



Ärztinnen im Spannungsfeld zwischen Karrierezielen und Familienplanung:

**Eine Analyse gesellschaftlicher, beruflicher und familiärer
Determinanten**

Bachelorarbeit von

Antonia Weschke

Matrikelnummer: 2057118

Hamburg am 10. März 2014

Erstgutachterin:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Färber (HAW Hamburg)

Zweitgutachterin :

Dipl. Gesundheitswirtin Wiebke Bendt (HAW Hamburg)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Zusammenfassung.....	3
1. Einleitung	4
2. Fachkräftemangel in der Medizin	7
3. Frauen in medizinischen Berufen	9
3.1 Historische Entwicklung.....	9
3.2 Aktuelle Situation von Medizinerinnen in Deutschland.....	11
4. Geschlechtsstereotype und Rollenbilder	16
5. Work-Life-Balance	19
6. Lebensgemeinschaften.....	22
6.1 Dual Career Couples.....	24
6.2 Häusliche Arbeitsteilung	26
7. Das Thema „Kind“	29
7.1 „Der richtige Zeitpunkt“ und das „passende Arbeitsumfeld“	29
7.2 Berufstätigkeit mit Kind	31
8. Empfehlungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	35
8.1 Betriebliche Kinderbetreuung	36
8.2 Flexible Arbeitszeitmodelle	37
8.3 Individuelle Unterstützung: Mentoring, Coaching	39
9. Schlusswort	42
10. Literaturverzeichnis.....	45
11. Anhang.....	52
Eidesstattliche Erklärung	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beziehungskonstellationen von Ärztinnen und Ärzten (Dettmer & Hoff, 2005, S. 68).....	23
Abbildung 2: Angebote von Krankenhäusern für Ärztinnen und Ärzte in und nach der Elternzeit (Blum & Löffert, 2010, S. 97).....	32

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zeigt im Rahmen einer theoretischen Analyse auf, inwieweit sich die beruflichen Ziele und der Wunsch nach Familie bei Ärztinnen in Deutschland ergänzen oder gegenseitig blockieren. Dieses Thema ist auf Grund des durch die demografisch bedingte Alterung der Gesellschaft und eine hohe Abwanderungsquote deutscher Ärztinnen und Ärzte verursachten Fachkräftemangels von besonderer Relevanz. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, das Arbeitsfeld von Medizinerinnen und Medizinern attraktiver zu gestalten. Da viele Ärztinnen berufliche Abstriche in Kauf nehmen, um familiären Anforderungen gerecht werden zu können, scheint eine Verbesserung der Arbeitssituation hinsichtlich der Vereinbarkeit mit familiären Interessen ein erster sinnvoller Ansatzpunkt. In diesem Kontext wird die bestehende Vereinbarkeitsproblematik auf gesellschaftlicher, beruflicher und familiärer Ebene analysiert und durch Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Ärztinnen ergänzt.

Um 1900 wurden die ersten Frauen zum Studium der Medizin in Deutschland zugelassen. Heute sind sie in medizinischen Berufen eine Selbstverständlichkeit und ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Ärztinnen und Ärzte steigt. Aktuell sind bereits zwei Drittel der Studierenden weiblich.

Trotzdem sind Ärztinnen in einkommens- und prestigeträchtigen Fachgebieten und in Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert. Ursächlich hierfür scheinen eine verstärkte Karriereorientierung der Männer und ein Motivmix bei Frauen zu sein, welche stets versuchen, eine Balance zwischen Beruf und Privatleben zu erreichen.

Seinen Ursprung hat dieser Unterschied in Geschlechtsstereotypen und Rollenbildern: So gilt der Mann in vielen Familien nach wie vor als Hauptverdiener, welcher für eine finanzielle Sicherung der Familie, nicht aber für den Haushalt zuständig ist, während die Frau mit hohen Erwartungen an eine familiäre Verfügbarkeit die Fürsorgepflicht für Kinder und Haushalt trägt. In Kombination mit unzureichenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten und familienunfreundlichen Arbeitszeiten im Schichtdienst wird Ärztinnen eine Lebensgestaltung ohne Abstriche in den familiären oder den beruflichen Interessen erheblich erschwert.

Neben der Vorstellung unterschiedlicher Kinderbetreuungskonzepte, welche insbesondere in Krankenhäusern zu einer Entlastung der Medizinerinnen führen können, bieten auch flexiblere Arbeitszeitmodelle Handlungsspielräume zur Vereinfachung der Beruf-Familien-Vereinbarkeit. Darüber hinaus wird die Bedeutung individueller Unterstützungsangebote wie Mentoring und Coaching für Ärztinnen erläutert.

1. Einleitung

Immer mehr Ehen werden geschieden, die Zahl alleinerziehender Elternteile steigt und immer mehr Frauen bleiben kinderlos. Sie drängen zunehmend in die Erwerbstätigkeit, während die Diskussionen über gesetzliche Frauenquoten zur Erreichung einer zahlenmäßigen Gleichstellung der Frau die Politik bewegen.

All dies sind Entwicklungen, welche weitreichende Auswirkungen auf Berufsverläufe, Familien-konstellationen und die oft benannte Work-Life-Balance deutscher Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben.

Darüber hinaus verändert sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung im Rahmen des demografischen Wandels erheblich, was in medizinischen Berufen zu einem Rückgang der Fachkräfte einerseits und zu einer vermehrten Nachfrage nach ärztlichen Leistungen andererseits führt.

Durch den so zunehmenden Fachkräftemangel geraten Krankenhausleitungen und Kommunen in Bedrängnis und erhöhen die Belastung für Ärztinnen und Ärzte.

Übermäßige Arbeitslast, Schicht-, Spät- und Nachtdienste sowie oft unbezahlte Überstunden führen dazu, dass eine Vereinbarung von Arbeit und Privatleben immer schwieriger wird.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Situation junger Ärztinnen. Gerade diese stehen bei dem Versuch, familiäre und berufliche Interessen miteinander zu verbinden, häufig vor einer „*entweder – oder*“ Entscheidung, welche heute nicht mehr erforderlich sein sollte.

Ziel ist es darzustellen, in wieweit sich die berufliche und die familiäre Lebenswelt, also die Karriere- und Familien- bzw. Kinderplanung junger Ärztinnen, gegenseitig ergänzen oder blockieren. Karrierehinderliche Faktoren werden – unter der Berücksichtigung der für Mediziner geltenden Bedingungen – dargestellt und erläutert. Schließlich werden die Voraussetzungen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf formuliert und durch Verbesserungsvorschläge zur jetzigen Situation von Ärztinnen in Deutschland ergänzt.

Kapitel zwei stellt den bereits benannten Fachkräftemangel in medizinischen Berufen unter Einbeziehung demografischer Veränderungen dar und soll verdeutlichen, warum es so wichtig ist, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern. Darüber hinaus wird gezeigt, warum insbesondere das Potential junger Ärztinnen besser genutzt werden sollte.

Kapitel drei beschreibt den langen Weg deutscher Frauen in die Medizin. Eine Schilderung des seit 1848 stattfindenden Wandels soll ein Verständnis dafür schaffen, worin die Ausgrenzungsmechanismen gegenüber Frauen in der heutigen Arbeitswelt ihre Ursprünge haben. Um zu zeigen, was sich bereits verändert hat, wird im Anschluss die aktuelle Situation von Medizinerinnen in Deutschland erklärt. Ein Schwerpunkt liegt hierbei auf ihrer Repräsentanz in unterschiedlichen Fachgebieten und führenden Positionen.

Kapitel vier erläutert eine im Kontext dieser Arbeit entscheidende Ursache dafür, warum Frauen und Männer beruflich unterschiedlich erfolgreich sind: Geschlechtsstereotype und Rollenbilder.

Es lässt sich – insbesondere mit Kenntnissen über die Benachteiligung von Frauen in der Vergangenheit – feststellen, dass sich bis heute viel zum Positiven entwickelt hat, eine wirkliche Chancengleichheit ist jedoch noch nicht erreicht.

Zwar versuchen immer mehr Unternehmen, die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiterinnen stärker zu berücksichtigen, dennoch: Ist es dann soweit, dass eine Frau Kinder bekommt, wird sie berufliche oftmals benachteiligt. Und obwohl auch in den Köpfen vieler Männer ein Wandel stattzufinden scheint, sie wünschen sich mehr Zeit für die Familie und weniger im Beruf, verfallen viele Partnerschaften nach der Familiengründung in traditionelle Muster. In letzter Konsequenz sind – selbst im Jahr 2014 – die Verantwortlichkeiten klar zugeteilt: Der Mann sorgt für eine finanzielle Sicherung der Familie, während die Frau sich um Kinder und Haushalt kümmert.

Wie eine Vereinbarkeit dieser Aufgaben mit der eigenen Erwerbstätigkeit gelingen kann, wird in Kapitel fünf anhand des Konzeptes der Work-Life-Balance erläutert.

Der Einfluss von Partnerschaften auf die Karriereplanung von Ärztinnen wird in Kapitel sechs analysiert. Zuerst im Allgemeinen, dann bezogen auf „Dual Career Couples“ im Speziellen. Dabei geht es auch um die häusliche Arbeitsteilung in Lebensgemeinschaften, welche für Frauen zum Karrierehindernis werden kann, wenn sie sich zugunsten der Haus- und Familienarbeit im Beruf weniger engagieren.

Die Kinderplanung, welche sich ebenfalls karrierehinderlich auswirken kann, ist Thema von Kapitel sieben. Wann wäre der richtige Zeitpunkt für Kinder und welches Arbeitsumfeld ist günstig für eine Familiengründung? An dieser Stelle werden die Bedingungen geschildert, unter welchen Mütter in medizinischen Berufen Familie und Arbeit zu vereinbaren versuchen. Schwerpunkte liegen hierbei auf der Elternzeit, der Kinderbetreuung und Teilzeitarbeitsmodellen.

In Kapitel acht werden Konzepte vorgestellt, welche Ärztinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern sollen: Eine betriebliche Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiten und individuelle Unterstützungsangebote wie Mentoring und Coaching.

Eine kurze Zusammenfassung der Situation deutscher Ärztinnen folgt in Kapitel neun. Die wichtigsten Aspekte und aus der Arbeit abgeleitete Handlungsempfehlungen werden resümiert und es folgt ein Fazit.

2. Fachkräftemangel in der Medizin

Die deutsche Gesellschaft altert durch ein sinkendes Geburtenniveau, gepaart mit einer steigenden Lebenserwartung (Egeler, 2009, S. 1). Aktuelle Schätzungen zufolge werden 2020 zwischen 25 und 36 Prozent der deutschen Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). Diese Entwicklung erhöht den Bedarf an medizinischer Versorgung. Außerdem induziert der medizinische Fortschritt eine zusätzlich erhöhte Nachfrage nach Leistungen, eine Nachfrage, welcher nicht mehr ausreichend nachgekommen werden kann. In vielen Kommunen und insbesondere in ländlichen Gegenden ist die flächendeckende Versorgung durch Fach- und Hausärzte bereits heute nicht mehr gewährleistet. Bundesweit sind in den Krankenhäusern 5500 Arztstellen unbesetzt (Bundesärztekammer, 2012). Ein Grund für diese medizinische Unterversorgung ist die Überalterung der Ärzteschaft. Die Zahl der über 60-jährigen Vertragsärzte ist von 9,2 Prozent im Jahr 1995 auf 19,6 Prozent im Jahr 2009 gestiegen, während der Anteil der unter 35-Jährigen von 28,4 auf 16,6 Prozent gesunken ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). Viele der Ärztinnen und Ärzte werden nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben keine Nachfolger finden.

Ein weiteres Problem verstärkt diese Entwicklung: Viele junge Ärztinnen und Ärzte arbeiten unter derart ungünstigen Arbeitsbedingungen, dass immer mehr von ihnen Deutschland verlassen (Baumhove & Kirchner, 2012, S. 248). Zwar kommen auch ausländische Ärztinnen und Ärzte nach Deutschland um hier zu arbeiten, doch das Verhältnis ist unausgeglichen: Deutschland verliert jedes Jahr mehr medizinische Fachkräfte als neue dazu kommen (Kopetsch, 2010, S. 114, 121; Adler & Knesebeck, 2011, S. 230). Mittlerweile sind mindestens 17.000 deutsche Ärztinnen und Ärzte im Ausland tätig, auch aufgrund der teilweise massiven, staatlich initiierten Abwerbestrategien einiger Länder, darunter vor allem skandinavische Länder und Großbritannien (Kopetsch, 2008, S. 719; Kopetsch, 2010, S. 121f).

Aus den beschriebenen Gründen ist es notwendig, das Berufsfeld der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland attraktiver zu gestalten (Bundesärztekammer, 2012). Das Potenzial hochqualifizierter Frauen und Männer muss ausgeschöpft werden, um die medizinische Versorgung in Deutschland sicherstellen zu können (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK), 2010, S. 1).

In diesem Zusammenhang gewinnt auch die familienfreundliche Gestaltung von Arbeitsplätzen an Bedeutung (Bundy, Bellemann, & Weber, 2011, S. 801), denn immer mehr Frauen ergreifen medizinische Berufe.

Die Herausforderung für die Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen liegt darin,

Frauen in ärztlichen Berufen die Vereinbarkeit von Familie und Arbeit zu erleichtern. Es ist ein Umdenken zu fördern und ein an der Realität orientiertes Arbeitsumfeld zu schaffen, in welchem sich Ärztinnen nicht zugunsten der Arbeit gegen ein Kind entscheiden müssen, und in welchem sie nicht gezwungen sind, ihre beruflichen Ambitionen zu reduzieren, weil es zum Beispiel keine passenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten gibt (Abele, 2005, S. 177).

3. Frauen in medizinischen Berufen

Woran liegt es, dass die weiblichen Ressourcen in Gesundheitsberufen nicht voll ausgeschöpft werden? Im folgenden Kapitel soll eine Schilderung des langen Weges, welchen Frauen auf ihrem Weg in die Medizin beschreiten mussten, verdeutlichen, woher die noch heute stattfindende Benachteiligung von Ärztinnen kommt.

Im Anschluss daran folgt eine Erörterung der heutigen Situation von Ärztinnen in der Arbeitswelt. Wie gut konnten sie sich bisher in dieser eher männlich dominierten Welt behaupten? Außerdem wird aufgezeigt, wo nach wie vor Handlungsbedarf besteht, um eine Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzten zu erreichen.

3.1 Historische Entwicklung

Frauen waren noch bis in das zwanzigste Jahrhundert hinein stark benachteiligt und hatten weit weniger Rechte als Männer. Doch die Geschlechterverhältnisse haben sich gewandelt: Heute sind Frauen den Männern rechtlich gleichgestellt, was sich in unterschiedlichen Entwicklungen niederschlägt (Abele, Hoff, & Hohner, Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg, 2003, S. 9). Die Frauenerwerbstätigkeit steigt, die Fixierung auf den Mann als Familienernährer lässt nach, und das Zweiverdienermodell etabliert sich in der heutigen Gesellschaft (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 21). Während eine Untersuchung aus den Jahren 1982 und 1991 zeigte, dass etwa 52 Prozent der Westdeutschen und 30 Prozent der Ostdeutschen der Ansicht waren, Frauen sollten lieber die Karriere ihres Mannes fördern, als selbst Karriere zu machen, hat sich die Zahl der Zustimmungen zu dieser Einstellung bis heute mehr als halbiert (Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 2011, S. 396).

Frauen haben eine wachsende Verantwortung für die Existenzsicherung übernommen: Für die eigene, die ihrer Kinder oder als Partnerinnen in einer Lebensgemeinschaft (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 23). Bis das möglich war, brauchte es jedoch eine lange Zeit voller gesellschaftlicher Veränderungen.

1848/49 begann die Emanzipationsbewegung in Deutschland mit der Gründung von Vereinen, welche sich dafür einsetzten, dass Frauen ein Recht auf Berufsbildung und Studium erhielten (Brinkschulte, 2006, S. 10f).

Zum ersten überregionalen Zusammenschluss kam es 1865: Unter dem Vorsitz von Louise Otto Peters wurde der „Allgemeine Deutsche Frauenverein“ in Leipzig zum Grundstein der bürgerlichen Frauenbewegung in Deutschland (ebd. S. 11). Sein

Hauptziel war die Zulassung von Frauen zum Studium an Universitäten und insbesondere zum Studium der Medizin (ebd. S. 12). Als Begründung für diese Forderung schrieb Louise Otto Peters 1866: „Jedes weibliche Wesen wird sich besonders in Fällen, wo eine Besichtigung des Körpers nötig ist, wie bei Verkrümmungen, lieber von einer Geschlechtsgenossin untersuchen und behandeln lassen; und aus diesem Grund sind als eine Forderung der Weiblichkeit weibliche Ärzte auf das dringendste zu wünschen.“ (Otto-Peters, 1997/ 1866, S. 102).

Während die Universität Zürich das Medizinstudium bereits 1865 für Frauen öffnete (Bestmann, Rohde, Wellmann, & Küchler, 2004, S. 776), wurde der Weg zur Immatrikulation in Deutschland erst 1899 geebnet: Ein vom Bundesrat veröffentlichter Beschluss legte fest, dass es Frauen von nun an möglich sein sollte, ein ärztliches, zahnärztliches oder pharmazeutisches Staatsexamen abzulegen (Brinkschulte, 2006, S. 13). Bis der Beschluss umgesetzt wurde, dauerte es je nach Länderregierung unterschiedlich lange. Vorreiter war Baden im Jahre 1900, gefolgt von Bayern 1903 und Preußen 1908 (ebd. S. 13). Die letzte Hürde auf dem Weg der Frauen in die Universitäten wurde 1919 genommen: Sie erhielten das Habilitationsrecht (ebd. S. 21).

Der folgende Aufschwung während der Weimarer Republik war jedoch nicht von langer Dauer. Die Machtübernahme der Nationalsozialisten hatte verheerende Auswirkungen auf die akademischen Laufbahnen von Ärztinnen in Deutschland. Sie wurden mit Nachdruck aus ihren Berufen gedrängt, unter anderem durch den Doppelverdiener-Erlass aus dem Jahr 1932. Dieser legte fest, dass verheiratete Frauen aus öffentlichen Stellen zu entlassen seien, wenn auch ihr Ehepartner ein Einkommen hatte (Brinkschulte, 2006, S. 27).

Erst im Nachkriegsdeutschland stieg die Zahl praktizierender Ärztinnen wieder kontinuierlich an (Brinkschulte, 2006, S. 31). Seither zieht es immer mehr Frauen in die Medizin. Seit 1991 ist der Anteil berufstätiger Ärztinnen von 33,6 auf über 44 Prozent im Jahr 2011 gestiegen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013), unter den Erstsemestern im Fach Humanmedizin sind bereits etwa 70 Prozent weiblich (Astrid Bühren zitiert in ÄrzteZeitung, 2012).

3.2 Aktuelle Situation von Medizinerinnen in Deutschland

Der Weg von Frauen an die Universitäten und in den Beruf der Ärztin war lang. Doch sie haben es geschafft und werden immer mehr Teil einer über lange Zeit männlich dominierten Arbeitswelt (Dettmer, Grote, Hoff, & Hohner, 1999, S. 14).

Bis zu einer beruflichen Chancengleichheit gegenüber den Männern ist es jedoch noch weit. Zwar werden immer mehr Frauen Ärztin, in einigen Quellen wird in diesem Zusammenhang bereits von einer „Feminisierung der Medizin“ gesprochen (Sagebiel & Vetter, 2003), doch die „Männerdomäne Medizin ist noch keineswegs weiblich“ (Bühren & Schoeller, 2010, S. 12): Von den 342.100 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland sind knapp die Hälfte Frauen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013; Bühren & Schoeller, 2010, S. 12). Betrachtet man jedoch die Führungspositionen, welche mit erhöhten Entscheidungskompetenzen verbunden sind, so beträgt der Anteil der Ärztinnen nur noch acht Prozent. In chirurgischen und internistischen Gebieten ist der Anteil oft noch geringer (Bühren & Schoeller, 2010, S. 12). Im Gegensatz hierzu arbeiten 41,6 Prozent der Ärztinnen und nur 20,7 Prozent der Ärzte in einer niedrigeren Position, zum Beispiel als Assistentin bzw. Assistent (Bestmann, Rohde, Wellmann, & Küchler, 2004, S. 777).

Der beschriebene Effekt wird von verschiedenen Autoren, so auch von Jutta Dalhoff, mit einer „geschlechtsspezifischen Segregation“ erklärt, welche auf zwei Ebenen stattfindet: Die **horizontale Segregation** bezeichnet die Tatsache, dass Frauen und Männer sich sehr ungleichmäßig auf verschiedene Fachgebiete verteilen - in jenen mit hohem Einkommen und Prestige sind Frauen deutlich unterrepräsentiert (Dalhoff, 2005, S. 7). Die **vertikale Segregation** beschreibt das Geschlechterverhältnis innerhalb eines Fachgebietes, welches wie beschrieben zu Ungunsten der Ärztinnen ausfällt (ebd. S. 7). Männer steigen deutlich schneller auf und besetzen in der Regel höhere Positionen als Frauen, welche nur selten in Führungspositionen anzutreffen sind (Dettmer, Grote, Hoff, & Hohner, 1999, S. 17,19f).

Ein Abgleich des Ausmaßes der vertikalen Segregation in Deutschland mit dem übrigen Europa zeigt: In Deutschland ist die Zahl der durch Frauen besetzten Führungspositionen mit 21 Prozent besonders niedrig. Der europäische Schnitt liegt bei 30 Prozent (Bühren & Schoeller, 2010, S. 11).

Doch nicht nur international, sondern auch innerhalb Deutschlands zeigen sich Unterschiede: In den neuen Bundesländern ist der Frauenanteil in leitenden Positionen durchschnittlich höher als in den alten. Ursächlich hierfür ist die Tatsache, dass ostdeutsche Frauen ihre berufliche Laufbahn seltener zugunsten der Familienplanung

unterbrechen oder in eine Teilzeittätigkeit wechseln. Damit stehen sie in der Tradition der ehemaligen DDR, in der die Berufstätigkeit von Frauen gewollt und die Zahl der Vollzeitbeschäftigungen unter Arbeitnehmerinnen gefördert wurde. In der BRD hingegen war die Mehrzahl der Mütter nicht erwerbstätig oder in Teilzeit tätig (Kleinert, 2011, S. 1).

Doch was ist ursächlich für die beschriebenen Segregationsprozesse? Häufig werden psychologische Erklärungen herangezogen, und es wird auf geschlechtsspezifische Motive verwiesen, welche die berufliche Laufbahn formen (Abele, Hoff, & Hohner, Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg, 2003, S. 10).

Bei der **horizontalen Segregation** spielt beispielsweise die Ausbildungszeit eine Rolle: Frauen entscheiden sich – zugunsten der Familienplanung – besonders oft für Fachbereiche, bei denen diese im Verhältnis kürzer ist. Während Männer prestigeträchtige Fachbereiche wie Chirurgie und Orthopädie dominieren, finden sich Frauen hauptsächlich in Fächern wie der Kinderheilkunde, Dermatologie oder Augenheilkunde (Dettmer, Grote, Hoff, & Hohner, 1999, S. 16f).

Doch das starke Bedürfnis nach der Verwirklichung familiärer Interessen beeinflusst nicht nur die Wahl des Fachgebietes, es scheint auch bei der Entscheidung für oder gegen eine Weiterbildung relevant zu sein. Eine Erhebung von Barbara Buddeberg-Fischer und Richard Klaghofer ergab, dass 72 Prozent der befragten Mediziner und nur 56 Prozent der Medizinerinnen an einer Weiterbildungsqualifikation teilnahmen (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte, 2003, S. 17). Frauen begründeten den Verzicht auf eine Weiterbildung dabei größtenteils mit privaten Belangen, während ihre männlichen Kollegen dienstliche Ursachen angaben (Bestmann, Rohde, Wellmann, & Küchler, 2004, S. 777). Ein Ergebnis, welches darauf verweist, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erheblichen Einfluss auf die Karriereentscheidungen junger Frauen hat. Der von ihnen ausgetragene Konflikt zwischen beruflichen und familiären Interessen wird an vielen Punkten der beruflichen Laufbahn zum Karrierehindernis (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005, S. 202f).

Auch die **vertikale Segregation** begründet sich in der Art und Weise, wie Frauen ihre Karriere planen und organisieren. Hier sind jedoch andere Faktoren ausschlaggebend als bei der horizontalen Segregation:

Um die Einflussfaktoren auf die Berufsverläufe junger Ärztinnen zu definieren, wurden im Rahmen einer umfangreichen Studie zwei Absolventenjahrgänge (1995, 1996) der Medizin - je nach dem zweiten Staatsexamen, eineinhalb Jahre später und erneut

eineinhalb Jahre später – zu ihren beruflichen und privaten Plänen und Perspektiven befragt (Abele, 2003, S. 32f). Direkt nach dem Examen waren keinerlei Geschlechterunterschiede bezüglich der Leistungen und Erwartungen zu beobachten. Auch die Ergebnisse des dritten Staatsexamens und die Promotionsquoten zeigten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Erst beim Berufseinstieg wurde ein Schereneffekt zu Lasten der Frauen sichtbar – ihr beruflicher Erfolg war bereits während des Praktikums geringer und verschlechterte sich noch während der Assistenzarztzeit (Abele, 2003, S. 39f).

Eine Längsschnittstudie über die „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachlichen Weiterbildung“ im Rahmen eines Verbundprojektes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des europäischen Sozialfonds ermittelte zudem „signifikante Geschlechterunterschiede im Hinblick auf die antizipierten Karriereziele“ (Rothe, et al., 2012, S. 316). Das heißt konkret: Nur zwei Prozent der Frauen strebten vor dem Beginn einer Weiterbildung eine chefärztliche und nur 25,5 Prozent eine oberärztliche Position an. Bei den Männern liegen die Werte mit elf Prozent und 38,5 Prozent deutlich höher.

Eine Begründung dafür sieht Katharina Rothe in einer verstärkten Karriereorientierung der Ärzte und einem „Motivmix“ der Ärztinnen, welche viel Energie investieren, um eine Balance zwischen Beruf und Privatleben zu erreichen (Rothe, et al., 2012, S. 316). Außerdem planen Frauen ihre Karrieren weniger frühzeitig und lassen sich stark von äußeren Faktoren, wie z.B. dem Beruf des Partners, beeinflussen (Dettmer, Kaczmarczyk, & Bühren, 2006, S. 2). Möglicherweise ist dies auch ein Grund dafür, dass nur 13 Prozent der Ärztinnen, im Gegensatz zu 35,6 Prozent der Ärzte, einen kontinuierlichen Aufstieg in einem Krankenhaus durchlaufen. Viel mehr Ärztinnen, 24,3 Prozent im Gegensatz zu nur 6,3 Prozent der Ärzte, beschreiten hingegen einen stark diskontinuierlichen Berufsweg. Die restlichen Ärztinnen und Ärzte verteilen sich auf Berufsverläufe zwischen diesen beiden Extremen (Hohner, Grote, Hoff, & Dettmer, 2003, S. 49).

Auch der wissenschaftliche Karriereweg junger Ärztinnen ist weniger zielgerichtet als der männlicher Kollegen: Die Zahlen derjenigen, die eine Approbation, Promotion oder Habilitation ablegen und eine Professur ergreifen, zeigt erneut einen deutlichen Schereneffekt zu Lasten der Ärztinnen (Kaczmarczyk, 2006, S. 215f). Das bestätigen auch Ergebnisse der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz aus dem Jahr 2010. Demnach liegt der Frauenanteil an den W3 (ehemals C4) Professuren in medizinischen

und gesundheitswissenschaftlichen Fachbereichen bei nur 9,2 Prozent (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK), 2012, S. 68).

Ein Zeichen für eine immer noch währende Benachteiligung von Frauen gegenüber ihren männlichen Kollegen? In der Tat wirken sich vor allem Vorurteile gegenüber Frauen als hinderlich für ihren Aufstieg in akademische Spitzenpositionen aus:

Dabei wird das weibliche Führungspotential gegenüber dem der Männer unterschätzt, denn klassische Führungsqualitäten sind größtenteils männlich stereotypisiert (Eagly & Karau, 2002, S. 576). Mögliche Attribute sind hier vor allem Autonomie,

Selbstbewusstsein, Sach- und Lösungsorientierung. Frauen hingegen werden eher als fürsorglich, gefühlsbetont und führungsschwach charakterisiert (Ley, 2006, S. 82).

Eine weitere Ursache ist die unvoreilhaftige Bewertung tatsächlicher Führungsqualitäten bei Frauen: Ein führungorientiertes Verhalten wird bei ihnen oft als „weniger wünschenswert“ wahrgenommen als bei Männern (Eagly & Karau, 2002, S. 576). So wird Unnachgiebigkeit beim Mann als Durchsetzungsvermögen, bei der Frau jedoch als Sturheit verstanden (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 300). Es folgt negatives Feedback, welches Frauen in ihrem beruflichen Engagement ausbremsen kann.

Haben Frauen es dennoch geschafft und eine führende Position erreicht, so folgt meist die Ernüchterung: Über alle Berufsfelder steigt ihr Einkommen zwar mit höherer Qualifikation, doch auch der schon bestehende Rückstand gegenüber den Kollegen wird immer größer: Er ist in führenden Positionen mit 22,4 Prozent am höchsten (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI), 2013).

Dieser Effekt zeigt sich noch stärker in medizinischen Berufen. Ein Vergleich des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2010 ergab, dass Ärzte mit einem durchschnittlichen Einkommen von 7868 Euro knapp 2000 Euro und somit um die 33 Prozent mehr verdienen als Ärztinnen, welche im Durchschnitt 5909 Euro verdienen (Mißbeck, 2013). Unterschiede zeigen sich dabei in den alten und neuen Bundesländern: In Ostdeutschland ist der sogenannte Gender Pay Gap durchschnittlich geringer als in Westdeutschland (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013).

Es gibt also mehrere Faktoren, welche einer Chancengleichheit junger Ärztinnen derzeit noch im Weg stehen. Während die Hauptverantwortlichkeit für familiäre und häusliche Aufgaben oft das zeitliche Engagement im Beruf mindert (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 23), können Verdienstunterschiede (Mißbeck, 2013) und ein männlich dominiertes Arbeitsumfeld die Motivation der Medizinerinnen verringern. Wie im Folgenden erläutert, müssen sich Ärztinnen in einem beruflichen Umfeld behaupten, welches von

geschlechtsspezifischen Vorurteilen, mangelnder Anerkennung und fehlender Unterstützung für Frauen geprägt ist (Ley, 2006, S. 87).

Am informellen Wissens- und Erfahrungstransfer werden sie, mangels Einbindung in berufsrelevante Netzwerke, oft nur geringfügig beteiligt und entwickeln so weniger zielgerichtete Karrierestrategien als ihre männlichen Kollegen (Bühren A. , 2006, S. 251). Dies kann in Kombination mit den anderen genannten Faktoren dazu führen, dass das berufliche Selbstvertrauen von Ärztinnen schwindet. Während Ärzte vom Studium bis zur Assistenzarztzeit einen starken Zuwachs an Selbstvertrauen erleben, sinkt das Selbstvertrauen von Frauen erheblich (Abele, 2003, S. 38). Ein karrierehemmender Faktor, denn die Laufbahngestaltung ist wesentlich von der Höhe des beruflichen Selbstvertrauens und der geglaubten Erfolgswahrscheinlichkeiten abhängig (Dettmer, Kaczmarczyk, & Bühren, 2006, S. 2).

Doch woher soll das Vertrauen in Erfolg kommen, wenn es an beruflicher Anerkennung fehlt, in einem „hierarchischen System, in dem der Mann das Maß aller Dinge ist“ (Ley, 2006, S. 80)? Ulrike Ley schildert in diesem Zusammenhang Erfahrungsberichte aus Coachingsituationen, welche bestätigen, dass es eben diese strukturellen Gegebenheiten sind, welche Frauen den Weg nach oben erschweren. Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass Frauen Ausgrenzungsmechanismen – bewusst oder unbewusst – auf sich selbst beziehen und sich unter Wert gehandelt statt ebenbürtig anerkannt fühlen (ebd. S. 79).

Diese Problematik sieht auch der Deutsche Ärztinnenbund und fordert eine Frauenquote, welche sich nicht auf die Wirtschaft beschränkt. Er fordert, dass bis 2018 mindestens 40 Prozent der Führungspositionen in medizinischen Fachbereichen durch Frauen besetzt werden sollen (Ärzteblatt, 2014). Über die Sinnhaftigkeit dieser Forderung lässt sich streiten, denn eine Frauenquote in medizinischen Fachgebieten sorgt nicht zwangsläufig für mehr Respekt und Anerkennung gegenüber weiblichen Kolleginnen. Dennoch: Sie kann jungen Ärztinnen helfen, bestehende Barrieren zu durchbrechen und eine Chance zu erhalten, sich in leitender Position zu behaupten.

4. Geschlechtsstereotype und Rollenbilder

Warum sind Ärztinnen beruflich oft weniger erfolgreich als ihre männlichen Kollegen? Überholte Rollenbilder und Geschlechtsstereotype können hierfür ursächlich sein (Sieverding, 2006, S. 76). Doch was steckt hinter diesen Begriffen?

Bei der Definition von Geschlechterzugehörigkeiten sind zwei Dimensionen zu unterscheiden: *sex* – das körperlich sichtbare Geschlecht – und *gender* – das sozial und kulturell konstruierte Geschlecht (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 291). Dieses hat sich über viele Jahre entwickelt und kann sich im Laufe der Zeit weiter verändern. Es wird durch das alltägliche Handeln von Mann und Frau im Sinne des *doing gender* beeinflusst und ist Grundlage von Geschlechtsstereotypen und Rollenbildern (Heß, 2010, S. 19ff).

Geschlechtsstereotype sind hierbei stark vereinfachte Vorstellungen darüber, wie Männer und Frauen rein normativ sein sollten. Sie zeigen tief verwurzelte Annahmen über typisch männliche und typisch weibliche Charakteristika (Heß, 2010, S. 25). Dabei werden erwartungskonforme Eigenschaften als Bestätigung geschlechtsstereotyper Wesensannahmen verstanden, erwartungswidrige werden hingegen als Ausnahme interpretiert oder durch Substereotype erklärt. So wird eine durchsetzungsfähige Frau mit dem Substereotyp „Karrierefrau“ beschrieben, um das „globale Geschlechtsstereotyp“ der Hausfrau und Mutter unangetastet zu lassen (Thomas Eckes zitiert in Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 300).

Rollenbilder werden von Thomas Eckes als jene Verhaltenserwartungen definiert, welche den Menschen aufgrund ihres sozialen Geschlechts entgegen gebracht werden (Eckes, 2008, S. 171). Erklärt werden diese Erwartungen dabei sehr unterschiedlich.

In der Psychoanalyse werden das Erkennen eines anatomischen Geschlechtsunterschiedes im Alter von ca. drei Jahren und eine darauf folgende Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil als Ursache für geschlechtsspezifische Rollenbilder gesehen (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 298). Eine Erklärung, welche laut Theresa Wobbe und Gertrud Nunner-Winkler jedoch nicht „empirisch haltbar“ ist (ebd. S. 298).

Sie betonen, dass ein geschlechtsspezifisches Verhalten bereits in früheren Entwicklungsphasen sichtbar und nicht an das Erkennen anatomischer Merkmale gebunden ist. Stattdessen verweisen sie auf das Konzept des Behaviorismus, welcher die Entwicklung des sozialen Geschlechts von Jungen und Mädchen durch eine Verstärkung geschlechtsspezifischen Verhaltens durch die Eltern erklärt (ebd. S. 298). Darüber hinaus heben sie die besondere Bedeutung verschiedener Faktoren hervor:

Bei der **Selbstsozialisation** beobachten Kinder die Rollenverteilung in ihrem Umfeld, wie zum Beispiel die verstärkte Fürsorge durch die Mutter und die Vollzeitberufstätigkeit des Vaters, und orientieren sich daran (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 298).

Implizite Alltagserfahrungen sammeln sie beispielsweise durch die Medien. Bereits in Kinderbüchern werden sie oft mit klischeehaften Bildern von Mädchen und Jungen konfrontiert (ebd. S. 298).

Außerdem wird die Entwicklung einer Geschlechteridentität durch **soziale Kontrollmechanismen** beeinflusst (ebd. S. 298). So kommentieren und kontrollieren gleichaltrige Spielkameradinnen und –kameraden das herausgebildete Verhalten auf Grundlage der eigenen Sozialisation und sanktionieren ein geschlechtsuntypisches Verhalten mit ablehnenden Reaktionen, zum Beispiel durch Auslachen (ebd. S. 299).

Auf diese Weise entwickelt sich bereits ab der frühen Kindheit ein konkretes Bild davon, wie Frauen und Männer sich zu verhalten haben, welche Positionen sie inne haben sollten und welche Aufgaben ihnen zufallen. Auf die Medizin bezogen heißt das: Ärzte folgen ihrem erlernten Rollenbild, vertreten ihre beruflichen Vorstellungen meist selbstbewusst und zielgerichtet und steigen ohne Interessenskonflikte zwischen Arbeit und Privatleben in führende Positionen auf (Abele, 2003, S. 38; Bühnen A. , 2006, S. 251; Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005, S. 202f).

Ärztinnen sind hingegen durchaus widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt. Möchten sie Karriere machen, ist eine ständige berufliche Verfügbarkeit erforderlich (Ley, 2006, S. 83). Haben sie außerdem Familie, sollen sie ihrer Rolle entsprechend „Vollzeitmutter und umsorgende Ehefrau“ sein. Beides geht nicht. So sind sie gezwungen, sich über ihre eigenen Wertvorstellungen und Ziele klar zu werden und ihr Handeln entsprechend auszurichten (Färber, 2006, S. 280).

Verhalten sich Ärztinnen infolgedessen entgegen den komplexen Rollenerwartungen des sozialen Umfelds (Heß, 2010, S. 25), zeigt eine Frau beispielsweise ein Verhalten, welches eher männlich karriereorientiert als weiblich fürsorglich ist (Ley, 2006, S. 82), kann es zu Ablehnungsreaktionen kommen: Frauen wird in diesem Zusammenhang oft ihre Weiblichkeit abgesprochen (Sieverding, 2006, S. 76). „Informelle Sanktionierungen“ wie diese können dazu führen, dass Frauen karriereförderliche Verhaltensweisen wie ein durchsetzungsstarkes und autonomes Auftreten zukünftig vermeiden und sich in geschlechtsrollenkonforme Positionen und Verhaltensmuster zurückziehen (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 301). Erst wenn sie es schaffen, eine kritische Distanz zu der Rollenerwartung zu entwickeln, werden sie die Möglichkeit haben, erfolgreich zu sein und in höhere Positionen aufzusteigen (Sieverding, 2006, S. 76).

Für die „Pionierinnen im Ärztinnenberuf“ Anfang des 20. Jahrhunderts war eine Unabhängigkeit von bestehenden Rollenerwartungen schwer denkbar. Meist mussten sie sich entscheiden: Familie oder Beruf. Im Zuge des Doppelverdiener-Erlasses im Nationalsozialismus (siehe Kapitel 3.1) wurden Ärztinnen zwischen 1933 und 1935 nicht nur aus beamteten Positionen entlassen, oft wurde ihnen die Kassenzulassung verweigert oder entzogen, wenn sie verheiratet waren (Brinkschulte, 2006, S. 27). Auch kam es vor, dass sie unterschreiben mussten, ihre Kassenpraxis bei Heirat aufzugeben, und so hat kaum eine Ärztin zu dieser Zeit geheiratet und eine Familie gegründet (Sieverding, 2006, S. 68; Brinkschulte, 2006, S. 27).

Seither hat sich das Frauenbild in der gesellschaftlichen Wahrnehmung jedoch erheblich gewandelt: Im Kontext einer rechtlichen Gleichstellung beider Geschlechter entwickelte sich ein Bild der Frau, in dem sie als stärker, rationaler und weniger gefühlsbetont beschrieben wird als „Frauen der vorauslebenden Generationen“ (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 300). Ein Vorteil, wenn es um das Aufsteigen in leitende Positionen geht.

Insgesamt haben sich die Geschlechtsstereotypisierungen und Rollenbilder trotzdem „als erstaunlich resistent erwiesen“ (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 300):

Männer sollen, insbesondere wenn sie in einem hochqualifizierten Beruf wie der Medizin erfolgreich sind, die monetäre Versorgung einer Familie gewährleisten können. Werden sie Väter, wird nicht von ihnen erwartet, ihre beruflichen Ambitionen zugunsten der Familienarbeit zu reduzieren (Abele, 2006, S. 37; Solga & Wimbauer, 2005, S. 14).

Bei Frauen ist die Situation anders: Trotz eigener Erwerbstätigkeit in einem zeitintensiven Beruf wie der Medizin sind sie auch heute noch hauptverantwortlich für Familienaufgaben und Hausarbeit (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 23). Werden sie zu Müttern, sind sie mit den bereits genannten Erwartungen an eine familiäre Verfügbarkeit konfrontiert. Eine Verfügbarkeit, welche in der Regel mit einer Minderung des beruflichen Erfolgs einhergeht (Solga & Wimbauer, 2005, S. 14).

Anders als in anderen europäischen Ländern spielt in Deutschland außerdem die historisch tradierte Mütterideologie eine große Rolle. Sie suggeriert, dass es Kindern schlechter ginge, wenn sie nicht rund um die Uhr von der eigenen Mutter betreut würden. Auch ein Begriff wie „Rabenmutter“ für Frauen, welche ihre Kinder in außerfamiliäre Betreuung geben, setzt berufstätige Mütter unter Druck (Abele, 2006, S. 37). „Sie wollen „alles“ und in möglichst vielen Bereichen Erfolg haben, sie wollen attraktive Partnerinnen, erfolgreiche Berufstätige und natürlich auf keinen Fall „Rabenmütter“ sein“, resümiert Andrea E. Abele (ebd. S. 37).

5. Work-Life-Balance

Laut Andrea E. Abele wünschen sich junge Menschen vor allem eines: Ein glückliches Privatleben. An zweiter Stelle steht für sie ein interessanter und befriedigender Beruf. Je höher der Bildungsstand, desto ausgeprägter ist dieses Bedürfnis unabhängig vom Geschlecht (Abele, 2002, S. 109). Doch wie lässt sich beides vereinbaren?

Heute wird in diesem Zusammenhang von Work-Life-Balance gesprochen, welche in einer Zeit ständiger Flexibilität und Mobilität, einer Zeit der ständigen Erreichbarkeit, an Bedeutung gewinnt (Dettmers, Vahle-Hinz, Friedrich, Keller, Schulz, & Bamberg, 2012, S. 53f). Der Begriff Work-Life-Balance steht dabei für das Zusammenwirken der beruflichen und privaten Lebenswelten, ihre zeitliche Verteilung, ihre gegenseitige Bereicherung oder mögliche Konflikthaftigkeiten (Abele, 2005, S. 176). Das Wort „Balance“ nutzt die Metapher einer Waage, auf welcher ein individuelles Gleichgewicht zwischen Arbeit und Familie entstehen soll. Dieses Gleichgewicht kann durch die tatsächliche Zeitverteilung entstehen oder auf der persönlichen Wahrnehmung beruhen. Individuelle Ziele und Einstellungen wirken sich auf das Zusammenspiel der Lebensbereiche aus (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005, S. 197).

Wovon das Entstehen eines Gleichgewichtes für die jeweils betroffene Person abhängt und wie sich die berufliche und private Lebenswelt konkret beeinflussen, untersuchten Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner, Susanne Dettmer, Stefanie Grote und Luiza Olos in dem Projekt PROFIL (Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie) von 1998 bis 2004 (Hoff, Hohner, Dettmer, Grote, & Olos, 2010). Dabei wurden 936 Professionsangehörige aus Medizin und Psychologie befragt.

Die Ergebnisse zum Verhältnis der beruflichen und privaten Ziele der Medizinerinnen und Mediziner lassen sich durch die Begriffe Segmentation, Integration und Entgrenzung beschreiben:

Bei der **Segmentation** werden private und berufliche Ziele unabhängig voneinander verfolgt, ohne in gegenseitigen Konflikt zu geraten. Je einer der Bereiche kann dominieren, doch können sie auch im Gleichgewicht bestehen (Dettmer & Hoff, 2005, S. 54f). Im Gegensatz hierzu werden private und berufliche Lebenswelt bei der **Integration** aufeinander abgestimmt (ebd. S. 54f). Wie der Name sagt, werden sie integriert und miteinander koordiniert. Die **Entgrenzung** ist schließlich die Steigerung der Integration: Beruf und Privatleben verschmelzen, die Ziele und das Handeln beider Lebensbereiche gleichen sich an (ebd. S. 54f).

Ein Geschlechtervergleich von Männern und Frauen zeigte, dass Frauen ihr Leben vermehrt im Sinne der Integration gestalten. Sie sind intensiv um die Abstimmung von Privat- und Berufsleben bemüht und versuchen stets, beiden Bereichen durch entsprechende Koordination gerecht zu werden (Dettmer & Hoff, 2005, S. 55). Ihre männlichen Kollegen versuchen hingegen weniger, beide Lebensbereiche auszubalancieren. Viel häufiger segmentieren sie Arbeit und Privates und priorisieren berufliche Interessen (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005, S. 202f). Dies ist eine Ursache dafür, dass Männer in der Regel beruflich erfolgreicher sind. Der Spagat, den berufstätige Mütter zwischen Familie und Karriere meistern müssen, erschwert ihnen einen aussichtsreichen Karriereverlauf.

Ob das Gefühl einer Work-Life-Balance entsteht, entscheidet sich außerdem in hohem Maße durch die Arbeitsgestaltung. Die im Gesundheitsbereich üblichen Arbeitszeiten – ein früher Beginn am Morgen, Arbeit bis spät am Abend und in der Nacht oder am Wochenende und im Schichtdienst – sind hierbei problematisch.

Besonders schwierig ist die Situation für Eltern, welche ihre Kinder oft über längere Zeit nicht sehen können (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 204). Kommen sie dann nach langer Arbeit nach Hause, möchten sie die noch verbliebene Zeit mit ihrer Familie besonders intensiv nutzen. Sie beschleunigen, planen voraus, sie delegieren und organisieren. Eine Verdichtung, welche Kinder und Eltern auf Dauer emotional belasten kann (Russell Hochschild, 2006, S. 233f).

Wie Mütter und Väter mit dieser Belastung umgehen, unterscheidet sich jedoch erheblich. Während Männer ihre Karriere meist unabhängig von ihrem Wunsch für oder gegen Kinder bzw. Familie planen, versuchen Frauen durch eine Reduktion beruflicher Ambitionen ein langfristiges Gleichgewicht von Arbeit und Privatleben zu schaffen (Abele, 2005, S. 177,184).

Im Gegensatz hierzu steht ein ebenso häufig gewählter Lebensentwurf von Frauen mit verstärkten Karriereambitionen. Zugunsten des Berufes wird der Kinderwunsch verschoben, wenn nicht gar aufgegeben, auch längere Partnerschaften werden bei einer solchen Lebensplanung häufig gemieden (Abele, 2005, S. 177).

Die Darstellung beider Extreme zeigt: Für Ärztinnen gibt es oft nur die Entscheidung für Kind *oder* Karriere. Eine Vereinbarkeit beider Bereiche scheint auf den ersten Blick schwer zu realisieren. Doch auch viele Männer wünschen sich, trotz geringerer Zielkonflikte zwischen Arbeits- und Privatleben, mehr Zeit für ihre Familie (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005, S. 202f). So führten „unzulängliche Arbeitsbedingungen“ und „zahlreiche (oftmals unbezahlte) Überstunden“ zu einem derartigen Unmut in der

Ärztenschaft, dass es 2006 zu deutschlandweiten öffentlichen Streiks kam (Bühren & Schoeller, 2010, S. 52). Die Folge waren Änderungen im Arbeitszeitgesetz Anfang 2007: Für Krankenhäuser wurde eine maximale wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden bei einer maximalen täglichen Arbeitszeit von acht Stunden festgelegt (ebd. S. 52). Regelungen, welche zwar nicht die Lösung aller Probleme waren, sich wohl aber positiv auf die empfundene Work-Life-Balance der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgewirkt haben dürften.

Laut einer Untersuchung von Christina Klenner, Katrin Menke und Svenja Pfahl aus dem Jahr 2012 hat eine kürzere Arbeitszeit direkte positive Auswirkungen auf das Ausmaß der empfundenen Balance zwischen Berufs- und Privatleben (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 197). Schicht-, Spät-, Nacht- oder Wochenenddienste wirken sich zwar nach wie vor negativ auf das wahrgenommene Gleichgewicht aus, können jedoch durch familienfreundliche Maßnahmen wie flexible Arbeitszeitmodelle oder betriebliche Kinderbetreuungsangebote ausgeglichen werden. Die Ergebnisse der Studie sprechen in dieser Hinsicht eine deutliche Sprache: In familienfreundlichen Unternehmen berichteten 93 Prozent der Mütter und 88 Prozent der Väter von einer „ausgewogenen Work-Life-Balance“. In „familienunfreundlichen“ Unternehmen bestätigten lediglich 34 Prozent der Mütter und 33 Prozent der Väter ein ausgeglichenes Verhältnis von Arbeit und Freizeit (ebd. S. 197ff).

6. Lebensgemeinschaften

Viele Frauen verzichten zugunsten ihrer Karriere auf Kinder, nicht selten meiden sie auch längere Partnerschaften (siehe Kapitel fünf). Doch warum ist dem so und was ist das Besondere bei Medizinerinnen?

Eine Analyse der Paarbeziehungen von Ärztinnen erfordert die Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte. Als wichtigstes wären zu nennen: Die Ausbildung, der Beruf und die Arbeitszeit des Partners und die daraus folgenden Auswirkungen auf die Karriere der Frau. Welche Unterschiede zeigen sich darüber hinaus im Vergleich zu den Partnerschaften der Ärzte? Mit dieser Frage hat sich unter Anderem die in Kapitel 3.2 bereits vorgestellte Befragung zweier Absolventenjahrgänge beschäftigt.

Direkt nach dem zweiten Staatsexamen waren 66 Prozent der Medizinerinnen und 73 Prozent der Mediziner in einer Beziehung. Eineinhalb Jahre später waren es in beiden Gruppen noch einmal etwa 10 Prozent mehr (Abele, 2003, S. 34f).

Eine genauere Betrachtung der Partnerschaften zeigte dabei folgenden Effekt: In Vollzeit berufstätige Ärztinnen waren – im Vergleich zu Ärzten in Vollzeit – eher selten in einer Beziehung. Hatten sie doch einen Partner an ihrer Seite, so hatte er im Vergleich zu den Partnerinnen der Ärzte eine bessere Ausbildung und war selber Vollzeit berufstätig (ebd. S. 34f, 40).

Dieses Ergebnis unterstützt die Erkenntnisse, welche Susanne Dettmer und Ernst-H. Hoff aus den Daten des in Kapitel fünf vorgestellten PROFIL-Projektes erlangt haben (Dettmer & Hoff, 2005, S. 68).

Die von ihnen genutzte Stichprobe ist mit nur 21 Medizinerinnen und 14 Medizinern verhältnismäßig klein, die Ergebnisse sind daher nur sehr eingeschränkt repräsentativ. Trotzdem passen sie zu der beschriebenen Tendenz: So sind 40 Prozent der Ärztinnen aber unter 10 Prozent der Ärzte in einer Partnerschaft mit einem Mediziner/ einer Medizinerin. Auch der Anteil von Ärztinnen mit einem Partner aus einem anderen akademischen Bereich ist vergleichsweise hoch (siehe Abbildung 1).

Hingegen leben 70 Prozent der Männer, aber unter 20 Prozent der Frauen in einer Beziehung mit einer Partnerin / einem Partner ohne akademischen Abschluss (siehe Abbildung 1) (Dettmer & Hoff, 2005, S. 68).

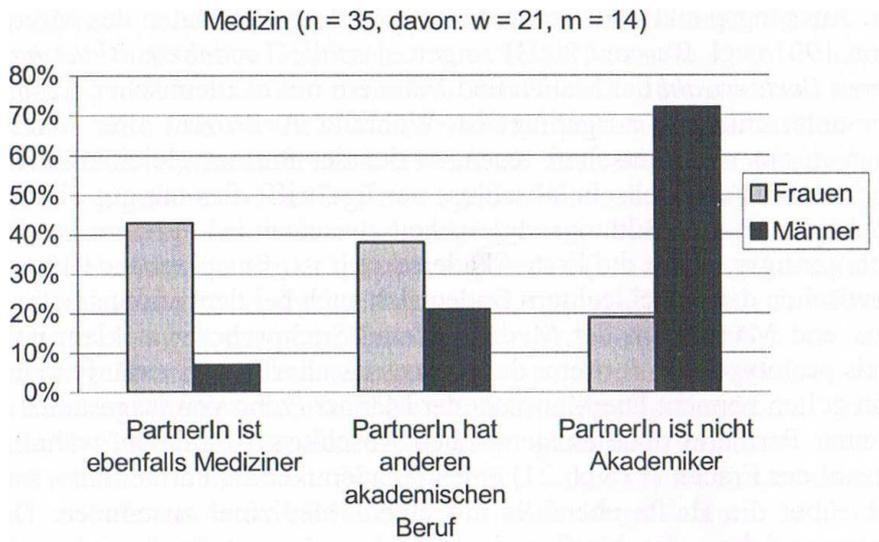


Abbildung 1: Beziehungskonstellationen von Ärztinnen und Ärzten
(Dettmer & Hoff, 2005, S. 68)

Vollzeitberufstätige Männer haben häufiger Partnerinnen, welche nicht oder nur in Teilzeit erwerbstätig sind. So erhalten sie viel Unterstützung im Privatleben, während die Partner der Ärztinnen kaum für eine Entlastung bei häuslichen Tätigkeiten sorgen können (Abele, 2003, S. 34f, 40). Folglich bestimmt die Berufstätigkeit des Partners/ der Partnerin wesentlich mit, welche Arbeitslast die Ärztinnen und Ärzte im Privatleben zu bewältigen haben und wie sie häusliche Aufgaben unter sich aufteilen (hierzu mehr in Kapitel 6.2).

Auch beim Thema Lebensgemeinschaften sind die im Zusammenhang mit der Work-Life-Balance eingeführten Begriffe Segmentation, Integration und Entgrenzung hilfreich (Dettmer & Hoff, 2005, S. 59). An dieser Stelle beschreiben sie jedoch nicht das Verhältnis beruflicher und privater Ziele, sondern bilden vielmehr spezifische Kategorien zur Differenzierung von Partnerschaften. Sie beschreiben, wie Ärztinnen und Ärzte ihre Karriere mit der ihres Partners/ ihrer Partnerin vereinbaren (siehe auch Kapitel 6.1 Dual Career Couples).

Bei der **Segmentation** werden die beruflichen Ziele beider Partner realisiert, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen (Dettmer & Hoff, 2005, S. 59). Ein Modell welches häufig in Partnerschaften von Medizinerinnen vorkommt. Wenig planbare und unflexible Arbeitszeiten, gepaart mit starren, von den Kliniken vorgegebenen Strukturen, machen es ihnen schwer, auf die beruflichen Pläne und Projekte des Partners Rücksicht zu nehmen. So verfolgen beide Partner ihre Berufsverläufe unabhängig voneinander (ebd. S. 69).

Besteht bezüglich der privaten Ziele und der für die Familie zu investierenden Zeit Uneinigkeit, kann es zu Konflikten kommen. In Entscheidungssituationen stellt sich die Frage, ob die Karriereziele beider Partner gleich viel wiegen – in diesem Fall ist das Konfliktpotential eher gering – oder ob eine Karriere Vorrang hat. In den meisten Partnerschaften von Akademikerinnen und so auch von Ärztinnen ist das, trotz der hohen Qualifizierung der Frau, die Karriere des ebenso vollzeitbeschäftigten Mannes. Partnerschaften mit der Dominanz der weiblichen Karriereziele sind eher selten (hierzu mehr in Kapitel 6.1) (Dettmer & Hoff, 2005, S. 63).

Bei der **Integration** werden die Berufsverläufe aufeinander abgestimmt. Beide Partner versuchen, sich bei der Planung ihrer beruflichen Ziele aneinander zu orientieren und organisieren ihre Karrieren im gegenseitigen Austausch. Unterscheiden sich die privaten Zielsetzungen beider Partner, kann es auch hier zu Konflikten darüber kommen, welche Karriere Vorrang hat und wie viel Zeit dem Beruf gegenüber dem Privatleben einzuräumen ist (Dettmer & Hoff, 2005, S. 63).

Die **Entgrenzung** beschreibt eine Konstellation, bei der die Karrieren beider Partner stark miteinander verflochten sind. Oft wurde bereits gemeinsam studiert und die Berufstätigkeit erfolgt im selben Tätigkeitsbereich (Dettmer & Hoff, 2005, S. 59, 65f). Konflikte könnten entstehen, wenn die Partner unterschiedlich schnell aufsteigen. Dass Frauen in ihrer Karriereentwicklung oftmals benachteiligt sind, wurde bereits hinreichend erläutert. Es ist möglich, dass sich hieraus eine Konkurrenzsituation ergibt, welche zu einer privaten Belastung wird.

6.1 Dual Career Couples

Als Dual Career Couple werden nach Heike Solga und Christine Wimbauer Paare bezeichnet, bei welchen beide Partner eine hohe Bildung besitzen, verstärkt karriereorientiert sind und ihre Berufslaufbahn zielgerichtet verfolgen (Solga & Wimbauer, 2005, S. 9). Besonders häufig findet sich diese Art der Doppelkarrieren in Akademikerpartnerschaften.

Die sogenannten **Dual Earner Couples**, die Zwei-Verdiener-Paare, sind von den **Dual Career Couples** abzugrenzen. Hier sind zwar beide Partner erwerbstätig, die Arbeit dient jedoch primär dem Verdienen des Lebensunterhalts. Es kommt vor, dass auch in solchen Beziehungen einer der Partner eine Karriere verfolgt, meist ist dies jedoch der Mann (Solga & Wimbauer, 2005, S. 9).

Mit der steigenden Zahl erwerbstätiger Frauen ist auch die Zahl der Doppelkarrieren in den letzten Jahrzehnten rasant gestiegen (Dettmer & Hoff, 2005, S. 53). Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den beruflichen Laufbahnen zweier Partner sind jedoch erst in jüngerer Zeit in den Fokus geraten (ebd. S. 53).

Die genauere Analyse der Berufsverläufe in Dual Career Couples hat dabei gezeigt, dass sich auch die Beziehungen hochqualifizierter Paare anhand einer Segmentation, Integration oder Entgrenzung der Karrieren unterscheiden lassen. Dabei ergeben sich, im Vergleich zu Nichtkarrierepaaren, einige Besonderheiten, welche im Folgenden erläutert werden.

Arbeiten beide Partner in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und pflegen einen sehr karriereorientierten Lebensstil, führt eine **Segmentation** der Berufsverläufe oft zu Kinderlosigkeit und zeitweisem Getrenntleben. Beide Partner versuchen sich beruflich zu verwirklichen und verzichten zugunsten ihrer Karriere auf eine Familie (Dettmer & Hoff, 2005, S. 72). Entscheiden sich diese Paare doch für eine Elternschaft, ist mit den in Kapitel sechs beschriebenen Konflikten zu rechnen. In einigen wenigen Fällen, zum Beispiel wenn der Beruf des Mannes schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt hat als der der Frau, kann es zu einer „Segmentation mit Dominanz der beruflichen Ziele der Frau“ kommen (ebd. S. 61f). Meist greift jedoch das in Kapitel vier beschriebene weibliche Rollenbild, nach dem die Mutter sich beruflich einschränkt, um familiäre Aufgaben zu übernehmen (ebd. S. 61f).

Im Falle einer **Integration** werden auch in Dual Career Couples die beruflichen Laufbahnen aufeinander abgestimmt. Besondere Unterschiede zu „Nichtkarrierepaaren“ wurden nicht beobachtet (Dettmer & Hoff, 2005, S. 72).

Bei der **Entgrenzung** zweier Karriereverläufe in Dual Career Couples unterstützen sich die Partner nicht nur gegenseitig, oft kooperieren sie eng miteinander, beispielsweise in einer gemeinsamen Praxis. Der Beruf wird als „Berufung“ verstanden und gemeinsame Ziele entwickeln sich. Auch oder gerade bei Doppelkarrierepaaren findet eine starke Überschneidung privater und beruflicher Lebensbereiche statt (Dettmer & Hoff, 2005, S. 72).

Unabhängig von der Unterscheidung dieser drei Ausprägungen der gemeinsamen Lebensgestaltung, stellt sich die Frage, warum Frauen in den meisten Doppelkarrieren nach wie vor benachteiligt sind. Dass es so ist, zeigt sich in der Seltenheit der Partnerschaften, in welchen die weiblichen und nicht die männlichen Karriereziele entscheidungsrelevant sind (Dettmer & Hoff, 2005, S. 61f).

Ein sehr gängiger Erklärungsansatz bezieht sich in diesem Zusammenhang auf einen

„altersdefinierten Karriereunterschied“ in Partnerschaften (Solga, Rusconi, & Krüger, 2005, S. 27). Demnach braucht eine berufliche Entwicklung Lebenszeit. Da in den meisten Partnerschaften der Mann älter ist, hat er – so die Theorie –, natürlicherweise einen Karrierevorsprung gegenüber der Frau. Seine weiter fortgeschrittene Karriere bestimmt die Entscheidungsmöglichkeiten der jüngeren Partnerin mit oder blockiert sie sogar. Für sie wichtige lebensgeschichtliche Weichen werden so durch fremde Entscheidungen gestellt (ebd. S.27).

Dies ist eine Theorie, welche von Heike Solga, Alessandra Rusconi und Helga Krüger in Frage gestellt wird (Solga, Rusconi, & Krüger, 2005, S. 46). Ihre Analysen zeigen, dass es nicht nur der Altersunterschied sein kann, welcher die Ungleichheit bei Karrierepaaren bewirkt. Das wird unter anderem dadurch belegt, dass die beschriebenen Karrierevorsprünge in Partnerschaften, in welchen die Frau älter ist als ihr Partner, nicht zu beobachten sind. Außerdem bleiben entsprechende Karriereeinbußen bei dem in diesem Fall jüngeren männlichen Partner aus (ebd. S. 46).

Woran liegt es also, dass sich die männlichen Karriereziele durchsetzen?

Zutreffender scheint der in Kapitel vier vorgestellte Ansatz, der bestehende Geschlechtsstereotype und Rollenbilder als Erklärung aufführt.

Auch Heike Solga, Alessandra Rusconi und Helga Krüger kommen zu diesem Schluss und verweisen auf den Umstand, dass eine „traditionelle innerfamiliäre Arbeitsteilung“ karrierehinderlich für Frauen sein kann (Solga, Rusconi, & Krüger, 2005, S. 27f).

Selbst in Dual Career Couples, in denen Frauen beruflich ebenso qualifiziert sind wie ihre Partner, wird die klassische Arbeitsteilung oft noch wie selbstverständlich gelebt (Behnke & Meuser, 2005, S. 136).

6.2 Häusliche Arbeitsteilung

„Männer arbeiten nach wie vor weniger im Haushalt als Frauen“, so Silke Anger und Anita Kottwitz in einem Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (Anger & Kottwitz, 2009). Doch worin liegen die Ursachen und welche Auswirkungen zeigen sich in den Berufsverläufen von Frauen?

Durch das Streben nach finanzieller Unabhängigkeit und Individualität konnten sich Frauen in den westlichen Industrieländern von der „traditionellen Hausfrauenrolle“ emanzipieren (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 19). Außerdem bringen sich immer mehr Väter im Haushalt ein und beteiligen sich an der Kindererziehung (Abele, Hoff, & Hohner, 2003, S. 10f). Christina Klenner, Katrin Menke und Svenja Pfahl berichten im

Zusammenhang mit den Partnerschaften von Familienernährerinnen – also Frauen, welche den Hauptanteil des Lebensunterhalts in ihrer Familie bestreiten – sogar von einem „Degendering“ von häuslichen Aufgaben (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 140). Partner der Familienernährerinnen werden demnach bei Aufgaben wie Kochen und Bügeln aktiv und kümmern sich durchaus auch alleine um die Kinder. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Frauen mit Einkommensvorsprung an Verhandlungsstärke gewinnen und eine Umorientierung bei der häuslichen Arbeitsteilung fordern (ebd. S. 138ff).

Trotz dieser Effekte, welche möglicherweise einen langsam beginnenden Wandel andeuten, hält sich die traditionelle Arbeitsteilung zu Ungunsten der Frau immer noch hartnäckig (Abele, Hoff, & Hohner, 2003, S. 10f; Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 140). In Beziehungen, in welchen beide Partner einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen, beschäftigt sich die Frau täglich etwa eine Stunde länger mit häuslichen Aufgaben als ihr Mann. In Folge kann sie sich weniger für ihren Beruf engagieren und verschlechtert so ihre Chancen (Anger & Kottwitz, 2009, S. 102), ein Problem, welches besonders Karrierefrauen und somit auch Ärztinnen trifft. Im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen sind sie in der Regel in Beziehungen mit ebenfalls vollzeitbeschäftigten Partnern (siehe auch Anfang Kapitel sechs) und erhalten wenig Unterstützung bei häuslichen Aufgaben (Hohner, Grote, Hoff, & Dettmer, 2003, S. 51f).

René Levy und Michèle Ernst haben unterschiedliche Faktoren beschrieben, welche sich auf die Arbeitsteilung in Lebensgemeinschaften auswirken (Levy & Ernst, 2002):

Zum Einen bestimmt die Zeit, welche insgesamt für häusliche Tätigkeiten aufzubringen ist, wie sich die Aufgaben zwischen Mann und Frau aufteilen. Fällt besonders wenig oder besonders viel Arbeit an, ist diese meist gleichmäßig verteilt, so Levy und Ernst. Bei wenig Aufwand sind beide Partner eher gering eingebunden, bei hohem Aufwand ist die Arbeit ohne eine Beteiligung beider nicht zu meistern. Ist der Gesamtaufwand eher mittelmäßig, wie in den meisten Fällen, investieren Frauen deutlich mehr Stunden als ihre Partner (Levy & Ernst, 2002, S. 113).

Zum Anderen verändert sich der „Anteil der Familienarbeitsstunden“ mit der Geburt von Kindern: So beginnen beide Partner mit einer eher geringen häuslichen Arbeitslast in der „Vorkinderphase“. Kommt ein Kind zur Welt, steigt die Arbeitslast der Frau beträchtlich und bleibt über lange Zeit konstant hoch. Auch der Mann bringt sich in dieser Zeit verstärkt in familiäre und häusliche Aufgaben ein, bleibt mit seiner investierten Zeit jedoch weit hinter der Frau. Erst ab dem Jugendalter des jüngsten Kindes vermindert sich der Zeitaufwand für beide Elternteile. Männer ziehen sich an dieser Stelle jedoch wieder

stärker zurück als Frauen. Diese haben in allen Familienphasen eine ungleich höhere häusliche Arbeitslast zu bewältigen als ihre Partner (Levy & Ernst, 2002, S. 121). Ein Grund hierfür ist die Tatsache, dass weiblich typisierte Tätigkeiten im Sinne der in Kapitel vier beschriebenen Rollenbilder „stundenrelevanter“ sind als männliche Tätigkeiten (ebd. S. 111). Während die Frau in den meisten Haushalten für die Kinderbetreuung, das Kochen, Waschen und Putzen zuständig ist und die Verantwortung für das Zeitmanagement und die Organisation der Familie trägt, erledigen Männer hauptsächlich Aufgaben, welche gelegentlich anfallen und zeitlich flexibel einzuteilen sind, so zum Beispiel anfallende Reparaturen oder Gartenarbeiten (Anger & Kottwitz, 2009, S. 103f).

Ein deutlicher Unterschied bezüglich der Arbeitsteilung zeigt sich in Ost- und Westdeutschland. Während die häusliche Arbeitsteilung in den neuen Bundesländern mehr oder weniger gleichberechtigt stattfindet, leisten Frauen in den alten Bundesländern deutlich mehr Familienarbeit als ihre Männer. Ursächlich hierfür könnten die beschriebenen männlichen und weiblichen Rollenbilder sein, welche durch eine vergleichsweise starke Orientierung westdeutscher Familien am männlichen Ernährermodell und einer traditionellen Arbeitsteilung verstärkt zum Vorschein kommen (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 96, 138f).

7. Das Thema „Kind“

Ob deutsche Frauen Kinder bekommen oder nicht, korreliert mit ihrem Bildungsstand: Je höher die Bildung, desto häufiger sind sie kinderlos. Zu diesem Ergebnis kommt das Statistische Bundesamt in seinem Datenreport aus dem Jahr 2013 (Pöttsch, Kinderlosigkeit. In: 2. Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2013, 2013, S. 62). Folglich und wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, verzichten auch viele Ärztinnen auf Kinder: Laut einer weiteren Erhebung des Statistischen Bundesamtes von 2012 sind 33 Prozent der Ärztinnen zwischen 35 und 49 Jahren kinderlos (Pöttsch, 2012, S. 37). Dieser Wert liegt deutlich über dem Durchschnitt aller Berufsfelder mit 24 Prozent. Doch woran liegt das? Für Ärztinnen mit einer langen akademischen und klinischen Ausbildung spielt die Frage nach dem „richtigen Zeitpunkt“ und dem „passenden Arbeitsumfeld“ eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung zur Familiengründung. Diese Aspekte werden im Folgenden erläutert.

7.1 „Der richtige Zeitpunkt“ und das „passende Arbeitsumfeld“

Durch eine genaue Planung und ein gut überlegtes Timing bei der Familiengründung versuchen Ärztinnen, die viel beschriebenen negativen Einflüsse auf ihre Karriere zu minimieren (Sonnert, 2005, S. 111). In jedem Abschnitt der beruflichen Entwicklung von Medizinerinnen gibt es dabei Argumente für und gegen das Kinderkriegen in der jeweiligen beruflichen Phase.

Zu Beginn der **medizinischen Ausbildung** steht das Studium. Auf Grund der hohen Flexibilität ist dies eine verhältnismäßig günstige Zeit zur Familiengründung. Die Stundenpläne lassen sich größtenteils individuell gestalten und viele Hochschulen bieten eine an den Vorlesungsplan angepasste Kinderbetreuung (Färber, 2006, S. 281). Nachteilig sind die durch eine verminderte Wohnortmobilität entstandenen Einschränkungen bei der Teilnahme an Auslandssemestern oder –praktika und eine möglicherweise auftretende Notwendigkeit eines Nebenerwerbs zur Sicherung des Lebensunterhalts (ebd. S. 281).

Befindet sich eine Ärztin bereits in der **fachärztlichen Weiterbildung**, ist die Familiengründung schwieriger in die extern vorstrukturierten Abläufe zu integrieren. Zwar gibt es starke Unterschiede zwischen den Kliniken – in einigen sind die Rahmenbedingungen für schwangere Frauen und junge Mütter günstiger als in anderen – grundsätzlich ist es jedoch mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden, in

dieser Zeit Kinder zu bekommen und zu betreuen (Färber, 2006, S. 282). Oft kommt es daher zur Verzögerung der Ausbildungszeit (Köhler, Trittmacher, & Kaiser, 2007).

Von Ärztinnen und Ärzten, welche in der Medizin Karriere machen möchten, wird erwartet, „beruflich vollkommen und ohne Unterbrechung verfügbar“ zu sein, resümiert Ulrike Ley (Ley, 2006, S. 83). Eine eingeschränkte Präsenz am Arbeitsplatz kann also – je nach Klinik – direkte negative Auswirkungen auf den beruflichen Erfolg nach sich ziehen.

Nun stellt sich die Frage, ob eine Familiengründung *nach* der fachärztlichen Weiterbildung günstiger ist? Für „Ärztinnen, die eine Dauerperspektive aber zunächst keinen weiteren Aufstieg anstreben“ schon, so Christine Färber (Färber, 2006, S. 283). Besonders eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen oder in einer eigenen Praxis scheint in diesem Zusammenhang passend. Die Arbeitszeiten sind flexibler einzuteilen und besser planbar als in einer Klinik, und so bleibt – nach einer Phase der Einarbeitung – Zeit für eine Familie (ebd. S. 283f).

Besonders im **öffentlichen Gesundheitswesen**, so zum Beispiel als Amtsärztin, ist eine Reduktion der Arbeitszeit nahezu problemlos möglich. Das erleichtert die Kinderbetreuung enorm. Außerdem besteht ein „Rückkehrrecht auf einen Vollzeitarbeitsplatz“, wenn das Kind alt genug ist. Eine Arbeitsplatzsicherheit, welche nicht zu unterschätzen ist und Ärztinnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtert (Färber, 2006, S. 284).

Die Arbeit als niedergelassene Ärztin bietet insbesondere in einer **Gemeinschaftspraxis** verschiedene Vorteile: Während eine Einhaltung oder Verlängerung der Mutterschutzfrist oder eine Ausdehnung der Elternzeit kaum ohne negative Folgen möglich sind, wenn eine Ärztin ihre Praxis alleine führt, können Ärztinnen und Ärzte in Gemeinschaftspraxen ihre Arbeitszeiten absprechen und sich bei Krankheit oder in Urlaubszeiten gegenseitig vertreten. So ist auch eine Teilzeitbeschäftigung eher möglich. Ein positiver Nebeneffekt ist außerdem, dass teure Geräte in einer Praxisgemeinschaft besser ausgelastet werden. Das mindert den finanziellen Druck, in Vollzeit arbeiten zu müssen, um gegebenenfalls bestehende Kredite abzubezahlen (Bühren & Schoeller, 2010, S. 75; Färber, 2006, S. 284).

Mit einer **Kliniktätigkeit** und den damit einhergehenden Arbeitszeiten und Anforderungen (siehe Kapitel fünf) lässt sich die Familiengründung – ähnlich wie in der fachärztlichen Weiterbildung - eher schwer vereinbaren. Dazu kommen Probleme, die in der informellen Klinikultur begründet liegen und sich auf Themen wie Konkurrenz, Rücksichtnahme bei der Dienstplangestaltung und Anerkennung von Teilzeittätigkeiten beziehen (siehe auch Kapitel 7.2) (Ley, 2006, S. 84; Bühren & Schoeller, 2010, S. 53f).

Bei einer **wissenschaftlichen Karriere** ergeben sich hingegen größtenteils arbeitsorganisatorische Schwierigkeiten. Die Frauen stehen sehr unter Druck und können sich so kaum vorstellen, „wie Kinder in ihr Leben passen können“ (Färber, 2006, S. 285).

Entscheidet sich eine Ärztin erst dann für ein Kind, wenn sie eine führende Position eingenommen hat, ist sie flexibler in ihrer Arbeitsgestaltung. Eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist dann besser möglich (Färber, 2006, S. 285).

Problematisch ist nur, wenn Ärztinnen ihre Kinderplanung immer weiter aufschieben. „Wer nur plant, aber kein Kind bekommt, wird nie eines haben“, sagt Christine Färber und berichtet von einer 65-jährigen Ärztin, welche ihr erzählte: „Ich wollte immer Großmutter sein. Ich habe nur zwischendrin vergessen, dass man Kinder bekommen muss, um Oma zu werden.“ (ebd. S. 281).

7.2 Berufstätigkeit mit Kind

Es gibt viele verschiedene Angebote, welche Arbeitnehmerinnen eine Familiengründung bei gleichzeitiger Berufstätigkeit ermöglichen sollen. Als wichtigste wären zu nennen: Elternzeit, betriebliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Teilzeitarbeitsplätze. Speziell für Klinikärztinnen sind diese Angebote zwar hilfreich, doch unter den speziellen Bedingungen bei weitem nicht ausreichend. Sie bedürfen einer weiteren Verbesserung, einer Ausweitung analog zur Nachfrage und mehr Anerkennung unter den Kolleginnen und Kollegen.

Entscheiden sich Ärztinnen trotz aller bisher beschriebenen Widrigkeiten für ein Kind, so steht ihnen wie allen anderen Arbeitnehmerinnen die gesetzlich geregelte **Elternzeit** zu. Um zu vermeiden, dass sie durch die Inanspruchnahme dieser für das Kind und die Familie konzipierten Auszeit den fachlichen Anschluss und den Kontakt zu ihren Kolleginnen und Kollegen verlieren, bieten laut einem Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts etwa 68 Prozent der Kliniken die Möglichkeit von Arbeitseinsätzen während der Elternzeit (Blum & Löffert, 2010, S. 97ff).

Die Möglichkeit an Kontakthalteprogrammen teilzunehmen um den persönlichen Anschluss zu behalten besteht in circa 40 Prozent der Kliniken (ebd. S. 97ff). Fort- und Weiterbildung während der Elternzeit bieten nur etwa 28 Prozent, gezielte Wiedereinstiegsprogramme sogar nur etwa neun Prozent der Kliniken an (siehe Abbildung 2) (ebd. S. 97ff).

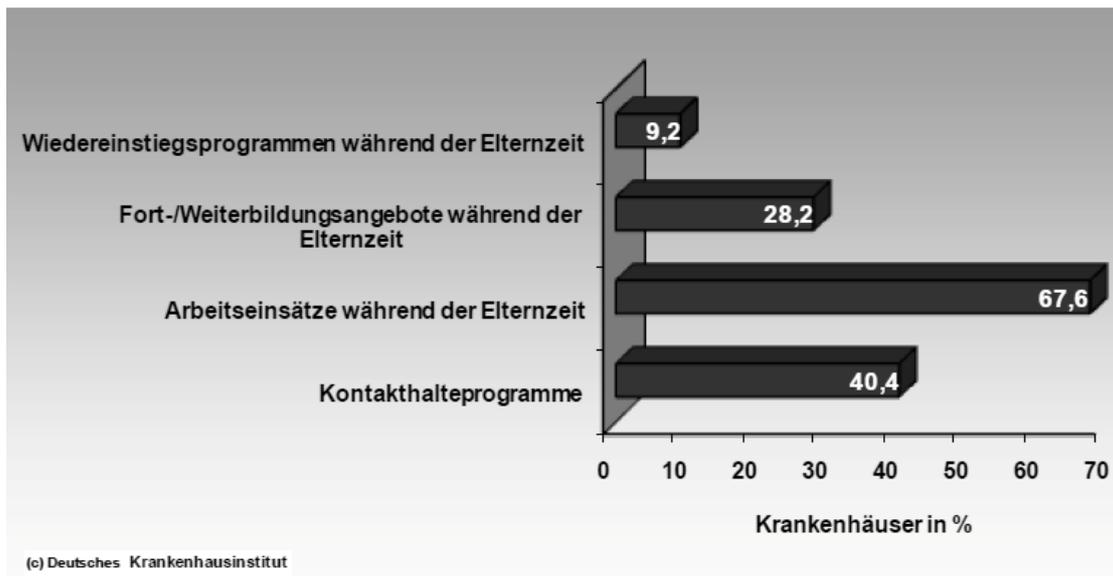


Abbildung 2: Angebote von Krankenhäusern für Ärztinnen und Ärzte in und nach der Elternzeit (Blum & Löffert, 2010, S. 97)

So kommt es dazu, dass eine Elternzeit für Ärztinnen in beruflicher Hinsicht oft nicht so reibungslos verläuft wie es sein könnte.

Und auch die Unterstützung durch den Partner findet oft nur eingeschränkt statt, da die Möglichkeit einer gemeinsamen Elternzeit von Mutter und Vater nur von sehr wenigen Männern in Anspruch genommen wird, wohl aus Sorge, eine solche Inanspruchnahme könnte von Vorgesetzten und Kollegen als mangelnder beruflicher Ehrgeiz verstanden werden (Färber, 2006, S. 287).

Ärztinnen, die sich hauptverantwortlich für die Fürsorge ihrer Kinder fühlen (Anger & Kottwitz, 2009, S. 103f), stehen indes vor einem weiteren Problem: Den unzureichenden **Betreuungsmöglichkeiten**. So bieten nur etwa 19 Prozent der Krankenhäuser „betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung“ an, 15 Prozent haben „betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen“ (Blum & Löffert, 2010, S. 94). Das Angebot variiert dabei je nach Größe der Klinik. Unter den Krankenhäusern mit einer Bettenzahl von 600 oder mehr, bietet die Hälfte eine betriebsinterne Kinderbetreuung an. Bei Häusern mit 300 bis 599 Betten ist es lediglich ein Viertel (ebd. S. 94). Und obwohl gerade große Krankenhäuser und Universitätskliniken ein verhältnismäßig gutes Kinderbetreuungsangebot bereit halten, ist die bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Plätzen noch weit entfernt (ebd. S. 96).

Das zeigt sich auch in der Zahl der Kinderkrippen für Kinder bis drei Jahre: Nur acht Prozent der Kliniken bieten diese an. Kinderhorte für Kinder im Schulkindalter sind noch seltener. Lediglich drei Prozent aller Krankenhäuser bieten eine Betreuung für alle drei Altersgruppen an (Blum, Offermanns, & Perner, 2008, S. 43).

Auch die Öffnungszeiten sind in diesem Zusammenhang ein Problem. Für Klinikärztinnen mit Früh-, Spät- und Schichtdiensten öffnen die meisten Kinderbetreuungseinrichtungen morgens zu spät und schließen abends zu früh. Die Schließung von Kindergärten, -krippen und -horten während der Ferienzeiten oder an Feiertagen stellt Familien vor große organisatorische Herausforderungen (Klenner, Menke, & Pfahl, 2012, S. 205). Letzten Endes bleibt oft nur die bereits erwähnte Arbeitszeitreduktion eines Elternteils, meist der Mutter.

Unter den deutschen Krankenhausärztinnen arbeiten zurzeit etwa 20 Prozent mit einer reduzierten Arbeitszeit auf einer Teilzeitstelle (Bühren & Schoeller, 2010, S. 53f). Die Nachfrage nach weiteren **Teilzeitarbeitsplätzen** ist jedoch weiterhin so hoch, dass sie kaum gedeckt werden kann. Und das obwohl sie von unterschiedlichen Parteien sehr kritisch beurteilt wird: Während Kolleginnen und Kollegen Teilzeitbeschäftigten oft Vorurteile entgegen bringen – so wird ihnen zum Beispiel fehlendes berufliches Engagement unterstellt –, fürchten Chef- und Oberärzte um die Qualität der Patientenversorgung. Krankenhäuser scheuen die Kosten, welche durch die Beschäftigung von mehr Teilzeitarbeitskräften anstelle weniger in Vollzeit tätiger Ärztinnen entstehen können (ebd. S. 53f).

Obwohl mittlerweile 90 Prozent der Kliniken trotzdem Teilarbeitszeitmodelle anbieten (Blum, Löffert, Offermanns, & Steffen, 2013, S. 66f), besteht weiterer Bedarf an Teilzeitstellen, denn laut Katharina Rothe wünschen sich etwa 33 Prozent der jungen Ärztinnen eine „phasenweise Teilzeit während der Kindererziehung“ (Rothe, et al., 2012, S. 316). Ulrike Ley sagt dazu passend: „Auffällig ist, dass es fast nie die Männer sind, die entscheiden, ob und wie sie ihren Beruf fortsetzen wollen. Sie tun es einfach“ (Ley, 2006, S. 84). Und so kommt es, dass es meist die Frauen sind, welche sich selbst aus dem Rennen nehmen und sich einreden, ja nicht alles – also beruflichen Erfolg *und* eine glückliche Familie – haben zu müssen (Gerlinde Mautner zitiert in Ley, 2006, S. 101f).

Unabhängig von den beschriebenen Angeboten, haben auch Faktoren wie die **Familienfreundlichkeit** des Arbeitsplatzes und die **informelle Klinikkultur** einen maßgeblichen Einfluss darauf, wie Ärztinnen sich im Bezug auf ihre Familiengründung verhalten.

Ärztinnen mit einer Teilzeitstelle in einer Klinik werden oft nur für Tätigkeiten auf Station eingeteilt und bei Weiterbildungsangeboten benachteiligt (Hancke, Toth, & Kreienberg, 2010, S. 730). Das nehmen kinderlose Ärztinnen wahr und werden so in ihrer eigenen Entscheidung für oder gegen ein Kind beeinflusst. Es spricht sich herum, dass nur ein kleiner Teil der Mütter entsprechend ihres Ausbildungsstandes in einer Vollzeitstelle tätig

sind. Über 70 Prozent der Ärztinnen haben durch eine Familiengründung Unterbrechungen oder Verzögerungen ihrer Weiterbildung in Kauf nehmen müssen (Köhler, Trittmacher, & Kaiser, 2007). Außerdem fühlen sich Frauen, öfter als Männer, auf Grund ihres Kindes beruflich benachteiligt (Abele, Hoff, & Hohner, 2003, S. 36f). Jedoch nicht nur gegenüber den männlichen Kollegen. Auch unter Frauen besteht oft eine Konkurrenzsituation und es gibt eine kontroverse Diskussion darüber, wie sich Mütter zu verhalten haben, in welchem Maße sie sich privat oder beruflich engagieren sollten und ob bei der Erstellung des Dienstplanes Rücksicht auf Familien genommen wird oder nicht. Klinikintern entstehen Gruppen – so etwa Mütter und kinderlose Frauen – die oft ambivalente Interessen vertreten: Während die „Nichtmütter“ eine Gleichberechtigung fordern, wagen die Mütter nicht, um Rücksicht zu bitten – sie möchten ihrer Karriere und ihrem Ansehen nicht schaden (Ley, 2006, S. 84). Es entsteht eine Haltung, eine Atmosphäre innerhalb des Kollegiums, welche dem Gedanken an eine Familiengründung an Attraktivität nimmt. So schieben viele Ärztinnen ihre Kinderplanung immer weiter hinaus. Wenn es dann zu spät ist, muss entweder die moderne Reproduktionsmedizin zu Hilfe genommen oder ganz auf Kinder verzichtet werden (Kaczmarczyk, 2006, S. 235).

8. Empfehlungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für alle Ärztinnen eine Herausforderung – ob in einer Praxis, in der Wissenschaft oder einem Krankenhaus. Für Klinikärztinnen sind die Bedingungen jedoch besonders schwer (siehe Kapitel 7.2). Aus diesem Grund stehen sie im Fokus der folgenden Erläuterungen:

„Die Rahmenbedingungen für Ärztinnen in der Facharztweiterbildung müssen sich deutlich verbessern“ so der Deutsche Ärztinnenbund (Ärzteblatt, 2012 a). Denn bereits ab Beginn der ärztlichen Ausbildung werden Frauen durch die vielseitig beschriebenen Benachteiligungseffekte in ihrer Karriere ausgebremst. So fordert der Verband im Rahmen eines Memorandums einige pragmatische Veränderungen (ebd.), wie zum Beispiel eine „Geschlechts- und Familiengerechte Zuteilung zu weiterbildungsrelevanten Tätigkeiten (z.B. Operationen, Endoskopie, Pflichtkursen)“ und eine „Gewährleistung von Kinderbetreuungsangeboten und ggf. finanzieller Unterstützung bei der Teilnahme an weiterbildungsbezogenen Kursen, Fortbildungen und Kongressen“ (Rapp-Engels, Gedrose, Kaduszkiewicz, Wonneberger, & van den Bussche, 2012, S. 3f).

Diese und weitere Forderungen ergänzen sich zu einem Gesamtkonzept, welches einen konkreten Ansatz zur Verbesserung der Arbeitssituation von Ärztinnen in Krankenhäusern bietet - ein Schritt in die richtige Richtung.

Auch Astrid Bühren und Annegret E. Schoeller betonen in einem Bericht der Bundesärztekammer, wie wichtig „Elternzeit, Elterngeld und der Ausbau [...] von flexiblen Arbeitszeiten [und] Krippenplätzen“ sind (Bühren & Schoeller, 2010, S. 19f). Auch aus gleichstellungspolitischen und volkswirtschaftlichen Gründen besteht eine Notwendigkeit zur Weiterentwicklung in diesen Bereichen: So führt eine aktive familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsplätze zu einem klaren Wettbewerbsvorteil der Kliniken. Sie machen sich für arbeitssuchende Ärztinnen und Ärzte attraktiver und erhöhen die Bindung bereits angestellten Fachpersonals (ebd. S. 19f). Ein Argument welches in Zeiten des Fachkräftemangels (siehe Kapitel zwei) nicht zu unterschätzen ist.

Familienfreundlichkeit rechnet sich also – nicht nur in dieser Hinsicht. Ärztinnen, welche ihre Kinder gut betreut wissen, fehlen seltener bei der Arbeit. Sie kommen schneller aus der Elternzeit zurück, sind konzentrierter und somit produktiver (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013 a, S. 7). Außerdem fördern sie ein positives Image der Klinik. So lohnen sich die Maßnahmen auch rein finanziell: Die Kosten des Personalmarketings sind in „beliebten“ Kliniken deutlich geringer, als in Kliniken, die verstärkt um Personal werben müssen (ebd. S. 7).

8.1 Betriebliche Kinderbetreuung

Zur Verbesserung der beschriebenen Kinderbetreuungssituation in Deutschland (siehe Kapitel 7.2) und insbesondere im medizinischen Bereich gibt es unterschiedliche Ansätze. Zwar tragen der von Bund und Ländern geförderte Ausbau des Kita-Angebots und die vermehrte Bereitstellung von Betreuungsplätzen ihren Teil bei (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013 b), doch liegt es auch in der Hand der Unternehmen, in diesem Fall der Krankenhäuser, betriebsinterne Lösungen zu finden. Aus diesem Grund empfiehlt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Bedarfsanalyse auf zwei Ebenen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013 a, S. 8). Zum Einen sollten die Kliniken die Nachfrage nach einer regelmäßigen Kinderbetreuung erheben – in diesem Fall geht es um eine kontinuierliche und reguläre Betreuung an halben, dreiviertel, oder ganzen Tagen –, zum Anderen ist nach dem Bedarf einer zusätzlichen punktuellen Betreuung der Kinder zu fragen. Diese soll in Krankheitsfällen oder Ferienzeiten Abhilfe schaffen, wenn keine andere Betreuungsmöglichkeit besteht (ebd. S. 8).

Ist der Bedarf ermittelt, sollten die bestehenden Optionen auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft und mit den Möglichkeiten der Klinik abgeglichen werden. Besonders in Bezug auf die regelmäßige Betreuung sind die Ressourcen, in der Regel je nach Größe des Krankenhauses, sehr unterschiedlich. So bietet sich für große Kliniken ein betriebseigener Kindergarten an, während für kleinere Krankenhäuser der Erwerb von Belegstellen in umliegenden Einrichtungen sinnvoller sein kann (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013 a, S. 8).

Des Weiteren ist die Kooperation mit umliegenden Unternehmen in Erwägung zu ziehen. Oft bietet ein Zusammenschluss mehrerer Institutionen die Möglichkeit, eine eigene Betreuungseinrichtung ins Leben zu rufen. Doch auch die Anstellung von Erzieherinnen und Erziehern kann in vielen Fällen hilfreich sein – besonders bei einem eher geringen Betreuungsbedarf (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013 a, S. 10). Dann wäre zu verhandeln, ob das Krankenhaus eigene Räumlichkeiten zur Betreuung zur Verfügung stellen oder diese anderweitig stattfinden kann.

Zur Deckung des punktuellen und schwieriger planbaren Betreuungsbedarfs können „Notfallplätze in lokalen Einrichtungen“ vereinbart werden (ebd. S. 10). Auch hier kann es jedoch eigene Einrichtungen in der Klinik oder entsprechendes Betreuungspersonal geben (ebd. S. 10).

8.2 Flexible Arbeitszeitmodelle

Eine flexibel gestaltbare Arbeitszeit kann bei der Vereinbarung von Familie und Beruf sehr hilfreich sein, das gilt auch und besonders für Ärztinnen. Flexibel ist in diesem Zusammenhang aber nicht im Sinne einer ständigen Verfügbarkeit der Arbeitnehmerinnen für Schicht-, Nacht- und Frühdienste zu verstehen – diese ist laut Bundestagspressedienst ein Gesundheitsrisiko (Ärzteblatt, 2012 b). Vielmehr meint Flexibilität in diesem Kontext eine Autonomie bei der Einteilung der eigenen Arbeitszeit. Besonders höher qualifizierte Arbeitnehmerinnen, also auch Ärztinnen, wünschen sich einen selbstbestimmten Arbeitsalltag mit einer flexibel handhabbaren zeitlichen Gestaltung. Sie betonen außerdem die Wichtigkeit einer familienfreundlichen Arbeitsgestaltung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 7).

Neben der bedarfsgerechten Gestaltung der Kinderbetreuung gilt es also, auch die Arbeitszeiten familiengerecht einzuteilen. Dabei gibt es keinen einzig richtigen Weg, aber viele Möglichkeiten, welche sich sowohl für die Ärztinnen als auch für die Unternehmen lohnen können: Sind Arbeitnehmerinnen zufrieden und haben ausreichend Freiraum, um Arbeit und Familienleben aufeinander abzustimmen, arbeiten sie produktiver und fehlen seltener, so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 11).

Eine Möglichkeit der flexiblen Arbeitsgestaltung bieten „**Teilzeit-plus-Modelle**“. Während der Arbeitsumfang in klassischen Teilzeitmodellen 50 Prozent einer Vollzeitstelle ausmacht, beanspruchen Teilzeit-plus-Modelle 70 bis 80 Prozent der Vollzeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 7).

Auf den ersten Blick scheinen sie daher eine gute Option für Ärztinnen mit Kindern, welche ihre Arbeitszeit reduzieren, beruflich aber nicht den Anschluss verlieren möchten. Tatsächlich ist es jedoch so, dass sich eine Teilzeitarbeit – ob klassisch oder als Teilzeit-plus-Modell – in der Medizin karrierehinderlich auswirkt (Hibbeler & Korzilius, *Arztberuf: Die Medizin wird weiblich*, 2008). Ärztinnen in Teilzeit arbeiten bedingt durch Überstunden und Bereitschaftsdienste nicht selten doch auf Vollzeithiveau, werden dabei jedoch weiterhin für ihre Teilzeittätigkeit bezahlt (Bühren & Schoeller, 2010, S. 53f). Darüber hinaus werden Ärztinnen in Teilzeit in etwa 20 Prozent der Kliniken von Weiterbildungsmöglichkeiten ausgeschlossen und oftmals nicht ausreichend gefördert (Blum & Löffert, 2010, S. 100). Selbst die Teilnahme an Veranstaltungen und Konferenzen kann sich schwierig gestalten, wenn diese außerhalb der Teilzeit stattfinden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 11f).

Insgesamt sind Teilarbeitszeitmodelle unter den bestehenden Rahmenbedingungen also wenig geeignet, um Klinikärztinnen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu entlasten. Das könnte jedoch anders sein. Robert Lerchenberg, Referatsleiter der Personalabteilung am Uniklinikum Regensburg betont, dass es allein von den Vorgesetzten abhängt, ob eine Familiengründung negativen Einfluss auf die Karriere hat (Höhl, 2010). Demnach kann ein Umdenken der Vorgesetzten auf die Rahmenbedingungen wirken und zu einer stärkeren Förderung von Ärztinnen beitragen (ebd.). Daraus ergibt sich die Möglichkeit zur Gestaltung von Teilzeitmodellen, welche eine tatsächliche Entlastung von Klinikärztinnen bewirken.

Eine weitere Möglichkeit der flexiblen Arbeitszeitgestaltung ist die **Gleitzeit** (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 11). Diese überlässt den Arbeitnehmerinnen die Möglichkeit, Arbeitsbeginn und –ende selbstständiger zu planen. Ein Modell, welches im Allgemeinen hilfreich, im Klinikalltag jedoch kaum umsetzbar ist: Der durchstrukturierte Arbeitsalltag in Krankenhäusern – verbunden mit dem Bedarf einer „kontinuierlichen Patientenversorgung“, der Zusammenarbeit in Teams und Besprechungen zum Schichtwechsel – erfordert eine verlässliche Anwesenheit der Ärztinnen von Schichtbeginn bis –ende (Dettmer S. , 2006, S. 128; Blum & Löffert, 2010, S. 123).

Die Nutzung von **Zeitkonten** kann hingegen auch in Krankenhäusern eine Möglichkeit bieten, Eltern und besonders Mütter bei der Vereinbarung von Familie und Beruf zu entlasten: In familienintensiven Phasen kann auf „angesparte Arbeitsstunden“ aus Zeiten mit weniger Familienarbeit zurückgegriffen werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 11f). Ein Modell welches längerfristig planbar und somit besser mit dem Klinikalltag vereinbar ist als die Gleitzeit.

Wie lange die Arbeitsstunden auf dem Konto verbleiben bevor sie aufgebraucht werden müssen oder verfallen, kann individuell festgelegt werden. Es gibt beispielsweise Konten, welche die Arbeitszeit bis in das Rentenalter „speichern“. In den meisten Fällen bietet sich jedoch ein Jahreszeitkonto an (ebd. S. 12).

Es gibt diese und auch noch weitere Arbeitszeitmodelle, welche je nach Tätigkeitsfeld und in Abhängigkeit der Rahmenbedingungen zu einer Entlastung von Ärztinnen beitragen können. Entscheidend ist jedoch der Grundgedanke: Die **Rücksichtnahme auf familiäre Belange** der Arbeitnehmerin.

Angefangen bei einer flexiblen Gestaltung des Arbeitsumfangs, welcher an die jeweilige familiäre Beanspruchung angepasst werden kann, über Teleheimarbeitsplätze mit einer Verfügbarkeit über Telefone und Computer, bis hin zu einer Orientierung der betrieblichen

Abläufe an den „familiären Verpflichtungen“ der Arbeitnehmerin ist vieles möglich (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 11f). Zu nennen sind zum Beispiel die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschriebenen betrieblichen Regelungen zur Entlastung von Müttern im Arbeitsalltag: Besprechungen finden demnach nicht nach 16 Uhr statt, bei der Gestaltung von Urlaubsplänen werden Eltern bevorzugt, wenn es um die Zeiten der Schulferien geht, Schichtmodelle berücksichtigen die veränderten Anforderungen an Mütter im Vergleich zu Ärztinnen ohne Kinder, familiäre Belange werden auch bei der Pausenplanung im Blick behalten (ebd. S. 11).

8.3 Individuelle Unterstützung: Mentoring, Coaching

Individuelle Unterstützungsangebote wie beispielsweise Mentoring und Coaching können neben den übergeordneten Maßnahmen der vorigen Kapitel von hohem Nutzen für Ärztinnen sein.

Die Schwierigkeiten von Medizinerinnen liegen heute nicht mehr in dem Zugang zu medizinischen Berufen, sondern vielmehr in den Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten. Es wird ihnen ein hohes Durchhaltevermögen abverlangt, um eine Kontinuität in der beruflichen Laufbahn zu erreichen (Heilmann, 2003, S. 104f).

Vorbilder könnten dabei hilfreich sein. Doch „viel zu wenig ist bekannt über Ärztinnen, die in der Vergangenheit ihren Weg in die medizinische Forschung und ärztliche Praxis beschritten und dabei um die Vereinbarkeit von Arbeit und Leben, Beruf und Familie bemüht waren“, so Eva Brinkschulte (Brinkschulte, 2006, S. 9).

Und während junge Ärzte seit jeher durch berufserfahrene Mentoren gefördert werden, so zum Beispiel durch ihre Väter oder Vorgesetzten, die in ihnen unbewusst ihr „jüngeres Selbst“ unterstützen, sind Ärztinnen größten Teils auf sich selbst gestellt (Bühren A. , 2006, S. 253). Um diesem Missstand entgegen zu wirken und eine Chancengleichheit von Frauen, in diesem Fall Ärztinnen, zu befördern, bieten sich **Mentoringprogramme** zur gezielten Förderung weiblicher Mitarbeiterinnen an.

Am häufigsten wird das sogenannte **One-To-One Mentoring** durchgeführt. Dabei bilden eine berufserfahrene Mentorin oder ein berufserfahrener Mentor, meist aus demselben Berufsfeld oder sogar aus dem gleichen Krankenhaus, ein Tandem mit einer weniger berufserfahrenen Ärztin, der Mentee (Buddeberg-Fischer & Stamm, 2012, S. 13,15). Ziel dieser Mentoringbeziehungen ist die Förderung der Mentee in ihrer beruflichen und persönlichen Entwicklung durch eine praktische Unterstützung und konkrete

Ratschläge(Graf & Edelkraut, 2014, S. 18). Des Weiteren soll ein persönlicher Austausch über das Arbeitsklima, betriebsinterne Hierarchien und informelle Rituale die Selbstsicherheit der Ärztin fördern und eine zielgerichtete Karriereplanung ermöglichen (Bühren A. , 2006, S. 254).

Ein **Cross-Gender-Mentoring** mit einer Mentor-Mentee-Konstellation ist dabei eine gute Möglichkeit, dem Mentor Einblicke in die schwierige Situation junger Ärztinnen zu ermöglichen (Bühren A. , 2006, S. 255). Er lernt ihre beruflichen Probleme besser kennen und kann helfen, ihnen in Zukunft entgegen zu wirken. Es besteht jedoch das Risiko, dass sich eine Ärztin von einem Mentor unverstanden fühlt. Aus diesem Grund und weil viele Ärztinnen sich weibliche Vorbilder wünschen, ist ein **Same-Gender-Mentoring** mit der Betreuung durch eine Mentorin oftmals sinnvoller (ebd. S. 255; Brander, 2005, S. 2).

Eine weitere Form des Mentorings ist das **Peer-Mentoring**, bei dem die Ärztin Teil eines Teams mit anderen Ärztinnen und/ oder Ärzten der gleichen Hierarchieebene ist (Graf & Edelkraut, 2014, S. 18). Bei dieser Form des Mentorings liegt der Schwerpunkt nicht auf der Förderung durch eine berufserfahrene Einzelperson, sondern auf der Netzwerkbildung: Kolleginnen und Kollegen kommen ins Gespräch, beraten sich und formulieren gemeinsame Entwicklungsziele, die sie durch die gegenseitige Unterstützung erreichen möchten (ebd. S. 18; Buddeberg-Fischer & Stamm, 2012, S. 15). Eine derartige Vernetzung schafft unter Anderem die Möglichkeit späterer Kooperationen und gegenseitiger Förderung und beeinflusst den beruflichen Erfolg von Medizinerinnen positiv (Bühren A. , 2006, S. 252). Es ist wichtig, die Integration von Frauen in solche Netzwerke zu fördern.

Daher ist die gegenseitige Unterstützung in einem Team auch Teil einer dritten Form: dem sogenannten **Gruppen-Mentoring**. Dieses funktioniert ähnlich wie das Peer-Mentoring, beinhaltet aber eine zusätzliche Begleitung des Teams durch eine erfahrene Mentorin oder einen erfahrenen Mentor (Graf & Edelkraut, 2014, S. 18).

Hat eine Ärztin keine Möglichkeit, an einem Mentoringprogramm zur Frauenförderung teilzunehmen, kann sie sich einen persönlichen **Coach** suchen. Ein Coach kann dabei eine Ärztin aus der Klinik, die eigene Doktormutter oder eine professionell als Coach tätige Person sein(Kimmle, 2004, S. 234).

Im Vergleich zum Mentoring steht beim Coaching nicht die persönliche Beziehung im Vordergrund, es handelt sich vielmehr um eine „zeitlich befristete Dienstleitung“ (Buddeberg-Fischer & Stamm, 2012, S. 13). Ein Coach kann der Ärztin bei der Entwicklung persönlicher Ziele, bei der Umsetzung dieser Ziele und bei der Steigerung der beruflichen Leistung zur Seite stehen. Eine positive Bestärkung und eine persönliche

Beratung können ebenso Teil eines Coachings sein (Buddeberg-Fischer & Stamm, 2012, S. 13).

Geht es um die Organisation verschiedener Lebensabschnitte, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Erlebnisse mit Patienten und im Kollegium oder den Umgang mit klinikinternen Hierarchien, kann neben dem sogenannten **Einzel-Coaching** auch das **Gruppencoaching** hilfreich sein (Hibbeler, 2012). Hier treffen sich mehrere Teilnehmerinnen und/oder Teilnehmer der gleichen Hierarchieebene, zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung, um sich gegenseitig zu unterstützen und auszutauschen. Das schafft Sicherheit und schützt vor Überforderung, ist also eine hilfreiche Methode zur Förderung von Ärztinnen (ebd.).

Selbstverständlich kann Coaching grundsätzlich – ob in Verbindung mit einer Krankenhaustätigkeit, einer Arbeit in der Wissenschaft oder in einer niedergelassenen Praxis – hilfreich sein. So lassen sich sowohl Einzel-, als auch Gruppen-Coachings in den unterschiedlichen Berufsfeldern anwenden und zur Karriereförderung nutzen (Bühren A. , 2006, S. 262).

9. Schlusswort

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Spannungsfeld zwischen den Karrierezielen und der Familienplanung von Ärztinnen in Deutschland. Die Analyse gesellschaftlicher, beruflicher und familiärer Determinanten zeigt auf, inwieweit sich beide Aspekte ergänzen oder gegenseitig blockieren und welche Unterschiede sich in den Karriereverläufen von Ärztinnen gegenüber Ärzten zeigen.

Es wird deutlich, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Medizinerinnen auch heute noch schwer ist. Trotz unterschiedlicher Maßnahmen zur ihrer Entlastung – eine zunehmende Thematisierung der Work-Life-Balance, die Begrenzung der maximalen Arbeitszeit in deutschen Krankenhäusern sowie Teilzeitmodelle und Elternzeit – ist die Gruppe von Ärztinnen, welche es schaffen Karriere zu machen *und* Kinder zu bekommen, klein. Jene Ärztinnen denen es gelingt, werden privat meist in hohem Maße durch ihren Partner unterstützt und besitzen ein starkes berufliches Selbstvertrauen, welches ihnen hilft, ihre Karriere zielgerichtet zu verfolgen (siehe hierzu auch Abele 2006, S.52f).

In den meisten Fällen sind die Voraussetzungen jedoch anders:

Ärztinnen stehen vor der Herausforderung ihren eigenen beruflichen und privaten Zielen sowie teils widersprüchlichen Rollenerwartungen gerecht werden zu müssen:

Sie sollen ständig beruflich verfügbar, in Partnerschaften die umsorgende Frau und in Familien die Vollzeit fürsorgliche Mutter sein. Doch alle Rollen auf einmal erwartungskonform zu erfüllen ist nicht möglich. So geraten Ärztinnen in einen **inneren Konflikt**, versuchen trotzdem möglichst allen Anforderungen gerecht zu werden und vergessen dabei nicht selten ihre eigenen Wünsche und Interessen.

In den nach wie vor **männlich dominierten Strukturen** der Medizin erschweren **Ausgrenzungsmechanismen** den Ärztinnen ihren Aufstieg: Sie werden zu wenig in berufsrelevante Netzwerke integriert und oft weniger gefördert als ihre männlichen Kollegen. In führenden Positionen prestigereicher Fachgebiete sind sie deutlich unterrepräsentiert. Bekommen sie Kinder, stehen ihnen darüber hinaus oft unangemessene Vorurteile von Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen entgegen.

Es besteht also eine komplexe Problematik, welcher dringend durch Veränderungen entgegengewirkt werden muss. Die Grundlagen zur Minderung der Konflikthaftigkeit beruflicher und familiärer Interessen sind bereits geschaffen. Die aufgezeigten Konzepte betrieblicher Kinderbetreuung und die dargestellten Arbeitszeitmodelle sind keine Neuheit. In Zukunft gilt es jedoch, sie in Kombination mit einer **gezielten Nachwuchsförderung**

von Ärztinnen auszubauen und auf die speziellen Bedürfnisse von Medizinerinnen mit familiären Verpflichtungen anzupassen.

Die im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel erläuterte Notwendigkeit, das Potential qualifizierter Ärztinnen auszuschöpfen macht eine **familiengerechte Weiterentwicklung** ihrer Arbeitsbedingungen, eine Implementierung **neuer Rollenbilder** und die Förderung **persönlicher Kompetenzen** unabdingbar.

Hier sind Politik, Gesellschaft und Krankenhäuser gleichermaßen gefordert:

Die Rahmenbedingungen für familienfreundliche und geschlechtergerechte Arbeitsbedingungen sind durch gesetzliche Vorgaben und Klinikrichtlinien zu schaffen, bzw. weiter auszubauen. Des Weiteren sollten Krankenhäuser die Verantwortung dafür übernehmen, dass eine stärkere Förderung personenbezogener Faktoren stattfindet als bisher. So könnte ein größeres Angebot von Mentoring- oder Coachingprogrammen die berufliche Zielklarheit von Ärztinnen verbessern, ihr Selbstvertrauen steigern und eine Grundlage karriereförderlicher Kompetenzen schaffen.

Der Wandel geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen erfordert ein Umdenken in der Gesellschaft und wird einige Zeit benötigen. Anzustreben ist dabei eine Haltung, nach der es selbstverständlich ist, dass Ärztinnen beruflich erfolgreiche Mütter sein können.

Hierzu ist jedoch auch ein Wandel der informellen Klinikkultur notwendig.

Bisher führen die Strukturen und Konflikte innerhalb des Kollegiums oftmals dazu, dass Ärztinnen erheblich unter Druck geraten und auf Kinder verzichten. Um diesem Missstand entgegen zu wirken und die interne Arbeitssituation nachhaltig familien- und arbeitnehmerinnenfreundlicher zu gestalten, sollten Kliniken die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Hierarchieebenen durch ein gezieltes Coaching schulen.

Der Konkurrenz und der Ausgrenzung von Ärztinnen und Müttern innerhalb des Kollegiums sollte außerdem durch entsprechende Regeln zum Umgang miteinander begegnet werden. Auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zur Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit scheint in diesem Kontext sinnvoll. Optimalerweise schaffen die Vorgesetzten jedoch Rahmenbedingungen, welche die Entstehung kollegialer Diskrepanzen von vorne herein vermeiden.

Denn anzustreben ist eine Atmosphäre, in welcher familiäre Anforderungen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden und das Gefühl eines gemeinsamen Miteinanders besteht.

Ein solches Arbeitsumfeld und ein verändertes Rollenverständnis von und gegenüber Ärztinnen mit Kind können die Medizin zu einem noch attraktiveren Berufsfeld machen. Finden die beschriebenen Veränderungen statt, wird die im Kontext des demografischen Wandels steigende Nachfrage medizinischer Leistungen in Zukunft zunehmend von Ärztinnen erfüllt. Ihr Weg in medizinische Spitzenpositionen scheint damit geebnet.

10. Literaturverzeichnis

Abele, A. E. (2002). Ein Modell und empirische Befunde zur beruflichen Laufbahnentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtsvergleichs. *Psychologische Rundschau*, 53 (3), S. 109-118.

Abele, A. E. (2003). Ärztinnen und Ärzte vom zweiten Staatsexamen bis zur Facharztausbildung. In A. E. Abele, E.-H. Hoff, & H.-U. Hohner, *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg* (S. 29-42). Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag.

Abele, A. E. (2002). Ein Modell und empirische Befunde zur beruflichen Laufbahnentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtsvergleichs. *Psychologische Rundschau*, 53 (3), S. 109-118.

Abele, A. E. (2006). Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Die Situation der Frauen in der Medizin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 35-57). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Abele, A. E. (14. Juni 2005). Ziele, Selbstkonzept und Work-Life-Balance bei der längerfristigen Lebensgestaltung. Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E mit Akademikerinnen und Akademikern. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, S. 176-186.

Abele, A. E., Hoff, E.-H., & Hohner, H.-U. (2003). *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg*. Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Adler, G., & Knesebeck, J.-H. v. (29. Januar 2011). Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt*, S. 228-237.

Anger, S., & Kottwitz, A. (2009). *Mehr Hausarbeit, weniger Verdienst*. In: *Wochenbericht Nr.6/2009*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Ärzteblatt. (28. März 2012 a). *Ärztinnen fordern bessere Berufschancen*. Abgerufen am 20. Januar 2014 von [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49670): <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49670>

Ärzteblatt. (21. Januar 2014). *Ärztinnenbund fordert Frauenquote auch in der Medizin*. Abgerufen am 08. Februar 2014 von [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de): <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57292/Aerztinnenbund-fordert-Frauenquote-auch-in-der-Medizin?s=%E4rztinnen>

Ärzteblatt. (13. Februar 2012 b). *Bundesregierung: Flexible Arbeitszeiten erhöhen Gesundheitsrisiken*. Abgerufen am 25. Februar 2014 von [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de): <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49107/Bundesregierung-Flexible-Arbeitszeiten-erhoehen-Gesundheitsrisiken>

ÄrzteZeitung. (18. April 2012). *Schwangere Ärztinnen: Wenn Mutterschutz Diskriminierung wird*. Abgerufen am 08. Februar 2014 von [ÄrzteZeitung](http://www.aerztezeitung.de): http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/810724/schwangere-aerztinnen-wenn-mutterschutz-diskriminierung.html

Baumhove, O., & Kirchner, W. (2012). Ärzteabwanderung ins Ausland. In: Ausblick. In H. Kirchner, M. Schroeter, & M. Flesch, *Personalakquise im Krankenhaus. Ärzte gewinnen, binden, entwickeln* (S. 247-251). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Behnke, C., & Meuser, M. (2005). Vereinbarkeitsmanagement. Zuständigkeiten und Karrierechancen bei Doppelkarrierepaaren. In H. Solga, & C. Wimbauer, *"Wenn zwei das Gleiche tun..." Ideal und Realität sozialer (Un-)Gleichheit in Dual Career Couples* (S. 123-139). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bestmann, B., Rohde, V., Wellmann, A., & Küchler, T. (19. März 2004). Berufsreport 2013. Geschlechterunterschiede im Beruf. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 776-779.

Blum, K., & Löffert, S. (2010). *Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2013). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Blum, K., Offermanns, M., & Perner, P. (2008). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Brander, S. (2005). Vom Mythos zum Frauenförderungskonzept - ein Streifzug durch die Geschichte des Mentoring. In D. Nienhaus, G. Pannatier, & C. Töngie, *Akademische Seilschaften. Mentoring für Frauen im Spannungsfeld von individueller Förderung und Strukturveränderung* (S. 17-28). Bern/ Wettingen: eFeF-Verlag.

Brinkschulte, E. (2006). Historische Einführung: Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In: Die Situation der Frauen in der Medizin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 9-35). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Buddeberg-Fischer, B., & Klaghofer, R. (2003). Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. In A. E. Abele, E.-H. Hoff, & H.-U. Hohner, *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg* (S. 17-28). Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Buddeberg-Fischer, B., & Stamm, M. (2012). *Mentoring in der Medizin. Formen, Konzepte und Erfahrungen*. Zürich: Staatssekretariat für Bildung und Forschung.

Bühnen, A. (2006). Netzwerke-Mentoring-Coaching-Wiedereinstieg. In: Praktische Hinweise für die Berufsplanung als Ärztin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 251-266). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bühnen, A., & Schoeller, A. (2010). *Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung*. Berlin: Bundesärztekammer.

Bundesärztekammer. (04. Juli 2012). *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2011. Kein Widerspruch - Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen*. Abgerufen am 02. Januar 2014 von [bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de): <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.10275>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2012). *Familienbewusste Arbeitszeiten. Leitfaden für die praktische Umsetzung von flexiblen, familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen - Zur richtigen Zeit am richtigen Ort*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (26. Juli 2013 b). *Gute Kinderbetreuung*. Abgerufen am 26. Februar 2014 von bmfsfj.de:
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/kinderbetreuung.html>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2013 a). *Unternehmen Kinderbetreuung. Praxisleitfaden für die betriebliche Kinderbetreuung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Gesundheit. (22. Februar 2013). *Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung in Deutschland*. Abgerufen am 27. Januar 2014 von bmg.bund.de:
<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz/fakten-aerzteversorgung.html>

Bundy, B., Bellemann, N., & Weber, M.-A. (1. September 2011). Vereinbarkeit von Familie und ärztlichem Beruf. *Der Radiologe*, S. 801-803.

Dalhoff, J. (Juli 2005). Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. *G+G Wissenschaft*, S. 7-14.

Dettmer, S. (2006). Befunde der Interviewstudie. In: Wege zum beruflichen Erfolg - Karriereverläufe von Ärztinnen. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühren, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 111-189). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Dettmer, S., & Hoff, E.-H. (2005). Berufs- und Karrierekonstellationen in Paarbeziehungen: Segmentation, Integration, Entgrenzung. In H. Solga, & C. Wimbauer, *"Wenn zwei das Gleiche tun..." Ideal und Realität sozialer (Un-) Gleichheit in Dual Career Couples* (S. 53-75). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Dettmer, S., Grote, S., Hoff, E.-H., & Hohner, H.-U. (1999). *Zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in der Medizin und Psychologie*. Berlin: Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU.

Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., & Bühren, A. (2006). Einleitung. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühren, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 1-5). Heidelberg: Springer Verlag.

Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Friedrich, N., Keller, M., Schulz, A., & Bamberg, E. (2012). Entgrenzung der täglichen Arbeitszeit - Beeinträchtigungen durch ständige Erreichbarkeit bei Rufbereitschaft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2012* (S. 53-60). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Eagly, A. H., & Karau, S. J. (2002). Role Congruity Theory of Prejudice Toward Female Leaders. *Psychological Review*, Vol. 109, No. 3, S. 573-598.

Eckes, T. (2008). Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In R. Becker, & B. Kortendiek, *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (S. 171-182). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Egeler, R. (2009). Pressekonferenz "Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060" am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Färber, C. (2006). Work-Life-Balance bei Ärztinnen. In: Praktische Hinweise für die Berufsplanung als Ärztin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühren, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 279-294). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK). (2012). *Chancengleichheit in Wissenschaft und Forschung. 16. Fortschreibung des Datenmaterials (2010/2011) zu Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen*. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK).

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK). (2010). *Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen - Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004*. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz GWK.

Graf, N., & Edelkraut, F. (2014). Formen und Einsatzgebiete des Mentoring. In N. Graf, & F. Edelkraut, *Mentoring. Das Praxisbuch für Personalverantwortliche und Unternehmer* (S. 17-42). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hancke, K., Toth, B., & Kreienberg, R. (10. September 2010). Familie und Karriere. Erste Ergebnisse der aktuellen DGGG-Umfrage. *Der Gynäkologe*, S. 730-734.

Heilmann, J. (2003). Perspektiven einer jungen Ärztin. In K. Vetter, & C. Buddeberg, *Feminisierung in der Medizin - Chance oder Risiko?* (S. 104-110). Hamburg: akademos Wissenschaftsverlag.

Heß, P. (2010). Geschlechterkonstruktion und Geschlechterdifferenz. In P. Heß, *Geschlechterkonstruktionen nach der Wende. Auf dem Weg einer gemeinsamen Politischen Kultur?* (S. 19-40). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hibbeler, B. (03. Februar 2012). *Coaching für Ärztinnen: Strategien für den Klinikalltag*. Abgerufen am 05. März 2014 von aerzteblatt.de: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/121120/Coaching-fuer-Aerztinnen-Strategien-fuer-den-Klinikalltag>

Hibbeler, B., & Korzilius, H. (21. März 2008). *Arztberuf: Die Medizin wird weiblich*. Abgerufen am 05. März 2014 von aerzteblatt.de: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59406/Arztberuf-Die-Medizin-wird-weiblich>

Hoff, E.-H., Grote, S., Dettmer, S., Hohner, H.-U., & Olos, L. (06. April 2005). Work-Life-Balance: Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, S. 196-207.

Hoff, E.-H., Hohner, H.-U., Dettmer, S., Grote, S., & Olos, L. (06. Oktober 2010). *PROFIL – Professionalisierung und Integration der Lebenssphären*. Abgerufen am 07. Februar 2014 von Freie

Universität Berlin: <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/arbpsych/projekte/profil/index.html>

Höhl, R. (16. April 2010). *Mit der Teilzeitstelle kommt der Karriereknick*. Abgerufen am 05. März 2014 von *ÄrzteZeitung*:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/article/598398/teilzeitstelle-kommt-karriereknick.html

Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., & Dettmer, S. (2003). Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensgestaltung von Ärztinnen und Ärzten. In A. E. Abele, E.-H. Hoff, & H.-U. Hohner, *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg* (S. 43-56). Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag.

Kaczmarczyk, G. (2006). Planung einer wissenschaftlichen Karriere. In: Praktische Hinweise für die Berufsplanung als Ärztin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 215-238). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kimble, A. E. (September 2004). Mentoring und Coaching in Unternehmen - Abgrenzung der Inhalte. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching* , S. 233-237.

Kleinert, C. (2011). *Ostdeutsche Frauen häufiger in Führungspositionen*. In: *IAB-Kurzbericht 3/2011*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Klenner, C., Menke, K., & Pfahl, S. (2012). *Flexible Familienernährerinnen. Moderne Geschlechterarrangements oder prekäre Konstellationen?* Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Köhler, S., Trittmacher, S., & Kaiser, R. (2007). Der Arztberuf wird zum "Frauenberuf" - wohin führt das? *Hessisches Ärzteblatt* , 423-425.

Kopetsch, T. (04. April 2008). Ärztwanderung: Das Ausland lockt. *Deutsches Ärzteblatt* , S. 716-719.

Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung*. Berlin: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Levy, R., & Ernst, M. (2002). Lebenslauf und Regulation in Paarbeziehungen: Bestimmungsgründe der Ungleichheit familialer Arbeitsteilung. *Zeitschrift für Familienforschung, Jg.14, H.2* , S. 103-131.

Ley, U. (2006). Hierarchie und Konkurrenz in der Medizin. In: Die Situation der Frauen in der Medizin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, *Karriereplanung für Frauen* (S. 78-105). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Mißbeck, A. (22. März 2013). *Zwischen Ärztin und Arzt: Gehaltsunterschied von 2000 Euro*. Abgerufen am 22. Februar 2014 von *ÄrzteZeitung*:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/frauen-in-der-medizin/article/835805/zwischen-aerztin-arzt-gehaltsunterschiede-2000-euro.html

- Otto-Peters, L. (1997/ 1866). *Das Recht der Frau auf Erwerb. Blicke auf das Frauenleben der Gegenwart. 7. Wiederveröffentlichung der Erstausgabe 1866.* Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Pöttsch, O. (2012). *Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Pöttsch, O. (2013). *Kinderlosigkeit. In: 2. Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2013.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Rapp-Engels, R., Gedrose, B., Kaduszkiewicz, H., Wonneberger, C., & van den Bussche, H. (2012). *Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Ergebnisse der Arbeitstagung "Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung".* Hamburg.
- Rothe, K., Wonneberger, C., Deutschbein, J., Pöge, K., Gedrose, B., Alfermann, D., et al. (2012). *Von Ärzten, Ärztinnen und "Müttern in der Medizin". In S. Beaufaÿs, A. Engels, & H. Kahlert, Einfach Spitze? Neue Geschlechterperspektiven auf Karrieren in der Wissenschaft (S. 312-334).* Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Russell Hochschild, A. (2006). *Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet (2. Aufl.).* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH.
- Sagebiel, D., & Vetter, K. (2003). *Feminisierung in der Medizin - Chance oder Risiko? Repräsentative Umfrage zur Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In K. Vetter, & C. Buddeberg, Feminisierung in der Medizin - Chance oder Risiko? (S. 86-95).* Hamburg: akademos Wissenschaftsverlag.
- Sieverding, M. (2006). *Psychologische Karrierehindernisse im Berufsweg von Frauen. In: Die Situation der Frauen in der Medizin. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen, Karriereplanung für Ärztinnen (S. 57-78).* Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Solga, H., & Wimbauer, C. (2005). *"Wenn zwei das Gleiche tun..." Ideal und Realität sozialer (Un-) Gleichheit in Dual Career Couples.* Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Solga, H., Rusconi, A., & Krüger, H. (2005). *Gibt der ältere Partner den Ton an? Die Alterskonstellation in Akademikerpartnerschaften und ihre Bedeutung für Doppelkarrieren. In H. Solga, & C. Wimbauer, "Wenn zwei das Gleiche tun..." Ideal und Realität sozialer (Un-) Gleichheit in Dual Career Couples (S. 27-52).* Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Sonnert, G. (2005). *Geteiltes soziales Kapital oder innerpartnerschaftliche Konkurrenz in Dual Career Couples? In H. Solga, & C. Wimbauer, "Wenn zwei das Gleiche tun..." Ideal und Realität sozialer (Un-) Gleichheit in Dual Career Couples (S. 101-122).* Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (19. März 2013). *Verdienstunterschiede von Frauen und Männern bleiben weiter bestehen.* Abgerufen am 23. Januar 2014 von DESTATIS. Statistisches Bundesamt:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/03/PD13_108_621.html

Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). (2011). *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band 1*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI). (20. März 2013). *Bei Frauen in leitender Position ist der Einkommensrückstand zu Männern besonders groß*. Abgerufen am 23. Januar 2014 von Hans Böckler Stiftung: http://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/41910_42499.htm

Wobbe, T., & Nunner-Winkler, G. (2007). Geschlecht und Gesellschaft. In H. Joas, *Lehrbuch der Soziologie* (S. 287-312). Frankfurt/ New York: Campus Verlag.

11. Anhang

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem im Ausgabeantrag formulierten Thema ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

12.03.2014

Antonia Weschke

Datum,

Unterschrift