. In mehreren Schritten wird es durch Paraphrasierung, Abstrahierung und Streichung zusammengefasst [103]. Diese Schritte der Zusammenfassung werden festgelegt und die Analyseeinheiten bestimmt. Analyseeinheiten gliedern sich in Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten. Dabei ist eine Kodiereinheit der kleinste Textbestandteil, der ausgewertet, sprich einer Kategorie zugeordnet wird. Im Fall der vorliegenden Arbeit ist eine einzelne inhaltliche Aussage einer interviewten Person eine Kodiereinheit. Kontexteinheiten legen den größten Textteil fest, der einer Kategorie zugeordnet werden kann. Hier ist das die Menge aller Textteile, die sich auf eine Leitfrage beziehen. Die

Auswertungseinheit ist das gesamte Material, weil das endgültige Kategoriensystem aus allen Interviews gespeist wird. Nun folgt die Paraphrasierung, in der es darum geht, die inhaltstragenden Textteile herauszufiltern, indem überflüssiges und ausschmückendes Material gestrichen wird. Die belassenen Textteile werden grammatikalisch kurzgefasst und auf ein einheitliches Sprachniveau gebracht. Diese sollen nun auf ein einheitliches Abstraktionsniveau gehoben und entsprechend zusammengefasst werden.

In einem weiteren Schritt werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen und zusammengefasst. Gegebenenfalls werden die Textteile weiter gebündelt und auf ein höheres Abstraktionsniveau gehoben.

Das schrittweise entstandene Kategoriensystem wird anhand der anfangs gebildeten Paraphrasen auf seine Vollständigkeit überprüft. Tauchen diese nicht mehr im Kategoriensystem auf, muss es erneut überarbeitet und ergänzt werden.

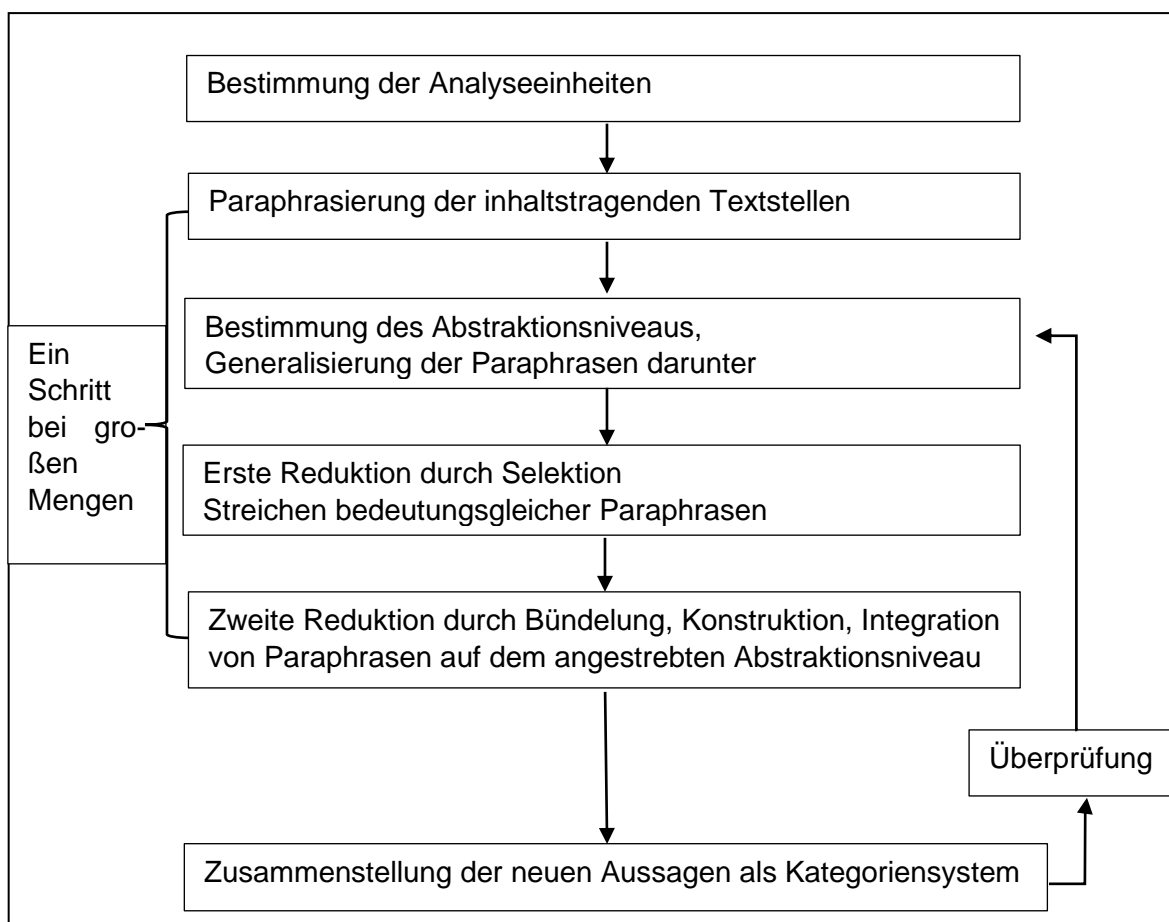


Abbildung 3: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring 2015b, eigene Darstellung

Eine detaillierte Beschreibung der Z-Regeln zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalysen befindet sich im Anhang.

Die Aussagen der Interviewteilnehmenden wurden deduktiv theoriegeleitet durch die Leitfragen Kategorien zugeordnet. Im Prozess der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden diese durch induktiv gebildete Kategorien ergänzt. Mayring schlägt bei großem Materialumfang vor, manche Schritte zusammenzufassen und gibt an, dass es schwer umsetzbar ist, alle inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren [103]. Da bei der vorliegenden Arbeit große Materialmengen anfallen, wurden Analyseschritte zusammengefasst. Zuerst wurden inhaltstragende Textstellen farblich markiert anstatt sie zu paraphrasieren. Neben der Zeitersparnis bietet diese Hervorhebung der inhaltstragenden Textstellen den Vorteil, dass ursprüngliche Aussagen zunächst in ihrer Originalfassung erhalten bleiben. Erst in einem weiteren Schritt wurden diese zusammengefasst und anschließend auf eine einheitliche Sprachebene gebracht. So entstanden schrittweise neue Kategorien. Waren neue Textabschnitte bereits in den bisherigen Kategorien enthalten, wurden sie direkt den Kategorien zugeordnet. Nach Durchgang des Materials wurde das Abstraktionsniveau auf eine höhere Ebene gehoben und die Kategorien wurden weiter zusammengefasst.

Nach Fertigstellung des Kategoriensystems erfolgte ein Durchgang des gesamten Materials und die Überprüfung dahingehend, ob alle ursprünglichen Markierungen und Paraphrasen im Kategoriensystem repräsentiert sind.

Die Entstehung der Kategorien soll anhand eines Beispiels veranschaulicht werden: Das Originalzitat einer Studienteilnehmerin lautet: *„Und dann mit den Medikamenten hatte ich am Anfang Angst, weil da eben so viel an mir vorbeigegangen ist.“ (T08)* Eine mögliche Paraphrase dieser Aussage wäre: „Die Ärztin nannte Angst vor ihr unbekanntem Neuerungen in der Medizin.“ Neben der Angst vor Mangel an Fachwissen wurden andere Ängste genannt und alle wurden unter dem Code „Angst“ zusammengefasst. „Ängste“ wurden der Hauptkategorie „Hemmende Faktoren der Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit“ zugeordnet. Diese umfasst zwei Unterkategorien: Innere und äußere Faktoren, wobei „Ängste“ den inneren Faktoren zugeordnet wurden.

Um den Gütekriterien der qualitativen Forschung, insbesondere der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit, gerecht zu werden, erstellten zwei an der Studie Beteiligte unabhängig voneinander Haupt- und Unterkategorien [137]. Die daraus entstandenen Kategorien wurden diskutiert, verglichen und in einem neuen Kategoriensystem zusammengefasst. Dieses befindet sich im Anhang.

3.5. Ethikantrag

Im April 2015 wurde dem Ethikantrag zu dieser Studie mit dem Aktenzeichen 15081 durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck zugestimmt. Das Votum der Ethikkommission befindet sich im Anhang.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobe

Von 215 ehemaligen Seminarteilnehmenden hatten sich 29 zurückgemeldet (13,5%). 28 nahmen an der Studie teil. Mit einer Person konnte kein gemeinsamer Termin für das Interview gefunden werden. Die Mehrheit war weiblich (89%). Das Alter der Teilnehmenden betrug zum Zeitpunkt der Studie im Mittel 53 Jahre. Alle Studienteilnehmenden waren nach Abschluss des Studiums irgendwann ärztlich tätig gewesen. Acht Teilnehmende gaben an, aktuell nicht ärztlich tätig zu sein, die anderen 20 hatten die praktische ärztliche Tätigkeit wiederaufgenommen. Die mittlere Dauer der beruflichen Pause betrug dreizehn Jahre. 16 der Studienteilnehmenden hatten im Rahmen des Wiedereinstiegs ihr Fachgebiet gewechselt.

Soziodemographische Variablen	n (%)	Mittelwert (Min / Max)
Geschlecht		
Weiblich	25 (89)	
Männlich	3 (11)	
Facharztwechsel*		
Ja	16 (57)	
Nein	12 (43)	
Ärztliche Tätigkeit		
Noch nie	0 (0)	
Aktuell nicht	8 (29)	
Ja	20 (71)	
Alter		53 (39 / 58 Jahre)
Länge der Berufspause		13 (0 / 26 Jahre)
*Änderung der Fachrichtung nach dem Wiedereinstieg in den Beruf		

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der Studienteilnehmenden

Die durchgeführten Interviews waren für jeweils 30 Minuten angesetzt und dauerten im Schnitt 35 Minuten (zwischen 19 und 50 Minuten). Das transkribierte Material umfasst 300 Seiten.

4.2. Ergebnisse der Interviewauswertung

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Kategoriensystems dargestellt, das wie im vorigen Kapitel beschrieben, deduktiv und induktiv erstellt wurde. Die Haupt- und Unterkategorien werden mithilfe von passenden Zitaten veranschaulicht und belegt. Das Kategoriensystem befindet sich im Anhang. Der Umfang des Kategoriensystems zeigt die große Vielfalt der Ergebnisse.

4.2.1. Grund für die Berufspause

Warum geben Ärzt*innen ihre praktische ärztliche Tätigkeit überhaupt auf? Dieser Frage wurde im Rahmen der Interviews nachgegangen. Es gab innere und äußere Faktoren, die eine Berufspause herbeiführten. „Äußere“ Faktoren beschreiben die Gründe, die die Studienteilnehmenden von außen beeinflussten, zum Beispiel ein Umzug. Wenn von einer Motivation aufgrund „innerer“ Faktoren die Rede ist, ist damit eine Haltung, eine Erinnerung oder ein Gefühl gemeint.

4.2.1.1. Äußere Faktoren

Familie

Als äußerer Faktor ist zunächst die „Familie“ zu nennen, deren Gründung häufig den Beginn einer beruflichen Pause markierte. *„Und [ich] hatte eine Möglichkeit gehabt, anzufangen in der Psychiatrie [...] und dann habe ich mich aber, sozusagen dem Schicksal seinen Lauf gelassen und habe gedacht, wenn ich jetzt schwanger werde, dann ist das auch eine Entscheidung, da war ich dreißig und dann wurde ich sofort schwanger und dann war es irgendwie klar, dass zuerst einmal diese Kinderphase kommt.“* (T16) Während einige Mütter mit ein oder zwei Kindern die ärztliche Tätigkeit in Teilzeit weiterführten, wurde die ärztliche Tätigkeit ab dem Dritten häufig niedergelegt: *„Ja, [überlegendes Geräusch] irgendwann war mein Jüngster unterwegs und das war dann der Grund, wieder aufzuhören. Mit drei kleinen Kindern geht das einfach nicht.“* (T13) Die Betreuung kranker Kinder ließ eine gleichzeitige

Beschäftigung nicht zu: *„Und das waren etwas turbulente Jahre, weil der Jüngste Down-Syndrom gehabt hat mit Hirschsprung und vielen Krankenhausaufenthalten.“* (T04)

Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation wurde als Grund für eine Berufspause genannt. In einer Partnerschaft war die Finanzierung *einer* Karriere möglich, während keine zweite Karriere hätte finanziert werden können. So führte die finanzielle Situation zu einem Karriereverzicht: *„Und [...] der Vater von diesen Kindern hatte eine Vollzeitstelle, selbstständig in einer Allgemeinarztpraxis und es war mit großen Investitionen und so. Und das war auch überhaupt nicht möglich diese Aufteilung zu machen, weil sonst hätte man das irgendwie nicht finanzieren können.“* (T07)

Versicherung

Ein äußerer Faktor, der die Berufspause fixierte, waren finanzielle Anreize durch die private Krankenversicherung. Ein gewisser Betrag an Eigeneinkünften durfte nicht überschritten werden, um sich nicht selber versichern zu müssen. Dies führte dann dazu, eher nicht zu arbeiten: *„...weil ich auch noch das Problem habe, dass mein Mann als Arbeitsmediziner beim Staat arbeitet. Das heißt, ich hätte entweder nur sehr wenig eigenständig verdienen dürfen, um in der privaten Versicherung zu bleiben, oder ich hätte horrend viel verdienen müssen. Und beides war irgendwie an der Realität vorbei.“* (T02)

Berufliches soziales Umfeld

Ein weiterer äußerer Faktor, der eine Berufspause begünstigte, war das soziale Umfeld im Beruf. Das Gefühl sozialer Isolation führte dazu, nicht mehr zu arbeiten. *„Und dann war ich halt so mutterseelenalleine in der Klinik und [...] es wusste niemand mit mir was anzufangen und ich wusste mit den anderen auch nichts anzufangen, das hat schon auf Gegenseitigkeit beruht. Und es war aber auch kein Angebot, dass man gesagt hätte: ‚Okay, da wäre ein Bereich, wo ich arbeiten könnte.‘ Ja. Da war einfach auch Desinteresse.“* (T15) Schwierige Verhältnisse im Kollegium begründeten ebenfalls den Beginn einer Berufspause: *„Ich hatte dann nach, nachdem es einfach immer mehr Arbeit war [...], hatte ich mir einen Kollegen reingenommen. Dieser Kollege, der entpuppte sich schlicht und einfach als unmöglich, da fiel es mir natürlich leicht, die andere Hälfte zu verkaufen, bevor ich da irgendwie in die Bredouille gekommen bin.“* (T19)

Zeitliche Arbeitsbedingungen

Konnten Arbeitszeiten nicht eingehalten werden, zum Beispiel im Rahmen einer Teilzeittätigkeit, trug das ebenfalls zum Pausieren des Berufs bei. *„Da waren die Bedingungen so,*

dass meine Halbzeittätigkeit, wenn ich dann um halb vier gegangen bin statt um, ich weiß nicht, um halb eins, und dann ist man noch dumm angeredet worden, weil man schon geht. Oder auch so, dass einfach bestimmte Besprechungen sind dann abends auf halb sechs gelegt worden und so: ‚Ja, du bist ja nie da.‘ Oder so und ja. Das heißt, ich habe im Prinzip dann auch ganztags gearbeitet.“ (T15)

Wohnortwechsel

Einige Seminarteilnehmende nannten einen Wohnortwechsel als weiteren äußeren Grund für eine Berufspause. Darunter fielen sowohl Emigration, als auch ein Umzug innerhalb Deutschlands. *„Und da habe ich dann versucht, wieder eine Stelle zu kriegen. Und das war extrem schwierig, weil ich war dreißig und verheiratet. Und da als Frau eine Stelle zu kriegen in der Klink, war quasi unmöglich.“ (T21)* Im Zusammenhang mit einem Ortswechsel wurde vor allem der Verlust des aufgebauten medizinischen Netzwerks der Heimat genannt. *„Ja, mein Hauptproblem war eigentlich, dass ich als Österreicherin, die dort studiert hat und dort gearbeitet hat, dass ich überhaupt keine medizinischen Kontakte kannte.“ (T04)* Auch die Planung längerer Aufenthalte im Ausland führten zum Einlegen einer Berufspause. *„Dass es einfach mich interessiert hat mal ins Ausland zu gehen. Also das war dann einfach deutlich größer als der Wunsch, jetzt jeden Tag in die Praxis zu gehen und ehrlich gesagt Patienten zu behandeln.“ (T19)*

Stellensituation

Eine geringe Verfügbarkeit ärztlicher Stellenangebote trug ebenfalls zu Berufspausen bei. Seminarteilnehmende gaben an, dass ihnen gekündigt wurde und sie danach keine neue Stelle suchten oder fanden. Verträge, die nicht verlängert wurden, führten zum Einlegen einer Berufspause: *„Naja, ich habe ganz normal im Krankenhaus gearbeitet, habe Krankenhausdienste gemacht, also ganz, ganz klassisch und es war, dadurch, dass man jetzt seine Kurzverträge nur hat, was das auch klar, dass mein Kurzvertrag ausläuft und natürlich dann nicht verlängert wird, wenn ich wieder anfangen möchte. Also das war absehbar. [lacht]“ (T18)* Zu der Zeit, in der ein Großteil der Interviewteilnehmenden eine Berufspause begann, sprach man in Deutschland von einer „Ärzt*innenschwemme“. Es wurde kommuniziert, dass es zu viele Ärzt*innen für zu wenige Stellen gab. Einige Teilnehmende gaben diese „Ärzt*innenschwemme“ als Grund für ihre Berufspause an. Die Stellensuche im Anschluss an das Studium blieb erfolglos. Auch die besondere Situation des „Arzt im Praktikums“ (AiP) bedeutete erschwerte Bedingungen bei der Stellensuche: *„Und dann war es so, das hat sich da aber schon abgezeichnet, dass dann diese Art von Praktikumszeit kommt und damit war es so, dass jemand wie ich praktisch überhaupt keine Chance am*

Arbeitsmarkt mehr hat, weil die AiPler ein Drittel kosten und das Gleiche können. Also warum soll man einen vollapprobierten Arzt nehmen?“ (T28)

4.2.1.2. Innere Faktoren

Karriereverzicht zugunsten der Familie

Schwangerschaften oder die Geburt von Kindern läuteten oft eine Berufspause ein. Die Pause wurde jedoch nicht nur mit organisatorischen Faktoren begründet, etwa um eine Betreuung der Kinder zu gewährleisten. Einige Frauen nannten ihren Wunsch nach und die innere Bereitschaft zum Karriereverzicht zugunsten der Familie als entscheidenden Grund. *„Das war für mich irgendwie klar, mein Schwerpunkt ist Psychotherapie und irgendwie hatte ich so für mich das Bild, ich rede mit meinen Patienten über deren frühkindlichen Verlust oder Traumata oder sonstwas und da habe ich gedacht, das passt dann für mich nicht.“ (T16)* Viele Frauen erklärten, ganz bewusst auf die Ausübung des Berufs verzichtet zu haben, um sich vollständig der Familie widmen zu können: *„Ich bin eher jemand, das war aber von Anfang an klar, für mich steht die Familie im Vordergrund. Und nicht der Beruf.“ (T03)*

Überforderung im Beruf

Negatives Erleben des Berufs, etwa ein Gefühl der ständigen Überforderung während der Arbeitszeit, war ein weiterer innerer Faktor, der zur Berufspause beitrug. Die Anforderungen und Bedingungen des Berufs wurden als so belastend empfunden, dass sie vereinzelt dazu führten, die Familienplanung zu ändern. Eine Schwangerschaft diente als Ausweg aus der Klinik. *„Für mich war der Zeitpunkt Jetzt, weil ich da einfach nicht mehr sein wollte und ich wollte sowieso, also wir wollten sowieso ein zweites Kind. Nur mein Mann hätte vielleicht noch ein Jahr gewartet oder zwei Jahre gewartet bis zum nächsten Kind. Und ich wollte aber Jetzt und dann, ja, das hat nicht, da musste ich nicht lange jetzt mit ihm rumdiskutieren.“ (T01)*

Frustration über Patient*innenhaltung

Auch eine über die Jahre angestaute Frustration über die Anspruchshaltung der Patient*innen trug zum Pausieren des Berufs bei: *„Und wenn du das hörst, dann kriege ich schon so einen dicken Hals, und sage: ‚Um Gottes willen, wo sind wir denn jetzt hier gelandet?‘ In einem Land mit der besten Medizin wahrscheinlich, die es überhaupt gibt, der besten Versorgung und dann kommen solche Sprüche! Und das nicht nur einmal, sondern wirklich permanent, selbst meine Mutter, die jetzt über achtzig ist, sagt dann: ‚Die Ärzte, die finden nichts und die können nichts.‘ Da bleibt dir also wirklich die Spucke weg.“ (T19)*

4.2.2 Motivation, die ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen

Was motiviert Ärzt*innen dazu, nach einer kürzeren oder längeren Berufspause über einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit nachzudenken? Viele Interviewteilnehmenden gaben an, dass für sie bereits vor Beginn der Berufspause feststand, dass es keine endgültige Lösung sein sollte, sondern nur eine „Pause“. Ein Wiedereinstieg stand außer Frage. *„Und von daher war eigentlich immer die Option, dass ich mir gedacht habe, wenn die Kinder größer sind, dann will ich da mehr machen oder ich will wieder in meinen Beruf einsteigen. War immer so im Hintergrund, bloß, wie gesagt, man hat sich dann nicht getraut.“* (T21) *„Also, dass ich jemals wieder in den Beruf will, das war mir von Anfang an klar, also das war schon logisch, ich wusste nur nicht, wann es halt passt.“* (T27)

Die Motivation, wieder ärztlich tätig zu werden, kann ebenfalls in „innere“ und „äußere“ Faktoren unterteilt werden.

4.2.1.1. Äußere Faktoren

Abgeschlossene Familienplanung

Ein ausschlaggebender Faktor für den Gedanken an einen Wiedereinstieg war die abgeschlossene Familienplanung. *„Ich hatte dieses Kind, ich wollte vier Kinder, ich habe also mein Lebensziel im Prinzip mühsam erreicht, mit 38, oder fast 39 hatte ich ihn. Und dann hatte ich das Gefühl: Also jetzt bin ich dran.“* (T02)

Entlastete Familiensituation

Oft wurde der Kindergartenbeginn oder die Einschulung des jüngsten Kindes zum Anlass genommen, sich über eine Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit Gedanken zu machen. *„Ja, das war eigentlich, meine Kleine, ja die war dann im Kindergarten, vier, fünf, ja also um 2010 rum, wollte ich dann eigentlich ganz gerne mal [lacht].“* (T09) Die abgeschlossene Schulbildung der Kinder war ein fördernder Faktor. *„Das war auch der ausschlaggebende Punkt mit, dass meine Kinder dann jetzt aus der Schule draußen sind, also mein Mann, mein Sohn macht nächstes Jahr Abitur, meine Tochter hat schon Abitur gemacht, die studiert jetzt, sodass ich da auch flexibler bin und dafür dann auch genügend Zeit und Lust drauf habe, ja.“* (T23) Viele Frauen sprachen davon, dass im Lauf der Zeit deutlich wurde, dass die familiären Verpflichtungen nachließen und die Freizeit auch als Langeweile oder Unterforderung empfunden wurde *„Mei, als mein Jüngster vielleicht fünf Jahre alt war und ich gesehen habe, ich habe eigentlich zu viel Freizeit, und außerdem habe ich noch etwas anderes gelernt als putzen, ja, da war dann irgendwann so, ja ich hatte einfach wieder Zeit*

und das Bedürfnis in meinem Beruf zu arbeiten. Das habe ich ja immer gerne gemacht. Ich war auch gerne bei der Familie, aber irgendwann haben die immer mehr Nachmittagsschule und da sitzt man alleine zuhause.“ (T13) „Genau und dann auch das Bewusstsein, die Kinder werden größer, die brauchen mich auch zunehmend weniger dann irgendwann und dann ist aber auch für mich noch eine Zeit, wo ich wirklich auch noch berufstätig sein kann.“ (T22)

Berufstätige Mütter als positives Rollenmodell

Das positive Rollenbild anderer berufstätiger Mütter als Vorbild im eigenen Umfeld motivierte Teilnehmerinnen dazu, ihre eigene Rolle zu überdenken. Durch die Begegnung mit anderen Frauen, die trotz ihrer Kinder einer Arbeit nachgingen, spürten Ärztinnen das Bedürfnis, selbst wieder ärztlich tätig zu sein. *„Ja, also einerseits war es einfach so [...], dass eigentlich alle gearbeitet haben, muss man sagen. Also um die Mütter drumrum haben eigentlich wirklich, muss man fast sagen, gab es kaum Mütter, die nicht gearbeitet haben.“ (T26)*

Verschlechterung bisheriger Arbeitsbedingungen

Ein Teilnehmer hatte vor dem Wiedereinstieg in Deutschland als Pendler im Ausland ärztlich gearbeitet. Da sich die Arbeitsbedingungen dieser Stelle verschlechterten, war er motiviert, wieder in das deutsche Gesundheitssystem einzusteigen: *„Das Andere war, dass halt die Arbeitssituation, beziehungsweise die Reglementierung und die Arbeitsumstände sich so verändert haben, dass ich irgendwann gesagt habe: ‚Das kann ich nicht mehr so lange machen, wie ich eigentlich ursprünglich vorhatte nämlich bis zur Rente [...].‘ Sondern mir war klar, wenn ich das noch ein Jahr weiter mache, kriege ich einen Knall.“ (T10)*

Anstoß durch soziales Umfeld

„Auch auf Anraten einer Bekannten und vielleicht von mehreren Bekannten“ (T04) wurden Teilnehmende zur Berufswiederaufnahme motiviert.

Positive Wiedereinstiegserfahrungen im sozialen Umfeld motivierten Teilnehmende zur Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines Wiedereinstiegs in die ärztliche Tätigkeit. *„Also dann eben kam das mit diesem Wiedereinstiegsseminar, dass eben eine Freundin von mir, die das auch gemacht hatte, sagte: ‚Komm, versuch das doch mal, es ist auch nach so langer Zeit noch möglich.““ (T14) Der Artikel in einem Ärzteblatt über einen Wiedereinstieg gab neue Gedankenimpulse: *„Und dann habe ich gedacht, na also, das war jetzt zwar ein anderes Bundesland, aber wenn das dort möglich ist, warum sollte das dann hier nicht auch möglich sein?“ (T12)**

Stellenangebot

Mitunter waren diese Nachfragen aus dem Bekanntenkreis mit konkreten Stellenangeboten verknüpft, was auch zur Motivation beitrug, den Beruf wiederaufzunehmen: *„Naja, das war eben, da hatten wir Familienfeier, mein Sohn hatte Konfirmation, und ein Verwandter, [...] der ist Anästhesist und der hat diese Praxis mitaufgebaut und der hat mich einfach angesprochen, ob ich nicht Lust habe, das zu machen.“* (T01)

Auflage des Arbeitgebenden

Eine Teilnehmerin gab an, nur aufgrund der Auflagen des Arbeitgebenden (Bundeswehr) wiedereingestiegen zu sein: *„Wollen war ein bisschen schwierig, ich wäre gerne noch länger zuhause geblieben, muss ich gestehen. Aber da nach drei Jahren pro Kind einfach die Elternzeit abgelaufen ist und mein Arbeitgeber sagte: ‚So, wir wollen Sie gerne wieder haben.‘, habe ich die Schwierigkeiten mit meinem Mann auch überwunden, weil der auch gerne wollte, dass ich zuhause bleibe, und habe mit Teilzeit wieder angefangen.“* (T11)

Finanzielle Notwendigkeit

Die finanzielle Notwendigkeit war ebenfalls unter den ausschlaggebenden Motivationsfaktoren. Bei Scheidungen oder Insolvenz der Partner*innen musste ad hoc gehandelt werden. *„Also das war eine, die ganze Zeit ein Zwiespalt, und der wurde letztendlich, muss man sagen, nur dadurch gelöst, dass wir einfach einen finanziellen Notstand hatten, weil mein Mann sozusagen mit seiner Firma insolvent gegangen ist und dann klar war, jetzt muss irgendetwas passieren und das wollte ich ihm nicht alleine aufbürden und habe dann meine Ängste überwunden und habe angefangen, was sehr gut war.“* (T16)

„Meine Ehe ist ja dann in die Brüche gegangen von meinem Mann aus, und dann stand ich halt da, existentiell bedroht sozusagen und habe gedacht, ich muss jetzt irgendwie gucken, dass ich wieder da reinkomme, dass ich da überhaupt mich selber, sagen wir mal, später finanzieren kann und die Kinder.“ (T08) Neben dem Zwang zur Arbeit aufgrund existentieller Bedrohung diente auch die Aussicht auf finanzielle Entlastung durch ein zweites Gehalt mit als Motivation wieder einzusteigen. *„So allmählich kommen die Kinder in die Ausbildung, da ist es ganz nett, wenn ein bisschen mehr Geld da ist.“* (T13)

4.2.1.2. Innere Faktoren

Angst, den Anschluss zu verpassen

Frauen, die wegen der Familie ihren Beruf pausierten, hatten oft bereits nach kurzer Zeit Angst, den Anschluss an das System zu verlieren: *„...wo ich mir dann überlegt habe: Jetzt muss ich wieder anfangen, sonst ist der Abstand einfach noch zu groß.“* (T18) Diese Sorge motivierte Frauen dazu, mit dem Wiedereinstieg nicht allzu lange zu warten. Sie wurde durch die erlebte öffentliche Meinung verstärkt. *„Ach, mei, man hat sich halt, ich habe mir halt auch Angst machen lassen, was dann immer mal wieder rumschwirrt: Wenn man mal aus dem Beruf ist, kommt man nicht wieder rein und so Sachen, hat man ja damals schon immer wieder gehört.“* (T13)

Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung

Ein weiterer innerer Faktor war das Vermissen des sozialen Status, der mit dem Ärzt*innenberuf einherzugehen scheint. *„Ja, wenn ich die Frau Doktor bin, die in der Klinik arbeitet, habe ich ein wesentlich höheres, oder in der Praxis arbeitet, wesentlich höheres gesellschaftliches Ansehen, sowohl genossen, als auch hätte ich, als wenn ich sage, ja, also ich bin zu Hause. Ich bin Hausfrau, Mutter von fünf Kindern [...] Und [...] man hätte natürlich lieber wieder den höheren [lacht]. Und das ist vielleicht auch ein, so ein Randmotiv für mich gewesen.“* (T04)

Fehlende Bestätigung durch Arbeit

Damit verknüpft war die fehlende Bestätigung durch Arbeit. *„Reduziert auf dieses Mutterdasein“* (T28) spürten einige Interviewteilnehmerinnen das Bedürfnis, wieder arbeiten zu gehen. *„Und irgendwie war es natürlich auch so, dass mir zum Teil einfach die Kollegen und auch ein bisschen die Bestätigung durch den Beruf und die Arbeit, mal mit was anderem, hat mir einfach zunehmend gefehlt.“* (T04)

Wunsch, eigene Begabung einzusetzen

Eigene Fähigkeiten und Begabungen nicht nur im privaten Rahmen, sondern auch im Beruf wieder einbringen zu können, trug zur Motivation des Wiedereinstiegs bei. *„Wo ich letztendlich ja unter der Hand schon die ganze Zeit auch mit, was weiß ich, Freunden, Nachbarn beraten habe und geholfen habe und auch merke, dass ich da eine Begabung habe, die ich natürlich auch gerne nutzen möchte.“* (T22)

Gute Arbeitserfahrungen

Hatten die Interviewteilnehmenden vor der Berufspause gute Erfahrungen im Arbeitsbereich gesammelt und mochten ihren Beruf, so motivierten diese Erfahrungen bei den Überlegungen hinsichtlich eines Wiedereinstiegs. Dazu gehörten Erfahrungen sowohl im Rahmen des Studiums als auch kurz vor der Berufspause. *„...dass ich mir eben nicht vorstellen konnte, nur hinter einem Schreibtisch, ich fass das jetzt nur noch zusammen, zu versauern, und ganz wichtig eben auch, ja, ich habe Medizin studiert! Und mein ganzes Leben auch schon vorher, schon in der Vor-, schon in der Gymnasialzeit und glaube ich sogar noch davor, habe ich Schwesternhelferin gemacht, ich habe Pflegepraktikum gemacht, jede Semesterferien habe ich in der Klinik gearbeitet, ich habe ganz alleine Nachtdienste geschrieben auf Intensivstation, also ich war immer wirklich voll mitten in der Medizin sonst drinnen und es ist mir zunehmend mehr schwer gefallen, den Kontakt eigentlich zu den Patienten zu verlieren und das ist für mich schon sehr wichtig dann gewesen mit in der Entscheidung.“* (T23)

Wunsch nach sozialen Kontakten

Eine erlebte soziale „Isolation“ ohne ärztliche Tätigkeit war ebenfalls ein innerer Beweggrund, sich mit dem Gedanken einer Wiederaufnahme der praktischen ärztlichen Tätigkeit zu beschäftigen. So erzählte ein Teilnehmer, der die ärztliche Tätigkeit zugunsten eines IT-Jobs aufgegeben hatte: *„Und zum anderen war es die letzten fünf Jahre so, dass ich im Homeoffice gearbeitet habe, was am Anfang sehr angenehm war, muss ich sagen, aber die letzten zwei Jahre hat mir dann doch mehr und mehr der Kontakt zu anderen Leuten gefehlt. Dass ich mir gedacht habe, naja so, ja, also wirklich diese Art von Arbeit, sage ich jetzt mal, bis zur Rente, das konnte ich mir nicht so richtig vorstellen.“* (T28) Eine Ärztin arbeitete in einer telefonischen Beratung. Die Motivation, wieder praktisch tätig zu werden, begründete sie mit ihrem Wunsch nach direktem Patientenkontakt: *„Ja, das war glaube ich schon einfach, weil man, weil ich schon das Studium, also Medizin studiert habe, um so den klassischen Medizinberuf auszuüben, also weil ich schon auch das Gefühl hatte, ich kann gut mit den Menschen und ich würde gerne eigentlich so im täglichen Kontakt mit Menschen arbeiten. Jetzt von Gesicht zu Gesicht und nicht nur am Telefon.“* (T17)

Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit

In verschiedenen Kontexten wurde der Wunsch genannt, finanziell unabhängig zu sein. Betont wurde hier die finanzielle Unabhängigkeit im Rahmen einer Partnerschaft, indem man das *„eigene Geld“* (T15) verdient. Eine Ärztin betonte die Motivation, nach Trennung von ihrem Partner wieder ärztlich tätig zu werden, um unabhängig vom Staat zu sein: *„Also*

da hätte ich auch von dem Arbeitslosengeld, das hätte ich ja noch ein Jahr länger oder so etwas bekommen, hätte ich da auch von leben können. Aber das war natürlich, mein Gott, das will man ja auch nicht. Also das wäre zwar gegangen noch ein Jahr, aber das hätte ich irgendwie auch mit meinem Selbstbild gar nicht so wirklich lange vereinbaren können.“ (T06)

Unterforderung

Die Aufgaben zuhause wurden mitunter als Unterforderung empfunden und brachten den Wunsch nach einer herausfordernderen Tätigkeit mit sich. Sobald elterliche Pflichten etwas nachließen, wurde dieser Wunsch stärker und war eine große Motivation für einen beruflichen Wiedereinstieg. *„Die Kinder werden größer, man weiß, sie gehen irgendwann aus dem Haus, und das war schon so, dass dieser eine Tag die Woche war für mich immer so eine Art Highlight, weil man hat Medizin studiert, man war berufstätig und ich meine, die Kinder sind gut und alles, aber man hat doch das Bedürfnis, in seinem Beruf auch zu arbeiten und nicht „nur“ - in Anführungsstrichen - zuhause Haushalt und Kinder zu managen.“* (T21)

Einige Studienteilnehmenden füllten die zunehmende Freizeit, wenn die Kinder „aus dem Größten raus“ waren, vorläufig mit ehrenamtlichen Tätigkeiten. Eine Zeit lang erfüllte das Ehrenamt seinen Dienst, doch gaben Frauen an, dass es ihrem Anspruch an Verantwortung nicht genüge: *„Nein, da habe ich gemerkt, dass ich gerne, Ehrenamt ist so eine Sache, wenn man auch gerne Verantwortung übernimmt. Und ich war auch in einigen verantwortungsvollen Sachen, aber es ist anders, sozusagen in dem Beruf, den man gelernt hat und für den man bezahlt wird, arbeitet. Also da habe ich gemerkt, irgendwas stimmt da auch dann nicht. Mit meinem Anspruch gestalten zu wollen [...]“* (T16)

Andere Studienteilnehmende hatten, sobald es die Pflichten zuhause zuließen, in verschiedenen Bereichen wieder in Teilzeit angefangen zu arbeiten, nicht jedoch als praktisch tätige Ärzt*innen. Dazu gehörten Verwaltungsjobs, das Unterrichten von theoretischen Inhalten in Krankenpflege- oder Physiotherapieschulen, eine Stelle beim „Giftnotruf“, Voruntersuchungen beim Blutspendedienst, die Arbeit im Medizinjournalismus sowie Mithilfe in einem Forschungsprojekt oder in der IT. Alle in einem dieser Arbeiten beschäftigten Studienteilnehmenden gaben an, dass ihnen die Tätigkeit nach einiger Zeit langweilig wurde. *„Und das fand ich aber furchtbar langweilig auf die Dauer. Schrecklich und ich habe die Patienten vermisst und war neidisch auf die Ärzte, die mit Patienten umgegangen sind [lacht] und ich saß da nur und habe Listen ausgewertet. Das fand ich furchtbar.“* (T27) Auch hier wurde der Wunsch nach beruflichen Herausforderungen spürbar. *„Und dann war, genau, dann*

habe ich einfach nur, damit ich einfach was Medizinisches mache, habe ich dann bei so einer Art Blutspendedienst gearbeitet, nur so stundenweise und das war halt nett, aber auch mehr nicht [lacht]. Also wo ich schon so merke, dass ich so, dass ich schon andere Anforderungen an mich habe.“ (T15)

4.2.3. Determinanten, die die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen

Auch wenn alle ehemaligen Seminarteilnehmenden durch verschiedene Gründe motiviert waren, wieder in den Beruf einzusteigen, waren zum Zeitpunkt des Telefon-Interviews nicht alle ärztlich tätig. Welche Determinanten beeinflussen die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit? Es gibt hemmende und fördernde Faktoren, die sich beide aus äußeren und inneren Aspekten zusammensetzen. Im Folgenden werden diese näher ausgeführt.

4.2.3.1. Fördernde Faktoren

4.2.3.1.1. Äußere Faktoren

Entlastete Familiensituation

Bereits dargelegt wurde, dass Veränderungen in der Familie Teilnehmende dazu motivierten, sich mit einem Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit auseinanderzusetzen. Es blieb nicht nur bei der Motivation, sich damit auseinanderzusetzen. In einigen Fällen gab diese veränderte Ausgangslage den Ausschlag für den tatsächlichen beruflichen Wiedereinstieg. *„Eigentlich war es dann so, dass die Kinder so groß waren, dass ich unabhängig war hier. Also dass es mit den Diensten egal war, dass es egal war, wann ich heimgekommen bin und so weiter.“ (T24)* Eine gelungene Versorgung der Kinder war ein fördernder Faktor. Hilfe von außen in Form einer Haushaltshilfe beispielsweise erleichterte einen Wiedereinstieg. *„Da haben wir eine Haushaltshilfe gesucht, die halt über die Mittagszeit da ist, die den Kindern Mittagessen kocht, bis ich nach Hause komme.“ (T22)*

Anstoß durch soziales Umfeld

In einigen Fällen war der Anstoß „von außen“ ein entscheidender fördernder Faktor für die Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit: *„Und dann war das irgendwie, als mein Jüngster irgendwie in der Schule einen Aufsatz schreiben musste, was so zu seiner Familie und dann schrieb er halt, dass seine Mutter Arzthelferin ist, und das hat mich schon sehr gekränkt, dass so, dass ich vom Kind so wahrgenommen werde oder, das ist sicherlich jetzt nicht abwertend gemeint gewesen.“ (T15)* Eine ehrenamtlich im Hospiz arbeitende Ärztin *„sah*

die Kollegen dort arbeiten“ (T12), was den Wunsch weckte, „das vielleicht doch nochmal zu versuchen“ (T12).

Unterstützung durch soziales Umfeld

Als äußerer fördernder Faktor spielte auch die Unterstützung durch das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Dazu gehörte sowohl die ideelle, als auch die zeitliche Unterstützung. Besonders betont wurde die Unterstützung in der Partnerschaft und durch die enge Familie. „Wobei man dazu sagen muss, ich habe natürlich ein großes Plus. Ich bin, ich habe einen Mann, der Arzt ist, der mich immer unterstützt, eher geschoben hat, als womöglich abgebremst. Das ist ganz wichtig.“ (T02) Ganz konkrete Ratschläge halfen dabei, letztlich den Wiedereinstieg zu wagen: „Mein Mann hat noch dann zu mir gesagt: ‚Mensch, also wenn du das jetzt schon gemacht hast, dann bewirbst du dich halt jetzt gleich und wartest nicht noch ein Vierteljahr.‘ Und eben die Kinder auch: ‚Mensch Mama, das ist toll, wenn du das machst.‘“ (T12) Nicht nur durch die engen Familienmitglieder, „auch auf Anraten einer Bekannten und vielleicht von mehreren Bekannten, die gesagt haben: ‚Ja, also das ist ja schade um die ganze Ausbildung.‘“ (T04) nahmen Ärzt*innen ihre ärztliche Tätigkeit wieder auf.

Geeignetes Stellenangebot

Ein geeignetes Stellenangebot hatte erheblichen Einfluss auf eine Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit. Verschiedene Rahmenbedingungen spielten hierbei eine Rolle. Ein Bewerbungstraining vom Arbeitsamt half dabei, innere Hindernisse zu überwinden. „Und ich hatte mich nicht beworben und auch nicht getraut und war dann arbeitslos gemeldet, und habe dann durch das Arbeitsamt ein Coaching bekommen, mit einem Coach, die mit mir an drei Tagen ein richtiges, eine Bewerbungsmappe zusammengestellt hat und das war der Schlüssel muss ich sagen.“ (T27) Die Möglichkeit zurück auf die innegehabte Stelle zu gehen, Stellenangebote durch „[Mund-zu-] Mund-Propaganda“ (T13), Stellenanzeigen im Ärzteblatt und die Erkenntnis, dass die Stellen inzwischen „zahlreich“ (T13) vorhanden waren, förderten den Wiedereinstieg. Dass ein Stellenangebot vor Arbeitsbeginn „nur noch ganz kurz Zeit“ (T22) ließ, überhaupt über diesen Schritt nachzudenken, trug dazu bei, sich „nicht zu sehr auf[zu]regen“ (T22). Wurden Bewerbungen versendet und führten zügig zum Erfolg, so trug das zur Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit bei. Auch der Vorteil einer Arbeitsstelle in Ortsnähe war ein fördernder Faktor für einen Wiedereinstieg.

Erneuerung des Fachwissens

Ein erster Schritt im Prozess des Wiedereinstiegs war die Teilnahme an Fortbildungen: *„Da habe ich zunächst mal angefangen, verstärkt Weiterbildungen zu machen, um mich wieder fit zu machen.“* (T13) Diese brachten häufig die Erkenntnis, dass nicht alles in Vergessenheit geraten war und wirkten als fördernde Determinanten. Eine solche Erfahrung wurde auch beim Lernen für sich oder mit dem Kind gemacht: *„Und auch eine Überlegung, weshalb ich das auch so miteinbezogen habe, also wie meine Tochter Physikum gemacht hat, ich glaube das war vor drei Jahren, da habe ich mit ihr gelernt und da ist mir schon aufgefallen, also das ist jetzt nicht alles weg.“* (T28) Der Zugang zur Wissenschaft aufgrund eines günstig gelegenen Wohnortes erleichterte eine Auseinandersetzung mit medizinischen Themen. *„Und ich sitze mit <Ort> natürlich in einer Medizinerstadt. Das heißt, ich war immer irgendwie an der Information und an der Fort- und Weiterbildung dran.“* (T02)

Wiedereinstiegsseminar

Das Wiedereinstiegsseminar war ebenfalls ein wichtiger fördernder Faktor. Es diente sowohl der Erneuerung des Fachwissens, als auch der Ermutigung und der Feststellung, mit der Situation nicht alleine zu sein. Eine detaillierte Analyse des Seminars erfolgt weiter unten im Abschnitt „Stellenwert des Seminars“.

Finanzen

Die Aussicht auf eine gute Bezahlung stellte einen Anreiz dar, wiedereinzusteigen. In einem Fall war eine nicht-ärztliche Stelle gekündigt worden. Mit der gezahlten Abfindung als Rücklage konnte ein Teilnehmer die freie Zeit nutzen, um sich in aktuelle Themen der Medizin einzulesen und Fachwissen aufzufrischen: *„Und dann habe ich mir gedacht: ‚Das ist ja die Gelegenheit, ja, wenn mir gekündigt wird.‘“* (T28)

Fachgebietswechsel

Ein Großteil der Teilnehmenden kehrte nicht in das vor der Berufspause ausgeübte Fachgebiet zurück. Begründet wurde diese Entscheidung mit dem *„Bedürfnis [...] etwas Neues anzufangen, eine neue Richtung und [es sich] wieder [...] von Grund auf [...] anzueignen“* (T21). Teilnehmende gaben an, dass der Mut für Akutmedizin nicht gereicht hätte und sie sich stattdessen etwas gesucht haben, wo sie sich zum einen neu einarbeiten konnten, zum anderen ihre Lebenserfahrung nutzen konnten.

4.2.3.1.2. Innere Faktoren

Gute Arbeitserfahrungen

„Ja, ich habe schon natürlich meine Ausbildung als Ärztin gemocht, ich habe auch meinen Beruf gemocht, als ich ihn ausgeübt habe.“ (T09) Günstige Arbeitszeiten und ein gutes soziales Berufsumfeld trugen zu positiven Berufserfahrungen bei. „Wir hatten Gleitzeit, ich konnte kommen, wann ich wollte [...]“ (T11) „Und jetzt nicht, nie, ich habe keine negativen Rückmeldungen, eher positive, weil ich habe das auch gern gemacht, ja, so, war positiv eingestellt.“ (T07) Neben dem guten Arbeitsklima war auch die Erfahrung eigener Stärken ein wichtiger Punkt: „Wobei ich da, also aus meiner Berufserfahrung bisher sagen kann, also wenn ich irgendwo angefangen habe, da war nie eine Arbeitsstelle, wo die dann nicht zufrieden waren. Weil ich halt, ich kann flott arbeiten und meine Auffassungsgabe ist überdurchschnittlich.“ (T28) Eine Seminarteilnehmerin hatte vor dem Medizinstudium als Krankenschwester gearbeitet und war es dadurch bereits gewohnt, Eigenverantwortung zu tragen, sie „wusste, wo [...] [ihre] Grenzen sind“ (T22) und sammelte bestärkende Arbeitserfahrungen. Vor dem konkreten Schritt eines Wiedereinstiegs wurden nicht nur Fortbildungen besucht. Auch Hospitationen konnten den Wunsch nach einem Wiedereinstieg bestärken: „Ich habe dann auch, also außer diesem Wiedereinstiegsseminar, habe ich eine unbezahlte Hospitation gemacht. Das war auch sehr gut. Und das so ein weiterer Schritt sozusagen eigene Kompetenz wieder zu spüren“ (T16) Manche Seminarteilnehmende hatten bereits einen Wiedereinstieg erlebt. Verließ dieser positiv, so ermunterte die Erfahrung die Seminarteilnehmenden dazu, es erneut zu wagen. „Und ich habe eben aufgrund der Laufbahn bei der Bundeswehr schon mal eine Zeit, wo ich etwas völlig anderes gemacht habe, da war ich mehr so in dem Bereich Entwicklung und Ausbildung drin und bin dann wieder an den Patienten zurückgegangen. Also ich wusste schon, wie man das machen muss und dachte, das geht.“ (T20)

Wiedergewonnenes Selbstvertrauen

Wiedergewonnenes Selbstvertrauen war ein entscheidender fördernder Faktor im Prozess des Wiedereinstiegs. Der Besuch eines Wiedereinstiegsseminars, die Bestärkung während einer Hospitation oder durch die Familie trugen dazu bei, wieder ärztlich tätig zu werden. Betont wurde, dass die Wertschätzung zum wiedergewonnenen Selbstvertrauen beitrug: „[...] damals einige Leiterinnen auch vom Seminar gesagt haben, dass wir uns nicht so klein machen sollen und wir haben ja auch Arbeitskraft.“ (T12) Im Rahmen von Hospitationen konnte durch entsprechende Begleitung „ganz, ganz viel auch für [...] [das] Selbstwertgefühl“ (T08) getan werden.

4.2.3.2. Hemmende Faktoren

Neben dieser Vielfalt an fördernden Faktoren gab es auch eine große Bandbreite an Faktoren, die den Wiedereinstieg hemmten. Diese lassen sich gleichfalls in äußere und innere Aspekte einteilen. Einige der Gründe, die einen Wiedereinstieg erleichterten, konnten im negativen Fall einen solchen erschweren oder verhindern.

4.2.3.2.1. Äußere Faktoren

Familie

Förderte eine Familie in einigen Fällen die Wiederaufnahme des Berufs, behinderte eine veränderte Familienkonstellation den Wiedereinstieg in anderen Fällen: *„Also die Bedenken waren eigentlich so der private Bereich. Wie ist das, kriegt man das mit Familie unter einen Hut?“* (T20)

Dabei ging es konkret um die Betreuung von kleinen Kindern, da es keine oder nicht ausreichend Plätze in Kinderkrippen gab oder ein soziales Netz fehlte. *„Naja, für mich ist es eigentlich, dass ich mir denke, es fehlt mir die Großfamilie, einfach die Großmutter, die einmal einspringt, wenn das Kind in der Nacht krank wird und meistens werden die spätmorgens oder in der Nacht krank, wo es schwierig ist zu sagen, also was ich auch verstehe für den Arbeitgeber, zu sagen, ich komme jetzt nicht.“* (T25) Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf vereitelten in einem Fall die Wiederaufnahme des Berufs. *„Also das klappt halt irgendwie hinten und vorne nicht. Ich kann die halt wirklich nicht in eine Mittagsbetreuung tun, weil sie da einfach sich nicht da einfügen. Und in der Vergangenheit war das eben auch oft so, dass ich meine Kinder aus der Schule abholen musste aus disziplinarischen Maßnahmen, ich meine, wie soll das gehen, wenn ich arbeite? Das geht halt einfach nicht.“* (T18)

Nicht nur die Betreuung von Kindern, sondern auch von Pflegefällen im familiären Bereich kostete Zeit und Energie: *„Ja, also nein nein, also das ging jetzt wirklich lückenlos ineinander über, dass die Kinder groß sind und die Mutter wieder da ist.“* (T19)

Ablehnung durch soziales Umfeld

Ein wichtiger Faktor, der über einen Wiedereinstieg mitbestimmte, war das soziale Umfeld. Ablehnende oder anzweifelnde Reaktionen wirkten erschwerend. An erster Stelle sind die Reaktion und auch die zeitliche Unterstützung in der Partnerschaft zu nennen. *„Und da hat eben mein Mann gesagt, er hat einen Vollzeitjob, er kann das nicht reduzieren.“* (T03)

Solche Aussagen und ein Mangel an Unterstützungsbereitschaft trugen eher dazu bei, nicht wiedereinzusteigen. *„Mein Mann verdient genug, dass ich nicht mehr hätte arbeiten müssen. Und mein Mann schätzt es sehr, wenn ich ihm den Rücken freihalte und er sich um nichts kümmern muss.“* (T11) Im größeren Bekanntenkreis wurden auch kritische Stimmen laut, gegen die sich Wiedereinsteigende behaupten mussten. *„Also manche fanden das sehr gut, andere haben aber schon auch so ein bisschen ihre Zweifel gehegt, was mich dann mit verunsichert hat, ob das wirklich noch zu schaffen ist und warum ich das mache, wenn ich schon, ja in zehn Jahren schon in Rente gehe.“* (T14) Das Gefühl, sich für seine beruflichen Ambitionen rechtfertigen zu müssen, hemmte einen Wiedereinstieg.

Mangel einer (geeigneten) Stelle

Ein hemmender äußerer Faktor bei der Überlegung einen Wiedereinstieg zu wagen, war der fehlende Überblick an Möglichkeiten vor Ort. *„Das hatte ich, auch überall wo ich sonst gewohnt habe, dann nicht mehr bekommen in dem Maße, dass ich auch einen Überblick hatte über die Stadt.“* (T09) Die Erinnerung an die Stellensituation vor der Berufspause zu Zeiten der „Ärzt*innenschwemme“ hatte einen hemmenden Einfluss auf die Wiederaufnahme des Berufs *„...und eben diese Erfahrung von damals, diese Klinkenputzerei und mich überall bewerben und dann noch nicht einmal eine Antwort kriegen, geschweige denn eine Absage. Oder wenn, dann nur Absagen. Also diesen Frust wollte ich mir eigentlich auch nicht, nicht antun.“* (T08) Die negativen Erfahrungen in Bezug auf die Stellensituation hatten mehrere Teilnehmende noch sehr gut vor Augen: *„Auch während dem Studium hat man uns ständig erzählt: ‚Ärztenschwemme und willst du das überhaupt?‘ Und... Ich weiß noch, zu meiner Studienzeit da gab es Gastärzte, die haben halt umsonst gearbeitet in der Hoffnung, dass sie irgendwann eine Stelle kriegen.“* (T28) Der Wiedereinstieg in die praktische ärztliche Tätigkeit scheiterte nicht selten an unattraktiven Arbeitsbedingungen. Häufig wurde der Mangel an Teilzeitstellen als Grund dafür genannt, nicht wieder eingestiegen zu sein: *„Und für mich war es dann klar, das will ich nicht machen, weil gerade am Nachmittag, also am Vormittag kann ich ja meine Kinder jetzt in Schule und Kindergarten und genau am Nachmittag ist meine Zeit, wo ich aber für die Kinder da sein möchte. Und, also für mich wäre es kein Problem jetzt ein, zwei Tage in der Woche das zu organisieren, auch mit meinem Mann, aber nicht jeden Tag.“* (T25) Das Gefühl „ausgenutzt“ (T03) zu werden, erschwerte die Aufnahme einer praktischen Tätigkeit: *„Und ich habe mich in einem Mehrversorgungszentrum beworben, da hieß es auch: ‚Also Sie machen dann bitte die Arbeiten, die wir anderen acht Ärzte nicht machen möchten.‘“* (T03) Die Aussicht auf die Einschränkung der eigenen Freizeitgestaltung zugunsten geregelter Arbeitszeiten war ein weiterer hemmender Faktor im Prozess des Wiedereinstiegs. *„Und ganztags arbeiten, wenn Sie so*

ein Ehrenamt haben, was ich eigentlich nicht aufgeben will, und mein Mann sich langsam reduziert in der Arbeit, also das wäre ja völlig unsinnig.“ (T02)

Erfolgreiche Bewerbung

War der Entschluss zum Wiedereinstieg bereits gefasst worden, sorgten erfolgreiche Bewerbungen für Frustration und Demotivation. Sie verhinderten in manchen Fällen die Berufswiederaufnahme. *„Dann habe ich mich in mehreren Krankenhäusern vorgestellt, und dann haben die unter anderem gesagt: ‚Ja Sie haben ja noch nie einen Dienst im Krankenhaus gemacht, Sie können ja nichts.‘“ (T03)* Die Berufspause im Lebenslauf erschwerte die Bewerbungsphase. *„Und was natürlich auch noch schwierig ist, also in einer Praxis hatte ich mich auch beworben und wie der gehört hat, ich war damals dann schon zwanzig Jahre aus dem Beruf draußen, da war das Interesse sofort weg. Und du kommst natürlich auch nicht hin mit einem riesen Selbstbewusstsein, weil es ja klar ist, dass du lange aus dem Beruf draußen warst.“ (T04)* Im Bewerbungsprozess kam es mitunter zu Demütigungen. Diese Erfahrungen hemmten weitere Versuche, sich zu bewerben und verhinderten somit den Wiedereinstieg. *„Weil ich bin mir immer vorgekommen, wie wenn ich irgendwo alte Brezeln verkaufen möchte, sozusagen. Weil das war wirklich auch irgendwo demütigend, wenn man sich da so anpreisen sollte und dann so betrachtet wird: ‚Was? So lange aus dem Beruf? Ja, das kann ja nichts sein.‘ Also das ist eine unangenehme Situation.“ (T04)*

Fehlende Kenntnisse

Ein Mangel an Fachwissen war eine weitere Barriere bei der Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit. Genannt wurden in diesem Zusammenhang sowohl theoretisches Wissen, als auch praktische Fähigkeiten *„wie Blutabnehmen, Nadellegen. [...] das sind sicherlich Dinge, die man einfach in zehn Jahren nicht mehr so toll kann, wie wenn man jetzt gleich von der Klinik gewechselt hätte zum Beispiel“ (T26)*. Zwei Studienteilnehmende gaben ihre abgeschlossene Ausbildung zur Fachärztin als hemmenden Faktor an. So hatten sie „auf dem Papier“ zwar ein großes Wissen, fühlten sich jedoch durch ihre Berufspause nicht mehr in der Lage, den Ansprüchen, die an sie herangetragen werden könnten, zu genügen: *„Wenn wir anfangen zu arbeiten, sind wir ja gleich absolut selbstständig eigenverantwortlich tätig. Und da eine Einstiegsphase zu gewähren, geht quasi nur auf unsere Kosten [...]. Also es ist natürlich für mich auch eine gewisse psychische Hürde, oder? Dass man sagt, sobald ich jetzt wieder anfangen muss, ich eigentlich alles wieder up-to-date wissen und richtig machen, was vermutlich nicht sein wird, weil es halt bestimmt am Anfang Sachen gibt, die man nicht weiß oder nicht mehr weiß oder die, ja, die einfach in Vergessenheit geraten sind.“ (T25)* Es wurde der Wunsch nach einer Einarbeitungszeit geäußert. Die wurde in der Praxis

allerdings oft nicht gewährleistet. In Deutschland lebende Ausländer*innen gaben an, dass mangelnde Sprachkenntnisse ihre Berufsaufnahme hemmten. *„Ja, aber ich denke für mich ist das, sind das auch sprachlich Schwierigkeiten.“* (T05)

Finanzen

Der finanzielle Aspekt verhinderte einen Wiedereinstieg auf unterschiedliche Art. Eine finanzielle Absicherung innerhalb der Partnerschaft hemmte den Antrieb, selbst Geld zu verdienen und verlängerte die Berufspause. *„Also, nein, es ist natürlich auch so, dass ich über, einen Mann habe, der eigentlich gut im Berufsleben ist und gut verdient. Das heißt, [...], dass man dann auch den finanziellen Druck nicht mehr so hat.“* (T19) Seminarteilnehmende, die sich tatsächlich beworben hatten, wurden durch die geringen Verdienstaussichten dann wieder abgeschreckt: *„Und dann war die Bezahlung derart miserabel, dass ich auf einen Nettostundenlohn von unter zehn Euro gekommen wäre. Und dann habe ich mir so gedacht: ‚So und das [...] jetzt aber auch nicht.‘“* (T04) Auch die Möglichkeit eine eigene Praxis zu betreiben, wurde aufgrund des finanziellen Risikos gescheut. *„2005 habe ich mich dann eben hier umgehört und habe auch wegen Praxisübernahme paar Sachen kontaktiert, paar Kollegen, aber das hat mir alles nicht so getaugt. Was auch, ich habe halt auch das finanzielle Risiko gescheut, muss man auch sagen.“* (T03) Hohe Fortbildungskosten wirkten als weitere Barriere: *„Ich hatte mir dann überlegt [...], ob ich die Psychotherapie machen soll, weil das eigentlich meine, sicher eine Kernkompetenz von mir ist, aber da hätte ich halt entweder ganz viel am Stück oder unendlich viele Wochenenden weg sein müssen und das hätte einen Haufen Geld gekostet, ich glaube damals 30 000 Mark und da habe ich gesagt: ‚Das Risiko ist mir zu groß.‘“* (T02)

Wohnortwechsel

Ein Wohnortwechsel war ein weiterer äußerer Faktor, der einen Wiedereinstieg hemmte. Die alte Stelle musste verlassen werden, eine neue erst gefunden werden. *„Und dann sind wir aber aufgrund des Berufes meines Mannes hierhergezogen, also praktisch in meinen Heimatort zurück. Und dann hier von neuem zu starten, war nicht einfach.“* (T03)

Versicherung

Die Bedingungen der Krankenversicherungen trugen dazu bei, die Berufspause eher nicht zu beenden, da die Alternativen unattraktiv erschienen: *„Ich bin immer noch die Frau eines Beamten und wenn ich halbtags arbeite, dann muss ich mich selber versichern und dann bleibt nichts übrig.“* (T02)

Bürokratie

Die anfallenden bürokratischen Schritte im Rahmen eines Wiedereinstiegs waren ein weiterer hemmender Faktor. *„Und dann das ganze Drumherum auch das, genau, das kam auch noch hinzu, wie ist das mit der Rentenversicherung, wie ist das mit der Krankenversicherung, ich war bis dahin privat krankenversichert, jetzt sollte ich in die gesetzliche, musst eine Haftpflicht, eine Ärzteversorgung, also alles Mögliche musst du organisieren, da kommt unheimlich viel Bürokratiekram auf einen zu. Packst du das alles?“* (T23)

Gesellschaft

Die Gesellschaft wirkte in verschiedener Weise als Barriere für einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit. Zum einen war die gängige Meinung, dass eine Berufspause den Wiedereinstieg sehr erschwert, ein Faktor. *„Um Gottes Willen, wenn man da zwei Jahre nicht in irgendwelchen Fortbildungen war, dann ist man sowas von komplett raus, dann hat man alles vergessen. Und das ist, muss ich echt sagen, einfach kompletter Unsinn. Das stimmt nicht. Man vergisst ja auch nicht Fahrrad fahren, wenn man es mal gelernt hat. [...] Ja, aber das ist ja schon in der Gesellschaft schon so fest verankert, diese Unterstellung, ja, dass man das so übernimmt, das verinnerlicht man. Das kommt ja von außen, das kommt ja nicht nur von einem selber.“* (T08) Der Kontakt zu ärztlich tätigen Kolleg*innen schreckte eher ab und senkte die Bereitschaft, wieder in den ärztlichen Beruf einzusteigen. *„Naja, und [...] also dass die Kollegen, also die ärztlichen jetzt immer völlig begeistert von ihrer Arbeitsplatzsituation sind, vorsichtig ausgedrückt, kann man jetzt auch nicht sagen.“* (T28) *„Gut, oder ich habe gerne Gartengestaltung und so, ich habe halt den Vorteil, dass ich mein eigener Herr bin und mich nicht zu Tode stressen muss, wie ich es bei meinen Kolleginnen früher erlebt habe, die eben berufstätig waren [...] und Kinder gehabt haben. Das habe ich als mörderischen Stress empfunden von außerhalb jetzt, so wie sie reden, und habe mir gesagt: ‚Also so herrlich ist das nicht.‘“* (T04)

Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem wurde von Teilnehmenden ebenfalls als Barriere empfunden. Ärzt*innen, die noch nie in Deutschland ärztlich tätig gewesen waren, mussten sich mit dem System erst einmal vertraut machen, bevor sie einen Wiedereinstieg wagen konnten. *„Probleme für mich andererseits, dass ich halt in Deutschland halt nie gearbeitet habe.“* (T10) Eine Teilnehmerin nannte als Beispiel die Verwaltungsarbeit, die belastend zu den üblichen Arbeitsaufgaben und der Verantwortung hinzukamen. Dieser Rechtfertigungsdruck für alles, was erledigt werden musste, wirkte als Barriere für einen Wiedereinstieg: *„Sprich, das war dann eine halbe bis dreiviertel Stunde nach dem Dienst gedauert, das*

noch einmal alles zu notieren. Und da habe ich einfach wirklich so eine innere Wut auch gespürt auf meinen übergeordneten Arbeitgeber, der meinen Einsatz auch noch anzweifelt.“ (T12) Kritisiert wurde von den Teilnehmenden auch die Einschränkung aufgrund der Vorgaben des Gesundheitssystems: *„Also kassenärztlich möchte ich nicht tätig sein, nein. Weil, [überlegendes Geräusch] da ist man ziemlich geknebelt und vielleicht liegt das eben auch an meiner Struktur, dass ich mich da einfach nicht so festlegen möchte und auch dieses Finanzielle mir nicht antun möchte.“* (T03) Die Vorstellung, fremdbestimmt zu werden und kaum Freiheiten zu haben, war eine wichtige Barriere bei der Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit. *„Also, dann möchte ich so auch nicht ärztlich tätig sein.“* (T03)

4.2.3.2.2. Innere Faktoren

Negative Berufserfahrung

Eine wichtige Rolle bei der Frage nach einem möglichen Wiedereinstieg spielten die Arbeitserfahrungen vor der Berufspause. So wie positive Berufserfahrungen einen Wiedereinstieg erleichterten, trugen negative Berufserfahrungen dazu bei, einen Wiedereinstieg zu erschweren. Eine Ärztin arbeitete vor der Familienpause so viele Stunden, dass sie sich später eine Vereinbarkeit mit einer Familie nicht vorstellen konnte. *„Und das war eine höchst anstrengende Arbeit und deswegen habe ich [...] diese Trennung Beruf und Kinder so stark gemacht, weil ich habe nicht vorstellen können, wie man das kombinieren konnte.“* (T07) Doch auch die Situation am Arbeitsplatz im Allgemeinen wirkte sich maßgeblich in Bezug auf einen Wiedereinstieg aus. Überforderung durch zu wenig Unterstützung wurde genannt, konkrete Beispiele wurden im Rahmen der Studie erzählt: *„Unsere Intensivstation war voll und eigentlich meldet man sich dann ja ab, bei der Leitstelle. Aber unser Chef wollte uns nicht abmelden, aus welchen Gründen auch immer. Und dann kam ein frischer Herzinfarkt, ein älterer Mann mit frischem Herzinfarkt [...]. Und ich habe mich versucht zu wehren, hab gesagt: ‚Das geht nicht, ich kann doch nicht einen frischen Infarkt hier managen, unten habe ich noch vier andere und dann habe ich noch...‘ und so weiter. Aber der war dann nicht, hat sich dann auf nichts eingelassen [...] also es war einfach die Horrornacht und ich hatte das Gefühl, ich habe eigentlich irgendwie nicht wirklich die Dinge unter Kontrolle.“* (T01) Keine Wertschätzung der Arbeit und auch Frauenfeindlichkeit waren negative Berufserfahrungen. Statt eine versprochene Stelle zu bekommen, wurde eine Ärztin *„mehr wie ein Bauernopfer abgesägt“* (T08). Und nach der Mitteilung der Schwangerschaft an den Chef war eine Ärztin *„von einer Minute auf die andere abgeschrieben, [sie] durfte nichts mehr machen, war um sämtliche Funktionen betrogen.“* (T15) Auch das Gefühl, *„eigentlich gar*

keinen Einfluss drauf [zu haben], das zu machen, was [man] [...] möchte“ (T08) führte dazu, dass die Arbeitserfahrungen „insgesamt ziemlich frustrierend“ (T08) waren. Diese Berufserfahrungen wirkten hemmend auf die Motivation wieder einzusteigen. „Und ich habe halt irgendwie einfach Abstand gehalten von allem, was nach Klinik ausgesehen hat.“ (T01) Die Arbeitsbelastung durch die langen Wochenenddienste und der Stress während der Arbeitszeit blieben negativ in Erinnerung: „Die Situation war damals ja auch eine ganz andere als heute, also man, also ich hatte eine mindestens siebzig Stunden Arbeitswoche ganz regulär und ganz viele Dienste, von einem Monat waren von den vier Wochenenden drei mit Diensten belegt [...]. Also das war, ich war, so im Nachhinein würde ich auch sagen, das war schon so eine Art Burnout. Das ist zwar eine schicke Modediagnose, aber die würde ich jetzt auf mich schon retrospektiv anwenden. Und das kam noch dazu, ja, diese Hemmungen, dann da wieder einzusteigen, weil ich ja angenommen hatte, das läuft noch ähnlich ab.“ (T08)

In einem Fall waren die Erfahrungen im Rahmen einer Hospitation der ausschlaggebende Faktor, keine weitere Bewerbung zu versenden und den Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit nicht weiter zu verfolgen: *„Aber danach war ein Anschlusspraktikum in einem Krankenhaus und das, muss ich sagen, fand ich ziemlich schrecklich. [...] Ich denke der, wahrscheinlich wirtschaftliche Druck ist so immens, dass, der Zeitdruck ist wirklich, ich kann mir das nicht vorstellen [...]. Nach dem Praktikum hat sich das ja mental geändert. Jetzt kann ich mir das nicht mehr vorstellen.“ (T05)*

Negative Wiedereinstiegserfahrung

Manche der Interviewteilnehmenden hatten bereits einen Wiedereinstieg erlebt. Verlieft dieser negativ, wirkten sich diese Erfahrungen hemmend auf einen weiteren Versuch aus. Genannt wurde in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit die Balance zwischen Familie und Beruf zu halten. *„In den Kindergarten bringen, den Haushalt in Ordnung zu halten, auch das, wo glaube ich viele mit zu kämpfen haben, nach wie vor zu schauen, dass man überall alles perfekt macht. Und nirgendwo Abstriche macht. Dass der Partner auch nicht zu kurz kommt, das Kind nicht zu kurz kommt.“ (T12)* Eine Teilnehmerin erzählte, dass die Kinderbetreuung durch die Tagesmutter *„so schief“ (T21)* ging, dass das ein Grund war, den Beruf nach kurzem erneut niederzulegen. Die Arbeit als Labormedizinerin war es für eine weitere Teilnehmerin *„nicht wert, [...] den Stress aufzunehmen“ (T12)*, sodass eine neue Berufspause eingelegt wurde. Eine weitere negative Erfahrung stand im Zusammenhang mit dem sozialen Berufsumfeld: *„Ich bin da auch reingekommen und dort bin ich leider, wegen ich würde schon fast sagen Mobbing von Seiten der Krankenschwestern nach drei Monaten wieder ausgestiegen. Also das war sehr unangenehm, wie sie, wie ich mich dort behandelt*

gefühlte habe, und dann habe ich gesagt: ‚Ja, gut, dass muss ich mir jetzt auch nicht antun‘, und bin wieder ausgestiegen, habe wieder gekündigt.“ (T04)

Ängste

Ein sehr großes Thema waren Ängste verschiedener Art und in unterschiedlicher Ausprägung. Die Menge des Fachwissens in Kombination mit der Verantwortung wurden genannt. *„Ja letztendlich dem Patienten, was das medizinische Wissen, auch den moderneren Entwicklungen in der Pharmakologie und so weiter angeht, nicht gerecht zu werden, muss man einfach sagen. Diese hohe Verantwortung, die der Beruf mit sich bringt. Ja, dass man da nicht auf dem neuesten Stand ist und das habe ich mir nicht zugetraut, wirklich sozusagen das Alles, die ganze Innere Medizin neben dem sonstigen Leben einfach noch einmal reinzuziehen.“ (T16)*

Der große Umfang des Stoffes und die Angst, ihn nicht bewältigen zu können, wurde mehrmals erwähnt. *„Aber bei mir war wirklich so eher die Angst größer, dass ich gedacht habe: ‚Um Himmels willen und was du da alles nachholen musst und das kannst du nicht.‘“ (T21)* Häufig wurden hier auch die „Pharmakologie“ (T16) und die Neuerungen als angsteinflößend genannt.

Nicht nur das Theoriewissen, sondern auch die Sorge vor dem Verlust praktischer Fähigkeiten lösten Ängste aus. *„Ich habe es mir nicht mehr zugetraut. Überhaupt in der Klinik Fuß zu fassen.[...] Angst, ganz viel Angst vor Nachtdiensten, aber auch vor den banalsten Dingen wie Blutabnehmen, das habe ich auch schon lange nicht mehr gemacht, praktische Tätigkeit, ja.“ (T12)* Die Angst davor, *„Fehlentscheidungen zu treffen“ (T06)* oder dass *„jeder was anderes hat und jeder was anderes Seltenes, was [man] übersehen könnte“ (T06)* wurden genannt. Auch die Angst davor, zu vergessen, *„einem Patienten etwas mitzuteilen, was doch elementar wichtig ist.“ (T11)* Ärzt*innen, die eine lange Berufspause eingelegt oder die nach dem Studium sofort pausiert hatten, erläuterten, dass die Angst im Lauf der Zeit gewachsen sei. *„Und sicher Faktoren, also ich meine Angst habe ich sicher nach dem Studium auch schon gehabt. Aber dadurch, dass ich nie praktisch tätig war, ist die auch immer größer natürlich geworden. Also auch die Angst zu versagen, Fehler zu machen, genau, das ist eigentlich so das, diese Angstspirale, die sich dann ausbreitet auch.“ (T12)* Eine Seminarteilnehmerin hatte speziell Angst vor Nachtdiensten und Rufbereitschaft. *„Und deshalb habe ich [...] mich nur in Praxen beworben und dann [...] habe ich nur Stellen gehabt, wo ich diese KV-Dienste hätte machen müssen. Und da hatte ich einfach Angst davor, dass ich dann diese, dass ich alleine nachts in fremde Wohnungen gehen muss, also hat, also war nicht vorstellbar. Ging nicht. [...] Also eigentlich die Angst, die ich wirklich*

hatte, war, dass ich da, ja, bedroht werden könnte. Also ich habe mich da wirklich schutzlos gefühlt.“ (T06) Die Aussicht auf Dienste löste unterschiedliche Fragen und Ängste bei den Seminarteilnehmenden aus. Zum einen die Sorge bezüglich der Organisation, wenn in einer Partnerschaft beide einen Job mit Diensten hatten und die Kinder noch sehr klein waren. Hinsichtlich fortgeschrittenen Alters wurde die Sorge erwähnt, wie die Dienste körperlich zu verkraften seien: „Aber bis es soweit ist, bin ich dann schon Mitte fünfzig und ich weiß nicht, wie ich das dann noch verkrafte, nachts so oft aufzustehen [lacht].“ (T22) Doch auch die Last der Verantwortung im Rahmen der Nachtdienste spielte eine Rolle. „Also das ist die Hauptsorge, dass ich halt einfach, ich meine, gut das Aufbleiben ist ja eines, sondern das andere ist, dass man dann halt keine zuverlässigen Entscheidungen mehr trifft. Ja? Es ist ja okay morgens um drei wach sein, okay, das ist eines. Aber sich dann zu überlegen, ja was mache ich denn mit dem?“ (T28) Auch wurden Ängste von manchen als so stark empfunden, dass sie auch nach Teilnahme am Wiedereinstiegsseminar letztlich nicht überwunden werden konnten. „Also ich habe, es gab eine Phase von einigen Jahren, wo ich es eben nicht geschafft habe. Da war der Wille schon da, da habe ich ja auch ein paar Anläufe schon genommen, eben das Wiedereinstiegsseminar und so, aber ich habe offenbar die äußere Not gebraucht, um über meine persönliche Angst darüber zu kommen. Ich bin nicht sicher, ob ich es auch ohne das geschafft hätte.“ (T16)

Geplagt von Selbstzweifeln, fiel der Schritt zum Wiedereinstieg schwer. *„Ich habe ganz große Zweifel gehabt, ob ich das kann, ja? Also ob ich das wieder schaffe, [...] ganz große Zweifel an meinen Fähigkeiten, an meinem Wissen, quasi ich bin eigentlich zu schlecht, ich kann das alles nicht mehr, es hat sich so viel verändert.“ (T15) Eine weitere Unsicherheit löste die Reflexion über die eigene Stellung in der Hierarchie aus. „Weil natürlich nach der langen Zeit, sind die anderen, die, mit denen man zusammen angefangen hat, ja immer noch in der Klinik teilweise, aber dann sind die halt mittlerweile schon Oberarzt und du bist selber halt nur der kleine Assistenzarzt, der mit den anderen, die viel viel jünger sind irgendwie auf einer Stufe steht. Also man steht so ein bisschen dazwischen [...]“ (T18)*

Selbstbewusstsein

Nach einer Berufspause hatten die Interviewteilnehmenden oft mit erheblichen Selbstzweifeln und einem verringerten Selbstbewusstsein zu kämpfen. Kamen persönliche Schicksale hinzu, erschien die Barriere fast unüberwindbar: *„Weil ich Angst hatte vor einer Absage. Weil ich Angst hatte, dass der sich das doch dann anders überlegt und dass ich in meiner Situation [...] [ich] war ja schon ein bisschen am Boden zerstört nach dieser ganzen Trennungsgeschichte und habe gedacht, ich muss mich irgendwie schützen und kann es nicht brauchen, jetzt schon wieder die nächste Abfuhr zu kassieren. Also das, da musste ich mich*

erst einmal innerlich wappnen, ja, vor einer möglichen Abfuhr, dass ich das psychische Gerüst gehabt hätte, das zu verkraften.“ (T08) Sie gaben an, dass sie sich fühlten, als seien sie „nichts wert“ (T04) oder müssten „dann schon dankbar sein, wenn [sie] [...] überhaupt jemand nimmt“. (T24) Eine Teilnehmerin, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht wieder ärztlich tätig geworden war, gab an, diese Selbstzweifel und Unsicherheiten noch nicht überwunden zu haben: „Das Problem, ich glaube das Hauptproblem ist momentan in meinem Kopf, dass ich einfach das Zutrauen nicht habe in die Sache und auch vielleicht die Unterstützung, die ich jetzt haben müsste, um das Zutrauen zu kriegen, irgendwie nicht greifen kann. Also ich glaube, das ist momentan das Hauptproblem.“ (T09)

Persönlichkeit

Einige Seminarteilnehmenden erwähnten ihre eigene Persönlichkeit als hemmenden Faktor auf dem Weg des Wiedereinstiegs. Zwei bezeichneten sich als perfektionistisch: *„Und vielleicht auch, wie gesagt, das ist schon auch eine Persönlichkeitssache, dass, ich denke, ich bin schon auch eher perfektionistisch und will die Sachen dann auch gut machen. Und das Gefühl, es nicht so gut so machen zu können, ist dann eher ein Hindernis, überhaupt wieder anzufangen.“ (T21) Eine andere Ärztin nannte ihre Gewissenhaftigkeit als störend. „Also da gab es so einen Zwiespalt die ganze Zeit zwischen: Ich will es eigentlich gerne machen und ich traue mir aber sozusagen manches einfach [nicht zu], weil ich auch ein sehr gewissenhafter Mensch bin, vielleicht etwas an der Stelle zu gewissenhaft.“ (T16)*

Scham

Die lange Berufspause war der Grund dafür, dass manche Interviewteilnehmenden ein Gefühl der Scham erlebten. Dieses Gefühl verhinderte eine Bewerbung: *„Das ist banal, das liest man, das kann man im Internet sich holen, trotzdem hatte ich da einfach immer noch die Hemmschwelle und habe das nicht hingekriegt, weil ich, natürlich ist da auch Scham dabei. Man will nicht, man traut sich nicht, sich bei den Chefärzten zu bewerben und zu sagen: ‚Hallo, ich war so lange draußen.‘“ (T27)*

Bequemlichkeit

Ein weiterer hemmender interner Faktor im Prozess des Wiedereinstiegs war eine gewisse Bequemlichkeit. Nachdem die Vorzüge der freien Zeiteinteilung durch die Teilnehmenden entdeckt worden waren, fiel es schwer, diese wieder ohne Weiteres aufzugeben, um *„eine geregelte Arbeitszeit“ (T19) in den Ablauf zu integrieren. Das führte soweit, dass eine Teilnehmerin angab, dass sich „das eigentlich [...] weder rechnet finanziell noch eigentlich vom ja [...] Befriedigungsgrad her.“ (T19)*

4.2.4. Stellenwert des Wiedereinstiegsseminars

Welchen Stellenwert nimmt das Wiedereinstiegsseminar im Rahmen des Wiedereinstiegsprozesses ein? Welche positiven und negativen Aspekte sind den Seminarteilnehmenden in Erinnerung geblieben und was sind Verbesserungsvorschläge für zukünftige Seminare? Die Ergebnisse zu diesen Fragestellungen finden sich im Folgenden. Zunächst einmal seien die positiven Aspekte des Wiedereinstiegsseminars genannt. So wurde das Seminar mehrmals als ausschlaggebender Grund für einen Wiedereinstieg in den Beruf beschrieben: *„Das Seminar war für mich dann ausschlaggebend, ja? Ohne das [...] Seminar weiß ich nicht, ob ich das wirklich ganz alleine entschieden hätte.“* (T23)

4.2.4.1. Positive Aspekte

Austausch mit Gleichgesinnten

Der Austausch mit Gleichgesinnten, den das Seminar ermöglichte, war für sehr viele ein besonders wichtiger Aspekt. Es bestärkte sie in ihrer Motivation, zu sehen, dass andere Ärzt*innen sich in der gleichen Situation befanden. Dazu gehörte sowohl der Austausch mit Gleichaltrigen, als auch die Erfahrung, *„gar nicht mal der am längsten [Pausierende] oder der Älteste“* (T14) zu sein. Manche hatten zuvor gar keinen Kontakt zu anderen Ärzt*innen und das Seminar öffnete ihnen die Augen bezüglich der Möglichkeit, wieder ärztlich tätig zu sein. *„Aber von dem her, ich sehe das ja auch immer jetzt in der Ärztezeitung, dass es angeboten wird, und ich denke schon, es ist wichtig, dass man darüber redet. Weil wenn man so, wir wohnen hier auf dem Dorf, die ganzen Freundinnen sind nicht Ärzte, dann hat man schon so ein bisschen das Gefühl, ja, der Zug ist jetzt abgefahren.“* (T17) Die Feststellung, *„dass es ganz vielen so geht“* (T22) und zu sehen, dass Frauen, *„die eben also teilweise auch schon mehr Kinder [hatten] und älter waren [...] trotzdem gesagt haben, sie wollen noch einmal in eine Praxis“* (T22), führte zu dem Gedanken: *„wenn die sich bewerben, dann kann ich mich auch bewerben.“* (T22)

Motivation

Seminarteilnehmende fanden die gesuchte Bestärkung darin, einen Wiedereinstieg zu wagen: *„Und [lacht] dann war auch dieses Seminar sehr gut, weil es einen sehr motiviert hat, es doch einfach zu versuchen.“* (T14) Die Motivation durch die Vortragenden, die Bewerbung zu wagen, spielte eine besonders wichtige Rolle. *„Genau, also, es war halt so, dass nach dem Seminar habe ich einen Schwung Bewerbungen rausgeschickt, aber Initiativbewerbungen, ohne Stellenanzeigen.“* (T06)

Wissensvermittlung

Die Vermittlung neuer Entwicklungen in der Medizin und die Auffrischung des Fachwissens wurden ebenfalls als positive Merkmale des Seminars erwähnt. *„Was wirklich sehr gut war, waren einzelne Themen, die zu sehr häufigen Sachen Updates gemacht haben sozusagen, also Neues aus der Diabetesbehandlung, Neues aus der Schmerztherapie, Notfallübungen. Das war sehr gut.“* (T14)

Bestätigung eigener Fähigkeiten

Vor der großen Menge medizinischen Wissens hatten viele Teilnehmende vor der Seminarteilnahme Angst, sie erschien ihnen nicht bewältigbar. Doch durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit medizinischen Themen erfuhren viele Seminarteilnehmende, dass ihr Grundwissen vorhanden war, sodass sie *„davor nicht wirklich Angst haben muss[ten]“* (T25). Es schuf *„Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten“* (T20).

Wertschätzung als Arbeitskraft

Bei schwindendem Selbstbewusstsein und geringem Glauben an die eigenen Fähigkeiten, war die Wertschätzung und die Bestärkung der Nachfrage als wertvolle Arbeitskraft sehr wichtig: *„Ich habe zum ersten Mal auch gemerkt bei diesem Wiedereinstiegsseminar, dass offenbar auch Leute wie ich tatsächlich noch irgendwie, wenn auch theoretisch, gefragt sind und das hat mich, hat mir ganz neue Perspektive gegeben, weil ich es ja nicht gesehen habe, ja. Das war sehr, sehr positiv.“* (T08)

Individuelle Stellenvermittlung

Neben diesen bestärkenden Faktoren kam es in individuellen Fällen zu konkreten Stellenvermittlungen, die einen Einstieg in den Beruf ebenfalls erleichterten. *„Und wie der Zufall es wollte, hat mich dann eine Kollegin angesprochen, dass sie eine Jobsharingpartnerin sucht.“* (T17)

4.2.4.2. Negative Aspekte

Auf Allgemeinmedizin begrenzt

Negativ angemerkt wurde der überwiegend auf Allgemeinmedizin zentrierte Ansatz. Seminarteilnehmende hatten ein breiteres Feld an Vorschlägen und Möglichkeiten erwartet: *„Und die dir eigentlich klarmachen wollten, dass das Beste, was du machen kannst oder das einfach Sinnvollste, in der Allgemeinmedizin und da in die Geriatrie. Und das ist so*

etwas, wo ich mir sage, na danke, ich habe eine kranke alte Mutter, das hat mir eigentlich gereicht. Das war Null, aber auch so Null verlockend.“ (T19)

Keine Hilfestellung bei konkreter Fragestellung

In diesem Zusammenhang wurde auch die mangelnde Hilfestellung bei konkreten Fragestellungen genannt: *„[...] war es bei mir eben so, ich wollte eigentlich Ideen kriegen, was könnte ich in meiner Situation machen, weil ich auch noch das Problem habe, dass mein Mann als Arbeitsmediziner beim Staat arbeitet. [...] Also es war irgendwie von meiner persönlichen Situation irgendwie blöd und da muss ich sagen, ich habe das auch immer wieder angefragt, weil die Schiene, die der Kurs verfolgt hat, für mich nicht gepasst hat, und da kam nichts. Insofern war der inhaltlich sehr interessant, aber für mich persönlich hat der nichts gebracht.“ (T02)*

Demotivierend

In Einzelfällen wurde das Seminar als „demotivierend“ erlebt: *„Aber von der Motivierung oder von den Chancen, dass man gesagt hat, so und jetzt sind wir da ein Grüppchen von dreißig Leuten und jetzt sagen wir mal, was man für Möglichkeiten hat, von Ärzte ohne Grenzen bis zum Gesundheitsamt bis zum Schulamt, [...] hat es Null gebracht.“ (T19)*

Fehlen einer Stellenbörse

Enttäuscht war dieselbe Seminarteilnehmerin, dass *„überhaupt keine Stellenvermittlung“ (T19)* stattfand, die durch konkrete Angebote den Wiedereinstieg erleichtern könnte.

4.2.4.3. Verbesserungsvorschläge

Neben positiven und negativen Aspekten hatten die ehemaligen Seminarteilnehmenden einige Verbesserungsvorschläge für weitere Seminare.

Inhaltliche Aspekte

Vorschläge zur Verbesserung der inhaltlichen Gestaltung waren sehr individuell, je nach Situation der Teilnehmenden und ihrer Bedürfnisse. Während manche medizinischen Themen reduziert werden sollten, wurde bei anderen Themen eine Vertiefung gewünscht. Als zusätzliche Seminarinhalte wurden KV-Dienste, Gehälter, die Rechte des Wiedereinstiegenden, ein Aufzeigen der ganzen Bandbreite des ärztlichen Berufs und ein konkretes Bewerbungstraining vorgeschlagen. *„Vielleicht, vielleicht wäre es gut, um ein bisschen die*

Angst zu nehmen, die ja, die ja ich auch habe, vielleicht das Thema KV-Dienste tatsächlich mal aufzugreifen.“ (T06)

Motivation und Fähigkeiten vermehrt stärken

Die Motivation und Bestärkung der potentiellen Wiedereinsteigenden durch Vortragende im Rahmen des Seminars wurde von vielen positiv bewertet und erreichte ihren Sinn und Zweck. Dennoch reichte der Umfang der Bestärkung Einzelnen nicht aus. *„...also so diese eigenen Fähigkeiten zu stärken. [...], dass ich so denke, dass ja bei vielen Frauen ganz viel einfach auch Kompetenz da ist.“ (T15)* Manche Teilnehmende führten den Wunsch nach Bestärkung weiter aus. Eine Teilnehmerin beispielsweise sagte: *„Aber so dieses, wenn ich dann anfangen, wie verhalte ich mich, ja? Dieses Selbstbewusstsein da zu stärken vielleicht für das Arbeitsleben dann oder wie man sich dann einfach da gut vielleicht verhält, oder wie auch immer.“ (T24)*

Ablauf des Seminars

Bezogen auf den Ablauf des Seminars wurde ein integriertes Praktikum vorgeschlagen; eine Seminarteilnehmerin gab an, dass ihr eine Woche zu kurz gewesen sei und regte an, das Seminar auf zwei Wochen zu verlängern. Der Kostenbeitrag sei ein kritischer Punkt und die Häufigkeit der Durchführung des Seminars sollte erhöht werden. Außerdem würde eine positive Anerkennung des Seminars den Wiedereinstieg erleichtern. *„Also das war ja jetzt knapp nur eine Woche, das hätte sicherlich mit zwei Wochen hätten da auch nicht geschadet.“ (T20)*

Weiterführende Angebote

Eine Möglichkeit der Fortführung nach dem Ende des Seminars wurde vorgeschlagen. Dazu wurde die Option eines Aufbauseminars genannt oder regelmäßige Treffen in Kleingruppen, um sich gegenseitig unterstützen zu können: *„[...] außer das, dass man so einen Arbeitskreis weiterführen könnte. Also nicht, dass jetzt die ganze Gruppe da weitermacht, aber vielleicht aus jeder Gruppe so immer zwei, drei, dass man sich, ja, einmal im Monat trifft und austauscht.“ (T17)* Kritisiert wurde generell der schwere Stand als Wiedereinsteigende, da es dafür kein offizielles Programm gäbe, wie beispielsweise ein *„Wiedereinstiegsjahr oder irgendeine Wiedereinstiegszeit da in der Klinik oder Praxis“.* (T04). Eine Struktur, *„die wirklich offiziell auch einfach vorhanden ist. Dass man sich das nicht selber schaffen muss“ (T04)* wurde angeregt, auch um einen klaren Stand in der Klinik oder Praxis zu haben.

4.2.5. Erfahrungen beim Wiedereinstieg

Den Barrieren beim Wiedereinstieg zum Trotz wagten viele Seminarteilnehmende letztlich einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit. Wie verlief dieser und welche Erfahrungen sammelten die Wiedereinsteigenden? Es lassen sich erneut fördernde und hemmende Faktoren ausmachen, die nun näher ausgeführt werden sollen.

4.2.5.1. Fördernde Faktoren

Fördernde Faktoren für einen Wiedereinstieg waren positive Wiedereinstiegserfahrungen. Verliefe der Wiedereinstieg gut, wurde den Wiedereinsteigenden bewusst, dass die Angst vorher größer war als sie es im Nachhinein für nötig halten würden: *„Ja, also insgesamt muss ich sagen, dass es leichter war, als ich mir vorgestellt hatte. Also ich hatte mehr Bammel davor, als eigentlich notwendig war. Aber ich glaube, dass ich auch einfach Glück hatte mit meiner Stelle.“* (T06)

Gute Einarbeitung und Betreuung

Maßgeblich für ein gutes Gelingen des Wiedereinstiegs waren eine gründliche Einarbeitung und Betreuung während des Wiedereinstiegsprozesses. Bereits das Vertrauen der Vorgesetzten, das sie in der Einstellung einer Wiedereinsteigerin zeigten, wurde positiv anerkannt. *„Und mein jetziger Chef und Ausbilder, der ist halt, der hat mir erstens die Chance gegeben, wofür ich ewig dankbar bin, muss ich schon sagen. Das ist ja immer ein Risiko, jemanden sozusagen vom Herd weg einzustellen und nicht zu wissen, was man da, was einem da blüht.“* (T08) Wichtig war die Ansprechbarkeit der Vorgesetzten und die Möglichkeit, *„dass man immer zu ihm gehen kann, wenn es Probleme gibt, also immer, jederzeit.“* (T26) Wertgeschätzt während der Einarbeitung wurde die Möglichkeit, *„sehr viel eigenverantwortlich [zu] arbeiten“* (T13) einerseits und dass andererseits *„sehr offen kommuniziert“* (T13) wurde. Die Möglichkeit, sich Unterstützung und *„Rückendeckung“* (T08) zu holen, war Wiedereinsteigenden ein Anliegen. *„...im Alltag musste ich dann schon immer wieder mal abklopfen: Kann ich das jetzt so machen, wie ich es früher gemacht habe oder muss ich es doch anders machen? Dass man dann halt doch, gerade, wenn es schnell gehen muss, wenn schnelle Entscheidungen gefällt werden müssen, ist es schon gut, wenn man jemanden hat, wo man sich rückversichern kann.“* (T13) Die Möglichkeit, *„dass man wirklich dann alle zehn Patienten, die man am Vormittag gemacht hat, dann nachher noch einmal durchkaut“* (T26), diente weiter einer guten Einarbeitung. Im Falle einer Praxisübernahme wurde ein Wiedereinsteiger sehr von der ehemaligen Praxisinhaberin unterstützt. *„Und dann habe*

ich eine ausgezeichnete Vorgängerin, Praxisvorgängerin gehabt, die mich sehr unterstützt hat in der Praxisübernahme.“ (T10) Auch das Bemühen eines Arbeitgebers, der Wiedereinsteigerin die Ziffern des Abrechnungssystems beizubringen, wurde positiv empfunden.

Unterstützung durch berufliches soziales Umfeld

Neben einem gut gestalteten Wiedereinstieg war das kollegiale Umfeld bei der Arbeit ein fördernder Faktor. *„Also muss ich ehrlich sagen, hatte ich so tolle Kollegen und so tolles Pflegepersonal auch, die einen wirklich gut aufgenommen haben. Und also das fand ich, das finde ich eine große große Hilfe.“ (T06) Das Verständnis für Ängste und als Konsequenz die Befreiung von Nachtdiensten erleichterten die Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit bei einer Wiedereinsteigerin sehr. Die besondere Rolle aufgrund der geringen Berufserfahrung trotz des fortgeschrittenen Alters wurde als bestärkend wahrgenommen. „Das ist, glaube ich, wahrscheinlich im Alter, wo ich sage: ‚Den Zirkus mache ich nicht mehr mit, dass man mit mir umgehen kann wie mit einer Zwanzigjährigen, ja?‘ Oder ich denke, das ist so etwas Gegenseitiges. Also ich meine, ich habe ja, ganz viele von meinen Oberärzten sind jetzt so in meinem Alter oder etwas älter, also ich bin jetzt 58, also ich denke, ich hätte mit so einem jungen irgendwie Enddreißiger hätte ich meine Schwierigkeiten, schätze ich.“ (T15)*

Berufs- und Lebenserfahrung

Eine wichtige Erfahrung war die Feststellung, dass theoretisches Wissen *„wie man das mal vor Jahrzehnten im Studium gelernt hat“ (T20) und Berufserfahrung nicht verloren gegangen waren und den Wiedereinstieg erleichterten. Dazu gehörten praktische Fähigkeiten. „Ich hatte zum Beispiel auch unglaubliche Angst, so blöd das klingt, wieder Blut abzunehmen, aber das ist dann wie Fahrradfahren gewesen.“ (T23) Die Fähigkeit, ernste Fälle von leichteren Fällen zu unterscheiden, ohne dass einem etwas „durch die Lappen rutscht“ (T08) war erhalten geblieben. Berufserfahrung machte sich trotz anfänglicher Zweifel bemerkbar und förderte den positiven Verlauf eines Wiedereinstiegs. „Ja, da merke ich halt auch so, ich meine, dass ich in der Abteilung, dass ich, bevor ich Dermatologie gemacht habe oder dass ich einfach klinische Erfahrung habe, dass mir da vieles leichtfällt.“ (T15)*

Neben Berufserfahrung diente auch die Lebenserfahrung einer Erleichterung des Wiedereinstiegs. Hauptsächlich bei nicht ausreichender Einarbeitung diente diese dazu, *„durch[zuh]halten“ (T17) trotz schwieriger Umstände. Um in kritischen Momenten die Ruhe zu bewahren und sich nicht alles bieten zu lassen, diente diese ebenfalls: „Ja, also um ehrlich zu sein, da hat mir tatsächlich meine Lebenserfahrung geholfen so insgesamt, dass ich halt vielleicht nicht mehr ganz so panisch bin wie vielleicht ein ganz junger Mensch. Oder wie ich noch gewesen wäre, als ich noch Ende zwanzig war. Und jetzt bin ich ja doch*

*schon Anfang vierzig und da war ich dann doch etwas cooler drauf vielleicht ein bisschen. Konnte auch mit Oberärzten, die mich blöd anreden, das kann ich vielleicht besser wegstecken als wenn man noch ganz jung ist.“ (T27) Ein Wiedereinsteiger meinte: „Man muss nicht mehr allen alles beweisen.“ (T10) Lebenserfahrung wurde sogar als Stärke genutzt und in einem Fachgebiet angewandt, wo diese nützlich sein könnte. „*Psychiatrie, Psychosomatik. Und wo ich auch so sage, okay, das sind auch so Fächer, wo eine gewisse Lebenserfahrung, die man ja notgedrungen mit zunehmendem Alter einfach mehr hat und ich denke da, das ist vielleicht ein Bereich, wo das geschätzt wird.*“ (T15)*

Zeitlicher Aspekt

Der zeitliche Aspekt spielte in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle beim Wiedereinstieg. Zum einen die Möglichkeit, in etwas ruhigerem Klinikablauf, etwa in einer Rehaklinik, genug Zeit zu haben, um Fragen nachzugehen oder bei ärztlichen Kolleg*innen nachzufragen. Zum anderen halfen geregelte Arbeitszeiten dabei, den Anforderungen in der Familie gerecht werden zu können: „*Es hat immer sehr gut geklappt. Da wir ja keine Notfallpraxis sind, sondern ich regelrechte Termine habe, konnte ich mir die meistens so legen, dass ich rechtzeitig zuhause bin, zum Mittagessen kochen. Das klappt so 97% würde ich behaupten.*“ (T11)

Fortbildungen

Der Besuch von Fortbildungen vor und im Rahmen des Wiedereinstiegs wurde positiv erwähnt. Auch interne Fortbildungen waren eine wichtige Möglichkeit, den Wiedereinstieg angenehm zu gestalten: „*Wir haben auch eine Weiterbildungsstunde mittwochs, immer so, wo ich mir im Prinzip auch ein Thema aussuchen kann, was wir dann auch ausführlicher und ruhiger besprechen können, und nicht immer so zwischen Tür und Angel.*“ (T23)

Sozialer Aspekt

Als fördernder Faktor eines Wiedereinstiegs wurde der soziale Aspekt betont. Hier wurde die Unterstützung durch das soziale Umfeld und vor allem durch die eigene Familie genannt. Die Probleme zuhause besprechen zu können, die ideelle Unterstützung in der Partnerschaft und durch die Kinder zu spüren, war genauso wichtig, wie praktische Unterstützung bei der Organisation des Haushalts. „*Ganz toll, muss ich sagen, ja. Sehr unterstützt, kauft ein, kocht, großartig. Noch nie vorher gemacht und jetzt alles [lacht].*“ (T27) Positive Auswirkungen wurde auch auf die Partnerschaft notiert: „*Also ja, weil man halt die Rolle neu definiert, die man hat und eben nicht nur als Hausfrau gesehen wird. Auch die*

Gespräche sind wieder ganz anders zuhause, also ich glaube für meinen Mann ist es sehr positiv.“ (T26)

Rollendefinition

Für die eigene Rollendefinition war der Wiedereinstieg ein entscheidender fördernder Faktor. *„Also ich habe lange Zeit, wenn jemand gefragt hat: ‚Was machst du so?‘, [lacht] habe ich gesagt: ‚Ja, ich bin zu Hause bei den Kindern‘, und das habe ich überhaupt nicht mehr erwähnt [...]. Und jetzt, wenn mich jemand fragt, sage ich: ‚Ich bin Ärztin.““ (T08)*

Positives Feedback

So wie negatives Feedback einen Wiedereinstieg behinderte, trug positives Feedback von Patient*innen, Kolleg*innen und Vorgesetzten zur Motivation bei, auch schwierige Situationen durchzustehen und weiterhin ärztlich tätig zu bleiben: *„Ich habe auch immer, immer gutes Feedback bekommen. Also wenn das nicht gewesen wäre, dann hätte ich mir natürlich auch, hätte ich auch gesagt: ‚Ja nein, das ist wohl wirklich nichts für mich.‘ Aber ich habe halt immer, bin immer bestätigt worden, entweder von Patienten, Angehörigen oder eben Kollegen, auch Chefs, Oberärzte, die haben mich alle immer bestätigt sozusagen. Und dann habe ich mir schon gedacht: ‚Ja, dann muss ja wohl was dran sein dann auch.““ (T24)*

4.2.5.2. Hemmende Faktoren

Ein Wiedereinstieg verlief nicht immer positiv. Seminarteilnehmende hatten nach Abwägen der Vor- und Nachteile einen Wiedereinstieg gewagt. Manche Seminarteilnehmende ließen sich durch negative Erfahrungen nicht abschrecken und blieben praktisch ärztlich tätig. In einigen Fällen wurden sie jedoch durch die negativen Erfahrungen entmutigt oder desillusioniert, sodass sie die Arbeit nach kurzer Zeit wieder niederlegten. Wurden einmal solche Erfahrungen gesammelt, war die Motivation, einen erneuten Wiedereinstieg zu wagen, verschwindend gering. So kann bei negativen Erfahrungen während des Wiedereinstiegs von hemmenden Faktoren gesprochen werden.

Überforderung

Das Gefühl der Überforderung war für viele Wiedereinsteigende eine sehr negative Erfahrung. Eine Wiedereinsteigerin berichtete von einem Zusammenbruch: *„Also ich hatte dann auch wie so einen kleinen Zusammenbruch [...] ich konnte nichts mehr, ich konnte nicht mehr schlafen, ich war, ich konnte nicht mehr essen, ich habe ganz viel abgenommen, und*

also eigentlich wie so eine Überlastungskrise, Überlastungsepisode oder sowas und habe [...] dann auch ein Medikament genommen und damit ging es dann einfach deutlich besser. Das hat mich eigentlich gerettet, muss ich sagen. [...] Und ich habe mir dann gedacht, ja dann mache ich jetzt auch eine Therapie.“ (T24) Andere Wiedereinsteigende nannten Gründe für die Überforderung zurück im Beruf. Darunter fiel die Belastung der Arbeit in Kombination mit einer fehlenden Einarbeitung. „Er ist mit mir durch diese Altenheime durchgehets, ich habe eigentlich bei ihm learning by doing von Anfang an, ich bin im Prinzip, also er hat mich zwar ein-, zweimal mit herum geführt, aber ich meine, das kann man sich unmöglich merken, man kann sich, ich mache ja zum Teil zwanzig, dreißig, vierzig Hausbesuche an einem Tag und fahre mit meinem eigenen Auto auch durch die Gegend, zusätzlich zur Praxis noch, also das ist unglaublich viel, was ich arbeite und das sollte im Prinzip eigentlich von Anfang an so funktionieren.“ (T23) Auch die mangelnde Möglichkeit, Fragen zu stellen, war ein hemmender Faktor. „Und heute, die Einarbeitung, das konnten Sie vergessen, in der Praxis hieß es dann: ‚Jetzt frag nicht so viel, mach einfach.‘ Ich habe zwar eine Menge gelernt, aber mit vielen Ängsten. [...] Jaja und dann musste ich mir damals anhören: ‚Was hast du überhaupt in der Uni gelernt?‘“ (T03) Nicht nur einschüchternde Antworten, auch ein Mangel an Krankenhauspersonal führten dazu, keine Ansprechpartner*innen bei Fragen zu haben. „Diese Verantwortung, die [die Wiedereinsteiger] [...] dann ja plötzlich hatte[n]“ (T24), wurde als sehr belastend empfunden. Die fehlende Einarbeitung und der „Sprung ins kalte Wasser“ waren so prägend, dass sie bei einzelnen Wiedereinsteigenden zu erheblichen Selbstzweifeln führten. „Weil die Überforderung und dieses, es hat natürlich null Spaß gemacht, also es war einfach so null Spaßfaktor dabei. Also diese Freude am Beruf oder so, das ging völlig unter und dann aber eigentlich vor allem auch so dieses: Das kann ich nicht, das ist einfach nicht das Richtige für mich, ich bin da zu schlecht und ich werde auch nicht mehr aufholen können. [...] Also so diese Gefühle, so dieses es ist komplett wahrscheinlich das Falsche, ich hätte lieber, also ich weiß nicht, ich hätte alles gemacht, glaube ich, fast alles, außer da in diese Klinik zu gehen sozusagen.“ (T24) Eine den Wiedereinsteigenden unbekannte Gegend und ein fehlendes Navigationsgerät erschwerten „Hausbesuche“ (T03) zusätzlich und wirkten sich negativ auf die Berufserfahrungen aus. Die technischen Neuerungen waren ein weiterer Grund für ein Gefühl der Überforderung, das auch Zweifel an den eigenen Fähigkeiten mit sich brachte: „Die haben auch so ein Computersystem, also was mich zur Verzweiflung gebracht hat und wo ich natürlich dachte, das liegt an meinen mangelnden Kenntnissen, aber mittlerweile, es liegt einfach an dem schlechten System.“ (T15) Das Gefühl „außen vor“ zu sein, weil „die heutigen Studenten [...] natürlich viel mehr online [machen]“ (T17), bestärkte die Einschätzung allein zu recht kommen zu müssen. Auch im Zusammenhang mit der Dokumentation mithilfe eines

unbekannten Computersystems wurde die mangelnde Zeit angesprochen. *„Ja, also ich habe den Patient da sitzen, ich muss mich dem widmen, ich muss parallel dokumentieren mit einem Computerprogramm, das ich überhaupt nicht kenne und mich ständig verheddere, und dann soll ich in zehn Minuten komplett fertig sein mit allem und dann gleich den nächsten Patienten drannehmen.“* (T03) Die Balance zwischen Beruf und Familie zu halten, überforderte einige Wiedereinsteigende: *„Vor allen Dingen, was ich auch festgestellt habe, Wissenslücken aufzuholen als Mutter, wenn du tagsüber arbeitest und nachmittags eben doch noch wieder die Kinder hast, ich kann abends nicht noch irgendwie mich um acht oder neun hinsetzen und wahnsinnig viele Dinge aufarbeiten. Das schaffe ich auch nicht, also das ist wirklich, das geht über meine Grenzen, ich weiß nicht, wie man das irgendwie organisieren soll.“* (T18) Gewohnte Muster mussten über Bord geworfen werden, was auch die Familie akzeptieren musste. *„Meine Kinder, für die war es am Anfang sehr sehr schwierig, weil die Mama, die ja immer rund um die Uhr ansprechbar war, ist es so jetzt nicht mehr.“* (T08) Besonders herausfordernd war die Situation in der Familie, wenn keinerlei Unterstützung im Rahmen der Partnerschaft geleistet werden konnte. *„Na, ich denke, es kann schon auch daran liegen oder es kann daran gelegen haben, dass ich natürlich auch überfordert gewesen bin mit dieser Situation, dass mein Mann 700km weit weg war und ich irgendwie alles alleine klären musste.“* (T18)

Wissen

Neben dem Gefühl der Überforderung nannten Wiedereinsteigende die Konfrontation mit dem Fachwissen. So wurde mehrmals betont, dass *„wirklich Wissenslücken definitiv dann auch da waren.“* (T24) Der Mangel an Fachwissen erschwerte den Wiedereinstieg. *„Aber es war auch eine verdammt harte Zeit. Wie gesagt mein Wissen ist einfach verdammt lange her gewesen [lacht].“* (T12) Als besonders beschwerlich wurde das fehlende Wissen zu Medikamenten genannt: *„Also für mich ist das Schwierige, dass man mit den Medikamenten nicht mehr vertraut ist, beziehungsweise nicht mehr so reinkommt mit den neuen Substanzen.“* (T03) Dazu kam die Erfahrung, dass die Wissensaufnahme mit fortgeschrittenem Alter mehr Zeit in Anspruch nahm. *„Das ist auch ein bisschen deprimierend, also das zu sehen, und man lernt sie nicht mehr so schnell, weil man älter wird.“* (T22) Der Wechsel des Fachgebiets stellte eine weitere Herausforderung dar. Erste Begegnungen mit dem neuen Inhalt waren hemmende Faktoren. *„Ja, sehr fremd für mich, weil ich ja, also als Normalmediziner und ich habe eigentlich eher zur Chirurgie geneigt, ist natürlich die Psychotherapie ein ganz fremdes Feld. Also so diese ersten Seminare, da habe ich mich schon sehr ja, etwas fehl am Platz gefühlt [...]. Also das war schon auch ein längerer Prozess, wo ich so am Anfang gedacht habe: ‚Mensch, was ist jetzt das?‘ [lacht] Also es war schon nicht einfach.“* (T21)

Enttäuschungen

Ein weiterer hemmender Faktor während des Wiedereinstiegs war die Erkenntnis, dass die Versprechungen, die Vorgesetzte vor Arbeitsantritt gegeben hatten, nicht gehalten wurden. *„Es war dann so, ich habe eben in der psychosomatischen Klinik angefangen. Da ist mir sozusagen faktisch gesagt worden: ‚Ja, da gibt es nicht viel Somatik‘, was sich als falsch entpuppt hat. Also ich war von Anfang an alleine, weil meine Kollegin krank geworden ist, leitende Stationsärztin, also da gab es sozusagen auch keine Oberärztin und Dienste relativ früh, also es war heftig.“* (T16)

Dienste

Die Verpflichtung zu Diensten war ein weiterer hemmender Faktor. Ein Aspekt war dabei die Unvereinbarkeit mit der Familie, der so weit reichte, dass die neue Stelle doch gekündigt wurde. *„Also ich war etwas über ein Jahr in der Klinik und habe dann selber gekündigt, obwohl die mich halten wollten unbedingt, weil mir das einfach mit den Diensten, das war mir zu stressig. Da hatte ich das Gefühl, das passt nicht, zumal mein Mann immer nur an den Wochenenden überhaupt zuhause war. Diese Wochenenddienste, die sehr häufigen Wochenenddienste haben das Familienleben gestört.“* (T16) Die Belastung durch die Dienste auf emotionaler Ebene wirkte sich ebenfalls negativ aus: *„Ja, ja, also emotional belastend. Ich denke, das ist vielleicht schon auch dieses, dass man nicht mehr 25 ist und vieles vielleicht nicht mehr so gelassen nimmt, dann auch wenn irgendwie nachts um zwei der Ruf geht, dass man dann nicht mehr einschläft.“* (T17) Die Verantwortung im Rahmen der Dienste für „zweihundert Patienten“ (T07) und das Gefühl der Überforderung wurden negativ angemerkt. *„Vielleicht wirklich der erste Dienst, Nachtdienst. Also der war wirklich schrecklich. [...] Ja, ich wusste eigentlich gar nicht, wo ich zuerst anpacken sollte und habe einfach nur funktioniert und bin gelaufen und habe versucht irgendwo da zu sein, intuitiv zu handeln mehr oder weniger und ich glaube, ich habe ganz, ganz oft meinen Hintergrunddienst angerufen.“* (T12)

Sozialer Aspekt

Auch der soziale Aspekt konnte negative Auswirkungen haben. Eine Kooperation ging nach kurzer Zeit wieder in die Brüche, weil *„einige Sachen aufgestoßen sind, [die] nicht gestimmt haben.“* (T03) Nach einem Umzug fehlten Wiedereinsteigenden medizinische soziale Kontakte, was den Wiedereinstieg erschwerte: *„Ja, dass ich nicht mal rechts und links Kollegen habe, die ich anrufen könnte: ‚Du, wo könnte ich das nachschauen oder wie machst du das?‘“* (T17)

Bürokratie

Bürokratische Hindernisse waren die Einarbeitung in ein fremdes Gesundheitssystem im Rahmen eines Auslandseinsatzes: *„Also so das Einarbeiten hier in die italienischen Verhältnisse, wo krieg ich dieses her, wo kriege ich jenes her... Also alles keine medizinischen Probleme, sondern die Alltagsprobleme. Das hält einen mehr auf Trab als der Medizinteil, den kann man ja lernen, den kann man.“* (T20) Auch Vorschriften der Ärztekammer wurden kritisiert und erschwerten einen gelungenen Wiedereinstieg. *„Das Ärztekammer sagt sonst, na, man muss es Vollzeit machen und Dreiviertelzeit geht auch nicht. Man muss entweder Halbzeit für drei Jahren oder Vollzeit für eineinhalb Jahren, obwohl eigentlich wollte ich dreiviertel arbeiten, aber nein, von Ärztekammer geht das nicht.“* (T07)

Negatives Feedback

Besonders schwer wogen negative Rückmeldungen im Rahmen des Wiedereinstiegs. Kritik und Unverständnis von Vorgesetzten erschwerten den Wiedereinstieg enorm. *„Ein Kurztermin sind zehn Minuten und ein Langtermin sind zwanzig Minuten und wenn man dann länger nicht gearbeitet hat, dann braucht man einfach länger Zeit. Und hat dann auch zu mir gesagt, ich würde das Geld, was ich koste, nicht reinarbeiten.“* (T03) Hatten Wiedereinsteigende sowieso oft ein geschmälertes Selbstbewusstsein, war negatives Feedback für eine weitere Schmälerung des Selbstbewusstseins verantwortlich. *„Und meine Chefin hat mir zum Beispiel eigentlich auch immer das Gefühl gegeben, ich wüsste viel zu wenig und: ‚Was? Das weißt du alles nicht?‘“* (T18) Die negative Rückmeldung in Form einer völlig überraschenden Kündigung wirkte derart demotivierend, dass diese Erfahrung einen weiteren Wiedereinstiegsversuch verhinderte. *„Aber das hat mir einen wahnsinnigen Motivationsdämpfer gegeben, diese Kündigung und [...] auch einen persönlichen Knacks mitgegeben, weil das ist natürlich schon hart. Man fängt an, man versucht alles und das ist eben schon sehr schwierig.“* (T18)

5. Diskussion

5.1. Diskussion der Methodik

Die vorliegende Studie ist die erste qualitative Untersuchung, die sich mit dem Prozess des Wiedereinstiegs und dem Stellenwert eines Wiedereinstiegsseminars für Ärzt*innen in Deutschland beschäftigt. Es lassen sich sowohl Stärken als auch Schwächen identifizieren.

5.1.1 Stärken

Das Ziel dieser Arbeit war es, eine möglichst große Bandbreite an Determinanten, die den Wiedereinstieg beeinflussen, zu bestimmen und Hypothesen zu bilden. Das umfangreiche Material in Form der Transkripte und das breite Spektrum an einflussnehmenden Faktoren zeigen, dass die Wahl eines qualitativen Designs für diese Zielsetzung korrekt war.

Die Stichprobe ist heterogen: Die Länge der Berufspause variierte von wenigen Wochen bis 26 Jahren und lag im Schnitt bei zwölf Jahren. Eine weitere Stärke der Studie ist, dass sowohl Ärzt*innen, die wieder ärztlich tätig waren, als auch Ärzt*innen, die nicht wieder ärztlich tätig waren, an der Studie teilnahmen. Hier decken sich die Verhältnisse mit der Stichprobe einer früheren quantitativen Studie mit Teilnehmenden des Wiedereinstiegsseminars der Bayerischen Landesärztekammer. Zum Zeitpunkt der Befragung waren in jener Studie 69% ärztlich tätig, in der vorliegenden qualitativen Studie waren es 71%.

Unerfahrene Interviewende tendieren zu einer zu großen Dominanz während der Gespräche oder einer zu starken Fixierung auf die Leitfragen [71, 78]. Um diesem vorzubeugen wurden zwei Probeinterviews durchgeführt und besprochen.

Auf eine weitere Rekrutierung wurde verzichtet, da eine Datensättigung erreicht war. Mit Datensättigung ist gemeint, dass durch das Hinzunehmen weiterer Teilnehmenden keine zusätzlichen bedeutenden Erkenntnisse hätten gewonnen werden können. Die geschützte Atmosphäre in den Einzelinterviews und das Versprechen eines vertrauensvollen Umgangs mit den erhobenen Daten trugen wahrscheinlich zu einer großen Ehrlichkeit der Teilnehmenden bei. Die Entscheidung zu Einzelinterviews scheint bei dieser Studie gerechtfertigt. Die Form der halbstrukturierten Interviews ermöglichte einen natürlichen Gesprächsverlauf und das Setzen individueller Schwerpunkte. Die Aufzeichnung und Transkription entlang der Transkriptionsregeln sorgten für detailliertes und formal einheitliches Material als Fundament für die Analyse. Eine Auswertung allein auf Basis von Gedächtnisprotokollen wäre

bei der Fülle des Materials schwer zu leisten gewesen, da die Wahrung aller relevanten Informationen nicht garantiert hätte werden können.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring stellte sich als praktisch anwendbar und für die vorliegende Studie geeignet heraus. Mit der gewählten Methode konnten wertvolle Hypothesen generiert werden. Um Verzerrungen der Ergebnisse durch unbewusste Vorannahmen so gering wie möglich zu halten, fand die Analyse in Rücksprache mit einem der Forscher statt, der an der Erstellung des Leitfadens und an den Probeinterviews beteiligt gewesen war.

5.1.2 Schwächen

Es fällt auf, dass der Frauenanteil mit knapp 90% in der vorliegenden Arbeit hoch ist. Betrachtet man ganz Deutschland, sind mehr Ärztinnen als Ärzte nicht ärztlich tätig: 2018 lag der Frauenanteil aller aufgrund von Haushalt, berufsfremder Tätigkeit, Arbeitslosigkeit, Elternzeit, Altersteilzeit oder „sonstigem Grund“ nicht ärztlich aktiven Ärzt*innen bei 68% [24]. Unklar bleibt, inwiefern mehr Frauen an der qualitativen Studie teilnehmen wollten, bzw. inwiefern insgesamt mehr Frauen an einem Wiedereinstiegsseminar teilgenommen haben oder deutschlandweit teilnehmen. Es fehlt an Daten über die Geschlechterverteilung sowohl von Teilnehmenden an Wiedereinstiegsseminaren, als auch von Wiedereinsteigenden insgesamt. Das bietet einen Ansatzpunkt für weitere Studien.

Eine weitere Schwäche ist die fehlende Non-Responder-Analyse, die in zukünftigen Studien Berücksichtigung finden sollte. Da die Studie ausschließlich an einer Gruppe von Teilnehmenden eines bestimmten Seminarkonzepts in Bayern durchgeführt wurde, kann eine Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Es können weder Rückschlüsse auf andere Wiedereinstiegsseminare noch auf ganz Deutschland gezogen werden. Weil keine Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Studie gewährt werden konnte, ergibt sich auch hier vermutlich eine Selektion. Teilgenommen haben könnten hauptsächlich Wiedereinsteigende, die sich sehr für das Thema interessieren und sich vermehrt damit auseinandersetzen. Für zukünftige Studien wäre die Ergänzung von inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien zu erwägen.

Trotz der beiden durchgeführten Probeinterviews kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Interviewerin vorliegt. Unbewusste Vorannahmen könnten sowohl bei der Durchführung der Telefon-Interviews als auch der späteren Analyse zur Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Für die Durchführung künftiger qualitativer Studien dieser Art wären face-to-face Interviews zu empfehlen. Am Telefon kann keine nonverbale Kommunikation wahrgenommen werden. Solche Signale, die in einem persönlichen Kontakt hätten bemerkt und vertieft werden können, zudem eventuell weitere Informationen hätten hervorbringen können, gingen aufgrund der Telefonsituation verloren. Das Gespräch an einem neutralen Ort stattfinden zu lassen, hätte ebenfalls zu einer größeren Offenheit und einer größeren Störungsfreiheit beitragen können. Im Zuge dessen würde jedoch gegebenenfalls auf Interviewteilnehmende im Ausland verzichtet. So arbeitete ein Interviewteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung auf Sardinien.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde in Form einer qualitativen Studie untersucht, wie Teilnehmende eines Wiedereinstiegsseminars für Ärzt*innen im Rückblick die Teilnahme einschätzen und welche Faktoren die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen.

Die Hauptforschungsfrage lautete „Welche hemmenden und fördernden Faktoren beeinflussen die Entscheidung, eine ärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen zu wollen?“

Die Beantwortung dieser Frage lässt sich nicht auf einen einzigen Faktor herunterbrechen, aufgrund dessen die Entscheidung jeweils getroffen wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass viele Komponenten bei der Entscheidung mitspielen und erst die Kombination dieser eine Entscheidung herbeiführt.

5.2.1. Grund für die Berufspause

Familie und Karriereverzicht zugunsten der Familie

Der ausschlaggebende Grund für eine Berufspause war in vielen Fällen die Familie. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen anderer Studien [59, 65, 83, 92, 94, 102]. Insbesondere mit der Geburt des dritten Kindes war eine weitere (Teilzeit-) Beschäftigung der Frau häufig nicht mehr möglich, das zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Dieser Aspekt findet sich auch in den Ergebnissen des Instituts für Demoskopie Allensbach bei der Befragung von Elternpaaren [80]. Hier wird die Geburt eines ersten Kindes gar als „Weichenstellung für die Aufgabenteilung in Familie und Beruf“ bezeichnet. Es wird dargestellt, dass viele Frauen mit der Geburt des ersten Kindes ihre Arbeit entweder deutlich reduzieren oder eine Auszeit nehmen. Männer hingegen bleiben in der Mehrzahl der Fälle auch im

Anschluss an die Geburt vollbeschäftigt. Dieser eingeschlagene Weg setzt sich häufig dauerhaft fort. Mit steigender Zahl der Kinder verringert sich zudem der prozentuale Anteil der erwerbstätigen Frauen [33]. Obwohl Paare sich andere Verteilungen wünschen, scheitert es beispielsweise an strukturellen Voraussetzungen wie dem Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen oder der Unterstützung durch Vorgesetzte.

Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Schritt nicht immer aus der Not geboren wird, sondern teilweise aufgrund einer inneren Haltung ganz bewusst gegangen wird. Zugunsten der Familie und des Partners verzichteten Studienteilnehmerinnen freiwillig auf ihre eigene Karriere. Das deckt sich mit den Ergebnissen von Freed et al. Frauen verzichteten doppelt so häufig auf die eigene Karriere wie ihre Partner, vor allem wenn beide Partner den Arztberuf erlernt hatten [59]. Laut Kraft et al. nannte ein Fünftel der befragten Personen die Karriere ihrer Partner*innen als Ausstiegsgrund [97].

Finanzielle Situation und Versicherung

Als „äußerer“ Faktor für eine Berufspause wurde die finanzielle Situation genannt. Sie führte zu einem Karriereverzicht. In Deutschland ist es für Paare finanziell oft günstiger, wenn nur der Mehrverdienende arbeiten geht. Das liegt unter anderem am Versicherungsmodell. Schweden bietet hier ein Beispiel für eine gute Alternative. Die individuelle Besteuerung der beiden Personen innerhalb einer Partnerschaft schafft günstige Voraussetzungen für einen raschen Wiedereinstieg in den Beruf. Sie bedeutet finanzielle Vorteile, wenn beide Personen in einer Partnerschaft nach der Geburt des Kindes arbeiten gehen [14, 51].

Berufliches soziales Umfeld

Die vorliegende Arbeit zeigt als einen Aspekt für den Berufsausstieg den Einfluss des sozialen beruflichen Umfelds. Sowohl schwierige Verhältnisse im Kollegium, als auch ein Gefühl der „sozialen Isolation“ wurden als Gründe für die Berufsaufgabe genannt. Dass geringe soziale Unterstützung bei Arbeitskolleg*innen, sowie eine fehlende Anerkennung der Leistung zum psychosozialen Unwohlbefinden beitragen, wird von Alberecht et al. beschrieben [7].

Zeitliche Arbeitsbedingungen und Überforderung im Beruf

Die Studie zeigt, dass ungünstige Arbeitsbedingungen der Grund für eine Berufspause sein können. In den aufgezeichneten Gesprächen wurden hier zwei Aspekte betont: Zum einen die zeitlichen Arbeitsbedingungen als äußerer Faktor, zum anderen das Gefühl der Überforderung im Beruf als innerer Faktor.

Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation werden in den meisten Studien, die sich mit der Thematik „Wiedereinstieg“ beschäftigen, als ein Grund für eine Berufspause genannt [59, 83, 92, 97]. Auch die Intention, den ärztlichen Beruf in Zukunft ganz aufzugeben, wird mit den vorherrschenden Arbeitsbedingungen begründet [38]. Den Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit bei der Arbeit und einem Berufsausstieg beschreiben Hann et al: Die Wahrscheinlichkeit, dass unzufriedene Ärzt*innen innerhalb der folgenden Jahre aus dem Beruf aussteigen, ist hoch [68].

Dabei spielen auch in der Literatur die zeitlichen Arbeitsbedingungen eine Rolle [94, 97]. Darüber hinaus werden Verwaltungsaufgaben, eine zu geringe Entlohnung für die Leistung und bürokratische Aufgaben genannt.

Jewett et al. zeigen, dass ärztliches Personal, das seine Tätigkeit aufgrund ungünstiger Arbeitsbedingungen aufgibt, häufiger bei seiner Entscheidung bleibt und auch im Verlauf nicht wieder ärztlich tätig wird. Im Gegensatz dazu nehmen Ärzt*innen, die als Ausstiegsgrund „Familie“ angaben, ihre ärztliche Tätigkeit häufiger wieder auf [83]. Zu diesem Ergebnis kamen auch Kraft et al. Hier wird zwischen Berufsaussteigenden und Berufswechselnden unterschieden, wobei Berufswechselnde die Tätigkeit aufgrund hoher Unzufriedenheit aufgeben [97].

Dass eine Überforderung im Beruf der ausschlaggebende Grund für einen Berufsausstieg ist, wird in der Literatur so nicht beschrieben. Das könnte ein Ansatzpunkt für weitere Forschungsfragen sein.

Wohnortwechsel, Stellensituation und Frustration über Patient*innenhaltung

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, spielte der Wohnortwechsel der Ärzt*innen ebenfalls eine Rolle beim Niederlegen der ärztlichen Tätigkeit. Die Stellensituation und die Frustration über die Einstellung der Patient*innen Ärzt*innen gegenüber wurden als weitere Gründe genannt. Dazu finden sich in der Literatur keine vergleichbaren Ergebnisse, sodass dieser und der vorhergehende Grund Ansatzpunkte für weiterführende Forschung sein könnten.

In der Literatur finden sich darüber hinaus weitere Gründe für einen Berufsausstieg, die sich in der vorliegenden Arbeit nicht oder nur am Rande wiederfinden. Hervorzuheben ist die Berufsverdrossenheit, die Frauen aufgrund sexueller Belästigung, Gehaltsdifferenzen zwischen den Geschlechtern und einer weiblichen Unterrepräsentation in hohen akademischen Positionen erfahren müssen [59, 102]. Eine der befragten Teilnehmenden, deren Grund für den Berufsausstieg eine Schwangerschaft war, gab an, nach der Mitteilung an

ihren Chef benachteiligt behandelt worden zu sein. Er habe sie sofort abgeschrieben, sie sei um sämtliche Funktionen betrogen worden und hätte nichts mehr machen dürfen. Es sei auch zum Kündigungsversuch durch den Chef gekommen. Eine Diskriminierung durch Vorgesetzte wird auch in der qualitativen Untersuchung von Rothe et al. beschrieben: Ärztinnen erlebten Entwertung, Herabsetzung der eigenen Person und den verweigerten Zugang zur Forschung nach Mitteilung ihrer Schwangerschaft. Diese negativen Erfahrungen wirkten sich auf die weitere Karriereziele und die Definition der Rollen aus [121].

In der Literatur findet sich oft das Stichwort „neuer Karriereweg“ als einer der Hauptgründe für eine Berufspause [24, 61, 65, 83, 97, 102, 147]. Es wird jedoch nicht dargelegt, was den Ausschlag für die Entscheidung, den Beruf zu wechseln, gab. In der vorliegenden Studie hatten Teilnehmende ihre ärztliche Tätigkeit teilweise ebenfalls zugunsten neuer Karrierewege aufgegeben. Das war jedoch stets die Folge einer anderen Ursache, zum Beispiel von Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen.

In der englischsprachigen Literatur wird der Missbrauch von Substanzen wie Alkohol oder Medikamenten als Auslöser für einen Berufsausstieg genannt. Dahingegen wird ein solcher Substanzabusus in Studien über Ärzt*innen, die in Deutschland tätig sind, nicht als Grund für eine Berufspause erwähnt. Dabei ist ärztliches Personal in Deutschland ebenfalls gefährdet und davon betroffen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland neigen Ärzt*innen häufiger zu riskantem oder schadhaftem Konsum von Alkohol. Während die Prävalenz für risikohaften Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung bei 1,8% liegt, variieren die Zahlen für Ärzte von 6 bis 40% [16]. 2008 lag der risikohafte Alkoholkonsum bei rund 20%, während laut einer Onlinestudie aus dem Jahr 2018 knapp ein Viertel der Ärzteschaft einen gefährlichen Alkoholkonsum aufweist [114, 118]. Außerdem scheint es bei Ärzten ein höheres Risiko für eine gesteigerte Einnahme von Medikamenten und Psychopharmaka zu geben [145]. Es ist daher nicht ersichtlich, warum Substanzmissbrauch nicht als Grund für einen Berufsausstieg auftaucht. Weitere Forschungsfragen könnten hier anknüpfen.

Krankheit, verfrühte Pensionierung, Bereitschaftsdienste, steigende Strafen für medizinische Kunstfehler, sowie militärische oder humanitäre Tätigkeiten wurden als weitere Gründe für eine Berufspause in der Literatur gefunden und genannt [24, 59, 65, 83, 92, 97, 102, 147].

5.2.2. Motivation, die ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen und fördernde Determinanten eines Wiedereinstiegs

Einige Gründe für eine Motivation, die ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen, überschneiden sich mit den fördernden Faktoren, die dazu beitragen, den Wiedereinstieg tatsächlich zu wagen. Deswegen sollen beide Aspekte im Folgenden gemeinsam diskutiert werden.

Abgeschlossene Familienplanung, entlastete Familiensituation und Unterforderung

Die Familie hat einen großen Stellenwert bei einem Wiedereinstieg. Die Ergebnisse zeigen, dass eine abgeschlossene Familienplanung, nachlassende Anforderungen zuhause und eine Unterforderung in der alleinigen „Mutterrolle“ Anlass gaben, über den Beruf und einen Wiedereinstieg nachzudenken. Über eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema „Wiedereinstieg“ hinaus waren diese Faktoren ausschlaggebend dafür, einen Wiedereinstieg tatsächlich zu wagen. Neben der Unterforderung zuhause wurde eine Unterforderung und Langeweile im zuvor innegehabten Arbeitsverhältnis genannt. Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der Studie von Jewett et al. Ärzt*innen gaben in dieser als Grund für den Wiedereinstieg an, zu viel Freizeit zu haben [83]. Nicht nur Mediziner*innen, auch Wiedereinsteigende anderer Berufsfelder geben ein Zuviel an Freizeit als fördernden Faktor für den beruflichen Wiedereinstieg an. 2009 wurde das Programm „Perspektive Wiedereinstieg“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend zusammen mit der Bundesagentur für Arbeit eingeführt. Es dient der Unterstützung des Wiedereinstiegs von Frauen, die eine Berufspause von mindestens drei Jahren hatten und über einen Berufsabschluss verfügen. In einer qualitativen Studie zu diesem Programm nannten Frauen als einen der Gründe für einen Wiedereinstieg, dass sie sich nicht ausgelastet fühlten [45, 44].

Anstoß und Unterstützung durch soziales Umfeld

Aus den Ergebnissen geht weiter hervor, dass manche Teilnehmende erst einen Anstoß von außen benötigten, bevor sie sich mit dem Thema „Wiedereinstieg“ befassten. Der Einfluss des sozialen Umfelds spielte hier eine große Rolle. Sowohl einem Anstoß von außen zum Beispiel im Rahmen einer Nachfrage von Bekannten, als auch der ideellen und praktischen Unterstützung innerhalb der Partnerschaft wurden viel Gewicht beigemessen. Ein Ansatzpunkt, mehr ärztliches Personal für die praktische ärztliche Tätigkeit zurückzugewinnen, könnte hier zu finden sein. Es wäre zu prüfen, ob man gezielt Ärzt*innen ohne ärztliche Tätigkeit anschreiben und sie zu Veranstaltungen einladen könnte. Das wäre eine Möglichkeit, sie bei einem ersten Schritt zurück in den ärztlichen Beruf zu unterstützen. Ein Teilnehmer der Wiedereinstiegs-Veranstaltung in Schleswig-Holstein betonte, dass er ohne eine Einladung nicht gekommen wäre [107]. Manche Landesärztekammern bieten für den

Entscheidungsprozess auf ihrer Homepage Hilfestellungen beim Wiedereinstieg an [10]. Es finden sich Anregungen und Listen mit zu beachtenden Punkten für einen geplanten Wiedereinstieg. Genannt werden hier wichtige Aspekte, die es bereits vor einem geplanten Berufsausstieg, während der Pause und bei einem Wiedereinstieg zu beachten gilt. Beispielsweise wird darauf hingewiesen, dass man sich schon vor einem Berufsausstieg Gedanken über die finanzielle Situation machen sollte. Auch sei es sinnvoll, mit Kolleg*innen oder den Vorgesetzten früh über einen möglichen Wiedereinstieg zu sprechen. Während der Berufspause werden unter anderem der Besuch von Fortbildungen und das Kontakthalten mit dem ärztlichen Kollegium empfohlen [8, 142]. Die Sächsische Landesärztekammer bietet mit dem „Leitfaden für nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte“ ein solches Dokument an. Darin finden sich viele allgemeine Informationen von der Erläuterung zur Mitgliedschaft in der Landesärztekammer über Teilzeitregelungen bis hin zu Informationen für ausländische Ärzt*innen. Zu jedem Thema finden sich Namen und Daten zu Kontaktpersonen [122].

Wiedereinstiegsseminar

Das Wiedereinstiegsseminar förderte einen Wiedereinstieg. Dabei war die Erkenntnis im Seminar, dass auch andere Ärzt*innen vor den Schwierigkeiten eines Wiedereinstiegs stehen, ein wichtiger fördernder Faktor. Das berichten auch Teilnehmende anderer Wiedereinstiegsseminare [46]. Der Stellenwert des Wiedereinstiegsseminars wird weiter unten detailliert besprochen.

Finanzen, finanzielle Notwendigkeit, Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit

Ergebnisse der Studie zeigen, dass sowohl eine finanzielle Notwendigkeit als auch der Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit motivierend auf eine Entscheidung, wieder in den Beruf einzusteigen, wirkten. Zu diesem Ergebnis kommen auch Jewett et al. In ihrer Arbeit nannten 32% der Befragten „finanzielle Aspekte“ als wichtigen Faktor für einen Wiedereinstieg [83]. Auch Köhler et al. betonen in ihrer Studie mit nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen aus Hessen diesen Aspekt [92]. Finanzielle Anreize für Wiedereinsteigende zu schaffen, könnte dazu beitragen, Ärzt*innen wieder in die praktische ärztliche Tätigkeit zurückzuholen.

Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung und sozialen Kontakten

Der Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung oder wieder unter Menschen zu kommen waren wichtige Motive für einen Wiedereinstieg. Vergleichbare Gründe finden sich in den Ergebnissen zur Evaluation des Programmes „Perspektive Wiedereinstieg“ [45, 44].

Sonstige Faktoren

Als Motivation und fördernder Faktor diente der Kontakt zu berufstätigen Müttern, die als positives Rollenmodell dienten. Des Weiteren führten verschlechterte Arbeitsbedingungen in einem vorherigen Beschäftigungsverhältnis und Auflagen des Arbeitgebenden zur Motivation, wieder ärztlich tätig zu werden. Ein passendes Stellenangebot motivierte Seminarteilnehmende dazu, über einen Wiedereinstieg nachzudenken. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es dabei eine große Bandbreite an fördernden Komponenten gab: Einmal diente ein Bewerbungstraining durch die Agentur für Arbeit als Schlüssel zum Erfolg, ein anderes Mal wurde der Wiedereinstieg dadurch erleichtert, dass wenig Zeit bis zum Stellenantritt und damit für Zweifel blieb. In einigen Fällen war das passende Stellenangebot der wichtigste Faktor, einen Wiedereinstieg zu realisieren. Als weiterer fördernder Faktor für einen Berufswiedereinstieg diente die Erneuerung des Fachwissens beispielsweise im Rahmen von Fortbildungen und durch den Wechsel des Fachgebiets. Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der Literatur nicht. Hier wären weitere Studien wünschenswert.

Zu einem Großteil der „inneren Faktoren“, die bei der Berufswiederaufnahme eine Rolle spielten, gibt es ebenfalls keine vergleichbaren Ergebnisse anderer Studien. Die Arbeitserfahrung, die vor der Berufspause gesammelt wurde, diente sowohl der Motivation, sich mit dem Thema „Wiedereinstieg“ zu beschäftigen, als auch als fördernder Faktor während des weiteren Wiedereinstiegsprozesses. Dieser Aspekt geht aus der Literatur, die sich zu diesem Thema findet, nicht hervor. Es wäre daher vielversprechend, in weiteren Studien zu prüfen, inwiefern gute Arbeitserfahrungen einen Wiedereinstiegsprozess beschleunigen könnten. Interviewteilnehmende nannten die Angst, den Anschluss zu verpassen, eine fehlende Bestätigung durch die Arbeit oder den Wunsch, die eigene Begabung einzusetzen, als weitere motivierende Faktoren. Auch hier sollte in weiteren Studien exploriert werden, inwiefern solche Faktoren einen Wiedereinstieg begünstigen können.

In der Literatur findet sich als wichtiger Motivationsfaktor das Vermissen der Patient*innenversorgung, was in den Ergebnissen dieser Studie keine herausragende Rolle spielt. Auch verschiedene Aussichten auf neue Berufsmöglichkeiten oder besondere Arbeitsbedingungen werden in der Literatur als Motivation genannt. Darunter fallen zeitlich flexiblere Rahmenbedingungen, weniger Verwaltung sowie die Möglichkeit, das Fachgebiet zu wechseln oder abzuschließen.

5.2.3. Hemmende Determinanten eines Wiedereinstiegs

Familie

Die Ergebnisse zeigen, dass die Betreuung von Kindern oder Pflegefällen in der Familie Barrieren im Rahmen eines Wiedereinstiegs bedeuten. Jewett et al. nennen ebenfalls die Familie eine Barriere bei einem Wiedereinstieg [83]. Doch diese verhindere nicht nur einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit generell, sondern bereits den Besuch eines Wiedereinstiegsseminars [37]. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern, ist seit Jahren ein großes Thema und ihre Wichtigkeit wird an vielen Stellen immer wieder betont. Auch weil der Frauenanteil der Absolvierenden eines Medizinstudiums in Deutschland stetig wächst, nehmen die Forderungen nach einer besseren Vereinbarkeit für den ärztlichen Beruf zu: Mehr Teilzeitstellen in Kliniken, eine bessere Flexibilität der Arbeitszeiten und Beratungen bezüglich Familien- und Karriereplanungen werden beispielsweise vorgeschlagen [25, 53]. Zu einer besseren Vereinbarkeit könnten weiter (klinikinterne) Kinderbetreuungseinrichtungen beitragen, die über gewöhnliche Öffnungszeiten hinausgehen, wie es vereinzelt bereits umgesetzt wurde [22]. Im internationalen Raum finden sich Modelle, diese gesellschaftliche Hürde zu überwinden: In Schweden beispielsweise ist die Erwerbstätigkeit von Frauen ausgesprochen hoch und bleibt es auch nach der Geburt mehrerer Kinder [47]. In den 70er-Jahren begann man damit, das Angebot der ganztägigen Betreuungseinrichtungen für Kinder ab einem Jahr auszubauen. Inzwischen wird der Bedarf nahezu vollständig gedeckt [129]. Ein weiteres aufschlussreiches Beispiel beschreiben Haklai et al. in ihrer Studie zu Frauen in der Medizin. In Israel ist die Hälfte der Ärzteschaft weiblich. Sind Medizinerinnen jünger als 45 Jahre, arbeiten sie durchschnittlich 37,5 Stunden wöchentlich, während ihre männlichen Kollegen im Durchschnitt zehn Stunden mehr arbeiten. Nach dem 45. Lebensjahr ist die Differenz der Arbeitszeit deutlich geringer, da dann in aller Regel die Kinder „aus dem Größten raus sind“ und Frauen ihren Beruf wieder in Vollzeit ausüben können [66]. Zwar hat die Erwerbstätigkeit von Ärztinnen deutschlandweit in den letzten Jahren zugenommen, allerdings hauptsächlich derer in Teilzeitbeschäftigungen. Grund dafür ist unter anderem das vor allem in den alten Bundesländern verankerte gesellschaftliche Bild, wie sich eine „gute Mutter“ zu verhalten habe [139]. Dass die gesellschaftliche Prägung innerhalb Deutschlands eine Rolle spielen könnte, zeigen eine höhere Inanspruchnahme von Teilzeitstellen und eine frühere Inanspruchnahme von Kinderbetreuung in den neuen Bundesländern im deutschlandweiten Vergleich [80].

Ablehnung durch soziales Umfeld

Die fördernden Faktoren zeigen, dass das soziale Umfeld und die Unterstützung innerhalb der Partnerschaft und durch die Familie eine wichtige Bedeutung für den Wiedereinstieg haben. Im Umkehrschluss wirkt eine geringe oder fehlende Unterstützung hier als Barriere. Auch im Rahmen eines Berufswiedereinstiegs anderer Berufsgruppen wird eine geringe Unterstützung in der Partnerschaft als hemmender Faktor genannt [45]. Als Barriere wirkte dabei nicht nur die Ablehnung innerhalb der Partnerschaft, sondern auch durch das weitere soziale Umfeld des potenziellen Wiedereinsteigenden. Dazu findet sich keine Literatur, so dass dies ein guter Anknüpfungspunkt für weitere Forschungsfragen sein könnte.

Mangel einer (geeigneten) Stelle

Das Fehlen einer geeigneten Stelle stellte eine große Barriere im Rahmen eines Wiedereinstiegs dar. Ohne ein geeignetes Stellenangebot wurde kein (erneuter) Wiedereinstieg gewagt. Diese Ergebnisse zeigen, dass unattraktive Arbeitsbedingungen, wie etwa zeitliche Rahmenbedingungen, die eine Vereinbarkeit mit der Familiensituation kaum zuließen, eine Barriere darstellen. Das lässt sich auch in der internationalen Literatur finden [83]. Einigen nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen stand die knappe Stellensituation zu Zeiten der „Ärzt*innenschwemme“ noch sehr deutlich vor Augen. Die Erinnerung daran erschwerte die Bereitschaft zu einer Stellensuche. Köhler und Klug zeigen in ihrer Studie zu nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen in Sachsen, dass sich zum Wiedereinstieg entschlossenes ärztliches Personal Unterstützung bei der Stellensuche wünscht [92].

Erfolglose Bewerbung

Demütigungen während des Bewerbungsprozesses wurden von einigen Studienteilnehmenden thematisiert. Dass dieses Problem bereits lange besteht, zeigt ein Kommentar im Ärzteblatt aus dem Jahre 1996 [36]. Mark et al. betonen die Verurteilung im ärztlichen Kollegium als Barriere [102]. Dazu gehöre nach einer Familienpause die Verurteilung durch Kolleg*innen, nicht ehrgeizig genug zu sein.

Fehlende Kenntnisse

Dass ein Mangel klinischer Fertigkeiten und Fachwissens eine Barriere beim Wiedereinstieg darstellt, wird so auch von Mark et al. thematisiert [102]. Als Barrieren werden sowohl der Verlust praktischer Fähigkeiten, als auch des Fachwissens beschrieben [102]. Grace et al. zeigen in ihrer Studie, dass eine Berufspause zum Verlust von Kompetenz führt [65]. Eine Überprüfung der Fertigkeiten vor einem Wiedereinstieg sei hier gerechtfertigt und wünschenswert. Im internationalen Raum finden sich vermehrt Studien, die eine andere Seite

des Wiedereinstiegs beleuchten und sich mit dem Thema „Patient*innensicherheit“ befassen [60].

Finanzen

Finanzielle Aspekte haben ebenfalls Einfluss auf die Entscheidung, eine ärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen zu wollen. Hohe Investitionen wurden von Interviewteilnehmenden als Barriere genannt. Inwiefern finanzielle Absicherung durch die Partnerschaft oder geringe Verdienstaussichten einen Wiedereinstieg hemmen, wäre ein weiterer interessanter Ansatzpunkt für Studien. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Fortbildungskosten einen Wiedereinstieg erschweren. In der internationalen Literatur werden die enormen Kosten für eine Teilnahme an einem Wiedereinstiegsseminar ebenfalls als Barriere genannt [70, 83, 148].

Wohnortwechsel

Der Verlust medizinischer Kontakte, beispielsweise im Rahmen eines Wohnortwechsels, ist ein weiteres Hindernis beim Wiedereinstieg. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen von Varjavand et al. [148].

Versicherung

Versicherungskosten dämpfen die Bereitschaft für eine Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit. Sind der „Berufspausierende“ und die andere Person in der Partnerschaft privat versichert, darf der Wiedereinsteigende nicht mehr als 450 Euro monatlich verdienen oder muss ein Bruttoeinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufweisen, ansonsten kann er nicht in der privaten Versicherung bleiben [29, 43]. Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse fallen geringer aus, wenn ein Hauptverdienender einzahlt [26]. Jewett et al. zeigen, dass die Anforderungen der Versicherungsgesellschaften eine Barriere darstellen [83]. Im Rahmen weiterer Studien sollte exploriert werden, inwiefern veränderte Steuer- oder Versicherungsbedingungen zum Wiedereinstieg beitragen könnten.

Bürokratie

Diese Studie detektiert die Konfrontation mit bürokratischen Schritten, die mit einem Wiedereinstieg zwangsläufig einhergehen, als hemmende Determinante. Es scheint sinnvoll, in weiteren Studien zu erforschen, wie hoch der Bedarf an Beratung bezüglich dieser Themen wäre, um sie gegebenenfalls in Leitfäden und Seminaren aufzunehmen. Die Widerstände, sich mit der anfallenden Verwaltung auseinanderzusetzen, werden auch in der englischsprachigen Literatur thematisiert. Der Fokus liegt hier nicht auf der Auseinandersetzung mit notwendigen Versicherungen, wie es die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beschreiben, sondern auf dem Erbringen von Nachweisen. Das liegt daran, dass man in den USA als

ärztlich tätige Person eine Lizenz braucht, die regelmäßig verlängert werden muss. Wird diese im Rahmen einer Berufspause nicht verlängert, muss der Wiedereinsteigende sich um eine neue Beantragung kümmern [70, 83].

Gesundheitssystem

Als Grund für eine Abwanderung nennen Ärzt*innen neben anderen Gründen häufig die Frustration mit dem deutschen Gesundheitssystem [93, 112]. 2018 wanderten allein 476 deutsche Ärzt*innen in die Schweiz aus [24]. Dabei werden nicht nur Frustration mit dem System an sich genannt. Psychosoziale Belastungen, die der Beruf mit sich bringt und die in Deutschland bisher wenig thematisiert werden, tragen zur Entscheidung für eine Arbeit im Ausland bei [150]. Dabei kostet jede ärztlich tätige Person, die in Deutschland ihre Ausbildung gemacht hat, aber nicht dort arbeitet, viel Geld. Mit einer dreißigjährigen ärztlich tätigen Person, die im vierten Weiterbildungsjahr auswandert, entgehen dem Staat 1,075 Millionen Euro in Form von zukünftigen Steuergeldern [77]. Die Ergebnisse der Studie bekräftigen, dass das Gesundheitssystem als hemmender Faktor für einen Wiedereinstieg gilt. Zu einem negativen Bild des ärztlichen Berufes trugen negative Erzählungen von Bekannten, die ärztlich tätig waren, bei. Auch eigene Erinnerungen an das Gesundheitssystem behinderten einen Wiedereinstieg. In einigen Fällen mussten sich Ärzt*innen neu in ein fremdes Gesundheitssystem einarbeiten, was ebenfalls erschwerend wirkte.

Negative Berufserfahrung

Dass gute Arbeitserfahrungen als fördernder Faktor für einen Wiedereinstieg dienen, wurde dargestellt. Umgekehrt wirkten schlechte Arbeitserfahrungen als Barrieren im Entscheidungsprozess des Wiedereinstiegs. Jewett et al. beschreiben das in ihrer Studie [83]. Belastungen, denen man als Mediziner*in ausgesetzt ist, sind vielseitig. Schon während des Studiums ist der Leistungsdruck hoch, in Studien wird bemängelt, dass ein Lehren und Aufzeigen von Bewältigungsstrategien in der Ausbildung zu kurz komme [95, 96, 119, 127, 146]. Den Umgang mit den besonderen Anforderungen des Studiums und Berufs zu lernen, sei jedoch maßgeblich für eine spätere Zufriedenheit im Beruf [140]. Koehl-Hackert et al. weisen in ihrer Studie bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres vermehrt Burnout-Symptome nach [91]. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch internationale Studien [19, 49, 58]. Die Verantwortung des Berufs, der hohe Zeitdruck, der Schichtdienst und häufig lange Arbeitszeiten sind nur einige der Herausforderungen des Ärzt*innenberufs [16]. Viele Studien beschäftigen sich mit dem Zusammenhang der Arbeitsbelastung von Mediziner*innen und ihrer psychischen Gesundheit [6, 7, 13, 20, 50, 113, 130, 154]. In einer aktuellen groß angelegten Übersichtsstudie mit 45 Ländern konnte aufgrund

unterschiedlicher Definitionen von Burnout, sowie der uneinheitlichen Messung keine generelle Aussage über die Prävalenz gemacht werden, doch zeigen die Studien, dass es ein hohes Risiko für Burnout im Arztberuf gibt [120]. Die Zahlen zur Prävalenz von Burnout bei Ärzten in Deutschland variieren ebenfalls. Während sie in der Allgemeinbevölkerung bei 4% liegt, geht man bei Ärzten von einer Prävalenz von 4 bis 20% aus [16]. 2018 führte das Institut für angewandte Sozialwissenschaft im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbands der niedergelassenen Ärzte Deutschland e.V. eine Befragung durch. Ein Drittel der befragten niedergelassenen Ärzt*innen stimmte der Aussage „Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt“ eher oder voll zu [79]. Besonders die ersten Berufsjahre werden als belastend empfunden [1, 115]. Mittels zukünftiger Studien sollte ermittelt werden, inwiefern das Schaffen guter Arbeitsbedingungen vor dem Einlegen einer Berufspause zum Wiedereinstieg beitragen könnte. Dazu könnte beispielsweise eine strukturierte Einarbeitung in den ärztlichen Berufsalltag nach dem Studium gehören. Die Etablierung eines Mentor*innenprogramms bereits während des Medizinstudiums hat gute Auswirkungen und erleichtert einen Einstieg ins Berufsleben [62]. Auch berufsbegleitend wurden gute Erfahrungen mit Mentor*innenprogrammen gemacht [21, 75].

Ängste

Verschiedene Ängste sind zum Teil den negativen Arbeitserfahrungen, aber auch schwierigen Lebenserfahrungen geschuldet. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sie einen großen hemmenden Faktor darstellten. Hall et al. beschreiben in einer Studie zum Wiedereinstieg bei Krankenschwestern Ängste, mit denen diese konfrontiert sind [67]. Ängste gehören nach Schlitenwolf et al. zum Beruf als Ärzt*in dazu, begründet wird das mit den im Lauf der Karriere steigenden Herausforderungen, die eine Routine immer wieder unterbrechen. Dazu gehören unter anderem der Umgang mit den Ängsten von Patient*innen, die Angst vor dem eigenen Versagen und der eigenen Ohnmacht [126]. Verstärkte Ängste entwickelten sich bei einigen Studienteilnehmenden im Zusammenhang mit den schlechten Arbeitserfahrungen. Auch zeigen die Studienergebnisse, dass gerade die Verantwortung, die der Beruf als Ärzt*in mit sich bringt, eine Barriere beim Wiedereinstieg darstellte. Betont wurden diese Ängste auch im Zusammenhang mit Bereitschaftsdiensten. Dazu finden sich in der Literatur keine Ergebnisse. In den vergangenen Jahren unterliegt die Medizin einer zunehmenden Bürokratisierung, einem steigenden ökonomischen Druck und großen technischen Veränderungen. Dies erschwert es ärztlichem Personal, Schritt zu halten, selbst wenn sie keine Berufspause einlegen [35]. Zu Angststörungen bei Ärzt*innen in Deutschland ist die Datenlage gering [16].

Selbstbewusstsein und Persönlichkeit

Als Barriere konnte ein schwaches Selbstbewusstsein detektiert werden. Auch die Persönlichkeit nahm Einfluss auf die Wiederaufnahme des Berufs. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Studie zu dem Projekt „Perspektive Wiedereinstieg“ [45]. Das schwächere Selbstbewusstsein führte so weit, dass Frauen, die in anderen Berufszweigen tätig waren, sich „unter Wert“ verkauften. Sie traten nach der Berufspause eine Stelle an, für die sie überqualifiziert waren. Betont wird in den Ergebnissen der hohe Stellenwert der Motivation und Bestärkung von außen. Eine zu perfektionistische oder gewissenhafte Persönlichkeit stelle laut Selbsteinschätzung der Teilnehmenden ein Hindernis beim Wiedereinstieg dar. Varjavand et al. thematisieren den Perfektionismus von ärztlichem Personal einerseits und das durch die Berufspause verlorene Selbstbewusstsein andererseits als Barrieren des Wiedereinstiegs [149].

Gesellschaft, Negative Wiedereinstiegserfahrung, Scham und Bequemlichkeit

Zu den bisher in der Literatur nicht beschriebenen Hindernissen bei einem Wiedereinstieg gehört unter anderem der Einfluss der individuell erlebten gesellschaftlichen Meinung. Die in der Gesellschaft verbreitete Einstellung, ein Wiedereinstieg sei nach einer gewissen Zeitspanne nicht mehr denkbar, wirkte als Barriere. Deutlich wird bei der Analyse der Interviews darüber hinaus, dass missglückte Wiedereinstiegsversuche einen neuen Versuch vereiteln können. Auch das Thema „Scham“ als Hindernis findet sich in keiner der bisher durchgeführten Studien. Gerade vor dem Hintergrund des Schamgefühls bilden erfolglose Bewerbungen und negative Wiedereinstiegserfahrungen besonders schwere Hindernisse im Wiedereinstiegsprozess. Interessant und bis dato nicht benannt, ist die eigene Bequemlichkeit als interner Hemmfaktor. Inwiefern sich diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen und welche Maßnahmen dagegen getroffen werden können, sind Ansatzpunkte für weitere Forschung.

In der Literatur wird zusätzlich ein fehlendes unterstützendes Arbeitsklima in der Klinik als Hindernis genannt. Als Beispiel wird das besondere Misstrauen gegenüber Wiedereinsteigenden im Rahmen einer entzogenen Arbeitserlaubnis, z.B. im Rahmen eines Substanzmissbrauchs, genannt [102]. In der vorliegenden Studie gab es keine Rückkehrenden in den Beruf im Anschluss an eine Substanzmissbrauch bedingte Berufspause. Die Wiedereinstiegsseminare in Deutschland richten sich verstärkt an Ärzt*innen, die nicht aufgrund einer entzogenen Arbeitserlaubnis oder eines Substanzmissbrauches ihren Beruf pausiert haben. Viele Landesärztekammern bieten gesondert Hilfestellung für Betroffene an [23].

5.2.4. Stellenwert des Wiedereinstiegseminars

Die Entscheidung, wieder in den Beruf einzusteigen, und der dazugehörige Entscheidungsprozess werden von vielen äußeren und inneren Faktoren beeinflusst. In den Interviews wurde betont, dass der Besuch des Wiedereinstiegseminars einen wichtigen Stellenwert im Prozess zur Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit hat. Das zeigen auch die Ergebnisse einer früheren Studie mit Teilnehmenden des Wiedereinstiegseminars in Bayern [136]. Knapp 70% der dort 141 befragten Seminarteilnehmenden stiegen wieder in ihren Beruf ein. Doch ob die Entscheidung zur Rückkehr in den Beruf bereits vor Seminarbeginn oder erst durch die Teilnahme am Seminar getroffen wurde, ging aus der quantitativen Studie nicht hervor. Im Rahmen dieser Studie konnte herausgearbeitet werden, dass viele Teilnehmende schon vor Seminarbeginn die Entscheidung getroffen hatten, einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit zu wagen. Einige wenige Seminarteilnehmende hatten bereits vor Seminarbeginn einen festen Vertrag für eine neue Stelle unterschrieben. Andere hatten ebenfalls die Entscheidung getroffen, wiedereinzusteigen. Diese Entscheidung wurden dann im Rahmen des Wiedereinstiegseminars bestärkt oder durch Vermittlung einer Stelle konkret. Nur wenige nahmen ergebnisoffen, das heißt ohne vorherige Entscheidung, an dem Seminar teil.

Austausch mit Gleichgesinnten

Eine zentrale Rolle spielte im Rahmen des Seminars der Abbau von Ängsten, die eine große Barriere beim Wiedereinstieg darstellten. Das gelang neben anderen Faktoren durch den Austausch mit anderen Seminarteilnehmenden. Das wird auch als Erfahrung eines Wiedereinstiegseminars der Ärztekammer Westfalen-Lippe berichtet [46]. Teilnehmende des von der Kaiserin-Friedrich-Stiftung veranstalteten Wiedereinstiegseminars bewerteten den Austausch mit anderen Ärzt*innen positiv [73].

Motivation

Dieselbe Studie betont die Wichtigkeit der Bestärkung und Motivation durch Vortragende [73]. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit.

Wissensvermittlung

Bei den in Deutschland angebotenen Wiedereinstiegseminaren stehen die Vermittlung fachlichen Wissens und das Auffrischen praktischer Fähigkeiten im Vordergrund. Dies kann dazu beitragen, Ängste zu überwinden. In einer Befragung in Bayern gaben 74% der Teilnehmenden an, dass das Seminar viel oder sehr viel dazu beigetragen habe, die Ängste vor fachlichen Anforderungen oder verlernten Fähigkeiten abzubauen [136].

Bestätigung eigener Fähigkeiten

Nicht nur die Bestätigung des vorhandenen medizinischen Wissens, sondern auch die Bestärkung eigener, verloren geglaubter Fähigkeiten trug zum Angstabbau bei. In einer zweitägigen Veranstaltung „Wiedereinstieg in den Arztberuf“ in Schleswig-Holstein wurde im Rahmen der praktischen Übungen wie etwa Blutabnahme oder Nähen die Erkenntnis gewonnen, dass nicht alle Fertigkeiten verlernt worden waren [107].

Wertschätzung als Arbeitskraft, individuelle Stellenvermittlung, negative Aspekte und Verbesserungsvorschläge

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die Wertschätzung als Arbeitskraft und eine individuelle Stellenvermittlung im Rahmen des Wiedereinstiegsseminars positiv auswirkten. In zukünftigen Studien zu prüfen wäre die Überlegung, eine Stellenvermittlung im Rahmen eines Wiedereinstiegsseminars anzubieten. Auf der Suche nach einer geeigneten Stelle wurde im Rahmen des Wiedereinstiegsseminars Hilfestellung gewünscht. Trotz hoher Motivation nach dem Seminar war die Hürde der Bewerbung teilweise unüberwindbar. Köhler et al. fordern in ihrer Studie eine Überprüfung der Zuständigkeiten für ein solches Angebot [92]. Zu den weiteren negativen Faktoren gibt es keine Studien. Wiedereinstiegsprogramme in den USA, die wie zu Beginn beschrieben, oft ein intensives, monatelanges und individuelles Programm bieten, weisen gute Erfolgsraten auf [99, 101, 147]. Dem Wiedereinstiegsseminar in Bayern wurde ein hohes Maß an Unterstützung beigemessen, sodass in weiteren Studien geprüft werden sollte, inwiefern ein Seminar in allen Bundesländern Deutschlands angeboten werden sollte. Die vorliegende Arbeit liefert Anregungen zur Gestaltung eines solchen Wiedereinstiegsseminars.

5.2.5. Erfahrungen beim Wiedereinstieg

Ob die getroffene Entscheidung für einen Wiedereinstieg tatsächlich beibehalten wird und die Studienteilnehmenden letztlich ärztlich tätig bleiben, hängt von weiteren Faktoren ab. Die Auswertung der Erfahrungen mit einem Wiedereinstieg brachte eine Vielzahl fördernder und hemmender Faktoren hervor. Die Ergebnisse überschneiden sich teilweise mit den Determinanten, die die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen.

Fördernde Faktoren

Gute Einarbeitung und Betreuung

Gelang ein Wiedereinstieg, lag das in vielen Fällen an einer guten Einarbeitung und Betreuung während des Wiedereinstiegsprozesses. Erwähnt wurde als positives Beispiel zur Unterstützung während des Beginns des Berufslebens das Modell von Mentor*innen. Insbesondere bei einem Wiedereinstieg wäre eine Begleitung durch solche oder Vorgesetzte mit regelmäßigen Gesprächen und gemeinsamer Planung laut Köhler et al. hilfreich [92]. Die Ergebnisse von Bower et al. zeigen den hohen Stellenwert von Mentor*innen im Wiedereinstiegsprozess, die als Hauptursache für einen Erfolg und Zufriedenheit der Wiedereinsteigenden genannt wurden [18]. Die beschriebenen Wiedereinstiegsseminare in den USA sehen meist regelmäßige Gespräche und eine gemeinsame Planung des Wiedereinstiegs vor, was zum Erfolg dieser Programme beitrage [99].

Eine klare Struktur für den Wiedereinstieg, bei der alle Beteiligten vom Stand und den Aufgaben des Wiedereinsteigenden wissen, hat große Bedeutung [2]. Das wird in der Studie von Karen et al. umgesetzt: Hier sind Wiedereinsteigende ein fester Bestandteil des informierten ärztlichen Kollegiums. Studierende und Ärzt*innen in Ausbildung müssen aufgrund der festen Einplanung der Wiedereinsteigenden nicht an Weiterbildungszeit einbüßen [2].

Unterstützung durch berufliches soziales Umfeld, Berufs- und Lebenserfahrung, zeitlicher Aspekt, Fortbildungen, sozialer Aspekt, Rollendefinition und positives Feedback

Zu den weiteren Faktoren, die zu einem Gelingen des Wiedereinstiegs beitragen, gibt es keine vergleichbaren Studien. Weiterführende Studien, die Wiedereinsteigende begleiten oder Ärzt*innen im Anschluss an einen Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit befragen, wären wünschenswert.

Hemmende Faktoren

Wissen und Bürokratie

Als Barrieren galten das fehlende Wissen und die Bürokratie. Die Sorge, dass sich Wissenslücken auftun und das Fachwissen aktualisiert werden muss, bestätigte sich im Rahmen des Wiedereinstiegs. Bürokratische Hindernisse hemmten eine Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit und erschwerten in einigen Fällen die Umsetzung eines Wiedereinstiegs. Es lassen sich keine vergleichbaren Ergebnisse in der Literatur finden.

Überforderung, Enttäuschungen, Dienste, sozialer Aspekt und negatives Feedback

Was für einen Berufseinstieg nach dem Studium gilt, um guten Arbeitserfahrungen den Weg zu bahnen, gilt in hohem Maße auch für den Berufswiedereinstieg nach einer Pause. Wiedereinsteigende, die nicht gut begleitet wurden, hatten es hier sehr schwer und legten die ärztliche Tätigkeit zum Teil wieder nieder. Überforderung und negatives Feedback sorgten für Frustration und ein verletztes Selbstwertgefühl und ließen einen weiteren Wiedereinstiegsversuch in weite Ferne rücken. Der erlebte negative soziale Aspekt und Enttäuschungen durch Vorgesetzte hemmten die Berufswiederaufnahme darüber hinaus. Hierzu gibt es ebenfalls keine vergleichbaren Ergebnisse in der Literatur.

5.3. Schlussfolgerung

Der Fokus dieser Studie liegt auf der bisher wenig beschriebenen Gruppe der nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen, die an einem Wiedereinstiegsseminar teilgenommen haben. In Zeiten des relativen Ärzt*innenmangels wäre es eine große Chance, diese Gruppe für ihren ursprünglich erlernten und vom Staat finanzierten Beruf zurückzugewinnen.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie dienen dem besseren Verständnis der Gruppe von Berufsaus- und -wiedereinsteigenden.

Es wurden Gründe für den ursprünglichen Berufsausstieg herausgearbeitet, die mit der Literatur übereinstimmen. Jedoch wurden darüber hinaus weitere Aspekte aufgezeigt - etwa, dass Überforderung im Beruf dazu beiträgt, eine Berufspause einzulegen.

Erlebte Überforderung, ungünstige Arbeitsbedingungen und ein negatives soziales Berufsumfeld hinterließen bei Ärzt*innen, die eine Berufspause einlegten, schlechte Erinnerungen an ihren Beruf. Inwiefern ein gelungener Berufseinstieg im Anschluss an das Studium, der zu guten Erinnerungen verhilft, dazu beitragen könnte, ärztliches Personal nach einer Berufspause eher oder überhaupt zurück für die praktische ärztliche Tätigkeit zu gewinnen, sollte in weiteren Studien geprüft werden.

Eine große Barriere auf dem Weg zurück in den Beruf waren Ängste unterschiedlicher Ausprägung, die in der Literatur kaum erwähnt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch waren Ängste bei fast allen Interviewteilnehmenden ein zentrales Thema. In zukünftigen Studien wäre zu prüfen, inwiefern eine Maßnahme gegen Ängste den Wiedereinstieg fördern könnte. Aktive Interventionen gegen Ängste im Rahmen von Wiedereinstiegsseminaren könnten hier eine Option sein. Als Reaktion auf die Ergebnisse dieser Studie wurde

die Thematisierung von „Ängsten“ bei Wiedereinstiegsveranstaltungen in Schleswig-Holstein bereits verwirklicht und sehr gut aufgenommen [107].

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Studie Wege auf, vorhandene Wiedereinstiegsseminare zu optimieren, um Wiedereinsteigenden die Rückkehr in den Beruf zu erleichtern. Diese sind neben der Thematisierung von „Ängsten“ auch Austausch mit Peers, und Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wiedereinstiegsseminare scheinen die Entscheidung, wieder ärztlich tätig sein zu wollen, zu fördern und zu katalysieren. Es sollte geprüft werden, ob Seminare dieser Art in allen Bundesländern angeboten werden sollten.

Doch auch ein in die Tat umgesetzter Wiedereinstieg ist an sich kein Garant für die erfolgreiche Zurückgewinnung der Ärzt*innen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass ein Wiedereinstieg durch unzureichende Betreuung oder andere negative Erfahrungen vereitelt werden kann. Hingegen waren Ärzt*innen, deren Wiedereinstieg geglückt war, sehr erleichtert über das Wagnis, auf das sie sich eingelassen hatten. Eine Begleitung von Wiedereinsteigenden während des Wiedereinstiegs und darüber hinaus könnte weitere ergänzende Ergebnisse liefern.

Die Ergebnisse der Studie liefern wertvolle Informationen über die vielversprechende Gruppe von Ärzt*innen, die nicht praktisch ärztlich tätig sind. So können sie dazu beitragen, dieses Potential weiter auszuschöpfen und dem steigenden Bedarf an ärztlichem Personal entgegenzuwirken.

6. Zusammenfassung

Infolge demographischer Entwicklungen, zunehmender Beschäftigung in Teilzeit und Fehlverteilung nimmt der Bedarf an ärztlichem Personal in Deutschland kontinuierlich zu. Gleichzeitig gibt es deutschlandweit ein großes Potential an approbierten Ärzt*innen, die nicht praktisch ärztlich tätig sind: 2018 waren das 37.800 Ärzt*innen. Die vorliegende Arbeit adressiert diese Gruppe als Bereicherung der bisherigen Strategien gegen den allgemeinen Ärzt*innenmangel.

Ehemalige Teilnehmende eines Wiedereinstiegsseminars der Bayerischen Landesärztekammer wurden in semistrukturierten Telefon-Interviews befragt und die Ergebnisse anhand der Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Eine frühe Überforderung im Beruf trägt zum Berufsausstieg bei. Die Berufspause wird oft mit der Familiengründung eingeleitet. Ungünstige Versicherungsbedingungen und familiäre Rollen tragen zum Fortbestand der Berufspause bei. Es gibt äußere Rahmenbedingungen, die einen Wiedereinstieg begünstigen oder verhindern können, wie etwa das Vorhandensein einer Kinderbetreuung oder die finanzielle Notwendigkeit eines (zusätzlichen) Einkommens. Ein wichtiger Motivationsfaktor ist der Anstoß durch das soziale Umfeld, dessen anhaltende Unterstützung zudem den Erfolg eines Wiedereinstiegs begünstigt. Zu den inneren Faktoren gehören Ängste vor beruflichem Versagen und Schamgefühle während der Bewerbung einerseits, sowie der Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung und die Erinnerung an die eigene Berufserfahrung andererseits. Diese Berufserfahrung kann bei schlechten Erfahrungen den Wunsch nach einer Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit hemmen, bzw. im Falle guter Berufserfahrungen fördern.

Die Studie macht deutlich, dass ein Wiedereinstieg von vielen Faktoren abhängt: Eine zentrale Aufgabe ist es, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, um dem Verlust von hochqualifizierten Arbeitskräften vorzubeugen. Eine Unterstützung für Wiedereinsteigende könnte weiter durch flächendeckende Wiedereinstiegsseminare gelingen, in denen Themen wie „Ängste“ behandelt und Anregungen zur Planung des Wiedereinstiegs mitgegeben werden. Hilfreich wäre weiterhin eine Begleitung in der Bewerbungsphase. Ein Wiedereinstieg kann misslingen, wenn es an Betreuung während der Einarbeitung fehlt. Geeignete Konzepte wie Mentor*innenprogramme könnten hier greifen.

Die Gruppe der nicht ärztlich tätigen Ärzt*innen bietet ein großes Potential dem steigenden Bedarf an ärztlichem Personal entgegenzuwirken, sofern dieser Gruppe entsprechend zugeschnittene Angebote eröffnet werden.

7. Literaturverzeichnis

1. Abele AE: Arztberuf. Zwischen Erwartung und Realität. Deutsches Ärzteblatt 46: 3008-3011 (2001)
2. Adams KE, Allen R, Cain JM: Physician reentry. A concept whose time has come. Obstetrics & Gynecology 5: 1195-1198 (2008)
3. Adler G, v.d. Knesebeck J-H: Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt 2: 228-237 (2011)
4. Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz: Wiedereinstiegskurs. www.arzt-kolleg.de. Letzter Zugriff: 05.12.2019
5. Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe: Medizin kompakt. www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/workshopskurseseminare. Letzter Zugriff: 05.12.2019
6. Albrecht C: Belastungserleben bei Lehrkräften und Ärzten. Neue Ansätze für berufsgroupenspezifische Prävention. 1. Aufl., Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn (2016)
7. Albrecht C, Giernalczyk T: Ärzte im Krankenhaus. Zwischen Anerkennung und Belastung. Psychotherapie im Dialog 2: 36-39 (2016)
8. American Academy of Pediatrics: A physician reentry into the workforce inventory. The physician reentry into the workforce project. physician-reentry.org/wp-content/uploads/AAPReentryInventory.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
9. American Medical Association: Fact sheet on physician re-entry. www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/public/med-ed-products/physician-reentry-facts_0.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
10. Ärztekammer Schleswig-Holstein: Wiedereinstieg als Arzt oder Ärztin. www.aeksh.de/aerzte/mitgliedschaft/hilfsangebote/wiedereinstieg-als-arzt-oder-aerztin. Letzter Zugriff: 05.12.2019
11. Balmer DF, Marton S, Gillespie SL, Schutze GE, Gill A: Reentry to pediatric residency after global health experiences. Pediatrics 4: 680-686 (2015)
12. Barnett RC, Gareis KC, Carr PL: Career satisfaction and retention of a sample of women physicians who work reduced hours. Journal of Women's Health 2: 146-153 (2005)
13. Bergner T: Burn-out bei Ärzten. Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt 33: 2232-2235 (2004)

14. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Vorbildliche Familienpolitik: Das schwedische Doppelverdiener-Modell. (2011) www.berlin-institut.org/newsletter/Ausgabe_26_01_2011.html.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
15. Berufsverband Gastroenterologie Deutschland: Wiedereinstiegskurs Gastroenterologie & Hepatologie. www.bvagd-online.de/veranstaltung/wiedereinstiegskurs-gastroenterologie-hepatologie. Letzter Zugriff: 05.12.2019
16. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L: Psychische Gesundheit von Ärzten. Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. *Der Nervenarzt* 9: 961-974 (2019)
17. Blozik E, Ehrhardt M, Scherer M: Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses. Initiativen in der universitären Ausbildung von Medizinstudierenden. *Bundesgesundheitsblatt* 7: 892-902 (2014)
18. Bower EA, English C, Choi D, Cedefeldt AS, Girard DE: Education to return nonpracticing physicians to clinical activity: A case study in physician reentry. *The Journal of Continuing Education in the Health Profession* 2: 89-94 (2010)
19. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L: Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine* 85: 33-36 (2010)
20. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Klaghofer R: Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 47: 2441-2447 (2008)
21. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: Career-Success Scale. A new instrument to assess young physicians' academic career steps. *BMC Health Services Research* 8 (2008)
22. Bühren A, Dettmer S: Das familienfreundliche Krankenhaus. Vorteil im Wettbewerb durch zufriedeneren Ärztinnen und Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 49: 3320-3325 (2006)
23. Bühring P: Suchtkranke Ärzte. Sehr hohe Behandlungsmotivation. *Deutsches Ärzteblatt Spezial*: 24-26 (2019)
24. Bundesärztekammer: Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2018. www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2018. Letzter Zugriff: 05.12.2019
25. Bundesärztekammer: Stellungnahme. Zukunft der deutschen Universitätsmedizin- kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung. *Deutsches Ärzteblatt* 8: 337-350 (2013)
26. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Gesetzliche Krankenversicherung. §10 Familienversicherung. (1988) dejure.org/gesetze/SGB_V/10.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019

27. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Arbeitszeitgesetz. (1994) www.gesetze-im-internet.de/arbzg. Letzter Zugriff: 05.12.2019
28. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Drittes Buch Sozialgesetzbuch. Arbeitsförderung. § 20 Berufsrückkehrende. (1997) www.gesetze-im-internet.de/sgb_3/_20.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
29. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Gesetzliche Krankenversicherung. §6 Versicherungsfreiheit. (2011) dejure.org/gesetze/SGB_V/6.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
30. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Das Arbeitszeitgesetz. (2018) www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a120-arbeitszeitgesetz.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
31. Bundesministerium für Bildung und Forschung: Masterplan Medizinstudium 2020. (2017) www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
32. Bundesministerium für Gesundheit: Kurzstudie. Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. (2015) www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/20151221_Prognos_Bericht_Auslaendische_Beschaeftigte_Versand.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
33. Bundeszentrale für politische Bildung: Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Erwerbstätigkeit von Eltern nach Zahl der Kinder. (2012) www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61603/erwerbstaetigkeit-nach-zahl-der-kinder. Letzter Zugriff: 05.12.2019
34. Cass I, Gordon L, Kilpatrick S: Lessons learned in physician reentry. *Obstetrics & Gynecology* 2: 360-364 (2012)
35. Crosson FJ, Casalino LP: Physician dissatisfaction in the United States: An examination. *Professions and Professionalism* 1: 1-12 (2015)
36. D. WJ: Wiedereinstieg. Gleichberechtigung. *Deutsches Ärzteblatt* 3: 61 (1996)
37. Decross AJ, Pardi DS, Proctor DD: Report of the AGA Institute education and training committee task force on physician reentry. *Gastroenterology* 3: 17-26 (2010)
38. Degen C, Li J, Angerer P: Physicians' intention to leave direct patient care: An integrative review. *Human Resources for Health* 74 (2015)
39. DeMaria S, Samuelson ST, Schwartz AD, Sim AJ, Levine AI: Simulation-based assessment and retraining for the anesthesiologist seeking reentry to clinical practice. A case series. *Anesthesiology* 1: 206-217 (2013)
40. Demary V, Koppel O: Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland - Zuwanderung verhindert Engpässe. *IW-Trends* 3: 1-17 (2013)

41. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: DEGAM Zukunftspeditionen. Allgemeinmedizin- spezialisiert auf den ganzen Menschen. (2012) www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspeditionen.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
42. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.: Ärztemangel im Krankenhaus – Gegenmaßnahmen. (2011) www.management-krankenhaus.de/topstories/personal/aerztemangel-im-krankenhaus-gegenmassnahmen. Letzter Zugriff: 05.12.2019
43. Die Bundesregierung: Neue Bemessungsgrenzen für 2017. (2016) www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/10/2016-10-12-bemessungsgrenzen-sozialversicherung.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
44. Diener K, Götz S, Schreyer F et al: Beruflicher Wiedereinstieg von Frauen nach längerer familienbedingter Erwerbsunterbrechung. Ergebnisse der Evaluation des ESF-Programms „Perspektive Wiedereinstieg“. (2013) www.bmfsfj.de/blob/93358/82234089d705724268d0bab68f516d1b/beruflicher-wiedereinstieg-von-frauen-nach-laengerer-familienbedingter-erwerbsunterbrechung-data.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
45. Diener K, Götz S, Schreyer F et al: Lange Erwerbsunterbrechungen von Frauen. Beruflicher Wiedereinstieg mit Hürden. (2013) doku.iab.de/kurzber/2013/kb2413.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
46. Dorsel D, Dercks K: Was gibt es Neues in der Medizin? Seminar erleichtert den Wiedereinstieg in den Beruf. Westfälisches Ärzteblatt 3: 27 (2009)
47. Dressel C, Cornelißen W, Wolf K: Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Cornelißen W (Hrsg.) Gender Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. 2. Aufl., München, 266-341 (2005)
48. Duden www.duden.de/rechtschreibung/Umfeld. Letzter Zugriff: 05.12.2019
49. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD: Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Academia and Clinic* 5: 334-342 (2008)
50. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD: Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine* 3: 443-451 (2014)
51. Eichhorst W, Kendzia MJ, Peichl A, Pestel N, Siegloch S, Tobsch V: Aktivierung von Fachkräftepotenzialen: Frauen und Mütter. Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. IZA Research Report 39: 1-27 (2011)

52. Falck I: „Rückführungskurse“ für Ärztinnen. Eine Kärnerarbeit. Deutsches Ärzteblatt 46: 3046-3048 (1993)
53. Fegert JM, Liebhardt H: Familien- und karrierebewusstes Krankenhaus. Problembereiche und nötige Schritte. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2: 1-15 (2012)
54. Flick U, v. Kardorff E, Steinke I: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 14-29 (2015)
55. Flintrop J: Wiedereinsteigerseminar. Die stille Reserve mobilisieren. Deutsches Ärzteblatt 39: 2523 (2002)
56. Flintrop J, Rieser S: Auswirkungen des neuen Arbeitszeitgesetzes. Die Probleme der Ärzte haben eher zugenommen. Deutsches Ärzteblatt 5: 249 (2005)
57. Flintrop J, Rieser S: Krankenhäuser. Die Mittelknappheit schadet den Patienten. Deutsches Ärzteblatt 37: 1491-1492 (2014)
58. Fontes de Oliva Costa E, Andrade Santos S, Rodrigues de Abreu Santos AT, Viera de Melo E: Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. Clinics 6: 573-579 (2012)
59. Freed GL, Abraham LM, Brzoznowski KF: Inactive physicians. The state of our understanding. The Journal of Pediatrics 4: 431-434 (2007)
60. Freed GL, Dunham KM, Abraham L: Protecting the public: State medical board licensure policies for active and inactive physicians. Pediatrics 2: 643-652 (2009)
61. Freed GL, Dunham KM, Switalski KE: Clinical inactivity among pediatricians: Prevalence and perspectives. Pediatrics 2: 605-610 (2009)
62. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B: Mentoring programs for medical students - a review of the PubMed literature 2000-2008. BMC Medical Education 10 (2010)
63. Fröhlich WD: Wörterbuch Psychologie. 27. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 447 (2010)
64. Gemeinsamer Bundesausschuss: Vertragsärztliche Bedarfsplanung: Flexiblere Instrumente für sachgerechte Lösungen vor Ort. (2019) www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/797. Letzter Zugriff: 05.12.2019
65. Grace ES, Korinek EJ, Weitzel LB, Wentz DK: Physicians reentering clinical practice: Characteristics and clinical abilities. Journal of Continuing Education in the Health Professions 1: 49-55 (2011)
66. Haklai Z, Applbaum Y, Tal O, Aburbeh M, Goldberger NF: Female physicians: Trends and likely impacts on healthcare in Israel. Israel Journal of Health Policy Research 2 (2013)

67. Hall C, Andre CA.: Nurses re-entering the workforce: A special needs group. *Contemporary Nurse* 8: 238-244 (1999)
68. Hann M, Reeves D, Sibbald B: Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *European Journal of Public Health* 4: 499-503 (2010)
69. Hart JT: The inverse care law. *The Lancet* 1: 405-412 (1971)
70. HCPro I: Special report. Despite barriers, more inactive physicians seek to reenter work force. *Medical Staff Briefing* 8: 1-7 (2009)
71. Hermanns H: Interviewen als Tätigkeit. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 360-368 (2015)
72. Heublein U, Richter J, Schmelzer R, Sommer D: Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. *Statistische Berechnungen auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2012*. (2014) www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-201404.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
73. Hibbeler B: Wiedereinsteigerseminare. Zurück in die Klinik. *Deutsches Ärzteblatt* 18: 908-909 (2012)
74. Hil: Ärzteschaft. KV Saarland fördert Wiedereinstiegs-Hospitationen für Ärzte. (2018) www.aerzteblatt.de/nachrichten/98165/KV-Saarland-foerdert-Wiedereinstiegs-Hospitationen-fuer-Aerzte. Letzter Zugriff: 05.12.2019
75. Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J: Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*: 61-65 (2016)
76. Hofstädter-Thalmann E, Dafni U, Allen T, Arnold D, Banerjee S, Curigliano G, Garralda E, Garassino MC, Haanen J, Robert C, Sessa C, Tsourti Z, Zygoura P, Peters S: Report on the status of women occupying leadership roles in oncology. *ESMO Open* 3 (2018)
77. Holzner C, Munz S, Übelmesser S: Fiskalische Wirkungen der Auswanderung ausgewählter Berufsgruppen. *ifo Schnelldienst* 17: 28-33 (2009)
78. Hopf C: Qualitative Interviews- ein Überblick. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 349-360 (2015)
79. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH: Tabellenband Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. (2018) www.kbv.de/media/sp/infas_Tab-Band_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
80. Institut für Demoskopie Allensbach: Weichenstellungen für die Aufgabenteilung in Familie und Beruf. *Untersuchungsbericht zu einer repräsentativen Befragung von*

- Elternpaaren im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014) www.ifd-allensbach.de/fileadmin/IfD/sonstige_pdfs/Weichenstellungen_Bericht_FINAL.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
81. Jacob R, Heinz A, Décieux JP: Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Frühjahr 2010. (2010) www.kbv.de/media/sp/Studentenbefragung_Auszaehlung_Fragebogen_bundesweit.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 82. Jacob R, Kopp J, Schultz S: Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. (2014) www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 83. Jewett EA, Brotherton SE, Ruch-Ross H: A national survey of 'inactive' physicians in the United States of America: Enticements to reentry. *Human Resources for Health* 7 (2011)
 84. Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin: Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall. www.kaiserin-friedrich-stiftung.de/veranstaltungskalender.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 85. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 86. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gesundheitsdaten. Drohende Unterversorgung vor allem bei Hausärzten. gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17018.php. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 87. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gesundheitsdaten. Medizinstudium weiterhin attraktiv. gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17074.php. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 88. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Weiterbildungsförderung gemäß § 75A SGB V. Evaluationsbericht 2017. (2017) www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2017.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 89. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. (2019) www.kbv.de/html/5724.php. Letzter Zugriff: 05.12.2019
 90. Kenagy GP, Schneidman BS, Barzansky B, Dalton C, Sirio CA, Skochelak SE: Guiding principles for physician reentry programs. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2: 117-121 (2011)
 91. Koehl-Hackert N, Schultz J-H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, v.d. Bussche H, Jünge J: Belastet in den Beruf- Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2: 116-124 (2012)

92. Köhler K, Klug W: Studie über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen. *Ärzteblatt Sachsen* 12: 605-607 (2006)
93. Kopetsch T: Ärztewanderung. Das Ausland lockt. *Deutsches Ärzteblatt* 14: 716-719 (2008)
94. Kopetsch T: Dem deutschen Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahentwicklung, 5. Aufl., Berlin (2010) www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
95. Kötter T, Pohontsch NJ, Voltmer E: Stressors and starting points for health-promoting interventions in medical school from the students' perspective: A qualitative study. *Perspectives on Medical Education* 4: 128-135 (2015)
96. Kötter T, Tautphäus Y, Obst KU, Voltmer E, Scherer M: Health-promoting factors in the freshman year of medical school: A longitudinal study. *Medical Education* 6: 646-656 (2016)
97. Kraft E, Loretan L, v.d. Heiden N: Jeder zehnte Arzt steigt aus. *Schweizerische Ärztezeitung* 34: 1132-1135 (2016)
98. Landesärztekammer Hessen: Veranstaltungskalender. Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. (2019) www.laekh.de/images/Aerzte/Fortbildung/Akademie/Veranstaltungskalender_2019_Web.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
99. Larson CP, Steadman RH: An advanced specialty training program in anesthesiology: A special educational fellowship designed to return community anesthesiologists to clinical practice. *Anesthesia and Analgesia* 1: 126-130 (2006)
100. Ludwig-Mayerhofer M: Ilmes. Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung. (1999) wlm.userweb.mwn.de/Ilmes/ilm_t9.htm. Letzter Zugriff: 05.12.2019
101. Manriquez M, Cookingham LM, Coonrod DV: Reentry into clinical practice in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology* 2: 365-369 (2012)
102. Mark S, Gupta J: Reentry into clinical practice. Challenges and strategies. *Journal of the American Medical Association* 9: 1091-1096 (2002)
103. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl., Beltz, Weinheim und Basel (2015a)
104. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. (2000) nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204. Letzter Zugriff: 05.12.2019
105. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 468-475 (2013)

106. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 468-475 (2015)
107. Mey A: Wiedereinstieg. "Es geht doch noch!". Schleswig-Holsteinsches Ärzteblatt 1: 20-21 (2016)
108. Mulvey HJ, Jewett EA: Physician reentry into the workforce. (2008) www.powershow.com/view/2289a-MGVkN/Physician_Reentry_into_the_Workforce_powerpoint_ppt_presentation. Letzter Zugriff: 05.12.2019
109. Nippert R: Der "Ärztemangel" als Triebfeder von Auswahlkriterien? (2011) www.mft-online.de/files/nippert_aerztemangel_2011-02-24.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
110. OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle OECD Publishing, Paris (2016)
111. Ono T, Schoenstein M, Buchan J: Geographic imbalances in doctor supply and policy responses, OECD Publishing, Paris (2014)
112. Pantenburg B, Luppä M, König H-H, Riedel-Heller SG: Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: Results of a survey in Saxony, Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2 (2016)
113. Pedrazza M, Berlanda S, Trifiletti E, Bressan F: Exploring physicians' dissatisfaction and work-related stress: Development of the PhyDis Scale. *Frontiers in Psychology* 7: 1-13 (2016)
114. Pörringer D, Mayer R, Meisinger C, Freuer D, Eyer F: Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians - results of an online survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 13 (2018)
115. Raspe M, Müller-Marbach A, Schneider M, Siepmann T, Schulte K: Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung. Eine bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 3: 202-210 (2016)
116. Raub AC, Bowler FL, Escovitz GH: A physician retraining program. *Journal of the American Medical Association* 22: 2994-2998 (1982)
117. Robert Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. (2015) www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Zugriff: 05.12.2019
118. Rosta J: Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol and Alcoholism* 2: 198-203 (2008)

119. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA: Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 21: 2214-2236 (2016)
120. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA: Prevalence of burnout among physicians. A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 11: 1131-1150 (2018)
121. Rothe K, Pöge K, Wonneberger C, Alfermann D: »Naja, ist ja per se keine Krankheit«. Schwangerschaft, Mutterschaft und Karrierebrüche bei Ärztinnen. *Journal für Psychologie* 2 (2013)
122. Sächsische Landesärztekammer: Leitfaden für nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen. (2011) www.slaek.de/media/dokumente/04presse/2011/leitfaden.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
123. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. (2018) www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
124. Schang L, Kopetsch T, Sundmacher L: Zurückgelegte Wegzeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung Deutschlands. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 12: 1383-1392 (2017)
125. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A: Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5: 441-450 (2010)
126. Schlitenwolf M, Sack M: Arztsein. Die Angst des Arztes. *Deutsches Ärzteblatt* 13: 546-547 (2014)
127. Scholz M, Neumann C, Steinmann C, Hammer CM, Schröder A, Eßel N, Paulsen F, Burger PHM: Entwicklung und Zusammenhang von Arbeitsverhalten, Burnout-Beschwerden und Lebensqualität bei Studierenden der Humanmedizin vom Studienstart bis zum ersten Staatsexamen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 3: 93-98 (2015)
128. Schwarzer A, Fabian G: Medizinerreport 2012. Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern. (2012) www.dzhw.eu/pdf/22/medizinerreport_2012.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019
129. Schwedisches Institut: Kinderbetreuung in Schweden. (2005) www.brunnvala.ch/schweden/Kinderbetreuung_in_Schweden_TS86l.pdf. Letzter Zugriff: 05.12.2019

130. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Orskovich MR: Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine* 18: 1377-1385 (2012)
131. Spielberg P: Beruflicher Wiedereinstieg. Praktische Hilfen beim Neustart. *Deutsches Ärzteblatt* 39: 1718-1719 (2018)
132. Statista: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060. (2015) de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht. Letzter Zugriff: 05.12.2019
133. Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Sommersemester 2018. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/studierende-hochschulen-ss-2110410187314.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Letzter Zugriff: 05.12.2019
134. Statistisches Bundesamt: Gesundheitspersonal nach Berufen und Art der Beschäftigung. (2017) www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Beschaeftigte.html. Letzter Zugriff: 16.06.2017
135. Statistisches Bundesamt: Laufende Ausgaben (Grundmittel) je Studierende/-n. (2017) www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/BildungKulturfinanzen/Tabellen/LaufendeGrundmittelFaechergruppe.html. Letzter Zugriff: 24.08.2017
136. Steinhäuser J, Weidinger J-W, Schneider Dagmar: Wiedereinstiegsseminare. Die stille Reserve schöpfen. *Deutsches Ärzteblatt* 37: 1466-1470 (2015)
137. Steinke I: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 319-331 (2013)
138. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M: Migration of health-care workers from developing countries: Strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization* 8: 595-600 (2004)
139. Sulak H: Frauenerwerbstätigkeit in Deutschland und im europäischen Vergleich - aktuelle Entwicklung und Hintergründe. *Bevölkerungsforschung Aktuell* 3: 11-21 (2013)
140. Tartas M, Walkiewicz M, Majkowicz M, Budzinski W: Psychological factors determining success in a medical career: A 10-year longitudinal study. *Medical Teacher* 3: 163-172 (2011)

141. Taylor AL, Hwenda L, Larsen B-I, Daulaire N: Stemming the brain drain - a WHO global code of practice on international recruitment of health personnel. *The New England Journal of Medicine* 25: 2348-2351 (2011)
142. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Re-entering the practice of obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology* 5: 1066-1069 (2012)
143. Tong A, Sainsbury P, Craig J: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 6: 349-357 (2007)
144. Uhlemann T, Lehmann K: Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.) *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land*. KomPart-Verlag, Berlin, 11-34 (2011)
145. Unrath M: Psychische Gesundheit von Ärzten in Deutschland: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Risikofaktoren. *Hessisches Ärzteblatt* 2: 86-90 (2013)
146. Vajda C, Matzer F: Den Umgang mit psychosozialen Krisen im Medizinstudium und späteren Beruf erlernen. Vorstellung eines Lehrkonzepts. *Prävention und Gesundheitsförderung* 4: 280-284 (2017)
147. Varjavand N, Greco M, Novack DH, Schindler BA: Assessment of an innovative instructional program to return non-practicing physicians to the workforce. *Medical Teacher* 4: 285-291 (2012)
148. Varjavand N, Novack DH, Schindler BA: Returning physicians to the workforce: History, progress, and challenges. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2: 142-147 (2012)
149. Varjavand N, Pereira N, Delvadia D: Returning inactive obstetrics and gynecology physicians to clinical practice: The Drexel experience. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1: 65-70 (2015)
150. Voltmer E, Spahn C, Westermann J: Abwanderungen von Ärzten ins Ausland. Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. *Deutsches Ärzteblatt* 8: 365-366 (2009)
151. Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch Lexikon der Psychologie*. 17. Aufl., Hans Huber, Bern, 198, 1594 (2014)
152. Wissenschaftsrat: Entwicklung der Fachstudiendauer an Universitäten von 2007 bis 2009. (2011) docplayer.org/9699512-Entwicklung-der-fachstudiendauer-an-universitaeten-von-2007-bis-2009.html. Letzter Zugriff: 05.12.2019
153. World Health Organization: The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. User's guide. (2010) www.who.int/hrh/migration/code/practice/en. Letzter Zugriff: 05.12.2019

154. Wright AA, Katz IT: Beyond burnout - Redesigning care to restore meaning and sanity for physicians. *The New England Journal of Medicine* 4: 309-311 (2018)

8. Anhang

8.1. Leitfaden

Leitfragen für Ärzt*innen, die wieder ärztlich tätig sind

1. Einstieg:

Wissen Sie noch, warum Sie sich damals für das Seminar angemeldet haben?

2. Vor dem Seminar:

Was hat bei Ihnen zu der beruflichen Pause geführt?

Wie war die Situation am Arbeitsplatz unmittelbar vor der Pause?

3. Wiedereinstieg:

Wie verlief der Entscheidungsprozess bei Ihnen?

Warum wollten Sie zu diesem Zeitpunkt zurück in den Beruf als Ärzt*in?

Gab es eine Schlüsselszene für Ihre Entscheidung und wenn ja, welche?

Inwiefern hat das Seminar zu Ihrer Entscheidungsfindung beigetragen?

Wie gestaltete sich der Wiedereinstieg in den Beruf für Sie?

Welche Bedenken hatten Sie?

Was waren Hindernisse?

Was hat Ihnen dabei geholfen?

Wie wurden Sie wieder eingearbeitet?

Wie war Ihr erster Dienst?

(Was hat dazu geführt, dass Sie in einem anderen Fachgebiet arbeiten?)

Wie hat Ihr Umfeld auf Ihre Entscheidung reagiert?

4. Seminar:

Wie könnte Ihrer Meinung nach das Wiedereinstiegsseminar weiter optimiert werden?

5. Was wurde Ihrer Meinung nach noch nicht erwähnt und wäre Ihnen wichtig zu ergänzen?

Leitfragen für Ärzt*innen, die nicht wieder ärztlich tätig sind

1. Einstieg:

Wissen Sie noch, warum Sie sich damals für das Seminar angemeldet haben?

2. Vor dem Seminar:

Was hat bei Ihnen zu der beruflichen Pause geführt?

Wie war die Situation am Arbeitsplatz unmittelbar vor der Pause?

3. Wiedereinstieg:

Warum sind Sie nach dem Wiedereinsteigerseminar nicht wieder ärztlich tätig geworden?

Gab es eine Schlüsselszene für Ihre Entscheidung und wenn ja, welche?

Inwiefern hat das Seminar zu Ihrer Entscheidungsfindung beigetragen?

Welche Bedenken hatten Sie?

Was waren Hindernisse?

Was hätte Ihnen dabei geholfen?

Wie hat Ihr Umfeld auf Ihre Entscheidung reagiert?

Unter welchen Voraussetzungen würden Sie wieder ärztlich arbeiten?

Nach welchen Kriterien würden Sie Ihr Fach auswählen?

4. Seminar:

Wie könnte Ihrer Meinung nach das Wiedereinstiegsseminar weiter optimiert werden?

5. Was wurde Ihrer Meinung nach noch nicht erwähnt und wäre Ihnen wichtig zu ergänzen?

8.2. Anschreiben an die Seminarteilnehmenden



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Probandeninformation und Einwilligungserklärung

„RESTART-Studie: DeteRminantEn, die die WiederAufnahme einer ärZtlichen Tätigkeit beeinflusSen“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie als ehemalige/r Teilnehmer/In eines Wiedereinstiegsseminars der BLÄK dazu einladen, an der **RESTART-Studie** teilzunehmen. Unabhängig davon, ob Sie inzwischen eine ärztliche Tätigkeit aufgenommen haben oder nicht, ist uns Ihre Sicht sehr wichtig. Ziel dieser Studie ist es, fördernde Faktoren und Barrieren (Determinanten) zu erheben, die die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen.

Wir bitten Sie, an einem Telefoninterview teilzunehmen und aus Ihrer Perspektive als ehemalige/r Seminarteilnehmer/In Fragen zu beantworten. Das Gespräch wird ca. 30 Minuten dauern und wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Das aufgenommene Gespräch wird verschriftlicht (transkribiert) und mit qualitativer Methodik analysiert.

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Konsequenzen Ihr Einverständnis zurückziehen. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhaltenen Daten werden vollständig vernichtet, sofern Sie einer Auswertung dieser nicht zustimmen. Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom 10. April 2015 keine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert.

Datenschutz

Im Rahmen der Studie werden die Vorschriften zum Datenschutz eingehalten. Die Auswertung und Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich in pseudonymisierter* Form und Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben, wenden Sie sich bitte an den Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel. 0451 500-5908.

[* Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung nur mit Nummern und ggf. mit dem Geburtsdatum codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden.]

8.3. Einwilligungserklärung



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Einwilligungserklärung

„RESTART-Studie: DeteRminantEn, die die WiederAufnahme einer ärZtlichen Tätigkeit beeinflusSen“

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsjahr:	
Terminabsprache:	<input type="checkbox"/> per Telefon (erreichbar um Uhr) <input type="checkbox"/> per Mail
Telefon:	
Ggf. Mailadresse:	
Alter:	<input type="text"/> Jahre
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Jemals ärztlich tätig:	<input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, zur Zeit <input type="checkbox"/> Ja, aber momentan nicht
<i>Falls jemals ärztlich tätig:</i> Fachgebiet gewechselt? Wie lange hat Ihre berufliche Pause insgesamt gedauert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Jahre
<i>Falls nie ärztlich tätig:</i> Zeit seit Studienabschluss?	_____ Jahre

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die schriftliche Information über die Studie erhalten und verstanden habe und mich ausreichend informiert fühle. Meine Einverständniserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen zurückziehen. Ich nehme freiwillig an der oben genannten Studie teil.

Ich habe das Recht, meine Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Bei Rücktritt von der Studie kann ich entscheiden, ob bereits gewonnenes Datenmaterial vollständig vernichtet oder ausgewertet werden soll. Nach Beendigung der Studie werden die digitalen Aufzeichnungen unwiederbringlich gelöscht.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Sie erhalten eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Ich möchte die Ergebnisse der Studie nach Abschluss zur Verfügung gestellt bekommen.

Ort / Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

8.4. Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

Ziel

In diesem Dokument sind die Transkriptionsregeln festgehalten

Wichtig: Vor dem Transkribieren muss die Info, wie die Texte verschriftlich werden sollen von der, dem Projektdurchführenden weitergegeben werden. Das bedeutet auch, Nummerierung bei den Gruppeninterviews (fortlaufend) genauso bei mehreren Einzelinterviews. Und ob die Ortsnamen pseudonymisiert werden sollen/ müssen.

Dateiname

Projektname_I (für Interview) oder FG (für Fokusgruppen)_Datum_Pseudonym (bei Interviews)

Standard-Formatierungen

Arial, Schriftgröße 11

1,5-zeilig

Blocksatz

Seitenzahlen (Beispiel: Seite x von x) und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1)

neuer Absatz bei Sprecherwechsel

Kopfzeile soll Projekttitel und Fokusgruppennummer bzw. Teilnehmernummer beinhalten (Beispiel: Umgang mit Aggression und Gewalt_TN20 **oder** Flüchtlingsversorgung_FG1_TN1-4)

Zeitmarken

nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen

Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews

Interviewer = I

Befragter = TN mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)

Sprechpausen

- Pause jeder Länge

Intonation

nein Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung

Beispiel:

Und wenn einer tatsächlich - also richtig zuschlagen würde.

Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, d.h. unabhängig von grammatikalischen Zeichensetzungsregeln:

? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung)

. stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke)

,	schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt)
...	schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)
:	stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)
Beispiel: Ich wusste es nicht, ich ahnte es ein bisschen... weil eh anhand der Körperhaltung "Fragendes Geräusch"? (I: Okay.) - Ja klar festmachen kann man, wenn jemand schon vom Auftritt her mit einem merkwürdigen Verhalten, die Praxis betritt.	
(doch)	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
(5)	Unverständliche Äußerungen Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.
>	Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden
[stöhnt]	Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder sprachexternen Ereignissen
Beispiel: Und sagte dann sogar irgendwie [lallend] "Ja, das verstehe ich ja auch." [lacht]	
< Name >	Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)
Statt „Mhm“	[zustimmendes Geräusch]
Statt „Mhnh“	[ablehnendes Geräusch] wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
Beispiel: I: Der Arzt ist eher zwischen den Behandlungszimmern unterwegs. (TN21: [Zustimmendes Geräusch.]) Das heißt, er hat jetzt nicht so viel Kontakt zu den MFAs oder Arzhelferinnen vorne.	
Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.	
Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.	
Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.	
Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:	
Befragter1: Text Text [Textüberschneidung. Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.	

Beispiel:

I: Weil um die Distanz einfach [zu schaffen? #00:02:30-5#
TN21: Ja genau,] um die Distanz zu schaffen.

Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen („“) gesetzt ohne weitere Formatierung und Hervorhebung. Bitte dabei an die Regeln des Duden halten: <https://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/anfuhrungszeichen>. Wörtliche Rede in wörtlicher Rede wird mit halben Anführungszeichen (‘ [Strg + Rautetaste]) gekennzeichnet.

Beispiel:

Da kann ich ja schlecht sagen: „Okay, heute hört das jetzt aber auf. Heute kommen Sie nicht mehr morgens um acht einfach so, wo Sie eine halbe Stunde eher angerufen haben: ‚Ich bin um acht da und komme als Erster ran‘, sondern heute müssen Sie sich hinten anstellen.“

Äußerungen wie: *In Anführungszeichen* oder *Punkt*, werden mittranskribiert.

Beispiel:

TN22: Da diskutiere ich auch nicht: „Sie haben meine Helferin gehört, verlassen Sie einfach die Praxis.“ Punkt.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt.

Beispiel:

TN1: Ich beginne meine Untersuchung immer mit einer freundlichen Vorstellung (TN4: Achso, ja.) und dann gehe ich zur Anamnese über.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert, auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet. Grammatikalisch nicht korrekt gesprochene Sätze bleiben auch in der Transkription grammatikalisch inkorrekt. Hier ist es besonders wichtig mit Satzzeichen zu arbeiten, um dennoch das richtige Verständnis des Textes beim Lesen zu ermöglichen.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, **oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint**. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert.

Beispiel:

Er hatte noch so’n Buch genannt.“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt.

8.5. Z-Regeln zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalysen

Z1: Paraphrasierung

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.4.: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Quelle: [103]

8.6. Kategoriensystem

Leitfrage	Hauptkategorie	Unterkategorie
Grund für die Berufspause	Äußere Faktoren	Familie Finanzielle Situation Versicherung Berufliches soziales Umfeld Zeitliche Arbeitsbedingungen Wohnortwechsel Stellensituation
	Innere Faktoren	Karriereverzicht zugunsten der Familie Überforderung im Beruf Frustration über Patient*innenhaltung
Motivation, die ärztliche Tätigkeit wieder aufzunehmen	Äußere Faktoren	Abgeschlossene Familienplanung Entlastete Familiensituation Berufstätige Mütter als positives Rollenmodell Verschlechterung bisheriger Arbeitsbedingungen Anstoß durch soziales Umfeld Stellenangebot Auflage des Arbeitgebenden Finanzielle Notwendigkeit
	Innere Faktoren	Angst, den Anschluss zu verpassen Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung Fehlende Bestätigung durch Arbeit Wunsch, eigene Begabung einzusetzen Gute Arbeitserfahrungen Wunsch nach sozialen Kontakten Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit Unterforderung

Leitfrage	Hauptkategorie	Unterkategorie
Fördernde Faktoren der Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit	Äußere Faktoren	Entlastete Familiensituation Anstoß durch soziales Umfeld Unterstützung durch soziales Umfeld Geeignetes Stellenangebot Erneuerung des Fachwissens Wiedereinstiegsseminar Finanzen Fachgebietswechsel
	Innere Faktoren	Gute Arbeitserfahrung Wiedergewonnenes Selbstvertrauen
Hemmende Faktoren der Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit	Äußere Faktoren	Familie Ablehnung durch soziales Umfeld Mangel einer (geeigneten) Stelle Erfolglose Bewerbung Wissen Finanzen Wohnortwechsel Versicherung Bürokratie Gesellschaft Gesundheitssystem
	Innere Faktoren	Negative Berufserfahrung Negative Wiedereinstiegserfahrung Ängste Selbstbewusstsein Persönlichkeit Scham Bequemlichkeit

Leitfrage	Hauptkategorie	Unterkategorie
Stellenwert des Seminars	Positiv	Austausch mit Gleichgesinnten Motivation Wissensvermittlung Bestätigung eigener Fähigkeiten Wertschätzung als Arbeitskraft Individuelle Stellenvermittlung
	Negativ	Auf Allgemeinmedizin begrenzt Keine Hilfestellung bei konkreter Fragestellung demotivierend Keine allgemeine Stellenbörse
	Verbesserungsvorschläge	Inhaltliche Aspekte Motivation und Fähigkeiten vermehrt stärken Ablauf des Seminars Weiterführende Angebote
Faktoren beim Wiedereinstieg (-sversuch)	Fördernde Faktoren	Gute Einarbeitung und Betreuung Unterstützung durch berufliches soziales Umfeld Berufs- und Lebenserfahrung Zeitlicher Aspekt Fortbildungen Sozialer Aspekt Rollendefinition Positives Feedback
	Hemmende Faktoren	Überforderung Wissen Enttäuschungen Dienste Sozialer Aspekt Bürokratie Negatives Feedback

8.7. Votum der Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. Steinhäuser
Institut für Allgemeinmedizin

im Hause

nachrichtlich:
Herrn Prof. Träger
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 500 4639
Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 15-081

Datum: 10. April 2015

Sitzung der Ethik-Kommission am 02. April 2015

Antragsteller: Herr Prof. Steinhäuser

Titel: RESTART: DeteRminantEn, die die WiederAufnahme einer ärztlichen Tätigkeit beeinflussen – eine qualitative Studie

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,
der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken.

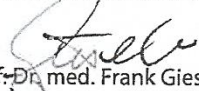
Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.

Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de). Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich

Ihr


Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)
 Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
 Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)
 Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)
 Frau A. Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)
 Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)

Frau Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)
 Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)
 Herr Prof. Moser
(Neurologie)
 Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)
 Herr H. Schneider
(Vizepräsident am Landgericht Lübeck)

Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
 Herr Prof. Dr. Schwaninger
(Pharmakologie)
 Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)
 Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)
 Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

9. Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, der mich von der ersten Idee bis zum Einreichen der Arbeit zuverlässig und kompetent begleitet hat. Vielen Dank für die pausenlose Unterstützung, die rasche Erreichbarkeit bei allen Fragen und das Verständnis über die Arbeit hinaus. Die fachlichen Anregungen waren dabei genauso wichtig wie die Nachfragen, wenn ich eine Weile nichts von mir habe hören lassen.

Ohne die freiwillige Beteiligung und die Gesprächsbereitschaft der ehemaligen Seminarteilnehmenden hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Mein Dank gilt ihrer Offenheit und der Bereitschaft, mich an ihrem Erleben teilhaben zu lassen.

Ein herzlicher Dank geht an Dr. med. Dagmar Schneider, der Leiterin der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin der Bayerischen Landesärztekammer, die an der Rekrutierung der Studienteilnehmenden und der Entstehung der Arbeit maßgeblich beteiligt war. Vielen Dank für die Unterstützung und Anregungen bei der Erstellung des Leitfadens, des Kategoriensystems und für den Kontakt zu den Studienteilnehmenden.

Vielen Dank meinem Ehemann, der mich immer wieder aufs Neue motiviert hat, an der Arbeit dranzubleiben, sowie meinen Eltern, Geschwistern und Freundinnen für die Korrektur und die treue Unterstützung.

10. Lebenslauf

Angaben zur Person

Name Anna-Lena Dávila Izaguirre
geb. Reusch

Geburtsdatum und -ort 05.10.1989 in Kirchheim/Teck



Schule und Studium

2000 - 2009 Mörike-Gymnasium Esslingen, Abitur

2010 - 2017 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Lübeck

09/12 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

04/16 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

05/16 - 04/17 Praktisches Jahr

05/16 - 09/16 Klinik für Innere Medizin, Sana-Klinik Eutin

09/16 - 12/16 Klinik für Chirurgie, Städtisches Klinikum Schwabing, München

12/16 - 04/17 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kantonsspital Baden, Schweiz

05/17 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Beruflicher Werdegang

11/17 - 11/18 Assistenzärztin an der RoMed Klinik Rosenheim
Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe

Seit 11/18 Elternzeit

Dissertation

04/15 Zustimmung durch die Ethikkommission Lübeck

07/15 - 10/15 Durchführung der Interviews, Transkription und Auswertung

11/15 - 05/17 Unterbrechung der Dissertation während des zweiten und dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sowie des Praktischen Jahres

06/17 - 10/17 Beginn der Niederschrift

11/17 - 10/18 Unterbrechung der Dissertation infolge des Arbeitseinstiegs

11/18 - 12/19 Fertigstellung und Abschluss der Dissertation

11. Veröffentlichungen

Dávila Izaguirre A, Schneider D, Steinhäuser J. Gründe für den Ausstieg aus dem Arztberuf und Determinanten, eine ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen: eine qualitative Studie mit ehemaligen Teilnehmern eines Wiedereinstiegsseminars. Gesundheitswesen 2019; doi: 10.1055/a-0839-4283