

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. 16**

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

**Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und  
Lebensbedingungen von Frauen und Männern  
in zwei hochqualifizierten Berufen**

**2001**

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](http://www.fu-berlin.de/arbpsych)

Prof. Dr. Ernst-H. Hoff, [ehoff@zedat.fu-berlin.de](mailto:ehoff@zedat.fu-berlin.de)  
Dr. Stefanie Grote, [Ish.grote@t-online.de](mailto:Ish.grote@t-online.de)  
PD Dr. Hans-Uwe Hohner, [hohner@zedat.fu-berlin.de](mailto:hohner@zedat.fu-berlin.de)

# Inhalt

	<i>Seite</i>
<i>Abstract</i> .....	4
<b>1. Einleitung: Zum Projektkontext, zur Thematik und zur Gliederung dieses Berichtes</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Berufsverlauf und Geschlecht</b> .....	<b>9</b>
2.1 Zur empirischen Ermittlung von Berufsverlaufsmuster.....	9
2.2 Beschreibung der Berufsverlaufsmuster.....	13
2.3 Berufsverlaufsmuster und Geschlecht .....	18
<b>3. Berufsverlauf, Arbeitsinhalte und Arbeitsformen</b> .....	<b>25</b>
3.1 Berufsverlaufsmuster und Arbeitsinhalte bzw. Tätigkeitsfelder .....	25
3.2 Berufsverlaufsmuster und Arbeitsformen.....	33
3.2.1 Berufsverlaufsmuster, Beschäftigungsform und Teilzeiterwerbstätigkeit .....	33
3.2.2 Berufsverlaufsmuster und Arbeitszeit .....	36
<b>4. Berufsverlauf, Einkommen und Prestige</b> .....	<b>43</b>
4.1 Zur empirischen Ermittlung von Einkommen .....	43
4.2 Beschreibung der Einkommensverteilungen .....	46
4.3 Berufsverlaufsmuster und Einkommen .....	50
4.4 Zur empirischen Ermittlung von Prestige .....	57
4.5 Beschreibung der Verteilungen von Prestige .....	58
<b>5. Berufsverlauf und außerberufliche Lebensbedingungen</b> .....	<b>63</b>
5.1 Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft.....	63
5.2 Berufsverlaufsmuster und Kinderzahl .....	68
5.3 Berufsverlaufsmuster und Erwerbstätigkeit der PartnerInnen.....	77

<b>6. Bezüge zwischen dem beruflichen und dem privaten Lebenslauf .....</b>	<b>81</b>
6.1 Zur empirischen Ermittlung von Bezügen zwischen den Lebenssträngen .....	81
6.2 Anzahl der wichtigsten Lebensereignisse und der Bezüge zwischen den Lebenssträngen .....	84
6.3 Beschreibung der Bezüge zwischen den Ereignissen in beiden Lebens- strängen .....	87
<b>7. Zusammenfassung .....</b>	<b>94</b>
<b>8. Literatur.....</b>	<b>102</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>105</b>
<i>Abbildungsverzeichnis.....</i>	<i>108</i>

## Abstract

In diesem Forschungsbericht werden Befunde aus einer schriftlichen Befragung von 936 Angehörigen der beiden hochqualifizierten Professionen Medizin und Psychologie mitgeteilt. Diese Befragung fand im Rahmen des DFG- Projektes „Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie (PROFIL)“ statt. Im Vordergrund stehen hier die Fragen, welche Berufswege Frauen und Männer in beiden Professionen durchlaufen, mit welchen beruflichen und außerberuflichen Lebensbedingungen diese Verläufe einhergehen, welche Berufswege als mehr oder minder erfolgreich gelten können und welche Bezüge es zwischen dem beruflichen und dem privaten Lebensstrang gibt.

In der Medizin sind fünf relativ einfach strukturierte und in der Psychologie acht komplexere Berufsverlaufsmuster ermittelt worden. Frauen haben generell (aber besonders in der Psychologie) häufiger diskontinuierliche, Männer dagegen kontinuierliche Berufswege. Frauen steigen weiter seltener in höhere Positionen auf als Männer.

Diese Berufswege finden in Tätigkeitsfeldern statt, deren Spektrum in der Medizin viel differenzierter als in der Psychologie ist und bei Frauen z.T. anders als bei Männern aussieht. Unterschiede zeigen sich ebenfalls bei den Arbeitsformen. So führen die Berufswege der Frauen häufiger als die der Männer zu freiberuflicher Tätigkeit und zu Teilzeitarbeit. Das gilt vor allem für Frauen mit Kindern, während die Arbeitszeit bei Männern mit Kindern besonders hoch ist. Betrachtet man außer dem Aufstieg in höhere Positionen auch das Einkommen und das Prestige der Tätigkeiten innerhalb der Professionen als Indikatoren für Berufserfolg, so führen die Berufsverläufe der Männer häufiger als die der Frauen zu Erfolg – vor allem in der Medizin.

Verschiedenartige Berufswege gehen weiter mit unterschiedlichen außerberuflichen Lebensbedingungen einher: so haben z.B. Frauen, die beruflich aufsteigen, durchschnittlich besonders wenig, Männer dagegen besonders viele Kinder. Die Männer werden in ihren kontinuierlicheren und erfolgreichereren Berufswegen von Partnerinnen unterstützt und in der Familie entlastet, während die Frauen meistens für beide Lebensbereiche zuständig sind.

Betrachtet man schließlich Bezüge zwischen privaten und beruflichen Lebensereignissen, so zeigt sich eine zeitlich stärkere Verzahnung der Lebensstränge bei den Frauen. In ihren Berufsverläufen fallen die Ereignisse wie z.B. die Geburt von Kindern zeitlich mit Unterbrechungen und beruflich eher ungünstigen Veränderungen zusammen, die jedoch eine Integration der Lebenssphären erleichtern. Bei den Männern fallen dagegen private Lebensereignisse häufiger mit Weichenstellungen für beruflichen Erfolg zusammen.

## **1. Einleitung: Vorbemerkungen zum Projektkontext, zur Thematik und zur Gliederung dieses Berichtes**

Der vorliegende Forschungsbericht ist im Rahmen des Projektes „Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie“ (PROFIL) entstanden. Das Projekt wird im Rahmen des DFG-Schwerpunktprogramms „Professionalisierung, Organisation und Geschlecht“ durchgeführt; es hat am 1.10.1998 begonnen und wird bis zum 31.9.2002 weiterlaufen. Daß dieser Bericht erst ein Jahr nach dem vorangegangenen Zwischenbericht erscheint, liegt an unseren Projektzielen (vgl. Hoff, Hohner & Dettmer, 1998) und der sich daraus ergebenden Abfolge von Untersuchungsschritten. In einem ersten Schritt haben wir Analysen sekundärstatistischer Daten zur Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie durchgeführt (vgl. Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999). Dann haben wir einen Leitfaden für den zweiten Untersuchungsschritt einer schriftlichen Befragung bei fast 1.000 MedizinerInnen und PsychologInnen entwickelt (vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999). Ziele dieser schriftlichen Befragung waren vor allem (1.) die Beschreibung des Spektrums von Berufsverlaufsmustern sowie Tätigkeitsfeldern in Medizin und Psychologie und (2.) die Ermittlung der Geschlechterverhältnisse innerhalb dieser Verlaufsmuster sowie Tätigkeitsfelder. Auf Ergebnisse zu den Berufsverlaufsmustern (aber noch nicht zu den Tätigkeitsfeldern) sind wir im letzten Bericht (Hoff, Hohner, Dettmer & Grote, 1999) eingegangen, und mit der Beschreibung dieser Muster sowie der Geschlechterverhältnisse beginnen wir auch noch einmal im hier vorliegenden Bericht. Neben Unterschieden zwischen den Berufsverläufen in der alten Profession Medizin und in der vergleichsweise jungen Profession Psychologie sind vor allem die Disparitäten in den Geschlechterverhältnissen bemerkenswert. Viel häufiger, als wir erwartet hatten, durchlaufen Frauen diskontinuierliche Berufswege, und die Männer gelangen im Verlauf ihrer zumeist kontinuierlichen Karrieren in höhere Positionen als die Frauen.

Nach der Deskription dieser Disparitäten zielt unser dritter Untersuchungsschritt vor allem (3.) auf die Erklärung der unterschiedlichen Berufsverläufe von Frauen und Männern: Frauen – so unsere zentrale These – spezialisieren sich beruflich oft deswegen in anderer Weise als Männer und durchlaufen häufiger diskontinuierliche Berufswege, weil sie stärker als die Männer wechselseitige Einflüsse des Berufs- und des Privatlebens bedenken, Aufgaben in Beruf und Familie koordinieren und Handlungsanforderungen in beiden Lebenssphären integrieren müssen. Das gilt erstens für die Perzeption, die emotionale und kognitive Verarbeitung von Bezügen zwischen den Lebensbereichen im Alltag sowie für Integrations-, Koordinations- und Abstimmungsleistungen auf der Ebene des Alltagshandelns. Und das gilt zweitens für die gedanklichen Bezüge zwischen wichtigen Lebensereignissen, persönlichen Projekten oder langfristigen Prozessen in beiden Lebenssträngen sowie für Integrationsleistungen auf der Ebene des biographisch bedeutsamen Handelns. Zur Prüfung dieser These ha-

ben wir im vergangenen Jahr als dritten Untersuchungsschritt intensive mündliche Befragungen mit ca. 120 prototypischen weiblichen und männlichen Vertretern der zuvor ermittelten Berufsverlaufsmuster durchgeführt (zum Interviewleitfaden vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999). Die für die Auswertung der halboffenen Interviews leitenden theoretischen Überlegungen, die Operationalisierungsschritte und die Auswertungsergebnisse sollen in folgenden Berichten präsentiert werden.

Während dieser Intensivinterviews mit Untersuchungspartnern, die in allen Teilen Deutschlands befragt wurden, haben wir weiter an den Auswertungen der Fragebogenerhebung gearbeitet. Einen Teil der Resultate legen wir hier deshalb erst ein Jahr nach dem Bericht mit den Ergebnissen zu den Berufsverlaufsmustern vor, obwohl wir unmittelbar daran anknüpfen. Thematisch geht es um Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Berufsverläufen und beruflichen sowie außerberuflichen Lebensbedingungen von Frauen und Männern in beiden Professionen. Im Vordergrund stehen also Beschreibungen der „objektiven“ Lebensumstände (denen Auswertungen zu den subjektiven Einschätzungen z. B. zu Erfolg im Beruf, zu bestimmenden Einflüssen im eigenen Leben oder zu den Relationen der Lebenssphären in späteren Berichten folgen sollen). Ein erster Komplex von Themen bzw. Fragestellungen betrifft die momentane Arbeits- und Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung, die am Ende der zuvor durchlaufenden unterschiedlichen Berufswege unserer Befragten steht:

- In welchem Maße haben sich mit diesen unterschiedlichen Berufswegen über 15 Jahre hinweg auch Unterschiede in den jetzigen Arbeitsinhalten (d. h. in den Tätigkeitsfeldern bzw. Fachgebieten), in den Arbeitsformen (vor allem in der Arbeitszeit), im heute erreichten Einkommen, im beruflichen Prestige, in der Kinderzahl oder in der Partnerschaft (vor allem in der Erwerbstätigkeit von PartnerInnen) ergeben?

In einem zweiten Komplex von Fragen geht es um biographische Bezüge zwischen zentralen Ereignissen im Berufs- und Privatleben:

- Unterscheiden sich Angehörige beider Professionen mit unterschiedlichen Berufsverläufen in den Bezügen zwischen beruflichen und privaten Lebenskonstellationen bzw. darin, ob es spezifische zeitliche Kopplungen zwischen Ereignissen und Phasen im beruflichen und privaten Lebensstrang gibt? Und vor allem: Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich solcher Bezüge zwischen dem Berufsverlauf und dem privaten Lebensstrang?

Die Antworten auf diese Fragen führen zwar bereits vielfach zu kausalen Interpretationen und liefern uns Hinweise auf die Gültigkeit unserer Annahmen. So lassen sich etwa zeitlich enge Zusammenhänge zwischen bestimmten Lebensereignissen in beiden Lebenssträngen bei den Frauen im Sinne unserer leitenden These einer stärkeren wechselseitigen „Beeinflussung“ des Handelns in beiden Lebenssphären interpretieren. Gleichwohl steht in diesem

Bericht noch die bloße Deskription von Zusammenhängen und Unterschieden im Vordergrund. Denn wie zuvor erwähnt, wollen wir erst noch die Analysen der Angaben in den Intensivinterviews abwarten, in denen unsere Untersuchungspartner ihre eigenen subjektiven Kausalinterpretationen zu Bezügen zwischen dem Berufs- und Privatleben und ihre persönlichen Sichtweisen der eigenen Integrationsbemühungen explizieren. Vor diesem Hintergrund können dann später unsere wissenschaftlichen Interpretationen der Resultate aus der Fragebogenerhebung besser begründet und differenzierter sowie anschaulicher vorgestellt werden.

Mit den letzten Bemerkungen ist im übrigen zugleich ein Grund dafür benannt, warum wir diesen Bericht nicht mit Hinweisen auf die interpretative Einordnung der Befunde durch Bezüge auf die einschlägige Literatur überfrachten wollen. Allerdings ist uns klar, daß bereits der Titel auf die Diskussion in den Sammelbänden zur Marginalisierung von Frauen in „hochqualifizierten“ Berufen verweist (vgl. Wetterer, 1992, 1999) und daß gerade der Arztberuf in etlichen Studien untersucht und als exemplarisch für Mechanismen des Ausschlusses der Frauen von professioneller Macht betrachtet worden ist.

Zur **Gliederung** sind folgende Hinweise erforderlich:

Im folgenden **Kapitel 2** werden Darstellungen zur Untersuchungstichprobe, zur empirischen Ermittlung und zur Beschreibung der Berufsverlaufsmuster sowie zu den Geschlechterverhältnissen in diesen Mustern wiederholt, die bereits im letzten Bericht enthalten waren (und dieses Kapitel ist überdies fast identisch mit einem publizierten Beitrag, vgl. Hoff, Grote, Hohner & Dettmer, 2000). Das ist für diejenigen Leser notwendig, die den vorangegangenen Bericht nicht kennen; denn in allen folgenden Abschnitten kommen wir immer wieder auf die einzelnen Berufsverlaufsmuster zurück. Im **Kapitel 3** gehen wir auf die Arbeitsbedingungen, genauer gesagt auf die Arbeitsinhalte und Arbeitsformen ein, die kennzeichnend sind für die Tätigkeiten der Untersuchungspartner zum Zeitpunkt der Befragung, also am vorläufigen Endpunkt ihrer 15jährigen Berufswege. Mit den Arbeitsinhalten beschreiben wir zugleich das Spektrum der Tätigkeitsfelder bzw. der Fach- und Spezialgebiete in Medizin und in Psychologie ausführlicher, als dies im Rahmen unserer früheren Analysen des sekundärstatistischen Materials möglich war. Mit den Arbeitsformen werden zunächst die unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnisse und dann vor allem die zeitlichen Arbeitsbedingungen thematisiert. In **Kapitel 4** wenden wir uns dem an die Berufstätigkeit gebundenen Einkommen sowie dem Prestige der spezifischen Fachtätigkeit zu. Dieses Kapitel ist von Anja Wahl verfaßt worden, die in ihrer Diplomarbeit „objektive“ Kriterien von Berufserfolg analysiert hat, wie sie teilweise bereits in die Bestimmung der Berufsverlaufsmuster eingegangen sind (z. B. Position, Weisungsbefugnis und akademischer Grad). Die besonders wichtigen Merkmale des Einkommens und des Prestiges sind bislang aber noch nicht berücksichtigt worden. (Es ist im übrigen geplant, daß Anja Wahl im Rahmen eines Dissertationsvorhabens „objektive“ Erfolgskriterien und „subjektive“ Vorstellungen zu „Erfolg im Beruf“ sowie „Erfolg im Leben“

aufeinander bezieht.) Im **Kapitel 5** geht es dann um außerberufliche Lebensbedingungen wie Partnerschaft und Kinderzahl.

In **Kapitel 6** werden Bezüge zwischen den als besonders wichtig benannten Ereignissen und Phasen im Berufsverlauf und im privaten Lebensstrang behandelt.

Das letzte **Kapitel 7** enthält schließlich eine Zusammenfassung, in der noch einmal die wichtigsten Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen den Professionen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Berufsverlaufsmustern angeführt werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde versucht, den Aufbau der einzelnen Kapitel weitgehend gleich zu gestalten. So geht es jeweils zu Beginn meistens um die empirische Ermittlung der betrachteten Merkmale bzw. der komplexeren Merkmalskonfigurationen. Dann werden zunächst kurz beide Professionen und beide Geschlechter insgesamt anhand dieser Merkmale (bzw. Merkmalskonfigurationen oder –ausprägungen) komparativ beschrieben. Darauf folgt die Beschreibung von Zusammenhängen mit den Berufsverlaufsmustern. Diese jeweils letzten, besonders ausführlichen Abschnitte mit den für uns zentralen Resultaten werden immer mit Kurzzusammenfassungen abgeschlossen.

Zur Schreibweise sei angemerkt: Mit „Medizinerinnen/Ärztinnen bzw. Psychologinnen“ sind immer Frauen, mit „Medizinern/Ärzten bzw. Psychologen“ sind immer Männer gemeint. Soll die Bezeichnung beide Geschlechter betreffen, so haben wir die mittlerweile übliche, verkürzte Schreibweise „MedizinerInnen/ÄrztInnen“ bzw. „PsychologInnen“ gewählt.

Noch ein letzter methodischer Hinweis: Den folgenden Darstellungen von Zusammenhängen liegen in der Regel Kreuztabellierungen zugrunde. Signifikanzprüfungen von Häufigkeitsunterschieden wurden, wenn es nicht anders ausgewiesen wird, mittels Chi-Quadrat-Tests vorgenommen. Sofern es das Skalenniveau erlaubte, wurden Mittelwertsvergleiche auf der Basis von t-Tests durchgeführt.

## 2. Berufsverlauf und Geschlecht

*Wie eben erwähnt, haben wir dieses Kapitel weitgehend aus unserem letzten Forschungsbericht bzw. aus einem kürzlich publizierten Beitrag übernommen. Die informierten Leser können deshalb auch gleich mit der Lektüre des nächsten Kapitels 3 beginnen, denn im folgenden gehen wir noch einmal auf die Personenstichprobe unserer schriftlichen Befragung, auf die empirische Ermittlung und Beschreibung der Berufsverlaufsmuster in Medizin und Psychologie und schließlich auf die Geschlechterverhältnisse in diesen Mustern ein.*

### 2.1 Zur empirischen Ermittlung von Berufsverlaufsmustern

Wenn man Berufsverläufe nicht im Längsschnitt untersucht, so erfordert ihre retrospektive Erfassung und Beschreibung eine **Stichprobe von Personen**, die bereits lange berufstätig sind und die wichtigsten „Weichenstellungen“ in ihrem Berufsleben hinter sich haben. In Medizin und Psychologie kann man davon ausgehen, daß dies nach circa 15jähriger Berufstätigkeit der Fall ist. Die Untersuchungskohorte bestimmt sich also nicht nach dem Geburtsjahrgang, sondern nach dem Jahr der Approbation in Medizin bzw. dem Diplom in Psychologie vor circa 15 Jahren, als der Berufsverlauf begann.

Über die Ärztekammern und über den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) haben wir Zugang zu den auch heute noch berufstätigen Angehörigen dieser Kohorte bekommen. Ein Zugang zu Personen, die vorher ihre Berufstätigkeit in diesen Professionen abgebrochen haben und deshalb nicht mehr Mitglieder der Berufsorganisation sind, erscheint kaum möglich. Alle 283.000 Angehörigen der sehr großen Profession Medizin sind auch Mitglieder der Ärztekammern; und eine Erhebung bei der Grundgesamtheit des gesamten Approbationsjahrganges 1985 wäre zu aufwendig gewesen. Deshalb haben wir einen Flächenstaat (Niedersachsen) und einen Stadtstaat (Berlin) ausgewählt und hier alle ÄrztInnen des betreffenden Jahrgangs um die Teilnahme an unserer Erhebung gebeten. In der mit 33.000 Angehörigen wesentlich kleineren Profession Psychologie wäre die Zahl der Angehörigen nur eines Jahrganges zu gering gewesen. Daher sind sämtliche deutschen Psychologinnen und Psychologen dreier Diplomjahrgänge (1983, 84, 85), die Mitglieder des BDP sind, um Teilnahme gebeten worden. Aber auch hier handelt es sich nicht um die Grundgesamtheit dieser Jahrgänge, denn nur zwei Drittel aller PsychologInnen gehören dem Berufsverband an, und wir sahen keine Möglichkeit des Zugangs zu dem anderen Drittel. Von den insgesamt 3.867 Personen, die mit Hilfe der Professionsorganisationen angeschrieben werden konnten, haben 936 den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt; die Rücklaufquote beträgt also 24,2 % und ist angesichts der Länge des Bogens viel höher als erwartet ausgefallen. Die folgende Übersicht veranschaulicht die Verteilung des Rücklaufs.

## Übersicht 1: Beschreibung der Stichprobe und des Rücklaufs

(*nMedizin=351, nPsychologie=585*)

	Medizin		Psychologie		Gesamt
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
N	174	177	186	399	936
%	49,6	50,4	31,8	68,2	
<b>Rücklauf- quote %</b>	15,9	26,5	23,1	30,7	24,2

Das Verhältnis der Anteile von Männern und Frauen in der Psychologie-Stichprobe (68 % Frauen, 32 % Männer) unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der angeschriebenen Personen und dem bei sämtlichen berufstätigen Psychologen. In der Medizin-Stichprobe finden sich etwa gleichviel Frauen und Männer. Daß die Männer hier im Vergleich zu allen angeschriebenen sowie zu sämtlichen berufstätigen Ärzten unterrepräsentiert sind, führen wir u. a. auf ihre (im Fragebogen als am höchsten angegebene) Arbeitszeitbelastung sowie auf die ihnen weniger relevant erscheinende Thematik der Befragung zurück.

Der **Fragebogen** beinhaltet 50 Fragen, die in fünf Themenbereiche aufgeteilt sind. Davon sind zwei Bereiche für die Ermittlung der Berufsverlaufsmuster relevant: Der erste Bereich umfaßt Fragen zur inhaltlichen Beschreibung der Berufstätigkeit, zur Art der Beschäftigungsverhältnisse, zur wöchentlichen Arbeitszeit sowie zur Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeitern. Damit erhält man nicht nur Auskunft über den augenblicklichen Endpunkt der Berufsbiographie, sondern aus diesem Endpunkt kann man auch bereits auf die Art des Berufsverlaufes schließen. Dieser Verlauf steht dann im Zentrum des zweiten Bereiches und bildet das Kernstück des Fragebogens. Hier haben wir (im Anschluß an ähnliche Vorgehensweisen bei Born, Krüger & Lorenz-Meyer, 1996, und bei Hohner, 1994) die Befragten gebeten, 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. In analoger Weise, d. h. wiederum entlang der Zeitachse, werden die Befragten dann um persönliche Bewertungen der Höhe- und Tiefpunkte ihrer Biographie gebeten; dieser Themenbereich sowie die weiteren Fragen sind für die folgende Beschreibung jedoch nicht mehr relevant (zum gesamten Instrument vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999).

Bei der Datenaufbereitung und –auswertung waren folgende Merkmale zentral:

(a) Kontinuität vs. Diskontinuität

Kontinuität bzw. Diskontinuität kann sich *erstens* auf die Art der Beschäftigungsverhältnisse (abhängig beschäftigt, freiberuflich), auf deren Wechsel oder deren Unterbrechungen und *zweitens* auf die inhaltlichen Schwerpunkte der Tätigkeiten, auf deren Wechsel oder deren Unterbrechungen beziehen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß eine Hauptschwierigkeit bei der Klassifikation der Berufsverlaufsmuster in der Psychologie und bei der Zuordnung der Personen zu diesen Mustern darin bestand, anhand der über 15 Jahre hinweg notierten beruflichen Stationen und Veränderungen exakt festzustellen, ob ein Wechsel von Beschäftigungsverhältnissen auch einen inhaltlichen Tätigkeitswechsel mit sich brachte und ob Kontinuität des Beschäftigungsverhältnisses auch mit inhaltlicher Kontinuität einherging.

(b) Aufstieg vs. Verbleib in gleicher bzw. ähnlicher Position

Auch hier gab es kaum in der Medizin, wohl aber in der Psychologie Klassifikations- und Zuordnungsprobleme, weil es keine an die Art der Position gebundenen Titel (wie in der Medizin z. B. Assistenz-, Ober-, Chefarzt) gibt. Deshalb war es hier z. B. notwendig, die oft unklaren Angaben zu Stellungen in Organisationen und zu Leitungsfunktionen in Verbindung mit allen anderen Angaben, vor allem denen zur Weisungsbefugnis zu betrachten, um die Personen den Mustern zuordnen zu können.

(c) Konfiguration der institutionellen Kontexte

Dieses Merkmal überschneidet sich zwar besonders stark mit dem erstgenannten, es beinhaltet aber zugleich noch etwas anderes: Im Gegensatz etwa zu jenen ÄrztInnen, die kontinuierlich im Angestelltenverhältnis beschäftigt sind, die dieselbe Facharztstätigkeit ausüben und die zwar das Krankenhaus wechseln, aber dabei in der Institution desselben Typs bleiben, wechseln andere ÄrztInnen und vor allem PsychologInnen nicht nur aus Institutionen (und damit aus dem Beamten- oder Angestelltenverhältnis) in die freiberufliche Tätigkeit, sondern oft auch aus einem Typus von Institutionen bzw. Organisationen in einen völlig anderen. Oft konnten wir erst aus entsprechenden Angaben etwa zum Wechsel aus einer sehr großen in eine sehr kleine Organisation auf Diskontinuität der Tätigkeitsinhalte schließen.

Ein weiteres Merkmal erwies sich erst im Verlauf der Klassifikationsversuche und im Zusammenhang mit Kodierungsproblemen als zentral:

(d) Ausübung einziger Tätigkeiten vs. Parallelität verschiedener Tätigkeiten (Doppel- und Mehrgleisigkeit)

Wir hatten nicht a priori in Rechnung gestellt, daß Berufsverläufe nicht nur asynchron (durch eine gleichbleibende oder durch unterschiedliche, einander ablösende), sondern auch synchron durch zwei oder mehrere, langfristig nebeneinander herlaufende Tätigkeiten strukturiert sein können. Wenn solche verschiedenen Tätigkeiten im Fragebogen entsprechend nebeneinander notiert waren, was in der Psychologie häufig vorkam, war es sehr schwierig und zeitaufwendig, deren jeweiliges Gewicht einzuschätzen. Um also Haupt- von Nebentätigkeiten abgrenzen oder um die Gleichgewichtigkeit zweier oder mehrerer Haupttätigkeiten bestimmen zu können, mußten oftmals neben den inhaltlichen Kennzeichnungen etliche andere Angaben (zur Arbeitszeit, zur Verteilung des Zeitbudgets und zur Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Beschäftigungsverhältnisse) in Kombination miteinander betrachtet werden.

Diese Merkmale bzw. Merkmalsausprägungen verbinden sich in typischer Weise so miteinander, daß der Begriff des „**Musters**“ sinnvoll erscheint. Das wird unmittelbar bei jenen „normalen“ Verläufen in der Medizin deutlich, die allgemein bekannt sind und deren Beschreibung auch ohne empirischen Aufwand möglich wäre: So verbringen alle Ärztinnen und Ärzte ihre erste Berufsphase im Krankenhaus, durchlaufen hier zumeist mehrjährige Facharztausbildungen und bleiben entweder auf den Positionen von Assistenz-, Oberarzt- oder Chefärzten in dieser Institution oder aber wechseln früher oder später in die freiberufliche Tätigkeit. Allerdings war unsere empirische Erhebung bei einer größeren Stichprobe von ÄrztInnen nicht nur erforderlich, um Häufigkeiten und Geschlechterverhältnisse pro Muster bestimmen zu können, 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 Durchsicht aller Fragebögen einer großen Personenstichprobe gelten. Hier kam es wegen der genannten Schwierigkeiten zur Erweiterung der ursprünglichen Klassifikation (Hoff, Hohner, Dettmer & Grote, 1999) und zu Revisionen der Zuordnungen von Personen zu den Verlaufsmustern. Diese Zuordnungen wurden dadurch validiert, daß wir sie in der mündlichen Befragung erläuterten und unsere Interviewpartner fragten, ob sie selbst meinen, daß wir ihren Berufsverlauf damit „richtig“ kennzeichnen. Von den bislang 81 befragten Personen, deren Interviews bereits daraufhin ausgewertet worden sind, haben 73 Professionsangehörige (also 90 %) unsere Einschätzung als völlig exakt bestätigt. Die übrigen 8 Personen haben uns nur graduell „korrigiert“, d.h. daß beispielsweise ursprünglich diskontinuierlich eingeschätzte Berufsverläufe nun als stark diskontinuierlich eingeordnet werden mußten.

## 2.2 Beschreibung der Berufsverlaufsmuster

Übersicht 2 zeigt die wichtigsten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den nur fünf **Berufsverlaufsmustern in der Medizin** und den acht **Mustern in der Psychologie**, die nun genauer erläutert werden.

### Übersicht 2: Berufsverlaufsmuster in Medizin und Psychologie

MEDIZIN		PSYCHOLOGIE	
M1	<u>KONTINUIERLICHER AUFSTIEG</u> in Institutionen (i. d. Regel: Krankenhaus) - in höchste Positionen - in mittlere Positionen	P1	<u>(KONTINUIERLICHER) AUFSTIEG</u> (i. d. Regel in Institutionen) - in höchste Positionen - in mittlere Positionen
M2	<u>KONTINUITÄT IN INSTITUTIONEN</u> in Institutionen (i. d. Regel: Krankenhaus) - in gleicher Institution - Wechsel der Institution	P2	<u>KONTINUITÄT IN INSTITUTIONEN</u> (in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen) - einzige Tätigkeit in gleicher Institution - Haupt- und Nebentätigkeit - lange Einstiegsphase mündet in einzige Tätigkeit
		P3	<u>KONTINUITÄT SELBSTÄNDIGER</u> seit Studienabschluß - lange Einstiegsphase mündet in selbständige Tätigkeit
M3	<u>ZWEI KONTINUIERLICHE PHASEN</u> - Krankenhaus, frühe Niederlassung in Praxis als Facharzt - Krankenhaus, späte Niederlassung in Praxis als Facharzt - Krankenhaus, Niederlassung ohne Facharzt	P4	<u>ZWEI KONTINUIERLICHE PHASEN</u> - Wechsel aus Institution in Selbständigkeit (auch: umgekehrter Wechsel)
		P5	<u>DOPPEL- UND MEHRGLEISIGKEIT</u> - ständig parallele Tätigkeiten - Wechsel der Tätigkeitsschwerpunkte innerhalb der Parallelität - eine einzige Tätigkeit, dann Wechsel in Mehrgleisigkeit
		P6	<u>KONTINUITÄT UND DISKONTINUITÄT</u> - Kontinuität des Beschäftigungsverhältnisses (abhängig beschäftigt bzw. freiberufl./selbst.) mit inhaltlichen Tätigkeitswechseln - inhaltliche Wechsel in abhängiger Beschäftigung, dann kontinuierlich freiberufl./selbst. tätig
M4	<u>DISKONTINUITÄT</u> - drei Phasen (wg. langer Unterbrechung) - Wechsel der Tätigkeit und lange Unterbrechung	P7	<u>DISKONTINUITÄT</u> - drei Phasen (wg. langer Unterbrechung) - Wechsel der Tätigkeit und lange Unterbrechung - lange Einstiegsphase, Wechsel und/oder Unterbrechung
M5	<u>STARKE DISKONTINUITÄT</u> - zwei und mehr Wechsel und/oder lange Unterbrechungen	P8	<u>STARKE DISKONTINUITÄT</u> - zwei und mehr Wechsel und/oder lange Unterbrechungen - lange Einstiegsphase und/oder Parallelität und Wechsel

### **Zum Muster des kontinuierlichen Aufstiegs (M1, P1):**

Die beiden ersten Muster in Medizin und Psychologie sind sich zwar hinsichtlich der Verlaufsform sehr ähnlich, aber die Positionen, die innerhalb einer Profession relational zueinander als „höchste“ oder als „mittlere“ gelten können, sind nicht direkt mit den höchsten oder mittleren Positionen der anderen Profession vergleichbar. Der bereits an den Titeln ablesbare Aufstieg von Assistenz- zum Oberarzt (mittlere Position) und vom Ober- zum Chefarzt (höchste Position) kommt in der Psychologie so nicht vor. Höchste Positionen in der Psychologie – etwa die Leitungsposition in einer psychologischen Beratungsstelle z. B. mit 12 Mitarbeitern – entsprechen wahrscheinlich am ehesten den mittleren Oberarztpositionen in der Medizin. Auch wenn uns zur Bestimmung der Berufsverlaufsmuster keine Angaben zum Einkommen vorlagen (zu unseren Schätzungen der Einkommen vgl. Kap. 4.1 und Wahl, 2000), kann man mit Sicherheit davon ausgehen, daß es vom Einkommen her höchste Positionen wie die der Chefärzte in der Psychologie nur äußerst selten gibt. Mittlere Positionen in der Psychologie dürften am ehesten mit den Positionen der Assistenzärzte vergleichbar sein. 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. Dabei ist schwer bestimmbar, was als Aufstieg in mittlere und in höhere Positionen gelten kann. (Wir haben hier als Kriterium für mittlere Positionen die Weisungsbefugnis über drei bis neun bzw. für höhere Positionen die Weisungsbefugnis über zehn und mehr Mitarbeitern gewählt.) 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 höchsten Positionen unterscheiden sich dagegen oft nicht im Titel von denen in mittleren Positionen. Auch kommen hier „Quer“-Einstiege von einer in eine andere 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 2 in Klammern gesetzt).

### **Zum Muster der Kontinuität in Institutionen (M2, P2):**

Das zweite Muster kommt ebenfalls sowohl in Medizin als auch in Psychologie vor. Hier gibt es in der Medizin wiederum den „Normalfall“, des kontinuierlich im Krankenhaus tätigen Assistenzarztes. Bei Abweichungen von diesem Normalfall, wenn also Medizinerinnen und Mediziner in eine andere Institution wechseln, bleibt neben dem Status meistens auch die

(Facharzt-)Tätigkeit inhaltlich gleich oder sehr ähnlich. In der Psychologie fällt dagegen wiederum die Vielfalt der Institutionen in den Blick. Nur dann, wenn PsychologInnen gar nicht die Institution wechseln oder innerhalb desselben Typs von Institutionen bleiben, verändern sich bei stabilem Beschäftigungsverhältnis in der Regel auch nicht die Inhalte der Tätigkeit. Hier wie bei allen folgenden Mustern in der Psychologie kommen im übrigen 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 Muster der Kontinuität Selbständiger (P3):**

Zum dritten Muster in der Psychologie gibt es kein Pendant in der Medizin. Während MedizinerInnen in der Regel noch Jahre nach ihrer Approbation im Krankenhaus verbringen, konnten sich PsychologInnen bislang schon vergleichsweise früh nach dem Studium selbständig machen und kontinuierlich freiberuflich tätig bleiben. Die Dauer einer Weiterbildungsphase zwischen Studienabschluß und freiberuflicher Tätigkeit variierte mit der inhaltlichen Ausrichtung, und das wird auch in Zukunft so sein. Möglicherweise wird sich eine solche Phase im klinisch-therapeutischen Bereich aufgrund des neuen Psychotherapeutengesetzes (sowie der Modalitäten der Kassenzulassung) ausweiten. Bei diesem Muster ändern sich im übrigen auch die Tätigkeitsinhalte nicht gravierend, sondern allenfalls geringfügig und allmählich.

### **Zum Muster zweier kontinuierlicher Phasen (M3, P4):**

Das dritte Muster in der Medizin entspricht hinsichtlich der Verlaufsform 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 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 ÄrztInnen 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“ ÄrztIn-

nen, die sich dann später als FachärztInnen für Allgemeinmedizin bezeichnen konnten. Bei PsychologInnen, die aus einer Institution in die freie Praxis wechseln (oder umgekehrt) ist schwer feststellbar, ob dabei die Tätigkeitsinhalte gleichbleiben. Wir haben diesem Muster nur solche Personen zugeordnet, deren Tätigkeit sich ganz offensichtlich inhaltlich fortsetzte oder bei denen lediglich eine Erweiterung, Ergänzung oder leichte Verschiebung ihrer alten Tätigkeiten vermutet werden konnte: z. B. bei dem klinisch-therapeutischen Psychologen, der aus der Klinik in die freiberufliche therapeutische Praxis wechselt oder bei der in einer großen Organisation angestellten Trainerin, die nach einem Erziehungsurlaub (der kürzer als ein Jahr dauert) als selbständige Organisationsentwicklerin tätig wird. Bei vielen PsychologInnen gibt es allerdings Phasen einer quasi verdeckten Mehrgleisigkeit, d. h. die Selbständigkeit wird in einer vorausgehenden Phase neben der Tätigkeit in einer Institution durch Nebentätigkeiten und Zusatzausbildungen vorbereitet. In beiden Professionen koordinieren die Frauen häufig die Geburt von Kindern, Erziehungsurlaub und Kinderbetreuungszeit mit diesem Übergang in die Freiberuflichkeit (vgl. dazu auch Kap.6).

### **Zum Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit (P5):**

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 inhaltlich 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 und Kollegen. Es kommt weiter vor, daß zwei inhaltlich unterschiedliche Tätigkeiten, die aber beide freiberuflich ausgeübt werden, nebeneinander herlaufen – z. B. bei einem Psychotherapeuten, der zugleich im arbeits- und organisationspsychologischen Bereich tätig ist. Diese Art der inhaltlichen Vielfalt und Inkonsistenz im Alltag hält in der Regel an. Daneben gibt es schließlich langfristig noch Verläufe, bei denen (a) die inhaltlichen Schwerpunkte und ihre Kopplung an ein bestimmtes Beschäftigungsverhältnis wechseln oder bei denen (b) ein Wechsel von der zunächst einzigen Haupttätigkeit zu dieser Mehrgleisigkeit der Tätigkeitsinhalte und Beschäftigungsverhältnisse stattfindet.

### **Zum Muster der Diskontinuität (P6):**

Daß Berufsverläufe durch Kontinuität und Diskontinuität zugleich gekennzeichnet sind, kommt ebenfalls nur in der Psychologie vor. Nachdem die Klassifikation aller anderen Muster bereits feststand (vgl. Hoff, Hohner, Dettmer & Grote, 1999), weil die Merkmalskonfigurationen tatsächlich eindeutige, in sich konsistente Muster ergaben, hatten wir bei einer Reihe von Personen Zuordnungsprobleme. Daher wurde es notwendig, später dieses sechste Muster hinzuzufügen, das in sich nicht derart konsistent und eindeutig ist wie alle anderen Muster. Allerdings sind auch die folgenden „Mischformen“ von Kontinuität und Diskontinuität wieder kennzeichnend für die Vielfalt der Berufsverläufe in der Psychologie insgesamt: Bei dem sechsten Muster handelt es sich darum, daß ein Angestellten- oder Beamtenverhältnis trotz möglicher Wechsel von Institutionen über 15 Jahre hinweg erhalten bleibt – eine für die gesamte Lebensführung von Personen kaum zu unterschätzende Konstante, daß aber zugleich ein oder mehrere gravierende Wechsel der Tätigkeitsinhalte stattfinden. Eine analoge Konfiguration gibt es zweitens bei Kontinuität der freiberuflichen Tätigkeit und gleichzeitiger Diskontinuität der Tätigkeitsinhalte. Und drittens kommt eine asynchrone Konfiguration vor, bei der Berufsverläufe von einer vieljährigen Diskontinuität in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen in eine inhaltlich kontinuierliche freiberufliche Tätigkeit führen.

### **Zum Muster der Diskontinuität (M4, P7):**

Das in der Medizin vierte und in der Psychologie siebte Muster läßt sich durch eine klare Form von Diskontinuität kennzeichnen: Wird der Berufsweg durch eine Unterbrechung gekennzeichnet, die länger als ein Jahr dauert, so gliedert er sich in drei Phasen mit zwei gravierenden Wechseln: dem Aus- und dem Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit. Würde man dieses 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 – und das ist bei diesem Muster in der Psychologie (nicht in der Medizin) die Regel, 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 mit inhaltlicher Diskontinuität einher; außerdem finden sich auch hier wieder die langen, z. T. problematischen Einstiegsphasen.

### **Zum Muster der starken Diskontinuität (M5, P8):**

Eine besonders starke Diskontinuität mit zwei und mehr Wechseln der Beschäftigungsform und mit einer Unterbrechung bzw. häufig sogar mit zwei oder mehreren langen Unterbrechungen und/oder Doppel- und Mehrgleisigkeit ist schließlich Hauptkennzeichen der letzten Muster in beiden Professionen (M5, P8). Für die Psychologie kann man fast sagen, daß sich die (auch bei den anderen Mustern vorfindbare) Inkonsistenz und Diskontinuität einer langen, diffusen Einstiegsphase über das gesamte Berufsleben hinweg fortsetzt. Hier wechseln befristete Tätigkeiten (häufig auf ABM-Stellen) mit Phasen der Erwerbslosigkeit und mit Kinderpausen.

Unter den ganz wenigen Professionsangehörigen, die keinem dieser Berufsverlaufsmuster zugeordnet werden konnten (vgl. die Kategorie „Sonstige“, Übersicht 3 und 4 im folgenden Abschnitt) 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 Hausfrauen gibt es sicher häufig, und es wäre aufschlußreich, der Frage nachzugehen, warum sie nicht wieder berufstätig geworden sind. Wie zuvor erwähnt, sind sie in unserer Stichprobe nicht repräsentiert, weil sie in der Regel mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben auch die professionelle Organisation verlassen haben.

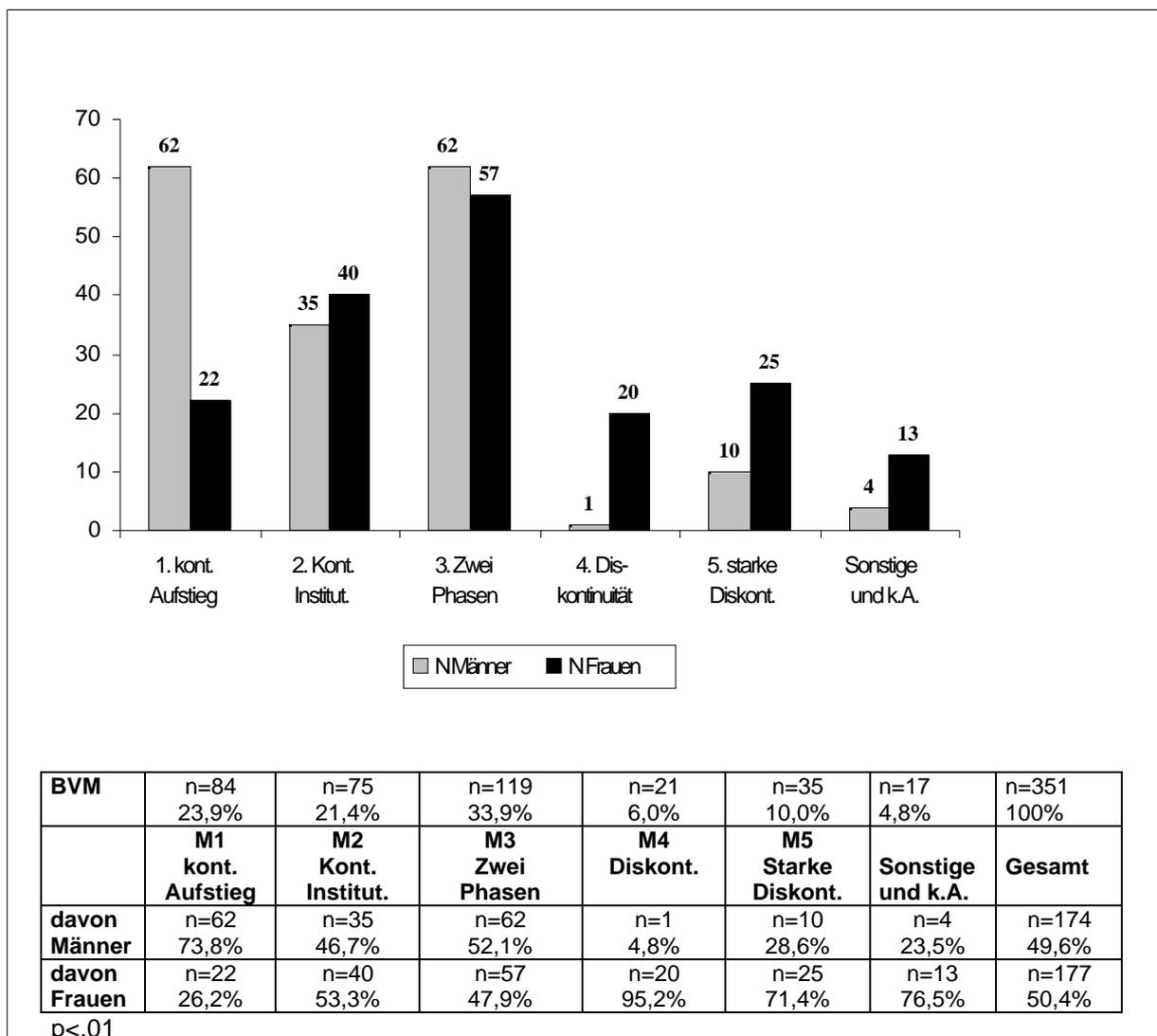
### **2.3 Berufsverlaufsmuster und Geschlecht**

Die Häufigkeiten, mit denen sich die 351 MedizinerInnen und 585 PsychologInnen unserer Stichprobe auf die eben beschriebenen Berufsverlaufsmuster insgesamt sowie differenziert nach ihrem Geschlecht verteilen, werden in Übersicht 3 für die Medizin und in Übersicht 4 für die Psychologie dargestellt. Beim Vergleich der Gesamthäufigkeiten wird auf den ersten Blick deutlich, daß kontinuierliche Berufsverläufe in der Medizin die Regel und diskontinuierliche Biographien die Ausnahme darstellen. In der Psychologie überwiegen demgegenüber diskontinuierliche Berufswege, und am häufigsten kommt jenes Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit (P5) vor, das es in der Medizin nicht gibt. Gerade der Vergleich beider Berufsgruppen macht deutlich, daß Professionalisierung nicht nur im soziologischen Sinne der gesamten Professionsentwicklung, sondern auch im psychologischen Sinne der individuellen beruflichen Entwicklung unterschiedliche Bedeutungen haben kann: In der Medizin zielen die institutionell durch das Krankenhaus und die Facharztausbildungen vorgezeichneten Berufsverläufe sehr stark auf kontinuierlich enger werdende Spezialisierung und Vertiefung des Wissens und Könnens in einem fest umrissenen Bereich. In der Psychologie bedeutet Pro-

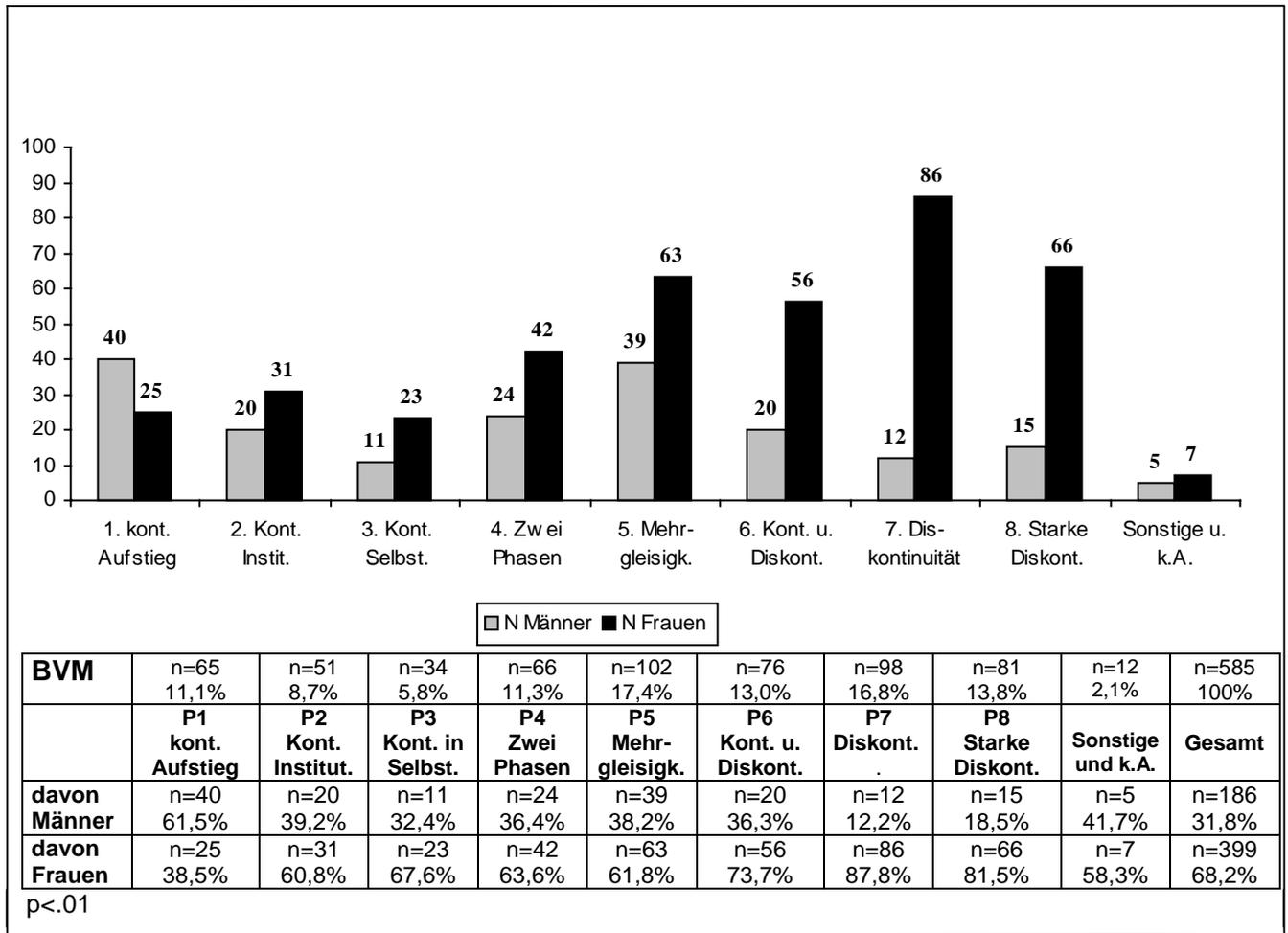
fessionalisierung der einzelnen Berufsangehörigen daneben zumeist auch eine Verbreiterung des Wissens und Könnens. Diese Verbreiterung bedeutet weiter Flexibilität im Umgang mit unterschiedlichen Wissensbeständen und Fertigkeiten; sie bestimmt häufig die langen Einstiegsphasen in das Berufsleben sowie die Nutzung von Zusatzausbildungen; fachliche Breite wird in diskontinuierlichen Berufsverläufen durch die Wechsel der Tätigkeitsinhalte oft erzwungen; sie kommt im Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit am klarsten zum Ausdruck; und sie ist für die Berufswege von Frauen wichtiger als für die von Männern. Darauf verweisen die unterschiedlichen Geschlechterverhältnisse, auf die wir nun eingehen (vgl. Übersicht 3 und 4).

### Übersicht 3: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in der Medizin

(n=351, Absolutwerte und Prozentangaben pro Berufsverlaufsmuster)



**Übersicht 4: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in der Psychologie**  
*(n=585, Absolutwerte und Prozentangaben pro Berufsverlaufsmuster)*



**Zum Muster des kontinuierlichen Aufstiegs (M1, P1):**

In der Medizin steigen insgesamt mehr Professionsangehörige (24%) in mittlere und höchste Positionen auf als in der Psychologie (11%). In beiden Professionen sind es deutlich mehr Männer als Frauen, wobei in den Übersichten nicht noch einmal nach höchsten und mittleren Positionen differenziert wird. Hier sei deshalb ergänzt, daß (in unserer Stichprobe) 20 Mediziner, aber nur 5 Medizinerinnen sowie 17 Psychologen, aber nur 10 Psychologinnen in Stellungen gelangt sind, die innerhalb ihrer jeweiligen Berufsgruppe wirklich als „Spitzen“-Positionen gelten können – ein deutlicher Beleg für vertikale geschlechtsspezifische Segregationsprozesse. Das gilt auch für die Psychologie, denn hier ist die Anzahl der Frauen im gesamten Sample (ebenso wie bei allen Berufstätigen) etwa doppelt so hoch wie die der Männer.

### **Zum Muster der Kontinuität in Institutionen (M2, P2):**

Das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten, die 15 Jahre lang im Krankenhaus bleiben, ist annähernd paritätisch. Bei den Personen, die in der Psychologie fortwährend in Institutionen als Angestellte oder Beamte eine gleich oder ähnliche bleibende Tätigkeit ausüben, ist der Anteil von Frauen etwas höher als der von Männern. Stellt man hier allerdings ebenfalls den insgesamt höheren Frauenerwerbsanteil in der Psychologie in Rechnung, so ist in diesem zweiten Muster der Männeranteil wiederum überproportional hoch.

### **Zu den Mustern der zwei Phasen (M3, P4) und der kontinuierlichen Selbständigkeit (P3):**

Die größte Gruppe der MedizinerInnen (34%) ist nach einer relativ kontinuierlichen Phase im Krankenhaus in die ebenso kontinuierliche Tätigkeit in der freien Praxis übergewechselt. Auch hier ist das Geschlechterverhältnis fast paritätisch. In der Psychologie finden sich demgegenüber sowohl beim *Muster der Kontinuität der Selbständigen* (das es in der Medizin nicht gibt) als auch bei diesem zweiphasigen Muster des Wechsels aus einer Institution in die freiberufliche Tätigkeit mehr Frauen als Männer. Unsere Befragungen ergänzen das Bild, das wir aus den Analysen des sekundärstatistischen Materials kennen: Der Übergang in die freiberufliche Tätigkeit wird für Frauen besonders dann attraktiv, wenn sie die Doppelbelastungen durch Beruf und Familie angesichts eines zu starren „Zeitkorsetts“ in einer Institution autonomer regulieren und zeitlich besser koordinieren wollen. Wie sich das neue Psychotherapeutengesetz (mit den entsprechenden Modalitäten der Kassenzulassung) auf den Zugang dieser Frauen mit Kindern zur psychotherapeutisch-freiberuflichen Tätigkeit auswirken wird, erscheint schwer abschätzbar.

An dieser Stelle muß noch einmal folgender Hinweis eingeschoben werden: Aussagen zu Beziehungen zwischen beruflichen und außerberuflichen Lebensereignissen und –konstellationen bei diesem und bei allen folgenden Mustern werden zur Zeit noch abgesichert. Dazu haben wir bei allen befragten Frauen und Männern überprüft, ob im Fragebogen gravierende Ereignisse im Beruf – z. B. bei diesem Muster: der Wechsel aus dem Krankenhaus oder einer anderen Institution in die freiberufliche Tätigkeit – tatsächlich als zeitlich zusammenfallend mit bestimmten außerberuflichen Ereignissen oder Lebenskonstellationen vermerkt worden sind. Auf die Befunde dazu gehen wir in Kapitel 6 ein. Ob solche engen zeitlichen Zusammenhänge von den Untersuchungspartnern in der gleichen Weise subjektiv als kausale interpretiert werden wie von uns selbst wird (wie eingangs erwähnt) mit Hilfe der mündlichen Intensivinterviews ermittelt.

### **Zum Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit (P5):**

Wie gesagt, kommt dieses Muster nur in der Psychologie vor, hier allerdings am häufigsten (17%). Der hohe Frauenanteil entspricht hier demjenigen aller Professionsangehörigen. Mit Blick auf die Frauen kann erst in den Interviews der Frage nachgegangen werden, ob Doppel- und Mehrgleisigkeit in Relation zur Arbeit in Familie und Haushalt als entlastend erlebt wird, oder ob es anstelle der üblichen Doppel- nun sogar zu einer Dreifach-Belastung kommt.

### **Zu allen Mustern der Diskontinuität (M4, M5, P6, P7, P8):**

In der Medizin durchlaufen 79% aller Professionsangehörigen die kontinuierlichen Berufswege im Krankenhaus (M1, M2) oder in der dann anschließenden freien Praxis (M3), aber nur 16% die beiden diskontinuierlichen Muster (M4, M5). In diesen letzten Mustern der mehr und minder starken Diskontinuität finden sich allerdings ganz überwiegend Frauen. In der Psychologie kommen demgegenüber nur bei 37% aller Professionsangehörigen kontinuierliche Berufsbiographien vor. Hier gibt es drei Muster (P6, P7, P8) einer mehr und minder starken Diskontinuität, und wenn man noch das Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit hinzunimmt, so durchlaufen insgesamt 61% der PsychologInnen vergleichsweise komplizierte und in sich heterogene Berufswege. Und in den drei diskontinuierlichen Verläufen ist der Frauenanteil höher als in allen anderen Verlaufsmustern. So weisen **erstens** die Berufsbiographien von 56 Psychologinnen, aber nur von 20 Psychologen neben Kontinuität auch bereits eine erhebliche Diskontinuität auf; dieses Muster (P6) kommt, wie gesagt, nur in der Psychologie vor. **Zweitens** überwiegen die Frauen bei weitem – und das gilt nun für beide Professionen – im Muster der **einfachen Diskontinuität** (M4, P7): in der Medizin sind es 20 Frauen, aber nur ein Mann; in der Psychologie 86 Frauen, aber nur 12 Männer. Hier wird besonders offensichtlich, daß der weibliche Berufsverlauf vor allem durch die Geburt eines Kindes bestimmt wird (vgl. dazu Kap. 6). In der Regel haben die Frauen ihren Berufsweg bei der Geburt für eine anschließende Familienphase (die länger als ein Jahr dauert) unterbrochen. Bei den Medizinerinnen kommt es beim Wiedereinstieg in der Regel zur inhaltlich gleichen (Facharzt-)Tätigkeit wie früher. Bei den Psychologinnen, die die Chance zum Wiedereinstieg in das Berufsleben genutzt haben, kommt es dagegen oft zu inhaltlich veränderten oder neuen Arbeitsschwerpunkten und zu einer Reduktion der wöchentlichen Arbeitsstunden. Inwiefern man hier auch von „Abstieg“, „Statusverlust“ oder von „Dequalifizierung“ sprechen kann, erscheint schwer entscheidbar. Zumindes dürfte ein solcher Verlauf kaum für berufliche Aufstiege förderlich sein. Das gilt **drittens** noch stärker für das letzte Muster der „**starken Diskontinuität**“ (M5, P8), wenn Frauen (meist mit mehr als einem Kind) noch mehr Unterbrechungen und/oder Brüche bzw. Wechsel der Tätigkeitsinhalte und/oder Doppel- und Mehrgleisigkeit von Tätigkeiten in Kauf nehmen müssen. Mit Blick auf den beruflichen Aufstieg

kommt es zur kumulativen Wirkung immer neuer Barrieren. Dieses problematische Muster weisen 66 Psychologinnen und 25 Medizinerinnen, aber nur 15 Psychologen und 10 Mediziner in unserer Stichprobe auf.

**Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, daß sich in der Medizin drei klar vorgezeichnete, „normale“ Berufsverlaufsmuster mit einer antizipierbaren, eingeschränkten Zahl von Weichenstellungen des Aufstiegs oder des Übergangs vom Krankenhaus in die freiberufliche Tätigkeit finden. Kontinuität (vor allem die der inhaltlichen Tätigkeitsschwerpunkte) ist durch die fest institutionalisierte Facharztausbildung innerhalb aller insgesamt fünf Muster (auch noch innerhalb der zwei diskontinuierlichen) viel ausgeprägter als in der Psychologie. Dort gibt es derartige „Normalverläufe“, seltener, und die PsychologInnen verteilen sich auf insgesamt acht Muster, von denen mehr als in der Medizin durch Diskontinuität, d.h. durch Unterbrechungen und Wechsel gekennzeichnet sind. Während sich MedizinerInnen immer mehr im Sinne einer Vertiefung, Einengung und Festlegung spezialisieren, erweitern PsychologInnen ihr Wissen und Können häufig bereits in mehr oder minder langen Einstiegsphasen, in denen oft zugleich Fortbildung stattfindet. Damit halten sie sich Chancen für möglichst viele Tätigkeiten und Beschäftigungsverhältnisse auf einem schwer durchschaubaren Arbeitsmarkt offen. Spezialisierung kann hier auch Breite sowie Integration verschiedener Wissensbestände und Fertigkeiten bedeuten. Ein anfänglich breites Tätigkeitsspektrum setzt sich für eine Gruppe sogar über den gesamten Berufsweg hinweg in Form einer „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ von Tätigkeiten fort.**

**Der Vergleich der Geschlechteranteile zeigt, daß Frauen in beiden Professionen viel seltener aufsteigen als Männer – 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. Dieser Zusammenhang zeigt sich in beiden Professionen deutlich und ist statistisch hochsignifikant.**

**Für die Medizin wird dieser Befund dadurch relativiert, daß diskontinuierliche Berufsverläufe im Gegensatz zu den „normalen“, kontinuierlichen nur selten anzutreffen sind. In der Psychologie gibt es dagegen sehr häufig diskontinuierliche und inkonsistente Verläufe. Der Anteil der Frauen ist hier besonders hoch, denn Frauen sind mit den Problemen der Integration von beruflicher und familialer Lebenssphäre in ungleich stärkerem Maße belastet als die Männer. In den Intensivinterviews mit prototypischen VertreterInnen der unterschiedlichen Berufsverlaufsmuster zeichnet sich bereits ab, daß Diskontinuität und inhaltliche Vielfalt im Berufsleben der Frauen häufig**

nicht nur erzwungen, sondern auch subjektiv herbeigeführt worden sind. (Doch auf solche Interpretationen zu den Berufsverlaufsmustern, zu ihrer Entstehung und Entwicklung werden wir, wie einleitend erwähnt, erst dann zurückkommen, wenn die Auswertung aller Interviews abgeschlossen ist).

### **3. Berufsverlauf, Arbeitsinhalte und Arbeitsformen**

*In diesem Kapitel gehen wir auf die Arbeitsbedingungen ein, die für die Tätigkeiten unserer Untersuchungspartner zum Zeitpunkt der Befragung, also nach 15jährigem Berufsverlauf kennzeichnend sind. Es handelt sich erstens um die Arbeitsinhalte, wie sie zum größten Teil anhand der Bezeichnungen von Fach- und Spezialgebieten identifizierbar sind. Die Ermittlung des Spektrums der professionsspezifischen Tätigkeitsfelder – eines unserer eingangs genannten Untersuchungsziele – war für die Medizin schon mit Hilfe der Analysen des sekundärstatistischen Materials möglich gewesen. Denn hier existieren klare, etablierte und institutionalisierte Facharztgebiete. In der Psychologie ist das Spektrum der Inhaltsbereiche bzw. Tätigkeitsfelder unübersichtlicher, und hier soll die eigene Befragung zu größerer Klarheit verhelfen. Besonders wichtig ist im folgenden die Frage, in welchem Maße die Berufsverläufe in unterschiedliche Tätigkeitsfelder führen bzw. mit inhaltlich unterschiedlicher professioneller Spezialisierung einhergehen. Dann gehen wir zweitens auf Arbeitsformen, d.h. auf die unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnisse, auf das Ausmaß der Teilzeitarbeit und auf die wöchentlichen Arbeitszeiten ein.*

#### **3.1 Berufsverlaufsmuster und Arbeitsinhalte bzw. Tätigkeitsfelder**

##### **(a) Medizin**

In der schriftlichen Befragung wurden die UntersuchungsteilnehmerInnen gebeten, möglichst genau ihr gegenwärtiges oder letztes Tätigkeitsfeld anzugeben<sup>1</sup>. Anhand dieser Angaben ließen sich die Tätigkeitsinhalte in der Medizin problemlos den institutionalisierten Facharztgebieten zuordnen.

In der folgenden Übersicht 5 werden die häufigsten Facharztgebiete – geordnet nach der Häufigkeit des Vorkommens in unserer Stichprobe - aufgeführt. Dies sind die Facharztgebiete, in denen jeweils mindestens 5.000 ÄrztInnen in Deutschland berufstätig sind (Quelle: Bundesärztekammer, Stand 31.12.1998, vgl. auch Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999, S. 43).

---

<sup>1</sup> vgl. dazu Grote, Dettmer, Hoff & Hohner (1999): Fragebogen zur schriftlichen Befragung S. 4, Frage 16.

## Übersicht 5: Häufigste Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Medizin

(n=351, Absolutwerte und Geschlechterverhältnis in % je Facharztgebiet sowie Prozentanteile an allen Fachgebieten)

Tätigkeitsfelder (Facharztgebiete) nach Häufigkeit geordnet	Männer		Frauen		Gesamt	
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%
1. Allgemeinmedizin (mit und ohne Facharztausbildung*)	(37)	45,7	(44)	54,3	(81)	23,1
2. Innere Medizin	(26)	57,8	(19)	42,2	(45)	12,8
3. Chirurgie	(19)	70,4	(8)	29,6	(27)	7,7
4. Anästhesie	(14)	51,9	(13)	48,1	(27)	7,7
5. Kinderheilkunde	(6)	31,6	(13)	68,4	(19)	5,4
6. Gynäkologie	(8)	47,1	(9)	52,9	(17)	4,8
7. Augenheilkunde	(4)	50,0	(4)	50,0	(8)	2,3
8. Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	(3)	42,9	(4)	57,1	(7)	2,0
9. Orthopädie	(6)	85,7	(1)	14,3	(7)	2,0
andere Facharztgebiete	(42)	48,8	(44)	51,2	(86)	24,5
nicht heilkundlich tätig und k.A.	(9)	33,3	(18)	66,7	(27)	7,7
<b>Insgesamt</b>	<b>(174)</b>	<b>49,6</b>	<b>(177)</b>	<b>50,4</b>	<b>(351)</b>	<b>100</b>

\* Eine Facharztausbildung für Allgemeinmedizin gibt es erst seit 1993. Von den 81 AllgemeinmedizinerInnen in unserer Stichprobe haben 38 keine Facharztausbildung angegeben.

In dieser Übersicht werden jene medizinischen Spezial- bzw.- Facharztgebiete unter der Sammelbezeichnung „andere Facharztgebiete“ zusammengefaßt, die sehr klein sind, d.h. in denen jeweils weniger als 5.000 Ärzte tätig sind. Dies gilt für mehr als 50 sehr kleine Spezialgebiete, von denen die folgenden auch in unserer Stichprobe vertreten sind:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 10. Anatomie                         | 22. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie   |
| 11. Arbeitsmedizin                   | 23. Öffentliches Gesundheitswesen               |
| 12. Biochemie                        | 24. Pathologie                                  |
| 13. Haut- und Geschlechtskrankheiten | 25. Physikalische und rehabilitative Medizin    |
| 14. Humangenetik                     | 26. Psychiatrie                                 |
| 15. Hygiene und Umweltmedizin        | 27. Psychiatrie und Psychotherapie              |
| 16. Kinder- und Jugendpsychiatrie    | 28. Psychotherapeutische Medizin                |
| 17. Laboratoriumsmedizin             | 29. Psychotherapie                              |
| 18. Lungen- und Bronchialheilkunde   | 30. Radiologie (incl. Diagnostische Radiologie) |
| 19. Neurologie                       | 31. Transfusionsmedizin                         |
| 20. Neurologie und Psychiatrie       | 32. Urologie                                    |
| 21. Nuklearmedizin                   | sonstige  |

Die beiden mit Abstand größten Gruppen sind die ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (23%) und für Innere Medizin (13%). In der ebenfalls großen Sammelgruppe der kleinen Facharztge-

bierte (25%), sind gleich viele Frauen und Männer. Unterschiedliche Geschlechterverhältnisse gibt es dagegen in folgenden Facharztgebieten: In der Chirurgie und Orthopädie – hier sind mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen tätig. Auch in der Inneren Medizin sind überproportional mehr Männer als Frauen beschäftigt. Dagegen ist umgekehrt in der Kinderheilkunde, in der Gynäkologie und der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde der Frauenanteil überproportional hoch. Unter den nicht heilkundlich tätigen MedizinerInnen sind schließlich sogar doppelt so viele Frauen wie Männer. Zur Allgemeinmedizin sei noch angemerkt, daß es hier mehr Frauen (66%) als Männer (34%) ohne Facharztausbildung gibt.

Vergleicht man die Häufigkeiten der Tätigkeitsfelder in unserer Stichprobe mit denen in Statistiken zu den Facharztgebieten in ganz Deutschland (BÄK, 2000), so zeigt sich als Tendenz, daß in den „großen“ Facharztgebieten in unserer Stichprobe (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin, in der ÄrztInnen mit oder ohne Facharztausbildung zusammengefaßt sind) ein höherer Frauenanteil zu finden ist. Das gilt besonders für die Innere Medizin und für die Kinderheilkunde.

Frauen weisen in unserer Untersuchung insgesamt ein weit größeres Spektrum der Tätigkeitsfelder auf als die Männer. 40% der Männer, aber nur 26% der Frauen sind in den drei größten Facharztgebieten (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie) tätig. Ein derart größeres Spektrum bei den Frauen zeigt sich auch noch einmal innerhalb der Gruppe der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen (in der das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist).

Was den **Zusammenhang zwischen Berufsverlaufsmustern und Tätigkeitsfeldern** in der Medizin anbelangt, so ist die Zahl der Facharztgebiete, die trotz unserer Zusammenfassung berücksichtigt werden müssen, immer noch so hoch, daß die Fallzahlen in den Zellen für die Kombination (jedes Musters mit jedem Tätigkeitsfeld) teilweise relativ klein ausfallen. Im übrigen haben wir im folgenden auch die Personen im Muster der "Diskontinuität" und der „starken Diskontinuität“ noch einmal zusammengefaßt, weil nur ein einziger Mann das Muster der Diskontinuität aufweist. Gleichwohl lassen sich sehr deutliche Unterschiede zwischen Mustern sowie zwischen den Tätigkeitsfeldern von Männern und Frauen in diesen Mustern aufweisen.

Die **Männer in der Medizin** sind nach der eben genannten Einteilung zu 37% (62 Personen) dem Muster des „Aufstiegs“, zu 21% (35 Personen) dem Muster des kontinuierlichen Verlaufs in Institutionen, zu 37% (62 Personen) dem Muster „zwei kontinuierliche Phasen“ (niedergelassene Ärzte) und nur zu 7% (11 Personen) dem diskontinuierlichen bzw. stark diskontinuierlichen Berufsverlaufsmuster zugeordnet worden.

Unter den 62 Medizinerinnen, die sich im Muster „**Aufstieg**“ befinden, sind am häufigsten Fachärztinnen für Chirurgie (19%), Innere Medizin (18%) und für Gynäkologie (10%) vertreten. Auch wenn man den insgesamt hohen Anteil der beiden Facharztgebiete Chirurgie und Innere Medizin in unserer Untersuchungsstichprobe berücksichtigt, so sind diese Gebiete hier überproportional repräsentiert. Die restlichen 18 Männer (53%), die in höchste oder mittlere Positionen aufgestiegen sind, haben sich in allen anderen Fachgebieten spezialisiert.

Unter den 35 Medizinerinnen, die **kontinuierlich in Institutionen** tätig waren, sind Chirurgen und Anästhesisten geringfügig stärker vertreten als andere Fachärztinnen.

Von den 62 **niedergelassenen** Medizinerinnen sind 45% Fachärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Praktische Ärztinnen. Fachärztinnen für Innere Medizin stellen die zweitgrößte Gruppe mit 15%, gefolgt von Orthopäden (8%) und Augenärztinnen (7%).

**Diskontinuierliche oder stark diskontinuierliche** Berufsverläufe sind bei den befragten Ärztinnen sehr selten. Die 11 Befragten, die sich hier finden, verteilen sich auf fast alle fachlichen Spezialgebiete.

Die befragten **Ärztinnen** finden sich – anders als die Männer – nur zu 13% (22 Personen) im Muster „Kontinuierlicher Aufstieg“, zu 25% (40 Personen) - ähnlich ihren männlichen Kollegen - im Muster „Kontinuität in Institutionen“, zu 35% (57 Personen) im Muster „Zwei kontinuierliche Phasen“ (niedergelassene Ärztinnen), aber zu 27% (45 Personen) im Muster Diskontinuität bzw. starke Diskontinuität. Wie im letzten Kapitel erwähnt, ist der Unterschied zwischen dem Anteil der Männer und dem viel höheren Frauenanteil in den diskontinuierlichen Mustern hochsignifikant.

Von den wenigen Frauen (n=22) im Muster „**Aufstieg**“ verteilt sich ein Teil auf alle Facharztgebiete; es gibt also keine Häufung von Vertreterinnen z.B. der Chirurgie, der Inneren Medizin oder der Gynäkologie wie bei den 62 Männern in diesem Muster.

Ein weiterer Teil ist ohne Facharztgebiet bzw. gar nicht heilkundlich tätig. Darunter finden sich 4 Frauen, denen der Aufstieg in höchste Positionen „gelingen“ ist (zwei innerhalb von Pharmaunternehmen und zwei innerhalb der Universität auf für die Medizin eher randständige Lehrstühle). Ein derart „gelingender“ Aufstieg ist also mit inhaltlicher Randständigkeit innerhalb der Profession „erkaufte“. Diese Aussage lässt sich noch viel präziser belegen, wenn wir von den 62 Männern und 22 Frauen in diesem Muster ausschließlich diejenigen betrachten, die wirklich in „höchste“ bzw. in „Spitzen“-Positionen gelangt sind (wenn wir also diejenigen in „mittleren“ Positionen beiseite lassen): Geradezu synonym mit einer Spitzenposition in der Medizin ist die Stellung des „Chefarztes“; und in der Tat sind von den 20 Männern mit Spitzenpositionen in unserer Stichprobe auch 16 Chefarzte bzw. Leiter einer Abteilung im Krankenhaus. Unter den 5 Frauen in unserer Stichprobe, die in höchste Position ge-

langt sind, ist dagegen keine einzige Chefärztin. Hier kommt zu den zwei Frauen auf randständigen Lehrstühlen und den zwei Frauen in Führungs- und Forschungspositionen in der Wirtschaft noch eine Ärztin mit leitender Position im Arbeitsamt hinzu.

Da die Grundgesamtheit aller Medizinerinnen in Spitzenpositionen so gering ist, kann man trotz unserer eigenen sehr kleinen Teilstichprobe von Frauen und Männern in höchsten Positionen festhalten, daß Männer in den etablierten und zentralen Domänen, Frauen dagegen in Randgebieten aufsteigen. Diese Feststellung deckt sich mit dem Phänomen, das in der Literatur als „ausschließende Einschließung“ bezeichnet wird. Mit diesem Begriff weist Wetterer (1999) darauf hin, daß Frauen einerseits zwar nicht mehr vom Zugang zur Profession insgesamt ausgeschlossen werden, daß aber ihr Einschluß andererseits wieder neue **innerprofessionelle** Formen der Ausschließung hervorbringt.

Betrachtet man schließlich innerhalb des Musters „Aufstieg“ die „mittleren“ Positionen, so finden sich hier 17 Ärztinnen (29%) und 42 Ärzte (71%). Aufstiege in Positionen wie die der Oberärztin kommen also bei nicht einmal halb so vielen Frauen wie bei Männern vor, und für die Frauen ist mit einer solchen Position dann auch im Krankenhaus fast immer das Ende der „Karriere“ erreicht.

Im **kontinuierlichen** Berufsverlaufsmuster (ohne Aufstieg) fällt eine Häufung von Anästhesistinnen auf. Von 40 kontinuierlich im Krankenhaus oder anderen Institutionen tätigen Ärztinnen sind 6 Fachärztinnen für Anästhesie. Auch hier kann eine gewisse Marginalisierung von Frauen derart konstatiert werden, daß die Frauen in einem (etwa im Vergleich zur Chirurgie) weniger prestigeträchtigen Bereich überrepräsentiert sind. (Zum „Prestige“ vgl. auch Kap. 4.4)

Unter den **niedergelassenen** Ärztinnen im Berufsverlaufsmuster der zwei kontinuierlichen Phasen finden sich meist Praktische Ärztinnen bzw. Fachärztinnen für Allgemeinmedizin (28%), gefolgt von Fachärztinnen für Innere Medizin (16%), für Gynäkologie (11%) und für Kinderheilkunde (9%).

Vor allem bei den **diskontinuierlichen und stark diskontinuierlichen** Berufsverlaufsmustern fällt die relativ hohe Zahl der Ärztinnen für Allgemeinmedizin (40%) auf.

## **(b) Psychologie**

Während die Spezialgebiete in der Medizin mit den institutionalisierten Facharztgebieten zusammenfallen, sind sie in der Psychologie weitaus schwieriger bestimmbar. Denn Tätigkeitsfelder sind oft nicht klar gegeneinander abgegrenzt, und ihre Institutionalisierung steht noch am Anfang. Vor allem das Feld der psychologisch-therapeutischen Tätigkeit kann mit

dem erst vor kurzem in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz als derart institutionalisierte Domäne gelten.

In einem ersten Schritt haben wir zwischen klinischen und nicht-klinischen Tätigkeiten unterschieden. Dann haben wir die breite Palette der weiteren Tätigkeiten innerhalb beider Bereiche in Anlehnung an Einteilungen der Fachgruppen des BDP feiner differenziert: Unter **klinisch-therapeutische** Tätigkeiten fallen in der weiteren Darstellung Psychotherapie und klinische Beratung, sowie Tätigkeiten in den Bereichen von Rehabilitation, Sucht und psychosomatischen Störungen – dies zumeist in entsprechend benannten bzw. von unseren Befragten derart bezeichneten Einrichtungen bzw. Kliniken. **Nicht-klinische** Tätigkeiten umfassen den arbeits-, betriebs- und organisationspsychologischen Bereich (incl. Markt-, Werbe- und Verkehrspsychologie), die Bereiche Schulpsychologie, Erwachsenenbildung (zusammengefaßt zu Pädagogischer Psychologie), Forensische Psychologie, Gesundheits- und Sportpsychologie, Forschung und Lehre sowie Verwaltung und Management.

### Übersicht 6: Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Psychologie

*(n=585, Absolutwerte und Geschlechterverhältnis in % je Tätigkeitsfeld sowie Prozentanteile an allen Fachgebieten)*

Tätigkeitsfelder nach Häufigkeit geordnet	Männer		Frauen		Gesamt	
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%
<b>(a) klinisch-therapeutische Tätigkeiten</b>						
Psychotherapie	(64)	23,6	(207)	76,4	(271)	46,3
Beratung/ Therapie	(30)	31,0	(67)	69,0	(97)	16,6
Reha	(10)	50,0	(10)	50,0	(20)	3,4
Sucht	(4)	28,6	(10)	71,4	(14)	2,4
Psychosomatik	(8)	57,1	(6)	42,9	(14)	2,4
klinisch ohne weitere Angabe	(1)	11,3	(11)	91,7	(12)	2,1
<b>(b) nicht klinische Tätigkeiten:</b>						
Pädagogische Psychologie (Schulpsychologie, Erwachsenenbildung)	(22)	38,6	(35)	61,4	(57)	9,8
sonstige Bereiche (forensische Psychologie, Gesundheits- u. Sportpsychologie, Forschung u. Lehre, Verwaltung u. Management, fachunspezifische Tätigkeiten)	(18)	36,0	(32)	64,0	(50)	8,5
Arbeits- Betriebs- und Organisationspsychologie (incl. Markt- u. Werbepsychologie u. Verkehrspsychologie)	(29)	61,7	(18)	38,3	(47)	8,0
keine Angabe	--		(3)	100,0	(3)	0,5
<b>Insgesamt</b>	<b>(186)</b>	<b>31,8</b>	<b>(399)</b>	<b>68,2</b>	<b>(585)</b>	<b>100,0</b>

p<.001

Übersicht 6 zeigt, daß der größte Teil der PsychologInnen in klinisch-therapeutischen Tätigkeitsfeldern arbeitet. Insgesamt (diese Gesamthäufigkeiten sind jedoch nicht in Übersicht 6 enthalten) sind es knapp zwei Drittel der Männer und ein noch höherer Anteil der Frauen (78%). Im nicht-klinischen Bereich fällt ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis in der Arbeits- und Organisationspsychologie (ABO- Psychologie) auf; hier sind 62% der dort berufs-

tätigen Professionsangehörigen Männer und nur 38% Frauen. Die Unterschiede in der Verteilung von Frauen und Männern über die Haupttätigkeitsfelder in der Psychologie hinweg sind hochsignifikant.

Bei der Differenzierung nach **Berufsverlaufsmustern** beginnen wir wieder mit dem Muster des „**Aufstiegs**“. Anders als in der Medizin ist der berufliche Aufstieg in Institutionen in der Psychologie nicht anhand von Titeln (OberärztInnen, ChefärztInnen) zu erkennen. Statt dessen haben wir Angaben zur Weisungsbefugnis über MitarbeiterInnen als Kriterium für die Unterscheidung von höchsten und mittleren Positionen herangezogen (vgl. Kap. 2.2).

Auch in der Psychologie findet man im Aufstiegsmuster mehr Männer als Frauen. Im Vergleich zur Medizin ist die Disparität im Geschlechterverhältnis jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt. Hier stehen 17 Männern in den höchsten Positionen 10 Frauen gegenüber. Von diesen 10 Frauen sind 5 in klinisch-therapeutischen und 4 in pädagogisch-psychologischen Bereichen leitend tätig. Eine Frau ist Universitätsprofessorin. Keine der Frauen mit Leitungsfunktionen ist als ABO- Psychologin tätig; dagegen finden sich allein 6 der 17 Männer in Spitzenpositionen in diesem Bereich. Die Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie kann also wohl besonders mit Blick auf Führungspositionen als Männerdomäne bezeichnet werden.

Zur weiteren Betrachtung von Zusammenhängen zwischen Berufsverlaufsmustern und Tätigkeitsfeldern sowie von Unterschieden zwischen Männern und Frauen erscheint es sinnvoll, alle kontinuierlichen Berufsverlaufsmuster (P1, P2, P3, P4 vgl. Kap. 2) sowie alle Muster, die sich durch mehr oder minder starke Diskontinuität kennzeichnen lassen (P6, P7, P8) zusammenzufassen. Nur das Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit, das für die Psychologie charakteristisch ist, wird separat berücksichtigt.

## Übersicht 7: Berufsverlaufsmuster, Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Psychologie

(Prozentanteile der Tätigkeitsfelder je Berufsverlaufsmuster)

### (A) Kontinuität (n=216)

	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
klinisch-therapeutisch	(58)	61,1	(95)	78,5
arbeits-organisationspsychologisch	(19)	20,0	(4)	3,3
pädagogisch-psychologisch	(11)	11,6	(12)	9,9
sonstige Tätigkeiten	(7)	7,4	(10)	8,3
Insgesamt	(95)	100,0	(121)	100,0

p<.01

### (B) Doppel- und Mehrgleisigkeit (n=102)

	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
klinisch-therapeutisch	(25)	64,1	(42)	66,7
arbeits-organisationspsychologisch	(5)	12,8	(4)	6,3
pädagogisch-psychologisch	(5)	12,8	(8)	12,7
sonstige Tätigkeiten	(4)	10,3	(9)	14,3
Insgesamt	(39)	100,0	(63)	100,0

### (C) Diskontinuität (n=255)

	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
klinisch-therapeutisch	(33)	70,2	(169)	81,3
arbeits-organisationspsychologisch	(4)	8,5	(10)	4,8
pädagogisch-psychologisch	(6)	12,8	(15)	7,2
sonstige Tätigkeiten	(4)	8,5	(14)	6,7
Insgesamt	(47)	100,0	(208)	100,0

Vergleicht man zunächst die drei Formen von Berufsverlaufsmustern (Kontinuität, Doppel- und Mehrgleisigkeit sowie Diskontinuität in Übersicht 7), so wird auf einen Blick deutlich, daß die Berufsverläufe vor allem in klinisch-therapeutischen Tätigkeitsfeldern stattgefunden bzw. zu solchen Feldern geführt haben. Betrachtet man weiter die Tätigkeitsfelder pro Verlaufsmusterform, so fällt auf, daß **kontinuierliche** Berufswege bei den Männern nicht ganz so häufig (nämlich nur zu 61%) wie bei den Frauen (79%) im klinisch-therapeutischen Bereich, sondern stattdessen deutlich häufiger (20%) als bei den Frauen (3%) im arbeits- und organisationspsychologischen Bereich zu finden sind. Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Beim Muster der **Doppel- und Mehrgleisigkeit** unterscheiden sich die Geschlechteranteile pro Tätigkeitsbereich kaum. Und **diskontinuierliche** Muster weisen nicht bloß für beide Geschlechter noch mehr Personen im klinisch-therapeutischen Bereich auf als die anderen Muster, sondern hier sind besonders viele Frauen (n=169) im Vergleich zu Männern (n=33) klinisch-therapeutisch tätig. Hier wurde auf Signifikanzprüfungen wegen z.T. sehr geringer Zellhäufigkeit verzichtet.

Zusammenfassend läßt sich für die Medizin festhalten, daß Frauen ein breiteres Spektrum an Arbeitsinhalten bzw. Tätigkeitsfeldern aufweisen als ihre männlichen Kollegen, die meist in den vergleichsweise großen Facharztgebieten tätig sind. Während Männer weiter häufig in einem der bekannteren Gebieten wie der Chirurgie aufsteigen, sind es für die wenigen Frauen, die überhaupt in Spitzenpositionen gelangen, eher die randständigen, z. T. kaum noch heilkundlichen Tätigkeitsfelder in universitärer und außer-universitärer Forschung oder in Industrie und Verwaltung; auch auf mittleren Positionen wie der des Oberarztes sind Frauen unterrepräsentiert.

In der Psychologie liegen die weitaus meisten Tätigkeitsfelder im klinisch-therapeutischen Bereich. Dort sind die Frauen stärker vertreten als die Männer, und besonders viele Frauen mit diskontinuierlichen Berufsverläufen arbeiten in diesem Bereich. Von allen anderen, im Vergleich dazu wesentlich kleineren Bereichen ist der arbeits- und organisationspsychologische am wichtigsten. Hier arbeiten überwiegend Männer, und die Berufsverläufe sind hier stärker kontinuierlich. In der Psychologie steigen Männer häufiger als Frauen in Leitungspositionen auf – allerdings ist das Geschlechterverhältnis nicht ganz so ungleich wie in der Medizin.

## **3.2 Berufsverlaufsmuster und Arbeitsformen**

### **3.2.1 Berufsverlaufsmuster, Beschäftigungsform und Teilzeiterwerbstätigkeit**

#### **(a) Medizin**

Bevor wir nun auf die Arbeitsformen und hier zuerst auf die Beschäftigungsverhältnisse eingehen, sei darauf hingewiesen, daß fast alle Untersuchungspartner in der Medizin (96%) zum Zeitpunkt der Befragung auch tatsächlich erwerbstätig waren<sup>1</sup>. Übersicht 8 zeigt die Beschäftigungsformen bei Männern und Frauen in beiden Professionen sowie das Verhältnis von Teil- und Vollzeitbeschäftigung.

---

<sup>1</sup> 15 Personen werden im folgenden nicht berücksichtigt, weil sie zur Zeit der Befragung erwerbs- bzw. arbeitslos waren oder sich in Erziehungsurlaub befanden.

## Übersicht 8: Beschäftigungsverhältnisse in Medizin und Psychologie

(nMedizin=351, nPsychologie=585, Prozentanteile der Beschäftigungsformen)

Beschäftigungsverhältnis	Medizin				Psychologie			
	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%
unbefristet angestellt (verbeamtet)	(93)	54,4	(76)	46,1	(98)	53,3	(163)	43,0
befristet angestellt (verbeamtet)	(12)	7,0	(11)	6,7	(16)	8,7	(27)	7,1
freiberuflich/selbständig	(64)	37,4	(76)	46,1	(67)	36,4	(187)	49,3
keine Angabe	(2)	1,2	(2)	1,2	(3)	1,6	(2)	0,5
Insgesamt	(171)	100,0	(165)	100,0	(184)	100,0	(379)	100,0

n.s. p<.05

Beschäftigungsverhältnis	Medizin				Psychologie			
	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%
Teilzeit <sup>1</sup>	(7)	4,1	(49)	29,7	(16)	8,7	(199)	52,5
Vollzeit	(164)	95,9	(116)	70,3	(168)	91,3	(180)	47,5
Insgesamt	(171)	100,0	(165)	100,0	(184)	100,0	(379)	100,0

p<.001 p<.001

Mehr als die Hälfte (54%) der Mediziner arbeitet in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis, und etwas mehr als ein Drittel (37%) ist freiberuflich bzw. selbständig tätig. Frauen arbeiten dagegen weniger häufig (46%) als Männer in unbefristeten, gesicherten Beschäftigungsverhältnissen. Umgekehrt sind mehr Frauen (46%) als Männer freiberuflich tätig. Übersicht 8 zeigt, daß die analogen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Psychologie noch etwas stärker ausgeprägt und dort (auch wegen der größeren Stichprobe) statistisch signifikant sind, was für unsere Stichprobe der MedizinerInnen nicht gilt. Deshalb erscheint es sinnvoll, an dieser Stelle gleichwohl schon zwei Erklärungen anzuführen, die einander nicht ausschließen: Den Frauen mit Familie erscheint erstens die Freiberuflichkeit bzw. Selbständigkeit attraktiver, da sie eine höhere Flexibilität bei der Zeiteinteilung und eine „familienfreundliche“ Organisation des Arbeitsalltags ermöglicht. Zweitens kann die Niederlassung bzw. Freiberuflichkeit bedeuten, daß besonders die befristeten, prekären Beschäftigungsverhältnisse verlassen oder vermieden werden.

Befristete Arbeitsverhältnisse kommen bei Frauen wie bei Männern gleich selten vor. Bei den Männern finden sie sich eher in den Mustern der „Kontinuität in Institutionen“ sowie der „starken Diskontinuität“ und bei den befragten Frauen vor allem im Muster „Diskontinuität“. Sie machen eine langfristige biographische Planung schwierig, reihen sich aneinander und sind dann gewissermaßen strukturell konstitutiv für diskontinuierliche Berufsverläufe.

<sup>1</sup> Wie bei den Angaben im Mikrozensus haben wir bis zu 32 Wochenstunden als Teilzeit- und 33 und mehr Wochenstunden als Vollzeitbeschäftigung bezeichnet.

Betrachtet man die Beschäftigungsverhältnisse nicht nur unter dieser Sicherheits- und Planungsperspektive, sondern berücksichtigt man außerdem ihren zeitlichen Umfang, so zeigt sich, daß viel mehr Frauen (30%) als Männer (4%) in der Medizin teilzeitbeschäftigt sind. Von den befragten Ärzten arbeiten dagegen 96% nicht in Teilzeit (d. h. mindestens 33 Stunden, aber in der Regel mehr; im nächsten Abschnitt gehen wir darauf ein, daß es sich in der Medizin um weit mehr Stunden als die der normalen 38,5-Stunden-Woche handelt). Teilzeitstellen kommen besonders den Wünschen der Frauen mit Familie entgegen, die berufliche und familiäre Aufgaben hier besser als auf Vollzeitstellen integrieren können. Allerdings sind Teilzeitstellen in der Medizin im Vergleich zur Profession Psychologie rar. Noch seltener sind hier besonders prekäre Arbeitsverhältnisse. Auf befristeten Teilzeitstellen arbeiten nur 3% der Medizinerinnen (n=5), und es gibt keinen Arzt auf einer solchen Stelle.

### **(b) Psychologie**

Ebenso wie in der Medizin sind auch in der Psychologie fast alle Befragten (96%) erwerbstätig<sup>1</sup>. Wie schon gesagt, sind die Geschlechteranteile pro Beschäftigungsform ähnlich, aber die Unterschiede sind noch etwas stärker ausgeprägt als in der Medizin: 10% Prozent mehr Männer (53%) als Frauen (43%) sind unbefristet abhängig beschäftigt, aber umgekehrt arbeiten 13% mehr Frauen (49%) als Männer (36%) freiberuflich.

In beiden Professionen hat also die Selbständigkeit bzw. Freiberuflichkeit für Frauen ein stärkeres Gewicht als für Männer. In der Psychologie ist der höchste Anteil an allen Frauen freiberuflich tätig, und diese Frauen können damit auch häufiger ihren Tagesablauf und ihre wöchentliche Arbeitszeit selbst bestimmen sowie auf familiäre Aufgaben abstimmen. In der Psychologie stellt die Niederlassung im übrigen auch keine so große Hürde dar, denn die Kosten für Praxisausstattung und Apparate sind hier geringer als in der Medizin.

Befristete Arbeitsverhältnisse finden sich bei den befragten Psychologen vor allem im Muster „Kontinuität und Diskontinuität“ sowie im Muster „starke Diskontinuität“. Psychologinnen, die befristet angestellt sind, finden sich vor allem im Muster „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ sowie im Muster „starke Diskontinuität“.

Betrachtet man die Teilzeitarbeit, so zeigen sich in der Psychologie ebenfalls viel stärkere Unterschiede. Bei den Männern sind nur 9%, bei den Frauen dagegen 53% teilzeit beschäftigt. In unserer Stichprobe arbeitet nur ein einziger Mann auf einer befristeten Stelle in Teil-

---

<sup>1</sup> Erwerbslos waren hier zum Befragungszeitpunkt 9 Personen, in Erziehungsurlaub befanden sich 4 Psychologinnen, und 2 Psychologinnen waren als Hausfrauen nicht erwerbstätig.

zeit. Bei den Frauen sind es dagegen 12 Personen (3%) in diesem prekären Beschäftigungsverhältnis.

An dieser Stelle muß noch auf einen Unterschied zwischen den Männern in beiden Professionen hingewiesen werden: Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Männer ist zwar in beiden Professionen gering; gleichwohl arbeiten Psychologen häufiger in Teilzeit als Ärzte. Dieser Befund paßt zu dem Ergebnis, daß Psychologen häufiger Partnerinnen haben, die berufstätig sind (vgl. Kap. 5). In diesen Partnerschaften verteilt sich die Erwerbstätigkeit also gleichmäßiger auf beide Partner. Inwieweit in diesen Partnerschaften dann auch die Familienarbeit stärker paritätisch aufgeteilt wird, soll anhand der weiteren Auswertungen (vor allem denen der mündlichen Interviews) untersucht werden. Erwähnt sei schließlich, daß die Psychologinnen unserer Untersuchungsgruppe fast doppelt so häufig in Teilzeit arbeiten wie die befragten Ärztinnen. Offensichtlich sind Organisationsstrukturen in psychologischen Berufsfeldern nicht derart starr wie z. B. in vielen Krankenhäusern, und es existieren mehr Teilzeitarbeitsplätze.

### **3.2.2 Berufsverlaufsmuster und Arbeitszeit**

#### **(a) Medizin**

Wendet man sich nun genauer der wöchentlichen Arbeitszeit zu, so zeigt sich für die Medizin folgendes: Männliche Mediziner unserer Befragungsgruppe geben eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 55 Stunden und Ärztinnen eine deutlich niedrigere Zeit von 40 Wochenstunden an. Anders als bei Psychologinnen – darauf sei hier schon im Vorgriff hingewiesen – liegt diese Zahl bei den Medizinerinnen jedoch noch über der „normalen“ Vollarbeitszeit von 38,5 Std/Woche.

Bezogen auf die einzelnen Berufsverlaufsmuster zeigt sich weiter folgendes:

## Übersicht 9: Berufsverlaufsmuster, Wochenarbeitszeit und Geschlecht in der Medizin

( $n=351$ ,  $M$ =arithmetisches Mittel,  $s$ =Standardabweichung)

Berufsverlaufsmuster	Wochenarbeitszeit in Stunden					
	(n=)	Männer		(n=)	Frauen	
		M	s		M	s
kontinuierlicher Aufstieg	(60)	58,2	11,9	(22)	46,5	8,5
Kontinuität in Institutionen	(35)	50,1	10,9	(39)	40,3	15,7
Zwei kontinuierliche Phasen	(62)	54,7	11,2	(56)	43,4	13,0
Diskontinuität	(1)	--	--	(18)	30,6	15,3
Starke Diskontinuität	(10)	56,7	15,9	(23)	35,2	15,1
Insgesamt	(167)	55,1	11,9	(158)	40,4	14,5

$p < .05$

$p < .01$

Die höchste wöchentliche Arbeitszeit geben **Ärzte** im Muster „Kontinuierlicher Aufstieg“ mit durchschnittlich 58 Stunden pro Woche an. Ihnen folgen die Mediziner im Muster „starke Diskontinuität“ mit rund 57 Wochenstunden. Die hohe Standardabweichung weist hier allerdings darauf hin, daß die Angaben der nur 10 Personen in diesem Muster stark differieren. Die niedrigste Arbeitszeit von Männern wird im Muster „Kontinuität in Institutionen“ angegeben. Aber auch hier (also vor allem in der Institution des Krankenhauses) beträgt die Arbeitszeit immer noch durchschnittlich 50 Wochenstunden. Bei den Männern wird das Muster Diskontinuität nicht berücksichtigt, da es nur eine Person betrifft. Diese Unterschiede zwischen den Arbeitszeiten bei Männern in verschiedenen Berufsverlaufsmustern sind signifikant.

Die **Frauen** in den ersten drei Mustern arbeiten dagegen ca. 10 Stunden und im Muster der starken Diskontinuität im Durchschnitt sogar mehr als 20 Stunden weniger pro Woche als die Männer. Wie schon zuvor wiederholt erwähnt, liegt der Grund für diese generell geringere wöchentliche Arbeitszeit der Frauen in der Betreuung von Kindern und in der Vereinbarung von beruflichen und familialen Aufgaben, für die sie stärker zuständig sind als die Männer. Wie in Kapitel 5.1 später noch beschrieben wird, geben Frauen gerade in den diskontinuierlichen Berufsverlaufsmustern höhere durchschnittliche Kinderzahlen an als in den restlichen Mustern, so daß die hier geringsten Wochenstundenzahlen nicht verwundern. Die im Vergleich zu den Männern in fast allen Mustern durchgängig höhere Streuung weist darauf hin, daß Frauen sehr flexibel auf die Doppelanforderungen in beiden Lebensbereichen reagieren und individuell unterschiedliche zeitliche Lösungen suchen. Ebenso wie bei den Männern sind auch bei den Frauen die Unterschiede zwischen den Arbeitszeiten pro Muster signifikant.

Bei genauerer Betrachtung der Personen, die in mittlere und höchste Positionen aufgestiegen sind, überrascht deren höchste Arbeitszeit kaum, wohl aber die Tatsache, daß selbst hier die Frauen mit Familie wegen der Kinder kürzer arbeiten. Auch dann, wenn es bezahlte Hilfe in Familie und Haushalt gibt, bleiben diese Frauen in hohen Positionen noch für den außerberuflichen Lebensbereich zuständig. Die weitere Diskrepanz zwischen der höheren Arbeitszeit von Männern und der geringen von Frauen mit stark diskontinuierlichen Berufsverläufen mag daran liegen, daß die wenigen Männer hier verspätet versuchen, ihren für Ärzte sehr untypischen Berufsweg quasi zu korrigieren, beruflich doch noch „erfolgreich“ zu werden, und dafür nun besonders viel Zeit investieren.

Im Anschluß an unsere zentrale Erklärung der geringeren Arbeitszeit von Frauen aufgrund ihrer stärkeren Zuständigkeit für die Kinder und die Familienarbeit liegt es nun nahe, schon an dieser Stelle zwischen den **Professionsangehörigen mit Kindern und denen ohne Kinder** zu unterscheiden. Übersicht 10 zeigt (ohne weitere Differenzierung nach Berufsverlaufsmustern oder nach der Anzahl von Kindern, darauf gehen wir noch in Kapitel 5 ein) lediglich diese Unterschiede der Arbeitszeiten von Männern und Frauen ohne Kinder und mit Kindern.

**Übersicht 10: Wochenarbeitszeit, Geschlecht und Kinder in der Medizin**  
( $n=351$ ,  $M$ =arithmetisches Mittel,  $s$ =Standardabweichung)

Kinderstatus	Wochenarbeitszeit in Stunden					
	Männer			Frauen		
	(n=)	M	s	(n=)	M	s
ohne Kinder	(41)	52,0	12,0	(42)	48,2	11,7
mit Kindern	(130)	55,6	12,0	(123)	37,2	14,8
	n.s.			p<.001		

Wie zu erwarten, liegt die wöchentliche Arbeitszeit der Medizinerinnen mit einem oder mehr Kindern (mit durchschnittlich 37 Stunden) deutlich niedriger als die der Frauen ohne Kinder (mit 48 Stunden). Auffallend ist nun jedoch, daß bei den Männern eine entgegengesetzte Tendenz feststellbar ist: Hier sind es gerade diejenigen mit Kindern, die in der Woche durchschnittlich länger (56 Stunden) arbeiten als die Ärzte ohne Kinder (52 Stunden). Dies kann man auch so interpretieren, daß die Väter ihre Verantwortung für die Kinder indirekt über Erfolg und Existenzsicherung ihrer Familie durch den Beruf wahrnehmen, während sich die Mütter direkt als verantwortlich begreifen. Bei den Ärztinnen ohne Kinder ist im übrigen die Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden in sämtlichen Berufsverlaufsmustern (auf deren Auflistung wir in Übersicht 10 verzichtet haben) höher als bei den Frauen mit Kindern. Ein kausaler Zusammenhang ist in zweierlei Richtung denkbar: Ein hochqualifizierter Beruf mit hoher Arbeitsbelastung kann ein Grund sein, sich gegen Kinder zu entscheiden; und umgekehrt

kann eine außerberufliche Lebenslage ohne Kinder und familiäre Anforderungen bewirken, daß berufliches Engagement immer stärker wird (und u. U. auch kompensatorische Funktion haben kann).

Betrachtet man genauer die Anzahl der Kinder, so zeigt sich bei Frauen in der Medizin ein linearer Zusammenhang: Je mehr Kinder, desto geringer die wöchentliche Arbeitszeit. (Dar- auf kommen wir in Kapitel 5 zurück.)

## (b) Psychologie

In der Psychologie wird die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit insgesamt viel niedri- ger als in der Medizin angegeben. Bei den Männern liegt sie im Mittel bei 45 Wochenstunden – also um 10 Stunden niedriger als in der Medizin. Allerdings ist diese Zahl der wöchentli- chen Arbeitsstunden auch bei den Psychologen noch höher als die Normalarbeitszeit von 38,5 Wochenstunden.

Die Psychologinnen unserer Stichprobe geben durchschnittlich 32 Stunden an, also etwa 8 Stunden weniger als die Medizinerinnen. Ärztinnen liegen also mit durchschnittlich 40 Wo- chenstunden beim Umfang einer Vollzeitstelle, während die Arbeitszeit von Psychologinnen im Mittel dem Umfang einer Zwei-Drittel-Stelle entspricht.

Wir kommen nun wieder zu den einzelnen Berufsverlaufsmustern:

### Übersicht 11: Berufsverlaufsmuster, Wochenarbeitszeit und Geschlecht in der Psychologie ( $n=585$ , $M$ =arithmetisches Mittel, $s$ =Standardabweichung)

Berufsverlaufsmuster	Wochenarbeitszeit in Stunden					
	(n=)	Männer M	s	(n=)	Frauen M	s
(kontinuierlicher) Aufstieg	(40)	46,8	9,0	(24)	41,5	10,2
Kontinuität in Institutionen	(20)	42,2	6,4	(31)	32,7	8,9
Kontinuität Selbständiger	(11)	44,5	19,6	(22)	32,8	12,6
Zwei kontinuierliche Phasen	(24)	46,1	10,8	(42)	29,2	13,9
Doppel- u. Mehrgleisigkeit	(39)	44,2	10,7	(62)	34,0	15,9
Kontinuität u. Diskontinuität	(20)	43,5	7,0	(53)	31,4	11,8
Diskontinuität	(10)	42,3	12,6	(80)	30,5	13,1
Starke Diskontinuität	(15)	40,9	11,6	(61)	27,9	11,1
Insgesamt	(179)	44,4	10,5	(375)	31,7	13,0

n.s.

$p < .01$

Wie in der Medizin geben auch in der Psychologie die **Männer**, die (kontinuierlich) in mittlere und höchste Positionen aufgestiegen sind, die höchste durchschnittliche Wochenarbeitszeit an, die mit 47 Stunden aber unter der bei allen Gruppen von Medizinern liegt. Auch die Männer mit Berufswegen, die ganz oder teilweise durch selbständige Tätigkeiten gekennzeichnet sind (Kontinuität Selbständiger, zwei kontinuierliche Phasen, Doppel- und Mehrgleisigkeit), arbeiten einerseits noch zeitlich länger (nämlich durchschnittlich 44 bis 46 Stunden pro Woche) als die PsychologInnen in den übrigen Mustern, aber andererseits deutlich kürzer als die selbständig tätigen Ärzte. Die übrigen Berufsverläufe führen in Arbeitsverhältnisse mit einer Arbeitszeit, die nur leicht über der üblichen 40-Stunden-Woche liegt. Insgesamt ist es damit den Männern in der Psychologie beruflich leichter möglich als denen in der Medizin, ein stärkeres zeitliches Gleichgewicht zwischen den Lebenssphären herzustellen. Falls es in unserer Stichprobe „Zeitpioniere“ im Sinne von Hörning (1990) geben sollte, die flexibel und souverän über ihre Zeit verfügen, so dürfte es sich also am ehesten um Psychologen handeln; und möglicherweise gehören sie zur kleinen Gruppe der kontinuierlich Selbständigen mit einer besonders auffallenden Streuung der Arbeitszeiten.

Bei den **Frauen** zeigt sich ebenfalls im Muster „Aufstieg“ mit 42 Stunden die höchste wöchentliche Arbeitszeit. Weiter fällt hier nur noch das Muster „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ mit durchschnittlich 34 wöchentlichen Arbeitsstunden und einer hohen Streuung ins Auge. Frauen in unserer Stichprobe üben häufig mehrere Beschäftigungen parallel aus – wohl zum Teil, um ihr Einkommen zu sichern, und zum Teil, um ihre zeitliche Flexibilität zu erhöhen, die neben einer abhängigen Beschäftigung auf einer Teilzeitstelle vor allem durch eine gleichzeitige freiberufliche Tätigkeit gewährleistet werden kann. Als Preis dafür wird in diesem Muster von etlichen Frauen eine höhere Arbeitszeitbelastung in Kauf genommen.

In allen anderen Berufsverlaufsmustern geben die Frauen eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit an, die um 30 Stunden streut. In abhängigen Beschäftigungsverhältnissen entspricht dies „halben“ und „Drei/Viertel“-Teilzeitstellen; und wie schon erwähnt, gibt es diese, besonders von Frauen präferierten Teilzeitstellen in der Psychologie offensichtlich häufiger als in der Medizin (zu den Teilzeitarbeitszahlen für die gesamte Psychologie vgl. Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999, S. 36). Eher als im Krankenhaus ist es z. B. in psychologischen Beratungsstellen auch möglich, daß solche Teilzeitarbeitsverhältnisse dauerhaft sind. Hier wie in der freiberuflichen Tätigkeit, auf die Frauen auch ausweichen, wenn abhängige Tätigkeiten nicht auf Dauer gesichert sind, ist eine Integration von beruflichen und familialen Anforderungen am ehesten möglich. Die Unterschiede zwischen den Arbeitszeiten bei den Männern in verschiedenen Berufsverlaufsmustern sind nicht signifikant; bei den Frauen sind sie dagegen hochsignifikant.

Auch für die Psychologie wollen wir nun noch kurz zwischen den **Personen mit Kindern und ohne Kinder** differenzieren:

**Übersicht 12: Wochenarbeitszeit, Geschlecht und Kinder in der Psychologie**  
*(n=585, M=arithmetisches Mittel, s=Standardabweichung)*

Kinderstatus	Wochenarbeitszeit in Stunden					
	Männer			Frauen		
	(n=)	M	s	(n=)	M	s
ohne Kinder	(55)	45,6	10,0	(110)	38,8	11,6
mit Kindern	(129)	43,9	10,7	(269)	28,7	12,4

n.s. p<.001

Hier liegt die wöchentliche Arbeitszeit von Frauen mit einem Kind oder mit mehreren Kindern (mit durchschnittlich 29 Stunden) ebenfalls deutlich niedriger als die von Frauen ohne Kinder mit (39 Stunden). Anders als in der Medizin gibt es aber in der Psychologie keine gegenläufige Tendenz bei den Männern; hier arbeiten diejenigen mit Kindern (wie die Frauen, wenngleich nur sehr geringfügig) weniger als diejenigen ohne Kinder. Psychologen haben (oder nehmen sich) also mehr Zeit für Kinder und Familie als Mediziner, und möglicherweise entspricht hier ein stärkeres zeitliches Gleichgewicht zwischen Beruf und Familie auch einer stärkeren Passung zwischen Berufsinhalten und dem Verständnis der eigenen Elternrolle im Sinne einer partnerschaftlichen, direkten Zuständigkeit für die eigenen Kinder.

**Zu den Arbeitsformen läßt sich zusammenfassend sagen, daß in der Medizin mehr Männer als Frauen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen, aber umgekehrt mehr Frauen als Männer freiberuflich arbeiten. Diese Unterschiede sind in der Psychologie noch etwas stärker ausgeprägt. Die freiberuflichen Tätigkeiten eröffnen den Frauen mit Kindern zeitlich bessere Möglichkeiten der Vereinbarung von Beruf und Familie, aber sie sind ebenso wie befristete Stellen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen nicht so sicher wie dauerhafte Stellen im Angestellten- oder Beamtenverhältnis. In der Medizin ist Vollzeitarbeit die Regel, und nur ein knappes Drittel der Frauen arbeitet in Teilzeit. In der Psychologie sind dagegen mehr als die Hälfte der Frauen und auch noch fast 10% der Männer teilzeitbeschäftigt.**

**Betrachtet man die zeitlichen Arbeitsbedingungen detaillierter, so arbeiten Männer in der Medizin durchschnittlich 55 und Frauen 40 Stunden wöchentlich; in der Psychologie arbeiten Männer durchschnittlich 45 und Frauen 32 Stunden. Diese Zeiten variieren teilweise mit den Berufsverlaufsmustern. So arbeiten Personen, die in mittlere und höchste Positionen aufgestiegen sind, zeitlich mehr als alle anderen, und Medizinerinnen in diskontinuierlichen Berufsverläufen arbeiten z. B. zeitlich weniger als ihre Kolleginnen in anderen Verlaufsmustern. Die bei den Frauen in beiden Professionen**

auffallend kürzeren Arbeitszeiten verweisen ebenso wie die häufigeren freiberuflichen und z. T. prekären Beschäftigungsverhältnisse darauf, daß Frauen ihre Arbeitszeit viel stärker auf Kinder und auf Familienarbeit abstellen als Männer. Dafür sprechen schließlich auch die Unterschiede zwischen Personen mit Kindern und ohne Kinder: Frauen mit Kindern haben eine deutlich geringere Arbeitszeit als die ohne Kinder. Männer mit Kindern arbeiten in der Medizin dagegen zeitlich mehr als ihre Kollegen ohne Kinder – vermutlich begreifen sie ihre hohe Arbeitsbelastung im Sinne einer (indirekten) Verantwortungsübernahme für die Familie. Psychologen mit Kindern und ohne Kinder unterscheiden sich dagegen nicht in dieser Weise, und die insgesamt geringere zeitliche Arbeitsbelastung erlaubt hier den Vätern eine zeitlich längere Anwesenheit in der Familie und damit wohl auch eine stärker direkte Verantwortung bzw. Zuständigkeit für die Kinder als bei den Medizinerinnen.

## 4. Berufsverlauf, Einkommen und Prestige

*Nach der Darstellung von Arbeitsinhalten und Arbeitsformen, d. h. von Tätigkeitsfeldern, Beschäftigungsformen und Arbeitszeiten kommen wir in diesem Kapitel zum Einkommen und zum Prestige, das den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern innerhalb der jeweiligen Profession zugeschrieben wird. Was das Einkommen anbelangt, so ist bekannt, daß ÄrztInnen in manchen Fachgebieten mehr und in manchen weniger verdienen. Ebenso liegt es auf der Hand, daß das Einkommen von der Arbeitszeit abhängt und daß etwa die vielen Frauen mit reduzierter Wochenstundenzahl (besonders in der Psychologie) weniger verdienen als die Mehrzahl der Männer mit hoher Wochenarbeitszeit. Wie diese Unterschiede aber im einzelnen aussehen und wie sie mit den Berufsverläufen zusammenhängen, ist unklar. Das Einkommen stellt zudem nicht nur die materielle Grundlage für einen Großteil aller weiteren Lebensbedingungen im außerberuflichen Bereich dar, sondern es kann auch als „objektiver“ Indikator für Berufserfolg herangezogen werden. Dies gilt ebenso für Einschätzungen des Prestiges von Tätigkeitsfeldern innerhalb der Professionen. In unserer schriftlichen Befragung hatten wir bereits nach anderen Indikatoren für Berufserfolg gefragt – nämlich nach der erreichten Position, die z. T. an Titeln ablesbar ist, und nach Weisungsbefugnissen; diese Indikatoren sind für die Bestimmung des Berufsverlaufsmusters „Aufstieg“ (M1, P1, vgl. Kap. 2) herangezogen worden. Man kann also sagen, daß Personen im Muster „Aufstieg“ beruflich besonders erfolgreich sind. Weitergehende Aussagen zum Berufserfolg anhand anderer „objektiver“ Indikatoren, die wir später mit den subjektiven Vorstellungen zum Erfolg im eigenen Beruf und eigenen Leben vergleichen wollen, sind mit Blick etwa auf freiberuflich Tätige oder auf PsychologInnen im Berufsverlaufsmuster der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ nicht möglich gewesen. Hier helfen uns Angaben zu Einkommen und Prestige weiter. Da wir unsere Befragten dazu nicht selbst befragt hatten, sind im nachhinein Einschätzungen anhand der Tätigkeitsbeschreibungen und Arbeitszeiten aller Personen vorgenommen worden. Dies geschah im Rahmen einer Diplomarbeit (Wahl, 2000), aus der hier nun auszugsweise einige Hauptergebnisse berichtet werden.*

### 4.1 Zur empirischen Ermittlung von Einkommen

Aus folgenden Gründen haben wir darauf verzichtet, in unserem Fragebogen direkte Fragen nach dem monatlichen Einkommen zu stellen: Erstens erscheint die Validität von subjektiven Angaben zum eigenen Einkommen zweifelhaft. Solche Angaben können bei verschiedenen Gruppen aus unterschiedlichen Gründen stark „nach oben“ oder „nach unten“ verzerrt sein. Zweitens erscheinen Fragen nach dem Einkommen heikel; man fragt in der Regel auch im

Alltag selbst bei Freunden oder guten Bekannten nicht direkt nach der Höhe des Einkommens bzw. gibt das eigene Einkommen nicht gern preis. Vielleicht hätten sich zudem etliche Personen gefragt, was solche Auskünfte mit unserer zentralen Untersuchungsthematik zu tun haben. Befragte hätten mißtrauisch oder ärgerlich werden können, und damit wäre die Akzeptanz unserer Untersuchung bzw. die ohnehin schwer vorhersehbare Rücklaufquote u. U. gesunken. Drittens ist zur Ermittlung des Einkommens ein ganzer Komplex zusätzlicher Erläuterungen und Fragen (Brutto-, Nettoeinkommen; Verdienst aus verschiedenen Quellen, Beschäftigungsformen etc.) erforderlich, der den Befragten noch einmal zusätzlich Anlaß zu Einwänden hätte geben können.

Die Grundlage für unsere indirekte Ermittlung bzw. Schätzung der Einkommen bilden die Angaben zur Art der beruflichen Tätigkeit, um die im Fragebogen gebeten worden war. Ziel der Einkommensschätzung war die Ermittlung der relativen Einkommenshöhe einer Person im Vergleich zum Einkommen der anderen Professionsangehörigen in unserer Stichprobe. Es sollte also festgestellt werden, ob das Einkommen einer Person im Vergleich zu dem der anderen Befragten mit gleichem Beruf niedrig, hoch oder von mittlerer Höhe ist.

Die Angaben zu den Berufstätigkeiten wurden den in Kapitel 3 beschriebenen Tätigkeitsfeldern zugeordnet. Weiter wurde differenziert nach Institutionen, (a) die dem öffentlichen Dienst zuzuordnen sind, d. h. die Gehälter nach dem Bundesangestelltentarif (BAT) zahlen und (b) die zur freien Wirtschaft gehören. Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, lagen weiter Angaben zum Beschäftigungsverhältnis vor (abhängig Beschäftigte, freiberuflich Tätige und Personen mit gemischten Beschäftigungsverhältnissen). Und schließlich wurden neben den Angaben zur Wochenarbeitszeit noch solche zum Alter, zur Kinderzahl und zum Familienstand herangezogen, wie sie auch beim BAT berücksichtigt werden.

Bei MedizinerInnen und PsychologInnen, die in tarifgebundenen Einrichtungen angestellt oder verbeamtet beschäftigt sind (öffentliche Krankenhäuser, Universitäten, öffentliches Gesundheitswesen) oder in Einrichtungen, deren Löhne und Gehälter in der Regel dem Bundesangestelltentarif angeglichen sind (Einrichtungen der Kirche, der Wohlfahrtsverbände und mit freier Trägerschaft) wurde das Einkommen (unter Berücksichtigung des Familienstandes, der Kinderzahl, des Alters und der Position) nach den geltenden Einkommenstabellen des BAT ermittelt. Bei den Personen, deren wöchentliche Arbeitszeit nicht zwischen 38 und 40 Stunden lag, wurde das Einkommen prozentual im Verhältnis zur Wochenstundenzahl berechnet.

Als Grundlage für die Einkommensschätzung bei den niedergelassenen ÄrztInnen wurde die Kostenstrukturanalyse 1996 des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) herangezogen. Die dort angegebenen Durchschnittswerte für Gesamtumsatz, prozentuale Betriebsausgaben und jährliche Umsätze pro Facharztgruppe wurden als Schätzung des monatlichen Bruttoeinkommens für die von uns befragten freiberuflichen ÄrztInnen der entsprechenden Gruppen übernommen. Zusätzlich wurde allerdings die wöchentliche Arbeitszeit in die Berechnung einbezogen.

Es sei an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, daß sich die Situation der absoluten Einkommenshöhen der niedergelassenen ÄrztInnen seit 1994/1996 geändert hat. Die als „Honorarmisere“ bekannte Entwicklung führte in der jüngsten Vergangenheit zu einem erheblichen Absinken der kassenärztlichen Honorare.

Zur Einkommensschätzung bei den selbständigen psychologischen PsychotherapeutInnen konnten wir uns auf die Ergebnisse einer Untersuchung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) stützen (vgl. Bowe, 1999). Der vom bvvp ermittelte mittlere Jahresüberschuss von 1997 je PsychotherapeutIn wurde auf ein monatliches Einkommen umgerechnet, das wir als Schätzung des Brutto-Monatseinkommens unserer Befragten übernahmen. Da die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit hier 43,5 Stunden beträgt, wurde diese Schätzung bei einer davon abweichenden Wochenarbeitszeit prozentual angeglichen.

Für die Einkommensschätzung bei den selbständigen Arbeits- und OrganisationspsychologInnen sowie bei den psychologischen GutachterInnen und Sachverständigen konnten wir uns auf eine Erhebung des Institutes für freie Berufe<sup>1</sup> (Kräuter & Kaimer, 1999) stützen. Wie in der zuvor genannten Studie wird auch hier ein jährlicher Durchschnittsgewinn angegeben, anhand dessen sich das monatliche Einkommen bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit bestimmen läßt.<sup>2</sup> Und wieder haben wir die unterschiedlichen Arbeitszeiten unserer Befragten in der zuvor beschriebenen Weise berücksichtigt.

Bei PsychologInnen und MedizinerInnen, die im Fragebogen zwei verschiedene berufliche Tätigkeiten in unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen angegeben hatten, wurden die Einkommen anhand der angegebenen Wochenarbeitszeit für jede Tätigkeit separat berechnet und addiert. Solche parallelen Tätigkeiten sind besonders für die Psychologie und hier im

---

<sup>1</sup> Im Auftrag des BDP „Zur Lage der freiberuflichen Psychologen in Deutschland“.

<sup>2</sup> Dieser Durchschnittsgewinn kann nur unter Vorbehalt als Grundlage für die Einkommensschätzung der nicht-klinischen PsychologInnen verwendet werden, da dieser Durchschnittswert sich aus Einzelwerten zusammensetzt, die sehr stark streuen.

entsprechend benannten Berufsverlauf der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ charakteristisch (vgl. Kap. 2); bei den MedizinerInnen sind sie dagegen äußerst selten.

Mit Hilfe der beschriebenen Vorgehensweisen konnten die Einkommen von 476 PsychologInnen und 292 ÄrztInnen geschätzt werden. Die restlichen 168 Personen, bei denen Schätzungen auf diese Weise nicht möglich waren, sind teilweise in der freien Wirtschaft tätig (z. B. in der pharmazeutischen Industrie oder als Arbeits- und OrganisationspsychologInnen in großen Unternehmen), teilweise führen sie fachfremde Tätigkeiten aus (z.B. EDV- Techniker, Sozialpädagogin oder Arzthelferin), oder ihre Angaben zur Berufstätigkeit sind unvollständig bzw. fehlen ganz. Größtenteils sind sie jedoch freiberuflich tätig, und ihre Tätigkeiten lassen sich keiner der zuvor genannten Gruppen zuordnen, sondern es handelt sich in der Psychologie z. B. um klinische oder schulpsychologische Beratungstätigkeiten, um Supervision, unspezifische Honorartätigkeiten oder Weiterbildungsaktivitäten oder in der Medizin um freie Gutachtertätigkeiten.

Was diese restlichen 168 Personen anbelangt, so mußten wir auf differenziertere Schätzungen der **absoluten** Einkommenshöhe verzichten. Stattdessen sind wir folgendermaßen vorgegangen: Wir haben zuerst anhand der bereits vorliegenden absoluten Schätzungen die bereits genannten 292 MedizinerInnen und 476 PsychologInnen in jeweils drei Gruppen pro Profession eingeteilt, die ein (im Vergleich zu den anderen Angehörigen ihrer Profession) hohes, mittleres und geringes **relatives** Einkommen aufweisen. Dann haben wir für die restlichen Personen anhand ihrer Angaben zu Tätigkeit, Beschäftigungsform und Arbeitszeit fallweise entschieden, welcher dieser relativen Einkommensgruppen sie innerhalb ihrer Profession zuzuordnen sind, so daß schließlich für insgesamt 929 Personen Schätzungen des relativen Einkommens vorlagen.

## 4.2 Beschreibung der Einkommensverteilungen

Übersicht 13 zeigt zunächst für die Personen (n=768), bei denen eine Schätzung der absoluten Einkommenshöhe möglich war, anhand der statistischen Kennziffern, welche enormen Einkommensdiskrepanzen es innerhalb beider Professionen und zwischen ihnen gibt.

**Übersicht 13: Absolute Einkommenshöhe (brutto) in Medizin und Psychologie**  
*(Kennziffern der Einkommensverteilungen in DM)*

Statistische Kennziffern zum monatl. Einkommen	<b>Medizin</b> (n=292)	<b>Psychologie</b> (n=476)	Gesamt (n=768)
arithm. Mittel	12.068	6.325	8.508
Minimum	2.163	489	489
Maximum	31.349	14.675	31.349
Spannweite	29.186	14.185	30.860
Standardabweichung	4.182	2.641	4.329
1. Quartil (untere 25%)	9.162	4.451	54.395
3. Quartil (obere 25%)	14.589	7.693	11.587

Auffallend ist zunächst die insgesamt hohe Spannweite zwischen dem geringsten monatlichen Einkommen von 489 DM und dem höchsten Einkommen von 31.349 DM bei unserer Teilstichprobe von 768 Personen. Die Einkommensverteilungen sind weiter in beiden Professionen außerordentlich unterschiedlich: Das mittlere monatliche Einkommen ist in der Medizin (mit 12.068 DM) etwa doppelt so hoch wie in der Psychologie, und die Einkommen reichen hier von 2.163 DM bis über 30.000 DM. PsychologInnen verdienen dagegen durchschnittlich 6.325 DM pro Monat, und das höchste Einkommen liegt bei 14.675 DM – also dort, wo die 25% der MedizinerInnen mit höchstem Einkommen erst beginnen.

Daß die Einkommensunterschiede innerhalb der Medizin viel größer sind als innerhalb der Psychologie zeigt sich auch, wenn man hier die Aufschlüsselung nach Facharztgebieten betrachtet.

Übersicht 14 gibt die durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen (Überschüsse) der niedergelassenen FachärztInnen in Deutschland wieder. Auch wenn sich – wie schon erwähnt - diese (absoluten) Einkommen im Zuge der jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen verringert haben, so ist doch anzunehmen, daß die *Relationen* der Einkommen zwischen den Facharztgebieten erhalten geblieben sind. Allein bei den niedergelassenen ÄrztInnen findet sich eine Streubreite der monatlichen Bruttoeinkommen von knapp 8.000 DM.

## Übersicht 14: Monatliches Bruttoeinkommen verschiedener Facharztgruppen

Fachgruppe	Jährliche Gesamteinnahmen 1994/96 (in DM)	Jährliche Betriebsausgaben 1994/96 (in DM)	Betriebsausgabenanteil an den Gesamteinnahmen (in %)	Jährlicher Überschuss 1994/96 (in DM)	Monatliches Bruttoeinkommen (gerundet in DM)
Allgemeinärzte/ Praktische Ärzte	369.853	214.093	57,9	155.760	12.980
Anästhesisten					
Augenärzte	523.749	300.677	57,4	223.072	18.589
Chirurgen	560.185	387.551	69,2	172.635	14.386
Gynäkologen	488.478	284.934	58,3	203.545	16.962
HNO-Ärzte	576.860	326.070	56,5	250.790	20.899
Hautärzte	500.612	303.772	60,7	196.840	16.403
Internisten	527.111	320.534	60,8	206.577	17.215
Kinderärzte	405.660	231.324	57,0	174.337	14.528
Laborärzte					
Lungenärzte					
Nervenärzte, Psychiater					
Neurologen	398.805	220.438	55,3	178.368	14.864
Orthopäden	686.547	457.440	66,6	229.107	19.092
Pathologen					
Radiologen/ Nuklearmediziner	1.103.214	870.619	78,9	232.595	19.383

Quelle: Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (1998). Das monatliche Einkommen wurde aufgrund des jährlichen Überschusses errechnet.

Das monatliche Durchschnittseinkommen der niedergelassenen ÄrztInnen in unserer Stichprobe beträgt 15.000 DM, das der angestellten/ verbeamteten ÄrztInnen beträgt 9.800 DM<sup>1</sup>. Schon an dieser Stelle und noch vor der späteren Betrachtung der einzelnen Berufsverlaufsmuster kann hier folgendes zum Berufserfolg gesagt werden: Neben den Ärztinnen, die innerhalb von Institutionen (vor allem im Krankenhaus) in höhere Positionen aufgestiegen sind, können nun alle niedergelassenen Medizinerinnen im Vergleich zu denjenigen, die ohne Aufstieg im Krankenhaus bleiben (M2), als die – gemessen am Kriterium des Einkommens – erfolgreicher bezeichnet werden; und unter ihnen sind vermutlich wiederum diejenigen, die kontinuierlich freiberuflich im Muster der zwei Phasen (M3) tätig gewesen sind, erfolgreicher als die in den diskontinuierlichen Mustern (M4, M5).

Bei den PsychologInnen ist die Einkommensverteilung viel homogener: Die freiberuflich tätigen PsychologInnen in unserer Stichprobe erzielen ein monatliches Durchschnittseinkommen von 6.150 DM. Die angestellten PsychologInnen erreichen mit durchschnittlich 6.440 DM ein geringfügig höheres Einkommen, ebenso die PsychologInnen mit mehr als

<sup>1</sup> Diese Durchschnittswerte stützen sich auf die Teilstichprobe der 768 Personen, deren Einkommen – wie im vorherigen Abschnitt beschrieben – in Abhängigkeit von Tätigkeit und Wochenstundenzahl geschätzt wurde.

einer Tätigkeit, die ein monatliches Durchschnittseinkommen von 6.430 DM aufweisen. Für die Psychologie wird damit ebenfalls bereits an dieser Stelle eine Aussage zum Zusammenhang von Berufsverlauf und Berufserfolg möglich. Abgesehen davon, daß es auch hier das erfolgreiche Muster des Aufstiegs gibt, kann man - gemessen am Kriterium des Einkommens - sonst jedoch nicht so leicht wie in der Medizin mehr und minder erfolgreiche Muster voneinander unterscheiden. Anders als in der Medizin verdienen hier auch die Personen, die in Institutionen bleiben (P2) keineswegs weniger als diejenigen in Mustern mit überwiegend freiberuflicher Tätigkeit.

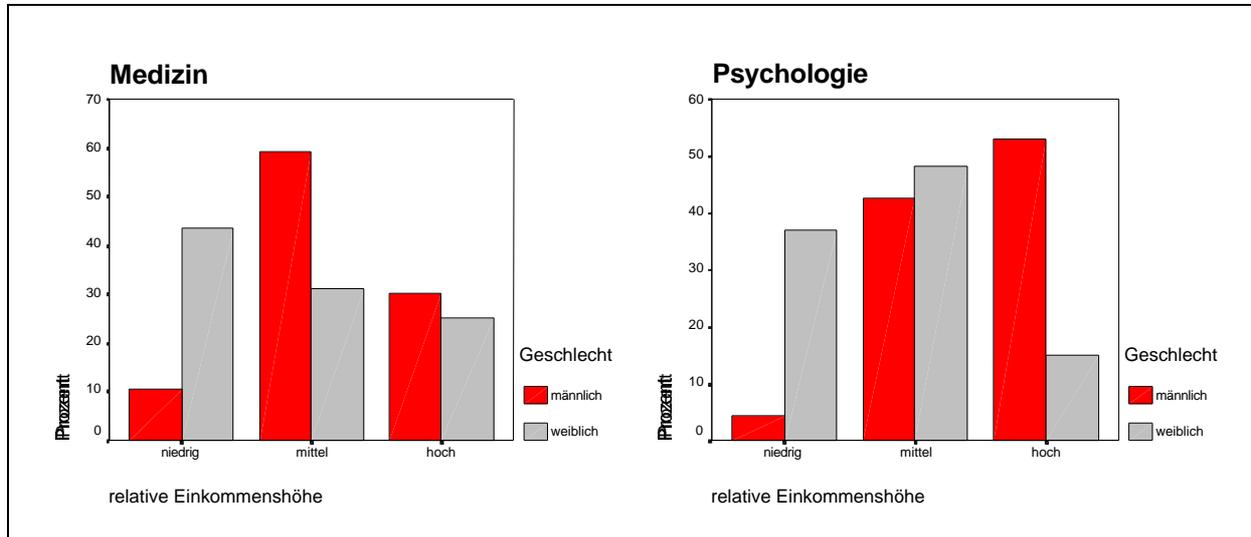
Um bei der Darstellung der weiteren Ergebnisse unsere Gesamtstichprobe (also außer der eben angeführten Teilstichprobe auch die restlichen Personen) berücksichtigen zu können, müssen wir uns im folgenden auf die relativen Einkommenshöhen beschränken. Es werden also pro Profession nur noch die drei genannten Gruppen mit hohem Einkommen (3. Quartil, d. h. in der Medizin mit Einkommen über 14.589 DM, in der Psychologie über 7.693 DM vgl. Übersicht 13) mit niedrigem Einkommen (1. Quartil, d. h. in der Medizin mit Einkommen unter 9.162 DM, in der Psychologie unter 4.451 DM) und mit mittlerem Einkommen dazwischen betrachtet.

Was **Unterschiede zwischen Männern und Frauen** anbelangt, denen wir uns nun zuwenden, so muß vorweg folgendes gesagt werden: Natürlich ist ein geringeres Einkommen bei Frauen als bei Männern auf jene durchschnittlich viel geringere Wochenarbeitszeit zurückzuführen, die im letzten Kapitel behandelt worden ist.

Übersicht 15 zeigt, daß sich die Verteilungen der relativen Einkommenshöhe bei Frauen und Männern innerhalb jeder Profession und zwischen den Professionen signifikant unterscheiden:

## Übersicht 15: Relative Einkommenshöhe und Geschlecht in Medizin und Psychologie

( $n_{\text{Medizin}}=351$ ,  $n_{\text{Psychologie}}=585$ , prozentuale Verteilung der Männer bzw. Frauen auf die relative Einkommenshöhe)



$p < .001$

$p < .001$

In der **Medizin** haben rund 44% aller Ärztinnen, aber nur ca. 11% aller Ärzte ein relativ niedriges Einkommen. Bei den Personen mit mittleren Einkommen finden sich dagegen 59% aller Ärzte, aber nur 31% aller Ärztinnen. Und die relativ hohen Einkommen in der Medizin verteilen sich auf rund 30% aller Mediziner und 25% aller Medizinerinnen.

In der **Psychologie** haben rund 40% aller Frauen, aber nur ca. 4% aller Männer ein relativ niedriges Einkommen. Ein fast spiegelbildliches Verhältnis lässt sich beim relativ hohen Einkommen feststellen, das 53% aller Psychologen, aber nur 15% aller Psychologinnen erreichen. Die mittleren Einkommen verteilen sich gleichmäßig auf beide Geschlechter.

### 4.3 Berufsverlaufsmuster und Einkommen

#### (a) Medizin

Wenn wir nun wieder genauer nach den Berufsverlaufsmustern differenzieren, so zeigt sich für die Medizin folgendes: Wie bereits hervorgehoben, haben viel mehr niedergelassene ÄrztInnen im Muster der zwei kontinuierlichen Phasen ein hohes Einkommen als diejenigen, die abhängig beschäftigt sind. Bei den kontinuierlich in Institutionen (vor allem im Kranken-

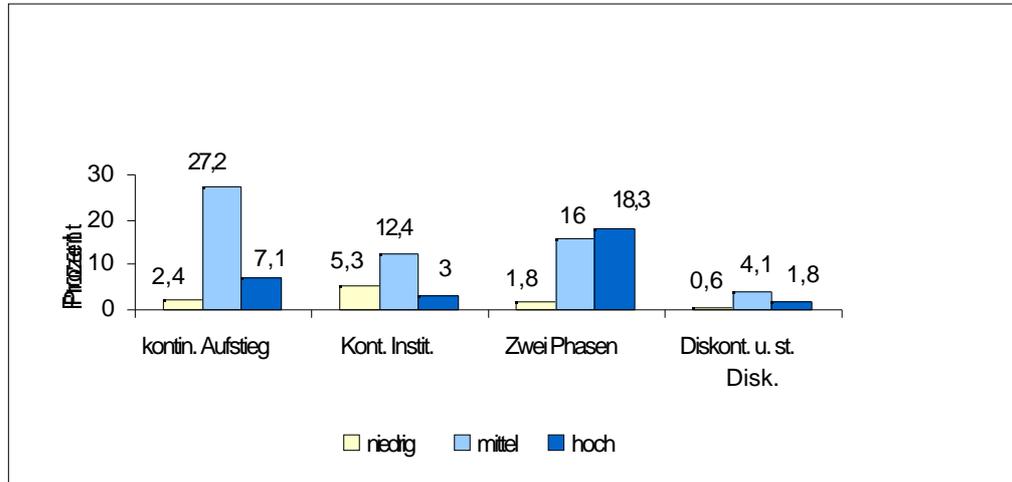
haus) tätigen MedizinerInnen ist ebenso wie in der Psychologie kaum verwunderlich, daß die Personen in höchsten Positionen am meisten verdienen: 56% fallen hier in die Gruppe derjenigen mit relativ hohem Einkommen. Bei den in mittlere Positionen aufgestiegenen ÄrztInnen überwiegt der Anteil der mittleren Einkommen. Kontinuierliche Beschäftigung in Institutionen ohne Aufstieg führt eher zu relativ niedrigen Einkommen. Auch die seltenen diskontinuierlichen Berufsverlaufsmuster führen zu relativ niedrigen Einkommen, wenngleich es hier in der Medizin Ausnahmen gibt. So erzielen immerhin 14 bzw. 17% der Personen innerhalb solcher Muster noch relativ hohe Einkommen. Die Unterschiede zwischen den Berufsverlaufsmustern hinsichtlich der Einkommenshöhe am Ende dieser Verläufe sind statistisch signifikant. Insgesamt kann man die Muster des Aufstiegs (M1) und der zwei Phasen (M3) als die erfolgreicheren und die der Kontinuität in Institutionen (M2) sowie der Diskontinuität (M4, M5) als die weniger erfolgreichen bezeichnen.

Übersicht 16 zeigt die weitere Differenzierung nach Frauen und Männern. Wenn auch die Zelhäufigkeiten in einzelnen Zellen relativ klein sind, zeigen sich doch bei einzelnen Gruppen deutliche Unterschiede, so daß auf eine Darstellung nicht verzichtet werden soll:

## Übersicht 16: Berufsverlaufsmuster, relative Einkommenshöhe und Geschlecht in der Medizin

### Männer

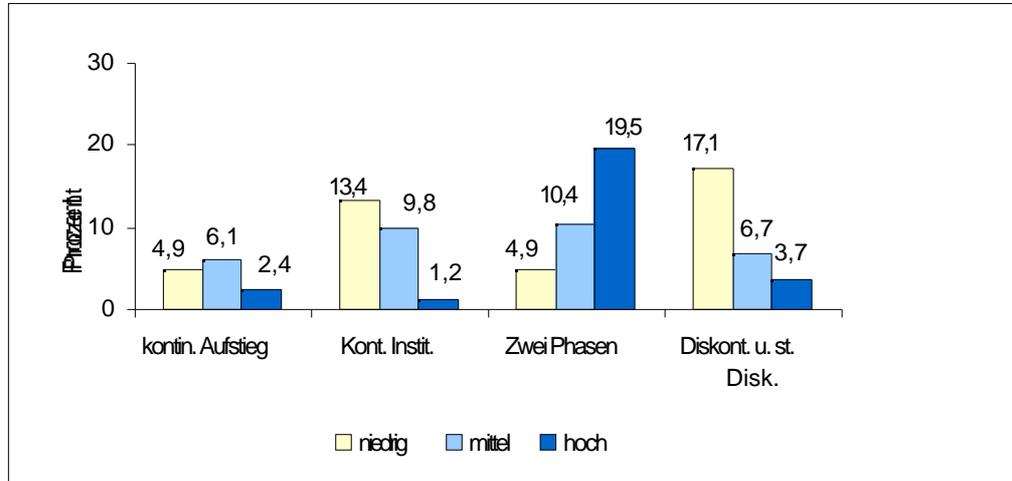
(n=174, Verteilung der Männer (=100%) auf Einkommenshöhe und Berufsverlaufsmuster)



Die Muster Diskontinuität und starke Diskontinuität wurden zusammengefaßt.

### Frauen

(n=177, Verteilung der Frauen (=100%) auf Einkommenshöhe und Berufsverlaufsmuster)



p<.001

Die Muster Diskontinuität und starke Diskontinuität wurden zusammengefaßt.

Im Muster des **Aufstiegs**, das per definitionem als erfolgreich gelten kann, finden sich vor allem Ärzte mit mittleren, aber auch solche mit hohen Einkommen. Erinnerung sei jedoch daran, daß die mittleren Einkommen im Vergleich zu denen in anderen Berufen immer noch „Spitzengehälter“ darstellen und daß hier, beim innerprofessionellen Vergleich, abhängig Beschäftigte (z. B. verbeamtete Ärzte in Leitungspositionen) eben häufig weniger verdienen als ihre KollegInnen in der freien Praxis. Niedrige Einkommen finden sich häufiger bei den Medi-

zinern, die im Krankenhaus bleiben und dort nicht aufsteigen. Unter den **niedergelassenen Ärzten** ist dagegen der Anteil derjenigen mit hohem Einkommen am stärksten. Auch die Frauen verdienen in der freien Praxis am meisten. In Kontrast dazu ist hier der Anteil mit niedrigem Einkommen in den **diskontinuierlichen Mustern** am höchsten. Der Zusammenhang zwischen Berufsverlaufsmustern und Einkommen ist bei den Frauen in der Medizin hoch signifikant, bei den Männern wäre er ebenfalls hochsignifikant, wenn alle Voraussetzungen für eine solche Prüfung vorliegen würden, was nicht der Fall ist.

## **(b) Psychologie**

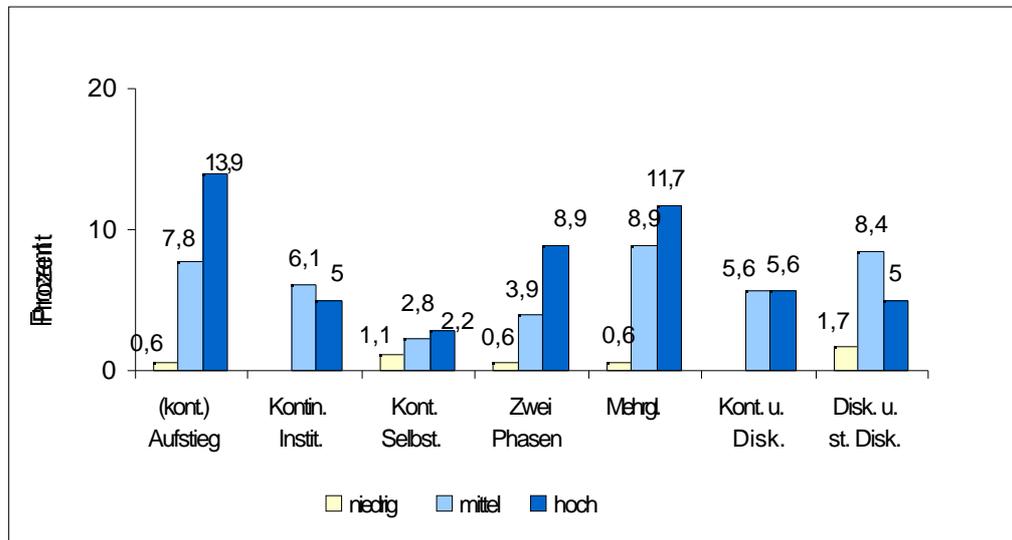
Auch in der Psychologie steigt erwartungsgemäß das Einkommen, je höher Personen in Institutionen in leitende Positionen aufsteigen. 37% der in mittlere Positionen und 78% der in höchste Positionen aufgestiegenen PsychologInnen weisen ein relativ hohes Einkommen auf. Je diskontinuierlicher dann die Berufsverläufe sind, desto geringer sind auch die Einkommen am Ende dieser Verläufe. So erreichen 41% der PsychologInnen mit einem stark diskontinuierlichen Berufsverlauf ein relativ niedriges Einkommen und nur 9% ein relativ hohes Einkommen. All dies erscheint kaum verwunderlich. Nicht voraussagbar war demgegenüber der Befund zum Muster der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“. In diesem, für die Psychologie charakteristischen Muster, das nicht durch asynchrone, sondern durch synchrone Komplexität gekennzeichnet ist, sind die Einkommen relativ hoch. Offensichtlich sind Personen mit mehr als nur einem einzigen beruflichen „Standbein“ finanziell besser abgesichert, aber dafür müssen sie auch eine höhere Arbeitszeit in Kauf nehmen. Die kontinuierlich selbständigen PsychologInnen erreichen zu gleichen Anteilen relativ hohe aber auch niedrige Einkommen, was von der hier stark variierenden Wochenarbeitszeit abhängt.

Bei der Differenzierung nach Berufsverlaufsmustern pro Geschlecht, werden die Zellhäufigkeiten z.T. wieder sehr gering. Gleichwohl fallen Unterschiede sofort in den Blick (vgl. Übersicht 17).

## Übersicht 17: Berufsverlaufsmuster, relative Einkommenshöhe und Geschlecht in der Psychologie

### Männer

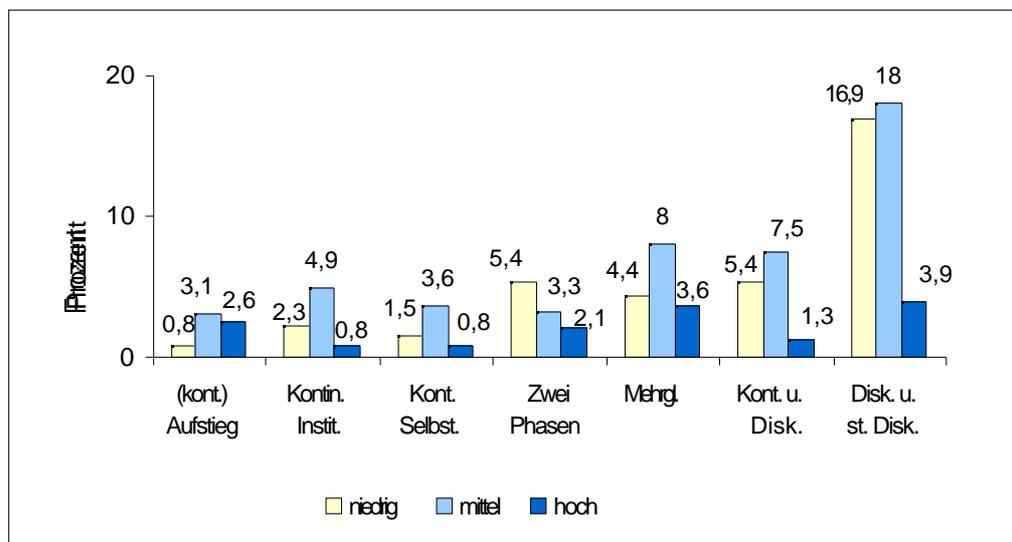
(n=168, Verteilung der Männer (=100%) auf Einkommenshöhe und Berufsverlaufsmuster)



Die Muster Diskontinuität und starke Diskontinuität wurden zusammengefaßt.

### Frauen

(n=399, Verteilung der Frauen (=100%) auf Einkommenshöhe und Berufsverlaufsmuster)



Die Muster Diskontinuität und starke Diskontinuität wurden zusammengefaßt.

Ein höherer Anteil von Personen mit relativ hohen Einkommen findet sich bei Männern und Frauen gleichermaßen im Muster derjenigen, die **in höhere Positionen aufgestiegen** sind, sowie im Muster der **Doppel- und Mehrgleisigkeit**. Berufswege mit parallelen Tätigkeiten

führen also für Frauen ebenso wie für Männer zu beruflichem Erfolg – gemessen an der Einkommenshöhe. Daß bei Männern im Muster „**Kontinuität in Institutionen**“ nur höhere und mittlere Einkommen vorkommen, liegt wohl daran, daß Männer häufiger in Vollzeit- Arbeitsverhältnissen tätig sind, während die Frauen auf Teilzeitstellen entsprechend niedrigere Einkommen haben. Auffallend bei den Männern, die **kontinuierlich selbständig** sind, ist vor allem der Anteil derer mit niedrigem Einkommen, während sich die Einkommensgruppen bei den Frauen in diesem Muster kaum von den anderen Mustern unterscheiden. Möglicherweise deutet dieser Befund im Verein mit demjenigen, daß es im Muster der **zwei kontinuierlichen Phasen** bei Männern und Frauen sowohl niedrige als auch hohe, aber seltener mittlere Einkommen gibt, darauf hin, daß freiberufliche Tätigkeiten entweder eher ganz bewußt zeitlich reduziert ausgeübt werden, weil es die PsychologInnen so und nicht anders „wollen“; oder aber Tätigkeiten „müssen“ besonders (zeit-)intensiv ausgeübt werden, wenn man beruflich „erfolgreich“ sein will. Wer einen „Mittelweg“ bevorzugt, wählt u. U. eher das Nebeneinander von reduzierter freiberuflicher Tätigkeit und halber abhängiger Beschäftigung (im Muster der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“). Daß schließlich die Berufswege der mehr oder minder starken **Diskontinuität**, die von besonders vielen Frauen durchlaufen werden (vgl. Kap. 2), zu einer nur geringen Einkommenshöhe führen, liegt auf der Hand. Aber auch noch hier gibt es ebenso wie bei den Männern Personen mit hohem Einkommen. Man kann also auch für alle PsychologInnen ähnlich wie bei den ÄrztInnen sagen, daß beruflicher Erfolg – gemessen an der Einkommenshöhe – keineswegs ausschließlich an das Muster des „Aufstiegs“ sowie an das der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ gebunden ist, sondern daß sämtliche Muster (wenngleich in geringerem Maße) zu Erfolg führen können.

**Zum Einkommen kann hier abschließend festgehalten werden: Die von uns befragten Ärztinnen und Ärzte verdienen durchschnittlich (mit 12.068 DM) monatlich fast doppelt so viel wie die Psychologinnen und Psychologen (mit 6.325 DM), wobei die Spannweite von den geringsten zu den höchsten Einkommen in beiden Professionen außerordentlich hoch ist. Große Einkommensunterschiede ergeben sich im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Spezialgebieten; das gilt vor allem für die Medizin mit ihrem großen Spektrum an Facharztgebieten. Hier sind die Männer in manchen einkommensstarken Gebieten stärker vertreten als die Frauen. Da die Frauen eine wesentlich geringere durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit als die Männer haben – und dies gilt auch für die generell niedrigeren Arbeitszeiten in der Psychologie (vgl. Kap. 3), verdienen die Frauen in beiden Professionen wesentlich weniger als die Männer. Die Einkommenshöhe kann weiter als Resultat der vorangegangenen Berufsverläufe und als Zeichen des in diesen Verläufen erreichten Berufserfolges begriffen werden. In Medizin und Psychologie führen Aufstiege erwartungsgemäß zu höherem Einkommen.**

In der Medizin finden sich unter den freiberuflich tätigen ÄrztInnen die meisten Personen mit relativ hohen Einkommen. Ihre Berufsverläufe führen so gesehen häufiger zu Erfolg als diejenigen von Personen, die in Institutionen bzw. im Krankenhaus geblieben sind. Die Unterschiede zwischen den Berufsverlaufsmustern sehen schließlich noch einmal etwas anders bei Ärztinnen als bei Ärzten aus: Bei den Frauen führt Kontinuität häufiger zu hohen und Diskontinuität häufiger zu geringen Einkommen als bei Männern. Dies gilt ebenfalls für die Psychologie, wenngleich es mit Blick auf das Einkommen mehr und minder erfolgreiche Personen in allen Berufsverläufen gibt. Hier ist überdies bemerkenswert, daß nicht nur der Aufstieg innerhalb von Institutionen, sondern auch das Berufsverlaufsmuster der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ zu relativ hohen Einkommen führt.

#### 4.4 Zur empirischen Ermittlung von Prestige

An die Ermittlung von Prestige hatten wir (anders als bei der von Einkommen) ursprünglich, als wir unseren Fragebogen entwickelten, nicht gedacht. Erst im nachhinein und bei der Suche nach „objektiven“ Indikatoren für Berufserfolg (vgl. Wahl, 2000) war unsere Überlegung, daß es Professionsangehörige mit höchstem Einkommen gibt (z. B. LabormedizinerInnen), die gleichwohl als nicht so erfolgreich gelten wie andere (z. B. Chirurgen), deren „Erfolg“ sich vor allem auf das Ansehen ihres Fachgebietes gründet. Wenn es um Vergleiche **zwischen** Berufen geht, wird die alte und große Profession Medizin fast immer einbezogen (vgl. z. B. die Berufsprestige-Skala 1999 vom Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbacher Berichte, 1999), und das hohe, ja höchste Ansehen der ÄrztInnen in unserer Gesellschaft ist bekannt. Zum Prestige oder „Image“ der jüngeren und kleineren Profession Psychologie liegen neuere Studien vor (vgl. Rietz, Kliche & Wahl, 1999; Sander, 1998; Jiménez & Raab, 1999). In unserem Zusammenhang interessiert vor allem das Prestige, das den unterschiedlichen Fachgebieten bzw. Tätigkeitsfeldern **innerhalb** jeder Profession zugeschrieben wird. Dazu wurde eine eigene Erhebung mit dem Ziel durchgeführt, die Tätigkeitsfelder mit dem höchsten und mit dem geringsten Prestige innerhalb der Professionen zu ermitteln.

Wie in Kapitel 3 dargestellt, haben wir die Tätigkeitsbeschreibungen unserer Befragten den in der Medizin bekannten Facharztgebieten zugeordnet bzw. zu psychologischen Tätigkeitsfeldern zusammengefaßt. Zum Prestige dieser Tätigkeitsfelder in beiden Professionen wurde ein Fragebogen entwickelt<sup>1</sup>. Die Fragebögen wurden ExpertInnen der jeweiligen Profession mit der Bitte vorgelegt, aus den angegebenen Tätigkeits- und Facharztgebieten diejenigen zehn Gebiete auszuwählen, die ihrer Meinung nach das höchste bzw. niedrigste Prestige haben. Als ExpertInnen für beide Professionen können Personen gelten, die mit der jeweiligen Berufsgruppe administrativ unmittelbar zu tun haben, die diese Berufsgruppe ausbilden oder die sich in der Ausbildung zu dieser Profession befinden, aber noch nicht selbst Mitglieder eines Fachgebietes sind. Das sind in der Medizin FunktionsträgerInnen in der Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigung, in der (Bundes-) Ärztekammer, im Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung, beim Marburger Bund, HochschullehrerInnen der Medizin, ProfessorInnen der Medizin an einer Universitätsklinik und MedizinstudentInnen. In der Psychologie sind es FunktionsträgerInnen im Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) sowie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), HochschullehrerInnen

---

<sup>1</sup> Zu Einzelheiten der Fragebogenentwicklung, des Untersuchungsablaufes, der Rangreihenerstellung und der Auswertung siehe Wahl, 2000.

der Psychologie und PsychologiestudentInnen. Insgesamt liegen von 24 medizinischen und 34 psychologischen ExpertInnen Einschätzungen hinsichtlich des Prestiges vor.

Pro Profession wurden dann alle Tätigkeitsfelder nach ihrem durchschnittlichen Prestige in eine Rangreihe gebracht.

#### **4.5 Beschreibung der Verteilungen von Prestige**

##### **(a) Medizin**

In der Medizin wurden folgenden sechs Facharzt- und Tätigkeitsgebieten das **höchste Prestige** zugesprochen: Herzchirurgie, Innere Medizin, Chirurgie, Forschung und/oder Lehre, Gynäkologie und Kinderheilkunde. Als Facharzt- und Tätigkeitsgebiete mit **niedrigstem Prestige** wurden genannt: ÄrztInnen in der pharmazeutischen Industrie, ÄrztInnen im öffentlichen Gesundheitswesen, GutachterInnen, FachärztInnen für Laboratoriumsmedizin, FachärztInnen für öffentliches Gesundheitswesen und ÄrztInnen ohne Gebietsbezeichnung.

Übersicht 18 zeigt die Rangreihe der in unserer Untersuchung vorkommenden Facharztgebiete, nach dem ihnen zugeschriebenen Prestige noch einmal vollständig:

**Übersicht 18: Rangreihe des Prestiges von Facharztgebieten**  
(n=351, Prozentangaben pro Facharztgebiet)

Rang		Männer (n=) %	Frauen (n=) %	Gesamt (n=) %
1	FA Herzchirurgie	(1) 0,6	--	(1) 0,3
2	FA Innere Medizin	(32) 19,4	(21) 12,8	(53) 16,1
3	FA Chirurgie	(18) 10,9	(8) 4,9	(26) 7,9
4	Arzt/Ärztin in Forschung und Lehre	(4) 2,4	(7) 4,3	(11) 3,3
5	FA Gynäkologie	(8) 4,8	(10) 6,1	(18) 5,5
6	FA Kinderheilkunde	(6) 3,6	(11) 6,7	(17) 5,2
7	FA Allgemeinmedizin FA Plastische Chirurgie	(20) 12,1	(19) 11,6	(39) 11,9
8	FA Augenheilkunde FA Anästhesie	(20) 12,1	(17) 10,4	(37) 11,2
9	FA Orthopädie	(6) 3,6	(1) 0,6	(7) 2,1
10	FA Radiologie	(5) 3,0	(6) 3,7	(11) 3,3
11	FA HNO FA Neurologie FA Psychotherapeutische Medizin	(8) 4,8	(9) 5,5	(17) 5,2
12	FA Haut und Geschlechtskrankheiten FA Psychiatrie und Psychotherapie	(12) 7,3	(16) 9,8	(28) 8,5
13	FA Nuklearmedizin	(1) 0,6	(1) 0,6	(2) 0,6
14	FA Physikalische und rehabilitative Medizin	(2) 1,2	(1) 0,6	(3) 0,9
15	FA Biochemie	(1) 0,6	(1) 0,6	(2) 0,6
16	FA Hygiene und Umweltmedizin	--	(2) 1,2	(2) 0,6
17	FA Anatomie Praktischer Arzt FA Phoniatrie	(10) 6,1	(21) 12,8	(31) 9,4
18	FA Arbeitsmedizin FA Mikrobiologie	(1) 0,6	(2) 1,2	(3) 0,9
19	FA Transfusionsmedizin	--	(1) 0,6	(1) 0,3
20	FA Pathologie	(2) 1,2	(3) 1,8	(5) 1,5
21	FA für öffentliches Gesundheitswesen	(3) 1,8	(1) 0,6	(4) 1,2
22	FA Laboratoriumsmedizin	(1) 0,6	---	(1) 0,3
23	Arzt/Ärztin im öffentlichen Gesundheitswesen	(2) 1,2	(2) 1,2	(4) 1,2
24	Arzt/Ärztin in der pharmazeutischen Industrie	(2) 1,2	(4) 2,4	(6) 1,8
	Insgesamt	(165) 100	(164) 100	(329) 100

Die Angaben zur letzten Zeile weichen von der bisherigen Gesamtzahl ab, da einige Personen keine Angaben zur Tätigkeit gemacht haben.

Bei den besonders prestigeträchtigen Facharztgebieten der Herzchirurgie, der Chirurgie und der Inneren Medizin sind die Anteile der Männer höher als die der Frauen. In der Gynäkologie, der Kinderheilkunde sowie in Forschung und Lehre, also in Gebieten mit ebenfalls hohem Prestige, sind allerdings in unserer Stichprobe die Frauenanteile höher. Innerhalb der Bereiche mit geringem Prestige findet man Frauen häufiger in der pharmazeutischen Industrie oder in fachfremden, nicht klinischen Tätigkeiten. Im Facharztgebiet für Laboratoriumsmedizin sind aber wiederum mehr Männer als Frauen tätig. Nimmt man die hier ermittelten sechs Facharztgebiete mit dem höchsten Prestige und vergleicht die Männer- und Frauenanteile in diesen Tätigkeitsfeldern, mit den Angaben in vorhandenen Sekundärstatisti-

ken (vgl. BÄK, 2000), so zeigt sich, daß Ärztinnen in Deutschland in sechs von diesen prestigeträchtigen Gebieten unterrepräsentiert sind.

Die durch Experten vorgenommene Schätzung von Rangplätzen wurde in eine sog. subjektive Rangordnung gebracht (Bortz & Lienert, 1998). Die so entstandene gruppierte Rangskala, die in Übersicht 18 gezeigt wird, erlaubt eine Gegenüberstellung der gemittelten Prestigewerte für Männer und Frauen. Vergleicht man die Rangreihen bei Männern und Frauen, so zeigt sich, daß Ärzte in unserer Stichprobe über ein durchschnittlich höheres Prestige verfügen als die Ärztinnen; dieser Unterschied ist statistisch signifikant.<sup>1</sup>

### **(b) Psychologie**

Das **höchste Prestige** in der Psychologie wird Tätigkeitsfeldern in Forschung und Lehre sowie solchen mit arbeits- und organisationspsychologischer Ausrichtung zugeschrieben – wobei hier die freiberuflichen Tätigkeiten ein höheres Ansehen als diejenigen im Angestelltenverhältnis haben. Es folgen der ebenfalls freiberufliche therapeutische Bereich und Gutachtertätigkeiten. Das **geringste Prestige** wird folgenden Tätigkeitsfeldern zugeschrieben: dem der Verkehrspsychologie und denen in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, im Strafvollzug sowie in ambulanten psychosozialen Einrichtungen.

---

<sup>1</sup> Es wurde ein U-Test nach Mann-Whitney bei unabhängigen Stichproben durchgeführt.

**Übersicht 19: Rangreihe des Prestiges von psychologischen Tätigkeitsgebieten**  
(n= 585, Prozentangaben pro Tätigkeitsgebiet)

Rang		Männer		Frauen		Gesamt	
		(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%
1	PsychologIn in Forschung und Lehre	(12)	6,6	(13)	3,3	(25)	4,3
2	freiberufl. A & O- PsychologIn	(18)	9,9	(12)	3,0	(30)	5,2
3	PsychotherapeutIn in eigener Praxis	(51)	28,0	(185)	47,0	(236)	41,0
4	GutachterIn	(4)	2,2	(6)	1,5	(10)	1,7
5	freiberufl. PsychologIn in Aus- u. Weiterbildung	(4)	2,2	(10)	2,5	(14)	2,4
6	angest. A & O- PsychologIn	(9)	4,9	(4)	1,0	(13)	2,3
7	PsychotherapeutIn im Kkh, Rehaeinrichtung. od. Praxis	(13)	7,1	(29)	7,4	(42)	7,3
8	SupervisorIn	(2)	1,1	(3)	0,8	(5)	0,9
9	angest. PsychologIn im Kkh, Rehaeinrichtung od. Praxis	(19)	10,4	(41)	10,4	(60)	10,4
10	PsychologIn, BeraterIn in eigener Praxis	(2)	1,1	(5)	1,3	(7)	1,2
11	PsychotherapeutIn in Beratungsstelle	(4)	2,2	(12)	3,0	(16)	2,8
12	PsychologIn in Erwachsenenbildung	(4)	2,2	(5)	1,3	(9)	1,6
13	PsychotherapeutIn in Einrichtung f. Kinder u. Jugendliche	(5)	2,7	(3)	0,8	(8)	1,4
14	SchulpsychologIn	(1)	0,5	(7)	1,8	(8)	1,4
15	PsychologIn im öff. Gesundheitsdienst	(4)	2,2	(5)	1,3	(9)	1,6
16	PsychologIn in Beratungsstelle PsychologIn in Verwaltung	(14)	7,7	(24)	6,1	(38)	6,6
17	VerkehrspsychologIn	(5)	2,7	(5)	1,3	(10)	1,7
18	PsychologIn in Einrichtung f. Kinder u. Jugendliche	(4)	2,2	(10)	2,5	(14)	2,4
19	PsychologIn im Strafvollzug	---		(3)	0,8	(3)	0,5
20	PsychologIn in amb. psychosoz. Einrichtung	(7)	3,8	(12)	3,0	(19)	3,3
	Insgesamt	(182)	100	(394)	100	(576)	100

Die Angaben zur letzten Zeile weichen von der bisherigen Gesamtzahl ab, da einige Personen keine Angaben zur Tätigkeit gemacht haben.

Innerhalb der prestigeträchtigen psychologischen Bereiche sind die Frauen überwiegend als freiberufliche Psychotherapeutinnen sowie als Ausbilderinnen in Psychotherapie tätig und die Männer überwiegend in der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie in Forschung und Lehre. Gutachtertätigkeiten kommen bei Männern und Frauen etwa gleich häufig vor.

Innerhalb der Tätigkeitsbereiche mit geringem Prestige ist erkennbar, daß die befragten Frauen in der Psychologie eher im Strafvollzug, in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche oder fachfremd, die Männer dagegen als Verkehrspsychologen und als Therapeuten in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche arbeiten.

Ein Vergleich mit allen in Deutschland tätigen Psychologinnen und Psychologen ist nicht möglich, da es keine vergleichbaren Statistiken für Deutschland gibt. Es zeigt sich jedoch in unserer Stichprobe, daß Frauen in den sechs Tätigkeitsfeldern mit dem höchsten Prestige schwächer vertreten sind als Männer. Ausnahmen bilden lediglich die Tätigkeitsgebiete Aus- und Weiterbildung sowie Psychotherapie in eigener Praxis. (Letztere dürfte wohl aufgrund der besseren Vereinbarkeit mit Familie aufgrund der freieren Zeiteinteilung eine Frauendo-

mäne darstellen.) In den sechs am wenigsten prestigeträchtigen Gebieten ist keine eindeutige Geschlechterpräferenz erkennbar.

Ein Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt einen etwas niedrigeren Prestigewert für die Psychologen, der nicht signifikant ist<sup>1</sup>; zu erklären ist dieser Befund durch die hohe Anzahl weiblicher Psychotherapeutinnen in unserer Stichprobe, deren Tätigkeit ein vergleichsweise hohes Prestige zugeschrieben wird.

Im folgenden weichen wir von der sonst üblichen Gliederung ab, da sich für beide Professionen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Berufsverlaufsmustern und dem Prestige der Tätigkeitsfelder ermitteln ließen.

**Abschließend läßt sich festhalten, daß mithilfe von Experteneinschätzungen Rangskalen erstellt werden konnten, die eine klare Einordnung von medizinischen Facharztgebieten bzw. psychologischen Tätigkeitsfeldern nach dem Prestige erlauben, welches diesen Gebieten innerhalb der Professionen zugeschrieben wird. In der Medizin wird der Herzchirurgie, der Inneren Medizin und der (allgemeinen) Chirurgie ein hohes Prestige zugeschrieben. Gebieten, ohne Facharztausbildung als GutachterIn, als Arzt/Ärztin im öffentlichen Gesundheitswesen oder in der Pharmaindustrie wird dagegen ein geringes Prestige zugeschrieben. Vergleicht man die Rangreihen bei den von uns befragten Männern und Frauen, so zeigt sich, daß Ärzte signifikant häufiger als Ärztinnen in prestigeträchtigen Gebieten arbeiten.**

**In der Psychologie gelten Tätigkeiten in Forschung und Lehre und freiberufliche Tätigkeiten in der Arbeits- und Organisationspsychologie oder in der psychotherapeutischen Praxis als besonders prestigeträchtig; Tätigkeiten im Strafvollzug oder in ambulanten psychosozialen Einrichtungen werden ein geringes Prestige zugeschrieben. Abgesehen davon, daß besonders viele Frauen als freiberufliche Psychotherapeutinnen (also in einem prestigeträchtigen Gebiet) arbeiten, zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.**

---

<sup>1</sup> Es wurde ein U-Test nach Mann-Whitney bei unabhängigen Stichproben durchgeführt.

## 5. Berufsverlauf und außerberufliche Lebensbedingungen

*Im Anschluß an die Beschreibung der unterschiedlichen Berufswege von Frauen und Männern in Medizin und Psychologie (in Kap. 2) haben wir jene zentralen Arbeitsbedingungen und beruflichen Merkmale (in Kap. 3 und 4) behandelt, die einerseits die Berufsverlaufsmuster beeinflusst haben und andererseits wiederum durch sie beeinflusst und verfestigt worden sind bzw. die schließlich auch als Resultat der inzwischen 15 Jahre andauernden Berufsbiographien gelten können. In diesem fünften Kapitel kommen wir nun zu außerberuflichen Lebensbedingungen. Zuerst gehen wir auf die Partnerschaft, dann ausführlicher auf die Kinderzahl und schließlich auf die Erwerbstätigkeit der PartnerInnen ein. Wie eingangs erwähnt, richtet sich unser Untersuchungsinteresse auf Bezüge zwischen den Berufsverläufen und diesen außerberuflichen Lebenskonstellationen zum Zeitpunkt der Befragung. Im dann folgenden Kapitel 6 werden wir frühere Bezüge zwischen wichtigen Ereignissen im privaten und solchen im beruflichen Lebensstrang behandeln. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, daß zwar die Deskription von Bezügen bzw. Zusammenhängen im Vordergrund steht, sich dazu aber kausale Interpretationen aufdrängen, die sich erst später anhand von subjektiven Erklärungen dieser Bezüge durch unsere Befragten in den Interviews erhärten lassen.*

### 5.1 Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft

Wichtiger als die bloß formalen Angaben zum Familienstand erschienen uns Antworten auf die Fragen, ob unsere Untersuchungspersonen zum Zeitpunkt der Befragung eine Lebenspartnerin/ einen Lebenspartner haben oder nicht, und weiter: ob beide Partner in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben<sup>1</sup>. Wie die meisten Erwachsenen in unserer Gesellschaft leben auch die von uns befragten Personen in der Regel in Partnerschaften. Erwähnenswert erscheinen im folgenden nur feinere Differenzen zwischen Personen, deren Partner im selben Haushalt leben, und anderen, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben oder alleinstehend sind. (Personen ohne jede Angabe zur Partnerschaft werden im folgenden nicht berücksichtigt). Wenn Partnerschaften mit gemeinsamem Haushalt angegeben werden, kann man davon ausgehen, daß es sich um relativ langfristige, stabilisierte Lebensgemeinschaften handelt, während ein getrennter Haushalt häufiger auf eine erst kurzfristig bestehende oder eine nicht in gleichem Maße stabilisierte Beziehung verweist. Geringfügige

---

<sup>1</sup> vgl. dazu Grote, Dettmer, Hoff & Hohner (1999): Fragebogen zur schriftlichen Befragung S. 3, Frage 5 u. 6.

Unterschiede hinsichtlich dieser Personengruppen zwischen den Professionen sind nicht signifikant.

### (a) Medizin

Wie in Übersicht 20 dargestellt, leben mehr Ärzte (84%) als Ärztinnen (72%) mit ihrer Partnerin/ihrem Partner im selben Haushalt zusammen; dagegen sind die Anteile der Ärztinnen, die einen Lebenspartner haben, mit dem sie nicht „unter einem Dach“ zusammenleben (9%), oder derjenigen, die ganz als „Singles“ leben (19%) höher als die entsprechenden Anteile der Männer. Diese Unterschiede sind statistisch signifikant.

### Übersicht 20: Partnerschaft und Geschlecht in der Medizin

(n=351, Prozentangaben pro Partnerschaftsform)

Partnerschaft	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
mit PartnerIn im selben Haushalt	(143)	83,6	(125)	72,3
mit PartnerIn ohne gemeinsamen Haushalt	(9)	5,3	(16)	9,2
alleinstehend	(19)	11,1	(32)	18,5
Insgesamt	(171)	100,0	(173)	100,0

p<.05

Anscheinend haben es die Männer leichter, Partnerinnen zu finden (bzw. nach Trennungen: erneut zu finden), die ihnen im außerberuflichen Bereich für ihren belastenden Beruf „den Rücken frei halten“, für den Haushalt sorgen und deshalb u. U. selbst beruflich „zurückstecken“. Ärztinnen haben es dagegen schwerer, Partner zu finden, die bereit sind, sich ihrerseits privat auf eine berufstätige Frau einzustellen. Hinzu kommt, daß Kinder im Fall von Trennungen oder Scheidungen oft im Haushalt der Mutter bleiben. Schließlich muß das Alter der von uns befragten Frauen (zwischen 40 und 50 Jahren) mit der für sie relevanten „biologischen“ und „sozialen“ Uhr in Rechnung gestellt werden. Nach Trennungen ist es für die Männer dieses Alters durchaus möglich und üblich, noch (oder noch einmal) eine Familie zu gründen, während den Frauen diese Möglichkeit nicht mehr unbegrenzt offen steht.

Differenziert man nach **Berufsverlaufsmustern**, so werden die Zellhäufigkeiten bei Personen mit PartnerInnen, die nicht im selben Haushalt leben und bei solchen, die alleinstehend sind, allzu gering. Aus diesem Grund haben wir erstens diese beiden Gruppen zusammengefaßt. Wir vergleichen also diejenigen, die mit PartnerInnen „unter einem Dach“ (d.h. in dauerhafter Beziehung) leben mit allen anderen, bei denen dies nicht der Fall ist. Zweitens

fassen wir die MedizinerInnen in jenen Berufsverlaufsmustern zusammen, die innerhalb der Medizin zu vergleichsweise stärkerem bzw. zu geringerem Berufserfolg geführt haben. Als beruflich erfolgreicher können – gemessen am „objektiven“ Kriterium der erreichten Positionen und Titel – einmal die MedizinerInnen im Muster des „Kontinuierlichen Aufstiegs“ und dann - gemessen am „objektiven“ Kriterium des relativ hohen Einkommens – die niedergelassenen ÄrztInnen im Muster der „Zwei Phasen“ gelten. Im Vergleich dazu können die MedizinerInnen, die im Muster der „Kontinuität in Institutionen“ auf Positionen wie der des Assistenzarztes bleiben oder die eine (starke) Diskontinuität des Berufsweges aufweisen, als weniger erfolgreich bezeichnet werden (vgl. dazu Kap.3). Wie schon erwähnt, müssen die subjektiven Kriterien für Berufserfolg mit diesen externen Kriterien keineswegs übereinstimmen.

Wie in Übersicht 21 dargestellt, leben mehr Mediziner, deren Berufswege als erfolgreich gelten können – sei es, daß sie in höhere Positionen aufgestiegen sind, sei es daß sie als niedergelassene Ärzte häufiger ein gutes Einkommen haben – mit Partnerinnen im selben Haushalt (88%) als ihre nicht derart erfolgreichen Kollegen (73%).

### Übersicht 21: Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft in der Medizin

(n=351, Prozentangaben pro Berufsverlaufsmuster, getrennt nach Geschlecht)

Berufsverlaufsmuster	Männer			Frauen		
	Partnerin in gemeins. Haushalt (n=) %	Partnerin nicht in HH od. alleinstehend (n=) %	Gesamt (n=) %	Partner in gemeins. Haushalt (n=) %	Partner nicht in HH od. alleinstehend (n=) %	Gesamt (n=) %
<b>erfolgreichere Muster:</b> (Kontinuierlicher Aufstieg, Zwei Phasen)	(107) 87,7	(15) 12,3	(122) 100	(53) 68,8	(24) 31,2	(77) 100
<b>weniger erfolgreiche Muster:</b> (Kontinuität in Institut., Diskontinuität u. starke Diskont.)	(33) 73,3	(12) 26,7	(45) 100	(63) 75,0	(21) 25,0	(84) 100
Insgesamt <sup>1</sup>	(140) 83,8	(27) 16,2	(167) 100	(116) 72,0	(45) 28,0	(161) 100
	p<.05			n.s.		

Der Befund dieses signifikanten Unterschiedes paßt in das Gesamtbild, das sich bisher ergeben hat und das wir gleich um weitere Ergebnisse zur Kinderzahl und zur Erwerbstätigkeit der PartnerInnen ergänzen werden: Feste Partnerschaften und eine gemeinsame Lebens-

<sup>1</sup> Die Häufigkeiten sind etwas geringer als in Übersicht 20 weil die Kategorie „sonstige Berufsverlaufsmuster“ (vgl. Kap.2) nicht berücksichtigt wurde.

führung unterstützen (bei zumeist komplementärer Aufgabenverteilung im Haushalt) den Berufserfolg von Männern. Denkbar ist aber zugleich, daß der Berufserfolg umgekehrt auch die Stabilität von Beziehungen stärkt.

Bei den Frauen zeigt sich ein geringfügiger, aber nicht signifikanter entgegengesetzter Unterschied. Der Berufserfolg ist bei ihnen sicher kaum derart eindeutig am Berufsverlaufsmuster ablesbar wie bei den Männern in der Medizin - erinnert sei an die durchgängig geringere Wochenstundenzahl (vgl. Kap. 3.2.2), die sich dann in einem vergleichsweise niedrigerem Einkommen auch bei den freiberuflich tätigen Ärztinnen niederschlägt. Außerdem spielen gerade für Frauen die subjektiven Kriterien für „Erfolg im Leben“ auch mit Blick auf den Berufserfolg (nach unseren ersten Interviewauswertungen) eine viel stärkere Rolle als bei den Männern.

Bemerkenswert erscheint schließlich, daß bei den Frauen in Berufswegen, die zu mehr Erfolg führen, der Anteil der Alleinstehenden oder derjenigen mit Partnern in getrenntem Haushalt (31%) signifikant höher ist als bei Männern (12%). Der „Preis“ für Erfolg im Beruf besteht für Frauen anscheinend oftmals nicht nur darin, daß sie auf (mehrere) Kinder verzichten, sondern auch im Verzicht auf (oder im Verlust von) festen Partnern; und potentielle Partner sind dann wahrscheinlich kaum bereit, ihrerseits im Beruf zugunsten einer symmetrischen Aufgabenverteilung bei der gemeinsamen Haushaltsführung zurückzustecken.

### **(b) Psychologie**

Übersicht 22 zeigt, daß auch in der Psychologie mehr Männer (87%) als Frauen (75%) in Partnerschaften mit gemeinsamer Haushaltsführung leben; und wieder finden sich mehr Frauen (9%) als Männer (6%) mit getrennter Haushaltsführung und mehr alleinstehende Frauen (16%) als alleinstehende Männer (7%). Diese statistisch signifikanten Unterschiede sind deutlicher als in der Medizin und lassen sich in gleicher Weise wie dort interpretieren.

**Übersicht 22: Partnerschaft und Geschlecht in der Psychologie**  
(*n=351, Prozentangaben pro Partnerschaftsform*)

Partnerschaft	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
mit PartnerIn im selben Haushalt	(161)	87,0	(294)	75,4
mit PartnerIn ohne gemeinsamen Haushalt	(11)	5,9	(34)	8,7
alleinstehend	(13)	7,0	(62)	15,9
Insgesamt	(185)	100,0	(390)	100,0

p<.001

Eine genaue Betrachtung aller einzelnen **Berufsverlaufsmuster** in der Psychologie ist schwierig, da auch hier einzelne Zellen zu gering besetzt sind. Deshalb haben wir wieder Berufsverlaufsmuster zusammengefaßt – nun allerdings in etwas anderer Weise als in der Medizin: Adäquater für die Psychologie erscheint es, erstens alle „unkomplizierten“, kontinuierlichen Muster (P1, P2, P3, P4 vgl. Kap. 2 und Übersicht 4) zusammenzufassen. Diese Muster führen auch teilweise zu Berufserfolg. Das gilt vor allem für das Muster des „(kontinuierlichen) Aufstiegs“ (P1) in Institutionen. Und anders als in der Medizin kann es für PsychologInnen oft bereits als „Erfolg“ gewertet werden, wenn sie überhaupt kontinuierlich und unbefristet als Angestellte bzw. Beamte tätig sind (P2) oder wenn sie langfristig in der freiberuflichen Praxis „Fuß fassen“ konnten (P3, P4). Zweitens können in Kontrast dazu alle „komplizierten“ Muster zusammengefaßt werden, die sich durch mehr und minder starke „Diskontinuität“ (P6, P7, P8) oder „Doppel- u. Mehrgleisigkeit“ (P5) kennzeichnen lassen.

Übersicht 23 zeigt signifikante Unterschiede bei den Männern und keine Unterschiede bei den Frauen:

### Übersicht 23: Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft in der Psychologie

(n=585, Prozentangaben pro Berufsverlaufsmuster, getrennt nach Geschlecht)

Berufsverlaufsmuster	Männer			Frauen		
	Partnerin in gemeins. Haushalt	Partnerin nicht in HH od. alleinstehend	Gesamt	Partner in gemeins. Haushalt	Partner nicht in HH od. alleinstehend	Gesamt
	(n=) %	(n=) %	(n=) %	(n=) %	(n=) %	(n=) %
<b>kontinuierliche Muster:</b> (kontinuierlicher Aufstieg, Kont. Inst., Kontin. Selbst., Zwei Phasen)	(86) 91,5	(8) 8,5	(94) 100	(89) 74,8	(30) 25,2	(119) 100
<b>diskont. u. inkonsistente Muster:</b> (Doppel- u. Mehrgl., Kont. u. Diskont., Disk. u. starke Disk.)	(70) 81,4	(16) 18,6	(86) 100	(203) 76,9	(61) 23,1	(264) 100
Insgesamt <sup>1</sup>	(156) 86,7	(24) 13,3	(180) 100	(292) 76,2	(91) 23,8	(383) 100

p<.05

n.s.

Mehr Männer in den „unkomplizierten“, kontinuierlichen und eher zu Erfolg führenden Berufsverläufen (92%) haben feste Partnerschaften mit gemeinsamer Haushaltsführung als die Männer in den „komplizierten“ biographischen Mustern. Betrachtet man die relativ große und

<sup>1</sup> Die Häufigkeiten sind etwas geringer als in Übersicht 22 weil die Kategorie „sonstige Berufsverlaufsmuster“ (vgl. Kap. 2) nicht berücksichtigt wurde.

für die Psychologie charakteristische Gruppe der Psychologen im Muster „Doppel- und Mehrgleisigkeit“, die vom Einkommen her als erfolgreich gelten muß, aber auch doppelt oder mehrfach belastet ist, so ist hier der Anteil der Männer mit fester Partnerschaft geringer als in allen anderen Gruppen (77%, dies geht nicht aus Übersicht 23 hervor). Dafür, daß sich solche Unterschiede bei den Frauen in der Psychologie nicht zeigen, können analoge Erklärungen wie eben bei den Medizinerinnen angeführt werden.

**Zusammenfassend läßt sich festhalten: Zwar lebt die Mehrzahl der von uns untersuchten Personen in festen Partnerschaften. In beiden Professionen sind es aber mehr Männer als Frauen, die mit einer Partnerin „unter einem Dach“ zusammenleben; und umgekehrt sind mehr Frauen als Männer alleinstehend oder haben Partner, die nicht mit ihnen im selben Haushalt zusammenleben. Neben dem bekannten Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann u.U. auch bei manchen berufstätigen Frauen bereits die Vereinbarkeit von Beruf und Partnerschaft zum Problem werden. In der Medizin haben Männer in den Berufsverlaufsmustern, die zu Erfolg führen, häufiger feste Partnerschaften als Ärzte in den anderen Mustern; und auch in der Psychologie zeigt sich ein analoger Unterschied zwischen Männern in den kontinuierlichen bzw. „unkomplizierten“ Mustern (die teilweise auch zu Erfolg führen) und denjenigen in den „komplizierten“, durch Diskontinuität oder Mehrgleisigkeit gekennzeichneten Mustern. Feste Partnerschaften unterstützen anscheinend die erfolgreichen bzw. (in der Psychologie) die „unkomplizierten“ Berufsverläufe bei Männern, und sie werden u.U. auch ihrerseits durch solche Verläufe stabilisiert.**

## **5.2 Berufsverlaufsmuster und Kinderzahl**

Nachdem wir zuvor (in Kap. 3.2.2) bereits Unterschiede zwischen Professionsangehörigen mit und ohne Kinder im Zusammenhang mit der wöchentlichen Arbeitszeit betrachtet hatten, wollen wir nun genauer bei den Personen mit Kindern nach der Kinderzahl differenzieren. Zwei Fragen in der schriftlichen Befragung hatten sich auf die Anzahl der Kinder gerichtet. Eine unserer Fragen bezog sich auf die Anzahl der eigenen Kinder und eine weitere auf die Anzahl der Kinder, die im Haushalt leben<sup>1</sup>. Für Fragestellungen, die wir später bearbeiten werden und die sich auf die Rollen- bzw. Aufgabenverteilung von Frauen und Männern im Haushalt beziehen, wird es wichtig, wie viele Kinder gegenwärtig im Haushalt leben und zu

---

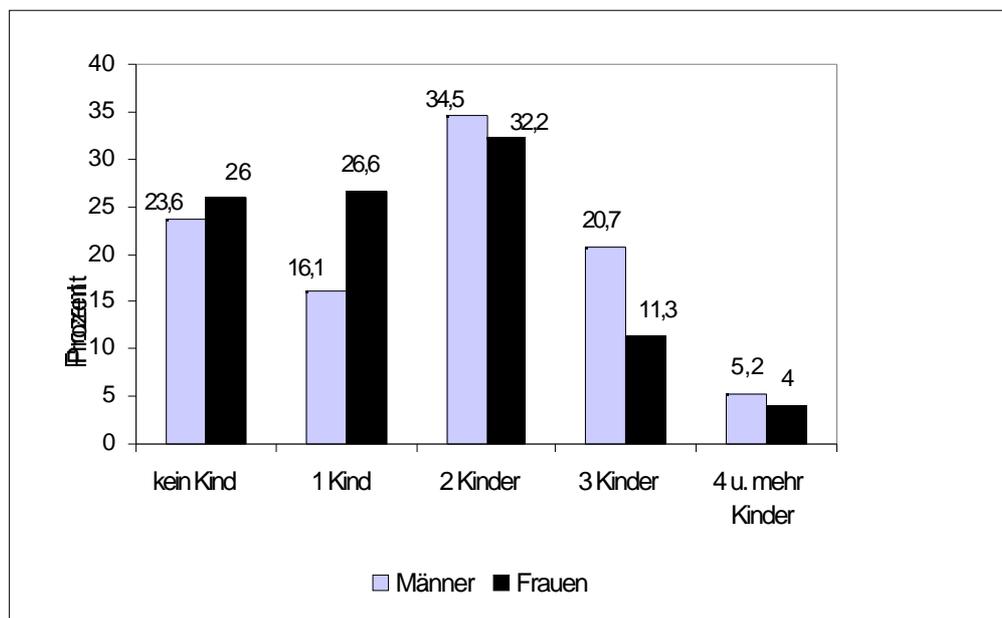
<sup>1</sup> vgl. dazu Grote, Dettmer, Hoff & Hohner (1999): Fragebogen zur schriftlichen Befragung S. 3, Frage 4 und 8.

betreuen sind - unabhängig davon, ob es eigene oder solche Kinder sind, die der Partner/die Partnerin „mitgebracht“ hat. Dabei wird auch die Tatsache berücksichtigt, daß zum Zeitpunkt unserer Befragung in manchen Haushalten die (fast) volljährigen Kinder u. U. bereits ausgezogen sind. Im Zusammenhang mit den Berufsverlaufsmustern ist es hier jedoch wichtiger, die Anzahl der leiblichen Kinder heranzuziehen. Denn deren Geburt und Erziehung hat den Lebens- und damit auch den Berufsverlauf mit strukturiert (darauf gehen wir auch im folgenden Kapitel 6 ein).

### (a) Medizin

Übersicht 24 zeigt, daß die meisten der von uns befragten MedizinerInnen entweder kein Kind oder zwei Kinder haben. Personen mit nur einem Kind oder mit drei (und mehr) Kindern sind seltener, und besonders hier fallen Unterschiede zwischen Männern und Frauen ins Auge.

**Übersicht 24: Kinderzahl und Geschlecht in der Medizin**  
( $n=351$ , Prozentangaben nach Geschlecht)



$p < .05$

Mehr Frauen (27%) als Männer (16%) haben nur ein einziges Kind; und umgekehrt haben mehr Männer (26%) als Frauen (15%) drei oder mehr Kinder. Der insgesamt signifikante Unterschied, daß Ärztinnen weniger Kinder als ihre männlichen Kollegen haben, kann wohl nur folgendermaßen erklärt werden: Die Ärztinnen zahlen für ihre belastende Berufstätigkeit einen höheren Preis als in anderen Professionen - z.B. auch im Vergleich zur Psychologie,



Die Ärzte mit **diskontinuierlichen Berufsverläufen** können hier wegen ihrer geringen Anzahl außer Acht gelassen werden.

Diese Unterschiede in der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen den Medizinern mit verschiedenen Berufsverlaufsmustern sind signifikant, und sie lassen sich wohl wiederum nur folgendermaßen interpretieren: Eine erfolgreiche berufliche Entwicklung von Männern - besonders ihr Aufstieg in mittlere und höchste Positionen, wird von einer Familienentwicklung begleitet, bei der die Partnerinnen ihren Männern „den Rücken frei halten“, selbst beruflich zurückstecken und für die Familie zuständig sind. Gerade eine zunehmende Zahl von Kindern verstärkt die komplementäre Rollenaufteilung in der Partnerschaft und wird von den Vätern als Bereicherung empfunden. Im Vorgriff auf die Ergebnisse unserer Intensivinterviews sei angemerkt, daß alle interviewten Männer dieser Gruppe eine entsprechend kompensatorische Funktion des Privat- und Familienlebens für den Beruf betonen. Die Familie wird als Quelle ständiger Regeneration und Stärkung angesichts der beruflichen Belastungen begriffen.

Eine in diesem Maße entlastende Funktion des Privat- und Familienlebens kommt offensichtlich weniger häufig bei jenen Ärzten vor, die nicht aufsteigen, sondern Assistenzärzte bleiben. Inwieweit sich hier Wirkungen vom Berufs- auf das Privatleben und umgekehrt trennen lassen, ist schwerlich festzustellen.

Daß die Kinderzahl dann wieder in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte steigt, paßt zu unserer Interpretation eines positiven Zusammenspiels von Berufserfolg und Kinderzahl: Da sich auch in dieser Gruppe besonders viele erfolgreiche Professionsangehörige finden (gemessen am Kriterium eines vergleichsweise hohen Einkommens), dürfte auch hier die Familie eine kompensatorische und stimulierende Funktion mit Blick auf die Bewältigung beruflicher Anforderungen und zeitlicher Belastungen haben.

Noch auffallender als die Männer und in völlig anderer Weise unterscheiden sich die **Frauen** in den verschiedenen Berufsverlaufsmustern hinsichtlich der Kinderzahl. Im Muster des „**kontinuierlichen Aufstiegs**“ zeigt sich genau der entgegengesetzte Trend wie bei den Männern. An dieser Stelle muß ergänzt werden, was aus den Angaben zu Mittelwerten in Übersicht 26 nicht hervorgeht: Von den wenigen Ärztinnen (n=22) in höchsten oder mittleren Positionen hat die Hälfte kein Kind, sieben haben ein Kind und nur 4 haben zwei oder mehr Kinder (M=0,8). Der Aufstieg, der nur ganz wenigen Frauen (auch in der Grundgesamtheit der gesamten Profession) „gelingt“, ist teuer erkauft; der „Preis“ ist sehr häufig der Verzicht auf Kinder. Bei allen anderen Frauen sollte man nicht nur von „mißlingendem“, sondern auch von „nicht gewolltem“ Aufstieg sprechen. Auf das Ineinandergreifen von externen Barrieren

und intern gewolltem Verzicht auf eine „Karriere“ zugunsten von Kindern haben uns die befragten Ärztinnen in den Interviews immer wieder hingewiesen. Anders als für Männer bedeuten Kinder für Frauen mit Blick auf den Beruf zumeist auch eine Belastung. Die „doppelte Belastung“ besteht in bezahlter **und** unbezahlter Arbeit. Nur dort, wo die Frauen in Spitzenpositionen oder mit hohem Einkommen ähnlich wie die Männer privat unterstützt werden (weil nun andere Frauen die Hausarbeit gegen Bezahlung übernehmen und weil ihre Partner vielleicht überdies eine stärker symmetrische Aufgabenverteilung in Haushalt und Familie bejahen), werden Kinder wie bei den Männern nicht nur generell, sondern auch speziell mit Blick auf den Beruf als Bereicherung und im Sinne einer Kompensation oder „Entlastung“ begriffen.

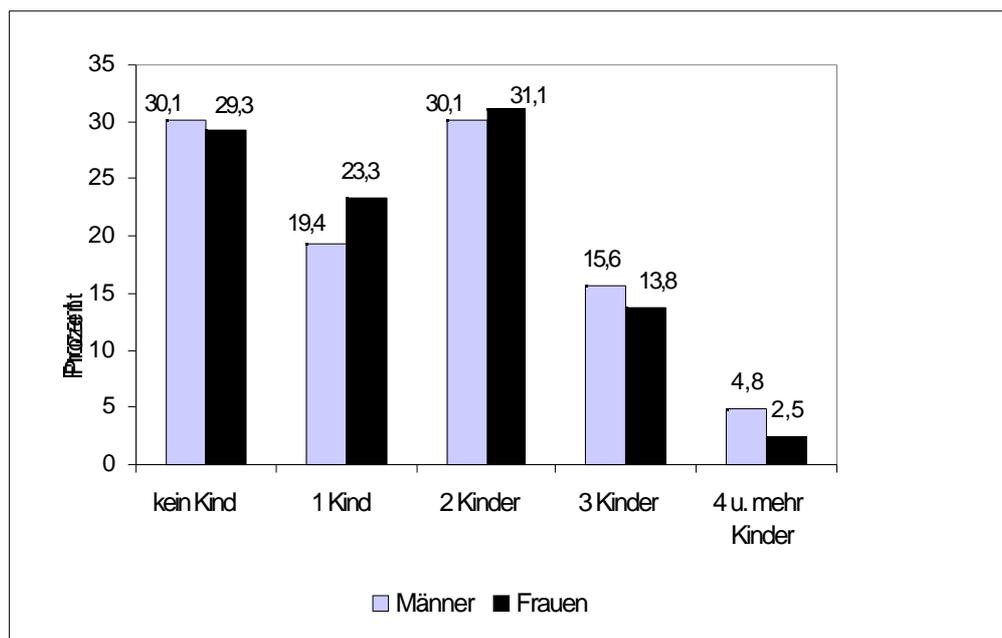
Die Ärztinnen, die in **Institutionen tätig sind ohne aufzusteigen**, haben bereits durchschnittlich etwas mehr Kinder ( $M=1,2$ ) als die Kolleginnen im Aufstiegsmuster. Eine Integration der Lebenssphären ist hier bereits eher möglich. Die dann noch einmal steigende Kinderzahl in der Gruppe der **freiberuflichen Ärztinnen** ( $M=1,4$ ) bestätigt unsere schon wiederholt vorgetragene Interpretation, daß die Integration von Beruf und Familie hier wohl aufgrund einer autonomen zeitlichen Strukturierung des Alltags und der Biographie besser „gelingt“. Das heißt: Die berufliche Belastung kann bei Geburten und dann, wenn zwei oder mehr Kinder dies erfordern, zeitlich reduziert werden, ohne daß es zu langen Ausstiegen kommt. Zu solchen Unterbrechungen kommt es bei den letzten Gruppen. Hier finden sich die Frauen mit der höchsten Anzahl von Kindern ( $M=2,2; 1,8$ ), und offensichtlich führen nicht allein die Geburten per se, sondern vor allem die kumulativen Belastungen bei zwei und mehr Kindern dazu, daß die Berufsverläufe durch eine Unterbrechung oder durch mehrere lange Ausstiege sowie durch eine damit einhergehende **Diskontinuität** der Tätigkeitsinhalte und Beschäftigungsformen gekennzeichnet sind (vgl. Kap. 2).

Insgesamt zeigt sich bei den Frauen in der Medizin ein im Vergleich zu den Männern entgegengesetzter Zusammenhang zwischen Berufserfolg und Kinderzahl. Wie schon erwähnt, stimmen aber gerade bei den Frauen externe und subjektive Erfolgskriterien häufig nicht überein. Zum subjektiven, identitätszentralen Kriterium für ein „erfolgreiches“, „gelungenes“ oder „gutes“ Leben wird hier häufig und mit zunehmendem Alter immer stärker die Integration beider Lebenssphären und Lebensstränge. Darauf weisen unsere ersten Interviewauswertungen deutlich hin. Und nach diesem übergeordneten Kriterium bemißt sich dann auch Erfolg im Beruf subjektiv zunehmend danach, in welchem Maße der Beruf „familienfreundlich“ gestaltet werden kann.

## (b) Psychologie

Im Vergleich zu den MedizinerInnen (vgl. die folgende Übersicht 26 mit der entsprechenden Übersicht 24 für die Medizin) haben mehr PsychologInnen (29% bzw. 30%) keine Kinder. Auffallend ist weiter, daß sich nun Frauen und Männer hinsichtlich der Kinderzahl nicht signifikant voneinander unterscheiden.

**Übersicht 26: Kinderzahl bei Psychologinnen und Psychologen**  
(*n=585, Prozentangaben nach Geschlecht*)



n.s.

Was die **Berufsverlaufsmuster** anbelangt, so läßt sich ebenfalls (anders als in der Medizin) kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen insgesamt feststellen. Gleichwohl zeigt die genauere Analyse der in Übersicht 27 angeführten Mittelwerte für die Kinderzahl bemerkenswerte Differenzen zwischen einigen Gruppen bei den Männern und bei den Frauen:

**Übersicht 27: Berufsverlaufsmuster, Kinderzahl und Geschlecht  
in der Psychologie**  
( $n=585$ ,  $M$ =arithmetisches Mittel,  $s$ =Standardabweichung)

Berufsverlaufsmuster	Kinderzahl					
	Männer			Frauen		
	(n=)	M	s	(n=)	M	s
(kontinuierlicher) Aufstieg	(40)	1,8	1,3	(25)	1,2	1,1
Kontinuität in Institutionen	(20)	1,3	1,0	(31)	1,0	1,1
Kontinuität Selbständiger	(11)	1,2	1,0	(23)	1,4	1,4
Zwei kontinuierliche Phasen	(24)	1,4	1,1	(42)	1,5	1,2
Doppel- und Mehrgleisigkeit	(39)	1,7	1,6	(63)	1,5	1,2
Kontinuität und Diskontinuität	(20)	1,5	1,4	(56)	1,6	1,3
Diskontinuität	(12)	1,2	0,9	(85)	1,3	0,9
Starke Diskontinuität	(15)	0,7	0,8	(66)	1,4	1,1
Insgesamt	(181)	1,4	1,2	(391)	1,4	1,2
	n.s.			n.s.		

Von den **Männern** in der Psychologie fallen diejenigen ins Auge, die in **höhere Positionen** aufgestiegen sind. Sie haben häufiger als die Psychologen in allen anderen Berufsverlaufsmustern zwei oder mehr Kinder. Wenn man nicht nur den höchsten Mittelwert in Übersicht 27 betrachtet ( $M=1,8$ ), sondern noch detaillierter als in dieser Übersicht nach Männern in höchsten und mittleren Positionen differenziert, so zeigt sich bei 16 von 17 Männern in Spitzenpositionen, daß sie zwei oder mehr Kinder haben ( $M=2,5$ ). Einen Zusammenhang zwischen Berufserfolg und hoher Kinderzahl, den wir an dieser Stelle nicht noch einmal genauer interpretieren, finden wir also auch in der Psychologie. Anders als in der Medizin lassen sich jedoch alle anderen Berufsverlaufsmuster bei den Männern weniger eindeutig in solche einteilen, die zu stärkerem oder zu geringerem Erfolg führen. Vielmehr gibt es hier in allen Mustern mehr *und* minder erfolgreiche Psychologen, wobei die Kriterien für Erfolg z.T. noch einmal von Muster zu Muster variieren. Dies läßt sich sehr gut anhand des für die Psychologie charakteristischen Musters der „**Doppel- und Mehrgleisigkeit**“ demonstrieren. Hier ist die durchschnittliche Kinderzahl ebenfalls hoch ( $M=1,7$ ; vgl. Übersicht 27); aber auch die Streubreite ist hier am höchsten. Einerseits lebt ein Drittel dieser Psychologen mit beruflicher Doppel- und Mehrfachtigkeit ohne Kinder; andererseits haben aber auch etliche von ihnen mehrere Kinder. Unterscheidet man zwischen zwei etwa gleich großen Gruppen nach dem Einkommen (vgl. Kap. 4), so zeigt sich folgendes: Die (gemessen an ihrem hohen Einkommen) erfolgreicheren Psychologen haben durchschnittlich mehr Kinder ( $M=2,1$ ) als diejenigen, die weniger erfolgreich sind bzw. ein mittleres oder niedriges Einkommen haben ( $M=1,4$ ; vgl. die folgende Übersicht 28). Für analoge Differenzierungen innerhalb der ande-

ren Berufsverlaufsmuster sind die Häufigkeiten meistens zu klein. Man kann jedoch einen gleichen Zusammenhang zwischen erfolgreicher beruflicher Entwicklung und Kinderzahl bei den Männern wie in der Medizin unterstellen. Dafür sprechen auch die niedrigsten Mittelwerte zur Kinderzahl ( $M=1,2$ ;  $0,7$ , vgl. Übersicht 27) bei den Psychologen mit den schwierigen, **diskontinuierlichen Berufswegen**.

Bei den **Frauen** erscheinen die Unterschiede in der Kinderzahl insgesamt geringer als bei den Männern. Allerdings gibt es auch hier wie in der Medizin eine gegenläufige Tendenz zu der bei den Männern: Frauen, die in der Psychologie **in höhere Positionen aufsteigen**, haben durchschnittlich weniger Kinder ( $M=1,2$ ) als Männer, die in Institutionen „Karriere machen“. Was aus dem Vergleich der Mittelwerte in Übersicht 27 nicht hervorgeht, und was hier ergänzt werden soll: Bei diesen Frauen ist auch der Anteil derjenigen ohne Kinder ( $36,0\%$ ) höher als bei den Männern. Bemerkenswert erscheint weiter, daß die Zahl der Frauen ohne Kinder ebenfalls in den Mustern der **Kontinuität in Institutionen ohne Aufstieg** ( $48\%$ ) sowie der **Kontinuität von selbständigen Tätigkeiten** ( $39\%$ ) viel höher als in allen weiteren Mustern ist. Kontinuität des Berufsverlaufes ist in der Psychologie für Frauen allerdings eher selten. Wenn man sich nun wieder den durchschnittlichen Kinderzahlen (in Übersicht 27) zuwendet, so steigen sie nach diesen drei ersten Mustern der starken Kontinuität ( $M=1,2$ ;  $1,0$ ;  $1,4$ ) in den folgenden Mustern mit großen Anteilen oder Phasen von freiberuflicher Tätigkeit und zunehmender **Diskontinuität** wieder stärker an (auf  $M=1,5$  und  $1,6$ ). Hier erscheinen die gleichen Erklärungen plausibel, die wir schon mehrmals (zuletzt bei der analogen Zunahme der Kinderzahl von Medizinerinnen) vorgetragen haben und die hier nicht noch einmal wiederholt werden sollen.

Am Beispiel des häufigsten Berufsverlaufsmusters der „**Doppel- und Mehrgleisigkeit**“ läßt sich schließlich noch einmal der bei den Frauen im Vergleich zu den Männern umgekehrte Zusammenhang zwischen Berufserfolg (gemessen am hohen Einkommen) und geringer Kinderzahl aufzeigen: Wie aus Übersicht 28 hervorgeht, haben Männer mit hohem Einkommen signifikant mehr Kinder ( $M=2,1$ ) als die Frauen mit hohem Einkommen ( $M=0,9$ ).

**Übersicht 28: Berufserfolg und Geschlecht im Berufsverlaufsmuster  
„Doppel- und Mehrgleisigkeit“ der Psychologie**  
( $n=399$ ,  $M$ =arithmetisches Mittel,  $s$ =Standardabweichung)

	Berufserfolg als relatives Einkommen					
	niedriges u. mittl. Einkommen			hohes Einkommen		
	(n=)	M	s	(n=)	M	s
Männer	(17)	1,4	1,5	(21)	2,1	1,6
Frauen	(48)	1,6	1,2	(14)	0,9	1,2
Insgesamt	(65)	1,5	1,3	(35)	1,6	1,5

n.s.

$p < .05$

Zusammenfassend läßt sich zur Kinderzahl folgendes sagen: In der Medizin gibt es mehr Frauen als Männer mit nur einem Kind und mehr Männer als Frauen mit mehreren Kindern. Ein derart genereller Unterschied zwischen Frauen und Männern läßt sich in der Psychologie nicht feststellen. Ärztinnen verzichten vermutlich häufiger auf mehrere Kinder, wenn ihr Beruf besonders anstrengend ist und wenn sie sich durch Beruf und eine größer werdende Familie noch stärker einer doppelten Belastung aussetzen würden. Ärzte werden dagegen anscheinend in der Familie viel häufiger von ihren Partnerinnen entlastet, und für sie bedeutet eine größere Familie wohl eher ein positives Gegengewicht zum Beruf. Dies dürfte besonders für die beruflich erfolgreichen Mediziner gelten, die in höhere Positionen aufgestiegen sind oder die als niedergelassene Ärzte ein relativ hohes Einkommen haben. Hier ist die Kinderzahl deutlich höher als in den Berufsverläufen, die als weniger erfolgreich gelten können. Bei den Frauen in der Medizin zeigt sich ein umgekehrter Zusammenhang: Sie haben in den Berufsverläufen, die zu Erfolg geführt haben, durchschnittlich weniger Kinder als in den anderen Berufswegen. Bei ihnen steigt die durchschnittliche Kinderzahl dann in dem Muster mit freiberuflicher Tätigkeit und noch stärker in den diskontinuierlichen Mustern an. Solche Unterschiede zwischen Personen in den verschiedenen Berufsverlaufsmustern zeigen sich in der Psychologie nicht derart deutlich. Zwar haben auch hier die Männer, die in höhere Positionen aufgestiegen sind, durchschnittlich die meisten Kinder, während Frauen, die „Karriere“ machen, eher kein Kind oder ein Kind haben. Die Differenzen zwischen der Kinderzahl bei Personen in den anderen Berufsverlaufsmustern sind dagegen gering. Erwähnt sei, daß bei den Frauen mit besonders kontinuierlichen Berufswegen der Anteil derjenigen ohne Kind am höchsten ist. Außerdem findet sich *innerhalb* einzelner Muster wieder der bei Frauen und Männern gegenläufige Zusammenhang zwischen Berufserfolg und Kinderzahl: So haben die Männer, die (gemessen am Einkommen) im Berufsverlauf der „Doppel- und Mehrgleisig-

keit“ besonders erfolgreich sind, deutlich mehr Kinder als die hier erfolgreichen Frauen, die ohne Kind bleiben oder zumeist nur ein Kind haben.

### 5.3 Berufsverlaufsmuster und Erwerbstätigkeit der PartnerInnen

Im Fragebogen hatten wir danach gefragt, ob die PartnerInnen der von uns befragten Personen berufstätig sind und wie viele Stunden sie wöchentlich in ihrem Beruf arbeiten<sup>1</sup>. Antworten dazu sollen die Informationen zur Kinderzahl ergänzen. Es geht um die Bestätigung von Annahmen, die wir bereits bei unseren bisherigen Interpretationen zugrunde gelegt haben, nämlich

- daß der Zusammenhang zwischen zeitlich belastender Berufstätigkeit sowie Berufserfolg und höherer Kinderzahl **bei den Männern** vor allem darauf zurückgeführt werden kann, daß deren Partnerinnen im Beruf „zurückstecken“, stärker für die Kinder zuständig sind und insofern den Männern für deren Beruf den „Rücken freihalten“;
- daß der Zusammenhang zwischen zeitlich belastender Berufstätigkeit sowie Berufserfolg und fehlenden Kindern bzw. geringer Kinderzahl **bei den Frauen** vor allem darauf zurückgeführt werden kann, daß deren männliche Partner im Beruf eben nicht in gleichem Maße zurückstecken können oder wollen.

#### (a) Medizin

Was die Medizin angeht, so werden diese Annahmen unseres Erachtens vor allem durch folgende signifikanten Unterschiede zwischen den Ärzten und Ärztinnen bestätigt:

#### Übersicht 29: Berufstätigkeit der PartnerInnen von Männern und Frauen in der Medizin (n=351, Prozentanteile Beschäftigungsform)

Berufstätigkeit der PartnerInnen	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
PartnerInnen nicht erwerbstätig	(50)	33,8	(11)	8,0
Teilzeit (bis 32 Std.) <sup>2</sup>	(59)	39,9	(10)	7,3
Vollzeit (33 Std u. mehr)	(39)	26,4	(116)	84,7
Insgesamt <sup>3</sup>	(148)	100,0	(137)	100,0

p<.001

<sup>1</sup> vgl. dazu Grote, Dettmer, Hoff & Hohner (1999): Fragebogen zur schriftlichen Befragung S. 18, Frage 42. Da es dabei nur um Personen mit PartnerInnen geht und diejenigen ohne PartnerInnen gar nicht antworten konnten, reduzieren sich im folgenden entsprechend die Stichprobengrößen pro Gruppe (Profession, Geschlecht, Berufsverlaufsmuster).

<sup>2</sup> Wie bei den Angaben im Mikrozensus haben wir die Einteilung der Wochenstunden bis zu 32 Stunden als Teilzeit und 33 und mehr Wochenstunden als Vollzeitbeschäftigung vorgenommen.

<sup>3</sup> Da hier nur die Personen mit PartnerInnen betrachtet werden und darüber hinaus nicht alle Personen Angaben zum Beschäftigungsumfang ihrer PartnerInnen gemacht haben, reduziert sich die Anzahl der Personen in der Spalte „Insgesamt“.

Von allen **Männern**, die in Partnerschaft leben, haben zum Zeitpunkt der Befragung 74% Partnerinnen, die entweder gar nicht berufstätig (34%) oder die teilzeitbeschäftigt (40%) sind. Nur in 26% der Fälle haben die Ärzte ein Partnerin, die (wie sie selbst) voll berufstätig ist. Bei den **Frauen** in der Medizin ergibt sich erwartungsgemäß ein völlig anderes Bild: hier haben nur 15% einen Partner, der nicht berufstätig (8%) oder nur teilzeitbeschäftigt (7%) ist, während 85% einen Partner haben, der vollzeitbeschäftigt ist. Angemerkt sei noch, daß es sich bei den 8% der Frauen ohne berufstätige Partner sicherlich nicht um die Entsprechung zur Gruppe der berufstätigen Männer (34%) mit ihren nur für die Familie zuständigen Partnerinnen bzw. Ehefrauen handelt. Vielmehr sind diese berufstätigen Frauen in der Regel jünger als ihre Partner bzw. Männer, die zum großen Teil bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden sind.

Betrachtet man nur jene Männer und Frauen in der Medizin, die erwerbstätige PartnerInnen haben, so zeigt sich weiter ein Unterschied in der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit: Die erwerbstätigen Partnerinnen von Ärzten ( $n=96$ ) arbeiten durchschnittlich nur 30,2 Stunden pro Woche ( $s=17,0$ ); die berufstätigen Partner von Ärztinnen ( $n=115$ ) arbeiten dagegen durchschnittlich weit mehr, als es der „normalen“ Wochenarbeitszeit entspricht, nämlich 48,3 Stunden ( $s=12,2$ ). Dieser Unterschied ist hochsignifikant.

Die Ärztinnen mit berufstätigem Mann können also, wie schon häufig erwähnt, kaum von ihrem Partner Unterstützung in Familie und Haushalt erwarten, sondern sie unterstützen ihn in der Regel ihrerseits. Die Ärzte erhalten umgekehrt eher eine solche Unterstützung auch von ihren erwerbstätigen Partnerinnen, denn diese und nicht sie selbst reduzieren ihre wöchentliche berufliche Arbeitszeit.

Für detaillierte Vergleiche der Frauen und Männer in allen **Berufsverlaufsmustern** sind die Häufigkeiten (pro Zelle) teilweise wieder zu gering. Wenn man die erfolgreichen und weniger erfolgreichen Muster (wie im vorletzten Abschnitt 5.1, vgl. Übersicht 21) zusammenfaßt und miteinander vergleicht, so ergeben sich weder bei Männern noch bei Frauen nennenswerte Unterschiede hinsichtlich der Erwerbstätigkeit der PartnerInnen. Betrachtet man allerdings gesondert die besonders erfolgreichen Ärzte im Muster „kontinuierlicher Aufstieg“, so zeigt sich folgendes: Bei diesen Männern in höheren Positionen ist der Anteil derjenigen mit gar nicht erwerbstätigen Partnerinnen (44%) viel höher als in allen anderen Berufsverlaufsmustern. Das stützt unsere zuvor genannte Interpretation, daß der höchste Berufserfolg und die höchste Kinderzahl bei dieser Gruppe vielfach durch Partnerinnen mit ermöglicht werden, die nur für die Familie zuständig sind. Die Frauen, die in mittlere oder höchste Positionen aufgestiegen sind, haben dagegen fast alle voll berufstätige Partner.

## (b) Psychologie

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Erwerbstätigkeit der PartnerInnen zeigen sich ebenfalls zwischen Frauen und Männern in der Psychologie:

### Übersicht 30: Berufstätigkeit der PartnerInnen von Männern und Frauen in der Psychologie (n=585, Prozentangaben Beschäftigungsform)

Berufstätigkeit der PartnerInnen	Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%
PartnerInnen nicht erwerbstätig	(25)	14,9	(20)	6,2
Teilzeit (bis 32 Std.) <sup>1</sup>	(80)	47,6	(30)	9,3
Vollzeit (33 Std u. mehr)	(63)	37,5	(274)	84,6
Insgesamt <sup>2</sup>	(168)	100,0	(324)	100,0

p<.001

Die **Frauen** in der Psychologie unterscheiden sich hinsichtlich der Erwerbstätigkeit ihrer Partner kaum von den Frauen in der Medizin; die **Männer** in beiden Professionen unterscheiden sich dagegen durchaus voneinander: Psychologen haben viel seltener als Mediziner Partnerinnen, die gar nicht erwerbstätig sind (15%). Am höchsten ist der Anteil der Psychologen mit teilzeitbeschäftigten Frauen (48%); aber auch die Gruppe der Psychologen mit vollzeitbeschäftigten Frauen (38%) ist deutlich größer als die entsprechende Gruppe bei den Medizinerinnen. Man kann also einerseits festhalten, daß auch Psychologinnen zumeist vollberufstätige Partner (85%) haben, zu deren Gunsten sie selbst beruflich eher „zurückstecken“, während die Männer umgekehrt häufiger von Partnerinnen unterstützt werden, die nicht erwerbstätig oder teilzeitbeschäftigt sind. Andererseits gibt es viel mehr Psychologen mit erwerbstätigen Partnerinnen als Mediziner; und dies spricht für eine stärker symmetrische Aufgabenverteilung in Familie und Haushalt. (Im Fragebogen haben wir übrigens nach dieser Aufteilung gefragt, und darauf werden wir in späteren Analysen noch detailliert eingehen).

Auch in der Psychologie kann man die Männer und Frauen mit erwerbstätigen Partnern nun noch einmal genauer hinsichtlich der durchschnittlichen Arbeitszeit ihrer PartnerInnen vergleichen. Die Partnerinnen der Männer (n=139) arbeiten ebenfalls weitaus weniger Stunden pro Woche (M=31,3; s=14,0) als die Partner der Frauen (n=302); M=45,5; s=12,0); dieser Unterschied ist signifikant.

<sup>1</sup> Wie bei den Angaben im Mikrozensus haben wir die Einteilung der Wochenstunden bis zu 32 Stunden als Teilzeit und 33 und mehr Wochenstunden als Vollzeitbeschäftigung vorgenommen.

<sup>2</sup> Da hier nur Personen mit PartnerInnen betrachtet werden und darüber hinaus nicht alle Personen Angaben zum Beschäftigungsumfang ihrer PartnerInnen gemacht haben, reduziert sich die Anzahl der Personen in der Spalte „Insgesamt“.

Differenziert man nach **Berufsverlaufsmustern** bzw. vergleicht man wegen der teilweise zu geringen Häufigkeiten Personen in kontinuierlichen mit denen in diskontinuierlichen sowie inkonsistenten Mustern (vgl. Kap. 5.1. und Übersicht 23), so ergeben sich weder bei Männern noch bei Frauen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Erwerbstätigkeit von PartnerInnen.

**Abschließend läßt sich festhalten, daß die Männer in der Medizin deutlich mehr Partnerinnen haben, die gar nicht oder teilzeiterwerbstätig sind, als die Frauen. Umgekehrt haben die meisten Ärztinnen anders als ihre männlichen Kollegen Partner, die vollzeit beschäftigt sind. Wenn man weiter nur die erwerbstätigen PartnerInnen betrachtet, so ist deren durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei den Ärzten deutlich geringer, als bei den Ärztinnen. Damit bestätigt sich unsere Interpretation, daß die beruflich stärkere Belastung der Männer durch eine Entlastung in Familie und Haushalt ermöglicht wird. Deren Partnerinnen „stecken“ in der Regel ihrerseits beruflich „zurück“ und haben dann mehr Zeit für Haushalt und Kinder. Die berufstätigen Frauen erfahren dagegen kaum eine solche Entlastung; deren Partner sind in der Regel voll berufstätig und daher sind sie selbst stärker auch für die Familie zuständig. Für die Frauen in der Psychologie gilt das gleiche wie für Ärztinnen. Die Männer in der Psychologie haben dagegen viel häufiger als die in der Medizin Partnerinnen, die teil- und vollzeit erwerbstätig sind. Dies spricht für ein stärkeres Gleichgewicht von Berufs- und Privatleben und für eine stärker symmetrische Aufgabenverteilung in den Partnerschaften von Männern in der Psychologie. Abgesehen davon, daß bei Ärzten, die in höhere Positionen aufgestiegen sind, der Anteil derjenigen mit nicht erwerbstätigen Partnerinnen am höchsten ist, gibt es weder bei Männern noch bei Frauen in den Berufsverlaufsmustern beider Professionen nennenswerte Unterschiede in Hinsicht auf die Erwerbstätigkeit der PartnerInnen.**

## 6. Bezüge zwischen dem beruflichen und dem privaten Lebenslauf

*Bezüge zwischen dem Berufs- und Privatleben sind bereits im vorangegangenen Kapitel thematisiert worden. Allerdings ging es dort um außerberufliche Lebensbedingungen (Partnerschaft, Zahl der Kinder, und Erwerbstätigkeit der PartnerInnen), die für das Privatleben zum Zeitpunkt der Befragung, nicht aber für die gesamte vorangegangene Biographie kennzeichnend waren. In diesem Kapitel sollen dagegen Bezüge zwischen dem beruflichen und dem privaten Lebenslauf, genauer gesagt: biographisch relevante Bezüge der zeitlichen Nähe und der (aufgrund dieser zeitlichen Nähe wahrscheinlichen) wechselseitigen Beeinflussung von gravierenden Ereignissen in beiden Lebenssträngen behandelt werden. Zuerst geht es um die Fragen, wieviele Ereignisse und Stationen die MedizinerInnen und PsychologInnen in ihrer Berufs- und Privatbiographie als besonders wichtig benannt haben und weiter: wieviele zeitlich enge Zusammenhänge es zwischen diesen wichtigen Ereignissen in beiden Lebensstränge gibt. Danach wird beschrieben, um welche Ereignisse es sich handelt, und welche Ereignisse in beiden Lebenssträngen zeitlich zusammenfallen bzw. so nah beieinander liegen, daß sie im Sinne kausaler Bezüge interpretierbar sind. Und schließlich soll untersucht werden, ob sich die Frauen und Männer in verschiedenartigen Berufsverlaufsmustern hinsichtlich dieser Bezüge zwischen den Lebenssträngen voneinander unterscheiden.*

### 6.1 Zur empirischen Ermittlung von Bezügen zwischen den Lebenssträngen

Zuvor ist unser methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Berufsverlaufsmuster dargestellt worden (vgl. Kapitel 2.1). Das für die Erhebung zentrale Blatt im Fragebogen war entlang der Zeitachse so vorstrukturiert worden, daß die Befragten Jahr für Jahr die in ihren Augen wichtigsten beruflichen Ereignisse, Stationen und Phasen (links auf dem Blatt) und zugleich ihre wichtigsten privaten Lebensereignisse (rechts auf dem Blatt) stichwortartig notieren konnten (vgl. dieses Blatt und Beispiele zu unterschiedlichen Arten von Eintragungen im Anhang). Während wir uns bei der Ermittlung der Berufsverlaufsmuster nur auf die Art und Abfolge der beruflichen Ereignisse (auf der linken Blatthälfte) konzentriert hatten, haben wir nun zuerst unser Augenmerk auf die als wichtig benannten privaten Ereignisse und Stationen (auf der rechten Blatthälfte) gerichtet und dann festgestellt, ob diese privaten Ereignisse fast zeitgleich (im selben Jahr) oder in zeitlicher Nähe (im Jahr davor oder danach) mit beruflich relevanten Ereignissen notiert worden waren. So können beispielsweise Angaben zur Geburt eines Kindes zeitlich mit den Angaben zu einer beruflichen Veränderung im selben Jahr, im Jahr davor oder danach zusammenfallen.

Für sich genommen sind diese zeitgleich auftretenden oder zeitlich „benachbarten“ Ereignisse, Stationen oder Veränderungen natürlich keine verlässlichen Indikatoren für kausale Bezüge. Wenn wir gleichwohl davon ausgehen, daß Beziehungen im Sinne von Ursachen und Wirkungen bzw. von Wechselwirkungen sehr wahrscheinlich sind, so liegen dem folgende Erfahrungen bei unseren Kodierungen sowie bei unseren derzeit laufenden Interviewauswertungen zugrunde:

- (1)** Einige Befragte haben bereits im Fragebogen zusätzlich zu den notierten Ereignissen in beiden Lebenssträngen auf der sprachlichen Ebene explizit kausale Bezüge hergestellt – am deutlichsten erkennbar durch die auf Begründungen verweisenden Worte „wegen“, „weil“, „um zu“, „aufgrund“ etc. (z.B. „Umzug wegen Berufswechsel des Mannes“, „Umzug wegen erster Stelle“, „Scheidung: zuviel berufliches Engagement?“, „vorzeitige Beendigung der Therapieausbildung wegen Geburt“, „Reduktion der Arbeitszeit wegen Kindererziehung“).
- (2)** Andere Befragte haben solche Bezüge ebenfalls explizit, nun jedoch graphisch veranschaulicht, z.B. in Form von Verbindungslinien, einseitigen oder wechselseitigen Pfeilen zwischen Angaben zu beruflichen Ereignissen (auf der linken Seite des Blattes) und zu privaten Ereignissen (auf der rechten Seite). Beispiele dazu haben wir im Anhang angeführt.
- (3)** Die Interviews, die ja u. a. das Ziel hatten, solche kausalen Bezüge aufzuklären, werden zur Zeit ausgewertet. Dabei zeigt sich bereits folgendes: Die zeitliche Nähe wird von den Befragten selbst fast immer im Sinne kausaler Bezüge interpretiert. Solche Interpretationen wurden in den Interviews spontan geäußert - und zwar oft schon bevor von Seiten der Interviewer entsprechende Fragen nach Einflußrichtungen und –arten (positive, negative Einflüsse, kompensatorische Wirkungen etc.) gestellt wurden<sup>1</sup>. Daß solche Beziehungen als selbstverständlich gelten, wird gerade an den Ausnahmen sichtbar, wenn nämlich z. B. im Interview folgendermaßen argumentiert wurde: „Daß sich damals genau in der Zeit, als ich mit der Ausbildung X begonnen hatte, herausstellte, daß ein Kind unterwegs war, das kam wirklich aus heiterem Himmel. Das war Zufall; aber dann mußte ich sehen, wie ich damit fertig wurde ... (und nun schließt sich beispielsweise eine Explikation von Wechselwirkungen zwischen dem Folgehändeln in beiden Lebenssträngen an).

An dieser Stelle sind noch folgende Hinweise zur Interpretation aller im folgenden dargestellten Befunde erforderlich: Die ermittelten engen zeitlichen Zusammenhänge, die hier als Indikatoren für die uns eigentlich interessierenden kausalen Beziehungen bzw. Wechselwirkungen zwischen den Lebenssträngen betrachtet werden, repräsentieren nur einen Bruchteil sämtlicher Bezüge. Allen im folgenden genannten Häufigkeiten und Unterschiede zwischen Frauen und Männern müssen also unseres Erachtens als Unterschätzungen, als Hinweise auf jene tatsächlich viel häufigeren Wechselwirkungen sowie auf die viel stärkeren Unter-

schiede gelten, die sich empirisch kaum anhand von schriftlichen Befragungen ermitteln lassen. Dafür lassen sich folgende Gründe anführen:

- Einmal gibt es noch eine Fülle von längerfristigen Ursache-Wirkungsketten bzw. Wechselwirkungen, deren exakte Feststellung schwierig ist. So kommt es beispielsweise zu Umzügen in eine andere Stadt aufgrund von Stellenwechseln oft erst nach einer längeren Zeit des Hin- und Herpendelns. Oder eine private Beziehungskrise wirkt sich negativ auf das Berufsleben in der Weise aus, daß Personen vorhandene berufliche Chancen nicht wahrnehmen. Erst viel später kommt es dann zum Ereignis eines Stellenwechsels, mit dessen Hilfe neue Chancen genutzt werden. Daß Wechselwirkungen erst verzögert (bzw. anhand unserer Kodierungen von ausschließlich gleichzeitigen Ereignissen gar nicht) sichtbar werden, hat auch noch folgenden Grund:
- Alltagssprachliche Begriffe wie „Ereignis“, „Station“, „Veränderung“ oder „Weichenstellung“ zielen vor allem auf ein punktuelles Geschehen, und dabei geraten oft die vorausgegangenen und folgenden Prozesse aus dem Blick. Wechselwirkungen zwischen derartigen Prozessen bzw. zwischen dem in bestimmten Phasen alltäglichen Handeln mit weitreichenden biographischen Folgen in beiden Lebenssträngen oder solche zwischen punktuellen Ereignissen in einem und langfristigen Prozessen im anderen Lebensstrang lassen sich anhand der Angaben in unseren Fragebögen nicht ermitteln.
- Im Alltagsdenken wird ebenso wie bei der wissenschaftlichen Theoriebildung „vergessen“, daß es nicht nur äußerlich sichtbare Ereignisse oder Prozesse gibt, die durch das Handeln der davon betroffenen Personen mit erzeugt oder dadurch vorangetrieben werden. Daneben gibt es auch unsichtbare interne „Ereignisse“ im Sinne von Entscheidungen und jenen Typus von rein „mentalem“ Handeln, der sich auf das bewußte Unterlassen von Akten bezieht und der in psychologischen „Verhaltens“- sowie „Handlungstheorien“ vernachlässigt wird<sup>2</sup>. Mit Blick auf die hier interessierenden Bezüge bzw. Wechselwirkungen bedeutet dies, daß Ereignisse in einem Lebensstrang – z.B. die Ge-

---

<sup>1</sup> vgl. dazu Grote, Dettmer, Hoff & Hohner (1999): Interviewleitfaden, S. 5, Frage 5

<sup>2</sup> vgl. dazu die Überlegungen, die wir im Rahmen eines ganz anderen Forschungsprojektes angestellt haben, Hoff & Ewers (2000).

burt eines Kindes mit all ihren Konsequenzen – im anderen Lebensstrang bewirken können, daß hier ursprüngliche Planungen umgestoßen werden und daß geplante Ereignisse aufgrund bewußter Entscheidungen nicht mehr stattfinden. Solche Entscheidungen, die zum Unterbleiben von Ereignissen und zum Unterlassen biographisch bedeutsamen Handelns führen, sind empirisch schwer erfassbar.

## 6.2 Anzahl der wichtigsten Lebensereignisse und der Bezüge zwischen den Lebenssträngen

Die folgende Übersicht 31 zeigt die durchschnittliche **Anzahl der Ereignisse**, die im beruflichen und privaten Lebensstrang als wichtig benannt wurden:

**Übersicht 31: Durchschnittliche Anzahl wichtiger Lebensereignisse**  
(*nMedizin=351, nPsychologie=585, arithmetisches Mittel*)

beruflich vs. privat	durchschnittliche Anzahl genannter Lebensereignisse						Gesamt
	Medizin			Psychologie			
	Männer	Frauen		Männer	Frauen		
berufliche Ereignisse	8,0	9,1	p<.05	9,2	9,2	n.s.	9,0
private Ereignisse	5,5	5,8	n.s.	5,8	6,1	n.s.	5,9

p<.001

Auffallend ist, daß in unserer Gesamtstichprobe signifikant<sup>1</sup> mehr berufliche (M=9,0) als private Ereignisse, Stationen oder Veränderungen (M=5,9) als wichtig genannt werden; und dies gilt in fast gleicher Weise für Männer wie für Frauen in Medizin wie in Psychologie. Dieser Befund besagt keineswegs, daß der berufliche Lebensweg subjektiv als relevanter gilt. Er weist jedoch darauf hin, daß die interne Strukturierung der Berufsbiographie in diesen (und vermutlich in den meisten) Professionen in der Regel komplexer als die des privaten Lebenslaufes ist. Weiter nennen die Frauen in der Medizin mehr berufliche Ereignisse, d.h. sie sehen sich etwas häufiger mit einschneidenden bzw. „kritischen“ (positiven wie negativen) Lebensereignissen im Beruf konfrontiert als die Männer. Das erscheint angesichts ihrer häufig diskontinuierlichen Berufsverläufe ebensowenig erstaunlich wie die Tatsache, daß die Männer in der Medizin mit ihren vergleichsweise kontinuierlichen Berufsbiographien weniger Ereignisse als wichtig benennen. Differenziert man noch genauer zwischen Personen mit Kindern und ohne Kinder, so zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich die wenigen Mediziner ohne Kinder geben mehr beruflich wichtige Ereignisse (M=9,4) als ihre

<sup>1</sup> Anders als bei den bisherigen Signifikanzprüfungen (vgl. die Hinweise in Kap.1) wurde ein t-Test mit gepaarten Stichproben durchgeführt.

Kollegen mit Kindern (M=7,6) an.

Wie weiter aus Übersicht 31 hervorgeht, unterscheiden sich Frauen und Männer kaum (bzw. nur in der Medizin geringfügig, aber signifikant) hinsichtlich der Anzahl der als wichtig genannten beruflichen Lebensereignisse. Das gleiche gilt für die Anzahl der privaten Lebensereignisse. Obwohl Frauen und Männer durchschnittlich also etwa gleich viele Ereignisse nennen, unterscheiden sie sich dann jedoch deutlich hinsichtlich der zeitlichen **Bezüge** zwischen diesen Ereignissen in beiden Lebenssträngen: Bei den Männern lassen sich durchschnittlich weniger Bezüge (M= 1,9) feststellen als bei den Frauen (M= 2,4). Dies wird auch in Übersicht 32 anhand der relativen Häufigkeitsangaben deutlich:

**Übersicht 32: Anzahl der Bezüge zwischen beruflichen und privaten Lebensereignissen**  
(*n*Medizin=351, *n*Psychologie=585)

Bezüge der zeitlichen Nähe zwischen beruflichen und privaten Ereignissen	Medizin				Psychologie			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%	(n=)	%
kein, ein oder zwei Bezüge	(125)	71,8	(107)	60,5	(117)	62,9	(210)	52,6
drei und mehr Bezüge	(49)	28,2	(70)	39,5	(39)	37,1	(189)	47,4
Insgesamt	(174)	100,0	(177)	100,0	(186)	100,0	(399)	100,0

p<.05

p<.05

Es gibt mehr Männer als Frauen, deren Biographien nur wenige zeitliche Zusammenhänge (keine bzw. bis zu zwei Bezüge) zwischen beruflichen und privaten Ereignissen aufweisen. Umgekehrt kommen bei den Frauen häufiger viele Bezüge vor. Differenziert man noch genauer (als in Übersicht 32) nach der Anzahl der Bezüge, so fällt dieser Unterschied mal geringer und mal stärker aus – so finden sich beispielsweise nur bei 11% der Ärzte und bei 19% der Psychologen, dagegen bei 22% der Ärztinnen und bei 28% der Psychologinnen vier und mehr zeitlich enge Bezüge zwischen entscheidenden Ereignissen bzw. „Weichenstellungen“ im beruflichen und solchen im privaten Lebensstrang. Bei den Frauen sind die Lebensstränge also deutlich „objektiv“ enger ineinander „verzahnt“ als bei den Männern. Der analoge Unterschied lässt sich noch einmal hinsichtlich der Professionen konstatieren: Bei den Psychologinnen sind die Lebensstränge enger ineinander verzahnt als bei den MedizinerInnen. Diese Unterschiede können wir bereits kausal im Sinne stärkerer wechselseitiger Einflüsse interpretieren. Anhand unserer Interviewauswertungen lässt sich weiter sagen: diese Bezüge lassen sich nicht nur „objektiv“ feststellen, sondern sie sind zu einem großen Teil subjektiv mit kon-

stituiert, d.h. sie sind nicht nur Ursache, sondern auch Folge von individuellen Leistungen einer Verknüpfung beider Stränge zu einer mehr oder minder einheitlichen Biographie.

Nach diesen quantitativen Unterschieden werden im nächsten Abschnitt qualitative Unterschiede sichtbar. Bezüge zwischen den Lebenssträngen gibt es bei Frauen nicht nur häufiger als bei Männern; es handelt sich vielfach auch um inhaltlich ganz andere Ereignisse, Stationen oder biographische Veränderungen, die in den Lebenssträngen zeitlich eng aneinander gekoppelt sind.

### 6.3 Beschreibung der Bezüge zwischen den Ereignissen in beiden Lebenssträngen

Wir haben die Bezüge nun **inhaltlich** danach klassifiziert, welche Ereignisse im privaten mit welchen Ereignissen im beruflichen Lebensstrang zeitlich zusammenfallen bzw. in zeitlich engem Zusammenhang auftreten. Dabei wird im folgenden immer systematisch mit dem Ereignis bzw. mit der Station im Privatleben begonnen, auch wenn das benachbarte Ereignis im Berufsleben zeitlich (oder als Ursache) vorausging. Nur bestimmte Varianten von Bezügen treten mit einer nennenswerten Häufigkeit auf. In Übersicht 33 sind diese inhaltlichen Varianten aufgelistet:

**Übersicht 33: Inhaltliche Klassifikation von Bezügen zwischen privaten und beruflichen Lebensereignissen/ Stationen**  
(n=867, absolute und prozentuale Häufigkeiten des Vorkommens)

	Bezüge (n=)	% der Bezüge
(A) Umzug und berufliche Ereignisse		
1. Umzug und Stellenwechsel	278	13,5
2. Umzug und erste Stelle	80	3,9
3. Umzug und andere berufl. Ereignisse (z.B. Aufstieg, Unterbrechung)	134	6,5
(B) Geburt eines Kindes und berufliche Ereignisse		
4. Geburt und längere berufl. Unterbrechung	163	7,9
5. Geburt und berufl. Aufstieg	122	5,9
6. Geburt und Stellenwechsel	112	5,5
7. Geburt und Wechsel der Beschäftigungsform	78	3,8
8. Geburt und veränderte Arbeitszeit	72	3,5
9. Geburt und erste Stelle	62	3,0
10. Geburt und andere berufl. Ereignisse	48	2,3
(C) Partnerschaft und berufliche Ereignisse		
11. Heirat und Stellenwechsel	70	3,4
12. Heirat und erste Stelle	46	2,2
13. Heirat und Aufstieg	44	2,1
14. Heirat und sonst. berufl. Ereignisse	91	4,4
15. Trennung/ Scheidung und Stellenwechsel	57	2,8
16. Trennung/Scheidung/ Beziehungskrise und andere berufl. Ereignisse	146	7,1
(D) Berufliches Ereignis bei Partnern und eigenes berufl. Ereignis	80	3,9
(E) Krankheit/ Unfall und berufl. Ereignis	80	3,9
(F) Ereignis im Leben des Kindes und berufl. Ereignis	43	2,1
(G) sonstige Ereignisse	246	12,0
Gesamtzahl aller festgestellten Bezüge	2052	100,0

Die Auswertung bezieht sich auf 867 Personen. Von diesen Personen haben 119 keine Bezüge angegeben. Die in dieser Übersicht angegebenen 2052 Bezüge stammen also von 748 Personen.

Am häufigsten sind Umzüge und berufliche Stellenwechsel bzw. Antritt der ersten Stelle zeitlich eng aneinander gekoppelt (13% bzw. 4% aller Bezüge). In der Regel handelt es sich um Umzüge von einer Stadt in eine andere oder in der Großstadt von einem Stadtviertel in ein

entferntes anderes. Bei Männern, die Hauptverdiener und vollzeiterwerbstätig sind, ist der Stellenwechsel fast immer die Ursache für die Mobilität, auch wenn der private Orts- bzw. Wohnungswechsel diesem Stellenwechsel vorangeht. Bei Frauen z.B. bei denen auf Teilzeitstellen, kommt es dagegen auch häufig vor, daß der Umzug durch den Berufswechsel des Partners bedingt ist; und diesem Umzug beider Partner bzw. der ganzen Familie folgt dann erst der eigene Versuch, ebenfalls eine neue Stelle zu finden. Derart komplexe Konstellationen können wir auch mit Hilfe anderer Einordnungen z.B. unter dem Punkt (D) in Übersicht 33 kaum exakt identifizieren; sie lassen sich wohl überhaupt nur mit Hilfe der Interviews feststellen.

Die Häufigkeiten des Vorkommens weiterer Bezüge zwischen Umzügen und spezifischen beruflichen Ereignissen sind jeweils so gering, daß wir sie notgedrungen zusammenfassen mußten (vgl. Punkt 3 in Übersicht 33). Hinter dieser Zusammenfassung stehen allerdings höchst unterschiedliche Verknüpfungen kausaler Art mit ebenso unterschiedlichen (positiven oder negativen) Bedeutungen; und diese Verknüpfungen haben oft unterschiedliche Relevanz für Frauen und Männer.

Deutlicher wird diese Vielfalt von Verknüpfungen und Bedeutungen bei dem zweiten Komplex (B), der nur Personen betrifft, die ein oder mehrere Kinder haben. Es handelt sich um zeitliche Kopplungen zwischen der Geburt eines Kindes und beruflich zentralen Ereignissen bzw. Veränderungen, die zusammengefaßt immerhin ca. ein Drittel sämtlicher Bezüge ausmachen. Wir werden jedoch im folgenden sehen, daß eine Zusammenfassung irreführend wäre. Denn von den eher „ungünstigen“ beruflichen Veränderungen, die sich im Zusammenhang mit einer Geburt ergeben (vgl. z.B. Punkt 4: beruflich längere Unterbrechungen) sind fast nur die Frauen betroffen. Männer „verbessern“ sich beruflich dagegen häufiger im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes (vgl. Punkt 5: Aufstieg).

In einem weiteren Bereich (C) lassen sich dagegen von vornherein die Bezüge mit vermutlich positiver Konnotation (z. B. zwischen Heirat und beruflichen Veränderungen) von denen mit vermutlich negativer Bedeutung (zwischen Trennung/Krisen und beruflichen Ereignissen) unterscheiden. Allerdings bleiben besonders hier Fragen nach Ursachen und Wirkungen, offen – wenngleich man zumeist Wechselwirkungen unterstellen kann.

Alle weiteren Arten von Bezügen zwischen beruflichen Ereignissen bei Partnern und dem eigenen Berufsleben der von uns Befragten (D), zwischen Krankheiten/ Unfällen und beruflichen Veränderungen (E) und zwischen Ereignissen im Leben der Kinder und beruflichen Veränderungen (F) kommen vergleichsweise seltener vor.

## 6.4 Berufsverlaufsmuster und Bezüge zwischen den Lebenssträngen

Sinnvoller als die bislang gewählte Abfolge der Darstellung, bei der zuerst immer die Männer und Frauen in der Medizin und dann die in der Psychologie behandelt worden sind, erscheint in diesem letzten Kapitel eine Gliederung, die den inhaltlich unterschiedlichen Hauptarten von Bezügen zwischen den Lebenssträngen folgt. Wir beginnen deshalb mit der häufigsten Klasse von zeitlich engen Zusammenhängen zwischen Umzügen und beruflichen Ereignissen. Hier lassen sich – auf den ersten Blick (vgl. Übersicht 34) – keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in beiden Professionen feststellen.

### Übersicht 34: Bezüge zwischen Umzug und beruflichen Ereignissen

(*nMedizin=351, nPsychologie=585, Anteil an der jeweiligen Geschlechtergruppe (=100%) je Bezug, getrennt nach Profession*)

Bezüge	Medizin				Psychologie			
	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%
Umzug und Stellenwechsel oder Antritt der ersten Stelle	(35) 20,1		(47) 26,6		n.s.	(55) 29,6	(108) 27,1	n.s.
Umzug und andere berufliche Ereignisse	(19) 10,9		(23) 13,0		n.s.	(23) 12,4	(56) 14,0	n.s.

Wie erwähnt, können sich hinter diesen gleichen zeitlichen Kopplungen jedoch durchaus unterschiedliche kausale Verknüpfungen mit z.T. unterschiedlichen Bedeutungen für Frauen und Männer verbergen. So haben Männer in unseren Interviews fast ausschließlich berufliche Verbesserungen als Ursache für Umzüge angegeben. Nur bei Frauen kommen dagegen Umzüge der ganzen Familie aufgrund beruflicher Veränderungen ihrer Partner vor, die für sie zur Folge hatten, daß sie sich nach dem Ortswechsel dann ebenfalls eine andere Stelle suchen mußten. Wenn man nun genauer nach den **Berufsverlaufsmustern** der in Übersicht 34 angeführten Personen differenziert, bestätigt sich dieses Bild. Zwar sind einzelne Häufigkeiten für eine Prüfung aller denkbaren Unterschiede zu gering, aber anhand der Kreuztabellen zeigt sich, daß von den 35 Medizinern, in deren Biographie Stellenwechsel und Umzüge zeitlich unmittelbar zusammenfallen, fast alle Berufsverläufe durchlaufen, die zu Aufstieg (M1) oder zu Erfolg in der freiberuflichen Praxis (M3) führen. Ihr Stellenwechsel muß also eine berufliche Verbesserung, eine für diesen Erfolg maßgebliche Weichenstellung gewesen sein. Das gilt nicht für die Frauen in der Medizin und auch nicht für die Männer in der Psychologie. Aber von den 108 Frauen in der Psychologie mit dieser zunächst gleich erscheinenden zeitlichen Kopplung durchlaufen 72% die diskontinuierlichen Muster. Hier hat ein Stellenwechsel in der Regel eher eine berufliche Verschlechterung als eine Verbesserung bedeutet.

Angemerkt sei noch ein signifikanter Unterschied (der nicht in Übersicht 34 vermerkt ist): Umzüge fallen bei Psychologen häufiger (29%) mit einem Stellenwechsel zusammen als bei Ärzten (21%). Offensichtlich bewirkt die unterschiedliche Lage auf dem Arbeitsmarkt, daß Psy-

chologen eine größere Mobilitätsbereitschaft aufbringen müssen, wenn sie sich verändern bzw. verbessern wollen.

Viel deutlicher wird ein sich insgesamt abzeichnender Muster von positiven Bezügen zwischen privaten Lebensereignissen und beruflicher „Verbesserung“ bei Männern bzw. negativen Bezügen zwischen solchen Ereignissen und beruflich problematischen Weichenstellungen bei Frauen, wenn man sich jener nächsten Klasse von Bezügen zuwendet, die in Übersicht 35 angeführt ist und die nur die Personen mit Kindern betrifft:

### Übersicht 35: Bezüge zwischen Geburt eines Kindes und berufl. Ereignissen

(*nMedizin= 264, nPsychologie=412, Anteil an der jeweiligen Geschlechtergruppe (=100%) je Bezug, getrennt nach Profession*)

Bezüge	Medizin				Psychologie				
	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%	Männer (n=)	%	Frauen (n=)	%	
Geburt und beruflicher Aufstieg	(40) 30,1		(12) 9,2		p<.001	(28) 21,5	(23) 8,2		p<.001
Geburt und Stellenwechsel sowie Antritt der ersten Stelle	(29) 21,8		(26) 19,8		n.s.	(37) 28,5	(58) 20,6		n.s.
Geburt und berufliche Unterbrechung	(2) 1,5		(32) 24,2		p<.001	(3) 2,3	(87) 30,9		p<.001
Geburt und andere Beschäftigungsform od. Arbeitszeit	(13) 9,8		(24) 18,3		p<.05	(15) 11,5	(82) 29,1		p<.001

*Berücksichtigt sind nur die Personen mit Kindern.*

In den Biographien **der Ärzte und Psychologen** zeigt sich signifikant häufiger (30% bzw. 22%) als in denen der Ärztinnen und Psychologinnen (9% bzw. 8%) eine Kopplung zwischen der Geburt eines Kindes und einem beruflichen Aufstieg. Differenziert man wieder nach den Berufsverlaufsmustern, so zeigt sich anhand der Kreuztabellen, daß das hier gemeinte einmalige Ereignis des beruflichen Aufstiegs, das zeitlich unmittelbar an die Geburt von Kindern gekoppelt ist, tatsächlich bei diesen Ärzten und Psychologen eine entscheidende Weichenstellung für ihren Berufserfolg gewesen ist. Denn sie gehören ganz überwiegend zu denen, die entweder in eine höhere Position aufgestiegen sind (M1, P1, vgl. Kap. 2), oder die als niedergelassene Ärzte (M3) bzw. als Psychologen im Muster der Doppel- und Mehrgleisigkeit (P5) häufig ein besonders hohes Einkommen haben. Für den Zusammenhang zwischen Geburt und Stellenwechsel, bei dem die Unterschiede nicht signifikant sind (vgl. Übersicht 35) gilt im übrigen wieder das gleiche: Auch hier zeigt erst der Blick auf die Berufsverläufe wieder, daß der Stellenwechsel, der zeitgleich mit der Geburt eines Kindes vorkommt, bei den Männern eine Verbesserung und bei den Frauen eher eine Verringerung der weiteren beruflichen Chancen bedeutet. Am stärksten zeigt sich die positive Variante bei den Männern, die in der Medizin erfolgreiche Berufswege aufweisen. Bei den 58 Psychologinnen, bei denen Geburt

und Stellenwechsel zusammenfallen, zeigt sich dagegen am stärksten die negative Variante darin, daß hier fast 80% einen nachteiligen, diskontinuierlichen Berufsweg durchlaufen.

Bevor wir weitere beruflich negative Weichenstellungen im Zusammenhang mit der Geburt der Kinder bei den Frauen betrachten, sei die zentrale Interpretation festgehalten, die uns für die Männer – und hier vor allem für die Ärzte – unabweisbar erscheint. Sie ergänzt das bisher gewonnene Bild der besonders hohen Arbeitszeiten von Vätern (Kap. 3.2.2.), der höchsten Kinderzahl von Männern, die beruflich aufgestiegen sind (Kap. 5.2) und der Entlastung der Männer in der Familie durch Partnerinnen, die selbst nicht oder mit reduzierter Wochenstundenzahl arbeiten, um eine biographische Perspektive: Häufig wird entweder darin, daß gerade der Aufstieg in bessere Positionen „geschafft“ worden ist, die Basis für eine direkt anschließende Familiengründung bzw. –erweiterung gesehen, oder aber diese Familiengründung bzw. –erweiterung hat gerade stattgefunden, und sie stellt ihrerseits einen wesentlichen Antrieb für den beruflichen Aufstieg dar. Beide Erklärungen schließen einander nicht aus, und man kann sie mit Blick auf den weiteren Lebenslauf ergänzen: Mit jeder „Verbesserung“ und mit jedem Aufstieg sind die Weichen für den weiteren Berufsweg gestellt, der damit klarer antizipierbar wird. Das wirkt sich einerseits positiv auf den privaten Lebensweg aus, der nun ebenfalls besser planbar ist. Andererseits beeinflusst dann der private Lebensstrang den beruflichen wahrscheinlich umgekehrt positiv im Sinne einer fortwährenden Entlastung. Im Alltag laufen beide Sphären vor allem bei Ärzten (und vermutlich nicht ganz so häufig bei den Psychologen, vgl. Kap. 5.3) segmentiert nebeneinander her und erfordern kaum Integrations- und Koordinationsaufwand.

Wir wenden uns nun wieder den **Frauen in beiden Professionen** zu. Übersicht 35 zeigt (in den letzten beiden Zeilen), daß berufliche Unterbrechungen, die mindestens ein Jahr, oft sogar mehrere Jahre dauern, zeitlich unmittelbar mit der Geburt bzw. im Anschluß daran stattfinden, bei den Frauen signifikant häufiger als bei den Männern bzw. dort fast nie (2%) vorkommen. Dies gilt in stärkerem Maße für Psychologinnen (31%) als für Ärztinnen (24%). Und wenn Frauen ihren Berufsweg nicht unterbrechen, so ändern sich zumindest ihre Arbeitsbedingungen mit der Geburt eines Kindes bzw. unmittelbar danach signifikant häufiger als bei den Männern – auch dies kommt in der Psychologie (29%) öfter vor als in der Medizin (18%). Diese Frauen setzen ihren Berufsverlauf dann mit stark reduzierter Wochenstundenzahl und/oder in einem anderen Beschäftigungsverhältnis fort. Man kann mit großer Sicherheit davon ausgehen, daß sich die insgesamt 43% der Ärztinnen und die 60% der Psychologinnen mit Unterbrechungen oder veränderten Arbeitsbedingungen beruflich nicht verbessern, sondern bestenfalls ihren „Status quo“ erhalten oder sich verschlechtern. Daß die Mehrzahl dieser Frauen diskontinuierliche Berufswege durchläuft, wie es sich beim ersten Blick auf die Kreuztabellen zu den Berufsverlaufsmustern zeigt, stand von vornherein fest, da es sich ja um dieselben biographischen Brüche handelt, die als Hauptkennzeichen von Diskontinuität

herangezogen worden sind (vgl. Kap. 2). Wir können nun nur besser schlußfolgern, daß es wirklich die Geburten und die darauffolgenden Erziehungszeiten der Kinder sein müssen, die sich eher negativ auf die Berufsbiographie auswirken bzw. mit denen hier die Weichen für den (gemessen an äußeren Kriterien) geringeren Berufserfolg von Frauen gestellt werden. Allerdings erscheint für die Psychologie zugleich die Interpretation einer umgekehrten Einflußrichtung angebracht: Die Stellensituation auf dem Arbeitsmarkt für Psychologinnen und die Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit erleichtern den Frauen hier stärker als in der Medizin die Familienplanung und die Integration der beiden Lebensstränge.

In das Bild einer Beeinträchtigung des Berufsverlaufes durch Kinder, um die sich vor allem die Frauen kümmern, passen schließlich die signifikanten Unterschiede, die in Übersicht 36 angeführt sind: In den Biographien der Frauen stehen berufliche Veränderungen häufiger als in denen von Männern in engem zeitlichen Zusammenhang mit Ereignissen, die zunächst einmal die Kinder (z.B. Schuleintritt) betreffen. Bei den Ärztinnen kommen noch Kopplungen zwischen Ereignissen im Berufsweg ihrer Partner und eigenen beruflichen Veränderungen hinzu. Die Frauen richten ihren eigenen Berufsweg also stärker als die Männer nach den biographisch wichtigen Weichenstellungen ihrer Familienmitglieder aus.

### Übersicht 36: Sonstige Bezüge zwischen privaten und beruflichen Ereignissen

*(nMedizin= 351, nPsychologie=585, Zusammenhangsanalysen nach Geschlecht: n.s.=Geschlechter unterscheiden sich nicht)*

Bezüge	Medizin	Psychologie
Heirat und berufliche Ereignisse	n.s.	n.s.
Trennung/ Krisen und berufliche Ereignisse	n.s.	n.s.
berufl. Ereignisse bei Partnern und Ereignisse in eigener Berufsbiographie	p<.05	n.s.
Krankheit/ Unfall und berufliche Ereignisse	p<.05	n.s.
Ereignis im Leben des Kindes und berufliche Ereignisse	p<.05	p<.05

**Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die von uns befragten Personen durchschnittlich viel mehr wichtige Ereignisse (Stationen, Veränderungen oder „Weichenstellungen“) in der Berufsbiographie als solche in der privaten Biographie benannt haben. In diesen (und vermutlich auch in anderen) Professionen zeigt sich also eine auffallend starke interne Strukturierung des Berufsweges. Weiter benennen Frauen und Männer zwar durchschnittlich gleich viele gravierende Lebensereignisse, sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Anzahl von zeitlich engen Bezügen zwischen den Ereignissen in beiden Lebenssträngen. Bei Frauen lassen sich mehr Bezüge feststellen als bei Männern; ihre beruflichen**

und privaten Biographien sind also enger ineinander verzahnt. Klassifiziert man diese Bezüge inhaltlich, so zeigt sich eine große Vielfalt von zeitlich zusammenfallenden Ereignissen in beiden Lebenssträngen. Bei den Männern in beiden Professionen sind zeitlich enge Bezüge zwischen der Geburt eines Kindes und beruflichem Aufstieg oder einer Verbesserung der beruflichen Stellung viel häufiger als bei den Frauen. Mit dieser Kopplung sind dann weitgehend die biographischen „Weichen“ für ein (weiterhin) erfolgreiches, zeitlich belastendes Berufsleben gestellt, das von einem Familienleben begleitet wird, das entlastende Funktion hat und in dem vor allem die Partnerin die wichtigen Aufgaben übernimmt. Bei Frauen in beiden Professionen kommt es dagegen viel häufiger als bei den Männern zeitlich unmittelbar im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes zu langen beruflichen Unterbrechungen oder zu Veränderungen von Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen. Frauen „verbessern“ sich damit beruflich in der Regel nicht, sondern bei ihnen reduzieren sich die Chancen für Erfolg im weiteren Berufsverlauf. Mit Blick auf weitere Bezüge sei noch darauf hingewiesen, daß Frauen ihren eigenen Berufsweg mit seinen wichtigen Ereignissen und Stationen häufiger als Männer nach den biographischen Weichenstellungen ihrer Familienmitglieder ausrichten.

## 7. Zusammenfassung

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir jeweils nach den wichtigsten Abschnitten ein kurzes Resümee eingeschoben. Diese einzelnen Zusammenfassungen werden hier noch einmal wiederholt, so daß der Leser einen abschließenden Gesamtüberblick erhält. Dabei verzichten wir auf Darstellungen unserer empirischen Vorgehensweisen und führen nur alle zentralen Befunde und Interpretationen zu Berufsverlaufsmustern, zu Geschlechts- sowie zu Professionsunterschieden an.

Im **ersten Kapitel** haben wir den Rahmen unseres Forschungsprojektes PROFIL („Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie“) skizziert. In einem von mehreren Untersuchungsschritten haben wir 1999 eine schriftliche Befragung bei 936 Angehörigen zweier hochqualifizierter Professionen – der Medizin und der Psychologie – durchgeführt. Unsere Untersuchungspartner waren 177 Ärztinnen, 174 Ärzte, 399 Psychologinnen und 186 Psychologen, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits auf Berufswege mit einer Dauer von ca. 15 Jahren zurückblicken konnten. Im vorliegenden Forschungsbericht sind diese Berufswege von Frauen und Männern in beiden Professionen anhand der Daten aus der schriftlichen Befragung zuerst genauer für sich und dann im Zusammenhang mit Berufserfolg sowie mit verschiedenen Lebensbedingungen beschrieben worden. Bei der Interpretation einiger Befunde haben wir übrigens auf Informationen verwiesen, die aus mündlichen Interviews mit einer Teilstichprobe der Personen aus der schriftlichen Befragung stammen.

Im **zweiten Kapitel** ist zuerst das empirische Vorgehen zur Ermittlung der Berufsverlaufsmustern erläutert worden. Danach haben wir die **Berufsverlaufsmuster und die Geschlechterverhältnisse in diesen Mustern** beschrieben. Dazu kann zusammenfassend folgendes festgehalten werden:

*In der Medizin finden sich drei klar vorgezeichnete, „normale“ und kontinuierliche Berufsverlaufsmuster mit einer antizipierbaren, eingeschränkten Zahl von Weichenstellungen des Aufstiegs oder des Übergangs vom Krankenhaus in die freiberufliche Tätigkeit. Kontinuität der inhaltlichen Tätigkeitsschwerpunkte ist durch die fest institutionalisierte Facharztausbildung innerhalb aller insgesamt fünf Muster (auch noch innerhalb von zwei weiteren diskontinuierlichen Mustern) viel ausgeprägter als in der Psychologie. Dort gibt es derartige „Normalverläufe“, seltener, und die PsychologInnen verteilen sich auf insgesamt acht Muster, von denen mehr als in der Medizin durch Diskontinuität, d.h. durch Unterbrechungen und Wechsel gekennzeichnet sind. Während sich MedizinerInnen immer mehr im Sinne einer Vertiefung, Einengung und Festlegung spezialisieren, erweitern PsychologInnen ihr Wissen und Können häufig*

*bereits in mehr oder minder langen Einstiegsphasen, in denen oft zugleich Fortbildung stattfindet. Damit halten sie sich Chancen für möglichst viele Tätigkeiten und Beschäftigungsverhältnisse auf einem schwer durchschaubaren Arbeitsmarkt offen. Spezialisierung kann hier auch Breite sowie Integration verschiedener Wissensbestände und Fertigkeiten bedeuten. Ein anfänglich breites Tätigkeitsspektrum setzt sich für eine Gruppe sogar über den gesamten Berufsweg hinweg in Form einer „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ von Tätigkeiten fort.*

*Der Vergleich der Geschlechteranteile zeigt, daß Frauen in beiden Professionen viel seltener aufsteigen als Männer – 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. Dieser Zusammenhang zeigt sich in beiden Professionen deutlich und ist statistisch hochsignifikant.*

*Für die Medizin wird dieser Befund dadurch relativiert, daß diskontinuierliche Berufsverläufe im Gegensatz zu den „normalen“, kontinuierlichen nur selten anzutreffen sind. In der Psychologie gibt es dagegen sehr häufig diskontinuierliche und inkonsistente Verläufe. Der Anteil der Frauen ist hier besonders hoch, denn Frauen sind mit den Problemen der Integration von beruflicher und familialer Lebenssphäre in ungleich stärkerem Maße belastet als die Männer. In den Intensivinterviews mit prototypischen VertreterInnen der unterschiedlichen Berufsverlaufsmuster zeichnet sich bereits ab, daß Diskontinuität und inhaltliche Vielfalt im Berufsleben der Frauen häufig nicht nur erzwungen, sondern auch subjektiv herbeigeführt worden sind.*

Im **dritten Kapitel** sind wir auf **Zusammenhänge zwischen den Berufsverlaufsmustern und Arbeitsbedingungen** zum Zeitpunkt unserer Befragung, also nach 15jähriger Berufstätigkeit eingegangen. Zuerst sind die **Arbeitsinhalte bzw. Tätigkeitsfelder** und dann die **Arbeitsformen, d.h. die Beschäftigungsverhältnisse und die Arbeitszeiten** in beiden Professionen behandelt worden. Dabei haben sich folgende Befunde ergeben:

*Frauen in der Medizin weisen ein breiteres Spektrum an Arbeitsinhalten bzw. Tätigkeitsfeldern auf als ihre männlichen Kollegen, die meist in den vergleichsweise großen Facharztgebieten tätig sind. Während Männer weiter häufig in einem der bekannteren Gebiete wie der Chirurgie aufsteigen, sind es für die wenigen Frauen, die überhaupt in Spitzenpositionen gelangen, eher die randständigen, z. T. kaum noch heilkundlichen Tätigkeitsfelder in universitärer und außer-universitärer Forschung oder in Industrie und Verwaltung; auch auf mittleren Positionen wie der des Oberarztes sind Frauen unterrepräsentiert.*

*In der Psychologie liegen die weitaus meisten Tätigkeitsfelder im klinisch-therapeutischen Bereich. Dort sind die Frauen stärker vertreten als die Männer, und besonders viele Frauen mit diskontinuierlichen Berufsverläufen arbeiten in diesem Bereich. Von allen anderen, im Vergleich dazu wesentlich kleineren Bereichen ist der arbeits- und organisationspsychologische am wichtigsten. Hier arbeiten überwiegend Männer, und die Berufsverläufe sind hier stärker kontinuierlich. Auch in der Psychologie steigen Männer häufiger als Frauen in Leitungspositionen auf – allerdings ist das Geschlechterverhältnis nicht ganz so ungleich wie in der Medizin.*

*Zu den Arbeitsformen läßt sich zusammenfassend sagen, daß in der Medizin mehr Männer als Frauen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen, aber umgekehrt mehr Frauen als Männer freiberuflich arbeiten. Diese Unterschiede sind in der Psychologie noch etwas stärker ausgeprägt. Die freiberuflichen Tätigkeiten eröffnen den Frauen mit Kindern zeitlich bessere Möglichkeiten der Vereinbarung von Beruf und Familie, aber sie sind ebenso wie befristete Stellen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen nicht so sicher wie dauerhafte Stellen im Angestellten- oder Beamtenverhältnis. In der Medizin ist Vollzeitarbeit die Regel, und nur ein knappes Drittel der Frauen arbeitet in Teilzeit. In der Psychologie sind dagegen mehr als die Hälfte der Frauen und auch noch fast 10% der Männer teilzeitbeschäftigt.*

*Betrachtet man die zeitlichen Arbeitsbedingungen detaillierter, so arbeiten Männer in der Medizin durchschnittlich 55 und Frauen 40 Stunden wöchentlich; in der Psychologie arbeiten Männer durchschnittlich 45 und Frauen 32 Stunden. Diese Zeiten variieren teilweise mit den Berufsverlaufsmustern. So arbeiten Personen, die in mittlere und höchste Positionen aufgestiegen sind, zeitlich mehr als alle anderen, und Medizinerinnen in diskontinuierlichen Berufsverläufen arbeiten z. B. zeitlich weniger als ihre Kolleginnen in anderen Verlaufsmustern. Die bei den Frauen in beiden Professionen auffallend kürzeren Arbeitszeiten verweisen ebenso wie die häufigeren freiberuflichen und z. T. prekären Beschäftigungsverhältnisse darauf, daß Frauen ihre Arbeitszeit viel stärker auf Kinder und auf Familienarbeit abstellen als Männer. Dafür sprechen schließlich auch die Unterschiede zwischen Personen mit Kindern und ohne Kinder: Frauen mit Kindern haben eine deutlich geringere Arbeitszeit als die ohne Kinder. Männer mit Kindern arbeiten in der Medizin dagegen zeitlich mehr als ihre Kollegen ohne Kinder – vermutlich begreifen sie ihre hohe Arbeitsbelastung im Sinne einer (indirekten) Verantwortungsübernahme für die Familie. Psychologen mit Kindern und ohne Kinder unterscheiden sich dagegen nicht in dieser Weise, und die insgesamt geringere zeitliche Arbeitsbelastung erlaubt hier den Vätern eine zeitlich längere Anwesenheit in der Familie und damit wohl auch eine stärker direkte Verantwortung bzw. Zuständigkeit für die Kinder als bei den Medizinern.*

Im **vierten Kapitel** haben wir Analysen zu **Zusammenhängen zwischen Berufsverläufen und der Einkommenshöhe sowie dem Prestige**, das den Spezialgebieten innerhalb der Professionen zugeschrieben wird, vorgestellt. Mit ihrer Hilfe kann genauer eingeschätzt werden, welche Berufsverlaufsmuster zu stärkerem und welche zu geringerem **Berufserfolg** führen. Da diese Merkmale nicht direkt in der schriftlichen Befragung erfaßt worden waren, haben wir zunächst unsere empirische Vorgehensweise zur indirekten Ermittlung bzw. Schätzung der Einkommenshöhe und des Prestiges beschrieben, bevor wir auf die Ergebnisse eingegangen sind. Zur Einkommenshöhe kann hier festgehalten werden:

*Die von uns befragten Ärztinnen und Ärzte verdienen durchschnittlich (mit 12.068 DM) monatlich fast doppelt so viel wie die Psychologinnen und Psychologen (mit 6.325 DM), wobei die Spannweite von den geringsten zu den höchsten Einkommen in beiden Professionen außerordentlich hoch ist. Große Einkommensunterschiede ergeben sich im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Spezialgebieten; das gilt vor allem für die Medizin mit ihrem großen Spektrum an Facharztgebieten. Hier sind die Männer in manchen einkommensstarken Gebieten stärker vertreten als die Frauen. Da die Frauen eine wesentlich geringere durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit als die Männer haben – und dies gilt auch für die generell niedrigeren Arbeitszeiten in der Psychologie, verdienen die Frauen in beiden Professionen wesentlich weniger als die Männer. Die Einkommenshöhe kann weiter als Resultat der vorangegangenen Berufsverläufe und als Zeichen des in diesen Verläufen erreichten Berufserfolges begriffen werden. In Medizin und Psychologie führen Aufstiege erwartungsgemäß zu höherem Einkommen. In der Medizin finden sich sonst unter den freiberuflich tätigen ÄrztInnen die meisten Personen mit relativ hohem Einkommen. Ihre Berufsverläufe führen so gesehen häufiger zu Erfolg als diejenigen von Personen, die in Institutionen bzw. im Krankenhaus geblieben sind. Die Unterschiede zwischen den Berufsverlaufsmustern sehen schließlich noch einmal etwas anders bei Ärztinnen als bei Ärzten aus: Bei den Frauen führt Kontinuität häufiger zu hohem und Diskontinuität häufiger zu geringem Einkommen als bei Männern. Dies gilt ebenfalls für die Psychologie, wenngleich es mit Blick auf das Einkommen mehr und minder erfolgreiche Personen in allen Berufsverläufen gibt. Hier ist überdies bemerkenswert, daß nicht nur der Aufstieg innerhalb von Institutionen, sondern auch das Berufsverlaufsmuster der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ zu relativ hohem Einkommen führt.*

*Was das Prestige anbelangt, so gibt es bislang keine Studien, in welchen Einschätzungen des Prestiges der Tätigkeitsfelder innerhalb der Professionen vorgenommen wurden. Unsere eigene Ermittlung des Prestiges solcher Tätigkeitsfelder anhand der Urteile von Experten in den beiden Professionen zeigt folgendes: In der Medizin ist die Differenzierung der Facharztgebiete nach dem Prestige, das ihnen innerhalb der*

*Profession zugeschrieben wird, außerordentlich stark; man kann also sehr exakt zwischen medizinischen Spezialgebieten mit höherem und solchen mit geringerem Prestige unterscheiden. Dies gilt nicht in gleichem Maße für die Psychologie. Männer in der Medizin finden sich häufiger in den prestigeträchtigen, Frauen häufiger in den weniger prestigeträchtigen Facharztgebieten. Wieder sind entsprechende Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Psychologie geringer ausgeprägt. Die Berufsverlaufsmuster unterscheiden sich bei Frauen und Männern in beiden Professionen nicht hinsichtlich des Prestiges der Tätigkeitsinhalte. In allen Mustern haben sich Personen auf Gebiete mit höherem und auf solche mit niedrigerem Prestige spezialisiert.*

Nach den Bedingungen und Merkmalen, die unmittelbar an den Beruf gebunden sind, haben wir dann im **fünften Kapitel** die **Zusammenhänge zwischen Berufsverläufen und außerberuflichen Lebensbedingungen** betrachtet:

*Zur Partnerschaft läßt sich festhalten: Zwar lebt die Mehrzahl der von uns untersuchten Personen in festen Partnerschaften. In beiden Professionen sind es aber mehr Männer als Frauen, die mit einer Partnerin „unter einem Dach“ zusammenleben; und umgekehrt sind mehr Frauen als Männer alleinstehend oder haben Partner, die nicht mit ihnen im selben Haushalt zusammenleben. Neben dem bekannten Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann u.U. auch bei manchen berufstätigen Frauen bereits die Vereinbarkeit von Beruf und Partnerschaft zum Problem werden. In der Medizin haben Männer in den Berufsverlaufsmustern, die zu Erfolg führen, häufiger feste Partnerschaften als Ärzte in den anderen Mustern; und auch in der Psychologie zeigt sich ein analoger Unterschied zwischen Männern in den kontinuierlichen bzw. „unkomplizierten“ Mustern (die teilweise auch zu Erfolg führen) und denjenigen in den „komplizierten“, durch Diskontinuität oder Mehrgleisigkeit gekennzeichneten Mustern. Feste Partnerschaften unterstützen anscheinend die erfolgreichen bzw. (in der Psychologie) die „unkomplizierten“ Berufsverläufe bei Männern, und sie werden u.U. auch ihrerseits durch solche Verläufe stabilisiert.*

*Zur Kinderzahl läßt sich folgendes sagen: In der Medizin gibt es mehr Frauen als Männer mit nur einem Kind und mehr Männer als Frauen mit mehreren Kindern. Ein derart genereller Unterschied zwischen Frauen und Männern läßt sich in der Psychologie nicht feststellen. Ärztinnen verzichten vermutlich häufiger auf mehrere Kinder, wenn ihr Beruf besonders anstrengend ist und wenn sie sich durch Beruf und eine größer werdende Familie noch stärker einer doppelten Belastung aussetzen würden. Ärzte werden dagegen anscheinend in der Familie viel häufiger von ihren Partnerinnen entlastet, und für sie bedeutet eine größere Familie wohl eher ein positives Gegenge-*

wicht zum Beruf. Dies dürfte besonders für die beruflich erfolgreichen Mediziner gelten, die in höhere Positionen aufgestiegen sind oder die als niedergelassene Ärzte ein relativ hohes Einkommen haben. Hier ist die Kinderzahl deutlich höher als in den Berufsverläufen, die als weniger erfolgreich gelten können. Bei den Frauen in der Medizin zeigt sich ein umgekehrter Zusammenhang: Sie haben in den Berufsverläufen, die zu Erfolg geführt haben, durchschnittlich weniger Kinder als in den anderen Berufswegen. Bei ihnen steigt die durchschnittliche Kinderzahl dann in dem Muster mit freiberuflicher Tätigkeit und noch stärker in den diskontinuierlichen Mustern an. Solche Unterschiede zwischen Personen in den verschiedenen Berufsverlaufsmustern zeigen sich in der Psychologie nicht derart deutlich. Zwar haben auch hier die Männer, die in höhere Positionen aufgestiegen sind, durchschnittlich die meisten Kinder, während Frauen, die „Karriere“ machen, eher kein Kind oder ein Kind haben. Die Differenzen zwischen der Kinderzahl bei Personen in den anderen Berufsverlaufsmustern sind dagegen gering. Erwähnt sei, daß bei den Frauen mit besonders kontinuierlichen Berufswegen der Anteil derjenigen ohne Kind am höchsten ist. Außerdem findet sich innerhalb einzelner Muster wieder der bei Frauen und Männern gegenläufige Zusammenhang zwischen Berufserfolg und Kinderzahl: So haben die Männer, die (gemessen am Einkommen) im Berufsverlauf der „Doppel- und Mehrgleisigkeit“ besonders erfolgreich sind, deutlich mehr Kinder als die hier erfolgreichen Frauen, die ohne Kind bleiben oder zumeist nur ein Kind haben.

Was die Erwerbstätigkeit von PartnerInnen anbelangt, zeigt sich, daß die Männer in der Medizin deutlich mehr Partnerinnen haben, die gar nicht oder teilzeiterwerbstätig sind, als die Frauen. Umgekehrt haben die meisten Ärztinnen anders als ihre männlichen Kollegen Partner, die vollzeit beschäftigt sind. Wenn man weiter nur die erwerbstätigen PartnerInnen betrachtet, so ist deren durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei den Ärzten deutlich geringer, als bei den Ärztinnen. Damit bestätigt sich unsere Interpretation, daß die beruflich stärkere Belastung der Männer durch eine Entlastung in Familie und Haushalt ermöglicht wird. Deren Partnerinnen „stecken“ in der Regel ihrerseits beruflich „zurück“ und haben dann mehr Zeit für Haushalt und Kinder. Die berufstätigen Frauen erfahren dagegen kaum eine solche Entlastung; deren Partner sind in der Regel voll berufstätig und daher sind sie selbst stärker auch für die Familie zuständig. Für die Frauen in der Psychologie gilt das gleiche wie für Ärztinnen. Die Männer in der Psychologie haben dagegen viel häufiger als die in der Medizin Partnerinnen, die teil- und vollzeit erwerbstätig sind. Dies spricht für ein stärkeres Gleichgewicht von Berufs- und Privatleben und für eine stärker symmetrische Aufgabenverteilung in den Partnerschaften von Männern in der Psychologie. Abgesehen davon, daß bei Ärzten, die in höhere Positionen aufgestiegen sind, der Anteil derjenigen mit nicht erwerbstätigen Partnerinnen am höchsten ist, gibt es weder bei Män-

*nen noch bei Frauen in den Berufsverlaufsmustern beider Professionen nennenswerte Unterschiede in Hinsicht auf die Erwerbstätigkeit der PartnerInnen.*

Im **sechsten Kapitel** haben wir schließlich **Bezüge zwischen dem beruflichen und privaten Lebenslauf** thematisiert. Hier ist wieder zunächst das empirische Vorgehen zur Ermittlung solcher Bezüge beschrieben worden. Außerdem haben wir eine Reihe von Gründen dafür benannt, warum die uns eigentlich interessierenden kausalen Zusammenhänge zwischen den Lebenssträngen sehr viel häufiger vorkommen, als jene Bezüge eines zeitlichen Zusammentreffens zwischen beruflichen und privaten Ereignissen, die wir erfaßt haben und aus denen wir auf kausale Beziehungen geschlossen haben.

*Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die von uns befragten Personen durchschnittlich viel mehr wichtige Ereignisse (Stationen, Veränderungen oder „Weichenstellungen“) in der Berufsbiographie als solche in der privaten Biographie benannt haben. In diesen (und vermutlich auch in anderen) Professionen zeigt sich also eine auffallend starke interne Strukturierung des Berufsweges. Weiter benennen Frauen und Männer zwar durchschnittlich gleich viele gravierende Lebensereignisse, sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Anzahl von zeitlich engen Bezügen zwischen den Ereignissen in beiden Lebenssträngen. Bei Frauen lassen sich mehr Bezüge feststellen als bei Männern; ihre beruflichen und privaten Biographien sind also enger ineinander verzahnt. Klassifiziert man diese Bezüge inhaltlich, so zeigt sich eine große Vielfalt von zeitlich zusammenfallenden Ereignissen in beiden Lebenssträngen. Bei den Männern in beiden Professionen sind zeitlich enge Bezüge zwischen der Geburt eines Kindes und beruflichem Aufstieg oder einer Verbesserung der beruflichen Stellung viel häufiger als bei den Frauen. Mit dieser Kopplung sind dann weitgehend die biographischen „Weichen“ für ein (weiterhin) erfolgreiches, zeitlich belastendes Berufsleben gestellt, das von einem Familienleben begleitet wird, das entlastende Funktion hat und in dem vor allem die Partnerin die wichtigen Aufgaben übernimmt. Bei Frauen in beiden Professionen kommt es dagegen viel häufiger als bei den Männern zeitlich unmittelbar im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes zu langen beruflichen Unterbrechungen oder zu Veränderungen von Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen. Frauen „verbessern“ sich damit beruflich in der Regel nicht, sondern bei ihnen reduzieren sich die Chancen für Erfolg im weiteren Berufsverlauf. Mit Blick auf weitere Bezüge sei noch darauf hingewiesen, daß Frauen ihren eigenen Berufsweg mit seinen wichtigen Ereignissen und Stationen häufiger als Männer nach den biographischen Weichenstellungen ihrer Familienmitglieder ausrichten.*

## 8. Literatur

Allensbacher Berichte 1999/ Nr. 4. Institut für Demoskopie Allensbach

BAT/ BAT-O. *Tarifverträge für Angestellte des Bundes, der Länder und der Gemeinden.* Stand 1.5.99.

Born, C., Krüger, H. & Lorenz-Meyer, D. (1996). *Der unentdeckte Wandel: Annäherung von Struktur und Norm im weiblichen Lebenslauf.* Berlin: Edition Sigma.

Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung: Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben.* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bowe, N. (1999). Anhaltende Honorarmisere und ihre Folgen. Qualitätsverluste in der psychotherapeutischen Versorgung und wachsende Existenzbedrohung bei den Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut*, 44/1999, 251–256.

Bundesärztekammer (BÄK) (Hg.) (2000). *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000.* Köln.

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.*

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. & Ewers, E. (in Druck). Typen von Umwelthandeln im Berufs- und Privatleben. In G. de Haan E.-D. Lantermann & F. Reusswig (Hg.), *Typenbildung in der sozialwissenschaftlichen Umweltforschung.* Opladen: Leske & Budrich.

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.*

Hoff, E.-H., Hohner, H.-U., Dettmer, S. & Grote, S. (1999). Zwischenbericht aus dem Projekt „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. 15.*

Hohner, H.-U. (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischen Perspektiven – Das Beispiel Arztpraxis. *Bericht aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin, Nr. 5.*

- Hörning, K. H., Gerhard, A. & Michailow, M. (1990). *Zeitpioniere. – Flexible Arbeitszeiten – neuer Lebensstil*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Jiménez, P. & Raab, E. (1999). Das Berufsbild von Psychologen im Vergleich mit anderen Berufen. In: *Psychologische Rundschau*, 50 (1), 26 - 32.
- Kräuter, M. & Kaimer, S. (1999). *Zur Lage der freiberuflichen Psychologen in Deutschland. Eine Untersuchung im Auftrag der Sektion Freiberuflicher Psychologen im BDP*. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.
- Rietz, I., Kliche, T.& Wahl, S. (Hrsg.) (1999). *Das Image der Psychologie. Empirie und Perspektiven zur Fachentwicklung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sander, D. M. (1998). Das Image der Diplom-Psychologinnen und Diplom- Psychologen in der Bundesrepublik Deutschland. *Report Psychologie* 23 (5/6/98), 437- 442.
- Wahl, A. (2000). *Beruflicher Erfolg bei Frauen und Männern mit unterschiedlichen Berufsverläufen. Eine Untersuchung an MedizinerInnen und PsychologInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. FU Berlin.
- Wetterer, A. (1992). Profession und Geschlecht. *Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen*. Frankfurt/M.: Campus.
- Wetterer, A. (1999). Ausschließende Einschließung – marginalisierende Integration: Geschlechterkonstruktionen in Professionalisierungsprozessen. In: A. Neusel & A. Wetterer (Hrsg.), *Vielfältige Verschiedenheiten. Geschlechterverhältnisse in Studium, Hochschule und Beruf* (223-253). Frankfurt/M.: Campus.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (1998). Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Kostenstrukturanalyse 1996. Köln.

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

Bisher sind in dieser Reihe erschienen

- Nr. 1 Thomas Lecher, Ernst-H. Hoff, Elisabeth Distler & Michael Jancer (1992). Zur Erfassung des ökologischen Verantwortungsbewußtseins. Ein Interview-Leitfaden mit Erläuterungen.
- Nr. 2 Hans-Uwe Hohner (1993). Personalentwicklung, berufliche Autonomie und konsensorientierte Diagnostik.
- Nr. 3 Barbara Grüter (1993). Begriffsbildung und Softwareentwicklung. Konzepte und Modelle zur Untersuchung der Begriffsbildung von Männern und Frauen in der Softwareproduktion.
- Nr. 4 Thomas Lecher & Ernst-H. Hoff (1993). Ökologisches Bewußtsein. Theoretische Grundlagen für ein Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 5 Hans-Uwe Hohner (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischer Perspektive. Das Beispiel Arztpraxis.
- Nr. 6 Martin Hildebrand-Nilshon & Chung-Woon Kim (1994). Kommunikationsentwicklung und Kommunikationsförderung. Zwei Arbeitspapiere aus dem Projekt „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“.
- Nr. 7 Michael Jancer & Ernst-H. Hoff (1994). Ökologische Moralvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 8 Ernst-H. Hoff, Jens Walter, Daniela Galetto, Michael Jancer, Thomas Lecher & Matthias Trénel (1995). Zwischenbericht zum Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 9 Martin Hildebrand-Nilshon (Hrsg.). (1995). Wege und Umwege der Kommunikationsförderung. Interventionsstrategien, Evaluation und Technik. Arbeitspapiere aus dem Projekt „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“.
- Nr. 10 Ernst-H. Hoff & Jens Walter (1996). Ökologische Kontrollvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 11 Hans-Uwe Hohner (1997). Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik.
- Nr. 12 Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner & Susanne Dettmer (1998). Projektskizze PROFIL: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie.
- Nr. 13 Susanne Dettmer, Stefanie Grote, Ernst-H. Hoff & Hans-Uwe Hohner (1999). Zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie.

- Nr. 14 Stefanie Grote, Susanne Dettmer, Ernst-H. Hoff & Hans-Uwe Hohner (1999). Fragebogen im Projekt „PROFIL“. (Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie).
- Nr. 15 Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner, Susanne Dettmer & Stefanie Grote (1999). Zwischenbericht aus dem Projekt „PROFIL“. (Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie).

**Beispiel für sprachlich verdeutlichte Bezüge zwischen dem privaten und dem beruflichen Lebensbereich (vgl. S. 82, (1))**

26) Die für mich wichtigsten Stationen/ Ereignisse/ Veränderungen

IM BERUFSLEBEN	IM PRIVATLEBEN
1984 Examen	1984
1985 Beginn einer experimentellen Doktorarbeit in einem Institut, dort gleichzeitig Anstellung als Ass. Ärztin für 1 Jahr	1985
1986 Ass. Arzt Stelle in Chirurgie für 1 1/2 Jahre	1986
1987 Promotion	1987
1988 15 Monate als Ass. Ärztin in E längere (Notaufnahme u. Orthopädie/Unfallchirurgie) aufenthalt war immer ein Wunsch gewesen	1988
1989	1989
1990 5-Jahresvertrag bei der	1990
1991	1991
1992	1992
1993	1993
1994	1994
1995 Facharztprüfung Allgemeinmedizin	1995
1996 Keine weitere Bewerbung um Anstellung, da ich uneingeschränkt für meine Eltern zur Verfügung stehen wollte	1996
1997	1997
1998 Beginn gel. Praxisvertretungen	1998
1999	1999



Heirat

schwere Erkrankung meines Vaters

Geburt meiner Tochter, Tod meines Vaters

Tod meiner Mutter

Bitte notieren Sie stichwortartig berufliche

Lebensziele in der Zukunft:

dauerhafte Tätigkeit in der allg.-med.  
Praxis (derzeit nur Vertretung) an zunächst  
3 Vormittagen pro Woche

Bitte notieren Sie stichwortartig private

Lebensziele in der Zukunft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ich habe derzeit keine weiteren beruflichen Ziele

ich habe derzeit keine weiteren privaten Ziele

# Beispiel für graphisch veranschaulichte Bezüge zwischen dem privaten und dem beruflichen Lebensbereich (vgl. S. 82, (2))

26) Die für mich wichtigsten Stationen/ Ereignisse/ Veränderungen

IM BERUFSLEBEN

IM PRIVATLEBEN

IM BERUFSLEBEN		IM PRIVATLEBEN	
1979	Studium beginnt		Umzug zum Studienort, ca 230 km entfernt
1981	Verteiplan		Heirat
1984	12/84 1. Stelle in Suckthelink als Stationsarzt	7/84 1. Kind 12/84 Umzug zum 1. Kinde	1984
1985	Psychiatrie - Ausbildung		1985
1986	6/86 - Kurse		1986
1987		2/87 2. Kind	1987
1988		Juni 88	1988
1989			1989
1990	Familienhygiene - Ausbildung		1990
1991	ab 12/91 Arbeitsstellen in Suckthelink	2/91 3. Kind Hawaii über 9 Monate	1991
1992	Ultri. Psychiatrie / Psychiatrie BDP		1992
1993		1/93 neue Wohnortfläche	1993
1994			1994
1995	2/95 Kündigung in Suckthelink 3/95 Dozent an Fachschule		1995
1996	Beginn Privatärztin + Instruktion Superior BDP		1996
1997			1997
1998		Außenärztin, Kurg	1998
1999	Approbation als psychol. Psychotherapeut	Ende Außenärztin, Mantel als Allgemeinärztin	1999

Bitte notieren Sie stichwortartig berufliche

Lebensziele in der Zukunft:

Weniger Verantwortung, wieder mehr  
Psychiatrie, d.h. freiberufliche Tätigkeit  
ausüben, ev. Angestellter - Kfz werden

Ich habe derzeit keine weiteren beruflichen Ziele

Bitte notieren Sie stichwortartig private

Lebensziele in der Zukunft:

Wiederaufnahme von Ehe + Familie  
gute Nachbarnbeziehungen,  
gute Fernbeziehungen, allein, mit Familie,  
Freunden

Ich habe derzeit keine weiteren privaten Ziele

## **Abbildungsverzeichnis:**

### **Übersichten im Text:**

- Übersicht 1: Beschreibung der Stichprobe und des Rücklaufs
- Übersicht 2: Berufsverlaufsmuster in Medizin und Psychologie
- Übersicht 3: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 4: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 5: Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 6: Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 7: Berufsverlaufsmuster, Tätigkeitsfelder und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 8: Beschäftigungsverhältnisse in Medizin und Psychologie
- Übersicht 9: Berufsverlaufsmuster, Wochenarbeitszeit und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 10: Wochenarbeitszeit, Geschlecht und Kinder in der Medizin
- Übersicht 11: Berufsverlaufsmuster, Wochenarbeitszeit und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 12: Wochenarbeitszeit, Geschlecht und Kinder in der Psychologie
- Übersicht 13: Absolute Einkommenshöhe in Medizin und Psychologie
- Übersicht 14: Monatliches Bruttoeinkommen verschiedener Facharztgruppen
- Übersicht 15: Relative Einkommenshöhe und Geschlecht in Medizin und Psychologie
- Übersicht 16: Berufsverlaufsmuster, relative Einkommenshöhe und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 17: Berufsverlaufsmuster, relative Einkommenshöhe und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 18: Rangreihe des Prestiges von Facharztgebieten
- Übersicht 19: Rangreihe des Prestiges von psychologischen Tätigkeitsgebieten
- Übersicht 20: Partnerschaft und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 21: Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft in der Medizin
- Übersicht 22: Partnerschaft und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 23: Berufsverlaufsmuster und Partnerschaft in der Psychologie
- Übersicht 24: Kinderzahl und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 25: Berufsverlaufsmuster, Kinderzahl und Geschlecht in der Medizin
- Übersicht 26: Kinderzahl und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 27: Berufsverlaufsmuster, Kinderzahl und Geschlecht in der Psychologie
- Übersicht 28: Berufserfolg und Geschlecht im Berufsverlaufsmuster „Doppel- und Mehrglaisigkeit“ der Psychologie
- Übersicht 29: Berufstätigkeit der Partnerinnen von Männern und Frauen in der Medizin

Übersicht 30: Berufstätigkeit der Partnerinnen von Männern und Frauen in der Psychologie

Übersicht 31: Durchschnittliche Anzahl wichtiger Lebensereignisse

Übersicht 32: Anzahl der Bezüge zwischen beruflichen und privaten Lebensereignissen

Übersicht 33: Inhaltliche Klassifikation von Bezügen zwischen privaten und beruflichen Lebensereignissen/Stationen

Übersicht 34: Bezüge zwischen Umzug und beruflichen Ereignissen

Übersicht 35: Bezüge zwischen Geburt eines Kindes und beruflichen Ereignissen

Übersicht 36: Sonstige Bezüge zwischen privaten und beruflichen Ereignissen

**Anhang:**

Beispiel (1): sprachlich veranschaulichte Bezüge

Beispiel (2): graphisch veranschaulichte Bezüge