

Küche, Kinder, Professur? Die wissenschaftliche Karriere von Ärztinnen in der Hochschulmedizin

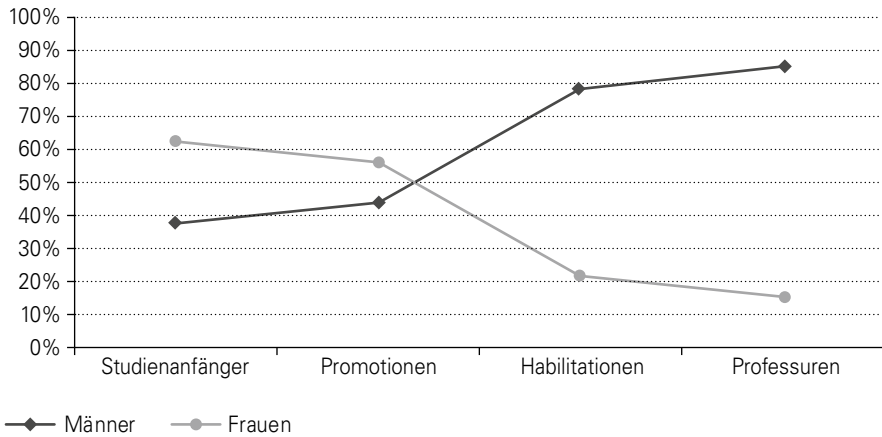
Barbara Cramer, Monika Hanika, Janine Diehl-Schmid

Obwohl seit Jahren die Frauen unter den Medizinstudierenden die Mehrheit stellen, sind sie in den höheren klinischen und wissenschaftlichen Positionen deutlich unterrepräsentiert. Ziel der vorliegenden Studie war, Gründe für den geringen Anteil von Ärztinnen auf den höheren Stufen der wissenschaftlichen Karriereleiter zu identifizieren. Dazu wurden ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Universitätsklinikums mittels eines ausführlichen, standardisierten Fragebogens befragt. Fast 50 Prozent der 689 ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen an der Befragung teil. 80 Prozent der Auskunft gebenden Ärzte im Vergleich zu 48 Prozent der Ärztinnen sind an einer wissenschaftlichen Karriere interessiert oder haben diese bereits umgesetzt. Es zeigen sich in Hinblick auf persönliche und berufliche Rahmenbedingungen, Kompetenzen und Einstellungen deutliche Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten wie auch zwischen Ärztinnen mit und ohne Ambitionen auf eine wissenschaftliche Karriere.

1 Hintergrund und Fragestellungen

Im letzten Jahrhundert vollzog sich eine Revolution im ärztlichen Beruf. War im 19. Jahrhundert die Medizin noch reine Männersache und Frauen bis 1899 zum Studium in Deutschland überhaupt nicht zugelassen, haben sich die Verhältnisse nun umgekehrt: im Jahr 2010 waren 63 Prozent der Studienanfänger weiblich und 56 Prozent der Promotionen wurden von Ärztinnen verfasst (*Gerst/Hibbeler 2012*). Doch sind weiterhin die Führungspositionen mit großer Mehrheit von Männern besetzt, nur knapp eine von zehn Chefarztstellen wird von einer Medizinerin geleitet (*Hancke et al. 2011*). Bei den akademischen Karrierestufen öffnet sich ebenfalls eine große Schere. Nur 22 Prozent der Ärztinnen sind habilitiert und 15 Prozent der Frauen in der Humanmedizin haben eine Professur inne (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Anteil von Männern und Frauen an den akademische Karrierestufen 2010 in Deutschland in der Medizin* (vgl. *Gerst/Hibbeler 2012*)



*Humanmedizin ohne Zahnmedizin (Studienanfänger und Promotionen), Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften (Habilitationen und Professuren)

Und doch sollte man meinen, dass die Ärztinnen auch in höheren Positionen dringend gebraucht werden. Denn seit einiger Zeit wird ein Ärztemangel in Deutschland beklagt. Jährlich gehen rund 8000 Medizinerinnen und Mediziner in den Ruhestand, jedoch rücken nur etwa 7000 Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums nach. Im Jahr 2009 waren 4000 Stellen in den Krankenhäusern unbesetzt (*Flintrop 2009*). Die stetige Zunahme des medizinischen Versorgungsbedarfs wegen des höheren Durchschnittsalters der Bevölkerung und der höheren Lebenserwartung dank des medizinischen Fortschritts führen zusätzlich zu einer Zuspitzung der Situation. Folglich wächst die Belastung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte, die anfallende Arbeit zu erledigen. Rund die Hälfte der Ärzteschaft weist Symptome eines Burn-out-Syndroms auf (*Merz/Oberlander 2008*).

Auch die Universitätskliniken bleiben von der Personalknappheit nicht verschont. Das Aufgabenfeld der Universitätsklinik mit Patientenversorgung, Forschung und Lehre ist nach Meinung von Experten in eine Schieflage geraten (*Gerst/Hibbeler 2012*). Ärztinnen und Ärzte an einer Universitätsklinik verbringen den größten Teil ihrer Arbeitszeit mit Patientenversorgung und Bürokratie, kaum mit Forschung und Lehre. Durch wachsenden Kostendruck werden Stellen eingespart und immer weniger müssen immer mehr leisten (*Merz/Oberlander 2008*). Forschung nach Feierabend, am Wochenende und im Urlaub stellt daher keine Seltenheit dar (*Gerst/Hibbeler 2012*).

Unter den genannten Arbeitsbedingungen erscheint eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie kaum möglich: Wie soll noch Kraft und Zeit für die Versorgung von Kindern

oder alten Eltern bleiben? In einem Artikel der Süddeutschen Zeitung mit dem Titel „Unter Medizinern“ (03.12.2014) zitierte die Autorin Ulrike Heidenreich die Bundesministerin und Ärztin Ursula von der Leyen mit der Aussage, dass die Doppelbelastung durch Familie und Arztberuf „die schwerste Zeit [ihres] Lebens“ gewesen sei, die Facharztausbildung habe sie abgebrochen.

Ist schon die klinische Karriere an einer Universitätsklinik eine Höchstleistung, da sie aus einem komplexen Curriculum bis zum Facharzt besteht, und die Hürden bis zum Erreichen der Oberarztfunktion vielfältig sind, so kommt bei der wissenschaftlichen Laufbahn die noch schlechtere Planbarkeit hinzu. Freistellungen für Forschung werden oft für den Facharzt nicht anerkannt und inwieweit Forschungsergebnisse erfolgreich publiziert werden können, ist häufig erst nach Abschluss einer Studie einzuschätzen. Die klinische Karriere hat diesbezüglich Vorteile, ist häufig übersichtlicher und darüber hinaus lukrativer. Es erscheint einfacher, an ein nicht universitäres Haus zu gehen mit angemessener Bezahlung und ohne Dreifachbelastung (*Gerst/Hibbeler 2012*).

Auch das Angebot an Kinderbetreuung an Universitätskliniken lässt noch zu wünschen übrig. Zwar kann die Mehrheit schon eine eigene Einrichtung vorweisen, doch ist der Bedarf noch immer wesentlich höher als das Angebot. Vor allem muss bei den Öffnungszeiten noch nachjustiert werden: Die meisten schließen um 17 Uhr, Wochenendbetreuungen sind die Ausnahme (*Bühren/Schöller 2010*).

Die bisher genannten Aspekte mögen alle dazu beitragen, dass Medizinerinnen in den höheren wissenschaftlichen und klinischen Positionen wenig vertreten sind. Woran jedoch genau die Unterrepräsentanz der Ärztinnen liegt, ist bisher noch unklar. Die vorliegende Studie legt den Hauptfokus auf die wissenschaftliche Laufbahn, da hierzu in Deutschland kaum Untersuchungen vorliegen. Da die wissenschaftliche Karriere eng mit der klinischen verzahnt ist, z. B. die abgeschlossene Facharztausbildung Voraussetzung für die Habilitation sein kann, werden auch wichtige Aspekte der klinischen Karriere in die Studie miteinbezogen. Hierzu wurden die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München im Rahmen einer umfangreichen quantitativen Erhebung zu den Rahmenbedingungen und ihren persönlichen Kompetenzen und Wertvorstellungen befragt. Bei der Auswertung wurden Ärztinnen und Ärzte mit und ohne Karriereambitionen verglichen, um Rückschlüsse daraus zu ziehen, welche Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Karriere notwendig sind und was Medizinerinnen und Mediziner ohne Karriereambition charakterisiert.

2 Methodisches Vorgehen

Für die *Erhebung der Daten* wurde ein quantitativer, standardisierter Fragebogen entwickelt. Dieser umfasst Fragen zur Ausbildung sowie zur klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit, zu Arbeitszeiten und zur Arbeitszufriedenheit. Darüber hinaus wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Forschungsbedingungen und -befähigung sowie zu Persönlichkeitseigenschaften und laufbahnrelevanten Einstellungen befragt. Demographische Informationen finden sich im Fragebogen ebenso wie Angaben zu Partnerschaft und Aufgabenverteilung innerhalb der Familie sowie ggf. zu den Kindern und zur Kinderbetreuung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Frage nach möglichen Gründen für den niedrigen Frauenanteil in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin. Der Fragebogen besteht aus geschlossenen Fragen mit bis zu neun Antwortmöglichkeiten, wobei z. T. Mehrfachnennungen zugelassen sind. Für die persönlichen Einstellungen wurde ein vierstufiges Antwortformat gewählt (trifft sehr zu, trifft eher zu, trifft weniger zu, trifft gar nicht zu bzw. sehr wichtig, eher wichtig, weniger wichtig, nicht wichtig). Dieses Antwortformat wurde zur besseren Auswertbarkeit auf zwei Kategorien „trifft zu“/„trifft nicht zu“ bzw. „wichtig“/„nicht wichtig“ reduziert.

Alle 689 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums rechts der Isar erhielten den Fragebogen im Januar 2011 persönlich oder per Hauspost. In den Morgenkonferenzen der einzelnen Kliniken und Institute wurde auf die Studie aufmerksam gemacht. Nach zwei Erinnerungsschleifen in denjenigen Instituten, bei denen die *Rücklaufquote* geringer war als in den übrigen, wurde im April 2011 die Erhebungsphase abgeschlossen.

Die *Auswertung* der erhobenen Daten erfolgte mit SPSS Version 19. Zur Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede wurden die Befragten in die Gruppen Frauen/Männer und dazu jeweils noch in die Untergruppen „mit Karriereambition“/„ohne Karriereambition“ unterteilt. Als Kriterium für Karriereambition wurde die Angabe herangezogen, dass die Habilitation geplant oder bereits erreicht sei. Für die Testung der Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen wurde der T-Test für unabhängige Stichproben angewendet, für Unterschiede bei kategorialen Werten der Chi-Quadrat Test. Bei allen Tests wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ verwendet.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung des Gesamtkollektivs

Von 689 versendeten Fragebögen kamen 338 (49 Prozent) ausgefüllt zurück, von 157 Frauen (46 Prozent) und 181 Männern (54 Prozent; s. Tabelle 1). Mit einem signifikanten Unterschied ($p=0,003$) sind die Ärzte auf höheren wissenschaftlichen Positionen vertreten als die Ärztinnen: von den Antwortenden sind 19 Männer vs. sechs Frauen

Universitätsprofessorinnen und -professoren (insgesamt 7 Prozent), zwölf Männer vs. drei Frauen außerplanmäßige Professorinnen und Professoren (insgesamt 4 Prozent) sowie 28 Männer vs. 14 Frauen Privatdozentinnen und -dozenten (insgesamt 12 Prozent). Vier Prozent sind Chef-, 28 Prozent Ober- und 63 Prozent Assistenzärztinnen und -ärzte. 89 Prozent sind promoviert, 25 Prozent habilitiert, 49 Prozent haben eine abgeschlossene Facharztausbildung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind zwischen 23 und 65 Jahren alt, der Durchschnitt liegt bei 38 Jahren. Die Ärztinnen sind mit 36 Jahren signifikant jünger als die Ärzte mit 39 Jahren ($p=0,002$). 80 Prozent der Auskunftsgebenden sind verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft. Knapp die Hälfte (44 Prozent) hat mindestens ein Kind bis zu maximal vier, im Durchschnitt 1,6 Kinder.

Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen und Verteilung auf die wissenschaftlichen Positionen

| | Ausgabe der Fragebögen | | | Rücklauf | | |
|-----------------------------------|------------------------|--------|--------|---------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Gesamt | 689 | 362 | 327 | 338 (49 %) | 181 | 157 |
| Universitäts-Professor/innen | 47 | 41 | 6 | 25 (53 %) | 19 | 6 |
| Außerplanmäßige Professor/innen | 44 | 32 | 12 | 15 (34 %) | 12 | 3 |
| Privatdozent/innen | 90 | 71 | 19 | 42 (47 %) | 28 | 14 |
| Promovierte und Nicht-Promovierte | 508 | 180 | 292 | 256 (50 %) | 122 | 134 |

3.2 Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

Ausbildung und klinische Tätigkeit

Im Abitur schneiden die Ärztinnen mit einer Durchschnittsnote von 1,7 signifikant besser ab als ihre Kollegen (1,9; $p<0,001$). Auch im Studium gibt es noch eine Tendenz des besseren Abschlusses der weiblichen gegenüber den männlichen Studierenden dahingehend, dass die Studentinnen eine bessere Examensnote (1,8) erzielten als die Studenten (1,9). Dieser Unterschied erreicht jedoch keine statistische Signifikanz ($p=0,060$). Im Folgenden kehrt es sich um: Bei den Promotionen haben die Ärzte mit 2,0 im Vergleich zu den Ärztinnen mit 2,2 einen signifikant besseren Durchschnitt ($p=0,038$) und mehr männliche Studienteilnehmer (62 Prozent der Männer, 38 Prozent der Frauen; $p=0,003$) haben bereits ihre Facharztausbildung abgeschlossen.

Im weiteren Karriereverlauf sind die Männer signifikant häufiger in den höheren Positionen vertreten ($p<0,001$): Die Chefarztposition ist mit 86 Prozent Ärzten eine männ-

liche Domäne, in der Gruppe der Oberärzte und Oberärztinnen finden sich 69 Prozent Männer gegenüber 31 Prozent Frauen und bei den Funktionsoberärzten und -ärztinnen 60 Prozent Männer im Vergleich zu 40 Prozent Frauen. Auf der niedrigsten Hierarchiestufe, unter den Assistenzärztinnen und -ärzten, dreht sich die Relation um: die Frauen sind mit 55 Prozent gegenüber 45 Prozent Männern stärker vertreten. Folglich verdienen männliche Mitarbeiter in der Gesamtheit signifikant mehr als ihre weiblichen Kolleginnen ($p < 0,001$) und beziehen auch häufiger (39 Prozent) Nebeneinkünfte als Frauen (19 Prozent; $p = 0,002$). Unterschiede zeigen sich ebenfalls bei der Verteilung über die Fachrichtungen, ein Zeichen horizontaler Segregation (*Hohner et al. 2003*). Ein nicht-operatives Fach wählten 73 Prozent der Ärztinnen gegenüber 56 Prozent der Ärzte. Nur 19 Prozent der Frauen geben an, operativ tätig zu sein, verglichen mit 41 Prozent der Männer ($p = 0,004$).

Die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit beträgt bei den Ärzten durchschnittlich 41,8 Stunden, bei den Ärztinnen 36,6 Stunden ($p < 0,001$), da die Frauen häufiger in Teilzeit arbeiten. Die männlichen Arbeitnehmer kommen dazu auf wesentlich mehr Überstunden ($p < 0,001$): Die Mehrzahl der Männer ist zwischen 11 und 20 Stunden und länger wöchentlich am Arbeitsplatz beschäftigt als vertraglich vereinbart, der Großteil der Frauen zwischen einer und fünf Stunden pro Woche. Ausgenommen ist hier die zusätzliche Zeit, die am Wochenende gearbeitet wird. Nur sieben Prozent der Ärztinnen bzw. drei Prozent der Ärzte geben an, keine oder nur selten Mehrarbeit zu leisten.

Wissenschaftliche Laufbahn

Ein grundlegender Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf die Forschung wird in der Beantwortung der Frage deutlich, ob sie die Habilitation planen, gerade durchführen oder bereits abgeschlossen haben. 52 Prozent der Frauen geben an, keine Habilitation anzustreben, bei den Männern sind es nur 20 Prozent ($p < 0,001$).

Diese Unterschiede in der Karriereambition spiegeln sich auch in den Zahlen der bereits abgeschlossenen Verfahren wieder: Doppelt so viele Männer (32 Prozent) wie Frauen (16 Prozent) sind bereits habilitiert.

Bei der Verteilung der wissenschaftlichen Positionen sind die Männer signifikant stärker vertreten ($p < 0,001$): 16 Prozent der Männer sind habilitiert (vs. 9 Prozent der Frauen), sieben Prozent außerplanmäßige Professoren (vs. 2 Prozent der Frauen), sechs Prozent W2-/C3-Professoren (vs. 3 Prozent der Frauen) und fünf Prozent W3-/C4-Professoren (vs. 1 Prozent der Frauen).

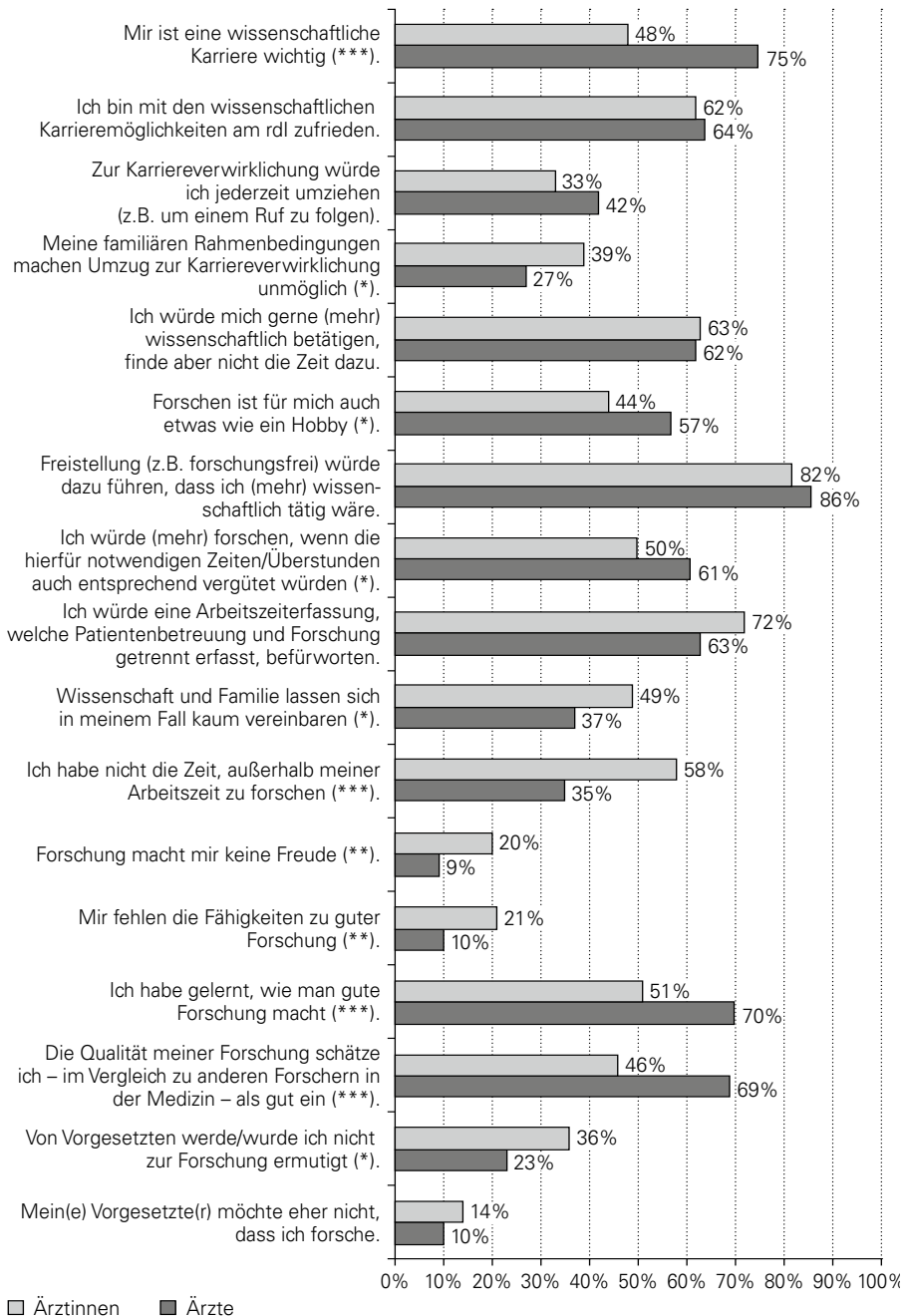
Beim *zeitlichen Arbeitsaufwand für die Forschung* sind ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen. Der Anteil der wissenschaftlichen Tätigkeit an der Gesamtarbeitszeit (inklusive Überstunden) liegt bei allen Befragten bei

durchschnittlich 19 Prozent, wobei die Ärzte mit einem Anteil von 21 Prozent ihrer Arbeitszeit signifikant mehr Zeit für Forschung aufbringen als ihre Kolleginnen mit 16 Prozent ($p=0,017$). Aber auch während ihrer Freizeit investieren die Männer im Vergleich zu den Frauen signifikant mehr Zeit in die Wissenschaft: 38 Prozent der Männer vs. 20 Prozent der Frauen geben an, regelmäßig am Wochenende zu forschen, und bei 22 Prozent der Männer vs. 10 Prozent der Frauen ist dies sogar häufig oder sehr häufig der Fall. Bei zwei Dritteln der Befragten handelt es sich um fünf bis 20 Stunden im Monat ($p<0,001$). Im Urlaub verhält es sich ähnlich: 75 Prozent der Ärzte verwenden auch Urlaubstage für ihre wissenschaftliche Arbeit, hingegen nur 50 Prozent der Ärztinnen ($p<0,001$).

Die quantitativ messbare *Forschungsleistung* der Ärzte zeigt sich dementsprechend durchgängig signifikant höher als die der Ärztinnen, wobei hier zu beachten ist, dass nur zwischen 100 und 240 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern die diesbezüglichen Fragen beantwortet haben, vermutlich diejenigen, die aktiv in die Forschung involviert sind. Die durchschnittliche Anzahl der Impact-Faktor-Punkte liegt bei den Männern bei 110, bei den Frauen bei 60 Punkten ($p=0,002$). Die Ärzte haben im Durchschnitt 24 Arbeiten als Erst- oder Letztautor veröffentlicht und 833.213 Euro Drittmittel eingeworben, ihre Kolleginnen kommen auf sieben Arbeiten und 367.345 Euro ($p=0,040$). Mit durchschnittlich 3,9 Kongressbesuchen in den letzten zwei Jahren, davon 1,1 Auslandskongresse, sind die Frauen auf Kongressen signifikant seltener vertreten als ihre Kollegen mit 7,5 Kongressteilnahmen ($p=0,001$), davon 3,2 im Ausland ($p<0,001$).

Die Einschätzung der *Forschungsbedingungen und -kompetenzen* sind in Abbildung 2 dargestellt. Hier zeigen sich bei fast allen Antworten signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Es fällt ins Auge, dass für drei Viertel der Männer eine wissenschaftliche Karriere wichtig ist, dagegen nur für knapp der Hälfte der Ärztinnen. Außerdem wird deutlich, dass den Frauen außerhalb der Arbeitszeit die Zeit zum Forschen fehlt und dass sie ihre Forschungsfähigkeiten deutlich geringer einschätzen als ihre Kollegen. Rund ein Drittel der Ärztinnen gibt an, von ihren Vorgesetzten nicht zur Forschung ermutigt zu werden, bei den Ärzten ist dies nur ein Viertel. Einig sind sich die Mehrheit der Frauen und Männer, dass sie mehr forschen würden, wenn sie dafür freigestellt und entsprechend vergütet würden.

Abbildung 2: Gesamtkollektiv Forschungsbedingungen und -kompetenzen



rdl = Klinikum rechts der Isar; in dunkelgrau der prozentuale Anteil der Ärzte, in hellgrau der prozentuale Anteil der Ärztinnen, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (*) < 0,05, (**) < 0,01, und (***) < 0,001 angegeben.

Partnerschaft und Familie

In Bezug auf Partnerschaft und Engagement in Familie und Haushalt gibt es deutliche Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Signifikant mehr Frauen (11 Prozent) als Männer (4 Prozent) sind geschieden ($p=0,047$). Die Ärztinnen haben häufiger einen berufstätigen Partner, der dazu noch mehr Zeit (durchschnittlich 48 Stunden) als die Partnerinnen der Ärzte (35 Stunden) am Arbeitsplatz verbringt ($p<0,001$). Große Unterschiede zeigen sich auch bei der Beschäftigung mit Haushalt und/oder Kindern pro Tag: Während sich Männer durchschnittlich 2,4 Stunden diesem Aufgabenfeld widmen, sind es bei den Frauen 6,0 Stunden ($p<0,001$). Die Partnerinnen der Ärzte hingegen beschäftigen sich damit durchschnittlich 8,9 Stunden täglich, die Partner der Ärztinnen nur 2,9 Stunden ($p<0,001$).

63 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die bereits Eltern sind, geben an, dass ihr erstes Kind während der Facharztausbildung auf die Welt kam. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Medizinerinnen und Medizinern hinsichtlich des Zeitpunkts der Geburt der Kinder, jedoch geben mit 70 Prozent signifikant mehr Frauen als Männer (48 Prozent) an, den Kinderwunsch aus beruflichen Gründen zurückgestellt zu haben ($p=0,001$). Durch die Elternzeit verzögert sich bei den Müttern die Zeit bis zum Ende der Facharztausbildung mit durchschnittlich 26 Monaten signifikant länger als bei den Vätern (3 Monate; $p<0,001$). Bei der Kinderbetreuung sind mit 82 Prozent der Mütter im Vergleich zu 41 Prozent der Väter die Frauen in hohem Maße mehr gefordert ($p<0,001$), was sich auch im Falle der Erkrankung eines Kindes fortsetzt (83 Prozent gegenüber 36 Prozent; $p<0,001$). Insofern geben 36 Prozent der Frauen gegenüber 13 Prozent der Männer an, mehr arbeiten zu wollen, wenn eine umfassendere Kinderbetreuung zur Verfügung stünde ($p<0,001$). Mehr als die Hälfte der Befragten mit Kindern (54 Prozent) bejahen Probleme bei der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf, 62 Prozent wünschen sich zur Erleichterung Gleitzeit, 55 Prozent Teilzeitarbeit, bei letzterem aber mit deutlichen Unterschieden zwischen Müttern (76 Prozent) und Vätern (37 Prozent; $p<0,001$).

Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen und Arbeitszufriedenheit

Bei den *persönlichen Berufskompetenzen* unterscheiden sich die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Einschätzung nur in wenigen Punkten. So halten sich signifikant weniger Frauen für durchsetzungsfähig (68 Prozent gegenüber 77 Prozent der Männer; $p=0,049$), weniger belastbar (93 Prozent gegenüber 98 Prozent; $p=0,034$) und weniger führungs-motiviert (74 Prozent gegenüber 91 Prozent; $p<0,001$). In Bezug auf Flexibilität, Team-orientierung, Selbstbewusstsein, Gestaltungs- und Leistungsmotivation, emotionale Stabilität, Gewissenhaftigkeit, Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Soziabilität und Handlungsorientierung schätzen sich Frauen und Männer ähnlich hoch ein.

Auch bei den *laufbahnrelevanten Einstellungen* finden sich wenige Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten. Erkenntnisgewinn, Neugier, Ehrgeiz, Anerkennung, Gestaltungsfreiraum, Unabhängigkeit und die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, werden von Frauen und Männern ähnlich wichtig für ihre wissenschaftliche Karriere eingeschätzt. Einzig das Ansehen stufen signifikant mehr Männer (57 Prozent im Vergleich zu 44 Prozent der Frauen; $p=0,017$) als bedeutenden Faktor für das Einschlagen einer wissenschaftlichen Laufbahn ein.

Zufriedenheit mit der Arbeit bejahen einheitlich 84 Prozent der Frauen und Männer, mit der ärztlichen Tätigkeit sind sogar 88 Prozent der Ärztinnen und Ärzte zufrieden. Einig sind sich fast alle (96 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen), dass ihre Tätigkeit gesellschaftlich sinnvoll ist. Allerdings zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Zufriedenheit mit der wissenschaftlichen Tätigkeit, diese bejahen nur 40 Prozent der Ärztinnen gegenüber 54 Prozent der Ärzte ($p=0,017$). Auch sehen deutlich weniger Frauen (50 Prozent) im Vergleich zu 79 Prozent der Männer Aufstiegschancen in ihrem Beruf ($p<0,001$) und schätzen ihre Tätigkeit als prestigeträchtig ein (Frauen 59 Prozent, Männer 81 Prozent; $p<0,001$).

3.3 Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Im Vergleich von Ärztinnen und Ärzten mit wissenschaftlicher Karriereambition zeigen sich sowohl bei den Rahmenbedingungen als auch bei den persönlichen Einschätzungen erhebliche Unterschiede, jedoch finden sich viele Übereinstimmungen bei den persönlichen Berufskompetenzen und laufbahnrelevanten Einstellungen wie in der quantitativen Forschungsleistung. Der Gruppe der karriereambitionierten Ärzteschaft wurden diejenigen 219 Ärztinnen und Ärzte zugeteilt, die eine Habilitation planen, ein laufendes Verfahren haben oder bereits habilitiert sind. Dies sind 48 Prozent der Frauen ($n=75$) und 80 Prozent der Männer ($n=144$). Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei $38,4\pm 8,2$ Jahren. Es war kein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzten ($39,2\pm 8,7$ Jahren) und Ärztinnen ($37,0\pm 6,8$ Jahren) in dieser Gruppe zu verzeichnen. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit ergab ebenfalls keinen signifikanten Unterschied. Die Männer in dieser Gruppe übten im Schnitt seit $11,5\pm 8,7$ Jahren gegenüber den Frauen mit $9,9\pm 6,7$ Jahren aus.

Ausbildung und klinische Tätigkeit

In *Ausbildung und klinischer Tätigkeit* zeigen sich in der Gruppe der karriereorientierten Frauen und Männer weniger Unterschiede als zwischen den Untergruppen der gesamten Ärzteschaft (s. Tabelle 2). Schneiden die Frauen in Abitur und Studium noch besser als ihre Kollegen ab, gibt es bei der Promotionsnote keinen bedeutsamen Unterschied. Männer wie Frauen haben ebenso häufig ihre Facharztausbildung abgeschlossen und auch die Positionen (Chef-, Ober- und Assistenzärztin bzw. -arzt) sind

gleichmäßig auf Frauen und Männer verteilt. Hingegen unterscheiden sich die wöchentliche, vertraglich geregelte Arbeitszeit mit durchschnittlich 42 Stunden bei den Männern zu 38 Stunden bei den Frauen sowie die Anzahl der geleisteten Überstunden. Arbeitet die Mehrheit der Frauen bis zu 10 Stunden, wenden die Männer mehrheitlich bis 20 Stunden pro Woche zusätzliche Arbeitszeit auf. Zum Einkommen hat nur etwa die Hälfte der Befragten Auskunft erteilt: aus diesen Angaben ergibt sich ein signifikant höheres Einkommen für die Ärzte, allerdings liegt auch deren vertragliche Arbeitszeit um vier Wochenstunden höher als bei den weiblichen Kolleginnen.

Tabelle 2: Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition hinsichtlich Ausbildung, klinischer Tätigkeit und Einkommen

| Ausbildung und klinische Tätigkeit | Ärztinnen (N=75) | Ärzte (N=144) | n | p |
|--|-----------------------|-------------------|-----|--------|
| Abiturnote | 1,6±0,5 | 1,7±0,5 | 207 | 0,033 |
| Abschlussnote Medizinstudium | 1,7±0,6 | 1,9±0,5 | 207 | 0,019 |
| Promotionsnote | 2,0±0,6 | 2,0±0,6 | 207 | n. s. |
| Arbeitszeit (Stunden/Woche) | 38,0±7,9 | 42,0±2,8 | 207 | <0,001 |
| Bruttoeinkommen pro Monat (Euro) | 4.573±1673 | 5.864±2483 | 112 | 0,004 |
| Anteil klinischer Tätigkeit an Arbeitszeit | 77±25 % | 74±24 % | 215 | n. s. |
| Anteil wissenschaftlicher Tätigkeit an Arbeitszeit | 23±23 % | 23±21 % | 213 | n. s. |
| Überstunden (pro Arbeitswoche) | Mehrheit: 1 bis 20 | Mehrheit: > 11 | 207 | 0,001 |

(n. s. = nicht signifikant)

Wissenschaftliche Laufbahn

Hinsichtlich der aktuellen wissenschaftlichen Position, also der Verteilung der Privatdozenturen, der außerplanmäßigen, W2/C3 und W3/C4-Professuren, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen karriereambitionierten Frauen und Männern, anders als in der Gruppe der gesamten Ärzteschaft. Dennoch sind bei den karriereorientierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern signifikant mehr Männer bereits habilitiert (40 Prozent gegenüber 31 Prozent der Frauen) beziehungsweise haben das Verfahren bereits eröffnet (24 Prozent der Ärzte gegenüber 11 Prozent der Ärztinnen; $p=0,012$). Es zeigt sich, dass bedeutend mehr Frauen (62 Prozent im Vergleich zu 9 Prozent der Männer; $p=0,042$) ein Habilitationsstipendium in Anspruch genommen haben. Die Verteilung von Arbeits- und Freizeit für die Fertigstellung der Habilitation ist gleich verteilt: 64 Prozent aller Befragten in dieser Gruppe nutzten die Freizeit, 42 Prozent die Arbeitszeit.

Beim *zeitlichen Arbeitsaufwand für die Forschung* gibt es in der Gruppe der Karriereorientierten wesentlich weniger geschlechtsspezifische Unterschiede als in der gesamten Ärzteschaft. Hier ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass diese Fragen nicht von allen Teilnehmern beantwortet wurden (zwischen 87 und 216 Ärztinnen und

Ärzten). Von den Auskunft gebenden nahm knapp die Hälfte der Frauen wie Männer „Forschungsfrei“ (d. h. Freistellung von der klinischen Tätigkeit für eine begrenzte Zeit), rund ein Viertel nutzte die Zeit für einen Aufenthalt im Ausland mit annähernd gleicher Zeitdauer von durchschnittlich rund 1,5 Jahren. Hinsichtlich der Forschungszeiten am Wochenende unterscheiden sich die karriereambitionierten Ärztinnen von ihren Kollegen: nur 30 Prozent forschen regelmäßig am Wochenende (im Vergleich zu 45 Prozent der Ärzte) und 42 Prozent sogar selten im Vergleich zu 25 Prozent der Ärzte ($p=0,042$).

Trotz des geringeren Zeiteinsatzes erreichen die karriereambitionierten Ärztinnen eine annähernd so hohe *Forschungsleistung* wie ihre Kollegen (s. Tabelle 3). Lediglich bei der Anzahl der Publikationen als Erst- bzw. Letztautor unterscheiden sich die Frauen und Männer in dieser Gruppe signifikant: Ärztinnen können im Durchschnitt 10, Ärzte 22 Erst- bzw. Letztautorenschaften vorweisen.

Tabelle 3: Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition hinsichtlich Forschung

| Forschung | Ärztinnen (N=75) | Ärzte (N=144) | n | p |
|---|-----------------------|-----------------------|-----|-------|
| „Forschungsfrei“ | 40 % | 47 % | 94 | n. s. |
| Dauer „Forschungsfrei“ (in Wochen) | 58,6±77,9 | 37,0±47,4 | 87 | n. s. |
| Forschungsaufenthalt im Ausland | 25 % | 28 % | 212 | n. s. |
| Impact-Faktor-Punkte | 88,6±150,2 | 113,9±167,1 | 170 | n. s. |
| Zeitschrift mit höchstem Impact Faktor | 12,0±15,3 | 11,4±11,7 | 169 | n. s. |
| Anzahl Arbeiten Erst-/Letztautor/in | 9,5±11,6 | 22,3±54,1 | 175 | 0,013 |
| Anzahl eingereichte Anträge | 3,2±3,2 | 4,9±13,1 | 173 | n. s. |
| Eingeworbene Drittmittel | 603.222± 1.407.000 | 814.569± 1.983.500 | 154 | n. s. |
| Anzahl besuchter Kongresse letzte 2 Jahre | 5,0±3,2 | 8,0±13,8 | 195 | n. s. |
| Forschung am Wochenende | seltener | häufiger | 216 | 0,042 |
| Forschung im Urlaub (Nein-Antwort) | 27 % | 15 % | 216 | n. s. |

(n. s. = nicht signifikant)

Bei den *Forschungsbedingungen und -kompetenzen* der Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambition zeigt sich wie in der Gruppe der gesamten Ärzteschaft, dass den Frauen die notwendige Zeit zur Forschung fehlt und dass ebenfalls signifikant weniger Frauen (63 Prozent) die Qualität ihrer Forschung als gut einschätzen im Vergleich zu den Männern (77 Prozent; $p=0,001$), obwohl ihnen Forschung ähnlich viel Freude wie den Männern bereitet, ihnen eine wissenschaftliche Karriere ebenso wichtig ist und sie auch mehrheitlich (70 Prozent der Frauen, 76 Prozent der Männer) angeben, dass sie gelernt haben, wie man gute Forschung betreibt.

Partnerschaft und Familie

In *Partnerschaft und Familie* finden sich zum Teil ähnliche Ergebnisse wie im Abschnitt 3.2 dargestellt, zum Teil treten jedoch noch größere Differenzen auf (s. Tabelle 4). Ärztinnen mit Karriereambition sind häufiger geschieden und signifikant seltener verheiratet oder in einer festen Partnerschaft als ihre männlichen Pendanten. Der Kinderwunsch ist in beiden Gruppen gleich verteilt, jedoch sind die karriereorientierten Frauen signifikant häufiger kinderlos als ihre Kollegen. Gibt es zwischen allen Ärztinnen und Ärzten keine Unterschiede bezüglich des Zeitpunkts der Geburt des ersten Kindes, bekommen karriereambitionierte Frauen später ihr erstes Kind, überwiegend während und nach der Facharztzeit, während ihre Kollegen zum Teil schon in der Studienzeit eine Familie gründen. Die Betreuung der Kinder wird auch in dieser Gruppe signifikant häufiger von den Müttern übernommen. Einig ist sich die Mehrheit der karriereorientierten Ärztinnen und Ärzte, dass es schwierig ist, Beruf und Familie zu vereinbaren und eine geeignete Kinderbetreuung zu finden. Jedoch geben die Frauen signifikant häufiger (76 Prozent) im Vergleich zu den Männern (36 Prozent, $p < 0,001$) an, in Teilzeit arbeiten zu wollen. Auch in dieser Gruppe liegt die Verantwortung von Kindern und Haushalt mit einem erheblich höheren Zeitaufwand überwiegend bei den Frauen.

Tabelle 4: Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition hinsichtlich Partnerschaft und Familie

| Partnerschaft und Familie | Ärztinnen (N=75) | Ärzte (N=144) | n | p |
|--|------------------|---------------|-----|--------|
| Familienstand verheiratet oder feste Partnerschaft | 72 % | 86 % | 218 | 0,012 |
| Geschieden | 13 % | 4 % | 139 | n. s. |
| Durchschnittliche Arbeitszeit des Partners bzw. der Partnerin (Stunden/Woche) | 49,5±12,5 | 34,9±17,1 | 151 | <0,001 |
| Falls kinderlos: Kinderwunsch | 76 % | 76 % | 126 | n. s. |
| Falls Kinderwunsch: zurückgestellt aus beruflichen Gründen | 65 % | 45 % | 132 | n. s. |
| Kind(er) ja | 40 % | 56 % | 198 | 0,042 |
| Anzahl Kinder (ohne Kinderlose) | 1,9±0,9 | 1,7±0,9 | 93 | n. s. |
| Verzögerung der Zeit bis zum Facharzt wg. Kindern (Monate) | 18,9±20,5 | 3,2±8,8 | 86 | <0,001 |
| Selbst einspringen bei Erkrankung des Kindes | 80 % | 35 % | 89 | <0,001 |
| Beschäftigung mit Kindern und Haushalt (Stunden/Tag) | 6,0±3,5 | 2,4±1,9 | 96 | <0,001 |
| Beschäftigung des Partners bzw. der Partnerin mit Kindern und Haushalt (Stunden/Tag) | 2,9±2,7 | 8,9±6,2 | 92 | <0,001 |
| Probleme der Vereinbarkeit von Kindern u. Beruf | 59 % | 56 % | 95 | n. s. |

(n. s. = nicht signifikant)

Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen und Arbeitszufriedenheit

Im Hinblick auf die *persönlichen Berufskompetenzen* und *laufbahnrelevanten Einstellungen* gibt es zwischen karriereorientierten Frauen und Männern keine signifikanten Unterschiede, ausgenommen im Hinblick auf die Belastbarkeit: 99 Prozent der befragten Ärzte in dieser Gruppe halten sich für belastbar, gegenüber 93 Prozent der Ärztinnen ($p=0,036$).

In der *Arbeitszufriedenheit* unterscheiden sich karriereambitionierte Ärzte deutlich von ihren Kolleginnen. Mit dem Prestige (83 Prozent der Ärzte vs. 70 Prozent der Ärztinnen; $p=0,001$), den Aufstiegschancen (82 Prozent vs. 50 Prozent; $p<0,001$), dem Einkommen (76 Prozent vs. 59 Prozent; $p=0,008$) und der wissenschaftlichen Tätigkeit (56 Prozent vs. 41 Prozent; $p=0,017$) sind die Männer signifikant häufiger zufrieden als die Frauen. Einig sind sich karriereambitionierte Männer (87 Prozent) und Frauen (88 Prozent) in einer hohen Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit und darin, dass sie einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen - ähnlich wie in der gesamten Ärzteschaft.

3.4 Vergleich der Ärztinnen mit und ohne Karriereambition

Das Durchschnittsalter der befragten Ärztinnen ohne Karriereambition lag bei $35,4\pm 5,8$ Jahren, das der Ärztinnen mit Karriereambition bei $37,0\pm 6,8$ Jahren. Das Durchschnittsalter unterschied sich in beiden Gruppen nicht signifikant ($p=0,128$). Mit $9,9\pm 6,7$ Jahren waren die Ärztinnen mit Karriereambition signifikant länger im Beruf als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition mit $7,6\pm 5,7$ Jahren ($p=0,033$).

Ausbildung und klinische Tätigkeit

Die Abitur- und Abschlussnoten im Medizinstudium der Ärztinnen beider Gruppen sind nahezu gleich. Erst bei der Promotion sind signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellbar. 95 Prozent der Ärztinnen mit Karrierewunsch haben promoviert, hingegen nur 81 Prozent ihrer Kolleginnen ohne Karriereambition ($p=0,013$). Auch bei der Benotung der Promotion sind die Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition signifikant besser als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition ($p=0,020$).

55 Prozent der karriereambitionierten Ärztinnen haben ihre Facharztprüfung absolviert, verglichen mit nur 26 Prozent der Ärztinnen ohne Karrierewunsch ($p<0,001$). Ein ähnliches Ergebnis findet sich auch im Hinblick auf die aktuelle Position wieder: 93 Prozent der Ärztinnen ohne, hingegen nur 58 Prozent mit Karriereambition arbeiten als Assistenzärztinnen auf der niedrigsten Karrierestufe ($p<0,001$). Auch in der Fächerwahl zeigen sich signifikante Unterschiede: Während 28 Prozent der Ärztinnen mit Karriereambition in einem chirurgischen Fach tätig sind, trifft dies nur auf 10 Prozent der Ärztinnen ohne Karrierewunsch zu ($p=0,022$).

Die wöchentliche, vertraglich geregelte Arbeitszeit beträgt bei den Ärztinnen mit Karriereambition 38,0 Stunden, bei den Kolleginnen ohne Karriereanspruch signifikant weniger, nämlich 35,0 Stunden ($p=0,054$). Erstere verdienen mit 4.573 Euro brutto monatlich entsprechend signifikant mehr als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition mit 3.652 Euro ($p=0,005$). Die karriereorientierten Ärztinnen haben bedeutend häufiger und im Durchschnitt höhere Zusatzeinkünfte (32 Prozent vs. 7 Prozent; $p=0,005$). Die karriereambitionierten Ärztinnen machen signifikant häufiger und mehr Überstunden ($p<0,001$). 54 Prozent der Frauen ohne Karrierewunsch lassen sich ihre Überstunden in Freizeit ausgleichen oder ausbezahlen, bedeutend häufiger als ihre ambitionierten Kolleginnen (39 Prozent; $p=0,049$). Das Aufgabenfeld der Ärztinnen mit Karriereambition enthält mit 22 Prozent signifikant mehr wissenschaftliche Anteile als das der Vergleichsgruppe mit sieben Prozent ($p<0,001$).

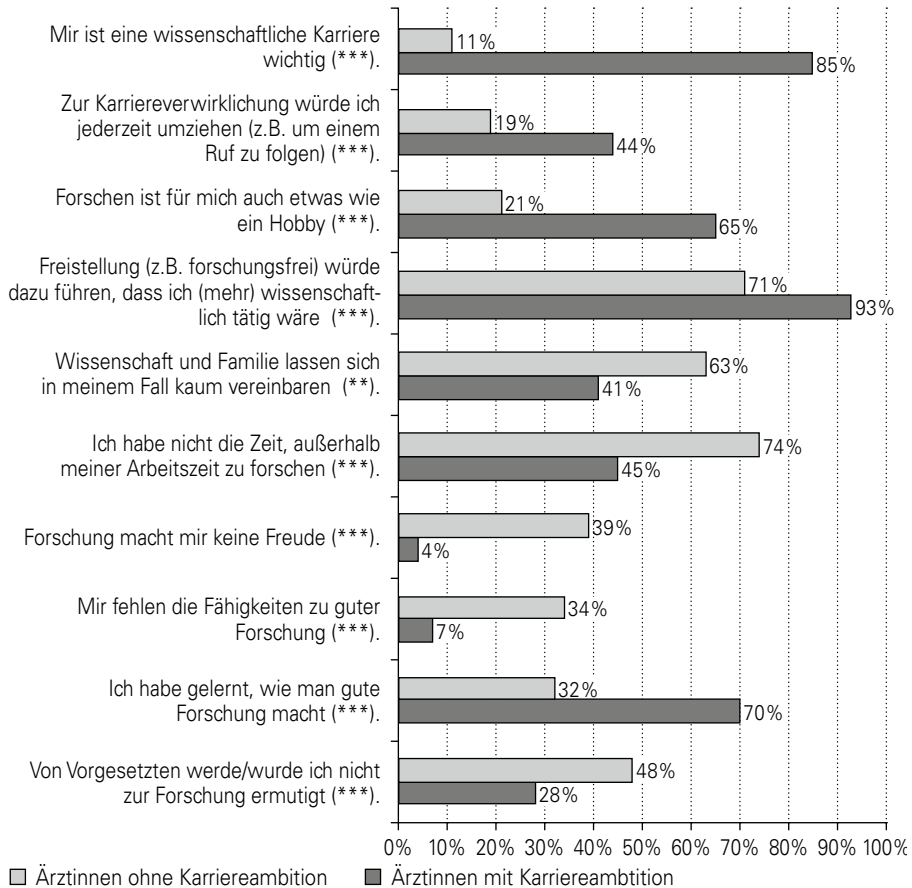
Wissenschaftliche Laufbahn

Bedeutsame Unterschiede zeigen sich zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition im *zeitlichen Arbeitsaufwand für die Forschung*. Zwar haben ohne signifikanten Unterschied 40 Prozent der Ärztinnen mit Karriereambition und 30 Prozent der Kolleginnen ohne Karriereambition „Forschungsfrei“ gehabt, jedoch mit erheblichem Unterschied bei der Dauer der Freistellung: Die Ärztinnen der Gruppe mit Karriereambition hatten im Durchschnitt 59 Wochen „Forschungsfrei“, ihre Kolleginnen hingegen nur 20 Wochen ($p=0,010$). Die karriereorientierten Ärztinnen ermöglichten sich ihr „Forschungsfrei“ zudem häufiger durch selbst eingeworbene Drittmittel als ihre Kolleginnen (46 Prozent vs. 10 Prozent; $p=0,050$; $n=32$). 25 Prozent der Ärztinnen aus der Karrieregruppe (vs. 8 Prozent) geben an, für einen Forschungsaufenthalt im Ausland gewesen zu sein. Die Ärztinnen mit Karriereambition waren mit 18 Monaten signifikant länger im Ausland als ihre Kolleginnen mit sieben Monaten ($p=0,046$). Ärztinnen mit Karriereambition sind signifikant häufiger und länger am Wochenende und im Urlaub wissenschaftlich tätig als die befragten Frauen der Vergleichsgruppe ($p<0,001$).

Entsprechend ihres höheren Arbeitseinsatzes liegen die karriereambitionierten Ärztinnen in der *Forschungsleistung* weit vor ihren Kolleginnen ohne Karriereambition. Erstere können durchschnittlich 88,5 Impact-Factor-Gesamtpunkte vorweisen, der Teil der Kolleginnen, der die Frage nach der Forschungsleistung beantwortet hatte, 4,2 Punkte ($p < 0,001$). Weiter erreichen sie 12,0 Impact-Factor-Punkte in ihrer hochrangigsten Publikation, die Kolleginnen ohne Karriereambition nur 2,1 Punkte ($p < 0,001$). Zudem gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich der Anzahl der Arbeiten als Erst- oder Letztautorin, hier übertreffen sie ihre Kolleginnen ohne Karriereambition mit durchschnittlich 9,5 gegenüber 2,5 sehr deutlich. Die karriereorientierten Ärztinnen haben im Durchschnitt 3,2 Anträge (vs. 0,5 Anträge; $p < 0,001$) eingereicht und rund 603.222 Euro Drittmittel (vs. 940 Euro; $p = 0,006$) eingeworben. Auch die Anzahl der besuchten Kongresse innerhalb der letzten beiden Jahre im In- und Ausland zeigt zwischen den beiden Gruppen erhebliche Unterschiede. Die Ärztinnen mit Karriereambition besuchten im Durchschnitt 5,0 Kongresse bzw. 1,6 Auslandskongresse, ihre Kolleginnen ohne Karriereambition 2,3 Kongresse ($p < 0,001$) bzw. 0,5 Auslandskongresse ($p < 0,001$).

Im Hinblick auf die *Forschungsbedingungen und -kompetenz* weichen die Ansichten der beiden Gruppen in vielen Fällen voneinander ab. Die gravierendsten Unterschiede zeigen sich in der Bedeutung von Forschung und der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (s. Abbildung 3). Für über vier Fünftel der karriereambitionierten Ärztinnen ist eine wissenschaftliche Karriere wichtig gegenüber gut einem Zehntel der Kolleginnen ohne Karriereambition. Fast alle karriereorientierten Frauen würden mehr forschen, wenn sie hierfür von der klinischen Tätigkeit freigestellt würden. Dies würden signifikant weniger der Ärztinnen ohne Karriereambition tun, nämlich gut zwei Drittel. Nur ein Drittel dieser Gruppe gibt an, gelernt zu haben, wie man gute Forschung macht und dazu von den Vorgesetzten ermutigt worden zu sein. Bei den karriereorientierten Ärztinnen sind es über zwei Drittel, die sich gute Forschungsfähigkeiten angeeignet haben, die Hälfte wurde dazu von ihren Vorgesetzten ermutigt.

Abbildung 3: Ärztinnen mit und ohne Karriereambition in Hinblick auf Forschungsbedingungen und -kompetenzen



Angaben der Ärztinnen in Prozent, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied wird mit (*) < 0,05, (**) < 0,01, und (***) < 0,001 angegeben.

Partnerschaft und Familie

Hinsichtlich *Partnerschaft und Familie* finden sich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Zwar sind die Ambitionierten weniger häufig verheiratet oder in einer festen Partnerschaft (72 Prozent vs. 86 Prozent; $p=0,040$), doch sind sie ebenso umfangreich in Kinderbetreuung und Haushalt eingebunden (jeweils 5,6 Stunden/Tag) und sind zu 82 Prozent die vornehmliche Bezugsperson für ihre Kinder. Auch der Kinderwunsch (81 Prozent) und die Anzahl der Kinder ist ähnlich hoch: schließt man die Ärztinnen ohne Kinder aus, haben die Frauen mit Karriereambition im Durchschnitt 2,0, die ohne 1,8 Kinder. Lediglich der Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes war bei den Ärztinnen ohne Karriereambition signifikant früher ($p=0,024$), nämlich überwiegend noch während

des Studiums und in der Facharztausbildung; die Ärztinnen mit Karriereambition bekamen das erste Kind mehrheitlich während der Facharztausbildung und danach. Ein weiterer bedeutsamer Unterschied liegt in der Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit, für die in beiden Gruppen bei 85 Prozent der Fälle die Kindererziehung als Grund genannt wird: 47 Prozent der Frauen ohne Karrierewunsch (vs. 35 Prozent) unterbrachen ihre Berufstätigkeit, sie pausierten im Durchschnitt 24 Monate, ihre ambitionierten Kolleginnen dagegen nur 12 Monate ($p=0,001$).

Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen und Arbeitszufriedenheit

Bei der Einschätzung *persönlicher Berufskompetenzen* gibt es eine hohe Übereinstimmung zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition. Signifikant unterschiedliche Aussagen werden lediglich in Bezug auf die Gestaltungs- und Führungsmotivation sowie die Durchsetzungsfähigkeit deutlich. Mit 89 Prozent geben deutlich mehr karriereambitionierte Ärztinnen an, führungsmotiviert zu sein, verglichen mit 58 Prozent der Ärztinnen ohne Karriereambition ($p<0,001$). Ähnliche Verhältnisse zeigen sich auch bei der Gestaltungsmotivation (92 Prozent vs. 78 Prozent) und Durchsetzungsfähigkeit (76 Prozent vs. 58 Prozent; jeweils $p<0,05$).

Hinsichtlich *laufbahnrelevanter Einstellungen* schätzen signifikant mehr Ärztinnen mit Karriereambition folgendes als wichtig ein: die Möglichkeit, Mitarbeiter zu führen (57 Prozent vs. 27 Prozent; $p<0,001$), den persönlichen Erkenntnisgewinn (93 Prozent vs. 78 Prozent; $p<0,05$), den Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft (83 Prozent vs. 64 Prozent; $p<0,05$), die Tatsache, an der Universität bleiben zu können (73 Prozent vs. 56 Prozent; $p<0,05$) und Verantwortung zu übernehmen (88 Prozent vs. 72 Prozent; $p<0,05$) sowie Ehrgeiz (85 Prozent vs. 70 Prozent, $p<0,05$). Wert legen alle Befragten auf Gestaltungsfreiraum, Anerkennung und Unabhängigkeit. Mit 49 Prozent halten mehr Ärztinnen ohne Karriereambition den finanziellen Verdienst für wichtiger als 27 Prozent der Ärztinnen mit Karriereambition ($p<0,001$). Ansonsten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Ärztinnen mit und ohne Karriereambition unterscheiden sich in ihrer *Arbeitszufriedenheit* deutlich. Signifikant weniger Frauen mit Karriereambition (76 Prozent) sind mit ihrer Arbeit zufrieden als Ärztinnen ohne Karrierewunsch (93 Prozent) ($p<0,05$). Für deutlich mehr karriereambitionierte Ärztinnen ist die Möglichkeit, autonom arbeiten zu können, wichtig als für die Ärztinnen ohne Karrierewunsch (76 Prozent vs. 56 Prozent; $p<0,05$). 70 Prozent der Karriereambitionierten schätzen ihre Arbeit als prestigeträchtig ein, während dies nur 47 Prozent der Frauen ohne Karriereambition tun ($p<0,001$). Hohe Zustimmung fand bei beiden Gruppen die Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit (89 Prozent ohne vs. 88 Prozent mit Karriereambition) und einer gesellschaftlich sinnvollen Tätigkeit nachzugehen (94 Prozent ohne vs. 91 Prozent mit Karriereambition).

3.5 Gründe für den Frauenmangel in höheren wissenschaftlichen Positionen

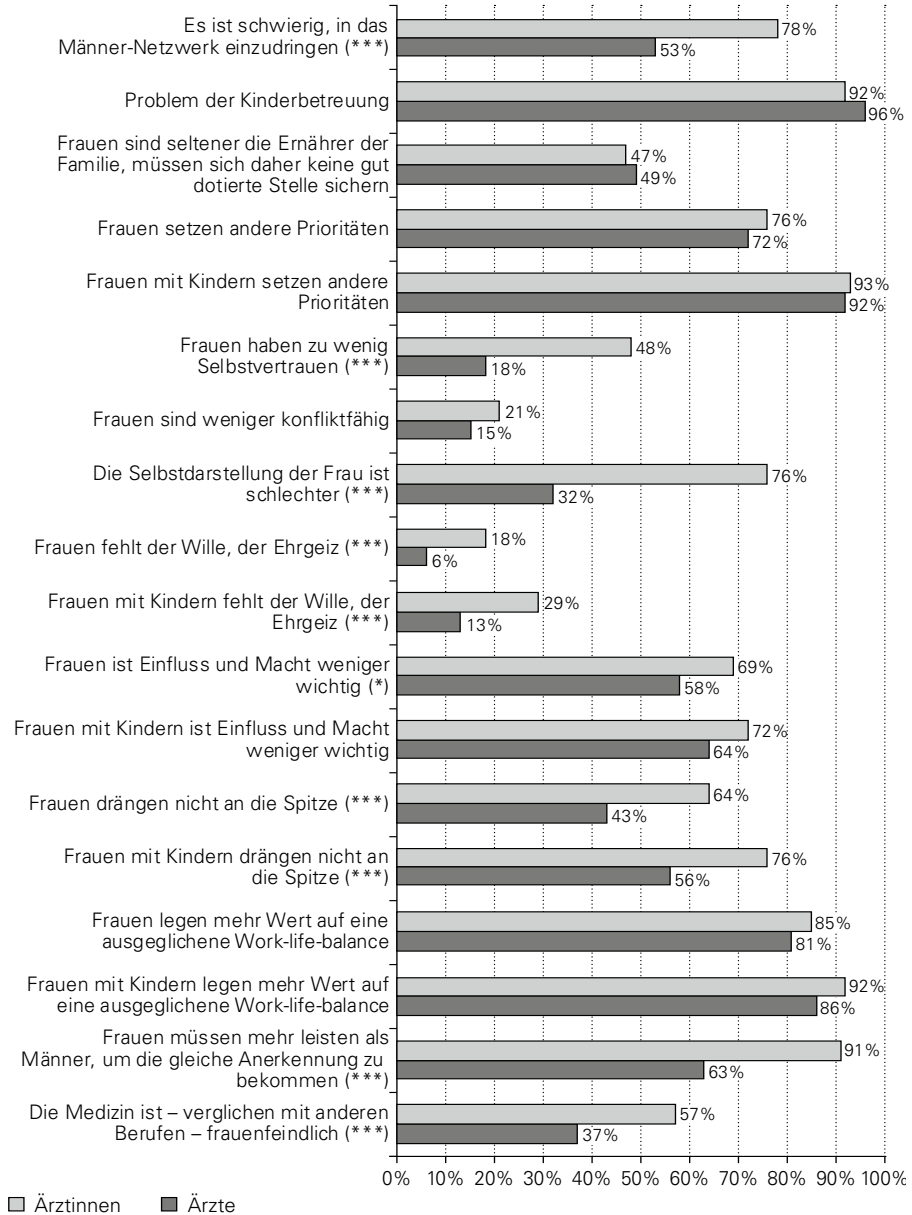
Ein Untersuchungsschwerpunkt der vorliegenden Befragung ist, mögliche Gründe für die Unterrepräsentanz von Frauen in höheren wissenschaftlichen Positionen zu identifizieren. Deshalb wurden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte hierzu explizit um ihre Einschätzung gebeten.

Die größte Zustimmung aller Befragten – darin sind sich Frauen und Männer einig – finden die Aussagen, dass es Probleme bei der Kinderbetreuung gibt, dass Frauen und vor allem Frauen mit Kindern andere Prioritäten setzen sowie mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance legen. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich erheblich in ihren Einschätzungen bezüglich der Anerkennung von Frauen in männlichen Netzwerken sowie in der Bewertung von Selbstvertrauen und Selbstdarstellung der Ärztinnen. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Anteile der Zustimmung aller Befragten zu den Gründen, die ihrer Ansicht nach eine Rolle für den Frauenmangel in höheren Positionen spielen.

Abbildung 4: Gesamtkollektiv – Niedrige Frauenquote in höheren Positionen in der Medizin

Frage:

Warum gibt es Ihrer Meinung nach so wenige Frauen in höheren wissenschaftlichen Positionen?



In hellgrau der prozentuale Anteil der Ärztinnen, in dunkelgrau der prozentuale Anteil der Ärzte, welche die jeweilige Aussage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (*)<0,005, (**)< 0,01, und (***) < 0,001 angegeben.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Untersuchung zeigt, dass Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen bestens vorbereitet in ihre *Ausbildung* starten: Im Abitur schneiden sie signifikant besser ab, das Studium absolvieren sie mindestens gleichwertig. Damit bildet die Stichprobe des Klinikums rechts der Isar den bundesdeutschen Durchschnitt ab: Im Medizinerreport (*Schwarzer/Fabian 2012*), der sich auf die Studienanfängerinnen und -anfänger von 2009 bezieht, finden sich äquivalente Ergebnisse.

Im Karriereverlauf ab der Promotion setzen sich die Ärzte mit besseren Leistungen durch und sind weitaus häufiger in höheren Positionen vertreten. Dies betrifft sowohl die klinische als auch die wissenschaftliche *Laufbahn*. Was genau an dieser Schnittstelle passiert und was die Hintergründe für den unterschiedlichen Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten sind, ist noch weitgehend ungeklärt und stellt eine wichtige Forschungsfrage für die Zukunft dar. Mit einem Professorinnenanteil von 13 Prozent liegen auch hier die Zahlen an der medizinischen Fakultät der TU München fast im bundesdeutschen Durchschnitt (15 Prozent), mit 16 Prozent habilitierter Ärztinnen allerdings deutlich unter dem bundesweiten Prozentsatz (22 Prozent; *Gerst/Hibbler 2012*). Verbunden mit dem steileren Karriereverlauf der Männer sind eine durchschnittlich höhere Regelarbeitszeit, deutlich mehr Überstunden sowie ein höheres Einkommen, ein weiteres Zeichen vertikaler Segregation (*Hohner et al. 2003*). Der bessere Verdienst der Ärzte wird ebenfalls im Medizinerreport (*Schwarzer/Fabian 2012*) auf bundesweiter Ebene bestätigt. Auch die Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten in Hinblick auf die Wahl der Fachrichtungen, die horizontale Segregation, werden in vorliegender Studie belegt.

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass deutlich weniger Ärztinnen (48 Prozent) als Ärzte (80 Prozent) Wert auf eine wissenschaftliche Laufbahn legen. Interessant ist, dass sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Promotionsnote und der klinischen und wissenschaftlichen Positionen aufheben, wenn man die Gruppe der *karriereorientierten Medizinerinnen und Mediziner* betrachtet. Die Ärztinnen in dieser Gruppe engagieren sich in ähnlicher Weise für Forschung und Wissenschaft und erzielen einen hohen wissenschaftlichen Output. Das Merkmal „Karriereorientierung“ scheint also in einigen wesentlichen Bereichen Geschlechterdifferenzen eher zu nivellieren als zu verdeutlichen. Als großer Unterschied bleibt zu vermerken, dass die karriereorientierten Ärztinnen diese Forschungsleistung mit insgesamt deutlich weniger Überstunden als ihre Kollegen erzielen, und dass sie eine geringere Regelarbeitszeit, dadurch ein geringeres Einkommen haben als ihre Kollegen und weniger zufrieden sind.

Die vorliegende Studie zeigt, dass es – auch an Universitätskliniken – offensichtlich eine Gruppe von Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition gibt, die sich in

vielen Merkmalen von den Kolleginnen mit Karriereambition unterscheidet. Bei der Interpretation dieser Unterschiede ist allerdings zu berücksichtigen, dass die karriereambitionierten Ärztinnen auf eine längere Berufstätigkeit zurückblicken. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige der Unterschiede, wie z.B. der deutlich höhere Anteil der Fachärztinnen unter den karriereambitionierten Ärztinnen, durch die Unterschiede der Dauer der Berufstätigkeit erklärbar sind. Möglicherweise entwickelt sich bei manchen Ärztinnen der Wunsch zu einer karriereorientierten Laufbahn erst im Lauf der Zeit. Längsschnittstudien sind erforderlich, die genauer untersuchen, welche Faktoren zu welchem Zeitpunkt die Entscheidung für oder gegen eine wissenschaftliche bzw. klinische Karriere beeinflussen.

Das *Privatleben* der Ärztinnen gestaltet sich völlig anders als das ihrer männlichen Kollegen. Zum einen sind die Ärztinnen häufiger geschieden oder alleinlebend. Zum anderen sind sie – unabhängig davon, ob karriereorientiert oder nicht – bei der Versorgung des Haushalts und der Kinderbetreuung in beträchtlichem Ausmaß stärker engagiert als die Ärzte. Die Ärztinnen sind in diesem Bereich rund 42 Stunden in der Woche beschäftigt, die Kollegen investieren hier nicht mal die Hälfte der Zeit, ca. 17 Stunden pro Woche. Zudem arbeiten die Partnerinnen der Ärzte weniger und können ihnen somit vermutlich zu Hause „den Rücken frei halten“, während die Ärztinnen auf wenig Unterstützung ihrer Partner in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung zählen können, da diese noch mehr arbeiten als sie selbst. Es überrascht daher nicht, dass Ärztinnen – mit oder ohne Karriereambition – bedeutend seltener Kinder haben als ihre Kollegen, obwohl der Kinderwunsch bei Frauen und Männern gleich groß ist.

Ärztinnen mit Karriereambition investieren wesentlich mehr Zeit in Forschung, vertrauen mehr in ihre wissenschaftlichen Fähigkeiten und sehen sich selbst mehr gestaltungs- und führungsmotiviert; gleichzeitig legen sie weniger Wert auf Bezahlung ihrer Überstunden als ihre *Kolleginnen ohne Karriereambition*. Letztere sind mit ihrer beruflichen Situation zufriedener. Alle Ärztinnen verbindet das ähnlich hohe Engagement in Haushalt, Familie und Kinderbetreuung.

Generell muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich bei den Persönlichkeitseigenschaften und laufbahnrelevanten Einstellungen um Selbsteinschätzungen handelt und nicht um validierte Persönlichkeitstests, sodass die Ergebnisse nur eine begrenzte Aussagekraft haben und eventuell im Sinne der sozialen Erwünschtheit beantwortet wurden.

Einige der gefundenen Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Karriere spielen möglicherweise auch eine bedeutende Rolle für die klinische Karriere. Da auch hier Frauen noch bedeutend weniger vertreten sind, sind weitere Untersuchungen mit diesem Schwerpunkt äußerst wünschenswert, sowohl an universitären als auch an Versorgungskrankenhäusern.

4.2 Diskussion der Gründe für den Frauenmangel in Führungspositionen

Auf der *personalen Ebene* finden sich einige Faktoren, die dazu beitragen können, dass Frauen weniger Führungspositionen einnehmen. Zum einen streben in vorliegender Untersuchung deutlich weniger Frauen explizit eine wissenschaftliche Karriere an und werden weniger stark dazu ermutigt. Auch in anderen Studien zeigt sich, dass Frauen ihre Karriere *weniger zielstrebig* planen als Männer (*Buddeberg-Fischer/Stamm 2012; Bussche 2012*).¹ In einer prospektiven Befragung mit über 1000 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, die anfänglich im Praktischen Jahr ihrer Ausbildung waren und bis über den Facharzt hinaus befragt werden, wünschen sich 27 Prozent der Frauen und 39 Prozent der Männer als präferierte Endposition eine Oberarztstelle, die Chefarztposition streben gerade mal 2 Prozent der Ärztinnen gegenüber 12 Prozent ihrer männlichen Kollegen an (*Bussche 2012*). Eine *ausgeglichene Work-Life-Balance* ist den Frauen in den genannten Studien wie in vorliegender Untersuchung wichtig, sie sind nicht bereit oder es ist ihnen nicht möglich, (unbezahlte) Überstunden in dem Maße zu leisten, wie es ihnen von den beruflichen, meist männlichen Vorbildern vorgelebt wird. Die erwartete berufliche Belastung lässt den Wunsch nach steiler Karriere möglicherweise im Keim ersticken.

Zum anderen haben Frauen *weniger (Selbst-)Vertrauen* in ihre fachlichen Qualitäten, obwohl sie teilweise bessere Leistungen vorweisen können als ihre Kollegen. Einige Studien berichten von einem „Praxischock“, bei dem die Medizinerinnen einen Einbruch in der Selbstwirksamkeit ein paar Jahre nach Eintritt in die Berufstätigkeit erleben, während hingegen das Selbstvertrauen der Ärzte im Berufsleben stetig steigt (*Abele-Brehm 2013; Bühren/Tschörtner 2011, Dalhoff 2005*). Auch in den technischen Berufen gibt es dieses geschlechtsspezifische Phänomen (*Ihsen 2010*).

Bei den persönlichen Kompetenzen mag auch die *geringere Belastbarkeit*, die sich die Ärztinnen sowohl mit als auch ohne Karriereambition zuschreiben, dazu beitragen, dass sie sich für eine höhere Führungsposition nicht geeignet fühlen. Eventuell sind hier nicht nur die physische, sondern auch die psychische Belastbarkeit und damit der am Arbeitsplatz gängige Kommunikationsstil gemeint. *Peus und Welppe (2011)* weisen in ihrem Artikel zu Frauen in Führungspositionen darauf hin, dass Männer häufig eine „rituelle Opposition“ praktizieren, die die Argumente auf Stichhaltigkeit prüfen soll, Frauen dieses Verhalten jedoch als Kritik oder gar persönlichen Angriff interpretieren. Möglicherweise möchten sich einige Frauen diesem „rauen Ton“ nicht aussetzen. In vorliegender Studie halten sie sich auch für weniger durchsetzungs- und konfliktfähig.

¹Da es an vergleichbaren Studien zur Karriere in der Universitätsmedizin mangelt, werden hier auch Studien zu klinischen Karrieren sowie zu Frauen in anderen Führungspositionen herangezogen. Zugrunde liegt die Annahme, dass in anderen Berufen ähnliche Kompetenzen und Einstellungen Voraussetzung für höhere Positionen sind.

Sicherlich spielt ebenfalls das *umfangreiche häusliche Engagement* der Ärztinnen eine bedeutende Rolle dabei, dass sie sich im Beruf nicht mehr so belastbar fühlen. Nicht zuletzt könnte die *geringere Arbeitszufriedenheit* der Ärztinnen gegenüber den Ärzten ein Grund sein, dass es weniger Frauen auf der Führungsebene gibt. Die karriereambitionierten Frauen sehen weniger Aufstiegschancen und ihnen fehlen mehr als ihren männlichen Kollegen ein zufriedenstellendes Einkommen und Prestige. Diese Unzufriedenheit der Ärztinnen mit der Arbeitssituation findet sich auch in anderen Untersuchungen wieder (*Schwarzer/Fabian 2012, Bühren/Tschörtner 2011*).

Auf der *organisationalen Ebene* geben die Frauen an, dass es schwierig sei, in das *Männer-Netzwerk* einzudringen. Der Ausschluss aus den informellen Männer-Netzwerken wird am häufigsten als Barriere auf dem weiblichen Karriereweg genannt, wie eine Untersuchung in Europa, USA und Kanada zeigt (*Catalyst 2002*). Zudem verfügen Frauen über weniger „mächtige“ Kontakte (*Peus/Welpe 2011*) und sind auch aufgrund des Zeitmangels ihren Kollegen gegenüber im Nachteil, wertvolle berufliche Kontakte zu knüpfen. Spontane Zusammenkünfte nach Feierabend zum Beispiel sind für Frauen, die zu Hause Familienverantwortung haben, oft schwer umsetzbar.

Dadurch, dass die Führungspositionen überwiegend von Männern besetzt sind, *fehlt* es den Ärztinnen auch an *Rollen Vorbildern*, die für die persönliche Weiterentwicklung eine bedeutende Unterstützung bieten. Verschiedene Autorinnen und Autoren (*Coates et al. 2008, Garmel 2004, Ramanan et al. 2002, Buddeberg-Fischer/Stamm 2012*) weisen darauf hin, dass Männer über ein wesentlich größeres Netz an informellen Mentoren verfügen. Zudem fällt es Frauen schwerer, männliche Vorgesetzte um Unterstützung zu bitten. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall: Auch Chefs zögern, einer jungen Kollegin die Mentorenschaft anzubieten, da sie nicht in den Verdacht einer persönlich motivierten Annäherung kommen wollen (*Buddeberg-Fischer/Stamm 2012*).

Weiterhin sind *Mentorinnen und Mentoren von Frauen*, wenn diese überhaupt welche gefunden haben, häufig *weniger einflussreich* und verfügen somit wiederum über weniger Kontakte und Ressourcen, um ihre Protégés in der Karriereentwicklung zu fördern (*Peus/Welpe 2011*).

Auf der *Ebene des Systems* haben Ärztinnen und Frauen aus anderen Berufsgruppen mit zwei bedeutsamen Faktoren für das berufliche Fortkommen zu kämpfen: *Rollenstereotype* und mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So werden Frauen generell mehr kommunale Eigenschaften wie einfühlsam, unterstützend und verständnisvoll zugeschrieben, dagegen den Männern agentische Attribute wie zielstrebig, durchsetzungsfähig, risikofreudig (*Heilman 2001*). Problematisch dabei ist, dass dem Anforderungsprofil einer Führungskraft häufig in besonderem Maße die agentischen Eigenschaften zugeordnet werden, entsprechend dem so genannten „*think manager* –

think male“-Phänomen (Schein 2001). Insofern erwartet man aufgrund der Stereotype bei Frauen von vornherein weniger Führungskompetenz und Karriereambition, was sich in unserer Studie in der hohen Zustimmung (76 Prozent der Ärztinnen, 56 Prozent der Ärzte) zu der Aussage bestätigt, Frauen drängen nicht an die Spitze.

Die Einschätzung fast aller Ärztinnen (91 Prozent), sie müssten *mehr leisten* als Männer, um die gleiche Anerkennung zu bekommen, bestätigt sich in mehreren Studien. So zeigte eine Studie von Wenneras/Wold (1997), dass weibliche Postdocs die 2,5-fache Anzahl an Veröffentlichungen im Vergleich zu den Kollegen vorweisen mussten, um mit der Antragstellung erfolgreich zu sein. Bei der Beurteilung von gemischtgeschlechtlichen Teams kam eine andere Studie im Rahmen eines Experiments zu dem Schluss, dass der Erfolg überwiegend den Männern zugeschrieben wird (Heilman/Haynes 2005). Bei einem anderen Versuch (Steinpreis et al. 1999) wurden Akademikerinnen und Akademikern Lebensläufe zur Beurteilung im Hinblick auf eine Anstellung vorgelegt. Die Lebensläufe waren bis auf Name und Geschlecht identisch. Für die Anstellung wurden mit deutlichem Vorsprung die vermeintlich männlichen Bewerber vor den weiblichen Konkurrentinnen ausgewählt. Diese Ergebnisse wurden 2011 in ähnlicher Weise repliziert (Bosak/Sczesny 2011).

Eine der großen Barrieren für eine erfolgreiche Karriereentwicklung scheint noch immer die *mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie* zu sein. Hier kommen zahlreiche Untersuchungen in ähnlichem Kontext zum gleichen Ergebnis. In vorliegender Studie sind sich Frauen und Männer mit über 90 Prozent Zustimmung einig, dass die *Kinderbetreuung ein Problem* auf dem Weg zu höheren Positionen darstellt. Somit verwundert es nicht, dass signifikant mehr karriereambitionierte Ärztinnen als Ärzte kinderlos sind. Die Situation von Ärztinnen scheint in besonderem Maße prekär zu sein. In einer Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (Bujard 2012) zeigte sich, dass die *Anzahl der Kinder* von Ärztinnen *unterdurchschnittlich* niedrig ist verglichen mit Frauen anderer Berufsgruppen. Überraschenderweise belegte die Studie ebenfalls, dass die Ärzte im Gegensatz dazu überdurchschnittlich viele Kinder haben im Vergleich zu Kollegen aus anderen Berufen.

In der Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen erhielten Hancke et al. (2011) von 88 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer die Antwort, dass sie ihren Beruf mit Familie nicht für vereinbar hielten. Zum einen werden mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten beklagt, die immer noch nicht flexibel sind und an die Arbeitszeiten angepasst werden müssen (Bühren/Dettmer 2006, Bühren/Tschörtner 2011). Zum anderen öffnet sich im Karriereverlauf von Frauen und Männern eine große Schere, wenn sie Eltern werden: Während Mütter nach der Geburt eines Kindes mit einem Karriereknick rechnen können, werden die Väter dagegen mit einem Karrieresprung nach oben belohnt (Hohner et al. 2003). Zum gleichen Ergebnis kommt eine

Studie von Ginther/Khan (2006), die bestätigt, dass Frauen, die nach ihrer Promotion Kinder bekommen, seltener als ihre kinderlosen Kolleginnen befördert werden, hingegen Väter häufiger als ihre kinderlosen Kollegen. Im weiteren Karriereverlauf reduzieren vorwiegend die Mütter ihre Arbeitszeit, während die Väter sie sogar erhöhen (Jacobs/Winslow 2004). Liegt in einer Untersuchung von acht Bundesländern bei Frauen im wissenschaftlichen Mittelbau die Kinderlosigkeit bei 75 Prozent und damit signifikant höher als bei den männlichen Kollegen mit 71 Prozent, so ist der Unterschied auf Professorebene noch beträchtlich größer: 62 Prozent der Professorinnen, hingegen nur 34 Prozent der Professoren haben keine Kinder (Metz-Göckel et al. 2010).

Kinderbetreuung scheint demnach *nach wie vor Frauensache* zu sein. 36 Prozent der Ärztinnen in dieser Studie würden gerne mehr arbeiten, wenn es eine geeignete Kinderbetreuung gäbe, allerdings lehnt dies auch fast die Hälfte der Ärztinnen (44 Prozent) explizit ab. Das bedeutet, dass sie die Kinderbetreuung nicht (noch mehr) aus der Hand geben möchten.

Insofern ist der *Wunsch nach Teilzeit und flexiblen Arbeitszeitmodellen* groß, was sich hier und in anderen Untersuchungen zeigt (Bühren 2011, Bussche 2012, Ledin et al. 2007).

5 Konklusion

Was ist also zu tun, um für Ärztinnen eine (wissenschaftliche) Karriere attraktiver erscheinen zu lassen? Denkbar sind Lösungsansätze auf den drei verschiedenen Ebenen, der personalen, organisationalen und der System-Ebene. Am „einfachsten“ sind Veränderungen auf der personalen Ebene vorzunehmen, da sie sofort von jeder und jedem Einzelnen in die Wege geleitet werden können. Allerdings sind dies Prozesse, die die geringste Auswirkung auf die gesamten Rahmenbedingungen haben. Konsequenterweise haben Veränderungen auf der System-Ebene wie z. B. Gesetzesänderungen oder Quotenregelung, den größten Effekt. Das Umdenken auf organisationaler Ebene liegt in der Hand von Klinik- und Fakultätsleitung. Auch wenn eine große Anzahl an Personen involviert ist, sind hier Veränderungsprozesse schneller in die Wege geleitet als auf der System-Ebene. Idealerweise wirken alle drei Ebenen zusammen (Peus/Welpe 2011).

Auf der *personalen Ebene* wird es Ärztinnen voranbringen, wenn sie ihre eigenen Karriereziele früher in den Blick nehmen, sowie ihre Leistung und ihr Auftreten zum Beispiel im Coaching oder in Soft-Skill-Kursen reflektieren. So können sie unter anderem mehr Selbstvertrauen und Durchsetzungsfähigkeit gewinnen. Durch aktives Netzwerken steigern sie ihren Bekanntheitsgrad und sorgen für mehr Sichtbarkeit. Klinik und Fakultät können die Ärztinnen auf der *organisationalen Ebene* mit Coaching-Angeboten und

Mentoring-Programmen unterstützen, Netzwerkveranstaltungen anbieten und die Klinikleiterinnen und Klinikleiter sowie ihre Oberärztinnen und Oberärzte für die genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede und Rollenstereotype sensibilisieren. Zudem sorgen Stipendien oder Freistellungen für Forschung, bei denen die Arbeitszeit also bezahlt ist, für mehr Attraktivität bei den Ärztinnen, sich für die Wissenschaft zu engagieren. Die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und flexible Arbeitszeitmodelle bieten den Frauen eine Entlastung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine dem Bedarf angepasste qualitativ hochwertige Kinderbetreuung vor Ort.

Auf der *System-* bzw. *gesellschaftlichen Ebene* wäre eine Umstrukturierung nötig, um eine wissenschaftliche Laufbahn für Frauen attraktiver zu gestalten. Durch unbefristete Verträge sowie bezahlte Arbeitszeit für die Forschung würde den Wissenschaftlerinnen mehr Sicherheit gewährleistet und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben würde erheblich einfacher. Dazu gehören auch flexible Arbeitszeitmodelle und deutlich bessere Kinderbetreuungsangebote. Nicht zuletzt ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Mütter nur leichter möglich, wenn auch die Väter mehr Zeit in die häuslichen und Kinderbetreuungsaufgaben investieren und sich somit die Verantwortung der Elternschaft gleichmäßig auf die Schultern von Frauen und Männern verteilt. Derzeit bleibt es für die Ärztinnen ein ziemlich unauflösbarer Spagat zwischen der traditionellen Familienfrau zu Hause und der fortschrittlichen Karrierefrau im Beruf.

Danksagung

Unser Dank gilt Diplom-Psychologin Monika Wastian für die kompetente Unterstützung bei der Erstellung des Fragebogens.

Literatur

Abele-Brehm, Andrea E. (2013): Berufserfolg von Frauen und Männern im Vergleich. Warum entwickelt sich die „Schere“ immer noch auseinander? In: *Gender* 3, S. 41–59

Bosak, Janine; Sczesny, Sabine (2011): Gender bias in leader selection? Evidence from a hiring simulation study. In: *Sex Roles* 65 (3/4), S. 234–242

Buddeberg-Fischer, Barbara; Stamm, Martina (2012): Mentoring in der Medizin. Formen, Konzepte und Erfahrungen: Bericht über Mentoring-Programme am Universitätsspital und an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Bern

Bühren, Astrid; Tschörtner, Anke (2011): „Ich bin Ärztin“. Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin. Murnau

Bühren, Astrid; Dettmer, Susanne (2006): Das familienfreundliche Krankenhaus: Vorteil im Wettbewerb durch zufriedenerere Ärztinnen und Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (49), A3320–3325.

Bühren, Astrid; Schöller, Annegret E. (Hrsg.) (2010): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. *Lebensqualität in der Berufsausbildung*. Berlin

Bujard, Martin (2012): Talsohle bei Akademikerinnen durchschritten? Kinderzahl und Kinderlosigkeit in Deutschland nach Bildungs- und Berufsgruppen, Expertise für das BMFSFJ, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden

Bussche, Hendrik van den (2012): Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed). http://www.mft-online.de/files/2012_omft_bussche.pdf (Zugriff: 11. März 2015)

Catalyst (2002): Women in Leadership: A European Business Imperative. http://www.catalyst.org/system/files/Women_in_Leadership_A_European_Business_Imperative.pdf. (Zugriff: 15. März 2015)

Coates, Wendy; Crooks, Kimberly; Slavin, Stuart; Guiton, Gretchen; Wilkerson, LuAnn (2008): Medical school curricular reform: fourth-year colleges improve access to career mentoring and overall satisfaction. In: *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 83 (8), S. 754–760

Dalhoff, Jutta (2005): Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. In: *G & G Wissenschaft* 5, S. 7–13

Flintrop, Jens (2009): Wenn der Nachwuchs fremdgeht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (36), A1704–1705

Garmel, Gus M. (2004): Mentoring medical students in academic emergency medicine. In: *Academic emergency medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 11 (12), S. 1351–1357

Gerst, Thomas; Hibbeler, Birgit (2012): Ärztemangel im Labor. *Deutsches Ärzteblatt*, 37 (2012) A1804–1808

Ginther, Donna K.; Kahn, Shulamit (2006): Does science promote women? Evidence from academia 1973–2001. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=944179. (Zugriff: 29. März 2015)

Hancke, Katharina; Toth, Bettina; Kreienberg, Rolf (2011): Karriere und Familie – unmöglich? In: *Deutsches Ärzteblatt*. 108 (41) A 2148–52

Heidenreich, Ulrike (2014, 03. Dezember). Unter Medizinmännern. *Süddeutsche Zeitung, HF3, S.9*

Heilman, Madeleine (2001): Description and prescription: How gender stereotypes prevent women's ascent up the organizational ladder. In: *Journal of Social Issues* (57), S. 657–674

Heilman, Madeleine; Haynes, Michelle C. (2005): No credit where credit is due: Attributional Rationalization of Women's Success in Male-Female Teams. In: *Journal of Applied Psychology* 90 (5), S. 905–916

Hohner, Hans-Uwe; Grote, Stefanie; Hoff, Ernst (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe – Unterschiede auf dem Weg nach oben. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (4), A166–169

Ihsen, Susanne (2010): Technikkultur im Wandel. Ergebnisse der Geschlechterforschung in Technischen Universitäten. In: *Beiträge zur Hochschulforschung* 32 (1), S. 80–97

Jacobs, Jerry A.; Winslow, Sarah E. (2004): Overworked faculty: Job stresses and family demands. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science 596, S. 104–129

Ledin, Anna; Bormann, Lutz; Gannon, Frank; Wallon, Gerlind (2007): A persistent problem. In: EMBO reports 8 (11), S. 982–987

Merz, Brigitte, Oberlander, Willi (2008): Berufszufriedenheit: Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. In: Deutsches Ärzteblatt 105 (7), A-322

Metz-Göckel, Sigrid; Selent, Petra; Schürmann, Ramona (2010): Integration und Selektion. Dem Dropout von Wissenschaftlerinnen auf der Spur. In: Beiträge zur Hochschulforschung 32 (1), S. 8–35

Peus, Claudia; Welpel, Isabell M. (2011): Frauen in Führungspositionen. Was Unternehmen wissen sollten. In: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management (2), S. 47–55

Ramanan, Radhika; Phillips, Russell; Davis, Roger; Silen, William; Reede, John (2002): Mentoring in medicine: keys to satisfaction. In: The American Journal of Medicine 112 (4), S. 336–341

Schein, Virginia E. (2001): A global look at psychological barriers to women's progress in management. In: Journal of Social Issues 57 (4), S. 675–688

Schwarzer, Anke; Fabian, Gregor (2012): Medizinerreport 2012. Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern. Hochschul-Informationssystem. Hannover

Steinpreis, Rhea; Anders, Katie; Ritzke, Dawn (1999): The impact of gender on the review of the curricula vitae of job applicants and tenure candidates: A national empirical study. In: Sex Roles 41 (7/8), S. 509–528

Wenneras, Christine; Wold, Agnes (1997): Nepotism and sexism in peer-review. In: Nature 387 (6631), S. 341–343

Manuskript eingereicht: 31.03.2015
Manuskript angenommen: 15.02.2016

Anschriften der Verfasserinnen:

Dr. phil. Barbara Cramer
KeCK – Koordinierungsstelle für Chancengleichheit & Karriereplanung
Dekanat der Fakultät für Medizin
Technische Universität München
Ismaninger Straße 69
81675 München
E-Mail: Barbara.Cramer@tum.de

Monika Hanika
Zuger Kantonsspital
Abteilung Chirurgie
Landhausstrasse 11
6340 Baar
Schweiz
E-Mail: monika.hanika@googlemail.com

Prof. Dr. Janine Diehl-Schmid
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22
81675 München
E-Mail: Janine.Diehl-Schmid@tum.de

Barbara Cramer ist promovierte Psychologin, zertifizierte Coach und Mutter von drei Kindern. Sie leitet die Koordinierungsstelle für Chancengleichheit und Karriereplanung an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, das *KeCK*_Mentoringprogramm für Habilitierende sowie das multizentrische Forschungsprojekt Erfolgreicher durch Mentoring in der Medizin (EMMI). Als Coach unterstützt sie Menschen in Wissenschaft und Wirtschaft bei der Karriereplanung und Führungsaufgaben sowie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Monika Hanika hat 2014 das Medizinstudium an der TU München abgeschlossen und ist derzeit als Assistenzärztin in der Chirurgischen Klinik des Zuger Kantonsspital in der Schweiz tätig. Von 2010 bis 2014 hat sie am Klinikum rechts der Isar der TU München ihre Doktorarbeit zum Thema „Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede“ verfasst. Die im Rahmen ihrer Arbeit erhobenen Daten sind Grundlagen des vorliegenden Artikels.

Janine Diehl-Schmid ist apl.-Professorin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München und Mutter von zwei Kindern. Aus ihrer eigenen Karriere wie auch aus ihren Erfahrungen als Frauenbeauftragte der Fakultät für Medizin sind ihr die Schwierigkeiten, mit denen Ärztinnen in ihrer Laufbahn zu kämpfen haben, bestens bekannt.