

Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

Die Berufswelt unterliegt einem grundlegenden Wandel, welcher sich unter anderem durch die Zunahme prekärer Beschäftigung zeigt. Insbesondere der Dienstleistungssektor zeichnet sich durch die Abkehr vom Normalarbeitsverhältnis aus. Aufgrund des hohen Frauenanteils rücken hier die Arbeitsbedingungen von weiblichen Beschäftigten in den Vordergrund.

Die vorliegende Studie untersucht die Situation der medizinischen Fachangestellten – also einer nahezu ausschließlich weiblichen Berufsgruppe. Neben einer Analyse objektiv messbarer Prekaritätsrisiken wurden subjektive Prekaritätswahrnehmungen bei MFA anhand von qualitativen Interviews untersucht. Tendenzen zur Prekarisierung werden dabei sichtbar, wobei sich objektive und subjektive Einschätzungen durchaus unterscheiden. Zudem reagieren die Beschäftigten auf ihre Situation eher durch individuell-berufliche Veränderungen als durch kollektive Handlungen und Organisation. Die Feinanalyse des Teilarbeitsmarktes für medizinische Fachangestellte unterstreicht, dass nicht nur An- und Ungelernte Prekaritätsrisiken ausgesetzt sind.

TILL KATHMANN | IRENE DINGELDEY



Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

TILL KATHMANN | IRENE DINGELDEY

Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten

EINE PUBLIKATION VON

Die Arbeitnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitnehmerkammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des IAW sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitnehmerkammer und IAW hervorgehen, veröffentlicht.

Impressum

Herausgeber:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
Universität / Arbeitnehmerkammer
Bremen
Universitätsallee 21–23
28359 Bremen

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Umschlaggestaltung:

Designbüro Möhlenkamp, Bremen

Titelfoto:

Fotolia.com / © ISO K^o - photography

Druck:

Druckerei Wellmann, Bremen

1. Auflage 2013
ISSN: 2195-7266

Bestellung:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
Geschäftsstelle
Telefon +49 421 218-61704
info@iaw.uni-bremen.de
Schutzgebühr: 5,- Euro

Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten

Till Kathmann und Irene Dingeldey

Kurzfassung

In der aktuellen Debatte um prekäre Arbeitsverhältnisse werden diese vor allem als Abweichung vom Normalarbeitsverhältnis (NAV) definiert. Ein NAV ist gekennzeichnet durch eine unbefristete Vollzeittätigkeit, die ein Einkommen über der Niedriglohngrenze beinhaltet und sowohl tarif- als auch sozialrechtlich abgesichert ist. Allerdings reichen diese objektiven Merkmale allein nicht aus zur Kennzeichnung prekärer Arbeitsverhältnisse. Deswegen sind auch subjektive Verarbeitungsmechanismen in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt (Brinkmann et al. 2006; Dörre 2006). Zentral ist dabei die soziale Verunsicherung, die zunehmend auch Normalarbeitsverhältnisse kennzeichnet.

An diese Forschungsarbeiten knüpft die vorliegende Arbeit an, die mit medizinischen Fachangestellten (MFA) einen typischen Frauenberuf im Dienstleistungssektor untersucht. Die Auswahl dieser Untersuchungsgruppe liegt zum einen darin begründet, dass bislang vorhandene empirische Arbeiten zu prekären Arbeitsbedingungen selten eine geschlechtsspezifische Perspektive einnehmen. Gerade aber Frauen sind im Dienstleistungssektor – dem Experimentierfeld für prekäre Arbeitsbedingungen – beschäftigt. Des Weiteren waren von prekären Arbeitsverhältnissen vor allem gering Qualifizierte betroffen. Durch den Wandel der Arbeitsgesellschaft in den letzten Jahren sind jedoch immer größere Gruppen, zu denen zunehmend auch qualifizierte Arbeitnehmer wie die von uns untersuchten MFA gehören, von prekären Arbeitsbedingungen betroffen, so dass nunmehr die Debatte um prekäre Arbeitsverhältnisse zur neuen sozialen Frage geworden ist. Vor diesem Hintergrund sind wir in unserem Forschungsprojekt folgenden Forschungsfragen mit Blick auf die MFA nachgegangen: 1. Welche objektiven Prekarisierungstendenzen lassen sich im Berufsfeld der MFA identifizieren? 2. Wie werden die objektiven Prekarisierungstendenzen subjektiv wahrgenommen? 3. Welche Handlungsstrategien werden von Seiten der Beschäftigten als Reaktion auf eine Prekarisierung entwickelt?

Um die Forschungsfragen zu beantworten, haben wir sowohl sekundäranalytisch gearbeitet und quantitative Ergebnisse zusammengetragen als auch eine eigene qualitative Studie mit 10 MFA sowie weiteren Experteninterviews durchgeführt. Das vorliegende Forschungsprojekt liefert zwei wesentliche Forschungsergebnisse: Erstens wird gezeigt, dass in diesem Berufsfeld auch unbefristete Vollzeittätigkeiten objektiv prekäre Merkmale aufweisen, da die Entlohnung unterhalb der Niedriglohngrenze liegt und die tariflichen und sozialen Rechte aufgrund der kleinbetrieblichen Strukturen nur eingeschränkt gelten. Teilzeittätigkeiten werden meist nicht als prekär wahrgenommen, da sie als Teil des modernisierten Ernährermodells auf Haushaltsebene unmittelbar abgesichert sind und damit gleichwohl einhergehende Prekaritätsrisiken erst mittel- oder langfristig eintreten. Zweitens wird die Relevanz einer differenzierten Analyse der subjektiven Verarbeitung prekärer Arbeitsverhältnisse unterstrichen. Dabei sind die Wahrnehmung prekärer Arbeitsverhältnisse auf der einen Seite und die darauf aufbauenden Handlungsstrategien zu differenzieren.

Zu den zentralen objektiv prekären Merkmalen von Arbeitsverhältnissen bei den untersuchten MFA zählen zum einen das niedrige Gehalt und die Unzufriedenheit damit. Letztere ist wiederum Ausgangspunkt für das Erarbeiten von Handlungsstrategien. Zum anderen sind die Arbeitszeiten ausufernd, da meist mehr als vereinbart – und vor allem als im Tarifvertrag festgelegt – gearbeitet wird. Dies wirkt wiederum unmittelbar auf die Entlohnung. Sowohl die geringe Entlohnung als auch die unregelmäßigen und deswegen oft verlängerten Arbeitszeiten können in Verbindung gebracht werden mit schlechten tarif- und sozialrechtlichen Bedingungen und Regelungen, die im Berufsfeld der MFA vorhanden sind. Dies spiegelt sich in einer geringen Tarifbindung wider. Voraussetzung für die Verbindlichkeit des Tarifvertrags ist, dass sowohl die einzelnen Arbeitgeber, die in diesem Berufsfeld überwiegend in einer von Privatpraxen gekennzeichneten Betriebsstruktur tätig sind, als auch die jeweiligen MFA Mitglied bei den jeweiligen Tarifpartnern sind. Das ist jedoch nur selten der Fall. Die Gewerkschaft verdi ist als Tarifpartner aus den Tarifverhandlungen bereits in der Vergangenheit ausgestiegen. Der Berufsverband der MFA hat lediglich 24.000 Mitglieder – womit nur eine Minderheit der Berufsgruppe organisiert ist. Darüber hinaus sind, durch die kleinbetriebliche Struktur bedingt, wesentliche Schutzrechte wie beispielsweise beim Kündigungsschutz nur partiell

gültig, da dieser erst ab einer Betriebsgröße von 10 und mehr Mitarbeitern gilt. Ferner gibt es auch selten einen Betriebsrat, da für dessen Wahl mindestens 5 Vollzeitbeschäftigte in einer Praxis arbeiten müssten. Selbst dort wo dies der Fall ist, so zeigt unsere Untersuchung, sind Betriebs- oder Personalräte nicht vorhanden.

Bei der Betrachtung der Arbeitsverhältnisse fällt auf, dass Befristungen kaum eine Rolle spielen, was wiederum eine Erklärung für die geringe soziale Verunsicherung sein dürfte. (Geringfügige) Teilzeittätigkeiten sind dagegen weiter verbreitet. Sie werden jedoch meist freiwillig ausgeübt, überwiegend um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Die Wahrnehmung von Prekarität in diesen Fällen ist nicht ausgeprägt. Gleichwohl muss hier konstatiert werden, dass eine Teilzeittätigkeit im Haushalt oft mit dem modernisierten Ernährermodell einhergeht. Das bedeutet, dass das Haushaltseinkommen in der Regel durch eine (männliche) Vollzeittätigkeit und eine (weibliche) Teilzeittätigkeit generiert wird. Eine prekäre Lebenslage entsteht dann einerseits wenn diese spezifische Familienkonstellation aufgelöst wird und andererseits zeigen sich soziale Folgekosten häufig im Alter, da nur geringe Rentenansprüche erworben wurden.

Bei der subjektiven Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen zeigt sich interessanterweise, dass die soziale Verunsicherung keine herausragende Rolle in der Untersuchungsgruppe spielt. Möglicherweise ist dies damit zu erklären, dass sich die bisherigen Arbeiten mit entsprechenden Befunden überwiegend auf befristet Beschäftigte beziehen (Leiharbeiter, Projektarbeiter etc.). Möglicherweise aber steht die soziale Verunsicherung auch deswegen nicht im Vordergrund, weil den untersuchten MFA ausreichend Handlungsoptionen zu Verfügung stehen, die die Wahrnehmung prekärer Arbeitsverhältnisse mildern können. Zu den Handlungsoptionen und -strategien gehören verschiedenen Exitoptionen. Zu den internen Exitoptionen gehört in erster Linie der Arbeitsgeberwechsel. Dieser erfolgt, wenn die Wahrnehmung schlechter oder sich verschlechternder Arbeitsbedingungen sich einstellt und andernorts bessere Arbeitsverhältnisse in Aussicht stehen. Bei allen untersuchten MFA finden sich z. T. mehrfache Arbeitgeberwechsel. Als temporäre Exitoptionen ist der Ausstieg aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis durch den Übergang in die Familienphase zu sehen. Ferner stellt der Berufswechsel eine weitere Exitoption dar. Dieser kann in eine höher qualifizierte Tätigkeit erfolgen, die in der Regel durch eine weitere Ausbildung erreicht wird. Aber auch ein Tätigkeitswechsel zählt zu dieser Exitoptionen (z. B. eine Tätigkeit bei einer Krankenkasse o. ä.). Wie eine bisherige Studie zeigen konnte, wechselt etwa die Hälfte der MFA ihren Beruf (Wietölter 2012).

In der vorliegenden Studie dominieren klar die Handlungsstrategien, die als Exitstrategien verstanden werden können. Andere Handlungsoptionen, wie z.B. die Voiceoption, also der persönliche Einsatz für bessere Arbeitsbedingungen, z.B. in Form einer Organisation in Arbeitnehmervertretungen wird von den MFA kaum genutzt. Gleichzeitig scheint aber auch die Loyalitätsoption, im Sinne eines dauerhaften Verbleibs beim Arbeitgeber, kaum vorzukommen. Dies bedingt eine hohe Arbeitsmarktdynamik, ein charakteristisches Merkmal dieser Berufsgruppe.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	6
EINLEITUNG	7
1. ÜBERBLICK ÜBER DEN FORSCHUNGSSTAND.....	8
1.1. Die Prekaritätsdebatte.....	8
1.2. Subjektive Verarbeitungsformen von prekären Arbeitsbedingungen	9
2. METHODEN UND FELDZUGANG	10
3. DAS BERUFSFELD DER MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN – OBJEKTIVE PREKARITÄTSMERKMALE	11
3.1. MFA als Frauenberuf.....	11
3.2. Beschäftigungstrends im Berufsfeld der MFA.....	12
3.3. Ausweitung atypischer Beschäftigungsformen	13
3.4. Betriebsstruktur und deren sozial- und arbeitsrechtliche Konsequenzen.....	15
3.5. Tarifpolitik und Niedriglohnpotenzial.....	15
3.6. Zwischenfazit.....	16
4. DIE SUBJEKTIVE RELEVANZ OBJEKTIVER PREKARITÄTSMERKMALE.....	17
4.1. Das Gehalt als zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung bei den MFA.....	17
4.2. Die Bedeutung des Gehalts: Zwischen finanzieller Restriktion und finanzieller Autonomie	17
4.3. Der Einkommensvergleich als soziale Verortung	18
4.4. Die Arbeitszeit von MFA: Entgrenzungs- und Marginalisierungstendenzen	20
4.5. Atypische Beschäftigungsformen und die Frage der Freiwilligkeit.....	21
5. HANDLUNGSSTRATEGIEN VON MFA IM UMGANG MIT PREKARITÄT.....	22
FAZIT.....	24
LITERATUR.....	25
ANHANG	28
Interviewleitfäden.....	28

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von Arzthelferinnen/MFA seit 2001 im Bundesgebiet und Bremen.....	13
Tab. 2: Die Altersstruktur der Sprechstundenhelferinnen, 1999-2011	13
Tab. 3: Beschäftigungsstruktur in ausgewählten Facharzttrichtungen 2007.....	14
Tab. 4: Tariflohn Vollzeitbeschäftigter medizinischer Fachangestellter seit dem 1.1.2009	15
Tab. 5: Gehalt als relevantes und prekäres Merkmal medizinischer Fachangestellte	19

Einleitung

Mittlerweile arbeitet auch in Deutschland die Mehrheit der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor. Die Arbeitsbedingungen in Branchen wie Banken und Versicherungen oder auch der öffentlichen Verwaltung sind weiterhin stark durch das Normalarbeitsverhältnis, also unbefristete Vollzeitbeschäftigung und tarifliche oder gar übertarifliche Entlohnung geprägt. Gleichwohl wird der Dienstleistungssektor auch als Experimentierfeld für die Einführung geringer Löhne und die Ausweitung neuer, oft prekärer Beschäftigungsformen gesehen (Bosch/Weinkopf 2011: 439). Entsprechende Charakterisierungen basieren primär auf der Entwicklung in Branchen wie dem Handel, Gastgewerbe oder auch den persönlichen und sozialen Dienstleistungen, in denen die atypischen Beschäftigungsverhältnisse, also Teilzeitarbeit, befristete Beschäftigung und/oder Niedriglohnbeschäftigung, einen hohen Anteil haben oder die Beschäftigungsstruktur gar dominieren (Eichhorst/Marx 2009).

Dabei ist Prekarität nicht ausschließlich an den Vertragsformen fest zu machen, sondern am Unterschreiten der gesellschaftlich anerkannten Standards in Bezug auf Einkommen und sozialen Schutz. Entsprechend wird einerseits darauf abgehoben, dass auch unbefristete Vollzeitbeschäftigungen Prekaritätselemente, wie beispielsweise Niedriglohn, beinhalten können (Dörre 2008). Andererseits ist zu hinterfragen, ob beispielsweise sozialversicherungspflichtige Teilzeitarbeit generell als prekär bezeichnet werden kann, da sie oft freiwillig eingegangen und nicht als prekär empfunden wird. Um die verschiedenen Dimensionen prekärer Beschäftigung fassen zu können, erscheint daher ein Blick auf die allgemeine Prekaritätsdebatte hilfreich. So sieht Vogel (2009: 201) in den prekären Arbeitsverhältnissen eine neue Konstellation des Sozialen. Entsprechend sind Prekarisierungstendenzen nicht mehr ausschließlich auf die unteren Schichten beschränkt, sondern erfassen breite Gesellschaftsschichten (vgl. Castel 2009: 30f.). Wichtig für die Charakterisierung von Prekarität erscheint dabei, dass neben „objektiven Kriterien“ wie Vertragsformen und Niedriglohn auch deren subjektive Wahrnehmung sowie die von den betroffenen Beschäftigten daraufhin entwickelten Handlungsstrategien Berücksichtigung finden. So fassen Arbeiten im Anschluss an Bourdieu (1998, 2000) und die französische Sozialforschung prekäre Lebensverhältnisse primär als Phänomen der (sozialen) Verunsicherung. Diese wird insbesondere mit Beschäftigungsverhältnissen assoziiert, die über einen schmalen Zeithorizont verfügen und durch die damit verbundene geringe Planungssicherheit die Lebensführung unterminieren. Demnach wird eine selbstbestimmte Lebensführung für die entsprechenden Personen erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Die soweit dargelegten Erörterungen zeigen weiterhin bestehenden Forschungsbedarf in Bezug

auf die Entwicklung von prekären Arbeitsverhältnissen im Dienstleistungssektor und insbesondere ihre Adaption durch die Beschäftigten auf der Basis eines umfassenden Verständnisses von Prekarität. Deshalb sollten sowohl objektivierbare Merkmale der Prekarität als auch deren subjektive Wahrnehmung und von den Beschäftigten entwickelte Handlungsstrategien in den Forschungsfokus gerückt werden.

Aufgrund der skizzierten Heterogenität der Beschäftigungsbedingungen erscheint dabei eine Konzentration der Untersuchung auf einzelne Branchen bzw. Berufsgruppen sinnvoll. Das Design der vorliegenden Studie basiert daher auf der Analyse eines spezifischen Berufsfeldes im beschäftigungsexpansiven Gesundheitssektor: Die medizinischen Fachangestellten (MFA). Das Berufsfeld zeichnet sich durch berufsfachlich qualifizierte Beschäftigung aus, die lange Zeit als „Schutz vor Prekarisierung galt“ (Kalina/Weinkopf 2010, Vogel 2009: 202). Gleichzeitig handelt es sich um einen typischen Frauenberuf, womit a priori ein hoher Anteil atypischer Beschäftigung insbesondere im Rahmen der verschiedenen Teilzeitformen verbunden ist. Die Arbeitgeberstruktur ist dominiert von privaten Arztpraxen – und damit letztlich durch kleinbetriebliche Strukturen, in denen traditionell soziale Schutzrechte wie Kündigungsschutz oder die Interessenvertretung durch Betriebsräte kaum zur Anwendung kommen. Vor diesem Hintergrund orientiert sich die Untersuchung an folgenden Leitfragen:

1. Welche objektiven Prekarisierungstendenzen lassen sich im Berufsfeld der MFA identifizieren?
2. Wie werden die objektiven Prekarisierungstendenzen subjektiv wahrgenommen?
3. Welche Handlungsstrategien werden von Seiten der Beschäftigten als Reaktion auf eine Prekarisierung entwickelt?

Um unterschiedliche Elemente zur Charakterisierung von Prekarität aufnehmen zu können, wird ein mixed-method-Design genutzt. Um zentrale Merkmale des Berufsfeldes zu erfassen, wird u. a. auf quantitative Daten bzw. sekundäranalytische Erhebungen zurückgegriffen. Experteninterviews vertiefen den Einblick in das Berufsfeld. Zusätzlich wird die individuelle Wahrnehmung der Beschäftigungssituation und der Bewältigungsstrategien bei gegebener Prekarität durch die Beschäftigten qualitativ untersucht.

Im ersten Teil der Arbeit wird ein Überblick über die verschiedenen relevanten Forschungsstränge gegeben und auf dieser Grundlage Kriterien für die Bestimmung von prekären Arbeitsbedingungen hergeleitet. Im anschließenden zweiten Teil werden Feldzugang und Methoden erläutert. Der dritte Teil beinhaltet eine Bestandsaufnahme zum Berufsfeld der MFA sowie die Analyse der objektiven Merkmale von Prekarität. Neben der Beschäftigungsentwicklung und den Beschäftigungsformen wird dabei auch auf soziale Schutzrechte, die

Tarifpolitik und die Lohnentwicklung eingegangen. Im vierten Teil werden dann die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dargestellt. Dabei werden Interpretationsansätze zur selektiven Wahrnehmung der prekären Beschäftigungsbedingungen durch die MFA angeboten und es wird auf subjektive Bearbeitungsstrategien verwiesen. Im letzten Teil werden die Ergebnisse zusammengefasst und deren Konsequenzen diskutiert.

1. Überblick über den Forschungsstand

1.1. Die Prekaritätsdebatte

Einen wichtigen Anstoß für die jüngste Debatte um prekäre Arbeitsbedingungen und ihre Konsequenzen liefert die Studie der Friedrich Ebert Stiftung *Gesellschaft im Reformprozess*. In ihr werden als ein Typ politischer Milieus die prekär Abgehängten identifiziert.¹ Diese Gruppe stellt 8% der Bevölkerung in Deutschland. Interessanterweise verknüpft die Studie einerseits politische Typen mit Schichtmerkmalen und kommt zu dem Schluss, dass die prekär Abgehängten zu 49% der Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht angehören. Andererseits werden subjektive Einstellungen erhoben. Über alle Milieus hinweg wird konstatiert, dass *Verunsicherung* die dominante gesellschaftliche Grundstimmung sei (Müller-Hilmer 2006).² Dieses Merkmal findet sich ebenfalls in der Definition prekärer Arbeitsbedingungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) (vgl. Rodgers 1989). Darunter wird ein Erwerbsstatus verstanden, der

nur eine *geringe Chance der materiellen Existenzsicherung* und eine *geringe Arbeitsplatzsicherheit* bietet, sowie *wenig Einfluss auf die Ausgestaltung der Arbeitssituation* und einen lediglich *partiell gegebenen arbeitsrechtlichen Schutz* beinhaltet. Im Kern enthält diese Definition bereits die zwei wesentlichen Seiten des Phänomens prekärer Arbeitsbedingungen, den subjektiven Verarbeitungsmechanismus von objektiven Arbeitsbedingungen. Dabei liegt der Hauptakzent der Betrachtung auf den objektiven Faktoren.

Ein durchaus anders gelagertes Begriffsverständnis von prekären Arbeitsbedingungen ergibt sich durch die *Abgrenzung von atypischen Beschäftigungsformen zum Normalarbeitsverhältnis* (Keller/Seifert 2011, Mayer-Ahuja 2003). Dies erleichtert insbesondere die quantitative Analyse des Phänomens. Demnach ist ein Normalarbeitsverhältnis eine unbefristete Vollzeitbeschäftigung, die eine materielle Existenzsicherung zulässt. Abweichungen werden als atypische Beschäftigung bezeichnet. Fraglich ist allerdings, was als Norm gelten kann. Für bestimmte Personengruppen sind inzwischen vormals als atypisch bezeichnete Beschäftigungsformen zur dominanten Beschäftigungsform geworden. Beispielsweise arbeitet nur eine Minderheit der Frauen im Normalarbeitsverhältnis, so dass die Mehrzahl der Frauen (57%) atypisch beschäftigt ist (Keller/Seifert 2011: 140). Hier liegt die Frage nahe, ob es nicht ein „neues“ Normalarbeitsverhältnis jenseits der Vollzeitnorm gibt (Bosch 2001). Gleichwohl können aus dem Diskurs um atypische Beschäftigungsformen jene *Beschäftigungsformen* herausgestellt werden, *denen ein hohes Prekaritätsrisiko anhaftet*. Dazu gehören die sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung, die geringfügige Beschäftigung, die befristete Beschäftigung sowie die Leiharbeit (Bosch 2001). Bedeutsam ist dabei, nicht nur den aktuellen Erscheinungen und Auswirkungen von atypischer Beschäftigungsformen nachzugehen, sondern auch die langfristigen Folgen vor allem unter sozialpolitischen Gesichtspunkten zu berücksichtigen (Keller/Seifert 2011: 138). Hier sind beispielsweise die geringen Rentenansprüche zu nennen, die bei einer Teilzeitbeschäftigung entstehen.

Allerdings reicht die Bestimmung der atypischen Beschäftigungsformen nicht aus,³ um prekäre

¹ Prekäre Arbeitsbedingungen sind keine neue Erscheinung des 21. Jahrhunderts. Zu Recht ist auf vielfältige historische Vorläuferformen hingewiesen worden. Dazu gehören die sogenannte unehrlichen Berufe in der frühen Neuzeit, die sozial außerhalb des Standeswesens verortet wurden und bestimmte Berufsgruppen sowie fahrendes Volk umfassten. In eine ähnliche Richtung verweist die Bezeichnung des Lumpenproletariats, das als Bestandteil des Proletariats in Zeiten der Industrialisierung als „Leute ohne Mittel“ charakterisiert wurden. Davon ausgehend wird die aktuelle Debatte um das Prekariat als neuerliches Aufkommen der sozialen Frage gedeutet und ein Übergang vom Proletariat aus der Zeit der Industrialisierung zum Prekariat in postindustriellen Gesellschaften festgestellt. Auf die Kontinuität prekärer Arbeitsbedingungen wird vor allem bei Frauen und Migranten verwiesen (Aulenbacher 2009, Lehmann et al. 2009).

² Im Zuge der politischen Diskussion über die Ergebnisse dieser Studie wurde versucht, sie zu relativieren. Während der damalige Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz und Bundesvorsitzende der SPD, Kurt Beck, die Ergebnisse noch als Aufkommen einer neuen Unterschicht interpretierte, waren vor allem der damalige Generalsekretär der SPD, Hubertus Heil sowie Franz Müntefering darum bemüht, die losgetretene Debatte wieder einzufangen. Hubertus Heil zufolge war es nicht angebracht, von einer neuen Unterschicht zu sprechen, weil es die Betroffenen stigmatisiere (Lessenich 2006). In ähnlichem Wortlaut äußerte sich Franz Müntefering: „Wir dürfen die Gesellschaft nicht aufteilen in Schichten, Kategorien. Das ist eine Gesellschaft“ (FAZ v. 18.10.2006).

³ Vor diesem Hintergrund erscheint es auch wesentlich, dass die genannten Beschäftigungsformen nicht notwendigerweise als Indikator für eine prekäre Lebenslage anzusehen sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Beschäftigungsformen nicht isoliert bestehen, sondern häufig in einem Haushaltskontext verankert sind, der negative Folgen partiell kompensieren kann. Aus dieser Perspektive mag beispielsweise eine unbefristete, freiwillige Teilzeittätigkeit im Hinblick auf das erzielte Einkommen unterhalb der Existenzsicherung als prekäre Beschäftigungsform gelten. Im Haushaltskontext kann sie jedoch dazu dienen, einen Zuverdienst zu erzielen, verbunden mit einem weiteren Einkommen, das Einkommensniveau des Haushaltes insgesamt über die Prekaritätsschwelle hebt bzw. gar einen mittleren Lebensstandard gewährleistet (Berninger/Dingeldey 2013). Die entsprechenden Lebensverhältnisse des Haushaltes wären entsprechend – gemessen am Einkommensniveau – nicht prekär (Kraemer/Spiegel 2005). Gleichwohl ist nicht zu unterschlagen, dass dieses Ar-

Arbeitsbedingungen vollständig zu erfassen. Vielmehr werden auch hier weitere Merkmale wie die *Beschäftigungsstabilität* (auch jenseits der Befristung) und die *Absicherung über Sozialversicherungen* oder das *Entgeltniveau* (in Relation zur Niedriglohngrenze) angeführt. Des Weiteren werden die *Kontrolle über die Arbeitsbedingungen* sowie die *Beschäftigungsfähigkeit* genannt (vgl. Keller/Seifert 2011: 140). Zudem wird über Tarifverträge ein Mindestmaß an *sozialen Schutzrechten* verbürgt, so dass die fehlende Gebundenheit an Tarifverträge selbst ein Moment der Prekarität darstellen kann. Allerdings schützen Tarifverträge nicht per se vor Niedriglöhnen, wie eine Untersuchung von Schäfer (2003) zeigt. So sind einige Niedriglöhne in Deutschland sogar tariflich reguliert.

Zwar sind die genannten Merkmale sehr gut zu operationalisieren und dienen damit vor allem der quantitativen Analyse prekärer Arbeitsbedingungen. Allerdings ist es nicht ausreichend, nur objektive Merkmale prekärer Beschäftigungsformen zu analysieren. Wir knüpfen hier an das Argument von Kraemer/Speidel (2005: 375) an, die die ‚objektive‘ Identifikation von Prekarisierungsprozessen um eine ‚subjektive‘ Komponente erweitert wissen wollen, um prekäre Arbeitsbedingungen umfassend abbilden zu können. Denn die subjektive Wahrnehmung von objektiv prekären Arbeitsbedingungen ist entscheidend dafür, ob ein Arbeitsverhältnis als prekär eingeschätzt wird oder nicht. So ist beispielsweise die subjektive Einschätzung, ob die Beschäftigungsaufnahme gewollt oder erzwungen ist, entscheidend für die Beantwortung der Frage, ob es sich um prekäre Arbeit handelt oder nicht. Allerdings stehen diese Fragen bislang nicht im Zentrum des allgemeinen Forschungsinteresses. Deswegen ist darauf hingewiesen worden, dass die Erforschung subjektiver Verarbeitungsformen prekärer Beschäftigung erst in den Anfängen steckt und damit unterthematisiert ist (Brinkmann et al. 2006: 55). An die wenigen vorhandenen Arbeiten anzuknüpfen und sie zu vertiefen, ist zentrales Anliegen der vorliegenden Untersuchung.

1.2. Subjektive Verarbeitungsformen von prekären Arbeitsbedingungen

Ziel der bislang durchgeführten Studien zum Umgang mit prekären Arbeitsbedingungen ist es, verschiedene Typen subjektiver Verarbeitungsformen herauszuarbeiten (Fleissner et al. 2002, Grimm/Vogel 2010). Ausgangspunkt der Überle-

rangement an Voraussetzungen wie einen dauerhaften Bestand einer entsprechenden Lebens- und Wirtschaftsgemeinschaft geknüpft ist. Die Auflösung eines ungleichen Arrangements beinhaltet dann individuell deutlich unterschiedliche Prekaritätsrisiken, die im Fall einer Scheidung offen zu Tage treten können und für den Partner mit prekärem Beschäftigungsverhältnis unmittelbar in eine prekäre Lebenssituation einmünden dürften. Entsprechend kann die unterschiedliche Verteilung der Einkommen im Haushalt unterschiedliche Grade der Abhängigkeitskonstellationen begründen und damit spezifischen Machtkonstellationen Vorschub leisten.

gungen ist die Argumentation, dass flexibilisierte Arbeitsmarktstrukturen auf nicht flexibilisierte Denk- und Handlungsmuster der Beschäftigten trafen und als verzögerte Anpassungsleistung prekäre Lebensumstände produzierten (vgl. Pelizzari 2009: 142). Demnach kommt es zu einem Spalt zwischen einerseits objektiven Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, die mit den Schlagwörtern von flexibilisierten Arbeitsverhältnissen und Ausdehnung des Niedriglohnssektors umrissen werden können, und subjektiven Verarbeitungsformen andererseits. Somit wird eine relative Autonomie der Subjekte in Bezug auf ihre Arbeitsverhältnisse angenommen (Pongratz/Voss 2003: 40).

Als Reaktionen auf die veränderten Arbeitsmarktstrukturen lassen sich Anpassungsstrategien, Autonomiegewinne und Erweiterungen der Handlungsspielräume erkennen. Diese werden jedoch bislang in der Forschungsliteratur nur in Bezug auf Arbeitskraftunternehmer erforscht bzw. Hochqualifizierte in den Untersuchungen erfasst. Darüber hinaus finden sich diese Reaktionsweisen bevorzugt in bestimmten Bereichen wie der Kommunikations- und Informationstechnologie, sowie der Kultur- und Medienbranche (Manske 2007, Pelizäus-Hoffmeister 2008). Für diese Branchen wird eine „Prekarisierung auf hohem Niveau“ konstatiert (Manske 2007). Vor dem Hintergrund selbstbestimmten Arbeitens werden unsichere Beschäftigungsverhältnisse und finanzielle Engpässe in Kauf genommen. Außerdem lässt sich häufig eine Einstellung finden, wonach die Kurzfristigkeit von vertraglichen Bindungen als Chance begriffen wird.

Aus den Befunden allerdings zu schließen, dass die gesamte Dienstleistungsbranche von eher selbstbestimmten Tätigkeiten gezeichnet sei, wäre zu voreilig. Dementsprechend stellen selbst die Autoren des Konzepts des Arbeitskraftunternehmers fest, dass neben den Tätigkeiten, die eine verstärkte Selbstorganisation und ein hohes Selbstengagement erfordern, weiterhin jene „verberuflichten Arbeitnehmer“ stehen, die „unter hoch regulierten Arbeitsbedingungen in weitgehend standardisierter Form Arbeitsaufträge nach Anweisung“ ausführen (Pongratz/Voss 2003: 9). Einige Autoren gehen sogar so weit zu konstatieren, dass diese Arbeitnehmer, die in fremdbestimmten Arbeitsverhältnissen arbeiten, immer noch den dominierenden Anteil darstellen (Leisewitz/Pickshaus 2001: 289). Teilweise wird an diesen „alten“, verberuflichten Einstellungen zur Erwerbsarbeit noch festgehalten, da sie fest mit milieuspezifischen Einstellungen verwoben sind und den neuen Arbeitsanforderungen und -normen widersprechen (vgl. Wittel 1998).

In Erweiterung zu den bisher genannten Studien, die spezifische Typen von prekären Beschäftigungsbedingungen oder einzelne Berufsgruppen untersuchen, geht es in weiteren Untersuchungen um Typen der Unsicherheitsbewältigung. Letzteres scheint das mehr oder weniger implizit herausgearbeitete zentrale Merkmal subjektiver Verarbeitungsmechanismen prekärer Beschäftigung zu sein. Diese Studien schließen vor allem an die französische Sozialforschung und hier insbesondere an die Forschung Bourdieus an. Bourdieu

(Bourdieu 2000: 108f.) betont, dass das „ganze Leben der Inkohärenz ausgeliefert“ sei und die prekär Beschäftigten durch die Befristung und Unsicherheitsempfindungen der „Einflussnahme auf Gegenwart und Zukunft beraubt“ seien. Damit bliebe ihnen nichts anderes übrig, als „in diesem Zustand der Unsicherheit auszuharren“ (Bourdieu et al. 1997: 537). Letztlich seien sie davon abgeschnitten, ihre Lebensführung auf die Zukunft auszurichten und unfähig, eine selbstbestimmte Lebensführung planerisch auszugestalten zu können (vgl. auch Schiek 2010: 30; Kramer/Speidel 2005: 376). Fraglich bleibt erstens jedoch, ob diese Charakteristika diese absolute Geltungskraft entwickeln und Prekarität überall zu finden sei (Bourdieu 1998), oder ob nicht vielmehr der „Prekarisierungsgrad (...) auch von den verfügbaren Entscheidungsoptionen bzw. der Wahrscheinlichkeit eines Wechsels auf eine alternative Stelle (*exit option*)“ abhängt (Kraemer/Speidel 2005: 378). Zweitens ist zu vermuten, dass sich das festgestellte Merkmal subjektiver Verunsicherung vor allem bei befristet Beschäftigten finden lässt. Diese machen allerdings nur einen Teilbereich prekärer Beschäftigung aus. Entsprechend muss drittens als offen angesehen werden, ob sich die subjektive Wahrnehmung prekärer Arbeitsbedingungen ausschließlich an Prekarisierungsängsten, sozialer Unsicherheit und Diskontinuitäten festmachen lässt oder sich vielleicht auch anders äußert.

2. Methoden und Feldzugang

Die vorliegende Studie verfolgt einen mixed-method-Ansatz, um über die Kombination von quantitativen als auch qualitativen Methoden zu einem umfassenderen Bild des Phänomens prekärer Arbeitsbedingungen bei medizinischen Fachangestellten zu kommen (Flick 2011). Dieser Methodenansatz wurde ausgewählt, weil einerseits keine breite Kenntnislage für dieses Berufsfeld vorliegt. Andererseits eröffnet die Verwendung beider Verfahren die Möglichkeit, prekäre Arbeitsbedingungen sowohl in einer objektiven als auch einer subjektiven Dimension zu betrachten. Vor diesem Hintergrund gliedert sich die empirische Untersuchung in zwei Teile.

Ziel des ersten Untersuchungsteils ist es, eine Kartierung des Berufsfeldes vorzulegen, um berufsfeldspezifische Prekaritätsrisiken zu identifizieren. Dabei wird sowohl auf die Beschäftigten- und Arbeitgeberstruktur als auch die Beschäftigungsentwicklung eingegangen. Anhand quantitativer Daten wird versucht, sowohl die generelle Entwicklung im Berufsfeld als auch die objektive Dimension der Prekarisierung in den Blick zu nehmen. Für letzteres wird insbesondere die Entwicklung der atypischen Beschäftigungsformen wie auch der Niedriglohnbeschäftigung hervorgehoben. Konkret wird dabei u. a. auf Daten des Statistischen Bundesamtes als auch des IAB zurückgegriffen. Ergänzend wird die Gültigkeit institutioneller Regelungen in Bezug auf die sozialen Schutzrechte auf Basis der Arbeitgeberstruktur untersucht. Ferner werden die Tarifstruktur und die Lohnpolitik analysiert. Entsprechende sekundär-analytische Auswertungen werden ergänzt durch insgesamt sieben Experteninterviews u. a. mit

Gewerkschaftsvertretern von ver.di, einem Vertreter vom Verband für medizinische Fachberufe e. V., der Bundesärztekammer und von Leitungspersonal von Berufsschulen, in denen die MFA ausgebildet werden. Zusätzlich wurden weitere drei Interviews mit Ärzten durchgeführt.

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildet jedoch der zweite Teil, der im Rahmen einer qualitativen Erhebung die subjektive Wahrnehmung der MFA in Bezug auf ihre Beschäftigungsverhältnisse, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen und ihre Handlungsstrategien analysiert. Hierfür wurden mit problemzentrierten Interviews 10 MFA im Zeitraum von Juni 2012 bis Februar 2013 befragt (zur Methode siehe Witzel 1995, Witzel/Reiter 2012).

Der *Zugang* zu den meisten Befragten kam über die Vermittlung einer Berufsschulleiterin zu Stande, die den Kontakt zu ehemaligen MFA-Berufsschülerinnen herstellte. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass nur diejenigen an der Befragung teilnahmen, die ein Interesse an der Studie bzw. der Aufarbeitung der Beschäftigungsproblematik in einer breiteren fachwissenschaftlichen Öffentlichkeit hatten. So wurde den Öfteren von den Befragten begrüßt, dass die Arbeitssituation von MFA auch in der Forschung aufgegriffen wird. Weil das Interesse zur Teilnahme gegeben und die Relevanz des Forschungsthemas bestätigt wurde, entfielen in den Interviews selbst die Sondierungsfragen. Nur zu einem geringeren Anteil (3 von 10 Interviews) wurde der Zugang zu den interviewten MFA über persönliche Kontakte hergestellt.

Bei der *Auswahl der Interviewpartner* wurde darauf geachtet, eine unterschiedliche Verweildauer im Beruf zu erfassen, was sowohl Berufsanfängerinnen als auch eine langjährige Berufserfahrung einschließt. Darüber hinaus wurden einige Fälle erhoben, die bereits aus dem Beruf ausgestiegen sind (bspw. Int 1), um unterschiedliche Ausstiegsszenarien und Gründe für den Ausstieg zu erfassen und um abschätzen zu können, inwiefern die Beschäftigungssituation dabei eine Rolle spielte. Darüber hinaus galt es, für die Studie Beschäftigte zu interviewen, die in einem Normalarbeitsverhältnis standen, aber auch solche, die atypisch beschäftigt waren. Bei den atypisch Beschäftigten ging es darum, unterschiedliche Formen potentiell prekärer Arbeitsbedingungen zu erfassen. Dazu gehören beispielsweise Teilzeitbeschäftigungen und geringfügige Beschäftigung. Ziel war es, mithilfe dieser Auswahlkriterien eine größtmögliche Heterogenität von Arbeitsbedingungen zu erfassen, um auf diese Weise ein möglichst umfassendes Bild der Berufs- und Beschäftigungssituation der MFA zeichnen zu können.

Beschreibung des Samples. Bei den Befragten handelt es sich ausschließlich um MFA, die in Bremen tätig sind oder waren. Alle interviewten MFA sind weiblich. Das Alter der Befragten variiert zwischen 20 und 53. Die meisten interviewten MFA sind partnerschaftlich gebunden (8 von 10). Allerdings haben nur zwei von ihnen auch Kinder. Da vor allem jüngere MFA interviewt wurden, ist ein Selektionseffekt hinsichtlich der thematisierten Exitoptionen zu vermuten, da diese bei Jüngeren virulenter sein dürften. Wie quantitativ bereits nachgewiesen (Wiethölter 2012), gibt etwa die Hälfte einer Berufskohorte den Beruf als MFA auf.

Dementsprechend handelt es sich um ein relevantes Phänomen, dem in unserer qualitativen Analyse vertiefend nachgegangen wird. Dies gilt auch für die Phänomene der Teilzeitbeschäftigung und geringfügigen Beschäftigung. Allerdings sind diese Beschäftigungsformen in unserer Sample seltener anzutreffen. So waren insgesamt drei von zehn Interviewten teilzeit- oder geringfügig beschäftigt, wobei eine Interviewte eine Episode geringfügiger Beschäftigung aufwies, eine weitere über eine Episode der Teilzeitbeschäftigung und eine sowohl teilzeitbeschäftigt als auch geringfügig beschäftigt war.

Methoden der qualitativen Sozialforschung verfolgen nicht das Anliegen, repräsentative Daten zu generieren. Für diesen Zweck sind quantitative Daten weitaus geeigneter. Ziel qualitativer Erhebungen dagegen ist es, die Heterogenität des Forschungsfeldes darzulegen (Kelle 1999). Um die Heterogenität herauszustellen, wurde bei der Auswertung darauf geachtet, nach der Methode der minimalen und maximalen Kontraste vorzugehen, um auf diese Weise möglichst umfassend die Facetten der einzelnen Phänomene darstellen zu können. Darüber hinaus sind qualitative Studien dort angezeigt, wo es um die Erfassung der individuellen Handlungsstrategien und -verläufe und um subjektive Bedeutungs- und Relevanzsetzungen geht. Gerade in der nuancierten Erfassung von Einstellungen, wie sie z. B. bei den subjektiven Verarbeitungsformen von prekären Arbeitssituationen zum Ausdruck kommen, haben qualitative Designs eine besondere Stärke. Darüber hinaus lässt sich argumentieren, dass gerade die Artikulation dieser Lebenssituationen hohe empathische Anforderungen an den Interviewer stellen und ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen den Befragten und dem Forscher voraussetzt. Für die Erfüllung dieser Voraussetzung sind qualitative Erhebungsverfahren prädestiniert. Sie lassen die Betroffenen zur Sprache kommen, ergeben ein Gespräch auf Augenhöhe und die Befragten werden in der ihnen vertrauten Umgebung befragt.

Das ausgewählte *Erhebungsverfahren*, das problemzentrierte Interview, ist eine offene und halbstrukturierte Interviewmethode (vgl. Kathmann in Vorbereitung, Mayring 2002). Mit problemzentriert ist gemeint, dass eine vom Forscher ausgewählte relevante Forschungsfrage oder ein relevantes Thema für die Untersuchung ausgewählt wurde. Das grenzt dieses Verfahren von nichtstrukturierten Erhebungsverfahren ab. Es eignet sich deswegen für stärker theoriegeleitete Forschungsanliegen bzw. dort, wo auf schon vorhandene Forschungs- und Kenntnisstände Bezug genommen werden kann.

Als *Auswertungsverfahren* für die Analyse der vollständig transkribierten Interviews wurde zum einen die Methode der Kernsatzfindung verwendet (Leithäuser/Volmerg 1988, Volmerg et al. 1986). Dieses Verfahren wurde entwickelt, um Erfahrungen von Arbeitsverhältnissen zu interpretieren. Es eignet sich deshalb dafür, auf den vorliegenden Untersuchungsgegenstand übertragen zu werden. Ziel der Auswertungsmethode ist es, Kernsätze herauszuarbeiten, in denen „sich gleichsam die im Verständigungsprozeß [sic!] ausgetauschten Erfahrungen zu einer lebens- und praxisnahen Be-

grifflichkeit“ verdichten (Volmerg et al. 1986: 271). Da Kernsätze „natürliche Verallgemeinerungen“ beinhalten (Volmerg et al. 1986), sind die vorliegenden Ergebnisse nicht ausschließlich auf Aussagen zum Einzelfall beschränkt – ein Vorwurf, mit dem qualitative Forschungsergebnisse häufig konfrontiert werden.

3. Das Berufsfeld der medizinischen Fachangestellten – objektive Prekaritätsmerkmale

3.1. MFA als Frauenberuf

Die Untersuchungsgruppe der medizinischen Fachangestellten (MFA)⁴ wurde aus zwei Gründen ausgewählt. Erstens handelt es sich bei dieser Berufsgruppe um ausschließlich berufsfachlich qualifizierte Beschäftigte, d. h. sie haben eine Ausbildung im dualen Ausbildungssystem durchlaufen (Kombination der Ausbildung im Betrieb und an Berufsfachschulen), die im Allgemeinen drei Jahre dauert. Zweitens handelt es sich um einen klassischen Frauenberuf im Gesundheitssektor, also einem personenbezogenen Dienstleistungsbereich. Auch im Zeitverlauf hat sich daran kaum etwas verändert: Waren im Jahr 2000 97,9% Frauen, so waren es 2010 sogar geringfügig mehr: 98,7% (Verband für medizinischer Fachberufe 2013: 1). Die Tertiärisierung und die Feminisierung der Erwerbstätigkeit sind zwei Entwicklungen, die wir in unserem Forschungsprojekt aufnehmen und eingehend untersuchen wollen. Sie stehen in einem engen Zusammenhang: Die Ausdehnung des Dienstleistungssektors einerseits ist mit einem Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit andererseits verbunden, er wird ganz wesentlich von dieser getragen (Bosch/Wagner 2003, Gottschall 2001). Mit beiden Phänomenen aufs engste verbunden ist dabei die Ausweitung der Beschäftigungsformen jenseits des Normalarbeitsverhältnisses. Aufgrund der Tradition des männlichen Ernährermodells in Westdeutschland

⁴ Medizinische Fachangestellte wurden vor 2006 als Arzthelferinnen bezeichnet, seit 1986 gehört zu diesem Beruf eine dreijährige Ausbildung. Die Arbeit der MFA umfasst ein breites Feld an Tätigkeiten, das u. a. von Labor- und Verwaltungstätigkeiten, Durchführung von Diagnostik und Therapiemaßnahmen sowie der Begleitung der ärztlichen Tätigkeit gekennzeichnet ist. Dazu kommen medizinische Aufgaben wie Verbände anlegen und Injektionen verabreichen, aber auch die Koordination des Praxisablaufes gehört zum Tätigkeitsbild. Eine berufliche Aufstiegsqualifikation besteht als Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung bzw. als Betriebswirt/in für Management im Gesundheitswesen und als Spezialisierungsqualifikation sind die nichtärztliche Praxisassistent/in oder die entlastende Versorgungsassistent/in für Medizinische Fachangestellte aus neurologischen und/oder nervenärztlichen Praxen vorhanden. Mit der Veränderung der Berufsbezeichnung sollte den gestiegenen Anforderungen und veränderten Tätigkeitsprofilen Rechnung getragen werden. Denn bislang wurden mit der Tätigkeit oft eine Routine- und Assistenz-tätigkeit assoziiert.

erfolgt die Arbeitsmarktintegration von Frauen vorwiegend in Teilzeitarbeit (Bosch/Wagner 2005, 2005).

3.2. Beschäftigungstrends im Berufsfeld der MFA

Betrachtet man die allgemeine Beschäftigungsentwicklung bei den MFA zeigt sich in den letzten Jahren ein Beschäftigungsanstieg. Im Jahr 2000 arbeiteten in der gesamten Bundesrepublik 508.000 Personen in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen oder als geringfügig Beschäftigte sowohl in Arzt- als auch in Zahnarztpraxen (Verband für medizinischer Fachberufe 2013: 1).⁵ Die Beschäftigtenzahlen stiegen dann bis zum Jahr 2010 auf 562.000 an (Verband für medizinischer Fachberufe 2013: 1).⁶ Prozentual gesehen gibt es im betrachteten Zeitraum damit einen Beschäftigungswachstum von 10,6% für diese Berufsgruppe. Insgesamt stellen die Hilfsberufe im Gesundheitswesen, zu denen beispielsweise MFA, ZFA und Pflegehelfer zählen, die zweitgrößte Berufsgruppe des Gesundheitswesens (Bollinger 2005: 14, vgl. auch Bundesagentur für Arbeit 2010: 12).

Analog zum Anstieg der Beschäftigung geht die Arbeitslosenrate bei den MFA zurück, die in den Statistiken des IAB noch unter der alten Bezeichnung der „Sprechstundenhelferinnen“ erhoben wird. Waren demnach im Juni 2010 noch 23.313 Sprechstundenhelferinnen im Bundesgebiet arbeitslos, reduzierte sich diese Zahl zwei Jahre später auf 18.986 (Bundesagentur für Arbeit 2012). Dies bedeutet einen Rückgang um 12,3%. Ein Grund dafür dürfte in der Expansion des Gesundheitssektors und der damit einhergehenden Nachfrage nach Fachkräften in den Gesundheitsberufen liegen.

Die soweit als positiv-dynamisch zu charakterisierende Beschäftigungsentwicklung in diesem Berufsfeld wird in den letzten Jahren gleichwohl von einem Rückgang der Ausbildungsplatzbewerberinnen begleitet: Schlossen 1992 noch 20.605 Arzthelferinnen einen Ausbildungsvertrag ab,

waren es 2011 nur noch 14.481 (BIBB 2003, 2011). Allerdings fand der Rückgang vor allem zwischen den Jahren 1995 und 2003 statt, danach stabilisierten sich die Abschlusszahlen (Tab. 1). Eine mögliche Erklärung für den Rückgang der Ausbildungsneuabschlüsse wird in der geringen Entlohnung gerade bei den Berufsanfängern gesucht (Gerst 2007).

Die *Ausstiegsquote* aus dem Beruf ist relativ hoch. Eine Untersuchung zur Ausbildungskohorte von 1993 kommt zu dem Ergebnis, dass 15 Jahre später nur etwa die Hälfte noch im Beruf verblieben sind (Ost: 54,6%; West: 43,6%). Von den Berufsaussteigerinnen war über die Hälfte (54,7%) nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt, 12% waren in einem verwandten Beruf beschäftigt, während 33,3% berufsfremd beschäftigt waren (Wiethölter 2012: 26). Gleichwohl zeigt sich eine Veränderung der Altersstruktur bei den MFA zu Gunsten einer verstärkten Nutzung des Arbeitskräfte-reservoirs von Älteren in diesem Berufsfeld. Betrachtet man die *Altersstruktur* der Sprechstundenhelferinnen (gesonderte Daten zu MFA liegen nicht vor), wird diese Tendenz überaus deutlich (siehe Tab. 2). Hier ist ein prozentualer Rückgang der jüngeren Beschäftigten zugunsten der Älteren im Zeitverlauf festzustellen. Während 1999 noch 20,8% unter 25 Jahren waren, ging der Anteil dieser Altersgruppe auf 13,3% im Jahr 2011 zurück. Dies entspricht einem Rückgang von 7,5 Prozentpunkten. Dagegen stieg der Anteil der über 50-Jährigen im gleichen Zeitraum von 9,9% auf 21%, was eine Steigerung von 10,1 Prozentpunkten ausmacht. Gleichwohl ist ein Beschäftigungsknick in der Gruppe der 25-39-Jährigen, wie er für das Gesundheitswesen insgesamt konstatiert wird (Dörpinghaus/Evans 2010: 12; Bundesagentur für Arbeit 2010: 12), nicht erkennbar.

Was den Attraktivitätsgewinn oder -verlust des Berufsfeldes der MFA anbelangt, ergibt sich damit ein ambivalentes Ergebnis: Einerseits kann die zunehmende Anzahl der Beschäftigten als auch der gestiegene Anteil älterer Sprechstundenhelferinnen als Attraktivitätsgewinn des Berufs gedeutet werden. Andererseits gibt es auch Indizien für einen Attraktivitätsverlust in Form sinkender Ausbildungszahlen und einer hohen Ausstiegsquote. Ebenfalls für eine verminderte Attraktivität des Berufs der MFA spricht, dass diese Berufsgruppe in der Rangliste der Ausbildungsberufe nach Neuabschlüssen von Platz 5 im Jahr 2006 auf Platz 7 zurückfiel (BIBB 2011). Vor diesem Hintergrund dürfte die Entwicklung prekärer Beschäftigungselemente nicht zuletzt auch in Bezug auf die Entwicklung des Arbeitskräfteangebots von Bedeutung sein.

⁵ Problematisch an den meisten quantitativen Datengrundlagen ist, dass sie Zahlen zu den MFA nicht gesondert ausweisen. Häufig werden diese mit anderen Berufsgruppen zusammengefasst (z. B. ZFA (zahnmedizinische Fachangestellte), TFA (tiermedizinische Fachangestellte) oder überholte Begrifflichkeiten verwendet, wie z. B. Sprechstundenhelferinnen in der IAB-Beschäftigungsstatistik. Von daher sind die hier vorliegenden Daten als Trendanalyse aufzufassen.

⁶ Die hier verwendeten Daten aus dem Mikrozensus besitzen gegenüber den IAB-Daten den Vorteil, dass sie nicht ausschließlich die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ausweisen, sondern auch geringfügig Beschäftigte mit einbeziehen. Darüber hinaus umfassen die Daten des Mikrozensus sowohl ZFA und MFA. Demgegenüber beinhalten die IAB-Daten auch die TFA. Aus beiden Datenquellen sind jedoch keine Zahlen allein zu MFA abzuleiten. Beide Datenquelle belegen jedoch das Beschäftigungswachstum. Im Spiegel der IAB-Daten lässt sich ein Anstieg der Sprechstundenhelferinnen von 416.075 im Jahr 2000 auf 498.320 im Jahr 2011 konstatieren (IAB 2012).

Tab. 1: Anzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von Arzthelferinnen/MFA seit 2001 im Bundesgebiet und Bremen

Jahr	Bundesgebiet	Bremen
2001	16.257	182
2002	16.635	212
2003	15.475	176
2004	14.872	174
2005	14.529	166
2006	13.859	175
2007	14.910	189
2008	14.931	168
2009	14.282	175
2010	14.695	167
2011	14.481	162

Quelle: BiBB verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

3.3. Ausweitung atypischer Beschäftigungsformen

Bei der Betrachtung der verschiedenen Beschäftigungsformen der MFA sticht der Anstieg der *Teilzeitarbeit* hervor: Die Teilzeitquote bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nahm von 21,2% im Jahr 1998 auf 28% im Jahr 2011 zu – also um 6,8 Prozentpunkte (IAB 2012). Sie liegt damit über dem durchschnittlichen Anstieg in der gesamten Gesundheitswirtschaft.⁷ Dabei ist die Zunahme vor allem auf den Bereich der Teilzeitstellen über 18 Stunden zurückzuführen, da diese von 17,1% auf 22% zunahm, während Teilzeitstellen unter 18 Stunden lediglich von 4,1% auf 6% anstiegen (IAB 2012).

Bei den Sprechstundenhelferinnen in Deutschland ist die Zahl der *geringfügig entlohnten Beschäftigung* von 96.805 (davon 74.162 ausschließlich geringfügig beschäftigt) im Jahr 2003 auf 112.526 (davon 73.836 ausschließlich geringfügig beschäftigt) im Jahr 2011 angestiegen, was einer Steige-

⁷ Teilzeittätigkeiten sind im Gesundheitswesen überproportional vertreten. In den gesamten Einrichtungen des Gesundheitswesens lag die Teilzeitquote bei 28,7% im Jahr 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012: 28). Dies kann vor allem auf den hohen Frauenanteil zurückgeführt werden. Sie arbeiten zu 35,9% in Teilzeit (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012: 28). Allerdings ist die Teilzeitquote von männlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen ebenfalls überdurchschnittlich hoch. Während sie in der Gesamtwirtschaft 2006 bei 6,8% lag, war im Gesundheitswesen ein Wert von 10% zu verzeichnen.

rung von 16,2% entspricht (Bundesagentur für Arbeit 2012). Damit stellten die geringfügig entlohnten Beschäftigten 15,9% aller Sprechstundenhelferinnen im Jahr 2003, wobei der Anteil dann auf 16,7% im Jahr 2011 stieg. Insgesamt liegt dieser Anteil jedoch unter dem Anteil der geringfügig entlohnten Beschäftigten auf der Bundesebene, der bei knapp 17% im Jahr 2003 und bei 20,7% im Jahr 2011 lag.⁸

Tab. 2: Die Altersstruktur der Sprechstundenhelferinnen, 1999-2011

Altersgruppe	1999	2002	2005	2008	2010	2011
Unter 25 Jahre	20,8	18,6	16,4	15,2	14,0	13,3
25 bis unter 35 Jahre	32,8	30,5	30,5	29,6	29,6	29,3
35 bis unter 50 Jahre	36,4	39,1	39,3	37,9	36,6	36,4
50 Jahre und älter	9,9	11,8	13,8	17,3	19,8	21,0

Quelle: IAB 2012

Die bundesweit zu beobachtenden Trends lassen sich in ähnlicher Weise auch für medizinische Fachangestellte in Bremen feststellen. Befanden sich im Jahr 2005 noch 4.983 Sprechstundenhelferinnen in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und 1.026 in einer geringfügigen Beschäftigung, waren es im Jahr 2010 bereits 5.425 bzw. 1.004 Sprechstundenhelferinnen (Bundesagentur für Arbeit 2012). Dies entspricht einem Beschäftigungszuwachs von 8,2% bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen, während die Anzahl geringfügig Beschäftigter um 2,5% abgenommen hat. Insgesamt bedeutet dies einen Anstieg der Beschäftigung unter dem Bundesdurchschnitt.

Ebenso ist für Bremen in den letzten Jahren eine geringfügige Abnahme der absoluten Arbeitslo-

⁸ Für das Gesundheitswesen insgesamt ist ebenfalls ein Anstieg der geringfügigen Beschäftigung festzustellen: So stieg deren Anzahl zwischen 1997 und 2006 um 191.000 von 282.000 auf 473.000, was einer Steigerung von 67,5% in diesem Zeitraum entspricht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012: 27). Frauen sind von dieser Entwicklung überproportional vertreten: Von den oben genannten Stellen gingen allein 158.000 an Frauen. Der Frauenanteil an geringfügiger Beschäftigung ist damit doppelt so hoch wie bei Männern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012: 26). Dennoch liegt der Anteil geringfügiger Beschäftigung im Gesundheitsbereich im Jahr 2006 mit 11% deutlich unter dem in der Gesamtwirtschaft (16,2%) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012: 26).

senzahlen zu beobachten. So waren im Juni 2010 insgesamt 254 Sprechstundenhelferinnen arbeitslos, während es im Juni 2012 248 waren (Bundesagentur für Arbeit 2012).

Damit ist, wie durchaus gängig in frauendominierten Beschäftigungsfeldern, ein erheblicher Anteil des Beschäftigungswachstums der vergangenen Jahre im Berufsfeld der MFA in der Bundesrepublik auf die Ausweitung von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung zurückzuführen. Demgegenüber hat in Bremen lediglich die Teilzeitbeschäftigung zugenommen, während die geringfügige Beschäftigung jedoch abgenommen hat. Die Annahme, dass es sich bei den Teilzeitarbeitsplätzen vor allem um sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse handelt, wovon insbesondere Frauen profitiert hätten, da sich mit ihnen

eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleisten ließe (Institut der deutschen Wirtschaft 2012), ist dabei vor dem Hintergrund des Anstiegs der sozialversicherungsfreien, geringfügigen Teilzeit nicht durchgängig zu bestätigen. Inwiefern die Arbeit in Teilzeit als freiwillige Entscheidung zu verstehen ist bzw. die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf das zentrale Motiv dafür ist, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden und wird daher im Rahmen der qualitativen Analysen wieder aufgenommen. Dies gilt auch in Bezug auf die Bedeutung befristeter Beschäftigung und deren Entwicklung bei medizinischen Fachangestellten, da für dieses Merkmal keine quantitativen Daten vorliegen.

Tab. 3: Beschäftigungsstruktur in ausgewählten Facharzttrichtungen 2007

Praxen von/für	Tätige Personen am 30. September		
	Insgesamt	Lohn- und Gehaltsempfänger	Teilzeitbeschäftigte
Arztpraxen insgesamt	7,4	5,9	3,3
Allgemein-/Praktischen Ärzten	6,4	5,0	3,2
Internisten	8,4	6,9	3,5
Frauenheilkunde	6,6	5,3	3,3
Kinderheilkunde	7,0	5,6	3,3
Augenheilkunde	7,4	6,0	3,4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6,8	5,4	2,9
Orthopädie	9,6	8,0	3,8
Praxen für Chirurgie	8,9	7,4	3,3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7,4	6,1	3,3
Radiologie und Nuklearmedizin	22,2	19,3	7,5
Neurologie, (Kinder-) Psychiatrie, Psychotherapie	6,2	4,8	3,0
Urologie	7,5	6,0	3,3

Quelle: (Destatis 2012), eigene Darstellung

3.4. Betriebsstruktur und deren sozial- und arbeitsrechtliche Konsequenzen

Medizinische Fachangestellte arbeiten überwiegend in privaten Arztpraxen. Hier bestanden 263.000 Vollzeitäquivalenzstellen (VZÄ) im Jahr 2012, ein Wert der seit 2000 um rund 12.000 VZÄ angestiegen ist. In Krankenhäusern waren im Jahr 2010 dagegen nur 29.000 VZÄ vorhanden. Allerdings ist auch hier ein Anstieg seit 2000 um 5.000 VZÄ festzustellen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012).⁹ Wendet man sich der Anzahl der tätigen Personen in den Arztpraxen zu, zeigen

die sozialrechtliche Absicherung. Einerseits betrifft dies den Kündigungsschutz, andererseits die Vertretung durch einen Betriebsrat. So greift der Kündigungsschutz erst bei mehr als 10 Mitarbeitern im Betrieb (Kleinbetriebsklausel), d. h. für die Mehrheit der MFA gilt er nicht. Lediglich in Praxen von Nuklearmedizinern und Radiologen gilt für die Mehrheit der MFA der Kündigungsschutz. Ein Betriebsrat kann bereits ab einer Größe von 5 Vollzeitbeschäftigten eingerichtet werden. Gleichwohl ergeben die Befunde aus unseren Experteninterviews, dass selbst dort, wo formell ein Betriebsrat eingerichtet werden könnte, dies faktisch fast nie geschieht (Exp 1).

Tab. 4: Tariflohn Vollzeitbeschäftigter medizinischer Fachangestellter seit dem 1.1.2009

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I (Euro)	Tätigkeitsgruppe II (Euro)	Tätigkeitsgruppe III (Euro)	Tätigkeitsgruppe IV (Euro)
1.-3.	1.424	1.495	-	-
4.-6.	1.554	1.632	1.709	1.865
7.-10.	1.685	1.770	1.854	2.022
11.-16.	1.783	1.872	1.962	2.140
17.-22.	1.897	1.992	2.087	2.277
23.-29.	2.013	2.114	2.214	2.416
Ab dem 30.	2.131	2.237	2.344	2.557

Quelle: (Bundesärztekammer 2009: 12)

sich je nach Fachrichtung Unterschiede (siehe Tab. 3). Während sie mit durchschnittlich 6,4 tätigen Personen in den Praxen der Allgemeinmediziner am geringsten ist, ist sie mit 9,8 bei den Orthopäden am höchsten. Sie wird nur noch von der Anzahl der tätigen Personen bei den Radiologen und Nuklearmedizinern übertroffen: Hier arbeiten durchschnittlich 22 Personen in einer Praxis.¹⁰

Weil MFA überwiegend innerhalb einer kleinbetrieblichen Struktur arbeiten, hat dies Folgen für

3.5. Tarifpolitik und Niedriglohnpotenzial

Die Tarifbindung in der Berufsgruppe der MFA differiert maßgeblich mit dem Arbeitgeber, also ob die Beschäftigung in einem kommunalen oder der freien Wohlfahrtspflege zugeordneten Krankenhaus oder in einer privaten Arztpraxis angesiedelt ist. MFA in Kliniken werden überwiegend durch die dort zwischen der DGB-Gewerkschaft ver.di und den jeweiligen Arbeitgeber(verbänden) abgeschlossenen Tarifverträgen (nach TVöD) entlohnt. Nach dem von ver.di ausgehandelten Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes erhalten MFA in den entsprechenden Häusern in der Lohngruppe 5-8 ein monatliches Entgelt von 1.855 €, d. h. 11,13 €/Stunde (Entgeltgruppe 5, Stufe 1) bis hin zu 2.720 € (Entgeltgruppe 8; Stufe 6), was 16,32 €/Stunde entspricht.

Die entsprechenden Tarifverträge gelten jedoch nicht für die MFA, die in den Praxen der niedergelassenen Ärzte beschäftigt sind – und decken

⁹ Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Zahlen sowohl ZFA als auch MFA umfassen.

¹⁰ Mit der Praxisgröße variiert auch die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten je nach Praxistypen. Während bei den HNO-Ärzten durchschnittlich 2,9 Stellen und bei den Orthopäden 3,9 Stellen in Teilzeit besetzt sind, arbeiten bei den Radiologen und Nuklearmediziner durchschnittlich 7,5 Teilzeitbeschäftigte (vgl. Tabelle 3).

damit nur eine Minderheit der Beschäftigten dieser Berufsgruppe ab. Aufgrund der geringen Tarifsteigerungen ist ver.di aus den Tarifgesprächen ausgetreten und hat damit de facto den Vertretungsanspruch für diese Gruppe aufgegeben. Allein die Vertretungsrechte bei den korporativen Gremien zur Gestaltung der dualen Ausbildung der MFA werden von den Gewerkschaftsgremien weiterhin wahrgenommen (Exp 6).¹¹

Parallel zu ver.di agiert der seit langem bestehende Berufsverband für medizinische Fachberufe (VmF) als Tarifpartner. Da der Berufsverband für medizinische Fachangestellte nur etwa 24.000 Mitglieder aufweist (Exp 4), ist auch hier ein vergleichsweise geringer Organisationsgrad der Beschäftigten zu konstatieren. Die Durchsetzungsfähigkeit des VmF ist damit nicht mit anderen organisationsstarken berufsständischen Organisationen im Gesundheitssektor zu vergleichen – wie beispielsweise dem Marburger Bund im Bereich der Ärzteschaft.

Der zwischen dem Berufsverband für medizinische Fachberufe und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/medizinischen Fachangestellten (AAA) ausgehandelte Tarifvertrag stellt gleichwohl die einzige Orientierung für die Entlohnungsstrukturen der MFA in den Praxen dar. Dabei differenziert der ausgehandelte Tarifvertrag nach Anzahl der Berufsjahre und Tätigkeitsgruppe. Einen Überblick über den Tariflohn für Vollzeitätige, der seit dem 1.1.2009 gilt, gibt Tab. 4.¹²

Legt man die dort ebenfalls tariflich vereinbarte Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden zugrunde, ergibt sich ein Bruttostundenlohn von 8,54 € (Tätigkeitsgruppe I, 1.-3. Berufsjahr) bis zu 15,34 € (Tätigkeitsgruppe IV, ab dem 30. Berufsjahr). Damit lagen die Einstiegsstufen des Tariflohns im Niedriglohnbereich. Dies gilt, wenn die auf Basis des SOEP für 2010 unter Einbezug aller abhängig Beschäftigten errechnete Niedriglohnschwelle von 9,15 € brutto angenommen wird (Kalina/Weinkopf 2012: 2).¹³

Da die niedergelassenen Ärzte nicht formal Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind und auch nur ein geringer Teil der MFA im Berufsverband organisiert ist, ist letztlich keine hohe Geltungskraft des Tarifvertrages gegeben. Eine Anlehnung an die dort ausgehandelten Lohnleitlinien wird von Seiten der MFA gleichwohl als tarifliche Entlohnung verstanden. In den geführten Experteninterviews deutete sich jedoch an, dass sich die tatsächlichen Entlohnungsstrukturen der MFA in den Arztpraxen nur bedingt an diesem Tarifvertrag orientieren (Exp 1; 4).¹⁴ Entlang der allgemeinen Ein-

kommensdifferenzen zwischen tariflich gebundenen und nicht gebundenen Löhnen ist zu erwarten, dass Arbeitnehmer ohne Tarifbindung tendenziell niedrigere Löhne erhalten (vgl. Thiele/Bellmann 2007). Konkrete Daten zur Verbreitung der Niedriglohnbeschäftigung bei MFA liegen bislang nur für Arztpraxen mit mehr als 10 Mitarbeiterinnen vor. Dort lag 2010 die Niedriglohnquote bei Vollzeitbeschäftigten bei 39%; in Zahnarztpraxen sogar bei 55% (Arbeitnehmerkammer Bremen 2010: 148). Dies korrespondiert jedoch mit verschiedenen Angaben zum Gesundheitssektor insgesamt, wo ein hoher Niedriglohnanteil verortet wird. Lag dieser in 2008 für die Vollzeitbeschäftigten in der Gesamtwirtschaft bei 29% Prozent, betrug er im Gesundheitssektor insgesamt 38%. Dabei waren Frauen im Gesundheitssektor mit 47 % deutlich stärker betroffen als Männer (20%) (Berninger/Schröder in Vorbereitung).¹⁵

3.6. Zwischenfazit

Anhand der soweit dargestellten Befunde lassen sich verschiedene objektive Elemente prekärer Beschäftigung bei den MFA festhalten: Erstens der typische Anstieg der atypischen Beschäftigung in von Frauen dominierten Berufsfeldern. Dieser realisiert sich überwiegend in Form sozialversicherungspflichtiger Teilzeit. Zudem ist bundesweit auch ein steigender Anteil geringfügiger Teilzeitbeschäftigung zu beobachten, für Bremen hingegen gilt dieser Trend nicht. Die Entwicklung dieser Beschäftigungsformen zieht als Konsequenz eine eingeschränkte soziale Absicherung im Fall von Arbeitslosigkeit oder im Alter nach sich. Zudem steigt der Anteil von berufsfachlich qualifizierten Beschäftigten ohne Sozialversicherungsschutz. Defizite zeigen sich zweitens auch in Bezug auf den arbeitsrechtlichen Schutz: Zum einen führt die vorwiegend kleinbetriebliche Struktur in den Arztpraxen, mit der die MFA überwiegend konfrontiert sind, sowohl zu einem verringerten Kündigungsschutz als auch einer weitgehend fehlenden Ver-

Insgesamt ist eine sinkende Tarifbindung von Beschäftigten zu konstatieren: 1998 waren in Westdeutschland 76% und in Ostdeutschland 63% an einen Tarifvertrag gebunden. 2011 waren es wiederum in Westdeutschland nur noch 61% und in Ostdeutschland nur noch 49% (WSI-Tarifarchiv 2013). Demgegenüber waren 2011 im Wirtschaftsbereich Gesundheit und Erziehung/Unterricht 64% in Westdeutschland und 55% in Ostdeutschland an einen Branchen-, Haus-, oder Firmentarif gebunden (WSI-Tarifarchiv 2013). Damit liegt dieser Wirtschaftsbereich über dem Bundesdurchschnitt, was sich allerdings primär durch den noch hohen Anteil der Beschäftigten bei öffentlichen Arbeitgebern ergibt.

¹⁵ Bei dem entsprechenden Branchenvergleich wurde auf der Basis des Linked Employer-Employee Datensatzes des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (kurz: LIAB) eine Niedriglohnschwelle von 10,40 Euro/Stunde ermittelt (Berninger/Schröder in Vorbereitung). Dass diese Niedriglohnschwelle ungleich höher liegt als bei Analysen, die auf dem SOEP beruhen und in diesem Bericht als zentrale Referenzquelle verwendet wurden, liegt daran, dass im LIAB nur Vollzeitätige berücksichtigt werden. Dementsprechend dürften die oben genannten Niedriglohnanteile auf Basis des SOEP eher als eine konservative Schätzung betrachtet werden.

¹¹ De facto scheinen Gewerkschaften diese Vertretungsrechte nur vereinzelt auszuüben – wie uns eine MFA aus Bremen berichtet hat (Int 9).

¹² Der hier verwendete Gehaltstarifvertrag ist durch aktuellere abgelöst. Für die Berechnung der Niedriglohnschwelle liegen allerdings erst Daten für 2010 vor, die mit dem gezeigten Tarifvertrag abgedeckt werden.

¹³ Der Niedriglohn errechnet sich generell aus zwei Dritteln des mittleren Bruttostundenlohns (Median), variiert jedoch in seiner exakten Höhe mit der angenommenen Grundgesamtheit (nur Vollzeitbeschäftigte oder alle Beschäftigten) und nach Datensatz.

¹⁴ Daten zur Tarifbindung von MFA liegen nicht vor.

tretung durch Betriebsräte. Ferner sind die mit der Tarifautonomie verbundenen Rechte auf kollektive Interessenvertretung nur sehr lückenhaft eingelöst. Ursache ist unter anderem der geringe Organisationsgrad der MFA - sowohl in der Gewerkschaft als auch im Berufsverband. Als Folge fehlt letztlich eine Tarifnorm mit einer hohen Geltungskraft. Unter anderem in Folge dieser Strukturen ist in diesem Berufsfeld der Niedriglohnsektor sehr ausgeprägt. Welche subjektive Relevanz den soweit herausgearbeiteten objektiven Prekaritätsmerkmalen und -risiken zugemessen wird, ist jedoch als offen anzusehen und wird im folgenden Abschnitt untersucht.

4. Die subjektive Relevanz objektiver Prekaritätsmerkmale

Im ersten Schritt der Auswertung der qualitativen Ergebnisse wurden zentrale Themen der einzelnen Interviews einerseits unter Bezugnahme auf die Forschungsfragen herausgearbeitet. Andererseits wurden die Kriterien, die sich aus der quantitativen Analyse ergaben, genauer im Hinblick auf die subjektive Relevanz untersucht. Darüber hinaus sollten für die Lücken, die sich in den quantitativen Analysen zeigten, ergänzende Informationen gewonnen werden. In der Auswertung zeigt sich, dass die atypischen Beschäftigungsformen von Seiten der MFA insgesamt als wenig bedeutsam im Sinne einer Prekarisierung ihrer Beschäftigungssituation eingeschätzt werden. Demgegenüber wird das geringe Gehalt als zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung wahrgenommen. Im Folgenden nehmen daher die in den Interviews gewonnenen Ausführungen zu den atypischen Beschäftigungsformen nur einen vergleichsweise geringen Raum ein, während das Gehalt als zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung ausführlich diskutiert wird.

4.1. Das Gehalt als zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung bei den MFA

Dass die Entlohnung bei den MFA das zentrale subjektive Merkmal prekärer Beschäftigung ist, wird in fast allen Interviews deutlich (vgl. Tab. 5). Damit einhergehend kommt häufig eine Unzufriedenheit mit der Höhe des Gehalts zum Ausdruck. Dass die niedrige Bezahlung zentrales Thema der Befragten ist, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass dieser Umstand ein Hauptgrund dafür ist, die Tätigkeit aufzugeben. Um dies zu veranschaulichen und zu verdeutlichen, dass der Lohn im Mittelpunkt der Reflexionen über Beschäftigungsbedingungen steht, geben wir zunächst einen Überblick über die zentralen Interviewpassagen (vgl. Tab. 5). Als Merkmal prekärer Beschäftigung und Entlohnung wird dabei auch die fehlende Tarifbindung wahrgenommen. Die fehlende Orientierung am Tarifvertrag für MFA in Arztpraxen wird dabei in der Regel mit einer Bezahlung unter Tarif gleichgesetzt. Bemerkenswert erscheint dabei, dass der Unterschied zwischen Krankenhaus und Privatpraxis betont und als Vergleichshorizont angesetzt wird:

„Zum Beispiel, ich habe mit einer ehe-

maligen Mitschülerin aus der Ausbildung, die arbeitet jetzt im [Klinikumsname]. Die kriegen da zum Beispiel, nur weil die im Krankenhaus arbeiten, kriegen die für 38,5 Stunden tariflich ausbezahlt 1400. Und wir kriegen nur 1100 für 40 Stunden“ (Int 5 Z. 409-412).

In Einzelfällen wird jedoch auch von übertariflicher Bezahlung im Krankenhaus (Int 1) sowie in Privatpraxen berichtet (Int 8). So sind bei den Befragten Episoden der Berufsbiographie auch immer wieder von übertariflicher Bezahlung gekennzeichnet (Int 2; Int 3; Int 7).¹⁶ Dies deutet an, dass aufgrund des Fehlens kollektiv verbindlicher Leitlinien durch einen Tarifvertrag individuelle Handlungsspielräume bei der Lohnaushandlung bestehen. Dementsprechend werden diese auch mehrfach in den Interviews hervorgehoben. So antwortet eine Interviewte auf die Frage, ob ihr Arbeitsvertrag an den Tarif angelehnt oder individuell verhandelt sei:

„Ja, das war individuell. Ich muss unterscheiden: In der Orthopädie und davor war ich wirklich individuell. Das konnte der Chef regeln mit mir wie er wollte sozusagen, aber in diesem einem Jahr in dem Krankenhaus auf der [Stationsname], da wurde ich nach Tarif bezahlt“ (Int 1 Z. 518-521).

Allerdings kann aus den Interviews geschlossen werden, dass mögliche individuelle Handlungsspielräume kaum genutzt werden (siehe dazu u.a.: Int 4 Z. 696-710). Dies zeigt sich in einem Fallbeispiel, von der eine interviewte MFA berichtet, wobei zu Beginn der Erzählung eine Handlungsmöglichkeit imaginiert wird:

„[D]en Chef (...)“¹⁷ ein bisschen darauf festnageln, dass man sagt: Okay, ein halbes Jahr geben wir uns beiden Zeit: Sie gucken wie ich mich führe, wie ich mich mach in dem Job, ich guck, ob mir das Spaß macht und dann können wir ja noch mal über das Gehalt reden. Das kann man dann natürlich auch machen. [Interviewer: Haben Sie das gemacht?] MFA: Nein (beide lachen). Weil aus dem einfachen Grund: Ich war da ein bisschen (..) entmutigt, weil ich hatte eine Arbeitskollegin in der [Fachrichtung], die hat 30 Jahre für ein und dasselbe Gehalt gearbeitet. (...) Und das hat mich echt abgeschreckt den Chef danach zu fragen, bin ich ja ehrlich“ (Int 1 Z. 534-550).

4.2. Die Bedeutung des Gehalts: Zwischen finanzieller Restriktion und finanzieller Autonomie

Welches Prekaritätspotenzial ein geringes Entgelt

¹⁶ Überraschenderweise werden übertarifliche Bezahlungen aus einer Kinderarzt- und aus einer Hausärzterpraxis erwähnt (Int 2; Int 8) – Ärzte, die im Vergleich zu anderen Fachärzten eher unterdurchschnittlich verdienen. Inwiefern hier ein engerer Zusammenhang herrscht, kann allerdings nicht beurteilt werden.

¹⁷ (..) kennzeichnen Pausen während des Sprechens, (...) bedeuten Auslassungen.

entfalten kann, wird deutlich, wenn wir uns wie im Folgenden der Bedeutungsebene des Gehalts zuwenden. Dabei werden von den MFA an erster Stelle die Erfahrungen finanzieller Restriktionen und die damit verbundenen Einschränkungen genannt:

„Der Beruf macht mir zwar Spaß, aber mit dem Finanziellen (...) kann ich langsam schlecht leben. Mir geht halt ziemlich auf den Keks, dass ich mir nichts leisten kann, nichts machen kann, ehrlich gesagt“ (Int 5 Z. 559ff.).

Spezifizierend werden in erster Linie Einschränkungen bei Alltags- und Freizeitaktivitäten genannt, wie sie auch in der folgenden Interviewpassage zum Ausdruck kommen:

„Also dieses Jahr war ich auch nicht in Urlaub. Hätte mein Freund mir nicht die Fahrt nach Hause zu meinen Eltern bezahlt, wäre ich gar nicht weg gewesen“ (Int 5 Z. 402ff.).

Zu den Konsequenzen finanzieller Einschränkungen, die mit dem niedrigen Gehalt einhergehen, gehört auch der Verzicht des Beitritts zu einem Interessensverband. Denn die Kosten der Mitgliedschaft stellen einen Grund für den Verzicht dar, wie eine MFA geradezu empört feststellt: „Die wollen ja auch eine Gebühr dafür haben“ (Int 5 Z. 633).

Neben Einschränkungen im Alltag aufgrund des niedrigen Gehalts dürften in der sozialen Dimension finanzielle Restriktionen das Risiko erhöhen, in (finanzielle) Abhängigkeiten zu geraten. Dies gilt umso mehr für die Ausbildungszeit, in der ein noch geringeres Einkommen erzielt wird. So erzählt eine Interviewte, dass sie etwa 300 € Ausbildungsgehalt bezogen hätte, aber nicht mehr zu Haus wohnen würde (Int 3). Glücklicherweise habe sie, so fährt sie fort,

„in einer Wohnung gewohnt, die meinem Stiefvater gehörte und musste dann nur die Nebenkosten bezahlen. (...) Ja, wenn mal Not am Mann war oder so, haben meine Eltern mir dann ausgeholfen. Aber so habe ich halt gelernt, mit wenig auszukommen“ (Int 3 Z. 183-186).

Als weitere konkrete Auswirkung eines geringen Gehalts zeigt sich eine geringe Möglichkeit, finanzielle Ressourcen zu akkumulieren.

„Also ich kann mir dann nicht groß etwas zurücklegen. Es ist kein Beruf, der wirklich etwas einbringt“ (Int 5 Z. 369f.).

Auch dies dürfte zu Alltagsproblemen führen, wenn größere Anschaffungen, Bildungsinvestitionen, Umzüge etc. anstehen.

Neben der einseitigen Betonung von finanziellen Restriktionen kann in Interviews gleichwohl auch eine Ambivalenz sichtbar gemacht werden. So wird beispielsweise in ein und demselben Interview auf der einen Seite betont, „und ich finde das, was ich verdiene, das reicht auch“ (Int 4 Z. 329) und auf der anderen Seite hervorgehoben: „man verdient zu wenig, finde ich persönlich“ (Int 4

Z. 1229). Außerdem wird von einzelnen MFA das erzielte Einkommen als Sicherung finanzieller Autonomie gedeutet:

„Ich mag es nicht irgendwie von irgendjemand – auch wenn es ein Institut ist – Geld zu leihen. Ich (...) habe mir bis jetzt alles seit eben //¹⁸ Seit dem 16. Lebensjahr habe ich mir sozusagen alles selbst bezahlt. (...) Will auf eigenen Beinen stehen“ (Int 5, Z. 590-595; ähnlich: Int 4 Z. 182-185).

4.3. Der Einkommensvergleich als soziale Verortung

Die Einkommenssituation wird von den medizinischen Fachangestellten sozial verortet, indem sie ihr Einkommen mit dem anderer Berufsgruppen vergleichen. Dazu gehört ein Einkommensvergleich mit den direkten Vorgesetzten, den Ärzten, aber auch ein Vergleich innerhalb der eigenen Berufsgruppe sowie mit anderen Berufsgruppen. Teilweise werden letztere ausgewählt, weil die MFA über Berufserfahrungen in anderen Bereichen verfügen. Letztlich bestätigen die Vergleiche fast ausnahmslos, dass die MFA am unteren Ende der Einkommensleiter stehen. Dies führt einerseits zu Enttäuschung und Unzufriedenheit und kann andererseits als Ausdruck einer prekären Einkommenssituation gewertet werden.

Beim Vergleich mit dem Einkommen der Ärzte fallen nicht so sehr die nominellen großen Einkommensspannen auf. Es wird vielmehr darauf verwiesen, dass die MFA durch ihre Arbeit zum Gewinn der Praxis maßgeblich beitragen und sich dies in der Bezahlung kaum niederschlägt.

„Also es ging darum, so viel Profit wie möglich rauszuschlagen. So viele Vorgesorgeuntersuchungen wie möglich zu machen. Also mein Chef, der war auch // dem ging es gut. Der hatte eine kleine Finca und so weiter. Also der wusste wie man Geld macht. Wir mussten das halt alles (...) rausschlagen und dafür dann auch so lange arbeiten. Also mein Chef selbst war kaum da, aber alle anderen Ärzte und Mitarbeiter“ (Int 3 Z. 279-282).

Bei diesen Aussagen handelt es sich um solche, die über den Einzelfall hinausgehen, weil sich vergleichbare Aussagen in weiteren Interviews finden (Int 5 Z. 709-724; Int 8 Z. 1231-1238). Dort heißt es beispielsweise:

„Ähm der [Arbeitsgeber] verdient ein Schweinegeld, fährt nen Porsche und bestes Beispiel von einer Mitschülerin von mir, die arbeitet bei einem Orthopäden und der fuhr mit seinen Freunden nach Kanada, mit seiner Frau in den Golfurlaub und dann noch mit der Tochter und der Frau in die USA und so und ließ seine Praxis dann nicht nur schließen, sondern eben auch durch Vertreter besetzen und das stimmt irgendwie

¹⁸ // bedeuten in den Interviewtranskriptionen plötzliche Satzbrüche.

missmutig, weil die dann auch oft blöd waren die Vertreter und das schwierig ist, sich umzustellen auf so einen neuen Vorgesetzten für den Zeitraum. Und dann entwickelt sich glaub ich auch so ein Groll. Dann [be]kommt man was man kriegt und dann sieht man was andere kriegen“ (Int 8 Z. 1231-1238).

Es finden sich jedoch auch entgegengesetzte Äußerungen. Als ein Beispiel für diese Gegentendenz kann folgende typische Interviewpassage

verstanden werden, die die Einkommensdifferenz zwischen MFA und Ärzten nicht grundsätzlich verneint und in Frage stellt, aber kontextualisiert und legitimiert:

„[V]ielleicht sieht man das als MFA nochmal ein bisschen anders, man sieht ja was die Ärzte leisten. Auf mich bezogen ist das, also ich weiß nicht was mein Chef so verdient, das mal vorweg, aber ich sehe auf ihn bezogen, wie viel er arbeitet (...) weil er so viel gibt. Er ist der

Tab. 5: Gehalt als relevantes und prekäres Merkmal medizinischer Fachangestellte

Kennung	Interviewpassage	Zeilenangabe
Int 1	Und das <i>Gehalt!</i> ¹ Man muss ganz ehrlich sagen, das ist auch nicht so (..) viel.	Z. 461f.
Int 2	Das Gehalt könnte mehr sein. Sage ich ganz ehrlich. (...)	Z. 693 & 1040ff.
Int 3	Einfach, man hat zu wenig Geld und zu wenig Perspektiven.	Z. 854f.
Int 4	Interviewte äußert sich über ihre Zukunftsperspektive als MFA. „Aber so auf Dauer? Man möchte irgendwie weiterkommen und ich habe das Gefühl, ich bliebe die ganze Zeit stehen so. Und auch was das – jetzt kommt das <i>Geld</i> dazu (lacht) – man möchte auch mehr verdienen.“	Z. 808-811
Int 5	Und der Beruf – muss ich sagen – ist nicht einer, wo man dick Kohle verdient. Mit dem Geld – muss ich ehrlich sagen – kommt man gerade so über die Runden. Wenn man einen Partner hat, kriegt man es hin, aber mein Konto ist jeden Monat auf null. Also ich kann mir dann nicht groß etwas zurücklegen.	Z. 366-370
Int 6	Also keiner wird ja MFA, weil er glaubt er wird reich (...) dann merken die ziemlich schnell. Wie? Ich kann von meinem Gehalt // von meinem Gehalt kann ich ja gar nicht alles bezahlen	Z. 526ff. & 1224-1229
Int 7	Kam ja nicht so viel bei rum.	Z. 68f.
Int 8	[I]ch für meinen Teil bin zufrieden, weil es eben, weil wir so übertariflich bezahlt werden, aber ich kann nachvollziehen, dass es da auch viel (..) viel Wut gibt.	Z. 1225f.
Int 9	Also ich bin am Anfang nach Tarif bezahlt worden	Z. 98
Int 10	Einerseits „unter Tarif bin ich nie bezahlt worden“ andererseits werden als Nachteile der Tätigkeit genannt: „die langen Arbeitszeiten. Manchmal schwierig mit der Familie zu vereinbaren und dann natürlich der Verdienst“	Z. 43; 622f

Quelle: Interviews, eigene Darstellung

Typ, der viel gibt und macht das auch gerne, aber es ist auch schon ein stressiger Job durchaus“ (Int 8 Z. 1206-1218).

Neben den Vergleichen mit den Ärzten kommt es zum Vergleich mit Berufen im Gesundheitswesen, mit denen die MFA in Berührung kommen. Dazu gehören vor allem Krankenschwestern. Darüber geben die Interviewpassagen Auskunft, die sich an den Gehaltsvergleich anschließen. Hier zeigt sich wie die Vergleiche einer Verfeinerung der sozialen Positionierung dienen:

„Also ich habe in meinem Studiengang jetzt auch einige Krankenschwestern und wenn ich denn höre, was die so verdienen, denke ich auch: Oh ja! Also // Aber ich muss dann auch sagen: Es gibt noch ein Unterschied. Weil die Krankenschwester, die darf im Grunde alles. Also die ist im Grunde fast wie eine Ärztin“ (Int 3 Z. 974-977; ähnlich: Int 4 Z. 975-1016).

Gleichzeitig ist die gegenüber Krankenschwestern geringere soziale Positionierung umstritten. Kam in der letzten Interviewpassage zum Ausdruck, dass die Lohndifferenz zu Krankenschwestern durch das meritokratische Prinzip legitimiert wird, zeigt sich in der folgenden Interviewpassage, dass die soziale Distanz minimiert und delegitimiert wird. So antwortet eine Interviewte auf die Frage des Interviewers, ob Krankenschwestern denselben Job machen.

„Ich denke mal schon. (Interviewer: Okay.) Vielleicht dürfen Krankenschwestern noch ein bisschen mehr, aber (..) ich denke mal das tut sich nicht so viel“ (Int 2 Z. 782-784).

Aber auch frühere Berufsstationen gehören zu den Vergleichshorizonten. Dies soll an den folgenden vier Beispielen gezeigt werden.

1. „Es ist kein Beruf, der wirklich etwas einbringt. Nicht so wie bei Mercedes oder so“ (Int 5 Z. 369f.).
2. „Finanziell verdient man bei der Post besser“ (Int 5 Z. 376).
3. „Eine [Ausbildung zur](...) Bürokauffrau [hätte ich machen sollen]. Und obwohl die weniger machen, kriegen die mehr Geld, das ist eigentlich eine Schweinerei“ (Int 7 Z. 671-675).
4. „Ich habe im Altenheim mehr verdient wie beim [Facharzttrichtung] (..) Gut, ich habe mich damals drauf eingelassen, damit ich wieder als Arzthelferin arbeiten kann, ne. Aber nochmal würde ich das nicht machen“ (Int 2 Z. 339-342).

Gerade die letzte Interviewpassage ist besonders interessant, weil sie auf das Begründungsmuster verweist, ein geringes Gehalt zu akzeptieren. In diesem Fall sichert es den Wiedereinstieg in den Beruf, ist allerdings auch klar als temporärer Zustand gefasst. Somit ist zu erkennen, dass geringe Löhne ebenfalls einer Temporalisierungstendenz unterworfen sein können – ein Umstand, der auch bei den verschiedenen dargestellten und im späteren Verlauf diskutierten Exitstrategien zum Tragen kommt.

4.4. Die Arbeitszeit von MFA: Entgrenzungs- und Marginalisierungstendenzen

Als zweites zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung zeigt sich bei der *Arbeitszeit* ebenso wie beim Gehalt die Abweichung von tariflichen Vereinbarungen. Während der Tarif eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden vorsieht, liegen die in den Interviews erfassten Arbeitsverhältnisse in der Regel bei 40 Stunden (Ausnahme Int 8; Int 3). Die entsprechende Praxis bedeutet damit selbst bei tariflich angelegtem Gehalt letztlich eine Lohnsenkung.

Zu den verbreiteten übertariflichen Arbeitszeiten kommen die *Überstunden* hinzu. Diese werden in aller Regel nicht vergütet. Nur gelegentlich werden diese durch Freizeit ausgeglichen. Grundsätzlich gilt als Haltung gegenüber Überstunden: „Ja, da muss man bei uns immer bereitwillig sein“ (Int 8 Z. 511), ebenso Int 3: „In der anderen Praxis war das dann halt einfach da“ (Z. 590). Allerdings wird im ersten Fall auch betont, dass Überstunden zur gewollten Flexibilisierung der Arbeitszeiten beiträgt: „aber Ausbezahlen wäre jetzt nicht, das machen wir eigentlich nicht. Weil's auch schön flexibel macht, das ist ganz gut“ (Int 8 Z. 569ff.). Besonders Mittagspausen, in denen die Praxis geschlossen wird, werden in der Regel nicht eingehalten und in Arbeitszeit umgewandelt. Meistens geschieht die Umwandlung, ebenso wie Mehrarbeit im Anschluss an die abendliche Praxisschließung, in Abhängigkeit von den noch zu behandelnden Patienten und ist deswegen nicht genau festzulegen. Dementsprechend fällt eine Quantifizierung schwer. Allerdings werden Mittagspausen auch positiv gewertet, wenn sie sinnvoll nutzbar erscheinen:

„Also ich fand das schon ok mit der Mittagspause. (...) Ich bin dann meistens nach Hause gefahren oder habe irgendwas in der Stadt erledigt oder bin halt in den Personalraum gegangen und habe mein Buch gelesen, oder // damals hatte ich ja noch das Fernstudium am Anfang, das ich dann noch da etwas für gelernt habe oder so“ (Int 1 Z. 722 & 282-286).

Demgegenüber gibt es in unterschiedlichen Interviews den Wunsch, Arbeitszeiten zu verändern. Als typische Interviewpassage dafür steht folgende Aussage:

„Ich würde gerne Schichtdienst arbeiten. Ich würde gerne mal früher nach Hause kommen als um acht Uhr. Und das ist mein einziger kurzer Tag hier in der Woche. Und ansonsten bin ich immer bis abends weg. Und die Zeit verbringe ich dann halt auch hier und bin dann auch abends erst zu Hause. Habe ich nicht viel von der Woche“ (Int 5 Z. 964-968).

Bestätigt wird diese Aussage durch eine andere Interviewpassage: „Es war so, so Privatleben war dann echt abends ab 19 Uhr möglich“ (Int 3 Z. 167; ähnlich Int 4 Z. 625-630). Entscheidend für die Bewertung der Arbeitszeit ist dementsprechend, ob geleistete Überstunden in Freizeit um-

gewandelt werden. Falls dies der Fall ist, ist für die weitere Bewertung entscheidend, ob die Mittagspause aufgrund der räumlichen Nähe zu Hause verbracht oder anderweitig sinnvoll genutzt werden kann. Bestätigt wird diese These durch folgende Interviewpassage:

„Die meisten Kolleginnen kamen aus der Umgebung und sind dann immer nach Hause gegangen. Ich kam nicht daher, habe mich dementsprechend deswegen auch immer gefühlt, als würde ich immer durcharbeiten, weil ich in der Praxis geblieben bin“ (Int 3 Z. 151ff.).

Konsequenz der ausgedehnten Arbeitszeiten, der Überstunden und der langen Mittagspausen, die in der Arztpraxis verbracht werden und nur gelegentlich sinnvoll genutzt werden können, sind verlängerte Arbeitszeiten. Diese wirken stark in die private Lebensführung hinein und beschränken die interviewten MFA sowohl in der sozialen Sphäre als auch im Freizeitbereich. Beides veranschaulicht die folgenden Interviewpassage, wobei die interviewte MFA noch im Elternhaus wohnt:

„[M]an sieht mich zu Hause eigentlich nur: Hallo! Tschüss! Schlafen und essen kurz und dann weg (lacht). (...) Es ist viel ja. Es gibt Tage – meine Schwester hat auch Nachtschichten, auch im Krankenhaus – da sehe ich sie eine Woche lang nicht. Also ich bin dann schlafen und sie kommt dann irgendwann. Also es ist echt viel, also manchmal“ (Int 4 Z. 524-529).

Die mit der Überstundenpraxis verbundene Einschränkung sozialer Kontakte zeigt sich in folgender Interviewpassage in voller Konsequenz:

„Interviewer: Okay, erzählen Sie mal, ich meine Sie hätten. Wenn ich mir das so ein bisschen vorstelle, dann arbeiten Sie von morgens früh bis abends spät.
MFA: Jetzt nicht mehr (lacht).
Interviewer: Ja, aber haben Sie damals, ne. Wie passt das zu (...) zum Sozialleben?
MFA: Gar nicht.
Interviewer: Ja, Sie sind verlobt?
MFA: Ja, ich bin verlobt und das ist das Einzige. Ich hab alle meine Freunde verloren, ist wirklich so.
Interviewer: Tatsächlich? Aufgrund der Tätigkeit?
MFA: Ja, ich hab (...) [unv.], dann könnt ich schon wieder anfangen zu weinen“ (Int 7 Z. 171-186).

Was die *Aushandlung der Arbeitszeiten* betrifft, zeigen sich nur geringfügige Mitsprachemöglichkeiten für die MFA:

„Wie wir arbeiten // also den Stundensatz macht halt der Arzt, der Chef. Und die Einteilung der Stunden macht halt die Leitende“ (Int 5 Z. 178ff.; siehe auch Int 4 Z. 532-541).

An dieser Stelle werden auch die unterschiedlichen Macht- und Hierarchiepositionen deutlich, die sich in der Verfügungsgewalt über Gehälter

und Arbeitszeit ausdrücken. Bezeichnend hierfür ist die Einleitung der Bemerkung („Wie wir arbeiten“), die erst im Verlauf ihre Konkretisierung erfährt und auf eine weitgehende Regelungsgehalt seitens des Arbeitgebers verweist. Eine angebotene Erklärung für die Ausweitung der Arbeitszeiten über die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit besteht dann auch darin, dass die Mehrarbeit bei den Ärzten durchaus üblich ist und dementsprechend von den MFA auch erwartet wird (Exp 8).

4.5. *Atypische Beschäftigungsformen und die Frage der Freiwilligkeit*

Trotz der aufgezeigten quantitativen Zunahme atypischer Arbeitsformen wurden die *befristete Beschäftigung* und die (*geringfügige*) *Teilzeitbeschäftigung* als wenig bedeutsam von den MFA eingeschätzt (vgl. z. B: Int 1; Int 2; Int 5). Hier ist lediglich zu erkennen, dass zu Beschäftigungsbeginn befristete Verträge zur Anwendung kommen. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass die Befristung, wenn sie wie im folgenden Einzelfall vorliegt, den Wünschen der MFA entgegenkommt:

„Ja, er [der Arbeitsgeber] hat jetzt meinen Vertrag bis 2014 haben wir da gemacht. Dann bin ich auch mit der Schule fertig. Hat er gesagt: Ja wir können ja nochmal darüber reden (lacht)“ (Int 4 Z. 484-486).

Etwas anders verhält es sich mit dem Phänomen der *Teilzeittätigkeit*. Diese findet sich als Episode bzw. Episoden in manchen Berufsbiographien der Befragten wider (5 von 10 Befragten). Allerdings zeigt sich die Tendenz, dass die Teilzeittätigkeit oftmals auf Wunsch der Beschäftigten und damit auf freiwilliger Basis erfolgt. Demnach ist sie vor allem an die Berufs- und Aufstiegsplanung gekoppelt. Als Grund für eine Teilzeitbeschäftigung wird erstens eine Weiterbildung genannt (Int 4), zweitens die Vereinbarkeit mit der Kinderbetreuung oder drittens verdient der Partner genug, so dass die MFA-Tätigkeit als Zuverdienst angesehen wird (Int 8 Z. 123-127). Ähnliches gilt selbst für die geringfügige Teilzeitarbeit (400-Euro-Jobs), allerdings nur unter der Voraussetzung, dass diese Tätigkeit temporär begrenzt ist (siehe Int 2 vor allem Z. 1050f.). Lediglich in einem Fall ist von einer Teilzeittätigkeit auszugehen, die auch subjektiv als prekär eingeschätzt wird. In diesem Fall muss der Gesamtkontext des Interviews betrachtet werden, wobei zunächst die Teilzeittätigkeit erläutert wird:

„und der hat mich dann noch bis zu seinem offiziellen Sommerurlaub da arbeiten lassen und dann war ich da eine Teilzeitkraft. Ich muss überlegen (...) ich glaub 30 Stunden sollte ich machen, hab aber auch mehr gemacht und brutto 950 Euro verdient“ (Int 7 Z. 61-64).

Vor allem in Verbindung mit den unbezahlten Überstunden wird diese Beschäftigung als prekär eingeschätzt:

„Also bei dem [Arbeitgeber] durften die Stunden gar nicht aufgeschrieben werden (...) und das ist ja schon schlecht (lacht)“ (Int 7 Z. 619f.).

5. Handlungsstrategien von MFA im Umgang mit Prekarität

Die individuelle Deutung der verschiedenen Dimensionen von Prekarität und deren Ausprägung spielt eine zentrale Rolle bei der Bewertung der Arbeitsbedingungen und entscheidet wesentlich darüber, wie zufrieden oder unzufrieden die MFA mit ihnen sind. Passagen, in denen eine Zufriedenheit oder Unzufriedenheit adressiert wird, lassen sich vor allem dort finden, wo die MFA über die Vor- und Nachteile ihrer Tätigkeit reflektieren. Entsprechend lassen sich Äußerungen der Zufriedenheit in Bezug auf die Arbeitsatmosphäre (Int 8), die Arbeitszeiten (Int 1), das Verhältnis zu Kolleginnen und Arbeitgebern (Int 8) wie auch ein generelles Zufriedenheitsgefühl finden:

„also ich habe wie gesagt schon mit vielen Arzthelferinnen zusammengearbeitet und die waren auch teilweise grundzufrieden mit (...) ihrem Arbeiten“ (Int 1 Z. 797ff.).

Demgegenüber stehen Äußerungen der Unzufriedenheit. So antwortet eine MFA auf die Frage nach den Vorteilen ihrer Tätigkeit: „Es gibt keine Vorteile“ (Int 4 Z. 1223). Als weiterer Beleg für die Unzufriedenheit dient folgende exemplarische Interviewpassage: „Also ich kenne keine, die halt zufrieden ist“ (Int 6 Z. 526). Sie zeigt zudem, dass die Unzufriedenheit weit verbreitet ist.

Die Vielzahl der Handlungsstrategien im Sinne einer Veränderung der aktuellen Situation resultiert aus den überwiegend prekären Bedingungen der Entlohnung und prekär eingeschätzten Arbeitszeiten sowie der daraus entstehenden Unzufriedenheit. Dies geschieht unter der Voraussetzung, dass ihre Realisierung möglich erscheint und erwartet wird. Diese Aspekte zeigen sich hervorragend in einer Interviewpassage, in der es auch die Verknüpfung der Unzufriedenheit mit den Lohnverhältnissen geht. Sie kann darum als exemplarisch gelten:

„Aber so auf Dauer? Man möchte irgendwie weiterkommen und ich habe das Gefühl, ich bleibe die ganze Zeit stehen so. Und auch was das – jetzt kommt das Geld dazu (lacht) – man möchte mehr verdienen“ (Int 4 Z. 808-811).

Letzten Endes führt die Unzufriedenheit dazu, die Berufskarriere als MFA zu verändern, auszusetzen oder ganz zu beenden.¹⁹

Vor diesem Hintergrund lassen sich verschiedene

¹⁹ Die hier verwendeten Interviewpassagen beziehen sich nicht allein auf die interviewten MFA selbst, da wir sie im Verlauf des Interviews auch nach Ausstiegsszenarien anderer, ihnen bekannter MFA fragten (siehe Interviewleitfaden im Anhang).

Handlungsstrategien erkennen, die in Anlehnung an Hirschman (1970, 1992) als Exit-, Voice- oder Loyaltyoptionen definiert sind. Letztere werden jedoch kaum wahrgenommen.²⁰ Demgegenüber lassen sich Exitoptionen als zentrale Handlungsstrategien identifizieren, die von den MFA im Umgang mit prekären Arbeitsbedingungen entwickelt werden. Dazu gehören Exitstrategien innerhalb des Berufsfeldes, wie der Arbeitgeberwechsel und die Familiengründung, aber auch Exitstrategien, die auf den Ausstieg aus dem Beruf bzw. Berufsfeld zielen.

Eine der wichtigsten *Exitstrategien* innerhalb des Berufsfeldes ist der Arbeitgeberwechsel. Mit diesem ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen intendiert:

„Also die aber auch (...) aus meiner alten Praxis, die sind auch nur in andere Praxen gegangen. Also die sind alle drin geblieben“ (Int 3 Z. 1049f.).

„[V]iele sind weggegangen, weil die einen besseren Job hatten mit besserem Geld, also mehr Geld“ (Int 2 Z. 1072f.).

In allen erhobenen Berufsbiographien sind mehr oder weniger zahlreiche Arbeitgeberwechsel vorhanden, kein einziger Fall hatte keinen Arbeitgeberwechsel vorzuweisen. Die Arbeitgeberwechsel deuten auf einen dynamischen Arbeitsmarkt: „Weil gerade in dem Bereich findet man halt immer wieder etwas“ (Int 3 Z. 1079). Jedoch scheint diese Dynamik keinerlei Rekrutierungsprobleme nach sich zu ziehen. Konsequenzen für die Arbeitgeber, die beispielsweise zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen führen würden, ergeben sich somit nicht.

Als weitere Handlungsoption, die mit einem temporären Ausstieg aus dem Beruf und gegebenenfalls mit einem Arbeitgeberwechsel verknüpft wird, kommt für einige Befragte die Familiengründung in Frage:

„Und von da aus [dem Altersheim als Arbeitsstelle] bin ich dann zum [Arztname] (...), nach über einem Jahr bin ich schwanger geworden (...). So und dann bin ich in Elternzeit und (...) Ja. (...) Und zu ihr zurück wollte ich nicht“ (Int 2 Z. 277-281).

²⁰ Neben offensichtlichen Exitstrategien kommt es bei einigen MFA zu einem Anpassungsmechanismus, der nicht auf Zustimmung basiert. Genauer gesagt handelt es sich um einen der inneren Abhärtung und Abstumpfung aber auch Resignation. So sprechen einige Interviewte davon, im Zeitverlauf „ein Fell“ (Int 5 Z. 518) aufzubauen. Ähnlich lautet folgende Interviewpassage, in der allerdings noch ein zusätzlicher Aspekt angesprochen wird: die Privatsphäre als Rückzugsort mit Schutzfunktion: „Einfach nach Hause gehen. Einen Schalter umlegen, in dem Sinne, irgendwie klickt man das raus: Arbeit vorbei: jetzt (...) ja. (...) viele können das gleich, manche müssen das erst lernen – so wie ich (lacht) (...) Ja. Man braucht wirklich jemanden, an den man sich wenden kann. Wo man reden kann. Wo man sich einfach anlehnen kann, wenn irgendetwas ist. Das braucht man wirklich“ (Int 5 Z. 827-863). Dabei handelt es sich um einen inneren Rückzug, der bei Hirschman (1970) ebenfalls als Exit gefasst wird.

In einer weiteren Interviewpassage kommt der Stellenwert der Familiengründung deutlich zum Ausdruck: „Ich habe immer gehört: Entweder man geht raus aus dem Job so, oder man wird schwanger. Und das kann ich auch nur bestätigen“ (Int 3 Z. 494ff.). Ebenfalls bestätigt wird diese Exitstrategie durch eine weitere Interviewpassage:

„Also jetzt wo ich beim [Facharzttrichtung] gearbeitet habe, die eine, die da gearbeitet hat, die war (...) ich glaube 25 und die versucht tatsächlich schwanger zu werden, weil die aus der Praxis möchte“ (Int 7 Z. 451).

Eine völlige Abkehr vom Beruf als MFA wird durch Weiterbildungsmaßnahmen erzielt, durch die ein höherer Schulabschluss erreicht wird. Denn in der Regel verfügen MFA nicht über ein Abitur. Wird das Abitur nachgemacht, wird auch ein anschließendes Studium in Erwägung gezogen: „Und die Schule, also Fachabitur ist halt ein kleines Sprungbrett zum Studium eventuell“ (Int 5 Z. 561f.). Als Beispiel für diese Exitstrategie kann folgende Interviewpassage gelten: „Ich will sowieso da nicht länger bleiben. Ich will mich weiterbilden“ (Int 5 Z. 793f.). In eine ähnliche Richtung weist eine Umschulung (Int 7 Z. 432) aber auch die Aufnahme eines Fernstudiums (Int 1). Die Begründungen für diese Handlungsoption liegen im Bereich des Motivs der Selbstverwirklichung, also ein individuell-intrinsisches Motiv.²¹ Demgegenüber ist das Motiv, aufgrund von zwischenmenschlichen Konflikten zunächst die Praxis und dann teilweise weitergehend den Beruf zu wechseln, eher im Bereich der extrinsisch motivierten sozialen Gründe anzusiedeln, wie es auch in der folgenden Interviewpassage zum Ausdruck kommt:

„Also aus der Ausbildung weiß ich, dass fast alle gegangen sind mit denen ich zusammen gearbeitet habe. Weil die einfach ge// also aus den zwischenmenschlichen Gründen da (...) Weil auch weil so viele Frauen auf einem Haufen. Das ist auch nicht immer so leicht“ (Int 3 Z. 1031f.).

Bei der Analyse der Gründe für die verschiedenen Exitstrategien spielt gleichwohl jeweils das Gehalt eine zentrale Rolle. So wird die Frage des Interviewers: „Wie kommt es dann, dass Sie sozusagen für sich festgestellt haben: ‚Das mach ich nicht ewig‘?“ von der MFA eindeutig beantwortet mit dem Satz: „Wegen dem Gehalt“ (Int 8 Z. 325-328). Hier zeigt sich, dass das Gehalt ein entscheidender Grund dafür ist, den Beruf der MFA nicht als langfristige berufliche Perspektive anzu-

legen, obwohl das potentiell möglich wäre, da eine hohe Nachfrage besteht und eine geringe Befristungspraxis vorherrscht. Zentrales Ergebnis der Analyse der Interviews ist daher, dass in diesem Berufsfeld vielfach die zeitliche Limitierung der Beschäftigung durch die Beschäftigten selbst erfolgt, indem die Zukunftsperspektiven jenseits der aktuellen Beschäftigung oder gar jenseits des Berufs verortet werden.

Neben dem Gehalt als genanntem Exitgrund werden geringe Möglichkeiten einer Aufwärtsmobilität genannt. Zudem entspricht der Beruf nicht den Bildungswünschen einiger Interviewpartnerinnen:

„Ich will sowieso da nicht länger bleiben. Ich will mich weiterbilden; ich will etwas anderes machen, obwohl mir die Arbeit zwar Spaß macht, aber ich bin jung und ich kann, denke ich, viel dazulernen. Und ich kann mir auch gar nicht vorstellen, mein ganzes Leben lang da in dieser Arztpraxis zu arbeiten. Und so wie sie jetzt – meine Kollegin – die ist jetzt 53. Die hat zwar (...) beim [Arztfachrichtung] // überall gearbeitet schon aber so was kann ich mir eben nicht vorstellen“ (Int 4 Z. 793-800).

Die unerfüllten Bildungswünsche mancher MFA erhalten eine zusätzliche Brisanz, weil sie auch als Konsequenz verstanden werden können, dass Fortbildungen und spezialisierte Tätigkeiten sich häufig als nicht gehaltsrelevant erweisen (bspw. Int 1; Int 3; Int 4; Int 5):

„[A]ber es wird dann immer so ein bisschen die Schiene gefahren: Ja, du hast ja nur eine Ausbi// einen Abschluss als Arzthelferin, deswegen kriegst du auch nicht das Gehalt. Und es wird nicht geguckt: Hat sie einen Röntgenschein? Hat sie ein Gips. Also es gibt da ja bestimmte Scheine, Fortbildungsscheine. Danach könnte man ja zum Beispiel auch bezahlen. Aber das wird dann einfach nicht gemacht, weil es wird einfach gesagt: Ja du bist ja nur Arzthelferin. Egal was du noch für Zusatzschein hast. Das wär's. Das Gehalt und mehr nicht“ (Int 1 Z. 683-691).

Fort- und Weiterbildungen beinhalten damit anders als in anderen Berufsfeldern üblich nur eine geringe Aufwärtsmobilität und eignen sich dementsprechend nicht als Exitoption. Die damit einhergehende Frustration stärkt aber wiederum möglicherweise andere Exitstrategien.

Darüber hinaus kollidiert die Tätigkeit als MFA mit Selbstverwirklichungswünschen, wie die folgende Interviewpassage schildert.²² Gleichzeitig kommt die Abgrenzung zu anderen MFA und ihren Lebenskonzepten zum Ausdruck:

„Und (...) ich ja, kenne ich ein paar, die jetzt auch studieren wollen. Also aus meiner alten Klasse, die halt auch noch mal weiter gemacht haben, jetzt mit Abi

²¹ Hier gibt es zwischen den einzelnen Exitoptionen auch Verbindungen, wie im folgenden Interview, in dem Familiengründung und Selbstverwirklichungsmotive miteinander verknüpft sind: „Mhm, möchte ich auf jeden Fall Kinder haben, das ist ganz klar. Das ist ein Wunsch und in zehn Jahren glaub ich nicht als MFA, glaub ich, und würd ich jetzt vielleicht auch sagen, hoff ich, weil ich schon noch so ein paar Vorstellungen für mich hab“ (Int 8 Z. 1316-ff.).

²² Zu den Selbstverwirklichungswünschen siehe oben bereits zitierte Interviewpassage: Int 5 Z. 808ff.

und so weiter Und das // Also ich wollte da nicht irgendwie mit 20 oder so schon Familie gründen. Also ich wollte einfach noch etwas erreichen in meinem Leben. Und in dem Job hat man einfach kaum Chancen irgendwie noch hoch zu // sich hochzuarbeiten“ (Int 3 Z. 501-506).

Fazit

Die eingangs zitierte Einschätzung, die Dienstleistungsbeschäftigung sei ein Experimentierfeld der Prekarisierung kann für das hier untersuchte Berufsfeld der berufsfachlich qualifizierten medizinischen Fachangestellten partiell bestätigt werden. Zwar skizzierten einige Interviewten ihre individuelle Beschäftigungssituation entlang des traditionellen Verständnisses vom Normalarbeitsverhältnis. So bestätigten unbefristete vollzeitbeschäftigte MFA in den Krankenhäusern eine Entlohnung gemäß des geltenden Tarifvertrages (TVöD). Teilweise wurden auch MFA in Arztpraxen nach Tarif (mit Bezug auf den Tarifvertrag zwischen VmF und AAA) oder sogar übertariflich bezahlt. Gleichwohl hat sich in dem untersuchten frauendominierten Berufsfeld ein spezifisches Muster objektiver Prekarität herausgebildet. Zu nennen ist hier an erster Stelle der hohe Niedriglohnanteil, der auf das Engste mit der schwachen bzw. fehlenden tarifvertraglichen Regelung der Entgelte verbunden ist. Für die Entlohnung der MFA in Arztpraxen hat der zwischen VmF und AAA verhandelte Tarifvertrag oft keine oder nur eine Orientierungsfunktion. Zudem beinhalten die darin für Berufsanfängerinnen empfohlenen Tarifstufen eine Entlohnung, die im Niedriglohnbereich zu verorten ist, so dass selbst die tarifliche Entlohnung für diese Gruppen als prekär gelten kann.

Des Weiteren zeigt sich eine Zunahme und hohe Relevanz atypischer Beschäftigung, primär in Form von sozialversicherungspflichtiger und insbesondere auch von geringfügiger Teilzeitarbeit. Befristete Arbeitsformen spielen dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Ein weiteres objektives Merkmal der Prekarität ist das Fehlen tradierter Schutzrechte wie Kündigungsschutz und Vertretung durch den Betriebsrat. Dies stellt allerdings keine spezifische Erscheinung dar, sondern ist typisch für Kleinbetrieblich geprägte Strukturen wie sie in den Arztpraxen zu finden sind.

Auf der subjektiven Ebene wird das Prekaritätspotenzial der atypischen Beschäftigungsformen von den Befragten medizinischen Fachangestellten selten als prekär wahrgenommen. Gerade weil die Tätigkeit als MFA als typischer Frauenberuf gilt, werden Teilzeittätigkeiten als positive Option betrachtet, mit der Veränderung von Lebenslagen umzugehen. Die Teilzeittätigkeit – einschließlich der geringfügigen Teilzeitbeschäftigung – erfolgt überwiegend freiwillig, d.h. auf Wunsch der Beschäftigten. Auf diese Weise wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. die Rückkehr in den Beruf nach der Familiengründung bewerkstelligt. Zudem werden diese Beschäftigungsformen häufig auch über den häuslichen Kontext „abgesichert“ bzw. die Tätigkeit der Frauen wird meist als zusätzlicher Beitrag zum Familieneinkommen gesehen. Dies verweist darauf, dass häufig ein

traditionelles Familienbild unter medizinischen Fachangestellten reproduziert wird. Die gleichwohl auch mit Partnerschaften bzw. Ehe verbundenen Prekaritätselemente einer Teilzeittätigkeit, z.B. in Bezug auf eine unzureichende Alterssicherung, werden kaum als Risiken reflektiert. Außerdem bleiben die genannten Beschäftigungsarten oft auf Episoden innerhalb der Berufsbiographie beschränkt. Dies jedenfalls gilt vor dem Hintergrund einer starken Arbeitskräftenachfrage in den vergangenen Jahren, wodurch ein erneut gewünschter Wechsel zur Vollzeittätigkeit als realistische Option erscheint.

Subjektiv wird von den MFA vor allem das geringe Gehalt als Prekaritätsmerkmal empfunden, das anhand des hohen Niedriglohnanteils auch als objektives Prekaritätselement des Berufsfeldes identifiziert wurde. Dies wird ergänzt durch die Praxis der ausufernden Arbeitszeiten, die die vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten oftmals überschreiten – und letztlich die Relation Arbeitszeit/Entlohnung nochmals negativ beeinflussen. Ungeregelte Arbeitszeiten werden daher zusammen mit finanziellen Restriktionen als stark in die Lebensführung eingreifend und beschränkend wahrgenommen.

Die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen wird jedoch selten in Form kollektiver Handlungsstrategien verarbeitet. So motiviert eine als prekär oder auch belastend empfundene Beschäftigungssituation offenbar kaum zum Beitritt zur Gewerkschaft oder dem Berufsverband bzw. der Gründung eines Betriebsrates – sofern dies aufgrund der Betriebsgröße und der hohen persönlichen Abhängigkeit zu den Arbeitgebern möglich wäre. Als subjektive Verarbeitungsformen prekärer Arbeitsverhältnisse dominieren vielmehr individualisierte Handlungsstrategien in Form von Exitstrategien. Die wichtigste Exitstrategie innerhalb des Berufsfeldes stellt der Arbeitgeberwechsel dar, der in allen Berufsbiographien der Interviewten zu finden ist.²³ Die Familiengründung beinhaltet im Einklang mit einem eher tradierten Rollenverständnis eine weitere, temporäre Exitstrategie. Exitstrategien werden aber auch als Ausstieg aus dem Beruf beispielsweise in Form von Weiterbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen verfolgt. Diese führen in der Regel zu einer Beschäftigung in einem anderen Berufsfeld.

Die exemplarische Betrachtung der z.T. prekären Beschäftigungsbedingungen in kleinbetrieblichen Strukturen, wie sie hier anhand eines Frauenberufs im Gesundheitssektor analysiert wurde, verweist letztlich auch auf die Dysfunktionalität bestehender Regelungen zur betrieblichen Interessenvertretung und/oder der Tarifpolitik in Bezug auf die Strukturen der Dienstleistungsbeschäftigung. Dabei ist das Scheitern kollektiver Handlungsstrategien wie auch das Fehlen institutionell garantierter Mitbestimmungsrechte gleichsam als Ursache und Ausdruck für die Prekarisierung von Beschäftigungsbedingungen anzusehen. Die zu beobachtenden individuellen Exitstrategien

²³ Naheliegende Entwicklungen wie z. B. ein vermehrter Wechsel zu Tätigkeiten in Krankenhäusern, die in der Regel mit tariflich gesicherten Arbeitsbedingungen verknüpft sind, lassen sich nicht aufzeigen.

scheinen in diesem Berufsfeld nicht als funktionales Äquivalent im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu fungieren. Ob die dadurch bedingte Dynamik in diesem Arbeitsmarkt sowie ein sich möglicherweise sich verknappendes Arbeitsangebot der MFA dazu beitragen werden, eine Erhöhung des Gehaltsniveaus über Marktmechanismen wie die Konkurrenz um Arbeitskräfte zu erreichen, bleibt abzuwarten. Möglicherweise profitieren davon aber auch nur einzelne Gruppen innerhalb des Berufsfeldes. Angesichts der Ausweitung der Beschäftigung in entsprechend geprägten Berufsfeldern des Dienstleistungssektors wird daher generell die Frage aufgeworfen, inwiefern entsprechende institutionelle Defizite einer angemessenen Arbeitnehmermitbestimmung oder auch in Bezug auf existenzsichernde Löhne über veränderte rechtliche Regelungen kompensiert werden sollten.

Literatur

- Arbeitnehmerkammer Bremen (2010): *Statistisches Jahrbuch 2010. Wirtschafts-, Arbeits- und Sozialstatistik*. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Aulenbacher, Brigitte (2009): "Die soziale Frage neu gestellt. Gesellschaftsanalysen der Prekarisierungs- und Geschlechterforschung", in: Castel, Robert und Dörre, Klaus (Hg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main: Campus: 65-77.
- Berninger, Ina; Dingeldey, Irene (2013): "Familieneinkommen als Normalität?", *WSI-Mitteilungen* 66 (3): 182-191.
- Berninger, Ina; Schröder, Tim (in Vorbereitung): "Niedriglohn, Working Poor und die Governance von Erwerbsarbeit. Eine Analyse von Normalarbeitnehmern aus geschlechts- und branchenspezifischer Perspektive", in: Dingeldey, Irene; Holtrup, André und Warsawa, Günter (Hg.), *Wandel der Governance von Erwerbsarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- BIBB (2003): Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge nach Ausbildungsberufen und aus-gewählten Berufsgruppen in 1992, 2000 und 2001. Download unter: www.bibb.de/dokumente/pdf/naa309_2001_tab004_0bund.pdf (Zugriff am 03.05.2013).
- BIBB (2011): Anzahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge 2011 und 2010 nach Geschlecht in den einzelnen Erhebungsberufen in Deutschland. Download unter: www.bibb.de/dokumente/pdf/naa309_2011_tab046_0bund.pdf (Zugriff am 03.05.2013).
- BIBB (2011): Rangliste 2011 der Ausbildungsberufe nach Neuabschlüssen in Deutschland. Download unter: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/naa309_2011_tab67_0bund.pdf (Zugriff am 25.10.2012).
- Bollinger, Heinrich (2005): *Gesundheitsberufe im Wandel: Soziologische Betrachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bosch, Gerhard (2001): "Konturen eines neuen Normalarbeitsverhältnisses", *WSI-Mitteilungen* 54 (4): 219-230.
- Bosch, Gerhard; Wagner, Alexandra (2003): "Dienstleistungsgesellschaften in Europa und Ursachen für das Wachstum der Dienstleistungsbeschäftigung", *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 55 (3): 475-499.
- Bosch, Gerhard; Wagner, Alexandra (2005): "Why do Countries have such Different Service-Sector Employment Rates", in: Bosch, Gerhard und Lehndorff, Steffen (Hg.), *Working in the Service Sector. A Tale from Different Worlds*. London New York: Routledge: 74-103.
- Bosch, Gerhard; Wagner, Alexandra (2005): "Why do Countries have such Different Service-Sector Employment Rates?", in: Bosch, Gerhard und Lehndorff, Steffen (Hg.), *Working in the Service Sector. A Tale from Different Worlds*. London/ New York: Routledge: 74-103.
- Bosch, Gerhard; Weinkopf, Claudia (2011): "Arbeitsverhältnisse im Dienstleistungssektor", *WSI-Mitteilungen* (9): 439-446.
- Bourdieu, Pierre (1998): *Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion*. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre (2000): *Die zwei Gesichter der Arbeit. Interdependenzen von Zeit- und Wirtschaftsstrukturen am Beispiel einer Ethnologie der algerischen Übergangsgesellschaft*. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre; Beaud, Stéphane; Champagne, Patrick; Christin, Rosine; Lenoir, Remi; Oeurvrard, Françoise; Pialoux, Michel; Sayad, Abdelmalek; Schutheis, Franz; Soulié, Charles (1997): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: UVK.
- Brinkmann, Ulrich; Dörre, Klaus; Röbenack, Silke; Kraemer, Klaus; Speidel, Frederic (2006): *Prekäre Arbeit. Ursachen, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bundesagentur für Arbeit (2010): *Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2012): *Bestand an Arbeitslosen insgesamt nach ausgewählten Zielberufen der Klassifikation der Berufe von 1988 (KldB 1988). Sonderauswertung im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen*. Hannover: Statistik-Service Nordost.
- Bundesagentur für Arbeit (2012): *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) und*

geringfügig entlohnte Beschäftigte (GeB) nach ausgewählten Merkmalen am Arbeitsort (AO). Sonderauswertung im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen. Hannover: Statistik-Service Nordost.

Bundesärztekammer (2009): "Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen", *Deutsches Ärzteblatt* 106 (24): 1264-1266.

Castel, Robert (2009): "Die Wiederkehr der sozialen Unsicherheit", in: Castel, Robert und Dörre, Klaus (Hg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung*. Frankfurt am Main: Campus: 21-34.

Destatis (2012): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen. Download unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Tabellen/GrundzahlenArzt.html;jsessionid=9258935992B2EAD45E181A1FBCB9BE47.cae3> (Zugriff am 12.12.2012).

Dörpinghaus, Sandra; Evans, Michaela (2010): *WIEGE. Perspektiven für Wiedereinsteigerinnen in der Gesundheitswirtschaft. Ergebnisdokumentation*. Gelsenkirchen: IAT.

Dörre, Klaus (2008): "Armut, Abstieg, Unsicherheit", *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 33-34 3-12.

Eichhorst, Werner; Marx, Paul (2009): *Reforming German Labour Market Institutions: A Dual Path to Flexibility. IZA Discussion Paper No. 4100* Bonn: Institute for the Study of Labor.

Fleissner, Peter; Miko, Katharina; Kaupa, Isabella; Mosberger, Brigitte; Simbürger, Elisabeth; Steiner, Karin (2002): *Atypische Beschäftigung. Merkmale und Typen von Prekarität. Endbericht*. Wien: Institute for Social Research and Analysis.

Flick, Uwe (2011): *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Gerst, Thomas (2007): "Medizinische Fachangestellte: Überflüssige Besserstellung", *Deutsches Ärzteblatt* 104 (40): A-2681 / B-2373 / C-2301.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012. Download unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PR_OC?XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/XWD_30/D.734/4450 (Zugriff am 15.11.2012).

Gottschall, Karin (2001): "Zwischen tertiärer Krise und tertiärer Zivilisation", *Berliner Journal für Soziologie* 11 (2): 217-235.

Grimm, Natalie; Vogel, Berthold (2010): "Prekarierte Erwerbsbiographien und soziale

Ungleichheitsdynamik. Perspektiven und Befunde einer qualitativen Panelstudie", in: Soeffner, Hans-Georg (Hg.), *Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008*. CD-Rom Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften:

Hirschman, Albert O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty: Response to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hirschman, Albert O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hirschman, Albert O. (1992): "Abwanderung, Widerspruch und das Schicksal der Deutschen Demokratischen Republik", *Leviathan* 20 (3): 330-358.

IAB (2012): Berufe im Spiegel der Statistik. Berufsordnung 856 Sprechstundenhelfer/innen auch: Arzthelfer, Zahnarzhelfer, Tierarzhelfer Bundesgebiet Gesamt. Download unter: <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BO856&qualifikation=2> (Zugriff am 23.10.2012).

Institut der deutschen Wirtschaft (2012): Mythen des Arbeitsmarktes. Download unter: <http://www.iwkoeln.de/de/infodienste/iw-nachrichten/beitrag/60067> (Zugriff am 19.10.2012).

Kalina, Thorsten; Weinkopf, Claudia (2010): *Niedriglohnbeschäftigung 2008: Stagnation auf hohem Niveau. Lohnspektrum frant nach unten aus*. Duisburg-Essen: IAQ.

Kalina, Thorsten; Weinkopf, Claudia (2012): *Niedriglohnbeschäftigung 2010: Fast jede/r Vierte arbeitet für Niedriglohn*. Duisburg-Essen: IAQ.

Kathmann, Till (in Vorbereitung): *Zwischen Gehen und Bleiben: Entscheidungsprozesse wanderungswilliger deutscher Facharbeiter*. Bremen: Dissertation.

Kelle, Udo (1999): *Vom Einzelfall zum Typus*. Opladen: Leske + Budrich.

Keller, Berndt; Seifert, Hartmut (2011): *Atypische Beschäftigung und soziale Risiken. Entwicklung, Strukturen, Regulierung*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Keller, Berndt; Seifert, Hartmut (2011): "Atypische Beschäftigungsverhältnisse. Stand und Lücken der aktuellen Diskussion", *WSI-Mitteilungen* 64 (3): 138-145.

Kraemer, Klaus; Speidel, Frederic (2005): "Prekariisierung von Erwerbsarbeit. Zur Transformation eines arbeitsweltlichen Integrationsmodus", in: Heitmeyer, Wilhelm und Imbusch, Peter (Hg.), *Integrationspotenziale einer modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften:367-390.

- Lehmann, Diana; Dörre, Klaus; Scherschel, Karin (2009): "Prekarität und Migration. Ausgewählte Daten und Trends". Institut für Soziologie, Working Paper 7/2009.
- Leisewitz, André; Pickshaus, Klaus (2001): *Entgrenzung der Arbeit im flexiblen Kapitalismus*. Hamburg: VSA.
- Leithäuser, Thomas; Volmerg, Birgit (1988): *Psychoanalyse in der Sozialforschung. Eine Einführung am Beispiel einer Sozialpsychologie der Arbeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Manske, Alexandra (2007): *Prekarisierung auf hohem Niveau. Eine Feldstudie über Alleinunternehmer in der IT-Branche*. München u.a.: Rainer Hampp.
- Mayer-Ahuja, Nicole (2003): *Wieder dienen lernen? Vom westdeutschen "Normalarbeitsverhältnis" zu prekärer Beschäftigung seit 1973*. Berlin: Edition sigma.
- Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim u.a.: Beltz.
- Müller-Hilmer, Rita (2006): Gesellschaft im Reformprozess. Download unter: http://www.infratest-politikforschung.de/download/FES_Ergebnisse.pdf (Zugriff am 18.3.2013).
- Pelizäus-Hoffmeister, Helga (2008): "Unsicherheiten im Lebensverlauf um 1900 und 2000", *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 33-34 25-31.
- Pelizzari, Alessandro (2009): *Dynamiken der Prekarisierung. Atypische Erwerbsverhältnisse und milieuspezifische Unsicherheitsbewältigung*. Konstanz: UVK.
- Pongratz, Hans J.; Voss, Günter (2003): *Arbeitskraftunternehmer. Erwerbsorientierung in entgrenzten Arbeitsformen*. Berlin: Edition sigma.
- Rodgers, Gerry (1989): "Precarious Work in Western Europe", in: Rodgers, Gerry und Rodgers, Janine (Hg.), *Precarious Jobs in Labour Market Regulation. The Growth of Atypical Employment in Western Europe*. Genf: ILO: 1-16.
- Schäfer, Claus (2003): "Effektiv gezahlte Niedriglöhne in Deutschland", *WSI-Mitteilungen* 56 (7): 420-428.
- Schiek, Daniela (2010): *Aktivistinnen der Normalbiographie. Zur biographischen Dimension prekärer Arbeit*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thiele, Günter; Bellmann, Lutz. (2007): "Arbeitseinkommen in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Deutschland 1998-2003", *Pflege & Gesellschaft* 12 (4): 360-379. Verband für medizinischer Fachberufe (2013): Zahlen und Fakten. Download unter: www.vmf-online.de/downloaddateien/downloads-pressebereich/zahlen-und-fakten.pdf (Zugriff am 18.03.2013).
- Vogel, Berthold (2009): "Das Prekariat - eine neue Lage", in: Castel, Robert und Dörre, Klaus (Hg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung*. Frankfurt am Main: Campus: 197-208.
- Volmerg, Birgit; Senghaas-Knobloch, Eva; Leithäuser, Thomas (1986): *Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wiethölter, Doris (2012): *Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich*. Berlin-Brandenburg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung.
- Wittel, Andreas (1998): "Gruppenarbeit und Arbeitshabitus", *Zeitschrift für Soziologie* 27 (3): 178-192.
- Witzel, Andreas (1995): "Das problemzentrierte Interview", in: Jüttemann, Gerd (Hg.), *Qualitative Sozialforschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz: 227-255.
- Witzel, Andreas; Reiter, Herwig (2012): *The problem centred interview*. Thousand Oaks: Sage.
- WSI-Tarifarchiv (2013): Tarifbindung nach Beschäftigten 1998-2011 in %. Download unter: http://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_4828.htm (Zugriff am 17.03.2013).

Anhang

Interviewleitfäden

Leitfaden Verbandsvertreter/in

Generelle Einschätzung

Welche wichtigen Entwicklungen haben sich in den letzten Jahren in den Arztpraxen durch die Gesundheitspolitik ergeben?

Verbände als Akteure

Welche Rolle spielt ihr/e Verband/Gewerkschaft bei den Tarifverhandlungen?

Welche Interessen vertreten Sie für/gegenüber Arzthelferinnen?

Welche Fortbildungsangebote halten Sie für Arzthelferinnen bereit?

Praxisorganisation

Wie haben sich diese Veränderungen auf die Organisation in den Praxen bemerkbar gemacht?

Praxisgröße und Beschäftigungszuwachs/-verlust

Was halten Sie von der These des Gesundheitswesens als Jobmotor? Ist von einem Fachkräftemangel auszugehen?

Hat die Mitarbeiterzahl in den Praxen zugenommen?

Gibt es auffällige, unterschiedliche Ausprägungen bei den jeweiligen Fachrichtungen?

Welche Faktoren beeinflussen die Größe einer Praxis?

Mitarbeiterstruktur

Wie hoch ist der Anteil der MFA

a) in Kliniken gegenüber denjenigen b) in den Arztpraxen schätzungsweise?

Was die Mitarbeiterstruktur betrifft: Welche wichtigen Veränderungen sind in den Arztpraxen zu beobachten?

Gibt es in der Gruppe der Arzthelferinnen unterschiedliche Spezialisierungen?

Ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei den Mitarbeitern gestiegen?

Wie viele Arzthelferinnen sind gewerkschaftlich organisiert?

im Verband (VmF)?

in der Gewerkschaft?

Wie sind Arzthelferinnen organisiert über Betriebsräte/Personalräte?

Lohnstruktur& Arbeitszeit & Arbeitsbedingungen

Wie haben sich die Löhne der Ärzte in den letzten Jahren entwickelt?

Wie werden die Löhne der Arzthelferinnen ausgehandelt?

Können Sie einmal schildern wie sich die Löhne der Mitarbeiter entwickelt haben?

Ihrer Einschätzung nach, werden die Arzthelferinnen je nach Qualifikation unterschiedlich entlohnt?

Wie hoch ist der Anteil der Arzthelferinnen, die nach Tarif bezahlt werden?

Wie hoch ist der Anteil von Mitarbeitern in Teilzeit?

Hat deren Anteil in den letzten Jahren zugenommen?

Wie hoch ist der Anteil geringfügig Beschäftigter? Anstieg?

Wie hoch ist der Anteil der befristet Beschäftigten? Anstieg?

Sind diese Arbeitsformen in bestimmten Fachrichtungen besonders häufig anzutreffen?

Wie haben sich die Arbeitsbedingungen von Ärzten und ihren Mitarbeitern verändert?

Schützen tarifliche Vereinbarungen die Mitarbeiter vor schlechten Arbeitsbedingungen (geringe Entlohnung, erzwungene Teilzeit etc.)?

Ihrer Einschätzung nach, haben die Arzthelferinnen je nach Qualifikation unterschiedliche Arbeitszeiten?

Leitfaden Ärzte

Vorab an die Arztpraxis verschicken:

Damit ich Ihre Praxis zunächst einmal besser kennenlernen, können Sie mir ein paar generelle Angaben zur Fachrichtung, Anzahl der Mitarbeiter, Aufteilung der Arbeitsbereiche/Tätigkeiten, Entlohnung (nach Tarif?), Gründungsjahrmachen?

Können Sie am Anfang einmal aus Ihrer Sicht die Veränderungen der Personalpolitik in Ihrer Arztpraxis beschreiben, die es in den letzten Jahren aufgrund der Gesundheitspolitik gegeben hat?

Abgesehen davon, können Sie einmal wichtige Veränderungen in Ihrer Arztpraxis in den letzten Jahren nennen?

Zunahme von Mitarbeitern in Teilzeit?

Zunahme von Minijobs?

Zunahme befristeter Beschäftigung?

Zunahme von Arzthelferinnen/nen mit Migrationshintergrund?

Wie organisieren Sie die Arbeitszeit der Arzthelferinnen/nen nach Praxisablauf?

Mittagszeit?

Abends?

Wie wird mit Überstunden umgegangen? Ausgezahlt/abgefeiert etc.?

Wie sieht es mit der Arbeitsbelastung Ihrer Mitarbeiterinnen/nen aus?

Welche Entwicklungen stellen Sie fest hinsichtlich Ihrer Arbeitsbelastung?

Einschätzung der Mitarbeiterinnen/nen

Wenn Arzthelferinnen bei Ihnen aufhören zu arbeiten, was sind ihre Gründe?

Was glauben Sie, wie zufrieden ist/sind Ihre Mitarbeiterinnen/nen?

Was glauben Sie, inwiefern entspricht die Tätigkeit als Arzthelferin ihrer Präferenz?

Welche Rolle spielen Fortbildungen in Ihrer Arztpraxis?

Leitfaden MFA/Arzthelferinnen

Berufsbiographie/aktive Gestaltung der Erwerbsbiographie?

Erzählen Sie [am Anfang] einfach einmal wie es dazu kam, dass Sie Arzthelferin geworden sind?

Fragealternative/Nachfrage: Warum sind sie Arzthelferin geworden?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer bisherigen beruflichen Entwicklung?

In den ersten Interviews: Können Sie einmal genau schildern, wie ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aussieht?

Aktuelle Berufssituation/Tätigkeitsbeschreibung

Können Sie einmal ausführlich beschreiben, was ihre Tätigkeit umfasst?

Können Sie einmal ausführlich erzählen wie Ihre aktuelle Arbeitssituation aussieht?

Gehalt?

Wie wird Ihre Arbeitszeit festgelegt?

Dürfen Sie mitbestimmen?

Erfolgt die Festlegung in Abhängigkeit mit der beruflichen Spezialisierung?

Wochenarbeitszeit?

Wenn teilzeitbeschäftigt, warum?

Überstunden?

Entsprechen Bezahlung & Arbeitszeiten tariflichen Vereinbarungen?

Befristet/Entfristet?

Arbeitsatmosphäre?

Arbeitsbelastung?

Wie gehen Sie mit Ihrer Arbeitsbelastung um?

Veränderungen im Berufsfeld?

Fortbildungsmöglichkeiten?

Sind Sie Verbandsmitglied/Gewerkschaftsmitglied?

Warum?

Berufliche Erwartungen/Zukunftsperspektive

Inwiefern entsprechen die von Ihnen geschilderten Arbeitsbedingungen Ihren Erwartungen an eine gute Arbeitsstelle?

Welche Vor- und Nachteile ergeben sich für Sie durch die Beschäftigung?

Was würden Sie gerne verändern? Wie?

Können Sie sich vorstellen, sich in Zukunft weiter fortzubilden/weiter zu qualifizieren?

Wenn ja, in welchem Bereich?

Eine Frage zum Schluss: Wenn eine Ihrer Kolleginnen aus der Praxis ausgeschieden ist, wissen Sie aus welchen Gründen sie ging?