

Geschlechtsspezifische Berufsverläufe

Unterschiede auf dem Weg nach oben

Eine Langzeitstudie untersuchte die Berufsbiografien von Männern und Frauen in Medizin und Psychologie. Die Ergebnisse überraschen nicht: Männer machen Karriere – Frauen versuchen Beruf und Familie zu vereinbaren.

Hans-Uwe Hohner, Stefanie Grote, Ernst-H. Hoff*

Während sich heute männliche und weibliche Studierende der Medizin nach Anzahl, Studiendauer und Studienleistungen kaum voneinander unterscheiden, zeigen sich in der Berufstätigkeit nach wie vor beträchtliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Berufsbiografien von Ärztinnen verlaufen häufiger diskontinuierlich und führen seltener in hohe und höchste Positionen als die ihrer männlichen Kollegen. Bei den Frauen sind vielfältige Formen der Integration oder Segmentation von Berufs- und Privatleben zu finden; dagegen zeigt sich bei den Männern ein einheitlicheres Bild: Hier überwiegt das Modell einer Segmentation der Lebenssphären, wobei das Berufsleben zeitlich dominiert.

Dies sind erste Ergebnisse aus dem DFG-Projekt PROFIL („Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie“), das seit 1998 an der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Prof. Dr. Ernst-H. Hoff und Priv.-Doz. Dr. phil. Hans-Uwe Hohner durchgeführt wird. Befragt wurden Professionsangehörige, die Mitte der Achtzigerjahre ihre Ap-

probation oder ihr Diplom erlangt haben, die somit seit über 15 Jahren im Beruf stehen und sich inzwischen in einem Lebensalter befinden, in dem die wichtigsten beruflichen und privaten Weichenstellungen bereits erfolgt sind. Zusätzlich zu den knapp tausend Fragebögen wurden hundert persönliche In-



terviews mit prototypischen Vertretern/Vertreterinnen unterschiedlicher Berufsverlaufsmuster durchgeführt.

Im Zuge der Bildungsexpansion hat der Frauenanteil unter allen Studierenden stetig zugenommen. Das gilt auch für die Medizin. Derzeit beginnen in Deutschland sogar mehr Frauen als Männer einen medizinischen Studiengang. Entsprechend verzögert nimmt der Frauenanteil auch unter den erwerbstätigen Personen in medizini-

schen Tätigkeitsfeldern kontinuierlich zu. Im Verlaufe des Studiums lassen sich nun noch keine geschlechtsspezifischen Selektionseffekte bezüglich der Studiendauer oder des Studienabbruchs feststellen. Mit dem Berufseintritt setzen dann jedoch Segregationsprozesse ein: So verteilen sich die Geschlechter nicht gleichmäßig auf alle Facharztgebiete (horizontale Segregation), sondern es gibt Gebiete mit einem sehr geringen Frauenanteil wie die Chirurgie, Orthopädie oder Urologie und solche mit einem (gemessen am Frauenanteil aller Studienabsolventen und Erwerbstätigen) überproportionalen Frauenanteil wie die Psychiatrie, Anästhesie oder Kinderheilkunde. Je höher die Positionen in Bezug auf Einkommen, Prestige, Weisungsbefugnis und Ähnliches sind, desto seltener sind dort Frauen anzutreffen (vertikale Segregation).

Je höher die Position, desto geringer der Frauenanteil

Welche Prozesse biografischen Handelns und welche Berufswege führen zu einer derart ungleichen Verteilung? Um dies zu klären, sind zunächst die biografischen Daten jedes einzelnen Befragten anhand folgender Merkmalsdimensionen analysiert worden:

- Kontinuität versus Diskontinuität (Tätigkeitswechsel, Unterbrechungen),
- Aufstieg versus Abstieg oder Verbleib in gleicher beziehungsweise ähnlicher Position,
- institutioneller Kontext oder Zugehörigkeit zu Organisationen versus freiberuflicher Tätigkeit (Konfigurationen im Ablauf der institutionellen Kontexte),
- eine einzige Tätigkeit versus Parallelität verschiedener Tätigkeiten („Doppel- und Mehrgleisigkeit“).

Die Ausprägungsformen dieser Merkmale verbinden sich in typischer Weise zu Berufsverlaufsmustern, welche sich klar voneinander abgrenzen und denen sich Personen mit ihren Berufsbiografien eindeutig zuordnen lassen. Während in der Psychologie „komplizierte“, inkonsistente sowie diskontinuierliche Muster eher als Regelfall bezeichnet werden können, stellen sie in der Medizin eher die Ausnahme dar.

* alle Freie Universität Berlin

Als dominierend in der Medizin lassen sich drei institutionell, nämlich vor allem durch die formalisierte Facharzt-ausbildung, vorgezeichnete Berufswege ausmachen:

- der Aufstieg im Krankenhaus von der Assistenz- zur Ober- beziehungsweise Chefarztposition (**Berufsverlaufsmuster M1**),

- die Kontinuität der normalen Facharzt-tätigkeit ohne Aufstieg im Krankenhaus (**Berufsverlaufsmuster M2**),

- Wechsel von der kontinuierlichen Krankenhausphase in die ebenso kontinuierliche Phase der freiberuflichen Tätigkeit (**Berufsverlaufsmuster M3**). Vier von fünf Professionsangehörigen fallen in eines dieser Berufsverlaufsmuster.

- Die weiteren **Muster M4 und M5** der mehr oder minder starken Diskontinuität stellen lediglich Ausnahmen von der Regel dieser relativ unkomplizierten Berufswege dar. Dagegen müssen in der Psychologie fast zwei von drei Personen einem jener Muster zugeordnet werden, die diskontinuierliche sowie zwei- oder mehrgleisige Berufsverläufe repräsentieren. Und nur einer von zehn Professionsangehörigen der Psychologie macht eine dem medizinischen Aufstiegsmuster vergleichbare Karriere.

Bei Psychologen mehr diskontinuierliche Verläufe

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich die befragten Frauen und Männer in signifikant unterschiedlicher Weise auf die einzelnen Berufsverlaufsmuster der Medizin verteilen. Im Aufstiegsmuster M1 dominieren klar die Männer, während Frauen unterrepräsentiert sind. Umgekehrt sind in den beiden diskontinuierlichen Mustern M4 und M5 die Frauen in deutlich stärkerem Ausmaß vertreten und die Männer unterrepräsentiert. Lediglich in den beiden Mustern M2 und M3 eines kontinuierlichen Berufsverlaufs findet man eine Gleichverteilung der Geschlechter. In der Psychologie finden wir die analogen geschlechterspezifischen Differenzierungen.

Betrachtet man den Aufstieg in mittlere und höchste Positionen als ersten Indikator für Berufserfolg, so sind Män-

Medizinische Originalarbeiten: Frauen deutlich unterrepräsentiert

Zur Überprüfung des Frauenanteils an wissenschaftlichen medizinischen Publikationen hat Dr. Frank Warda vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 390 medizinische Originalarbeiten ausgewertet, die im Deutschen Ärzteblatt in den Jahren 1999 bis 2002 in 194 Ausgaben publiziert wurden. Berücksichtigt wurden die unter der Rubrik „Medizin“ beziehungsweise vor 2001 unter den Rubriken „Medizin aktuell“, „Medizin: Die Übersicht“ und „Medizin: Zur Fortbildung“ veröffentlichten Originalarbeiten. Der Vergleich mit anderen deutschsprachigen Zeitschriften scheitert daran, dass nur wenige nationale und internationale Zeitschriften den Vornamen ausschreiben.

Nur bei 29 Arbeiten wurde eine Erstautorin genannt; dies entspricht einem Anteil von 7,4 Prozent. Insgesamt zeichneten 1 239 Autoren und Autorinnen für die 390 Beiträge verantwortlich. Der Anteil der Frauen lag hier bei 12,1 Prozent (150 Autorinnen). Die vier Jahre im Vergleich ergeben keinen eindeutigen Trend im Sinne einer verstärkten Berücksichtigung von Frauen.

Zusätzlich wurden noch für das Jahr 2002 die medizinischen Diskussionsbeiträge in den ersten dreißig Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes in die Untersuchung einbezogen. Von den 111 Diskussionsbeiträgen waren 16 (14,4 Prozent) von Frauen oder unter Beteiligung von Frauen verfasst worden.

Diese Ergebnisse sind für Warda ein eindeutiges Indiz dafür, dass Frauen nicht nur in leitenden Positionen in Klinik und Wissenschaft, sondern auch – verglichen mit ihrer mindestens 30-prozentigen Beteiligung an der medizinischen Forschung – bei Publikationen von medizinischen Originalarbeiten unterrepräsentiert sind.

TG

ner beruflich deutlich erfolgreicher als Frauen. Darüber hinaus erzielen Männer in sämtlichen Berufsverlaufsmustern ein höheres Einkommen und finden sich überproportional häufig in den „attraktiven“ und prestigeträchtigen Fachgebieten. Diese Disparität finden wir in einem ähnlichen Ausmaß auch in der Psychologie; da dort aber mehr und andersartige Berufsverlaufsmuster als in der Medizin vorkommen, sind die Prozentanteile zwischen den Professionen pro Berufsweg nur teilweise miteinander vergleichbar.

Im Einzelnen: Von den befragten Medizinerinnen können nur 13 Prozent dem Aufstiegsmuster M1 zugeordnet werden; in der Psychologie liegt der entsprechende Anteil mit 6,3 Prozent sogar noch deutlich darunter. Mit einem Anteil von 35,6 Prozent fällt mehr als jeder dritte Mann in der Medizin in dieses Muster; bei den Psychologen sind es nur 21,5 Prozent. Umgekehrt durchlaufen nur sechs von hundert Medizinerinnen (6,3 Prozent), aber jede vierte Medizinerin (24,3 Prozent) einen Berufsweg, der durch starke Diskontinuität charakterisiert ist; in der Psychologie betragen die entsprechenden Anteile 14 Prozent beziehungsweise 37,6 Prozent. In beiden Professionen machen also rund dreimal mehr Männer als Frauen eine Karriere im Wortsinn eines beruflichen Aufstieges in mittlere und höchste Positionen, dagegen finden sich viermal mehr Frauen als Männer in diskontinuierlichen Berufsverlaufsmustern.

Unter den 62 Medizinerinnen unserer Stichprobe, die auf Ober- und Chefarzt-positionen oder vergleichbare Leitungspositionen gelangt sind, finden sich am häufigsten Fachärzte für Chirurgie (19 Prozent), Innere Medizin (18 Prozent) und für Gynäkologie (10 Prozent), die restlichen Männer verteilen sich auf alle anderen Fachgebiete. Bei den wenigen Frauen, die aufgestiegen sind, gibt es indes keine derartige Häufung spezifischer Gebiete. Vielmehr scheinen sie häufiger in medizinischen „Randgebieten“ tätig zu sein.

Zu den Bedingungen, die eine Karriere hemmen oder fördern, gehört die Arbeitszeit: Die Frauen in höheren Positionen arbeiten mit durchschnittlich 46,5 Wochenstunden zwar rund sieben Stunden mehr als die vielen Ärztinnen in den anderen Berufsverlaufsmustern, aber fast zwölf Stunden weniger als ihre männlichen Pendanten. Letztere geben mit fast 60 Wochenstunden überhaupt die höchste Arbeitszeit an; die übrigen Ärzte liegen bei durchschnittlich 53 Wochenstunden und damit immer noch sechs Stunden über der Arbeitszeit der „Karrierefrauen“. In der Psychologie finden wir analoge Verhältnisse, aber auf insgesamt deutlich niedrigerem Niveau: Während die „Karrieremänner“ dort auf knapp 47 Stunden pro Woche kommen, arbeiten die „Karrierefrauen“ mit 41,5 Stunden zwar fünf bis sechs Stunden weniger, aber immer noch zehn Stunden mehr als die Psychologinnen in allen anderen Berufsverlaufsmustern (mit durchschnittlich 31 Stunden)

und rund zwei Stunden weniger als die Männer der übrigen Muster (mit 44 Wochenstunden).

Die auffallend kürzeren Arbeitszeiten verweisen darauf, dass Frauen ihre Zeit viel stärker auf Kinder und auf Familienarbeit abstellen als Männer. Auch die Interviews verdeutlichen, dass sich die Integration von Beruf und Familie häufig (aber nicht immer) hemmend auf den Berufserfolg auswirkt. Das zeigt sich selbst noch bei Frauen in Spitzenpositionen dann, wenn sie Kinder haben und wenn sie (vor allem in der Medizin) wie die Männer zwischen den Lebenssphären zu segmentieren versuchen. Bei den Männern in höheren und höchsten Positionen dominiert der Beruf zeitlich noch stärker als bei den „Karrierefrauen“, weil sie die Lebensbereiche Beruf und Familie besonders gut getrennt voneinander halten können. Diese Interpretation, die zurzeit noch anhand der Analysen der Interview-Daten genauer geprüft wird, erhält Unterstützung durch folgende Befunde:

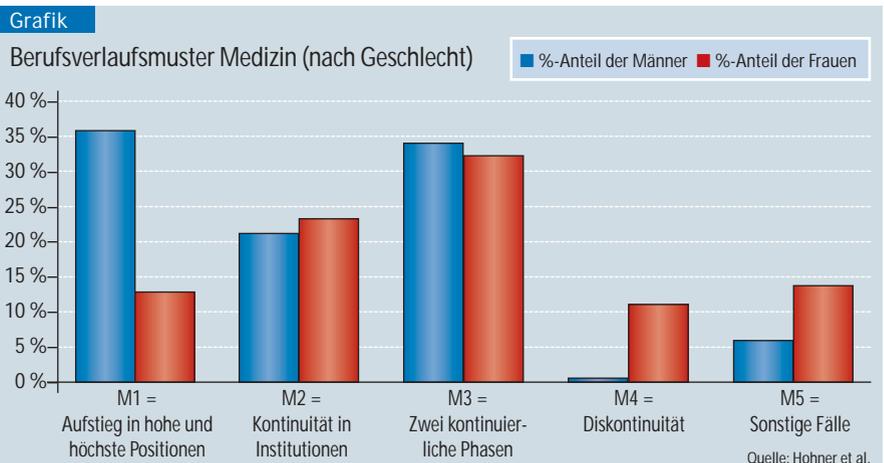
Kinderzahl: Während Männer im Aufstiegsmuster M1 durchschnittlich 1,9 Kinder haben, haben die beruflich besonders erfolgreichen Ärztinnen nur 0,8 Kinder. Dieser Unterschied ist hochsignifikant. Betrachtet man spezifischer nur die Personen in Spitzenpositionen, dann zeigt sich ein noch stärkerer Unterschied: Männer in höchsten Positionen haben 2,6 Kinder, Frauen 1,4 Kinder. Ähnlich sieht es in der Psychologie aus: Männer, die beruflich aufsteigen, haben durchschnittlich 1,8 Kinder; Frauen dagegen nur 1,2 Kinder. Auch hier vergrößert sich der Abstand bei den Spitzenpositionen: Männer haben 2,5 Kinder, Frauen dagegen nur ein Kind. Es zeigt sich also, dass ein zeitlich dominanter Beruf sowie eine berufliche Karriere und ein Familienleben mit mehreren Kindern bei Männern sehr wohl nebeneinander herlaufen können. Eine erfolgreiche Karriere bei Frauen lässt sich dagegen schwerer mit der Aufgabe der Kindererziehung integrieren und koordinieren. Der Grund dafür liegt vor allem in der häuslichen Arbeitsteilung von (Ehe-)Partnern, die ihrerseits wiederum davon abhängig ist, ob nur ein Partner berufstätig ist, im Beruf „kürzer tritt“ oder ob beide Partner erwerbstätig sind.

Erwerbstätigkeit der Partner/in: Rund drei Viertel (74 Prozent) aller Männer in der Medizin leben mit einer Partnerin zusammen, die nicht erwerbstätig (34 Prozent) oder teilzeiterwerbstätig (40 Prozent) ist. Umgekehrt haben aber nur 15 Prozent der Frauen einen nicht oder nur teilweise erwerbstätigen Partner. Im Berufsverlaufsmuster des Aufstiegs tritt dieser Unterschied noch stärker und anders akzentuiert hervor. Hier lebt fast jeder zweite Mediziner mit einer nicht erwerbstätigen (45 Prozent) und jeder dritte mit einer Teilzeit beschäftigten (32 Prozent) Partnerin zusammen. Bei den wenigen Frauen im Aufstiegsmuster trifft dies nur auf 11 Prozent zu. In der Psychologie findet sich ein analoger Trend: Rund zwei Drittel der Männer haben dort Partnerinnen, die nicht (15 Prozent) oder nur teilzeit erwerbstätig (48 Prozent) sind. Im Unterschied zur Medizin (mit einem

fünf Prozent nur als völlige Ausnahme auf. So gut wie alle „Karrierefrauen“, in der Medizin wie in der Psychologie, leben mit einem voll erwerbstätigen Partner zusammen. Die Männer haben also in der Regel eine Partnerin, die ihnen in der Familie „den Rücken frei hält“, sodass sie ohne die zusätzlichen Aufgaben einer Integration von Beruf und Familie ihren beruflichen Anforderungen nachkommen und auf der „Karriereleiter“ nach oben gelangen können, während die Frauen zumeist weniger Entlastung durch ihre Partner finden.

Karrieremänner werden durch Ehefrauen entlastet

Die Disparitäten in den Berufsverläufen von Frauen und Männern hängen offensichtlich mit dem Elternstatus und der familiären Rollenaufteilung



Anteil von 26 Prozent) leben somit mehr Psychologen (38 Prozent) mit einer Vollzeit beschäftigten Partnerin zusammen. Bei den Frauen ist dies genau umgekehrt. Wie in der Medizin leben nur sechs Prozent mit einem gar nicht und neun Prozent mit einem Teilzeit erwerbstätigen Partner zusammen; 85 Prozent indes haben einen Partner, der ganztags arbeitet. Ebenfalls wie in der Medizin stellt sich dieser Sachverhalt in der Psychologie für das Aufstiegsmuster noch etwas verschärft dar: 21 Prozent der Männer leben mit einer nicht und weitere 47 Prozent mit einer nur Teilzeit beschäftigten Frau zusammen. Diese Form tritt bei den Frauen in der Psychologie mit einem Anteil von weniger als

zusammen, die sich bei Männern ganz anders auswirkt als bei Frauen. Beruflich erfolgreiche Ärzte werden durch eine Familie mit nicht oder nur reduziert erwerbstätiger (Ehe-)Partnerin gestützt. Beruflicher und privater Lebensstrang laufen ohne zusätzlichen Aufwand an Koordination gewissermaßen nebeneinander her (Segmentation). Umgekehrt stellen Frauen ihren Kinderwunsch zugunsten einer Karriere häufiger zurück. Die wenigen Frauen in Spitzenpositionen haben oft auch beruflich erfolgreiche Lebenspartner, die sie nicht in gleicher Weise entlasten können wie die Partnerinnen der Männer. Bei den von uns befragten Männern verbindet sich zudem mit der Ge-

burt eines Kindes häufiger als bei den Frauen beruflich ein positiver Schritt (zum Beispiel Beförderung). Umgekehrt bedeutet die Geburt eines Kindes bei den Frauen deutlich häufiger als bei den Männern eine berufliche Verschlechterung (zum Beispiel nach der Erziehungsphase und durch Teilzeitarbeit).

Subjektiver versus objektiver Erfolg

Der berufliche Aufstieg ist zwar ein aussagekräftiges Außenkriterium für beruflichen Erfolg, beileibe aber nicht das einzig Relevante. So bemisst sich etwa der „objektive“ berufliche Erfolg niedergelassener Ärzte und Ärztinnen nach ganz anderen Kriterien (zum Beispiel Umsatz, Gewinn, zeitliche Belastung, Arbeitszufriedenheit) und erfordert andere und zusätzliche Kompetenzen. Hier zeigt sich auch stärker die Bedeutung „subjektiver“ Erfolgsindikatoren: Macht mir die Arbeit Spaß? In welchem Ausmaß habe ich erreicht, was ich mir persönlich vorgenommen hatte? In den Interviews wird deutlich, dass – gerade auch für Frauen – eine andere subjektive Konzeption von Erfolg als die des „objektiven“ Berufserfolges handlungsleitend wird. Erfolgreich ist für sie oft der Berufsverlauf, der sich optimal in ein ganzheitliches Konzept von Lebensführung einfügt beziehungsweise, der sich optimal mit dem privaten Lebensstrang integrieren lässt. In derzeitigen Analysen wird der Frage nachgegangen, wie solche Formen einer mehr oder minder gelungenen Integration oder Segmentierung der Lebensbereiche sowie Lebensstränge genauer beschrieben werden können.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 166–169 [Heft 4]

Weitere Informationen sind im Internet unter www.fu-berlin.de/arbpsych oder bei den Autoren erhältlich. Das Literaturverzeichnis ist unter www.aerzteblatt.de/lit0403 abrufbar.

Anschrift für die Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. phil. Hans-Uwe Hohner
Freie Universität Berlin
Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie
Habelschwerdtter Allee 45, 14195 Berlin
E-Mail: hohner@zedat.fu-berlin.de

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Chefärzte

Mustervertrag mit Arbeitgeberschlagseite

Deutsche Krankenhausgesellschaft revidiert Empfehlungen

von Ulrich Baur

in Heft 22/2002

Unangemessene Vorwürfe

Im Beitrag hat sich Baur mit der im Februar 2002 vom Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verabschiedeten Neufassung des DKG-Chefarzt-Mustervertrages befasst. Das von ihm als „Mustervertrag mit Arbeitgeberschlagseite“ verworfene Vertragswerk demotiviere die betroffenen Ärzte „noch stärker, als dies bereits die fünfte Auflage von 1996 getan“ habe. Er spricht von „Knebelungsverträgen“, „konfiskatorischen Abgabenregelungen“, einer „Gängelerei der Leistungsträger eines Unternehmens“ sowie der „Zerstörung unternehmerischen Denkens und Handelns“. Derart bereits in der Diktion unangemessene Vorwürfe geben Anlass, die erhobene Kritik einmal gänzlich unaufgeregt Revue passieren zu lassen und auf ihre tatsächliche Berechtigung hin zu überprüfen.

Die künftigen DRG-Rahmenbedingungen für Krankenhäuser lassen sich in Kurzform wie folgt skizzieren: Drastisch verschärfter Wettbewerb, beschleunigter Strukturwandel im Gesundheitswesen, leistungsorientierte Vergütung, hohe Transparenz über Leistungen und Kosten bei einem insgesamt nicht zu erwartenden Anstieg der GKV-Mittel für den stationären Bereich. Der mit der DRG-Einführung verbundene Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung zwingt das einzelne Unternehmen Krankenhaus zu einer vollständigen Neuausrichtung, wenn es weiterhin an einem deutlich rauerem Markt existieren will. Eine solche Neuausrichtung betrifft alle Leistungsbereiche und kann nicht gerade vor der Vertragsgestaltung mit den leitenden

Abteilungsärzten Halt machen. Dabei müssen zwangsläufig auch lieb gewonnene Gewohnheiten auf den Prüfstand der ökonomischen Vernunft gestellt werden. Zu Recht weist deshalb z. B. Genzel auf die im Zuge der verschiedenen GKV-Strukturreformen gewachsene ökonomische Mitverantwortung des ärztlichen Dienstes hin: Da dem ärztlichen Dienst im Krankenhaus Leitungsfunktion zukomme, sei es unabdingbar, ihn auch in die ökonomische Verantwortung einzubeziehen. Der ärztliche Dienst bestimme in Diagnostik und Therapie das Betriebsgeschehen im Krankenhaus, sein Handeln habe damit erhebliche Kostenrelevanz. Dies bedinge – so Genzel – folgende Unternehmens- und Managementanforderungen an leitende Ärzte:

- fachliche und personale Organisationsverantwortung für die Abteilung,
- zunehmende Budget-, Kosten-, Leistungs- und Erlösverantwortung,
- Steuerung und Kontrolle der zunehmenden Dokumentationsaufgaben hinsichtlich der internen und externen Qualitätssicherung, vor allem aber der Codierqualität im Rahmen des neuen DRG-gestützten Vergütungssystems,
- Umsetzung der dem Vergütungssystem immanenten Verweildauerverkürzung,
- zunehmende Integrationsaufgaben im vor- und nachstationären Bereich (integrierte Versorgung), Verzahnung mit den ambulanten ärztlichen und pflegerischen Bereichen.

Exakt diese künftig für das ökonomische Überleben notwendigen Anforderungen an eine neue Chefarztgeneration definiert das DKG-Vertragsmuster. Der Chefarzt der Zukunft wird entsprechend seiner tatsächlichen Bedeutung im Unternehmen Krankenhaus deutlich aufgewertet, indem ihm zunehmend Managementkompetenzen und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten zufließen. Dabei verdeutlicht das Vertragsmuster allerdings auch, dass hiermit eine gestiegene Identifizierung mit und Verantwortung für das Gesamtunternehmen erwartet wird. Gelingt dem Unternehmen Krankenhaus eine gute Positionierung im Markt, ist dies gleichzeitig Erfolg und (finanzieller) Vorteil für sein leitendes ärztliches Management. Misslingt dies jedoch, sind auch hieraus von den Verantwortlichen zumindest in den variablen Ver-