



TUM School of Education

Lehrstuhl für Empirische Bildungsforschung

**Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Universitätsklinik am Beispiel
des Klinikums rechts der Isar**

Meike Helen Christin Dirmeier

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät *TUM School of Education* der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitzende: Prof. Dr. Christina Seidel

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. Martin Gartmeier
2. Prof. Dr. Pascal Berberat

Die Dissertation wurde am 13.11.2019 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die *TUM School of Education* am 26.02.2020 angenommen.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| DANKSAGUNG | 1 |
| ZUSAMMENFASSUNG | 2 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 1.1 Problemstellung | 7 |
| 1.2 Ziele und Fragestellungen..... | 9 |
| 1.3 Methodisches und analytisches Vorgehen | 10 |
| 1.4 Ergebnisse | 13 |
| 2 Theoretischer Hintergrund..... | 15 |
| 2.1 Begriffsbestimmung Vereinbarkeit..... | 16 |
| 2.2 Vereinbarkeitstheorien..... | 20 |
| 2.2.1 Theorie des Work-Family-Conflict (WFC)..... | 20 |
| 2.2.2 Theorie des Work-Family-Enrichment (WFE) | 22 |
| 2.3 Attributionstheorie | 24 |
| 2.4 Das ärztliche Berufsbild in Bezug auf Ausbildung und Karriere | 29 |
| 2.4.1 Das Medizinstudium..... | 30 |
| 2.4.2 Beruf und Karriere als Arzt und als Ärztin..... | 32 |
| 2.4.3 Die Bedeutung des Berufs | 37 |
| 2.4.4 Der ärztliche Beruf in der gesellschaftlichen und historischen Entwicklung | 38 |
| 2.4.5 Die demografische Situation in der Medizin..... | 42 |
| 2.4.6 Zusammenfassung | 44 |
| 2.5 Stand der empirischen Forschung..... | 47 |
| 2.5.1 Identifikation von Schwierigkeiten: Ein Überblick..... | 47 |
| 2.5.2 Derzeitige Lösungsansätze: ein Überblick | 52 |
| 2.5.3 Ergebnisse der bisherigen Studien mit Klinikdirektor*innen..... | 54 |
| 2.6 Konkretisierung der Zielsetzung der Arbeit | 57 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | Vorstellung etablierter Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere..... | 59 |
| 3.1 | Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen .. | 60 |
| 3.2 | Handbuch der Bundesärztekammer (BÄK)..... | 62 |
| 3.2.1 | Best Practice: Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Murnau | 64 |
| 3.3 | Gleichstellungsstandards der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) | 65 |
| 3.3.1 | Best Practice: Titelverleihung „Familienfreundliche Einrichtung“ | 68 |
| 3.3.2 | Best Practice: Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ | 69 |
| 3.4 | Audit berufundfamilie..... | 69 |
| 3.4.1 | Best Practice: Telearbeit am Universitätsklinikum Ulm | 72 |
| 3.5 | Zusammenfassung | 73 |
| 4 | Fragestellung | 75 |
| 5 | Methoden..... | 77 |
| 5.1 | Forschungsfeld und Stichprobe | 77 |
| 5.1.1 | Forschungsfeld Klinikum rechts der Isar (in Hinblick auf Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit) | 78 |
| 5.1.2 | Stichprobe..... | 81 |
| 5.2 | Leitfadenorientiertes Interview | 85 |
| 5.3 | Durchführung der Studie | 90 |
| 5.4 | Datenanalyse..... | 91 |
| 5.4.1 | Aufarbeitung der Daten | 91 |
| 5.4.2 | Kodierleitfaden | 92 |
| 5.4.3 | Anwendung der Attributionstheorie | 94 |
| 5.4.4 | Typisierung als Gruppierungsmethode..... | 95 |
| 6 | Ergebnisse..... | 99 |
| 6.1 | Thematische Auswertung | 99 |
| 6.1.1 | Idealvorstellung | 99 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 6.1.1.1 | Eigenes Ideal von Vereinbarkeit | 100 |
| 6.1.1.2 | Ideal von Vereinbarkeit am MRI | 100 |
| 6.1.1.3 | Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit | 101 |
| 6.1.2 | Umsetzung im Alltag | 101 |
| 6.1.2.1 | Vereinbarkeit im eigenen Leben | 102 |
| 6.1.2.2 | Eigenes Ideal im Klinikalltag..... | 102 |
| 6.1.2.3 | Vereinbarkeit am Universitätsklinikum (MRI)..... | 102 |
| 6.1.2.4 | Sicht der Mitarbeitenden | 103 |
| 6.1.2.5 | Eingeführte Maßnahmen für eine Verbesserung | 103 |
| 6.1.3 | Entwicklungen und Verbesserungspotential | 104 |
| 6.1.3.1 | Besteht Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit? . | 105 |
| 6.1.3.2 | Besteht oder droht ein Mangel an ärztlichem Nachwuchs?..... | 105 |
| 6.1.3.3 | Geplante Maßnahmen für eine Verbesserung..... | 105 |
| 6.1.3.4 | Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit | 106 |
| 6.1.3.5 | Chancen durch eine erhöhte Vereinbarkeit | 109 |
| 6.1.4 | Spezifische Themen..... | 110 |
| 6.1.4.1 | Karrierevoraussetzungen an einem Universitätsklinikum | 110 |
| 6.1.4.2 | Umgang mit Bewerbungen | 111 |
| 6.1.4.3 | Gründe für das Ausbleiben einer Habilitation bei promovierten Frauen | 111 |
| 6.1.4.4 | Pflege von Angehörigen..... | 112 |
| 6.1.5 | Die drei wichtigsten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit..... | 114 |
| 6.1.6 | Kenntnis, Bewertung und Nutzen der Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit | 116 |
| 6.1.6.1 | Kenntnis, Bewertung und Nutzen des Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ | 116 |
| 6.1.6.2 | Kenntnis, Bewertung und Nutzen der Gleichstellungsforderungen der DFG | 117 |
| 6.1.6.3 | Kenntnis, Bewertung und Nutzen des Audits berufundfamilie ... | 117 |
| 6.1.7 | Einordnung der Best Practice example..... | 118 |
| 6.1.7.1 | Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung des Beispiels „Anreize bieten“ | 119 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 6.1.7.2 | Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Richtlinie “Fairer Umgang am Arbeitsplatz” | 120 |
| 6.1.7.3 | Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Dienstvereinbarung „Miteinander statt Gegeneinander“ | 120 |
| 6.1.7.4 | Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Kindertagesstätte der BGU Murnau | 121 |
| 6.1.7.5 | Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung des Beispiels „Telearbeit“ | 122 |
| 6.1.8 | Zusammenfassung der Ergebnisse der themenspezifischen Analyse | 122 |
| 6.2 | Typenbildung | 125 |
| 6.2.1 | Einstellung des Typs Kontra Vereinbarkeit | 125 |
| 6.2.2 | Einstellung des Typs Teils, teils | 126 |
| 6.2.3 | Einstellung des Typs Pro Vereinbarkeit | 127 |
| 6.2.4 | Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Kontra Vereinbarkeit | 128 |
| 6.2.5 | Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Teils, teils | 129 |
| 6.2.6 | Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Pro Vereinbarkeit | 130 |
| 6.2.7 | Integration im eigenen Leben/ Lebenskonzept aller Typen | 131 |
| 6.2.8 | Zusammenfassende Identifikation der Typen | 132 |
| 6.2.8.1 | Kontra Vereinbarkeit | 132 |
| 6.2.8.2 | Pro Vereinbarkeit | 133 |
| 6.2.8.3 | Teils-Teils | 133 |
| 6.2.8.4 | Typenidentifikation nach Bereichen | 133 |
| 6.2.8.5 | Typenidentifikation summativ | 135 |
| 6.3 | Ursachenanalyse | 137 |
| 6.3.1 | Ursachenzuschreibungen der Befragten – wie viele der Befragten attribuieren internal/external? | 138 |
| 6.3.2 | Zusammenfassungen der Ergebnisse der Ursachenanalyse mit Hilfe der Attributionstheorie | 146 |
| 7 | Diskussion | 147 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 7.1 | Zusammenfassung der Analyse | 148 |
| 7.2 | Limitationen der vorliegenden Arbeit..... | 156 |
| 7.3 | Fazit | 157 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 162 |
| 9 | Anhang | 177 |
| 9.1 | Tabellenverzeichnis | 177 |
| 9.2 | Abbildungsverzeichnis..... | 177 |
| 9.3 | Interviewleitfaden | 178 |
| 9.4 | Zusammenfassende Darstellung der Interviews | 184 |
| 9.4.1 | Interview A..... | 184 |
| 9.4.2 | Interview B | 187 |
| 9.4.3 | Interview C | 191 |
| 9.4.4 | Interview D..... | 194 |
| 9.4.5 | Interview E | 196 |
| 9.4.6 | Interview F..... | 198 |
| 9.4.7 | Interview G..... | 200 |
| 9.4.8 | Interview H..... | 203 |
| 9.4.9 | Interview I..... | 207 |
| 9.4.10 | Interview J | 210 |
| 9.4.11 | Interview K..... | 212 |
| 9.4.12 | Interview L | 215 |
| 9.4.13 | Interview M | 218 |
| 9.4.14 | Interview N..... | 221 |
| 9.4.15 | Interview O..... | 223 |
| 9.5 | Kodierleitfaden | 227 |

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei PD Dr. phil. Martin Gartmeier, dessen hilfreicher Einsatz zum entscheidenden Zeitpunkt kam und durch dessen Expertise meine Arbeit bedeutend weiterentwickelt werden konnte. Von seiner Geduld und pragmatischen Art durfte ich persönlich profitieren und sehr viel von ihm lernen.

Des Weiteren danke ich Prof. Pascal Berberat für seinen langjährigen Beistand als Mentor und Betreuer. Für seinen enormen Ehrgeiz und Enthusiasmus, der stets auf mich abfärbt, sowie für sein Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten.

Ich danke Prof. Prenzel für die Begleitung in den Anfängen der Arbeit und den stets neuen Input zu meinem Dissertationsthema und die damit einhergehende Horizonterweiterung.

Darüber hinaus möchte ich den in meiner Studie befragten Klinikleitenden danken für ihre Zeit und die interessanten Einblicke, die sie mir in ihren Alltag und ihre Gedanken gegeben haben.

Ich danke außerdem allen, die es mir ermöglicht haben, meine Ziele in dieser intensiven Lebensphase zu verfolgen und die mich unterstützten. Meinen Freund*innen, meinen Kolleg*innen, meiner Familie und allen voran meinem Mann Ferdinand und dessen Eltern Brigitte und Werner. Ohne Eure Unterstützung wäre meine persönliche Vereinbarkeit von Karriere und Familie nicht in dieser Form lebbar gewesen!

Während meiner Promotionszeit habe ich eine der wichtigsten Personen in meinem Leben verloren und zwei wundervolle dazugewonnen. Ich widme diese Arbeit meiner Mama und meinen Töchtern Sophie und Anni.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Vereinbarkeit von Familie und Karriere bedeutet, dass die Individuen sowohl ein aktiver, präsenter Teil eines Familien- bzw. Privatlebens sein können als auch die Möglichkeit haben einer erfolgreichen beruflichen Karriere nachzugehen, die über das reine Ausüben eines Berufs hinausgeht. Zudem sollte es den Individuen möglich sein, im Laufe ihres Lebens die Gewichtung der einzelnen Bereiche je nach Bedarf zu verändern.

In der vorliegenden Arbeit wird gefragt, was die Klinikdirektor*innen unter der Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen und wie ihre Idealvorstellungen diesbezüglich aussehen. Zudem wird die Umsetzung im Alltag und die Einschätzungen der Interviewten bzgl. zukünftigen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen untersucht. Bereits etablierte Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit werden abgefragt und bewertet. Mit Hilfe leitfadenorientierter Interviews wurden 15 Klinikchef*innen des Universitätsklinikums rechts der Isar in München befragt, die Daten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012) ausgewertet. Auf Grundlage des Kodierleitfadens wurden alle Interviews analysiert und anschließend themenspezifisch aufgearbeitet und dargestellt. Für eine weiterführende Analyse der Daten wurde die Attributionstheorie verwendet, um die Lokation der Ursachenzuschreibung der Befragten zu untersuchen. Des Weiteren wurden Typen gebildet, um die Komplexität der Daten übersichtlicher und vergleichend abbilden zu können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben darüber Aufschluss, dass in den Augen der befragten Klinikdirektor*innen eine universitäre Karriere mit einer Familie schwer zu vereinbaren ist. Dabei ist es wichtig, zwischen den Begriffen des Berufs und der Karriere zu differenzieren, denn während eine Berufsausübung von Familienmüttern und –Vätern in der Universitätsklinik durchaus möglich und erwünscht ist, ist eine zeitlich intensive Mutter- oder Vaterrolle mit der Verwirklichung einer Karriere kaum zu vereinbaren. Den befragten Ordinarien mangelt es nicht am generellen Verständnis zum Thema Vereinbarkeit, sie wird jedoch in der Realität aus verschiedenen Gründen als nicht umsetzbar eingeschätzt. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Untersuchung der bereits etablierten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit: lediglich die Maßnahme der DFG, welche mit Hilfe einer Sanktion in Form von eingeschränkten Forschungsgeldern arbeitet, ist einer Mehrheit der Befragten bekannt.

Ähnliches zeigen auch die Attribuierungen der Befragten. Als Verantwortliche für diesen Umstand werden dabei in erster Linie die Mitarbeitenden selbst benannt (67%). Die Klinikdirektor*innen selbst sehen sich nicht als Hauptverantwortliche für diesen Umstand. Ein zentrales Beispiel für eine solche Ursache ist die „geringe Karriereaffinität von Frauen“, also eine geringe Motivation zu einem Karrierestreben der Ärztinnen. Viele ihrer Mitarbeiterinnen wollen laut den Befragten gar keine Karriere machen. Genauso schwer gewichtet (67%) werden die äußeren Umstände, die es erschweren, eine Vereinbarkeit an der eigenen Klinik umzusetzen, wie bspw. die knappen finanziellen Ressourcen oder der hohe Zeitaufwand, den eine universitäre Karriere erfordert.

Klar wird durch die vorliegende Arbeit bestätigt, dass eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Karriere im universitätsmedizinischen Kontext vor allem die Ärztinnen beeinträchtigt. Obschon dafür von den interviewten Klinikdirektor*innen zum Teil die vorherrschenden Strukturen oder die einzelne Fachdisziplin verantwortlich gemacht werden, sind es in erster Linie die Ärztinnen selbst, denen ein mangelndes Karrierestreben attestiert wird. Der Rückschluss, dass ein Karrierestreben nur innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen möglich ist und dass diese beeinflussbar sind, wird nur von wenigen der Befragten gezogen und daraus Konsequenzen abgeleitet.

ABSTRACT

The compatibility of family and career means that individuals can be an active and involved part of their family and private life as well as having the possibility to pursue a career that is more than just *doing your job*. In addition to that, it should be possible for those individuals to change the weighting of said parts as needed.

The paper at hand asks clinic directors what they consider ‘compatibility of family and career’ and what their ideal conceptions would look like. Furthermore, the practical implementation in everyday life and the assessment of the interviewees regarding future developments and potential for improvement is examined. Established measures to improve compatibility are retrieved and evaluated. Using guideline-oriented interviews, 15 clinic directors of the university hospital Rechts der Isar were questioned, data was evaluated by means of the qualitative content analysis (Kuckartz, 2012). Based on the coding guideline, all interviews were analyzed, subsequently processed, and displayed based on the specific topics. The attribution theory was used for a continued analysis of the data in order to investigate the participants’ location of causal attribution. Moreover, types were formed in order to display the complexity of data in a transparent and comparative way.

The results of the paper at hand show that a university career is hard to arrange with a family. It is important to differentiate between the terms *job* and *career*. Even though it is possible and desired to have a job at the university hospital while being a mother or father, it is hard to arrange a time-consuming paternal or maternal role with fulfilling career. The questioned professors don’t lack a general understanding of compatibility, but in reality, it is judged to be not viable for a variety of reasons. The investigation of already established measures to improve compatibility paint a similar picture: only the DFG’s measure, which works based on sanctioning research money, is known to a majority of interviewees.

The attributions of the respondents show similar results. First and foremost, the employees themselves are deemed responsible (67%). The clinic directors do not consider themselves responsible for that factor. The main example for such a cause is the “lower career-affinity of women”, a low inclination of female doctors to have a desire for a career. According to the interviewees, many of the employees don’t *want* to have a career. The external circumstances that make it harder to realize compatibility at their own clinic, like for example limited financial resources or the expenditure of time demanded by a university career, are weighted the same (67%).

The paper at hand clearly confirms that a lack of compatibility of family and career in a university-medical context mostly impairs female doctors. Even though the interviewed clinic directors are being made responsible for the existing structures or the individual subject areas, it's the female doctors themselves who are attributed with a lack of desire for a career. The inference of only having a possible desire for a career within a certain framework, and that said framework can be modified, is only considered by few of the interviewees and the consequences are rarely implemented.

1 Einleitung

Mit der Formel *Vereinbarkeit von Familie und Karriere* wird die Möglichkeit beschrieben, sowohl ein aktiver, präsenter Teil eines Familien- bzw. Privatlebens zu sein als auch eine erfolgreiche berufliche Karriere zu verfolgen, die über das reine *Ausüben* eines Berufs hinausgeht. Zudem sollte es den Individuen möglich sein, im Laufe ihres Lebens die Gewichtung der einzelnen Bereiche je nach Bedarf zu verändern.

Die damit verbundene Diskussion wird in der Politik sowie auch in Unternehmen geführt, und sie reicht hinein in viele Privathaushalte. Die Aufgabenstellung einer Umsetzung von Vereinbarkeit wird für viele Familien und Arbeitgebende zur Herausforderung und ist im medialen Alltag schon länger angekommen (vgl. u.a. „Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Was Mütter wirklich wollen“ Zeit 2017, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Teilzeitfalle“ SZ 2015, „Karriere trotz Kind“ arte 20.10.17 (Claudia Voigt, 2013)). In vielen Fällen sind die Arbeitnehmenden jedoch unzufrieden mit der gelebten Vereinbarkeit. Es fehlt ihnen beispielsweise an adäquaten Betreuungsangeboten oder an einer gewissen Flexibilität von Seiten ihrer Arbeitsstelle (Tiedemann, 2014). Aus der Politik ist das Thema nicht mehr wegzudenken, wie u.a. zahlreiche Berichte aus verschiedenen Ministerien zeigen: „Eltern wollen mehr Zeit für Familie und Fürsorge füreinander und sie wollen zeitliche und strukturelle Flexibilität im Alltag und im Lebensverlauf.“ (BMFSFJ, 2014). Sowohl von politischer als auch von unternehmerischer Seite werden deshalb Maßnahmen ergriffen, die diese Vereinbarkeit fördern sollen.

In der Wissenschaft ist die Vereinbarkeit von Familie und Karriere in vielen Disziplinen im Fokus von Untersuchungen. Angehörige der Wirtschaftswissenschaften und der Psychologie haben bspw. Rollentheorien entwickelt, die das Verhalten der Individuen im Kontext der Vereinbarkeit erklären sollen (Duxbury & Higgins, 2001; Frone, 2003) (Vgl. Kapitel 2.2). Die Sozialwissenschaften beschäftigen sich mit allgemeinen Phänomenen zu der Thematik, wie bspw. Berufsverläufen von Beschäftigten oder der gläsernen Decke, auf die vor allem Frauen in ihrer beruflichen Laufbahn stoßen (Hohner, Grote & Hoff, 2003; Ochsenfeld, 2012). Im medizinischen Forschungskontext nehmen sich die Forschenden den speziellen Herausforderungen an, die dieses Umfeld auf die mögliche Vereinbarkeit von Karriere und Familie nimmt. In zahlreichen Studien wird untersucht, warum Frauen in medizinischen Führungspositionen unterrepräsentiert sind, obwohl seit Jahrzehnten mehr Frauen als Männer ein Medizinstudium absolvieren und wie sich das spezielle Arbeitsumfeld von Krankenhäusern oder Universitätskliniken auf Frauen und ihre Familiengründung auswirkt

(Banini, 2013; Edmunds et al., 2016; Fuss, Nubling, Hasselhorn, Schwappach & Rieger, 2008; Wietsma, 2014) (Vgl. Kapitel 2.5).

1.1 Problemstellung

Definitiv ist der Begriff der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht einfach zu fassen und inhaltlich sowohl vielseitig als auch umstritten. In der vorliegenden Studie wird nach gründlicher Analyse verschiedener Erklärungsansätze folgende Definition von Vereinbarkeit als treffend und sinnhaft zu Grunde gelegt: Vereinbarkeit meint die individuelle Wahrnehmung, die Bereiche Arbeit, Freizeit und Familie zeitlich so organisieren zu können, dass man allen in ausreichendem Maß gerecht werden kann. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können (Kalliath & Brough, 2008).

In der Arbeits- und Wirtschaftspsychologie wird davon ausgegangen, dass eine zufriedenstellende Vereinbarkeit aus der Perspektive der Individuen von den Karriereambitionen der jeweiligen Person abhängt (Kalliath & Brough, 2008). Die Ausübung eines Berufs, ohne hohe Ansprüche hinsichtlich eines beruflichen Aufstiegs, ist eher mit einer Familiengründung oder mit Freizeitansprüchen vereinbar, als die Umsetzung einer Karriere im Sinne eines Aufstiegs durch hierarchische Strukturen in einem angemessenen Zeitraum (Abele, 2003). Es gibt also einen Unterschied zwischen der Vereinbarkeit von *Beruf* und Familie einerseits und der Vereinbarkeit von *Karriere* und Familie andererseits. Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen berufliche Entwicklungen von Ärztinnen und Ärzten einer Universitätsklinik, die in der Regel mit akademischen Laufbahnen einhergehen. Beim verfolgen akademischer Laufbahnen wird ein Unterschied in Hinblick auf die Geschlechter deutlich: „Erwerbstätigkeit als solche scheint für Akademikerinnen kein – großes – Problem mehr zu sein, Karriere in Führungspositionen und gleichen Fachgebieten wie Männer dagegen schon.“ (Abele, 2003). Während die Karrieren von Männern durch eine Familiengründung nicht negativ beeinflusst werden, führen die gleichen Lebensumstände bei Frauen häufig zu einem Karriereknick durch Ausfallzeiten und/oder Teilzeitarbeitsmodelle (BMFSFJ, 2005). Dieser Umstand ist unabhängig davon, wie die prozentuale Geschlechterverteilung auf der jeweils untersten hierarchischen Ebene ausgeprägt ist. Selbst bei Professionen, die in den Ausbildungsjahren einen Frauenanteil von 60-70% haben, ist dieses Phänomen anzutreffen. Die Medizin ist davon ebenfalls betroffen: Seit gut 25 Jahren sind über die Hälfte der Absolvierenden des Studiengangs weiblich (Berweger & Keller, 2005; Bund Länder Kommission, 2004).

Dennoch hat die Medizin eine geringe Quote an von Frauen besetzten Leitungspositionen, vor allem im universitätsmedizinischen Umfeld. Als Ursache hierfür werden in zahlreichen Untersuchungen patriarchale Strukturen und Phänomene wie *old boys networks* (Höb, 1996) verantwortlich gemacht. Darüber hinaus werden kaum durchdringbare gläserne Decken identifiziert, an welchen Frauen beim Versuch einer Karriereumsetzung scheitern (Liebhardt & Fegert, 2010; Ochsenfeld, 2012). Auch die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere wird ursächlich für die wenigen weiblichen Chefärzte beschrieben (Banini, 2013; Pas, Peters, Doorewaard, Eisinga & Lagro-Janssen, 2014; Strong et al., 2013). Frauen wird darüber hinaus mangelndes Karrierestreben und Forschungsinteresse attestiert (Berweger & Keller, 2005; Buddeberg-Fischer et al., 2010; Edmunds et al., 2016), was so zu einer Selbstselektion führe, je höher die Stufe der Karriereleiter ist. Zudem zeigt sich die schwierige Vereinbarkeit in der Medizin an geringeren Kinderzahlen, die bei den Ärztinnen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung oder zu ihren männlichen Kollegen gemessen werden (Fuss et al., 2008). Dabei ist die Geburtenrate von Akademikerinnen im Allgemeinen nach wie vor geringer als die von Frauen ohne akademischen Abschluss (BMFSFJ, 2014). Mittlerweile wurden eine Reihe von Maßnahmen implementiert, durch die eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere für Ärzte und Ärztinnen erzielt werden soll, z.B. Krippenplätze, Auditierungen, Förder- und Mentoring Programme. Trotzdem ändert sich offenbar kaum etwas an den Problemen der Betroffenen bzgl. der Gleichzeitigkeit einer Familiengründung und der Karriere im Bereich der Universitätsmedizin (Reed & Buddeberg-Fischer, 2001). Eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere betrifft beide Geschlechter. Viele Studien zeigen, dass die Vereinbarkeit von Familie und Karriere in den Universitätskliniken nach wie vor sehr schwierig ist und die Mitarbeitenden deshalb unzufrieden sind (Treister-Goltzman & Peleg, 2016). Um dem entgegenzuwirken geben Studien Empfehlungen zur weiteren Förderung von Frauen durch Mentoring sowie Rollenvorbilder und schlagen vor, mehr Kinderbetreuungsangebote zu etablieren (Mache et al., 2015). Genauso versuchen Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter aus Politik, Forschung und der Ärzteschaft, Maßnahmen zu einer Verbesserung der Vereinbarkeit zu bewirken. Diese haben jedoch in den letzten Jahrzehnten nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Vereinbarkeit geführt, wie auch Cramer (2016) in ihrer Arbeit aufzeigt.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Studie trägt mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes eine neue Perspektive zu dieser brisanten gesellschaftlichen Diskussion bei. Sie betrachtet dabei die Sichtweise der Ordinarien der Kliniken und Institute des Klinikums rechts der Isar als einer renommierten deutschen Universitätsklinik. Als zentrale Fragestellung wird dabei das Verständnis der befragten Personen von der Vereinbarkeit von Familie und Karriere untersucht. Zudem werden deren Wahrnehmungen und Erfahrungen zu diesem Themenkomplex beleuchtet. Damit nimmt die Studie die Perspektive einer Personengruppe in den Fokus, die eine erfolgreiche universitätsmedizinische Karriere absolviert hat und gleichzeitig heute Entscheidungsträger der Einrichtungen ist. Eine vergleichbare Studie ist bislang nur in den USA von Yedidia & Bickel (2001) umgesetzt worden. In der aktuellen Studie werden die Erfahrungen der Befragten in Hinblick auf ihren eigenen Lebenslauf genauso gewürdigt wie auch ihre Einstellungen und Verhaltensweisen als Klinikleitende im Umgang mit den eigenen Mitarbeitenden. Zudem werden ihre Bewertungen in Hinblick auf die gesellschaftspolitischen Maßnahmen herausgearbeitet, die bereits zu einer Verbesserung der Vereinbarkeit beigetragen haben. Die Studie ist nicht einer wissenschaftlichen Disziplin alleinig zuzuordnen. Dies ist durch die behandelte Thematik zu erklären. Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie in einem medizinischen Kontext beschäftigt mehrere Disziplinen, wie die Arbeits- und Wirtschaftspsychologie (Duxbury & Higgins, 2001; Frone, 2003; Kalliath & Brough, 2008), die Soziologie (Hohner et al., 2003; Ochsenfeld, 2012) und die Medizin (Banini, 2013; Edmunds et al., 2016; Fuss et al., 2008; Wietsma, 2014), um nur einige wissenschaftliche Disziplinen aufzuzählen. Durch die aufgeworfenen Fragestellungen, die sich mit den Sichtweisen der einzelnen Befragten auseinandersetzen und das untersuchte Forschungsfeld ist die Arbeit am Ehesten in der Arbeitssoziologie zu verorten.

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes werden leitfadenorientierte Interviews durchgeführt. Dabei wird eine Stichprobe von 15 Klinikdirektor*innen aus dem Klinikum rechts der Isar befragt, die dabei gewonnenen Daten werden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse aufbereitet und untersucht. So wird untersucht, was Entscheidungsträger*innen in Hinblick auf die Idealvorstellungen einer Vereinbarkeit verstehen. Es wird darüber hinaus analysiert, wie die Befragten Vereinbarkeit in ihrer eigenen Vita und im Leben ihrer heutigen Mitarbeitenden erleben. Interessant dabei ist, wie sie die gelebte Vereinbarkeit bewerten und ob sie selber Maßnahmen zu einer Veränderung des Ist-Standes ergreifen oder planen.

Weiterhin wird untersucht, inwiefern drei aktuelle gesellschaftspolitische Maßnahmen zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf/ Karriere von den Entscheidungsträger*innen wahrgenommen und bewertet werden (a) Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer (BÄK), (b) Gleichstellungsstandards der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und (c) Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung.

1.3 Methodisches und analytisches Vorgehen

Den Auftakt der Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes der Studie bildet eine Erörterung des Begriffs der Vereinbarkeit, der Theorien des Work-Family-Conflict (Duxbury & Higgins, 2001) und des Work-Family-Enrichment (Greenhaus & Powell, 2006). Während die Theorie des Work-Family-Enrichment (Duxbury & Higgins, 2001; Fuss et al., 2008) die Chancen der multiplen Rollen der Individuen hervorhebt, beleuchtet die Theorie des Work-Family-Conflict (Greenhaus & Powell, 2006) die Gefahren, die darin liegen können. Die vorliegende Arbeit untersucht die Frage, welcher der Theorien die befragten Klinikleitenden folgen oder welche Erfahrungen sie selber beschreiben in Hinblick auf die eigene Einnahme von multiplen Rollen. Manche der Interviewten verlangen bspw. von ihren Mitarbeitenden eine derart hohe Präsenzzeit in der Klinik, das darüber hinaus kaum noch Zeitkontingente für die Erfüllung anderer Rollen zur Verfügung stehen, ohne die eigene Gesundheit zu gefährden und bspw. ein Burnout zu riskieren.

Anschließend wird erläutert, wie sich der ärztliche Beruf heute im Allgemeinen und im Speziellen an einer Universitätsklinik gestaltet und welche Besonderheiten sich daraus hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere ergeben. Zahlreiche Studien haben sich bereits mit der Problematik einer mangelnden Vereinbarkeit im Umfeld einer Klinik beschäftigt (Banini, 2013; Berweger & Keller, 2005; Buddeberg-Fischer et al., 2010; Dimitriadis, Plante & Pagidas, 2014; Gjerberg, 2003; Jerg-Bretzke & Limbrecht, 2012; Kimura, 2016; Pas et al., 2014; Strong et al., 2013; Wietsma, 2014). Deren Ergebnisse werden in der vorliegenden Arbeit aufgearbeitet. Insbesondere die Arbeiten von Yedidia und Bickel (2001) und Bühren (2001) sind für die vorliegende Studie von großem Interesse, da sie ebenfalls die Klinikdirektor*innen in den Fokus ihrer Datenerhebung zur Untersuchung der vorliegenden Problemstellung einer mangelnden Vereinbarkeit nehmen. Obschon einige der von Bühren (2001) befragten Klinikchef*innen der chirurgischen Fächer in Deutschland eine Veränderung der Umstände als begrüßenswert bezeichnen, sehen sie eine praktische

Umsetzung dessen als nicht durchführbar. Als Gründe hierfür werden Faktoren wie eine starke patriarchale Struktur und lange Arbeitszeiten angeführt (Bühren 2001).

Darüber hinaus haben für die Universitätsmedizin bedeutsame Institutionen wie bspw. die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und die Bundesärztekammer (BÄK) Vorschläge für eine Verbesserung einer Vereinbarkeit im medizinischen Umfeld ausgearbeitet und mit diversen Anreizen oder Sanktionen für deren Umsetzung motiviert. Auf diese gesellschaftspolitischen Maßnahmen und deren Handlungsempfehlungen wird eingegangen, bevor die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ausführlich dargelegt wird.

Im Methodenteil wird der Forschungsansatz erklärt sowie die Auswahl der Stichprobe dargelegt. Für die vorliegende Arbeit wurde das Klinikum rechts der Isar in München (MRI) als Forschungsfeld ausgewählt. Diese Klinik der Supra-Maximalversorgung ist die Universitätsklinik der Technischen Universität München (TUM). Dadurch ergibt sich für die ärztlichen Mitarbeitenden ein Aufgabenportfolio aus den drei Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung ein Aufgabenspektrum, welches über die Aufgaben der meisten Ärztinnen und Ärzte in anderen Kliniken oder Praxen hinausgeht. Eine hausinterne Studie zeigt, dass das Klinikum rechts der Isar den Bundesdurchschnitt abbildet, was die Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden in Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit, die Karriereverläufe und die Bewertung des Privatlebens anbelangt (Cramer, Hanika, Diehl-Schmid 2016). Dadurch lassen sich möglicherweise Rückschlüsse auf die Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden in anderen deutschen Universitätsklinikum ziehen. In Hinblick auf die Förderung einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie wurden am MRI bereits Maßnahmen etabliert, wie die Einrichtung einer Stelle für eine Referentin für Chancengleichheit, ein Kinderbetreuungsangebot und eine Dienstvereinbarung des Personalrats, die auch in der vorliegenden Studie thematisiert werden.

Als repräsentative Zielstichprobe wurden mit Hilfe einer gezielten Auswahl („purposive sampling“, Flick 2009) aus 49 Einrichtungen die Leitungen von 15 Kliniken/Instituten zur Untersuchung ausgewählt. Dabei wurden folgende fünf Auswahlfaktoren berücksichtigt: Bettenzahl, Anzahl der ärztlichen Mitarbeitenden, Anzahl der weiblichen ärztlichen Mitarbeitenden, Anzahl der ärztlichen Mitarbeitenden in Teilzeit sowie der Index aus der gewichteten Drittmittelsumme und dem Impactfaktor. Das Durchschnittsalter in der Stichprobe lag zum Befragungszeitpunkt bei 56,3 Jahren ($SD=3,11$), 93,3% der Befragten waren männlich und 80% der Interviewten hatten Kinder. Als geeignetes Instrument der Datenerhebung wurde das problemzentrierte, teilstrukturierte Interview gewählt. Die

Entwicklung der dafür benötigten Leitfragen erfolgte nach „Kriterien für die Konstruktion eines Leitfadens“ (Ullrich, 1999, S.12) und basiert auf den Forschungsfragen. So entstanden 45 Fragen zu den Themenkomplexen (A) Vereinbarkeit von Karriere und Familie, (B) Pflege von Angehörigen und (C) Maßnahmen zur Vereinbarkeit Beruf und Familie. Hier wurden konkrete Maßnahmen thematisiert, und zwar das Handbuch der Bundesärztekammer, die Gleichstellungsstandards der DFG und das Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung. Ein weiterer Themenkomplex (D) waren Best Practice Beispiele aus den genannten Instrumenten. Als Auswertungsverfahren wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen, wodurch die erhobenen Daten strukturiert und analysiert wurden. Innerhalb der Analyse wurde ein Auswertungsleitfaden entwickelt mit dessen Hilfe das gesamte gewonnene Material kodiert wurde. Dies ermöglichte eine inhaltliche Analyse des Materials, welche das Grundgerüst der Auswertung bildet.

Weiterhin wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, welche Ursachen die Befragten für die aktuellen Umstände verantwortlich sehen. Dies geschieht auf Basis der Attributionstheorie (Kelley, 1972), einer Theorie mit deren Hilfe sich Laien unbewusst Lebensumstände und Handlungen von Dritten erklären, also im Wesentlichen in der Beantwortung von „Warum-Fragen“ (Heider 1958). Durch deren Anwendung werden die Erklärungen der Interviewten analysiert und alle relevanten Aussagen zu den Themen Idealvorstellungen, Umsetzung im Alltag und Entwicklung/Verbesserungspotential in der Polarität „Mögliche Vereinbarkeit“ – „Nicht mögliche Vereinbarkeit“ dargestellt. Unterschieden wird dabei, ob die Klinikdirektor*innen die Ursache intern bei sich, extern bei den Mitarbeitenden oder bei den äußeren Umständen sehen. Eine quantitative Frequenzanalyse wird schließlich durch die Zusammenfassung und Abstraktion der Aussagen zu neuen Codes durchgeführt.

Ergänzend zu der Ursachenanalyse durch die Attributionstheorie und abschließend für den Methodenteil werden durch eine „komparative Analyse“ (Bohnsack 2007) die Ausprägungen und Extreme der erfolgten Aussagen verdeutlicht und anschaulich gegenübergestellt. Die Bildung von Typen soll Einstellungsmuster herausarbeiten und dabei unterstützen, generalisierende Angaben zu treffen, welche auf andere Kontexte übertragbar sind. Es werden drei Typen spezifiziert („Pro-Vereinbarkeit“, „Kontra- Vereinbarkeit“ und „Teils, teils“), welche in Bezug auf deren Selbsteinschätzungen zu den Kategorien Einstellung, Handlung und Umsetzung im eigenen Leben kategorisiert werden.

1.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben darüber Aufschluss, dass in den Augen der befragten Klinikdirektor*innen die Vereinbarkeit einer universitären Karriere mit einer Familie schwer zu vereinbaren ist. Dabei ist es wichtig, zwischen den Begriffen des *Berufs* und der *Karriere* zu differenzieren, denn während eine Berufsausübung von Familienmüttern und –Vätern in der Universitätsklinik durchaus möglich und erwünscht ist, ist eine zeitlich intensive Mutter- oder Vaterrolle mit der Verwirklichung einer Karriere kaum zu vereinbaren. Den befragten Ordinarien mangelt es nicht an generellem Verständnis zum Thema Vereinbarkeit. Die im Interview vorgelegte Definition von Vereinbarkeit wird nahezu ausnahmslos befürwortet und als wünschenswert eingestuft, jedoch in der Realität aus verschiedenen Gründen als nicht umsetzbar eingeschätzt. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Untersuchung der bereits etablierten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit: lediglich die Maßnahme der DFG, welche mit Hilfe einer Sanktion in Form von eingeschränkten Forschungsgeldern arbeitet, ist einer Mehrheit der Befragten bekannt. Andere Maßnahmen, welche mit verhältnismäßig geringen Anreizen locken oder schlicht mit einem guten Beispiel vorangehen, sind den Befragten weitgehend unbekannt.

Die vorliegende Arbeit bestätigt, dass eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Karriere im universitätsmedizinischen Kontext vor allem die Ärztinnen beeinträchtigt. Und obschon dafür von den interviewten Klinikdirektor*innen zum Teil die vorherrschenden Strukturen oder Bedingungen innerhalb ihrer Fachdisziplin verantwortlich gemacht werden, sind es in erster Linie die Ärztinnen selber, denen ein mangelndes Karrierestreben attestiert wird. Der Rückschluss, dass ein Karrierestreben nur innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen möglich ist und dass diese beeinflussbar sind, wird nur von wenigen der Befragten gezogen. Ebenso wenig werden die Konsequenzen daraus umgesetzt. Dies gilt ebenso für die untersuchten Maßnahmen der BÄK und dem audit berufundfamilie in Bezug auf den universitätsmedizinischen Kontext. Einzig die Gleichstellungsstandards der DFG scheinen in diesem Umfeld einen gewissen Bekanntheitsgrad erlangt zu haben, was als Handlungsableitungen für zukünftige Maßnahmen als Positivbeispiel gelten dürfte. Sie zeigen, dass Sanktionen im Sinne von finanziellen Restriktionen scheinbar als zielführendste Idee gelten, zumindest im Vergleich zu kleinen Anreizen oder positiven Rollenvorbildern. Eine wichtige Erkenntnis der Arbeit ist darüber hinaus die Tatsache, dass sich auch in den Augen der Befragten nicht automatisch eine Veränderung in Sachen Vereinbarkeit ergibt,

nur weil seit mehreren Jahrzehnten mehr Frauen „von unten“ als Assistenzärztinnen in die Kliniken hineinkommen, als Männer.

Im folgenden Abschnitt erfolgt zunächst eine Bestimmung des Begriffs der Vereinbarkeit von Familie und Karriere, der die Grundlage der vorliegenden Arbeit darstellt.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird zunächst auf den Begriff der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere eingegangen. Besonders die Begriffsbestimmungen von Jürgens (2009) und Kalliath und Brough (2008) werden dafür im Folgenden dargelegt und bewertet. Darüber hinaus wird ein Vereinbarkeitsmodell vorgestellt, welches sich mit den Rahmenbedingungen beschäftigt, die eine Vereinbarkeit beeinflussen können (Rump & Eilers, 2007). Dies dient als Grundlage für die Einschätzung der Situation am Klinikum rechts der Isar als Forschungsfeld.

Im Anschluss daran wird die Theorie des Work-Family-Conflict dargestellt (Duxbury & Higgins, 2001; Frone, 2003; Fuss et al., 2008). Bei einer Gleichzeitigkeit von Beruf/Karriere und Familie können Konflikte zwischen den unterschiedlichen Lebensbereichen der einzelnen Personen entstehen. Welche Auswirkungen diese möglicherweise auf die teilhabenden Individuen und deren Umgebung haben, wird in diesem Kapitel durch die Darstellung der Konflikttheorie erläutert. Die Gleichzeitigkeit von Familie und Karriere/Beruf muss jedoch nicht zwangsläufig in Konflikten enden, sie kann auch positive Effekte auf die Individuen und deren Verhalten haben. Davon geht die Theorie des Work-Family-Enrichment (Greenhaus & Powell, 2006; McNall, Nicklin & Masuda, 2010) aus, die vorgestellt wird, um einen Ansatz zu untersuchen, der sich mit der Thematik der Vereinbarkeit beschäftigt und eventuell zu anderen Ergebnissen gelangt als der Ansatz der Konflikttheorie. Die Grundlage dieser beiden Theorien hilft die gewonnenen Daten der vorliegenden Studie zu analysieren und einzuordnen. Es ist interessant zu sehen, welche Einschätzungen und Erfahrungen die Befragten selber vornehmen und welcher Theorie sie eher folgen. Eventuell hat dies wiederum Einfluss auf deren Handlungsweisen, was es zu untersuchen gilt.

In dieser Arbeit wird untersucht, welche Idealvorstellungen die Entscheidungsträgerinnen und -träger am Klinikum rechts der Isar von Vereinbarkeit und deren Umsetzung im realen Alltag haben. Zudem wird erforscht, welche zukünftigen Entwicklungen sie erwarten und ob sie Verbesserungspotentiale in Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Karriere erkennen. Der Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist primär die jeweilige Bewertung der Möglichkeit bzw. Realisierbarkeit dieser „Vereinbarkeit“ durch die Stakeholder und eine entsprechende Begründung. Gerade in Hinblick auf das Sichtbarmachen möglicher Gründe für die weiterhin mäßig bis kaum verwirklichte Vereinbarkeit scheint das genaue Darstellen und Verstehen dieser individuellen Erklärungsversuche, anders ausgedrückt des „Warum“,

entscheidend zu sein. Diese Erklärungsversuche der Befragten werden mit Hilfe der Attributionstheorie analysiert, welche ein ideales Werkzeug darstellt, um die Ursachenzuschreibungen von Individuen zu erforschen und einzuordnen.

In einem weiteren einführenden Kapitel wird dargestellt, wie die Ausbildung und das Arbeitsleben im medizinischen Umfeld in ihrem Alltag aussehen. Es ist notwendig, diesen Hintergrund darzulegen, da der Arztberuf in seinen Facetten und Möglichkeiten in Hinblick auf eine Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist. Deshalb werden nicht nur die Arbeitsbedingungen erörtert, sondern darüber hinaus in einem kurzen historischen Abriss auch die Entwicklung des Arztberufs und seine heutige Bedeutung in der Gesellschaft thematisiert, da dies ebenso Einfluss auf das Individuum des Arztes und der Ärztin nehmen kann.

2.1 Begriffsbestimmung Vereinbarkeit

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein vielbesprochenes Thema in den Medien (vgl. u.a. „Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Was Mütter wirklich wollen“ Zeit 2017, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Teilzeitfalle“ SZ 2015, „Karriere trotz Kind“ arte 20.10.17) und in der Politik (BMFSFJ, 2014; Tiedemann, 2014). In der öffentlichen Diskussion wird dabei von Vereinbarkeit gesprochen, wenn die Frauen nach der Geburt des Kindes und einer darauf folgenden Babypause wieder arbeiten gehen können und die Männer sich im Haushalt einbringen und Zeit für ihre Familie haben („Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Was Mütter wirklich wollen“ Zeit 2017). Wenn also eine traditionelle „Hausfrauenehe“ oder ein „Ernährermodell“, bei dem der Mann der Alleinverdiener ist und die Frau sich alleinig um den häuslichen Bereich und die Kinderpflege kümmert, abgelöst wird und sich beide Elternteile sowohl um Kinder und Haushalt kümmern, als auch einem Beruf nachgehen und sich im besten Fall darin verwirklichen können (Opielka, 2002; Pfau-Effinger, 2000).

Politisch wird die Vereinbarkeit ebenfalls vornehmlich in der Form aufgegriffen, als dass eine Gleichzeitigkeit von Arbeit und Familie für beide Elternteile wünschenswert wäre:

„Die Familienpolitik nimmt einen zentralen Stellenwert in der Politik der Bundesregierung ein. Familienpolitik ist nachhaltig darauf ausgerichtet, Familien zu unterstützen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern und dabei zu helfen, dass Lebensentwürfe mit Kindern realisiert werden können. Familie brauchen vor allem drei Dinge: Zeit, eine unterstützende Infrastruktur und Einkommen.“ (BMFSFJ, 2006)

Eine konkrete Definition des Begriffs bleibt jedoch häufig aus. Zahlen belegen zudem, dass trotz der jahrelangen öffentlichen Diskussion die Rollenverteilung innerhalb der Familien oftmals auf einem traditionellen Modell fußt. Da Männer meist nach wie vor höhere Gehälter erzielen als ihre Partnerinnen, bleibt die traditionelle Rollenverteilung dadurch erhalten, auch wenn sich die Paare dies anders wünschen würden (Bürgisser, 2011). Und auch das von der Bundesregierung als Erfolg deklarierte Elterngeld wird in großen Teilen von den Frauen bezogen¹.

Doch wie wird der Begriff „Vereinbarkeit“ in der Wissenschaft verstanden? Bäcker et. al. (2008) stellen, ähnlich der Politik, die Gleichzeitigkeit der Aktivitäten in den Lebensbereichen Arbeit und Familie heraus, die durch die Vereinbarkeit gewährleistet werden soll und die vor allem durch die Mutter als Akteurin organisiert werden muss:

„Vereinbarkeit im eigentlichen Sinne bezieht sich auf das zeitliche Nebeneinander von Beruf und Familie (parallele Vereinbarkeit). Z.B. nimmt die Mutter schon sehr bald nach der Geburt des Kindes ihre Berufstätigkeit wieder auf, berufliche und familiäre Aufgaben und Zeitanforderungen müssen laufend abgestimmt werden. Dieses Muster gilt analog für erwerbstätige Frauen, die neben ihrer beruflichen Verpflichtung mit häuslichen Pflegeaufgaben betraut sind.“ (Bäcker et al., 2008, S. 323)

Diese Definition greift jedoch insofern zu kurz, als dass sie den Mann bei dem Thema Vereinbarkeit vernachlässigt. Nicht nur Mütter haben den Anspruch, verschiedene Rollen auszufüllen, Männern sollte dies genauso ermöglicht werden. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn nicht nur die Geburt und Erziehung von Kindern im Begriff der Vereinbarkeit inkludiert wäre, sondern darüber hinaus die Pflege von Angehörigen und andere Formen der Sorge um nahestehende Personen. Zudem sollten auch kinderlose und alleinstehende Personen ihre Wünsche bezüglich ihrer Lebensgestaltung mit ihrer Arbeit vereinbaren können.

Jürgens ist mit dem Wort „Vereinbarkeit“ gesamthaft nicht einverstanden, da dieser die gesamte Thematik darum als Frauenthema beschreibe und unter anderem deshalb zu kurz greife (Jürgens, 2009). Ironisch formuliert er, dieser Begriff schaffe vielmehr die Illusion, dass es ohne individuelle Nachteile möglich sei, das Unmögliche zu schaffen, nämlich die

¹ So waren im ersten Quartal 2017 bspw. nur knapp 15% der Elterngeldbezieher männlich. (Statistisches Bundesamt destatis 2017). „Im Durchschnitt beziehen Mütter 11,6 Monate Elterngeld, Väter 3,1 Monate. Ein Großteil der Väter (79 Prozent) bezieht Elterngeld für zwei Monate und schöpft somit die Partnermonate aus, die zusätzlich zum zwölfmonatigen Bezugszeitraum in Anspruch genommen werden können. 21 Prozent der Väter beziehen Elterngeld über einen längeren Zeitraum, 7 Prozent sogar für zehn bis zwölf Monate.“ (BMFSFJ 2017, Bilanz 10 Jahre Elterngeld)

„Harmonisierung von strukturell Widersprüchlichem“ (Jürgens, 2009, S.140 ff). „Vereinbarkeit‘ mag subjektiv herzustellen sein, bleibt jedoch strukturell ein zentraler Faktor von Geschlechterhierarchie und sozialer Ungleichheit.“ (Jürgens, 2009, S. 140). Aus diesen Gründen präferiert Jürgens den Begriff der Balance, da aus diesem hervorgehe, dass die Individuen das Teilnehmen an den verschiedenen Lebensbereichen ausbalancieren müssen (Jürgens, 2009). Sie zeichnet das Bild einer Wippe welches verdeutlicht, dass die Priorisierung des einen Bereichs zur Vernachlässigung des anderen führen muss. Allerdings wird bei diesem Bild das Gewicht der äußeren Rahmenbedingungen und Strukturen wenig berücksichtigt und der Fokus auf das Individuum alleine gelegt, welches in der Realität gar nicht alle Handlungsmöglichkeiten hat.

Im Allgemeinen fällt auf, dass der Begriff der Vereinbarkeit häufig über die Rahmenbedingungen beschrieben wird, die zu dessen Umsetzung nötig sind. Rump und Eilers bspw. postulieren ein Vereinbarkeitsmodell, welches auf drei Säulen fußt und vor allem die Bedingungen beschreibt, die nötig sind, um eine Vereinbarkeit zu arrangieren (Rump & Eilers, 2007): Den Staat, der die nötige Infrastruktur zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bereitstellen muss, die Unternehmen, die die Vereinbarkeit durch Flexibilisierung und Sensibilisierung fördern sowie das Individuum selbst, welches seinen eigenen Beitrag zur Vereinbarkeit leisten muss.

Ein ähnliches Ideal für die Voraussetzung von Vereinbarkeit beschreibt der 1. Gender-Datenreport des BMFSJS:

„Als vorteilhafte Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelten familienfreundliche Arbeitszeiten, ein breites Kinderbetreuungsangebot für alle Altersgruppen, Regelungen zur Elternzeit mit Rückkehrgarantien und mit einem Anspruch eigens für Väter sowie die individuelle Besteuerung der Erwerbseinkünfte von Eltern. Darüber hinaus schaffen Angebote an Mütter und Väter, den Arbeitsumfang der jeweiligen familiären Situation anzupassen, Wiedereingliederungsmaßnahmen, gleiche Entlohnung und gleiche Aufstiegschancen im Betrieb, Anreize für Frauen, auch mit Kindern im Erwerbsleben zu bleiben oder möglichst bald wieder zurückzukehren, und Anreize für Männer, ihre Arbeitszeit auch einmal zu Gunsten von Familienzeiten einzuschränken.“ (BMFSFJ, 2005, S. 270)

Die Realität der Vereinbarkeit ist noch entfernt von den gezeichneten Idealen. Die Anforderungen der Bereiche Arbeit und Familie mit den strukturellen Rahmenbedingungen, die v.a. Frauen darin vorfinden, die nach wie vor auf eine klassische Rollenverteilung zwischen Mann und Frau ausgelegt seien, in Einklang zu bringen, sei illusorisch (Jürgens, 2009).

Der Begriff der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist nicht einfach zu fassen und inhaltlich sowohl vielseitig als auch umstritten. Nicht nur die Simultanität von Familiengründung und beruflichen Interessen stehen sich dabei gegenüber, sondern auch alte Strukturen, die neuen und individuellen Werten und Ansprüchen beider Geschlechter gerecht werden müssen. Klar wird, dass die Vereinbarkeit bzw. Balance durch äußere Rahmenbedingungen beeinflusst wird und dennoch darüber hinaus mit dem subjektiven Empfinden und den Anforderungen der Individuen einhergeht. Kalliath und Brough (2008) gehen auf diese Punkte ein und postulieren ein flexibles Vereinbarkeitsmodell, welches sich an den Individuen und deren Lebensphasen orientiert und sehr wandelbar ist.: Vereinbarkeit meint die individuelle Wahrnehmung, die Bereiche Arbeit, Freizeit und Familie zeitlich so organisieren zu können, dass man allen Bereichen in ausreichendem Maß gerecht wird. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können (Kalliath & Brough, 2008). In dieser Definition wird der Begriff der Vereinbarkeit also an den Vorstellungen der einzelnen Subjekte aufgehängt, was den Vorteil hat, dass für jedes Individuum ein spezieller Vereinbarkeitsbegriff gilt. Allerdings dürfte es für Einzelpersonen schwierig sein, auf dieser Grundlage eine Vereinbarkeit bspw. von einem Arbeitgeber, einzufordern, da sie keine objektiven Kriterien für eine Vereinbarkeit festlegt.

Auf der Grundlage der hier dargestellten Definitionen einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere wird für die vorliegende Arbeit folgende Begriffsbestimmung festgelegt:

Vereinbarkeit ist die tatsächliche Lebbarkeit unterschiedlicher Rollen, wenn nötig zur gleichen Zeit in verschiedenen, selbstbestimmten und veränderbaren Zeitkontingenten. Dabei gilt eine Vereinbarkeit für alle Geschlechter mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und zu jeder Zeit, unabhängig von der eingenommenen Rolle. Gemeint ist, dass es diverse Rollen gibt, die eine Vereinbarkeit einfordern können, sei es die Mutterrolle, die Rolle von pflegenden Angehörigen oder die Rolle von Freizeitbedürftigen und dass all diese die gleiche Berechtigung haben.

Diese Definition erlaubt die Überprüfung einer Vereinbarkeit durch die Befragung der Individuen, die beurteilen können, ob diese Definition in ihrem Alltag abgebildet ist. Darüber hinaus kann objektiv durch die Untersuchung von Arbeitszeitregelungen und Dienstvereinbarungen, beurteilt werden, ob eine Vereinbarkeit in einem Umfeld möglich ist.

2.2 Vereinbarkeitstheorien

In den nächsten beiden Kapiteln werden zwei Vereinbarkeitstheorien vorgestellt. Die Theorie des Work-Family-Conflict weist dabei verstärkt auf das Entstehen von Rollenkonflikten für die Individuen hin, welche beim Einnehmen multipler Rollen entstehen. Einen anderen Ansatz unterstützt die Theorie des Work-Family-Enrichment, welche postuliert, dass die Individuen und deren Umgebung von der Einnahme vieler Rollen profitieren.

2.2.1 Theorie des Work-Family-Conflict (WFC)

Das Konzept der Vereinbarkeit wird hier dazu verwendet, verschiedene Rollenanforderungen, die an ein Individuum gestellt werden, miteinander zu kombinieren und im Idealfall auszubalancieren. Dies kann eine Herausforderung sowohl für die beteiligten Institutionen als auch für die Individuen darstellen. Bevor am Beispiel des Klinikums rechts der Isar die Umsetzung der Vereinbarkeit beispielhaft untersucht wird, soll mit Hilfe der Theorie des Work-Family-Conflict erläutert werden, welche Mechanismen dabei wirken und welche Schwierigkeiten es hierbei geben kann.

Die Theorie des Work-Family-Conflict geht davon aus, dass jedes Individuum im Beruf und im Privatleben eine oder mehrere Rollen einnimmt, z.B. als Ehepartner*in, Kind, Elternteil im privaten Bereich und als Kolleg*in, Chef*in und/oder Arbeitnehmer*in im beruflichen Umfeld (Duxbury & Higgins, 2001). Dabei wird unterstellt, dass die Individuen nur ein beschränktes Kontingent an Zeit und Energie zur Verfügung haben, um die Anforderungen ihrer Rollen abzudecken. Aus den beiden Bereichen Familie und Arbeit kommen die wichtigsten Rollen für die Individuen, da sie identitätsstiftende Funktionen haben (Fuss et al., 2008). Beim Einnehmen der unterschiedlichen Rollen kann es laut Higgins und Duxbury (2001) zu unterschiedlichen Konflikten kommen: Zu einem Rollenoverload, wenn die Anforderungen der verschiedenen Rollen an das Individuum gesamthaft zu ausgeprägt werden. Der Mensch ist von den Rollen dann insgesamt zu sehr gefordert, vielleicht sogar überfordert, was negative Auswirkungen auf ihn selber, seine Performance und auf Dauer auf seine Gesundheit haben kann (Duxbury & Higgins, 2001).

Des Weiteren kann die Teilhabe an einer Rolle die Teilnahme an einer anderen beeinträchtigen, die Rollen geraten dadurch dann in einen Konflikt (Duxbury & Higgins, 2001). Behindert die Arbeit das Ausfüllen der Familienrolle (beispielsweise durch eine zu ausgeprägte zeitliche Anforderung an den Einzelnen) spricht man von „work to family

interference“ bzw. „work (to) family conflict“. Beeinträchtigt das Familienleben die Arbeit nennt man dies „family to work interference“ bzw. „family (to) work conflict“. In beiden Fällen beeinträchtigt ein Bereich den anderen negativ (Duxbury & Higgins, 2001; Fuss et al., 2008). Geht man davon aus, dass jeder Mensch nur ein begrenztes Zeitkontingent zum Ausfüllen seiner Rollen zur Verfügung hat, ist anzunehmen, dass die Zeit, welche eine Rolle erfordert, in der anderen Rolle fehlen kann (in Abhängigkeit von den jeweiligen Zeitbedürfnissen der einzelnen Rollen). Studien dazu konnten nachweisen, dass die Wahrscheinlichkeit eines family-to-work Konflikts steigt, je mehr Stunden jemand für das Ausfüllen der Familienrolle aufwendet. Umgekehrt steigt die Chance auf einen work-to-family Konflikt mit den aufgewendeten Arbeitsstunden an (Frone, 2003).

Das Auftreten eines solchen, subjektiv wahrgenommenen, Konflikts, egal in welche Richtung, hat nachweislich negative Auswirkungen auf die Individuen in verschiedenen Aspekten. Äußern kann sich dies in emotionaler Hinsicht, in der psychischen Gesundheit, in der Performance, in der Bindung zum Arbeitgeber, in der Zufriedenheit und in der körperlichen Gesundheit (Duxbury & Higgins, 2001; Frone, 2003).

Es gibt dabei einen Unterschied im Auftreten der Konfliktform zwischen den Geschlechtern. Während Frauen vermehrt von einem Rollenoverload betroffen sind, ist bei Männern eher ein Work to family conflict festzustellen (Duxbury & Higgins, 2001). Dies wird dadurch erklärt, dass Männer durch eine vorherrschende traditionelle Rollenverteilung zwar vor einem Rollenoverload geschützt sein können, aber dadurch ein höheres Risiko haben, dass ihr Familienleben durch die Arbeit beeinträchtigt wird, da sie die Familie versorgen müssen (Duxbury & Higgins, 2001). Im Sinne der Theorie des WFC ist demnach eine gelungene Work-Life-Balance als Abwesenheit von Interrollenkonflikten zu betrachten (Frone, 2003).

Die Theorie des Work-Family-Conflict hebt die Gefahren hervor, die im Ausüben von multiplen Rollen für Individuen entstehen könnten. Dabei ist anzunehmen, dass die Häufigkeit eines derartigen Konflikts in den letzten Jahrzehnten angestiegen ist, da die Anforderungen der Rollen an die Individuen zunehmend höher werden und weniger klare Abgrenzungen voneinander möglich sind. Durch technische Geräte wie Smartphones und Laptops wird darüber hinaus die Möglichkeit einer Erreichbarkeit geschaffen, die sowohl die Individuen als auch die Arbeitgebenden vor neue Herausforderungen der Abgrenzung stellt. Higgins und Duxbury (2001) weisen in einer kanadischen Studie nach, dass die Belastungen im Bereich des Work-Family-Conflict zugenommen haben. Sind im Jahre 1991 noch 47% der Studienteilnehmenden von einem hohen Rollenkonflikt betroffen, sind es im

Jahr 2001 bereits 59% (Duxbury & Higgins, 2001). Als eine Konsequenz hieraus verringern sich die Stunden, die die Befragten wöchentlich mit ihrer Familie verbringen von 16 auf unter 11 Stunden (Duxbury & Higgins, 2001). Die dargelegten Zahlen beziehen sich auf Studien, die hauptsächlich Personen unter 55 Jahren befragen. Generell ist naheliegend, dass sich die Hauptkonfliktzeit zwischen den Rollen in den Lebensjahren abspielt, in denen die Rollen die ausgeprägtesten Ansprüche an die Individuen stellen, nämlich dann, wenn sie ihre Karriere voranbringen, eine Familie gründen möchten und deren Eltern in ein Alter kommen, in dem sie eventuell Pflege benötigen. Man spricht hierbei auch von der „Rush hour des Lebens“, welche bei Akademikerinnen in Deutschland in der Regel zwischen 27 und 35 vermutet wird (BMFSFJ, 2006, S. 33).

Die Theorie des WFC gilt also vor allem für Menschen, die sich in der Rush hour des Lebens befinden und tatsächlich alle Rollen zeitgleich ausfüllen möchten. Neben den beschriebenen Gefahren liegen auch Chancen in der Rollenüberschneidung, welche die Theorie des Work-Family-Enrichment aufzeigt.

2.2.2 Theorie des Work-Family-Enrichment (WFE)

In ihrer Theorie des Work-Family-Enrichment vertreten Powell und Greenhaus (2006) ebenfalls die Annahme, dass jedes Individuum in seinen verschiedenen Lebensbereichen unterschiedliche Rollen ausfüllt. Anders als die Grundaussage des Work-Family-Conflict vertreten sie dabei die Ansicht, dass die Rollen sich gegenseitig positiv beeinflussen. Sie gehen davon aus, dass die Ressourcen, die in der Rolle des einen Bereichs gesammelt werden, in die Rolle eines anderen Bereichs transportiert werden können (Greenhaus & Powell, 2006). Dadurch können die Bereiche voneinander profitieren. Die können in fünf Dimensionen eingeteilt werden: Fähigkeiten und Einstellungen, psychologische und physische Ressourcen, Sozial-Kapital-Ressourcen, Flexibilität, materielle Ressourcen und können entweder direkt oder indirekt in die andere Rolle transponiert werden (Greenhaus & Powell, 2006). Erlernt man in seiner Rolle als Elternteil beispielsweise Geduld aufzubringen oder mehrere Dinge gleichzeitig tun zu können, können diese Fähigkeiten in die Rolle von Leitenden oder Arbeitnehmenden adaptiert werden.

Wie beim WFC sind die Möglichkeiten der Beeinflussung dabei bidirektional (McNall et al., 2010). Beeinflusst der familiäre Bereich eine Rolle des Arbeitsbereichs positiv, spricht man von einem family-to-work-enrichment (FWE). Wirkt sich eine Rolle des Arbeitsumfelds positiv auf eine des familiären Bereichs aus wird dies als work-to-family-enrichment (WFE) bezeichnet (McNall et al., 2010). Besteht in beiden Bereichen Zufriedenheit kann sich diese

Erfüllung summieren, und der Mensch ist glücklicher und zufriedener als Individuen, die nur eine Rolle haben oder in einer der beiden (oder in beiden) unzufrieden sind (Greenhaus & Powell, 2006). Dadurch können die beiden Bereiche Arbeit und Privatleben voneinander profitieren: Die Individuen können nicht nur ihre Erfahrungen aus dem einen Bereich in den anderen einbringen, die Zufriedenheit in einer Rolle kann die Unzufriedenheit in der anderen kompensieren und so das Individuum in eine Balance bringen. Beispielsweise könnte die materielle Ressource Geld aus dem Arbeitsleben dem Menschen helfen, in der Rolle des Familienvaters ein außergewöhnliches Wochenendprogramm zu finanzieren, welches das Familienleben bereichert. So kann unter Umständen kompensiert werden, dass die Arbeitsrolle viel Zeit einnimmt, die ansonsten in der Familienrolle fehlt, und wieder mehr Balance hergestellt werden.

Die Theorie des WFE nimmt an, dass die Beziehung zwischen dem Arbeits- und dem Privatleben nicht ausschließlich unter negativen Gesichtspunkten zu betrachten sind. Zwar stehen diese zwei Bereiche in zeitlicher Konkurrenz, können sich aber auch positiv beeinflussen. Diese Annahme konnte in zahlreichen Studien belegt werden (Greenhaus & Powell, 2006).

Die Theorie des WFE und die des WFC treffen folglich die gleiche Grundannahme: Jedes Individuum hat ein bestimmtes Zeitkontingent zur Verfügung und teilt dieses in verschiedene Rollen auf. Während nun die Theorie des WFC vor allem Gefahren in den konkurrierenden Rollen sieht, besteht die Theorie des WFE auf einem Benefit, den die Individuen von multiplen Rollen haben können. Es stellt sich die Frage, welche der Theorien in der Praxis unter welchen Umständen Anwendung finden kann. Dabei scheint es, als ob beide Theorien auf dem subjektiven Empfinden der Individuen beruhen. Eine Person in einer Position mit bestimmten Rollen könnte ihre Situation als belastend empfinden, während eine zweite Person mit den gleichen Rahmenbedingungen diese als bereichernd empfindet. Hängt es also vom Individuum selber ab, ob das Leben mit multiplen Rollen als positiv oder negativ wahrgenommen wird und dementsprechende Auswirkungen auf den Einzelnen und seine Umgebung hat? Sind es die Einstellungen, Erfahrungen und der Gemütszustand, die darüber entscheiden? Und welche Rahmenbedingungen können dazu beitragen, dass die Individuen eher der Theorie des WFE folgen als der des WFC? In Bezug auf die vorliegende Studie soll untersucht werden, welcher Theorie die Klinikchef*innen des Klinikums rechts der Isar folgen und welche Konsequenzen sich daraus für ihr eigenes Leben und das ihrer Mitarbeitenden ergibt.

Darüber hinaus sollen die Begründungsmuster der Befragten analysiert werden, also geklärt werden, warum in den Augen der Klinikleitenden die Dinge in ihren Einrichtungen so sind, wie sie sich im aktuellen Alltag darstellen. Hierzu eignet sich die Attributionstheorie (Kelley 1972), da sie sich exakt mit solchen Ursachenzuschreibungen und deren Analyse beschäftigt.

2.3 Attributionstheorie

Die Attributionstheorie darf nicht als ein alleiniger Ansatz verstanden werden, sondern viel mehr als eine Gruppierung ähnlicher Theorien mit vielen Überschneidungen. Sie bietet eine Grundlage, um die Art und Weise zu verstehen, wie und warum Ursachenzuschreibungen (sog. Attributionen) passieren (Jaspars, Fincham & Hewstone, 1983).

Fritz Heider beschreibt die Attributionstheorie 1958 als Alltagspsychologie, durch welche sich Individuen Lebensumstände und Ereignisse durch eigene, naive Theorien erklären: „Intuitives` Wissen kann erstaunlich umfassend sein und einen großen Beitrag zum Selbstverständnis des menschlichen Verhaltens leisten [...]“ (Heider, 1977, S. 11). Er folgert, dass die Alltagspsychologie das Erleben und Verhalten der Individuen beeinflusst, so dass es zur Aufgabe der wissenschaftlichen Psychologie gemacht werden soll, sich mit dieser naiven Alltagspsychologie zu befassen.

„[man kann] von einer ‚Naiven Psychologie‘ sprechen, die uns die Prinzipien in die Hand gibt, die wir zum Aufbau unseres Bildes von der sozialen Umwelt benutzen und die unsere Reaktionen auf diese steuern. Eine Erklärung dieses Verhaltens muß sich deshalb mit der common-sense-Psychologie beschäftigen, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Annahmen und Prinzipien sich bei wissenschaftlicher Überprüfung als gültig erweisen.“ (Heider, 1977, S. 14)

Heider wollte diese naiven Theorien, denen er einen expliziten Wahrheitsgehalt zuschreibt, sichtbar machen und diese genauer untersuchen. Die Prozesse, die zu der Bildung dieser Annahmen führen und die Frage, wie diese Theorien das Handeln der Menschen beeinflussen und die Handlungen Dritter vorhersagbar machen, sollen analysiert werden. Die Attributionsforschung beschäftigt sich damit wie „Warum-Fragen“ beantwortet werden, welche Informationen dazu auf welche Art und Weise verwendet werden (Meyer, 2003): „Die Attributionstheorie beschäftigt sich damit, welche Ursachen Personen bestimmten Ereignissen zuschreiben, also mit den ‚Warum-Fragen‘“. (Gregorius, 1999, S. 4)

Ist man bspw. durch die Fahrprüfung für den Führerschein gefallen, kann dies verschiedene Gründe haben. Vielleicht hat man nicht genügend geübt, ist einfach zu ungeschickt, hatte den Kopf nicht frei oder der Fahrprüfer hat einen ungerecht behandelt. Durch die

Zuschreibung von Ursachen erklären sich Subjekte ihre Umwelt. Die Erläuterungen dieser Personen stellen genauso wertvolle und nützliche Beobachtungen dar, wie die von Forscher*innen (Försterling, 1986). Sie nehmen Ereignisse nicht nur zur Kenntnis, sondern hinterfragen deren Gründe, um daraus Konsequenzen zu ziehen, Vorhersagen treffen zu können und Kontrolle zu erhalten (Heider, 1977). Diese Attribuierung erfolgt sowohl aktiv, vor allem bei ungewohnten Ereignissen, als auch passiv unbewusst und in Bezug zu vorhergehenden Zuschreibungen (Mandl & Kopp, 2008). Wobei gerade dieses passiv Unbewusste im Rahmen dieser Arbeit von Bedeutung ist und durch Anwendung dieser Theorie sichtbar gemacht werden soll.

Jones und Davis haben 1965 Heiders Ansatz weiterentwickelt, zu einer Theorie „korrespondierender Inferenzen“. Damit analysieren sie, ob die Handlungen einer Person mit deren Absichten und Charaktereigenschaften korrespondieren und wie die Person und ihre Handlungen von anderen Individuen beurteilt wird (Sweeton & Deerise, 2010). Dabei steht im Fokus, wie die Individuen interne Attribuierungen vornehmen. Die Dimension der Personenabhängigkeit wird auch als Lokation bezeichnet und meint die Zuschreibung eines Ereignisses in die Bereiche innerhalb (internal) oder außerhalb (external) eines Individuums (Debler, 1984). Als „External“ werden dabei „solche Kausalfaktoren [bezeichnet], die außerhalb eines gegebenen Organismus lokalisiert werden.“ (Debler, 1984, S. 197) (=Umwelt) Als „Internal“ „solche Kausalfaktoren, die innerhalb eines gegebenen Organismus lokalisiert werden.“ (Debler, 1984, S. 197)

Als nächste Entwicklung beschreibt Kelley ab 1971 interne und externe Attribuierungen, indem er die Informationstypen beschreibt und kategorisiert, die verwendet werden, um Ursachenzuschreibungen vorzunehmen. Dabei unterscheidet er drei Informationsarten, auf die unten noch einmal näher eingegangen wird: Konsensus- und Konsistenzinformation sowie Information über Distinktheit (Herkner, 1980). In seinem Kovariationsprinzip entwickelt er auf der Basis der vorher beschriebenen Kausalattribution und des Modells der Varianzanalyse das Ganze zu einem Erklärungsmodell von Ereignissen, sofern die Informationen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Kontexten zur Verfügung stehen: „Der Effekt wird derjenigen Bedingung zugeschrieben, die vorhanden ist, wenn der Effekt vorhanden ist, und die abwesend ist, wenn der Effekt abwesend ist.“ (Kelley, zitiert nach: Herkner, 1980, S. 16)

Das Prinzip geht davon aus, dass es drei Merkmale gibt, die einen Effekt (ein Ereignis, einen Tatbestand) verursachen: die stabilen Merkmale einer Person, die stabilen Merkmale eines

Objekts und die Umstände, die zu diesem Zeitpunkt vorherrschen (Herkner, 1980). Um zu überprüfen, welche Ursachen ein Effekt hat, überprüft man Variationen des Effekts mit den drei genannten Merkmalen. Führt ein Merkmal zu einer Variation des Effekts spricht man von einer Kovariation (Försterling, 1986). Dies bedeutet z.B. im Falle der Konsensusinformation, dass überprüft wird, wie verschiedene Personen mit demselben Objekt agieren. Ein hoher Konsensus besteht dann, wenn alle Personen gleich reagieren. In diesem Fall besteht keine Kovariation, weil sich der Effekt nicht verändert. Die Person kann als Ursache ausgeschlossen werden. Im umgekehrten Fall reagieren die Personen unterschiedlich, so dass eine Kovariation besteht, also der Effekt variiert. Die Person kommt als mögliche Ursache des Effekts in Frage (Försterling, 1986).

Das folgende Beispiel erläutert die Funktionsweise des Modells: Eine Person A trinkt ein Glas Milch zu einem bestimmten Zeitpunkt und ihr wird daraufhin übel. Um zu untersuchen, woran das liegen könnte, wird das Kovariationsprinzip angewendet.

- Zunächst wird der *Konsensus* überprüft: Wird den anderen Personen auch übel, wenn sie von diesem Glas Milch trinken? Wenn dies der Fall ist, besteht ein hoher Konsensus und es liegt nicht an der einzelnen Person A, dass ihr schlecht geworden ist, sondern eher an der Milch oder an dem Umstand, dass dieses Glas Milch aufgrund der hohen Temperatur schlecht geworden ist. Ein externer Faktor ist hier die Ursache (=externale Attribution). Reagieren die anderen Personen nicht auf die Milch, kann es sein, dass die Übelkeit an Person A liegt, da sie an dem Tag schon etwas anderes verdorbenes gegessen hat oder an einer Laktoseunverträglichkeit leidet.
- Die *Distinktheit* sagt aus, wie sich verschiedene Objekte im Zusammenspiel mit der gleichen Person verhalten. Ist die Distinktheit hoch, variiert der Effekt mit verschiedenen Objekten. Es besteht eine Kovariation, und das Objekt kommt als Ursache des Effekts in Frage. Keine Kovariation besteht bei einer niedrigen Distinktheit, weil das Objekt nicht die Ursache sein kann, da sich der Effekt bei unterschiedlichen Objekten nicht verändert (Försterling, 1986). Trinkt Person A andere Gläser Milch, und es wird ihr dabei nicht schlecht, kommt das erste Glas Milch als Ursache der Übelkeit in Frage, d.h. es besteht eine Kovariation. Wird der Person A auch bei anderen Milchproben übel, liegt die Ursache der Übelkeit vermutlich nicht in der Milch.
- Die *Konsistenz* stellt den Personen und Objekten verschiedene Zeitpunkten gegenüber und überprüft so die Varianz des Effekts in Zusammenhang mit verschiedenen

Umständen. Hat die Variation des Zeitpunktes keinen Einfluss auf den Effekt, sind die zeitlichen Umstände irrelevant für den Ausgang des Effekts. Hat jedoch der Zeitpunkt einen Einfluss auf den Effekt, kommen besondere Umstände zu dem Zeitpunkt als mögliche Ursachen in Betracht (Försterling, 1986). Hat die Person A bereits am Morgen von dem Glas Milch getrunken, ohne davon Beschwerden zu bekommen, ändert sich der Effekt mit dem Zeitpunkt, sodass die besonderen Umstände am Abend zu dem Effekt der Übelkeit geführt haben könnten, da die Milch den ganzen Tag nicht gekühlt wurde und durch die hohen Temperaturen während des Tages schlecht geworden ist. Wird der Person A aber schon immer von Milch übel, liegt es nicht an den Gegebenheiten, dass ihr auch heute davon übel wird.

In der folgenden Tabelle wird das Kovariationsprinzip schematisch dargestellt.

Tabelle 1. Adaptiert nach Friederich Försterling (1986)

| | Konsensus | Distinktheit | Konsistenz |
|--|--|---|--|
| Person als Ursache (internal) | Niedrig (Personen reagieren unterschiedlich, Effekt variiert, Person kommt als Ursache in Frage) | Niedrig (Effekt ändert sich nicht bei verschiedenen Objekten, Objekt ist nicht die Ursache) | Hoch (Variation des Zeitpunkts hat keinen Einfluss auf den Effekt, Umstände sind nicht die Ursache) |
| Objekt als Ursache (external) | Hoch (Personen agieren gleich, Effekt variiert nicht, Person ist nicht die Ursache) | Hoch (Effekt verändert sich bei verschiedenen Objekten, Objekt kommt als Ursache in Frage) | Hoch (Variation des Zeitpunkts hat keinen Einfluss auf den Effekt, Umstände sind nicht die Ursache) |
| Umstände als Ursache (external) | Niedrig (Personen reagieren unterschiedlich, Effekt variiert, Person kommt als Ursache in Frage) | Hoch (Effekt verändert sich bei verschiedenen Objekten, Objekt kommt als Ursache in Frage) | Niedrig (Variation des Zeitpunkts hat Ursachen auf den Effekt, besondere Umstände kommen als Ursache in Frage) |

Ein Problem bei der Anwendung dieser Theorie sind jedoch die Informationen, die man über die jeweiligen möglichen Ursachen hat, und die daraus folgenden Attributionen, die dadurch

weniger eindeutig oder sogar unmöglich werden (Herkner, 1980). Selbst wenn man ausreichend Daten erhoben hat, kann es sein, dass die Daten durch die eigene Sichtweise der Individuen verzerrt werden. So ist durch mehrere Studien belegt, dass „eigene Erfolge mehr der Person und weniger der Situation zugeschrieben [werden] als Erfolge anderer Personen unter vergleichbaren Umständen. Ähnlich werden eigenen Mißerfolge weniger der Person und mehr der Situation zur Last gelegt als Mißerfolge anderer Personen.“ (Herkner, 1980, S. 36)

Bei der Anwendung der Theorie in der vorliegenden Arbeit muss folglich beachtet werden, ob die Aussagen der Befragten für eine Analyse ausreichen, und inwieweit sich deren Aussagen an einer politischen und gesellschaftlichen Erwartungshaltung orientieren. Vor allem der eben beschriebene Aspekt der „Attributionsfehler“ durch die eigene Verzerrung der Sichtweisen der Befragten muss in die Analyse Eingang finden.

Bereits Kelly betonte den Idealcharakter dieses wissenschaftlichen Modells und rechnete damit, dass im Alltag oft die notwendigen Informationen fehlen um nach dieser Methode vorzugehen (Kelley & Michela, 1980). Er postulierte, dass in solchen Situationen sog. „Kausalschemata“ zu Attribuierung verwendet werden. Durch solche abstrakte und inhaltsfreie Konzeptionen, die sich aus Erfahrungen, Meinungen und Vorannahmen ergeben, könnte man durch Vergleiche entsprechende Interpretationen vornehmen. Entsprechend formulierte Kelly mit dem „Schema der multiplen notwendigen Ursachen“ und dem „Schema der multiplen hinreichenden Ursachen“ zwei solche Konzeptionen (Kelley, 1972).

Unter Berücksichtigung dieser einschränkenden Aspekte sollen die genannten Modelle in der vorliegenden Arbeit helfen, neben der Feststellung der Verortung der Attribuierung (Person, Objekt und Umstände) diese auch in ihrer Entstehung zu verstehen.

Eine weitere wesentliche Entwicklung in der Attributionstheorie wird durch Bernhard Weiner ab 1972 vorangetrieben, indem er diese zur Leistungsmotivationsforschung benutzt und dabei einen neuen mehrdimensionalen Ansatz zur Kategorisierung der Ursachenzuschreibungen entwickelt (Herkner, 1980):

- Die Kausalität (internal oder external),
- die Stabilität (stabil oder variabel) und
- die Kontrolle (kontrollierbar oder unkontrollierbar).

Weiner geht davon aus, dass Individuen durch die Ursachenzuschreibung bei Ereignissen, wie Erfolgen und Misserfolgen (bspw. in Prüfungen) ihre Erwartungshaltung an den Ausgang zukünftiger Ereignisse knüpfen. Geht ein Schüler bspw. davon aus, dass die Ursache für seinen Misserfolg sein mangelndes Können in dem Fach ist und er auch in vorherigen Prüfungen in diesem Fach versagt hat, wird er erwarten, auch zukünftig keine guten Leistungen bei diesen Prüfungen zu erbringen. Beide erwähnte Ursachenzuschreibungen sind zeitlich stabil und führen dadurch zu einer negativen Erwartungshaltung für zukünftige derartige Ereignisse (Herkner, 1980).

Weitere Anwendungsgebiete der Theorie sind die Erforschung von Depressionen (Försterling, 1986), die Untersuchung von Teamverhalten bei schlechter Leistung einzelner oder die Frage nach dem Führungsverhalten von Leitungspersonen (Herkner, 1980). Das Ziel Weiners Arbeit war vor allem die Analyse der Emotionen, die durch die Ursachenzuschreibungen bei den Individuen entstehen. Durch seine drei Dimensionen ist erklärbar, ob jemand bspw. stolz auf seine Leistungen ist oder sie eher dem Zufall geschuldet sieht. Die Berücksichtigung der zeitlichen Eigenart einer Ursache bzw. des Ausmaßes an willkürlicher Einflussnahme in Bezug auf Ursachen, könnten auch im Rahmen dieser Arbeit interessante Einsichten liefern.

In Hinblick auf die vorliegende Fragestellung soll mit Hilfe der Attributionstheorie untersucht werden, wie die Befragten die Gründe für eine gute Vereinbarkeit von Karriere und Familie oder die Ursachen für eine mangelnde Vereinbarkeit erklären, um so die wichtigen Ansatzpunkte zu erkennen und ggf. effektive Maßnahmen für eine Verbesserung der Situation herausarbeiten zu können. Um die Befragten selber und die von ihnen beschriebenen Mitarbeitenden in ihrem Umfeld adäquat einschätzen zu können, wird im folgenden Kapitel das Arzt/Ärztin-sein in Bezug auf die Ausbildung, die Berufsausübung und die potentiellen Karrierewege ausgeführt.

2.4 Das ärztliche Berufsbild in Bezug auf Ausbildung und Karriere

In der vorliegenden Studie wird mit der Befragung von Chefärzt*innen an einer Universitätsklinik ein medizinspezifisches Umfeld untersucht. Die Befragten haben also einen Karriereweg in einer Klinik absolviert und sind heute selber für viele Mitarbeitende und die Mitgestaltung deren Berufsalltags verantwortlich. Um einen tieferen Einblick in den Berufsalltag und das Umfeld der Befragten zu gewinnen, werden im Vorfeld einige Spezifika des Arztberufs beginnend beim Studium dargestellt. Dabei wird auf die

Besonderheiten des Studiengangs in Bezug auf die Zulassungsbeschränkung und die hohe Nachfrage danach eingegangen. Zudem wird die Geschlechterverteilung innerhalb des Studiengangs dargelegt. Im Anschluss werden die Struktur der medizinischen Berufsausbildung sowie typische Berufs- und Karrierewege von Ärztinnen und Ärzten beschrieben. Dabei werden der Arbeitsmarkt, die möglichen Arbeitsbereiche und die Gehälter aufgezeigt. Darüber hinaus werden die Karrieremöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie die aktuelle Geschlechterverteilung in den Hierarchieebenen in Relation zu den Zahlen der Studierenden betrachtet.

Des Weiteren ist es interessant, einen genauen Blick auf die Bedeutung des Berufs im Allgemeinen in unserer heutigen Gesellschaft zu werfen, um die Individuen und deren Handlungen besser verstehen zu können. Dass hierbei der Arztberuf noch einmal eine besondere Rolle spielt wird mit Hilfe der Darstellung seiner gesellschaftlichen und historischen Entwicklung erklärt. Dabei wird die Beziehung zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen beschrieben, das Ansehen des Berufsstands in der Bevölkerung erläutert sowie die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte dargelegt. Abschließend wird die demografische Situation in der Medizin dargestellt, also beschrieben, wie die Versorgungssituation aktuell ist, ob es viele vakante Arztstellen gibt und welche Nachwuchssorgen die Ärzteschaft heute sieht.

Durch diese Kapitel soll, in Hinblick auf eine mögliche Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie, dargestellt werden, welchen beruflichen Hintergrund die Befragten haben. Außerdem soll gezeigt werden, welche Rahmenbedingungen sie darin vorfinden. Die Rahmenbedingungen wie auch die beruflichen Hintergründe der Befragten können als Grundlage für Erklärungen in Hinblick auf eine mögliche oder erschwerte Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere dienen.

2.4.1 Das Medizinstudium

Durch die hohe Nachfrage nach Medizinstudienplätzen ist in Deutschland die Zugangsberechtigung beschränkt, so dass die Studienplätze zentral von der Stiftung für Hochschulzulassung vergeben werden² (*Die Stiftung für Hochschulzulassung*, 2016). Im Wintersemester 2017/18 wurden beispielsweise an 35 Universitäten 9176 Medizinstudienplätze vergeben. Auf jeden dieser Plätze kamen 5 Bewerbungen durch insgesamt 43.171 Bewerberinnen und Bewerber (Stiftung für Hochschulzulassung, persönl.

² Bis 2008 war dafür die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) zuständig.

Mitteilung, 21.03.2018). Der Anteil der weiblichen Bewerberinnen betrug mit 28.409 dabei knapp 66% (Stiftung für Hochschulzulassung, persönl. Mitteilung, 21.03.2018).

Bei der Studienplatzvergabe spielt neben anderen Faktoren, wie Wartezeit, soziales Engagement oder Medizinertests, die Abiturnote die größte Rolle. Da inzwischen mehr Mädchen als Jungen das Gymnasium absolvieren und Mädchen im Durchschnitt bessere Abiturnoten erreichen als Jungen, werden heute mehr Frauen zum Medizinstudium zugelassen als Männer (Schwarzer & Fabian, 2012). Darüber hinaus bewerben sich deutlich mehr Frauen als Männer für das Medizinstudium (66% vs. 34%) Laut statistischem Bundesamt lag der Frauenanteil am Medizinstudium 1975 bei 29%, im Jahre 2015 bei 61% (Statistisches Bundesamt, 2016).

Um direkt nach dem Abitur einen Studienplatz zu erhalten, muss in der Regel in den meisten Bundesländern die Abiturnote einen Durchschnitt von 1,0 aufweisen. Für die Vergabe nach Wartesemestern müssen die Bewerberinnen und Bewerber momentan 14 Semester Wartezeit nachweisen (Stiftung für Hochschulzulassung [Hochschulstart.de], 2016a). 20% der Studienplätze werden nach Abiturnote, 20% nach Wartesemestern und 60% nach hochschulinternen Kriterien vergeben, von denen wiederum die Abiturnote am schwersten gewichtet wird (Stiftung für Hochschulzulassung [Hochschulstart.de], 2016b).

Obwohl die Bedingungen für alle Abiturienten gleich sind, erschweren die Zugangskriterien offenbar vor allem Abiturienten und Abiturientinnen aus bildungsfernen Schichten, den Zugang zum Medizinstudium. Es kann allerdings auch sein, dass die Angehörigen dieser Schichten weniger häufig an einem Medizinstudium interessiert sind. 72% der zugelassenen Studierenden kommen aus einem akademischen Elternhaus. In den anderen Studiengängen machen die Akademikerkinder mit 52% etwas über die Hälfte der Studierenden aus. Bei 22% der Medizinstudierenden hat bereits ein Elternteil ebenfalls einen Abschluss in Humanmedizin erworben (Schwarzer & Fabian, 2012).

Insgesamt beträgt die Regelstudienzeit des Studiums sechs Jahre und drei Monate und beinhaltet „2. eine Ausbildung in erster Hilfe; 3. einen Krankenpflagedienst von drei Monaten; 4. eine Famulatur von vier Monaten und 5. die Ärztliche Prüfung, die in zwei Abschnitten abzulegen ist.“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2002, S. 2) Die Prüfungen während des Studiums erarbeiten die Hochschulen selber, die Abschnitte zur ärztlichen Prüfung werden ähnlich dem Abitur zentral gestellt. Beim Physikum (erster Abschnitt zur ärztlichen Prüfung) liegt die Durchfallquote

deutschlandweit bei 22,5% (Westfalen heute, 2013) den zweiten Abschnitt zur ärztlichen Prüfung bestehen 5% der Studierenden nicht (Meißner, 2009). Aufgrund einer oft mehrjährigen Wartezeit bis zum Studienbeginn und häufiger Prüfungswiederholungen waren die Studierenden im Jahr 2014 durchschnittlich bereits 26,2 Jahre alt (Informationssystem Studienwahl & Arbeitsmarkt [ISA], 2016), wenn sie ihr Studium beenden, während die Absolvierenden anderer Fachrichtungen im Schnitt 24,4 Jahre alt sind (Statista, 2016).

Nach dem Studium folgt in der Regel eine Facharztausbildung an einem Krankenhaus, welche je nach Fach zwischen fünf und sechs Jahre dauert (Bundesärztekammer, 2016). Die lange Ausbildungsdauer stellt vor allem Frauen vor die Entscheidung, ob sie eine Familienplanung an die Ausbildung anschließen möchten oder ob sie währenddessen eine Familie gründen (Dimitriadis et al., 2014; Holderried, Keil-Pilz & Zipfel, 2012; Lawrence, Poole & Diener, 2003). Eine Absolvierung der Ausbildung in Teilzeit ist dabei zwar möglich, dauert aber dadurch doppelt so lange, was wiederum negativen Einfluss auf die Karrieren haben kann. Weibliche Absolvierende streben dabei nach ihrem Abschluss häufiger eine Teilzeittätigkeit an, als männliche und streben vermehrt Facharztausbildungen in den Fächern Gynäkologie, Pädiatrie und Dermatologie an, während die männlichen Absolvierenden eher in chirurgischen Fächern tätig sein möchten (Gedrose et al., 2012). Das Medizinstudium wird wie gezeigt von überdurchschnittlich vielen weiblichen Akademikerkindern ergriffen, die bei ihrem Abschluss durchschnittlich circa zwei Jahre älter sind als Absolvierende anderer Fachrichtungen.

2.4.2 Beruf und Karriere als Arzt und als Ärztin

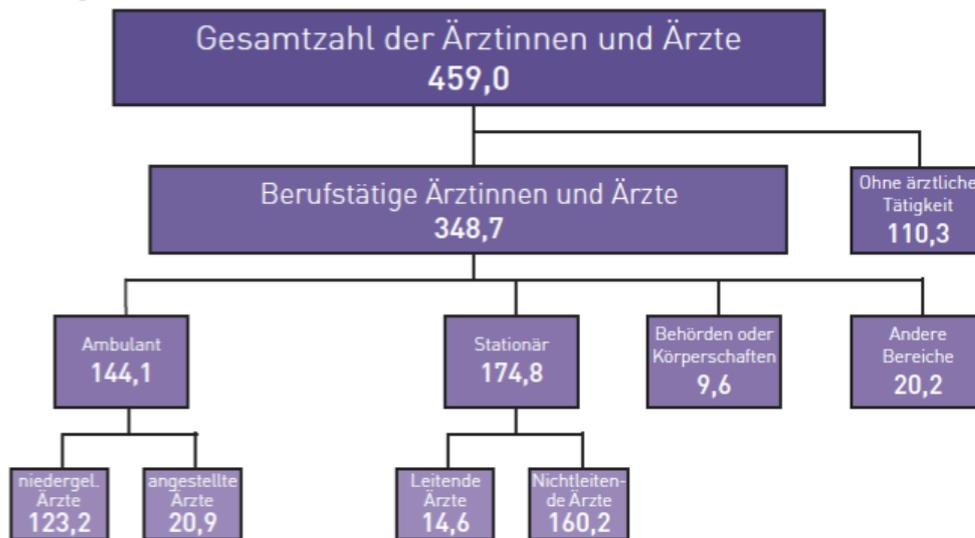
Gesamtgesellschaftlich gesehen profitieren ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner von ihrem Studium. Sie werden gesucht, so dass die Arbeitslosenquote unter ihnen gegen Null geht. Außerdem verdienen sie deutlich mehr als Absolventinnen und Absolventen anderer Fachrichtungen, wie man der Tabelle in Abbildung 1 entnehmen kann, die die Gehälter von Akademikern 10 Jahre nach ihrem Abschluss miteinander vergleicht (Schwarzer & Fabian, 2012). Ärztinnen verdienen im Mittel weniger als ihre männlichen Kollegen. Ursächlich hierfür sind unter anderem die niedrigeren Karrierestufen, die Frauen erreichen, und ein genereller Gehaltsunterschied zwischen den Geschlechtern (Hausmann, Kleinert & Leuze, 2015).

| | Brutto-Jahreseinkommen |
|---|------------------------|
| Humanmediziner(innen) | 78.800 |
| davon männlich | 86.100 |
| davon weiblich | 67.900 |
| Uni-Absolvent(inn)en weiterer Fachrichtungen | 63.200 |
| davon männlich | 69.900 |
| davon weiblich | 51.100 |
| Uni-Absolvent(inn)en insgesamt | 63.200 |
| t-Wert | 5,85*** |
| Prüfungsjahrgang 1997, 3. Befragung ca. 10 Jahre nach dem Abschluss | |
| HIS-HF Medizinerreport 2012 | |

Abbildung 1. Durchschnittliches Brutto-Jahreseinkommen nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, inklusive Zulagen, Vollzeitberufstätige, in Euro) (Schwarzer & Fabian, 2012).

Zudem sind die Ärztinnen und Ärzte an einer Universitätsklinik wie dem rechts der Isar gegenüber Angestellten an nicht universitären Kliniken gehaltlich im Vorteil. Beim Einstiegsgehalt als Assistenzärzt*in beispielsweise verdienen sie knapp 200€ mehr (Becker, 2014).

Laut der Statistik der Bundesärztekammer sind im Jahr 2012 459.021 Ärztinnen und Ärzte gemeldet (vgl. Abbildung 2), davon arbeitet die Hälfte (50,1%) in Krankenhäusern, wobei die Tendenzen steigend sind (Bundesärztekammer, 2012a). Im ambulanten Sektor sind 144.058 (31,4%) Ärztinnen und Ärzte tätig, während über 110.000 (23,9%) ohne ärztliche Tätigkeit sind, die meisten davon befinden sich im Ruhestand (Bundesärztekammer, 2012a). In den Unikliniken der Länder sind laut Marburger Bund rund 18.000 Ärztinnen und Ärzte in 20 Häusern tätig, darüber hinaus gibt es aber auch private Unikliniken und solche, die nicht den Bundesländern angehören, wie die Berliner Charité (Marburger Bund, 2013a).

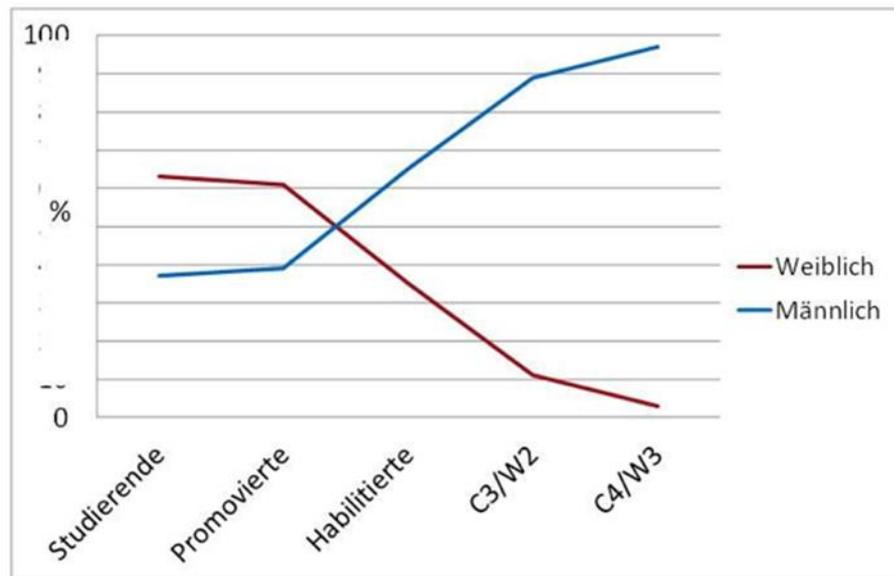


Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 2. Struktur der Ärzteschaft 2012 (Zahlen in Tausend) (Bundesärztekammer, 2012b)

Betrachtet man die Karrierestufen, die Ärztinnen und Ärzte durchlaufen können, muss man die Einrichtungen Krankenhaus und Universitätsklinikum voneinander trennen. Eine Facharztausbildung ist in ihrer Ausbildungsdauer zwar überall vergleichbar, die weiteren Karrierestufen zum/ zur Oberärzt*in, leitenden Oberärzt*in und Chefärzt*in sind in einer Uniklinik jedoch in der Regel mit hohen Zusatzleistungen verbunden. Um eine wissenschaftliche Karriere an der Uniklinik machen zu können, müssen die Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung, der Forschung und der Lehre tätig sein (Gerst & Hibbeler, 2012).

Karrierestufen an der Fakultät für Medizin an der TUM (Stand: 2014)



Quelle: Hochschulreferat 1 der TUM

Abbildung 3. Karrierestufen an der Fakultät für Medizin an der TUM (Hochschulreferat 1 der TUM, 2014).

Anmerkung. Die Schere zwischen Professorinnen und Professoren klafft trotz des stetigen Anstiegs weiblicher Studierender weiter auseinander (Koordinierungsstelle für Chancengleichheit und Karriereplanung - KeCK, 2014).

Die oben beschriebenen Geschlechterunterschiede finden sich auch auf nationaler Ebene wieder. Laut einer Auswertung des statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2014 waren zum 31.12.2014 insgesamt 169.528 Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern tätig (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2014). Insgesamt beträgt die Quote der Frauen in den Einrichtungen 45%, auf der Ebene der Assistenzärzt*innen sind Frauen mit 56% vertreten, bei den in Teilzeit beschäftigten Ärzt*innen beträgt der Frauenanteil sogar 71%. Richtet man den Blick auf die höheren Posten, die in Kliniken zu besetzen sind, findet man weniger Ärztinnen: lediglich 10% der leitenden Ärztinnen und Ärzte sind weiblich und von den 38.387 tätigen Oberärzten sind 10.883 Ärztinnen verzeichnet, was einem prozentualen Anteil von 28,4% entspricht (Destatis, 2014). Grafisch dargestellt kann man von einer

Schere sprechen, die sich zwischen den Geschlechtern auftut, je höher die Hierarchieebene ist, wie man am Beispiel des Klinikums rechts der Isar ablesen kann (vgl. Abbildung 3).

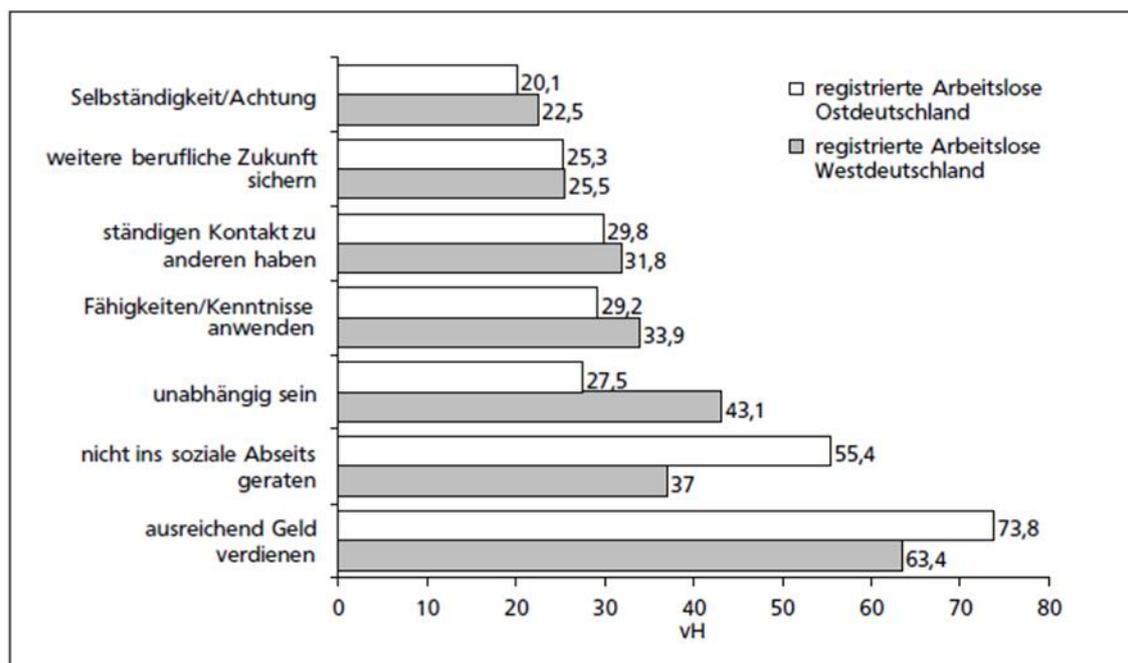
Im Fächervergleich fällt auf, dass sich in manchen Disziplinen mehr Frauen finden als in anderen. Fächer mit einer hohen Anzahl männlicher Ärzte sind vor allem die Orthopädie mit 84%, die Chirurgie mit 80%, die Urologie mit 81% sowie die Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie mit 81%, um nur ein paar Beispiele zu nennen (Destatis, 2014). Disziplinen mit einem höheren Frauenteil sind die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 57%, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 61% und die Psychosomatik mit 56% Frauen (Destatis, 2014). In der Kinderheilkunde sind 46% weiblich und in der Psychiatrie 45%. In den Leitungspositionen macht der Frauenanteil, wie oben bereits erläutert, insgesamt 10% aus (Destatis, 2014). Dabei gibt es in einigen Fachrichtungen so gut wie gar keine Frauen an der Spitze von Kliniken, wie beispielsweise in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, in der von 94 Leitungspositionen nur eine einzige mit einer Frau besetzt ist. In der Orthopädie sind knapp 5% der Leitungspositionen an Frauen vergeben, in der Urologie weniger als 3% und in der Chirurgie 5%. In den Disziplinen, in denen die Grundgesamtheit der Frauen größer ist, sind auch die Leitungsposten öfter mit ihnen besetzt, allerdings nicht im Verhältnis zu ihrer Gesamtanzahl. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat mit 27% den höchsten Frauenanteil in Spitzenpositionen in den klinisch tätigen Fächern, die Psychosomatik 21%, die Psychiatrie 11% die Frauen- und Geburtshilfe hat 19% und die Kinderheilkunde 15% ihrer Spitzenpositionen an Ärztinnen vergeben (Destatis, 2014). Beim nichtärztlichen Personal der Krankenhäuser in Deutschland sind 81% der Mitarbeitenden weiblich. Auch hier werden die Teilzeitstellen vorwiegend, nämlich zu 92%, von Frauen in Anspruch genommen (Destatis, 2014).

Ärztinnen und Ärzte haben gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt und verdienen durchschnittlich besser als andere studierte Berufsgruppen, vor allem, wenn sie in einer Universitätsklinik arbeiten. Es finden sich in den Statistiken viele Frauen, vor allem in Teilzeitpositionen und auf den niedrigeren hierarchischen Ebenen. Dies lässt darauf schließen, dass eine Vereinbarkeit von *Beruf* und Familie für Ärztinnen möglich und Teilzeitstellen umsetzbar sind. Trotz der seit vielen Jahren zahlenmäßigen Überlegenheit der Frauen im ärztlichen Beruf finden sich in den höheren Positionen, vor allem in den Universitätskliniken, nach wie vor kaum Frauen. Dort ist das Aufsteigen in höhere Hierarchiestufen besonders zeit- und arbeitsintensiv und wird vor allem von Männern

umgesetzt. Eine Vereinbarkeit von *Karriere* und Familie scheint also vor allem in den Universitätskliniken schwerer möglich zu sein.

2.4.3 Die Bedeutung des Berufs

Um zu verstehen, welche Bedeutung der Arztberuf für die Gesellschaft und die Ärztinnen und Ärzte selber hat, wird zunächst ein Blick auf die Erwerbstätigkeit im Allgemeinen geworfen. Die Erwerbstätigkeit ist in unserer heutigen Gesellschaft nicht allein Mittel zum Zweck des Geldverdienens, sie ist vielmehr Teil eines Lebensentwurfs (van Dick & Stegmann, 2016). Sie trägt zur Identitätsbildung bei und sorgt unter anderem dafür, dass man durch das Geldverdienen an Selbstständigkeit gegenüber Dritten gewinnt, etwa gegenüber den Eltern oder dem Partner bzw. der Partnerin. Die Individuen messen sich daran mit anderen, verwirklichen sich selber und generieren im besten Fall gesellschaftliche Zugehörigkeit und Anerkennung dadurch (Sowi-online, 2016). Auch knüpfen sie durch ihre Arbeit soziale Kontakte. Dass Erwerbstätigkeit mehr bedeutet als Geld zu verdienen, zeigt auch die Abbildung 4 mit Antworten von Erwerbslosen auf die Frage, warum ein schneller Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt so dringlich ist (Bosch, Kalina, Lehndorff & u.a., 2001).



Quelle: Dohnke et al. 1995, entn. aus Wagner et al. 1998

Abbildung 4. Antworten auf die Frage: „Warum ist es wichtig, schnell wieder Arbeit zu finden?“ (Bosch et al., 2001)

2.4.4 Der ärztliche Beruf in der gesellschaftlichen und historischen Entwicklung

Betrachtet man den ärztl. Beruf fällt zunächst auf, dass der Begriff Arzt/Ärztin bzgl. seiner Anerkennung im Sinne des „Halbgott in Weiß“ übermenschliche Züge trägt (Oberlander & Merz, 2008). In der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist der Arzt bzw. die Ärztin die Person, die unter Umständen die lebensrettenden Entscheidungen trifft oder Maßnahmen einleitet. Obwohl die Patientinnen und Patienten heute zu einem großen Teil informierter sind als früher, bleibt das beschriebene Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen bestehen. Zwar sind Bemühungen zur Verringerung des hierarchischen Gefälles im Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/ Patientin spürbar, aber es ist zweifelhaft, ob die grundsätzliche Hierarchie, die zwischen den beiden Parteien besteht, völlig abgebaut werden kann (Oberlander & Merz, 2008). Es geht bei der Profession des ärztl. Berufes inhaltlich um ein für Menschen existentielles Gut, die Gesundheit. Dies unterscheidet den ärztl. Beruf grundsätzlich von den anderen Berufsgruppen und deren Verhältnissen wie Verkäufer*in-Käufer*in, Berater*in-Beratende*r.

„Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist damit in der Regel ausgeprägt asymmetrisch. Die äußere Situation und die innere Befindlichkeit des Patienten – seine Bedrohungsgefühle angesichts seiner Krankheit, sein Aufenthalt in der fremden, für ihn nur mangelhaft transparenten Praxis-/ Krankenhausumgebung – führen dazu, daß der Patient in einer infantil-abhängigen Position fixiert wird, die ihn den Arzt als übermächtige Person erleben läßt, auf die er angewiesen ist.“ (Oberlander & Merz, 2008)

Historisch betrachtet wurden dem Arztberuf sehr verschieden Rollen zugeschrieben, wie Magier, Priesterarzt oder Pädagoge, Samariter und Freund des Patienten. Je nach Menschenbild und Stand der Wissenschaft variierten die Anforderungen und Erwartungen der Gesellschaft an die „Heiler“ (Foucault, 1993; Uexküll & Wesiack, 1988).

Bis ins 20. Jahrhundert wurde der Arztberuf nur von Männern ausgeübt. Während in anderen Ländern Frauen bereits im 19. Jahrhundert das Medizinstudium aufnehmen durften (USA: 1850, Frankreich: 1863, Schweiz: 1864, Schweden: 1870), war es Frauen in Deutschland erst zwischen 1899 und 1909, je nach Landesregierung, möglich Medizin zu studieren oder ein anderes Studium aufzunehmen (Burchardt, 1994). Grund dafür waren vor allem das allgemeine Frauenbild und die Ärzte im speziellen, die Frauen von ihrer körperlichen und geistigen Beschaffenheit nicht für die Ausübung eines Berufs, und erst recht nicht des Arztberufs, geeignet hielten. Sie waren der Ansicht, dass die Frau nur eine Bestimmung hat und bezeichneten sich als die „glühendsten Befürworter und Beschützer des eigentlichen,

des natürlichen Berufes der Frau, nämlich Hausfrau, Gattin und Mutter“ (Burchardt, 1994, S. 12). Der Gynäkologe Paul Moebius sah die Fruchtbarkeit gefährdet, wenn Frauen einer Arbeit außerhalb der heimischen vier Wände nachgingen:

„Nach alledem ist der weibliche Schwachsinn nicht nur vorhanden, sondern auch notwendig, er ist nicht nur ein physiologisches Faktum, sondern auch ein physiologisches Postulat. ... Jemand hat gesagt, man solle von dem Weibe nicht mehr verlangen, als daß es `gesund und dumm´ sei. ... Die modernen Närrinnen sind schlechte Gebärerinnen und schlechte Mütter. In dem Grade, in dem die <Zivilisation> wächst, sinkt die Fruchtbarkeit, je besser die Schulen werden, um so schlechter werden die Wochenbetten, kurz, um so untauglicher werden die Weiber.“ (Moebius, Paul zitiert nach: Burchardt, 1994, S. 12)

Das Verhältnis der männlichen und weiblichen Medizinstudierenden hat sich im letzten Jahrhundert umgekehrt (1910 betrug der Anteil der Frauen in der Ärzteschaft 0,5%, 1963 16,7% , 1991 33,6% (Brinkschulte, 1994) . Heute sind auf Assistenzarztebene sogar 56% (Destatis, 2014) Frauen vertreten, das hohe gesellschaftliche Ansehen ist geblieben. Nicht nur im Krankheitsfall sind Ärzt*innen wichtige Ansprechpartner zur Heilung. In unserer heutigen Gesellschaft wird Gesundheit zur „Alltagsreligion“ (Dörner, 2001) stilisiert. Viele Menschen tun alles in ihrer Macht Stehende, um lange jung und gesund zu bleiben und vor allem auch so auszusehen. In diesem Kontext ist die Rolle der Ärztin umfassend und ihre Fertigkeiten versprechen nicht nur Heilung, sondern auch die Erfüllung der Hoffnung auf ein langes und bis zum Ende erfülltes Leben (Dörner, 2001).

Das ärztliche Berufsbild in der Bevölkerung ist von den beschriebenen Erfahrungen geprägt, wodurch Ärztinnen und Ärzte ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießen. Seit mehr als 20 Jahren rangieren die Ärztinnen und Ärzte bei der Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach auf dem ersten Platz bei den Berufen, die die höchste Reputation von der Bevölkerung bekommen (vgl. Abbildung 5) (Institut für Demoskopie Allensbach, 2013).

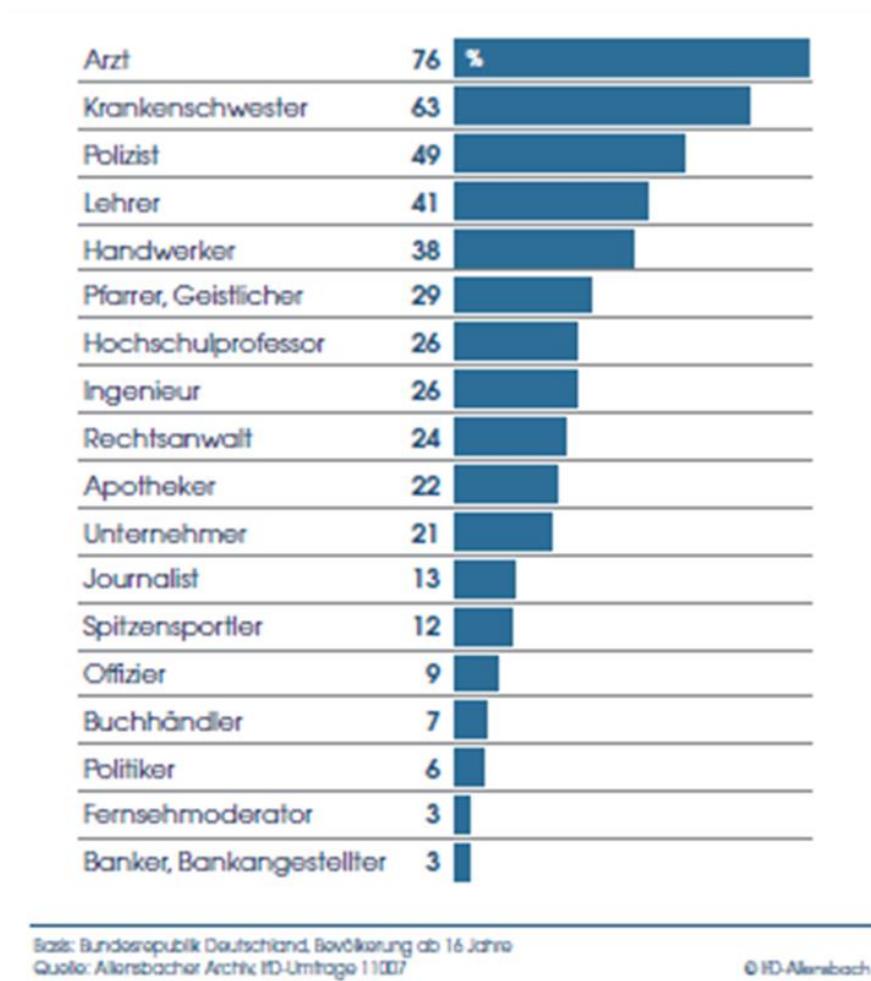


Abbildung 5. Die Allensbacher Berufsprestige-Skala. Frage: „Hier sind einige Berufe aufgeschrieben. Könnten Sie bitte die fünf davon herausuchen, die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben?“ (Vorlage einer Liste) (Institut für Demoskopie Allensbach, 2013)

Neben der Besonderheit des hohen Prestiges und der besonderen Bedeutung für die Bevölkerung gibt es jedoch weitere Charakteristika des Arztberufs. Die Tätigkeit in Kliniken fordert Ärztinnen und Ärzten eine hohe Arbeitsbelastung ab, die sich auch nach der Ausbildung weiterzieht. 71% der Klinikärztinnen und –ärzte sind der Auffassung, dass die langen Arbeitszeiten in der Klinik ihre Gesundheit beeinträchtigen. 75% der Befragten arbeiten mehr als 48 Stunden pro Woche, ein Viertel davon sogar 60-79 Stunden (Marburger Bund, 2013b). Und nicht nur die Arbeitszeiten sind eine Herausforderung, auch die emotionale Belastung, die durch das tägliche Arbeitsumfeld je nach Fachdisziplin speziell geprägt ist, muss verarbeitet werden. Dass der Arztberuf trotz dieser herausfordernden Seiten auch von Medizinstudierenden selber noch so positiv angesehen wird, kann an der

Besonderheit liegen, das Leben anderer, in diesem Fall das der Patienten, positiv beeinflussen zu können (Draper & Louw, 2007).

Darüber hinaus entsteht bereits während des Medizinstudiums bei den Studierenden eine Art „Medizineridentität“ auch in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen (Weaver, Peters, Koch & Wilson, 2011). Identitätsstiftende Momente mag es in vielen Berufen geben, in der Medizin scheint dies jedoch besonders prägend zu sein:

“Students experienced professional inclusivity when they attended clinical placements and when they were treated as future medical professionals by lecturers, doctors and patients. Social exclusivity was demonstrated by participants’ perceptions of themselves as socially separate from nonmedical students and isolated from students in other disciplines. Students described a sense of peer unity and a shared sense of identity as medical students within the medical school.” (Weaver et al., 2011, S. 1220)

Zwar ist vielen Professionen eine Exklusivität zu eigen, diese spezielle Identität der Ärztinnen und Ärzte wird unter Umständen durch eine besondere Stimmung an den Krankenhäusern beeinflusst und verstärkt, wie von Dörner in seinem Buch „Der gute Arzt“ folgendermaßen beschrieben wird:

„Ich kann von meiner Selbstbegrenzungspflicht noch so überzeugt gewesen sein – an dem Tag, an dem ich meine Arbeit in einem Krankenhaus aufnehme, ist das wie weggeblasen, hat der Hospitalismus von mir Besitz ergriffen, fühle ich mich als Kern eines Machtzentrums, als Spinne im Netz, bin ich der Nabel einer neuen Welt, die mit mir erst angefangen hat zu existieren, spreche ich zu einem Patienten im Namen eines „Wir“, womit ich die Kompetenz, aber auch die Macht und die Selbstsicherheit von z.B. 400 Mitarbeitern gegen ihn ausspiele, gehe ich davon aus, das der Patient (oder Angehörige) erst mit dem Tag seiner Beziehungsaufnahme zu mir so recht eigentlich zu leben begonnen hat und daß sein Lebenszentrum das Krankenhaus, nicht etwa die eigene Wohnung ist, verliert die Welt um die Klinik herum an Bedeutung [...].“ (Dörner, 2001, S. 205)

Dieses Zitat beschreibt sehr eindrücklich und auch ironisch, wie das Krankenhausumfeld aus einem reflektierten Arzt und Menschen einen „Halbgott in Weiß“ machen kann, der selber kaum noch die Grenzen seiner eigenen Kompetenzen abzuschätzen vermag ob der scheinbaren Macht dessen Teil er nun ist. Dieses Zitat beschreibt ein Gefühl, welches sich vermutlich im Arbeitsalltag vieler Mediziner*innen wiederfinden lässt.

Es zeigt sich, dass der Arztberuf besonders viele identitätsstiftende Momente mit sich bringen kann und höchstes Ansehen in der Gesellschaft genießt. Dies kann für den Einzelnen durchaus positive Auswirkungen haben und sinnstiftend wirken, aber auch zu einer Herausforderung werden, was die Abgrenzung zwischen dem Privaten und dem Beruflichen

angeht. Durch die starke gemeinsame Identität innerhalb der Klinik und die große Bedeutung, die das eigene Handeln im Arbeitsumfeld auf das Leben der Patientinnen und Patienten hat, ist es für die Angehörigen dieser Berufsgruppe vielleicht noch schwieriger, die eigenen Prioritäten auf das Leben außerhalb dieser identitätsstiftenden Umgebung zu legen.

Und die Vorgesetzten erwarten vermutlich auch ein anderes und höheres Engagement von ihren Mitarbeitenden, als die Vorgesetzten anderer Berufsgruppen, weil sie es aus ihrer eigenen Vergangenheit so kennen und die Gesellschaft dies vermeintlich so erwartet. Wenn Klinikchef*innen ihre Einrichtung als Institution sehen und mit einer Ehe oder dem Kloster vergleichen (vgl. Interviews im Anhang) wird deutlich, dass ihr Beruf über die Ausübung einer Tätigkeit hinausgeht. Es fragt sich, wie viel Platz vor diesem Hintergrund noch bleibt für eine Familie oder die Freizeitgestaltung. Des Weiteren ist es interessant zu untersuchen, welche Anforderungen die Chefärzt*innen vor diesem Hintergrund an ihre Mitarbeitenden haben.

2.4.5 Die demografische Situation in der Medizin

Droht Deutschland ein Ärztemangel und welche Rolle spielt die Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie in diesem Zusammenhang?

Laut Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) müssten bis 2020 im ambulanten Bereich 51.800 Ärzte durch Niederlegen ihrer Tätigkeit ersetzt werden, wovon 24.000 Allgemeinmediziner seien (Ärzte Zeitung, 2010b). Als Gründe dafür werden die alternde Gesellschaft sowie der Nachwuchsmangel angegeben, da zahlreiche Medizinerinnen und Mediziner ins Ausland abwandern oder gerade bestimmte ländliche Einzugsbereiche meiden würden (Ärzte Zeitung, 2010b). Vor allem in strukturschwächeren Regionen auf dem Land oder in bestimmten Teilen von Großstädten ist die Versorgungslage der Bevölkerung nicht so flächendeckend ausgebaut wie in anderen Regionen (Bundesministerium für Gesundheit). Auch das 2012 ins Leben gerufene Versorgungsstrukturgesetz, welches eine bessere Verteilung der Versorgung in allen Regionen zum Ziel hatte, könne nicht zielführend umgesetzt werden (Ärzte Zeitung online, 2015).

Eine Studie des Leibniz-Instituts für Wirtschaft schwächt diese Prognosen ab (Demary & Koppel, 2013). Es attestiert Deutschland zwar eine erhöhte Nachfrage an ärztlicher Konsultation pro Kopf, rechnet aber gegen, dass Ärzte durchschnittlich später aus dem Beruf ausscheiden als Angehöriger anderer Berufsgruppen (Demary & Koppel, 2013). Zudem

könne der Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten durch eine Kombination aus inländischen Absolvierenden und einem Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland gedeckt werden (Demary & Koppel, 2013).

Eine Befragung des Marburger Bunds unter den Ärztinnen und Ärzten ergab eine zunehmende Erwartung, dass Beruf, Familie und Freizeit miteinander vereinbar sein sollen: während im Jahr 2007 noch 62% der Befragten angeben, dass ihnen dies am wichtigsten oder sehr wichtig ist, so sind es im Jahr 2010 bereits 84%. Dies zeigt sich auch dadurch, dass immer mehr Männer Elternzeit nehmen möchten, um Zeit mit ihrer Familie zu verbringen. Dem Wunsch nach Vereinbarkeit steht die Realität der Wochenarbeitszeit entgegen, welche laut einer Umfrage des Marburger Bundes eine mittlere Arbeitszeit von 55 Stunden in der Woche bei einer vollen Stelle ergab. „Wochenarbeitszeiten von 60 Wochenstunden und mehr haben im Vergleich zu 2007 zwar um 5% abgenommen, insgesamt arbeiten aber immer noch 76% der in Vollzeit beschäftigten Ärztinnen und Ärzte 50 Stunden und mehr pro Woche.“ (Marburger Bund, 2011, S. 2) Neben der hohen Arbeitsbelastung wirken sich auch die – weitgehend unbezahlten – Überstunden negativ auf die Nachwuchsförderung aus. 36% der befragten Ärztinnen und Ärzte leisten in der Woche 10 und mehr Überstunden, wovon die Hälfte unbezahlt bleibt (Marburger Bund, 2011). Die oben genannten Daten basieren auf der Befragung eines Berufsverbands, also einer Interessensvertretung der Ärztinnen und Ärzte. Diese Zahlen werden von einer internen Befragung am Klinikum rechts der Isar bestätigt und sind in ihrer Tendenz durchaus ernst zu nehmen.

Mit dem wachsenden Bedürfnis einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehen auch der Ausbau von Teilzeitmodellen und die Verminderung der Wochenarbeitszeit einher, was sich wiederum verstärkend auf den Ärztemangel auswirkt. Den steigenden Frauenanteil in den ärztlichen Berufen von 33,6% im Jahre 1991 und auf 42,2% im Jahr 2009 sehen die BÄK und die KBV als einen Grund für die Verstärkung des Ärztemangels, da Frauen öfter in Teilzeitmodellen arbeiten als Männer (Ärzte Zeitung, 2010b). Bestätigt werden diese Aussagen von der Bundesärztekammer und dem statistischen Bundesamt, welche die tatsächliche Wochenarbeitszeit im Krankenhaus, anders als der Marburger Bund, bei Männern im Jahr 2007 mit 36,6 Stunden in der Woche angeben, während Frauen lediglich 28 Stunden wöchentlich ableisten. Gegenüber dem Jahr 1991 sind die Arbeitszeiten laut der angegebenen Statistik zwar bei beiden Geschlechtern rückläufig, bei Frauen durch das hohe Maß an Teilzeitarbeit aber besonders niedrig (Ärzte Zeitung, 2010a).

Obschon die Zufriedenheit bezüglich der Arbeitsbedingungen in der zitierten Befragung im Krankenhaus gestiegen ist, gibt es hier immer noch großen Handlungsbedarf sowie Verbesserungspotential, vor allem bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere. Eine Verbesserung könnte sich für beide Geschlechter positiv auswirken und dazu beitragen, dass Frauen leichter Führungspositionen einnehmen können und Männer einfacher in Elternzeit gehen.

Dass es in Deutschland in den nächsten Jahren zu einem Mangel an Ärztinnen und Ärzten kommen wird, konnte nicht bestätigt werden. Jedoch muss die regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte verbessert werden, um in allen Regionen gleichermaßen eine zuverlässige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

2.4.6 Zusammenfassung

Die vorhergehenden Kapitel geben einen Einblick in die Rahmenbedingungen, in welchen sich die Ärztinnen und Ärzte heute bewegen. Darauf aufbauend werden die Möglichkeiten der heutigen Ärzt*innengeneration, aber auch deren potentielle Schwierigkeiten in Hinblick auf die Vereinbarkeit von Karriere und Familie untersucht. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Umfeld der Universitätsklinik.

Es wird deutlich, wie begehrt ein Medizinstudium heute bei Studienplatzbewerber*innen ist und dass die Studienplätze in ihrer Mehrzahl an weibliche Bewerberinnen vergeben werden, da diese die Voraussetzungen dafür häufiger erfüllen. Haben die Studierenden ihre Ausbildung durchlaufen, finden sie in der Regel einen Arbeitsplatz in der Medizin, da die Nachfrage nach Absolventinnen und Absolventen sehr hoch ist. Dabei sind sie im Durchschnitt zwei Jahre älter als die Absolvierenden anderer Studiengänge. Vergleicht man zehn Jahre nach ihrem Abschluss ihre Gehälter mit denen anderer Universitätsabsolventinnen und –absolventen schneiden sie wesentlich besser ab. Dabei verdienen allerdings die Frauen weniger als ihre männlichen Kollegen.

Besonders hervorzuheben ist für die vorliegende Studie der Unterschied im Arbeitsumfeld der unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen, in welchen die ehemaligen Medizinstudierenden tätig werden. Die Tätigkeit in einer Arztpraxis oder in einem Kreiskrankenhaus unterscheidet sich von der Arbeit in einer Universitätsklinik. Welche durch den zusätzlichen Lehr- und Forschungsauftrag über die Krankenversorgung hinaus gefordert ist und diesen Auftrag an ihre Mitarbeitenden weitergibt. Dies schlägt sich in der Regel in beachtlicher Mehrarbeit über die tariflich festgelegten Arbeitsstunden für Ärztinnen

und Ärzte hinaus nieder. So kann man zusammenfassen, dass eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärztinnen und Ärzte in einigen Bereichen, wie regionalen Krankenhäusern, vielen Arztpraxen und auch Universitätskliniken, durchaus möglich zu sein scheint, während eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie nicht so leicht umzusetzen ist.

Der ärztliche Beruf mit seinem hohen gesellschaftlichen Ansehen ist als sinnstiftende Tätigkeit anerkannt. Doch trotz den zunehmend aufgeklärten Patientinnen und Patienten bleibt es schwierig, die Asymmetrie im Verhältnis zwischen Ärzt*in und Patient*in vollständig abzubauen, und beide Seiten müssen mit diesem Abhängigkeitsverhältnis umgehen. Zudem sind mit dem hohen gesellschaftlichen Ansehen Pflichten verbunden, die Ärztinnen und Ärzte sind auch in ihrem privaten Lebensumfeld mit der besonderen Identität des Arztseins versehen, was vermuten lässt, dass eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie schwieriger umzusetzen ist als für andere Berufsgruppen.

In der öffentlichen Diskussion wird von den Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern der Ärzteschaft häufig von einem drohenden Ärzt*innenmangel gesprochen. Es ist für die vorliegende Studie interessant, ob ein solcher tatsächlich droht und ob dieser vielleicht mit einer mangelnden Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie zusammenhängen könnte. Oben benannte Quellen befürchten zwar nicht nur einen zunehmenden Versorgungsengpass der Landbevölkerung durch Allgemeinmediziner, sondern auch einen Engpass bei der Neubesetzung von Stellen in Kliniken in Städten. Dies mag einerseits an dem höheren Frauenanteil in der Ärzteschaft liegen, welche vereinbarkeitsfreundlicherer Arbeitsplätze fordern, aber auch an den wandelnden Bedürfnissen einer neuen Ärztegeneration, die mehr Wert auf Freizeit und eine ausgeglichene Work-Life-Balance legt als auf schnelle Karriereschritte zum Preis einer 100-Stunden-Woche. Wissenschaftlich belegen lassen sich diese Befürchtungen jedoch nicht. Durch Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland sowie eine hohe Anzahl an Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums könne der Bedarf an ärztlicher Versorgung in Deutschland zwar gedeckt werden, es wird jedoch eine regionale Verteilungsproblematik prognostiziert, derer es sich anzunehmen gilt.

Es kann also nicht festgestellt werden, dass es einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten gibt, woraufhin die Frage nach den Ursachen und die Vermutung einer mangelnden Vereinbarkeit als möglicher Grund hinfällig ist.

Zu untersuchen, wie sich die Situation an einer Universitätsklinik im Speziellen darstellt bleibt Aufgabe der vorliegenden Arbeit. Gerade in dem universitären Klinikumfeld ist es für die mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte eine besondere Herausforderung eine Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie zu erreichen, da neben der klinischen Arbeit der Patientenversorgung noch die Ausbildung der Studierenden abgeleistet werden muss und die Forschung zu einem erfolgreichen Karriereweg dazugehört. Doch vor allem die Forschung findet traditionell nach dem offiziellen Dienstschluss und der vertraglich geregelten Arbeitszeit statt und kann so unter Umständen erst recht einer Familiengründung entgegenstehen. Es wird jedoch vermutet, dass es auch hier Unterschiede von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Vereinbarkeit von Familie und Karriere gibt. Denn nicht jede Ärztin und jeder Arzt, der an einer Universitätsklinik arbeitet, ist automatisch dazu verpflichtet, eine akademische Karriere zu verfolgen. So zeigt die Umfrage von Diehl Schmid (2012), dass es Unterschiede zwischen den Mitarbeitenden des Klinikums rechts der Isar in Hinsicht auf ihr Forschungsinteresse gibt. Forschungsbezogene Motivationslagen von Medizinerinnen und Medizinern wurden in einer internen Umfrage des Klinikums rechts der Isar untersucht. Dabei zeigten die befragten Frauen eine niedrigere Forschungsmotivation: 50% von ihnen erklärten sich aufgrund der schlechten Vereinbarkeit an einer wissenschaftlichen Karriere nicht interessiert. Bei Männern machte diese Gruppe nur 20% aus (Klinikum rechts der Isar, 2012). Dies zeigt sich ebenso in der Gesamtbilanz der wissenschaftlichen Karrierestufen an der Fakultät für Medizin, in der lediglich 37% der Medizinstudierenden männlich sind, die Männer aber 85% der Professor*innen stellen.

Die vorliegende Arbeit soll also unter Berücksichtigung aller Besonderheiten und Herausforderungen des Arztberufs und des entsprechenden Umfelds die Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie untersuchen. Das Thema ist unter anderem deshalb relevant, da mit einer wachsenden Unzufriedenheit der Mitarbeitenden in der universitären Medizin ein Qualitätsverlust in der medizinischen Ausbildung, der Forschungsleistung und der Patientenversorgung einhergehen kann.

Die Ergebnisse einiger relevanter Untersuchungen zu diesem Themenkomplex sollen im Folgenden systematisch dargestellt werden. Für eine übersichtlichere Darstellung erfolgt zunächst die Beschreibung der Probleme, die in den Studien in Zusammenhang mit einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere aufgezeigt werden. Im Anschluss daran werden die Lösungsansätze der Autorinnen und Autoren vorgestellt.

2.5 Stand der empirischen Forschung

Die Recherche in medizinischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken zu den Themen „Vereinbarkeit bei Ärzt*innen“, „Vereinbarkeit im Krankenhaus“ bzw. „Work-Life-Balance bei Ärztinnen und Ärzten“ ergab zahlreiche Treffer. Alleine die Eingabe „physician work life balance³“ bei Pubmed ergab 280 Treffer. Gerade ab dem Jahr 2000 sind die Studien zu den Vereinbarkeitsthematiken im akademischen medizinischen Umfeld stark angestiegen (Kimura, 2016), deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden. In vielen Studien fällt auf, dass im medizinischen Umfeld eine Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in der Hinsicht besteht, dass Frauen in höheren Karrierestufen unterrepräsentiert und in niedrigen Karrierestufen überrepräsentiert sind (Edmunds et al., 2016). Obschon Männer von einer guten Vereinbarkeit in ihrem Arbeitsumfeld ebenfalls profitieren würden, gehen die meisten Studien davon aus, dass aufgrund einer traditionellen Rollenverteilung innerhalb der Beziehungen eine Ungleichheit der Geschlechter in dieser Hinsicht besteht. Es wird gezeigt, dass Männer im medizinischen Umfeld nicht nur einen Beruf ausüben, sondern auch eine Karriere verfolgen können, während Frauen dies nicht in gleichem Maße tun oder tun können. Die Ursachen hierfür sollen mit Hilfe zahlreicher Studien aus dem medizinischen Umfeld aufgezeigt werden. Dabei werden zunächst die häufigsten Erklärungsansätze der Studien dargelegt, bevor die Lösungsvorschläge dazu erörtert werden.

2.5.1 Identifikation von Schwierigkeiten: Ein Überblick

Bei der Identifikation von Schwierigkeiten einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere im medizinischen Umfeld werden zunächst die Ergebnisse von Aufsätzen und Überblicksartikeln vorgestellt. Anschließend wird beispielhaft auf einige konkrete Studien zu der Thematik eingegangen. Durch die Vorstellung der Schwierigkeiten, die in anderen Aufsätzen identifiziert werden, können die Ergebnisse der aktuellen Studie in einen Zusammenhang mit anderen Forschungen gebracht werden. So wird analysiert, ob die Schwierigkeiten am Klinikum rechts der Isar eher außergewöhnlich oder ebenso in anderen Einrichtungen zu finden sind. Schließlich können eventuelle Maßnahmen oder Konsequenzen aus anderen Institutionen und Ländern und deren Wirkungsweisen zu dieser Thematik beleuchtet werden. Dabei wird der Schwerpunkt auf Studien aus dem

³ Es stellt sich an dieser Stelle die Frage nach einer passenden englischen Übersetzung für den deutschen Begriff der Vereinbarkeit. Es zeigte sich, dass Work life balance die treffendste Übersetzung ist. Oft werden in Studien auch die Antonyme davon untersucht, wie z.B. Work life conflict.

deutschsprachigen Raum und international auf Studien aus westlichen Ländern gelegt, um eine große Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen und kulturellen Parameter zu schaffen.

Die meisten internationalen Artikel zur Vereinbarkeit beschreiben in den westlichen Ländern einen weiblichen Studierendenanteil in der Medizin zwischen 50% (Wietsma, 2014) und 70% (Jerg-Bretzke & Limbrecht, 2012). Während der Frauenanteil auf den Assistenzarztebenen noch höher ist als der von Männern (Borges, Navarro, Grover & Hoban, 2010), dünnt sich ihre Präsenz mit zunehmender Karrierestufe aus und liegt bei Professuren in der Medizin bei 8% (Berweger & Keller, 2005) bis 13% (Wietsma, 2014). Diese Aufsätze beschäftigen sich mit dem Umstand des geringen Anteils von Frauen in Führungspositionen in der Medizin und möglichen Erklärungen hierzu (Banini, 2013). Banini (2013) hebt hervor, dass eine Vereinbarkeit von Familie und *Beruf* insbesondere für Ärztinnen bereits eine Herausforderung ist. Ärztinnen übernehmen häufiger pflegerische Aufgaben im familiären Umfeld, verbringen mehr Zeitstunden mit den Kindern und dem Haushalt als Ärzte mit einer Familie (Cramer et al., 2016; Dimitriadis et al., 2014; Gander, Briar, Garden, Purnell & Woodward, 2010; Jolly et al., 2014; König, 2012). Eine Vereinbarkeit von Familie und *Karriere* mit Forschungsaufgaben ist jedoch aufgrund des zeitlichen Aufwands noch schwieriger (Banini, 2013; DesRoches, Zinner, Rao, Iezzoni & Campbell, 2010). Nehmen Ärztinnen scheinbar vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen in Anspruch, wie bspw. eine Reduktion der Arbeitszeit in Teilzeit, kann dies zu einer Stigmatisierung der Frauen führen, indem sie in der Wahrnehmung der Kolleginnen und Kollegen eine Sonderbehandlung erhalten ("mommy track"; Banini, 2013). Zudem kann eine Reduktion der Arbeitszeit gerade in einer Uniklinik karrierehinderlich wirken (Kaczmarczyk, 2006; Wietsma, 2014).

Ein 52 Studien aus dem nordamerikanischen Raum umfassender Review von Edmunds et al. (2016) beschreibt Hauptursachen für die Unterrepräsentation von Frauen in der universitären Medizin. Demzufolge ziehen Frauen die Lehre der Forschung vor, was sich karrierehemmend auswirkt, haben Frauen weniger gute Rollenvorbilder und Mentor*innen als ihre männlichen Kollegen und sind von Voreingenommenheit gegenüber ihrem Geschlecht betroffen. Auch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf, Karriere und Familie spielt eine Rolle dabei, dass Frauen in niedrigen Karrierestufen überrepräsentiert und in hohen unterrepräsentiert sind (Edmunds et al., 2016). Des Weiteren übernehmen Ärztinnen öfter die Rolle der Pflegenden von Angehörigen und vor allem der Kinder in ihren Familien als Ärzte. Dieser zeitliche Aufwand führt zu einer Verlängerung der Ausbildungsdauer und zu einer späteren oder ausgesetzten Karriereentwicklung (Edmunds et al., 2016).

Als weitere Ursache, warum Frauen in der Medizin seltener in Führungspositionen zu finden sind, wird das Phänomen einer „gläsernen Decke“ (Fegert & Liebhardt, 2012; Reed & Buddeberg-Fischer, 2001) beschrieben, also einer Decke, die unsichtbar und formell gar nicht existent ist:

„Darunter wird verstanden, dass gut ausgebildete Frauen nicht in die Führungsetagen von Unternehmen, Aufsichtsräten und in akademische Spitzenpositionen gelangen sondern quasi, wie von einer unsichtbaren eben ‚Gläsernen Decke‘ vom Aufstieg in die Spitze abgehalten werden.“ (Fegert & Liebhardt, 2012, 2)

Dieses Phänomen ist auch in anderen akademischen Berufen zu finden, genauso wie das old-boys-network, an welchem Frauen in einem männergeprägten (universitären Klinik-) Umfeld an der Ausübung einer Karriere scheitern können (Höß, 1996):

„Männer fühlen sich in Zusammenarbeit mit Männern wohl und wollen in gewisser Weise ungestört unter sich bleiben. Den Frauen fehlen die meist nützlichen Verbindungen zu den ‚Männerclubs‘, und sie scheinen Probleme damit zu haben, sich zu einem eigenen Bund zusammenzuschließen.“ (Höß, 1996, 707f)

In den vorhergehenden Kapiteln wurde auf die besondere Arbeitsumgebung eines Krankenhauses hingewiesen, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere darüber hinaus erschweren kann. Zwei empirische Untersuchungen an deutschen Krankenhäusern haben die Belastungen bei Krankenhausärztinnen und –ärzten untersucht und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben bei den Studienteilnehmenden wesentlich höher ist als bei der Durchschnittsbevölkerung (Fuss et al., 2008; Mache et al., 2015). Fuß´ Studie mit einer Erhebung von 296 Krankenhausärztinnen und –ärzten ergibt einen Belastungswert auf der Work-Family-Conflict-Skala von 74 während der Wert bei der Durchschnittsbevölkerung 45 beträgt (2008). Mache (2015) kommt bei ihren Untersuchungen mit 727 Klinikärztinnen und –Ärzten auf eine Belastung von 76.1%. Dabei muss erwähnt werden, dass die Erhebungen anhand von Fragebögen stattgefunden haben, die auf der Selbsteinschätzung der Befragten beruhen. Es ist also ein subjektives Ergebnis, was dennoch mit der subjektiven Selbsteinschätzung des Durchschnitts der Bevölkerung verglichen werden kann. Es ist festzuhalten, dass die Ärztinnen und Ärzte eine Belastung dahingehend empfinden, die Arbeit mit der Familie vereinbaren zu können (Work-Family-Conflict). Dieses Empfinden korreliert nachweislich mit einer hohen Burnoutrate, Stresssymptomen bei den Betroffenen und einer erhöhten Kündigungsabsicht (Fuss et al., 2008). Zudem ist die Arbeitsbelastung in den Führungspositionen der Kliniken noch höher als in den unteren Hierarchieebenen was

Frauen, die häufiger die Verantwortung für Kinder und Haushalt übernehmen, von einer Karriere abhält (Connolly & Holdcroft, 2009; Estryn-Behar et al., 2011; Fuss et al., 2008).

Dass eine Vereinbarkeit von Familie und Karriere im medizinischen Umfeld inzwischen ebenfalls von den meisten jungen männlichen Ärzten gefordert wird, ergibt zudem eine Schweizer Studie mit 579 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten (Buddeberg-Fischer et al., 2010; Isobel Allen, 2005). Obschon die Forderung ebenso von männlichen Ärzten kommt, belegen die Ergebnisse dieser Studie, dass bislang Ärztinnen wesentlich häufiger die Familie versorgen als Ärzte und so häufiger in Teilzeit arbeiten als ihre männlichen Kollegen und Karriereziele hinten anstellen (Buddeberg-Fischer et al., 2010). Zudem sind Ärztinnen weniger karriereorientiert, arbeiten häufiger in kleineren oder privaten Krankenhäusern und haben weniger oft Mentor*innen, die sie fördern (Buddeberg-Fischer et al., 2010).

Darüber hinaus belegen Studien, dass die Möglichkeit einer Vereinbarkeit auch von Fachspezifika abhängt, wie beispielsweise Gjerberg am Beispiel für Norwegen bei einer Befragung von 1142 Ärztinnen und Ärzten aller Fächergruppen erhoben hat (2003). Gerade die chirurgischen Fächer tun sich scheinbar schwer mit den Forderungen einer ausgeglichenen Work-Life-Balance, welche die jungen Ärztinnen und Ärzte erwarten (Bühren, 2001; Kwong, Chau & Kawase, 2014), da in diesen Disziplinen häufig noch eine Kultur vorherrscht, die vom ärztlichen Personal eine 100%ige Präsenz an sieben Tagen der Woche verlangt (Raja & Stein, 2014). In einer Studie von Bühren (2001), die aufgrund ihrer Relevanz für die vorliegende Arbeit in einem späteren Kapitel noch ausführlich dargestellt wird, befragt sie mit Hilfe eines Fragebogens explizit die Leitungsebene der chirurgischen Fächer an Unikliniken zum Thema Vereinbarkeit ($n=103$). Sie stellt fest, dass es in ihrer Fachrichtung weniger Frauen gibt als in anderen Fachrichtungen, vor allem in der Führungsebene, und benennt als Ursachen dafür die besonders familienunfreundlichen Umstände in ihrer Disziplin wie sehr lange Arbeitszeiten (2001). Darüber hinaus seien Chirurgische Fächer für Frauen aufgrund des großen internen Konkurrenzkampfs eher unattraktiv (Bühren, 2001). Kwong und Kollegen (2014) kommen bei einer Umfrage unter Chirurginnen und Chirurgen in Japan zu einem ähnlichen Ergebnis, wobei man bei der Einordnung des Ergebnisses berücksichtigen muss, dass ihre Rücklaufquote lediglich 6% betrug (2014).

Eine hohe Anforderung erwartet darüber hinaus die Allgemeinmediziner*innen, die gerade in ländlichen Regionen häufig das hauptversorgende ärztliche Personal für die Bevölkerung sind und die dennoch ebenfalls eine Reduzierung und Flexibilisierung der Arbeitszeit

fordern, wie Phillips in einer Befragung mit 25 semistrukturierten Interviews in den USA belegt (Phillips et al., 2016).

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheint folglich für Frauen in manchen Disziplinen eher möglich als in anderen und in niedrigeren Karrierestufen häufiger als in hohen, was man an den hohen Beschäftigungszahlen von Frauen und Müttern in den niedrigeren Karrierestufen ablesen kann. Darüber hinaus ist es für Männer nach wie vor möglich, einer Karriere an einer Universitätsklinik nachzugehen, was unter anderem an der Unterstützung durch ihre Ehefrauen in einer klassischen Rollenverteilung liegt, wie auch die Umfrage am Klinikum rechts der Isar ergeben hat (Cramer et al., 2016).

Eine Studie aus den USA mit 801 Ärztinnen und Ärzten zeigt, dass Medizinerinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen weniger Kinder haben (Dimitriadis et al., 2014). Dies gilt ebenso für das Klinikum rechts der Isar, wie in einer Umfrage mit Hilfe von Fragebögen mit 689 Ärztinnen und Ärzten belegt werden konnte. Hier haben 56% der antwortenden Ärzte Kinder und lediglich 40% der Ärztinnen, obwohl der Kinderwunsch beider Geschlechter bei 76% liegt. Bei den Vätern erhöhte sich das Alter, mit dem die Facharztprüfung abgelegt wurde aufgrund der Familiengründung um 3 Monate, bei den Müttern um 19 Monate. Im Alltag verbringen Ärztinnen 6h pro Tag mit ihren Kindern, Ärzte 2,4 (Cramer et al., 2016). 59% der Ärztinnen und 56% der Ärzte mit Karriereambitionen geben an, Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere zu haben (Cramer et al., 2016). Von den befragten Frauen geben 65% an, ihren Kinderwunsch aufgrund der Karriere zurückgestellt zu haben. Dies führt zu einem höheren Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes, welches im Schnitt 7,4 Jahre höher ist, als das der Frauen in der Gesamtbevölkerung⁴ (Wietsma, 2014; Willett et al., 2010).

Die Tatsache, dass sich Frauen im medizinischen Umfeld weniger häufig in Führungspositionen befinden als ihre männlichen Kollegen, ist an sich weder eine Schwierigkeit noch ist gesagt, dass diese Tatsache unmittelbar mit einer Unvereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere einhergeht. Betrachtet man die Datenlage jedoch differenzierter, kann man feststellen, dass die Geschlechterverteilung auf den Führungsebenen nicht übereinstimmt mit der generellen Geschlechterverteilung von Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern. Bei der Untersuchung von möglichen

⁴ Frauen ohne akademischen Abschluss sind in Deutschland durchschnittlich 28 Jahre alt bei der Geburt ihres ersten Kindes, Akademikerinnen 31 Jahre. Keller und Haustein (2013).

Ursachen dieser Ungleichheit findet man zahlreiche Gründe, die teilweise in den Vorlieben der Frauen liegen mögen, wie eine Favorisierung der Patientenversorgung gegenüber der Forschung, geringe Karriereambitionen, einer fehlenden Karrierestrategie (Buddeberg-Fischer et al., 2010) oder der Selbstselektion von Frauen (Berweger & Keller, 2005). Ebenso können äußere Faktoren wie Strukturen und Gegebenheiten dazu führen, dass Ärztinnen weniger häufig in Führungsebenen zu finden sind. Beispiele hierfür sind die gläserne Decke, das old-boys-network, die hohe Zeitintensität von Führungspositionen, zu wenig Mentorinnen, die Rollenverteilung innerhalb der Familien oder Vorurteile, die Vorgesetzte ihnen gegenüber haben (Fiske, 2011). Eine der Hauptursachen für die ungleiche Geschlechterverteilung in Führungspositionen in Kliniken ist jedoch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Karriere. Die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern erschwert die Vereinbarkeit und ist in manchen Disziplinen ausgeprägter als in anderen. Dies führt dazu, dass in manchen Disziplinen kaum Frauen zu finden sind und sich vor allem die Ärztinnen oftmals zwischen Kind und Karriere entscheiden müssen bzw. ihren Kinderwunsch erst später verwirklichen als gewollt. Und dies wirkt sich darüber hinaus auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden aus (Lambert, Smith & Goldacre, 2014).

Die Ergebnisse der untersuchten Artikel und Studien beziehen sich ausschließlich auf die Angaben der betroffenen und befragten Ärztinnen und Ärzten. Daten wurden dabei sowohl telefonisch und persönlich mit Hilfe semistrukturierter Fragebögen erhoben als auch mit Hilfe von Onlinefragebögen und Fragebögen.

2.5.2 Derzeitige Lösungsansätze: ein Überblick

In den untersuchten Studien und Aufsätzen wurden neben den bereits beschriebenen Schwierigkeiten ebenfalls Maßnahmen vorgestellt, die Vereinbarkeit fördern und Frauen bei einer Karriere im medizinischen Umfeld unterstützen sollen. Diese potentiellen Lösungsansätze werden nun beschrieben und diskutiert.

Ein häufig empfohlenes Instrument für die Verbesserung der Vereinbarkeit ist ein Mentor*innenprogramm für Frauen in der Medizin (Babaria, Bernheim & Nunez-Smith, 2011; Bauman, Howell & Villablanca, 2014; Mache et al., 2015; Mark, Link, Morahan & Pololi; Ridder, 2012; Wietsma, 2014). Reed (2001) sieht Mentoring jedoch nicht als ein Allheilmittel, sondern setzt auf Führungsprogramme für Frauen und eine neue Beurteilungskultur von Erfolg, die vermehrt „Frauenstärken“ belohnen soll (Reed & Buddeberg-Fischer, 2001). Sambunjak (2015) weist in seinem Paper darauf hin, dass man ein Mentor*innenprogramm nicht unabhängig von der institutionellen und strukturellen

Kultur auflegen kann und zeigt damit ebenfalls klare Limitationen eines solchen Programms auf.

Es ist vorstellbar, dass Mentoring teilnehmenden Frauen helfen kann Kontakte zu knüpfen, die ihnen evtl. den Weg auf der Karriereleiter ebnen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Vorgehen nicht ein System stützt, welches Beförderungen anhand von Seilschaften fördert (old-boys-network), da es in der Umsetzung in den meisten Fällen auf einer bilateralen Unterstützung zwischen einer Mentorin bzw. einem Mentor und einer/m Mentee beruht (Fischer & Gutiérrez-Lobos, 2002). So werden nicht flächendeckend Strukturen für alle Mitarbeitenden gleichermaßen verändert, sondern nur für Einzelne Vorteile geschaffen und evtl. neue Ungleichheiten erzeugt. Vielleicht wäre es hilfreicher, ein transparenteres Beförderungssystem mit Kriterien zu etablieren, die auch Mütter erfüllen können.

Sehr ausführlich geht De Ridder (2012) auf Lösungsansätze im medizinischen Umfeld für beide Geschlechter ein, indem sie dauerhafte Beschäftigungsverhältnisse für den akademischen Mittelbau fordert und sich generell dafür ausspricht, die Altersgrenzen im Forschungssystem abzuschaffen. Darüber hinaus sollte das Nehmen von Elternzeit für Männer noch attraktiver gestaltet werden, damit diese auch über einen längeren Zeitraum hinweg diesen Weg einschlagen und Frauen nicht mehr alleine die „Risikoarbeitnehmer“ sind (Ridder, 2012). Wie die meisten Autor*innen fordert sie mehr und flexiblere Kinderbetreuung und zahlreiche Maßnahmen wie Jobsharing, Fokusgruppen u.a., die vor allem einen Kulturwandel in der Leitungsstruktur voraussetzen.

In der universitären Medizin muss von jedem Arzt und jeder Ärztin der Dreiklang aus Patientenversorgung, Forschung und Lehre bedient werden. Besonders ausschlaggebend für eine Karriere ist dabei vor allem die Forschungsleistung, die wiederum von Frauen gerne vermieden wird, wie verschiedene Studien belegen (Cramer et al., 2016; Edmunds et al., 2016). Ein Lösungsansatz wäre deshalb, einerseits das Interesse an der Forschung schon während des Studiums stärker zu fördern (Edmunds et al., 2016). Andererseits sollte die Lehre ein stärkeres Gewicht bei der Ableistung einzelner Karriereschritte bekommen und die Möglichkeit, zwischen Forschung und Lehre abzuwechseln, ausgebaut werden (Edmunds et al., 2016). Frauen für die Forschung zu begeistern, indem man bereits während des Studiums Anreize dafür schafft, scheint ein guter Vorschlag zu sein. Doch es ist fraglich, ob dieser zum Ziel führt, da er nicht verhindert, dass im späteren beruflichen Alltag die Forschungsarbeit nach wie vor nach Dienstschluss geleistet werden muss. Hier würden dann die Mitarbeitenden mit Familien dennoch nur schwer einer Forschungskarriere nachkommen

können. Zudem benötigen die Kliniken ebenso Mitarbeitende, die sich um die Versorgung der Patienten und um die Durchführung der Lehrveranstaltungen kümmern, wie sie auch Forscherinnen und Forscher brauchen. Ein ausbalanciertes System wäre an dieser Stelle hilfreich, welches die Patientenversorgung und die Lehrtätigkeit bei Beförderungen mit der Forschungsleistung gleichstellt und welches eine Durchlässigkeit zwischen den Bereichen zulässt.

Einige Studien fordern ein generelles Umdenken in den Universitätskliniken, bereits im Studium (Edmunds et al., 2016). Man sollte mehr Engagement darin zeigen zu verstehen, woher die ungleichen Chancen der Geschlechter rühren und diese beheben. Zudem sollte man dem Personal, vor allem auf Führungsebene, Trainingsmaßnahmen vorschreiben, um Stereotypdenken und Voreingenommenheit gegenüber Frauen und Männern mit Familie oder höherem Freizeitanspruch entgegenzuwirken (Edmunds et al., 2016).

2.5.3 Ergebnisse der bisherigen Studien mit Klinikdirektor*innen

Die meisten der Studien interviewen die Ärztinnen und Ärzte selber (Strong et al., 2013), lediglich zwei Studien befragen Chefärzt*innen zu dem Themenbereich der Vereinbarkeit, eine davon quantitativ (Bühren, 2011) und eine qualitativ mit Hilfe von semistrukturierten Interviews (Yedidia & Bickel, 2001). Da diese Studien die gleiche Personengruppe untersuchen wie die vorliegende Arbeit, werden deren Ergebnisse im Folgenden gesondert dargestellt.

Bühren (2001) befragt mit Hilfe eines Fragebogens 154 Lehrstuhlinhaberinnen und Lehrstuhlinhaber und Abteilungsleitende der chirurgischen Fächer in den deutschen Universitätsklinik mit einer Rücklaufquote von 67%. Dabei werden die Lehrstuhlinhabenden nach der Geschlechterverteilung in ihren Einrichtungen in den verschiedenen hierarchischen Ebenen befragt. Zudem wird nach möglichen Ursachen des geringen Frauenanteils in den chirurgischen Fächern gefragt (Bühren, 2001). Die Ergebnisse der Befragung sind, dass der Frauenanteil in der Chirurgie generell nicht sehr hoch ist, aber noch weiter abnimmt, je höher die Stufe der Hierarchie ist (Fachärzte: 10,6% weiblich; leitende Ärztinnen/Chefärztinnen: 1,3% weiblich). Als Ursachen für die geringe Repräsentanz von Frauen in chirurgischen Fächern werden von den Befragten zusammengefasst drei Punkte genannt: Der „biologische Unterschied, Konflikt Familie – Beruf, Konflikt 2 Karrieren – 1 Ehe“ (Bühren, 2001, S. 182). Obschon die Chirurgie laut der Umfrage nicht per Definition männlich sei, konterkariert der als „hart“ geltende Beruf des Chirurgen, in dem man nur mit ständiger Präsenz (z.B. lange Arbeitszeiten), breiten

Ellenbogen (bzw. starkem Konkurrenzkampf) und einer extraordinären Forschungsleistung weiterkommen kann, die von vielen Frauen präferierte Vereinbarkeit von Karriere und Familie (Bühren, 2001). Teile der Chirurgen begrüßen eine zukünftige Veränderung dieser patriarchalen Strukturen, halten eine wirkliche Veränderung in naher Zukunft jedoch für unwahrscheinlich, solange sich nichts an den oben genannten Rahmenbedingungen wie sehr langen Arbeitszeiten und den strengen Hierarchien ändert (Bühren, 2001).

Yedidia und Bickel (2001) untersuchen in ihrer qualitativen Studie die Antworten von 36 Lehrstuhlinhaber*innen und Bereichsleiter*innen aus fünf Fachrichtungen (Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, klinische Pathologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin) in offenen Interviews (Yedidia & Bickel, 2001). Auch hier werden die Leitenden nach den Gründen für die geringe Repräsentanz von Frauen in den Führungsebenen befragt. Als Gründe für den Mangel an weiblichen Führungskräften erkannten die Befragten unter anderem eine anhaltende traditionelle Rollenverteilung der Geschlechter, Frauen legten die Prioritäten weniger auf ihre Karriere und seien tendenziell nicht so mobil und flexibel wie ihre männlichen Kollegen (Yedidia & Bickel, 2001). Zudem sei die Sozialisation von Frauen nicht auf eine Karriere ausgelegt, sie seien weniger strategisch und ihr Vorgehen weniger forsch. Sie seien zudem weniger gewohnt zu scheitern und neu anzufangen, eine Eigenschaft, die für eine Karriere wichtig sei. Des Weiteren werden Sexismus in den Kliniken und zu wenig positive Mentor*innen und Rollenvorbilder für Frauen als Gründe herausgearbeitet (Yedidia & Bickel, 2001).

Eine Limitation der Arbeit von Bühren ist, dass diese lediglich eine Disziplin in den Fokus ihrer Untersuchung nimmt. Innerhalb dieses Fachs ist die Studie jedoch repräsentativ, und die Ergebnisse zeigen die Diskrepanz auf zwischen dem, was die Chefs der Kliniken aussagen, was die notwendigen Verbesserungen einer Vereinbarkeit an ihren Einrichtungen anbelangt, und der Realität, die sie selber leben. Das Benennen von strukturellen Rahmenbedingungen, welche für eine mangelnde Vereinbarkeit und den geringen Frauenanteil in Führungspositionen verantwortlich gemacht werden und an denen man als Chef nichts ändern könne, wirkt hier wie ein Symptom, welches sich vermutlich bei den Verantwortlichen anderer Disziplinen wiederfinden lässt. Es ist jedoch fraglich, ob sich die Bandbreite von möglichen Antworten zu diesem Thema in einem standardisierten Fragebogen abbilden lässt, auch wenn dieser teilweise mit offenen Fragen formuliert wurde.

Yedidia und Bickel (2001) führen persönliche Interviews mit ihren Befragten, um auf sie im Einzelfall eingehen zu können. Sie haben dadurch nur eine relativ kleine Stichprobe von 36

Personen, die jedoch bewusst für fünf Disziplinen ausgewählt wurden. Da beide Studien auf Selbstauskünften der Befragten beruhen, besteht immer die Gefahr, dass sie so antworten, wie sie gerne gesehen werden möchten. Dies wurde jedoch besonders bei Yedidia & Bickel thematisiert und in der Analyse der Daten berücksichtigt. Eine weitere Limitation besteht darin, dass beide Studien ausschließlich die Leitungsebene befragen. Deren Aussagen sind möglicherweise nicht allgemeingültig anwendbar in Hinblick auf die Situation deren Mitarbeitenden. Dennoch ist ihre Aussage von hoher Relevanz, da sie als Entscheidungsträger den Alltag ihrer Beschäftigten maßgeblich mitgestalten können.

Als Lösungsstrategien sehen die Befragten verschiedene Ansätze: Zum einen sollte die Wertschätzung für die Erziehung der Kinder steigen, und die Frauen sollten die Kinder so früh wie möglich bekommen, am besten während des Studiums, damit sie sich später ihrer Karriere widmen können (Yedidia & Bickel, 2001). Zudem sollten die Forschungsstrukturen aufgeweicht werden, damit auch Mütter hier eine Chance haben, ihre Karriere zu gestalten. Frauen sollten sich möglichst viel Unterstützung für die Bereiche holen, die sie im Haushalt abgeben können, und ihre Männer vor allem zeitlich in die Kindererziehung miteinbeziehen. Diese würden dann das Thema Vereinbarkeit für sich entdecken und Lösungsstrategien entwickeln und Verbesserungen einfordern (Yedidia & Bickel, 2001). Ein Umdenken sollte in den Kliniken zudem dahingehend stattfinden, dass Meetings tagsüber stattfinden, es mehr Teilzeitstellen gibt und die Kinderbetreuung ausgebaut wird. Besonders interessant ist die Darstellung eines männlichen Befragten, der eine „Mommy Patrol“ einrichtete: Er übernahm die Hintergrunddienste für seine Mitarbeiterinnen mit Kindern. Wenn deren Kinder nicht mehr so viel Betreuung benötigen, sollen diese Mütter wiederum die Hintergrunddienste von den Kolleginnen mit kleineren Kindern übernehmen. Vor allem jedoch soll ein Paradigmenwechsel in der Selbstverständlichkeit der Chefrolle stattfinden. Die Chefs sollen vorleben, dass man auch mit geregelten Arbeitszeiten und Zeit für sein Privatleben eine Leitungsfunktion ausüben kann (Yedidia & Bickel, 2001). Umgesetzt haben die Befragten bislang vor allem individuelle Ansätze, in denen sie auf Anfrage Einzelne in ihren Problemen unterstützen. Ein institutioneller Ansatz wurde ebenso beschrieben, indem Mechanismen zur Meldung unprofessionellen Verhaltens implementiert wurden (Yedidia & Bickel, 2001).

Als Fazit aus der Arbeit ziehen die Forscher, dass sich etwas auf institutioneller Ebene ändern muss. Eine automatische Veränderung der Strukturen, weil viele Ärztinnen in die Kliniken drängen, wird es nicht geben (Yedidia & Bickel, 2001).

2.6 Konkretisierung der Zielsetzung der Arbeit

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Artikel und Studien zum Thema Vereinbarkeit von Karriere/Beruf und Familie überwiegend auf der Grundlage von Selbstwahrnehmungserhebungen der Betroffenen basieren. Dies bringt die Schwierigkeit mit sich, dass sie subjektiv sind. Eine mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie im medizinischen Umfeld sowie von Karriere und Familie im universitätsmedizinischen Umfeld im speziellen ist in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen offensichtlich belegt. Die Ursachen dürften sowohl in den Individuen selbst, einer traditionellen Rollenverteilung in Beziehungen, als auch in den patriarchalischen Strukturen liegen, die im medizinischen Umfeld noch vorherrschend zu sein scheinen.

Allerdings beruhen die bisherigen Studien vor allem auf Befragungen der betroffenen Ärztinnen und Ärzte, nur wenige haben bislang die Sichtweise der Klinikchef*innen in ihren Fokus genommen. In Deutschland wurde bislang nur eine Auswertung der strukturierten Befragung von Chefärzt*innen veröffentlicht, die sich ausschließlich mit dem Fach Chirurgie und dessen Herausforderungen beschäftigt (Bühren, 2001). Eine auf die Einzelfälle fokussierte Interviewstudie, wie sie Yedidia et al. (2001) in den USA durchgeführt haben, ist bis zum heutigen Zeitpunkt in Deutschland noch nicht durchgeführt worden. Doch gerade dieser Ansatz erscheint hilfreich, sind die Klinikleitenden ja gerade die Adressaten und Adressatinnen der Lösungsansätze, die in den bisherigen Studien erarbeitet wurden und die offensichtlich bislang so gut wie keine positive Veränderungen bewirken konnten.

Konkret bedeutet dies, die Forschungskarrieren in der Medizin werden vor allem an den Universitätskliniken geprägt, weshalb sich dieses Umfeld am besten für die vorliegende Studie eignet. Eine bisherige Forschungslücke offenbart sich bei der Ebene der Klinikdirektor*innen, die direkt zwischen der Führungsebene des Klinikums und ihren Mitarbeitenden stehen und deren politischer Einfluss als nicht zu gering bewertet werden darf. Es ist also anzunehmen, dass diese Personengruppe etwas an den aktuellen Umständen verändern könnte (Yedidia & Bickel, 2001). Deshalb ist es wichtig, ihre Ansichten zum Thema der Vereinbarkeit zu untersuchen und ihre Meinung zu den bisherigen Lösungsstrategien einzuholen.

Das Klinikum rechts der Isar steht dabei exemplarisch für alle Universitären Kliniken in Deutschland. Die Chefärzt*innen sollen nach ihrer Wahrnehmung in Bezug auf ihr Umfeld

befragt werden und Erklärungsmuster für die aktuelle Situation liefern. Die Ergebnisse der Befragung werden dabei nicht nur thematisch gebündelt wiedergegeben, sondern auch auf einer Metaebene analysiert. Dazu sollen die theoretischen Vorannahmen helfen, bspw. soll untersucht werden, ob die Befragten die Vereinbarkeitsthematik für sich und ihre Klinik eher als Chance begreifen (Work-Family-Enrichment) oder sie als Gefahr sehen (Work-Life-Conflict) und welche Konsequenzen sich daraus für sie selber und ihre Mitarbeitenden ergeben.

3 Vorstellung etablierter Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere

In den vorhergehenden Kapiteln wurde die Problematik einer mangelnden Vereinbarkeit von Familie und Karriere von Ärztinnen und Ärzten aufgezeigt. Dabei befindet sich unsere Gesellschaft historisch gesehen an einem Punkt, an dem eine Vereinbarkeit für beide Geschlechter so gut möglich sein sollte wie nie zuvor. Die Politik, die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und der Sektor Gesundheitswesen haben die Problematik der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin erkannt und zahlreiche Handreichungen und Maßnahmen veröffentlicht, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Der bereits 1923/24 gegründete Deutsche Ärztinnenbund beispielsweise setzt sich „für Rahmenbedingungen im Arztberuf ein, bei denen sich Beruf und Privatleben für Frauen und Männer in einer ausgewogenen Balance befinden. Dies bedeutet auch, dass wir gleiche Karrierechancen für Frauen fordern und uns für familienfreundliche Arbeitsbedingungen stark machen.“ (Deutscher Ärztinnenbund, 2016) Der Herausforderung einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Karriere müssen sich die heutigen Mütter und Väter stellen, wobei ihnen verschiedene Instrumente von Seiten der Politik und der Arbeitgebenden helfen können.

Im Folgenden werden zentrale Maßnahmen und deren sogenannte Best Practice Beispiele aus verschiedenen Initiativen vorgestellt. Die vorliegende Arbeit versucht den Einfluss dieser auf die Chefärztinnen und Chefärzte einer Universitätsklinik zu erfassen und zu untersuchen. Die Auswahl der Maßnahmen erfolgt aus den Sektoren *Politik* (Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen), *Ärztenschaft* (Handbuch der Bundesärztekammer), *Forschung* (Gleichstellungsstandards der DFG) und *Wirtschaft* (audit berufundfamilie). Innerhalb dieser vier Sektoren werden exemplarische Instrumente herausgesucht, die vermutlich am ehesten in der Wahrnehmung der Chefärzte des Klinikums rechts der Isar in Erscheinung treten sollten, weil sie vergleichsweise populär sind.

Jede der ausgewählten Maßnahmen arbeitet mit Best Practice Beispielen, was eine weit verbreitete Methode darstellt, Veränderungsprozesse anzustoßen. Durch diese Best Practice Beispiele möchten die Verantwortlichen die Vereinbarkeit von Familie und Karriere auf unterschiedliche Weise verbessern, beispielsweise durch das Bilden von Anreizen oder das Androhen von Sanktionen oder eine Veränderung der Infrastruktur.

Zur vorliegenden Studie wurden Best Practice Beispiele ausgewählt, die an diversen Einrichtungen umgesetzt wurden, die mit dem Klinikum rechts der Isar vergleichbar sind oder bei denen eine Implementierung an einer Universitätsklinik potentiell denkbar wäre. Ziel dieser Studie ist es, die Wahrnehmung dieser Beispiele zu untersuchen.

3.1 Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen

Am 13. Juli 2010 wurde von der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit Annette Widmann-Mauz erstmals zum Runden Tisch für „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ geladen. Als Gäste wurden Mitarbeitende aus Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter aus dem Pflegebereich sowie der Krankenkassen bestellt: „Ziel dieser Expertenrunde ist es, konkrete Maßnahmen und Ideen zu erarbeiten, um bessere Bedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Menschen mit Familienaufgaben zu schaffen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, S. 1) Für keinen anderen Sektor wurde extra ein runder Tisch eingeführt, um Familienpolitik umzusetzen, was die Wichtigkeit des Gesundheitssektors widerspiegelt.

Als Hintergrund für die Einberufung des Runden Tisches führte Widmann-Mauz den hohen weiblichen Anteil der Berufstätigen im Gesundheitsbereich an: 80% der Mitarbeitenden seien weiblich, so dass in Anbetracht der alternden Gesellschaft und des dadurch steigenden Bedarfs an medizinischer Versorgung dafür Sorge getragen werden müsse, dass der Beruf attraktiver und vereinbarkeitsfreundlicher wird. Dafür sei ein Ausbau der Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie unabdingbar (Bundesministerium für Gesundheit, 2010a). Als nötige Maßnahmen befanden die Mitglieder der Runde den „Ausbau von Kinderbetreuung, Wiedereinstiegserleichterungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Elternzeit sowie Verbesserungen in der Arbeitsorganisation“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, S. 2) in den Krankenhäusern. Ein weiterer Grund für Handlungsbedarf bestehe zudem durch den Fachkräftemangel, der bereits heute zu Missständen in der Krankenversorgung führe (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b). Laut einer Befragung unter 12.500 Medizinstudierenden die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 2010 durchgeführt wurde, ist der Faktor Vereinbarkeit der wichtigste bei den Erwartungen an den zukünftigen Arbeitgeber (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b). Diese Umfrage bestätigt den nötigen Handlungsbedarf in diesem Feld.

Die erste konkrete Maßnahme, die u.a. vom Bundesministerium unterstützt werden soll, ist eine Art Best Practice Forum – eine Internetseite, auf der familienfreundliche Einrichtungen

ihre Umsetzungsmöglichkeiten vorstellen können. Bereits Ende 2010 sollte diese Maßnahme umgesetzt sein⁵.

Bei einer zweiten Sitzung des Gremiums wurden weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit beschlossen:

- „Die Beseitigung von Hemmnissen in der Aus- und Weiterbildung von Berufen,
- die Bereitstellung gezielter Informationen über gute Initiativen im Krankenhaus und der Arztpraxis und
- erste Maßnahmen zur Personalgewinnung in Alten- und Pflegeeinrichtungen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b, S. 2)

Unter der Beseitigung von Hemmnissen wird vor allem eine Flexibilisierung der praktischen Anteile im Studium und in der Ausbildung in Gesundheitsberufen verstanden, dessen Umsetzungsmöglichkeiten durch die verschiedenen beteiligten Institutionen (Krankenhäuser, Kliniken, Länder und das Bundesministerium für Gesundheit) geprüft werden. Auch Teilzeitregelungen in der Weiterbildung sollen ausgebaut werden, und ein Stellenwechsel soll auch über Ländergrenzen hinaus einfacher werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b). Als weiterer Punkt soll eine Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales etabliert werden, die sich mit der Frage des Mutterschutzes im Gesundheitswesen auseinandersetzt, da die jetzigen Regelungen die Mutter oftmals eher behindern als schützen.

Der Runde Tisch empfiehlt den Kliniken, kostenlos dem Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ beizutreten, um Ideen zur Umsetzung von familienfreundlichen Maßnahmen auszutauschen. Er weist darüber hinaus darauf hin, dass sich bereits 190 Einrichtungen an der Initiative „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ beteiligen, die vom Marburger Bund im Jahr 2007 ins Leben gerufen wurde, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in deutschen Kliniken zu verbessern (Marburger Bund, 2012):

„Kind oder Karriere? Diese Frage müssen sich in Deutschland bis dato viele Ärzte – und vor allem Ärztinnen stellen. Schuld daran sind nicht zuletzt die ungünstigen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern: Lange Arbeitszeiten, mangelnde Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sowie fehlende

⁵ In einer späteren Pressemitteilung wird dieser Termin auf Anfang 2011 verschoben: Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit Nr. 73 am 02.12.2010, S.5.

Kinderbetreuungsmöglichkeiten machen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den meisten deutschen Kliniken fast unmöglich.

Die bisherige Arbeitswelt der meisten Krankenhausmediziner ist daher von Familienfreundlichkeit weit entfernt. Viele hoch qualifizierte junge Ärztinnen und Ärzte verzichten deshalb auf Kinder, eine Flucht in alternative Berufsfelder oder ins Ausland ist nicht selten.“ (Marburger Bund, 2012)

Der Marburger Bund versteht die Verbesserung dieser Situation als eine wesentliche Zukunftsaufgabe. Mit der Kampagne „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ soll die Attraktivität des Arztberufes erhöht und an internationale Standards angeglichen werden, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung nachhaltig zu sichern (Marburger Bund, 2012).

Laut Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit wurden beim dritten Zusammentreffen der Mitglieder des Runden Tisches bereits einige Erfolge verzeichnet. Die Internetplattformen, die positive Beispiele für eine Vereinbarkeit vorstellen, sind online gegangen und werden häufig genutzt (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2016). Auf der Seite „Praxis und Familie“ „berichten Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Fachangestellte etc. darüber, wie sie Beruf und Familie miteinander vereinbaren oder ihre Praxis familienfreundlich gestalten“ (Kassenärztlichen Bundesvereinigung [KBV] während die Homepage „Pflege – Krankenhaus“ Berichte von Kliniken aus den drei Bereichen „Neue Arbeitsteilung und Prozessgestaltung“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2016), „Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf“ und „Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege“ zusammenstellt, um positive Rollenbeispiele für andere zu präsentieren.

Zudem wurde in Zusammenarbeit mit dem Gremium das Versorgungstrukturgesetz überarbeitet und im Mai 2011 eine „Ausbildungs- und Qualitätsoffensive Altenpflege“ ins Leben gerufen, die ebenfalls Vereinbarkeit von Beruf und Familie als einen Schwerpunkt bearbeitet (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Der Runde Tisch für Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen soll auch in den kommenden Jahren weitergeführt werden.

3.2 Handbuch der Bundesärztekammer (BÄK)

Astrid Bühren und Annegret E. Schoeller sind die gemeinsamen Herausgeberinnen des Handbuchs „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ (Bühren & Schoeller, 2010). Bühren ist niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau sowie ehemalige Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und

ehemaliges Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Schoeller ist Fachärztin für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin und war in der Vergangenheit ebenfalls in der Bundesärztekammer und dem Deutschen Ärztinnenbund aktiv.

Die Beweggründe für das Verfassen des Handbuchs waren privater Natur. Frau Bühren hat auf ihrem eigenen Karriereweg als Ärztin erlebt, dass die Möglichkeiten für eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehr begrenzt waren. Da es insgesamt ausreichend Bewerber für die vorhandenen Arztstellen gab, waren die Einrichtungen strukturell gesehen nicht auf Mütter angewiesen, was sie durch fehlende Kinderbetreuungsangebote und andere geschlechtsspezifische Barrieren zu spüren bekam. (Interview mit Astrid Bühren (Hrsg. Handbuch), 15.06.2011). Vor knapp 20 Jahren begann sie mit ihrem Engagement für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, indem sie sich im Deutschen Ärztinnenbund und später auch in der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) unter anderem für die Thematiken „Chancengleichheit für Medizinstudentinnen und Ärztinnen“ sowie der Schaffung adäquater Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie einsetzte. Während ihrer Vorstandszeit in der BÄK leitete sie die Ärztinnengremien, in denen auch die Idee für das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen“ entstand und umgesetzt wurde, welches sich mit den möglichen Karrierewegen von Frauen in der Medizin beschäftigt.

Mit der Idee für das Handbuch wollten sie zeigen, was es an Best Practice Beispielen bereits in Deutschland gibt, damit sich andere daran orientieren können. Ein Teil des Handbuchs bilden die sogenannten „Checklisten“. Diese Checklisten für unterschiedliche Zielgruppen (Studierende, Kliniken, Niederlassungen) sollen dabei helfen, die eigene Einrichtung einzuschätzen und dadurch Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen. Für das Handbuch recherchierten Bühren und Schoeller bundesweit über den Status Quo der Vereinbarkeit in Kliniken und wurden dabei von der Bundesärztekammer unterstützt, die das Werk finanzierte. Nach Fertigstellung wurden insgesamt 25.000 Exemplare gedruckt und an die Landesärztekammern verteilt, auch ein Download des Buches steht online zur Verfügung.

Laut Bühren ist das Handbuch ein Erfolg und hat seine Bestimmungen erfüllt. Zudem existiere eine neue Aufmerksamkeit für bessere Vereinbarkeit, welche durch die Arbeit verschiedenster Gremien und Institutionen in der Politik und der Gesellschaft angekommen sei. Heutzutage finde das Thema laut Fr. Schoeller, der Mitautorin von Fr. Bühren, sogar Eingang in die Koalitionsvereinbarung der Regierung. Insbesondere im Gesundheitssektor sei die Problematik von Fachkräftemangel auf Grund unattraktiver Schicht- und

Arbeitsmodelle jedoch nach wie vor frappierend (Interview mit Schoeller, Annegret E. (Hrsg. Handbuch), 11.07.2011).

Bis zur Etablierung dieser Thematiken in Politik und Gesellschaft war es laut Bühren jedoch ein weiter Weg: Beim Deutschen Ärztetag 2002 stellte Bühren „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ vor, was laut ihrer Aussage ein aufsehenerregender Titel war und inhaltlich die mangelnde Vereinbarkeit von Kind und Karriere für Frauen in der Medizin anprangerte. Die Reaktionen des Auditoriums fielen eher zurückhaltend aus: Es sei für den Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu wenig Geld vorhanden, zumal der Bedarf an diesen darüber hinaus als gering erachtet wurde. Das folgende Best Practice Beispiel wird dem Handbuch der Bundesärztekammer entnommen.

3.2.1 Best Practice: Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Murnau

Um den wirtschaftlichen Nutzen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu beweisen, wandte sich Frau Bühren an die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau (BGU). Diese Einrichtung hat bereits seit mehr als 30 Jahren ein umfassendes Betreuungsangebot für Kinder jeden Alters auch während der Ferien und zu nahezu jeder Tageszeit etabliert (Interview mit Kinateder, Interview mit Kinateder, Erwin Michael (Verwaltungschef des UKM), 07.12.2011). Die Klinik erklärte sich bereit, die finanziellen Auswirkungen ihrer Betreuungseinrichtung zu untersuchen und führte eine Prognosstudie⁶ durch, die zu dem Ergebnis kam, dass die jährliche Bilanz aus den familienfördernden Angeboten einen Benefit von 136.720€ bringt (BG-Unfallklinik Murnau, 2008). Diese positive Bilanz ergibt sich vor allem aus den eingesparten Kosten, die das Unternehmen weniger aufbringen muss, weil es die Mitarbeitenden besser und langfristiger an sich bindet. Sie kehren bspw. aufgrund der gut ausgebauten Kinderbetreuungseinrichtung schneller wieder in den Beruf zurück als die Vergleichsgruppe und bleiben länger bei diesem Arbeitgeber. Dieser spart sich dadurch Überbrückungskosten, Ausschreibungs- und Einarbeitungskosten und generiert durch höhere Mitarbeiterzufriedenheit positive Sekundäreffekte.

⁶ Die Prognos AG führt seit 1959 Studien und Analysen in verschiedensten Themenfeldern durch und sieht sich als Berater für „Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft“. Siehe: <http://www.prognos.com/ueber-uns/die-prognos-ag/>, abgerufen am 01.09.2016.

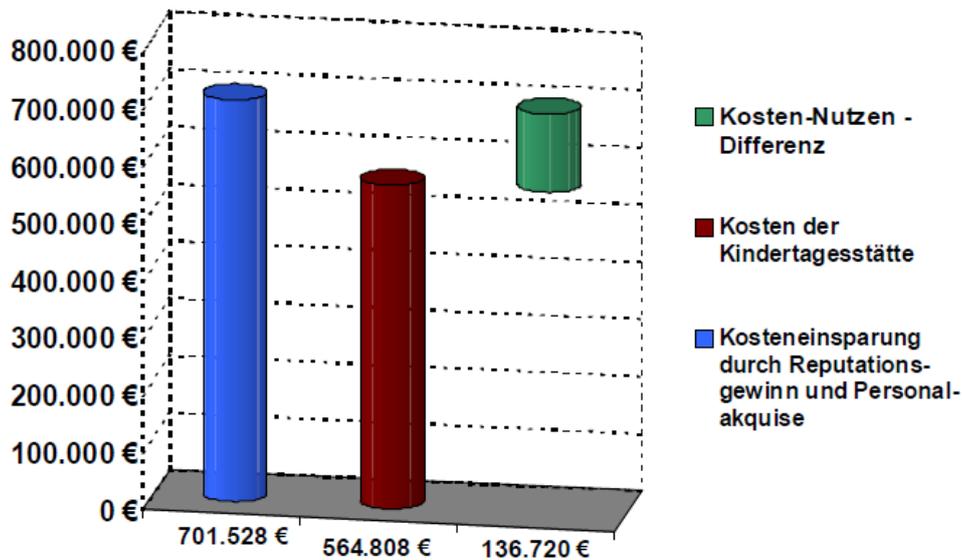


Abbildung 6. Kosten-Nutzen-Analyse der Etablierung einer Kindertagesstätte der BG-Unfallklinik Murnau 2008. (BG-Unfallklinik Murnau, 2008)

Einige Einrichtungen nehmen sich ein Beispiel an Murnau und besuchen das Klinikum, um von den Erkenntnissen zu profitieren. Dieses Best Practice Beispiel fand auch Eingang in das Handbuch für Familienfreundlichkeit.

3.3 Gleichstellungsstandards der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat sich im Jahr 2008 selbstverpflichtend durch die Festlegung von Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards der Förderung der Gleichstellung im Wissenschaftssystem verschrieben: „Ziele der Standards sind die Erhöhung des Frauenanteils in der Wissenschaft: Die Gleichstellungsmaßnahmen der Deutschen Forschungsgemeinschaft dienen dem Ziel, eine gleichberechtigte Beteiligung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in allen Bereichen des Wissenschaftssystems zu gewährleisten.“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG], 2013, S. 2)

Als indirekt verantwortlich für die Einführung der Standards seien Forderungen der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), des Wissenschaftsrats sowie die Offensive für Chancengleichheit gewesen (Interview mit Ferdi Schüth, 09.08.2011). Mit ein Anstoß für die Gleichstellungsstandards waren darüber hinaus die Gutachten im Rahmen der Exzellenzinitiative, die die schlechten Zustände in Deutschland auf diesem Gebiet monierten (Interview mit Mitarbeiterin der DFG, 08.08.2011). Bei der Besetzung der zuständigen Arbeitsgruppe (AG), deren Mitglieder ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausübten, war es von

großer Bedeutung, dass ein Mann den Vorsitz der AG übernimmt, um zu zeigen, dass dieses Thema alle angeht.

Die Gleichstellungsstandards sind ein hochschulweites und forschungspolitisches Instrument, welches keine Konsequenzen für die Anträge Einzelner, sondern die Verbesserung der Gesamtkonzepte zum Ziel hat. Durch die Berichte über die Umsetzung der Standards werden die einzelnen Hochschulen durch die Arbeitsgruppe bewertet und vier Kategorien zugeordnet, welche das Stadium der Umsetzung der Gleichstellung abbilden:

„Stadium 1: Erste Schritte zur Umsetzung wurden eingeleitet.

Stadium 2: Einige erfolgversprechende Maßnahmen sind bereits etabliert, weitere befinden sich noch in der Planung.

Stadium 3: Ein überzeugendes Gesamtkonzept ist überwiegend bereits implementiert.

Stadium 4: Ein bereits erfolgreich etabliertes Konzept wird weitergeführt und durch weitere innovative Ansätze ergänzt.“ (Schüth & Baer, S. 11)

Nach den letzten Berichten der Hochschulen 2009 wurden die 12 Hochschulen, welche sich im Stadium 4 befanden, veröffentlicht. Seit September 2011 sind nun auf Grund der aktuellen Berichte die Stadien aller Hochschulen abgebildet und auf der Seite der DFG nachvollziehbar (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG], 2011). Für die Einordnung in die vier Kategorien werden von der Arbeitsgruppe, bezogen auf die strukturellen und personellen Gleichstellungsstandards, folgende Bewertungskriterien zu Grunde gelegt: Die Maßnahmen der Universitäten werden auf ihre Durchgängigkeit, Transparenz, Kompetenz und ihre Wettbewerbsfähigkeit hin untersucht. Insgesamt bewertet die DFG ihr Konzept insofern als erfolgreich, als dass sie in den letzten Jahren eine durchgängige Verbesserung an den Hochschulen ausgemacht hat. Dieses Best Practice Beispiel fand auch Eingang in das Handbuch für Familienfreundlichkeit.

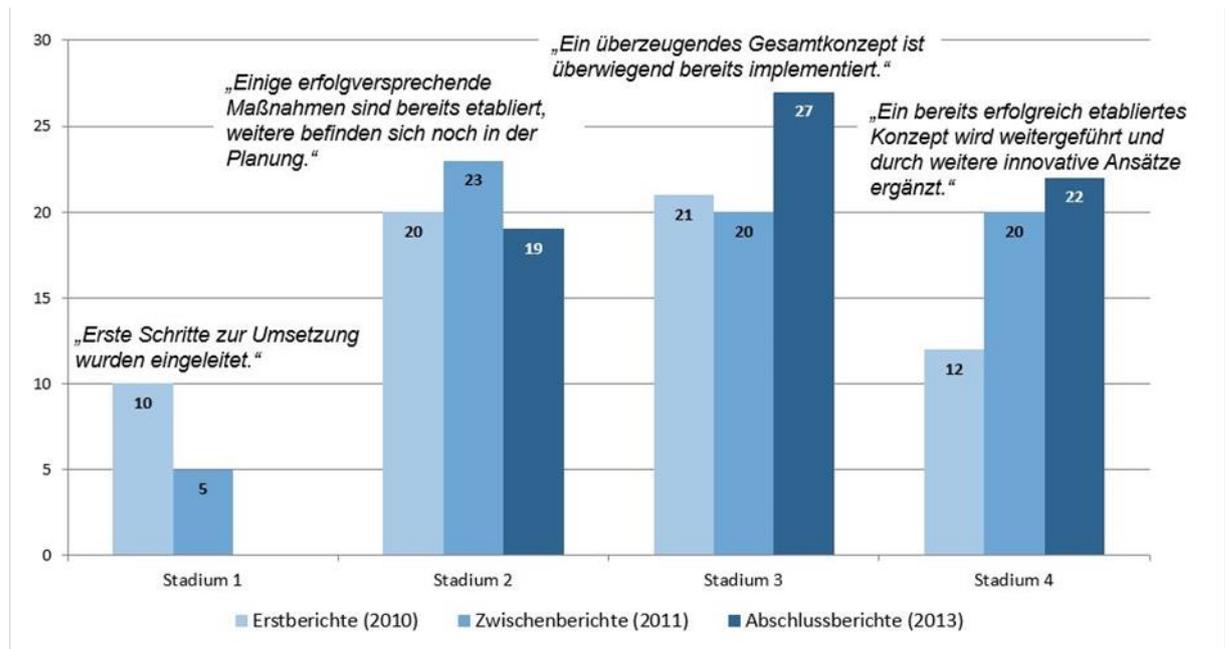


Abbildung 7. Verteilung der Hochschulen auf die Umsetzungsstadien (2010-2013).
Abbildung der Häufigkeit der Eingruppierung der Hochschulen in die jeweiligen Umsetzungsstadien. Tabelle der Arbeitsgruppe der DFG 2013 (DFG, 2013)

Auch die TUM hat sich von der Bewertung im Stadium 2 (2011) „Einige erfolgversprechende Maßnahmen sind bereits etabliert, weitere befinden sich noch in der Planung“ (DFG) hin zu Stadium 3 (2013) „Ein überzeugendes Gesamtkonzept ist überwiegend bereits implementiert“ verbessert. Die höchste Kategorie 4 „Ein bereits erfolgreich etabliertes Konzept wird weitergeführt und durch weitere innovative Ansätze ergänzt“ hat sie nicht erreicht (DFG).

Als Konsequenzen aus den Berichten ergeben sich eine höhere Begründungspflicht für Einrichtungen mit niedrigeren Stadien bei Anträgen in koordinierten Verfahren wie der Exzellenzinitiative, Sonderforschungsbereichen und Graduiertenkollegs in Bezug auf die Förderung der Gleichstellung (Interview mit Mitarbeiterin der DFG, Interview mit Mitarbeiterin der DFG, 08.08.2011). Zudem soll die offene Darstellung der Rangliste aller Universitäten ein Anreiz für Verbesserungen darstellen. In ihrem Abschlussbericht im Jahre 2013 beschreibt die Arbeitsgruppe der DFG also eine Verbesserung der „institutionellen und organisatorischen Umsetzung der Gleichstellung“, allerdings lässt die Steigerung der Frauenanteile in den Karrierestufen noch zu wünschen übrig (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG])

„Die Mitgliederversammlung der DFG am 3. Juli 2013 in Berlin beschloss daher, vorerst keine weiteren Berichte zu den Gleichstellungsstandards einzufordern und stattdessen die Entwicklung der Frauenanteile anhand einiger objektivierbarer Indikatoren in den Fokus zu nehmen. Dazu soll ein doppeltes Reporting-Verfahren dienen: Künftig sollen bei allen Förderanträgen für Sonderforschungsbereiche, Graduiertenkollegs und andere Forschungsverbände genaue Angaben darüber gemacht werden, wie viele Wissenschaftlerinnen auf welchen Qualifizierungsstufen beteiligt werden sollen. Über die Angaben in den einzelnen Anträgen hinaus soll künftig jede Hochschule einmal jährlich zentrale quantitative Aussagen zur Gleichstellungssituation an die DFG machen. Die Gleichstellungskonzepte in den Anträgen für koordinierte Verfahren der DFG, die auch jetzt schon verpflichtend sind, bleiben hiervon jedoch unberührt, sind also weiterhin erforderlich.“ (DFG)

Weiterhin wurden mit Hilfe eines Instrumentenkastens zahlreiche Best Practice Beispiele aufgezeigt, die allen Einrichtungen zur Nachahmung empfohlen werden. Mittels einer Suchmaschine kann man in den mehr als 200 Maßnahmen, die in einem festgelegten Verfahren von der GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V. und der DFG ausgesucht wurden, gezielt nach Vorschlägen für eine vergleichbare Institution suchen.

„Der Instrumentenkasten bietet wissenschaftlichen Einrichtungen, Gleichstellungsbeauftragten sowie Forscherinnen und Forschern eine strukturierte Informationsbasis über Modellbeispiele von Chancengleichheitsmaßnahmen. Ziel ist es, die Bandbreite von vorbildlichen Praxisbeispielen zu präsentieren und einer gezielten und individuellen Recherche zugänglich zu machen.“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG])

In den sechs Kategorien „Personal/ Nachwuchs“, „Vereinbarkeit“, „Wissenschaftskultur“, „Organisationsentwicklung“, „Gender in Forschung und Lehre“ und „Qualitätssicherung“ kann man nach Ideen und Anregungen anderer Einrichtungen suchen und sich zu Maßnahmen inspirieren lassen (DFG). Im Folgenden werden zwei solcher Maßnahmen aus den Bereichen Vereinbarkeit und Personal/Nachwuchs exemplarisch beschrieben. Mit Hilfe der vorliegenden Studie werden deren mögliche Wirksamkeit am Klinikum rechts der Isar untersucht.

3.3.1 Best Practice: Titelverleihung „Familienfreundliche Einrichtung“

Ein Beispiel, welches im Instrumentenkasten der DFG zu finden ist, ist die jährliche Verleihung des Titels „Familienfreundliche Einrichtung“. Die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald würdigt durch diesen Preis die Bemühungen einzelner Hochschulbereiche oder Einrichtungen zum Thema Vereinbarkeit von Studium und Familie sowie Beruf und Familie. Neben einer Urkunde werden 100€ als Zuschuss zu weiteren familienfreundlichen Aktionen verliehen. Auch wenn die Summe des Preisgeldes eher Symbolcharakter hat, soll die Reputation des Preises, ähnlich der Lehrpreise, einen Anreiz

für familienfreundliche Maßnahmen schaffen. Außerdem bringt eine derartige Ausschreibung und Preisverleihung das Thema einmal mehr ins Bewusstsein der Hochschule.

„Alle Studentinnen und Studenten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgerufen, Einrichtungen, Bereiche, Institute oder Professuren der Ernst-Moritz-Arndt-Universität einschließlich der Universitätsmedizin für dieses Zertifikat vorzuschlagen. In der vorgeschlagenen Einrichtung sollte in vorbildlicher Weise auf die Vereinbarkeit von Studium oder Beruf und Familie geachtet werden. Für die Balance zwischen Kindererziehung und anderen familiären Betreuungsaufgaben auf der einen Seite und Studium und Beruf/wissenschaftlicher Karriere auf der anderen sollte eine offene, kreative und solidarische Atmosphäre herrschen.“ (Universität Greifswald)

3.3.2 Best Practice: Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“⁷

Die Ruhr-Universität Bochum hat 2008 folgende Leitlinie herausgebracht: „Fairer Umgang am Arbeits- und Studienplatz. Richtlinie zum Schutz vor Benachteiligung, Diskriminierung, sexualisierter Gewalt und Mobbing.“ (Ruhr-Universität Bochum) Durch die Beschreibung solcher Tabu-Themen möchte die Universität Benachteiligung, Diskriminierung, sexualisierte Gewalt und Mobbing enttabuisieren und dafür sensibilisieren. Gleichzeitig gibt sie eine Anleitung, wie man als Betroffene*r oder Beobachter*in handeln kann und sollte. Ausgehend von der Richtlinie hat sich ein Arbeitskreis konstituiert, der in einem jährlichen Arbeitsbericht alle entgegengenommenen Beschwerden auf diesem Gebiet zusammenstellt und deren Verläufe und Ausgänge schildert. Zudem entwickelt der Arbeitskreis Maßnahmen zur Prävention gegen die oben genannten Themen (DFG). Da der Personalrat des Klinikums rechts der Isar eine ähnliche Leitlinie herausgegeben hat ist es interessant, die Bekanntheit und mögliche Umsetzung einer solchen Schrift innerhalb der zu untersuchenden Institution zu analysieren.

3.4 Audit berufundfamilie

Ein Instrument, um Unternehmen oder öffentliche Einrichtungen bei einer familienfreundlichen Personalpolitik zu unterstützen, ist das Audit berufundfamilie der Hertie-Stiftung. Die gemeinnützige Stiftung berät seit 1998 Firmen in ganz Deutschland in Hinblick auf ein familienfreundlicheres Personalmanagement⁸. Als Zeichen für eine erfolgreiche Umsetzung vergibt die Stiftung ein Qualitätszertifikat, welches die

⁷ Diese Maßnahme ist mittlerweile nicht mehr im Instrumentenkasten zu finden, wäre aber vermutlich unter der Kategorie „Personal/Nachwuchs“ eingeordnet worden.

⁸ Zu diesem Zwecke gründete sie die berufundfamilie gGmbH, aus welcher die berufundfamilie Service GmbH hervorging, die heute die europaweiten Markenrechte am audit inne hat.

Unternehmen in ihren öffentlichen Auftritten verwenden dürfen: „Mehr als 40 Prozent der DAX-Unternehmen, 29 Prozent der Hochschulen und alle oberen Bundesbehörden sind zertifiziert.“ (Audit berufundfamilie, 2016e, S. 3)

Als Hintergrund für das Engagement der Stiftung beschreibt ein Vorsitzender des Vorstandes den Fachkräftemangel. Da gut ausgebildetes Personal immer knapper werde, müsse man als Unternehmen den Fokus auf hoch qualifizierte Frauen legen, die eine andere Anspruchshaltung an ihr Berufsleben hätten als ihre männlichen Kollegen: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Um diese Anspruchshaltung zu befriedigen, legt ein Auditor der Stiftung gemeinsam mit der Geschäftsleitung die Ziele der Auditierung individuell fest. In einem anschließenden Workshop werden möglichst viele Hierarchieebenen in die Erarbeitung einer entsprechenden Umsetzung involviert. Dieser Prozess dauert in der Regel drei Monate und ist mit der Vereinbarung von konkreten Zielen und Maßnahmen abgeschlossen. Bereits mit dieser Zielvereinbarung kann die entsprechende Einrichtung das Zertifikat für ihre Außendarstellung verwenden. Die Kosten für eine Auditierung belaufen sich je nach Einrichtungsgröße auf zwischen 4.500€ und 19.500€ (Audit berufundfamilie, 2016d). Um das Zertifikat behalten zu dürfen, muss das Unternehmen jährlich Berichte an die Stiftung erstatten. Nach drei Jahren erfolgt eine Reauditierung, bei welcher das Erreichen der vereinbarten Ziele überprüft und neu festgelegt werden (Audit berufundfamilie, 2016c).

Die einzelnen Organisationen werden durch einen Fragebogen im Grad ihrer Familienfreundlichkeit bewertet und durch den Vergleich mit ähnlichen Firmen in der gleichen Branche und Größenordnung verglichen. Zudem wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, welche die Einschätzungen der verschiedenen Hierarchieebenen der Einrichtung zu den Themen der Vereinbarkeit zueinander ins Verhältnis setzt. Dadurch entsteht ein Benchmarking, das den Unternehmen zeigt, wie sie im nationalen Vergleich stehen (Audit berufundfamilie, 2016e).

Inhaltlich werden mit der Auditierung acht Handlungsfelder bearbeitet: „Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Arbeitsort, Informations- und Kommunikationspolitik, Führungskompetenz, Personalentwicklung, Entgeltbestandteile/ geldwerte Leistungen und Service für Familien“ (Audit berufundfamilie, 2016a). Hinter diesen acht Handlungsfeldern verbirgt sich nach Angaben der Stiftung vor allem eine moderne Unternehmenspolitik, die auf die einzelnen Mitarbeitenden individuell eingeht, deren Bedürfnisse erkennt und befriedigt. Bei der Gestaltung von Lösungen ist vor allem Flexibilität in den Bereichen

Arbeitszeit, Arbeitsort und -Organisation von Seiten der Einrichtungen gefragt. Zudem setzt das audit berufundfamilie auf die Vorbildfunktion der Führungskräfte, die sich offen für Familienfreundlichkeit einsetzen und dies innerhalb der Einrichtung und nach außen hin kommunizieren sollen. Ein hauseigener Familienservice ist darüber hinaus in immer mehr Unternehmen zu finden und wird von der Stiftung besonders befürwortet. Dabei soll der Fokus nicht nur auf die Betreuung von Kindern gelegt werden, sondern es soll auch die Pflege von bedürftigen Angehörigen berücksichtigt werden.

Alle auditierten Unternehmen und öffentliche Einrichtungen werden automatisch Teil des Netzwerks von berufundfamilie, welches branchenähnliche Unternehmen zu Treffen einlädt, damit diese sich über die Thematik der Vereinbarkeit austauschen und gemeinsam konkrete Maßnahmen vorstellen und weiterentwickeln können (Audit berufundfamilie, 2016b). Zudem bietet berufundfamilie Seminare und Workshops für zertifizierte und nicht-zertifizierte Einrichtungen an, bei denen verschiedene Themen rund um das Thema Vereinbarkeit behandelt werden. Außerdem gibt es diverse Publikationen, in denen das Thema aufgegriffen wird und Lösungswege und -Strategien aufgezeigt werden (Audit berufundfamilie, 2016d).

Die Technische Universität München ist seit dem 26.03.2007 zertifiziert, insgesamt sind 125 Hochschulen deutschlandweit von berufundfamilie zertifiziert. Kliniken und Krankenhäuser sind 51 Mal in der Liste der zertifizierten Unternehmen zu finden, davon 7 Uniklinika (Audit berufundfamilie, 2016e). Auf Initiative von berufundfamilie wurde auch 2005 das Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (FFP) gegründet und bis 2010 von ihr gefördert. Diese Einrichtung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Steinbeis-Hochschule Berlin erforscht mit dem Hintergrund der Politik- und Wirtschaftswissenschaften die Rolle von Unternehmen in der Gesellschaft in Hinblick auf die familienfreundliche Personalpolitik und deren Effekte. Bis 2010 wurde das FFP auch von berufundfamilie gefördert (Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik). Mit der Untersuchung „Betriebswirtschaftliche Effekte einer familienbewussten Personalpolitik“ (Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, 2008) hat das FFP 2008 nachgewiesen, dass familienfreundliche Unternehmen wichtige Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren weniger familienfreundlichen Mitbewerbern haben. Durch die Familienfreundlichkeit sind sie für Mitarbeitende attraktiver, es bewerben sich mehr Fachkräfte pro Stelle und auch Initiativbewerbungen sind häufiger als bei Vergleichsunternehmen mit einem geringeren Index für Familienfreundlichkeit. Darüber

hinaus sparen sich familienfreundliche Einrichtungen Mittel die durch Fehlzeiten, Mitarbeitersuche und Wiedereingliederungskosten entstehen, da die Firmenangehörigen länger und fester an das Unternehmen gebunden bleiben. Auch bei der Kundenbindung ist ein hoher Index für Familienfreundlichkeit von Vorteil. Der Index wird durch einen Fragebogen mit 21 Punkten ermittelt, welcher von berufundfamilie entwickelt wurde (Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, 2008).

3.4.1 Best Practice: Telearbeit am Universitätsklinikum Ulm

Die Hertiestiftung (bzw. die berufundfamilie Service GmbH) veröffentlicht eine Liste aller zertifizierten Einrichtungen in Kurzportraits, so dass sich durch diese positiven Beispiele auch andere Unternehmen und Organisationen anregen lassen können (Audit berufundfamilie, 2016e). Im Kurzportrait des Universitätsklinikums Ulm ist neben dem Ausbau der Kinderbetreuung auch die Einführung von Telearbeit als eingeführte Maßnahme aufgelistet. Das Universitätsklinikum in Ulm ist seit 2008 von der Hertiestiftung mit dem Zertifikat berufundfamilie ausgezeichnet und verschreibt sich der Vereinbarkeit von Karriere und Familie: „Unser Ziel ist es, am Universitätsklinikum Ulm eine zukunftsweisende familienbewusste Unternehmenskultur fortwährend zu fördern und aufzubauen. Mit diesen Seiten wollen wir Ihnen eine wertvolle Hilfestellung rund um das Thema ‚Beruf, Karriere und Familie‘ bieten.“ (Universitätsklinikum Ulm). Auf dessen Homepage gibt das Klinikum detailliert Auskunft über die verschiedenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung, der Pflege von Angehörigen und alle Hinweise und Formulare zum Wiedereinstieg, der Überbrückung und der finanziellen Unterstützung während und nach der Schwangerschaft (Universitätsklinikum Ulm). Insbesondere die Möglichkeit zur Einführung von Telearbeit an einer Universitätsklinik wird in der vorliegenden Studie untersucht, weshalb detaillierte Informationen dazu von der Verantwortlichen in Ulm, Frau Dr. Katrin Dietrich, eingeholt wurden. Laut einem Telefoninterview mit Frau Dr. Dietrich (Interview mit Fr. Dr. Dietrich, 16.12.11) wurde die Telearbeit 2010 mit dem Personalrat abgesprochen und eingeführt. Jeder und jede Mitarbeitende von den insgesamt ca. 6000 kann mit Hilfe eines Formulars den Antrag auf Telearbeit stellen. Dieser Antrag ist von der nächsthöheren Hierarchieebene zu bewilligen und wird nach erfolgreicher Bewertung umgesetzt. Dabei ist es prinzipiell allen Mitarbeitenden aus allen Bereichen möglich, einen Heimarbeitsplatz zu beantragen, egal ob sie in der Verwaltung oder Krankenversorgung tätig sind. Damit die Patientendaten geschützt sind, wird der Heimarbeitsplatz mit einem VPN-Zugang ausgestattet, der eine sichere Verbindung zum Kliniknetz gewährleisten soll. Zum Zeitpunkt

des ersten Gesprächs mit Frau Dr. Dietrich hatten ungefähr 30 Mitarbeitende von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Nach circa drei Jahren Erfahrung berichtet Frau Dietrich von sehr heterogenen Erfahrungen mit der Telearbeit. Manche Mitarbeitende haben sich den Heimarbeitsplatz nach einigen Monaten wieder rückbauen lassen, da die Ablenkung zu Hause zu groß war, um konzentriert arbeiten zu können. Andere Mitarbeitende berichten sehr positiv von der Umsetzung der Telearbeit (Interview mit Fr. Dietrich, 03.05.2013).

3.5 Zusammenfassung

In den vorhergehenden Kapiteln werden exemplarisch Maßnahmen vorgestellt, die aus den Sektoren Politik, Ärzteschaft, Forschung und Wirtschaft ins Leben gerufen wurden, um die Vereinbarkeit von Karriere und Familie für die Mitarbeitenden zu verbessern. Alle vorgestellten Interventionen arbeiten mit Vorschlägen für positive Beispiele die auch von Kliniken angewendet werden sollen. Manche bieten konkrete Anreize, wenige arbeiten mit negativen Sanktionen für die Kliniken.

Der Runde Tisch zur Vereinbarkeit bspw. hat als ein Ziel die Etablierung eines Forums für Best Practice Beispiele. Das Handbuch der Bundesärztekammer will die Aufmerksamkeit für das Thema schärfen und den Verantwortlichen in den Einrichtungen die Möglichkeit geben, Verbesserungspotential zu erkennen und Maßnahmen zur Implementierung mit an die Hand zu geben. Dafür stellt es zahlreiche Maßnahmen vor, wie bspw. die Kindertagesstätte des Krankenhauses in Murnau, die einen wirtschaftlichen Nutzen nachweisen konnte. Die DFG möchte den Frauenanteil in der Wissenschaft erhöhen und bietet in einem Instrumentenkasten dafür ebenfalls zahlreiche Ideen für die einzelnen Einrichtungen, um zum Beispiel Anreize für eine erhöhte Familienfreundlichkeit oder mit regulativen Maßnahmen ein besseres Arbeitsklima zu schaffen. Das Audit berufundfamilie arbeitet ebenfalls mit Rollenvorbildern und schlägt bspw. mit der Umsetzung von Telearbeit unter anderem strukturelle Methoden vor, um die Vereinbarkeit zu verbessern.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Beweggründe für die oben aufgeführten Institutionen, die beschriebenen Maßnahmen zu implementieren, sehr heterogen sind. Sie reichen von der Befürchtung eines drohenden Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich über persönliche Erfahrungen von Einzelnen bis hin zum Ziel der Gleichstellung der Geschlechter.

Dabei scheint das Arbeiten mit Best Practice Beispielen eine weit verbreitete Methode, die gewünschten Veränderungsprozesse anzustoßen. Um diese Wirkung zu überprüfen, werden die Chefärztinnen und Chefärzte des Klinikums rechts der Isar exemplarisch mit den Instrumenten und Beispielen konfrontiert und nach deren Kenntnis, Bewertung und Nutzen befragt.

4 Fragestellung

Aus den vorhergehenden Kapiteln wird deutlich, dass gerade im universitätsmedizinischen Umfeld ein Mangel an Vereinbarkeit von Karriere und Familie vielfach belegt und beschrieben wurde. Dadurch werden vor allem Ärztinnen darin benachteiligt, eine universitäre Karriere zu verfolgen und parallel dazu eine Familie zu gründen. Obschon seit mehreren Jahrzehnten mehr Frauen einen Abschluss im Humanmedizinstudium machen als Männer und somit die Mehrheit an Assistenzarztpositionen besetzen, ändert sich nicht automatisch etwas an der Struktur der Kliniken oder den Geschlechterverhältnissen in den Führungsebenen.

Die Verantwortlichen aus verschiedenen Sektoren der Politik, Wirtschaft und Wissenschaft reagieren und reagierten mit der Einführung verschiedener Maßnahmen bereits auf diese deutlich gewordenen Problematiken. Auch die Einrichtungen selber, wie die TUM und das MRI, versuchen bereits die Vereinbarkeit mit verschiedenen Mitteln zu verbessern.

Nun ist bislang nicht hinreichend untersucht, ob die Chefärztinnen und Chefärzte einer Universitätsklinik sich dieser Probleme bewusst sind, ob die Vereinbarkeit in ihrem Leben und dem ihrer Mitarbeitenden überhaupt eine Rolle spielt, ob und wie die eingeführten Maßnahmen bei den Chefärzt*innen einer Universitätsklinik Wirkung zeigen.

In der vorliegenden Studie soll deshalb erfasst werden, was Entscheidungsträger*innen von Kliniken und Instituten einer medizinischen Fakultät bzw. einem Universitätsklinikum unter Vereinbarkeit von Familie und Beruf/ Karriere verstehen, wie sie diese in ihrem Umfeld erleben und umsetzen. Weiterhin soll analysiert werden, inwiefern die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aktuelle gesellschaftspolitische Instrumente zu diesem Thema wahrnehmen, bewerten und ggf. bereits anwenden.

Im Einzelnen teilt sich die Studie in zwei Teile mit folgenden Fragestellungen:

Teil 1: Vereinbarkeit von Familie und Beruf/ Karriere

In diesem Teil wird untersucht, was Entscheidungsträger*innen in Hinblick auf Idealvorstellungen, Umsetzung im realen Alltag und bzgl. zukünftigen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen. Weiterhin wurde explizit nach den Themen Geschlechterspezifika und Pflege von Angehörigen gefragt.

Folgende spezifische Fragestellungen werden fokussiert:

1. Idealvorstellungen: Was verstehen Entscheidungsträger von Kliniken und Instituten am Klinikum rechts der Isar unter Vereinbarkeit von Familie und Beruf/ Karriere, wie beschreiben sie diesbezüglich ihre eigenen Ideale und wie nehmen sie die Ideale ihrer Mitarbeitenden wahr?
2. Umsetzung im Alltag: Wie beschreiben Entscheidungsträger die Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere im realen Alltag, inwiefern sind diese kongruent mit den vorher beschriebenen Idealvorstellungen und welche konkreten Maßnahmen wurden bereits zur Verbesserung der Vereinbarkeit getroffen?
3. Entwicklungen und Verbesserungspotentiale: Welcher Handlungsbedarf und welche Voraussetzungen zur Verbesserung werden gesehen? Welche Chancen und Schwierigkeiten werden beschrieben?
4. Spezifische Themen: Werden zu Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere geschlechterspezifische Unterschiede wahrgenommen? Inwiefern wird die Pflege von Angehörigen in Verbindung mit Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere wahrgenommen?

Teil 2: Gesellschaftspolitische Maßnahmen

In diesem Teil wird untersucht, inwiefern drei aktuelle gesellschaftspolitische Maßnahmen zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere (a) Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer (BÄK), (b) Gleichstellungsstandards der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), (c) Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung/berufundfamilie Service GmbH, von den Entscheidungsträger*innen wahrgenommen und bewertet werden.

Spezifische Fragestellungen:

1. Inwiefern werden die Maßnahmen im Einzelnen wahrgenommen?
2. Wie werden diese allgemein inhaltlich und vom praktischen Nutzen her bewertet?
3. Wie werden exemplarisch konkrete „Best Practice“ Beispiele der verschiedenen Maßnahmen eingeordnet?

5 Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine qualitative Forschungsmethode gewählt, um Verhaltensweisen aus Sicht der handelnden Individuen zu erklären. Qualitative Forschung hat dabei das Ziel, „(...) Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“ (Flick, Kardorff & Steinke, 2007, S. 14) Dabei kann es durchaus sein, dass den Handelnden die Bedeutung ihrer Handlung gar nicht bewusst ist, aber von den Forscherinnen und Forschern aufgenommen und analysiert werden kann.

Zur Untersuchung werden verschiedene Methoden und Instrumente verwendet, welche in diesem Kapitel vorgestellt werden. Zunächst werden das Forschungsfeld und die Stichprobe in ihrer Umgebung, dem Klinikum rechts der Isar, beschrieben. Durch die Darstellung der bereits umgesetzten Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit soll ein Eindruck von der Arbeitsumgebung vermittelt werden, die Gegenstand des Interesses ist. Zum anderen wird die Stichprobenziehung von den 15 Chefärzt*innen dargelegt, die Teil der Studie sein sollen.

Im Anschluss daran werden die konkret verwendeten Instrumente und die Durchführung der Studie dargelegt. Die leitfadensorientierten Interviews und dessen Fragenkatalog werden erläutert sowie die Interviewsituationen beschrieben. Das Auswertungsverfahren wird in dessen Umsetzung skizziert, dabei wird zunächst die Entstehung des Kodierleitfadens erklärt. Danach werden die Attributionstheorie und die Typisierung als Gruppierungsmethode in ihrer Anwendung auf die vorliegende Studie vorgestellt.

5.1 Forschungsfeld und Stichprobe

Als Universitätsklinikum der Technischen Universität München (TUM) ist das Klinikum rechts der Isar (MRI) eine von zwei Universitätskliniken in München. Es hat laut eigenen Angaben 5500 Mitarbeitende, hier werden 39.000 Operationen pro Jahr durchgeführt, es beherbergt über 30 verschiedene Kliniken und Institute und bildet 1500 Medizinstudierende aus (Klinikum rechts der Isar).

Das Klinikum hat in Hinblick auf die vorgestellten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit keine Auszeichnung für einen familienfreundlichen Arbeitsplatz und keine weitverbreitete Etablierung von Telearbeitsplätzen. Es gibt jedoch eine betriebliche Kindertagesstätte und eine Richtlinie des Personalrats „Miteinander statt Gegeneinander“.

In einer internen Studie der Frauenbeauftragten wurden 338 am TUM MRI tätige Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe eines Fragebogens zu ihrer beruflichen und privaten Situation und zu ihren Erfahrungen mit der Vereinbarkeit am Klinikum befragt (Cramer et al., 2016). Männer sind deutlich stärker in Führungspositionen zu finden, besetzen weniger Teilzeitstellen, machen mehr Überstunden und sind karriereorientierter: 52% der Frauen streben im Vergleich zu 20% der Männer keine Habilitation an. Bei den Ärztinnen stellen 70% der Frauen ihren Kinderwunsch aus beruflichen Gründen zurück. Ihre Facharztausbildung verzögert sich im Geburtenfall um 26 Monate, bei Männern um drei, wenn die Partnerin ein Kind bekommt. Bei den karriereorientierten Ärztinnen und Ärzten finden 76% die Vereinbarkeit am MRI schwierig, in der Gesamtkohorte sind es 54%. Vergleicht man die Frauen, die eine Karriere anstreben, mit denen ohne Karriereambitionen, so stellt man fest, dass sie genauso viele Kinder bekommen, aber später (nach dem Facharzt) und im Durchschnitt weniger Elternzeit in Anspruch nehmen (12 statt 24 Monate) (Cramer et al., 2016).

5.1.1 Forschungsfeld Klinikum rechts der Isar (in Hinblick auf Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit)

Damit untersucht werden kann, in welchem Umfeld sich die Befragten momentan in Hinblick auf die Vereinbarkeit von Karriere und Familie befinden, wird im Folgenden dargestellt, welche Maßnahmen am MRI bereits ergriffen wurden, um die Gleichstellung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern. Auch die TUM hat eine Reihe von Maßnahmen etabliert und Institutionen geschaffen, um die Rahmenbedingungen für eine Gleichstellung in der Belegschaft zu verbessern. Gerade an einer technischen Universität ist es durch den hohen Männeranteil eine Herausforderung, Frauen zu fördern und für eine familienfreundliche Umwelt zu sorgen, was unter anderem durch die Etablierung einer Frauenbeauftragten, der Einrichtung eines Gender-Zentrums, einem Familienservice und Kinderbetreuungsmöglichkeiten umgesetzt werden soll.

Die Technische Universität München (TUM) hat sich zum Ziel gesetzt, eine der attraktivsten technischen Hochschulen im Land zu werden, weswegen sich das Thema „Gleichstellung“ in allen wichtigen Leitlinien, Zielvereinbarungen und in der Qualitätssicherung wiederfindet. Momentan sind sowohl 33% der Studierenden als auch 33% des wissenschaftlichen Personals weiblich (Gender Zentrum TUM). Der Anteil der weiblichen Professorinnen liegt bei 14%. Zur weiteren Förderung des Frauenanteils wurde unter anderem das Gender-Zentrum unter der Leitung der Hochschulfrauenbeauftragten

errichtet. Eine Frauenbeauftragte, deren Ziel es ist, die Nachteile für Frauen in der gesamten Hochschule abzubauen, wurde bereits 1989 gewählt, während Fakultätsfrauenbeauftragte dafür Sorge tragen, dass weibliche Angestellte und Studentinnen bei Problemen wie Diskriminierung, Belästigung oder Benachteiligung eine offene Ansprechpartnerin haben. Zudem bietet die TUM zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Studium einen Familienservice an, der neben seinen Beratungsangeboten auch finanzielle Unterstützung gewährt. Laut Gender-Zentrum pflegen mehr Studierende ihre Angehörigen, als dass sie durch die Betreuung ihrer Kinder in Anspruch genommen werden. Durch diese Tatsache veranlasst, will sich der Familienservice zukünftig auch des Themas „Elder Care“ annehmen (Technische Universität München (TUM) - Gender Zentrum, 2011). Die Hochschulleitung fördert und unterstützt eine nachhaltige Gleichstellung an den Fakultäten durch die gemeinsame Einführung von Konzepten und finanziellen Ressourcen. Durch die erfolgreiche Auditierung durch die berufundfamilie GmbH wird die TUM seit 2007 mit dem audit familiengerechte Hochschule ausgezeichnet. Ziel des Audits, welches sowohl Unternehmen als auch Hochschulen zertifiziert, ist die Umsetzung von familienfreundlichen Studien- und Arbeitsbedingungen (Audit berufundfamilie, 2016a).

Da die Angehörigen des Klinikums rechts der Isar in ihrem Alltag kaum Berührungspunkte mit den Maßnahmen der TUM haben, wird auf eine detaillierte Darstellung dieser verzichtet.

Am Klinikum rechts der Isar sind vor allem drei Maßnahmen zu untersuchen, welche zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen sollen. Zum einen die Dienstvereinbarung des Klinikums, die auf Anraten des Personalrats etabliert wurde, sowie weiterhin die Kinderbetreuungseinrichtungen, die sich auch noch im Ausbau befinden. Zudem beschäftigt das Klinikum seit 2012 eine Referentin für Chancengleichheit, deren Tätigkeiten ebenfalls im folgenden Kapitel dargestellt werden.

Auf der Grundlage der Dienstvereinbarung der TUM entstand die Dienstvereinbarung zwischen dem Klinikum rechts der Isar und dessen Personalrat. Ziel des Schriftstückes war es, laut Aussage des Personalrats, ein Instrument an der Hand zu haben, auf das man sich berufen und Betroffene auch gegenüber höheren Hierarchieebenen unterstützen kann (Interview mit Erich Parzinger, 12.12.11). Die Vereinbarung trat im November 2009 in Kraft (Klinikum rechts der Isar & Personalrat, 2010). Diese Vereinbarung will die Mitarbeitenden schützen vor Mobbing, sexuellem Missbrauch oder Diskriminierung. Sollten Fälle bekannt werden, in denen Mitarbeitende solchen Bedrohungen ausgesetzt waren, sollen sie durch das geltende Arbeitsrecht geahndet werden. Diese Vereinbarung gilt für alle Mitarbeitenden des

Klinikums und verpflichtet diese, für ein „gutes Betriebsklima“ Sorge zu tragen (Klinikum rechts der Isar & Personalrat, 2010). Im Gegenzug verpflichtet sie den Klinikumsvorstand dazu „persönliches Fehlverhalten zu unterbinden und alles ihm Mögliche zu tun, um alle am Klinikum rechts der Isar Beschäftigten zu schützen.“ (Klinikum rechts der Isar & Personalrat, 2010, S. 12)

„Miteinander statt Gegeneinander“ regelt darüber hinaus, welche Verhaltensweisen im Einzelnen geahndet werden, welche Strukturen dafür verantwortlich sind und wie im Einzelfall bei Beschwerden von Betroffenen und Verantwortlichen vorzugehen ist. Zusätzlich sind darin eine Reihe von Präventionsmaßnahmen aufgeführt, die vollzogen werden müssen, um derartige unliebsame Vorfälle zu vermeiden, wie beispielsweise Schulungen, das Führen von Mitarbeitergesprächen oder auch die Verbreitung der Dienstvereinbarung.

Im Angebot entsprechender Instrumente der DFG sind derartige Dokumente, wie hier von der TUM und dem Klinikum rechts der Isar beschrieben, als Best Practice Beispiele enthalten, um eine Grundlage für eine gute Politik der Gleichstellung zu schaffen (DFG). Laut Personalratsangaben wurde die Vereinbarung „Miteinander statt Gegeneinander“ über alle verfügbaren Kanäle verbreitet. Wie bekannt Mitarbeitenden und Leitenden dieses Dokument im Alltag ist und wie sehr es Anwendung findet, muss jedoch untersucht werden.

Das Klinikum rechts der Isar bietet für seine ca. 5000 Mitarbeitenden eine Kinderbetreuung an (Klinikum rechts der Isar): In der Krippengruppe finden 47 Kinder von 0-3 Jahren Platz, während in der Kindergartengruppe 21 Kinder im Alter von 2 Jahren bis Schuleintritt betreut werden. Die Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtung sind von 6.30 – 17.00 Uhr. Während der Sommer-, Pfingst- und Weihnachtsferien hat die Einrichtung größtenteils geschlossen, genauso an Brückentagen.

Im Dezember 2012 stellte die Fakultät für Medizin eine Referentin für Chancengleichheit ein. Die Referentin soll gezielt Wissenschaftlerinnen unterstützen, indem sie diese in Karrierefragen und bei der Beantragung von Forschungsförderungen berät. Zu diesem Zweck wurde darüber hinaus die Koordinierungsstelle für Chancengleichheit und Karriereplanung (KeCK) geschaffen, in welcher unter anderem ein Mentor*innenprogramm für 16 Wissenschaftlerinnen verankert ist, die sich im Prozess der Habilitation befinden oder diesen initiieren möchten (Klinikum rechts der Isar).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass bereits einige Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Familie und Studium im Umfeld der TUM und des MRI umgesetzt wurden. Diese Maßnahmen, insbesondere das Angebot an Kinderbetreuungsangeboten, sind vermutlich in ihrer Anzahl für den Bedarf der Mitarbeitenden und Studierenden nicht ausreichend. Darüber hinaus darf bezweifelt werden, ob die Adressaten der Maßnahmen überhaupt Kenntnis davon haben und selbst wenn, inwieweit sie diese als nützlich betrachten (Dienstvereinbarung, Referentin für Chancengleichheit, Frauenbeauftragte, Genderzentrum). Viele der Maßnahmen zielen ausschließlich auf Personen mit Hochschulabschluss ab und vernachlässigen die Berufsgruppe der Pflegenden gänzlich, die genauso zum Klinikum gehört und einen vergleichbar hohen Frauenanteil hat. Inwieweit diese bestehenden Maßnahmen wahrgenommen werden und welche Bedarfe an dieser Stelle noch von den befragten Klinikdirektor*innen erkannt werden, wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht.

Das Klinikum rechts der Isar ist ein großer Arbeitgeber, dessen Mitarbeitende neben der Patientenversorgung noch einen Forschungs- und Lehrauftrag haben. In diesem Umfeld scheint es eine besonders große Herausforderung, den Forderungen nach einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie gerecht zu werden.

Die interne Mitarbeiterbefragung zeigt, dass sich das Klinikum rechts der Isar im Bundesdurchschnitt befindet, was die Angaben der Mitarbeitenden in Hinblick auf ihre Arbeitszufriedenheit, Karriereverläufe und Privatleben anbelangt (Cramer et al., 2016). Deshalb lässt eine Untersuchung des MRI Rückschlüsse auf alle Universitätskliniken in Deutschland zu und ist als Forschungsgegenstand gut geeignet.

5.1.2 Stichprobe

Aus der Gesamtmenge von 49 Einrichtungen (34 Kliniken und Abteilungen und 15 Institute), die dem Klinikum rechts der Isar zugeordnet sind, wurde eine repräsentative Zielstichprobe („purposive sampling“) von 15 Kliniken bzw. Instituten ausgewählt (Klinikum rechts der Isar). Dabei wurden die folgenden Faktoren der Auswahl zugrunde gelegt:

- 1. Bettenzahl

Die Anzahl der Betten soll einen Anhaltspunkt für die Aktivität einer Einrichtung in der Krankenversorgung abbilden. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass auch Kliniken ohne Betten stark in der Krankenversorgung tätig sein können, wie z.B. die Anästhesiologie.

- 2. Anzahl der ärztlichen Mitarbeitenden

Die Anzahl der ärztlichen Mitarbeitenden soll einerseits die Größe der Einrichtung abbilden, zum anderen dient der Faktor als Vergleichsinstrument für die zwei Folgenden Messgrößen.

- 3. Anzahl der ärztlichen Mitarbeiterinnen (weiblich)

Die Anzahl der weiblichen ärztlichen Mitarbeitenden einer Einrichtung unterscheidet sich zwischen den einzelnen Abteilungen am Klinikum rechts der Isar enorm. Für die Stichprobenziehung soll auch dieser Faktor berücksichtigt werden.

- 4. Anzahl der ärztlichen Mitarbeitenden in Teilzeitstellen

Die Möglichkeit von Teilzeitarbeit gilt als familienfreundliche Maßnahme.

- 5. Index der gewichteten Drittmittelsumme und des Impactfaktors (Forschung)

Dieser Faktor spiegelt die Forschungsstärke einer Einrichtung wieder.

Für jeden Faktor wird zunächst der Durchschnittswert aus allen Einrichtungen berechnet. Danach wird die Grundgesamtheit je Faktor aufgeteilt nach:

- deutlich über dem Durchschnitt (+)
- deutlich unter dem Durchschnitt (-)
- etwa im Durchschnitt (\emptyset)

Bei der Stichprobenziehung wird nun darauf geachtet, dass jeder Indikator in jeder Ausprägung berücksichtigt wird, um ein möglichst breites Spektrum an Merkmalen abzubilden (Prinzip der maximalen Variation (Merkens, 2007))

Dadurch ergibt sich folgende Stichprobe in alphabetischer Reihenfolge:

Tabelle 2. Stichprobe in alphabetischer Reihenfolge

| Einrichtung | Betten | Ärztl. MA | Ärztl. MA weibl. | Ärztl. MA TZ | Forschung |
|-------------------------------|---------------|------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|
| II. Medizinische Klinik | + | + | ∅ | ∅ | + |
| III. Medizinische Klinik | ∅ | ∅ | ∅ | ∅ | + |
| Anästhesie | - | + | + | ∅ | - |
| Chirurgie | + | + | ∅ | ∅ | ∅ |
| Dermatologie | + | + | + | + | ∅ |
| Frauenklinik | ∅ | ∅ | + | + | ∅ |
| Humangenetik | - | - | + | + | + |
| Kinderklinik | - | ∅ | + | + | ∅ |
| Klinische Chemie | - | - | - | - | - |
| Mund-, Kiefer-, Gesichtschir. | - | ∅ | - | ∅ | - |
| Neurologie | ∅ | + | ∅ | ∅ | + |
| Nuklearmedizin | - | ∅ | ∅ | ∅ | + |
| Psychiatrie | + | + | + | + | ∅ |
| Abt. Sportorthopädie | - | ∅ | - | - | - |
| Urologische Klinik | ∅ | ∅ | ∅ | - | - |

Anmerkung. +: Faktor ist überdurchschnittlich an dieser Einrichtung vertreten, -: Faktor ist unterdurchschnittlich, ∅: Faktor entspricht dem Durchschnitt.

Für die Testinterviews wurden zwei weitere Einrichtungen ausgewählt: die I. Medizinische Klinik und die Hals-Nasen-Ohren Klinik und Poliklinik. Die Klinikleitenden für die Testinterviews und die Interviews wurden telefonisch über deren Sekretariate um Interviewtermine gebeten, was in 13 Fällen zu einem baldigen Interviewtermin führte. Da zwei Interviewtermine nicht zu Stande kamen, wurden zwei weitere Klinikchef*innen

ausgewählt, deren Einrichtungen in den fünf für die Auswahl grundlegenden Faktoren den beiden ursprünglichen entsprachen.

Für die Studie ist darüber hinaus der familiäre Hintergrund der Befragten von Interesse, der in der folgenden Tabelle in bestimmten Kategorien abgebildet wird. Von den 15 Befragten ist lediglich eine Person weiblichen Geschlechts. 13 Personen sind verheiratet, davon lebt eine Person getrennt von der Partnerin, zwei sind das zweite Mal verheiratet und eine das dritte Mal. Einer der Befragten ist ledig und einer geschieden. Drei der Befragten sind kinderlos, alle anderen haben Kinder. Die meisten der Befragten (13) sind Vertreter eines klinischen Fachgebiets und haben eine C4-Professur (11).

Tabelle 3. Übersicht über die Interviewpartnerin und Interviewpartner und deren Hintergrund.

| Interviewpartner | Geschlecht | Geburtsjahr | Familienstand | Kinder | Fachspezifik | Professur |
|-------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|---------------------|------------------|
| A | m | 1962 | verheiratet, getrennt | Kinder | klinisch | W3 |
| B | m | 1950 | verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| C | m | 1954 | ledig | Keine Kinder | klinisch | C4 |
| D | m | 1951 | verheiratet | Kinder | theoretisch | C4 |
| E | w | 1960 | drei Mal verheiratet | keine Kinder | klinisch | C4 |
| F | m | 1952 | verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| G | m | 1948 | zwei Mal verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| H | m | 1962 | verheiratet | keine Kinder | klinisch | W3 |
| I | m | 1964 | geschieden | Kinder | klinisch | C4 |
| J | m | 1960 | verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| K | m | 1950 | verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| L | m | 1945 | geschieden, neu verheiratet | Kinder | klinisch | C4 |
| M | m | 1959 | verheiratet | Kinder | klinisch | W3 |
| N | m | 1966 | verheiratet | Kinder | theoretisch | W3 |
| O | m | 1953 | verheiratet | Kinder | klinisch | C3 |

5.2 Leitfadenorientiertes Interview

Um zu untersuchen, was Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger am Universitätsklinikum der TU München unter Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen, wurden die Leiterin und die Leiter der Kliniken, Institute und Abteilungen mittels semi-strukturierten und leitfadenorientierten Interviews befragt (Helfferich, 2011). Es gibt zahlreiche Formen der Interviewführung, welche sich unter anderem daran orientieren, ob

die Forschenden einen Katalog von vorformulierten Fragen abfragt oder eine sehr offene Form des Interviews führt, wie beispielsweise das narrative Interview, indem der Befragte zum Erzählen aufgefordert wird (Hopf, 2007). Eine häufige Variante, die auch in der vorliegenden Arbeit angewendet werden soll, ist das teilstrukturierte Interview, bei dem ein Leitfaden zur Orientierung in der Interviewsituation dient, aber die Reihenfolge der Fragen nicht festgelegt ist und auch Themen über den Fragenkatalog hinaus zur Sprache kommen können (Hopf, 2007). Dies stellt zum einen sicher, dass relevante Themen die zur Untersuchung der Fragestellung angesprochen werden müssen, nicht in Vergessenheit geraten. Andererseits hat der oder die Befragte die Möglichkeit, auch Aspekte zu äußern und Themen anzusprechen, die über den Leitfaden hinausgehen. Es ist darüber hinaus möglich, das Interview auf ein bestimmtes Erkenntnisinteresse hin zu fokussieren, man spricht in diesem Zusammenhang von einem problemzentrierten Interview (Witzel, 1982). Wie in der vorliegenden Arbeit kann man innerhalb eines semistrukturierten Interviews eine Problemzentrierung auf eine gesellschaftliche Problemstellung oder andere relevante Punkte vornehmen.

Im folgenden Kapitel wird die Anwendung des leitfadenorientierten Interviews vorgestellt, indem die Konstruktion des Leitfadens nach Ullrich (1999) und Mayring (2002) beschrieben wird. Mit Hilfe des Leitfadens werden die vier relevanten Themenkomplexe Vereinbarkeit von Karriere und Familie (A), Pflege von Angehörigen (B), Instrumente zur Verbesserung der Vereinbarkeit (C) und die dabei genannten Best Practice Beispiele (D) untersucht. Durch die Audioaufzeichnung während der Interviews wurden Daten gewonnen, transkribiert (Kuckartz, 2010; Meuser & Nagel, 1991) und zur Grundlage der Entwicklung des Kodierleitfadens verwendet (Meuser & Nagel, 1991; Schmidt, 2007). Mit Hilfe der Attributionstheorie können diese Aussagen auf ihre Ursachenzuschreibung hin untersucht und so die Erklärungsmuster der Befragten erkannt werden (Heider, 1977). Deshalb findet die Attributionstheorie in der vorliegenden Studie Anwendung, indem die einzelnen Aussagen innerhalb der Interviews auf ihre Verortung hin sortiert und analysiert werden. Durch eine Typisierung der Befragten sollen darüber hinaus die einzelnen Aussagen gegenübergestellt werden. Zum einen werden dadurch komplexe Zusammenhänge einfacher sichtbar und die Möglichkeit einer Generalisierung auf andere Kontexte möglich (Bohnsack, 2013; Kluge, 1999). Es konnten drei Typen von Befragten herausgearbeitet werden, die sich durch ihre Aussagen zu den Themenkomplexen Einstellung, Handlung und Integration ins eigene Lebenskonzept differenzieren ließen.

Die Entwicklung der Leitfragen erfolgte nach den vier „allgemeinen Kriterien für die Konstruktion eines Leitfadens“ (Ullrich, 1999, S. 12) und auf der Basis des „Ablaufmodells des problemzentrierten Interviews“ (Mayring, 2002, S. 71). Aufgrund der Fragestellung fiel die Entscheidung für die Umsetzung eines problemzentrierten, teilstrukturierten Interviews.

Die Konstruktion eines Fragebogens bewegt sich stets im Spannungsverhältnis zwischen der Bewahrung möglichst großer Offenheit, die im Interview beibehalten werden soll, und der nötigen Strukturierung, welche der Datengewinnung zu Grunde liegen soll (Ullrich, 1999). Für die Entwicklung des Fragebogens der vorliegenden Arbeit dienten deshalb die folgenden vier Fragen nach Ullrich als Leitlinie:

- „Warum wird die Frage gestellt?
- Wonach wird gefragt?
- Warum ist die Frage so formuliert?
- Warum steht die Frage an dieser Stelle?“ (Ullrich, 1999, S. 12)

Auf diese Weise wurden alle Fragen, die zur Beantwortung der Fragestellung relevant erschienen oder die für die Gewinnung von Hintergrundinformationen über die Befragten von Bedeutung waren, geprüft und in eine Reihenfolge gebracht.

Die erste Fassung wurde zwei weiteren Personen des Forschungsteams zur Begutachtung vorgelegt. Nach Berücksichtigung der Anmerkungen derer wurde der Fragebogen an verschiedenen Testpersonen (Expertinnen und Experten aus der Forschungsgruppe der Fakultät) auf die Verständlichkeit der Formulierungen, die Reihenfolge der Fragen und den Gesamtkontext hin geprüft. Von den geplanten Testinterviews mit zwei Klinikleitern hat auf Grund von Terminfindungsschwierigkeiten nur eines stattgefunden. Durch dieses Interview konnten noch einige Punkte im Fragebogen umformuliert werden, so dass die Fragestellung klarer herausgearbeitet wurde.

Der Leitfaden leitet sich aus den Forschungsfragen ab und umfasst 45 Fragen zu diversen Themenkomplexen (siehe unten⁹). Vor der Befragung werden den Experten die wichtigsten Informationen zum Forschungsprojekt gegeben, bevor mit Hilfe von Definitionen das im Rahmen der Studie maßgebende Verständnis der Begriffe Familie¹⁰ und Karriere¹¹ geklärt

⁹ Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

¹⁰ Aus dem Leitfaden: „Familie als Begriff, der alles umfassen soll, was sich im Privatleben der Individuen abspielt. Dabei muss es mit Verwandten oder verwandtschaftsähnlichen Bindungen zusammenhängen. Beispiele wären die Geburt von Kindern, die Pflege von Angehörigen oder die Führung des Haushalts.“

¹¹ Aus dem Leitfaden: „Karriere meint in der Studie nicht nur die Tätigkeit im Klinikum. Es soll auch der Aufstieg durch die gängigen Hierarchiestufen in einer angemessenen Zeit berücksichtigt werden.“

wird. Dies soll dazu dienen, zwischen den Interviews ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten herzustellen.

Der Leitfaden umfasst insgesamt vier Themenkomplexe:

- A) Vereinbarkeit von Karriere und Familie,
- B) Pflege von Angehörigen,
- C) Maßnahmen zur Vereinbarkeit Beruf und Familie (Handbuch der Bundesärztekammer, Gleichstellungsstandards der DFG, Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung, berufundfamilie Service GmbH)
- D) Best Practice Beispiele aus den genannten Instrumenten.

Zu A) Im Themenkomplex Vereinbarkeit von Karriere und Familie werden das eigene Ideal der Experten als auch das vermutete Ideal der Mitarbeitenden herausgearbeitet und mit dem gelebten Alltag an der Universitätsklinik abgeglichen. Dazu wird zunächst nach dem persönlichen Ideal einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie gefragt und darüber gesprochen, wie die Interviewten in ihren eigenen Lebensläufen ihre Familie und ihre Karriere arrangieren konnten. Im Anschluss daran wird ein Idealbild der Vereinbarkeit von Karriere und Familie an der Einrichtung der Beteiligten erfragt.

Nun sollen die Befragten schildern, wie aus ihrer Sicht die Meinung ihrer Mitarbeitenden zu dem Thema Vereinbarkeit aussieht. Ein Faktor, der als Grundlage für diese Aussage herangezogen werden kann, soll sein, ob die Mitarbeitenden an die Befragten Bedürfnisse in diese Richtung herantragen. Dabei sollen sie ggf. Unterschiede im Hinblick auf die Geschlechter aufzeigen. Aus den Antworten auf diese Fragen soll abgeleitet werden, wie sich die Ideale der Befragten mit der Umsetzung für sie selber und deren Mitarbeitenden decken und wie die Lebenswirklichkeit im Klinikum für alle Beteiligten aus Sicht der Interviewpartner ist. Außerdem wird den Befragten eine wissenschaftliche Definition von Vereinbarkeit von Karriere und Familie zur Bewertung vorgelegt¹² und der Handlungsbedarf für Maßnahmen in diesem Bereich retro- und prospektiv abgefragt.

Zu B) Anschließend wird die Pflege von Angehörigen behandelt. Nach einer kurzen Einführung in die Brisanz und Relevanz des Themas werden die Befragten nach dessen

¹² Vereinbarkeit meint die individuelle Vorstellung, dass Arbeits-, Freizeit- und Familienaktivitäten miteinander vereinbar sind. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können. (Kalliath und Brough (2008))

Aktualität in ihrem Klinikalltag befragt. Es soll besprochen werden, ob die Mitarbeitenden der Klinik nach dem Wissen der Befragten von dem Thema betroffen sind, welche Maßnahmen in einem solchen Fall ergriffen werden und wie die übrigen Mitarbeitenden darauf reagieren. Abschließend wird die Meinung der Interviewten zu einer bestimmten Praxis des Klinikums rechts der Isar im Umgang mit einer gesetzlichen Regelung zur Pflege abgefragt. Das Erkenntnisinteresse in diesem Fragenblock liegt darin, ob und wenn ja, inwieweit dieses Thema bereits im Klinikalltag der Befragten angekommen ist und wie damit von Seiten der Chefs, der Klinikleitung sowie den Mitarbeitenden umgegangen wird.

Zu C) Unter der Überschrift „Maßnahmen/ Instrumente“ werden das Handbuch für Familienfreundlichkeit (Bühren & Schoeller, 2010), welches die Bundesärztekammer herausgegeben hat, das Audit berufundfamilie (Audit berufundfamilie, 2016b) der Hertiestiftung und die Gleichstellungsstandards der DFG (DFG) untersucht. Den Befragten wurden die Instrumente hierzu zunächst genannt und, wenn sie diese nicht kannten, vorgestellt und ausgehändigt. Die Auswahl der Maßnahmen erfolgte möglichst vielseitig, so dass sowohl eine Maßnahme aus der Forschung, eine, die sich an die Einrichtungen der Krankenversorgung wendet, und eine, welche sich auf alle Einrichtungen anwenden lässt, untersucht wird. Von den Befragten soll erläutert werden, ob sie die Maßnahmen kennen, wie sie diese bewerten, ob sie diese in der Praxis anwenden (würden) und welcher Nutzen sich daraus für die Einrichtungen ergibt oder ergeben könnte.

Zu D) Innerhalb dieser drei Maßnahmen werden Best Practice Beispiele aufgeführt und beschrieben, die den Institutionen zur Nachahmung angeraten werden. Vier dieser Best Practice Beispiele werden in dem Fragebogen vorgestellt:

- Verleihung des Titels: „Familienfreundliche Einrichtung“
(Konzept: „Anreize bieten“)
- Einführung der Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“
(Konzept: „Regulative Maßnahmen“)
- Vorbildliche Kindertagesstätte der Unfallklinik Murnau
(Konzept: „Strukturveränderung“)
- Alternierende Telearbeit
(Konzept: „Arbeitsplatzveränderung, Prozesse“)

Auch hier ist das Erkenntnisinteresse des Interviews auf den Schwerpunkten der Kenntnis der Beispiele, deren Bewertung sowie deren Umsetzbarkeit und praktischer Nutzen gelegt.

5.3 Durchführung der Studie

Zwischen dem 15.06. und dem 14.11.2012 wurden 15 Interviews durchgeführt. Dabei gab es zwei Abweichungen von der geplanten Stichprobe. Da mit den Leitern von zwei Einrichtungen keine Termine zu Stande kamen, wurden diese durch zwei andere Kliniken ersetzt, die auf Grund der fünf bestimmenden Faktoren vergleichbar sind. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 26 und 80 Minuten, im Mittelwert dauerten die Gespräche 47 Minuten ($SD=15,55$). Alle Experten stimmten einer Aufnahme der Interviews mit Hilfe eines Diktiergerätes zu, so dass ausführliches Datenmaterial erhoben und nachvollzogen werden konnte. Darüber hinaus wurde von der Forscherin zu jedem Interview ein stichpunktartiges Protokoll verfasst.

Entgegen der Befürchtungen, dass dieses Thema für eine Befragung zu politisch sein könnte, um ehrliche und vielleicht auch unpopuläre Antworten zu erhalten entstand der Eindruck, dass die Interviewten größtenteils sehr offen reagierten und ihre Meinung sowohl als Privatperson als auch als Experten aufrichtig darlegten. Da die Befragten durch die Konstruktion des Leitfadens gleich zu Beginn aus ihrem eigenen Leben erzählen konnten, wurde bei den meisten Gesprächspartnern eine vertraute Gesprächsatmosphäre geschaffen, die private Einblicke in die Lebenswirklichkeit der Interviewten zuließ. Auf die Frage, wie für sie selber die Vereinbarkeit von Familie und Karriere abgelaufen ist, antworteten die Befragten beispielsweise nicht nur sachlich, sondern lieferten teilweise eine Bewertung der Situation, wie z.B. Bedauern, Ausdruck tiefer Dankbarkeit an deren Lebenspartnerinnen etc., gleich mit.

Dem Forschungsthema an sich schienen die Gesprächspartner ebenfalls sehr aufgeschlossen und brachten ihre unterschiedlichen Meinungen und Erfahrungen damit gerne in die Interviews ein. Dies schien unabhängig davon der Fall zu sein, ob sie selbst der Auffassung waren, dass Frauen bereits während der Ausbildung bevorzugt werden oder ob sie sich differenziert über die aus ihrer Sicht mangelnden Strukturen äußern wollten. Die meisten Interviewpartner vertraten eindeutige Standpunkte zu den diversen Themenkomplexen des Leitfadens und taten diese ohne feststellbare Rücksichtnahme auf eine eventuelle Erwünschtheit der Antwort kund. Alle 15 Befragten waren zudem mit einer Folgebefragung ihrer Mitarbeitenden zu dem Thema nicht nur einverstanden, sondern betonten auch, dass sie sehr an einer derartigen Umfrage zur Situation ihrer Angestellten in Bezug auf die Vereinbarkeit von Karriere und Familie interessiert seien.

5.4 Datenanalyse

Eine gängige Methode zur strukturierten Auswertung der umfangreichen Daten, die aus qualitativen Erhebungsmethoden gewonnen werden, ist die qualitative Inhaltsanalyse. Diese hat zum Ziel, durch ein transparentes und regelgeleitetes Vorgehen die erhobenen Daten zu strukturieren und zu analysieren. Fokus der Analyse sind also zunächst Kommunikationen, wie Interviews, die in der Regel durch eine Transkription schriftlich fixiert vorliegen.

Ein wichtiger Schritt bei dieser Analyse ist die Entwicklung eines Auswertungsleitfadens, welchen man durch das Material an sich, also induktiv gewinnen kann, aber auch deduktiv anhand von Vorannahmen oder auf der Grundlage des Fragebogens (Kuckartz, 2012). In der vorliegenden Studie wurde eine Kombination aus beiden Ansätzen angewendet. Mit Hilfe dieses Leitfadens wird das vorhandene Material kodiert, indem Textstellen einzeln gebildeten Kategorien zugeordnet werden. Hat man das gesamte Material kategorisiert, bekommt man einen Überblick darüber, wie viele Textstellen welchen Kategorien zugeordnet werden und kann sogar quantitative Aussagen darüber treffen.

Das offene Erhebungsverfahren im Rahmen des oben beschriebenen qualitativen Forschungsansatzes wurde gewählt, um den Befragten Gelegenheit zu geben, ihre subjektiven Sichtweisen, Überzeugungen und Begründungen darzulegen. Dadurch wird ein tieferes Verständnis in Bezug auf Einstellungen, Haltungen und Wertungen von Entscheidungsträgern an einem Universitätsklinikum gewonnen und der Expertise der Befragten zu diesem Thema entsprechend Rechnung getragen werden.

Mit der offenen und persönlichen Methode der Interviews sollten zwei Dinge erreicht werden: In Anbetracht des politisch bedeutenden und auch brisanten Themas sollte durch das persönliche Gespräch Vertrauen in den Umgang mit den Daten hergestellt werden, so dass die Grundlage für offene und ehrliche Antworten geschaffen wurde. Zum anderen sollte den Befragten die Möglichkeit gegeben werden, weitere Kategorien und Themen, die zu der Studie beitragen könnten, anzusprechen, um diese dann auch in die weitere Untersuchung aufzunehmen.

5.4.1 Aufarbeitung der Daten

Die Interviews wurden zur Analyse mit dem Programm „Audiotranskription“ verschriftlicht. Dadurch sollte der entstehende Text für alle Beteiligten gut zu handhaben sein, das heißt, er sollte möglichst einfach verschriftlicht werden können, also ohne die Kenntlichmachung von Betonungen oder Dialektsprache auskommen. Darüber hinaus sollte der Text einfach zu

lesen sein, damit die Interpretation der Daten sich auf den Inhalt des Textes konzentrieren kann (Steinke, 2007).

Stimmlagen oder Betonungen sollen bei dieser Form der Transkription nicht beachtet werden:

„Da es bei ExpertInneninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, halten wir aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews oder konversationsanalytischen Auswertungen unvermeidlich sind, für überflüssig. Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht.“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 455)

In Anlehnung an Kuckartz (2010) wurden für die Transkription folgende Regeln festgelegt:

- „1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Bspw. wird aus ‚Er hatte noch son Buch genannt‘ -> ‚Er hatte noch so ein Buch genannt.‘
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein ‚I‘, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. ‚B4:‘ gekennzeichnet.
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile im Transkript deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.“ (Kuckartz, 2010, 43f)

Die vereinbarten Transkriptionsregeln wurden von den beiden, an der Transkription beteiligten, Personen berücksichtigt und haben sich als sinnvoll erwiesen.

5.4.2 Kodierleitfaden

Im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse wurde für das Auswertungsverfahren der vorliegenden Arbeit ein Kodierleitfaden entwickelt, welcher im Folgenden vorgestellt wird.

Zudem wird die Anwendung der Attributionstheorie erläutert, die in die Datenanalyse mit einfließt.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an das von Schmidt (2007) vorgeschlagene Verfahren. Zunächst wurde auf der Grundlage des Interviewleitfadens von der Forscherin ein Kodierleitfaden erstellt, der sich an den Leitfragen orientiert, also für alle aus dem Fragebogen entstehenden Textpassagen eine Kategorie erstellt (Top down): "Die thematischen Schwerpunkte des Leitfadens stellen Vorformulierungen der theorielevanten Kategorien dar, die in der Auswertung aufgenommen werden." (Meuser & Nagel, 1991, S. 454)

Beispielsweise wurde für die Frage aus dem Leitfaden nach dem eigenen Ideal der Vereinbarkeit von Familie und Karriere die Kategorie „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“ und die erwarteten Antworten „Vereinbarkeit unmöglich“ und „Vereinbarkeit möglich“ als Unterkategorien erstellt. In einem zweiten Schritt wurde der Kodierleitfaden exemplarisch auf einige Interviews angewendet und um weitere Kategorien ergänzt, welche sich aus den transkribierten Texten der Befragten ergaben und welche über die bisherigen Kategorien hinausgehen. Als Unterkategorien wurde „Parallelität von Beruf und Familie“ ergänzt.

| | |
|-------------------------------------|--|
| 01. Eigenes Ideal von Vereinbarkeit | |
| | Vereinbarkeit möglich |
| | Vereinbarkeit unmöglich |
| | Parallelität von Beruf und Familie möglich |

Abbildung 8. Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden¹³

Zudem wurden Kategorien zu Themen hinzugefügt, die sich aus den Interviewsituationen zusätzlich zu den Punkten ergeben haben, die im Leitfaden abgebildet waren. Andere Unterkategorien wurden gestrichen, da ihnen keine Textstelle zugeordnet war. Nachdem eine Sättigung erreicht wurde, also keine neuen Kategorien aufgrund der Interviews hinzugefügt werden konnten, wurde der Kodierleitfaden von zwei Mitgliedern des Forschungsteams überprüft, indem diese den Kodierleitfaden auf jeweils zwei Interviews exemplarisch angewendet haben. Nach der Überprüfung wurden die Ergebnisse der Forscher

¹³ Der vollständige Kodierleitfaden ist im Anhang beigefügt.

besprochen. Es erwies sich als sinnvoll, noch drei weitere Kategorien in den Kodierleitfaden mitaufzunehmen. Der Leitfaden wurde in das Programm MAXQDA 10 übertragen und auf alle 15 Interviews angewendet.

Neben den vier im Leitfaden beschriebenen Themenkomplexen entstanden durch dieses Verfahren die Überkategorien „Sonstiges“ und „Außerhalb des Leitfadens“. Unter Sonstiges werden die letzten drei Fragen des Leitfadens zusammengefasst, die verschiedene Themengebiete behandeln. Die Kategorie „Außerhalb des Leitfadens“, beinhaltet Themen, die im Gesprächsverlauf aufkamen, aber nicht im Fragenkatalog abgebildet sind, wie bspw. Meinungen zu einer Frauenquote in Führungsspitzen oder die Bewertungen anonymisierter Bewerbungen.

Der finale Kodierleitfaden umfasst 37 Kategorien und 187 Unterkategorien. Nach Codierung der Interviews auf Grundlage des Leitfadens konnten den Kategorien 790 Codes zugeordnet werden. Entsprechend zeigt sich ein Kodierleitfaden mit nun sechs Themenkomplexen:

- A) Vereinbarkeit von Karriere und Familie,
- B) Pflege von Angehörigen,
- C) Drei Instrumente zur Vereinbarkeit Beruf und Familie (Handbuch der Bundesärztekammer, die Gleichstellungsstandards der DFG, das Audit „berufundfamilie“ der Hertie Stiftung)
- D) Best Practice Beispiele aus den genannten Instrumenten
- E) Sonstiges
- F) Außerhalb des Leitfadens

5.4.3 Anwendung der Attributionstheorie

Der erste Teil der Fragestellung in dieser Arbeit untersuchte, was Entscheidungsträger unter Idealvorstellungen, Umsetzung im realen Alltag und bzgl. zukünftigen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen. Die Einzelinterviews wie auch die inhaltsanalytische Aufarbeitung bestätigten die Erwartungen, dass als Ausgangspunkt solcher Überlegungen die Bewertung der Möglichkeit bzw. Realisierbarkeit von „Vereinbarkeit“, vorgenommen wurden. Egal ob diesbezüglich positiv, negativ oder unentschlossen konnten zu den entsprechenden Urteilen verschiedenartige Ursachenzuschreibungen erkannt werden.

Um diese individuellen Erklärungsversuche des Gelingens oder Scheiterns der Vereinbarkeit genauer darzustellen und besser zu verstehen, wurden die Modelle der Attributionstheorie zu Hilfe genommen. Primär wurden die relevanten Aussagen aus den Interviews nach den drei Themen Idealvorstellungen, Umsetzung im realen Alltag und Entwicklungen/Verbesserungspotential jeweils in der Polarität „Mögliche Vereinbarkeit“ – „Nicht mögliche Vereinbarkeit“ nach der Lokation der vorgenommenen Attribuierung (Intern, Extern-Objekt und Extern-Umstände) nach Kelley zugeordnet. Weiterhin wurden gleiche und ähnliche Aussagen zusammengefasst und abstrahiert und entsprechend neue Codes gebildet. Schließlich wurde eine quantitative Frequenzanalyse der Ursachenzuschreibungen lokationsspezifisch für jedes Thema vorgenommen, beschrieben und analysiert.

| <u>internal</u> | <u>external</u> | |
|-----------------------------|--|---------------------------|
| - | <u>Objekt (Entität)</u> | <u>Umstände</u> |
| I2-: (eigene Priorisierung) | EO8-: (Geringe Karriereaffinität von Frauen) | EU8-: (hoher Zeitaufwand) |

Abbildung 9. Ausschnitt aus Attribuierungstabelle.

Die Textpassage "Wir haben keine Teilzeitarbeitsplätze im ärztlichen Bereich.[...] Das hat den Grund, dass bisher niemand aktiv nachgefragt hat." wurde beispielsweise den Bereichen „External“ und „Objekt“ zugeordnet und mit dem zusätzlichen Schlagwort „Keine Nachfrage“ versehen. So wird abstrahiert verdeutlicht, dass der Befragte in diesem Kommentar den Grund für das mangelnde Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen damit begründet, dass es keine Nachfrage von Seiten der Mitarbeitenden danach gegeben habe. Eine Ursachenzuschreibung erfolgt hier also auf das Objekt (=die Mitarbeitenden). Um sich einen Überblick über die Ursachenzuschreibung aller Befragter machen zu können, werden die Inhalte der einzelnen Textpassagen auf eine möglichst kurze und prägnante Zusammenfassung abstrahiert, wie in diesem Fall „keine Nachfrage“. Nachdem alle Textpassagen in die möglichen Attributionsmuster eingeordnet und mit Schlagworten versehen wurden, wird eine Übersicht aus allen Schlagworten und deren Zuordnung zu den Attributionen erstellt, um daraus eine semiquantitative Frequenzanalyse erstellen zu können (siehe Kapitel: 6.3).

5.4.4 Typisierung als Gruppierungsmethode

Während mit Hilfe der Attributionstheorie das „Warum“ in den Fokus der Analyse rückt und damit die Erklärungsmuster der Befragten untersucht werden, soll als weiterer Schritt ein

Gegenüberstellen der einzelnen Aussagen erfolgen. Durch eine „komparative Analyse“ (Bohnsack, 2013, S. 236) soll die Komplexität der Daten vereinfacht und in ihren Ausprägungen und Extremen deutlich werden. Eine Typenbildung soll des Weiteren dabei unterstützen, die „Verallgemeinerung von Ergebnissen im Sinne einer Übertragbarkeit der gefundenen Zusammenhänge auf andere Fälle und andere Kontexte“ (Nentwig-Gesemann, 2013, S. 277) zu ermöglichen. Auch Bohnsack (2013) und Kluge (1999) sehen in der Anwendung von Typologien im Sinne der Beschreibung von Idealtypen nach Max Weber (1968) die geeignetste Methode, die gewonnenen Ergebnisse zu analysieren und dadurch eine Generalisierung zu ermöglichen.

Für eine Typisierung müssen Merkmale herausgestellt werden, an Hand derer die Befragten charakterisiert werden. Dabei sollen sich die Typen deutlich voneinander unterscheiden. Innerhalb eines Typs soll eine möglichst homogene Zusammenstellung von Merkmalen entstehen, welche im besten Fall auch „inhaltliche Sinnzusammenhänge“ aufweist (Kluge, 1999). Typen sind stets als Konstrukte zu verstehen, die auf der Basis der Merkmale entstehen, die ihnen zugewiesen werden (Kluge, 1999). Bei qualitativen Studien werden diese Kennzeichen erst nach Erhebung der Daten in der Analyse herausgearbeitet (Kluge, 1999).

Durch die Bildung von Typen in Bezug auf deren Einstellung, Handlung und Umsetzung im eigenen Leben sollen die Antworten der Befragten kategorisiert und darin Muster erkannt werden. In den nächsten Kapiteln folgen die Beschreibung der Typen, des analytischen Vorgehens sowie die Identifizierung der Typen. Diese Vorgehensweise dient dazu, die Aussagen der Befragten vergleichend darzustellen und letzten Endes die Befragten zu erklären (Bohnsack, 2013).

Auf Grundlage der Interviews und der dazu gebildeten Kategorien wurden drei Typen spezifiziert. Als Typen wurden nach Analyse der Interviews die Ausprägungen „Kontra Vereinbarkeit“, „Teils, teils“ und „Pro Vereinbarkeit“ definiert. Die Vorannahme der Typenbildung besteht darin, dass die analysierten Textstellen in die beiden Extreme (Pro und Kontra Vereinbarkeit) unterteilt werden können. An dieser Stelle wurden bestimmte Aspekte der Interviews herausgegriffen, und die Analyse wurde darauf fokussiert (Kluge, 1999). Unter Kontra Vereinbarkeit werden Aussagen subsumiert, die eine traditionelle Wertevorstellung widerspiegeln und kaum eine Chance für eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie lassen. Demgegenüber steht das Extrem Pro Vereinbarkeit. Darunter werden Kategorien gesammelt, die Aussagen bündeln, die der Familie sehr positiv gegenüberstehen

und sie als wichtigsten Faktor im Leben betrachten. Zwischen den beiden Extremen bewegt sich der Typ Teils, teils mit seinen Ausprägungen.

Anhand ausgewählter Kategorien des Kodierleitfadens wurden die drei Typen in den drei Bereichen „Einstellung“, „Handlung/Verhalten“ und „Integration im eigenen Leben/Lebenskonzept“ identifiziert. Dabei wurde davon ausgegangen, dass gewisse Unterkategorien Aufschluss darüber geben, welcher Befragte welchem Typ angehört. In der Kategorie 1 z.B. wird die Unterkategorie „Vereinbarkeit nicht möglich“ dem Typ Kontra Vereinbarkeit zugeschrieben, die Unterkategorie „Parallelität von Beruf und Familie möglich“ dem Typ Teils, teils und die Unterkategorie „Vereinbarkeit möglich“ dem Typ Pro Vereinbarkeit. Des Weiteren erfolgte die Gruppierung nach den benannten Bereichen: bspw. wurden die Kategorien „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“, „Lassen sich Karriere und Familie am MRI vereinbaren“ und „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“ gewählt, um zu definieren, wie die Einstellung der Befragten zur Vereinbarkeit ist.

Tabelle 4. Zuordnung der Aussagen und damit der Kategorien zu den einzelnen identifizierten Typen.

| Bereich | Typ | Pro Vereinbarkeit | Teils, teils | Kontra Vereinbarkeit |
|--|--|--|--|---|
| | Kategorie | Unterkategorie | Unterkategorie | Unterkategorie |
| Einstellung | 1: Eigenes Ideal von Vereinbarkeit | Vereinbarkeit möglich | Parallelität von Beruf und Familie möglich | Vereinbarkeit unmöglich |
| | 5: Lassen sich Karriere und Familie am MRI vereinbaren? | Ja | Teils, teils | Nein |
| | 8: Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit | Ist umsetzbar | Keine Angabe | Ist nicht umsetzbar |
| Handlung/ Verhalten | 6: Sicht der Mitarbeitenden | vermutlich zufrieden | vermutlich anders als die eigene | vermutlich deckungsgleich mit der eigenen |
| | 11: Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen, Mitarbeiterseite | Ansehen in der Gesellschaft | Gerechtigkeit unter den Mitarbeitenden | Karrierehindernisse |
| | 11: Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen, Chefseite | Finanzielles Gegenansicht, sind nicht existent | Finanzielles | Patientengefährdung |
| Integration im eigenen Leben/ Lebenskonzept | 2: Vereinbarkeit im eigenen Leben | Hintenanstellen der Karriere | Unterstützung durch Partnerin, Familie | Keine Familie |

Nach der tabellarischen Übersicht werden im Folgenden die jeweiligen Typen bezogen auf die entsprechend zugeordneten Unterkategorien beschrieben und zur Veranschaulichung exemplarische Zitate aufgeführt. So soll sich für den Leser/die Leserin ein greifbares Bild der Typen und deren Ansichten in den Bereichen Einstellung, Handlung und Lebenskonzept ergeben.

6 Ergebnisse

Im Ergebnisteil erfolgt zunächst eine themenspezifische Aufarbeitung der Interviewdaten, indem die Themen der Fragestellung in allen 15 Interviews parallel untersucht und dargestellt werden. So soll überblicksartig herausgearbeitet werden, wie das Meinungsspektrum zu den einzelnen Bereichen in der Stichprobe verteilt ist. Eine ausführliche chronologische Zusammenfassung der 15 Interviews befindet sich im Anhang der Arbeit. Im einem zweiten Schritt werden auf der Grundlage der Aussagen der Interviewten drei Typen in den Bereichen „Einstellung“, „Handlung“ und „Integration im eigenen Leben“ identifiziert und dargestellt.

Weiterführend zu dieser vorangegangenen Beschreibung und Analyse der Aussagen wird im dritten Teil dieses Kapitels mit Hilfe der Attributionstheorie eine Ursachenanalyse der Daten durchgeführt. Diese stellt dar, welche Ursachen die Befragten für ihr Handeln als verantwortlich betrachten.

6.1 Thematische Auswertung

Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte aller 15 Interviews ausgehend von der Strukturierung des Kodierleitfadens und anhand der spezifischen Fragestellungen zusammenfassend dargestellt. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, was Entscheidungsträger in Hinblick auf Idealvorstellungen, deren Umsetzung im realen Alltag und bzgl. zukünftigen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen und wie die dazu bereits implementierten Maßnahmen von ihnen wahrgenommen und umgesetzt werden. Davon ausgehend werden zunächst die Idealvorstellungen der Befragten sowie deren tatsächliche Umsetzung im Alltag in Bezug auf sich und ihre Mitarbeitenden dargestellt. Danach wird auf die Entwicklungen und Verbesserungspotentiale eingegangen, die in den Gesprächen thematisiert wurden. Abschließend werden in diesem Kapitel die Meinungen der Befragten zu den gesellschaftspolitischen Maßnahmen sowie deren Bewertung und Nutzen dargestellt, genauso wie die Einschätzungen der Befragten gegenüber den daraus resultierenden Best practice Beispielen.

6.1.1 Idealvorstellung

Die Probanden wurden zuerst nach ihren persönlichen Vorstellungen und Idealen zur Vereinbarkeit von Karriere und Familie befragt. Auch sollten sie sich über die Wahrnehmung der Ideale ihrer Mitarbeiter äußern. Schließlich wurden Sie mit einer

wissenschaftlichen Definition zum Thema konfrontiert und sollten diese in Bezug zu ihren Vorstellungen reflektieren.

Insgesamt konnten drei Kategorien zu diesem Themenkomplex identifiziert werden, wobei sich alle Kategorien aus den Leitfragen ergeben.

Tabelle 5. Kategorien zu dem Thema Idealvorstellungen.

| <i>Kategorie:</i> | <i>Anzahl der Befragten, die sich zu der Kategorie äußern:</i> |
|--|--|
| 1. Eigenes Ideal von Vereinbarkeit | 10 |
| 2. Ideal von Vereinbarkeit am MRI | 7 |
| 3. Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit | 11 |

Bei der Frage nach der Einschätzung der „Ideale der Anderen“ (nämlich deren Mitarbeitenden) ergaben sich keine Beschreibungen der Idealvorstellungen anderer durch die Befragten.

6.1.1.1 Eigenes Ideal von Vereinbarkeit

Die eigenen Ideale waren bei 10 der 15 Befragten Thema, wobei sich die Antworten drei Subkategorien zuordnen ließen: Die meisten ($n=8$) äußerten ein Ideal der Vereinbarkeit in welchem sowohl Karriere als auch Familie zu gewissen Prozentsätzen im Leben der Individuen vorhanden sein sollten. Zwei der Probanden sahen eine Vermischung der beiden Sphären kritisch: einer der beiden betonte, dass die Karriere klare Abstriche in der Familie fordert und es somit keine ideale Vereinbarkeit geben kann, da man sich für eine Sache entscheiden muss. Ein anderer Befragter sieht im Gegensatz dazu die Karriere als klar zweitrangig hinter der Familie verortet. Die anderen Probanden äußerten sich nicht explizit zu dieser Thematik. Obschon jeder Interviewte nach seinen Idealen gefragt wurde, gaben nur 10 Personen tatsächlich ihre Idealvorstellungen an. Trotz Nachfragen erläuterten die anderen Fünf eher die Umsetzung von Vereinbarkeit in ihrer Klinik oder in ihrem Leben als Ideale zu definieren.

6.1.1.2 Ideal von Vereinbarkeit am MRI

Die Idealvorstellungen wurden nicht nur mit einer persönlichen Einstellung zur Vereinbarkeit verbunden, sondern auch mit der Institution „Universitätsklinikum“ (MRI) assoziiert. Sieben Probanden sahen das Klinikum rechts der Isar in der Pflicht, sich dem Thema der Vereinbarkeit anzunehmen, Vereinbarkeit zu fördern und umsetzbar zu machen.

Als Beispiele wurden hierzu die Wertschätzung von Familien, das Reduzieren des wirtschaftlichen Drucks auf die Kliniken zugunsten von mehr Flexibilität in der Personalplanung und die verstärkte Einführung von Maßnahmen, wie arbeitsplatznahe Kinderbetreuung und Umsetzung von Elternzeit, auch bei männlichen Mitarbeitern genannt.

6.1.1.3 Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit

Zu der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit und Familie¹⁴ äußerten sich elf der Interviewten, bei den anderen vier wurde diese Frage aus zeitlichen oder anderen Gründen nicht gestellt. Vier der Befragten halten die Definition für gut, teilweise sogar für kongruent mit den eigenen Idealvorstellungen und auch für umsetzbar. Drei Personen sind der Ansicht, dass die Definition zwar gut sei, jedoch in der Praxis nicht in dieser Form umsetzbar ist. Drei weitere sprechen sich für eine individuelle Interpretation der Definition und der Umsetzung im eigenen Leben aus, kurz gesagt: Jeder muss selber wissen, wie er die Vereinbarkeit für sich im Leben gestaltet und mit welchen Inhalten er sein Leben füllt. Einer der Befragten kann sich zwar vorstellen, dass die Definition korrekt ist, bewertet sie aber als zu umfangreich.

6.1.2 Umsetzung im Alltag

Alle Interviewten wurden dazu befragt, wie sie selber die Vereinbarkeit für sich gelöst hatten und wie sich die Vereinbarkeit für ihre Mitarbeitenden gestaltete. Zudem sollten sie angeben, welche Beiträge sie selbst zu einer Verbesserung der Situation am Klinikum leisten, bzw. geleistet hatten. Folgende fünf Kategorien wurden zu diesen Themen zusammengefasst, welche sich allesamt aus den Leitfragen ergaben:

Tabelle 6. Kategorien zum Thema Umsetzung im realen Alltag.

| <i>Kategorie:</i> | <i>Anzahl der Befragten, die sich zu der Kategorie äußern:</i> |
|--|--|
| 1. Vereinbarkeit im eigenen Leben | 10 |
| 2. Eigenes Ideal im Klinikalltag | 3 |
| 3. Vereinbarkeit am Universitätsklinikum (MRI) | 12 |
| 4. Sicht der Mitarbeitenden | 10 |
| 5. Eingeführte Maßnahmen für eine Verbesserung | 14 |

¹⁴ „Vereinbarkeit meint die individuelle Vorstellung, dass Arbeits-, Freizeit- und Familienaktivitäten miteinander vereinbar sind. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können.“ (Kalliath und Brough (2008).)

6.1.2.1 Vereinbarkeit im eigenen Leben

Die Mehrheit der Befragten ($n=10$) gab an, dass eine Umsetzung der eigenen Karriere nur durch die Unterstützung ihrer Partnerin und teilweise sogar der Kindern möglich war. Einige sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Familienkarriere“.

Vier Personen sagen aus, dass nur eine Person in der Familie eine derartige Karriere machen kann und der Partner/die Partnerin das Familienleben und den Haushalt managen muss.

Zwei der Befragten haben keine Familie und konnten sich so der Karriere uneingeschränkt widmen, was jedoch nicht so geplant war, sondern sich so ergeben habe. Einer davon hätte es sich anders gewünscht, fühlte sich jedoch nicht in der Lage, die Situation zu verändern.

Von den Klinikdirektor*innen stellten zwei ihre Karriere hinter die Familie und leben dies laut eigener Aussage auch im Klinikalltag. Durch diese Einstellung könnten Sie beide Sphären gut miteinander vereinbaren.

6.1.2.2 Eigenes Ideal im Klinikalltag

Bezugnehmend auf die eigenen Ideale äußerten sich drei Personen explizit dazu, ob diese im klinischen Alltag umzusetzen sind. Zwei sind der Meinung, dass dies nicht möglich sei während einer eine teilweise Umsetzung der Ideale für möglich hält, wenn die Beteiligten es schaffen, einen Betreuungsplatz für ihre Kinder zu organisieren.

6.1.2.3 Vereinbarkeit am Universitätsklinikum (MRI)

Alle 15 Befragten äußerten sich hierzu, wobei durchaus verschiedene Aspekte zu diesem Thema genannt wurden. Auf die Frage, ob sich Familie und Karriere in der Praxis am Klinikum rechts der Isar vereinbaren ließen, äußerten sieben Personen die Meinung, dass es „teils, teils“ möglich sei, eine Vereinbarkeit zu leben. Ihrer Meinung nach sei es zwar nicht immer einfach, ließe sich jedoch meistens irgendwie regeln.

Sechs Befragte hielten es für durchaus möglich die Ausübung des ärztlichen Berufs am Klinikum und die gleichzeitige Gründung einer Familie zu vereinbaren, sofern keine großen Karriereambitionen bestehen. Anders, aber in die gleiche Richtung drückten sich fünf der Interviewten aus, die der Auffassung sind, dass man sich zwischen den beiden Sphären entscheiden müsse, wenn man eine Karriere am Klinikum anstrebt und deshalb eine Vereinbarkeit gleichzeitig mit einer ordentlichen Karriere nicht möglich sei.

Lediglich zwei Befragte äußerten sich durchweg positiv und können kein Problem in diesem Zusammenhang erkennen. Ein Einzelner erläuterte, wie für manche Mitarbeitenden sogar das Klinikum zur Familie bzw. zum Familienersatz wird und so beide Sphären ineinander übergehen.

6.1.2.4 Sicht der Mitarbeitenden

Zu der Einschätzung ihrer Mitarbeitenden zu diesem Thema machten 10 der Befragten Angaben. Sieben davon hofften und glaubten, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf die Vereinbarkeit unter den jetzigen Umständen zufrieden sind, wobei sie dies nicht weiter erläuterten.

Zwei Befragte gaben an, dass die Mitarbeitenden vermutlich die gleiche Auffassung haben, wie die Befragten selber, so dass zwar eine Vereinbarkeit nicht zwingend möglich ist, aber dies vielleicht auch gar nicht gefordert wird.

Eine Person vermutete bei ihren Mitarbeitenden andere Sichten auf die Dinge, da sich die jüngere Generation in den Ansprüchen von der vorhergehenden unterscheidet.

Die Frage, ob sie bei den Anforderungen der Mitarbeitenden an sie als Chefs Geschlechterunterschiede bemerken, wurde von neun der Befragten diskutiert. Vier davon sagten aus, dass es noch Unterschiede gäbe, sich dies aber derzeit im Wandel befände, so dass die Differenzen geringer werden. An dieser Stelle wurde angeführt, dass Männer nun ebenfalls Elternzeit nehmen, was es früher nicht gab, und dass dies auch nicht mit Euphorie von Seiten der Chefs begleitet wird.

Drei weitere Personen bemerkten nach wie vor erweiterte Ansprüche von Frauen an ihre Vorgesetzten, da diese öfter und länger Sonderregelungen in Anspruch nehmen als ihre männlichen Kollegen. Zwei Befragte stellten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern fest.

6.1.2.5 Eingeführte Maßnahmen für eine Verbesserung

12 der 15 Interviewten haben nach eigenen Angaben Teilzeitarbeitsplätze eingeführt, so dass deren Mitarbeitenden mehr Zeit für die Familie haben. Neun Interviewte erkannten bei sich selber ein familienfreundliches Bewusstsein. Dieser Begriff meint hier, offen für Gespräche, Probleme und individuelle Lösungsansätze zu sein und keine 12-Stunden-Schichten von den Mitarbeitenden einzufordern, ist folglich als eine Art Grundstimmung oder Klima zu beschreiben. Damit einher ging häufig die Nennung von planbaren und familienfreundlichen

Arbeitszeiten sowie die Vergabe von dauerhaften Arbeitsverträgen, eine Unterkategorie, zu der Zitate von sechs Interviewten zugeordnet wurden.

Fünf der Befragten schätzten sich selber als flexibel ein, was Arbeitszeitmodelle oder andere individuelle Lösungen für ihre Mitarbeitenden angeht. Drei Personen haben als konkrete Maßnahme ein klinikinternes Mentor*innenprogramm entwickelt oder arbeiten mit weiblichen Rollenvorbildern. Wiederum jeweils drei Befragte haben flexible Arbeitszeiten in der Forschung etabliert, dieser Bereich scheint im Vergleich zur Patientenversorgung unkomplizierter und flexibler zu sein was Örtlichkeit und Arbeitszeiten angeht. Doch auch in der Krankenversorgung wurden Heimarbeitsplätze von drei Chefs ab und zu umgesetzt, wenn auch nicht offiziell. Hierbei handelt es sich mehr um Ausnahmeregelungen als um feste Heimarbeitsplätze. In vier weiteren Kommentaren gaben die Klinikdirektor*innen noch sonstige Maßnahmen an, die sie umsetzen, z.B. die individuelle Unterstützung, die sie in akute Not geratenen Mitarbeitenden zu Teil werden lassen, das Führen von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen oder das Netzwerken sowie die Vermittlung von Stellen für diejenigen, die sich anderweitig entwickeln möchten.

6.1.3 Entwicklungen und Verbesserungspotential

Zur Fragestellung nach möglichen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen in der Klinik wurden fünf Kategorien gebildet. Drei davon ergeben sich direkt aus dem Leitfaden, die Kategorien „Ärztmangel“ und „Schwierigkeiten“ ergaben sich zusätzlich aus den Interviews.

Tabelle 7. Kategorien zum Thema Entwicklungen und Verbesserungspotential.

| <i>Kategorie:</i> | <i>Anzahl der Befragten, die sich zu der Kategorie äußern:</i> |
|--|--|
| 1. Besteht Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit? | 13 |
| 2. Besteht oder droht Nachwuchs-, Ärztemangel? (ergab sich aus einigen Interviews) | 9 |
| 3. Geplante Maßnahmen für eine Verbesserung | 10 |
| 4. Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit | 14 |
| 5. Chancen durch eine erhöhte Vereinbarkeit sind... | 6 |

6.1.3.1 Besteht Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit?

Gesamthaft äußerten sich 14 Personen zu diesem Thema. 13 davon erkannten einen (großen) Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit. Lediglich eine Person gab an, alles getan zu haben, was in seiner Macht stehe und so die bestmögliche Vereinbarkeit für die Mitarbeitenden bereits etabliert zu haben. Alle anderen wünschten sich Aktionen von zentralen Stellen wie der Klinikleitung, den Krankenkassen, der Stadt München oder der Bundespolitik.

6.1.3.2 Besteht oder droht ein Mangel an ärztlichem Nachwuchs?

Die Frage nach der Einschätzung der Interviewten zu dem in Politik und Gesellschaft viel diskutierten Thema des drohenden Ärztemangels wurde in den meisten Interviews angesprochen, auch wenn dies nicht im Fragebogen vorgesehen war. Damit sollte unter anderem abgeschätzt werden, ob es für die Befragten eine daraus resultierende Handlungsmotivation für die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sowie die Vereinbarkeit am Universitätsklinikum geben könnte.

Zehn der Befragten gaben ihre Meinung dazu ab: Sieben Personen sind der Meinung, dass durchaus mindestens eine Tendenz in Richtung Nachwuchsmangel von Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen sei. Die drei anderen können keine drohende Gefahr diesbezüglich erkennen.

6.1.3.3 Geplante Maßnahmen für eine Verbesserung

Trotz des erkannten Handlungsbedarfs planten die Befragten selber kaum eine konkrete Verbesserung der Vereinbarkeit durch die Umsetzung geplanter Maßnahmen.

Von den 10 Personen, die sich zu diesem Thema äußerten, machten sechs davon Vorschläge, was das Klinikum oder die Politik verändern könnten, damit die Vereinbarkeit verbessert wird: Drei Personen forderten einen Ausbau der Kinderbetreuung, jeweils zwei Befragte wünschten sich ein Familienfreundlichkeitstraining für Führungskräfte und eine Stärkung der Mitarbeiterzufriedenheit. Des Weiteren wurden eine stärkere Thematisierung der Vereinbarkeit im Allgemeinen sowie eine Überarbeitung des Schwangerschaftsschutzes als Wünsche benannt und mehr Geld für die Einstellung von weiblichen Mitarbeiterinnen gefordert. Außerdem wurde eine Selbstorganisation des Dienstplans von den Mitarbeitenden als mögliche Maßnahme zur Vereinbarkeit benannt, und es wurden mehr weibliche positive Rollenmodelle gefordert, an denen sich die weiblichen Mitarbeitenden orientieren können.

In den übrigen Kommentaren meinten vier Befragte, dass sie derzeit und auch zukünftig keine Maßnahmen in diese Richtung planen (zwei dieser Befragten äußerten aber Vorschläge für die Verbesserung durch Dritte, siehe oben). Falls ein Bedarf entsteht, würden sie darauf individuell reagieren und flexible Lösungsansätze suchen, ohne aber dabei einen spezifischen Plan zu verfolgen. Weitere zwei Befragte gaben konkret an, Teilzeitarbeitsplätze etablieren zu wollen, falls eine Nachfrage in diese Richtung käme.

6.1.3.4 Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit

Aufgrund des hohen Differenzierungsgrads bei den Aussagen zu diesem Punkt wird zur besseren Übersichtlichkeit an dieser Stelle ausnahmsweise eine Tabelle eingefügt, in der die Unterkategorien und die Anzahl der Personen abgebildet werden, deren Zitat in diese Unterkategorie eingeordnet wurde.

Tabelle 8. Unterkategorien zur Kategorie Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit.

| <i>Unterkategorie:</i> | | <i>Anzahl der Befragten, die sich zu der Unterkategorie äußern:</i> |
|--|--|---|
| <u>Mitarbeiterseite</u> (n=10) | Gerechtigkeit unter Mitarbeitenden | 6 |
| | Karrierehindernisse | 4 |
| | Ansehen in der Gesellschaft | 3 |
| <u>Chefseite</u> (n=14) | | |
| <i>Chefseite</i> - <i>Strukturelles</i> | Stellen-, Überbrückungsorganisation | 6 |
| | Arbeitszeiten in der Klinik | 4 |
| | Mangelnde Kinderbetreuung | 4 |
| | Fachspezifische Unterschiede | 3 |
| | Raum-, Platzprobleme Dual Career Bestrebungen Stellenkürzungen lange Ausbildungsdauer | 1 |
| <i>Chefseite</i> - <i>sonstige</i> | Finanzielles | 3 |
| | Patientengefährdung | 3 |
| | Mangelnde Nachvollziehbarkeit der Chefs | 2 |
| | Finanzielles - Gegenansicht | 1 |
| <u>Beide Seiten</u> (n=4) | Klinikumsvorstand, Personalabteilung | 3 |
| | Tarifvertrag, gesetzliche Regelungen | 2 |

Die Schwierigkeiten, die die Interviewten bei der Vereinbarkeit von Karriere und Familie erlebten und/oder befürchteten nahmen eine sehr zentrale Position ein, wobei verschiedene Perspektiven angesprochen wurden:

10 Befragte gingen auf die Perspektive der Mitarbeitenden ein: Das größte Problem (n=6) sahen sie in der gegenseitigen Wahrnehmung, da das Personal untereinander sehr genau darauf achte, dass niemand dem anderen gegenüber bevorzugt würde. Da eine Kompensation von Ausfallzeiten häufig ohne die Einstellung von mehr Personal bewerkstelligt werden muss, leiden die Kolleginnen und Kollegen unter der Mehrarbeit, die bspw. durch die Familiengründung einer Kollegin oder eines Kollegen entsteht. Dies kann zu Neid,

Missgunst, Konflikten und Unstimmigkeiten unter den Mitarbeitenden führen. Vier Befragte sahen schlicht eine Bedrohung der Karriere durch die Gründung einer Familie, da es in ihren Augen zwangsläufig ein Karrierehindernis darstellt, wenn man weniger Zeit in der Klinik verbringt als die geforderten Überstunden und Forschungsnachtsschichten. Setzt man zwei Jahre aus, erschien es für die Befragten logisch, dass in dieser Zeit jemand in Hinblick auf die Karriere an einem vorbeiziehe. Als dritter Punkt wurde das Ansehen in der Gesellschaft genannt, welches darunter leidet, wenn Mütter parallel zu sehr an ihrer Karriere arbeiten und dadurch weniger Zeit für ihre Kinder haben. Sie beschrieben das Phänomen der „Rabenmutter“ als Bedrohung für Mütter, die sich in beiden Sphären verwirklichen wollen.

Weiterhin wurde die Perspektive der Vorgesetzten bei der Durchführung von familienfreundlichen Maßnahmen thematisiert. Vierzehn Befragte schilderten hier Probleme, wobei die meisten strukturelle Schwierigkeiten nennen: Eine der Hauptschwierigkeiten stellte für die Klinikchef*innen dabei der Organisationsaufwand ($n=6$) dar, die überbrückende, familienfreundliche Maßnahmen erfordern. Teilweise könne es durch die Anzahl der Schwangerschaften oder die kleine Teamgröße gar nicht mehr aufgefangen werden, so dass zur Not weniger Patienten behandelt werden können. Andere beklagen die Arbeitszeiten ($n=4$) in der Klinik, die nicht in allen Fächern planbar wären und dass bei Notfällen keine Rücksicht auf die Öffnungszeiten einer Kinderbetreuungseinrichtung genommen werden könne. Weiterhin werden die wenig vorhandenen und unflexiblen Kinderbetreuungsangebote ($n=4$) bemängelt, die nicht mit den Bedürfnissen der Beschäftigten einer Klinik einhergingen. Auch die fachspezifischen Unterschiede ($n=3$) bei der gelebten Vereinbarkeit wurden betont, da in einigen Fächern noch eher patriarchalische, pseudomilitärische und somit abschreckende Strukturen vorherrschen als in anderen. Schließlich wurden noch folgende vereinzelte Punkte genannt: lange Ausbildungsdauer ($n=1$), da die Facharztausbildung und die Familiengründung oft zeitlich parallel laufen, persistierender Raummangel ($n=1$), durch welchen sie nicht jeder Teilzeitarbeitskraft einen eigenen Arbeitsplatz anbieten können und schließlich Hindernisse durch die Verwaltung ($n=1$) (z.B. wenn die Einstellung der Ehefrau eines Mitarbeiters in der gleichen Klinik nicht möglich ist).

Schließlich wurden auch diverse Schwierigkeiten aus der systemischen Perspektive genannt: Die Interviewten beklagten den wirtschaftlichen Druck ($n=3$), der auf die Kliniken ausgeübt wird, da sie schwarze Zahlen schreiben müssten und so kein zusätzliches Personal einstellen könnten, um Überbrückungszeiten zu kompensieren. Es wurde auch beschrieben, dass sie

indirekt zur Einstellung von Männern gezwungen würden, da Frauen durch die Ausfallzeiten mehr kosten, es sich die Kliniken also nicht leisten könnten, diese einzustellen. Bei der konkreten Umsetzung von Teilzeitarbeitsplätzen, wurde zudem eine potentielle Patientengefährdung ($n=3$) erwähnt, da Teilzeitstellen viele Schnittstellen hervorrufen würden, zwischen denen wichtige Informationen verloren gingen. Auch würden die Schwierigkeiten bei der Vita der Chefs selber liegen ($n=2$), da diese nur nachvollziehen und unterstützen können, was diese selber erlebt haben. Da es zu deren Zeit noch keine Vereinbarkeit in diesem Sinne gegeben habe, können sie sich auch nicht damit auseinandersetzen.

Eine negative Einstellung der Institution selbst zum Thema wurde angesprochen ($n=3$). So habe bis vor kurzem der Klinikumsvorstand frauen- und familienfeindlich agiert und so wäre keine Unterstützung in Sachen Vereinbarkeit von Oben zu erwarten gewesen. Weitere Probleme ergeben sich aus den Hindernissen, die durch die gesetzlichen Vorgaben ($n=2$) und Verträge geregelt sind, wie das Mutterschutzgesetz oder Tarifverträge, welche flexible Handlungsspielräume einschränken.

6.1.3.5 Chancen durch eine erhöhte Vereinbarkeit

Sechs der Befragten benannten trotz der vorherrschenden Schwierigkeiten auch explizit Chancen durch die angestrebte erhöhte Vereinbarkeit: Durch Nutzung der wirtschaftlichen Flexibilität könne man mehr Personal einstellen, solange man schwarze Zahlen schreibe. Durch diese Flexibilität könnten potentiell auch viele der genannten strukturellen Schwierigkeiten vermindert werden. Ein Befragter betonte explizit, dass der wirtschaftliche Druck oft als Ausrede dient, da seiner Ansicht nach alles lösbar sei. Dies gelte auch für die datenschutzrechtlichen Bedenken der Verwaltung bei der Einführung von Telearbeitsplätzen.

Durch die Etablierung von mehr Familienfreundlichkeit, so die sechs Befragten, würde das Arbeitsklima gestärkt und die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht, was sich wiederum in einer höheren Leistungsbereitschaft des Personals niederschläge. Und wenn die Klinik erst einmal einen guten Ruf in Punkto Familienfreundlichkeit habe, würde sich dies auch auf die Güte der Bewerberinnen und Bewerber auswirken. Weiterhin wurde betont, dass es sich trotz eines evtl. höheren Ausfallrisikos lohnt, Frauen einzustellen, da Frauen gegenüber Männern auch Vorzüge haben und so auch die Klinik davon profitiere. Als Vorzüge wird Müttern bspw. beigemessen, dass sie die Organisationserfahrung, welche eine Familie mit sich bringt,

positiv in das Management einer Station einbringen. Zudem seien Frauen häufig besser in ihren Leistungen.

6.1.4 Spezifische Themen

In diesem Kapitel werden mit „Karrierevoraussetzung“ und „Berufungsverfahren“ zwei Themen besprochen, die durch die Interviewten wiederholt unabhängig der gestellten Fragen angesprochen wurden. Weiterhin werden die Antworten auf zwei spezifische Fragestellungen in Zusammenhang mit der Vereinbarkeit: „Geschlechterunterschiede Karriereverlauf“ und „Pflege von Angehörigen“ zusammengefasst. Auch hier werden zwei Themen aus den Interviews selber aufgegriffen, die „Opferbereitschaft“, die gegenüber Kindern eventuell anders ausgeprägt ist als für die Eltern sowie die „Schwierigkeiten“, die bei der Umsetzung von Maßnahmen für pflegende Angehörige entstehen können.

Tabelle 9. Kategorien zum Thema Spezifische Themen.

| <i>Kategorie:</i> | <i>Anzahl der Befragten, die sich zu der Kategorie äußern:</i> |
|--|--|
| Karrierevoraussetzungen an einem Universitätsklinikum | 8 |
| Umgang mit Bewerbungen | 7 |
| Gründe für den Gap bei den Frauen zwischen Promotion und Habilitation | 13 |
| Pflege von Angehörigen: - Angebote für pflegende Angehörige - Akzeptanz von Eldercare und Kinderbetreuung - 10-Tagesregelung für Kinder möglich, für die Betreuung von Angehörigen nicht. - Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen für pflegende Angehörige | 15 |

6.1.4.1 Karrierevoraussetzungen an einem Universitätsklinikum

Obschon nicht direkt nach den Voraussetzungen gefragt wurde, die für eine Karriere an einem Universitätsklinikum nötig sind, kam dieses Thema in der Mehrzahl der Interviews ($n=8$) zur Sprache. Einige Ordinarien ($n=2$) machten deutlich, dass sie in diesem Zusammenhang ausschließlich die angestrebte Karriere zum Ordinarius verstehen. Für eine Karriere am Klinikum benötigt man laut Aussagen der Interviewten Opferbereitschaft ($n=1$) und eine klare Vorstellung von dem, was man will und wo man hin möchte ($n=2$). Man sollte für die Karriere und das Fach „brennen“, Spaß daran haben und bereit sein, einen oder

mehrere Auslandsaufenthalte zu absolvieren. Am besten sollte man sich früh bewusst machen, was man möchte und sich so in jungen Jahren für eine Karriere entscheiden.

6.1.4.2 Umgang mit Bewerbungen

Obwohl der Umgang mit Bewerbungen kein Thema im Fragebogen ist, kamen viele Interviewte ($n=7$) auf Erfahrungen in ihrer Institution zu sprechen, wobei hier verschiedene favorisierte Kompetenzen genannt wurden, die sie bei Bewerbungsverfahren berücksichtigen: zwei der Befragten gaben an, dass ihnen ein forschungsstarker Lebenslauf wichtiger sei, als die Noten aus dem Studium. Weitere Kommentare bezogen sich auf soziale und emotionale Kompetenzen, die die Bewerberinnen und Bewerber vorzuweisen haben. Auch gingen einige Klinikchef*innen ($n=4$) explizit auf die Geschlechterfrage ein: zwei äußern, dass sie bei ihren Einstellung unabhängig vom Geschlecht beurteilen, und vor allem auf die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber achten, während zwei Chefs angeben, dass sie und ihre zahlreichen weiblichen Mitarbeiterinnen inzwischen froh um jede männliche Bewerbung seien.

6.1.4.3 Gründe für das Ausbleiben einer Habilitation bei promovierten Frauen

Während mittlerweile über die Hälfte aller Medizinstudierenden weiblich ist und auch bei den Promotionen eine ausgeglichene Quote zwischen Männern und Frauen vorliegt, fällt die Habilitationsrate der Frauen deutlich gegenüber der der Männer ab und auch die Professuren am MRI sind überwiegend männlich besetzt. Alle Interviewte wurden nach möglichen Gründen für dieses Phänomen im Kontext der Vereinbarkeit befragt.

Sechs der Befragten äußerten, dass viele Frauen sich bewusst gegen eine Karriere entscheiden, vor allem in Phasen der Familiengründung, oder nie eine Karriere angestrebt haben. Vier Befragte nannten Schwangerschaften als Hinderungsgrund, durch welche sich bei Frauen öfter eine Priorisierung auf die Familie einstellt als bei Männern. Drei der Befragten konkretisierten, dass das Interesse der Frauen, vor allem ab einem bestimmten Alter, eher in der Verwirklichung in dem Bereich Freizeit und Familie liegt, als im Streben nach einer Karriere, während die Männer in der Lebensphase zwischen 30 und 40 aktiv und zielstrebig an ihrer Karriere weiterarbeiten. In diesem Zusammenhang wurde ebenso erwähnt, dass sich Frauen im Allgemeinen lieber der Patientenversorgung widmen, als zu forschen, was wiederum karrierehemmend sei. Auch sind Frauen weniger häufig zu einem Auslandsaufenthalt bereit, vermutlich aufgrund ihrer Familie oder wegen des Partners, welcher nicht ins Ausland mitgehen würde ($n=1$). Von einem karrierefördernden

Auslandsaufenthalt profitieren Frauen weniger häufig als ihre männlichen Kollegen, welche dann an ihnen vorbei befördert werden. Schließlich spielen laut den Angaben der Klinikdirektor*innen auch traditionelle Werte eine Rolle, da die Frau häufiger nach der Geburt eines Kindes zu Hause bleibt und auch im weiteren Verlauf Ausfallzeiten im Beruf durch die Krankheit eines Kindes in Kauf nimmt, während der Mann stets zur Arbeit geht ($n=3$).

Als weitere Erklärungen wurde folgende Einzeläußerung gemacht: ein Befragter gab an, dass Frauen ihre Begabungen öfter ungenutzt lassen als Männer. Laut einem weiteren Kommentar regelt sich das Problem von selber, da bei einem Frauenanteil im Studium von 70% Frauen früher oder später zwangsweise Führungspositionen übernehmen müssten. Demgegenüber stand eine Aussage, die beschreibt, dass trotz eines hohen Frauenanteils in manchen Kliniken nur sehr wenige Frauen bereit seien, Führungsrollen zu übernehmen. Eine Erklärung hierfür ist, dass Frauen sich das Verhalten der Männer in den vorherrschenden old-boys-Netzwerken nicht gefallen lassen möchten und deshalb bestimmte Fachrichtungen oder Führungspositionen darin meiden. Ein Befragter berichtete in diesem Zusammenhang von Enttäuschungen, die er erlebt hat, als er Frauen in ihrer Karriere und Habilitation förderte und diese dann die Klinik verließen oder doch nicht habilitieren wollten. Zudem gab einer der Befragten an, dass die Habilitationsleistungen von Frauen hinter denen der männlichen Kollegen zurückbleiben.

6.1.4.4 Pflege von Angehörigen

Von den 15 Befragten gaben 13 an, dass die Pflege von Angehörigen in ihrer Einrichtung bereits ein Thema geworden ist. Meistens sind davon zwar wenige Angestellte betroffen, aber diese 13 kennen alle Beispiele für Pflegefälle, die ihre Mitarbeitenden im Privaten versorgen.

Zu den Angeboten für pflegende Angehörige äußerten sich die Befragten wie folgt: Keiner der Befragten bietet strukturierte Überbrückungslösungen oder Hilfestellungen an. Sechs der Befragten gaben explizit an, in jeweiligen Einzelfällen individuell nach Lösungen für die Beteiligten zu suchen. Einzelkommentare erwähnten in diesem Kontext unbezahlten Urlaub und bemängelten signifikante finanzielle Schwierigkeiten und schwere Vereinbarkeit mit einer Vollzeitstelle für ihre Mitarbeitenden.

Zwei Befragte erzählten von den eigenen Eltern, die der Pflege bedurften, was dann durch ein Heim oder von den Geschwistern übernommen wurde, da die Klinikdirektor*innen selber dies in ihrer Position nicht mit dem Beruf vereinbaren konnten.

Elf Klinikdirektor*innen wurden gefragt, ob ihrer Meinung nach in ihren Institutionen die Pflege von Angehörigen und die daraus resultierenden Fehl- und Überbrückungszeiten genauso akzeptiert werden, wie die Betreuung kleiner Kinder. Bei den übrigen vier kam das Thema nicht zur Sprache. Neun Befragte fanden, dass es bei ihren Mitarbeitenden keinen Unterschied in der Akzeptanz gäbe. Ein Befragter sah folgenden Unterschied zwischen den Pflegebedürftigen: Während Kinder „klein und niedlich“ seien, ist dieser Bonus bei alten Menschen, die hilfsbedürftig sind, nicht mehr der Fall. Von daher wird die Sympathie für Kinder höher eingeschätzt. Deshalb vermutete er auch eine höhere Akzeptanz für die Personen, die Kinder betreuen, auch wenn dies nicht politisch korrekt sei. Auch vermutete ein Befragter, dass die Opferbereitschaft bei Eltern für ihre Kinder höher sei als bei Kindern für ihre Eltern. Er mutmaßte, dass man seine eigene Karriere eher für die eigenen Kinder als für die eigenen Eltern aufs Spiel setzen würde und dass die Kolleginnen und Kollegen auch eher bereit seien, zusätzliche Schichten zu übernehmen, wenn sich die zu kompensierende Mitarbeiterin bzw. der zu kompensierende Mitarbeiter um Kinder kümmert.

Zum Zeitpunkt der Befragung gab es bereits eine gesetzliche Regelung, die es den Arbeitnehmern ermöglicht, zehn Tage im Jahr für die Pflege von Angehörigen eine Art Sonderurlaub vom Arbeitgeber zu bekommen, genauso wie die Eltern kranker Kinder zehn Tage im Jahr für ihre Betreuung zu Hause bleiben dürfen. Die Regelung für Kinder wird am Klinikum rechts der Isar umgesetzt, während dies für die pflegenden Angehörigen nicht gelebt wird und die Personalabteilung zum Zeitpunkt der Befragung keine Möglichkeit einer Umsetzung dessen gesehen hat.

Die Klinikdirektor*innen wurden im Interview zu ihrer Haltung dieser Praxis gegenüber befragt ($n=13$). Acht Interviewte sprachen sich für eine Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben aus, während einer auf die finanziellen Probleme hinwies, die solche Ausfallzeiten mit sich bringen ohne vom Gesetzgeber kompensiert zu werden. Vier machen verschiedene Anmerkungen zur Thematik. Einer gab an, nicht auch noch darauf achtgeben zu können während zwei weitere die Belastung des Mitarbeiterkollektivs schilderten, die durch die ständigen Sonderregelungen entstehen und die teilweise von Einzelnen ausgenutzt werden. Wenn es vom Gesetzgeber so vorgesehen sei, dann könnten dies die Mitarbeitenden auch

verlangen, meinte einer der Befragten. Allerdings würden seiner Ansicht nach die meisten Arbeitnehmer*innen versuchen, es alleine zu organisieren.

Drei Befragte nannten Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Pflege von Angehörigen, wie den finanziellen Aspekt, welcher die Kliniken bei Ausfallzeiten belastet und nicht vom Gesetzgeber oder Krankenkassen kompensiert wird. Ein anderer erläuterte den hohen organisatorischen Aufwand, den die Überbrückung von Ausfällen mit sich bringt und welcher immer weiter ausgereizt wird. Er versucht jedoch, alles zu ermöglichen, und durch eine noch aufwendigere Organisationsleistung zu kompensieren. Eine Person führte an, dass die Arbeitsverteilung durch Teilzeitstellen noch ungerechter wird, da die Mitarbeitenden, die zu bestimmten Zeiten die Klinik verlassen, tatsächlich nur 50% arbeiten, während die Vollzeitmitarbeitenden auch noch die liegengebliebenen Arbeiten erledigen, die nach Feierabend anstehen.

6.1.5 Die drei wichtigsten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit

Gegen Ende jeden Interviews wurden alle 15 Klinikchef*innen gefragt: „Könnten Sie mir zum Schluss spontan die wichtigsten drei Maßnahmen nennen, die eine Vereinbarkeit von Karriere und Beruf fördern würden, und die drei größten Hindernisse, die gegen eine Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen wirken?“. Wobei die Befragten entweder Hindernisse oder wünschenswerte Maßnahmen nannten, da sich die Antwort auf die gegenteilige Frage daraus ergibt (nannte jemand bspw. den Ausbau von Kinderbetreuung als wünschenswerte Maßnahme an wäre für diese Person das größte Hindernis den Ausbau von Kinderbetreuung nicht umzusetzen). Nicht jede Person nannte explizit drei Maßnahmen, so dass insgesamt 33 Äußerungen zu dieser Frage aufgezeichnet wurden.

Die meisten der Befragten ($n=9$) äußerten als wichtigste Maßnahme den Ausbau einer Kinderbetreuung in Klinikumsnähe mit Öffnungszeiten, die an die Arbeitszeiten in der Klinik angepasst sind und flexibler Notfallbetreuung bei kranken Kindern. Zudem sollte die Betreuungseinrichtung ein möglichst breites Spektrum an Kindern jeden Alters aufnehmen können und ausreichend Plätze zur Verfügung stellen. An zweiter Stelle steht die Flexibilität ($n=5$). Damit ist vor allem die Flexibilität von Seiten der Verwaltungs- und Gesetzesstrukturen gemeint, die es ermöglichen soll, individuelle Lösungsvorschläge für die einzelnen Mitarbeitenden zu finden, aber auch die Flexibilität der Mitarbeitenden, die offen für flexible Lösungsansätze sein und sich am besten auch selber welche überlegen sollen. Die Motivation und Informationen von Frauen als hilfreiche Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie stehen an dritter Stelle ($n=3$). Frauen sehen

ihre Karrieremöglichkeiten häufig nicht oder finden keine Möglichkeit der Umsetzung oder der Vereinbarkeit. Hier müsste Aufklärungs- und Motivationsarbeit geleistet werden, vor allem bei der Besetzung von Führungspositionen, vor denen Frauen nach den Erfahrungen der Klinikchef*innen häufig zurückschrecken. Eine monetäre Förderung von Kliniken, die viele Frauen einstellen, wird ebenso genannt ($n=3$). Durch die zusätzliche Förderung wäre ein Anreiz geboten, mehr Frauen einzustellen, und der Weg geebnet, um Ausfall- und Überbrückungszeiten bei einer Familiengründung zu kompensieren. Auch wurde eine höhere Wertschätzung der Familie im Klinikumfeld verlangt ($n=2$): Einerseits soll das Gründen einer Familie anerkannt und nicht als Kontraindikation zum Beruf gesehen werden, andererseits soll auf die Bedürfnisse von Familien eingegangen werden, im Einklang mit den Anforderungen, die die Aufgaben an die Mitarbeitenden stellen.

Ein ebenso oft genannter Punkt sind geregelte Arbeitszeiten ($n=2$). Arbeitszeiten müssen für die Mitarbeitenden planbar sein und geregelt, dies hilft vor allem den Mitarbeitenden mit Familien, ist aber ebenso für ledige Ärztinnen und Ärzte wichtig, um eine ausgeglichene Work-Life-Balance finden zu können. Durch negative Erfahrungen, die manche Befragte bei dem Versuch der Einführung von offiziellen Heimarbeitsplätzen gemacht haben, wurde der Wunsch nach einer legalen Möglichkeit der Umsetzung derartiger Maßnahmen angeführt ($n=2$). Als sonstige wünschenswerte Punkte wurden neun einzelne Maßnahmen genannt: Ein Klinikchef wünscht sich eine stärkere Mitarbeiterbindung an die Klinik von den Beschäftigten, welche sich in Mutterschutz oder Elternzeit befinden, damit ihnen der Wiedereinstieg nach Ende dieser Phase leichter fällt. Ein weiterer spricht sich dafür aus, Mobbing stärker zu thematisieren bzw. aufmerksamer dafür zu sein und im Notfall einzugreifen. Dies passt zu der Aussage eines Kollegen, welcher erklärt, dass ein Chef immer die schützende Hand über seine Mitarbeitenden halten und sie gegebenenfalls auch vor Neidern verteidigen muss. Darüber hinaus wird ein offener Umgang mit der Familienplanung postuliert, die für den Chef eine vorausschauendere Planung ermöglichen soll. Eine gute Bezahlung für die Beschäftigten wird ebenfalls gewünscht, damit diese ihre langen Arbeitszeiten dadurch ausgleichen können, dass sie sich bspw. eine Haushaltshilfe oder einen Gärtner anstellen können und so zu Hause weniger Arbeit haben. Zwei der Ordinarien hoffen auf eine positive Grundhaltung der Mitarbeitenden, die wissen, was wichtig ist, also die richtigen Prioritäten setzen und positiv denken. Einer der Befragten gibt an, dass für bestimmte Themen, zu denen auch die Pflege von Angehörigen gehört, mehr

Sensibilität im Klinikumfeld geschaffen werden muss, damit das Thema mehr ins Bewusstsein der Menschen dringt.

6.1.6 Kenntnis, Bewertung und Nutzen der Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit

Alle Befragte wurden über ihre Kenntnis des Handbuchs „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ der Bundesärztekammer befragt. Zudem sollten die Interviewten ihren Kenntnisstand der Gleichstellungsforderungen der DFG und des Audits berufundfamilie der Hertie Stiftung (berufundfamilie Service GmbH) nennen. Die Interviewten sollen ebenfalls angeben, wie sie die einzelnen Maßnahmen bewerten und wie sie einen konkreten Nutzen daraus ableiten können. Nicht alle 15 Befragten haben zu allen Punkten Angaben gemacht, da es z.T. aus zeitlichen Gründen nicht möglich war, oder sich bspw. die Bewertung und der Nutzen überschneiden haben. In den Interviews wurden keine Fragen zum runden Tisch gestellt.

6.1.6.1 Kenntnis, Bewertung und Nutzen des Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“

Von den 15 Interviewten äußerten sich 14 zu der Frage nach der Kenntnis des Handbuchs der Bundesärztekammer. Elf kannten das Handbuch gar nicht, zwei kannten es und einer hatte den Namen schon einmal gehört, aber keine tiefere Kenntnis davon.

Nachdem das Handbuch der Bundesärztekammer kurz vorgestellt worden war, gaben 11 eine Bewertung ab und 10 äußerten sich zu einer potentiellen Nutzung des Instrumentes:

Von sieben Personen wurde es als gut bewertet, da das Thema an sich wichtig und es hilfreich sei, wenn es dazu Literatur gibt, um das Bewusstsein dafür zu stärken. Man könne sich bei Bedarf dort gute Ratschläge holen und Maßnahmen daraus umsetzen. Zudem gäbe es in den Kliniken durchaus noch Oberärzte, die eher altmodisch denken und denen eine Lektüre des Handbuchs vielleicht helfen könnte. Das Handbuch gibt den Kliniken laut der Einschätzung eines Befragten etwas an die Hand, worauf sie sich stützen können hinsichtlich Vereinbarkeit. Vier der Befragten waren zurückhaltender in ihrer Bewertung und fanden das Handbuch nur teilweise hilfreich. Sie meinten, dass diejenigen, die ohnehin schon für dieses Thema sensibilisiert seien, auch das Buch lesen würden, aber diejenigen, welche „es nötig“ hätten, könnten das ja folgenlos ignorieren. Zudem sei der Arbeitsalltag zu überladen, als dass Klinikdirektor*innen sich einer derartigen Lektüre widmen könnten.

Vier Befragte würden einmal einen Blick in das Handbuch werfen, auch wenn sie nicht unbedingt einen Verbesserungsbedarf bei sich an der Einrichtung erkennen können, aber die Ideenstiftung zur ein oder anderen Maßnahme wäre für die Nutzung ein Anreiz. Ebenfalls vier Befragte konnten sich hingegen nicht vorstellen, das Handbuch zu verwenden, da ihnen die Zeit dafür fehlt und sie sich keinen Nutzen davon sprechen, da die Theorien sowieso meist in der Praxisanwendung scheitern. Zwei Befragte konnten sich eine Nutzung des Handbuchs in ihrer Klinik vorstellen, wenn auch nicht unbedingt zur Eigenlektüre, dann doch um sie ihren Oberärzten zu verordnen, die dann überprüfen sollen, ob Maßnahmen daraus umgesetzt werden können.

6.1.6.2 Kenntnis, Bewertung und Nutzen der Gleichstellungsforderungen der DFG

Bekannter scheinen die Gleichstellungsstandards der DFG zu sein: zehn Befragte geben an, diese zu kennen, während drei schon einmal davon gehört haben. Lediglich zwei Personen kennen die Gleichstellungsforderungen gar nicht.

Zehn Befragte befürworteten die Gleichstellungsstandards der DFG, z.B. weil diese Defizite identifizieren und beheben wollen. Die Gleichstellungsforderungen seien transparent und versuchten Lösungen für Probleme des Alltags zu schaffen. Darüber hinaus böten sie wichtige Anreize und Hilfestellungen für Frauen in der Forschung an. Eine andere Meinung vertraten zwei der Befragten: Sie hielten gar nichts von diesem Instrument, da es in der Praxis nicht greife. So hatte einer der Interviewten bereits öfter versucht, Frauen in der Forschung zu fördern, doch diese wollten dies nicht oder brachen ihre Karriere ab. Ein weiterer Befragter war von dem Instrument der DFG genauso wenig begeistert, da die Gleichstellungsforderungen zwar ganz gut für ein Benchmarking, aber ansonsten eher limitiert seien.

Aus diesen Aussagen ergibt sich auch der Nutzen, den die Befragten in diesem Instrument sahen und der von denjenigen, die die Gleichstellungsstandards befürworteten, positiv gesehen wurde. Zwei der Interviewten hingegen sagen, dass sie es explizit nicht anwenden würden, da man niemand zum Forschen zwingen kann. Weitere Kommentare wurden dieser Kategorie nicht zugeordnet, da die Antworten bereits mit der Bewertung des Instruments gegeben wurden.

6.1.6.3 Kenntnis, Bewertung und Nutzen des Audits berufundfamilie

Zehn Befragte kannten das Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung nicht. Drei Personen gaben an, bereits einmal davon gehört zu haben, während es zweien völlig unbekannt war.

Fünf Befragte bewerteten das Audit als hilfreich, einer erläuterte, wie Familie und Beruf nur im Einklang funktionieren können und so das Zusammenspiel einen Mehrwert für die Privatperson und die Klinik bringen kann. Diese Personen gaben sich offen gegenüber einem Audit, was deren Aussage nach bereits anderen Einrichtungen gut getan hat. Vier Befragte bewerteten das Audit ambivalent. Sie würden einem Audit zustimmen, wenn sich tatsächlich ein absehbarer Nutzen daraus ergeben würde und es sich hierbei nicht bloß um einen bürokratischen Akt handelte. Man hegte die Befürchtung, dass dies der Fall sein könnte, da sich im Alltag so viele Probleme stellen, denen man konkret begegnet müsse und man dürfe nicht nur darüber reden. Dies erfordere zudem individuell auf den Einzelfall zugeschnittene Lösungen und nicht pauschale Maßnahmen, die für die gesamte Klinik gelten. Drei der Klinikchef*innen äußerten eine negative Meinung und verbat sich, dass Externe sich zu Vorgaben für die Verbesserung ihrer Institution äußern. Eine Auditierung würde zudem noch lange keine reale Umsetzung in der Praxis bedeuten und sei somit nicht zielführend. Das Audit wurde an dieser Stelle als PR-Instrument dargestellt, welches keinen echten Wettbewerbsvorteil für die Klinik generieren könne.

Sechs Befragte könnten sich eine Umsetzung bei sich an der Einrichtung gut vorstellen, da man jede Chance zur Verbesserung der Vereinbarkeit nutzen sollte, die TUM ebenfalls zertifiziert ist und es hilfreich eingeschätzt wird, wenn sich externe unabhängige Experten mit dieser Thematik für die eigene Klinik befassen. Im besten Fall könnte man durch diese Maßnahmen die Mitarbeiterzufriedenheit stärken und dadurch wiederum die Leistung. Fünf Befragte lehnen eine Auditierung grundlegend ab, da sie zu viel Zeit und Geld verschwende für einen fragwürdigen Nutzen. Einige hatten bereits negative Erfahrungen mit Qualitätsmanagement und Zertifizierungen gemacht und lehnten das Audit deshalb ab. Einer sagte, dass eine Auditierung hinsichtlich Familienfreundlichkeit seinen Patienten sehr egal sei oder sogar abschreckend wirken könnte, da dies eine Fokussierung auf andere Punkte als die Versorgung der Patienten transportieren könnte. Zwei Klinikchef*innen würden ein Audit auf ihre Klinik anwenden, falls es einen zentralen Beschluss oder eine Initiative des Vorstandes gäbe, aber von sich aus würden sie keine Maßnahmen in diese Richtung ergreifen.

6.1.7 Einordnung der Best Practice example

Aus den oben vorgestellten drei Maßnahmen der verschiedenen Institutionen wurden fünf Beispiele für vorbildliche Maßnahmen entnommen, die innerhalb der Instrumente verortet

sind. Diese fünf Best Practice Beispiele wurden den Befragten genannt und vorgestellt, wenn sie nicht bekannt waren.

1. Anreize bieten: Titelverleihung „Familienfreundliche Einrichtung“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG])
2. Regulative Maßnahmen: Richtlinie: „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG])
3. Regulative Maßnahmen: Dienstvereinbarung „Miteinander statt Gegeneinander“ (Klinikum rechts der Isar & Personalrat, 2010)
4. Strukturveränderung: Kindertagesstätte der BGU Murnau (Bühren & Schoeller, 2010)
5. Arbeitsplatzveränderung: Telearbeit am Universitätsklinikum Ulm (Audit berufundfamilie, 2016a)

Die Interviewten sollten angeben, ob ihnen eine solche Maßnahme bekannt ist, wie sie diese bewerten und ob eine eigene Umsetzung des Beispiels für sie in Frage käme. Nicht alle 15 Interviewten konnten zu allen Beispielen befragt werden.

6.1.7.1 Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung des Beispiels „Anreize bieten“

Die Universität Greifswald verleiht jährlich einen Preis für die familienfreundlichste Einrichtung. Der Preis ist mit 100€ dotiert und geht an die Einrichtung, in der in vorbildlicher Weise auf die Vereinbarkeit von Studium oder Beruf und Familie geachtet wird.

Zehn Befragte kennen eine solche Maßnahme nicht, einer gibt an, dies bei Firmen wie McDonalds einmal gesehen zu haben.

Sieben der Befragten hielten nichts von einer derartigen Maßnahme. Das geringe Preisgeld wurde kritisiert, ebenso wie die Tatsache, dass man sich dann wieder ein Schild an die Tür hängen kann, welches in der Praxis wenig bewege. Zudem wurde die Nachhaltigkeit einer solchen Maßnahme bezweifelt. Sechs Interviewte befürworteten einen Wettbewerb um die Familienfreundlichkeit, da sie dies teilweise von den Lehrpreisen her kennen oder einfach generell befürworten. Zwei Befragte würden einer derartigen Maßnahme zustimmen, wenn das Preisgeld höher wäre und damit die Wertschätzung und die Motivation steigern würde.

Fünf Befragte hielten eine eigene Umsetzung am Klinikum für möglich, vor allem, wenn das gesamte Klinikum involviert wäre, um die Sichtbarkeit der Maßnahme zu steigern. Zwei Befragte lehnten eine eigene Umsetzung ab.

6.1.7.2 Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“

Von den zwölf Personen, die sich zu der Richtlinie äußerten kannte die Hälfte solche Maßnahmen, die andere Hälfte nicht.

Zehn Befragte befürworteten eine derartige Richtlinie als Grundlage für ein gutes Miteinander und vor allem als Leitlinie, an die man sich im Notfall halten kann und die einem sagt, wie man als Betroffener vorgehen kann. Zwei waren der Meinung, dass es solche Richtlinien nur braucht, wenn etwas schiefgeht. Zum Vergleich wurde an dieser Stelle ein Ehevertrag angeführt. Man brauche keine Richtlinien, sondern lediglich einen ordentlichen Chef, ist die Meinung eines anderen Befragten, der zudem sagt, dass wiederum der Chef selber „rausfliegen“ müsse, wenn er sich nicht an die Spielregeln halte.

Eine eigene Umsetzung im Sinne einer Verteilung eines solchen Dokuments unter den Mitarbeitenden befürworteten drei Befragte, von denen einer angab, im QM-Handbuch vergleichbare Positionen aufzuführen. Ein Befragter hielt es nicht für sinnvoll, sondern würde im Bedarfsfall aktiv einschreiten und nicht präventiv eine Leitlinie verteilen.

In vielen Interviews ($n=10$) berichteten die Befragten bei der Diskussion über dieses Best Practice Beispiel von ihren eigenen Erfahrungen, die sie mit Themen gemacht haben, die in der Leitlinie besprochen werden. Sechs der Befragten waren bereits als Chef mit Themen wie Mobbing konfrontiert und hatten einschreiten müssen. Vier gaben an, bisher keine derartigen Erfahrungen gemacht zu haben.

6.1.7.3 Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Dienstvereinbarung „Miteinander statt Gegeneinander“

An dieser Stelle wurde die Dienstvereinbarung „Miteinander statt Gegeneinander“ thematisiert, welche der Personalrat des Klinikums rechts der Isar konzipiert und verbreitet hat und welche ähnliche Punkte beinhaltet wie die oben besprochene Richtlinie.

Sechs Befragte kannten die interne Dienstvereinbarung, zweien war sie unbekannt.

Während vier Interviewte skeptisch waren und unter anderem das Argument anführten, dass Papier geduldig sei und nicht gleich gelebt und umgesetzt werde, was einem Mitarbeiter einmal im Leben zu Teil wird, fanden zwei Interviewte die Dienstvereinbarung gut und nützlich. Zwei andere Befragte würden die Dienstvereinbarung nicht verteilen, weil für sie

die darin abgebildeten Inhalte selbstverständlich seien und es deshalb überflüssig sei. Einer der beiden befürchtete sogar eine „Überstrapazierung“ der Begriffe wie Mobbing und im schlimmsten Fall ein Ausnutzen des sensiblen Themas von Seiten der Mitarbeitenden.

Sechs Befragte würden die Dienstanweisung des Personalrats verteilen oder haben dies bereits getan. Eine Person würde dies nicht tun, wieder aus dem Grund, dass ein rücksichtsvolles Miteinander unter Kollegen selbstverständlich ist.

6.1.7.4 Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung der Kindertagesstätte der BGU Murnau

Das vorbildliche Kinderbetreuungsangebot der Unfallklinik in Murnau war vier Befragten bekannt. Zwei Personen kannten sie laut eigenen Angaben gar nicht und eine Person ein bisschen.

Neun Befragte fanden die Einrichtung sehr gut und nachahmenswert für das Klinikum rechts der Isar. Einer der Interviewten merkte an, dass sich so ein Modell vor allem auf dem Land etablieren konnte, wo die Attraktivität der Arbeitsplätze per se nicht so hoch sei wie in München und die Klinik deshalb vielleicht neue Mitarbeitende durch derartige Maßnahmen anlocken möchte. Nichtsdestotrotz waren sich alle neun darin einig, dass es unbedingt auch am MRI eine derartige flexible Kinderbetreuung mit Arbeitszeiten, die an den Klinikalltag angepasst sind und für Kinder jeden Alters bräuchte. Die Kindertagesstätte hatte in einem einzigartigen Rechenmodell vorgelegt, dass sie jährlich einen sechsstelligen Gewinn für das Klinikum erwirtschaftet, da das Klinikum weniger Ausfall- und Überbrückungszeiten kompensieren muss und dadurch u.a. auch Einstellungsverfahren, Einarbeitungen, usw. einspart. 12 der Befragten fanden dies logisch und glaubten, dass sich die Einrichtung einer solchen Institution auch monetär auszahlen kann.

Da die meisten der Befragten sich bereits dazu geäußert haben, dass eine solche Kinderbetreuungseinrichtung auch am Klinikum rechts der Isar wünschenswert wäre, sind der Kategorie „Umsetzung am MRI“ nur zwei Textkommentare zugeordnet. Einer davon ist klar davon überzeugt, dass die Umsetzung in München möglich wäre, während ein anderer befürchtet, dass aufgrund des Platzmangels eine Kindertagesstätte in gleicher Größe nur schwer zu verwirklichen wäre.

6.1.7.5 Kenntnis, Bewertung und eigene Umsetzung des Beispiels „Telearbeit“

Im Laufe des Interviews gaben viele der Befragten bereits zu Protokoll, dass sie Heimarbeitsplätze für ihre Mitarbeitenden umsetzen, so dass der Punkt „Kenntnis“ in diesem Zusammenhang nur noch bei wenigen Befragten explizit abgefragt wurde. Alle drei, die hierzu noch befragt wurden kannten aber Telearbeit als Maßnahme.

Sieben Befragte der 14, die sich dazu geäußert haben, sehen Telearbeitsplätze ambivalent, weil diese zwar praktisch sein, aber auch Gefahren bergen, zum Beispiel ein Ungerechtigkeitsempfinden zwischen den Mitarbeitenden oder eine Entfremdung einzelner vom Team. Ein Befragter von den sieben gab zudem an, dass man seiner Ansicht nach Arbeit und Privates lieber trennen sollte. Vier Befragte bewerteten die Umsetzung von Telearbeitsplätzen positiv, aber nur in den Bereichen, die sich dafür eignen, wie Dokumentations- oder Forschungsarbeiten. Ähnlich sah es einer der drei Interviewten, die Telearbeit ablehnten. Er hielt überhaupt nichts davon, Arbeit von zu Hause aus zu erledigen und trenne dies auch strikt für sich selber. Ein weiterer hielt die Maßnahme für ein Alibi, die nichts bewirke und die kaum ein Mitarbeitender tatsächlich in Anspruch nehmen könne.

Eine Umsetzung der Telearbeit hielten sechs Befragte teilweise bei bestimmten Aufgaben und Situationen für möglich, während sich weitere fünf Interviewte eine Umsetzung von Telearbeit vorstellen konnten oder diese bereits eingerichtet haben. Lediglich ein Befragter konnte es sich aus datenschutzrechtlichen Gründen gar nicht vorstellen Telearbeitsplätze einzurichten.

6.1.8 Zusammenfassung der Ergebnisse der themenspezifischen Analyse

Mit Hilfe der überblicksartigen Zusammenfassung der behandelten Themen sollten die Trends im Querschnitt der Interviews dargestellt werden. Dabei zeigte sich deutlich, dass das Thema der Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einem Universitätsklinikum ein Spannungsfeld darstellt, welchem die befragten Chefärzte ambivalent gegenüberstehen. Ein Aspekt dieses Spannungsfelds zeigte sich im Auseinanderklaffen der Idealvorstellung der Befragten und deren Realität. Auch wenn die Mehrheit der Befragten Vereinbarkeit als wünschenswert erachtet, haben es die Wenigsten davon in ihrem eigenen Leben geschafft, diese umzusetzen und ihre Karriere und Familie in einem ausgeglichenen Maß zu leben. Eine Umfrage unter leitenden Chirurgen in Deutschland kommt zu einem ähnlichen Ergebnis (Bühren, 2001). Auch wenn sich ihrer Meinung nach in den letzten Jahrzehnten schon viel verändert hat, etablierten die meisten Befragten der vorliegenden Arbeit die

Vereinbarkeit für ihre Mitarbeitenden nicht systematisch. Dabei scheint ein paar der Befragten bereits die Vorstellung daran problematisch und unrealistisch. Ihrer Darstellung nach kann die dreifache Herausforderung Klinik-Forschung-Lehre nur durch eine extreme Arbeitsbelastung in Einklang gebracht werden. Dies kann nur durch ein gewisses Maß an Selbstaussbeutung gelingen, die als unbedingt notwendig erachtet wurde, um letztlich mit einem Aufstieg auf der Karriereleiter belohnt zu werden. Das führt vor allem in leitenden Positionen zu hohen Belastungen von Ärztinnen und Ärzten durch einen Konflikt von Arbeitsbelastung und Privatleben (Fuss et al., 2008; Mache et al., 2015).

Nach eigenen Aussagen konnten sich die Befragten vor allem vorstellen, was sie selber erlebt haben, da sie vereinbarkeitsunfreundlich sozialisiert worden waren. Dadurch hatten sie gelernt, das selbstausbeuterische System zu stützen und befürchteten zu einem großen Teil eine Gefährdung desselben durch vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen wie geregelte Arbeitszeiten oder Führungskräfte in Teilzeit. Obwohl es innerhalb der Klinik und unter den Befragten auch positive Beispiele dafür gibt, dass dies sehr wohl funktionieren kann, wurden von den meisten Chefärzten Gründe gesucht und potentielle Hindernisse genannt, die es unmöglich machen, eine Vereinbarkeit umzusetzen – ohne etwa Abstriche bzgl. der Qualität der medizinischen Versorgung in Kauf zu nehmen oder im schlimmsten Fall die Patientensicherheit zu gefährden. Auf der anderen Seite wurden von Befragten durchaus auch Chancen erkannt, die die Vereinbarkeit von Karriere und Familie für das System und deren Beteiligte mit sich bringen kann. Dabei werden diese Ansätze unterstützt von der Theorie des Work-Family-Enrichments (Greenhaus & Powell, 2006), die verkürzt dargestellt davon ausgeht, dass sich die Einnahme verschiedener Rollen und Aufgaben positiv auf das Individuum und dessen Umgebung auswirkt.

In der themenspezifischen Analyse zeigt sich in verschiedenen Bereichen, dass zum Thema Vereinbarkeit sehr widersprüchliche Ansichten existieren. Hierzu passend offenbarten auch die Interviews zum Teil widersprüchliche Aussagen der Befragten. Nur bei wenigen Befragten konnte man klar sagen, dass sie konsequent die eine oder andere klare Linie in Bezug auf die Vereinbarkeit von Karriere und Familie verfolgen. Eher ließ sich beobachten, dass die Chefärzt*innen je nach Inhalt der Frage zwischen Befürwortung und Ablehnung der Vereinbarkeit hin und her pendelten. Dabei wurde die Umgebung der Universitätsklinik durchaus als speziell gesehen. In Abgrenzung zu anderen Arbeitsplätzen wird einerseits von den Angestellten erwartet, alles zu geben und eine Karriere anzustreben, andererseits sind die Befragten aber auch froh um diejenigen, die keine steile Karriere anstreben und damit

die Abteilung zwar nicht forschungsmäßig vorantreiben, aber eine sehr gute klinische Arbeit leisten und so helfen das System zu erhalten. Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie ist offenbar schwierig umzusetzen, doch es schien, als hätten sich die Klinikchef*innen größtenteils damit arrangiert und verspürten keinen Drang von sich aus etwas daran zu verbessern. Dies mag unter anderem daran liegen, dass kaum Druck von außen verspürt wird, allein schon durch die Anziehungskraft des Standorts München haben die Befragten laut eigener Aussage immer noch genügend Auswahl an gutem Personal ohne dass sie etwas Wesentliches verändern müssten. Außerdem wurde die Ärztegeneration, die sich gerade auf den Chefarztpositionen befindet in dem Sinne sozialisiert, dass es für die Erfüllung ihrer Aufgabe unabdingbar ist, für den Beruf zu leben, so dass andere Ansätze unvorstellbar scheinen (Bühren, 2001).

Bei der Betrachtung der Maßnahmen, die entwickelt wurden, um eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie zu verbessern, stellte man fest, dass diese keinen hohen Bekanntheitsgrad unter den Befragten genießen. Obwohl diese die Stakeholder von außen zum Umdenken und einer veränderten Handlungsweise motivieren wollen, waren von drei untersuchten Maßnahmen zwei nahezu gänzlich unbekannt (Handbuch der BÄK und das Audit berufundfamilie). Lediglich die Gleichstellungsforderungen der DFG waren den Chefärzten ein Begriff. Dies könnte daran liegen, dass die Forschung in der Klinik einen sehr hohen Stellenwert hat und so diejenigen Instrumente, die die Forschungsförderung beeinflussen, auch wahrgenommen werden. Die daraus abgeleiteten Best Practice Beispiele fanden unter den Befragten gemischte Zustimmung. Es wurden auch an dieser Stelle wieder Befürchtungen und Chancen gegeneinander abgewogen, ungeteilte Zustimmung genoss allerdings keine der aufgeführten Maßnahmen. Am meisten Fürsprache ertete die Kindertagesstätte der BGU Murnau, die nachgewiesen hat, dass sie einen monetären Profit für die Klinik erwirtschaftet, was darauf schließen lässt, dass es bislang nur über zwei Wege möglich ist, die Stakeholder zum Handeln zu motivieren: Durch negative Sanktionen, bspw. in Form einer geringeren Forschungsförderung, oder durch starke und messbare positive Anreize, wie den finanziellen Mehrwert einer Kindertagesstätte. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erkenntnissen aus anderen Studien, in denen mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung einer Vereinbarkeit zwar diskutiert, aber selten uneingeschränkt befürwortet werden, da ihre Wirkungsweise häufig in Frage gestellt wird (z.B. Mentor*innenprogramme, Führungskräftecoachings etc.) (Edmunds et al., 2016; Ridder, 2012; Sambunjak, 2015).

Die in der vorliegenden Arbeit Befragten erkannten also in der Theorie einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie, auch ihre Ideale sind damit deckungsgleich, in der Praxis jedoch verspürten sie zu wenig Handlungszwang oder zu geringe motivationale Anreize, um tatsächlich etwas am bestehenden System zu verändern.

6.2 Typenbildung

Die gewonnenen Daten sollen nach der themengerichteten Zusammenstellung nun mit Hilfe einer Typenbildung vergleichend dargestellt werden. Dazu wurden anhand der Aussagen der Befragten in den Interviews Merkmale herausgearbeitet, die als Grundlage für die Identifikation von drei Typen fungierten. Als Typen wurden identifiziert: der Typ pro Vereinbarkeit, welcher die Vereinbarkeit von Familie und Karriere mit seinen Einstellungen und Handlungen befürwortet, unterstützt und selber lebt. Dem gegenüber steht der Typ kontra Vereinbarkeit, welcher eine Vereinbarkeit von Familie und Karriere im Umfeld der universitären Medizin ablehnt und dies selber nicht lebt. Dazwischen steht der Typ Teils, teils, welcher sich zwischen den beiden Polen Pro und Kontra bewegt. Die Angehörigen dieses Typs sehen die Bereiche Privatleben und Berufsleben beide als wichtig an, sehen jedoch auch die Schwierigkeiten, die bei dem Versuch einer Vereinbarkeit entstehen. Anhand der Bereiche Einstellung, Handlung und Integration ins eigene Leben, werden nachfolgend die drei Typen beschrieben.

6.2.1 Einstellung des Typs Kontra Vereinbarkeit

Karriere wird vom Typ Kontra Vereinbarkeit als oberste Priorität angesehen. Alles andere wird ihr untergeordnet. Diese Priorisierung wird zudem als natürlich gegeben angesehen und für unabdingbar empfunden. Karriere machen wird hier als Selbstzweck und oberstes Lebensziel empfunden: „Wenn Sie eine Karriere machen, ist das so. Da gibt es viele Abstriche. Das ist wie, wenn Sie im Kloster leben (...)“¹⁵ (Befragter H)

Angehörigen des Typs Kontra Vereinbarkeit plädieren für eine Entscheidung. Man kann nicht Familie und Karriere gleichstellen. Möchte man eine Karriere verfolgen muss man diesem Denkmuster nach alles andere unterordnen, sonst kann man keinen Erfolg haben: „Ich habe mit dieser Vereinbarkeit schon ein großes Problem. Ich glaube das geht nicht, (...)“

¹⁵Kategorie 1 „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Karriere bedeutet Abstriche“

dass man seine eigenen Ziele so hochsetzt und die Arbeit da nur noch als zweitrangig sieht. Ich glaube, das geht nicht.“¹⁶ (Befragter O)

Vereinbarkeit und ihre Definition ist eine Illusion, die in der Realität nicht abbildbar ist. Zwar sehen sogar manche Vertreter des Typs Kontra Vereinbarkeit, dass nach diesem Ideal gestrebt wird und dies nun auch in der Chefetage. Doch eine Umsetzung dessen, vor allem zu jedem Zeitpunkt des Lebens und zu jedem Zeitpunkt auf der Karriereleiter steht man weiterhin skeptisch gegenüber: „Ich glaube schon, dass wir alle in irgendeiner Weise nach so einer Art von Vereinbarkeit streben. Also zumindestens die jetzige Generation der Chefs, weil sie es weiß und auch selber schon so erlebt hat. Gleichzeitig wissen wir, dass es ein Ideal ist und Ideale eigentlich nur im Paradies stattfinden und wir jeden Tag kämpfen müssen. Und es da mal fehlt und da etwas fehlt, da etwas. Und es leidet der eine oder andere Aspekt. Und das muss man halt über das Jahr hinweg oder über die Jahre hinweg irgendwie so ausgleichen. Es ist nicht möglich, glaube ich, jeden Tag alles absolut schön vereinbar zu haben. Das geht nicht.“¹⁷ (Befragter L)

6.2.2 Einstellung des Typs Teils, teils

Die Einstellung des Typs Teils, teils ist nicht polarisierend in eine Richtung. Es werden sowohl die Karriere als auch die Familie mit Zeitressourcen bedacht und es gibt keine klare Priorisierung eines Faktors: „Für mich als Person. Ja. Also das sollte so aussehen, dass sowohl Familie als auch die Karriere ja mit dem Zeitressourcen, die man hat, so bedacht sind, dass man auf beiden Seiten Zufriedenheit generiert.“¹⁸ (Befragter N)

Angehörige des Typs Teils, teils bewerten Probleme der Vereinbarkeit von Karriere und Familie als schwerwiegender als im Typ Pro Vereinbarkeit. Jedoch werden durchaus Lösungswege aufgezeigt, anders als beim Typ Kontra Vereinbarkeit, der keinen Lösungsweg sieht: „Ja. Ich glaube, es ist schon Thema. Aber es wird allgemein akzeptiert. Und wie gesagt, manchmal seufzt ein Oberarzt: "Ohh, jetzt ist schon wieder eine schwanger." Klar, das ist das Arbeitgeber-Seufzen, das jeder hat. Aber das lässt sich dann schon alles regeln.“¹⁹ (Befragter L)

¹⁶Kategorie 5 „Lassen sich Karriere und Familie am MRI vereinbaren?“, Unterkategorie „Nein“

¹⁷Kategorie 8 „Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Ist gut, aber nicht umsetzbar“

¹⁸Kategorie 1 „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Dass man beides machen kann“

¹⁹Kategorie 5 „Lassen sich Karriere und Familie am MRI vereinbaren?“, Unterkategorie „Teils teils“

Im Typ Teils, teils befürwortet man die Definition der Vereinbarkeit von Familie und Beruf generell. Allerdings wird die Vereinbarkeit vor allem als individuelle Angelegenheit wahrgenommen, so dass jede/r eigene Prioritäten zu bestimmten Zeitpunkten im Leben setzt und dadurch zu einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie gelangen kann. Abstriche müssen aber dennoch in einem gewissen Umfang gemacht werden: „Ich glaube, alle diese Punkte, die Sie gesagt haben, da muss jeder seine individuelle Bewertung reinsetzen. Wie wichtig ist mir das eine und am Schluss kommt halt nicht mehr als 100% heraus. Und damit gibt es die Abstriche.“²⁰ (Befragter H)

6.2.3 Einstellung des Typs Pro Vereinbarkeit

Ganz im Gegensatz zum Typ Kontra Vereinbarkeit wird Karriere von den Angehörigen des Typs Pro Vereinbarkeit explizit nicht als erste Priorität im Leben angesehen, sondern als Mittel zur Sicherung des Lebensunterhalts betrachtet, die aber auch sinnstiftend ist. Die Karriere wird aber nicht als oberstes Lebensziel definiert, sondern wird vom Akteur benutzt: „Und der Job ist aber sicher nicht an erster Stelle. Sondern der Job dient eigentlich wirklich nur dazu, sein Leben oder ihr Leben so zu gestalten, wie man sich das vorstellt.“²¹ (Befragter I)

Dieser Typ erkennt in der Regel keine Probleme bei der Vereinbarkeit von den beiden Faktoren. Zwar gibt es Unwegsamkeiten zu beachten, im Großen und Ganzen jedoch lässt sich alles regeln. Vereinbarkeit ist also diesem Typ zufolge möglich und nur eine Frage der Organisation.

Befragter J: „Sehe ich kein Problem.“

Interviewer: „Sehen Sie kein Problem?“

Befragter J: „Nein. Gut, ich meine, ist ja klar. Im Sommer muss man ein bisschen überlegen. Da haben die Kinder Schulferien. Wie man das macht, dass man das abspricht. Oder in den Ferien ist es eigentlich ein bisschen dünner. Da müssen Sie eher gucken, dass die, die keine Kinder haben, nicht in Urlaub gehen. Aber das ist alles abprechbar.“²²

Die Angehörigen dieses Typs sind der Auffassung, dass die Definition treffend und auch in dem Alltag der Klinik umsetzbar ist: „Also da würde ich eigentlich zustimmen. Ich habe

²⁰Kategorie 8 „Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Muss jeder für sich selber bewerten und umsetzen“

²¹Kategorie 1 „Eigenes Ideal von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Karriere ist Mittel zum Zweck“

²² Kategorie 5 „Lassen sich Karriere und Familie am MRI vereinbaren?“, Unterkategorie „Ja“

auch den Eindruck, ohne dass ich das jetzt vorher gelesen hätte, dass das etwa dem entspricht, was ich vorher gesagt hatte.“²³ (Befragter N)

6.2.4 Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Kontra Vereinbarkeit

Die Vertreter des Typs Kontra Vereinbarkeit sind der Ansicht, dass ihre Mitarbeitenden die gleiche Auffassung einer steilen Karriere und der damit verbundenen Arbeitsmoral und Opferbereitschaft befürworten – oder dass sie diese zumindest akzeptieren. Sie folgern dies daraus, dass die Mitarbeitenden sich ansonsten einen anderen Job suchen würden: „Ich denke, dass die meisten das ähnlich sehen. Deswegen arbeiten sie auch hier. Weil ansonsten würden sie sich einen anderen Arbeitsplatz suchen.“²⁴ (Befragter A)

Man kann hier beobachten, dass sich diese Aussage auf die Praxis der Vereinbarkeit im klinischen Alltag bezieht und wie sich die Einstellungen im Verhalten niederschlagen. Die Ablehnung von Vereinbarkeit scheint hier „in den Köpfen“ manifestiert zu sein, was eine grundlegende Erklärung für die Problematik bietet. Da es nicht sein kann, dass jemand, der Karriere machen möchte neben der Karriere noch andere Schwerpunkte in seinem Leben auf einer gleichen Prioritätenebene hat, wird es auch in der Praxis nicht umsetzbar sein. Wenn der Chef in den Grundfesten seiner Überzeugung die Haltung hat, dass dies schlicht nicht umsetzbar ist, weil die Arbeit und damit die Karriere darunter leidet, wird er in der Praxis kaum einem Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, das Gegenteil zu beweisen: „(...)ich finde natürlich schon, dass es immer Grenzen gibt dessen, was man mit einem bestimmten Karriereweg verbinden kann. Ich kann nicht Kinder großziehen, Eltern pflegen und dann noch Karriere als Hochschulprofessor machen. Das geht halt nicht.“²⁵ (Befragter A)

In der Unterkategorie „Patientengefährdung“ werden Maßnahmen, die eine Vereinbarkeit ermöglichen, nicht nur mit Argwohn, sondern sogar als Risiko für die Patientensicherheit betrachtet. Dieses Argumentationsmuster kann bei einem fürsorglichen Arzt/ einer fürsorglichen Ärztin dazu führen, auf die Etablierung derartiger Maßnahmen und damit gegebenenfalls auf die eigene Karriere oder die Familie zu verzichten. Ist eine derartige Einstellung in den Köpfen der Chefs manifestiert, werden sich Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit nur schwer durchsetzen können: „Durch die vielen Freizeitmodelle oder

²³Kategorie 8 „Bewertung der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Ist gut und umsetzbar“

²⁴ Kategorie 6 „Sicht der Mitarbeitenden“, Unterkategorie „Ist vermutlich deckungsgleich mit der des Befragten“

²⁵Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen“, Unterkategorie „Mitarbeiterseite“, Unterkategorie „Karrierehindernisse“

Arbeitszeitmodelle haben wir viele Schnittstellen. Jede Schnittstelle macht ein Kommunikationsproblem. Je mehr Menschen an einem Patienten handeln, desto häufiger gibt es Kommunikationslücken. Und das kann im Endeffekt auch Patientensicherheit bedeuten. Das sehe ich schon mit Sorge.“²⁶ (Befragter G)

6.2.5 Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Teils, teils

„Ich denke, dass selbst die Junggesellen halt einfach die Freizeit dann da meinen und sagen, sie wollen schon auch nicht nur ein Berufsleben haben. Das ist das. Der Unterschied ist, wir haben uns das früher nicht laut sagen trauen oder haben es vielleicht auch nicht gedacht. Und jetzt gibt es doch welche, die sagen es auch laut. Und das ist auch nicht schlecht direkt.“²⁷ (Befragter L)

In dieser Aussage wird bereits ein Spannungsfeld sichtbar, in dem sich der Typ Teils, teils befindet. Die Tendenzen hin zu einer Liberalisierung des klassischen Karrierewegs werden wahrgenommen und auch nicht kategorisch abgelehnt. Dennoch wird bemerkt, dass der eigene Karriereweg mit größerer Opfernereitschaft und weniger Freizeit- und Familieneinfluss absolviert wurde, was durchaus mit etwas Wehmut verbunden ist:

An dem ausgewählten Zitat erkennt man die Ambivalenz, die charakteristisch für den Typ Teils, teils ist, da sich dieser zwischen zwei Polen bewegt. Während ein Pro Vereinbarkeit Typ die benannten Konflikte durch mehr Personal aus dem Weg räumen und der Kontra Vereinbarkeit vielleicht gar keine Heimarbeit gestatten würde, gelangt der Typ Teils, teils hier an seine Grenzen. Auf der einen Seite möchte man familienfreundlich sein und Maßnahmen umsetzen, die dafür stehen wie Teilzeitarbeit, Heimarbeitsplätze und flexible Arbeitszeiten. Auf der anderen Seite stehen die Mitarbeitenden ohne „Sonderwünsche“, die keine Familie haben oder die Betreuung der Kinder ihrer Partnerin überlassen, und die dann zwangsweise die Fehlzeiten kompensieren müssen, die verursacht werden, wenn Flexibilität und Teilzeitstellen ohne zusätzliches Personal umgesetzt werden: „Ich sehe bei uns, die Mitarbeiter wollen Stechuhren fast schon, um festzustellen, wer wann arbeitet. Wenn man natürlich sozusagen da sehr flexibel wird und sagt, Sie können zu Hause arbeiten und Sie können hier arbeiten, glaube ich, dass man relativ schnell in diese Konflikte kommt, dass

²⁶Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Chefseite“, Unterkategorie „Patientengefährdung“

²⁷ Kategorie 6 „Sicht der Mitarbeitenden“, Unterkategorie „Ist vermutlich anders, als die des Befragten“

die, die dann hier arbeiten, sich übervorteilt fühlen von denen, die zu Hause sind.“²⁸
(Befragter K)

Wirtschaftlicher Druck wird teilweise offenbar als Vorwand benutzt, seine Handlungen nicht frei wählen zu dürfen. „Man würde ja gerne einiges tun, wenn man nur könnte“, wird hier als Verteidigungsstrategie benutzt, um sich dafür zu rechtfertigen, dass man keine oder nur wenige Maßnahmen umgesetzt hat. Der Nutzen der Maßnahmen und der Bedarf danach wird jedoch nicht grundlegend bestritten: „(...) de facto wird auf die Chefs wirtschaftlicher Druck ausgeübt, Männer nur einzustellen und die Männer auch dahin gehend zu beeinflussen, dass sie keine Elternzeit nehmen und keine Ausfälle da sind.“²⁹ (Befragter F) Andere Befragte hingegen erkennen in dem wirtschaftlichen Druck die Freiheit, mehr Mitarbeitende einzustellen und so die Planbarkeit der Arbeitszeiten zu verbessern.

6.2.6 Darstellung der eigenen Handlungsorientierung des Typs Pro Vereinbarkeit

Hier tritt eine grundsätzliche Einstellung zu Tage, die den Typ Pro Vereinbarkeit und dessen Handlungsmotivation erklärt. Dieser Typ hat eine familienfreundliche Einstellung und gibt an, sich dementsprechend gegenüber seinen Mitarbeitenden zu verhalten. Nach dem Begründungsmuster erscheint das Verhalten glaubwürdig, da es nicht nur aus reinem Selbstzweck geschieht, sondern sich auch Vorteile aus diesem Verhalten generieren lassen: Die Mitarbeitenden sind zufriedener, die Arbeit wird effizienter umgesetzt und am Ende profitieren Klinik, Patienten und Arbeitgeber davon: „Also ich glaube und hoffe natürlich auch, dass sie alle sehr zufrieden sind, weil ich mir dieser Probleme natürlich schon lange bewusst bin und auch darauf geachtet habe, dass das umgesetzt wird. Denn das gehört ja zur Zufriedenheit von Mitarbeitern dazu und ich möchte natürlich schon, dass meine Mitarbeiter zufrieden sind. Nicht nur weil ich dann leichteres Arbeiten habe, sondern weil auch die Arbeit hier viel effektiver ist. Und ich glaube, die Klinik viel erfolgreicher ist, wenn die Mitarbeiter zufrieden sind und wenn sie gerne zur Arbeit kommen.“³⁰ (Befragter E)

Die Angehörigen dieses Typs erkennen die Problematik, der sich vor allem Mütter gegenübergestellt sehen, wenn sie versuchen, mit Hilfe von Kinderbetreuung ihre Karriere weiterzuführen und vertreten diesbezüglich einen klaren Standpunkt. Es ist anzunehmen, dass ein Chef mit dieser Einstellung positive Auswirkungen auf die Umsetzung von

²⁸Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen“, Unterkategorie „Mitarbeiterseite“, Unterkategorie „Gerechtigkeit unter den Mitarbeitenden“

²⁹Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Chefseite“, Unterkategorie „Finanzielles“

³⁰Kategorie 6 „Sicht der Mitarbeitenden“, Unterkategorie „Sind vermutlich zufrieden“

Vereinbarkeit von Karriere und Familie für seine Mitarbeitenden und seine eigene Vita haben wird, da für ihn Familie kein Ausschlusskriterium für eine Karriere ist: „Und man muss auch den Frauen klar machen, dass das nicht bedeutet, dass man deshalb eine schlechte Mutter ist. Ich bin sehr bereit, alle Mütter, einschließlich der meiner Kinder, zu verteidigen bei den Elternabenden, wo Sie scheel angeguckt werden, weil Sie beim Plätzchenbacken wieder nicht dabei sind. Da können diese Vollzeit-, diese Kampfmütter, die sich darauf etwas einbilden, dass sie den ganzen Tag Zeit haben für ihre Kinder, denen erkläre ich auch gerne, was die berufstätigen Mütter in der Zeit machen und warum sie dann nicht zum Plätzchenbacken kommen können.“³¹ (Befragter F)

Die beiden Unterkategorien verdeutlichen die Ansicht dieses Typs. Sie betrachten sich selber als Akteure, die Lösungen generieren können, egal ob bei Umsetzung von Heimarbeitsplätzen oder bei der Finanzierung von anderen Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit. „Alles ist möglich“ ist hier die Devise, die für eine Umsetzung von Vereinbarkeit vielversprechend klingt: „Wir haben gearbeitet und auch ein Plus gemacht. Und das ganze Geld an Gewinnen habe ich immer nur in Personal gesteckt.“ (Befragter E). Auf die Frage nach den datenschutzrechtlichen Bedenken bei der Einführung von Telearbeit: „Das sind alles nur Vorwände. Aber das kann man alles lösen.“³² (Befragter K)

6.2.7 Integration im eigenen Leben/ Lebenskonzept aller Typen

Die Angehörigen des Typs Kontra Vereinbarkeit haben keine Familie, da sich dies nicht mit einer Karriere vereinbaren lässt. Obwohl man wenig über die genauen Hintergründe sagen kann, legt die Tatsache, dass man dem Familienleben lediglich vier Stunden wöchentlich widmen kann, die Vermutung nahe, dass eine Familiengründung aufgrund der Karriere nicht möglich war: „Ich habe es für mich so gelöst, dass ich eigentlich nur arbeite (...) und einen Hund habe. /Lachen/ Weil ich bestimmte Pflichten, die sind ja beim Hochschullehrer vielschichtig, einfach für schwer vereinbar halte mit einer Familie. Ich kann es bei mir auch konkretisieren, bei mir sind es ungefähr 4 Stunden in der Woche, die ich in das Familienleben investieren kann.“³³ (Befragter C)

Die Angehörigen des Typs Teils teils haben zwar eine Familie, aber auch eine Partnerin, die die Kinderbetreuung übernommen hat. Außerdem hat die Familie auch die Karriere

³¹Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen“, Unterkategorie „Mitarbeiterseite“, Unterkategorie „Ansehen in der Gesellschaft“

³²Kategorie 11 „Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit“, Unterkategorie „Chefseite“, Unterkategorien „Finanzielles Gegenansicht“ und „Sind nicht existent“

³³Kategorie 2 „Vereinbarkeit im eigenen Leben“, Unterkategorie „Keine Familie“

mitgetragen, also weitestgehend auf die Anwesenheit des Vaters verzichtet: „Ich glaube, für Familie und Beruf gehören zwei dazu. Familie kann man ja nicht alleine stemmen, sondern dazu braucht man einen Ehepartner. Und je nachdem wie die Karriere betrieben wird, muss das Verständnis des Ehepartners auch wachsen.“³⁴ (Befragter M)

Die Prioritäten beim Typ Pro Vereinbarkeit liegen klar auf der Familie. Egal, wie groß der berufliche Erfolg auch sein mag, die Kinder haben stets Vorrang und sind Priorität Nummer eins: „Ja, vor allen Dingen dadurch, dass mir immer klar war, dass meine Kinder das Beste sind, das was ich je im Leben zustande gebracht habe und dass die alle beruflichen Erfolge bei Weitem in den Schatten stellen.“³⁵ (Befragter F)

6.2.8 Zusammenfassende Identifikation der Typen

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die identifizierten Typen zusammenfassend beschrieben, bevor die Verteilung der Typen innerhalb der befragten Personen differenziert dargelegt wird, da nur ein einziger Befragter in allen Bereichen den gleichen Typ in sich vereint.

6.2.8.1 Kontra Vereinbarkeit

Soll man den Typus Kontra Vereinbarkeit mit exemplarischen Zitaten aus den Interviews beschreiben, wären diese wohl „das Leben ist kein Wunschkonzert“ und „man kann nicht alles haben“. Die Angehörigen dieses Typs haben selber keine Familie, da sie sich für eine Karriere entschieden haben und es in ihren Augen keine Parallelität von Familie und Karriere an einer Universitätsklinik geben kann. Sie haben schlichtweg auch keine Zeit dafür. Ihre bewusste Entscheidung für ein Leben für den Beruf ist unumstößlich, und diejenigen, die den Wunsch nach einer Vereinbarkeit hegen und dennoch Karriere machen wollen, sind ihrer Meinung nach Träumer oder Illusionisten. Sowohl in ihren Einstellungen, ihren Handlungen und in ihrem eigenen Leben sind sie konsistent, sie denken, dass Vereinbarkeit nicht möglich ist, sie handeln dementsprechend, indem sie alles andere Ihrer eigenen Karriere unterordnen und sehen auch bei ihren Mitarbeitenden keinen Änderungsbedarf, sondern fordern Opferbereitschaft. Wer unter ihrer Führung Karriere machen will, muss deshalb ebenfalls große Abstriche machen, die Familie und die Freizeit an zweite Stelle setzen und stets für die Klinik verfügbar sein. Familienfreundliche Maßnahmen werden von diesem Typ nicht nur kritisch bewertet, sie sehen sogar die Patientensicherheit dadurch in Gefahr.

³⁴Kategorie 2 „Vereinbarkeit im eigenen Leben“, Unterkategorie „Unterstützung durch Partnerin, Familie“.

³⁵Kategorie 2 „Vereinbarkeit im eigenen Leben“, Unterkategorie „Hintenanstellen der Karriere“

6.2.8.2 Pro Vereinbarkeit

Für die Angehörigen des Typs Pro Vereinbarkeit scheint nichts unmöglich. Sie haben Familie, teilweise auch Kinder und sind dennoch Chefarzte an einer Universitätsklinik. Dies sei alles eine Frage der Organisation, bekommt man von diesen Typen zu hören, die sowohl für sich selber, als auch für Ihre Mitarbeitenden die Familie als oberste Priorität betrachten. Statt über Schwierigkeiten zu lamentieren werden sie aktiv und begreifen die Vereinbarkeit als Chance die Mitarbeiterzufriedenheit und damit deren Motivation für den Beruf zu erhöhen. Sie unterstützen ihre Mitarbeitenden bei Schwierigkeiten und stehen hinter ihnen, wodurch in ihren Augen sogar die Klinik wie die Patienten profitieren, da die Arbeit effizienter, motivierter und qualitativ hochwertiger erledigt wird als von unmotivierten und gestressten Ärztinnen und Ärzten.

6.2.8.3 Teils-Teils

Zwischen den Polen der beiden zuvor beschriebenen Typen bewegen sich die Mitglieder des Typs Teils, teils. Sie haben zwar eine Familie, eine Vereinbarkeit im definierten Sinne leben sie aber nicht, stattdessen teilen sie sich die Sphären Beruf und Familie mit ihrer Frau auf. Ihre Frau übernimmt die Betreuung der Kinder und sie selber verfolgen ihre Karriere. Dabei bemerken sie durchaus einen Wandel in den Einstellungen ihrer Mitarbeiter hin zu einem familienfreundlicheren Bewusstsein, erkennen die Chancen daraus und wünschen sich teilweise, dass es in ihrem eigenen Leben auch etwas anders gelaufen wäre. Ihrer Meinung nach ist die Vereinbarkeit jedoch die Privatangelegenheit der Mitarbeitenden und jede/r sollte das für sich selber regeln. Institutionell sehen sie sowohl Chancen als auch Schwierigkeiten bei der Umsetzung vereinbarkeitsfreundlicher Maßnahmen, so dass sie eher handlungsunfähig sind, weil sie sich nicht für eine Handlung entscheiden können. Dabei sieht der Typ Teils Teils die Vereinbarkeit von Familie und Karriere durchaus als wünschenswert an, erkennt aber auch die Schwierigkeiten, die dies mit sich bringen kann und wägt Chancen und Risiken gegeneinander ab, bevor er handelt. Seine Einstellung ist nicht polarisierend in eine Richtung. Es werden sowohl die Karriere als auch die Familie mit Zeitressourcen bedacht und es gibt keine klare Priorisierung eines Faktors, weshalb sich dieser Typ eher passiv verhält.

6.2.8.4 Typenidentifikation nach Bereichen

In den nachfolgenden Tabellen wird dargestellt, wie sich die Typenverteilung innerhalb der befragten Personen (A-O) in den Bereichen Einstellung und Verhalten gestaltet. Innerhalb

dieser beiden Bereiche wurden die Aussagen der Befragten anhand von drei Unterkategorien analysiert und jeweils einem Typ zugeordnet, so dass die Individuen insgesamt maximal drei unterschiedliche Typen vereinen können. Da bei dem Bereich Integration im eigenen Leben nur eine Unterkategorie als Analysegrundlage zur Verfügung steht, wird auf eine tabellarische Darstellung dieses Bereichs verzichtet.

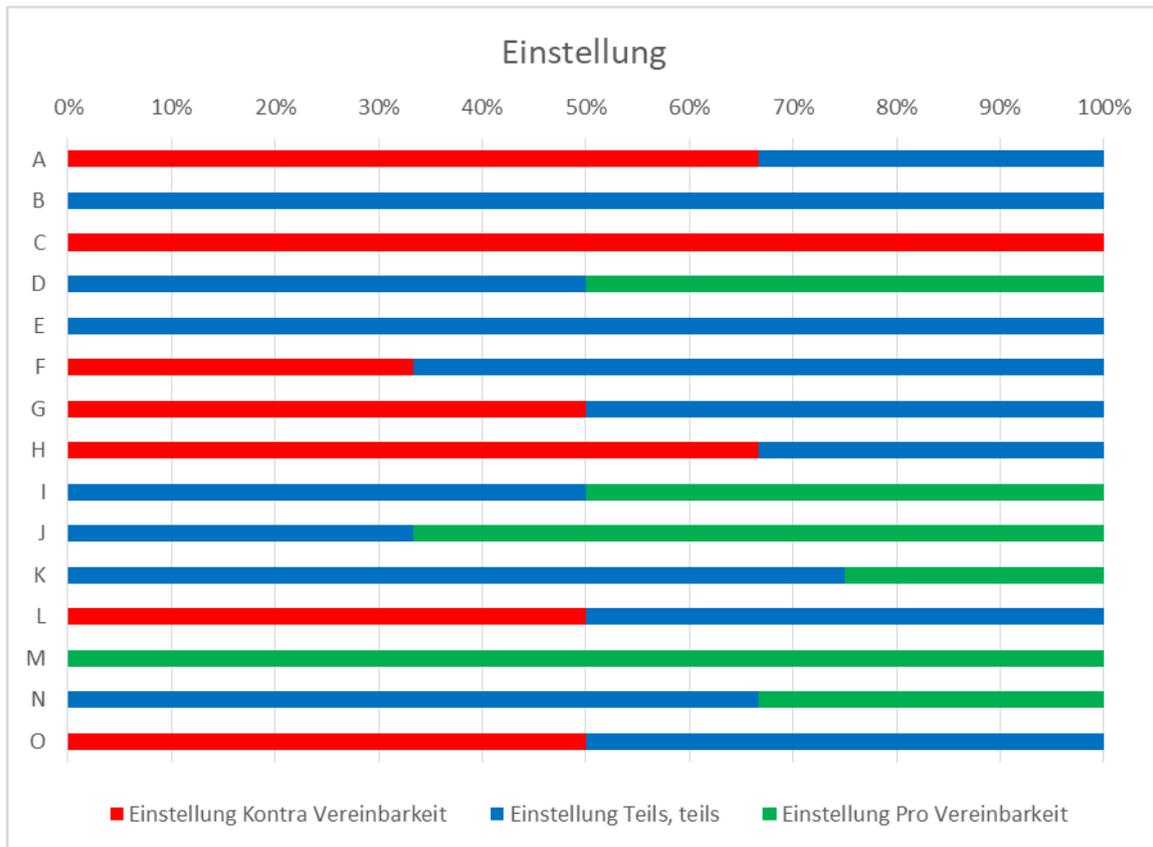


Abbildung 10. Darstellung des Bereichs Einstellung innerhalb der jeweiligen Person A-O

Die Einstellung der Befragten ist sehr heterogen. Keiner der Befragten vereint in seiner Einstellung alle drei Typen in sich, die Typen Pro und Kontra-Vereinbarkeit schließen sich offenbar gegenseitig aus, da sie nie gemeinsam in einer Person zu finden sind. Lediglich jeweils eine Person äußert sich in den Unterkategorien in diesem Bereich ausschließlich positiv (Befragter M) oder negativ (Befragter C) in Bezug auf eine mögliche Vereinbarkeit am Klinikum. Zwei Klinikchef*innen äußern sich ausschließlich im Typ teils, teils während 11 Aussagen in zwei Typen machen. Von den 11 Befragten, die zwei Typen im Bereich der Einstellung in sich vereinen, sind sechs im Kontra-Vereinbarkeitstyp und Teils, teils-Typ angesiedelt (Befragte A, F, G, H, L, O). Fünf davon bewegen sich in den Typen Pro Vereinbarkeit und Teils, teils (Befragte D, I, J, K, N).

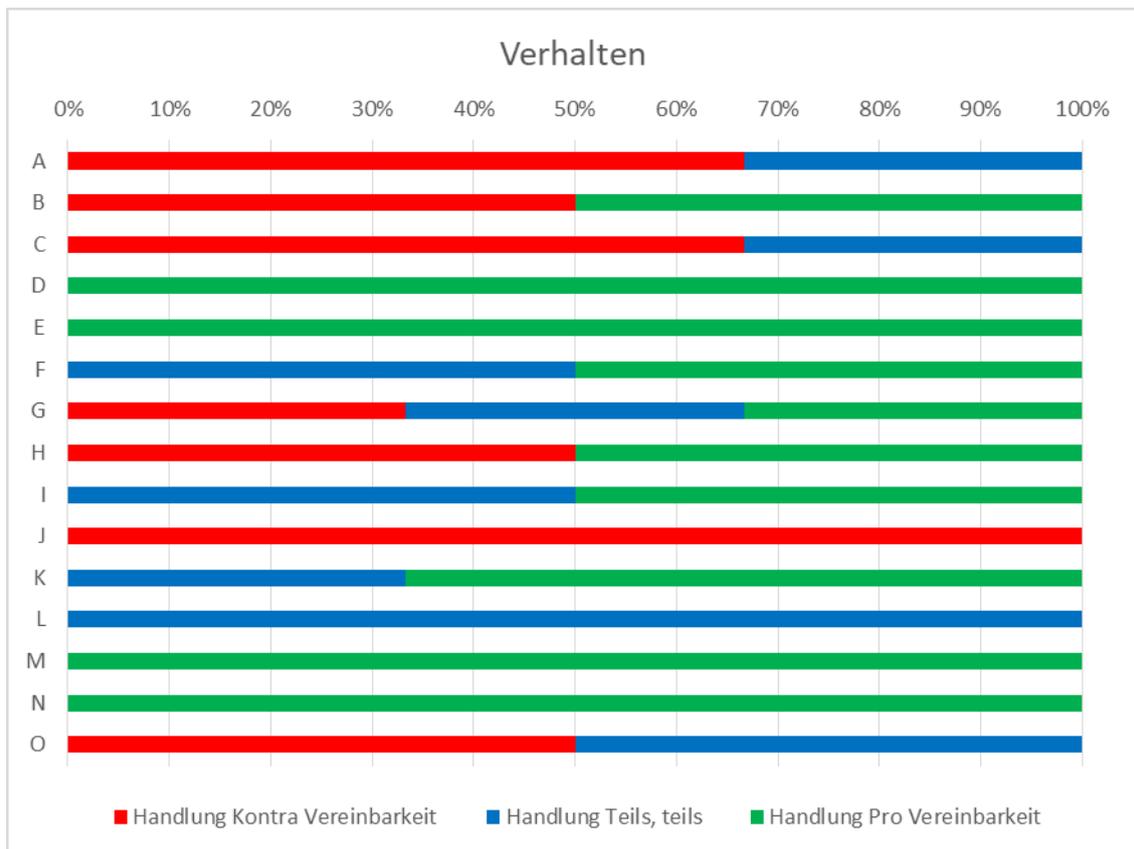


Abbildung 11. Darstellung des Bereichs Verhalten innerhalb der jeweiligen Person A-O.

Innerhalb des Bereichs Verhalten zeigt sich ein noch heterogenes Bild. In dem Bereich gibt es eine Person (Befragter G), welche allen drei Typen zugeordnet wurde und acht Personen, die zwei Typen in sich vereinen (Befragte A, B, C, F, H, I, K, O). Dafür wurden vier Personen ausschließlich dem Typ Pro Vereinbarkeit zugeordnet (Befragte D, E, M, N) und einer dem Typ Kontra Vereinbarkeit (Befragter J). Bei den Personen, die zwei Typen in sich vereinen, ist die Verteilung ausgeglichen: drei Personen vereinen den Typus Kontra Vereinbarkeit und Teils, teils in sich (Befragte A, C, O) genauso viele wie die Typen Pro Vereinbarkeit und Teils, teils (Befragte F, I, K). Zwei Personen haben im Verhalten die Extreme Kontra Vereinbarkeit und Pro Vereinbarkeit in sich vereint (Befragte B, H).

6.2.8.5 Typenidentifikation summativ

Bei der Analyse der Interviews mit Hilfe der Typenbildung fällt auf, dass man 14 von 15 Befragten nicht nur einem Typ zuordnen kann, sondern dass die meisten Befragten mehrere Typen in sich vereinen, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen.

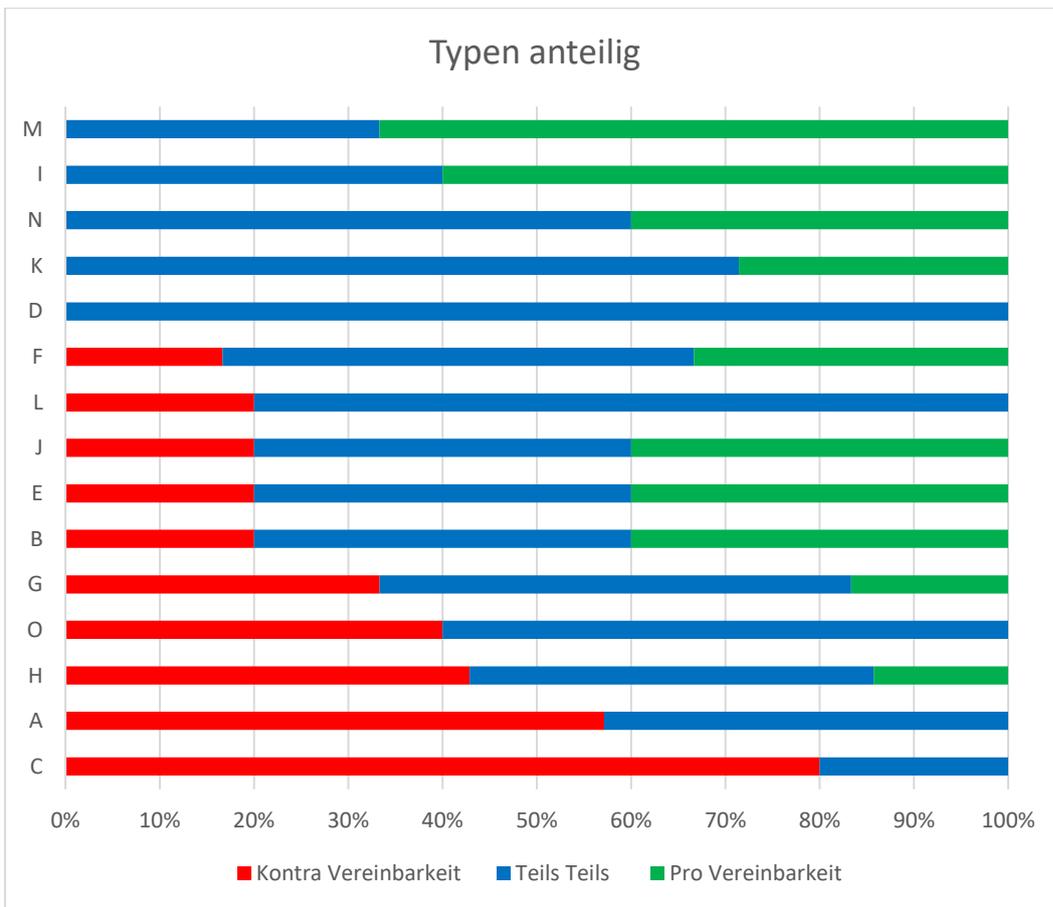


Abbildung 12. Darstellung der drei Typen anteilig in der jeweiligen Person A-O.

Anmerkung. Sortierung der Typen nach Kontra Vereinbarkeitsanteilen.

Anders als die vorgehenden Tabellen „Einstellung“ und „Verhalten“ ist diese Abbildung nicht alphabetisch sortiert, sondern nach den Ausprägungen des Typs Kontra Vereinbarkeit, um die Typenverteilung innerhalb der Personen zusammenfassend auf einen Blick besser erfassen zu können. Wie man der Grafik entnehmen kann, zeigen alle Probanden anteilige Zugehörigkeit zum „Teils-Teils“ Typus (100%). In Bezug auf die Extremtypen zeigt sich eine symmetrische Verteilung: 2/3 der Probanden (jeweils 10 von 15) antworteten im „Pro“ bzw. „Kontra Vereinbarkeit“ Typus. 4 von 15 (26,7%, Probanden A, C, L, O) zeigten zusätzlich zu den „Teils-Teils“ Antworten ausschließlich „Kontra“ Aussagen. Genauso viele Personen (27,7%, Probanden I, K, M, N) gaben neben den „Teils-Teils“-Antworten lediglich „Pro“-Aussagen zu Protokoll. 6 von 15 (40%) zeigten sowohl „Kontra“ als auch „Pro“ Aussagen zusätzlich zu den „Teils-teils“-Textstellen und nur ein einziger Proband hat seine Aussagen ausschließlich im „Teils-teils“-Typus gemacht.

Aus der Identifikation der Typen innerhalb der Befragten Personen lässt sich also schließen, dass die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Universitätsklinik ein diffiziles Thema ist, zumal keiner der Befragten in den analysierten Bereichen eine eindeutige Position vertritt. Obschon die Befragten eigene Lebenserfahrung in dem Bereich mitbringen und als Chefärzte Vorbilder und Führungsfiguren sind, findet man bei ihnen nicht zwangsläufig eine eindeutige Positionierung. Vielmehr kann man Tendenzen erfahren, die die einzelnen Personen in ihrem Umfeld erleben und weitergeben und mögliche Personen identifizieren, die für vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen offener wären als andere. Es ist zu vermuten, dass diejenigen Befragten, die größtenteils dem Pro Vereinbarkeits- und Teils, teils Typ zugeordnet wurden, aufgeschlossener für weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit gegenüberstehen als die Klinikchef*innen, die eher dem Kontra Vereinbarkeitstypus zugeordnet wurden. Andererseits haben gerade die Pro Vereinbarkeitstypen vermutlich auch schon mehr dafür getan, die Vereinbarkeit von Karriere und Familie zu verbessern. Interessant wäre in diesem Zusammenhang zu untersuchen, ob und inwiefern sich die Typen mit der Zeit verändern und welche Einflussfaktoren dies beeinträchtigen.

6.3 Ursachenanalyse

Wie in der Fragestellung erläutert, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit die Untersuchung der Entscheidungsträger einer deutschen Universitätsklinik in Hinblick auf deren Ideale, Umsetzungen und zukünftige Erwartungen bezüglich der Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einem Universitätsklinikum. Dabei wird der Fokus auf die entgegengesetzten Meinungsbilder „Vereinbarkeit möglich“ bzw. „Vereinbarkeit nicht möglich“ gelegt. Es soll damit analysiert werden, welche Ursachen die Stakeholder für ihre Aussagen zu Grunde legen und was oder wen sie dafür in der Verantwortung sehen. Nur durch eine Analyse der potentiellen Ursachen für die aktuellen Meinungsbilder bzw. realen Situationen können Maßnahmen zu nachhaltigen Veränderungen des Ist-Zustandes herbeigeführt werden.

Als Instrument zur wissenschaftlichen Untersuchung wird die Attributionstheorie herangezogen, auf deren Grundlage Ursachenzuschreibungen strukturiert analysiert werden. Im Folgenden werden die Aussagen der Befragten aufgrund ihrer Ursachenzuschreibung kategorisiert. Übergeordnet werden die Textstellen anhand von zwei Grundaussagen sortiert: Eine Vereinbarkeit am Klinikum ist kaum oder nur schwer möglich versus eine Vereinbarkeit am Klinikum ist durchaus möglich. Weiterhin wird untersucht, ob die Ursachenzuschreibung der Befragten internal oder external erfolgt. Bei einer externalen

Attribuierung wird zusätzlich zwischen einer Ursachenzuschreibung an die Mitarbeitenden oder an die äußeren Umstände unterschieden.

6.3.1 Ursachenzuschreibungen der Befragten – wie viele der Befragten attribuieren internal/external?

Die nachfolgende Tabelle fasst alle Attribuierungen der Befragten zu der Frage zusammen, warum Vereinbarkeit nicht oder nur schwer an der Uniklinik umzusetzen ist. Im Sinne der Übersichtlichkeit wurden nicht die gesamten Textpassagen aufgeführt, sondern deren übergeordnete Schlagworte. Alle ähnlichen Schlagworte wurden zusammengefasst, damit eine quantitative Auswertung der vorgenommenen Attribuierung möglich ist. Die dabei verwendeten prozentualen Angaben geben wieder, wie viele der 15 Befragten jeweils eine oder mehrere Aussagen innerhalb dieser Attributionskategorie vorgenommen haben.

Tabelle 10. Ursachenzuschreibungen der Befragten, warum die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik nicht möglich ist, geordnet nach der Anzahl der Befragten, die diese Ursachenzuschreibung äußerten.

| Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik ist nicht möglich, aufgrund von... | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| ...internalen Faktoren: 66,7% (10/15) | ...externalen Faktoren: 100% (15/15) | | Anteil Befragte in % (n=15) |
| | Geringe Karriereaffinität von Frauen | hoher Zeitaufwand, lange Ausbildungsdauer | 66,70% |
| | | Fehlende Infrastruktur | 46,70% |
| eigene Priorisierung | Geschlechterspezifische Eigenschaften/ Unterschiede | Firmenpolitik, Klinikleitung, wirtschaftlicher Druck | 40,00% |
| | | mangelnde Flexibilität | 33,30% |
| | Klinik/ Kollegen leiden unter Vereinbarkeit Gestörtes Gerechtigkeitsempfinden (<i>von Mitarbeitenden</i>) | | 26,70% |
| | keine Nachfrage Gefahr der geringen Akzeptanz | Patientengefährdung | 20,00% |
| Willen/ Ansichten des Chefs Familie und Beruf müssen getrennt bleiben | Fokussierung auf die Familie bei Frauen | gesetzliche Vorgaben mangelnde Planbarkeit hoher Organisationsaufwand | 13,30% |
| Gestörtes Gerechtigkeitsempfinden (<i>er persönlich</i>) Familienkarriere | Sonstiges: persönliche Work-Life-Balance Arbeitsteilung in den Familien Karriereeignung fehlt Tabuisierung des Themas Familienplanung Altmodische Wertvorstellungen in der mittleren Führungsebene Familienkarriere Mißbrauch von familienfreundlichen Maßnahmen | Sonstiges: eingeschränkter Handlungsspielraum durch Verwaltung Old boys-Netzwerke Bürokratische Strukturen veraltetes Familienbild in der Gesellschaft es gibt nur ein Karriereziel an der Uniklinik Vereinbarkeit ist eine Illusion geringes Einkommen bei Teilzeit | 6,70% |
| gesamthafte Attribution auf sich selber: 66,7% (10/15) | gesamthafte Attribution auf Mitarbeitende: 86,7% (13/15) | gesamthafte Attribution auf Umstände: 93,3% (14/15) | |

Anmerkung. Die Art der Attribuierung kann internal oder external erfolgen. Bei einer externalen Attribuierung wird weiterhin zwischen einer Ursachenzuschreibung auf das Objekt (meist die Mitarbeitenden) und die Umstände unterschieden. Die Ursachenzuschreibung, die von den meisten Befragten genannt wurden, steht am Anfang der Tabelle.

Die nachfolgende Tabelle fasst alle Attribuierungen der Befragten zu dem Thema zusammen, warum eine Vereinbarkeit an der Uniklinik umzusetzen ist.

Tabelle 11. Ursachenzuschreibungen der Befragten, warum die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik möglich ist, geordnet nach der Anzahl der Befragten, die diese Ursachenzuschreibung äußerten.

| Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik ist möglich, aufgrund von... | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| ...internalen Faktoren: 66,7% (10/15) | ...externalen Faktoren: 86,7% (13/15) | | Anteil Befragte in % (n=15) |
| Flexibilität | | | 46,70% |
| eigene Priorisierung | | Flexibilität im Personalstock | 33,30% |
| | | Planbarkeit | 26,70% |
| Organisation | Nachfrage bestimmt das Angebot | Flexible Arbeitszeiten/ Flexibilität | 20,00% |
| Individuelles Eingehen auf Bedürfnisse Toleranz und Verständnis des Chefs Motivation zur Forschung | Balance in der Teamstruktur Übernehmen von Zusatzbelastungen von Kollegen Solidarität unter den Mitarbeitenden Karriereeignung Familienkarriere | finanzielle Unterstützung Firmenpolitik Selbstregulation Leistungsorientiertes Arbeiten statt Präsenzzeit Zeitersparnis | 6,70% |
| gesamthafte Attribution auf sich selber: 66,7% (10/15) | gesamthafte Attribution auf Mitarbeitende: 46,7% (7/15) | gesamthafte Attribution auf Umstände: 73,3% (11/15) | |

Anmerkung. Die Art der Attribuierung kann internal oder external erfolgen. Bei einer externalen Attribuierung wird weiterhin zwischen einer Ursachenzuschreibung auf die Mitarbeitenden und die Umstände unterschieden. Die Ursachenzuschreibung, die von den meisten Befragten genannt wurden steht am Anfang der Tabelle.

Betrachtet man die beiden Tabellen im Vergleich, lässt sich feststellen, dass Faktoren, die eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie ermöglichen, deutlich weniger external attribuiert werden, als Faktoren, die als Hindernisse hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf angesehen werden. Alle Befragten erkannten Gründe für eine mangelnde Vereinbarkeit von Karriere und Familie am Klinikum rechts der Isar in externalen Faktoren (100%). Die Ursachen dafür wurden sowohl den Umständen (93%) als auch den Mitarbeitenden (87%) zugeschrieben, die sie für die Aussage der Unvereinbarkeit als

Verantwortlich betrachteten. Eine interne Attribuierung auf die eigene Person ist bei 67% der Befragten auszumachen.

Durch die Tabelle 10 und die Tabelle 11 wird nochmals verdeutlicht, dass diejenigen Attribuierungen, die für die Unmöglichkeit der Vereinbarkeit von Karriere verantwortlich gemacht werden, deutlich häufiger genannt werden, als diejenigen, denen unterstellt wird eine Vereinbarkeit zu ermöglichen. Die Attribuierung „eigene Priorisierung der Klinikchef*innen in Hinblick auf Vereinbarkeit“ wird sowohl als Grund für als auch gegen eine mögliche Vereinbarkeit angeführt, allerdings in unterschiedlicher Gewichtung. Häufiger sind Antonyme zu finden: z.B. wird die Flexibilität bei der Personalplanung als Grund für eine Vereinbarkeit genannt, während die mangelnde Flexibilität als Ursache für eine Nicht-Vereinbarkeit von Karriere und Familie genannt wird. Andere Beispiele hierfür sind Planbarkeit - fehlende Planbarkeit, Nachfrage - keine Nachfrage und Organisation – hoher Organisationsaufwand

Als externale Attribuierung auf die Umstände (67%) wurde mit den Nennungen der meisten Personen der hohe Zeitaufwand aufgeführt, den eine Karriere am Universitätsklinikum mit sich bringt. Darunter verstanden die Befragten sowohl die lange Ausbildungsdauer für den ärztlichen Beruf, die sich zwangsläufig mit einer Familiengründung überschneidet, aber auch die hohen Präsenzzeiten, die die Patientenversorgung mit sich bringt und die unbezahlten Forschungsstunden, die man in der Arbeit verbringen muss, um seiner Karriere Schub zu verleihen. Generell stehe der hohe Zeitaufwand für die Karriere also stets in Konflikt mit der Zeit, die eine Familie in Anspruch nehmen würde oder nimmt, so dass nur eine Karriere pro Familie möglich sei, wenn der Partner oder die Partnerin die fehlende Zeit für die Familie kompensiert.

Die zweithäufigste Ursachenzuschreibung auf einen Umstand ist die fehlende Infrastruktur (46%). Bemängelt wurden hierbei vor allem die kaum vorhandenen Kinderbetreuungsangebote direkt am Klinikum. Solche Angebote sollten laut den Befragten mit Öffnungszeiten etabliert werden, die sich an den Berufsalltag der Mitarbeitenden anpassen. Aber auch die Wohnungsnot in München wird erwähnt, und es wird gefordert, dass das Klinikum mehr Mitarbeiterwohnungen zur Verfügung stellen soll.

Eine weitere häufige Attribuierung erfolgte auf die Umstände in Form der Firmenpolitik (40%). Auf die Klinikdirektor*innen werde von der Klinikleitung ein wirtschaftlicher Druck ausgeübt, der es erschwere, genügend Personal einzustellen. Die Befragten gaben an, dass

sie an anderen Universitäten in Deutschland und im Ausland die Erfahrung gemacht haben, dass die Einstellung von Frauen unterstützt und sogar teilweise finanziell gefördert würde, während am MRI in dieser Richtung gar nichts unternommen werde. Auch lege die Klinikleitung ein mangelndes Problembewusstsein an den Tag und pflege eine altmodische Denkweise, in welcher es keiner familienfreundlichen Maßnahmen bedürfe, da die Frauen in einer traditionellen Rollenvorstellung als Hausfrau und Mutter gesehen werden. Es wurde in diesem Zusammenhang sogar von einer Familienfeindlichkeit gesprochen, die bis vor wenigen Jahren in der Klinikumsleitung dominiert habe. Im gleichen Zusammenhang beklagte ein Drittel der Befragten zudem die mangelnde Flexibilität (33%) des Klinikums und dessen Verwaltungsstrukturen, vor allem wenn es um die Einführung von Telearbeitsplätzen geht. Laut den Befragten würden sie diese Möglichkeit der Heimarbeit gerne für ihre Mitarbeitenden einführen, dürften dies aber nicht, da die Verwaltung es untersagt oder die nötige Infrastruktur dafür nicht zur Verfügung stellt.

Bei der Umsetzung von vereinbarkeitsfreundlichen Maßnahmen gaben einige Befragte (20%) zu bedenken, dass bspw. die Umsetzung von Teilzeitarbeitsplätzen viele Schnittstellen und Übergaben zur Folge hat, was im schlimmsten Fall in einer Gefährdung der Patientensicherheit münden könne. Gesetzliche Vorgaben sind ein selten genannter Faktor (13%), von dem sich zwei Interviewte in ihrer Handlungsfreiheit hinsichtlich der Vereinbarkeit behindert fühlten. Gerade das Mutterschutzgesetz wurde von ihnen als eine Art „Berufsverbot“ empfunden, welches es den werdenden Müttern nahezu unmöglich macht, sich noch in der Klinik einzubringen, sobald eine Schwangerschaft vorliegt. Aber auch der Tarifvertrag und die Gefahrenstoffverordnung wurden von Wenigen im gleichen Kontext als kritische Dokumente genannt. Außerdem erfordere die Umsetzung familienfreundlicher Maßnahmen einen hohen organisatorischen Aufwand (13%), welcher die Verwirklichung oft verhindere, bemängelten zwei weitere Chefärzte.

Des Weiteren wurden von einzelnen Befragten folgende sonstige Umstände angegeben, die eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie an dem Uniklinikum rechts der Isar verhindern (7%):

Old Boys Netzwerke³⁶ wurden als Hinderungsgrund dafür genannt, dass Frauen überhaupt eine Karriere am Universitätsklinikum anstreben, da ihrer Meinung nach das Umfeld gerade

³⁶Patriarchale Strukturen in denen Männer von Männern gefördert werden herrschen noch in vielen Kliniken vor.

in den höheren Positionen vieler medizinischer Disziplinen mit Männern besetzt ist, die einen bestimmten Habitus an den Tag legen, der Frauen von ihrer Art her zuwider sei und der sie davon abhalte, sich daran zu beteiligen. Ein weiterer Klinikdirektor fühlte sich in seiner Handlungsfreiheit eingeschränkt, was ihn an der Umsetzung von familienfreundlichen Maßnahmen hindere. Explizit wurde an dieser Stelle die Einführung von Telearbeitsplätzen genannt, die durch die Klinikumsverwaltung blockiert wurde (ähnlich der Attribuierung auf die „Firmenpolitik“). Als weitere Ursachen für die mangelnde Vereinbarkeit wurden von Einzelnen noch ein zu geringes Einkommen bei Teilzeitarbeit und ein veraltetes Familienbild der Gesellschaft genannt. Zudem befand eine Person, dass Vereinbarkeit illusorisch sei, während eine weitere angab, dass es an einer Universitätsklinik nun mal nur ein Karriereziel geben könne und zwar Ordinarius zu werden.

Doch auch die Mitarbeitenden wurden laut der Interviewten in der Verantwortung gesehen (=externale Attribuierung auf die Mitarbeitenden), wenn es um die mangelnde Vereinbarkeit von Karriere und Familie am MRI geht: Frauen wollten nach Ansicht der Befragten oft überhaupt keine Karriere machen (67%). Einer der Befragten bemerkte in diesem Zusammenhang eine mangelnde Forschungsaffinität von Frauen, was wiederum zu Lasten der Karriere geht. Frauen sind laut Aussage der Chefärzte mit Positionen zufrieden, in denen sie Patienten versorgen können und geregelte Arbeitszeiten haben. Dadurch verzichten sie indirekt auf einen Karriereweg. Einige Klinikdirektor*innen berichteten sogar von Enttäuschungen, die sie erlebt hätten, da sie auf bestimmte engagierte Kolleginnen „gesetzt“ hätten, welche sich dann gegen die Habilitation entschieden haben. Teilweise beschrieben die Befragten die Entscheidung für oder gegen eine Karriere von Frauen am Klinikum als bewusste Entscheidung, die die Frauen einfach treffen können und sehen dies als individuelle Priorisierung, unabhängig von äußeren Umständen, wie der Infrastruktur.

Einige der Befragten (40%) sahen geschlechterspezifische Unterschiede als Ursache für die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Karriere, z.B. dass Frauen ihre Karriere weniger planen, weniger Ziele vor Augen haben oder dass sie ab 30 „ihre biologische Uhr ticken hören“, also als oberste Priorität eine Familiengründung verfolgen. Frauen nutzten zudem öfter Teilzeitangebote als Männer und eine Karriere in Teilzeit sei an der Uniklinik eben kaum möglich. Diese Attribuierung erfolgt zwar ebenfalls auf die Mitarbeitenden, jedoch nicht in einer gänzlich aktiven Rolle wie die Attribuierung auf den mangelnden Willen der Frauen.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Umsetzung von familienfreundlichen Maßnahmen sei, dass die anderen Mitarbeitenden sowie die gesamte Klinik unter diesen Maßnahmen leiden (26%). Die Kolleginnen und Kollegen müssten Ausfallzeiten kompensieren und Zusatzbelastungen tragen, da der Personalstock nicht ohne weiteres aufzufüllen sei. Frauen einzustellen sei folglich von vornherein ein Risiko für eine Klinik, da potentielle Ausfallzeiten aufgefangen werden müssten. Aus diesen beschriebenen Schwierigkeiten entstehe laut einem Viertel der Befragten zudem ein gestörtes Gerechtigkeitsempfinden unter den Mitarbeitenden, die sich schnell übervorteilt fühlten und es negativ beäugten, wenn eine Person jeden Tag bereits um 14:00 Uhr das Haus verlässt, obwohl noch viel Arbeit anfällt, welche dann von den Kollegen als Mehrbelastung übernommen werden muss. Dies führe unter anderem dazu, dass die Mitarbeitenden ein Ungerechtigkeitsempfinden (26%) entwickelten und sich untereinander Urlaube, Elternzeit oder Mutterschutz neiden würden.

Ein Fünftel der Befragten (20%) gab an, dass es in ihrer Klinik gar keine Nachfrage nach familienfreundlichen Maßnahmen von Seiten der Mitarbeitenden gäbe, so dass sie deshalb auch keine etablieren müssten. Dies läge evtl. auch am Gruppen- und Karrieredruck und an der Gefahr der geringen Akzeptanz (20%), die Mitarbeitende bei ihren Kolleginnen und Kollegen befürchten, wenn sie derartige Sonderregelungen in Anspruch nähmen.

Als weitere Ursachenzuschreibung auf die Mitarbeitenden wurden von einzelnen (7%) die persönliche Work-Life-Balance genannt, die Arbeitsteilung in den Familien sowie Familienkarrieren und die Tabuisierung des Themas „Familienplanung“ zwischen Chef und Mitarbeitenden. Zudem wurde gesagt, dass manchen Mitarbeitenden einfach die Eignung für eine Karriere fehle und dass die Umsetzung von familienfreundlichen Maßnahmen auch bereits von Mitarbeitenden ausgenutzt wurde. Darüber hinaus seien in der mittleren Führungsebene, bei den Oberarztpositionen, teilweise sehr veraltete Wertvorstellungen vorherrschend, die eine Vereinbarkeit ebenfalls erschweren würden.

Eine internale Attribuierung auf die eigene Person erfolgt bei der Feststellung einer schwierigen Vereinbarkeit von Karriere und Familie bei 67% der Befragten, allerdings nur mit wenigen Aussagen (17). Bei der Umsetzung von Vereinbarkeit im eigenen Leben erklärten die meisten Befragten, dass es keine Vereinbarkeit im Sinne einer ausgeglichenen Zeitverteilung zwischen den beiden Sphären gab, ihre Frauen hätten sich um die Kinder gekümmert, sagen die meisten. Sie selbst hätten ihre eigene Priorität auf die Verwirklichung ihrer Karriere gelegt und dadurch war Vereinbarkeit nicht möglich und nicht erforderlich (40%).

In diesem Sinne beschrieben Befragte auch, dass eine Vereinbarkeit für ihre Mitarbeiter unter anderem deswegen nicht möglich sei, da die Interviewten selber dies nicht für möglich halten (13%). Sie äußerten unter anderem, dass sie ein großes Problem mit der Vereinbarkeit haben und dass sie eine Umsetzung derer zumindest in einem ausgeglichenen zeitlichen Rahmen nicht für realistisch halten. Diese Befragten lebten selbst eine regelrechte Aufopferung für den Beruf und die Karriere vor, daher erwarteten sie dies ebenso von ihren Mitarbeitenden. Zwei der sieben Personen gaben darüber hinaus an, keine Heimarbeitsplätze zu fördern, da ihrer Meinung nach die beiden Bereiche Familie und Beruf strikt getrennt gehalten werden müssen.

Ein Interviewter erläuterte, wie er selber bereits ein gestörtes Gerechtigkeitsempfinden habe, da er Mitarbeitende, die mehr Präsenz zeigen, bei Vertragsverlängerungen denen gegenüber bevorzuge, die Sonderregelungen in Anspruch nehmen. Ein Weiterer verwendete für seine Umsetzung von Vereinbarkeit den Begriff der Familienkarriere, der meint, dass eine solche herausragende Karriere nur von der gesamten Familie im Verbund getragen werden kann und dadurch eine Rollenverteilung gelebt werden muss, welche vorsieht, dass eine Person 16-20h pro Tag arbeitet und dabei die Kinder und die Partnerin dies akzeptieren und mittragen.

Bei den Textstellen, die auf eine mögliche Umsetzung der Vereinbarkeit hinwiesen, sind die Ursachenzuschreibungen sowohl internal (67%) als auch external (87%). Die häufigste Eigenschaft, welche die Befragten sich selber zugutehielten (= interne Attribuierung), ist die Flexibilität (47%), durch welche sie ihren Mitarbeitenden Elternzeit, flexible Arbeitszeiten, Telearbeitsplätze und weitere familienfreundliche Maßnahmen anbieten. Zudem kompensieren sie durch ihre anderen Mitarbeitenden Ausfallzeiten, die durch die Krankheiten von Kindern oder die kurzfristige Pflege von Angehörigen anfallen.

Einige der Interviewten lebten nach eigener Aussage ihren Mitarbeitenden eine Priorisierung (33%) vor, welche die Familie an die erste Stelle stellt, und ermöglichten diese Auffassung auch ihren Mitarbeitenden, indem sie vor allem durch organisatorische Maßnahmen (20%), wie die Einstellung von viel Personal, großzügige Möglichkeiten schaffen, Fehlzeiten zu kompensieren und planbare Arbeitszeiten zu ermöglichen, ohne dass Kolleginnen und Kollegen dadurch Mehrarbeit haben und ein Ungerechtigkeitsempfinden gefördert würde.

Zudem bescheinigte sich ein Befragter individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse einzelner Mitarbeitender, ein weiterer Toleranz und Verständnis und ein Dritter Mitarbeitermotivation z.B. im Bereich der Forschung.

Mit den soeben genannten internalen Attribuierungen gingen einige der Ursachenzuschreibungen einher, welche die Befragten auf die externalen Faktoren in Form der Umstände treffen. Personal in ausreichender Anzahl zu beschäftigen sei ihnen bspw. vor allem dadurch möglich, dass ihnen die Klinikumsleitung völlige Flexibilität in der Personalplanung einräumte, solange die Einrichtung als solche wirtschaftlich haushalte. Dadurch könnten sie ausreichend Personal einstellen, um Fehlzeiten zu kompensieren und planbare Arbeitszeiten zu gewährleisten (33%).

Einige der Befragten gaben darüber hinaus an, dass ihre Fachdisziplin dankbarer für familienfreundliche und planbare Arbeitszeiten (27%) sei als andere Disziplinen, da bspw. keine oder nur wenig Patienten versorgt werden müssten, oder keine Notfallbehandlung sowie anstrengende Nachtdienste zu organisieren seien. Dadurch seien wiederum planbare Arbeitszeiten umsetzbar. Gleiches erwähnten Interviewte zum Forschungsbereich. Hier hätten die Mitarbeitenden nach Aussage der Befragten völlige Flexibilität, was Ort und Zeit der Arbeit angeht (20%), da der Datenschutzaspekt keine Rolle spielt und keine akute Versorgungsleistung zu tätigen ist.

Als einzelne Nennung wurde die Firmenpolitik genannt, welche sich unterstützend auf die Familienfreundlichkeit auswirkt und ein leistungsorientiertes Arbeiten befürwortet, was die Fokussierung auf Präsenzzeiten der Arbeitnehmer ablösen soll. Perspektivisch vermerkte ein Klinikchef, dass eine Kinderbetreuung im Haus den Mitarbeitern große Zeitersparnis ermöglichen würde und deshalb ein weiterer Ausbau eines solchen Angebots zu wünschen ist. Ein weiterer ging davon aus, dass sich die bislang kleine Anzahl der Habilitationen bei Frauen auf Dauer von alleine regeln und erhöhen würde, da durch die große Anzahl von Medizinerinnen auch die Führungspositionen zwangsläufig von ihnen besetzt werden müssen.

Eine aktive Mitarbeit an der Vereinbarkeit schrieben die Klinikdirektor*innen vor allem den Mitarbeitern zu (= externaler Attribuierung auf die Mitarbeitenden), indem von ihnen eine aktive Nachfrage ausgeht (20%). Wo Begehrlichkeiten entstehen und auch thematisiert werden, ist die Chance auf ein Eingehen darauf laut ihren Aussagen eher gegeben. Zudem fördern die Mitarbeitenden die Vereinbarkeit, indem sie sich kollegial verhalten und

Zusatzbelastungen bei Ausfallzeiten übernehmen und sich so solidarisch zeigen (7%). Am liebsten war einem Befragten hier eine gemischte Teamstruktur zwischen „Systemerhaltern“ (=Mitarbeiter ohne zu große Karriereambitionen, vor allem in der Patientenversorgung tätig) und „Systembewegern“ (=Mitarbeiter mit Karriereambitionen, die sich vor allem durch Forschungsleistungen beweisen).

Ein Befragter gab an, dass Mitarbeiter vor allem dadurch beitragen können, indem sie überhaupt eine Karriereeignung mitbringen. Ein weiterer bemerkte, dass eine Familie als Ganzes die Karriere des Einzelnen mitträgt und er sich so voll auf seine Arbeit fokussieren kann.

6.3.2 Zusammenfassungen der Ergebnisse der Ursachenanalyse mit Hilfe der Attributionstheorie

In der dargestellten Verteilung der Ursachenzuschreibung stellt man fest, dass 14 der 15 Befragten Aussagen zu beiden Meinungen tätigen, was man auch der Beschreibung der Einzelinterviews entnehmen kann. Bei den meisten Personen überwiegt letzten Endes zwar eine klare Meinung (Vereinbarkeit ist bzw. ist nicht möglich), Zitate zu beiden Aussagen findet man in fast allen Interviews. Gesamthaft lässt sich festhalten, dass die Interviewstellen deutlich häufiger sind, die eine Vereinbarkeit von Familie und Karriere an der Klinik als nicht umsetzbar beschreiben ($n=138$ versus $n=51$). Dies ist zwar keine reliable Kenngröße, gibt aber den Eindruck wieder, der beim Führen und Auswerten der Interviews entstanden ist: Eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einem Universitätsklinikum wie dem rechts der Isar wird von den Befragten nur sehr verhalten und eingeschränkt für umsetzbar gehalten und erlebt. Unterstützt wird dieser Eindruck durch die Spannbreite/Vielfalt der Ursachen, die gegen eine Vereinbarkeit aufgeführt werden und die prozentuale Verteilung der Argumente. 100% der Befragten attestieren der Vereinbarkeit von Karriere und Familie am Klinikum zumindest einmal im Laufe des Interviews ihre Unmöglichkeit und zwar auf Grund von externalen Faktoren. Knapp 70% der Interviewten gibt zu, auch im eigenen Leben keine Vereinbarkeit gelebt zu haben oder sieht sich sogar selbst in der Verantwortung für eine mangelnde Vereinbarkeit am Klinikum. Das Potential der Vereinbarkeit von Karriere und Familie an der Klinik wird hingegen weniger external attribuiert, nämlich von 87% der Klinikchef*innen.

7 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wird gefragt, was die Klinikdirektor*innen unter der Vereinbarkeit von Familie und Karriere verstehen und wie ihre Idealvorstellungen diesbezüglich aussehen. Zudem werden die Umsetzung im Alltag und die Einschätzungen der Interviewten bzgl. zukünftigen Entwicklungen und Verbesserungspotentialen untersucht. Bereits etablierte Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit werden darüber hinaus abgefragt und bewertet. Mit Hilfe leitfadenorientierter Interviews wurden 15 Klinikchef*innen des Universitätsklinikums rechts der Isar in München befragt, die Daten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012) ausgewertet. Auf Grundlage des Kodierleitfadens wurden alle Interviews analysiert und anschließend themenspezifisch aufgearbeitet und dargestellt. Für eine weiterführende Analyse der Daten wurde die Attributionstheorie verwendet, um die Lokation der Ursachenzuschreibung der Befragten zu untersuchen. Des Weiteren wurden Typen gebildet, um die Komplexität der Daten übersichtlicher und vergleichend abbilden zu können.

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass es in den Augen der interviewten Klinikdirektor*innen in der universitären Medizin mit ihrem Dreiklang aus Forschung, Lehre und Patientenversorgung Umstände gibt, die für die Vereinbarkeit von Familie und Karriere eine besondere Herausforderung darstellen. Dabei lässt sich ein Unterschied zwischen der bloßen Vereinbarkeit von *Beruf* und Familie auf der einen und *Karriere* und Familie auf der anderen Seite feststellen. Die Berufsausübung als Arzt/Ärztin mit Kindern an einer Universitätsklinik ist durchaus möglich, während die Umsetzung einer universitätsmedizinischen Karriere mit einem Familienleben nicht ohne weiteres in Einklang zu bringen ist. Dieses Ergebnis wird ebenfalls von bisherigen Selbsteinschätzungsstudien mit Ärztinnen und Ärzten verdeutlicht (Cramer et al., 2016; Höß, 1996).

Als Vereinbarkeitsdefinition wird in dieser Studie die tatsächliche Lebbarkeit unterschiedlicher Rollen wenn nötig zur gleichen Zeit in verschiedenen, selbstbestimmten und veränderbaren Zeitkontingenten herausgearbeitet. Dabei gilt eine Vereinbarkeit für alle Geschlechter mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und zu jeder Zeit, unabhängig von der einnehmenden Rolle. Gemeint ist, dass es diverse Rollen gibt, die eine Vereinbarkeit einfordern können, sei es die Mutterrolle, die Rolle des pflegenden Angehörigen oder die Rolle des Freizeitbedürftigen und dass all diese die gleiche Berechtigung haben.

Die Theorie des Work-family-conflict (WFC) (Duxbury & Higgins, 2001; Frone, 2003; Fuss et al., 2008) und des Work-family-enrichment (WFE) (Greenhaus & Powell, 2006; McNall et al., 2010) legen ebenfalls die Annahme zu Grunde, dass alle Individuen verschiedene Rollen in unterschiedlichen Settings einnehmen. Dabei bewerten die Theorien die gleichen Grundvoraussetzungen differenziert und kommen so zu konträren Bewertungen der gleichen Situationen. In der vorliegenden Arbeit wird aufgezeigt, welcher Rollentheorie die hier Befragten eher folgen. Es wird deutlich, dass die interviewten Klinikchef*innen größtenteils einen Rollenkonflikt für ihre Mitarbeitenden befürchten. Ursächlich dafür beschreiben sie, dass die Umsetzung einer Karriere im universitätsmedizinischen Umfeld einen großen Zeitbedarf an die Individuen stellt, welcher sich schlecht mit der Einnahme anderer Rollen vereinbaren ließe.

Eine Zusammenfassung der drei analytischen Teile soll Aufschluss über das Gesamtergebnis der vorliegenden Arbeit geben und die aufgeworfenen Themen der Einleitung diskutieren sowie die Fragestellung beantworten. Dafür werden die Ergebnisse dieser Arbeit in den dazugehörigen Forschungskontext eingebettet. Anschließend sollen Limitationen der Arbeit erläutert und die Ergebnisse der Studie als Grundlage für Handlungsableitungen in der Zukunft diskutiert werden.

7.1 Zusammenfassung der Analyse

Die themenspezifische Analyse zeigt, dass die befragten Klinikdirektor*innen die Vereinbarkeit von Karriere und Familie als wünschenswert einstufen und in deren Umsetzung eine Chance sehen, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu erhöhen, zumindest in der Theorie. In der Praxis haben sie weder für sich noch für ihre Mitarbeitenden eine Vereinbarkeit in der Breite in jener Form umgesetzt, in welcher sie ihren Idealzustand beschreiben. Ihren Aussagen zufolge gelingt dies nur in Einzelfällen. Bei ihren Darlegungen zu diesem Thema zeigt sich deutlich eine Diskrepanz zwischen ihren Idealvorstellungen und dem, was sie in der Praxis für umsetzbar halten. Insgesamt beschreiben die Klinikdirektor*innen die tatsächliche Umsetzbarkeit der Vereinbarkeit als schwer möglich. In theoretischen Überlegungen scheint der Begriff der Vereinbarkeit für die meisten Befragten wie das Gegenteil einer funktionierenden Klinik zu klingen. Viele der Befragten haben in ihren eigenen Lebensläufen kein Zusammenspiel von Karriere und Zeit für Familie erlebt. Sie wurden laut eigenen Angaben zum Großteil mit einer Mentalität sozialisiert, die es von den Klinikärzt*innen verlangt rund um die Uhr in der Klinik präsent zu sein und in der Freizeit mit der Vernachlässigung von Patienten gleichgestellt wurde. Dieses Ergebnis

deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Studien (Höb, 1996; Yedidia & Bickel, 2001), die ebenfalls verschiedene Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang aufzeigen. Außerdem wird keine große Notwendigkeit erkannt, diesen Umstand grundlegend zu ändern, da, anders als in anderen Studien, (noch) kein drohender Mangel an Ärztinnen und Ärzten erkannt wird (Bundesärztekammer, 2010, 2012a, 2012b; Kopetsch, 2010; Struck, 2012; Stutzer, 2012).

Diese Diskrepanz vereinbarkeitsbezogener Willensbekundungen durch Vorgesetzte und einer mangelhaften realen Umsetzung scheint ein verbreiteteres Phänomen zu sein, welches in verschiedenen empirischen Studien beschrieben wird: Bühren (2001) kommt zu dem Ergebnis, das die von ihr befragten Klinikleitenden eine vereinbarkeitsfreundliche Veränderung zwar begrüßen, sich selber jedoch nicht in der Lage sehen, diese zu verändern. Als Gründe dafür führen sie die scheinbar statischen Rahmenbedingungen wie lange Arbeitszeiten und enge hierarchische Strukturen an (Bühren, 2001). Auf diese strukturellen Faktoren als Ursachen beziehen sich mehrere Studien, die versuchen die Gründe für eine mangelnde Vereinbarkeit zu erklären, obschon die leitenden Personen eine Umsetzung derer prinzipiell positiv gegenüber stehen (Banini, 2013; Edmunds et al., 2016; Wietsma, 2014).

Weiterhin spielen auch regionale Rahmenbedingungen eine Rolle (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2012; Stadt München, 2016): Diese Studie wurde in einer deutschen Großstadt mit hoher Attraktivität (i. S. von großem Zuzug und Bevölkerungswachstum) durchgeführt. Die befragten Klinikdirektor*innen können daher nach wie vor zwischen einer hohen Anzahl an qualifizierten Bewerber*innen wählen und sind nicht darauf angewiesen, die Attraktivität der Stelle durch gezielte, auf eine optimale Vereinbarkeit von Beruf und Familie gerichtete Angebote zusätzlich zu erhöhen. Zu erwarten ist jedoch, dass sich dies in den kommenden Jahren zunehmend ändern wird, so wie es sich in vielen Regionen bereits verändert hat, da die zukünftige Generation der Arbeitnehmenden neue Ansprüche an ihre Arbeitswelt stellt (Alscher, 2015; Deutsche Shell Holding GmbH, Hamburg, 2015; Dueck, 2015; Hucklenbroich, 2012; Schmidt, Schmidt, Meyer & Liebeneiner, 2012). So zeigt die Generation Y (Geburtsjahrgang 1981 – 2011) (Schmidt et al., 2012) eine veränderte Anspruchshaltung an ihr Leben als Ganzes und bewertet die Bereiche Familie und Arbeit neu. Dies zeigt sich unter anderem in einer geringeren Bereitschaft, die vorhandene Lebenszeit ausschließlich für die Arbeit aufzuwenden (Hucklenbroich, 2012). Mit dieser Entwicklung wird sich die Arbeitswelt gesamthaft immer häufiger auseinandersetzen müssen, wie Studien zur Generation Y klar darlegen:

„Die Verbindung von Arbeit und Familie hat für die Generation Y höchste Priorität – und ist ihr sogar noch wichtiger als Wertschätzung. Die Frage zwischen Arbeit und Familie, Karriere oder Kindern stellt sich der jungen Generation nicht mehr. Über 90 Prozent der Beschäftigten zwischen 25 und 39 Jahren ist die Familienfreundlichkeit laut einer Studie des Bundesfamilienministeriums wichtiger als das Gehalt.“ (Schmidt & Fügner, 2014, S. 18)

Dies wird in der vorliegenden Studie durchaus bereits von einigen der Befragten wahrgenommen, welche einen Rückgang der Anzahl an exzellenten Bewerbungen bemängeln, also einen Qualitätsrückgang innerhalb der Reihen der Bewerber*innen bemerken. Studien zu diesem Thema zeigen, dass diese Aspekte unbedingt in der Führungsebene der Arbeitgebenden, insbesondere der medizinischen Einrichtungen, berücksichtigt werden sollten, um auch in Zukunft die qualitativ hochwertige Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen (Schmidt et al., 2012; Schmidt & Fügner, 2014).

Bei der Untersuchung der Wirksamkeit der Maßnahmen, die bereits zum Zwecke einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere implementiert wurden, zeigt sich folgender Befund: Die bekannteste der untersuchten Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit sind die Gleichstellungsstandards der DFG. Laut eigenen Angaben setzen die Befragten diese Maßnahme um, da sie anderenfalls Einbußen bei der Drittmittelförderung hinnehmen müssten. Dies gilt für die Befragten des Klinikums rechts der Isar ebenso wie für die Universität (Technische Universität München, 2013)³⁷. Eine verbesserte Wahrnehmung von Gleichstellungsthematiken in den Führungsebenen berichtet die DFG in ihrer Studie über die eingeführte Maßnahme ebenfalls als ein Ergebnis (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2017). Darüber hinaus wird in ihrer Untersuchung bestätigt, was ebenfalls in der vorliegenden Arbeit ein Teilergebnis ist, nämlich, dass Sanktionen bzw. positive monetäre Anreize, wie im Rahmen des DFG Fördersystems verfolgt, Wirkung zeigen:

„In fast allen Fällen wurde die hohe Relevanz der Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards für die Entwicklung der Gleichstellungsarbeit an der jeweiligen Universität betont: Durch die Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards habe die DFG „Druck“ auf die Universitäten ausgeübt, sodass sich diese ernsthaft mit dem Thema Gleichstellung auseinandersetzen mussten.“ (DFG, 2017, S. 80)

³⁷ Für weitere Selbstberichte der TUM siehe auch: <https://www.tum.de/nc/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/30864/> (TUM 2013), <http://www.tum.de/die-tum/die-universitaet/die-tum-in-zahlen/> (Technische Universität München [TUM]).

Ein weiterer interessanter Aspekt der Datenanalyse ist die Aussage einiger Klinikdirektor*innen gar kein Interesse an einer ausnahmslosen Karriereförderung aller Mitarbeitenden zu haben. Im Gegenteil sei es für ihre Einrichtungen förderlicher, eine Mischung aus Systemerhalter*innen zu beschäftigen, welche sich um das Tagesgeschäft kümmern und nur eine gewisse Anzahl Systembeweger*innen zu fördern, welche durch ihre Forschungsleistung ihre Abteilung weiterentwickeln. Dabei sind die Systembeweger*innen dann in der Regel männlich oder kinderlose Frauen. Das bedeutet, eine flächendeckende Vereinbarkeit erscheint in den Augen von manchen Befragten gar nicht zwingend erforderlich, da der Status Quo für viele zufriedenstellend zu funktionieren scheint. Es ist jedoch zu erwarten, dass dies nicht mehr unendlich lange so bleiben wird, da sich die Anforderungen an die Arbeitsplätze der zukünftigen Arbeitsgeneration verändern und es dann schlichtweg keine Systembeweger*innen geben wird, wenn die Bedingungen dafür nicht adäquat sind, wie Studien auch im medizinischen Umfeld belegen (Alscher, 2015; Schmidt et al., 2012; Schmidt & Fügner, 2014).

Bei der Identifikation der Vereinbarkeitstypen zeigte sich, dass bei allen Befragten Merkmale unterschiedlicher Vereinbarkeitstypen zu finden sind. Je nachdem ob es um ihr Idealbild geht oder um das, was sie in der Realität des Klinikalltags für umsetzbar halten, äußerten sich die Befragten unterschiedlich und teilweise konträr. Vergleicht man die Einstellungen der befragten Personen mit ihrem selbsteingeschätzten Verhalten wird überraschenderweise deutlich, dass 53% der Befragten ihr Verhalten vereinbarkeitsfreundlicher beschreiben, als ihre Einstellung. 27% sind konsistent und handeln laut eigenen Angaben so, wie es ihrer Einstellung entspricht. Lediglich 13% sind der Auffassung, dass ihre Handlungen vereinbarkeitsunfreundlicher sind als ihre Einstellungen. Dass viele Klinikchef*innen vereinbarkeitsfreundlicher handeln als ihre Einstellungen dies vermuten lassen, könnte verschiedene Ursachen haben. Maßnahmen, die laut Definition als vereinbarkeitsfreundlich festgelegt wurden, werden von den Befragten nicht explizit so verstanden, sondern beispielsweise als *mitarbeiter*innenfreundlich* oder *selbstverständlich* wahrgenommen. Unter Umständen liegt es auch daran, dass im Alltag nicht immer das große Maßnahmenpaket entscheidend ist, das mit großem Aufwand umgesetzt wird. Viel mehr liegt es an der gelebten Kultur oder an den vermeintlich kleinen Dingen, die innerhalb einer Abteilung getan werden können (Reed & Buddeberg-Fischer, 2001; Yedidia & Bickel, 2001). Dazu gehören das Führen regelmäßiger Mitarbeiter*innengespräche, die Möglichkeit Ausfallzeiten durch kranke Kinder kurzfristig

zu kompensieren oder Wertschätzung gegenüber den Arbeitnehmenden mit familiären Herausforderungen. Dadurch ist es gar nicht immer so unmöglich und schwierig, vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen umzusetzen, wie das zunächst befürchtet wird.

Bei der gesamten Analyse wird deutlich, dass bei den befragten Klinikdirektor*innen des Klinikums rechts der Isar ein Gefühl der Unvereinbarkeit von Karriere und Familie vorherrscht. Klar sichtbar wird dies mit Hilfe der Attribuierungen. So wurden innerhalb der Interviews deutlich mehr Aussagen getätigt, die eine Umsetzung von vereinbarkeitsfreundlichen Maßnahmen als unmöglich bezeichnen, als solche, die eine Vereinbarkeit als möglich beschreiben.

Interessant hinsichtlich der Ursachenzuschreibung der Befragten ist dabei, dass die Gründe für eine Unvereinbarkeit von Familie und Karriere nur von 40% bei sich selber gesehen werden („eigene Priorisierung“), obschon alle Interviewpartner*innen eine machtvolle Position in der Klinik innehaben. Dies widerspricht dem zuvor dargelegten Befund aus der Typisierung, der gezeigt hat, dass die Klinikchef*innen durchaus in der Lage sind vereinbarkeitsfreundlich zu handeln, wenn sie selber das möchten. Bei den Klinikchef*innen lässt sich also die Tendenz beobachten, die Verantwortung für die Ermöglichung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie auf Dritte zu übertragen, obwohl sie von den Befragten selbst (zumindest) mitgetragen wird. So sehen 67% der Befragten die Mitarbeitenden, darunter vor allem die Frauen, für eine mangelnde Vereinbarkeit verantwortlich. Insbesondere die „geringe Karriereaffinität von Frauen“ wird hierbei kritisiert. Indem die Ärztinnen keine universitäre Karriere anstreben, ist somit keine Vereinbarkeit notwendig. Diese Einschätzung deckt sich mit der aktuellen Studienlage. Ursachen für förderliche oder hinderliche Umsetzungsmöglichkeiten einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie gibt es diverse, wie unterschiedliche Studien zeigen (vgl. dazu Kapitel 2.5.1.). Dabei wird die Ursächlichkeit ebenfalls sowohl bei den Ärzt*innen selber erkannt, als auch bei strukturellen Rahmenbedingungen. Beispielsweise ziehen Frauen an Universitätsklinik die Lehre der Forschung vor, was sich negativ auf deren Karriere auswirkt (Cramer et al., 2016; Edmunds et al., 2016). Darüber hinaus haben Ärztinnen häufig eine mangelnde Karrierestrategie (Buddeberg-Fischer et al., 2010) oder betreiben Selbstselektion, in dem sie sich selber als zu schlecht einschätzen oder für die Berufswege entscheiden, die weniger Karriereoptionen bietet (z.B. Fokus auf Lehre und/oder Patient*innenversorgung statt Forschung) (Berweger & Keller, 2005). Offensichtlich ist auch hier, dass weibliche Mitarbeiter von dieser Herausforderung häufiger und stärker

betroffen sind. Dies wird durch Forschungsergebnisse zu dem Thema untermauert, die belegen, dass Frauen heute nach wie vor kaum in Führungspositionen im universitätsmedizinischen Umfeld gelangen. Diese vielbeschriebene gläserne Decke (Fegert & Liebhardt, 2012) ist durchaus im Bewusstsein der Befragten dieser Studie als mögliche Ursache präsent, interessanterweise gewichten sie aber viel schwerer diese sog. „geringe Karriereaffinität“ der weiblichen Mitarbeitenden. Ein ähnliches Resultat berichten Yedidia und Bickel (2001). In ihrer Studie führen sie als Grund für den Mangel an weiblichen Führungskräften neben der traditionellen Rollenverteilung die Sozialisation der Frauen als zu wenig strategisch, weniger streitbar und in geringem Maße karriereaffin auf. Eine Umfrage von Bühren (2001) unter leitenden Chirurgen kommt weiterhin zu dem Ergebnis, dass unter anderem der biologische Unterschied zwischen Mann und Frau zu einer Unterrepräsentation von Frauen in der Chirurgie führt. Die Chirurgie habe hohe psychische und physische Anforderungen, die Frauen oftmals überforderten, vor allem in Kombination mit dem hohen kompetitiven Verhalten der Kollegen (Bühren, 2001). Zudem wird von den von ihr befragten Chirurgen die nicht vorhandene Kultur von Vereinbarkeit genannt, die im Fach Chirurgie aufgrund dessen spezifischer Anforderungen nicht gegeben sei. Deshalb sei das chirurgische Arbeitsumfeld für Frauen von Anfang an weniger attraktiv (Bühren, 2001).

In der Literatur gibt es durchaus einige Lösungsansätze, die auf die hier konstatierte „geringe Karriereaffinität“ von Frauen fokussiert. Dies geschieht mit ganz unterschiedlichen Ansätzen. So empfiehlt eine der befragten Personen in der Studie von Yedidia und Bickel (2001), dass Frauen ihre Familiengründung um die Karriere herum planen und bspw. die Kinder während des Studiums oder der Assistenzarztzeit bekommen sollen, damit sie sich dann später ihrer Karriere widmen können:

“I tell them (young women considering an academic career) what helped me ...I had my children when I was young, as a resident, also of course, when it’s biologically appropriate. ...By the time I was needing to leave the kids to go to meetings like this, or to go give lectures, they were older...” (Yedidia & Bickel, 2001, S. 457)

Dies ist zwar ein durchaus pragmatischer Ansatz, der aber eine Anpassung, ja sogar Einschränkung der Privatsphäre der Individuen fordert und damit wohl der Definition von Vereinbarkeit im eigentlichen Sinn widerspricht oder wenigstens nicht Genüge tut: Vereinbarkeit meint die individuelle Vorstellung, dass Arbeits-, Freizeit- und Familienaktivitäten miteinander vereinbar sind. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können (Kalliath & Brough, 2008).

Ein in diesem Sinne kohärenterer Ansatz scheinen Mentor*innenprogramme zu sein, die in den vorliegenden Studien als einer der häufigsten Lösungsansätze vorgeschlagen werden. Deren Wirkungsweise beruht in den meisten Fällen auf der Förderung einzelner Frauen, die sich für das Programm bewerben und denen ein positives Rollenvorbild in Form einer Ärztin an die Seite gestellt wird, die eine universitäre Karriere bereits umgesetzt hat (Cramer et al. 2016). Häufig werden diese Mentorinentandems in Austauschtreffen miteinander vernetzt, wodurch weitere Synergien geschaffen werden. Mentor*innenprogramme können dabei bestimmt für Einzelne hilfreich sein und Vorteile bieten, eine Veränderung der Alltagskultur konnten sie jedoch bislang nicht bewirken (Reed & Buddeberg-Fischer, 2001). Dies trifft auch für das Mentor*innenprogramm des Klinikums Rechts der Isar zu. Die Profitierenden sind vermutlich dankbar für die Einzellösungen und die Chancen, die sich ihnen dadurch möglicherweise bieten. Flächendeckend ist dieses Programm jedoch nicht, dafür gibt es auch noch zu wenig weibliche Rollenvorbilder in leitenden Positionen, die die Rolle der Mentorinnen ausfüllen könnten. Die Wirkung „in der Breite“ wäre Ergebnis eines sehr langen Prozesses, falls diese überhaupt erreicht werden könnte.

Eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie ist der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten (Buddeberg-Fischer et al., 2010; Bühren, 2001; Yedidia & Bickel, 2001). Mit dem Ausbau der Kinderbetreuung am Klinikum rechts der Isar ist zwar ein wichtiger Schritt getan worden, aber 48 Krippenplätze reichen offensichtlich nicht aus, um den Bedarf von 5000 Mitarbeitenden zu decken. Es gibt daher Ausbaubedarf bei Kindergartenplätzen, einer Mittagsbetreuung, einem Hort, einer Betreuung der Kinder im Krankheitsfall und während Kongressen. Hier zeigt das Best Practice Beispiel des UKM Murnau, wie hier ausreichende Strukturen wirtschaftlich solide abgebildet werden können (BG-Unfallklinik Murnau, 2008), wobei die Größe und der Standort einer Universitätsklinik in der Münchner Innenstadt nicht die gleichen Gegebenheiten vorfindet, wie das UKM.

Zusammenfassend halten Yedidia und Bickel (2001) fest, was auch durch die vorliegende Studie bestätigt werden kann: Eindeutig ist es notwendig, auf die Einzelperson und deren Ansprüche einzugehen und dahingehend individuelle Lösungsansätze zu entwickeln. Auf der anderen Seite muss ein institutioneller Ansatz für eine Verbesserung der Vereinbarkeit etabliert werden, wenn diese flächendeckend umgesetzt werden soll.

Schließlich werden äußere Umstände wie bspw. der „hohe Zeitaufwand“ und die „lange Ausbildungsdauer“ von den Befragten am MRI als hinderlich angeführt. Aber auch der Klinikumsvorstand kommt laut den Klinikdirektor*innen ihrer Verantwortung nicht

ausreichend nach, es mangle an der „fehlenden Infrastruktur“ die eine Vereinbarkeit unterstützen könnte, sagen 47% der Interviewten. Auch diese Einschätzung lässt sich in anderen Studien wiederfinden. Als strukturelle Schwierigkeiten werden vor allem in den männerdominierten Fächern, wie bspw. der Chirurgie sehr hohe Arbeitszeiten und ein hoher Konkurrenzdruck als ursächlich für eine mangelnde Vereinbarkeit identifiziert (Bühren, 2001).

In den wenigen Fällen, in welchen eine Umsetzung von Familie und Karriere als möglich erachtet wurde, erfolgt die Attribuierung überwiegend internal auf die eigene „Flexibilität“. Diese wird dann an dieser Stelle gerne explizit hervorgehoben und für die erfolgreiche Umsetzung der Vereinbarkeit verantwortlich gemacht. Zusammengefasst ist folgender Befund nicht unbedingt überraschend, jedoch grundlegend, um das System Universitätsklinikum zu verstehen: Die aktuelle Literatur wie auch die vorliegende Studie belegen die Schwierigkeit, Vereinbarkeit von Familie und Karriere an einer Universitätsklinik herzustellen. Ursachen dafür gibt es einige, wie eine starre Struktur im beruflichen Alltag oder finanzielle Einschränkungen, allerdings gibt es in der vorliegenden Studie auch explizite Beispiele für Einrichtungen, Kliniken und Institute, an denen eine Umsetzung der Vereinbarkeit besser oder sogar gut funktioniert. Umso bemerkenswerter ist das, weil alle die gleichen oder ähnlichen strukturellen Schwierigkeiten und vergleichbares Personal haben. Dies ist vor allem auf die Einstellung und das Verhalten der betreffenden Klinikleiterin oder des betreffenden Klinikleiters zurückzuführen, die innerhalb der vermeintlich starren Strukturen offenbar durchaus Einfluss auf die Vereinbarkeit nehmen können. Dies bedeutet, dass die Klinikdirektor*innen durchaus einen gewissen Einfluss auf die Rahmenbedingungen und die Mitarbeiter*innenmotivation in Hinblick auf die Karriere und die damit verbundene Vereinbarkeit haben. Diese Akteure sehen die Schwierigkeiten zwar genauso, stellen sich den Problematiken aber aktiv und schaffen Lösungen wie bspw. planbare Arbeitszeiten.

Man kann festhalten, dass die Vereinbarkeit von Karriere und Familie bei den Befragten überwiegend als eine abstrakte, nicht umsetzbare, vielleicht sogar beängstigende Forderung verankert scheint (gefühlte Unvereinbarkeit). In der Praxis wird die Vereinbarkeit von einigen jedoch bereits gelebt und in Teilen umgesetzt, meist ohne dies groß zu reflektieren. Im eigenen Leben vieler Befragter hatte und hat sie keinen Platz, sie kennen es schlichtweg nicht anders (Bühren, 2001). Dazu kommen Anforderungen von außen, wie wirtschaftlicher Druck, die es scheinbar unmöglich machen, Vereinbarkeit zu leben. In der gelebten

Wirklichkeit sind jedoch einige Dinge bereits möglich, wenn sich die Klinikchef*innen selber diese Möglichkeit schaffen („eigene Flexibilität“).

7.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Eine Limitation der in der vorliegenden Arbeit berichteten Studie liegt darin, dass deren Stichprobe lediglich an einer einzigen Klinik rekrutiert wurde. Jedoch ist anzunehmen, dass auf Grundlage der erhobenen Daten Rückschlüsse auf andere Einrichtungen mit ähnlichen Rahmenbedingungen gezogen werden können. Andere Universitätskliniken haben bspw. ebenfalls die Herausforderungen Patientenversorgung, Lehre und Forschung zu vereinbaren und dabei wirtschaftlich zu agieren. Allerdings gibt es auch regionale Besonderheiten, wie z.B. die Attraktivität des Standortes München³⁸, welche Bewerber*innen trotz einer schwierigen Vereinbarkeit für die Uniklinik gewinnt. Es wäre empfehlenswert, die Studie an anderen Standorten zu wiederholen, am besten auch im internationalen Kontext, um Vergleiche zu ziehen und so ein detaillierteres Bild erhalten zu können.

Hinsichtlich der Datenerhebung ist festzustellen, dass die 15 geführten Interviews eine sehr heterogene Dauer haben und damit evtl. auch unterschiedliche inhaltliche Tiefe (die Interviewdauer variierte zwischen 38 und 80 Minuten). Dies hat auch dazu geführt, dass nicht in allen Interviews eine vollständige Abdeckung der Themen im Interviewleitfaden erfolgt ist. Diese Limitation ist systembedingt, beispielsweise wurde der Befragte mit dem kürzesten Interview bereits nach 38 Minuten in den OP gerufen, sollte aber in der Bewertung der Daten berücksichtigt werden. Die Interviews wurden im Jahr 2012 geführt, sind also zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Arbeit nicht aktuell. Da sich innerhalb der Reihen der Klinikleitenden die Personenkonstellation jedoch nicht maßgeblich verändert hat, können die Daten nach wie vor als relevant angesehen werden. Darüber hinaus wurden alle Interviews von der gleichen Person geführt, weshalb keine Interviewervarianz zu berücksichtigen ist (Glantz & Michael, 2014). Allerdings kann auch eine einzelne Interviewperson indirekt Einfluss nehmen auf die Befragten und deren Antworten, beispielsweise durch die Reaktion auf das Gesagte und ihre Eigenschaften oder Rolle (Diekmann, 2018; Glantz & Michael, 2014). Auf der anderen Seite ist ein Eingehen der

³⁸In den Interviews wurde auf den drohenden Ärztemangel in der deutschen Bevölkerung eingegangen, den die Befragten für ihre Einrichtungen und Institute nicht wahrnehmen konnten. Sie sagen, dass sie nach wie vor die Auswahl aus exzellenten Bewerber*innen haben und begründen dies mit der Standortattraktivität Münchens. Die Standortattraktivität geht auch aus einem offiziellen Bericht der Stadt selber hervor, in welchem sie ihre Kennzahlen wie Einwohnerwachstum, Wirtschaftswachstum und den Immobilienmarkt abbildet (Stadt München (2016)).

Interviewer*innen auf die befragten Personen ausdrücklich erwünscht und förderlich für die Interviewsituation und die Datengewinnung (Glantz & Michael, 2014).

Ein weiterer einschränkender Aspekt könnte die Problematik der sozialen Erwünschtheit sein. Bei einer kleinen Stichprobe wie der vorliegenden und der Führung von persönlichen Interviews kann man davon ausgehen, dass die Befragten Antworten geben, die sie für gesellschaftlich anerkannt halten (Smith, 2004; Winkler, Kroh & Spiess, 2006). Insbesondere die hier untersuchte Thematik mit ihrer politischen Brisanz und Relevanz kann das Antwortverhalten von Interviewten entsprechend beeinflussen (Stocké, 2004). Die Studie zeigt, dass die Befragten ihre Handlungen vereinbarkeitsfreundlicher beschreiben als ihre Einstellung. Auf den ersten Blick könnte dies bedeuten, dass die Befragten gesellschaftlich erwünscht auf die Fragen antworten und nicht ihr tatsächliches Tun wiedergeben. Dies erscheint jedoch in diesem Zusammenhang eher nicht der Fall, da die beschriebenen Maßnahmen im Alltag relativ leicht zu überprüfen wären. Das führt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Interviewten nehmen nicht viel Rücksicht auf die soziale Erwünschtheit bei der Antwort auf die Frage nach der Vereinbarkeitsfreundlichkeit ihrer Einstellung. Darüber hinaus schätzen sie ihre vereinbarkeitsfreundlichen Handlungen nicht zwingend als solche ein, sondern bewerten sie anders, eher als *mitarbeiter*innenfreundlich*.

7.3 Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, dass bei den befragten Klinikdirektor*innen des Klinikums rechts der Isar ein Gefühl der Unvereinbarkeit von Karriere und Familie vorherrscht. Dieser Befund überrascht wenig, wenn man sich die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden in diesem Umfeld in dem Dreiklang aus Krankenversorgung, Forschung und Lehre vor Augen führt. Überraschend ist jedoch, dass in der Praxis einige Klinikchef*innen durchaus vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen umsetzen, die sich von ihrer Einstellung her aber eher als vereinbarkeitsunfreundlich beschrieben haben. Sie handeln also vereinbarkeitsfreundlicher als es ihrer Einstellung und ihrem Erleben im persönlichen Lebenslauf entspricht. Diese Inkohärenz zwischen eigenem Tun und Urteilen könnte daher rühren, dass sie entsprechende Maßnahmen primär gar nicht als im eigentlichen Sinn *vereinbarkeitsfreundlich* kategorisieren, sondern vielmehr als *selbstverständlich* oder *mitarbeiter*innenfreundlich*. Es scheint fast, als ob ein gewisses mitarbeiter*innenfreundliches Verhalten doch bei nicht wenigen zum Anspruch an sich selbst gehört und damit nicht dem schwierigen Diskurs um Vereinbarkeit von Karriere und Familie zugerechnet wird.

Auf jeden Fall weist es darauf hin, dass Leitungspersonen von Kliniken und Instituten durchaus in der Lage sind, ein vereinbarkeitsfreundliches Klima in ihren Abteilungen zu schaffen. Die wenigen Befragten, die selber Vereinbarkeit leben, scheinen dies auch in ihrer Klinik umsetzen zu können. Sie finden Mittel und Wege, um Hindernisse zu umgehen. Andere Befragte geben – im Kontrast dazu – diverse Gründe dafür an, Vereinbarkeit nicht umsetzen zu können. Viele Befragte verweisen bspw. auf „wirtschaftlichen Druck“ als einen Grund, keine Vereinbarkeit leben zu können. Andere Klinikchef*innen dagegen gaben an, ausreichend große „wirtschaftliche Freiheit“ zu besitzen, um finanzielle Mittel in eine hohe Personaldecke zu stecken und etwa ein familienfreundliches Schichtsystem zu etablieren.

Weiterhin bedeutend scheint die differenzierte Wahrnehmung, die viele der Befragten gemacht haben. So verstehen viele unter der Vereinbarkeit von Familie und Karriere größtenteils eine Idealvorstellung, die sie vom Prinzip her befürworten, die jedoch für sich und ihre Mitarbeitenden nur von einzelnen umgesetzt werden kann. Daran ändern die diversen Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit bis jetzt nicht viel, sind sie doch den Befragten zum Großteil nicht einmal bekannt. Allerdings sehen sie die Vereinbarkeit von Familie und *Beruf* eher als umsetzbar an. Es braucht nach den Aussagen der Befragten die Systemerhalter*innen, die „nur“ Patienten versorgen und nicht primär nach der eigenen Karriere streben. Für diese Mitarbeitenden sind kürzere und/oder geregelte Arbeitszeiten möglich und damit ist eher die Chance auf die Vereinbarkeit ihres Berufs mit einer Familie gegeben. Somit sind diese Systemerhaltenden nicht mit den Schwierigkeiten belastet, denen sich diejenigen stellen müssen, die eine Karriere verfolgen möchten und zusätzlich zur Patientenversorgung Forschungsleistungen erbringen müssen. Die *Karriere* und nicht so sehr der *Beruf* scheint das entscheidende limitierende Element bei der Vereinbarkeit mit der Familie zu sein, wobei in diesem Sinne hauptsächlich die Doppelrolle bzw. Belastung von Klinik – Forschung/Lehre zu tragen kommt. Dieses Ergebnis der vorliegenden Arbeit wird von der Selbsteinschätzungsstudie unter den Mitarbeitenden bestätigt (Cramer et al., 2016).

Damit kurz- und mittelfristige Veränderungen überhaupt umgesetzt werden können, sind aus der Sicht der hier Befragten allgemeine und gesellschaftliche Haltungsänderung vonnöten. Alle Beteiligten (Eltern, Arbeitnehmende, Großeltern, die politischen Akteure, die Klinikchef*innen) egal ob mit Kindern oder ohne, müssten sich gemeinsam und breitenwirksam dafür einsetzen, dass sich die Arbeitsbedingungen verändern und insbesondere mehr Personal eingestellt wird. So könnte sich die Arbeitsbelastung auf mehr Schultern verteilen, und Ausfälle, die durch Krankheit, Pflege von Angehörigen oder

Betreuung der Kinder entstehen, könnten besser kompensiert werden. Dies ist die gelebte Praxis eines der Befragten in der vorliegenden Studie, der angibt, viel Geld in den Ausbau seines Personals zu stecken, so dass auch in einem operativen Fach ein System mit klar begrenzten Arbeitszeiten umgesetzt werden kann. Die Angst, dadurch die Wirtschaftlichkeit des Betriebs zu gefährden, scheint hier nicht gegeben. Dies zeigen auch andere Beispiele, wie das Beispiel des UKM Murnau zeigt, welches im Jahre 2008 mit Hilfe einer Kosten-Nutzen-Analyse seiner vereinbarkeitsfreundlichen Maßnahmen einen finanziellen Mehrwert in Höhe von 136.720€ berechnete. Dieser Gewinn resultiert vor allem aus Einsparungen bei den Kosten für Überbrückung, Ausschreibung und Einarbeitung (BG-Unfallklinik Murnau, 2008).

Wie bereits in anderen Arbeiten berichtet, zeigt die vorliegende Studie, dass in der Medizin vor allem Frauen Schwierigkeiten haben, eine Karriere neben der Familie zu verwirklichen. Auch wenn es nicht das Ziel einer jeden Frau ist, Kinder zu bekommen und gleichzeitig eine Karriere anzustreben, wäre es doch wünschenswert, wenn dies möglich wäre, zumal mittlerweile auch Männer zunehmend den Wunsch hegen, ihr Leben nicht ausschließlich der Arbeit zu widmen (Kwong et al., 2014). Natürlich fordert dies nicht nur im Beruf, sondern gesamtgesellschaftlich ein Umdenken: „Promote renegotiation of the division of family responsibilities among parents“ (Yedidia & Bickel, 2001, S. 457) ist eine Empfehlung, die aus der Studie hervorgeht und die bereits in vielen Familien umgesetzt wird.

Diese Studie macht erneut deutlich, dass die Umsetzung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie in Universitätskliniken andere wirkliche Anreize braucht, z.B. in Form monetärer Belohnung. Gleichzeitig könnte es auch sinnvoll sein, Sanktionen bei Nichtbeachtung einzuführen (am Beispiel der Gleichstellungsstandards der DFG). Ratgeber zu entwickeln ohne deren Nichtbeachtung zu sanktionieren, erscheint nahezu wirkungslos, da diese von der Zielgruppe schlichtweg nicht wahrgenommen bzw. beachtet werden, wie die vorliegende Studie zeigt. Eine Handlungsidee über den Schwerpunkt dieser Studie hinaus wäre beispielsweise die Vergabe von Forschungs- und Lehrmitteln an eine Umsetzung von einer gelebten Vereinbarkeit von Familie und Karriere zu koppeln und damit Abteilungen zu belohnen, die sich diesem Thema erfolgreich annehmen (Kilminster, Downes, Gough, Murdoch-Eaton & Roberts, 2006). Als Grundlage hierfür könnte man z.B. bewährte Kriterien und Standards des Audits berufundfamilie heranziehen. Eine weitere Option wäre die Vergabe von Lehrstühlen an den zwangsweisen Besuch von regelmäßigen Fortbildungen zum Thema Vereinbarkeit und anderen Führungsthemen zu koppeln. Eine Klinikleiterin bzw.

ein Klinikleiter ist nicht qua Amt eine Spitzenführungskraft, die keine Fortbildung in der Führung von Mitarbeitenden sowie der Umsetzung einer vereinbarkeitsfreundlichen Umgebung benötigen würde. Vereinbarkeitsfreundlichkeit im universitätsmedizinischen Umfeld zu leben und umzusetzen ist, wie die vorliegende Studie zeigt, kein einfaches Unterfangen, sondern verlangt neben gewissen Kompetenzen auch Mut und Umsetzungsstärke.

Ein weiterer Aspekt, der in Zukunft eine höhere gesellschaftliche Relevanz einnehmen wird, ist die Vereinbarkeit von Karriere und Familie in Hinblick auf die Pflege von Angehörigen. Dieses Thema ist bislang so gut wie gar nicht bei den Befragten präsent und wird noch stärker verdrängt, oder wie es einer der Klinikchefs sinngemäß ausgedrückt hat: „Kinder sind halt wenigstens süß, da sind die Kollegen eher bereit, Ausfälle zu kompensieren“ (Interviewter O). Hinzu kommt, dass es bislang keinerlei Maßnahmen von Seiten des Klinikvorstands gibt, die die Klinikdirektor*innen bei Anfragen von Mitarbeitenden dahingehend unterstützen. Sie sind auf sich allein gestellt und müssen im Einzelfall Sonderregelungen treffen. Es verwundert, dass es hierzu keine klaren Regelungen, Handlungsempfehlungen und vor allem Unterstützungsangebote für die Betroffenen selber, aber auch für deren Führungspersonen, also die Klinikdirektor*innen gibt. Dieser Aspekt des Vereinbarkeitsthemas wird dem hier geführten Diskurs in den nächsten Jahren wohl noch mehr Brisanz und Dringlichkeit geben. (BMFSFJ, 2011; Böttcher & Buchwald, 2011; Statistisches Bundesamt, 2013)

Zusammenfassend zeigt die Studie, dass sich nicht automatisch mit der Zeit etwas an den Strukturen ändert, nur weil viele Frauen den Beruf der Ärztin ergreifen. Möchte man also Klinikchef*innen motivieren, die Bedingungen für Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern, wären als erste Ansatzpunkte auch ganz einfache pragmatische Maßnahmen denkbar. Einerseits sollte man den Klinikchef*innen die Relevanz des Themas vermitteln. Andererseits sollte die Hemmschwelle vermindert werden, Vereinbarkeit zu leben. Beides gelingt vermutlich am besten mit Hilfe derjenigen Klinikdirektor*innen, die es bereits geschafft haben, eine Umsetzung zu etablieren. Vielleicht könnte es helfen, wenn man den Verantwortlichen vor Augen führt, dass sich eine gelebte Vereinbarkeit auch monetär positiv bemerkbar macht und zu einem guten Betriebsklima in der Abteilung beitragen kann. Die identifizierten Best Practice Beispiele innerhalb des Klinikums rechts der Isar könnte man genauer analysieren und andere Stakeholder damit konfrontieren (nach dem Prinzip „warum funktioniert dies bei ihm und bei ihnen nicht“), um schließlich in einem gemeinsamen

aktiven, aber durchaus auch kritischen Diskurs gemeinsame und zusammen erarbeitete Handlungsempfehlungen zu formulieren. Dadurch würde man die Ansätze der untersuchten Maßnahme des Handbuchs der Bundesärztekammer aufgreifen, aber individuell auf das Umfeld einer Universitätsklinik anpassen. Indem man darüber hinaus einen direkten Bezug zu den Klinikchef*innen herstellt und den direkten Vergleich mit Kollegen vor Augen führt, kann man vermutlich einen besseren Zugang zu den anderen Klinikdirektor*innen gewinnen und die Motivation zu einer Handlung erhöhen.

8 Literaturverzeichnis

- Abele, A. E. (2003). Beruf - kein Problem, Karriere - schon schwieriger: Berufslaufbahnen von Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich. In A. E. Abele, E.-H. Hoff & H.-U. Hohner (Hrsg.), *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg*. .
- Alscher, M. D. (2015). Generation Y und die Qualität in der Inneren Medizin - gibt es Lösungen für ein großes Dilemma? *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 140 (22), 1693-1695.
- Ärzte Zeitung. (2010a). *Die Medizin wird weiblich*. Verfügbar unter <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=617883&pid>.
- Ärzte Zeitung. (2010b). *Verbände: Ärztemangel in Deutschland spitzt sich zu*. Zugriff am 22.02.2011. Verfügbar unter www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=617876&pid...
- Ärzte Zeitung online. (2015). *Bedarfsplanung abgewatscht. Studie zu Landarztmangel*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/882279/studie-landarztmangel-bedarfsplanung-abgewatscht.html
- Audit berufundfamilie. (2016a). *audit familiengerechte hochschule: Systematische Prozesssteuerung für Universitäten, Hochschulen und Akademien*. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter <http://berufundfamilie.de/index.php/auditierung-unternehmen-institutionen-hochschule/ablauf-einfuehrung-audit-berufundfamilie>
- Audit berufundfamilie. (2016b). *Beruf und Familie. Ein Mehrwert für alle*. Frankfurt am Main: Hertie Stiftung. Zugriff am 28.09.2016.
- Audit berufundfamilie. (2016c). *berufundfamilie*. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter <http://berufundfamilie.de/>
- Audit berufundfamilie. (2016d). *Preise und Leistungen im Überblick*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.berufundfamilie.de/auditierung-unternehmen-institutionen-hochschule/preise-audit-berufundfamilie-2>
- Audit berufundfamilie. (2016e). *Zertifikatsträger*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.berufundfamilie.de/zertifikat-audit-berufundfamilie/zertifikatstraeger-audit>
- Babaria, P., Bernheim, S. & Nunez-Smith, M. (2011). Gender and the pre-clinical experiences of female medical students: a taxonomy. *Medical Education*, 45 (3), 249-260.
- Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R. & Hofemann, K. u.a. (2008). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland* (4. Aufl.). Wiesbaden: Westdt. Verl.
- Banini, B. (2013). Capsule commentary on Strong et al., Work-life balance in academic medicine: narratives of physician-researchers and their mentors. *Journal of general internal medicine*, 28 (12), 1646.
- Bauman, M. D., Howell, L. P. & Villablanca, A. C. (2014). The Women in Medicine and Health Science program: an innovative initiative to support female faculty at the University of California Davis School of Medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89 (11), 1462-1466.

- Becker, J. (2014). *Gehalt an Universitätskliniken - Was verdienen Hochschulmediziner?*, Das Karriereportal für Wissenschaft & Forschung von DIE ZEIT. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter https://www.academics.de/wissenschaft/universitaetskliniken-gehaelter_57220.html
- Berweger, S. & Keller, C. (2005). Prädiktoren der akademischen Laufbahnintention. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 19 (3), 145-158.
- BG-Unfallklinik Murnau. (2008). *Rechnerische Darstellung der Kosten-Nutzen Gegenüberstellung am Beispiel der Unfallklinik Murnau auf Basis der Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“ der Prognos AG.*
- BMFSFJ. (2005). *Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ. (2006, 29. Mai). *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht*. Zugriff am 10.10.2013.
- BMFSFJ (BMFSFJ, Hrsg.). (2011). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002119004.pdf;jsessionid=DFA95A82692FC21775CC31CEA977540.cae3?__blob=publicationFile
- BMFSFJ. (2014). *Familienreport 2014. Leistungen, Wirkungen, Trends*. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/93784/e1e3be71bd501521ba2c2a3da2dca8bc/familienreport-2014-data.pdf>
- Bohnsack, R. (2013). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borges, N. J., Navarro, A. M., Grover, A. & Hoban, D. (2010). How, When, and Why Do Physicians Choose Careers in Academic Medicine? A Literature Review. *Academic Medicine*, Vol.85, No 4/ April 2010 (No 4).
- Bosch, G., Kalina, T., Lehndorff, S. & u.a. (2001). Zur Zukunft der Erwerbsarbeit. Eine Positionsbestimmung auf der Basis einer Analyse kontroverser Debatten. *Hans Böckler Stiftung. Zukunft der Arbeit* (Arbeitspapier 43).
- Böttcher, S. & Buchwald, C. (2011). *Leitfaden für Unternehmen Leitfaden für Unternehmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege*. : Zentrum für Sozialforschung e.V. an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Brinkschulte, E. (Hrsg.). (1994). *Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland*.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Haemmig, O., Knecht, M. et al. (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers--professional and personal situation seven years after graduation. *BMC health services research*, 10, 40.

- Bühren, A. (2001). Ist die Chirurgie männlich? — Diskussion eines Vorurteils. In K. Schönleben (Hrsg.), *Panta Rei - Umdenken in der Chirurgie. Sonderband zum Chirurgenkongress 2001* (S. 177-190). München.
- Bühren, A. (2011, 24. Mai). "Feminisierung" der Ärzteschaft. *Überschätzter Effekt*. Zugriff am 01.06.2011. Verfügbar unter <http://data.aerzteblatt.org/pdf/108/21/a1168.pdf>
- Bühren, A. & Schoeller, A.E. (Hrsg.). (2010). *Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung*. Berlin.
- Bund Länder Kommission (Hrsg.). (2004) Frauen in der Medizin [Themenheft], H. 117 (117). Bonn: BLK, Geschäftsstelle (Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung).
- Bundesärztekammer. (2010, 10. März). *Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2009*. Zugriff am 29.04.2011. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf>
- Bundesärztekammer. (2012a). *Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2012*. Zugriff am 27.09.2016.
- Bundesärztekammer. (2012b). *Struktur der Ärzteschaft 2012 (Zahlen in Tausend)*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat12Abb01.pdf
- Bundesärztekammer. (2016). *Medizinstudium und ärztliche Tätigkeit in Deutschland*. Zugriff am 27.09.2016.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). (2012). *Die Attraktivität großer Städte. Ökonomisch, demografisch, kulturell ; Ergebnisse eines Ressortforschungsprojekts des Bundes*. Bonn: BBSR.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2002). Approbationsordnung für Ärzte. ÄApprO 2002. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. *Landärzte*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/l/landaerzte.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2010a). *Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2010-03/pressemitteilung-runder-tisch-zur-vereinbarkeit-von-familie-und-beruf-im-gesundheitswesen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2010b). *Zweiter Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen verabschiedet Empfehlungen*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2010-04/2-runder-tisch-verabschiedet-empfehlungen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Runder Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen - erste konkrete Erfolge liegen vor*. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2011-04/runder-tisch-familie-und-beruf.html>

- Burchardt, A. (1994). Die Durchsetzung des medizinischen Frauenstudiums in Deutschland. In E. Brinkschulte (Hrsg.), *Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland* (S. 10-21).
- Bürgisser, M. (2011). *Beruf und Familie vereinbaren - aber wie? Väter erzählen* (1. Aufl.). Bern: Hep, der Bildungsverl.
- Claudia Voigt (2013, 25. November). Die große Erschöpfung. Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie ist in diesem Land immer noch ein Traum. *Der Spiegel*, S. 156-157. Zugriff am 13.09.2016. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-122579541.html>
- Connoly, S. & Holdcroft, A. (2009, 06. November). *The Pay Gap for Women in Medicine and Academic Medicine. An analysis of the WAM database*. Zugriff am 29.06.2011. Verfügbar unter <http://www.medicalwomensfederation.org.uk/files/pay%20gap%20report.pdf>
- Cramer, B., Hanika, M. & Diehl-Schmid, J. (2016). Küche, Kinder, Professur? Küche, Kinder, Professur? Die wissenschaftliche Karriere von Ärztinnen in der Hochschulmedizin. In *Beiträge zur Hochschulforschung* (38. Jahrgang, 1-2/2016, S. 190-219).
- Debler, W. F. (1984). *Attributionsforschung. Kritik und kognitiv-funktionale Reformulierung*. Salzburg: AVM-Verlag der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation.
- Demary, V. & Koppel, O. (2013). Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland: Zuwanderung verhindert Engpässe. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* (Vol. 40), 47-62.
- DesRoches, C. M., Zinner, D. E., Rao, S. R., Iezzoni, L. I. & Campbell, E. G. (2010). Activities, Productivity, and Compensation of Men and Women in the Life Sciences. *Academic Medicine*, 85 (4), 631-639.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft. *Informationen zum Entstehungs- und Umsetzungsprozess der Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter http://www.dfg.de/foerderung/grundlagen_rahmenbedingungen/chancengleichheit/forschungsorientierte_standards/umsetzungsprozess/index.html
- Deutsche Forschungsgemeinschaft. *Instrumentenkasten*. Zugriff am 03.05.2013. Verfügbar unter <http://www.instrumentenkasten.dfg.de/ueber-den-instrumentenkasten/#c194>
- Deutsche Forschungsgemeinschaft. *Instrumentenkasten - Modellbeispiele*. Zugriff am 03.05.2013. Verfügbar unter [http://www.instrumentenkasten.dfg.de/modellbeispiele/suche/?switchto=categoryvirtual&check-1-1=on&check-1-2=on&check-1-3=on&check-1-4=on&check-1-5=on&check-1-6=on&check-3-1=on&check-3-2=on&check-3-3=on&check-3-4=on&check-3-5=on&slice=1&count=null&filter=\\$audience:%28Studieninteressierte%20OR%20Studierende%20OR%20%28Graduierte%20/%20Promovierende%29%20OR%20Postdocs%20OR%20%28%28Junior-%29Professuren%29%20OR%20Leitungspositionen%29%20AND%20\\$subject:%28%28Geistes-%20und%20Sozialwissenschaften%29%20OR%20Lebenswissenschaften%20OR%20Naturwissenschaften%20OR%20Ingenieurwissenschaften%20OR%20%28keine%20eindeutige%20Fachzuo](http://www.instrumentenkasten.dfg.de/modellbeispiele/suche/?switchto=categoryvirtual&check-1-1=on&check-1-2=on&check-1-3=on&check-1-4=on&check-1-5=on&check-1-6=on&check-3-1=on&check-3-2=on&check-3-3=on&check-3-4=on&check-3-5=on&slice=1&count=null&filter=$audience:%28Studieninteressierte%20OR%20Studierende%20OR%20%28Graduierte%20/%20Promovierende%29%20OR%20Postdocs%20OR%20%28%28Junior-%29Professuren%29%20OR%20Leitungspositionen%29%20AND%20$subject:%28%28Geistes-%20und%20Sozialwissenschaften%29%20OR%20Lebenswissenschaften%20OR%20Naturwissenschaften%20OR%20Ingenieurwissenschaften%20OR%20%28keine%20eindeutige%20Fachzuo)

rdnung%29%29&chunk=20&cache=1&number=25&selcat=Organisationsentwicklung+und+steuerung%3E%3E&selres=,241#241,

Deutsche Forschungsgemeinschaft. *Instrumentenkasten - Recherchieren*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.instrumentenkasten.dfg.de/recherchieren>

Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2011). *Forschungsorientierte Gleichstellungsstandards Bewertung der (Zwischen-)Berichte 2011 – Gesamtübersicht*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter http://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/grundlagen_dfg_foerderung/chancengleichheit/gleichstellungsstandards_bewertungen_uebersicht_2011.pdf

Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2013). *Flyer: Gleichstellung in der Wissenschaft. Wie fördert die DFG Chancengleichheit und Vielfalt?* Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/flyer_gleichstellung_wissenschaft.pdf

Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2017). *Die Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards der DFG: Umsetzung und Wirkungsweisen* (Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Hrsg.). Zugriff am 07.08.2019.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2016). *Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus*. Verfügbar unter <http://www.pflege-krankenhaus.de/>

Deutsche Shell Holding GmbH, Hamburg (Hrsg.). (2015) *Jugend 2015 [Themenheft], 3401*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Deutscher Ärztinnenbund. (2016). *Willkommen*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.aerztinnenbund.de/Willkommen.0.102.1.html>

(2016). *Die Stiftung für Hochschulzulassung. Die Stiftung für Hochschulzulassung ist eine Stiftung öffentlichen Rechts mit Sitz in Dortmund*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.hochschulstart.de/?id=3234>

Diekmann, A. (2018). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (rororo, Rowohlt's Enzyklopädie, Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 12. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dimitriadis, I., Plante, B. J. & Pagidas, K. (2014). Do Physicians Have Time to Have Children? If So, When? *Obstetrics & Gynecology*, 123, 175.

Dirmeier, M. (12.12.11), Interview mit Erich Parzinger.

Dirmeier, M. (16.12.11), Interview mit Fr. Dr. Dietrich.

Dirmeier, M. (15.06.2011), Interview mit Astrid (Hrsg. Handbuch) Bühren.

Dirmeier, M. (11.07.2011), Interview mit Schoeller, Annegret E. (Hrsg. Handbuch).

Dirmeier, M. (08.08.2011), Interview mit Mitarbeiterin der DFG. Fr. Riesche (DFG) am 08.08.2011, möchte nicht namentlich erwähnt werden.

Dirmeier, M. (09.08.2011), Interview mit Ferdi Schüth.

- Dirmeier, M. (07.12.2011), Interview mit Kinateder, Erwin Michael (Verwaltungschef des UKM).
- Dirmeier, M. (03.05.2013), Interview mit Fr. Dietrich.
- Dörner, K. (2001). *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Draper, C. & Louw, G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical teacher*, 29 (5), e100-7.
- Dueck, G. (2015). Generation Why. *Informatik-Spektrum*, 38 (3), 236-239.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (2001). *Work-Life Balance in the New Millennium: Where-Are We? Where Do We Need to Go?* Ottawa.
- Edmunds, L. D., Ovseiko, P. V., Shepperd, S., Greenhalgh, T., Frith, P., Roberts, N. W. et al. (2016). Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. *The Lancet*, 388 (10062), 2948-2958.
- Estryn-Behar, M., Fry, C., Guetarni, K., Aune, I., Machet, G., Doppia, M. A. et al. (2011). Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study. *Work (Reading, Mass.)*, 40 Suppl 1, S83-100.
- Fegert, J. M. & Liebhardt, H. (2012). Family and career-conscious hospitals - problem areas and necessary steps. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29 (2), Doc35.
- Fischer, G. & Gutiérrez-Lobos, K. (2002). Aufstiegschancen von Ärztinnen. Wie nötig sind Mentoringprogramme an der Medizinischen Fakultät? *ÖKZ*, 12/2002, 33-38. Zugriff am 20.04.2011. Verfügbar unter <http://www.meduni-graz.at/images/content/file/organisation/genderunit/ist%20situation%20frau%20u%20medizin.pdf>
- Fiske, S. T. (2011). Managing Ambivalent Prejudices: Smart-but-Cold and Warm-but-Dumb Stereotypes. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 639 (1), 33-48.
- Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (2007). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5, S. 14). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. *Das Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.ffp.de/start-de.html>
- Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. (2008). *Betriebswirtschaftliche Effekte einer familienbewussten Personalpolitik. Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. Factsheet*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter http://www.ffp.de/tl_files/dokumente/2008/factsheet_bwleffekte.pdf
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der klinischen Psychologie*. München [u.a.]: Psychologie-Verlags-Union Urban & Schwarzenberg.

- Foucault, M. (1993). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (Bd. 7400, Ungekürzte Ausg., 8. - 9. Tsd.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology* (S. 143-162). Washington: American Psychological Association.
- Fuss, I., Nubling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D. & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC public health*, 8, 353.
- Gander, P., Briar, C., Garden, A., Purnell, H. & Woodward, A. (2010). A gender-based analysis of work patterns, fatigue, and work/life balance among physicians in postgraduate training. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 85 (9), 1526-1536.
- Gedrose, B., Wonneberger, C., Jünger, J., Robra, B., Schmidt, A., Stosch, C. et al. (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (23), 1242-1247.
- Gender Zentrum TUM. *Frauenanteil an der Fakultät 01.08.2010*.
- Gerst, T. & Hibbeler, B. (2012). Klinische Forschung. Ärztemangel im Labor. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (37).
- Gjerberg, E. (2003). Women doctors in Norway. The challenging balance between career and family life. *Social Science & Medicine*, 57 (7), 1327-1341.
- Glantz, A. & Michael, T. (2014). Interviewereffekte. In N. Baur & Balsius J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (Springer VS Handbuch, Bd. 52, S. 313-322). Wiesbaden: Springer; Springer VS.
- Greenhaus, J. H. & Powell, G. N. (2006). When work an family are allies: A theory of work-family-enrichment. *Academy of Management Review* (Vol. 31. No. 1.), 72-92.
- Gregorius, M. (1999). *Psychologie: Zusammenfassung Attributionstheorie, Kognitive Dissonanz, Sozialkognitive Lerntheorie*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://home.arcor.de/michael.gregorius/zusammenfassungen/zusammenfassung-psychologie-grund.pdf>
- Hausmann, A.-C., Kleinert, C. & Leuze, K. (2015). „Entwertung von Frauenberufen oder Entwertung von Frauen im Beruf? “. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67 (2), 217-242.
- Heider, F. (1977). *Psychologie der interpersonalen Beziehungen* (1. Aufl.). (Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: E. Klett.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Herkner, W. (Hrsg.). (1980). *Attribution, Psychologie der Kausalität*. Bern: Huber.

- Hochschulreferat 1 der TUM. (2014). *Karrierestufen an der Fakultät für Medizin*.
- Hohner, H.-U., Grote, S. & Hoff, E.-H. (2003). Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. *Deutsches Ärzteblatt*. Zugriff am 09.02.2011. Verfügbar unter www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=35261
- Holderried, F., Keil-Pilz, R. & Zipfel, S. (2012). Approaches to family-friendliness at the Medical Faculty of Tübingen (MFT). *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29 (2), Doc15.
- Hopf, C. (2007). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5, S. 349-359). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Höf, C. (1996). Frauenärztin und akademische Karriere. In H. Hepp, D. Berg & U. Hasbargen (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe 1994* (S. 704-709). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Hucklenbroich, C. (2012). *Generation Y. Der alte Arzt hat ausgedient*. Verfügbar unter https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/generation-y-der-alte-arzt-hat-ausgedient-11729029-p2.html?printPagedArticle=true#pageIndex_1
- Informationssystem Studienwahl & Arbeitsmarkt (Universität Duisburg, E., Hrsg.). (2016). *Studiendauer und Alter - Humanmedizin (Uni)*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter https://www.uni-due.de/isa/fg_humanmed/humanmed/humanmed_hs_frm.htm
- Institut für Demoskopie Allensbach. (2013). Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013.
- Isobel Allen (2005). Education and debate. Women doctors and their careers: what now? In *British Medical Journal* (Volume 331, 2005, S. 569-572).
- Jaspars, J. M. F., Fincham, F. D. & Hewstone, M. (Hrsg.). (1983). *Attribution theory and research. Conceptual, developmental, and social dimensions* (Bd. 32). London, New York: Academic Press.
- Jerg-Bretzke, L. & Limbrecht, K. (2012). Wo sind sie geblieben? - Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* (29). Verfügbar unter <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2012-29/zma000789.shtml>
- Jolly, S., Griffith, K. A., DeCastro, R., Stewart, A., Ubel, P. & Jagsi, R. (2014). Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Annals of internal medicine*, 160 (5), 344-353.
- Jürgens, K. (2009). *Arbeits- und Lebenskraft. Reproduktion als eigensinnige Grenzziehung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kaczmarczyk, G. (2006). Frauen in Führungspositionen: Karriere als Ärztin?! *Deutsches Ärzteblatt* (103), 31-32. Verfügbar unter www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=52339
- Kalliath, T. & Brough, P. (2008). Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. *Journal of Management & Organisation* (14), 323-327.

- Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Beruf und Familie verbinden*. Zugriff am 26.09.2016.
Verfügbar unter <http://www.praxis-und-familie.de/>
- Keller, M. & Haustein, T. (2013). *Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse des Mikrozensus 2012* (Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Hrsg.).
- Kelley, H. H. (1972). *Causal schemata and the attribution process*. New York: General Learning Press.
- Kelley, H. H. & Michela, J. L. (1980). Attribution Theory and Research. *Ann. Rev. Psychol.* (31), 457-501.
- Kilminster, S., Downes, J., Gough, B., Murdoch-Eaton, D. & Roberts, T. (2006). Women in medicine - is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. Zugriff am 29.06.2011. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x/asset/j.1365-2929.2006.02645.x.pdf?v=1&t=gpiq1ng&s=4632c3aacb570758280cf8c3ba73a41ad89b7b43>
- Kimura, D. (2016). Work and Life Balance "If We Are Not Happy Both in Work and out of Work, We Cannot Provide Happiness to Others". *Frontiers in pediatrics*, 4, 9.
- Klinikum rechts der Isar. *Die Fachkliniken und fachspezifischen Abteilungen*. Zugriff am 19.11.18.
Verfügbar unter <http://www.mri.tum.de/fachkliniken-und-fachspezifische-abteilungen>
- Klinikum rechts der Isar. *Haus für Kinder (Kinderkrippe/Kindergarten)*. Zugriff am 29.09.2016.
Verfügbar unter <http://www.mri.tum.de/node/95>
- Klinikum rechts der Isar. KeCK_mentoring. Chancengleichheit auf dem Weg zur Habilitation. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter http://www.chancengleichheit.med.tum.de/sites/www.diabetes.med.tum.de/files/6_KeCK%20Mentoring_A4_LangDin%20Flyer%20%283%29.pdf
- Klinikum rechts der Isar, PD Dr. Janine Diehl-Schmid (Mitarbeiter). (2012). *Studie zur wissenschaftlichen Karriere von Frauen in der Medizin. Oder: Warum gibt es so wenig Medizinprofessorinnen?* Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter <http://www.mri.tum.de/node/1203>
- Klinikum rechts der Isar & Personalrat. (2010). *Miteinander statt Gegeneinander. Dienstvereinbarung*. Zugriff am 29.09.2016.
- Kluge, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- König, T. (2012). *Familie heisst Arbeit teilen. Transformationen der symbolischen Geschlechterordnung* (Analyse und Forschung, Bd. 75). Konstanz: UVK.
- Koordinierungsstelle für Chancengleichheit und Karriereplanung - KeCK. (2014). *Karrierestufen an der Fakultät für Medizin an der TUM. Stand: 2014*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter <http://www.chancengleichheit.med.tum.de/node/133>
- Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung* (5., aktualisierte und überarb. Aufl.). Köln: Bundesärztekammer; KBV.

- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel.
- Kwong, A., Chau, W. W. & Kawase, K. (2014). Work-life balance of female versus male surgeons in Hong Kong based on findings of a questionnaire designed by a Japanese surgeon. *Surgery today*, 44 (1), 62-72.
- Lambert, T. W., Smith, F. & Goldacre, M. J. (2014). Views of senior UK doctors about working in medicine: questionnaire survey. *JRSM open*, 5 (11), 2054270414554049.
- Lawrence, J., Poole, P. & Diener, S. (2003). Critical factors in career decision making for women medical graduates. *Medical education*, 37 (4), 319-327.
- Liebhardt, H. & Fegert, J. M. (2010). *Medizinstudium mit Kind. Familienfreundliche Studienorganisation in der medizinischen Ausbildung*. Lengerich: Pabst Science Publ. Verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/686763205>
- Mache, S., Bernburg, M., Vitzthum, K., Groneberg, D. A., Klapp, B. F. & Danzer, G. (2015). Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. *BMJ open*, 5 (4), e006871.
- Mandl, H. & Kopp, B. (2008). Ursachenzuschreibungen aus Sicht der Attributionstheorie. In J. Zumbach & H. Mandl (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie in Theorie und Praxis. Ein fallbasiertes Lehrbuch* (S. 177-182). Göttingen: Hogrefe.
- Marburger Bund (Marburger Bund, Hrsg.). (2011). *Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Marburger Bund 2010. -Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland-*, IQME GmbH Institut für Qualitätsmessung und Evaluation. Verfügbar unter <http://www.marburgerbund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mitgliederbefragung/mitgliederbefragung2010-hintergrundinfo.pdf>
- Marburger Bund. (2012). *Familienfreundliches Krankenhaus für Ärztinnen und Ärzte. Worum es geht*. Zugriff am 25.01.2012. Verfügbar unter <http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de/die-kampagne/worum-es-geht.php>
- Marburger Bund. (2013a). *Einigung über neuen Tarifabschluss für Ärzte in Unikliniken*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter <https://www.marburgerbund.de/landesverbaende/sachsen/artikel/tarifpolitik/2013/einigung-ueber-neuen-tarifabschluss-fuer-aerzte-unikliniken>
- Marburger Bund. (2013b). *MB-Monitor 2013. Zusammenfassung der Ergebnisse*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter https://www.marburgerbund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2013/mb-monitor-2013/1.mb-monitor-2013-arbeitszeiten-hintergrundinformation_0.pdf
- Mark, S., Link, H., Morahan, P. S. & Pololi, L. Innovative Mentoring Programs to Promote Gender Equity in Academic Medicine. In *Academic Medicine* (Vol. 76, No 1, January 2001, S. 39-42).

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage). Weinheim und Basel.
- McNall, L. A., Nicklin, J. M. & Masuda, A. D. (2010). A Meta-Analytic Review of the Consequences Associated with Work–Family Enrichment. *Journal of Business and Psychology*, 25 (3), 381-396.
- Meißner, M. (2009). Zwei Jahre „Hammerexamen“: Ruhe nach dem Sturm. Reihe: Themen der Zeit. *Deutsches Ärzteblatt* (106(4)).
- Merkens, H. (2007). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5, S. 286-299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, W.-U. (2003). *Einige grundlegende Annahmen und Konzepte der Attributionstheorie*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE02/LEHRE/Attributionstheorie.pdf>
- Nentwig-Gesemann, I. (2013). Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis* (S. 277-302). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oberlander, W. & Merz, B. u.a. (Hrsg.). (2008). *Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Ochsenfeld, F. (2012). Gläserne Decke oder goldener Käfig: Scheitert der Aufstieg von Frauen in erste Managementpositionen an betrieblicher Diskriminierung oder an familiären Pflichten? *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64 (3), 507-534.
- Opielka, M. (bpb, Hrsg.). (2002). *Familie und Beruf Eine deutsche Geschichte | bpb*. Zugriff am 10.10.2013.
- Pas, B., Peters, P., Doorewaard, H., Eisinga, R. & Lagro-Janssen, T. (2014). Supporting 'superwomen'? Conflicting role prescriptions, gender-equality arrangements and career motivation among Dutch women physicians. *Human Relations*, 67 (2), 175-204.
- Pfau-Effinger, B. (2000). *Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs*. Opladen: Leske + Budrich.
- Phillips, J., Hustedde, C., Bjorkman, S., Prasad, R., Sola, O., Wendling, A. et al. (2016). Rural Women Family Physicians: Strategies for Successful Work-Life Balance. *Annals of family medicine*, 14 (3), 244-251.
- Raja, S. & Stein, S. L. (2014). Work-life balance: history, costs, and budgeting for balance. *Clinics in colon and rectal surgery*, 27 (2), 71-74.
- Reed, V. & Buddeberg-Fischer, B. (2001). Career obstacles for women in medicine: an overview, 35, 139-147.

- Ridder, D. de. (2012). Wie kommt mehr "Familie" in die "Work-Life-Balance"? - Familienorientierung in der medizinischen Aus-, Weiterbildung und Berufstätigkeit. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 2012 (29). Verfügbar unter <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2012-29/zma000792.shtml>
- Ruhr-Universität Bochum. *Leitlinie*. Zugriff am 03.05.2013. Verfügbar unter <http://www.ruhr-uni-bochum.de/chancengleich/pdf/gleichstellung-an-der-rub-richtlinie.pdf>
- Rump, J. & Eilers, S. (2007). Familienpolitik ist auch Wirtschaftspolitik. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und ihre Auswirkungen auf Unternehmen. In S. Baer & J. Lepperhoff (Hrsg.), *Gleichberechtigte Familien? Wissenschaftliche Diagnosen und politische Perspektiven* (Gender kompetent, Bd. 3). Bielefeld: Kleine.
- Sambunjak, D. (2015). Understanding wider environmental influences on mentoring: Towards an ecological model of mentoring in academic medicine. *Acta medica academica*, 44 (1), 47-57.
- Schmidt, C. (2007). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5, S. 447-455). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Schmidt, C. & Fügner, M. (2014). Die Generation Y erobert die Arbeitswelt. *Der Freie Zahnarzt*, 58 (6), 16-26.
- Schmidt, K., Schmidt, C. E., Meyer, J. E. & Liebeneiner, J. (2012). Generation Y – Rekrutierung, Entwicklung und Bindung einer neuen Generation von Ärzten. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (S 03).
- Schüth, F. & Baer, S. *Arbeitsgruppe „Forschungsorientierte Gleichstellungsstandards“: Bericht über die erste Umsetzungsphase* (DFG, Hrsg.). Verfügbar unter http://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/grundlagen_dfg_foerderung/chancengleichheit/Bericht_AG_Gleichstellungsstandards.pdf
- Schwarzer, A. & Fabian, G. (2012). *Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern*. Hannover.
- Smith, T. (2004). Developing and evaluating cross-national survey instruments. In S. Presser, J. M. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin et al. (Hrsg.), *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. (S. 431-452).
- Sowi-online. (2016). *Bedeutung von Erwerbsarbeit für die Autonomie der Individuen und für spezifische Identitätsentwürfe*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter http://www.sowi-online.de/reader/oekonomische_politische_bildung/bedeutung_von_erwerbsarbeit_autonomie_individuen_spezifische_identitaetsentwuerfe.html
- Stadt München. (2016). Zugriff am 16.11.2016. Verfügbar unter <https://www.muenchen.de/rathaus/wirtschaft/wirtschaftsstandort/kennzahlen.html>
- Statista. (2016). *Durchschnittsalter von Hochschulabsolventen* in Deutschland von 2003 bis 2014 (in Jahren)*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/189237/umfrage/durchschnittsalter-von-hochschulabsolventen-in-deutschland/>

- Statistisches Bundesamt. (2013). *70 % der Pflegeedürftigen werden zu Hause versorgt*. Wiesbaden. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_024_224.html
- Statistisches Bundesamt. (2014). Grunddaten der Krankenhäuser, *Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. Zugriff am 27.09.2016. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Studierende. Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin). Deutschland*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html>
- Steinke, I. (2007). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5, S. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Stiftung für Hochschulzulassung. (2016a). *Auswahlgrenzen in den bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen. Wintersemester 2016/17*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter http://www.hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/wise2016_17/nc_zv_ws16.pdf
- Stiftung für Hochschulzulassung. (2016b). *Regeln der Studienplatzvergabe für die Studiengänge Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin und Pharmazie. Drei Auswahlquoten*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.hochschulstart.de/index.php?id=515>
- Stiftung für Hochschulzulassung (21.03.2018) (E-Mail).
- Stocké, V. (2004). Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit. Ein Vergleich der Prognosen der Rational-Choice Theorie und des Modells der Frame-Selektion. *Zeitschrift für Soziologie*, 33 (4), 303-320.
- Strong, E. A., Castro, R. de, Sambuco, D., Stewart, A., Ubel, P. A., Griffith, K. A. et al. (2013). Work-life balance in academic medicine: narratives of physician-researchers and their mentors. *Journal of general internal medicine*, 28 (12), 1596-1603.
- Struck, J. (2012). "Erfolgsfaktor Familie": Kontinuierlicher Ausbau familienfreundlicher Rahmenbedingungen für Karriere und Familie in der Medizin. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*; 29(2):Doc23; ISSN 1860-3572.
- Stutzer, E. (2012). Familienfreundlichkeit als Zukunftsfrage in Unternehmen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* (29). Verfügbar unter <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2012-29/zma000804.shtml>
- Sweeton, J. & Deerise, B. (2010). Causal Attributions: A Review of the Past and Directions for the Future. *The New School Psychology Bulletin*, 2010 (Vol.7, No.1).
- Technische Universität München. *Die TUM in Zahlen*. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter <http://www.tum.de/die-tum/die-universitaet/die-tum-in-zahlen/>

- Technische Universität München. (2013). *DFG-Abschlussbericht zur Umsetzung der Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards*. Zugriff am 07.08.2019. Verfügbar unter https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/grundlagen_dfg_foerderung/chancengleichheit/abschlussberichte/gleichstellungsstandards_muenchen_tu_2013.pdf
- Technische Universität München (TUM) - Gender Zentrum. (2011). *Die gendergerechte TUM*. Zugriff am 29.09.2016. Verfügbar unter https://www.tum.de/fileadmin/w00bfo/www/Broschueren/genderbroschuere_2011-de.pdf
- Tiedemann, B. (2014). *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*, bpb. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/187837/vereinbarkeit-von-familie-und-beruf?p=all>
- Treister-Goltzman, Y. & Peleg, R. (2016). Female Physicians and the Work-Family Conflict. *The Israel Medical Association Journal : IMAJ*, 18 (5), 261-266.
- TUM. *Pressemitteilung*. Zugriff am 20.11.13. Verfügbar unter <http://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/kurz/article/30864/>
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (Hrsg.). (1988). *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Ullrich, C. G. (1999). *Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. Leitfadenkonstruktion, Interviewführung und Typenbildung* (Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Nr. 3).
- Universität Greifswald. *Preis für familienfreundliche Einrichtungen*. Zugriff am 03.05.2013. Verfügbar unter http://www.uni-greifswald.de/fileadmin/mp/3_organisieren/e_beauftragte/gleichstellung/Dateien/FamilienfreundlEinrichtung_2012_AT.pd
- Universitätsklinikum Ulm. *Vereinbarkeit von Beruf, Karriere und Familie*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/jobs-karriere/beruf-und-familie.html>
- Van Dick, R. & Stegmann, S. (2016). Sinnvolle Arbeit ist identitätsstiftend – Zur Bedeutung der sozialen Identifikation als Wirkmechanismus zwischen Bedeutsamkeit der Aufgabe und Arbeitseinstellungen / Meaningful work contributes to identity development – The role of social identification as a mediator of the task significance- job attitude relation. *Arbeit*, 24 (1-2).
- Weaver, R., Peters, K., Koch, J. & Wilson, I. (2011). 'Part of the team': professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education*, 45 (12), 1220-1229.
- Westfalen heute. (2013). *Physikum: Medizinstudenten der Uni Münster sind am erfolgreichsten*. Zugriff am 26.09.2016. Verfügbar unter <http://www.westfalen-heute.de/mitteilung.php?30075>
- Wietsma, A. C. (2014). Barriers to success for female physicians in academic medicine. *Journal of community hospital internal medicine perspectives*, 4.

- Willett, L. L., Wellons, M. F., Hartig, J. R., Roenigk, L., Panda, M., Dearing, A. T. et al. (2010). Do Women Residents Delay Childbearing Due to Perceived Career Threats? *Academic Medicine*, 85 (4), 640-646.
- Winkler, N., Kroh, M. & Spiess, M. (2006). Entwicklung einer deutschen Kurzskala zur zweidimensionalen Messung von sozialer Erwünschtheit. In *DIW Discussion Papers, No. 579* (Bd. 579).
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen* (Bd. 322). Frankfurt [am Main], New York: Campus Verlag.
- Yedidia, M. J. & Bickel, J. (2001). Why Aren't There More Women Leaders in Academic Medicine? The Views of Clinical Department Chairs, 76 (5), 453-465.

9 Anhang

9.1 Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1. Adaptiert nach Friederich Försterling (1986)..... | 27 |
| Tabelle 2. Stichprobe in alphabetischer Reihenfolge | 83 |
| Tabelle 3. Übersicht über die Interviewpartnerin und Interviewpartner und deren Hintergrund..... | 85 |
| Tabelle 4. Zuordnung der Aussagen und damit der Kategorien zu den einzelnen identifizierten Typen..... | 98 |
| Tabelle 5. Kategorien zu dem Thema Idealvorstellungen. | 100 |
| Tabelle 6. Kategorien zum Thema Umsetzung im realen Alltag. | 101 |
| Tabelle 7. Kategorien zum Thema Entwicklungen und Verbesserungspotential..... | 104 |
| Tabelle 8. Unterkategorien zur Kategorie Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit. | 107 |
| Tabelle 9. Kategorien zum Thema Spezifische Themen. | 110 |
| Tabelle 10. Ursachenzuschreibungen der Befragten, warum die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik nicht möglich ist, geordnet nach der Anzahl der Befragten, die diese Ursachenzuschreibung äußerten. | 138 |
| Tabelle 11. Ursachenzuschreibungen der Befragten, warum die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Uniklinik möglich ist, geordnet nach der Anzahl der Befragten, die diese Ursachenzuschreibung äußerten. | 139 |

9.2 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1. Durchschnittliches Brutto-Jahreseinkommen nach Geschlecht (Absolventenjahrgang 1997, inklusive Zulagen, Vollzeitbeschäftigte, in Euro) (Schwarzer & Fabian, 2012)..... | 33 |
| Abbildung 2. Struktur der Ärzteschaft 2012 (Zahlen in Tausend) (Bundesärztekammer, 2012b)..... | 34 |
| Abbildung 3. Karrierestufen an der Fakultät für Medizin an der TUM (Hochschulreferat 1 der TUM, 2014)..... | 35 |
| Abbildung 4. Antworten auf die Frage: „Warum ist es wichtig, schnell wieder Arbeit zu finden?“ (Bosch et al., 2001)..... | 37 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 5. Die Allensbacher Berufsprestige-Skala. Frage: „Hier sind einige Berufe aufgeschrieben. Könnten Sie bitte die fünf davon herausuchen, die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben?“ (Vorlage einer Liste) (Institut für Demoskopie Allensbach, 2013)..... | 40 |
| Abbildung 6. Kosten-Nutzen-Analyse der Etablierung einer Kindertagesstätte der BG-Unfallklinik Murnau 2008. (BG-Unfallklinik Murnau, 2008) | 65 |
| Abbildung 7. Verteilung der Hochschulen auf die Umsetzungsstadien (2010-2013). Abbildung der Häufigkeit der Eingruppierung der Hochschulen in die jeweiligen Umsetzungsstadien. Tabelle der Arbeitsgruppe der DFG 2013 (DFG, 2013) | 67 |
| Abbildung 8. Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden..... | 93 |
| Abbildung 9. Ausschnitt aus Attribuierungstabelle..... | 95 |
| Abbildung 10. Darstellung des Bereichs Einstellung innerhalb der jeweiligen Person A-O | 134 |
| Abbildung 11. Darstellung des Bereichs Verhalten innerhalb der jeweiligen Person A-O. | 135 |
| Abbildung 12. Darstellung der drei Typen anteilig in der jeweiligen Person A-O..... | 136 |

9.3 Interviewleitfaden

Vorabinformation

1. Vorstellung der Forscherin und dem Thema: „Untersuchung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie an der Uniklinik.“
 - a. Familie als Begriff, der alles umfassen soll, was sich im Privatleben der Individuen abspielt. Dabei muss es mit Verwandten oder verwandtschaftsähnlichen Bindungen zusammenhängen. Beispiele wären die Geburt von Kindern, die Pflege von Angehörigen oder die Führung des Haushalts.
 - b. Karriere meint in der Studie nicht nur die Tätigkeit im Klinikum. Es soll auch der Aufstieg durch die gängigen Hierarchiestufen in einer angemessenen Zeit berücksichtigt werden.
 - c. Ziel des Interviews: Ihre Expertenmeinung zu den Bemühungen und Instrumenten, die zu Förderung einer Vereinbarkeit dienen sollen.

A) Vereinbarkeit

Vereinbarkeit: Eigenes Ideal

Heute ist es ja in allen möglichen Einrichtungen üblich, über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu sprechen. Einige Organisationen haben dazu Mission Statements, andere lassen sich auditieren. Anderen wiederum sagen, dass sie die Vereinbarkeit einfach leben, ohne viel darüber zu reden.

2. Wie sollte für Sie persönlich eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie aussehen? Wie haben Sie selber die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in ihrem Leben geregelt?
3. Wie sollte Ihrer Meinung nach ein Ideal von Vereinbarkeit von Karriere und Familie an Ihrer Klinik aussehen?

Vereinbarkeit: Gelebte Realität

4. Wie sehen Sie die Realität der heute umgesetzten Vereinbarkeit von Karriere und Familie nach dieser Definition im Alltag Ihrer Klinik?

Vereinbarkeit: Fremde Ideale

5. Wenn Sie Ihrer Mitarbeitenden einschätzen würden: Was verstehen die Ihrer Meinung nach unter Vereinbarkeit zwischen Familie und Karriere?
 - a. Woher wissen Sie das?
 - b. Ist das ein Thema in ihrem Berufsalltag?
 - c. Bemerken Sie Unterschiede in Hinblick auf Verständnis von bzw. Erwartungen in Hinblick auf Vereinbarkeit zwischen den weiblichen und männlichen Kollegen?

Vereinbarkeit: Definition

6. Hier eine wissenschaftliche Definition für Vereinbarkeit:

Vereinbarkeit meint die individuelle Vorstellung, dass Arbeits-, Freizeit- und Familienaktivitäten miteinander vereinbar sind. Außerdem sollen diese Aktivitäten sich gemeinsam mit den aktuellen individuellen Prioritäten im Leben verändern können. (Kalliath, Brough 2008)

Wie sehen Sie diese Definition in Hinblick auf die gerade von Ihnen geäußerten Ideale und Realitäten?

Motivation/Plan

Vereinbarkeit ist nicht nur in der Presse ein Thema, es wurde auch im Fakultätsrat behandelt, als die Frauenbeauftragte die Ergebnisse ihrer Umfrage vorgestellt hat. Sie fragen sich sicherlich selbst manchmal, ob es einen Handlungsbedarf bezüglich der Vereinbarkeit gibt.

7. Erkennen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der Verbesserung der Vereinbarkeit?

a. Wenn ja: Warum sehen Sie einen Handlungsbedarf?

b. Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für einen Handlungsbedarf in Hinblick auf die Verbesserung der Vereinbarkeit...

...als Privatperson?

...als Leitung einer Klinik?

Umsetzung

8. Welche Maßnahmen setzten Sie bereits in der Vergangenheit um, um die Vereinbarkeit zu verbessern?

9. Gibt es derzeit Maßnahmen und Pläne die Vereinbarkeit zu verbessern?

B) Pflege von Angehörigen

Pflege von Angehörigen

10. Lassen mich noch kurz einen eher neuen Punkt in dieser Diskussion ansprechen:

Oft wird unter Vereinbarkeit vor allem das Schaffen von Kinderbetreuungsplätzen verstanden. Heute sind in Deutschland 2,3 Mio. Menschen pflegebedürftig. 70% davon werden von Ihren Angehörigen betreut. Im Jahr 2030 wird es genauso viele Pflegebedürftige geben wie Kinder unter 6 Jahren.

a. Ist die Pflege von Angehörigen ein Thema in Ihrer Klinik?

b. Haben Sie spezielle Angebote für pflegende Angehörige?

- c. Werden bzw. würden Ihrer Meinung nach Sonderbehandlungen für pflegende Angehörige genauso akzeptiert werden, wie Angebote für Eltern mit Kindern?
- d. Bei uns im Klinikum dürfen Eltern 10 Tage im Jahr ihrem Arbeitsplatz fern bleiben, wenn ihr Kind erkrankt. Obwohl gesetzlich festgelegt, dürfen pflegende Angehörige das gleiche Recht an unsere Klinik nicht ausüben. Wie stehen Sie dazu?

C) Instrumente

Instrumente

11. Ich würde Ihnen gerne im Folgenden drei Instrumente vorstellen, die von offiziellen Einrichtungen wie der DFG und der Bundesärztekammer etabliert wurden und das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern.

Ich würde gerne von Ihnen wissen, ob Sie diese kennen und wie Sie diese einschätzen:

- a. Das Handbuch für Familienfreundlichkeit der BÄK

Kennen Sie dies? [Wenn „Nein“: Kurze Vorstellung des Instruments]

Wie schätzen Sie dies ein? Kann dieses Instrument zur Verbesserung der Vereinbarkeit beitragen?

Ist bzw. könnte dies für Ihre Einrichtung von praktischem Nutzen sein?

- b. Das audit berufundfamilie

Kennen Sie dies? [Wenn „Nein“: Kurze Vorstellung des Instruments]

Wie schätzen Sie dies ein? Kann dieses Instrument zur Verbesserung der Vereinbarkeit beitragen?

Ist bzw. könnte dies für Ihre Einrichtung von praktischem Nutzen sein?

- c. Die Gleichstellungsforderungen der DFG

Kennen Sie dies? [Wenn „Nein“: Kurze Vorstellung des Instruments]

Wie schätzen Sie dies ein? Kann dieses Instrument zur Verbesserung der Vereinbarkeit beitragen?

Ist bzw. könnte dies für Ihre Einrichtung von praktischem Nutzen sein?

D) Best Practice Example

12. Eine Methode der Instrumente sind die Darstellung von best practice examples, die von anderen Einrichtungen nachgeahmt werden sollen. Ich stelle Ihnen im Folgenden vier best practice Beispiele vor, wie sie von den Instrumenten empfohlen werden. Könnten Sie mir bitte zu jedem Beispiel sagen, ob Sie etwas Ähnliches kennen oder umsetzen? Falls nicht, wie bewerten Sie diese Idee? Könnten Sie sich vorstellen, etwas Derartiges umzusetzen?

a. „Anreize bieten“

Familienfreundliche Einrichtung (Uni Greifswald):

Jährliche Verleihung des Titels „Familienfreundliche Einrichtung“ in der in vorbildlicher Weise auf die Vereinbarkeit von Studium oder Beruf und Familie geachtet wird. Die Maßnahme würdigt Bemühungen einzelner Hochschulbereiche zum Thema Work Life Balance. Kriterien der Verleihung: Unterstützung von familienfreundlichen Maßnahmen wie Wiedereingliederung, Umgang mit Studierenden mit Kindern sowie Verankerung des Themas in der Leitungsebene u.a. (siehe FB). Dotierung: 100€ für Kinderfest in der Einrichtung

Fragen:

1. Kennen Sie diese oder ähnliche Beispiele?
2. Wie bewerten Sie diese?
3. Könnten Sie sich vorstellen, diese Maßnahme an Ihrer Einrichtung einzuführen und umzusetzen und wenn ja, wie könnte dies ganz praktisch aussehen?
4. Haben Sie andere Ideen für Anreize für vereinbarkeitsfördernde Maßnahmen?

b. „Regulative Maßnahmen“

Richtlinie Fairer Umgang am Arbeitsplatz (Bochum)

Durch die Richtlinie sollen Themen wie Benachteiligung, Diskriminierung, sexualisierte Gewalt und Mobbing verhindert werden. Alleine die Thematisierung dieser Tabubegriffe soll bei der Prävention helfen und dabei, die Mitarbeitenden dafür zu sensibilisieren. Jährliche Evaluation der Richtlinie: Zusammenstellung aller an der Einrichtung entgegengenommenen Beschwerden → Erstellung eines Arbeitsberichts.

Fragen:

1. Kennen Sie dieses oder ähnliche Beispiele?
 2. Wie bewerten Sie diese?
 3. Könnten Sie sich vorstellen, diese Maßnahme an Ihrer Einrichtung einzuführen und umzusetzen und wenn ja, wie könnte dies ganz praktisch aussehen?
 4. Am Klinikum rechts der Isar wurde 2010 die Dienstanweisung „Miteinander statt Gegeneinander“ verteilt, die aber kaum jemand kennt. Ist Ihnen diese Dienstanweisung geläufig?
 5. Haben Sie andere Ideen für Maßnahmen in Hinblick auf die Themen Benachteiligung, Mobbing und Diskriminierung?
- c. „Strukturveränderung“

Unfallklinik Murnau

Kindertagesstätte auf dem Klinikgelände mit 125 Plätzen. Öffnungszeiten: 5:30 – 21:30 Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen, 8 Wochen – 10 Jahre, Wohnungen für Angestellte in der Nähe des Klinikums, Betriebswirtschaftlicher Nutzen der familienfreundlichen Einrichtungen wurde rechnerisch bewiesen und mit ca. 130 T€/Jahr berechnet. Hauptfaktoren für die positive Bilanz sind die geringeren Kosten für Wiederbeschaffung, Überbrückung und Wiedereingliederung von Personal sowie die verbesserte Reputation.

Fragen:

1. Kennen Sie diese oder ähnliche Beispiele?
 2. Wie bewerten Sie diese?
 3. Könnten Sie sich vorstellen, strukturfördernde Maßnahme an Ihrer Einrichtung einzuführen und umzusetzen und wenn ja, wie könnte dies ganz praktisch aussehen?
- d. „Arbeitsplatzveränderung/ Prozesse“

Alternierende Telearbeit (Universitätsklinikum Ulm):

Hat 2010 Telearbeit eingeführt. Kann von jedem/r Mitarbeitenden per Formular beantragt werden. Wird prinzipiell von nächsthöherer Hierarchieebene entschieden (Je nach interner Regelung). Wird auch im KV-Bereich angewendet, v.a. zu Dokumentationszwecken. Wird

v.a. von Verwaltung und EDV-Bereich genutzt, Arbeitsplatzausstattung durch Arbeitgeber, Datenabsicherung durch VPN

Fragen:

1. Können Sie sich vorstellen, Telearbeit in Ihrer Einrichtung umzusetzen?
2. In welcher Form könnten Sie sich dies ganz praktisch vorstellen?
3. Haben Sie andere Ideen für arbeitsplatzverändernde Maßnahmen in Hinblick auf die Förderung der Vereinbarkeit?
13. Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass Frauen in den oberen Karrierestufen in der Klinik kaum vertreten sind, obwohl sie noch bei der Promotion die Mehrheit bilden?
(A)
14. Könnten Sie mir zum Schluss spontan die wichtigsten drei Maßnahmen nennen, die eine Vereinbarkeit von Karriere und Beruf fördern würden, und die drei größten Hindernisse, die gegen eine Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen wirken? (A)
15. Dürfte ich Ihre Mitarbeiter in Form eines Fragebogens ebenfalls zum Thema Vereinbarkeit befragen? (A)

9.4 Zusammenfassende Darstellung der Interviews

9.4.1 Interview A

Das leitfadenorientierte Interview mit dem Befragten A nahm 35 Minuten in Anspruch.

Für den Befragten ist die Idealvorstellung einer Vereinbarkeit die, dass man den Beruf mit der Familie verbinden kann, ohne dass man zu viele Kompromisse machen muss, die dann negative Auswirkungen auf die Partnerschaft oder die Kinder haben.

Die wissenschaftliche Definition der Vereinbarkeit hält er zwar für sinnvoll, allerdings beschreibe diese einen Idealzustand, welcher in der Realität nur sehr schwer abzubilden sei, da die alltägliche Lebenswirklichkeit im Arbeitsleben dieses Umfelds nicht immer planbar und sehr fordernd sei.

Er persönlich hat mit seiner Frau die Arbeitsteilung dahingehend arrangiert, dass sie die drei Kinder betreut, ihren Beruf aufgibt und er seine Karriere verfolgt. Sein Ideal konnte er nicht erreichen und ist der Auffassung, dass sowohl die Partnerschaft als auch die Kinder unter seiner Karriere gelitten haben und bis heute leiden. Nach wie vor sieht er für jemanden, der

eine Spitzenkarriere anstrebt, so wie er dies getan hat, keinen anderen Weg als große Abstriche im Privat- und Familienleben zu machen, da diese Form der Karriere sehr zeitintensiv sei. Von seinen Mitarbeitern denkt er, dass sie seine Meinung teilen. Er hat zwar Frauen mit Kindern in seiner Klinik, denen geregelte Arbeitszeiten eingeräumt wurden. Diese werden aber keine Karriere in der Klinik mehr machen, da sie hierfür gesamthaft zu wenig Zeit in ihre Arbeit investieren. Zwei Oberärztinnen in seiner Klinik geben sich mit diesem Modell zufrieden, während ihm kein Oberarzt bekannt ist, der seinen Job derartig gestalten und diese Opferbereitschaft an den Tag legen würde.

Familienfreundliche Maßnahmen, die an seiner Klinik gelebt werden, sind gelegentliche Arbeiten von zu Hause aus, die zwei seiner Mitarbeitenden durchführen. Zudem lebt er Flexibilität, wenn in Notfällen Ärztinnen wegen der Erkrankung ihrer Kinder zu Hause bleiben. Er hält mehr von Einzelfallabsprachen als von instrumentalisierten Pauschallösungen.

Nach Entwicklungspotential in Hinblick auf die Vereinbarkeitsförderung gefragt gibt er an, dass er bspw. bis vor kurzem keine einzige Teilzeitstelle hatte, da es unter seinen Mitarbeitenden keinen Bedarf dafür gäbe. Ein Arzt hat auf 80% reduziert, ansonsten hat er ausschließlich volle Stellen. Der Befragte würde bei Nachfrage mehr Teilzeitstellen etablieren für Mitarbeitende, die eine „low-Budget-Karriere“ machen möchten. Eine Karriere im eigentlichen Sinne kann er sich mit einer 50%-Stelle nicht vorstellen. Entwicklungspotential erkennt der Befragte vor allem in der Etablierung von Kinderbetreuungseinrichtungen für die Mitarbeitenden. Einer Flexibilisierung der Arbeitszeiten steht er ebenfalls offen gegenüber, sieht das aber in seinem Fach kritisch, da er Bedenken hegt, dass dadurch die Ausbildung zu kurz kommen könnte. Zudem leitet er ein operatives Fach und sieht sich durch das Arbeitsumfeld zu starren Regelungen gezwungen.

Im Laufe des Interviews wird deutlich, wie stark sich der Befragte unter Druck gesetzt fühlt durch die verschiedenen Seiten, die auf ihn in seiner Funktion als Klinikleiter einwirken. Zum einen muss er jeden Monat seinen Budgetbericht monitoren und für mehr Gewinne sorgen, zum anderen muss er Patienten operieren, Studenten unterrichten und durch eine gute Forschungsleistung ebenfalls möglichst viele Gelder akquirieren und darüber hinaus noch ein Team führen und die Ansprüche seiner eigenen Familie befriedigen. Er sagt, dass „ihm die Galle hochkomme“, wenn ihm dann vorgehalten wird, dass er das alles ja nur besser organisieren müsste und schon familienfreundlich wäre. Denn die familienfreundlichen Maßnahmen kosteten alle Geld und müssen kompensiert werden, sowohl finanziell als auch

vom Arbeitsvolumen her. Dabei findet er es ungerecht, wenn einige Kollegen viele andere kompensieren müssten, damit diese ihre geregelten Arbeitszeiten einhalten können.

Zu den spezifischen Themen äußert der Befragte, dass er sehr wohl einen Unterschied zwischen Frauen und Männern in seiner Klinik ausmachen kann, nämlich was die Nachfrage nach Sonderwünschen zugunsten einer Familienfreundlichkeit angeht. Die Frauen haben die Nachfrage, die Männer nicht.

In seiner Klinik hat er niemanden, der wegen der Pflege von Angehörigen eine Sonderregelung verlangt hat. Falls dies passieren würde, müsste man seiner Meinung nach abklären, in wie weit dies mit dem angestrebten Karriereweg noch vereinbar ist oder eben nicht, da es Grenzen dessen gibt, was man neben einer Hochschulkarriere noch leisten und an Zeit investieren kann. Er selber hatte pflegebedürftige Eltern und hat sich für eine Fremdbetreuung entschieden, da es nicht anders möglich war.

Als das Gespräch auf die Quotenregelungen in DAX-Unternehmen in Aufsichtsräten zu sprechen kommt, spricht er sich klar dagegen aus. Er ist der Ansicht, dass gute Frauen auch ohne Quote an die Spitze kämen und dass eine Frauenquote nicht notwendig sei und vergleicht es damit, eine Quote mit 30% geistig behinderten Menschen für Aufsichtsräte festzulegen.

Die Ursache für den Karriere-Gap bei Frauen zwischen der Promotion und der Habilitation sieht der Befragte unter anderem in den Rollenbildern, die eine klassische Rollenverteilung der Hausfrauenehe vorsehen. Seiner Meinung nach sind diese Bilder nicht mehr so ausgeprägt wie noch vor 20 oder 50 Jahren, aber dennoch teilweise vorhanden und prägend. Zudem denkt er, dass Männer häufiger eine Karriere anstreben, um eine Ersatzbefriedigung zum Kinderkriegen zu haben, was ein Privileg der Frauen ist. Den zeitlichen Punkt der Geburt von Kindern sieht er als einen starken Einflussfaktor dafür, dass Frauen ihre Karriere unterbrechen oder sogar abbrechen. Bei Männern ist dieser „kritische Punkt“ natürlicherweise nicht vorhanden.

Die wichtigsten Maßnahmen für die Förderung der Vereinbarkeit sind für ihn der Ausbau der Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiten und eine familienfreundliche Grundeinstellung, die in dem jeweiligen Arbeitsbereich vorherrschen sollte.

Während er die Gleichstellungsstandards der DFG vom Namen her kennt, sind ihm das Handbuch der Bundesärztekammer und das Audit berufundfamilie kein Begriff. Das

Handbuch findet er sinnvoll und würde es einer seiner Oberärztinnen zur Durchsicht überlassen, da er selber keine Zeit hat, sich damit auseinanderzusetzen. Er spricht sich für Gleichberechtigung aus, solange diese nicht zu einer Frauenförderung wird, er vertritt das Motto „gleiches Recht für alle“. Von einem Audit würde er Gebrauch machen, wenn jemand auf ihn zukäme, von alleine würde er die Initiative dafür nicht ergreifen, wenngleich er der Meinung ist, dass dies die Mitarbeiterzufriedenheit und damit die Effizienz der Klinik steigern könnte.

Das Best Practice Beispiel des Anreize-Bietens findet er nicht sehr förderlich, da man seiner Meinung nach Familienfreundlichkeit einfach leben und sich damit nicht durch ein Schild an der Tür brüsten sollte. Die Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ findet er sinnvoll, auch wenn er sagt, dass die Inhalte der Richtlinie eigentlich nur das wiedergeben, was der normale Menschenverstand einem sagt. Er würde die Dienstvereinbarung des Klinikums an seine Mitarbeitenden verschicken, wenn dies gewünscht wäre, hält es aber für überflüssig und geht davon aus, dass es von den meisten nicht gelesen würde. Von der Kindertagesstätte des Unfallklinikums Murnau hält er viel und kann sich gut vorstellen, dass dies auch finanziell lukrativ sein könnte.

Eine Einführung von Telearbeit hält er strukturell in bestimmten Bereichen zwar für möglich, weist aber auch auf die Gefahren hin, die dies innerhalb der Teamstruktur bietet, da durch die mangelnde Transparenz über die Arbeitszeiten und die Art der Tätigkeit von zu Hause aus Misstrauen zwischen den Mitarbeitenden aufkommen könnte.

9.4.2 Interview B

Eine längere Interviewdauer ergab sich mit der Person B, deren Befragung 1h und 14 min in Anspruch nahm.

Als Ideal einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie sieht er, wenn jeder Mitarbeitende mit seinem Beruf und seinem Familienleben zufrieden ist. Dabei betont er, dass eine Karriere für ihn nicht zwangsläufig heißt, an die absolute Spitze einer Abteilung zu kommen, sondern alleine eine Oberarztposition oder eine eigene Praxis ein Karriereziel sein kann. Jeder sollte sich früh überlegen, welche Art von Karriere er oder sie anstrebt, wie er dies mit anderen Sphären unter einen Hut bringen möchte und dieses Ziel verfolgen. Dabei sollten die Mitarbeitenden durch die Etablierung von vereinbarkeitsfreundlichen Maßnahmen wie Teilzeitarbeitsplätzen vom Arbeitgeber unterstützt werden.

Eine Umsetzung seines Idealbildes am Klinikum rechts der Isar findet der Befragte aktuell nicht in der gelebten Praxis wieder. Vor allem die Strukturen der Kinderbetreuung bemängelt er und gibt an, dass dies an anderen Standorten bereits wesentlich besser gelöst worden sei. Er bemerkt, dass das Verlangen nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen ist und gibt an, dass ihm eine Vereinbarkeit von Familie und Karriere für seine Mitarbeitenden wichtig ist, er jedoch die Vereinbarkeit von Freizeit und Karriere nicht als seine Hauptaufgabe versteht.

In seiner eigenen Familie, die aus vier Kindern und einer Frau besteht, hat die Frau die Kinderbetreuung maßgeblich übernommen, in den meisten Jahren parallel ihren Beruf ausgeübt, aber keine steile Karriere verfolgt. Er sieht eine Doppelkarriere von Ehepartnern als schwierig an, da ein Karriereweg unter Umständen von Ortswechseln gezeichnet wird, der bei zwei Karrieren die Familie räumlich auseinanderreißt.

Teilzeitstellen gibt es in seiner Abteilung in den verschiedensten prozentualen Abstufungen und in allen Bereichen, von der Stationsarbeit über die Tagklinik bis hin ins Labor, in welches eine Mitarbeiterin ihr Kind auch mal mitbringt. Ungefähr $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ seiner ärztlichen Mitarbeitenden haben solche Teilzeitpositionen und der Befragte ist der Auffassung, dass dies nicht zu großen Dissonanzen innerhalb seines Teams führt, unter anderem weil er Verständnis dafür weckt und allen Kollegen Sicherheit durch Arbeitsverträge und Mitarbeitergespräche gibt. Er denkt, dass er durch seine eigene Familie glaubwürdig ist und auf Augenhöhe mit den Familienmüttern- und Vätern in seiner Klinik sprechen kann. Wenn es gewünscht ist, vermittelt er Stellen in Praxen von ehemaligen Mitarbeitenden. Durch seine eigene Familie sieht er sich selber als Rollenvorbild für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. An seiner Klinik gibt es auch weibliche Oberärztinnen, aber er denkt, dass Frauen nicht zwingend weibliche Rollenvorbilder benötigen.

Schwierigkeiten bei der Durchführung von familienfreundlichen Maßnahmen erkennt er teilweise. Er berichtet, dass er durch die wirtschaftliche Situation seiner Klinik in der Lage sei, viel Personal einzustellen, welches sich gegenseitig bei Laborfreistellungen oder Freistellungen für die Familie ersetzen kann. Er hat darüber hinaus die Erfahrung gemacht, dass die Frauen erstaunlich früh aus dem Mutterurlaub zurückkehren. Ein Problem sei jedoch, dass Schwangere nicht mehr alle Tätigkeiten ausführen dürften, die in der Klinik zu absolvieren sein und dass dadurch stellenweise eine Mehrbelastung der anderen Kollegen aufträte. Sobald Mitarbeitende geregelte Arbeitszeiten einfordern, egal ob sie um 15:00 Uhr oder um 17:00 Uhr gehen müssen, bleibt der Rest der anfallenden Arbeit an den

Mitarbeitenden hängen, die flexibler sind und in der Regel keine Familie haben, was im Team auf Dauer nicht goutiert würde.

Strukturell stieß er bei der Einführung von Telearbeitsplätzen an Grenzen, da ihm von der Klinikumsleitung eine Umsetzung eines derartigen Arbeitsplatzes nicht genehmigt wurde.

Dadurch, dass nicht alle seine Angestellten die gleichen Karrieren verfolgen, erkennt er für sich und sein Team Chancen. Er hält eine gute Mischung aus „Systemerhaltern“, welche die Patientenversorgung und eventuell die studentische Ausbildung übernehmen und die „Systembewegern“, die die Klinik durch ihre karriereorientierte Forschungsleistung voranbringen für ideal, um den klinischen Alltag abzuwickeln und in der Forschung erfolgreich zu sein.

Als Verbesserungsmaßnahme schlägt er eine flexible Kinderbetreuung vor, die kliniknah verortet ist und spontan Kinder betreut, wenn die Mutter oder der Vater auf einen Kongress fahren oder länger in der Klinik/im Labor bleiben müssen. Er ist der Überzeugung, dass ein familienfreundliches Bewusstsein sich im Wettbewerb um die besten Mitarbeiter auf alle Fälle auszahlt, weshalb er als weitere Maßnahme einen Softskill-Kurs für die leitenden Ärztinnen und Ärzte vorschlägt, indem sie für die Thematik sensibilisiert und mit Lösungsvorschlägen konfrontiert würden.

Laut eigenen Angaben sind 2/3 seiner Ärztinnen weiblich sodass er inzwischen sagt, dass es im Bewerbungsverfahren keinen Nachteil darstellt, wenn der Bewerber männlich ist. Eine experimentelle Doktorarbeit und ein paar Publikation sind ebenfalls wünschenswert, sowie ein Hobby wie z.B. Musik spielen. Im Großen und Ganzen käme es ihm aber auf die Persönlichkeit an, die jemand mitbringt.

Als Voraussetzungen für eine Karriere am Klinikum beschreibt er, dass man für den Beruf brennen muss und bereit sein, Auslandsaufenthalte zu absolvieren, solange dies nicht eine zu starke Belastung für die Familie ist. Generell dauere die medizinische Ausbildung zum Facharzt so lange, dass eine Familienplanung während der Ausbildung sehr gängig sei. Da sich daraufhin die Frauen häufig der Kindererziehung widmen und sich gegen das Verfolgen einer steilen Karriere entscheiden, werden sie bei der Rückkehr in die Klinik häufiger zu den beschriebenen Systemerhaltern und scheuen die karrierefördernden Auslandsaufenthalte. Die beiden Frauen, die bei ihm Arbeitsgruppen leiten, haben keine Kinder. Seiner Erfahrung nach nutzen die Frauen dadurch häufiger die Angebote von Teilzeitarbeitsplätzen als Männer. Er vermutet, dass dies alles unter anderem an der geschlechterspezifischen Entwicklung der

Menschen liegt. Während die Männer in Schule und Studium noch lethargischer seien, fingen sie dann in der Weiterbildung Feuer für eine Karriere, während die Frauen häufiger ihre Interessen verlören oder mit der Rolle der guten Ärztin ohne steile Karriere in Verbindung mit der Mutterrolle zufriedengestellt seien.

Die Pflege von Angehörigen ist in seinem Team noch kein Thema. Würde es zu einem werden, würde er individuelle Lösungsmöglichkeiten für den Einzelfall implementieren. Für die Umsetzung der 10-Tages-Regelungen für die Pflegenden Mitarbeitenden spricht er sich aus.

Als wichtigste Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit nennt der Befragte B den Ausbau einer generellen und kurzfristigen Kinderbetreuung für Kinder allen Alters. Außerdem befürwortet er die Einführung von Veranstaltungen am Klinikum, die zu diesem Thema sensibilisieren, wie z.B. ein Diskussionsforum zu einer bestimmten Thematik.

Von den drei genannten Instrumenten zur Förderung eines Frauenanteils und der Familienfreundlichkeit ist ihm allein das Handbuch der Bundesärztekammer unbekannt. Nach Vorstellung der Inhalte dessen hält er es nur bedingt für umsetzbar. Zum einen, weil eine Praxis oder eine Klinik ohne universitäre Anbindung dem „Rechts der Isar“ nur schwer als Vorbild dienen kann, da diese unter anderen Umständen funktionieren, zum anderen, weil er lieber individuelle Maßnahmen auf die Situation anpasst, als Pauschallösungen anzubieten.

Auch einen Nutzen des Audits erkennt er nicht, da eine Zertifizierung enormen Aufwand für ein Zertifikat bedeutet, welches nichts mehr wert ist, wenn jeder dieses Zertifizierungssiegel hat und man sich dadurch nicht mehr von der Masse heraushebt. Falls das Audit angewendet werde sollte, dann auf die gesamte Klinik und nicht auf einzelne Abteilungen. Die Gleichstellungsstandards der DFG hält er am ehesten für sinnvoll, da diese auf das universitäre Umfeld zugeschnitten sein. Hier müsste man sehen, was man davon umsetzen könne und was aus infrastrukturellen Gründen nicht möglich sei, aber man hätte Anhaltspunkte für eine Verbesserung.

Die Verleihung eines Preises für die familienfreundlichste Einrichtung hält er nicht für sinnvoll, da allein ein Vergleich zwischen den einzelnen Abteilungen zu schwierig wäre. Eine Förderung des Austauschs zwischen den Instituten fände er, in einem nicht-wettbewerbsorientierten Rahmen, allerdings sehr sinnvoll, um voneinander zu lernen.

Eine Richtlinie zum fairen Umgang am Arbeitsplatz kennt er nicht und er sieht auch keinen erhöhten Bedarf dafür, da er selber hofft, die Inhalte dessen als Chef ohne ein Papier umsetzen zu können. Bislang hat er in seinem Team keine Erfahrungen mit Mobbing oder ähnlichen Themen gemacht. Empfehlungen in diese Richtung fände er sinnvoll, aber keine festgelegten Dienstvereinbarungen.

Wie bereits erwähnt spricht sich der Befragte mehrmalig für den Ausbau des Kinderbetreuungsangebots an der Klinik aus. So befürwortet er das Modell des UKM und verweist auf große Industriebetriebe in der freien Wirtschaft, die ebenfalls viel Geld in derartige Einrichtungen investieren und dies nicht aus Altruismus, wie er sagt. Er ist sich sicher, dass das Klinikum ebenfalls von einer Nachahmung profitieren würde.

Die Einführung von Telearbeitsplätzen hält er in bestimmten Bereichen, wie z.B. zu Dokumentationszwecken für sinnvoll und hat dies selber bereits versucht. Allerdings ist er an strukturellen Vorgaben des Klinikums gescheitert.

9.4.3 Interview C

Das leitfadensorientierte Interview mit der befragten Person C dauerte 39 Minuten und war damit eines der kürzeren Interviews. Wie bei jedem Interview eröffnete die Interviewende das Gespräch mit einer Definition der Begriffe Karriere und Familie, um sicherzustellen, dass der Befragte weiß, was im folgenden Gespräch unter diesen Begriffen verstanden werden soll.

Gefragt nach seinen Idealvorstellungen gab der Befragte keine Ideale an, sondern erzählte, wie er die Vereinbarkeit in seinem Leben umgesetzt hat. Zur vorgelesenen wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit meinte er, dass diese schon stimmen würde.

Die Umsetzung der Vereinbarkeit im eigenen Alltag ist für ihn unmöglich, da er wegen seines Aufgabenpensums keine Zeit für eine Familie aufbringen könne. Er hätte sich zwar eine Familie gewünscht, meint aber, dass es nicht vereinbar sei mit seinen Pflichten, die er in der Arbeit hat. Dies sieht er nicht nur auf der Leitungsebene, sondern auch bei seinen Mitarbeitenden so. Er sagt, wenn man Karriere an einer Universitätsklinik machen möchte, müssen die meisten 200% arbeiten, um allen Ansprüchen gerecht zu werden, so dass kaum Zeit für eine Familie bliebe. Konkret sagt er, dass unter 60 Stunden pro Woche keine Karriere zu verwirklichen sei und dass derjenige, der Karriere machen will, sich um 22.00 Uhr noch einmal an den Schreibtisch setzen müsse. Zudem sei die Patientenversorgung schwer planbar und verlange Flexibilität von den Mitarbeitenden. Er berichtet davon, dass

er als Chef bereits drei Enttäuschungen erlebt hat, da er auf Frauen gesetzt hat, die bei ihm Karriere machen sollten und dies auch wollten, die sich aber dann unentschieden haben und das Uniklinikum verließen.

Als eine Maßnahme, die er für eine Verbesserung der Vereinbarkeit implementiert hat, gibt er an, dass er mehr Frauen einstellt als Männer, da sein Fach bei Frauen sehr beliebt sei. Allerdings erwähnt er, bei der Durchsicht der männlichen Bewerbungen ein Auge zuzudrücken, damit er das Geschlechterverhältnis in seiner Klinik etwas ausgleichen kann. Darüber hinaus hat der Befragte nach eigener Angabe viele Teilzeitarbeitsplätze geschaffen, was jedoch in der Umsetzung nicht immer unproblematisch sei.

Einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit erkennt der Interviewte in der Etablierung einer klinikweiten Kindertagesstätte. Des Weiteren zeigt er zahlreiche Schwierigkeiten auf, die bei der Umsetzung von familienfreundlichen Maßnahmen im Wege stehen. Zunächst wird der Punkt der Karrierehindernisse genannt. Der Befragte beschreibt, dass eine Unterbrechung der Karriere durch eine Babypause die Dynamik aus der Arbeit nimmt und dadurch die Karriere hemmt. Als weiteren Punkt beschreibt er die Gerechtigkeit unter den Mitarbeitenden, die gewährleistet sein muss, jedoch nicht immer zu 100% umgesetzt werden kann. So fühlen sich bspw. Mitarbeitende übervorteilt, die den Klinikalltag managen, während sich forschungsorientierte Kollegen auf Kongressen in der ganzen Welt „herumtreiben“. Andererseits müssten Mitarbeitende ohne Kinder die Kolleginnen und Kollegen mit Kindern kompensieren, was ebenso zu Missgunst führen kann. Er selber ist inzwischen auch eher bereit, den unbefristeten Vertrag denjenigen Mitarbeitenden zu geben, die immer da sind und sich dadurch mehr einbringen.

Dies spiegelt sich auch in der Stellenüberbrückungsorganisation wieder, die er als schwierig einstuft. Er beschreibt, dass bei allen halben Stellen und Elternzeiten, die er gerne gewährt, die Vollzeitarbeitenden diejenigen sind, die die Klinik organisieren, den Überblick haben und einspringen, wenn es erforderlich ist. Jemand, der jeden Tag um 14.00 Uhr gehen muss, kann dies nicht leisten, was erstens wieder zu einem Karrierehindernis für die Person wird, die Teilzeit arbeitet und zweitens wieder zu Ungerechtigkeitsgefühlen zwischen den Mitarbeitenden führen kann. Als schwerwiegendste negative Auswirkung von familienfreundlichen Maßnahmen sieht der Befragte die Patientengefährdung. Er ist der Meinung, dass es Leben kosten kann, da durch Übergaben oder ein „chaotisches System“ Schnittstellen und Versorgungslücken entstehen.

Als spezifische Themen zur Vereinbarkeit wurden von der Interviewerin geschlechterspezifische Unterschiede und das Thema der Pflege von Angehörigen angesprochen. Der Befragte C nimmt Unterschiede zwischen den Geschlechtern beim Thema Vereinbarkeit wahr. Er erwähnt, dass vor allem Frauen in Mutterschutz und Elternzeit gehen, dass dies aber nun auch vermehrt bei Männern zu beobachten ist. Dabei ist er von dieser Entwicklung nicht begeistert, auch wenn er es zulassen muss. Er befürchtet jedoch, dass durch die Arbeitspause die Dynamik der Arbeit und damit der Erfolg auf der Strecke bleiben. Als weiteren Unterschied zwischen den Geschlechtern erläutert C die Interessen der Mitarbeitenden. Wie oben beschrieben wurde der Befragte öfter von Frauen „enttäuscht“, die zunächst aufstrebend waren und dann ihre Karriere nicht weiter verfolgten. Bei Männern ist ihm dies noch nie passiert, sie haben ihren Karriereweg stets gradliniger verfolgt. Seine Erklärung dafür ist neben dem Fokus auf Familie, den Frauen haben, dass Frauen sich lieber der Patientenversorgung widmen als der Forschung, während sich Männer auch für die „harte Wissenschaft“ begeistern können, was der Karriere zuträglicher ist.

Der Gap, der bei Frauen zwischen der Promotion und der Habilitation auftaucht, ist auch in dem Fach des Befragten spürbar, obschon sein Fach bei Frauen sehr beliebt ist. Er erklärt es damit, dass historisch bedingt vor allem Männer Oberarztpositionen bekleidet haben und diese unbefristeten Verträge bis heute andauern. Zudem würden sich Frauen nicht um höhere Posten reißen und andere Prioritäten in ihren Leben setzen. Die wenigen Frauen, die habilitierten schneiden laut C in seinem Fach schlechter ab als ihre männlichen Kollegen.

Die Pflege von Angehörigen ist unter den Mitarbeitenden des Befragten ein Thema. Zwar lässt er als Chef Regelungen wie Teilzeitarbeit in diesen Fällen umsetzen, sieht jedoch die gleichen Schwierigkeiten wie bei der Vereinbarkeit von Karriere und Kindern. In der Akzeptanz solcher Maßnahmen innerhalb der Mitarbeitenden sieht er keinen Unterschied.

Als wichtigste Maßnahme zur Förderung der Vereinbarkeit sieht er die Planbarkeit seiner Ressourcen und die Kontinuität der Arbeit aus Sicht der Mitarbeitenden, also Kontakt halten während der Auszeit und einen schnellen Wiedereinstieg.

Inwiefern nimmt der Befragte die gesellschaftspolitischen Instrumente wahr, die bereits zur Verbesserung der Vereinbarkeit implementiert wurden? Das Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ der Bundesärztekammer ist dem Befragten nicht bekannt, genauso wenig

wie das Audit berufundfamilie der Hertie Stiftung. Von den Gleichstellungsstandards der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) hat der Befragte C jedoch schon einmal gehört.

Der Befragte bewertet die vorgestellten Instrumente eher negativ und würde sie auch eher nicht umsetzen. Er begründet dies unter anderem damit, dass sein Fach sowieso schon mehr Frauen als Männer als Mitarbeitende zählt und dass er auch ohne Instrumente die Bedürfnisse seiner Mitarbeitenden befriedigen könne. Das Audit beurteilt er sogar kontraproduktiv, da Patienten ein solches Zertifikat eher abschrecken würde, da es so wirken würde als verschöben sich die Prioritäten der Klinik vom Patienten auf die Familienfreundlichkeit. Zudem verbittet sich der Befragte eine Einmischung in seine Angelegenheiten durch Dritte.

Die vorgestellten Best Practice Beispiele werden von dem Befragten unterschiedlich wahrgenommen. Anreize zu bieten in Form der Verleihung eines Preises für eine familienfreundliche Einrichtung befürwortet der Befragte nicht, während er eine Richtlinie für den fairen Umgang am Arbeitsplatz sinnvoll findet. Eine Kindertagesstätte, wie sie das UKM Murnau vorweisen kann, fände er auch für das Klinikum gut, Teilzeitarbeitsplätze befürwortet er für den Bereich der Forschung, allerdings nicht den der Krankenversorgung.

9.4.4 Interview D

Das leitfadenorientierte Interview mit der befragten Person D dauerte 40 Minuten. Die Besonderheit bei diesem Interview ist, dass der Interviewte sich aufgrund seines Fachs ohne direkten Patientenkontakt nicht als richtigen Ansprechpartner für das untersuchte Thema versteht. Er betont dies häufig und verweist statt Antworten darauf, dass er nichts zu dieser Frage beizutragen habe.

Als Idealzustand der Vereinbarkeit von Karriere und Familie nennt der Befragte eine Lehrstuhlinhaberin aus der Klinik, die auch Kinder hat. Diese sei seiner Meinung nach ein Idealbild von Vereinbarkeit in der Medizin. Für seine eigene Einrichtung kann er dies nicht genau fassen, berichtet aber von einer Mitarbeiterin, die ebenfalls zwei Kinder hat und eine Karriere anstrebt.

Die wissenschaftliche Definition von Vereinbarkeit findet er schlüssig, vor allem die darin genannte Veränderbarkeit der Anforderungen unterstützt er.

Da der Interviewte in seinem Bereich vor allem Männer beschäftige, habe er keine Probleme mit der Umsetzung von vereinbarkeitsfreundlichen Maßnahmen, die Nachfrage danach ist

schlichtweg nicht sehr hoch. Er hat vielmehr das Problem, die Mitarbeitenden generell zu halten, da der Drang in die Industrie höher ist. Mit Hilfe von flexiblen Arbeitszeiten und individuellen Regelungen geht er jedoch auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden ein, wenn notwendig. Durch den hohen Männeranteil in seinem Fach kennt er allerdings wenige Frauen, die es national an die Spitze von Einrichtungen wie der seinen gebracht haben. In den USA wäre dies anders.

Zu den Themenbereichen Entwicklungen und Verbesserungspotential sind dem geführten Interview keine nennenswerten Aussagen zu entnehmen.

Die Pflege von Angehörigen war in seiner Einrichtung bereits häufiger ein Thema, welchem er nach eigener Aussage mit Flexibilität und individuellen Angeboten begegnet ist. Formelle Regelungen diesbezüglich, wie eine Umsetzung der 10-Tages-Regelungen, die es für die Betreuung kranker Kinder gibt, begrüßt er ausdrücklich.

Als wichtigste Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit nennt er die Flexibilität. Damit meint er nicht nur die Flexibilität von Seiten des Arbeitgebers, sondern auch die der Arbeitnehmer. Er ist der Auffassung, dass man in bestimmten Situationen zu bestimmten Zeitpunkten die Familie vor den Beruf stellen sollte und gegebenenfalls einmal mit der Arbeit pausieren, um sich der Familie zu widmen.

Da der Befragte eine Einrichtung ohne Patientenkontakt leitet, wird in diesem Interview auf die Vorstellung des Handbuchs der Bundesärztekammer verzichtet. Die Gleichstellungsstandards der DFG und das Audit berufundfamilie sind ihm kein Begriff.

Eine Umsetzung des Audits könnte er sich unter gewissen Umständen vorstellen. Wie viele der anderen Befragten reagiert er nach eigenen Angaben „allergisch“ auf weitere Begutachtungen. Sollte das Audit aber seinen Überzeugungen nicht zuwiderlaufen, schließt er eine Anwendung dessen nicht grundlegend aus. Die Gleichstellungsstandards der DFG befürwortet er.

Das Best Practice Beispiel der Verleihung eines Preises an die familienfreundlichste Einrichtung ist dem Befragten nicht bekannt. Für ihn ist ein derartiges Modell uninteressant, da sein Hauptproblem viel mehr in der Rekrutierung und Erhaltung von Personal an sich liegt, da er in direkter Konkurrenz zur Industrie steht. Mit der Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ hingegen kann der Befragte viel anfangen und kennt das Pendant dazu am „Rechts der Isar“. Telearbeit begrüßt er und setzt es auch um, solange es rechtlich erlaubt

ist. Seiner Erfahrung nach sind die Rahmenbedingungen dafür am Klinikum aber sehr restriktiv.

9.4.5 Interview E

Das Interview mit dem Befragten E dauerte 33 Minuten.

Die Frage nach dem Idealbild einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie beantwortet der Befragte zunächst damit, dass es schön wäre, wenn man beides haben kann. Im Anschluss daran echauffiert er sich darüber, dass diese Fragen immer nur den Frauen gestellt würden und es bei den Männern eine Grundvoraussetzung ist, beides zu haben. Sein Idealbild für eine Vereinbarkeit zeichnet er mit einer arbeitsplatznahen Kinderbetreuung sowie verständnisvollen Vorgesetzten, die eine Familie im Berufsalltag wertschätzen und ermöglichen.

In der Realität hat der Befragte andere Erfahrungen mit der Vereinbarkeit gemacht. Obwohl die Stadt in seinen Augen sehr bemüht ist, die Kinderbetreuungssituation zu verändern, bekommen seine Mitarbeitenden nur sehr schwer Plätze in solchen Einrichtungen, da es zu wenig Erzieher gibt. Teilzeitarbeitsplätze setzt er in seiner Klinik viele ein, eigentlich in allen Bereichen, von der Station bis in die Ambulanz. Er ist der Meinung, dass es zwar in manchen Bereichen einfacher zu gestalten sei als in anderen, letztendlich aber überall umsetzbar sei, wenn das Personal entsprechend mitspielt.

Er hofft und glaubt, dass seine Mitarbeitenden zufrieden sind mit den aktuellen Regelungen, da er sich bereits seit vielen Jahren Gedanken über das Thema Vereinbarkeit macht und hofft, die Mitarbeiterzufriedenheit und dadurch die Effektivität seiner Klinik steigern zu können. Eine Maßnahme neben der Etablierung von Teilzeitarbeitsplätzen ist ein Schichtdienstsystem, das allen Mitarbeitenden geregelte Arbeitszeiten garantiert. Nicht nur die Frauen wollen heute von einer erhöhten Vereinbarkeit profitieren, sondern auch die Männer, sagt der Befragte. Dabei gibt es nicht eine Pauschallösung für alle Kliniken und Institute, aber jeder Chef kann die Bedarfe seiner Einrichtung analysieren und dementsprechend handeln. Er selber habe an den Stellen Personal eingestellt, an denen es notwendig war das Team zu verstärken. Dies musste nicht zwingend ärztliches Personal sein, sondern konnte z.B. durch Stationssekretärinnen passieren, die durch die Übernahme von Verwaltungs- und Schreibarbeiten die restlichen Mitarbeitenden entlasten. Da die Kliniken finanziell unabhängig sind, solange sie schwarze Zahlen schreiben kann er über sein Budget frei verfügen, und deshalb hat er die gemachten Gewinnen immer in Personal investiert.

Eine weitere Maßnahme, die von dem Befragten eingeführt wurde, ist das Buddy-System, in welchem freiwillige Ärztinnen und Ärzte die Kolleginnen und Kollegen an der Hand nehmen, die neu in die Klinik kommen und als eine Art Mentor fungieren. Sie sollen den neugewonnen Mitarbeitenden zeigen, wie der Alltag in der Klinik abläuft und bei Fragen ein Ansprechpartner sein.

Er selber hat keine Kinder, weil er die Partnerin, mit dem er sich dies hätte vorstellen können, erst mit 47 Jahren kennenlernte und dies für eine Kinderplanung für zu spät empfand.

Handlungsbedarf und Entwicklungsmöglichkeiten erkennt er klinikweit schon, zumal er der Meinung ist, dass Deutschland auf einen Ärztemangel zusteuert, in seiner eigenen Institution jedoch nicht, da er bereits alles in seiner Macht Stehende verwirklicht habe. Zunächst wünscht er sich eine arbeitszeitfreundliche und arbeitsplatznahe Kinderbetreuung für die Mitarbeitenden. Er merkt darüber hinaus an, dass sich die Strukturen am Klinikum bereits zum positiven entwickelt haben, da der Vorstand des Rechts der Isar noch vor wenigen Jahren frauen- und familienfeindlich eingestellt war und Themen wie familienfreundliche Maßnahmen als nebensächlich abgetan hätte.

Auf die Frage nach Geschlechterunterschieden (der Befragte hat einen Frauenanteil von ca. 70% in seiner Klinik) antwortet der Befragte, dass er noch deutliche Unterschiede wahrnehmen könne. Die Männer tun sich bspw. deutlich schwerer mit der Beantragung von Elternzeit, da sie die Kommentare ihrer Kollegen fürchteten. Auch beim Einnehmen von Führungspositionen erkennt er Unterschiede. Obwohl er an seiner Klinik viele leitende Funktionen mit Frauen besetzt hat, hat er die Erfahrung gemacht, dass Frauen häufig einerseits der Wille fehle, Leitungspositionen zu besetzen, andererseits die Möglichkeiten durch unflexible Kinderbetreuungsangebote stark eingeschränkt werden, da man keine Universitätskarriere machen kann, wenn man sein Kind um 16:00 Uhr aus der Betreuung abholen muss.

Die Pflege von Angehörigen ist gelebte Realität in seiner Klinik. Während die betroffenen Ärztinnen individuelle Maßnahmen mit ihm ausgehandelt haben, wurden sie vom Rest des Teams gut unterstützt. Dies ist seiner Meinung nach auf das Betriebsklima und die dichte Personaldecke zurückzuführen, die solche Maßnahmen abfedern kann.

Als wichtigste Maßnahmen für eine Förderung der Vereinbarkeit nennt E die Wertschätzung von Familie, geregelte Arbeitszeiten (insbesondere pünktlicher Arbeitsschluss) und eine arbeitsplatznahe und flexible Kinderbetreuung.

Alle drei genannten gesellschaftspolitischen Instrumente sind dem Befragten ein Begriff. Er ist ebenso über die Auditierung der Hochschule bei der Hertie Stiftung im Bilde und fände dies für das gesamte Klinikum sinnvoll, da er sich davon erhofft, strukturelle Verbesserungen für das Klinikum generieren zu können. Zudem führt er an, dass eine Reauditierung nur unter strengen Auflagen erfolgt, also eine permanente Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen stattfinden, was er befürworten würde. Der Befragte ist mit Fr. Bühnen befreundet, kennt die Inhalte des Handbuchs und hat unabhängig davon alle Maßnahmen umgesetzt, die ihm möglich waren. Da er die Gleichstellungsforderungen der DFG als unkonkretestes der drei Instrumente bewertet, findet er es zwar als Benchmarkinginstrument ganz hilfreich, aber nicht für eine Verbesserung der Praxis.

Befragt zu den Best Practice Beispielen gibt er an, dass er noch nie von einer Preisverleihung für die familienfreundlichste Einrichtung gehört hat, dass er sich eine Etablierung dessen klinikweit aber gut vorstellen könnte. Eine Richtlinie zum fairen Umgang am Arbeitsplatz ist ihm ebenfalls nicht geläufig, aber er findet ein derartiges Instrument durchaus sinnvoll, genauso wie die Kindertagesstätte des UKM, welche er kennt und befürwortet. Dass ein derartiges Konzept Gewinn generiert, ist für ihn nur logisch. Der Einführung von Telearbeit in der Medizin steht er kritisch gegenüber, da er der Meinung ist, dass man Schreiarbeiten immer sofort machen sollte, da man da noch das meiste über die Situation im Kopf hat. Generell sieht er eine klinische Tätigkeit fernab vom Patienten als unpassend an, kann es sich eventuell für ein paar Arbeiten vorstellen, aber nicht im größeren Stil.

9.4.6 Interview F

Das leitfadensorientierte Interview mit der befragten Person F dauerte 26 Minuten und war somit die kürzeste Befragung.

Als Ideal von der Vereinbarkeit von Karriere und Familie beschreibt der Befragte ein Bild, in welchem beide Elternteile sich beruflich verwirklichen können und noch dazu Kinder erziehen, die mit ihren Eltern glücklich sind. Für das Klinikum rechts der Isar wünscht er sich, dass der familienfeindliche wirtschaftliche Druck verringert wird, indem die Gelder der Krankenkassen den Einrichtungen direkt zugewiesen werden. Er selber hat Kinder und laut eigener Aussage war ihm immer klar, dass seine Kinder sein größter Erfolg sind und seine beruflichen Leistungen in den Schatten stellen.

Die Umsetzung des Ideals im Alltag beschreibt er in München als schwieriger als an anderen Universitätskliniken. Seiner Meinung nach sind die Statements zur Gleichberechtigung nicht

mehr als Lippenbekenntnisse oder gar Heuchelei, da von der Klinikleitung derartiger wirtschaftlicher Druck aufgebaut wird, dass man als Leiter einer Einrichtung gezwungen ist, vor allem Männer einzustellen, die weniger Kosten als Arbeitnehmerinnen verursachen, da sie weniger Ausfallzeiten durch Schwangerschaften und Erziehungsurlaub mit sich brächten. Er selber habe einen hohen Frauenanteil in seiner Klinik und Ausfallzeiten wurden bislang problemlos durch ein Tandemsystem abgedeckt. Bei 16 Schwangerschaften in diesem Jahr stößt aber selbst sein System an seine Grenzen, weshalb er eigens fünf Mitarbeitende damit beauftragt hat, ein neues System zu erarbeiten, welches die Ausfälle für alle betroffenen zufriedenstellend auffängt. Kompensiert werden die Fehlzeiten seiner Aussage nach von den anderen Mitarbeitenden, die in diesem Zeitraum mehr arbeiten müssen. Dennoch lohne sich das Einstellen von vielen Frauen für die Klinik, da er Frauen als besser erlebt.

Er hat die Erfahrung gemacht, dass viele Ärztinnen lieber in Angestelltenverhältnissen arbeiten, die weniger Verantwortung und Führung mit sich bringen. Zudem befürchteten viele Mütter seiner Auffassung als Rabenmutter gebrandmarkt zu werden, wenn sie sich parallel einer Karriere widmen.

Der Befragte erkennt einen großen Handlungsbedarf zugunsten der Vereinbarkeit am Klinikum. Er wünscht sich, mehr Geld aus dem Gesamtbudget zu erhalten, wenn man eine Frau einstellt (15% mehr als bei der Einstellung eines Mannes) um die Überbrückungs- und Fehlzeiten kompensieren zu können. Dieses Modell ist ihm aus anderen Kliniken bekannt. Er beanstandet, dass in der Praxis wenig Vereinbarkeit gelebt wird und an dieser Stelle auch keine Zertifizierung hilft, wenn die dazugehörigen Maßnahmen nur auf dem Papier stehen.

Bezüglich spezifischer Themen zur Vereinbarkeit berichtet der Befragte von der Pflege von Angehörigen als gängige Thematik in seiner Klinik, auch unter der Ärzteschaft. Dabei stellt er seine Mitarbeitenden vom Dienst frei, damit sie ihre Angehörigen pflegen können. Bezahlten Urlaub bekommen die Angestellten dafür nicht, da er keine Mittel dafür zur Verfügung habe. An dieser Stelle kritisiert der Befragte die Politik, die Gesetze und Verfahrensweisen festschreibe, aber keine Finanzierung dafür anbiete.

Zum Gap bei den Frauen zwischen Promotion und Habilitation ist auch dieser Befragte der Ansicht, dass viele Frauen ihre Begabungen nicht richtig ausnutzen würden und gar keine Leitungsposition einnehmen wollen. Da er einen sehr hohen Frauenteil in seiner Klinik hat, finden sich bei ihm aber laut eigenen Angaben immer ein paar Frauen, die selber Chefinnen werden möchten.

Für ihn sind die drei wichtigsten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit die finanzielle Kompensation der Einstellung von Frauen, die gerechtere Verteilung der finanziellen Mittel, die die Krankenkassen an den Arbeitgeber zahlen wenn eine Frau in Mutterschutz und Elternzeit geht, an die betroffene Abteilung, und als drittes die Motivation der Frauen für Führungspositionen zu stärken.

Von den gesellschaftspolitischen Instrumenten ist dem Befragten nur das Audit unbekannt. Die Gleichstellungsforderungen der DFG kennt er und das Handbuch der Bundesärztekammer hat er zwar nicht gelesen, aber an Fortbildungen zum Thema Work-Life-Balance teilgenommen.

Das Handbuch der Bundesärztekammer hält er deshalb für sinnvoll, da man sich mit dem Thema auseinandersetzen muss, um gesellschaftlich etwas zu verändern. Dieses Instrument eignet sich seiner Meinung nach hierfür, allerdings kann er die Praxisnähe des Buchs nicht beurteilen. Seine Bewertung der Gleichstellungsstandards der DFG ist eindeutig: er findet die Idee wie die Umsetzung transparent und sinnvoll. Einer Zertifizierung steht er eher kritisch gegenüber, weswegen er von dem Audit nicht überzeugt ist. Er ist der Auffassung, dass es in der Praxis stimmen sollte und dass Zertifizierungen dies nicht immer implizieren.

Den vorgestellten Best Practice Beispielen steht er offen gegenüber. Das Verleihen eines Preises an die familienfreundlichste Einrichtung bspw. befürwortet er, da Wettbewerb heute immer ein guter Anreiz für Verbesserungen sei. Die Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ findet er sehr sinnvoll und beschreibt, dass seine Einrichtung in ihrem Handbuch ebenfalls Mobbing thematisiert und Hinweise gegeben hat, wie man als Mitarbeitender in so einem Fall vorgehen kann und wo man Richtlinien für derartige Situationen findet. In seiner Einrichtung sei ein solcher Vorfall jedoch noch nie aufgetreten und das positive Arbeitsklima so bekannt, dass es eine regelrechte Bewerberflut verursache. Die Kindertagesstätte des Klinikums in Murnau ist dem Befragten nicht bekannt.

9.4.7 Interview G

Der Befragte G äußerte in dem 48-minütigen Interview kein konkretes Ideal von einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie, sondern beschreibt zwei Sphären, die berufliche und die private, welche an ihren Überschneidungspunkten zu Problemen führen können. Seiner Ansicht nach haben beide Teile in unterschiedlichen Lebensphasen und bei verschiedenen Personen andere Gewichtungen.

Die wissenschaftliche Definition von Vereinbarkeit müsse man erst mal so hinnehmen, allerdings hält er es im klinischen Umfeld für unmöglich umsetzbar, da die Klinik durch die Patientenversorgung keine 100%ig planbaren Arbeitszeiten bieten könne.

In seinem Leben war die Gründung einer Familie mit mehreren Kindern nur durch seine Ehefrau möglich, die ihren Beruf zugunsten der Familie aufgab. Seine Klinik ist durch einen hohen Anteil an Frauen gekennzeichnet, von denen sich laut eigenen Angaben derzeit 11 in verschiedenen Stadien der Schwangerschaft oder Elternzeit befinden. Er erzählt, dass noch vor 19 Jahren der Frauenanteil in seiner Klinik 30% betrug. Heute hat er einen Frauenanteil von 70%. Außerdem sind in seiner Abteilung die Arbeitszeiten bereits systemisch bedingt planbarer als in anderen Disziplinen, so dass die Mitarbeitenden in der Regel geregelte Arbeitszeiten hätten. Er ist darüber hinaus offen für Teilzeitarbeitsplätze (derzeit ca. 14 laut eigenen Angaben) oder flexible individuelle Arbeitszeitregelungen, da er es für naturgemäß und wünschenswert hält, dass seine Ärztinnen Kinder bekommen. Zudem sieht er, dass Frauen durch die Gründung einer Familie noch immer stärkeren Belastungen und Verantwortlichkeiten ausgesetzt werden als ihre Partner. Auszeiten von einem Jahr und Sonderurlaube mit Wiedereinstiegsgarantie seien für ihn ebenfalls kein Problem. Durch die Einführung derartiger Maßnahmen versucht er, die Mitarbeitenden zufrieden zu stellen und möglichst langfristig für seine Klinik zu gewinnen. Als weitere Maßnahme, die der Befragte allerdings nicht bewusst als Maßnahme umgesetzt hat, sondern vielmehr als normale Reaktion eines Chefs versteht, hat er Sonderregelungen für einen Mitarbeitenden erlassen, der seine kranke Frau über einen längeren Zeitraum pflegen musste. Er plädiert für ein familienfreundliches Bewusstsein, welches einem Chef von der Einstellung von Mitarbeitern über die Führung des Teams im Hinterkopf sein sollte.

Durch den hohen Frauenanteil und die leitenden Positionen, die bei ihm teilweise Frauen einnehmen, schafft er automatisch Rolemodels für andere weibliche Mitarbeiterinnen. Er erkennt durchaus Chancen an der verstärkten Einbindung von Frauen und Müttern in seine Klinik. So hat er bspw. die Erfahrung gemacht, dass Mütter Stationen besser leiten als andere, vermutlich, weil sie durch die Erfahrungen in ihrer Familie effektives Managen gelernt haben.

Schwierigkeiten sieht er vor allem für die Mitarbeitenden selber, die ihre Familie mit der Karriere vereinbaren möchten und sich einerseits Schuldgefühlen ausgesetzt sehen, nicht genügend Zeit mit ihrer Familie zu verbringen und andererseits ihre Kollegen nicht in der Klinik im Stich lassen und ihre Karriere voranbringen möchten.

Doch auch für die Klinik selber sieht er Gefahren, die vereinbarkeitsfreundliche Maßnahmen, wie die Einführung von Teilzeitstellen, mit sich bringen. Jede Schnittstelle, die durch die Übergabe von Aufgaben unter den Mitarbeitenden entsteht, birgt die Gefahr, Informationen zu verfälschen oder zu vergessen, so dass dies am Ende sogar in einer Gefährdung der Patientensicherheit münden könnte. Hinderlich empfindet der Befragte darüber hinaus gesetzliche Regelungen die unrealistische Pausenzeiten vorschreiben und somit zu überflüssigen Übergaben und damit erneuten Schnittstellen führen. Auch Regelungen wie die Gefahrenstoffverordnung sieht er eher hinderlich als hilfreich. Hier erkennt er dringenden Handlungsbedarf der Politik die Gesetze dahingehend anzupassen, dass sie auch umsetzbar sind und nicht sogar das Gegenteil bewirken, wie z.B. das Mutterschutzgesetz, was seiner Ansicht nach in einem Berufsverbot mündet.

Weiteren Handlungsbedarf erkennt er beim Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten für die Mitarbeitenden, wobei er anmerkt, dass ein geplanter großer Kindergarten von behördlicher Seite aufgrund von baulichen Reglementierungen nicht im geplanten Umfang genehmigt wurde.

Einen Ärztemangel hat er bei sich an der Klinik zwar nicht zu beklagen, sieht aber durchaus in anderen Regionen Deutschlands Nachwuchssorgen auf die Kliniken zukommen.

Für wünschenswert hält er außerdem finanzielle Mittel, die er flexibel für Überbrückungsmaßnahmen oder kurzfristige Ausfälle von Mitarbeitenden verwenden kann.

Einen Unterschied zwischen seinen männlichen und weiblichen Ärzten bemerkt er durchaus. Seinem Gefühl nach streben die Männer nach der Geburt eines Kindes, selbst wenn sie ein paar Monate lang Elternzeit nehmen, eher wieder in den Beruf zurück als Frauen. Von einer Pflege von Angehörigen waren bereits ein paar seiner Mitarbeitenden betroffen. Hierfür hat er keine speziellen Angebote vorgesehen, sondern individuelle Regelungen. Von einer Quotenregelung für eine Festlegung eines Frauenanteils hält er generell nichts, da dadurch minderqualifizierte Personen in nicht adäquate Positionen gehievt würden.

Eine Umsetzung der 10-Tages-Regelung für pflegende Angehörige würde er umsetzen, wenn es vorgegeben ist, allerdings hält er es aktuell nicht für notwendig.

Den Gap bei den Frauen, der zwischen der Promotion und Habilitation vorhanden ist, erklärt er sich durch soziale und berufliche Vorlieben sowie Interessen. Er ist der Meinung, dass die Tendenz generell dazu geht, dass die Individuen den Fokus mehr auf das Privatleben

verlagern. Gerade Frauen seien diesbezüglich nicht so gern bereit dort Abstriche zugunsten einer Karriere zu machen, weshalb bei ihm einige Frauen in Teilzeit habitieren.

Als wichtigste Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie nennt er den Abbau von organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, wie Tarifverträgen und gesetzlichen Vorgaben, die die Flexibilität beeinträchtigen. Des Weiteren wünscht er sich planbarere Arbeitszeiten für seine Mitarbeitenden oder spontane Überbrückungsmöglichkeiten für die Kinderbetreuung, falls die Operation einmal länger dauert und einen Ausbau der Kinderbetreuung im Allgemeinen.

Das Audit berufundfamilie sowie das Handbuch der Bundesärztekammer sind dem Befragten nicht bekannt, während er die Gleichstellungsforderungen der DFG kennt. Diese befürwortet er, da dort aktiv an einem Defizit gearbeitet wird. Instrumente wie das Handbuch werden seiner Meinung nach nur dann gelesen, wenn derjenige sowieso bereits aufgeschlossen für diesen Themenkomplex ist. Er schätzt das Handbuch deshalb für einige Personen als hilfreich ein, ist aber der Überzeugung, dass es nur schwer jemanden zum Umdenken bewegen kann. Einem Audit zum Thema Familienfreundlichkeit würde er sich nicht entgegenstellen. Der Interviewte findet alles hilfreich was eine Einrichtung im Thema Vereinbarkeit weiter bringt.

Richtlinien, wie die Regelung für einen fairen Arbeitsplatz, sind dem Befragten gut bekannt. Er sieht jedoch Gefahren in solchen Dienstvereinbarungen, die Begriffe institutionalisieren wie Mobbing oder Burn Out, die dann inflationär ge- und missbraucht werden. Von dem Modell der Kindertagesstätte in Murnau ist er begeistert und findet einen erwirtschafteten Gewinn nachvollziehbar. Telearbeitsplätzen steht er zwiespalten gegenüber. Einerseits nutzt er dies selber und auch ein paar seiner Mitarbeitenden bspw. für die Dienstplanung nehmen das Instrument in Anspruch. Im Umgang mit Patientendaten sieht er den Datenschutz nicht gewährleistet und kann es sich deshalb in diesem Bereich nicht vorstellen.

9.4.8 Interview H

Das leitfadenorientierte Interview mit der befragten Person H dauerte 1h 19min Minuten und war somit die längste Befragung.

Nach den Idealvorstellungen von der Vereinbarkeit von Karriere und Familie am Klinikum gefragt, gibt der Befragte eine eindeutige Antwort und macht klar, dass dies in seinen Augen für alle Professionen gilt: Wer Karriere machen möchte, muss in seinem Privatleben derartige Abstriche machen, dass man die Entscheidung für eine Karriere mit dem Leben im

Zölibat vergleichen kann. An anderer Stelle vergleicht er seine Profession mit der eines Pfarrers einer Gemeinde, der 24 Stunden am Tag an sieben Tagen die Woche für seine Gemeinde, also für seine Patienten und Mitarbeitenden ansprechbar sein muss. Dass sich dieses Ideal zu wandeln scheint, erkennt er nicht mit Freude.

Die wissenschaftliche Definition von Vereinbarkeit findet er gut, merkt jedoch an, dass jeder individuell seine Bedeutung in diese Definition legen sollte. Jeder Mensch sollte seine individuellen Stärken und Schwächen erkennen und sich überlegen, welchen Weg er damit gehen möchte und welche Abstriche er wofür macht.

Wie setzt der Befragte diese Ideale für sich und seine Mitarbeitenden um? Er selber habe keine Kinder und eine Frau, die ihm den Rücken freihält, damit er seiner Karriere nachgehen kann. Bis zu einer gewissen Stufe der Karriereleiter sei es zwar möglich, dass beide Partner einer Beziehung eine Karriere anstreben, wenn es aber darum geht, die Nummer Eins zu sein, so braucht man eine Lebensgefährtin, die sich um das Privatleben kümmert, damit man sich als Paar noch zu Gesicht bekommt. Würden beide Partner Karriere machen, um die Welt reisen und ihre Netzwerke pflegen, würde man sich eben sehr selten sehen und müsste sich vorher im Klaren darüber sein, ob man diese Art der Beziehung führen möchte. Er berichtet davon, dass viele Kollegen die erste Frau für die Karriere, quasi als unterstützende Infrastruktur, und die zweite fürs Leben heiraten.

Er ist der Auffassung, dass der Grundstein für eine Karriere sehr früh gelegt werden muss, und dass man sich entscheiden muss, ob man eine Karriere machen möchte, oder nicht. Vereinbarkeit hält er nur in bestimmten Positionen für möglich, nicht aber an der Spitze. In seiner Einrichtung wünscht er sich einerseits viele Mitarbeitende, die Karriere machen. Wobei für ihn Karriere bedeutet, Ordinarius zu werden. Andererseits benötigt er eine Mischung aus mehr und weniger karriereorientierten Mitarbeitenden, da sonst alle die gleichen Bedürfnisse hätten, die er nicht befriedigen kann. Ein idealer Mitarbeiter ist dabei für ihn der, der Spaß an dem Beruf hat, der immer da ist, alles kann und dem nichts zu viel wird. Zudem sollten die Ärztinnen und Ärzte klare Vorstellungen von ihren Zielen haben.

Er geht davon aus, dass seine Mitarbeitenden bei ihm zufrieden sind. Der Frauenanteil an seiner Einrichtung ist nicht sehr hoch, prinzipiell scheut er die Einstellung von Frauen überhaupt nicht, würde sich aber wünschen, dass Schwangerschaften frühzeitig besprochen werden würden, am besten so planbar wären wie ein Auslandsaufenthalt, damit man die Überbrückung gut organisieren kann. Diese Enttabuisierung eines privaten Themas würde

seiner Ansicht nach die Karrierechance der Frauen stark fördern, da man so gemeinsam den Verlauf der Karriere planen könnte. Bislang arbeiten die Ärztinnen mit Kindern bei ihm häufig in den Bereichen, die geregelte Arbeitszeiten haben und somit einen geringen Forschungsanteil sondern hauptsächlich Patientenversorgung beinhalten.

Gelebte Flexibilität sieht er in seiner Einrichtung im Rahmen der Forschung. Je nach Forschungsinhalt kann man daran arbeiten, wann und wo man möchte, und ist so als Mitarbeiter frei in der Gestaltung der Forschungsarbeit. Als Chef ist er in diesem Bereich ebenfalls flexibel und hat nichts dagegen, wenn jemand am Wochenende forscht und dann unter der Woche dafür frei hat.

Als Verbesserungspotential erkennt der Befragte den Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen mit klinikfreundlichen Öffnungszeiten, um die strukturelle Voraussetzung für eine Berufstätigkeit der Eltern zu schaffen. Außerdem würde er die Bereitstellung oder Vermittlung von Wohnraum befürworten, da bezahlbarer Wohnraum in München vor allem kurzfristig so gut wie unmöglich zu akquirieren ist und so zum Hinderungsgrund für Jobzusagen werden kann.

Bewerbersorgen hat der Befragte momentan noch nicht, was er auf die gute Lage der Klinik zurückführt, da München eine sehr attraktive Stadt ist. Jedoch merkt er an, dass sich nicht mehr die besten Medizinabsolventen und –Absolventinnen auf Stellen in seiner Disziplin bewerben, weil dies mehr und mehr als Knochenjob gilt und dadurch abschreckt. Zudem berichtet er davon, dass viele Häuser in ländlichen Gegenden keine Mitarbeiter mehr finden und die leeren Positionen mit Ärzten aus dem Ausland auffüllen.

Teilzeitstellen setzt der Befragte nur in bestimmten Bereichen um, da seine Disziplin ein schneidendes Fach ist und er der Auffassung ist, dass man bei Operationen keine Schichten einführen sollte, da diese Schnittstellen zu einer Verantwortungsdiffusion und im schlimmsten Falle zu einer Gefährdung der Patientensicherheit führen.

Erfahrungen mit Mitarbeitenden, die Angehörige pflegen, hat der Befragte noch keine gemacht und verhält sich neutral gegenüber einer Umsetzung der 10-Tages-Regelung für die Pflege von Angehörigen. Er würde sie selbstverständlich umsetzen, wenn diese gesetzlich vorgeschrieben ist, aber einen Anspruch hat ihm gegenüber noch niemand erhoben.

Den Gap bei den Ärztinnen zwischen Promotion und Habilitation erklärt dieser Befragte unter anderem systemisch. Er erläutert, dass man als Klinik enorm in die gute Ausbildung

und Spezialisierung eines Arztes investiert. Sollte dann der Arzt das Haus verlassen, verliert man mit ihm auch die Investition in ihn. Dieses Risiko hat man bei jedem Arzt, da er sich wegbewerben kann. Bei Frauen komme jedoch noch der Risikofaktor der Schwangerschaft oder der Familie hinzu, für den sie evtl. ihre Karriere abbricht.

Als wichtigste Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit nennt er den Ausbau einer umfassenden Kinderbetreuung und an zweiter Stelle den offenen Umgang mit dem Thema Familienplanung gegenüber dem Arbeitgeber. Als dritten Punkt wünscht er sich eine gute Bezahlung. Er ist der Meinung, dass die Mitarbeitenden seiner Fachrichtung mehr Gehalt beziehen sollten, als diejenigen anderer Fachrichtungen, um die höheren körperlichen und zeitlichen Belastungen auszugleichen. Für die adäquate Bezahlung können sich dann die Ärztinnen und Ärzte bspw. Hilfe im Haushalt leisten oder die Familie durch Urlaube oder andere schöne Dinge für die Unterstützung entschädigen.

Während dem Interviewten die Gleichstellungsforderungen der DFG bekannt sind, kennt er das Audit berufundfamilie und das Handbuch der BÄK nicht. Er befindet das Handbuch für sinnvoll, vor allem dann, wenn es Früchte trägt und er bspw. seinen Ärztinnen eine kostenlose Kinderbetreuung anbieten könnte. Davon würde er sich einen regelrechten Run auf seine Disziplin versprechen. Er befürchtet aber, die meisten Dinge aus dem Handbuch nicht umsetzen zu können. Die Anwendung des Audits auf seine Klinik könnte er sich vorstellen.

Das Best Practice Beispiel, in welchem der familienfreundlichsten Einrichtung ein Preis verliehen wird, findet er grundsätzlich gut. Allerdings wird seiner Meinung nach mit einem Preisgeld in Höhe von 100€, welches in dem genannten Beispiel übergeben wird, die Auszeichnung wieder ad absurdum geführt. Mit einem angemessenen Preisgeld hält er die Umsetzung der Maßnahme für eine gute Idee.

Die Dienstvereinbarung des Klinikums „Miteinander statt Gegeneinander“ ist dem Befragten bekannt, so dass er sich die Umsetzung der Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ an anderen Einrichtungen gut vorstellen kann. Er selber hat schon einige Erfahrungen mit Problematiken zwischen seinen Mitarbeitern gemacht und plädiert dafür, derartige Themen direkt anzusprechen und aufzuarbeiten. Ob dabei ein Papier wie die Dienstvereinbarung hilft, lässt er dahingestellt.

Während er die Kindertagesstätte des UKM gut kennt und grundsätzlich vorbildlich und nachahmungswert bewertet, er hat Vertreter aus Murnau zu einem Kongress seiner Disziplin

als Redner und Best Practice Beispiel eingeladen, ist er darüber hinaus der Meinung, dass derartige mitarbeiterfreundliche Konzepte immer aus der Not heraus geboren werden. Da die Unfallklinik Murnau auf dem Land ist und Nachwuchsmangel hatte, benötigte sie Anreize zur Mitarbeiterakquise und hat seiner Meinung nach aus diesem Grund diese Tagesstätte etabliert. Dass die Kindertagesstätte nun nachweislich einen finanziellen Gewinn für die Klinik erarbeitet, kann er sich gut vorstellen.

Telearbeit hielte er grundsätzlich bei den Mitarbeitenden für sinnvoll und umsetzbar, die keinen direkten Patientenkontakt haben, sondern bspw. Diktate von Ärzten aus dem SAP abrufen und schreiben müssen. Aktuell wird keine geplante Telearbeit in seiner Klinik außerhalb des Forschungsbereichs umgesetzt.

9.4.9 Interview I

Der Befragte I gibt innerhalb des 34-minütigen Interviews zu Protokoll, dass für ihn das wichtigste am Leben ist, Spaß zu haben und dass es ein Ideal ist, dies auch umzusetzen. Zu den wichtigsten Faktoren in seinem Leben gehören die Familie, seine Hobbies und sein Beruf. Dieser stehe aber für ihn nicht an erster Stelle, sondern diene vor allem dazu, sich sein Leben so zu gestalten, wie man sich dies vorstellt. Der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit stimmt der Befragte zu.

Er selber hat die Vereinbarkeit für sich selber so umgesetzt, dass er seine Familie auf der Prioritätenliste vor die Karriere gestellt hat. Zwar hat er eine Karriere an der Uniklinik gemacht, richtet sich aber bei seinen Arbeitszeiten nach der Familie, indem er z.B. an den Wochenenden kaum auf Kongresse fährt und ab Freitagmittag seine Klinik verlässt, um seine Zeit mit der Familie zu verbringen. Darüber hinaus will er jetzt einführen, dass er erst um 9.00Uhr seinen Dienst beginnt, um mit seiner Familie frühstücken und seine Kinder in die Schule bringen zu können. Er selber befindet sich laut eigenen Angaben in einer luxuriösen Position, da er als Chef seinen Betrieb so organisiert, dass er sich diese Freiheiten nehmen kann. Dadurch, dass er selber alles, auch im OP, fallen lässt, wenn eines seiner Kinder nach ihm verlangt, lebt er seinen Mitarbeitenden vor, wie man die Familie an erste Stelle setzen und dennoch eine Karriere machen kann.

Für seine Klinik im Allgemeinen stellt er fest, dass durch die geringe Notfallversorgung, die seine Klinik leisten müsse, zwar ein hoher Durchsatz an Operationen und Patienten gegeben ist, aber nach 16:30 Uhr lediglich zwei Ärzte in der ganzen Abteilung tätig sein müssen. Dadurch sind die Arbeitszeiten gut planbar. Außerdem hat er einige Ärztinnen in

Teilzeitarbeit angestellt, was zwar dienstlich ein Desaster sei, aber eben schön, weil diese Frauen dann beides vereinbaren könnten. An seiner Klinik sind mindestens die Hälfte der Ärztinnen weiblich, dennoch hat er kein Standardprogramm für die Bedürfnisse seiner Mitarbeitenden, sondern geht individuell auf jeden Einzelnen ein bei der Suche nach Möglichkeiten zur Vereinbarkeit der beiden Sphären Beruf und Familie.

Seiner Einschätzung nach sind seine Mitarbeitenden mit der Situation am Arbeitsplatz zufrieden. Er bemüht sich, einen hohen Spaßfaktor in die Arbeit mit einfließen zu lassen und durch die Organisation von Wiesnbesuchen und anderen Festen eine gute Stimmung zu fördern.

Er erkennt aber durchaus Probleme bei der Umsetzung von vereinbarkeitsfördernden Maßnahmen. So findet er es bspw. schwierig, wenn Teilzeitkräfte jeden Tag um 12.00 Uhr gehen müssen, obwohl gerade sehr viel in der Klinik zu tun ist und dadurch die Kolleginnen und Kollegen noch mehr arbeiten müssen. Dadurch würden Unstimmigkeiten zwischen den Mitarbeitenden entstehen. Besser sei dann eine Lösung, dass die Teilzeitkräfte in einer Woche zwei und in der anderen Woche drei ganze Tage arbeiten würden, dann würde die oben genannte Problematik nicht entstehen.

Weiteren Handlungsbedarf erkennt er beim Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, wobei er der Meinung ist, dass die Klinik hier schon ihr Möglichstes tue und aufgrund des Platzmangels nicht viel mehr möglich sei, als schon vorhanden ist. Hier sieht er eher die einzelnen Klinikleiter in der Pflicht etwas zu verändern. Aktuell plant er selber keine konkreten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit, ist aber offen für Ideen seiner Mitarbeitenden.

Eigentlich sieht er die Kliniken und Abteilungen des „Rechts der Isar“ alle in luxuriösen Positionen, da die meisten von ihnen schwarze Zahlen schreiben und somit weniger Druck auf ihnen lastet. Zudem können sie mit dem Gewinn frei wirtschaften und so familienfreundliche Projekte umsetzen. Allerdings befürchtet er, dass einige seiner Kollegen von ihrer Mentalität her gar kein Interesse an der Verwirklichung derartiger Maßnahmen haben. Er selber würde sich zutrauen, eine erhöhte Familienfreundlichkeit, wie er sie für seine Klinik beschreibt, auch in den Kliniken umsetzen zu können, die viele Notfälle und weniger planbare Strukturen haben. Sobald man das richtig strukturiert und genug Personal einsetzt, ist dies alle möglich, sagt er.

Die drohende Gefahr eines Ärztemangels sieht er nicht. Er ist eher der Auffassung, dass in den Kliniken und Praxen eventuell gar nicht so viel ärztliches Personal benötigt wird, wie häufig dargestellt wird. Angehörige zu pflegen ist in seiner Klinik kein großes Thema. Ein Mitarbeitender hat ein behindertes Kind. Für ihn werden immer Sonderregelungen getroffen, die in der Umsetzung kein Problem darstellen.

Was den Gap zwischen Promotionen und Habilitation angeht, ist es bei ihm in der Klinik ebenfalls zu beobachten, dass er auf Assistenzarztebene $\frac{3}{4}$ Frauen und $\frac{1}{4}$ Männer beschäftigt und sich bei den Fachärzten dieses Verhältnis umdreht. Er vermutet, dass es daran liegt, dass die Frauen nach wie vor aus verschiedenen Gründen die Erziehung der Kinder übernehmen und die Männer ihren Berufen nachgehen.

Als wichtigste Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit sagt er, dass jeder Mitarbeitende für sich selber möglichst viel Zeit gewinnen sollte. Jeder sollte wissen, was ihm im Leben wichtig ist und positiv denken.

Während der Befragte das Handbuch der Bundesärztekammer nicht kennt, sind ihm sowohl das Audit als auch die Gleichstellungsforderungen der DFG bekannt, welcher er befürwortet. Zum Handbuch sagt er, dass er es nur lesen würde, falls er Probleme in diesem Bereich hätte und nach Lösungsmöglichkeiten suchte. Ähnlich beurteilt er das Audit, da er der Meinung ist, dass solche Checklisten und Formulare nichts bewirken, wenn sie nicht aktiv in der Realität umgesetzt werden.

Von den vorgestellten Best Practice Beispielen befürwortet er das Verleihen eines Preises für die familienfreundlichste Einrichtung und würde dies an der eigenen Klinik umsetzen. Kritischer steht er der Dienstvereinbarung des Klinikums gegenüber, welche er kennt, aber nicht verteilen würde, da er in solchen Situationen individuell handelt und Lösungen mit den Betroffenen erarbeitet. Die Nachahmung einer Kindertagesstätte wie in Murnau fände der Befragte zwar gut, hält es aber für schwierig umsetzbar, allein des Raummangels wegen.

Von Telearbeitsplätzen ist der Befragte überhaupt nicht überzeugt. Er selber hätte sogar die Möglichkeit durch einen SAP-Zugang von zu Hause aus Tätigkeiten durchzuführen, lehnt dies aber strikt ab und hält dies für seine Mitarbeitenden nicht für förderlich. Die Bereiche Arbeit und Freizeit sollen seiner Meinung nach strikt getrennt bleiben, damit sich der Mensch erholen kann.

9.4.10 Interview J

In dem 34-minütigen Interview gibt der Befragte J an, dass für ihn Vereinbarkeit eine Ausgewogenheit zwischen den Lebensbereichen Karriere und Familie bedeutet, die sich im Laufe eines Lebens einstellen sollte. Dabei können die Prioritäten mit den verschiedenen Lebensphasen wechseln. Seine Definition von Vereinbarkeit ist damit ziemlich deckungsgleich mit der wissenschaftlichen Definition, welche er befürwortet. In der praktischen Umsetzung dieses Ideals sieht er am Klinikum kein Problem. Er sagt, alles sei eine Sache der gegenseitigen Vertretung und Absprache.

Er selber hat Kinder und eine Frau, die Oberärztin ist, sich auf ein Nischengebiet spezialisiert und ihr Arbeitspensum im Beruf zugunsten der Kindererziehung reduziert hat. Dieses Modell empfiehlt er Frauen, wenn sie Kinder und Karriere vereinbaren wollen, da man sich durch eine spezialisierte Ausbildung in einer Disziplin bessere Berufschancen auch in Teilzeitstellen verschaffen kann und darüber hinaus bessere Verdienstmöglichkeiten und einen höheren Marktwert hat.

Obwohl er laut eigenen Angaben mehr Frauen anstellt als Männer, sind in seiner Klinik ausschließlich männliche Oberärzte beschäftigt, von denen alle Elternzeit nehmen oder genommen haben. Obschon er prinzipiell eine Vereinbarkeit am Klinikum für umsetzbar hält, berichtet er von Kollegen und Mitarbeitern, die eine sehr konservative Einstellung zur familiären Rollenverteilung haben und diese auch nicht ändern werden.

In Ausnahmefällen erledigen seine Mitarbeitenden Arbeiten von zu Hause aus, auch wenn er dies nicht der Verwaltung sagen würde, da diese das nicht akzeptieren würde. Teilzeitarbeitsplätze wären für ihn allerdings leichter abzuwickeln, doch hier hat er so gut wie keine Nachfrage von Seiten der Mitarbeitenden. Seiner Meinung nach ist dies durch die langwierige Facharztausbildung begründet, welche sich durch eine Teilzeitstelle noch weiter ausdehnen würde.

Eine sinnvolle Maßnahme zur Förderung der Vereinbarkeit fände er ein strukturiertes Mentoringprogramm für Ärztinnen, welche durch Rollenvorbilder Coachings erhalten sollten. Er berichtet in diesem Zusammenhang von den Geschlechterunterschieden, die ihm bereits in den Vorstellungsgesprächen auffallen und verspricht sich von einem Coaching, dass die Frauen fokussierter ihre Ziele kennen, anvisieren und verfolgen, da man nur dann Erfolg hat, wenn man auf ein konkretes Ziel hinarbeitet. Generell sieht er aber keinen akuten Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Vereinbarkeit, nach kurzem Nachdenken nennt

er den Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen und Notfallbetreuungen von kranken Kindern als sinnvolle Veränderung. Während er dies beschreibt redet er sich etwas in Rage und verlangt von einer Klinik wie dem Klinikum rechts der Isar, welches einen zweistelligen Millionenüberschuss erwirtschaftet, dringend ein Eingreifen in diese Richtung. Er unterstellt der ärztlichen Direktion ein Unverständnis für die Bedürfnisse der heutigen Ärztegengeneration, da bei deren Familiengründung noch eine klassische Rollenverteilung vorgeherrscht habe und man keine öffentlichen Kinderbetreuungsangebote benötigte.

Nach einem drohenden Ärztemangel befragt erläutert der Interviewte durchaus Bedenken und einen Mangel an Nachwuchs, jedoch nicht für das Klinikum rechts der Isar, welches keine Bewerbungseinbrüche zu verzeichnen hätte.

Je länger er über die Thematik nachdenkt, desto mehr erkennt er einen Handlungsbedarf des Klinikums zur Förderung der Vereinbarkeit und zur Karriereförderung und Motivation von Frauen, da er eben Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen kann. Seiner Erfahrung nach wollen Frauen keine wissenschaftlichen Karrieren machen, es fehlt ihnen der Forschungsdrang und die Zielstrebigkeit, was wiederum die Karriere als Ärztin an einer Universitätsklinik behindert, da niemand Oberarzt wird, der sich nicht habilitiert. Er beobachtet zudem in seiner Klinik, dass viele gut ausgebildete Frauen um die 30 keinen Lebenspartner finden, aber gerne eine Familie gründen möchten. Der Fokus dieser Frauen liegt dann nur noch auf der Partnersuche und nicht auf dem Verfolgen einer Karriere.

Der Befragte sieht keinen Unterschied in der Akzeptanz von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige oder für die Betreuung von Kindern und spricht sich deshalb ausdrücklich für eine Umsetzung der 10-Tages-Freistellung für die Betreuung von Angehörigen aus. In seiner Klinik hat ein Mitarbeitender ein halbes Jahr unbezahlten Urlaub genommen, um seine sterbende Mutter zu pflegen.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit sind für ihn der Ausbau der Kinderbetreuung und die offene Kommunikation mit den Frauen über Karrieremöglichkeiten und deren praktischen Umsetzung.

Wie einige der Interviewten sind ihm das Audit berufundfamilie und das Handbuch der Bundesärztekammer nicht bekannt, während ihm die Gleichstellungsstandards der DFG geläufig sind und er diese als sehr sinnvoll bewertet. Das Handbuch hält er für schwer umsetzbar, da es ein weiteres Dokument ist, welches in der Praxis weder von ihm noch von seinen Mitarbeitenden gelesen werden würde. Auch das Audit überzeugt ihn nicht in seiner

Wirksamkeit, obwohl er es besser einschätzt als das Handbuch, da beim Audit Experten in die Klinik kommen und mit den Mitarbeitenden reden, sich also einen aktiven Zugang verschaffen. Dennoch hält er eine Auditierung in diesem Bereich für überflüssig.

Die Verleihung eines Preises für die familienfreundlichste Einrichtung hält er für eine sehr gute Idee, wenn man dies klinikumweit umsetzt. Es wäre eine Maßnahme, welche kostengünstig wäre aber dennoch sehr publikumswirksam, ähnlich wie die Verleihung von Lehrpreisen.

Richtlinien, wie die des „Fairen Umgang am Arbeitsplatz“ kennt er durchaus und hält diese für sinnvoll. Er würde sie unter seinen Mitarbeitenden verteilen, hatte aber mit den darin besprochenen Thematiken bislang noch keine Berührungspunkte und kann sich dies auch nicht innerhalb seiner Klinik vorstellen, weshalb er es nicht für zwingend notwendig erachtet.

Die Kindertagesstätte in Murnau ist dem Befragten bekannt und er würde sich den Bau einer ähnlichen Einrichtung für das Klinikum wünschen, während er von der Einführung von Telearbeitsplätzen wenig hält. Er ist der Auffassung, dass von dieser Maßnahme nur sehr wenige Mitarbeitende profitieren würden und dies lediglich in Forschungsabteilungen oder zu Dokumentationszwecken möglich wäre. Zwar wird dies in seiner Einrichtung teilweise praktiziert, er wünscht aber keine Institutionalisierung dessen, da dies nur zu verwaltungstechnischen Problemen führen würde.

9.4.11 Interview K

Das leitfadensorientierte Interview mit der befragten Person K dauerte 45 Minuten.

Sein Ideal wäre ein ausgeglichenes Familienleben und beruflicher Erfolg. Er meint, dass beide Partner sich in einer Beziehung verwirklichen können sollten, mit verschiedenen Prioritäten. Zudem sollte man die Rolle als Elternteil noch damit koordinieren können. Die Umsetzung dessen sei innerhalb eines großen Spektrums an Möglichkeiten lebbar. Die wissenschaftliche Definition von Vereinbarkeit findet er nachvollziehbar. Vor allem die Flexibilität hebt er als wichtigen Faktor hervor, da seiner Erfahrung nach die Ansprüche von Individuum zu Individuum verschieden seien und man darauf als Arbeitgeber flexibel reagieren müsse. Er präferiert Individuallösungen vor Pauschalangeboten, die für manche Arbeitnehmer besser geeignet sind als für andere und dadurch seiner Ansicht nach nicht gerecht.

Für den Befragten war die Umsetzung von Vereinbarkeit im eigenen Leben möglich, da seine Frau, die ebenfalls Ärztin ist, bei ihrer Karriere zu Gunsten ihres Mannes zurückgesteckt hat. Da er und seine Frau mit vier Kindern eine große Familie wollten, legte seine Frau den Schwerpunkt auf die Familie und hat bewusst auf eine Karriere verzichtet. Es sei nicht möglich, dass beide Ehepartner eine derartige Karriere machten wie er, wenn auch noch Kinder im Spiel sind, meint der Befragte.

Nach seinen Mitarbeitenden gefragt gibt er an, dass durch das universitäre Umfeld schon die Bewerber wissen, was auf sie zukommt und eine wissenschaftliche Karriere anstreben. Sobald Kinder in das Leben der Mitarbeitenden treten kommt es zur Frage der Balance zwischen Arbeit und Familie, die die Mitarbeitenden unterschiedlich lösen. Seiner Meinung nach widmen sich die Ärztinnen und Ärzte je nach Lebensabschnitt den unterschiedlichen Anforderungen mit mehr oder weniger Zeit. Seiner Ansicht nach muss sowohl der Mitarbeiter als auch der Leiter einer Einrichtung in einem direkten Gespräch versuchen, möglichst frühzeitig familiäre Themen zu besprechen und dann individuelle Lösungsansätze für die Vereinbarkeit des weiteren Karriereverlaufs mit den Bedürfnissen der Familie abzustimmen.

Zum Thema Entwicklungen und Verbesserungspotential berichtet er von seinen Erfahrungen: Für Mütter wurden in seiner Einrichtung Teilzeitarbeitsplätze eingerichtet, allerdings glaubt der Befragte, dass es sehr schwierig sei, mit einer Teilzeitstelle an einer Universität langfristig erfolgreich zu sein. Die Mitarbeitenden, die bei ihm in Teilzeit gearbeitet haben, sind inzwischen nicht mehr an der Universitätsklinik, sondern in Praxen gewechselt. Auch mit Heimarbeitsplätzen hat der Interviewte seine Erfahrungen gemacht. Er steht dem eigentlich offen gegenüber und bezeichnet die datenschutzrechtlichen Bedenken seiner Kollegen dagegen als Vorwände, da sich dies alles lösen ließe. Doch seine Mitarbeitenden fordern von ihm eine korrekte und transparente Arbeitszeiterfassung (Stechuhren), um sicherzustellen, dass niemand bevorzugt wird. Aus diesem Grund setzt er Heimarbeitsplätze nur noch sehr gering dosiert um. Generell sagt er, dass sein Fach durch die geringere klinische Belastung sehr geeignet für Personen ist, die die Karriere mit einer Familie vereinbaren möchten, da die Arbeitszeit planbarer und die Nachtdienste einen geringeren Umfang haben. Zudem bemerkt er, dass Ansprüche zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere berechtigt und durch eine gute Organisation auch möglich sind. Vor allem in Sachen Kinderbetreuung und Kindertagesstätte sagt er, dass das Murnauer Modell zu kopieren wäre wie auch die Modelle in den Niederlanden mit besser ausgebauten

Betreuungseinrichtungen und dass die Strukturen in München was dies angeht, zu bürokratisch und wenig hilfreich sind.

Als spezifische Themen zur Vereinbarkeit wurden von der Interviewerin geschlechterspezifische Unterschiede und das Thema der Pflege von Angehörigen angesprochen. Der Befragte K bemerkt, dass sich die Ansprüche der Männer wandeln und diese nun Elternzeit verlangen. Und was die Extraarbeit angeht, die in der Forschung von den Mitarbeitenden verlangt wird, seien weder Männer noch Frauen so einfach bereit das Pensum zu erfüllen, was er selber noch erfüllen musste.

Was die Pflege von Angehörigen angeht, ist K der Auffassung, dass sich der Bedarf hier noch erweitern wird. Er hatte bislang einen Mitarbeiter, der davon betroffen war und nach einer Sonderregelung verlangt hat. Was den Gap der Frauen zwischen Promotionen und Habilitationen angeht ist er der Auffassung, dass sich dies von alleine regeln wird, da ein Frauenanteil von 70% bei den Studierenden sich in 10-15 Jahren in der Führungsebene widerspiegeln muss. Er hat sogar die Befürchtung, dass es in der Medizin zu einer Unterrepräsentation von Männern kommen könnte, und befürwortet ein anderes und späteres Auswahlverfahren zum Medizinstudium, welches beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt.

Als wichtigste Maßnahme zur Förderung der Vereinbarkeit sieht er den Ausbau von Kindertagesstätten. An zweiter Stelle steht für ihn der Umgang mit dem Thema an sich, er wünscht sich eine Gesprächskultur, in der man offen über die Bedarfe reden und mit der nötigen Flexibilität darauf reagieren kann. Wichtig sind für ihn dabei die individuellen Lösungsansätze anstelle von pauschalen Angeboten. Mehr Offenheit und Problembewusstsein für die härteren Fälle wie Mobbing oder Benachteiligung sind bei ihm an dritter Stelle bei den wichtigsten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit.

Zu den gesellschaftspolitischen Instrumenten äußert sich der Befragte unterschiedlich. Während er das Handbuch nicht gelesen hat, obwohl er laut eigener Aussage einmal per Email darauf hingewiesen wurde und das Audit berufundfamilie gar nicht kennt, ist er mit den Gleichstellungsstandards der DFG sehr vertraut. Er meint sogar, dass Deutschland durch diese Standards schon einen Entwicklungsvorsprung vor anderen Ländern, z.B. Frankreich, gemacht hat.

Die Bewertung der Instrumente ist bei dem Interviewten positiv. Er befürwortet Initiativen für die Vereinbarkeit, sieht aber auch Grenzen bei der Umsetzbarkeit im Alltag und wünscht

sich einen kulturellen und gesellschaftlichen Wandel. Bei Instrumenten wie dem Audit äußert er die Befürchtung, dass es sich um einen hohen bürokratischen Aufwand handeln könnte, der außer einem Schild an der Tür nichts verändert, wäre aber für eine genauere in Augenscheinnahme offen.

Ähnlich reagiert er auf die vorgestellten Best Practice Beispiele. Die Verleihung eines Preises für die familienfreundlichste Einrichtung begrüßt er generell, hinterfragt jedoch die Nachhaltigkeit einer derartigen Maßnahme. Richtlinien wie „fairer Umgang am Arbeitsplatz“ unterstützt er auch im Klinikum. Er weist aber darauf hin, dass das Papier alleine noch nichts verändert, wenn man die Inhalte nicht lebt. Deshalb befürwortet er Modelle wie die Kindertagesstätte am Klinikum in Murnau. Mit Telearbeitsplätzen hätte er, wie oben beschrieben, kein Problem, aber seine Mitarbeitenden finden dies schwierig und fürchten eine ungerechte Behandlung.

9.4.12 Interview L

Das Interview mit dem Befragten L dauerte 1h 08min. Auf die Frage nach einem Ideal von Vereinbarkeit und Beruf geht der Interviewte nicht im theoretischen Sinne ein, sondern erzählt aus seinem Leben, in welchem eine Ehe vermutlich unter anderem wegen seiner Karriere zerbrochen ist. Außerdem erklärt er, dass er seine Prioritäten Richtung Familie verschoben hat, seitdem seine Kinder auf der Welt waren und befindet dadurch, dass Karriere und Familie sich nicht gegenseitig ausschließen müssten. Als paradiesische Zustände beschreibt er das wissenschaftlich definierte Ideal einer Vereinbarkeit. Er hält eine dauerhafte Umsetzung dieser idealen Vereinbarkeit nicht für permanent möglich, auch wenn er in der Generation der jüngeren Chefs einen Sinneswandel hin zu mehr Vereinbarkeit erlebt.

Er selber ist laut eigenen Angaben in einem wissenschaftlichen Umfeld aufgewachsen, in dem es außerhalb der Forschung nichts gab und seine Chefs ihn rund um die Uhr beanspruchten. Die Situation sei mit einem Zölibat zu vergleichen gewesen und dass Familie nicht von alleine funktioniert, musste er erst mit der Geburt seiner Kinder lernen. Für seine Mitarbeitenden hofft er, dass sie nicht die gleichen Fehler machen und ist als Chef offener und flexibler, was die Arbeitszeiten betrifft. Er erlebt darüber hinaus einen Wandel in den Ansprüchen der Mitarbeitenden, die mehr Wert auf Zeit für Freizeit oder die Familie legen. Dennoch hält er eine universitäre Karriere für eine sehr große Herausforderung und zeitliche Belastung, die nicht einfach mit einem Familienleben zu vereinbaren ist.

Der Befragte verfolge zwar keinen gezielten Plan zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für seine Mitarbeitenden, setze aber Ideen und Wünsche ideologiefrei um. Als eingeführte familienfreundliche Maßnahmen benennt er Halbtagsstellen und flexible Arbeitszeiten, vor allem in der Forschung, in welcher Mitarbeiter zum Teil ein Jahr lang von der klinischen Routine befreit werden für Forschungsprojekte. Für ihn sei alles möglich, solange die Arbeit erledigt würde. Er beschreibt wie manche Mitarbeitende eher forschungsorientiert sind und manche eher die Patientenversorgung übernehmen. Am besten läuft die Klinik, wenn er von beiden Mitarbeitergruppen genügend hat. Als Chef befürwortet er die Einführung von Teilzeitstellen aus ökonomischer Sicht, da zwei Halbtagsangestellte seiner Ansicht nach mehr arbeiten als eine, die ganztags arbeitet, obwohl er durch die vielen Teilzeitstellen einen Mangel an Arbeitsplätzen verortet. In seiner Klinik gibt es viele Frauen, viele Schwangerschaften und viele Teilzeitarbeitsplätze sowie individuelle Arbeitszeitregelungen und Homeoffice. Soweit er es beurteilen kann, ist er der Meinung, dass seine Mitarbeitenden mit dem Arbeitsumfeld zufrieden sind und heutzutage mehr Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellen als vor ein paar Jahrzehnten.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der von ihm genannten familienfreundlichen Maßnahmen erlebt der Befragte ständig. Gerade Forschern, die große Freiheiten in seiner Klinik genießen, wird es von den anderen Mitarbeitenden geneidet, wenn diese dann darüber hinaus nur eine halbe Stelle haben oder an Heimarbeitsplätzen arbeiten und so noch weniger Präsenz in der Krankenversorgung zeigen. Generell beobachtet er, dass die rein klinischen Mitarbeitenden den Forschern ihren Ruhm und ihre Freiheiten neiden.

Großen Handlungsbedarf erkennt der Interviewte vor allem in Hinblick auf die Kinderbetreuung, welche unbedingt ausgebaut werden müsste. Bei der Vergabe der vorhandenen Betreuungsplätze werde teilweise sogar das Pflegepersonal bevorzugt behandelt und die Ärztinnen und Ärzte gingen leer aus, obschon auch sie mit einer halben Stelle nur schwer private Betreuungen finanzieren könnten. Zudem beschreibt der Befragte verwaltungstechnische Hinderungsgründe bei der Umsetzung von Familienfreundlichkeit. Bspw. wollte er die Ehepartnerin eines Mitarbeitenden einstellen, was von der Verwaltung her höchst unerwünscht war und nur mit Mühen umgesetzt werden konnte. Derartige Verwaltungshindernisse laufen den Dual-Career-Bestrebungen, die extra als familienfreundliche Maßnahme der TUM eingeführt wurden, komplett entgegen.

Einen Nachwuchsmangel an Ärztinnen und Ärzten kann er in seiner Einrichtung nicht befunden. Er ist darüber hinaus der Auffassung, dass sich der Mangel an Nachwuchs in den

Fächern, in denen er vorherrscht, automatisch regeln wird, da sich die Kultur der Disziplinen hin zur Frauenfreundlichkeit ändern wird, wenn sie es muss. Ähnlich sieht er es mit dem Thema Vereinbarkeit. Wenn die vielen Frauen, die heute studieren, an die Spitze drängen, wird es auch attraktive Spitzenpositionen in Halbtagesstellen geben.

Als Unterschied zwischen den Geschlechtern bemerkt der Befragte die Nachfrage nach Elternzeit, die bei Frauen noch wesentlich höher ist. Durch die Einführung des Elterngelds für Väter nehmen die Männer in seiner Klinik nun auch Elternzeit, aber zeitlich eben noch in wesentlich geringerem Umfang als die Frauen. Eine Nachfrage nach Sonderregelungen aufgrund der Pflege eines Angehörigen ist ihm von Seiten seiner Mitarbeitenden nicht bekannt. Er befürchtet, dass die Pflege von Eltern von den Kollegen nicht gleichermaßen anerkannt würde, wie die Betreuung eines Kindes. Die 10-Tages-Regelung für die Betreuung von Angehörigen sollte jedoch seiner Ansicht nach gleichermaßen umgesetzt werden wie die zur Betreuung kranker Kinder.

Der Befragte erklärt sich den Gap bei Frauen zwischen der Promotion und der Habilitation mit Hilfe zweier Faktoren: andere Prioritätensetzung und Ablehnung des old-boys-network. Zum einen kann er beobachten, dass Männern eine Karriere in diesem Umfeld wichtiger ist als den Frauen, die ihre Prioritäten häufiger auf die Familie legen als ihre männlichen Kollegen. Zum anderen ist das universitäre Arbeitsumfeld ein altes Männernetzwerk, in dem die wichtigen Posten „in ewigen Gremiensitzungen und unter dem Einsatz von Ellenbogen verschachert würden“. Er attestiert den Frauen, dass ihnen diese Art der Postenverteilung und des Gehabes schlicht zu banal und unattraktiv erscheint, sich überhaupt daran zu beteiligen, während ein Mann stolz nach Hause geht, wenn er in einer fünfstündigen Sitzung einen Kommentar loswerden konnte, den bereits drei Personen vor ihm abgegeben haben.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit von Familie und Karriere sind seiner Meinung nach die Flexibilität von Arbeitgeberseite auf individuelle Lösungsmöglichkeiten einzugehen sowie die schützende Hand des Chefs, die über die Mitarbeitenden gehalten werden muss, die diese Sonderregelungen in Anspruch nehmen und deshalb eventuell von Kolleginnen und Kollegen verunglimpft werden.

Auf die Frage nach der Bekanntheit der gesellschaftspolitischen Instrumente, die zu einer Förderung der Vereinbarkeit eingeführt wurden, antwortet er, dass er zwar Frau Bühnen kenne, das Handbuch jedoch nicht. Das Audit berufundfamilie kommt ihm dagegen bekannt vor und die Gleichstellungsforderungen der DFG kennt und befürwortet er, da er bereits

erlebt hat, wie Habilitationsstipendien, die als Maßnahme daraus umgesetzt wurden, von Frauen in seiner Klinik befürwortet und angenommen wurden. Nach kurzer Einsichtnahme in das Handbuch befürwortet er auch dieses Instrument und schlägt vor, es denjenigen Oberärzten aus seinem Bereich zu zeigen, die noch nicht so offen gegenüber den darin behandelten Thematiken seien wie er selber. Auch das Audit kann er durchaus befürworten. Da sich seine Klinik vor Bewerbungen kaum retten könne, bräuchte er jetzt nicht zwingend ein Zertifikat, welches seinen Standort nochmal hervorhebt. Er ist aber der Auffassung, dass alle Qualitätsmanagementprozeduren zwar aufwendig, aber auch hilfreich seien.

Das vorgestellte Best Practice Beispiel aus Greifswald mit der Verleihung eines Preises für die familienfreundlichste Einrichtung ist ihm nicht bekannt. Er könnte sich eine Umsetzung dieses Beispiels vorstellen, vorausgesetzt das Preisgeld würde von 100 auf 5000-10000€ erhöht, um dem Ganzen mehr Gewicht zu verleihen. Auch die Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ ist ihm nicht bekannt, genauso wie die MRI-interne Dienstvereinbarung. Für ihn sind solche Regelungen zwar als Grundlage wichtig, im Einzelfall müssen solche Vorkommnisse jedoch mit ihm als Leiter der Einrichtung geklärt werden, was in der Vergangenheit bereits öfter der Fall war. Die Dienstvereinbarung würde er unter seinen leitenden Mitarbeitenden verteilen.

Die Kindertagesstätte des UKM kennt er und wünscht sich eine vergleichbare Einrichtung für das Klinikum rechts der Isar, da die mangelnde Kinderbetreuung eines der Haupthindernisse für eine gelebte Vereinbarkeit sei. Für ihn ist der finanzielle Gewinn, den die Kindertagesstätte des UKM nachgewiesen hat, völlig nachvollziehbar, da nicht nur die Mitarbeiteranwesenheit, sondern auch die Motivation und die Kreativität gesteigert würden, wenn die Kinder arbeitsplatznah und gut versorgt wären. Wie oben beschrieben setzt der Befragte Telearbeitsplätze als Maßnahme bereits um. Er hat keine datenschutzrechtlichen Bedenken, da eine Firewall die Daten schützt. Darüber hinaus hat er positive Erfahrungen mit der Heimarbeit bei seinen Mitarbeitenden gesammelt, obschon die technische Umsetzung durch die Klinikumsverwaltung nicht immer einfach ist.

9.4.13 Interview M

Auf die Frage nach dem Ideal einer Vereinbarkeit von Karriere und Familie gibt der Befragte M in dem 42-minütigen Interview an, dass er die Entwicklung hin zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance befürwortet und es vernünftig sei, wenn die Mitarbeitenden begrenzte Arbeitszeiten hätten und Elternzeit in Anspruch nähmen. Wirtschaftlich sei dies allerdings nicht, in dem allgemeinen Wettkampf um die höchsten Einnahmen. Der wissenschaftlichen

Definition von Vereinbarkeit stimmt er zu und hält diese im Klinikalltag für umsetzbar, da seine, ausschließlich männlichen, Mitarbeitenden Elternzeit nehmen ohne dadurch Karriere Nachteile zu erleben. In ganz Deutschland kennt er eine einzige Frau, die in seinem Fach arbeitet und Kinder hat, obwohl er selber bei seinen Bewerbungsverfahren beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, was unter anderem an der überlangen Ausbildungsdauer liegt, die in seinem Fach zu absolvieren ist. Nichtsdestotrotz empfindet er die Debatte über Vereinbarkeit als eine aufgesetzte Problematik, mehr ein Thema, mit dem sich einzelne Politiker bei der Bevölkerung beliebt machen wollen.

Er selber beschreibt sich als genügsam, da er bei einer Wochenarbeitszeit von 110h seine Kinder und seine Frau lediglich ein paar Momente lang in der Woche sehen konnte. Dies war aber für alle Seiten in Ordnung, da seine Frau sehr viel Verständnis für ihn und seine Karriereambitionen hatte. Generell sei sowohl eine Karriere als auch eine Familie nur im Duo zu stemmen und muss individuell gelebt und vereinbart werden, wobei es selbst heute noch schwierig sei, beides unter einen Hut zu bringen.

Bei seinen Mitarbeitern hat er die Erfahrung gemacht, dass die Karriere mit der Familiengründung häufig einhergeht und dass die Mitarbeitenden die erfolgreicher sind, die eine Familie haben. Er selber trägt durch ein familienfreundliches Bewusstsein, Flexibilität und die Umsetzung von planbaren und kürzeren Arbeitszeiten dazu bei, weshalb er seine Mitarbeiterzufriedenheit als hoch einstuft. Er berichtet aber ebenso davon, dass es für die Ehepartner, wie für seine Frau, harte Zeiten sind und dass manche Mitarbeitende gar nicht unbedingt eine Karriere machen wollen, sondern sogar müssen, da sie so davon getrieben sind. Dabei beschreibt er zwei Typen von Angestellten: Mitarbeitende, die ihren Job erledigen und um 16:30 Uhr nach Hause gehen und die Karrieretypen, die nach der Arbeit noch forschen. Beide Mitarbeitenden beschreibt er als nützlich. Als Karriere sieht er ausschließlich den Verlauf in der Uniklinik: Eine seiner Mitarbeiterinnen ist von der Universitätsklinik in eine große und erfolgreiche Praxis gewechselt, was er als Abschied von der Karriereleiter bezeichnet.

Da er als Leiter einer Klinik, die wirtschaftlich nicht schlecht abschneidet, alle Freiheiten in der Mitarbeiterplanung hat, hat der Befragte Teilzeitarbeitsplätze zeitweise eingeführt, aber da von dem daraus resultierenden Gehalt kaum jemand in München leben könne, war die Nachfrage danach nicht sehr hoch. Schnittstellenproblematiken zwischen den Stellen hat er nicht erlebt, da seine Einrichtung eine sehr kleine ist. Er ist der Auffassung, dass man aber als Klinik nicht immer alle Ausfälle oder familienfreundlichen Regelungen auffangen kann,

da dies wirtschaftlich nicht möglich sei. In solchen Fällen müssen dann eben weniger Patienten versorgt oder die Wartezeiten verlängert werden.

Eine wünschenswerte Maßnahme wäre für ihn die Etablierung einer Kinderbetreuungseinrichtung mit Plätzen für 150-200 Kinder. Zwar würde sich dies wirtschaftlich nicht rechnen, wäre aber dennoch notwendig.

Für seine Disziplin sieht er deutschlandweit einen Nachwuchsmangel, den er allerdings multifaktoriell begründet wissen möchte und nicht auf eine mangelnde Vereinbarkeit zurückführen würde. Der Standort München ist von diesen Sorgen aufgrund seiner Attraktivität ausgenommen. Die Pflege von Angehörigen war bislang unter seinen Mitarbeitenden kaum ein Thema, nur eine Ärztin hat für die Pflege ihrer Mutter ein paar Tage frei bekommen. Für die Umsetzung einer 10-Tages-Beurlaubung bei dem entsprechenden Bedarf spricht er sich aus.

Als wichtigste Maßnahme zur Förderung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie befindet er, dass dieses Thema an sich weniger problematisiert werden sollte und man einfach diejenigen unterstützen sollte, die eine Karriere machen möchten. Andererseits beschreibt er sehr bildlich, dass eine Karriere an der Klinik neben den 50-60 Stunden, die man offiziell arbeitet locker noch 20-30 Stunden in der Woche für Forschung und karrierefördernde Arbeiten zusätzlich anfallen, was man als Mitarbeitender auch mögen muss. Da Frauen biologisch gesehen die Möglichkeit des Kinderkriegens haben, entscheiden sie sich häufiger für die Kinder und gegen eine solch zeitintensive Karriere.

Weder das Handbuch der Bundesärztekammer noch das Audit der Hertie Stiftung sind dem Befragten bekannt, aber die Gleichstellungsstandards der DFG schon. In diesen sieht er den größten Benefit der drei Instrumente. Während er sich das Handbuch einmal durchlesen möchte, erkennt er in einer Auditierung aufgrund der geringen Größe seiner Einrichtung keinen Nutzen.

Die Verleihung eines Preises für eine familienfreundliche Einrichtung ist ihm nicht bekannt und er findet er es auch nicht sehr sinnvoll. Lieber wäre ihm, es würden Taten unternommen, anstatt Konzepte zur gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Thema entwickelt, wie z.B. eine Kindertagesstätte gebaut. Wenn man die Bedürfnisse dahingehend stillt, benötigt man keine Preisverleihung. Ähnlich beurteilt er die Richtlinie „Fairer Umgang am Arbeitsplatz“ und das Pendant des „Rechts der Isar“: seiner Ansicht nach bedarf es keiner

Leitlinien sondern eines ordentlichen Chefs, der Konflikte nach gesundem Menschenverstand aufklärt und seine Mitarbeiter gut führt.

Dass die Kindertagesstätte des UKM finanziellen Mehrwert generiert, findet der Befragte logisch, auch wenn dies für ihn nicht die Bedingung für eine Implementierung ist. Bei der Einführung von Telearbeitsplätzen ist er zögerlicher, da er es zwar für umsetzbar und in manchen Situationen für praktisch hält, aber auf die Gefahr einer Vermischung von Arbeit und Freizeit verweist, die dadurch entstehen würde.

9.4.14 Interview N

In dem 48 minütigen Interview beschreibt der Befragte zu seinem Ideal von Vereinbarkeit, dass man seine Zeitressourcen so zwischen den Lebensbereichen Familie und Karriere aufteilen können sollte, dass beide Bereiche zufrieden sind. Ein Ideal am Klinikum möchte er nicht definieren, da jedes Individuum dies für sich selber bestimmen müsse und die Vorstellungen und Vorlieben der Einzelnen stark divergieren. Der wissenschaftlichen Definition von Vereinbarkeit kann er zu 100% folgen, da dies seiner eigenen Vorstellung entspricht.

Seine Frau und er leben eine Rollenverteilung, bei der er keinerlei Abstriche im Berufsleben macht und sie ihre Arbeit für die drei Kinder je nach Alter ganz oder teilweise aufgegeben hat. Für seine Mitarbeitenden hat er alle vorstellbaren Arbeitszeitmodelle eingeführt, da er viele Bereiche hat, die nicht mit der Patientenversorgung zusammenhängen und somit viele Tätigkeiten unabhängig vom Klinikbetrieb durchgeführt werden können. Es gibt auch bei ihm Angestellte, die bis 17.00Uhr Stationsarbeit erledigen und im Anschluss daran bis 21.00Uhr forschen. Aber er hat genauso Teilzeitstellen oder Personal, das nur Nachtschichten arbeitet, weil dies besser mit der Familie zu vereinbaren ist. Dass mit einer halben Stelle auf Dauer eine steile Karriere am Klinikum umzusetzen ist, bezweifelt er aus rein rechnerischen Gründen: Jemand, der 100% arbeitet schafft mehr und kommt karrieretechnisch schneller voran, als jemand, der nur 50% arbeitet. Jeder Mitarbeiter müsse sich also entscheiden, welchen Weg er oder sie verfolgen möchte. Er hält aber viele Modelle innerhalb des Klinikums für umsetzbar, welche Beruf und Familie vereinbaren, nur eben eine Karriere und eine Familie nicht, wenn der Zeitaufwand für beide Bereiche ausgeglichen sein soll.

Bei der Umsetzung von Teilzeitstellen führt er als Problematik die dadurch verursachten Schnittstellen in der Kommunikation an. Deshalb hält er für Teilzeitstellen auch nicht jeden Bereich für geeignet.

Einen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit am Klinikum erkennt er in dem Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten. Dies sei aus eigener Erfahrung heraus ein Bedarf und eine Umsetzung dessen würde darüber hinaus Chancen mit sich bringen, wie eine erhöhte Zufriedenheit der Mitarbeitenden, was wiederum zu einer Leistungssteigerung beitragen würde.

Die Pflege von Angehörigen ist zwar in seiner Einrichtung nicht weit verbreitet, aber von einer Mitarbeitenden weiß er, dass sie ihre Mutter pflegt und aus diesem Grund ab und zu nicht anwesend sein kann. Er selber würde keinen Unterschied zwischen der Pflege von Angehörigen und der Betreuung von Kindern im Umgang mit den Mitarbeitenden machen und auch die 10-Tages-Regelung umsetzen. Seiner Ansicht nach rührt der Gap bei den Frauen zwischen Promotion und Habilitationen nicht ausschließlich von einer schwierigen Vereinbarkeit zwischen einer wissenschaftlichen Karriere und der Familie her, sondern auch daher, dass viele Frauen sich bewusst gegen eine Karriere entscheiden, um sich zum einen mehr ihrer Familie widmen zu können und zum anderen, da eine Karriere in einem männerdominierten Umfeld mit den dazugehörigen Habiti nicht attraktiv genug ist.

Für ihn sind die wichtigsten drei Maßnahmen zur Förderung einer Vereinbarkeit ein Ausbau der Kinderbetreuung sowie die Einführung von Heimarbeitsplätzen. Zudem fände er es hilfreich, wenn mehr für die Themenkomplexe wie die Pflege von Angehörigen sensibilisiert werden würde.

Nach den gesellschaftspolitischen Instrumenten gefragt gibt er an, dass er das Handbuch der Bundesärztekammer nicht kennt, vom Audit und den Gleichstellungsstandards aber schon einmal gehört habe. Das Handbuch würde er selber gerne einmal lesen, da er gegenüber neuen Ideen aufgeschlossen ist. Ob er von den darin beschriebenen vorbildlichen Beispielen eines konkret umsetzen würde, kann er so nicht sagen. Genauso aufgeschlossen steht er einer Auditierung gegenüber, da man seiner Ansicht nach davon nur profitieren könne, wenn durch eine erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit auch die Effektivität in der eigenen Einrichtung steigt.

Von dem Best Practice Beispiel einen Preis für eine familienfreundliche Einrichtung zu verleihen hat er zwar noch nicht gehört, hält es aber für eine gute Idee und könnte sich eine

Umsetzung dessen vorstellen. Eine Richtlinie „fairer Umgang am Arbeitsplatz“ kennt er nicht, aber die Dienstvereinbarung des MRI schon. Er würde diese unter seinen Mitarbeitenden verteilen und geht davon aus, dass diese an seiner Einrichtung bekannt ist. Grundsätzlich hält er derartige Richtlinien für sinnvoll.

Das UKM und dessen Kindertagesstätte sind ihm nicht bekannt, er kann sich aber die Umsetzung einer solchen Einrichtung gut vorstellen und nachvollziehen, dass diese finanziell rentabel sein kann. Auch die Einrichtung von Telearbeitsplätzen hält er für sinnvoll. In der Praxis hat er die Erfahrung gemacht, dass eine offizielle Einrichtung von Heimarbeitsplätzen von der Personalabteilung quasi unmöglich gemacht wird. In der Forschung ist das Arbeiten von zu Hause aus aber gang und gäbe und auch wenn dies nicht offiziell ist, arbeiten viele Mitarbeitenden von ihm unter anderem von zu Hause aus in den Bereichen, in denen dies möglich ist.

9.4.15 Interview O

Das Interview mit dem Befragten O dauerte genau eine Stunde.

Auf die Frage nach einem Ideal von Vereinbarkeit von Karriere und Familie antwortet er nicht direkt mit einem abstrakten Ideal, sondern erläutert, dass man sich früh überlegen muss, welche Form der Karriere man anstrebt und dass die gesamte Familie diese Karriere mittragen muss. Als Familie versteht er dabei alle Verwandten, von der Frau über die Kinder und Enkel bis hin zu den eigenen Eltern.

Er selber hat es genauso gelöst, indem seine Frau ihm den Rücken freigehalten und die drei Kinder erzogen hat, damit er sich voll und ganz seiner Karriere widmen konnte. Bei der Beschreibung seiner Situation benützt er den Begriff der „Familienkarriere“. Für ihn ist seine Karriere keine Einzelleistung, sondern ein Teamverdienst, eben der der gesamten Familie. Dabei bemerkt er, dass sowohl seine Frau als auch seine Kinder auf vieles verzichten mussten, alle auf seine Anwesenheit innerhalb der Familie und seine Frau auf ihre Karriere. Eine parallele Karriere von beiden Ehepartnern kann sich der Befragte nicht vorstellen. Gerade in Partnerschaften, in denen beide Partner Mediziner sind, sieht er dies kritisch. Wenn jeder seine eigenen Ziele verfolgt und dann noch Kinder mit ihren Bedürfnissen auf die Welt kommen sei die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich die Partner auseinanderleben und dies wiederum sei karrieretötend.

In seiner Klinik hat er lediglich eine weibliche Ärztin angestellt, der Rest sind Männer. Er erklärt es sich mit seiner Disziplin, die bei Frauen unattraktiv sei, weshalb auf eine weibliche

Bewerbung zwischen 20 und 30 männliche kommen. Mitarbeitende, die einen Anspruch auf Teilzeitarbeitsplätze erheben, hat er so gut wie gar keine, allerdings hielte er die Einführung von Teilzeitstellen in bestimmten Bereichen für möglich. Er erwähnt an anderer Stelle, dass eine Karriere mit einer halben Stelle selbstverständlich unmöglich sei, da diejenigen mit der vollen Stelle einfach mehr arbeiten und die Halbtageskraft somit inhaltlich überholten.

Danach gefragt, ob er eine Vereinbarkeit von Karriere und Familie am Klinikum rechts der Isar für möglich hält antwortet er, dass er mit der Vereinbarkeit ein großes Problem habe. Er ist der Meinung, dass niemand Karriere machen könne, der private Ziele priorisiert, egal in welchem Wirtschaftszweig. Eine Karriere erfordere immer hohen Einsatz und Einschnitte im Privatleben zugunsten der Arbeit. Er sagt, dass eine stupidere Fließbandarbeit bspw. mehr Ausgleich durch Freizeitaktivitäten benötigt als anspruchsvollere Arbeit, in der sich der Einzelne verwirklichen kann. Work-Life-Balance sei deshalb nicht zeitlich zu sehen, sondern inhaltlich-emotional.

Was er seinen Mitarbeitenden aber an Familienfreundlichkeit bieten kann, versucht er umzusetzen, indem er bspw. Ferien auch an Brückentagen gewährt und mit Fehlzeiten und Absenzen großzügig umgeht, soweit dies in einer Klinik mit durchzuführenden Operationen möglich ist. Zudem hat er zwei nichtärztliche Mitarbeitende, die Angehörige pflegen und deshalb geregelte Arbeitszeiten benötigen, welche er ihnen einräumt. Dabei beschreibt er aber, dass der Rest des Teams durch derartige Sonderregelungen sehr strapaziert werden könnte und dann genau hinschaut, wie viel der Betroffene noch arbeitet.

Der Befragte organisiert ein Familienfest bei ihm zu Hause, zu dem er alle Mitarbeitenden mit deren Familien einlädt und nimmt mit seiner Einrichtung am klinikweiten Drachenbootrennen teil, um das Teamgefühl zu festigen. Darüber hinaus lässt er bei Bewerbungsverfahren seine Ärzte und seine Ärztin mitentscheiden, wer genommen wird. Davon verspricht er sich, dass die ausgewählten Personen gut zusammenarbeiten können, was bislang seiner Aussage nach gut funktioniert hat. Er ist nicht der Meinung, dass Frauen in Bewerbungsverfahren besonders gefördert werden müssten, da Frauen meistens die besseren Noten hätten und gelernt haben, sich gut darzustellen.

Als neuere Entwicklung in Sachen Vereinbarkeit beschreibt er die Elternzeit, die nun von seinen männlichen Ärzten genommen wird. Er beobachtet, dass dies jedoch vor allem von Oberärzten und nicht von Assistenzärzten eingefordert wird und erklärt es damit, dass die

Assistenzärzte teilweise noch keine Kinder haben und teilweise durch den Gruppen- und Karrieredruck keine Elternzeit nehmen.

Perspektivisch sieht er einige Problematiken, wenn er die Vereinbarkeit von Karriere und Familie in seiner Klinik ausbauen würde. Zum einen bereitet ihm der hohe Studentinnenanteil in der Medizin Sorgen, da er dann weniger Bewerber und irgendwann zu wenig Ärzte haben könnte. Um dies zu beheben, fordert er eine Veränderung des Zulassungssystems zum Medizinstudium, dass Männer und Frauen gleichermaßen berücksichtigt und nicht die Mädchen bevorzugt, wie derzeit.

Mit einer Einführung von Teilzeitstellen oder flexiblen Arbeitszeiten fürchtet er Neid und Konflikte unter den Mitarbeitenden, die bereits jetzt verstärkte Arbeitszeitkontrollen einfordern und einen erhöhten Organisationsaufwand. Zudem sind Teilzeitstellen ein Karrierehemmnis für die Betroffenen.

Er erkennt einen Verbesserungsbedarf zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere. In anderen Ländern wie den USA hat er eine sehr gute Infrastruktur zur Kinderbetreuung erlebt und beschreibt dies als erstrebenswert, genauso wie die Implementierung von Teilzeitstellen und flexiblen Arbeitszeiten. Man könne viel über theoretische Konstrukte und Verbesserungsmöglichkeiten reden, aber es scheitert in der Praxis schon daran, dass Mütter zu Hause bleiben müssen, um ihre kranken Kinder zu betreuen, da es dafür keine andere Lösung gäbe. Dies ärgert ihn als Arbeitgeber und er fordert Lösungen für diese grundlegenden Bedarfe. Außerdem fordert er Personalwohnungen für alle Berufsgruppen des Klinikums.

Wie bereits beschrieben, hat der Befragte Erfahrungen mit Mitarbeitenden, die ihre Angehörigen pflegen. Da es wenige sind kann er mit Sonderlösungen auf diese zugehen, auch wenn es für ihn ein großer Kompromiss ist und es innerhalb des Teams bisweilen Missstimmungen gibt deshalb.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit sind für den Befragten der Bau einer Kinderbetreuung mit klinikgerechten Öffnungszeiten und die Etablierung von Telearbeit.

Der Interviewte kennt zwar Fr. Dr. Bühnen sehr gut, ist aber mit dem Handbuch der Bundesärztekammer nicht vertraut, genauso wie mit den Gleichstellungsstandards der DFG oder dem Audit berufundfamilie, von dem er nichts hält, da er mit Zertifizierungen schlechte

Erfahrungen gemacht hat und der Meinung ist, dass diese nicht in der Praxis wirken sondern nur auf dem Papier stehen und PR-Zwecken dienen. Das Handbuch hält er für ein sinnvolles Hilfsmittel, welches allerdings die Bereitschaft des Chefs voraussetzt, die darin vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen. Er selber würde in das Handbuch einen Blick werfen, obschon er selber keinen Bedarf für Verbesserungsmaßnahmen in seiner Einrichtung erkennt, sondern diesen eher klinikweit sieht. Er würde sich wünschen, dass seine Mitarbeitenden zu diesen Themen befragt würden, damit er seinen Eindruck überprüfen kann. Eine Sinnhaftigkeit der Gleichstellungsstandards der DFG erkennt er nicht. Er selber schafft in seiner Klinik die Voraussetzungen dafür, dass jeder Assistenzarzt einen Tag in der Woche für Lehre, Forschung und Kongresse freigestellt ist. Einige Mitarbeitende machen viel aus diesem einen Tag, anderen liefern nach vier Jahren noch keine Ergebnisse. Daraus schließt er, dass man die Mitarbeitenden nicht zur Forschung zwingen kann, sondern dass dies intrinsisch kommen muss. Da er die Forschung für flexibel hält was die Arbeitszeiten oder den Umfang der Tätigkeiten anbelangt, sieht er keinen Bedarf, Frauen hier explizit zu fördern.

Anreize für eine familienfreundliche Einrichtung bieten, indem man einen Preis dafür verleiht, findet der Befragte nicht sinnvoll und hat noch nie von einem derartigen Verfahren gehört. Eine Richtlinie, die einen fairen Umgang am Arbeitsplatz sichern soll, ist ihm ebenfalls nicht bekannt. Er ist der Auffassung, dass man derartige Richtlinien immer dann benötigt, wenn etwas nicht klappt, ähnlich der eines Ehevertrages. Dass der Personalrat des Klinikums eine ähnliche Dienstvereinbarung geschrieben hat, war ihm zwar nicht bewusst, aber er würde diese an seine Mitarbeitenden verteilen und findet es sinnvoll, dass der Personalrat eine derartige Vereinbarung etabliert hat, da dieser ständig mit Problemen zwischen Mitarbeitenden zu tun hat.

Die Kindertagesstätte des UKM hält der Befragte für nachahmungswert und kann sich gut vorstellen, dass diese Einrichtung, vor allem auf dem Land, gewinnbringend arbeiten kann. Auch das vorgestellte Beispiel der Umsetzung von Telearbeitsplätzen findet er sehr gut und hat bereits selber versucht, derartige Arbeitsplätze am Klinikum zu etablieren. Aus Datenschutzgründen würde ihm dies jedoch verwehrt. Er ist der Auffassung, dass dies maßgeblich zu einer Förderung der Familienfreundlichkeit beitragen könnte.

9.5 Kodierleitfaden

| Kategorie | Unterkategorie | Unter- kategorie II | Unter- kategorie III | Unterkategorie IV | Anzahl der Textste- llen |
|--------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | | | | | 790 |
| A, Vereinba- rkeit | | | | | 0 |
| | 01. Eigenes Ideal von Vereinbarkeit | | | | 0 |
| | | Karriere ist Mittel zum Zweck | | | 1 |
| | | Karriere bedeutet Abstriche | | | 2 |
| | | Dass man beides machen kann | | | 9 |
| | | Habe keins | | | 0 |
| | 02. Vereinbarkeit im eigenen Leben | | | | 0 |
| | | Hintenanstell- en der Karriere | | | 2 |
| | | Wünsche | | | 1 |
| | | Kompromisse | | | 0 |
| | | Unterstützung durch Partnerin, Familie | | | 13 |
| | | | Nur eine Karriere pro Familie | | 6 |
| | | Keine Familie | | | 2 |
| | 03.1 Ideal von Vereinbarkeit am MRI | | | | 7 |
| | 03.2 eigenes Ideal vs. Klinikalltag | | | | 0 |
| | | Ja | | | 0 |
| | | teils teils | | | 1 |
| | | Nein | | | 2 |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | 04. Lassen sich K und F am MRI vereinbaren? | | | | 0 |
| | | MRI als Familienersatz | | | 1 |
| | | Ja | | | 2 |
| | | Teils teils | | | 8 |
| | | Keine steile Karriere, Beruf ja | | | 8 |
| | | Nein | | | 8 |
| | 05. Sicht der Mitarbeiter | | | | 0 |
| | | Sind vermutlich zufrieden | | | 7 |
| | | Ist genauso, wie die des Befragten | | | 2 |
| | | Ist schätzungsweise anders | | | 1 |
| | 06. Geschlechterunterschiede bei den Anforderungen an die V | | | | 0 |
| | | Nein, keine | | | 2 |
| | | Ja noch, aber es wandelt sich | | | 4 |
| | | Ja, Frauen verlangen mehr bzw. machen weniger Karriere | | | 7 |
| | 07. Wissenschaftliche Def. Bewertung | | | | 0 |
| | | Muss jeder für sich bewerten und umsetzen | | | 3 |
| | | Wird schon stimmen | | | 1 |
| | | Ist gut und umsetzbar | | | 4 |

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|---|-----------------------------|----|
| | | Ist gut, aber nicht umsetzbar | | | 3 |
| | | Sehe ich ganz anders, nämlich | | | 0 |
| | 08. Chancen durch erhöhte Vereinbarkeit sind... | | | | 9 |
| | 08.1 Voraussetzungen für Vereinbarkeit | | | | 1 |
| | 09. Schwierigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen sind... | | | | 0 |
| | | 09.01. Mitarbeiterseite | | | 0 |
| | | | Ansehen in der Gesellschaft | | 3 |
| | | | Karrierehindernisse | | 8 |
| | | | Neid unter Mitarbeitenden | | 12 |
| | | 09.02. Chefseite | | | 0 |
| | | | Finanzielles | | 4 |
| | | | Finanzielles Gegenansicht | | 1 |
| | | | Gibt es nicht | | 1 |
| | | | mangelnde Nachvollziehbarkeit durch Klinikchefs | | 2 |
| | | | Patientengefährdung | | 4 |
| | | | Strukturelles | | 0 |
| | | | | Dual-Career-Bestrebungen | 1 |
| | | | | Stellenkürzungen | 1 |
| | | | | Arbeitszeiten in der Klinik | 4 |

| | | | | | |
|--|---|--|------------------------------|-------------------------------------|----|
| | | | | mangelnde Kinderbetreuung | 4 |
| | | | | Raum-, Platzprobleme | 1 |
| | | | | Fachspezifische Unterschiede | 3 |
| | | | | Stellen-, Überbrückungsorganisation | 8 |
| | | | | Lange Ausbildungsdauer | 1 |
| | | | | Tarifvertrag | 2 |
| | | | Strukturelles - Gegenansicht | | 10 |
| | | 09.03. Beide Seiten | | | 0 |
| | | | Gesetzliche Regelungen | | 8 |
| | | | Klinikumsvorstand, PA | | 5 |
| | 10. Eingeführte Maßnahmen für eine Verbesserung | | | | 0 |
| | | Mentorenprogramm, Rolemodels | | | 4 |
| | | Flexibilität | | | 5 |
| | | Familienfreundliches Bewusstsein | | | 18 |
| | | Planbare, familienfreundliche Arbeitszeiten und Verträge | | | 8 |
| | | Flexible Arbeitszeiten in der Forschung | | | 4 |
| | | Teilzeitarbeitsplätze | | | 16 |
| | | Arbeiten von zu Hause aus | | | 3 |
| | | Sonstige | | | 5 |
| | | Keine | | | 0 |
| | 11. Geplante Maßnahmen für | | | | 0 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | eine Verbesserung | | | | |
| | | Vorschläge für Maßnahmen | | | 12 |
| | | Flexible Arbeitszeiten in der Forschung | | | 0 |
| | | Teilzeitarbeitsplätze | | | 2 |
| | | Arbeiten von zu Hause aus | | | 0 |
| | | Sonstige | | | 0 |
| | | Keine | | | 4 |
| | 12. Handlungsbedarf zur Verbesserung der Vereinbarkeit? | | | | 0 |
| | | Ja, nämlich... | | | 17 |
| | | Nein | | | 2 |
| | 13. Nachwuchs-, Ärztemangel | | | | 0 |
| | | Das wird sich selber regulieren | | | 1 |
| | | Begründung | | | 0 |
| | | Man merkt eine Negativtendenz | | | 1 |
| | | Ja | | | 5 |
| | | Bei uns nicht, aber woanders | | | 4 |
| | | Nein, Kliniken brauchen gar nicht so viele Ärzte | | | 1 |
| | 14. Grundlagen für eine Karriere am MRI | | | | 12 |
| | 15. drei wichtigsten Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit | | | | 0 |

| | | | | | |
|-----------|---|---|--|--|----|
| | | Kinderbetreuung verbessern | | | 9 |
| | | Flexibilität | | | 5 |
| | | Wertschätzung von Familie | | | 2 |
| | | geregelte Arbeitszeiten | | | 2 |
| | | Motivation, Aufklärung von Frauen | | | 3 |
| | | Telearbeit | | | 2 |
| | | finanzieller Ausgleich/Anreiz für die Chefs | | | 3 |
| | | Sonstige | | | 9 |
| B, Pflege | | | | | 0 |
| | 01. Pflege ein Thema in Ihrer Klinik | | | | 0 |
| | | Ja | | | 13 |
| | | Nein | | | 4 |
| | 02. Angebote für pflegende Angehörige | | | | 0 |
| | | Ja, nämlich... | | | 1 |
| | | Weiß nicht | | | 0 |
| | | Nein, aber flexible Lösungsansätze | | | 6 |
| | | Nein | | | 1 |
| | 03. Akzeptanz von Eldercare vs. Kinderbetreuung | | | | 0 |
| | | Ja, genauso | | | 9 |
| | | Weiß nicht | | | 1 |
| | | Nein | | | 1 |
| | 03.1. Engagement für Kinder größer als für Eltern | | | | 1 |
| | 04. 10-Tages-Regelung für kranke Kinder vs. | | | | 0 |

| | | | | | |
|----------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--|----|
| | Eltern:ungerecht ? | | | | |
| | | Sollte umgesetzt werden | | | 8 |
| | | Sonstiges | | | 4 |
| | | Finanzielles Problem | | | 1 |
| | | Ist mir egal | | | 0 |
| | 05. Schwierigkeiten | | | | 3 |
| | 06. Gesellschaftliche Aspekte | | | | 1 |
| C, Instrumente | | | | | 0 |
| | 01. Handbuch der BÄK | | | | 0 |
| | | 1.1 Kenntnis | | | 0 |
| | | | Ja | | 2 |
| | | | Schon einmal gehört | | 1 |
| | | | Nein | | 11 |
| | | 1.2 Bewertung | | | 0 |
| | | | Finde ich gut, weil... | | 8 |
| | | | teils, teils | | 5 |
| | | | Davon halte ich nichts, weil... | | 0 |
| | | 1.3 Nutzen | | | 0 |
| | | | Würde ich mal reinschauen | | 4 |
| | | | Würde ich verwenden, weil... | | 2 |
| | | | Würde ich nicht verwenden, weil... | | 4 |
| | 02. DFG Gleichstellungsstandards | | | | 0 |
| | | 2.1 Kenntnis | | | 0 |
| | | | Ja | | 10 |

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------|--|--|----|
| | | | Schon einmal gehört | | 3 |
| | | | Nein | | 2 |
| | | 2.2 Bewertung | | | 0 |
| | | | Finde ich gut, weil... | | 10 |
| | | | teils, teils | | 1 |
| | | | Davon halte ich nichts, weil... | | 2 |
| | | 2.3 Nutzen | | | 0 |
| | | | Würde ich verwenden, weil... | | 0 |
| | | | Würde ich nicht verwenden, weil... | | 2 |
| | 03. Audit Beruf und Familie | | | | 0 |
| | | 3.1 Kenntnis | | | 0 |
| | | | Ja | | 2 |
| | | | Schon einmal gehört | | 3 |
| | | | Nein | | 10 |
| | | 3.2 Bewertung | | | 1 |
| | | | Finde ich gut, weil... | | 5 |
| | | | teils, teils | | 4 |
| | | | Davon halte ich nichts, weil... | | 5 |
| | | 3.3 Nutzen | | | 0 |
| | | | Würde ich verwenden, wenn jemand es mir sagt | | 2 |
| | | | Würde ich verwenden, weil... | | 9 |
| | | | Würde ich nicht verwenden, weil... | | 7 |
| D, Best Practice Example | | | | | 0 |

| | | | | | |
|--|--|--|------------------------|--|----|
| | 1. Anreize bieten/ Verleihung eines Preises | | | | 0 |
| | | 1.1 Kenntnis | | | 0 |
| | | | Ja | | 0 |
| | | | Schon einmal gehört | | 1 |
| | | | Nein | | 10 |
| | | 1.2 Bewertung | | | 0 |
| | | | Finde ich gut | | 6 |
| | | | teils, teils | | 2 |
| | | | Davon halte ich nichts | | 8 |
| | | 1.3 Eigene Umsetzung möglich | | | 0 |
| | | | Ja, weil... | | 5 |
| | | | Nein, weil... | | 2 |
| | 2. Richtlinie "fairer Umgang" | | | | 0 |
| | | 2.1 Kenntnis | | | 0 |
| | | | Ja | | 6 |
| | | | Schon einmal gehört | | 0 |
| | | | Nein | | 6 |
| | | 2.2 Bewertung | | | 0 |
| | | | Finde ich gut | | 10 |
| | | | Teils, teils | | 3 |
| | | | Davon halte ich nichts | | 1 |
| | | 2.3 Eigene Umsetzung möglich | | | 0 |
| | | | Ja, weil... | | 3 |
| | | | Nein, weil... | | 1 |
| | | 2.4 Erfahrungen mit solchen Themen in der Klinik | | | 0 |
| | | | Ja, diese... | | 6 |
| | | | Nein | | 6 |
| | | 2.5 Kenntnis der Dienstvereinb | | | 0 |

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|----------------------------|----|
| | | arung am MRI | | |
| | | | Ja, ... | 6 |
| | | | Nein | 3 |
| | | 2.6 Bewertung der Dienstvereinb arung am MRI | | 0 |
| | | | Finde ich gut | 2 |
| | | | Teils, teils | 5 |
| | | | Davon halte ich nichts | 4 |
| | | 2.7 Umsetzung der Dienstvereinb arung am MRI möglich | | 0 |
| | | | Ja, weil... | 7 |
| | | | Nein, weil... | 1 |
| | 3. UKM Kindertagesstätt e | | | 0 |
| | | 3.1 Kenntnis | | 0 |
| | | | Ja | 4 |
| | | | Schon einmal gehört | 1 |
| | | | Nein | 2 |
| | | 3.2 Bewertung der Einrichtung | | 0 |
| | | | Finde ich gut | 9 |
| | | | Teils, teils | 0 |
| | | | Davon halte ich nichts | 0 |
| | | 3.3 Bewertung des finanziellen Benefits | | 0 |
| | | | Kann ich mir vorstellen | 14 |
| | | | Glaube ich nicht | 0 |
| | | 3.4 Umsetzung | | 0 |

| | | | | |
|---------------------|---|---|---|----|
| | | am MRI möglich | | |
| | | | Ja | 1 |
| | | | Teils, teils | 0 |
| | | | Nein, weil... | 1 |
| | 4. Telearbeit | | | 0 |
| | | 4.1 Kenntnis | | 0 |
| | | | Ja | 3 |
| | | | Schon einmal gehört | 0 |
| | | | Nein | 0 |
| | | 4.2 Bewertung | | 0 |
| | | | Finde ich gut | 4 |
| | | | Teils, teils | 9 |
| | | | Davon halte ich nichts, weil... | 5 |
| | | 4.3 Eigene Umsetzung möglich | | 0 |
| | | | Ja | 7 |
| | | | Teils, teils | 6 |
| | | | Nein, weil... | 2 |
| E, Sonstige s | | | | 0 |
| | 1. GAP bei Frauen zwischen Promotion und Habil. Warum? | | | 0 |
| | | Mangelnde Auslandserfa hrung | | 1 |
| | | Sonstiges | | 6 |
| | | Interessen liegen auf Familie und Freizeit | | 3 |
| | | Der Willen fehlt (sich das anzutun) | | 7 |
| | | | Kinder/ Rollenvertei lung in der Familie | 7 |
| | 3. Befragung der MA durch einen FB in Ordnung? | | | 15 |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|--|----|
| F, Außerhalb des Fragebo- gens | | | | | 0 |
| | Über die Studie | | | | 2 |
| | Verhältnis Chef - Mitarbeitende | | | | 1 |
| | Bewerungskrite- rien | | | | 0 |
| | | Sonstiges | | | 3 |
| | | Geschlecht spielt keine Rolle | | | 2 |
| | | Froh um jeden Mann, hat schon so viel Frauen | | | 2 |
| | | Forschungsst- ärke | | | 2 |
| | 1. Daten und Zahlen | | | | 20 |
| | 2. Kultur/ Bewusstsein | | | | 12 |
| | 3. Quotenregelung | | | | 6 |
| | 4. Anonymisierte Bewerbungen | | | | 1 |
| | | | | | 0 |