

Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am
Institut für Arbeits-, Organisations- und
Gesundheitspsychologie an der FU Berlin
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)

Nr. 15

Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner, Susanne Dettmer & Stefanie Grote,

**Bericht über die Arbeiten im
Projekt PROFIL
Professionalisierung und Integration der Lebenssphären.
Geschlechtsspezifische Berufsverläufe
in Medizin und Psychologie**

Oktober 1998 - November 1999

Korrespondenzadresse:

FU Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie
Bereich Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie (WE 10)
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

im Internet: www.fu-berlin.de/arbpsych

Prof. Dr. Ernst-H. Hoff, ehoff@zedat.fu-berlin.de
Dr. Stefanie Grote, lsh.grote@t-online.de
PD Dr. Hans-Uwe Hohner, hohner@zedat.fu-berlin.de

Inhalt

1. Vorbemerkungen zu den Projektzielen, zum Zeitplan und zur Gliederung dieses Berichtes
2. Sekundärstatistische Analysen zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis
3. Durchführung der schriftlichen Befragung
 - 3.1 Entwicklung des Fragebogens
 - 3.2 Erhebungsmodalitäten, Stichproben und Rücklaufquoten
4. Erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung
 - 4.1 Beschreibung von Berufsverlaufsmustern
 - 4.2 Berufsverlaufsmuster und Geschlechtsunterschiede
 - 4.3 Erste Ergebnisse zu subjektiven Einschätzungen der Relationen zwischen Berufs- und Privatleben
5. Vorbereitung der Intensivinterviews
 - 5.1 Entwicklung des Interviewleitfadens
 - 5.2 Auswahl der Interviewpartner und Probeinterviews
6. Perspektiven für die weitere Arbeit
7. Projektliteratur und Vorträge

1. Vorbemerkungen zu den Projektzielen, zum Zeitplan und zur Gliederung dieses Berichtes

Das Projekt „Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie“ (PROFIL) hat etwas später als die meisten anderen Projekte im selben DFG-Schwerpunktprogramm „Professionalisierung, Organisation und Geschlecht“ begonnen, nämlich am 1. Oktober 1998. Wir können also nur über Arbeiten innerhalb eines einzigen Jahres bis zum jetzigen Zeitpunkt (November 1999) berichten. Gleichwohl liegt bereits jetzt eine Fülle an Daten und Ergebnissen vor. Das liegt daran, daß die Merkmalsbereiche der Untersuchung präzisiert und ausdifferenziert werden konnten, was zu entsprechend umfangreicheren Fragebogenerhebungen als geplant führte; und die viel längeren Befragungen konnten realisiert werden, ohne daß dies zu einer Motivationseinbuße bei den Befragten und damit zu einer Verringerung der vorgesehenen Personenstichprobe führte. Damit eröffnen sich nun aber auch Möglichkeiten für viel detailliertere Analysen, als wir ursprünglich angenommen hatten. Hinzu kommt, daß die bislang zentralen Fragestellungen nicht bloß präzisiert werden konnten, sondern daß sich auch noch ganz neue, wichtige Fragen aus der bisherigen Arbeit ergeben haben. Insofern dient der folgende Bericht, in dem dies alles deutlich gemacht werden soll, zugleich der Begründung für einen Antrag auf Fortsetzung unseres Projektes.

Bei der Gliederung folgen wir den Projektzielen und zeitlichen Schritten, die im ersten Antrag beschrieben worden sind (vgl. dazu auch den ersten Bericht der Projektgruppe: Hoff, Hohner & Dettmer, 1998, S. 15 ff.).

Die beiden **ersten Hauptziele** richteten sich (1.) auf die Beschreibung des Spektrums der außeruniversitären Spezialgebiete und Berufsverlaufsmuster in Medizin und Psychologie und (2.) auf die Ermittlung des Geschlechterverhältnisses innerhalb dieser Gebiete und Verlaufsmuster. Erwartet wurde, daß sich Frauen und Männer trotz gleicher Studienabschlüsse beruflich unterschiedlich spezialisieren, daß Frauen seltener in leitende Positionen mit höchstem Prestige und Einkommen aufsteigen und daß sie häufiger diskontinuierliche Berufswege durchlaufen als Männer. Zusätzlich zu diesen objektiv beschreibbaren Berufsverlaufsmustern sollten die darauf gerichteten subjektiven Erklärungen und Interpretationen (z. B. zu Erfolg im Beruf) ermittelt werden.

Die wichtigsten Arbeitsschritte zum Erreichen der beiden ersten Hauptziele liegen hinter uns: Wir haben zuerst sekundärstatistische Analysen zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie durchgeführt, und die Ergebnisse sind in einem zweiten Projektbericht dokumentiert worden (vgl. Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999). Darauf gehen wir im folgenden **Abschnitt 2** ein. Gleichzeitig wurde ein Fragebogen für eine eigene schriftliche Befragung entwickelt. Dazu liegt inzwischen ein dritter Projektbericht vor (vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999). Auf diesen Fragebogen sowie auf die damit durchgeführte Erhebung bei fast 1.000 MedizinerInnen und PsychologInnen gehen wir in **Abschnitt 3** ein. Erste Ergebnisse aus dieser postalischen Befragung – vor allem solche zu den Berufsverlaufsmustern von Frauen und Männern – werden in **Abschnitt 4** mitgeteilt.

Während das Schwergewicht der bisherigen Arbeiten auf der Deskription von Disparitäten im Geschlechterverhältnis lag, gilt unser **drittes Hauptziel** stärker der Erklärung solcher Ungleichheiten. Frauen – so unsere leitende These – spezialisieren sich oft deswegen in anderer Weise als Männer und durchlaufen häufiger diskontinuierliche Berufswege, weil sie ungleich stärker als Männer mit der Vereinbarung von familialen und beruflichen Anforderungen konfrontiert sind. Frauen und Männer bilden entsprechend unterschiedliche subjektive Vorstellungsmuster sowie Handlungsstrategien aus (die dann ihrerseits wiederum fortlaufend den Berufsweg beeinflussen). Mit den Geschlechtsvergleichen zur Prüfung dieser zentralen These haben wir gerade erst begonnen, und die wichtigsten Arbeitsschritte liegen hier noch vor uns: So werden dazu erstens die Daten aus der schriftlichen Befragung weiter analysiert. Zweitens haben wir einen Leitfaden für Intensivinterviews entwickelt (vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999) und aus der Stichprobe der schriftlichen Befragung solche gesprächsbereiten Interviewpartner ausgewählt, die als prototypische weibliche und männliche Vertreter der zuvor ermittelten Berufsverlaufsmuster gelten können. Das wird in **Abschnitt 5** beschrieben. In derart intensiven, halboffenen mündlichen Befragungen können wir vor allem die subjektiven Sichtweisen zur Relation der Lebenssphären und – auf der Handlungsebene – die Integrationsleistungen von Frauen und Männern im Zusammenhang mit ihren jeweiligen Berufsverläufen besser, d. h. viel reichhaltiger und gründlicher ermitteln als mit Hilfe der schriftlichen Befragung. Im letzten **Abschnitt 6** werden schließlich die weiterführenden und z. T. neuartigen Fragestellungen benannt, die eine Fortführung der Projektarbeit besonders sinnvoll erscheinen lassen.

2. Sekundärstatistische Analysen zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis

Als wir die ersten telefonischen Expertengespräche mit Vertretern der Ärztekammern und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) führten, um die Modalitäten einer schriftlichen Befragung der Mitglieder zu besprechen und um die Grundgesamtheiten für die späteren Stichproben unserer Untersuchung abschätzen zu können (vgl. Abschnitt 3.2), wurde bereits deutlich, daß der Frauenanteil in beiden Professionen in viel stärkerem und unterschiedlicherem Maße angewachsen war, als wir vermutet hatten. Daher hielten wir es für erforderlich, genauere sekundärstatistische Analysen zur Entwicklung beider Professionen und zum Geschlechterverhältnis durchzuführen. Dabei haben wir uns dann auf die letzten beiden Jahrzehnte konzentriert. Denn wir wollten jene Berufsverläufe etwa zwischen 1983/84/85 und 1999 untersuchen, in denen nach circa 15 Jahren ein deutliches Verlaufsmuster erkennbar wird und in denen keine gravierenden beruflichen Änderungen mehr zu erwarten sind. Die Professionsentwicklungen in den letzten beiden Jahrzehnten bilden also den Hintergrund, vor dem die Befunde unserer Untersuchung interpretiert werden müssen, und umgekehrt sollen die Projektanalysen zur Erklärung der Professionsentwicklungen – vor allem im Zusammenhang mit dem Geschlechterverhältnis – beitragen.

Neben den Angaben der Bundesärztekammer und des BDP wurden Daten des Statistischen Bundesamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit, des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) sowie aus allen sonst verfügbaren Studien (z. B. von Schagen, Seemann, Schmitt, Schorr, vgl. den Bericht von Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999) herangezogen. Die wichtigsten Entwicklungen lassen sich folgendermaßen kennzeichnen:

Die **Zahlen der Studierenden** haben sich in beiden Fächern seit Ende der siebziger Jahre mehr als verdoppelt; sie stagnieren in der Medizin seit den neunziger Jahren, nehmen aber in der Psychologie weiter zu. Im wesentlichen handelt es sich dabei um einen Zuwachs an weiblichen Studierenden, und der Frauenanteil ist entsprechend angestiegen: in der Medizin von circa 30 % (Ende der siebziger Jahre) auf derzeit etwa 50 %; in der Psychologie im gleichen Zeitraum von circa 55 % auf 76 % (1996). Man kann also feststellen, daß sich die

Medizin wohl langfristig zu einem „Misch“- und die Psychologie zu einem „Frauen“-Beruf entwickelt.

Diese Entwicklungstendenz wird in abgeschwächter Form auch deutlich, wenn man die **Zahlen der berufstätigen Professionsangehörigen** betrachtet. In der (mit 283.000 Mitgliedern) großen Profession Medizin gibt es 38 % Frauen und 62 % Männer. Geradezu spiegelbildlich dazu ist das Verhältnis in der (mit 33.000 Mitgliedern) kleinen Profession Psychologie mit 63 % Frauen und 37 % Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den **abhängig Beschäftigten**, deren Zahl in beiden Berufen die der Selbständigen übersteigt. Allerdings nimmt in der Psychologie der Anteil der **selbständig Tätigen** kontinuierlich zu (von 20 % 1985 auf 30 % 1995), während er in der Medizin mit circa 40 % gleichbleibt. In der Psychologie sind die Frauen bei den Selbständigen (mit 69 %) stärker als bei den Angestellten und Beamten (mit 59 %) vertreten. Das interpretieren wir im Sinne unserer Hauptthese: Bei selbständiger Tätigkeit und flexibler Arbeitszeitgestaltung ist es den Frauen eher möglich, Beruf und Familie zu vereinbaren.

Beim Vergleich beider Fächer wird deutlich, daß in der Medizin Schließungsmechanismen gegenüber Frauen greifen, die es in der Psychologie so nicht gibt. Dabei dürfte u. a. die starke Reglementierung der fachärztlichen Weiterbildung ausschlaggebend sein, die **Teilzeitarbeit** für Frauen oder auch Unterbrechungen durch Erziehungsurlaub erschwert bzw. weitgehend ausschließt. Dadurch wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen während dieser Zeit besonders schwierig. In der Psychologie ist dagegen Teilzeitarbeit viel stärker (mit 33 % gegenüber 10 % in der Medizin) verbreitet, und 87 % der in Teilzeitarbeit beschäftigten Psychologen sind Frauen (in absoluten Zahlen: von den insgesamt 33.000 Psychologen sind es circa 10.000 Frauen).

Bemerkenswert ist schließlich das Spektrum von (mehr als 50) **Spezialgebieten** in der Medizin. Mit Blick auf eine Reihe von Fachgebieten, z. B. Urologie, Chirurgie, Orthopädie, die mit die längsten Zeiträume für die Facharztausbildung erfordern und die in einkommensstärkste Positionen führen, kann von einer völligen Marginalisierung der Frauen gesprochen werden. Im quantitativ sehr großen Facharztgebiet der Inneren Medizin wächst der Frauenanteil auf etwa ein Viertel; und nur in Gynäkologie, Psychiatrie, Augenheilkunde, Anästhesie, Dermatologie sowie vor allem in der Kinderheilkunde nähern sich die Anteile der Frauen denen der Männer an. Um so auffallender erscheint es, daß Frauen selbst innerhalb

dieser letztgenannten Gebiete nur ganz selten in leitende Funktionen (im Krankenhaus) aufsteigen.

In der Psychologie ist das Ausmaß an Spezialisierung überhaupt nicht mit dem in der Medizin vergleichbar. In den drei Hauptberufsfeldern sind prozentual viel mehr Frauen tätig als in der Medizin - dies allerdings wiederum in unterschiedlichem Maße: in klinischen und in pädagogischen Berufsfeldern überwiegen die Frauen, in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie die Männer. Ob sich hinter dieser horizontalen auch eine derart schroffe vertikale Segregation verbirgt wie in der Medizin, ob also auch hier vor allem die Männer in die besonders einkommensstarken, prestigereichen und leitenden Positionen gelangen, läßt sich nicht feststellen; denn die Datenlage ist für die Psychologie generell schlechter als für die Medizin. Unsere eigene Erhebung trägt aber zur Klärung dieser bislang offenen Frage bei (vgl. Abschnitt 4.2).

Insgesamt kann man aus den sekundärstatistischen Analysen folgende **Schlüsse für unsere weitere Projektarbeit** ziehen: Während wir ursprünglich vor allem Ähnlichkeiten zwischen beiden Professionen vermutet und beide Berufe nur mit der Absicht ausgewählt hatten, das Spektrum kontinuierlicher und diskontinuierlicher Berufsverlaufsmuster für Frauen und Männer möglichst breit zu fächern, sind nach diesen Analysen viel stärker die **Unterschiede zwischen der „klassischen“ Profession Medizin und der noch jungen Profession Psychologie** in den Blick geraten. Die Medizin entwickelt sich zu einem „Misch“- und die Psychologie zu einem „Frauen“-Beruf. Es scheint so zu sein, daß (Über-)Spezialisierung und Institutionalisierung (der Facharztausbildung) in der Medizin viel stärkere Ausschlußmechanismen für Frauen als in der Psychologie beinhalten. Während sich ÄrztInnen im Sinne einer fachlichen Einengung spezialisieren müssen und sich damit frühzeitig von anderen Berufswegen ausschließen, bleibt in der Psychologie das Spektrum beruflicher Optionen für beide Geschlechter länger offen. Weiter arbeiten Frauen hier einerseits häufiger (als in der Medizin) in prekären Beschäftigungsverhältnissen, z. B. in Teilzeit; andererseits können sie dabei vermutlich besser die Aufgaben im Beruf mit denen in der Familie vereinbaren. Bei allen kommenden Analysen werden also zusätzlich bzw. viel stärker als geplant Vergleiche zwischen den Professionen erforderlich.

3. Durchführung der schriftlichen Befragung

Bei der Entwicklung des Fragebogens, die nun zuerst (**in Abschnitt 3.1**) dargestellt wird, gingen wir einerseits von den für postalische Befragungen und deren quantitative Auswertungen üblichen Überlegungen aus: Man will möglichst viele Personen für die Teilnahme gewinnen; und um potentielle Befragte nicht durch einen zu hohen Zeitaufwand zu demotivieren, macht man häufig Abstriche bei der Merkmalsstichprobe und gibt zu den Fragen die Antwortalternativen vor. Andererseits war es uns aber auch wichtig, die Fülle der subjektiven Einschätzungen zum Berufsverlauf und zur Relation der Lebenssphären ebenso wie die Handlungsstrategien zur Integration von beruflichem und privatem Lebenslauf nicht ausschließlich in den anschließend geplanten halboffenen Interviews (vgl. **Abschnitt 5**) zu thematisieren und allein qualitativ zu analysieren. Daten dazu sollten bereits schon in der postalischen Befragung erfaßt werden, um die Befunde beider Erhebungen systematisch – auch im Sinne einer gegenseitigen Validierung – aufeinander beziehen zu können. Daher haben wir einen sehr langen, für die Beantwortung zeitaufwendigen Fragebogen konzipiert, der zwar überwiegend Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen enthält, in dem aber kaum Abstriche hinsichtlich der Breite aller wichtig erscheinenden Merkmals- bzw. Themenbereiche gemacht werden. Hätten die Erfahrungen in der Testphase zur Erprobung des Fragebogens (auf die wir ebenso wie auf die Rücklaufquoten im übernächsten **Abschnitt 3.2** eingehen), zu der Befürchtung Anlaß gegeben, daß wegen der Länge des Fragebogens wesentliche Einbußen bei der Personenstichprobe erwartbar gewesen wären, so hätten wir unseren Zeitplan nicht einhalten können und eine neue, kürzere Fragebogenversion vorlegen müssen. Hier kann vorweggenommen werden, daß dies nicht der Fall war.

3.1 Entwicklung des Fragebogens

Bei der Konzeption der Themenbereiche, bei ihrer Abfolge und bei der Formulierung der einzelnen Fragen innerhalb jedes Bereiches sind wir (a) der Zeitstruktur im Lebenslauf gefolgt und haben uns (b) an dem Prinzip orientiert, möglichst immer erst nach den leichter rekonstruierbaren, objektiv bestimmbareren Fakten, Ereignissen, Wechseln, Brüchen oder Phasen im beruflichen und privaten Lebenslauf und erst dann nach deren z. T. schwerer rekonstruierbaren subjektiven Bedeutungen zu fragen.

Damit ergibt sich folgende **Gliederung** des Fragebogens, wie sie auch den Befragten selbst in der Instruktion mitgeteilt wird:

- I. Angaben zur Person und zur derzeitigen Berufstätigkeit
- II. Angaben zur Berufsfindung
- III. Angaben zur Biographie
- IV. Persönliche Bewertung zur Biographie
- V. Angaben zur Bedeutung der Lebensbereiche.

Diese Bereiche werden hier nur kurz skizziert (vgl. ausführlicher: Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999). Die gegenüber der ursprünglichen Planung vorgenommene **Erweiterung des Merkmalspektrums** betrifft vor allem die Bereiche III, IV und V (z. B. zu den im folgenden exemplarisch angeführten Kontrollvorstellungen).

Zu I. Im **demographischen Teil** haben wir besonderes Gewicht auf Angaben zur derzeitigen Berufstätigkeit, zum Beschäftigungsverhältnis etc. gelegt, weil sich aus den Daten zur letzten Station des etwa 15jährigen Berufsweges bereits zentrale Informationen über das Berufsverlaufsmuster in seiner Gesamtheit ableiten lassen.

Zu II. Mit Hilfe der Angaben zur **Berufsfindung** wollen wir feststellen, ob Berufsverläufe in ihrer Kontinuität oder Diskontinuität u. U. als Fortsetzung entsprechender Lebensläufe vor Berufsbeginn gelten können.

Hinzu kommt hier erstmals eine Frage zu Kontrollvorstellungen, anhand derer wir prüfen können, ob sich ähnliche Vorstellungen (internaler, externaler, fatalistischer, interaktionistischer Art) bezogen auf den weiteren Beruf fortsetzen. Bei den Personen, auf die dies zutrifft, würde man dann nicht von ereignis- oder situationsgebundenen Attributionen, sondern von eher personspezifischen, im Verlauf der beruflichen Sozialisation verfestigten Attributionstendenzen sprechen können. Schließlich kann man anhand von Antworten auf eine Frage zu beruflichen Leitbildern vor Berufsbeginn ebenfalls feststellen, ob es hier eine subjektive Kontinuität bzw. Übereinstimmung mit später erfragten Kriterien für beruflichen Erfolg gibt.

Zu III. Zentral zur Ermittlung von **Berufsverlaufsmustern** (im Zusammenhang mit den privaten Lebenssträngen von Frauen und Männern) ist dann jener Teil des Fragebogens, in dem die Befragten gebeten werden, die wichtigsten Stationen, Ereignisse und Veränderungen in ihrer **Biographie** von 1984 bis 1999 Jahr für Jahr (zeilenweise links: für das Berufsleben, rechts: für das Privatleben) zu benennen.

Zu IV. In analoger Weise, d. h. wiederum entlang der Zeitachse, werden die Befragten anschließend um **persönliche Bewertungen** (zu „Hochs“ und „Tiefs“ bzw. Höhe- und Tiefpunkten) ihrer **Biographie** gebeten, und sie können dabei auch die für sie relevanten Verläufe graphisch über die Jahre hinweg abbilden. Methodisch haben wir uns hier ebenso wie beim vorangegangenen Teil an ähnliche Vorgehensweisen bei Born, Krüger & Lorenz (1996) und Hohner (1994) orientiert.

Zu diesem Teil gehören auch drei Fragenkomplexe zu Kontrollvorstellungen: die Befragten können für die drei Stationen oder Ereignisse, die ihnen im Berufs- oder Privatleben subjektiv am wichtigsten sind, angeben, in welchem Maße sie durch eigene Kraft bzw. durch äußere und zufällige Einflüsse (und durch das Zusammenspiel aller Faktoren) bestimmt worden sind. Im Anschluß an unsere eigenen früheren Arbeiten (z. B. Hoff, Lempert, Lappe, 1991) haben wir für die in diesem Projekt interessierenden Zusammenhänge zwischen Kontrollvorstellungen und Profession, Berufsverlaufsmuster sowie Geschlecht eine Reihe von Hypothesen gebildet, die zu prüfen sind. So erwarten wir z. B., daß sich männliche Mediziner nach kontinuierlichem beruflichen Aufstieg häufiger selbst (internal) als Subjekt der wichtigsten Veränderungen im eigenen Leben beschreiben, während sich Frauen nach Erziehungsurlauben und Wechseln in ihrem Berufsweg als Ärztin oder Psychologin häufiger (interaktionistisch) als Subjekt und Objekt zugleich begreifen. Schließlich haben wir noch nach dem persönlichen Verständnis von „Erfolg“ sowie nach der Realisierung eines solchen Erfolges im eigenen Leben gefragt.

Zu V. Im letzten Teil des Fragebogens geht es um die persönliche Gewichtung von Beruf und Familie, um die Beurteilung von Doppelbelastung (bzw. –gewinn) sowie um die subjektiven Vorstellungsmuster zur **Relation der Lebenssphären** (im Sinne unserer eigenen Konzeption, vgl. Hoff, 1992). Bei der Operationalisierung haben wir uns hier an unserem früheren Vorgehen (vgl. Hoff & Hörrmann-Lecher, 1992) und dem in Folgestudien (z. B. von Büssing, 1992) orientiert. Weiter wird nach Zeitbudgets, nach Freizeit im engeren Sinne der individuell völlig „frei“ verfügbaren Zeit, nach Hilfen im Haushalt, bei der Kinderbetreuung, nach der Aufgabenverteilung zwischen (Ehe-)Partnern sowie nach der daran gebundenen Zufriedenheit gefragt. Zum Schluß werden noch Fragen nach Wünschen zum Zeitbudget und danach gestellt, ob die Geschlechtszugehörigkeit im Beruf eine Rolle gespielt habe.

Zur Beantwortung der meisten Fragen werden fünfstufige Intensitäts- (bzw. Wichtigkeits-) oder Häufigkeitsskalen in immer gleicher Weise vorgelegt, und zu den Hauptthemenbereichen gibt es die Möglichkeit, freie Anmerkungen und Kommentare zu geben.

3.2 Erhebungsmodalitäten, Stichproben und Rücklaufquoten

Eine erste Fassung des Fragebogens wurde (a) wissenschaftlichen Experten (u. a. früheren, mit Lebenslaufforschung befaßten KollegInnen am MPI für Bildungsforschung) vorgelegt und (b) in einer **Testphase** an circa 30 weibliche und männliche Probanden aus beiden Professionen, die bereits länger berufstätig sind, mit der Bitte um Bearbeitung verschickt. Es stellte sich heraus, daß es zwar in einigen Fällen durchaus Einwände gegen die sehr lange Bearbeitungszeit von circa 1-2 Stunden gab, daß aber zugleich das Nachdenken über so viele und komplexe Fragen von den meisten Befragten als persönlicher Gewinn und als Anregung zur Selbstreflexion empfunden wurde. Deshalb sind wir schließlich das Risiko eingegangen sind, einen derart umfangreichen Fragebogen an circa 4.000 Personen in der Hoffnung auf hinreichenden Rücklauf zu verschicken.

Angemerkt sei noch, daß wir bei diesem Arbeitsschritt fast zufällig auf eine relativ neuartige Forschungsperspektive gestoßen sind (vgl. dazu auch Born & Krüger, 1993): Die Tatsache, daß sich unter den Befragten in dieser Testphase auch Paare aus derselben Berufsgruppe befanden, hat zu ersten Überlegungen über die **wechselseitigen Einflüsse von Partnern auf deren jeweilige Berufswege** geführt. Hinzu kam, daß wir zugleich auf Literatur zu „double career couples“ stießen (vgl. z. B. Lewis & Cooper, 1991). Berufswege von Personen mit PartnerInnen werden – so die uns neuartig erscheinende forschungsleitende These – besonders stark von diesen Partnern, von deren Berufsweg, von Vergleichs- und von Bargaining-Prozessen zwischen den Partnern bestimmt (die nicht lediglich die Aufgabenverteilung in Familie und Haushalt betreffen). Das wird bei Partnern mit gleichem oder ähnlichem Beruf nur besonders sichtbar, gilt jedoch auch für Partner mit unterschiedlichen Berufen. Die Berücksichtigung dieser These anhand eines weiteren Themenblocks hätte zu einer nicht mehr tragbaren Erweiterung des Fragebogens geführt. Im Leitfaden für die Intensivinterviews haben wir diese Perspektive bzw. diesen neuen Themenbereich jedoch berücksichtigt.

Nach einigen Recherchen und den Gesprächen mit Experten war klar, daß bei Erhebungen wie der unsrigen in der Regel mit **Rücklaufquoten** zwischen 15 und 25 % zu rechnen ist. Während wir ursprünglich nur von circa 2.000 anzuschreibenden Personen ausgegangen waren, mußten wir den Fragebogen nun also an circa 4.000 Personen verschicken, um einen Rücklauf bzw. eine Untersuchungsstichprobe zwischen 600 und 1.000 Personen zu erhalten. Dies erwies sich in den Gesprächen mit den zuständigen Experten der Ärztekammern Berlin sowie Niedersachsen und des Berufsverbandes Deutscher Psychologen als realisierbar. Von diesen Organisationen der jeweiligen Profession erhielten wir schließlich die Adressen von insgesamt 1762 Ärztinnen und Ärzten (718 im Stadtstaat Berlin und 1044 im Flächenstaat Niedersachsen) und von insgesamt 2105 Psychologinnen und Psychologen aus dem ganzen

Bundesgebiet. Auswahlkriterium war die Approbation in Medizin vor 15 Jahren (also 1984) und das Diplom in Psychologie vor 14-16 Jahren (also 1983/84/85), um Berufsverlaufsmuster über einen langen Zeitraum hinweg zu erhalten. Fast alle berufstätigen ÄrztInnen sind Mitglieder der Ärztekammern, aber nur circa 50 % der Grundgesamtheit aller berufstätigen PsychologInnen gehören dem BDP an. Wir haben keine im Rahmen dieser Studie realisierbare Möglichkeit gesehen, für unsere Stichproben auch Zugang zu den anderen 50 % der PsychologInnen zu bekommen.

Die Fragebögen wurden Anfang März 1999 verschickt. Ein Erinnerungsschreiben wurde nach acht bzw. zehn Wochen am 22. April. (Verteiler der Ärztekammer Niedersachsen und den BDP) bzw. 5. Mai (Verteiler Ärztekammer Berlin) versandt – dieser relativ späte Termin erschien uns sinnvoll, weil das Quartalsende Ende März (mit den üblichen Terminen für Abrechnungen in Praxen) und die schulischen Osterferien mitten in den Erhebungszeitraum fielen. Die Antworten trafen dann vom 9. März bis zum 20. Juli bei uns ein.

In Übersicht 1 sind die **Stichproben und Rücklaufquoten pro Profession und Geschlecht** angeführt. Insgesamt 936 Befragte haben uns ihren ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt; die Rücklaufquote beträgt also insgesamt 24,2%. Angesichts der Länge des Fragebogens bzw. einer Bearbeitungszeit von 1-2 Stunden ist dieser Rücklauf höher als erwartet ausgefallen.

Übersicht 1: Rücklaufquoten zur Fragebogenerhebung nach Profession, Geschlecht und Bundesland. (In Klammern die jeweiligen Geschlechteranteile)

| | MEDIZIN | | | PSYCHOLOGIE | | | GESAMT |
|--------------------------------|--------------|---------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|
| | gesamt | weiblich | männlich | gesamt | weiblich | männlich | |
| BERLIN | | | | | | | |
| angeschrieben | 718 | 334 (46,5) | 384 (53,5) | 245 | 161 (65,7) | 84 (34,3) | 963 |
| geantwortet (eindeutig) | 113 | 70 (61,9) | 43 (38,1) | 49 | 36 (73,5) | 13 (26,5) | 162 |
| geantwortet (hochgerechnet) | 12 | 8 | 4 | 4 | 3 | 1 | 16 |
| Summe | 125 | 78 | 47 | 53 | 39 | 14 | 178 |
| Rücklaufquote | 17,4% | 23,3% | 12,2% | 21,6% | 24,2% | 16,7% | 18,5% |
| NIEDERSACHSEN | | | | | | | |
| angeschrieben | 1044 | 335 (32,1) | 709 (67,9) | | | | 1044 |
| geantwortet (eindeutig) | 205 | 90 (43,9) | 115 (56,1) | | | | 205 |
| geantwortet (hochgerechnet) | 21 | 9 | 12 | | | | 21 |
| Summe | 226 | 99 | 127 | | | | 226 |
| Rücklaufquote | 21,6% | 29,6% | 17,9% | | | | 21,6% |
| ANDERE BUNDESLÄNDER | | | | | | | |
| angeschrieben | | | | 1860 | 1135 (61,0) | 725 (40,0) | 1860 |
| geantwortet (eindeutig) | | | | 487 | 328 (67,4%) | 159 (32,6%) | 487 |
| geantwortet (hochgerechnet) | | | | 45 | 31 | 14 | 45 |
| Summe | | | | 532 | 359 | 173 | 532 |
| Rücklaufquote | | | | 28,6% | 31,6% | 23,9% | 28,6% |
| INSGESAMT | | | | | | | |
| angeschrieben | 1762 | 669 (37,9) | 1093 (62,0) | 2105 | 1296 (61,6) | 809 (38,4) | 3867 |
| geantwortet (eindeutig) | 351 | 177 (50,4) | 174 (49,5) | 585 | 398 (68,0) | 187 (32,0) | 936 |
| Rücklaufquote | 19,9% | 26,5% | 15,9% | 27,8% | 30,7% | 23,1% | 24,2% |

Analysiert man die Beteiligung an der schriftlichen Befragung, dann fallen besonders drei **Trends einer selektiven Antwortbereitschaft** ins Auge. So haben sich **erstens** mit 27,8% deutlich mehr psychologische als medizinische Professionsangehörige an der Erhebung beteiligt. Von letzteren schickte nur jeder fünfte (19,9%) den ausgefüllten Fragebogen zurück. **Zweitens** zeigen die angeschriebenen Frauen beider Professionen (30,7% der Psychologinnen bzw. 26,5% der Medizinerinnen) eine höhere Antwortbereitschaft als ihre männlichen Kollegen (23,1% der Psychologen bzw. lediglich 15,9% der Mediziner). Möglicherweise können beide Trends mit der durchschnittlich als viel höher angegebenen Arbeitszeit in der Medizin sowie mit der höheren Arbeitszeit der Männer erklärt werden. Hinzu kommt, daß Frauen u.U. stärker motiviert sind, zu antworten, weil sie sich mit ihren Problemlagen durch viele Fragen in besonderer Weise angesprochen fühlen. Ein weiterer Unterschied zeigt sich **drittens** in Bezug auf die regionale Herkunft der Fragebögen, die wir aufgrund des Absenders bzw. bei den anonym antwortenden Personen über den Postleitzahlbereich des Poststempels grob ermitteln konnten. Sämtliche Werte für die Befragten aus Berlin liegen deutlich unter den entsprechenden Vergleichswerten. Möglicherweise werden BerlinerInnen häufiger zur Teilnahme an sozialwissenschaftlichen Befragungen gebeten und sind daher weniger motiviert.

Für die **Akzeptanz der Befragung** spricht im übrigen, daß sich noch einmal 381, also 38,6% von ihnen, mit Angabe ihrer Adresse dazu bereit erklärt haben, das zusätzliche Intensivinterview mit uns zu führen (Übersicht 2).

Übersicht 2: Interviewbereitschaft in Abhängigkeit von Profession und Geschlecht

| | | | Profession | | | |
|-----------------------|------|------------------|-------------|----------|----------|----------|
| | | | Psychologie | | Medizin | |
| | | | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| Interviewbereitschaft | ja | Anzahl | 72 | 162 | 69 | 78 |
| | | % von Profession | 18,9% | 42,5% | 18,1% | 20,5% |
| | | % von Geschlecht | 38,5% | 40,7% | 39,7% | 44,1% |
| | nein | Anzahl | 115 | 236 | 105 | 99 |
| | | % von Profession | 20,7% | 42,5% | 18,9% | 17,8% |
| | | % von Geschlecht | 61,5% | 59,3% | 60,3% | 55,9% |

Die größte Bereitschaft zu einem persönlichen Gespräch finden wir mit einem Anteil von 44,1% bei den Ärztinnen (78 von 177); erst mit einem kleinen Abstand folgen dann mit 40,7% die Psychologinnen (162 der 398). Etwa gleichauf liegen die männlichen Professionsangehörigen mit einem Anteil von 39,7% bei den Ärzten (69 von 174) bzw. 38,5% bei den Psychologen (72 von 187).

4. Erste Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Die Datenaufbereitung gestaltete sich viel schwieriger als erwartet. Das lag vor allem an folgenden **Problemen bei der Ermittlung der Berufsverlaufsmuster**, über die gleich (in **Abschnitt 4.1**) berichtet wird:

- (a) Die Abfolge der Stationen und Phasen des Berufsweges, die jeder Befragte (in Teil III des Fragebogens) Jahr für Jahr von 1984 bis 1999 notiert hatte, mußte genau rekonstruiert werden, um deren Kontinuität oder Diskontinuität einschätzen zu können. Das war besonders schwer, wenn es darum ging, eine Fülle von Angaben auf verschiedene Formen von Diskontinuität hin zu beurteilen.
- (b) Bei den PsychologInnen war es sehr schwierig und zeitaufwendig, die vielfach komplizierten Relationen von Haupt- und Nebentätigkeiten (sowie langjährigen Zusatzausbildungen) bzw. eine für etliche Personen typische Parallelität gleichgewichtiger Tätigkeiten zu bestimmen.
- (c) Die Angaben zu Berufsfeldern und Beschäftigungsverhältnissen waren oft unklar. So ging daraus beispielsweise meistens nicht eindeutig hervor, wann es sich um einen Aufstieg in leitende Positionen handelte, so daß nach zusätzlichen Angaben (etwa solchen zur Weisungsbefugnis über andere Personen oder zur Stellung innerhalb von Institutionen/Organisationen) im Fragebogen gesucht werden mußte.

Es war daher notwendig, daß wir immer wieder im gesamten Projektteam Diskussionen anhand der Rohdaten im Fragebogen führten, was zu mehreren Revisionen der vorangegangenen Einteilung und anschließenden Neukodierungen führte. Dies war auch noch einmal der Fall, als wir im Oktober 99 die circa 100 prototypischen (weiblichen und männlichen) Vertreter für alle Berufsverlaufsmuster für die jetzt anlaufenden Intensivinterviews auswählten (vgl. **Abschnitt 5**) und dabei deren Zuordnung zu den Mustern Fall für Fall überprüften. Die endgültige und exakte Bestimmung der Verlaufsmuster konnte also nicht fristgemäß, sondern erst vor kurzem abgeschlossen werden. Diese Zuordnungen werden zur Zeit dadurch validiert, daß wir sie in der mündlichen Befragung erläutern und unsere Interviewpartner fragen, ob sie selbst meinen, daß wir ihren Berufsverlauf damit „richtig“ kennzeichnen.

4.1 Beschreibung von Berufsverlaufsmustern

Mit den eben skizzierten Schwierigkeiten sind zugleich schon unsere **Hauptdimensionen zur Beschreibung der Muster** genannt worden:

- (a) Kontinuität vs. Diskontinuität (Tätigkeitswechsel, Unterbrechungen)
- (b) Aufstieg vs. Abstieg oder Verbleib in gleicher bzw. ähnlicher Position
- (c) institutioneller Kontext bzw. Zugehörigkeit zu Organisationen vs. freiberufliche Tätigkeit (Konfigurationen im Ablauf der institutionellen Kontexte)
- (d) eine einzige Tätigkeit vs. Parallelität verschiedener Tätigkeiten („Doppel- und Mehrgleisigkeit“)

Diese Merkmale verbinden sich in typischer Weise und zeitlich so miteinander, daß der Begriff des „**Musters**“ tatsächlich sinnvoll erscheint; und jedes Muster unterscheidet sich sehr klar von anderen Mustern.

Wir beschreiben die Berufsverlaufsmuster nun nicht per se und hintereinander, erst für die Medizin und dann für die Psychologie, sondern **komparativ**. Denn ähnlich wie bei den sekundärstatistischen Analysen zeigen sich mehr Unterschiede als Ähnlichkeiten zwischen beiden Professionen, und die Besonderheiten jedes einzelnen Musters treten auf diese Weise erst richtig klar zutage. Die Beschreibung „normaler“ Verläufe in der **Medizin** erscheint im übrigen ohne empirischen Aufwand möglich. So ist apriori völlig klar, daß alle ÄrztInnen ihre erste Berufsphase im Krankenhaus verbringen, hier zumeist mehrjährige Facharztausbildungen durchlaufen und später entweder in den Positionen von Assistenz-Ober- oder Chefärzten in dieser Institution verbleiben oder aber früher oder später in die freiberufliche Tätigkeit wechseln. Allerdings war unsere empirische Erhebung bei einer größeren Stichprobe von ÄrztInnen nicht nur erforderlich, um Häufigkeiten pro Muster und Geschlechtsunterschiede bestimmen zu können (vgl. Abschnitt 4.3), sondern auch schon, um die von den „Normal“-Biographien abweichenden (diskontinuierlichen) Muster der Berufsbiographie beschreiben zu können. Für die **Psychologie** muß bereits die Deskription sämtlicher Muster (nicht erst die Ermittlung von Häufigkeiten etc.) als Ergebnis der empirischen Arbeit bzw. der wiederholten Durchsicht aller Fragebögen einer großen Personenstichprobe gelten. Und erst im Vergleich zu diesen Berufswegen von PsychologInnen wird deutlich, wie extrem die Institutionalisierung von medizinischer Spezialisierung und Expertise sowie die Festlegung der MedizinerInnen auf exakt vorgezeichnete Berufsverläufe vorangetrieben worden ist.

Übersicht 3: Berufsverlaufsmuster in Medizin und Psychologie

| MEDIZIN | PSYCHOLOGIE |
|--|--|
| <p>M1 <u>KONTINUIERLICHER AUFSTIEG</u> in Institutionen (i. d. Regel: Krankenhaus) - in höchste Positionen - in mittlere Positionen</p> | <p>P1 <u>(KONTINUIERLICHER) AUFSTIEG</u> (i. d. Regel in Institutionen) - in höchste Positionen - in mittlere Positionen</p> |
| <p>M2 <u>KONTINUITÄT IN INSTITUTIONEN</u> in Institutionen (i. d. Regel: Krankenhaus) - in gleicher Institution - Wechsel der Institution</p> | <p>P2 <u>KONTINUITÄT IN INSTITUTIONEN</u> (in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen) - einzige Tätigkeit in gleicher Institution - Haupt- und Nebentätigkeit - lange Einstiegsphase mündet in einzige Tätigkeit</p> |
| | <p>P3 <u>KONTINUITÄT SELBSTÄNDIGER</u> - seit Studienabschluß - lange Einstiegsphase mündet in selbständiger Tätigkeit</p> |
| <p>M3 <u>ZWEI KONTINUIERLICHE PHASEN</u> - Krankenhaus, frühe Niederlassung in Praxis als Facharzt - Krankenhaus, späte Niederlassung in Praxis als Facharzt - Krankenhaus, Niederlassung ohne Facharzt</p> | <p>P4 <u>ZWEI KONTINUIERLICHE PHASEN</u> - Wechsel aus Institution in Selbständigkeit (auch: umgekehrter Wechsel)</p> |
| | <p>P5 <u>DOPPEL- UND MEHRGLEISIGKEIT</u> - ständig parallele Tätigkeiten - Wechsel der Tätigkeitsschwerpunkte innerhalb der Parallelität - eine einzige Tätigkeit, dann Wechsel in Mehrgleisigkeit</p> |
| <p>M4 <u>DISKONTINUITÄT</u> - drei Phasen (wg. langer Unterbrechung) - Wechsel der Tätigkeit und lange Unterbrechung</p> | <p>P6 <u>DISKONTINUITÄT</u> - drei Phasen (wg. langer Unterbrechung) - Wechsel der Tätigkeit und lange Unterbrechung - lange Einstiegsphase, Wechsel und/oder Unterbrechung</p> |
| <p>M5 <u>STARKE DISKONTINUITÄT</u> - zwei und mehr Wechsel und/oder lange Unterbrechungen</p> | <p>P7 <u>STARKE DISKONTINUITÄT</u> - zwei und mehr Wechsel und/oder lange Unterbrechungen - lange Einstiegsphase und/oder Parallelität und Wechsel</p> |

Übersicht 3 zeigt die groben Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den nur **fünf Berufsverlaufsmustern in der Medizin** und den **sieben Mustern in der Psychologie**. Diese Übersicht soll durch **Hinweise auf folgende feinere Unterschiede** ergänzt werden:

Beim **ersten Muster des kontinuierlichen Aufstiegs** gibt es in der Medizin die eben erwähnten „normalen“ Verläufe des Aufstiegs vom Assistenz- zum Oberarzt (mittlere Position) und vom Ober- zum Chefarzt (höchste Position), wie sie in der Psychologie so nicht vorkommen. Das Krankenhaus als eine in „klassischer“ Weise hierarchisch strukturierte und zentrale Organisation in der Medizin ist in der Psychologie nur eine unter vielen Institutionen. PsychologInnen können z. B. auch im Technischen Überwachungsverein (TÜV), in Schulpsychologischen Diensten, in einer Fülle von Beratungsstellen in ganz unterschiedlicher Trägerschaft etc. aufsteigen, und es ist schwer bestimmbar, was als Aufstieg in mittlere oder höhere Positionen gelten kann. In der Medizin können selbst die Ausnahmen von der Regel sofort an Titeln und Bezeichnungen anderer Institutionen (als dem Krankenhaus) abgelesen werden: hier finden sich in unserer Stichprobe bei den höchsten Positionen beispielsweise auch die in der medizinischen Forschung tätige Universitätsprofessorin oder die Leiterin einer großen medizinischen Abteilung in einem Pharma-Konzern. PsychologInnen in „Top“-Positionen unterscheiden sich dagegen oft nicht im Titel von denen in mittleren Positionen und müssen zusätzlich anhand ihrer Weisungsbefugnisse über viele (mehr als 10) Personen identifiziert werden. Auch kommen hier „Quer“-Einstiege von einer in eine anderen Institution sowie Wechsel aus der freien Praxis in leitende Positionen vor, so daß sich für die Psychologie die Etikettierung der Aufstiege als „kontinuierliche“ relativiert (wir haben sie deshalb in Übersicht 3 in Klammern gesetzt).

Beim **zweiten Muster der Kontinuität in Institutionen** gibt es wiederum den „Normalfall“ des immer weiter als Assistenzarzt im Krankenhaus beschäftigten Mediziners; und auch noch bei Abweichungen von diesem Normalfall, wenn also MedizinerInnen in eine andere Institution wechseln, bleibt neben dem Status meistens auch die (Facharzt-)Tätigkeit inhaltlich gleich oder ähnlich. In der Psychologie fällt dagegen wiederum die Vielfalt der Institutionen in den Blick; und wir können aus einem gleichbleibenden Beschäftigungsverhältnis in einer Institution noch nicht auf eine ähnliche Kontinuität des Inhalts der Berufstätigkeit wie in der Medizin schließen. Außerdem kommen hier lange Einstiegsphasen (zwischen 1 und 3 Jahren) ohne klare Beschäftigungsverhältnisse und/oder mit Erwerbslosigkeit und/oder mit Weiterqualifikationsbemühungen innerhalb oder außerhalb der Universität vor. Hinter den verschiedenen asynchronen Phasen des Einstiegs verbirgt sich meist noch eine synchrone Doppel- und Mehrgleisigkeit der inhaltlichen Ausrichtung, die sich bei einigen Personen noch einmal darin fortsetzt, daß parallel zur später kontinuierlich werdenden Haupttätigkeit über Jahre hinweg Nebentätigkeiten ausgeübt werden.

Zum **dritten Muster der Kontinuität Selbständiger in der Psychologie** gibt es kein Pendant in der Medizin. Während MedizinerInnen in der Regel noch Jahre nach ihrer Approbation im Krankenhaus verbringen, können sich PsychologInnen gleich nach dem Studium selbständig machen und kontinuierlich freiberuflich tätig bleiben. Allerdings finden sich auch hier einige Personen, die eine lange, diffuse Einstiegsphase angeben.

Das **dritte Muster in der Medizin** entspricht dem **vierten in der Psychologie**. Erstmals gibt es eine gravierende Diskontinuität, einen deutlichen Einschnitt zwischen der ersten Phase der abhängigen Beschäftigung in einer Institution und der zweiten Phase der freiberuflichen

Tätigkeit. Aber die **Kontinuität innerhalb zweier Phasen** überwiegt. Wieder kommt in der Medizin ein „normaler“ Typus vor, der eine größere Kontinuität auch **zwischen** den Phasen aufweist: Wenn sich MedizinerInnen (aus welchen Gründen auch immer) früher oder später niederlassen, so üben sie in der Regel auch in der freien Praxis inhaltlich ähnliche, durch ihre Facharztausbildung vorgezeichnete Tätigkeiten wie zuvor im Krankenhaus aus (auch wenn in der Praxis daneben komplexe andere Tätigkeiten hinzukommen). Allenfalls für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte ohne Facharztabschluß verändert oder erweitert sich u. U. das inhaltliche Spektrum ihrer Tätigkeiten noch einmal wesentlich mit dem Wechsel. Zu dieser Gruppe gehören die früheren „praktischen“ Ärzte, die sich dann später als Fachärzte für Allgemeinmedizin bezeichnen konnten. Bei PsychologInnen, die aus einer Institution in die freie Praxis wechseln (oder umgekehrt), können sich häufiger auch die inhaltlichen Schwerpunkte der Tätigkeiten verschieben. Da inhaltliche Doppel- und Mehrfachorientierungen mit entsprechenden Zusatzausbildungen üblich sind – und dadurch werden nicht nur die erwähnten langen, sondern auch die noch häufigeren kurzen Phasen des Einstiegs oder Übergangs in das Berufsleben bestimmt, sind die PsychologInnen oftmals für inhaltliche Verschiebungen ihrer Tätigkeitsschwerpunkte entsprechend qualifiziert und auf Wechsel vorbereitet.

Diese **Doppel- und Mehrgleisigkeit**, die in der Medizin so gut wie gar nicht vorkommt, kennzeichnet sogar ein eigenständiges **fünftes Berufsverlaufsmuster in der Psychologie**: PsychologInnen arbeiten etwa zur Hälfte ihrer Arbeitszeit in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen und zur anderen Hälfte freiberuflich, wobei es sich in der Regel auch um inhaltlich unterschiedlich akzentuierte Tätigkeiten handelt. Ein Beispiel: die in einer Strafanstalt (auf halber Stelle) tätige Psychologin arbeitet daneben freiberuflich gruppentherapeutisch. Die therapeutischen „Techniken“ wendet sie zwar auch zunehmend in der Anstaltsarbeit an, aber dort bleibt es außerdem auch bei anders akzentuierten Tätigkeiten. Umgekehrt behält die freiberufliche Tätigkeit Akzente, die gar nicht in der Anstalt vorkommen – z. B. durch die zunehmende Ausbildung und Supervision von KollegInnen. Diese Art der Diskontinuität bzw. besser: der inhaltlichen Inkonsistenz im Alltag kann langfristig eher kontinuierlich sein, wenn die Parallelität gleichgewichtiger Tätigkeiten anhält; oder es kommt eine langfristige Diskontinuität dadurch hinzu, daß (a) die inhaltlichen Schwerpunkte und ihre Kopplung an ein bestimmtes Beschäftigungsverhältnis wechseln oder daß (b) ein Wechsel von der zunächst einzigen Haupttätigkeit (Muster 2 oder 3) zu dieser Mehrgleisigkeit der Tätigkeitsinhalte und Beschäftigungsverhältnisse stattfindet oder umgekehrt.

Das **in der Medizin vierte** und **in der Psychologie sechste Muster** läßt sich durch **Diskontinuität** kennzeichnen. Werden die zuvor genannten Muster durch eine Unterbrechung gekennzeichnet, die länger als ein Jahr dauert, so gliedert sich der Berufsverlauf in drei Phasen mit zwei gravierenden Wechseln: dem Aus- und dem Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit. Würde man dies Muster enger fassen und dabei auch Unterbrechungen von kürzerer Dauer einschließen, so fänden sich hier sämtliche Frauen mit Kindern (wegen der üblichen Unterbrechungen durch Geburt bzw. kurzen Erziehungsurlaub) wieder. Die Wechsel aus der und in die Berufstätigkeit werden um so gravierender (und erst dann wirklich zum Kennzeichen von Diskontinuität), je länger der dazwischen liegende Zeitraum ist. Die Diskontinuität wird noch größer, wenn der Wiedereinstieg nicht in die gleiche, sondern in eine andere Tätigkeit, in ein anderes Beschäftigungsverhältnis, von früherer Vollzeit- in Teilzeitarbeit und/oder in einen anderen institutionellen Kontext führt. Wieder geht dies bei PsychologInnen häufiger als bei MedizinerInnen eher mit inhaltlicher Diskontinuität einher; außerdem finden sich auch hier wieder die langen, problematischen Einstiegsphasen.

Eine besonders **starke Diskontinuität** mit zwei und mehr Wechseln und/oder zwei und mehr Unterbrechungen und/oder Doppel- und Mehrgleisigkeit ist schließlich Hauptkennzeichen der **letzten Muster** in beiden Professionen.

Unter den ganz wenigen Professionsangehörigen, die keinem dieser Berufsverlaufsmuster zugeordnet werden konnten (vgl. die Kategorie „Sonstige“, Übersicht 4 und 5 im folgenden Abschnitt 4.2) befinden sich Personen, die in einen nichtmedizinischen oder nichtpsychologischen Beruf übergewechselt sind sowie Frauen, die für ihre Tätigkeit nach der früheren Berufsphase die Bezeichnung „Hausfrau“ angegeben haben. Diese dem sogenannten „2-Phasen-Modell“ folgenden Hausfrauen gibt es sicher häufig, und es wäre aufschlußreich, der Frage nachzugehen, warum sie nicht wieder berufstätig geworden sind. Sie sind in unserer Stichprobe nicht repräsentiert, weil sie in der Regel mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben auch die professionelle Organisation verlassen haben.

Zusammenfassend seien noch einmal die markantesten **Unterschiede zwischen Medizin und Psychologie** benannt: Für MedizinerInnen gibt es klar vorgezeichnete, „normale“ Berufsverlaufsmuster mit einer antizipierbaren, eingeschränkten Zahl von „Weichenstellungen“ des Aufstiegs oder des Übergangs vom Krankenhaus in die freiberufliche Tätigkeit. Kontinuität (vor allem die der inhaltlichen Tätigkeitsschwerpunkte) ist durch die fest institutionalisierte Facharztausbildung innerhalb aller Muster ausgeprägter als in der Psychologie. Dort gibt es kaum „Normalverläufe“, und während sich die Professionsangehörigen in der Medizin immer mehr im Sinne einer Vertiefung, Einengung und Festlegung spezialisieren, erweitern Psychologinnen und Psychologen zumeist ihr Wissen bereits in mehr oder minder langen Einstiegsphasen, in denen häufig zugleich Fortbildungen stattfinden. Damit halten sie sich zugleich Chancen für möglichst viele Tätigkeiten und Beschäftigungsverhältnisse auf einen schwer durchschaubaren Arbeitsmarkt offen. Spezialisierung kann hier auch Breite sowie Integration unterschiedlicher Wissensbestände und Fertigkeiten bedeuten. Die anfängliche Doppel- und Mehrgleisigkeit setzt sich für eine Gruppe sogar über den gesamten Berufsweg hinweg fort.

4.2 Berufsverlaufsmuster und Geschlechtsunterschiede

Im Gegensatz zu den medizinischen Spezial- bzw. Facharztgebieten waren die psychologischen Berufsfelder bei den sekundärstatistischen Analysen aufgrund der mangelhaften Datenlage weitgehend unklar geblieben. Nach der Durchsicht unserer Fragebögen konnten wir nun auch diese psychologischen Tätigkeitsbereiche genauer

inhaltlich sowie anhand der Häufigkeiten des Vorkommens in unserer Stichprobe beschreiben. Unsere Befunde dazu lassen wir hier beiseite und kommen gleich zu den Häufigkeiten, mit denen sich die fast 1.000 befragten Personen auf die eben beschriebenen Berufsverlaufsmuster insgesamt sowie differenziert nach ihrem Geschlecht verteilen. In Übersicht 4 wird dies für die Medizin und in Übersicht 5 für die Psychologie dargestellt.

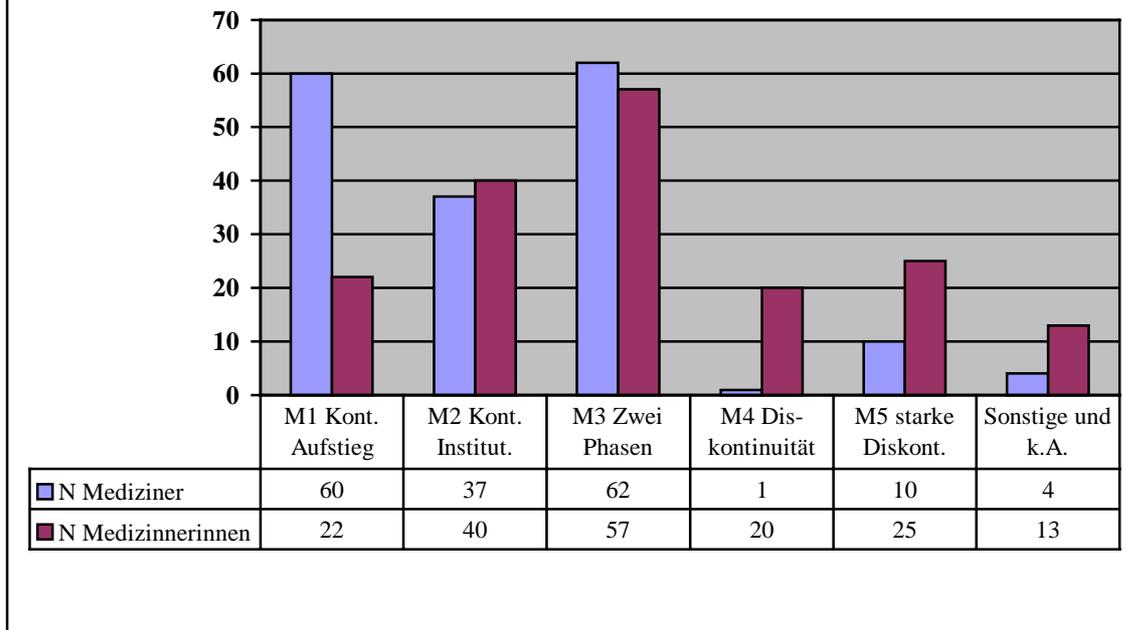
Zum ersten Muster des Aufstiegs in beiden Professionen: In der Medizin steigen immerhin 23,4 % aller Professionsangehörigen in mittlere (Oberarzt-) und in höchste (vor allem: Chefarzt-)Positionen auf. Wie vermutet, übersteigt hier der Männeranteil (mit 73,2 %) bei weitem den Frauenanteil (mit 26,8 %). Diese Disparität ist besonders deutlich bei den höchsten Positionen. In der Psychologie sind es dagegen nur 13,2 % der Befragten, bei denen man von Aufstieg sprechen kann. Das Geschlechterverhältnis ist hier viel ausgeglichener (54,5 % Männer und 45,5 % Frauen in höchsten Positionen, und in den mittleren Positionen beträgt die Relation 50 % zu 50 %). Das liegt allerdings auch daran, daß in der Psychologie die Frauen insgesamt überwiegen; von daher muß man sagen, daß Frauen gemessen an dieser Gesamtrelation in Leitungspositionen unterrepräsentiert sind.

Zum zweiten Muster der Kontinuität (in Institutionen), das ebenfalls **in beiden Professionen** anzutreffen ist: In der Medizin bleiben 21,9 % und in der Psychologie 17,3 % aller Berufstätigen kontinuierlich mit gleichem Status (Normalfall: Assistenzarzt) und gleichem Beschäftigungsverhältnis in einer Institution; dabei ist das Geschlechterverhältnis in der Medizin fast paritätisch, während in der Psychologie mehr Frauen (59,4 %) als Männer (40,6 %) kontinuierlich als Angestellte (oder Beamte) in einer Institution arbeiten.

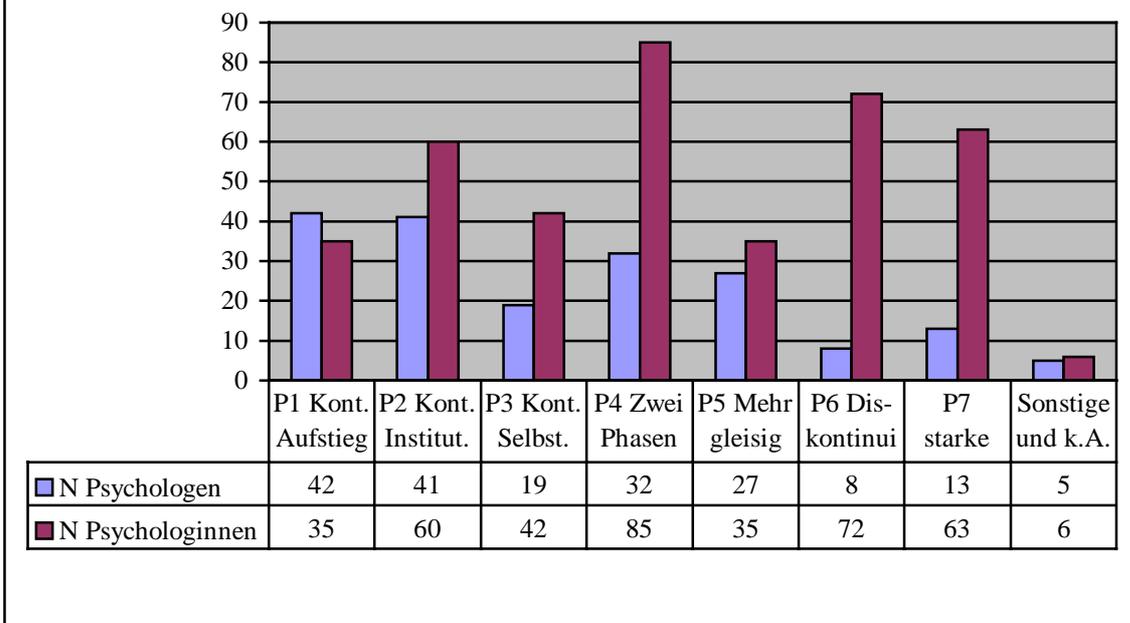
Das dritte Muster in der Psychologie, zu dem es keine Entsprechung in der Medizin gibt, betrifft die **Kontinuität der Selbständigen:** 10,4 % aller PsychologInnen und Psychologen sind kontinuierlich seit Studienbeginn als Selbständige tätig - und hier ist der Frauenanteil (mit 68,9 % gegenüber einem Männeranteil von 31,1 %) besonders hoch. Damit bestätigt sich das Bild, das wir aus den sekundärstatistischen Analysen kennen.

Zu Muster M3 in Medizin und Muster P4 in Psychologie, die sich auf zwei **kontinuierliche Phasen** beziehen: Die größte Gruppe der MedizinerInnen (mit 33,9 %) ist vom Krankenhaus in die freie Praxis übergewechselt, und hier unterscheiden sich Frauen und Männer längst nicht derart stark voneinander wie in der ebenfalls (mit 20 %) größten Gruppe der PsychologInnen. Dort sind es vor allem die Frauen (mit 72,6 % gegenüber 27,4 % Männern), die sich nach Tätigkeiten als abhängig Beschäftigte selbständig gemacht haben.

Übersicht 4: Berufsverlaufsmuster Medizin



Übersicht 5: Berufsverlaufsmuster Psychologie



Bei ihnen und bei den eben genannten, kontinuierlich freiberuflich tätigen PsychologInnen können wir nun sehr detailliert die These prüfen, daß Frauen mit selbständiger Tätigkeit Beruf und Familie leichter miteinander vereinbaren können.

Das nur für die **Psychologie** charakteristische **Muster P5** der **Doppel- und Mehrgleisigkeit** durchlaufen 10,6 % aller Personen, und auch hier überwiegen die Frauen (mit 56,5 %) gegenüber den Männern.

Diskontinuität oder sogar **starke Diskontinuität** der **letzten Muster in beiden Professionen** kommen in der Medizin mit 16,0 % deutlich seltener als in der Psychologie mit 26,7 % vor. Die Frauen geben derartige, durch Wechsel und Unterbrechungen gekennzeichnete Berufsbiographien weitaus häufiger an. Sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie kommt hier auf vier Frauen nur ein Mann.

Zusammenfassend läßt sich **erstens** zum **Vergleich der Professionen** folgendes feststellen: In der Medizin verteilen sich die Professionsangehörigen auf drei Formen von Normal-(Berufs-)biographien, die alle ein hohes Maß an Kontinuität aufweisen. Gegenüber diesen kontinuierlichen Verläufen (mit insgesamt 79 % aller Medizinerinnen und Mediziner) bilden die Personen mit diskontinuierlichen Biographien die Ausnahme (16 %). In der Psychologie gibt es im Vergleich dazu bereits eine größere Anzahl von vier Mustern, die zwar noch als überwiegend kontinuierlich bezeichnet werden können, die jedoch in sich längst nicht derart homogen sind wie in der Medizin; da hier ganz unterschiedliche Institutionen, eine Vielzahl von Beschäftigungsverhältnissen (vor allem: zwischen Voll- und Teilzeit) sowie nicht nur kurze, sondern z. T. auch lange Einstiegsphasen mit Doppel- und Mehrgleisigkeit vorkommen, kann kaum von derart „normalen“, d. h. vorgezeichneten und exakt antizipierbaren Berufsbiographien gesprochen werden wie in der Medizin. Neben diesen vergleichsweise stärker kontinuierlichen Biographien (mit insgesamt 61 % aller Psychologinnen und Psychologen) finden sich diskontinuierliche sowie doppel- und mehrgleisige Berufsverläufe (37 %) nicht nur als Ausnahmen, sondern jede dritte Person fällt in dieses Muster.

Vergleicht man **zweitens** die **Geschlechteranteile**, so wird sehr deutlich, daß Frauen viel seltener aufsteigen – vor allem, wenn man Spitzenpositionen betrachtet und wenn man (in der Psychologie) den zunehmend hohen Frauenanteil in der gesamten Profession in Rechnung stellt. Noch viel stärker, als wir erwartet hatten, sind es dann die Frauen, die diskontinuierliche Verläufe mit langen Unterbrechungen und gravierenden Wechseln aufweisen. In der Psychologie zeigt sich, daß Frauen besonders stark in der Gruppe der

Selbständigen vertreten sind. In Verbindung mit dem Ergebnis der sekundärstatistischen Analysen, daß in der Psychologie Frauen in Teilzeitarbeit fast ein Drittel aller Professionsangehörigen ausmachen, kann man diesen Befund zur Selbständigkeit im Sinne unserer wichtigsten These interpretieren: Frauen (mit Kindern) versuchen mit dieser Tätigkeitsform das für sie zentrale Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu bewältigen.

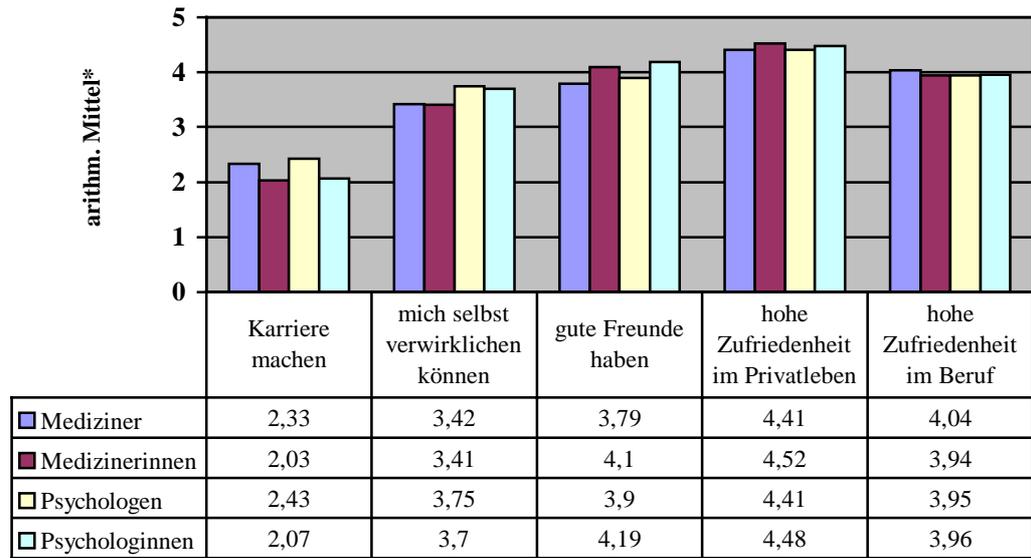
4.3 Erste Ergebnisse zu subjektiven Einschätzungen der Relationen zwischen Berufs- und Privatleben

Bislang haben wir für alle Items und Antwortalternativen im Fragebogen nur die Häufigkeiten pro Profession und Geschlecht ermittelt und sind jetzt dabei, die Fülle des Materials zu ordnen. Genauere Beschreibungen – differenziert vor allem nach den eben genannten Berufsmustern und dem Geschlecht, darauf basierende Gruppenvergleiche (besonders Mittelwertsvergleiche), Kreuztabellierungen, korrelationsstatistische Analysen etc. können erst im kommenden Jahr vorgenommen werden. Wegen der erweiterten Merkmalsstichprobe wird es auch möglich sein, Hypothesen, die sich u. U. erst noch anhand der qualitativen Analysen der Intensivinterviews ergeben werden, später mit Hilfe des vorliegenden (viel größeren als ursprünglich geplanten) Datensatzes durch quantitative Analysen zu prüfen. Diese Arbeiten werden sich noch bis in das Jahr 2001 hineinziehen. An dieser Stelle können aus der Vielzahl der ersten deskriptiven Befunde nur zwei herausgegriffen werden. Zuerst wollen wir auf subjektive Vorstellungen zu Erfolg im Zusammenhang mit dem Berufs- und mit dem Privatleben eingehen, um uns dann der Frage zuzuwenden, ob die von uns befragten Personen die Anforderungen im Berufs- und Privatleben als Doppelbelastung und/oder als Doppelerfolg begreifen.

Als **wichtigstes Kriterium für Erfolg im Leben** nennen 19,3% aller Personen eine „gute Gesundheit“, 19,1% eine „hohe Zufriedenheit im Privatleben“, 15,8% eine „glückliche Partnerschaft“ und weitere 12,3% ein „erfülltes Familienleben“. Erwartungsgemäß dominieren also klar Vorstellungen, die auf den privaten Bereich gerichtet sind. Erst danach folgen eine „hohe Zufriedenheit im Beruf“ und „mich selbst verwirklichen können“ (von

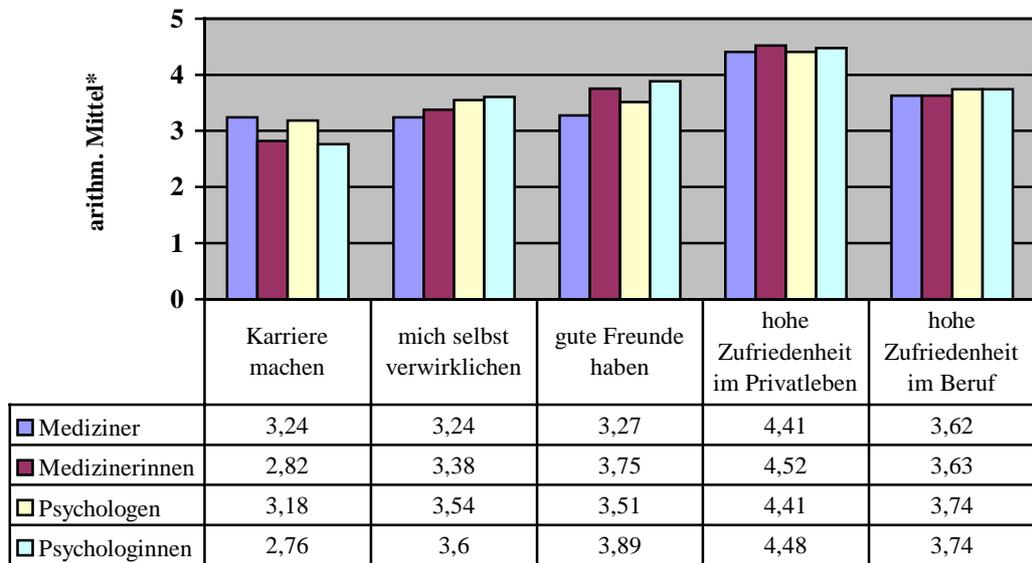
6,1,% bzw. 4,6% genannt; allerdings steht die berufliche Zufriedenheit bei der Frage nach dem zweitwichtigsten und drittwichtigsten Erfolgskriterium jeweils an erster Stelle).

Übersicht 6: Wichtigkeit von Kriterien für "Erfolg im Leben"



* 1=nicht so wichtig 2=etwas wichtig 3=wichtig 4=sehr wichtig 5=äußerst wichtig

Übersicht 7: Realisierung von Kriterien für "Erfolg im Leben"



* 1=gar nicht 2=kaum 3=teilweise 4=weitgehend 5= voll und ganz erreicht

Daß sich bei diesen zentralen Kriterien für Erfolg **keine bzw. nur minimale Akzentuierungen** hinsichtlich der Professions- bzw. Geschlechtszugehörigkeit finden, macht auch die differenzierte Einschätzung dieser und weiterer Kriterien auf einer fünfstufigen Skala (nach dem Grad ihrer Wichtigkeit) für die Befragten deutlich (vgl. Übersicht 6).

Mit einer quer über Geschlecht und Profession gehenden durchschnittlichen Beurteilung als sehr bis äußerst wichtig liegt auch hier eine hohe Zufriedenheit im Privatleben deutlich an der Spitze vor der als sehr wichtig eingeschätzten beruflichen Zufriedenheit. Allerdings findet sich eine bemerkenswerte Differenzierung, wenn es um die Frage geht, inwieweit diese Ziele bisher auch tatsächlich erreicht werden konnten (Übersicht7). Während die privaten Ziele weitgehend als erreicht gelten, zeigt sich in Bezug auf die berufliche Zufriedenheit eine geringere Realisierung. Hier wird in weiteren Detailanalysen vor allem zu klären sein, inwieweit sich Realisierungsschwierigkeiten an bestimmten Berufsverlaufsmustern festmachen lassen.

Eine **geschlechtsspezifische Akzentuierung**, die u. U. ebenfalls bei genauerer Betrachtung der Berufsverlaufsmuster viel klarer zutage tritt, zeigt sich für beide Professionen bei der Karriereorientierung. Das Ziel eines beruflichen Aufstiegs wird zwar vergleichsweise als weniger wichtig angegeben, und es gilt für die eigene Berufsbiographie im Durchschnitt auch nur teilweise als erreicht. Allerdings halten es die Männer in beiden Professionen nicht nur für wichtiger als die Frauen, sondern sie sehen es auch in höherem Ausmaß als bereits realisiert an.

Im Unterschied zu den bisher genannten Erfolgskriterien kann die Möglichkeit, sich selber verwirklichen zu können auf berufliche wie auf private Tätigkeiten bezogen werden. Dieser Aspekt wird durchschnittlich für wichtig bis sehr wichtig gehalten. Hier zeigen sich so gut wie **keine** Differenzen zwischen den Geschlechtern, sondern nur Unterschiede zwischen den Professionen: Die Psychologen und Psychologinnen weisen bei der Wichtigkeit und bei der Realisierung höhere Werte als die Medizinerinnen und Mediziner auf. Auch hier dürften die nach Berufsverlaufsmustern differenzierten Analysen erhellend sein.

Bei der Frage nach **Doppelbelastung bzw. Doppelgewinn durch Beruf und Familie** unterscheiden sich die Angehörigen beider Professionen beträchtlich voneinander (vgl.

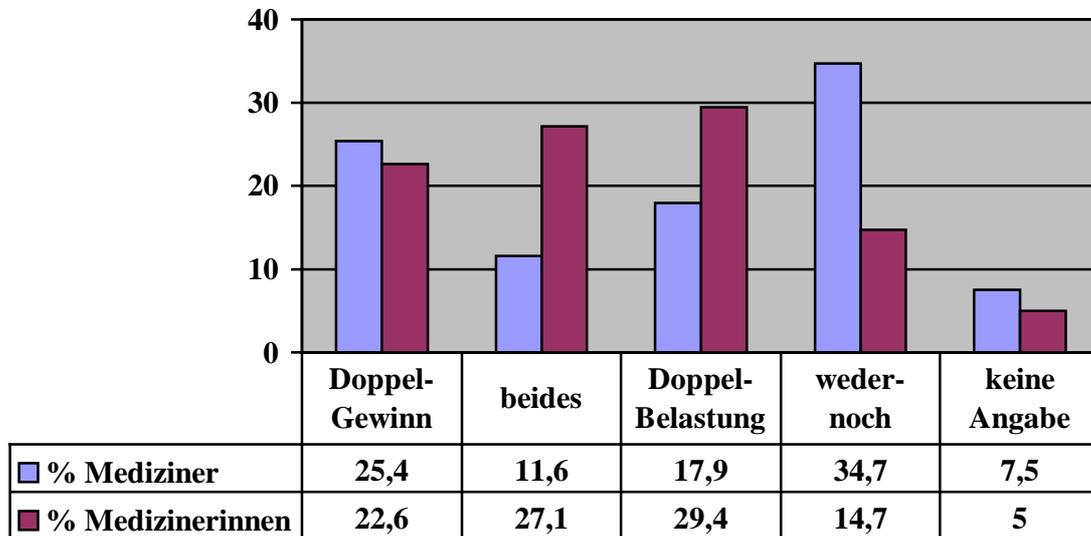
Übersicht 8 und 9): Während es in der Medizin auffallende Geschlechtsunterschiede gibt, gleichen sich die Urteile von Frauen und Männern in der Psychologie stärker.

Daß vor allem männliche Mediziner **weder** einen Doppeltgewinn **noch** eine Doppelbelastung angeben, wird einmal vor dem Hintergrund ihrer überdurchschnittlich hohen wöchentlichen Erwerbsarbeitszeit verständlich (unsere Befunde dazu: Ärzte arbeiten durchschnittlich 55 Std. pro Woche, Ärztinnen 40 Std., Psychologen 45 Std., Psychologinnen 32 Std.). Damit bleibt ihnen entsprechend weniger Zeit für Familie (und Haushalt). Wir interpretieren diesen Befund jedoch auch im Sinne einer subjektiv stärkeren Segmentation der Lebenssphären, bei der eine relationale oder additive Betrachtung (i. S. von „Doppel“-Gewinn bzw. –belastung) gar nicht in den Blick gerät.

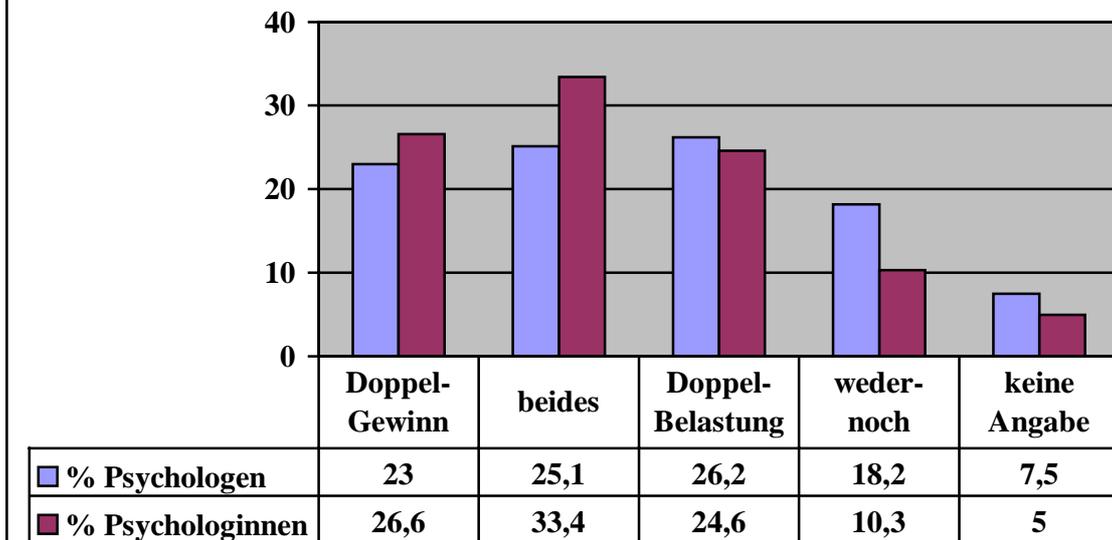
Eine **Doppelbelastung** geben vor allem Medizinerinnen an, was angesichts der für sie üblichen Zeitstruktur kaum verwunderlich erscheint. Bemerkenswert ist, daß es sogar etwas mehr männliche als weibliche Psychologen sind, die von Doppelbelastung sprechen. Vermutlich – und das können wir anhand der vielen anderen Angaben noch genauer prüfen, spielt für sie das Ideal einer Gleichverteilung der häuslichen „Pflichten“ eine viel gewichtigere Rolle (als für Mediziner), aber ihre im Vergleich zu den Psychologinnen höhere zeitliche Belastung hindert sie daran, diesem Ideal nachzukommen, so daß sie doppelte Belastungen um so stärker erfahren.

In beiden Professionen sprechen vor allem die Frauen von **beidem**: von Doppelbelastung und Doppeltgewinn zugleich. Beide Lebenssphären für sich sowie deren Verhältnis werden wohl stärker als bei Männern als ambivalent erlebt.

Übersicht 8: Zum Verhältnis von Beruf und Familie in der Profession Medizin



Übersicht 9: Zum Verhältnis von Beruf und Familie in der Profession Psychologie



5. Vorbereitung der Intensivinterviews

Hauptziel des nächsten (noch vor uns liegenden) Untersuchungsschrittes ist es, mit Hilfe halboffener Interviews in Erfahrung zu bringen, ob Personen (a) **Bezüge** zwischen einzelnen Stationen oder Phasen in ihrem Berufsleben und denen im Privatleben sehen und (wenn ja) welche Bedeutung solche Bezüge für sie haben; außerdem: (b) welche **relationalen Vorstellungen** sie haben, wenn sie beide Lebensstränge in ihrer Gesamtheit retrospektiv (bilanzierend) sowie prospektiv betrachten. Die für unsere Fragestellung erforderliche ökologische Validität soll dadurch gesichert werden, daß die subjektiv als wichtig bezeichneten Stationen genauer erläutert und hinsichtlich ihres individuell spezifischen relationalen Gefüges bewertet werden. Mit Hilfe der qualitativen Analysen können wir dann aus der wissenschaftlichen Außenperspektive rekonstruieren, welche subjektiven Vorstellungen und Handlungsstrategien sich in welchen Phasen als Folge aus spezifischen „objektiven“ Lebenskonstellationen ergeben haben und in welchen Phasen diese Vorstellungen und Strategien ihrerseits die Entwicklung der Biographie vorangetrieben und zu Änderungen der faktischen Lebenssituation geführt haben.

5.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Im Interviewleitfaden richten sich die offenen Fragen dementsprechend immer wieder auf die Relationen der Lebenssphären und deren subjektive Bedeutung. Bei der Abfolge sind wir wieder vor allem der Chronologie des Lebenslaufes gefolgt. Der Leitfaden enthält folgende Bereiche (zur genaueren Darstellung vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999):

- I. Berufsfindung und frühere Lebensplanung
- II. Wichtigste Berufsstationen und Bezüge zum privaten Lebensbereich
- III. Privater Lebensbereich und Bezüge zum beruflichen Bereich
- IV. Relation zwischen eigenem Berufsverlauf und dem des Partners
- V. Vorstellungen von Erfolg, Glück, Zufriedenheit und Bilanzierung des bisherigen Lebensverlaufs
- VI. Vorstellungen über die zukünftige Relation der Lebensbereiche und zukünftige Lebensplanung

- Zu I. Ähnlich wie in Studien zu **Lebensentwürfen** oder zur Gewichtung von Beruf, Familie und Freizeit bei jungen Erwachsenen in ganz unterschiedlichen Berufsgruppen (vgl. z. B. Baethge et al., 1988; v. Rosenstiel, Nerdinger & Spieß, 1991; Geissler & Oechsle, 1996) soll die subjektive Gewichtung der Lebenssphären noch vor dem Eintritt in Studium und Beruf und während der **Berufsfindung** erfragt werden. Im Anschluß daran kann geprüft werden, ob sich die vermuteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in entsprechend unterschiedlichen Einschätzungen zum späteren Lebenslauf fortsetzen.
- Zu II. Im Interview legen wir Kopien der Seiten aus dem Fragebogen mit der Abfolge der früher fixierten Stationen im Berufs- und Privatleben noch einmal vor. Bei den **wichtigsten Berufsstationen**, die wir uns erläutern lassen, wird um Beschreibung und Bewertung der **Bezüge zum privaten Lebensbereich** gebeten. Im Anschluß an das Vorgehen in eigenen früheren Studien (vgl. Hoff & Hörrmann-Lecher, 1992) und bei anderen Autoren (Büssing, 1992) werden Kärtchen zu verschiedenen Relationen (Neutralität, bewußte Segmentation, Kompensation, Generalisation, Interaktion) vorgelegt, die hinsichtlich der persönlichen Wichtigkeit in eine Rangreihe gebracht und erläutert werden können. Weiter werden die Untersuchungspartner um Einschätzungen ihres gesamten Berufsverlaufs gebeten, anhand derer wir unsere Zuordnungen zu den Verlaufsmustern validieren können. Und schließlich fragen wir nach den generalisierten, auf die gesamte berufliche Vergangenheit bezogenen Kontrollüberzeugungen (internaler, externaler, additiver, fatalistischer und interaktionistischer Art in Anlehnung an unser früheres Vorgehen, vgl. Hoff & Hohner, 1992).
- Zu III. In analoger Weise wird umgekehrt nach **privaten Lebensstationen** und deren **Bezügen zum beruflichen Bereich** gefragt – dies aber nur dann, wenn diese Bezüge nicht schon im vorangegangenen Teil thematisiert worden sind.
- Zu IV. Ganz neu ist der Teil zur **Relation zwischen eigenem Berufsverlauf und dem des Partners** konzipiert worden, in dem es um Fragen zu gegenseitiger oder einseitiger Unterstützung, zu Konkurrenz, zur komparativen Einschätzung des Stellenwertes

beider Tätigkeiten sowie zur realen Arbeitsteilung angesichts beider Berufstätigkeiten auf der Handlungsebene geht. Dabei haben wir uns v.a. auf Born (1993) bezogen.

Zu V. In Ergänzung zu den Fragen nach Erfolg im Fragebogen (mit fest vorgegebenen Antwortalternativen) können wir uns nun mündlich die **subjektiven Konzepte von Erfolg, Glück und Zufriedenheit** mit Blick auf das Berufs- sowie Privatleben erläutern lassen. Damit werden zugleich die Maßstäbe deutlich, die jenen **Bilanzierungen für beide Lebensstränge** (getrennt sowie zusammen) zugrunde gelegt werden, um die wir anschließend bitten.

Zu VI. Antworten auf offene Fragen nach **Vorstellungen über die zukünftige Relation der Lebensbereiche** sind vermutlich mit Blick auf Geschlechtsvergleiche aufschlußreich. Besonders bei den Müttern von schon älteren Kindern rechnen wir mit einer Neugewichtung der Bereiche.

5.2 Auswahl der Interviewpartner und Probeinterviews

Für die Interviews sollten circa 100 Personen als prototypische Vertreter der Berufsverlaufsmuster ausgewählt werden. Zwar hatten unerwarteterweise fast 40 % der Untersuchungspartner in der postalischen Erhebung ihre Bereitschaft bekundet, zusätzlich am Interview teilzunehmen. Gleichwohl war die **Auswahl** aus diesen 381 Personen schwer und zeitaufwendig. Denn eigentlich hatten wir vorgesehen, für jedes Muster eine kleine Gruppe mit Frauen und eine mit gleich vielen Männern zu bilden; Frauen wie Männer sollten möglichst das gleiche oder ein ähnliches Spektrum an Berufsfeldern bzw. Spezialgebieten sowie an Beschäftigungsverhältnissen abdecken. Außerdem sollten sie Familie, d. h. zumindest Kinder haben (wobei noch in jeder Gruppe Eltern mit ein, mit zwei und mit drei oder mehr Kindern vertreten sein sollten). Dies war jedoch in mehreren Fällen – z. B. bei den Mustern des Aufstiegs oder der Diskontinuität – wegen der Disparitäten im Geschlechterverhältnis nicht realisierbar.

In den Diskussionen über einzelne Personen und deren Auswahl sind wir dann allerdings zu der Einsicht gelangt, daß wir auch und gerade durch solche Untersuchungspartner Aufschlüsse zu manchen Berufsverlaufsmustern erhalten können, die keineswegs prototypische Vertreter sind oder gar einem anderen Muster zugeordnet werden müssen. Dazu ein Beispiel: Über die Problemlagen von Frauen, die in höchste Positionen aufsteigen, erfährt man u. U. gerade

etwas durch Frauen, die **nicht** aufgestiegen sind. So können uns etwa Oberärztinnen Auskunft darüber geben, warum sie **nicht** Chefärztin werden konnten oder wollten. In diesem Zusammenhang sind wir vor allem auf **Frauen ohne Kinder** aufmerksam geworden, von denen wir bereits jetzt einige befragen wollen und die wir später gern alle (innerhalb unserer Stichprobe der 381 gesprächsbereiten Personen) befragen würden, falls das Projekt verlängert wird. Denn von diesen Frauen erfährt man nicht nur etwas über ihre spezifische Situation des privaten Lebens ohne Kinder, sondern auch über jene besonders gravierenden Konflikte der Vereinbarkeit von Berufsweg und Familie, deren Antizipation zum Verzicht auf Kinder führen kann.

In den 10 **Probeinterviews**, die bereits geführt worden sind, hat sich der Leitfaden bewährt. Kein Untersuchungspartner sah ein Problem in der sehr langen Interviewzeit von annähernd 2 Stunden - im Gegenteil: Alle erschienen überaus interessiert, und die Motivation wuchs noch während des Gesprächsverlaufes; denn sämtliche Themenbereiche wurden im persönlichen Leben als zentral empfunden.

Bereits ein einziger Fall bei einer Erhebung mit Hilfe von Intensivinterviews kann Befunde einer großangelegten Fragebogenerhebung in Frage stellen bzw. sehr relativieren. Dazu sei ein Beispiel aus unseren Probeinterviews genannt: Bei einem Psychologen, den wir aufgrund seiner Angaben in der schriftlichen Befragung als prototypischen Vertreter des Musters mit zwei in sich kontinuierlichen Phasen (einer langjährigen freiberuflichen Tätigkeit als Therapeut in eigener Praxis und kürzlichem Wechsel in eine Reha-Klinik) ausgewählt hatten, stellte sich folgendes heraus: Er hatte neben seiner therapeutischen Tätigkeit ununterbrochen erst als Taxifahrer und dann als Kleinstunternehmer bzw. Inhaber eines Taxi-Betriebes gearbeitet, um für seine große Familie sorgen zu können. Es handelt sich also eigentlich um das Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit (zumal er sich daneben noch therapeutisch weiterqualifiziert hat).

Wir können vermuten, daß dieses Muster viel häufiger als lediglich bei den von uns festgestellten 10 % der Psychologen vorkommt. Denn es liegt nahe, daß Personen jene Nebentätigkeiten oder parallelen Tätigkeiten, die sie für sich selbst nicht als „Beruf“ begreifen – und eben dies war beim genannten Psychologen der Fall – gar nicht im Fragebogen angeben. Wir werden daher in den Interviews noch systematisch nach weiteren Tätigkeiten, nach Nebentätigkeiten sowie nach Weiterbildungsaktivitäten parallel zu der als Haupttätigkeit angegebenen Berufsarbeit fragen. Auf diese Weise können wir prüfen, in welchem Maße **Doppel- und Mehrgleisigkeit** nicht nur ein Muster kennzeichnet, sondern auch sporadisch in anderen Mustern vorkommt, so daß man von einem Hauptcharakteristikum psychologischer im Vergleich zu medizinischen Berufstätigkeiten sprechen kann.

In den Probeinterviews haben weiter die psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen mit Nachdruck auf den Einfluß hingewiesen, den das lange diskutierte und

nunmehr (1999) in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz auf ihre berufliche Existenz hat. Sie müssen sich zur Zeit einem Verfahren auf Kassenzulassung unterziehen, in dem ihnen Nachweise über bisherige Tätigkeiten und Ausbildungen abverlangt werden, die nicht leicht zu erbringen sind. Ein negativer Ausgang, der entweder von vornherein feststeht (so daß das Verfahren gar nicht durchlaufen wird) oder der zur Zeit befürchtet wird, bedeutet eine Zäsur im Berufsverlauf und wird unter Umständen als tiefgreifende Erschütterung des beruflichen Selbstverständnisses erlebt – so sprach z.B. eine von uns befragte Psychologin von der größten „Kränkung“ in ihrem Berufsleben.

Damit wird die Annahme widerlegt, die bei der Auswahl unserer Kohorte (Diplom 1983/84/85) leitend war: daß nämlich in der Regel nach circa 15jähriger Berufstätigkeit keine gravierenden beruflichen Änderungen mehr bevorstehen. Teilweise finden also sehr wohl noch wichtige Änderungen des Berufsverlaufs zu einem späteren Zeitpunkt statt. Die damit verbundene existentielle berufliche Unsicherheit läßt auch jene Berufsverlaufsmuster (im Vergleich zur Medizin) als diskontinuierlich erscheinen, die über lange Zeit hinweg durchaus Kontinuität aufweisen. Das gilt etwa für die bislang kontinuierliche Tätigkeit in der freien Praxis bzw. für das Muster der Zweiphasigkeit. Hier finden sich besonders viele Frauen. Das Therapeutengesetz und die Zulassungsmodalitäten für Kassen scheinen also gerade den Frauen den Zugang zur (weiterhin) freiberuflichen Tätigkeit zu erschweren. Was die künftige Professionsentwicklung angeht, so wird es wichtig sein, auch für spätere Kohorten abschätzen zu können, ob sich damit in den Tätigkeitsbereichen für Selbständige dauerhafte Verschiebungen im Geschlechterverhältnis zum Nachteil der Frauen abzeichnen.

Auf weitere Erfahrungen in den Probeinterviews kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Erwähnt sei aber noch, daß nicht nur Fragen nach Nebentätigkeiten (bzw. „Doppel- und Mehrgleisigkeit“) sowie nach den Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes neu formuliert worden sind. Außerdem sind noch Fragen nach den Berufsverlaufsmustern und Zusammenhängen mit dem Selbstverständnis bzw. mit der beruflichen Identität dazugekommen. Schließlich wurde zusätzlich nach dem Gewinn von Kompetenzen aus den Anforderungen durch die Vereinbarung von Beruf und Familie gefragt. Diese zusätzlichen Fragen haben aber nichts an der Gesamtfolge der zuvor beschriebenen Themenkomplexe verändert (wie sie auch im Bericht von Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999, vorgestellt worden sind).

6. Perspektiven für die weitere Arbeit

Zum Schluß sollen noch einmal jene Erweiterungen der Projektarbeit sowie jene neuen Fragestellungen aufgelistet werden, die sich im Verlauf der bisherigen Arbeiten ergeben haben und die bereits erwähnt worden sind. Dann soll gesondert auf ein davon unabhängiges Vorhaben (eines Ländervergleichs Deutschland-Schweden) eingegangen werden, das in unmittelbarem Zusammenhang mit unserem Projekt steht.

Vor allem die **Merkmalsstichprobe** ist im Zuge der bisherigen Projektarbeiten viel stärker erweitert und ausdifferenziert worden, als wir dies zum Zeitpunkt der Antragstellung voraussetzen konnten:

- Das gilt **erstens** für die **Kontrollvorstellungen**. Hier hielten wir es für notwendig, die exakt an einzelne, individuell zentrale Stationen im Berufs- und Privatleben gebundenen Attributionen zu erfassen. Nach solchen **spezifischen** Kontrollattributionen haben wir im Fragebogen gefragt (vgl. Teil II und Teil IV). In Ergänzung dazu erschien es aber auch sinnvoll, **generalisierte** Vorstellungen (im Sinne von Kontroll-, „Überzeugungen“ zu ermitteln, die sich retrospektiv auf den Berufsverlauf in seiner Gesamtheit beziehen. Dies geschieht im Intensivinterview (Teil II). Unsere Hypothesen richten sich besonders auf Zusammenhänge zwischen Veränderungen in den beruflichen sowie außerberuflichen Handlungsspielräumen und Restriktionen einerseits und Ausprägungen von internalen, externalen, additiven, fatalistischen sowie interaktionistischen Kontrollvorstellungen andererseits.
- Das gilt **zweitens** für die subjektiven Vorstellungsmuster zu den Relationen der Lebenssphären, wie sie im Fragebogen (Teil V) erfaßt werden. Der Gedanke, daß diese Vorstellungen ebenfalls sehr **spezifisch** an individuell zentrale Stationen und Phasen im Lebenslauf gebunden sind, war vor allem für die entsprechenden Operationalisierungen im Interviewleitfaden ausschlaggebend (vgl. dort Teil II und III).

Neu hinzugekommen ist ein ganzer Merkmalsbereich:

- Die **Berufstätigkeit von Partnern und deren Relation zur eigenen Berufstätigkeit**, subjektive Sichtweisen dieses Verhältnisses (von Konkurrenz, Unterstützung etc.) sowie diesbezügliche Abstimmungs- und Bargaining-Prozesse zwischen Partnern (auf der Handlungsebene) sind unseres Wissens nach in der Forschung bislang nicht genügend berücksichtigt worden (vgl. hierzu die Arbeiten von Born & Krüger, 1993). Die Relevanz der Verschränktheit der Berufsverläufe der Partner liegt für die Hauptfragestellungen unseres Projektes auf der Hand – dies gilt insbesondere auch für „Dual Career Couples“ (vgl. Domsch & Ladwig, 1998) – und dazu haben wir im Interviewleitfaden eine Reihe von Fragen formuliert (Teil IV).

Hinsichtlich der **Personenstichprobe** erscheinen uns folgende Ausweitungen (im Vergleich zum ursprünglichen Projektplan) erforderlich:

- **Berufstätige Medizinerinnen und Psychologinnen ohne Kinder** sollten in die Untersuchung einbezogen werden. Denn ihre Berufswege und subjektiven Bewertungen von „Weichenstellungen“ (aus denen sich u. U. ihr Verzicht auf Kinder ergeben hat) geben uns zugleich Auskunft über Barrieren im Berufsweg von Frauen, die Berufstätigkeit und Kinder miteinander vereinbaren müssen.
- Es sollten mehr Psychologinnen und Psychologen (als zunächst beabsichtigt) mit scheinbar kontinuierlichen Berufsverlaufsmustern (1-4) intensiv befragt werden, um zu klären, ob sich dort nicht neben einer beruflichen Haupttätigkeit noch weitere (psychologische oder nichtpsychologische) Tätigkeiten vorkommen, deren Angabe in der schriftlichen Befragung für nebensächlich gehalten und deshalb unterlassen wurde. Möglicherweise stellt sich heraus, daß **Doppel- und Mehrgleisigkeit** als Charakteristikum im Arbeitsleben von Psychologen noch zentraler ist, als es uns bislang erscheint.

Eine neue Perspektive für unsere Projektarbeit hat sich schließlich in der Kooperation mit KollegInnen, besonders mit Prof. Claes Edlund (Lund University) ergeben. Diese KollegInnen haben sich – bezogen auf die nationale Entwicklung in ihren Ländern – mit der Professionalisierung in der Psychologie beschäftigt, sie sind sehr am Thema unseres Projektes

interessiert, und Claes Edlund hat darüber hinaus bei schwedischen Führungskräften früher in ähnlicher Weise wie wir selbst das Verhältnis von Arbeit und Freizeit (bzw. Privatleben) untersucht. Zur Zeit führen sie **sekundärstatistische Analysen zur Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Großbritannien und Schweden** durch, wie wir sie für Deutschland vorgelegt haben. Die Ergebnisse für die drei Länder sollen im Sommer 2000 im Rahmen eines von uns angemeldeten Symposiums auf dem 27. Internationalen Kongreß für Psychologie in Stockholm diskutiert werden.

Claes Edlund hat mit der Übertragung unseres Fragebogens ins Schwedische begonnen und beabsichtigt eine Replikation unserer Studie zu **beiden** Professionen in Schweden. Für den regelmäßigen Austausch im Jahr 2000 ist eine Finanzierung beim DAAD (sowie bei der Partner-Organisation in Schweden) beantragt. Wenn diese Kooperation erfolgreich weitergeführt wird, können die Datensätze der Studien in Deutschland und Schweden zusammengeführt und komparativ analysiert werden. Ein **Ländervergleich Deutschland-Schweden** erscheint für unsere Interpretation der deutschen Befunde höchst erhellend. Denn in Schweden war die Psychologie vom Anfang ihrer Professionsentwicklung bis jetzt immer schon ein „Frauen“-Beruf. Weiter gibt es besser ausgebaute soziale Stützsysteme und Regelungen in Schweden, die eine Integration der Lebenssphären für MedizinerInnen und PsychologInnen leichter als in Deutschland erscheinen lassen.

7. Literatur

- Baethge, M., Hantsche, B., Pelull, W. & Voskamp, U. (1988). *Jugend: Arbeit und Identität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Born, C. (1993). Abhängigkeiten zwischen ehepartnerlichen Erwerbsverläufen in der BRD – Dilemmata und Dissonanzen zwischen Struktur und Norm. In Born, C. & Krüger, H. (1993) (Hg.). *Erwerbsverläufe von Ehepartnern und die Modernisierung weiblicher Lebensläufe*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Born, C.; Krüger, H.; Lorenz-Meyer, D. (1996). *Der unentdeckte Wandel: Annäherung von Struktur und Norm in weiblichen Lebenslauf*. Berlin: Ed. Sigma.
- Born, C. & Krüger, H. (1993.). *Erwerbsverläufe von Ehepartnern und die Modernisierung weiblicher Lebensläufe*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Büssing, A. (1992). Subjektive Vorstellungen und Vorstellungsmuster zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit: Konzept und Methoden. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36 (2), 63-76.
- Dettmer, S., Grote, S., Hoff, E.-H. & Hohner, H.-U. (1999). Zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie. *Bericht aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 13*.
- Domsch, M. E. & Ladwig, A. (1998). Dual Career Couples: Die unerkannte Zielgruppe. In W. Gross (Hg.), *Karriere 2000. Hoffnungen – Chancen – Perspektiven – Probleme – Risiken* (S. 126-143). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Geissler, B. & Oechsle, M. (1996). *Lebensplanung junger Frauen. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensläufe*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Grote, S., Dettmer, S., Hoff, E.-H. & Hohner, H.-U. (1999). Fragebogen und Interviewleitfaden im Projekt PROFIL. *Bericht aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 14*.
- Hoff, E.-H. & Hörrmann-Lecher, U. (1992). Vorstellungsmuster zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit in unterschiedlichen Berufsbiographien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36 (2), 55-62.
- Hoff, E.-H., Lempert, W. & Lappe, L. (1991). *Persönlichkeitsentwicklung in Facharbeiterbiographien*. Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 50. Bern, Stuttgart und Toronto: Huber.
- Hoff, E.-H. & Hohner, H.-U. (1992). Methoden zur Erfassung von Kontrollbewußtsein. *Materialien aus der Bildungsforschung Nr. 43. (2 Bde)* Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.

- Hoff, E.-H., Hohner, H.-U. & Dettmer, S. (1998). Projektskizze „PROFIL“:
Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische
Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. *Bericht aus dem Bereich „Arbeit und
Entwicklung“ am Institut für Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie an
der FU Berlin, Nr. 12.*
- Hohner, H.-U. (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischen
Perspektiven - Das Beispiel Arztpraxis. *Berichte aus dem Bereich "Arbeit und
Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie der
FU Berlin, Nr. 5.*
- Lewis, S. & Cooper, C. L. (1991). *Karriere-Paare. Mehr Zeit für uns.* Reinbek: Rowohlt.
- Rosenstiel, L. von, Nerdinger, F.W. & Spieß, E. (1991). *Was morgen alles anders läuft.*
Düsseldorf: Econ Verlag.