

Kathmann, Till; Dingeldey, Irene

Research Report

Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?
Lohnstrukturen, Beschäftigungsformen und Handlungsstrategien von
medizinischen Fachangestellten. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 9

Provided in Cooperation with:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen / Arbeitnehmerkammer Bremen

Suggested Citation: Kathmann, Till; Dingeldey, Irene (2015) : Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung? Lohnstrukturen, Beschäftigungsformen und Handlungsstrategien von medizinischen Fachangestellten. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 9, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/124861>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

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 (MFA) – 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 MFA unterstreicht, dass nicht nur An- und Ungelernte Prekaritätsrisiken ausgesetzt sind. Die aktualisierte Neuauflage wurde um statistische Analysen unter anderem zu den Lohnstrukturen erweitert.

TILL KATHMANN | IRENE DINGELDEY



Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

TILL KATHMANN | IRENE DINGELDEY

**Lohnstrukturen, Beschäftigungsformen
und Handlungsstrategien
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 & Schuldt, Bremen

Titelfoto:

Fotolia.com / © ISO K^o - photography

Druck:

Girzig+Gottschalk GmbH, Bremen

2. aktualisierte und erweiterte Auflage 2015
ISSN: 2195-7266

Bestellung:

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

Till Kathmann und Irene Dingeldey

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 09 | 2015

Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

Lohnstrukturen, Beschäftigungsformen
und Handlungsstrategien von medizinischen
Fachangestellten

Vorwort

Nach den Alten- und Krankenpflegekräften zählen die Medizinischen Fachangestellten, wie die Arzthelferinnen offiziell seit 1996 heißen, zur zweitgrößten Beschäftigtengruppe in den Gesundheitsfachberufen. Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten gehört seit Jahren zu den beliebtesten dualen Ausbildungsberufen junger Frauen.

Mit der Neuordnung des Berufs von einem Assistenzberuf zu einer umfassenden Fachkraftausbildung wurde das Berufsbild aufgewertet und den neuen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung angepasst. Die Tätigkeit der Medizinischen Fachangestellten ist anspruchsvoll, vielfältig und verantwortungsvoll. Medizinische Fachangestellte arbeiten nicht nur in Arztpraxen sondern zunehmend auch in Krankenhäusern. Sie erbringen sowohl kaufmännische und verwaltende Tätigkeiten als auch von Ärzten delegierte medizinische Leistungen an den Patientinnen und Patienten.

Wenig beachtet waren hingegen eine lange Zeit die Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten. In unserer Rechtsberatung haben wir die Erfahrung machen müssen, dass Medizinische Fachangestellte sich häufig zu Themen wie Arbeitszeiten, Kündigungen und Gehalt beraten lassen. Auch vor diesem Hintergrund haben wir das gemeinsam von Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer getragene Institut Arbeit und Wirtschaft damit beauftragt, eine Analyse der Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten vorzulegen.

Die 2013 von Irene Dingeldey und Till Kathmann vorgelegte Studie „Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung. Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten“ hat große Aufmerksamkeit erfahren und vielfach Diskussionen um die Situation in den medizinischen Fachberufen ausgelöst.

Dies war für uns der Grund, die Arbeit an diesem Thema fortzusetzen und die Autoren zu bitten, bereits zeitnah eine Neuauflage zu erstellen und dafür die aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten zu nutzen. Im Ergebnis liegt jetzt die im Bereich der quantitativen Analyse erweiterte und aktualisierte Studie vor: „Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung? Lohnstrukturen, Beschäftigungsformen und Handlungsstrategien von medizinischen Fachangestellten“. Die Erweiterung der Datenanalyse bezieht sich vor allem auf Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zur Niedriglohnbeschäftigung und der Linked-Employer-Employee-Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) unter anderem zur Tarifbindung.

Die Studie bestätigt im Wesentlichen die 2013 veröffentlichten Ergebnisse. Die Medizinischen Fachangestellten arbeiten überwiegend in kleinen Praxen. Dies hat zur Folge, dass für sie der Kündigungsschutz in der Regel nicht gilt. Lediglich in den tendenziell größeren Praxen der Nuklearmedizin und Radiologie gilt für die Mehrheit der Medizinischen Fachangestellten der Kündigungsschutz. Die kleinbetriebliche Struktur hat zudem zur Folge, dass nur 16 Prozent der Medizinischen Fachangestellten in Betrieben mit Betriebsrat arbeiten.

Die Betroffenheit von Niedriglöhnen ist weiterhin hoch. Allerdings ist eine leicht positive Entwicklung festzustellen: So ist die Niedriglohnquote für alle Medizinischen Fachangestellten leicht gesunken. Lag sie im Zeitraum von 2001 bis 2005 noch bei 35,8 Prozent, sind für den Zeitraum von 2007 bis 2011 noch 32,9 Prozent ermittelt worden. Betrachtet man nur die Normalbeschäftigten, liegt der Niedriglohnanteil im Zeitraum von 2007 bis 2011 bei 39,6 Prozent.

Positiv ist, dass Befristungen bei Medizinischen Fachangestellten kaum eine Rolle spielen. Dagegen sind Minijobs und Teilzeittätigkeiten weit verbreitet. Dies wird allerdings von den Beschäftigten überwiegend nicht als problematisch, sondern vielmehr als Möglichkeit zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie wahrgenommen. Das Haushaltseinkommen wird in diesen Fällen über das Einkommen des Partners gesichert.

Dagegen werden insbesondere die hohen zeitlichen Flexibilitätsanforderungen von den Medizinischen Fachangestellten als belastend wahrgenommen. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist auch ein häufiger Grund für Konflikte mit dem Arbeitgeber.

Wir würden uns freuen, mit der Studie wieder zu einer Diskussion über die zukünftige Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und Einkommensmöglichkeiten von Medizinischen Fachangestellten sowie zur Weiterentwicklung des Berufsfeldes beizutragen. Im Interesse unserer Mitglieder, aber auch im Sinne einer Fachkräfte- und Versorgungssicherung gilt es aus unserer Sicht vor allem dafür zu sorgen, dass die Reichweite von Tarifverträgen erhöht wird. Auf diesem Weg kann das Niedriglohnrisiko reduziert werden und möglichst viele Beschäftigte von den deutlichen Tarifsteigerungen partizipieren. Wir hoffen, dass die Studie einen Beitrag leistet, entsprechende Bemühungen von Gewerkschaften, des Berufsverbandes, aber auch von Ärztekammern und der Tarifpartei ärztlicher Arbeitgeber (Arbeitsgemeinschaft zur Regulierung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten) zu stützen.

In diesem Sinne werden wir uns auch zukünftig für die Interessen unserer in den Gesundheitsfachberufen und der Pflege beschäftigten Mitgliedern einsetzen.



Peter Kruse
Präsident



Ingo Schierenbeck
Hauptgeschäftsführer

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 Vollzeitstätigkeit, 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 – überrepräsentiert. Des Weiteren waren von prekären Arbeitsverhältnissen zunächst 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. Die Debatte um prekäre Arbeitsverhältnisse ist daher wesentliches Element, um eine „neue Konstellation des Sozialen“. 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 vonseiten der Beschäftigten als Reaktion auf eine Prekarisierung entwickelt?

Um die Forschungsfragen zu beantworten, haben wir sowohl eigene quantitative als auch qualitative Analysen realisiert und zudem sekundäranalytische Ergebnisse aufgearbeitet. Unsere quantitativen Analysen basieren auf Daten des Linked-Employer-Employee-Datensatzes (LIAB) und des Sozioökonomischen Panels (SOEP). Die qualitativen Ergebnisse stammen aus einer von uns zwischen Juni 2012 bis Februar 2013 in Bremen durchgeführten Studie mit zehn MFA sowie verschiedenen Experten. Das realisierte Forschungsprojekt liefert zwei übergreifende Befunde: Erstens wird deutlich, dass in diesem Berufsfeld auch zahlreiche unbefristete Vollzeitstätigkeiten objektiv prekäre Merkmale aufweisen, da die Entlohnung unterhalb bzw. nahe der Niedriglohngrenze liegt und die tariflichen und sozialen Rechte aufgrund der kleinbetrieblichen Strukturen nur eingeschränkt gelten. Teilzeittätigkeiten werden dagegen meist nicht als prekär wahrgenommen, da sie oftmals als Teil des modernisierten Ernährermodells auf Haushaltsebene unmittelbar abgesichert sind. Damit einhergehende Prekaritätsrisiken treten somit erst mittel- oder langfristig auf. Zweitens wird die Relevanz der subjektiven Verarbeitung prekärer Arbeitsverhältnisse unterstrichen. Dabei sind die Wahrnehmung prekärer Arbeitsverhältnisse auf der einen Seite und die darauf aufbauenden Handlungsstrategien im Sinne von Exit, Voice und Loyalty (in Anlehnung an Hirschman (1970, 1992)) zu differenzieren. Unter Exit werden verschiedene Ausstiegsoptionen verstanden, die von einem Arbeitgeberwechsel bis hin zum Ausstieg aus dem Berufsfeld reichen. Als Voice aufgefasst wird das Engagement in den Organisationen oder Institutionen der Interessensvertretung, um eine Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu erreichen. Loyalty wiederum bezeichnet eine Zufriedenheit oder Anpassung an bestehende Arbeitsbedingungen.

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. Diese wird auf Basis des LIAB zwischen 2008 und 2010 mit 42 Prozent ermittelt. Voraussetzung für die Verbindlichkeit des Tarifvertrags ist, dass sowohl die einzelnen Arbeitgeber, die in diesem Berufsfeld überwiegend durch Privatpraxen und damit kleinbetriebliche Strukturen geprägt sind,

als auch die jeweiligen MFA Mitglied bei den jeweiligen Tarifpartnern sind. Das ist jedoch nur selten der Fall. Die Gewerkschaft ver.di 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. Dementsprechend liegt der Organisationsgrad in dem untersuchten Berufsfeld der MFA laut Daten des SOEP bei 2,9 Prozent im Zeitraum von 2007 bis 2011. Darüber hinaus sind, durch die kleinbetriebliche Struktur bedingt, wesentliche Schutzrechte wie beispielsweise der Kündigungsschutz nur partiell gültig, da dieser erst ab einer Betriebsgröße von zehn und mehr Mitarbeitern gilt. Ferner gibt es auch selten einen Betriebsrat, da für dessen Wahl mindestens fünf ständige, wahlberechtigte Beschäftigte in einer Praxis arbeiten müssten. Selbst dort, wo dies der Fall ist, so zeigt unsere Untersuchung, sind Betriebs- oder Personalräte selten vorhanden. Nur 16,3 Prozent aller beschäftigten MFA arbeiteten 2011 laut Daten des SOEP in einem Betrieb mit Betriebsrat.

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 weitverbreitet. Sie werden jedoch überwiegend ausgeübt, 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 Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, die die Wahrnehmung prekärer Arbeitsverhältnisse mildern können. Zu den Handlungsoptionen und -strategien gehören verschiedene Exit-Optionen. Als interne Exit-Option ist in erster Linie der Arbeitgeberwechsel zu nennen. Dieser erfolgt, wenn die Wahrnehmung schlechter oder sich verschlechternder Arbeitsbedingungen einstellt und andernorts ein besseres Arbeitsverhältnis in Aussicht steht. Bei allen untersuchten MFA finden sich z. T. mehrfache Arbeitgeberwechsel. Als temporäre Exit-Optionen ist der Ausstieg aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis durch den Übergang in die Familienphase zu sehen. Ferner stellt der Berufswechsel eine weitere Exit-Option 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 Exit-Option (z. B. eine Tätigkeit bei einer Krankenkasse o. ä.). Wie eine bisherige Studie zeigen konnte, wechselt etwa die Hälfte der MFA ihren Beruf (Wiethölter 2012).

In der vorliegenden Studie dominieren klar die Handlungsstrategien, die als Exit-Strategien verstanden werden können. Andere Handlungsoptionen, wie z. B. die Voice-Option, 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, die ein charakteristisches Merkmal dieses Berufsfeldes darstellt.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Kurzfassung.....	7
Tabellenverzeichnis.....	10
Einleitung.....	11
1 Überblick über den Forschungsstand.....	12
1.1 Die Prekaritätsdebatte.....	12
1.2 Subjektive Verarbeitungsformen von prekären Arbeitsbedingungen	13
2 Methoden und Feldzugang.....	14
3 Das Berufsfeld der Medizinischen Fachangestellten (MFA) – objektive Prekaritätsmerkmale.....	16
3.1 MFA als Frauenberuf	16
3.2 Beschäftigungstrends im Berufsfeld der MFA	16
3.3 Ausweitung atypischer Beschäftigungsformen.....	17
3.4 Betriebsstruktur und deren sozial- und arbeitsrechtliche Konsequenzen.....	19
3.5 Tarifpolitik und Niedriglohnpotenzial	20
3.6 Zwischenfazit	22
4 Die subjektive Relevanz objektiver Prekaritätsmerkmale.....	22
4.1 Das Gehalt als zentrales Merkmal prekärer Beschäftigung bei den MFA	22
4.2 Die Bedeutung des Gehalts: zwischen finanzieller Restriktion und finanzieller Autonomie.....	23
4.3 Der Einkommensvergleich als soziale Verortung.....	24
4.4 Die Arbeitszeit von MFA: Entgrenzungs- und Marginalisierungstendenzen	26
4.5 Atypische Beschäftigungsformen und die Frage der Freiwilligkeit.....	27
5 Handlungsstrategien von MFA im Umgang mit Prekarität.....	28
Fazit.....	30
Literaturverzeichnis.....	32
Anhang: Interviewleitfäden.....	37
Teil A: Leitfaden Verbandsvertreter/in.....	37
Teil B: Leitfaden Ärzte.....	38
Teil C: Leitfaden MFA/Arzthelferinnen.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von Arzthelferinnen/MFA seit 2001 im Bundesgebiet und Bremen	17
Tabelle 2: Die Altersstruktur der Sprechstundenhelferinnen, 1999-2011	18
Tabelle 3: Beschäftigungsstruktur in ausgewählten Facharzttrichtungen 2007 in Deutschland	19
Tabelle 4: Tariflohn vollzeitbeschäftigter Medizinischer Fachangestellter seit dem 01.04.2012	20
Tabelle 5: Gehalt als relevantes und prekäres Merkmal Medizinischer Fachangestellter	25

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 atypische oder prekäre 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 festzumachen, 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: 30 f.). Wichtig für die Charakterisierung von Prekarität erscheint dabei, dass neben „objektiven Kriterien“, wie Vertragsformen und Niedriglohn, auch deren subjektive Berücksichtigung finden (Brinkmann et al. 2006). 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 Ent-

wicklung 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 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 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.

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 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Interessanterweise verknüpft die Studie einerseits politische Typen mit Schichtmerkmalen und kommt zu dem Schluss, dass die prekär Abgehängten zu 49 Prozent 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 Vollzeittorm 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 atypischen 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 aus³, um prekäre Ar-

¹ Prekäre Arbeitsbedingungen sind keine neue Erscheinung des 21. Jahrhunderts. Zu Recht ist auf vielfältige historische Vorläuferformen hingewiesen worden. Dazu gehören die sogenannten 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 wurde. 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 Migrantinnen 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, der 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/Speidel 2005). Gleichwohl ist nicht zu unterschlagen, dass dieses Arrangement 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.

beitsbedingungen 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 unterthematized 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 Überlegungen ist die Argumentation, dass flexibilisierte Arbeitsmarktstrukturen auf nicht flexibilisierte Denk- und Handlungsmuster der Beschäftigten träfen 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 (Leise-witz/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: 108 f.) 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 ausgestalten zu können (vgl. auch Schiek 2010: 30; Kramer/Speidel 2005: 376). Fraglich bleibt erstens jedoch, ob diese Charakteristika 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 (exitoption)“ abhängt (Kraemer/Speidel 2005: 378). Damit hängt zweitens eng zusammen, dass die Seite der subjektiven Verarbeitung objektiv prekärer Arbeitsverhältnisse bislang undifferenziert geblieben ist. Entsprechend ist anzunehmen, dass bei der Verarbeitung einerseits die Wahrnehmung und andererseits die daraus resultierenden Handlungsstrategien zu unterscheiden sind. Drittens 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 viertens als offen angesehen werden, ob prekäre Arbeitsbedingungen ausschließlich zu Prekarisierungsängsten, sozialer Unsicherheit und Diskontinuitäten im Lebenslauf führen oder ob die Betroffenen vielleicht auch anders darauf reagieren und spezifische Handlungsstrategien entwickeln. 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 vonseiten der Beschäftigten als Reaktion auf eine Prekarisierung entwickelt?

2 Methoden und Feldzugang

Die vorliegende Studie verfolgt einen mixed-method-Ansatz, um über die Kombination von quantitativen als auch qualitativen Methoden zu einem umfassenden Bild des Phänomens der (prekären) 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 berufsfieldspezi-

fische 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 auf Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) und des Linked-Employer-Employee (LIAB)-Datensatzes des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen. Für den LIAB-Datensatz gilt ein Untersuchungszeitraum von 2000 bis 2010. Dieser Untersuchungszeitraum ist damit begründet, dass erst ab 1999 Daten zur geringfügigen Beschäftigung vorliegen, ab 2000 erst zuverlässige Daten zu Tarifregimen. Der Endzeitpunkt 2008-2010 ergibt sich aus den aktuellsten verfügbaren Wellen (vgl. IAB 2014). Für die Berechnungen auf Grundlagen von SOEP-Daten liegt der Untersuchungszeitraum zwischen 2001 bis 2011. Dieser Untersuchungszeitraum wurde u. a. deswegen gewählt, weil die Daten zur Mitgliedschaft in Gewerkschaften in vier Wellen erhoben wurden (2001, 2003, 2007, 2011).

Die Tarifbindung wird anhand der LIAB-Daten ermittelt und bezieht sich auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte inklusive Minijobber.⁴ Für diese Gruppen wurden Berechnungen zum monatlichen Erwerbseinkommen, zur Wochenarbeitszeit, zum Stundenlohn, zum Niedriglohn, der Betriebsgröße und der Betriebsratsdichte durchgeführt. Die SOEP-Daten ergänzen im Wesentlichen die LIAB-Daten und ermöglichen auch Aussagen zu weiteren atypischen Beschäftigungsformen. Zusätzlich ist im SOEP die Gewerkschaftsmemberschaft in vier Wellen erhoben worden (2001, 2003, 2007, 2011). Das Problem beim SOEP von zu geringen Fallzahlen bei feineren Analysen in der Berufsgruppe ist durch das Poolen der Jahresquerschnittsdaten zu zwei Perioden (2001-2005 und 2007-2011) weitgehend behoben worden.

Zu den Primäranalysen wurden sekundäranalytische Daten in die Auswertung einbezogen, u. a. vom Statistischen Bundesamt und vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. 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 sekundäranalytische Auswertungen werden ergänzt durch insgesamt sieben Experten-

⁴ Ausgeschlossen wurden Auszubildende, Personen in Altersteilzeit, Wehr- und Zivildienstleistende, Behinderte und Personen über 60 Jahre – Letzteres um Selektionseffekte hinsichtlich der Frühverrentung zu vermeiden.

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

Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung bildet die qualitative Studie, die auf die subjektive Wahrnehmung der MFA in Bezug auf ihre Beschäftigungsverhältnisse, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen und ihre Handlungsstrategien fokussiert. 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 zustande, 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 des 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, so dass die Studie sowohl Berufsanfängerinnen als auch Personen mit langjähriger Berufserfahrung umfasst. 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 potenziell 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 partnerschaft-

lich 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 Exit-Optionen 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 unserem 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 halb strukturierte 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 nicht strukturierten Erhebungsverfahren ab. Es eignet sich deswegen für stärker theoriegeleitete Forschungsanliegen bzw. dort, wo auf schon

vorhandene Forschungs- und Kenntnisstände Bezug genommen werden kann, wie es bei der vorliegenden Untersuchung der Fall ist. So kann beispielsweise auf eine breite Diskussion um prekäre Beschäftigungsverhältnisse in der Forschungsliteratur verwiesen werden.

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 Begrifflichkeit“ 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 (MFA) – objektive Prekaritätsmerkmale

3.1 MFA als Frauenberuf

Die Untersuchungsgruppe der Medizinischen Fachangestellten (MFA)⁵ 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 Dienstleis-

tungsbereich. Auch im Zeitverlauf hat sich daran kaum etwas verändert: Waren im Jahr 2000 97,9 Prozent Frauen, so waren es 2010 in diesem Berufsfeld geringfügig mehr: 98,7 Prozent (Verband für medizinische Fachberufe 2013: 1). Die Tertiarisierung 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 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 medizinische Fachberufe 2013: 1)⁶. Die Beschäftigtenzahlen stiegen dann bis zum Jahr 2010 auf 562.000 an (Verband für medizinischer Fachberufe 2013: 1).⁷ Prozentual gesehen gibt es im betrachteten Zeitraum damit ein Beschäftigungswachstum von 10,6 Prozent für diese Berufsgruppe. Insgesamt stellen die Hilfsberufe im Gesundheitswesen, zu denen beispielsweise MFA, ZFA und Pflegehelfer zählen, die zweitgrößte Berufsgruppe des Gesundheitswesens

⁵ 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 entlassende 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 Assistenztätigkeit assoziiert.

⁶ Problematische an den meisten quantitativen Daten-grundlagen 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.

⁷ 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).

(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 18,6 Prozent. 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 ist (Ost: 54,6%; West: 43,6%). Von den Berufsaussteigerinnen war über die Hälfte (54,7%) nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt, 12 Prozent waren in einem verwandten Beruf beschäftigt, während 33,3 Prozent berufsfremd beschäftigt waren (Wiethölter 2012: 26). Gleichwohl zeigt sich eine Veränderung der Altersstruktur bei den MFA, die sowohl auf den stärkeren Verbleib von Frauen im Beruf als generellem Trend als auch auf eine verstärkte Nutzung des Arbeitskräfte-reservoirs von Älteren in diesem Berufsfeld verstanden werden kann. 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 Prozent unter 25 Jahren waren, ging der Anteil dieser Altersgruppe auf 13,3 Prozent 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 Prozent auf 21 Prozent, was eine Steigerung von 11,1 Prozentpunkten ausmacht. Gleichwohl ist ein Beschäftigungsknick in der Gruppe der 25- bis 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.

**Tabelle 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 Prozent im Jahr 1998 auf 28 Prozent im Jahr 2011 zu – also um 6,8 Prozentpunkte (IAB 2012). Sie liegt damit

über dem durchschnittlichen Anstieg in der gesamten Gesundheitswirtschaft.⁸ Dabei ist die Zunahme vor allem auf den Bereich der Teilzeitstellen über 18 Stunden zurückzuführen, da diese von 17,1 Prozent auf 22 Prozent zunahm, während Teilzeitstellen unter 18 Stunden lediglich von 4,1 Prozent auf 6 Prozent 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 Steigerung von 16,2 Prozent entspricht (Bundesagentur für Arbeit 2012). Damit stellten die geringfügig entlohnten Beschäftigten 15,9 Prozent aller Sprechstundenhelferinnen im Jahr 2003, wobei der Anteil dann auf 16,7 Prozent im Jahr 2011 stieg. Insgesamt liegt dieser Anteil jedoch unter dem Anteil der geringfügig entlohnten Beschäftigten auf der Bundesebene, der bei knapp 17 Prozent im Jahr 2003 und bei 20,7 Prozent im Jahr 2011 lag.⁹

Wie unsere Berechnungen zeigen, spielt die befristete Beschäftigung wie auch die Zeitarbeit als prekäre Beschäftigungsform bei den MFA kaum eine Rolle. Der Anteil der befristeten Beschäftigung liegt im Zeitverlauf bei knapp über 4 Prozent. Die Zeitarbeit hat sich im Zeitraum 2001-2005 von 0,7 Prozent auf 1,6 Prozent im Zeitraum 2007-2011 zwar mehr als verdoppelt, bleibt allerdings auf sehr geringem Niveau.

Tabelle 2: Die Altersstruktur der Sprechstundenhelferinnen, 1999-2011, in Prozent

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 8,9 Prozent bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen, während die Anzahl geringfügig Beschäftigter um 2,1 Prozent 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 Arbeitslosenzahlen 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.

⁸ 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.

⁹ 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 betroffen: 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).

Tabelle 3: Beschäftigungsstruktur in ausgewählten Facharzttrichtungen 2007 in Deutschland

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-Ohrenheil-Kunde	6,8	5,4	2,9
Orthopädie	9,6	8,0	3,8
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 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). In Krankenhäusern waren im Jahr 2010 dagegen nur

29.000 VZÄ vorhanden (ebd.)¹⁰. Allerdings ist auch hier ein Anstieg seit 2000 um 5.000 VZÄ festzustellen (ebd.). Wendet man sich der Anzahl der tätigen Personen in den Arztpraxen zu, zeigen sich je nach

¹⁰ Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Zahlen sowohl ZFA als auch MFA umfassen.

Tabelle 4: Tariflohn vollzeitbeschäftigter Medizinischer Fachangestellter seit dem 1.4.2012

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I (Euro)	Tätigkeitsgruppe II (Euro)	Tätigkeitsgruppe III (Euro)	Tätigkeitsgruppe IV (Euro)
1.-3.	1.538	1.615	-	-
4.-6.	1.641	1.723	1.805	1.970
7.-10.	1.755	1.843	1.931	2.107
11.-16.	1.857	1.950	2.043	2.222
17.-22.	1.977	2.076	2.174	2.372
23.-29.	2.097	2.202	2.307	2.517
Ab dem 30.	2.221	2.332	2.443	2.665

Quelle: Bundesärztekammer 2009:12

Fachrichtung Unterschiede (siehe Tab. 3). Während sie mit durchschnittlich 6,4 tätigen Personen in den Praxen der Allgemeinmediziner am geringsten ist, ist sie mit 9,6 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.¹¹

Weil MFA überwiegend innerhalb einer kleinbetrieblichen Struktur arbeiten, hat dies Folgen für 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 in der Regel nicht. Lediglich in Praxen von Nuklearmedizinern und Radiologen gilt für die Mehrheit der MFA der Kündigungsschutz. Ein Betriebsrat kann bereits ab einer Größe von mindestens fünf ständigen, wahlberechtigten Beschäftigten eingerichtet werden, wobei drei davon wählbar sein müssen (BetrVG § 1). Gleichwohl ergeben die Befunde aus unseren Experteninterviews, dass selbst dort, wo formell ein Betriebsrat eingerichtet werden könnte, dies faktisch fast nie geschieht (Exp 1). Diese Einschätzung wird zusätzlich unterstützt durch unsere quantitativen Befunde: Während 2001 13,4 Prozent aller MFA in Betrieben mit Betriebsrat arbeiteten, waren es 2011 16,3 Prozent.

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 damit nur eine Minderheit der Beschäftigten dieser Berufsgruppe ab. Aufgrund der geringen Tarifsteigerungen vor etwa zehn Jahren ist ver.di aus den Tarifgesprächen ausgestiegen 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).¹² Der seit Langem bestehende Berufsverband für medizinische Fachberufe (VmF) agiert nunmehr als Tarifpartner für die MFA. Da der Berufsverband für medizinische Fachangestellte nur etwa 24.000 Mitglieder aufweist (Exp 4), ist auch hier ein vergleichsweise geringer Organisationsgrad der Beschäf-

¹¹ 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 Nuklearmedizinern durchschnittlich 7,5 Teilzeitbeschäftigte (vgl. Tabelle 3).

¹² De facto scheinen Gewerkschaften auch diese Vertretungsrechte nur vereinzelt auszuüben – wie uns eine MFA aus Bremen berichtet hat (Int 9).

tigten zu konstatieren. Unseren Analysen auf Grundlage des SOEP zufolge lag der Organisationsgrad der MFA insgesamt bei 5,9 Prozent im Zeitraum von 2001-2003 und bei 2,9 Prozent in den Jahren 2007-2011. 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 gilt als primäre Orientierung für die Entlohnungsstrukturen der MFA in den Praxen. Er differenziert nach Anzahl der Berufsjahre und Tätigkeitsgruppen.

Einen Überblick über den Tariflohn für Vollzeittätige, der ab dem 1.4.2012 ein Jahr lang galt, gibt Tab. 4 wieder. Auf diesen bereits abgelösten Tarifvertrag wird zurückgegriffen, um den Bezug zur Niedriglohnschwelle herstellen zu können. Diese lag bei 9,30 € und wurde anhand der jüngsten Welle des SOEP vom Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) für 2012 unter Einbezug aller abhängig Beschäftigten errechnet.¹³

Legt man die im Tarifvertrag von 2012 vereinbarte Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden zugrunde, ergibt sich ein Bruttostundenlohn von 9,23 € (Tätigkeitsgruppe I, 1.-3. Berufsjahr) bis zu 15,99 € (Tätigkeitsgruppe IV, ab dem 30. Berufsjahr). Damit lag die Einstiegsstufe des Tariflohns unter der für das entsprechende Jahr berechneten Niedriglohnschwelle.

Vor allem in den letzten Jahren wurden deutliche Tarifsteigerungen erreicht. Der vom 1.4.2013 an gültige Tarifvertrag sieht eine Gehaltssteigerung von 4,5 Prozent zum 1.9.2013 sowie eine Einmalzahlung für Vollzeitbeschäftigte von 375 € für die Zeit vom 1.4.2013 bis zum 1.9.2013 vor. Eine weitere Gehaltssteigerung um 3 Prozent gilt ab dem 1.4.2014 (Bristrup 2013). Für das Jahr 2014 wird damit ein Bruttostundenlohn in Höhe von 10,10 € in der niedrigsten Tarifgruppe erreicht. Ob damit allerdings die Niedriglohnschwelle überschritten ist, muss als offen angesehen werden, da Lohnsteigerungen in der Gesamtwirtschaft dazu beitragen dürften, dass auch diese angestiegen ist.

Da die niedergelassenen Ärzte nicht formal Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind und auch nur ein geringer Teil der MFA im Berufsverband organisiert

ist, ist letztlich nur eine mittlere Reichweite und damit Geltungskraft des Tarifvertrages gegeben. Sie liegt unseren Berechnungen auf Grundlage von LIAB-Daten bei 55 Prozent im Zeitraum von 2000-2002 und 2004-2006, sank dann aber auf 42 Prozent für den Zeitraum von 2008-2010.¹⁴ Auch dieser Anteil dürfte eine Überschätzung des tatsächlichen Anteils sein, weil kleinere Betriebe, die tendenziell seltener einer Tarifbindung unterliegen, im LIAB unterrepräsentiert sind.

Aufgrund der spezifischen institutionellen Gegebenheiten in der Tarifpolitik wird vonseiten der MFA eine Anlehnung an die im Tarifvertrag ausgehandelten Lohnleitlinien 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). Entlang der allgemeinen Einkommensdifferenzen 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 lagen bislang nur für Arztpraxen mit mehr als 10 Mitarbeiterinnen vor. Dort lag 2010 die Niedriglohnquote bei Vollzeitbeschäftigten bei 39 Prozent; in Zahnarztpraxen sogar bei 55 Prozent (Arbeitnehmerkammer Bremen 2010: 148). Auf Basis des SOEP wurde ein Niedriglohnanteil zwischen 2001-2005 von 35,8 Prozent und im Zeitraum 2007-2011 von 32,9 Prozent errechnet. Der Niedriglohnanteil im NAV fällt allerdings höher aus: In den bereits genannten Zeiträumen lag er bei 41,2 Prozent bzw. 39,6 Prozent. Diese Anteile korrespondieren 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 Prozent. Dabei waren Frauen im Gesundheitssektor mit 47 Prozent deutlich stärker betroffen als Männer (20%)

(Berninger/Schröder in Vorbereitung).¹⁵ Eine geschlechtsspezifische Unterscheidung bei den MFA ist

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. Für die Berechnung der Niedriglohnschwelle an dieser Stelle wurden die Daten des IAQ verwendet (Kalina/Weinkopf 2014), für die Berechnung des Niedriglohnanteils bei den MFA greifen wir auf eigene Berechnungen auf Grundlage des SOEP zurück.

¹⁴ Auch insgesamt ist eine sinkende Tarifbindung von Beschäftigten zu konstatieren: 1998 waren in West-deutschland 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 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

nicht sinnvoll wegen des besonders hohen Frauenanteils in diesem Berufsfeld. Zudem sind die Fallzahlen für Männer im SOEP zu gering, um belastbare Ergebnisse zu generieren.

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 Vertretung 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 infolge 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 vonseiten 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 ehemaligen Mitschülerin aus der Ausbildung, die arbeitet jetzt im [Klinikumsname]. Die kriegen da zum Beispiel, nur weil die im Krankenhaus arbeiten, für 38,5 Stunden 1.400€ tariflich ausgezahlt. Und wir kriegen nur 1.100€ 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 Berufsbiografie 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 Tarif-

beruhen und in diesem Bericht als zentrale Referenzquelle verwendet wurden, liegt daran, dass im LIAB für diese Berechnung nur Vollzeitkräfte berücksichtigt werden. Dem entsprechend dürften die oben genannten Niedriglohnanteile auf Basis des SOEP eher als eine konservative Schätzung betrachtet werden.

¹⁶ Überraschenderweise werden übertarifliche Bezahlungen aus einer Kinderarzt- und aus einer Hausarztpraxis 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.

vertrag 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 einen 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 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. 559 ff.).

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. 402 ff.).

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. 369 f.).

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:

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

„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 Vorsorgeuntersuchungen 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 [Arbeitgeber] verdient ein Schweinegeld, fährt nen Porsche und bestes Beispiel von einer Mitschülerin von mir, die arbeitet bei einem Orthopäden und der fuhr mit seinen Freun-

den 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 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 Gegenteiligkeit kann folgende typische Interviewpassage verstanden werden, die die Einkommensdifferenz zwischen MFA und Ärzten nicht grundsätzlich verneint und infrage stellt, aber kontextualisiert und legitimiert:

„[V]ielleicht sieht man das als MFA noch mal 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 Typ, der viel gibt und macht das auch gerne, aber es ist auch schon ein stressiger Job durchaus“ (Int 8 Z. 1206-1218).

¹⁸ // bedeuten in den Interviewtranskriptionen plötzliche Satzbrüche.

**Tabelle 5: Gehalt als relevantes und prekäres Merkmal
Medizinischer Fachangestellter**

Kennung	Interviewpassage	Zeilenangabe
Int 1	Und das Gehalt! Man muss ganz ehrlich sagen, das ist auch nicht so (..) viel.	Z. 461 f.
Int 2	Das Gehalt könnte mehr sein. Sage ich ganz ehrlich. (...) Nachteil würde ich sagen: Das Gehalt. Weil auch wenn man Vollzeit arbeitet ist es nicht	Z. 693 und 1040 ff.
Int 3	Einfach, man hat zu wenig Geld und zu wenig Perspektiven.	Z. 854 f.
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 Geld 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. 526 ff. und 1224-1229
Int 7	Kam ja nicht so viel bei rum.	Z. 68 f.
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. 1225 f.
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; 622 f

Quelle: Interviews, eigene Darstellung

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. 369 f.).*
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 noch mal 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 Exit-Strategien 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 angelehntem 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 beitragen: „Aber ausbezahlen wäre jetzt nicht, das machen wir eigentlich nicht. Weils auch schön flexibel macht, das ist ganz gut“ (Int 8 Z. 569 ff.).

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 o.k. 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 und 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 umgewandelt 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. 151 ff.).

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 folgende

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: [W]enn ich mir das (...) vorstelle, dann arbeiten Sie von morgen 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. 178 ff.; 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 Regelungsgewalt 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 dem-

entsprechend 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 Arbeitgeber] 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 noch mal 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 Berufsbiografien 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. 1050 f.). 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. 797 ff.).

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

Eine der wichtigsten Exit-Strategien 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. 1049 f.).

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

In allen erhobenen Berufsbiografien 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.

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).

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.

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

„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).

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. 494 ff.). Ebenfalls bestätigt wird diese Exit-Strategie 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. 561 f.). Als Beispiel für diese Exit-Strategie kann folgende Interviewpassage gelten: „Ich will sowieso da nicht länger bleiben. Ich will mich weiterbilden“ (Int 5 Z. 793 f.). 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 zusammengearbeitet habe. Weil die einfach ge// also aus den zwi-

schmenschlichen Gründen da (...) Weil auch weil so viele Frauen auf einem Haufen. Das ist auch nicht immer so leicht“ (Int 3 Z. 1031 f.).

Bei der Analyse der Gründe für die verschiedenen Exit-Strategien 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 anzulegen, obwohl das potenziell 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 Exit-Grund 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).

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.).

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

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 weitergemacht haben, jetzt mit Abi 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 von Frauen dominierten 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 eine nur geringe Bindekraft. Zudem beinhaltet die darin für Berufsanfängerinnen vorgesehene Tarifstufe eine Entlohnung, die sogar knapp unter der Niedriglohnschwelle lag. Die Tarifsteigerungen der letzten Jahre sind als Reaktion zu verstehen, die Attraktivität des Berufsfeldes zu verbessern. Inwiefern durch die gewährten Lohnzuwächse allerdings eine verbesserte Position in Bezug auf den Nied-

riglohn erreicht wird, muss als offen angesehen werden. Schließlich 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 fast vollständige 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 nicht als Risiken reflektiert. Außerdem bleiben die genannten Beschäftigungsarten oft auf Episoden innerhalb der Berufsbiografie 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 Grün-

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

dung 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 Exit-Strategien. Die wichtigste Exit-Strategie innerhalb des Berufsfeldes stellt der Arbeitgeberwechsel dar, der in allen Berufsbiografien der Interviewten zu finden ist.²³ Die Familiengründung beinhaltet im Einklang mit einem eher tradierten Rollenverständnis eine weitere, temporäre Exit-Strategie. Exit-Strategien 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 Prekariisierung von Beschäftigungsbedingungen anzusehen.

Die zu beobachtenden individuellen Exit-Strategien 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 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.

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.

Literaturverzeichnis

- 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 Warsewa, Günter (Hg.), *Wandel der Governance von Erwerbsarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag:
- BIBB (2003): Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge nach Ausbildungsberufen und ausgewählten Berufsgruppen in 1992, 2000 und 2001. Download unter: www.bibb.de/dokumente/pdf/naa309_2001_tab004_0bund.pdf (Zugriff am 05.05.2014).
- 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 05.05.2014).
- 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 05.05.2014).
- 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.
- Bristrup, Rosemarie (2013): "Medizinische Fachangestellte: Notwendige Tarifsteigerungen", *Deutsches Ärzteblatt* 110 (31-32): 1472-1473.
- Bundesagentur für Arbeit (2010): *Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2012): *Bestand an Arbeitslosen insgesamt nach ausgewählten Zielberufen*

- fen 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-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRI/LL/_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: 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).
- IAB (2014): Linked-Employer-Employee-Daten des IAB (LIAB): Kurzbeschreibung des LIAB-Längsschnittmodells 1993-2010. Download unter: http://fdz.iab.de/de/Integrated_Establishment_and_Individual_Data/LIAB/Outline.aspx (Zugriff am 12.12.2014).
- 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 franst nach unten aus*. Duisburg-Essen: IAQ.
- Kalina, Thorsten; Weinkopf, Claudia (2014): *Niedriglohnbeschäftigung 2012 und was ein gesetzlicher Mindestlohn von 8,50 € verändern könnte. IAQ-Report 02/2014*. . Universität 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): "Prekarisierung 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): *Aktivisten 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 05.05.2014).

Anhang: Interviewleitfäden

Teil A: 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?
 - in Kliniken gegenüber denjenigen
 - 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?

Teil B: 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?), Gründungsjahr ... machen?

- 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 mit Migrationshintergrund?
- Wie organisieren Sie die Arbeitszeit der Arzthelferinnen nach Praxisablauf?
 - Mittagszeit?
 - Abends?
 - Wie wird mit Überstunden umgegangen? Ausgezahlt/abgefeiert etc.?
- Wie sieht es mit der Arbeitsbelastung Ihrer Mitarbeiterin/nen aus?
- Welche Entwicklungen stellen Sie fest hinsichtlich Ihrer Arbeitsbelastung?

Einschätzung der Mitarbeiterinnen

- Wenn Arzthelferinnen bei Ihnen aufhören zu arbeiten, was sind ihre Gründe?
- Was glauben Sie, wie zufrieden ist/sind Ihre Mitarbeiterinnen?
- Was glauben Sie, inwiefern entspricht die Tätigkeit als Arzthelferin ihrer Präferenz?
- Welche Rolle spielen Fortbildungen in Ihrer Arztpraxis?

Teil C: Leitfaden MFA/Arzthelferinnen

Berufsbiografie/aktive Gestaltung der Erwerbsbiografie?

- 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 und 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?

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen

Nr. 1 | 2013

Hotze, Jessica: Das Ernährermodell als Armutsrisiko?

Eine bremische Bestandsaufnahme von Erwerbsmustern in Familien.

Nr. 2 | 2013

Sommer, Jörg, Alexander Matysik und Martin Leusch: Geförderte Existenzgründungen aus Arbeitslosigkeit.

Ausgangslage – Subjektive Wahrnehmungen – Perspektiven.

Nr. 3 | 2013

Benedix, Ulf, Gerlinde Hammer, Irena Medjedovic´ und Esther Schröder:

Arbeitskräftebedarf und Personal-entwicklung in der Pflege – eine Erhebung im Land Bremen.

Nr. 4 | 2013

Kathmann, Till und Irene Dingeldey: Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung?

Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten.

Nr. 5 | 2013

Matysik, Alexander, Martin Leusch und Günter Warsewa:

Bildungszielplanung in der Arbeitsförderung. Struktur und Funktion im Land Bremen.

Nr. 6 | 2013

Benedix, Ulf und Irena Medjedović: Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege.

Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten.

Nr. 7 | 2014

Matysik, Alexander, Christian Wessel und Ulrich Heisig: Gute Beschäftigungschancen im öffentlichen Dienst?

Bedingungen und Strategien des Bremer Senats zur Gewinnung von Nachwuchskräften.

Nr. 8 | 2015

Prigge, Rolf und René Böhme: Kindertagesbetreuung zwischen Armutsprävention und der Vereinbarkeit

von Familie und Beruf. Lokale Regelungsstrukturen im Vergleich.