

# „KarMed – Karrierebedingungen und Karrierebrüche bei Ärztinnen“

---

## Ergebnisse des qualitativen Leipziger Teilprojekts

### Zusammenfassung:

Das Verbundprojekt KarMed<sup>1</sup> untersuchte die förderlichen und hinderlichen Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf von Frauen in

---

<sup>1</sup> Das diesem Kommentar zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und Mitteln des Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union unter den Förderkennzeichen O1FP1241/O1FP1242 und O1FP1243/O1FP1244 von 2008 bis 2014 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Autorinnen.

der medizinischen Profession. Das Vorhaben verfolgte damit das übergeordnete Ziel, Interventionen auf der Ebene der Arbeitsstrukturen und Weiterbildungsbedingungen aus Sicht der Ärztinnen abzuleiten.

Auf allen Stufen der fachärztlichen Weiterbildung sowie den daran anschließenden möglichen Karriere-stufen konnte das Leipziger Teilprojekt seitens der Arbeitsorganisation und der Arbeitskultur Formen von Diskriminierung rekonstruieren, die sich auf das weibliche Geschlecht sowie (potenzielle) Mutterschaft beziehen. Dabei spielen bestimmte Institutionen, wie der/die Vorgesetzte/r, aber auch intransparente Weiterbildungsbedingungen sowie implizite Arbeitsideale von Vollzeittätigkeit und arbeitszeitlicher Kontinuität



Einschränkungen der Berufsbiografie bei Ärztinnen noch immer vorhanden. © Alliance - Fotolia.com

eine exponierte Rolle in der Förderung und eben auch in der Behinderung der Karrieren von Ärztinnen.

#### **Kommentar:**

Trotz des höheren Anteils weiblicher Studierender zu Beginn und auch zum Abschluss des Studiums der Humanmedizin (GWK 2013; Statistisches Bundesamt 2012, 2014) dominieren in den *leitenden* Positionen sowohl der Organisationen der Krankenversorgung, als auch der medizinischen inner- und außeruniversitären Forschung hingegen nach wie vor Männer: Nur ca. 13 % der berufstätigen Ärztinnen steigen in höhere und höchste Leitungspositionen im klinischen Bereich auf (Hohner et al. 2003) und der Anteil der Ärztinnen an Professuren (C/W- und Juniorprofessuren) liegt bei nur knapp 20 % (GWK 2013). Ärztinnen bleiben also, trotz zunächst bester Voraussetzungen durch Ausbildung und Motivation, im Berufserfolg, gemessen an Status und Einkommen, hinter den Ärzten zurück.

Worin lassen sich die Ursachen dieser „Schere“ (Abele 2006) finden?

Um diese Frage zu beantworten, wurden in dem Verbundprojekt „KarMed“ gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf von Frauen in der medizinischen Profession untersucht. Im Leipziger Teilprojekt wurden dazu längsschnittlich im Verlauf von fünf Jahren bis zu vier Interviews mit Ärztinnen und deren Partner sowie Gruppendiskussionen mit Ärztinnen und Ärzten geführt. Aus insgesamt 150 Interviews mit Ärztinnen (und ihren Partner), die sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Berufskarriere befanden, und 21 Gruppendiskussionen mit Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung rekonstruierten wir Einflüsse auf die Karriereverläufe für Ärztinnen auf vier Ebenen:

- 1) Arbeitsstrukturen, Arbeitskultur und Arbeitsorganisation,
- 2) soziale Interaktionsprozesse des personellen Systems im Krankenhaus,
- 3) individuelle berufliche Orientierung, Paararrangement und Familie sowie
- 4) gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Förderliche und hinderliche *Arbeitsstrukturen* wurden in jeder Phase der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowohl in Bezug auf die weibliche Geschlechtskategorie (das heißt Diskriminierung als „Frau“, „weiblich“, „Ärztin“) als auch auf Schwangerschaft beziehungsweise Familienvereinbarkeit (das heißt Diskriminierung als „Schwangere“, „Mutter“) berichtet. Dabei spielen Institutionen wie intransparente Weiterbildungsbedingungen sowie implizite Arbeitsideale von Vollzeitätigkeit und arbeitszeitlicher Kontinuität eine exponierte Rolle. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der arbeitspolitischen Kultur der Befristung von Verträgen, welche zu einem Dilemma und somit dem Hinausschieben des Kinderwunsches auf Seiten der Ärztinnen führen können. Wenn Ärztinnen während der Weiterbildungszeit schwanger werden, erleben sie einen häufig

von ihnen bereits antizipierten Ausbildungs- und Karriereknick. Der Einfluss, den der Arbeitgeber Krankenhaus, die Regeln des Arbeitsmarktes sowie die Facharztweiterbildung auf den privaten Bereich der Familiengründung haben können, wird hier besonders eklatant. Unter diesen Bedingungen kann die Gefahr bestehen, dass die Ärztinnen ihren Beruf nach der Geburt des Kindes nicht wieder aufnehmen oder im günstigeren Fall im Krankenhaus in Teilzeit arbeiten. Die Tätigkeit in einer Niederlassung oder in Teilzeit bedeutet jedoch im Allgemeinen das Ende einer Karriere in Richtung Leitungsposition. Flexible und an die Bedarfe der Ärztinnen angepasste Arbeitszeitregelungen, Arbeitsverträge über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung sowie transparente Weiterbildungsbedingungen könnten auf dieser Ebene die erfolgreichen Karriereverläufe von Ärztinnen fördern.

Weiterhin zeigen *Bedingungen auf der personellen Ebene* (Vorgesetzte, Kollegen, Betriebsräte, etc.) erheblichen Einfluss auf die Karrieren von Ärztinnen. Einige Ärztinnen erlebten zum Beispiel eine deutliche Abwertung von Schwangerschaft durch Vertreter/-innen der klinischen Arbeitsstruktur durch ihre Deutung als „Bewerberin zweiter Klasse“. Von anderen Ärztinnen in unserem Sample wurde darüber hinaus ein erschwerter beruflicher Aufstieg aufgrund der Zuordnung zur weiblichen Geschlechtskategorie (ohne Bezugnahme auf Familiengründung) berichtet. Die persönliche Förderung und Unterstützung der Vorgesetzten und des Kollegiums jedoch kann auf dieser Ebene positive Auswirkungen auf die Karriereverläufe von Ärztinnen zeitigen.

Neben diesen arbeitsstrukturellen und -kulturellen Faktoren, konnten *individuelle Faktoren sowie Aspekte der Paarbeziehung und des familialen Systems* als die Karriere beeinflussend herausgestellt werden. Dazu zählen unter anderem die berufliche Orientierung und das berufliche Selbstverständnis der Ärztinnen. So finden wir bei neun Ärztinnen eine hohe Karriereorientierung, die

jedoch bei sechs Ärztinnen durch Brüchigkeit gekennzeichnet ist oder deren Karriere bereits als abgebrochen gewertet werden kann, trotz zunächst höchster Motivation. Der Vereinbarkeitskonflikt zeigt sich besonders anhand der Aufteilung von Familienarbeit, wonach sich die Ärztinnen für die Kinderbetreuung beziehungsweise die Organisation derselben in der Partnerschaft als hauptverantwortlich empfinden, was zu einer Mehrbelastung führt und als Traditionalisierungs- oder Mutterschaftsfall bezeichnet werden kann (Kortendiek 2004: 389). Innerhalb des medizinischen, aber auch des familialen Systems, wird diese Vereinbarkeitsproblematik in einigen Fällen an die Ärztinnen zurückgebunden: Diese Ärztinnen individualisieren und internalisieren die eingeschränkten Karrieremöglichkeiten dann und naturalisieren vor allem die Brüche („Frauen ist Karriere nicht gegeben“).

Verstärkend tragen dazu dann auch *gesellschaftliche Bedingungen*, wie beispielsweise unzureichende Kinderbetreuungsmöglichkeiten bei. Diese ausgewählten Ergebnisse verdeutlichen die Multimodalität der Einflüsse auf die Karriereverläufe von Ärztinnen. Und sie zeigen damit, dass auch Arbeitsstrukturen im Krankenhaus vor, während und nach der fachärztlichen Weiterbildung enorm zur widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen als Frauen und als Ärztinnen beitragen können (Becker-Schmidt 2004; Knapp 1990). Sie tun dies, indem sie weibliches Geschlecht, Schwangerschaft und Mutterschaft abwerten, die Entscheidung für Familiengründung für die gesamte folgende Berufsbiografie verallgemeinern und schließlich die

fachärztliche Weiterbildung enorm verzögern. Ärztinnen mit und ohne Kinder(wunsch) – bis zu einem gewissen Grad auch aktive Väter – werden dadurch während ihrer Ausbildung in eine zwiespältige Situation versetzt und sowohl in ihrer Berufs- als auch in ihrer privaten Entwicklung behindert. Gründe werden hier vielfältig diskutiert und weisen in verschiedene Richtungen. Zum einen spielt die homosoziale Reproduktion der Verhältnisse eine bedeutende Rolle. Korrespondierend dazu können sich Widerstände daraus ergeben, dass die gerechte Teilhabe von Frauen in Führungspositionen immer auch eine Verschiebung tradierter männlicher Machtverhältnisse darstellt. Und es geht um die Dominanz spezifischer Arbeitskulturen im medizinischen Feld, die unter anderem dazu führt, dass die „Qualität“ der Tätigkeit vor allem an der Bereitschaft zu quantitativ langen Arbeits- und Anwesenheitszeiten gemessen wird und weniger an der fachlichen Arbeit an und mit den Patienten. Trotz gleichzeitiger förderlicher Strukturen im Krankenhaus bzw. während der Weiterbildung zeichnen sich also Diskriminierungspraxen ab, die das Dilemma in erheblichem Maße mit erzeugen, in dem sich Ärztinnen zwischen Familiengründung beziehungsweise Familienengagement respektive beruflichem Aufstieg entscheiden müssen.

Für die Umsetzung förderlicher Maßnahmen in die Praxis wird aktuell ein weiteres Vorhaben<sup>2</sup> gefördert, welches sich den Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin widmet. Dazu werden verschiedene Maßnahmen zu gendergerechten Arbeitsorganisation an Kliniken durchgeführt.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift für die Verfasser:  
Dr. phil. Swantje Reimann  
Prof. Dr. phil. Dorothee Alfermann  
Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (Fragas)  
c/o Institut für Sportpsychologie und Sportpädagogik  
Jahnallee 59, 04109 Leipzig  
E-Mail: spopsy@uni-leipzig.de  
Telefon: 0341 – 97 31630

<sup>2</sup> Das Verbundvorhaben „TransferGenderMed – Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin“ wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und Mitteln des Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union unter den Förderkennzeichen 01FP1433 und 01FP1437 gefördert; siehe [www.transfergendermed.de](http://www.transfergendermed.de)