

# Technische Universität München

Fakultät für Medizin

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## **Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin - gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?**

Monika Martina Stephanie Hanika

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.- Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. J. S. J. Diehl-Schmid
2. Univ.- Prof. Dr. M. B. Kiechle

Die Dissertation wurde am 01.10.2014 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.03.2015 angenommen.

## Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
1.1. Die aktuelle Situation des Arztberufs.....	1
1.2. Frauen in der Medizin.....	2
1.3. Ziel der Studie .....	4
<b>2. Methodik</b> .....	5
2.1. Der Fragebogen .....	5
2.2. Vorgehensweise .....	5
2.3. Statistische Auswertungen und Qualitätskontrolle.....	6
<b>3. Ergebnisse</b> .....	7
3.1. Beschreibung der Grundgesamtheit, Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten .....	7
3.1.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen.....	7
3.1.2. Abitur, Studium und Promotion .....	10
3.1.3. Klinische Tätigkeit.....	10
3.1.4. Forschung .....	14
3.1.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen und Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz.....	18
3.1.5.1. <i>Arbeitszufriedenheit</i> .....	18
3.1.5.2. <i>Persönliche Berufskompetenzen</i> .....	20
3.1.5.3. <i>Laufbahnrelevante Einstellungen</i> .....	22
3.1.5.4. <i>Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz</i> .....	23
3.2. Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition: Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	25
3.2.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition .....	25
3.2.2. Abitur, Studium und Promotion der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition .....	28
3.2.3. Klinische Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition .....	28

3.2.4. Forschung der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition ....	29
3.2.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen, Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition .....	34
3.2.5.1. Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition	34
3.2.5.2. Persönliche Berufskompetenzen und laufbahnrelevante Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition .....	35
3.2.5.3. Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition.....	38
3.3. Vergleich der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition ...	40
3.3.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	40
3.3.2. Abitur, Studium und Promotion der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	43
3.3.3. Klinische Tätigkeit der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	43
3.3.4. Forschung der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition.....	45
3.3.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen, Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	47
3.3.5.1. Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition	47
3.3.5.2. Persönliche Berufskompetenzen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	48
3.3.5.3. Laufbahnrelevante Einstellungen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition .....	49
3.3.5.4. Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition.....	51
3.4. Warum gibt es so wenige Frauen in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin? .....	53
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>55</b>
4.1. Interpretation der Ergebnisse .....	55
4.1.1. Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin .....	55
4.1.2. Beruflich erfolgreich und trotzdem Familie - Frauen in der Medizin. ....	60
4.1.3. Traditionelle Rollen und Klischees.....	61

4.2. Vergleich mit anderen Studien und Statements .....	63
4.3. Konklusion.....	68
<b>5. Zusammenfassung .....</b>	<b>70</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>72</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>73</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>74</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>77</b>

## Verzeichnis der Abkürzungen

<b>apl.</b>	außerplanmäßig
<b>DFG</b>	Deutsche Forschungsgemeinschaft
<b>DGGG</b>	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>EB.</b>	Eigener Beitrag
<b>KKF</b>	Kommission für Klinische Forschung
<b>N</b>	Größe der Gruppen
<b>n</b>	Anzahl der gültigen Antworten
<b>n.s.</b>	nicht signifikant
<b>p</b>	p-Wert eines statistischen Tests
<b>rdl</b>	Klinikum rechts der Isar
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>vs.</b>	versus

# 1. Einleitung

## 1.1. Die aktuelle Situation des Arztberufs

Ein Thema, das immer häufiger in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerät, ist der Ärztemangel in deutschen Krankenhäusern. Jährlich gehen rund 8000 Mediziner in den Ruhestand. Nur etwa 7000 Absolventen des Medizinstudiums rücken nach. Von diesen entscheiden sich 20,0% gegen den Arztberuf. 38,5% der Ärztinnen und Ärzte sind momentan über 50 Jahre, 11,8% sogar über 60 Jahre. Ihr Anteil wird in den kommenden Jahren noch stärker ansteigen. Statt den Prognosen entgegenzuwirken wurden im Jahr 2002 die Studienplätze im Rahmen der Reformierung der Approbationsordnung sogar verringert, so dass es im Jahr 2009 in den Krankenhäusern rund 4000 unbesetzte ärztliche Stellen waren. Verschärfend kommt noch die Anzahl der Ärzte hinzu, die der Heimat den Rücken kehren. Im Jahr 2008 beschlossen 2.439 Mediziner, sich im Ausland eine neue Existenz aufzubauen. Der hohe Frauenanteil der Nachwuchsmediziner und die damit häufig verknüpfte Teilzeitarbeit erfordern darüber hinaus zusätzliches ärztliches Personal, um die einzelnen Stellen vollständig zu besetzen. Die stetige Zunahme des medizinischen Versorgungsbedarfs wegen des höheren Durchschnittsalters der Bevölkerung sowie der höheren Lebenserwartung dank des medizinischen Fortschritts führen zusätzlich zu einer Zuspitzung der Situation. (Flintrop, J., 2009)

Kompensiert wird der Mangel nur teilweise durch Ärzte aus dem Ausland (Voltmer, E., Spahn, C., Westermann, J., 2009). Folglich wächst die Belastung der einzelnen Ärzte die anfallende Arbeit zu erledigen (Flintrop, J., 2009).

Laut einer Studie des Instituts für Freie Berufe in Nürnberg 2007 sind zwei Drittel der Mediziner mit ihrer Situation unzufrieden. Der Idealismus der Medizinabsolventen wird häufig durch den Klinikalltag gebremst: zu wenig Zeit für die Patienten und zunehmend weniger Autonomie in ärztlichen Entscheidungen wird kritisiert. Dazu trägt in hohem Maße die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Gesundheitssystem bei. Wirtschaftliche Vorgaben durch die Kliniken geraten in Konflikt mit den Idealen der Mediziner. Zudem werden die Arbeitsüberlastung, der dadurch entstehende Zeitdruck und schlechtes Arbeitsklima beklagt. Zu den schon genannten Punkten kommen häufig die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die unregelmäßigen Arbeitszeiten, die das psychische Befinden der Ärzte beeinträchtigen. Rund die Hälfte der Mediziner weist Symptome eines Burn-out-Syndroms auf. (Merz, B., Oberlander, W., 2008)

Länder wie die USA und Kanada veranstalten schon seit den 70er Jahren Kongresse zum Thema Ärztegesundheit. Seit ein paar Jahren sind auch Großbritannien, Spanien, Australien,

Neuseeland und die skandinavischen Länder stärker daran interessiert, ihre Mediziner nicht durch Überlastung zu verlieren. In Deutschland gibt es noch äußerst wenig Stimmen zu diesem Thema. Die ins Ausland abwandernden Ärzte nennen als Hauptgrund für ihre Entscheidung die Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation. (Voltmer, E., Spahn, C., Westermann, J., 2009)

Sogar die Universitätskliniken bleiben von der Personalknappheit nicht verschont. Hier stellt sich die Situation etwas anders dar. Das Aufgabenfeld einer Universitätsklinik (und ihrer ärztlichen Mitarbeiter) gliedert sich in die drei Bereiche Patientenversorgung, Forschung und Lehre. Beklagt wird allerdings: „das System sei in eine Schiefelage geraten“ (Gerst, T., Hibbeler, B., 2012).

Die meisten Mediziner an einer Universitätsklinik verbringen den Großteil ihrer Arbeitszeit mit der Patientenversorgung, welche bekanntermaßen aufwendig ist (ebd.). Dazu kommen noch „ökonomische Restriktionen“, der „wachsende Kostendruck auf die Kliniken und Praxen“ sowie immense „bürokratische Vorgaben“ (Merz, B., Oberlander, W., 2008).

Stellen werden eingespart und die wenigen Ärzte müssen immer mehr leisten. Zusätzlich wird von den Ärzten an der Universitätsklinik nun gefordert, sich in Lehre und Forschung einzubringen. Gerade für letztere bleibt aber oft wenig Zeit. Forschung *nach Feierabend*, an Wochenenden und im Urlaub stellt daher keine Seltenheit dar (Gerst, T., Hibbeler, B., 2012). Da die Work-Life-Balance eine zunehmend wichtige Rolle in unserer Gesellschaft einnimmt, sind viele Ärzte nun nicht mehr bereit, ihre Freizeit nach der Forschung auszurichten. Doch scheint es noch weitere Gründe für den Medizinermangel im wissenschaftlichen Sektor zu geben. Das zeigt die reduzierte Nutzung bezahlter Forschungsstellen, beispielsweise sogenannter Gerok-Stellen der DFG. Hinderlich ist sicherlich die mangelnde Anrechnung der Forschungszeit auf die Facharztweiterbildung, welche für viele junge Ärzte Priorität hat. Hinzu kommt die schlechte Planbarkeit einer wissenschaftlichen Karriere. Die klinische Karriere hat diesbezüglich Vorteile, ist häufig übersichtlicher und darüber hinaus lukrativer. Hinzu kommt die Verlockung an ein nicht universitäres Haus zu gehen, mit angemessener Bezahlung und ohne Dreifachbelastung. (Gerst, T., Hibbeler, B., 2012)

## 1.2. Frauen in der Medizin

Am 20.04.1899 beschloss der Deutsche Bundesrat, Frauen erstmals zum Medizinstudium und zu den Prüfungen zuzulassen. Nur zwei Jahre später absolvierte Ida Democh als erste Frau ihr Staatsexamen in Halle. (Probst, E., 2001)

Heute haben sich die Verhältnisse geändert: im Jahr 2010 waren 62,6% der Studienanfänger weiblich, 56,1% der Promotionen wurden von Ärztinnen verfasst (Gerst, T., Hibbeler, B.,

2012). Die Frauen hatten innerhalb des letzten Jahrhunderts die Medizin erobert. Trotzdem ist die Verteilung auf die einzelnen Positionen sehr unterschiedlich und die Führungspositionen sind überwiegend von Ärzten besetzt. Nur knapp eine von zehn Chefarztstellen wird von einer Medizinerin geleitet (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011).

Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten sind in ihrem Berufsverlaufsmuster zu finden. Während die Ärzte häufig einen kontinuierlichen Weg zur Oberarzt- beziehungsweise Chefarztposition durchlaufen, ist der Werdegang der Ärztinnen oftmals durch Unterbrechungen gekennzeichnet. Die Gründe sind unterschiedlichen Ursprungs, starken Anteil haben jedoch Geburten und die Aufgaben in der Familie. (Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., 2003)

Auch in der Wissenschaft zeichnet sich ein unterschiedliches Verteilungsmuster von Medizinerinnen und Medizinerinnen ab: 2010 wurden nur 21,7% der Habilitationen von Ärztinnen verfasst und sie hatten nur 15,2% der Professuren (Gerst, T., Hibbeler, B., 2012). Die Zahl der Frauen auf den höheren wissenschaftlichen Karrierestufen ist somit nach wie vor niedrig. Auf eine Wissenschaftlerin kommen rund zwei Wissenschaftler (Kaczmarczyk, G., Ludwig, K., 2007, S. 5, 16).

Diesem Umstand soll mit spezifischen Fördermaßnahmen entgegen gewirkt werden. Die meisten medizinischen Fakultäten in Deutschland besitzen zu diesem Zweck mittlerweile Frauenförderpläne. Forschungsförderungen wie zum Beispiel Habilitationsstipendien sollen den Ärztinnen zudem eine wissenschaftliche Karriere ermöglichen, wobei diese, laut einer Studie an den 35 deutschen medizinischen Fakultäten in den Jahren 2001 und 2005, noch beschränkt angeboten werden. Obwohl eine Zunahme zu verzeichnen war, boten im Jahr 2005 nur 31% der Fakultäten den Wissenschaftlerinnen Stipendien zur Habilitation an. Die Anzahl der Gleichstellungsbeauftragten hingegen, die sich vor allem dafür einsetzen sollen, dass der Anteil der Frauen auf den höheren klinischen und wissenschaftlichen Karrierestufen zunimmt, nahm in den Vergleichsjahren deutlich zu. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass nur rund die Hälfte aller Gleichstellungsbeauftragten zur Erledigung ihrer Aufgaben freigestellt wurden. (Kaczmarczyk, G., Ludwig, K., 2007, S.1, 17 f.)

Um den Frauen die benötigte Forschungszeit zu gewährleisten muss außerdem die Versorgung der Kinder sichergestellt werden. Der Ausbau von klinikinternen Kinderbetreuungen dient diesem Zweck. 69% der Universitätskliniken konnten 2005 schon eine eigene Einrichtung vorweisen mit dem Ziel, weitere Möglichkeiten zu schaffen. Das sei auch nötig, da laut der Umfrage die Anfrage nach Plätzen immer noch wesentlich höher war als das Angebot. Beklagt wurden außerdem die unflexiblen Öffnungszeiten. 90% der Kinderbetreuungen öffneten zwar vor bzw. um sieben Uhr, die Hälfte aller Einrichtungen

schloss hingegen schon vor bzw. um siebzehn Uhr. Wochenendbetreuung wurde nur selten und unregelmäßig angeboten. (Ebd., S. 13, 21)

Noch gravierender ist die Situation an peripheren Krankenhäusern. Eine Umfrage an allen deutschen Kliniken zeigte, dass nur die wenigsten eine eigene Kinderbetreuung anbieten konnten und dies häufig mit zu wenigen Plätzen (Bühren, A., Dettmer, S., 2006).

Um Chancengleichheit für die Ärztinnen hinsichtlich einer wissenschaftlichen Karriere zu schaffen ist auch eine Zunahme des Frauenanteils in den Habilitations- und Berufungskommissionen notwendig. Nur wenige Fakultäten hatten laut den Ergebnissen der Studie 2001 und 2005 die Voraussetzung für ein ausgeglichenes Verhältnis in den Kommissionen geschaffen. (Kaczmarczyk, G., Ludwig, K., 2007, S. 17 f.)

Der hohe Frauenanteil im Medizinstudium, der berufliche Werdegang der Frau, die damit verbundene Frage nach Gleichberechtigung und die Kombination von Beruf und Familie werden nicht nur gesellschaftspolitisch diskutiert. Boulevardblätter wie die *Brigitte* versuchen den Frauen Antworten auf Fragen bezüglich „Bildung, Männer, Kinder und Karriere“ zu geben (Brigitte Studie, 2008, S. 1).

Für Ärztinnen gibt es nun sogar eine eigene Zeitschrift: *XX- Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin*. Diese beschäftigt sich intensiv mit den Bedürfnissen der Ärztinnen, ihren Rechten, Genderaspekten, Einkommen, Familie und Karriere. (EB., 2012)

### **1.3. Ziel der Studie**

Über die Ambition der Ärztinnen, überhaupt eine wissenschaftliche Karriere anzustreben, gibt es bislang keine Untersuchungen. Woran die Unterrepräsentanz der Ärztinnen in den führenden wissenschaftlichen Positionen liegt ist bisher unklar. Sind es strukturelle und/ oder familiäre Rahmenbedingungen, welche die Medizinerinnen an einer erfolgreichen Karriere hindern? Inwieweit spielt die Frage nach der Gleichberechtigung eine Rolle? Liegt es an fehlender Motivation der jungen Ärztinnen oder an dem Verlagern des Schwerpunkts auf private Belange? Möglicherweise gibt es weitere Aspekte, die bisher noch keine Beachtung gefunden haben. Um diese Fragen zu beantworten, wurden die ärztlichen Mitarbeiterinnen am *Klinikum rechts der Isar* mittels eines strukturierten Interviews befragt. Auch die ärztlichen Mitarbeiter sollten berücksichtigt werden, um etwaige Unterschiede heraus zu finden.

## 2. Methodik

### 2.1. Der Fragebogen

Der standardisierte Fragebogen wurde in einer Kooperation zwischen der medizinischen Fakultät der Technischen Universität München und der soziologischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München entwickelt. Er beinhaltet Fragen zu Herkunft, Partnerschaft, Kinder, familiären Rahmenbedingungen, Studium sowie die klinische und wissenschaftliche Tätigkeit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Darüber hinaus wurden Fragen zur Arbeitszufriedenheit, den laufbahnrelevanten Einstellungen, den persönlichen Berufskompetenzen, den Forschungsbedingungen und Forschungskompetenzen sowie zu ihrer Meinung nach dem niedrigen Frauenanteil in höheren wissenschaftlichen Positionen gestellt. Die Fragen orientierten sich zum Teil an der „Ärztinnenstudie 2002“ an den Universitätskliniken Landeskrankenhaus Innsbruck (Hochleitner, M., 2003). Zum anderen ergaben die Ergebnisse eines Interviews mit offenen Fragen von Frauen in Führungspositionen verglichen mit einfachen Mitarbeiterinnen in der Dienstleistungs- und Produktionsbranche wertvolle Anregungen (Henn, M., 2009). Desweiteren wurde das „Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung“ (BIP) von Rüdiger Hossiep und Michael Paschen zur Erhebung quantitativer Daten („Persönliche Berufskompetenz“) integriert (Hossiep, R., Paschen, M., 2009). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden geschlossene Fragetechniken verwendet, die die Antwortmöglichkeiten entweder durch Ankreuzen oder durch die einfache Angabe eines Wortes oder einer Zahl eingrenzten. Zu diesem Zweck wurden die Fragen wie auch die Antwortmöglichkeiten klar definiert (siehe Fragebogen im Anhang).

### 2.2. Vorgehensweise

Zur Datenerhebung wurden Ende Januar 2011 an alle 689 ärztlichen Mitarbeiter des *Klinikums rechts der Isar* Fragebögen sowie ein Anschreiben, das zur Teilnahme ermutigte, persönlich oder via Hauspost verteilt. Die Leiter der einzelnen medizinischen Kliniken wurden gebeten, in den Morgenkonferenzen auf die Studie aufmerksam zu machen, die Ziele der Studie zu erläutern und die Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit zu bestärken. Nach 3 Wochen wurden die einzelnen Fachbereiche noch einmal an die Umfrage erinnert und zum Ausfüllen der Bögen motiviert. In einzelnen Fachdisziplinen war der Rücklauf höher als in anderen, so dass letztere nach weiteren 4 Wochen noch einmal gezielt aufgesucht und zur Beteiligung

an der Studie aufgefordert wurden. Anfang April 2011 wurde die Erhebung der Daten abgeschlossen.

### **2.3. Statistische Auswertungen und Qualitätskontrolle**

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Programm SPSS Statistics Version 19. Zunächst wurden die gewonnenen Informationen aus den Fragebögen in das Programm eingegeben. Vor der Eingabe erfolgte die erste Qualitätskontrolle in Form der Überprüfung der formalen Richtigkeit sowie der inhaltlichen Plausibilität der einzelnen Bögen. Mithilfe der deskriptiven Statistik wurden in einem zweiten Schritt die Antworten der Grundgesamtheit der Befragten ausgewertet. Anhand von Mittelwert, Minimum, Maximum, Standardabweichung und Häufigkeitsverteilungen wurde versucht, extreme Werte herauszufiltern. Diese wurden in den Fragebögen noch einmal kontrolliert, um eventuelle Eingabefehler zu minimieren. Zudem erfolgte eine zweite Plausibilitätskontrolle, in der die Stimmigkeit der Ergebnisse in der Gesamtheit diskutiert wurde. Im Anschluss wurden die zu untersuchenden Gruppen gebildet und auf Unterschiede hin untersucht. Zum einen wurde die Gesamtheit der Ärztinnen mit der Gesamtheit der Ärzte verglichen. Um mehr über die Ärzte mit wissenschaftlichen Karriereambitionen zu erfahren, wurden die Angaben von Ärztinnen und Ärzten verglichen, die von sich angegeben hatten, wissenschaftliche Karriereambitionen zu haben. Drittens wurden die Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition mit denen ohne wissenschaftliche Karriereambition verglichen. Um die jeweiligen Gruppen miteinander zu vergleichen, wurden für quantitative Merkmale die Mittelwerte und Standardabweichungen, für kategoriale Merkmale absolute und relative Häufigkeiten berechnet. Zum Test auf Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen wurde der t-Test für unabhängige Stichprobe verwendet. Unterschiede bezüglich relativer Häufigkeiten kategorialer Merkmale wurden anhand des Chi-Quadrat-Tests bewertet. Für alle Tests wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  verwendet. Die Auswahlfragen „trifft sehr zu“, „trifft eher zu“, „trifft weniger zu“, „trifft gar nicht zu“ bzw. „sehr wichtig“, „eher wichtig“, „weniger wichtig“ und „nicht wichtig“ wurden zum Zwecke der besseren Auswertbarkeit zusammengefasst zu „trifft zu“, „trifft nicht zu“ bzw. „wichtig“, „nicht wichtig“.

## 3. Ergebnisse

### 3.1. Beschreibung der Grundgesamtheit, Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

Von 689 versendeten Interviews kamen 338 (49%) ausgefüllt zurück. 181 Fragebögen (54%) waren von Ärzten ausgefüllt worden, 157 (46%) von Ärztinnen.

#### 3.1.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen

Das durchschnittliche **Alter** der Ärztinnen und Ärzte lag bei  $37,7 \pm 7,9$  Jahren (Minimum 23, Maximum 65 Jahre). Dabei waren die Ärztinnen mit  $36,3 \pm 6,5$  Jahren signifikant jünger als die Ärzte mit  $38,9 \pm 8,7$  Jahren ( $p=0,002$ ).

Desweiteren gab es einen signifikanten Unterschied in der **Dauer der ärztlichen Tätigkeit**. Die Frauen waren erst  $8,8 \pm 6,4$  Jahre, die Männer hingegen  $11,2 \pm 8,8$  Jahre beruflich tätig ( $p=0,009$ ).

82% der Befragten waren **verheiratet** oder in einer **festen Partnerschaft**. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten und Ärztinnen in Bezug auf Scheidungen: knapp 4% der Mediziner aber rund 11% der Medizinerinnen waren geschieden ( $p=0,047$ ). Diesbezüglich lagen die Angaben von 212 Befragten vor.

Bei 85% der Umfrageteilnehmer hatte der **Partner** bzw. die Partnerin ein abgeschlossenes Studium, zu 84% war er bzw. sie berufstätig mit einer mittleren Arbeitszeit von  $41,7 \pm 15,5$  Stunden. Die Ärzte hatten mit 80% seltener eine Partnerin mit abgeschlossenem Studium ( $p=0,010$ ) bzw. mit 76% eine berufstätige Partnerin ( $p<0,001$ ) verglichen mit den Partnern der Ärztinnen, welche zu 91% ein Studium abgeschlossen hatten bzw. zu 94% berufstätig waren. Die Partner der Ärztinnen arbeiteten mit  $48,4 \pm 11,2$  Wochenstunden deutlich mehr als die Partnerinnen der Ärzte mit  $35,1 \pm 16,4$  Stunden pro Woche ( $p<0,001$ ). 57% der Ärztinnen schätzten das Einkommen ihres Partners höher ein als ihr eigenes Einkommen. Dagegen schätzten nur 10% der Ärzte das Einkommen ihrer Partnerinnen als höher ein ( $p<0,001$ ). In ähnlicher Weise unterschied sich die Einschätzung des Prestiges des Berufs der Partner der Befragten. 30% der Ärztinnen aber nur 5% der Ärzte würden dies als höher bezeichnen ( $p<0,001$ ).

149 Teilnehmer der Studie gaben an, Vater oder Mutter von einem bis zu vier **Kindern** zu sein, was 49% der Befragten ausmacht. Dabei ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten. Rechnet man die kinderlosen Antwortenden heraus, zeigt sich, dass die Ärzte  $1,9 \pm 0,8$  und die Ärztinnen  $1,9 \pm 0,7$  Kinder zum Zeitpunkt der Umfrage hatten (mit kinderlosen Befragten: Ärzte  $1,0 \pm 1,1$  Kinder vs. Ärztinnen  $0,9 \pm 1,1$  Kinder). Im Schnitt waren es  $1,6 \pm 0,9$  Kinder pro Familie. Bei 143 der Befragten lebten die Kinder noch im elterlichen Haushalt.

79% der kinderlosen Befragten gaben an, sich **noch Kinder** zu **wünschen**. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich diesbezüglich zwischen den Ärztinnen und Ärzten. Hingegen gaben signifikant mehr Ärztinnen (70%) als Ärzte (48%) an, dass der Kinderwunsch aus beruflichen Gründen zurückgestellt sei ( $p=0,001$ ).

Bei den Befragten mit Kindern kam das erste **Kind** in 14% der Fälle während des Studiums **zur Welt**, beim größten Teil mit 63% während der Facharztausbildung und bei 22% danach. Das zweite Kind kam nur bei 6% der Ärztinnen und Ärzte in der Zeit des Studiums, bei 54% kam es während und bei 40% nach der Assistenzarztzeit. Von den 28 Ärzten, die noch zum dritten Kind Angaben machten, bekamen 43% ihren Nachwuchs während der Facharztzeit, die restlichen 57% danach. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Medizinerinnen und Medizinern hinsichtlich des Zeitpunkts der Geburt der Kinder.

Die Geburten bzw. die Elternzeit **verzögerten** dabei die **Zeit bis zum Facharzt** um durchschnittlich  $11,8 \pm 18,5$  Monate, wobei sich die Zeit bei den Ärztinnen mit  $26,0 \pm 21,6$  Monaten signifikant länger verzögerte als bei den Ärzten mit  $3,2 \pm 8,5$  Monaten ( $p < 0,001$ ). Auch zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf den Zeitraum des Bezugs von Elterngeld bei Geburten nach 2007, das von 83 der Befragten in Anspruch genommen worden war. Die Ärztinnen bezogen dies im Schnitt  $9,4 \pm 5,4$  Monate, die Ärzte hingegen nur  $0,7 \pm 1,6$  Monate ( $p < 0,001$ ).

142 Befragte gaben an, selbst **täglich** durchschnittlich  $3,7 \pm 2,8$  **Stunden mit Haushalt und Kindern** zu verbringen, der Partner hingegen  $6,4 \pm 5,8$  Stunden.

Es zeigte sich, dass die Ärztinnen insgesamt signifikant mehr Zeit dafür investierten als die Ärzte. So verbrachten die Ärztinnen täglich  $5,5 \pm 2,8$  Stunden, die Ärzte dagegen nur  $2,4 \pm 1,9$  Stunden mit häuslichen Tätigkeiten und der Kinderbetreuung ( $p < 0,001$ ). Die Partner der weiblichen Antwortenden investierten nur  $2,8 \pm 2,0$  Stunden, wohingegen die Partnerinnen der Ärzte sogar  $8,8 \pm 6,2$  Stunden täglich den Aufgaben in der Familie sowie im Haushalt widmeten ( $p < 0,001$ ).

Die **Beaufsichtigung der Kinder** im betreuungspflichtigen Alter außerhalb von Kindergarten und Schule stellte sich beim ersten Kind wie folgt dar (Mehrfachnennungen möglich): am häufigsten kümmerte sich der Partner bzw. die Partnerin. Dies gaben 60% der Ärztinnen und 82% der Ärzte mit Kindern an ( $p=0,009$ ), gefolgt von den Befragten selbst (Ärztinnen 82%, Ärzte 41%;  $p<0,001$ ) sowie den Eltern (Ärztinnen 47%, Ärzte 19%,  $p=0,002$ ) und Schwiegereltern. Erst mit deutlichem Abstand folgten Kinderkrippe, Kinderhort, Tagesmutter, Au-pair und „sonstiges“, wobei die Ärztinnen mit 30% signifikant häufiger die Hilfe einer Tagesmutter in Anspruch nahmen als ihre Kollegen mit nur 6% ( $p=0,001$ ).

Im Falle einer **Erkrankung der Kinder** sprangen die Ärztinnen häufiger ein als die Ärzte. 57% der Befragten gaben an, selbst bereit zu stehen im Krankheitsfall des Nachwuchses, wobei sich die Ärztinnen mit 83% signifikant häufiger kümmerten als ihre Kollegen mit nur 36% ( $p<0,001$ ). Der Partner bzw. die Partnerin kümmern sich laut Angaben der Befragten in 71% der Fälle: 56% der Partner der Ärztinnen vs. 80% der Partnerinnen der Ärzte ( $p=0,005$ ). In 31% bzw. 25% wurden die Eltern bzw. Schwiegereltern genannt. Auch bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Die durchschnittlichen Fehltagel im Vorjahr wegen Erkrankung der Kinder wurden mit  $1,1\pm 2,1$  angegeben (Ärztinnen  $1,8\pm 2,9$  vs. Ärzte  $0,7\pm 1,2$ ;  $p=0,006$ ).

Die monatlichen **Kosten der Kinderbetreuung** betragen bei 34% der Antwortenden zwischen 200 und 500 Euro; 17% gaben bis zu 200 Euro aus und weitere 18% bezahlten 500 bis 1000 Euro. 66% der Befragten mit Kindern hatten Schwierigkeiten gehabt, eine geeignete Kinderbetreuung zu finden, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten gab.

23% der Studienteilnehmer gaben an, mehr arbeiten zu wollen, wenn eine umfassendere Kinderbetreuung zur Verfügung stünde. Stärker betroffen waren hier die Frauen, welche dies zu 36% gegenüber 13% bei den Männern geäußert hatten ( $p<0,001$ ).

55 der Ärzte und Ärztinnen mit Kindern hätten **Bedarf an einer Betreuungsmöglichkeit im Klinikum rechts der Isar** (Mehrfachnennungen möglich): 31% würden einen Kindergartenplatz benötigen, weitere 38% eine Kinderkrippe, 25% einen Hortplatz und 39% Ferienbetreuung. Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten zeigten sich nur in punkto Ferienbetreuung: hier hätten die Frauen zu 60% verglichen mit den Männern zu 24% einen höheren Bedarf ( $p<0,001$ ).

7% der Befragten kümmerten sich neben den Kindern um weitere **betreuungspflichtige Personen**.

Probleme bei der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf bejahten 54% der Befragten mit Kindern. Die Möglichkeit zur **Gleitzeit** würden sich 62% der Ärzte und Ärztinnen mit Kindern wünschen. Bei der Frage nach **dem Wunsch zur Teilzeitarbeit**, welche zu 56% befürwortet werden würde, lagen die Ärztinnen mit 76% gegenüber den Ärzten mit 37% vorne ( $p < 0,001$ ).

27% der Antwortenden hatten ihre **ärztliche Tätigkeit jemals unterbrochen** mit einer Zeitspanne von durchschnittlich  $20,1 \pm 22,4$  Monaten. Dabei waren es signifikant mehr Frauen als Männer, die jemals pausiert hatten ( $p < 0,001$ ) ohne signifikanten Unterschied der Dauer. Als Grund (Mehrfachnennungen möglich) wurde bei 85% der Frauen die Kindererziehung angegeben hingegen nur bei 40% der Ärzte ( $p < 0,001$ ). 41% der Männer führten als Ursache einen nicht ärztlichen Beruf auf verglichen mit 9% der Ärztinnen ( $p = 0,002$ ). „Pause“ wurde von 27% der Ärzte bzw. 9% der Ärztinnen genannt ( $p = 0,057$ ), weitere 17% des Gesamtkollektivs nannten Arbeitslosigkeit als Ursache für die Tätigkeitsunterbrechung.

### 3.1.2. Abitur, Studium und Promotion

Die durchschnittliche Abiturnote der Medizinerinnen und Mediziner war  $1,7 \pm 0,5$ . Die durchschnittliche Gesamtnote des Medizinstudiums war  $1,9 \pm 0,6$ . 298 Studienteilnehmer hatten promoviert, was einem Prozentsatz von 89% entspricht. Die Ärztinnen waren im Abitur mit einer Durchschnittsnote von  $1,6 \pm 0,5$  signifikant besser als ihre Kollegen mit  $1,8 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ). Ebenso gab es eine Tendenz dahin, dass die Gesamtnote des Studiums bei den Studentinnen mit  $1,8 \pm 0,6$  etwas besser war als bei den Studenten mit  $1,9 \pm 0,5$  ( $p = 0,060$ ). Dagegen war die Durchschnittsnote der Promotion bei den Ärztinnen signifikant schlechter als bei den Ärzten ( $p = 0,038$ ). So erhielten 19% der Ärzte bzw. 11% der Ärztinnen ein „summa cum laude“, 65% bzw. 64% ein „magna cum laude“, 16% bzw. 24% ein „cum laude“ und 2% der Ärztinnen ein „rite“.

### 3.1.3. Klinische Tätigkeit

49% der Studienteilnehmer hatten eine **abgeschlossene Facharztprüfung**, die Männer mit 62% signifikant häufiger als ihre Kolleginnen mit 38% ( $p = 0,003$ ).

Die Antwortenden setzten sich zusammen aus 63% AssistenzärztInnen, 6% FunktionsoberärztInnen, 22% OberärztInnen und 4% ChefärztInnen. Auch bei der **aktuellen Position** gab es signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ): war die Chefarztposition mit 86% Ärzten eine männliche Domäne, gab es in der Gruppe der OberärztInnen einen Frauenanteil von 31% und bei den FunktionsoberärztInnen von 40%. Anders sah die Verteilung bei den AssistenzärztInnen aus, in dem die Frauen einen Anteil von 55% gegenüber den Männern mit 45% einnahmen.

64% der Befragten waren in einem konservativen, 31% in einem operativen **Fach** tätig. Die Verteilung von Männern und Frauen auf diese zwei Bereiche war signifikant unterschiedlich ( $p < 0,001$ ): so wählten 73% der Ärztinnen, jedoch nur 56% der Ärzte eine konservative Fachrichtung. Die chirurgischen Fächer waren somit männerdominiert. Nur 19% der Frauen gaben an, operativ tätig zu sein verglichen mit 41% der Männer.

Auch in der Wahl der einzelnen **Fachrichtungen** ließen sich signifikante Unterschiede ( $p = 0,004$ ) feststellen. Frauen bevorzugten Fächer wie Anästhesie, Neurologie, Gynäkologie, Pädiatrie und Strahlentherapie, die Ärzte hingegen Chirurgie, Radiologie und Urologie. Keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren in den Fächern Innere Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik feststellbar.

Nur 25% der Antwortenden hatten einen unbefristeten **Vertrag**. Die noch laufende Dauer derer mit befristeten Verträgen belief sich auf rund  $13,7 \pm 10,5$  Monate, wobei sich weder bei der Festanstellung noch bezüglich der Laufzeit des Vertrags Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten. Eine Hausstelle hatten rund 72% aller Befragten, die Ärzte mit 82% jedoch signifikant häufiger als ihre Kolleginnen mit 60% ( $p < 0,001$ ); 15% der Frauen hingegen nur 7% der Männer waren über Drittmittel finanziert ( $p < 0,001$ ). Die restlichen Befragten hatten eine gemischte Stelle oder antworteten mit „weiß nicht“.

11% der Mediziner (1% männlich, 10% weiblich) arbeiteten zwischen 6 und 30 Stunden pro Woche, 77% arbeiteten in Vollzeit, also 40 Stunden und mehr. Die durchschnittliche **wöchentliche Arbeitszeit** war bei den Ärzten mit  $41,8 \pm 3,6$  Stunden folglich höher als bei den Ärztinnen mit  $36,6 \pm 9,2$  Stunden ( $p < 0,001$ ).

Die Frage nach dem ungefähren **monatlichen Bruttoeinkommen** wurde nur von 182 Befragten beantwortet und betrug im Mittel  $4.885 \pm 2.100$  Euro (Minimum 600 Euro, Maximum 20.000 Euro). Mit einem Gehalt von durchschnittlich  $5.748 \pm 2.330$  Euro monatlich hatten die

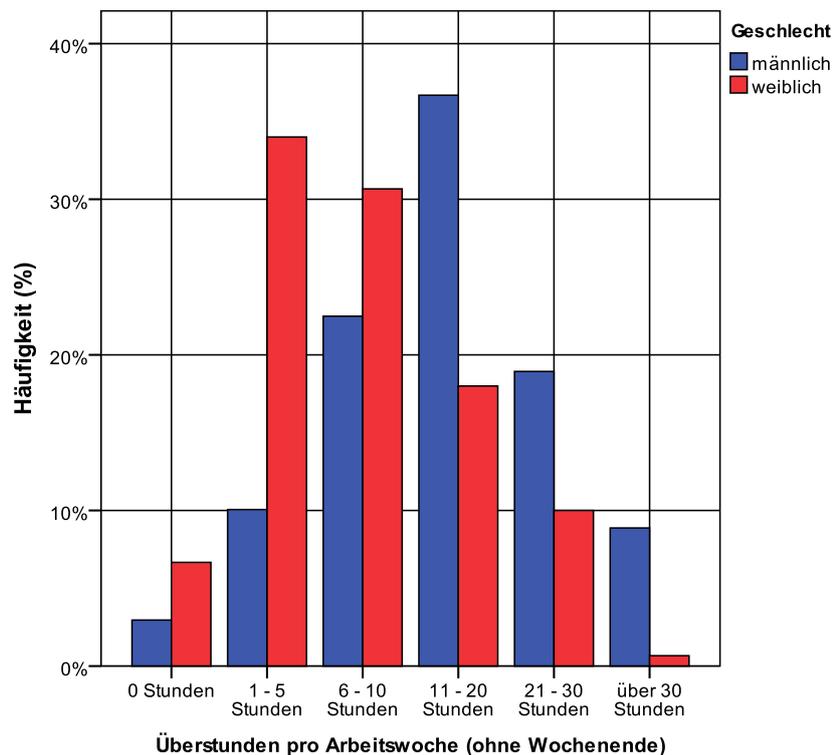
Ärzte jedoch ein signifikant höheres Gehalt als ihre Kolleginnen mit  $4.112 \pm 1.506$  Euro ( $p < 0,001$ ), wobei die längere Wochenarbeitszeit der Ärzte berücksichtigt werden muss. Signifikant mehr Ärzte (39%) als Ärztinnen (19%) bejahten die Tatsache, Zusatzeinkünfte gehabt zu haben ( $p = 0,002$ ). Der Großteil der zusätzlichen Einnahmen beschränkte sich hier auf bis zu 10.000 Euro, nur 7% der Ärzte sowie 3% der Ärztinnen verdienten mehr.

Bezüglich der **Dienste** hatten die Ärzte häufiger Wochenend- sowie Hintergrunddienste pro Monat als ihre Kolleginnen. Der Durchschnitt der Wochenendvisiten lag bei den Ärzten bei  $1,6 \pm 1,6$  bzw.  $1,2 \pm 1,4$  bei den Ärztinnen ( $p = 0,011$ ), der Durchschnitt der Rufbereitschaften bei  $3,0 \pm 4,3$  bzw.  $1,3 \pm 2,8$  ( $p < 0,001$ ). Keinen signifikanten Unterschied gab es bei der ermittelten Anzahl der Nachtdienste, der monatlich bei rund  $2,2 \pm 2,9$  lag.

Darüber hinaus machten die Ärzte signifikant mehr **Überstunden** als ihre Kolleginnen ( $p < 0,001$ ). Nur 7% der Ärztinnen bzw. 3% der Ärzte gaben an, keine oder nur selten Mehrarbeit zu leisten. Der Großteil der Frauen war wöchentlich zwischen 1 und 5 Stunden, die Mehrzahl der Männer zwischen 11 und 20 Stunden länger in der Arbeit beschäftigt als vertraglich vereinbart, ausgenommen ist hier die zusätzliche Zeit, die am Wochenende gearbeitet wurde. Eine detaillierte Aufstellung der Überstunden bietet Abbildung 1.

### Abbildung 1 Gesamtkollektiv - Überstunden pro Arbeitswoche (ohne Wochenende)

In blau die Angabe der Ärzte (n=169); in rot die Angabe der Ärztinnen (n=150);  $p < 0,001$ .



Nur 44% der **Überstunden** wurden finanziell oder per Freizeitausgleich abgegolten, wobei hier kein Unterschied zwischen Männern und Frauen bestand.

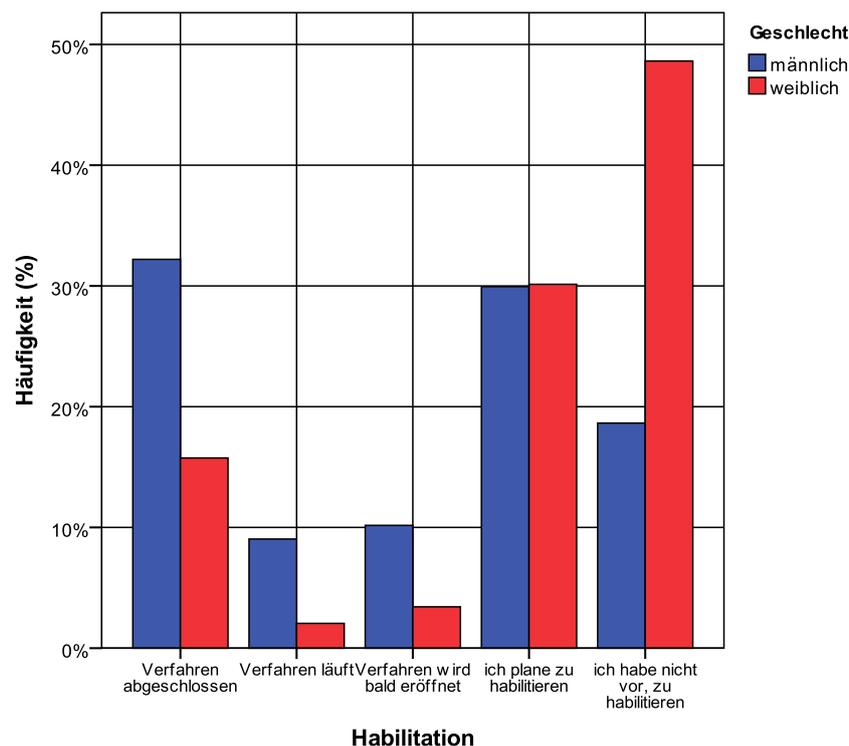
Der Mittelwert des Anteils der **klinischen Tätigkeit** an der Gesamttätigkeit der Befragten lag bei 79% (n=331), wobei die Ärztinnen mit 83% ihrer Arbeitszeit (inklusive Überstunden) verstärkt in der Patientenversorgung tätig waren verglichen mit den Ärzten mit nur 76% ( $p=0,008$ ). Die Frage nach dem Anteil der **wissenschaftlichen Tätigkeit** auf die Gesamtarbeitszeit (inklusive Überstunden) beantworteten 227 Befragte. Hier lag der Mittelwert bei 19%, wobei die Ärzte mit einem Anteil von 21% ihrer Arbeitszeit mehr forschten als ihre Kolleginnen mit 16% ( $p=0,017$ ).

### 3.1.4. Forschung

25% der Antwortenden waren zum Zeitpunkt des Interviews schon **habilitiert**. Bereits im Gange war das Verfahren bei 6% der Mediziner und Medizinerinnen, weitere 7% standen kurz vor der Eröffnung und bei 30% war es zumindest in der Planung. 32% der Befragten gaben an, ein Habilitationsverfahren auszuschließen, wobei der Anteil bei den Ärzten mit 19% deutlich geringer war als bei den Ärztinnen mit 49%. Dafür hatten mit 32% doppelt so viele Männer wie Frauen (16%) habilitiert, bei 19% bzw. 5% lief das Verfahren bereits oder stand kurz vor der Eröffnung. Nur bezüglich der Planung der Habilitation gab es keine Unterschiede, was bei einem Drittel aller Befragten der Fall war. Zusammenfassend zeigte sich in Bezug auf das Habilitationsverfahren ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ( $p < 0,001$ ), siehe Abbildung 2.

#### Abbildung 2: Gesamtkollektiv - Habilitation

In blau die Angabe der Ärzte ( $n=177$ ); in rot die Angabe der Ärztinnen ( $n=146$ );  $p < 0,001$ .



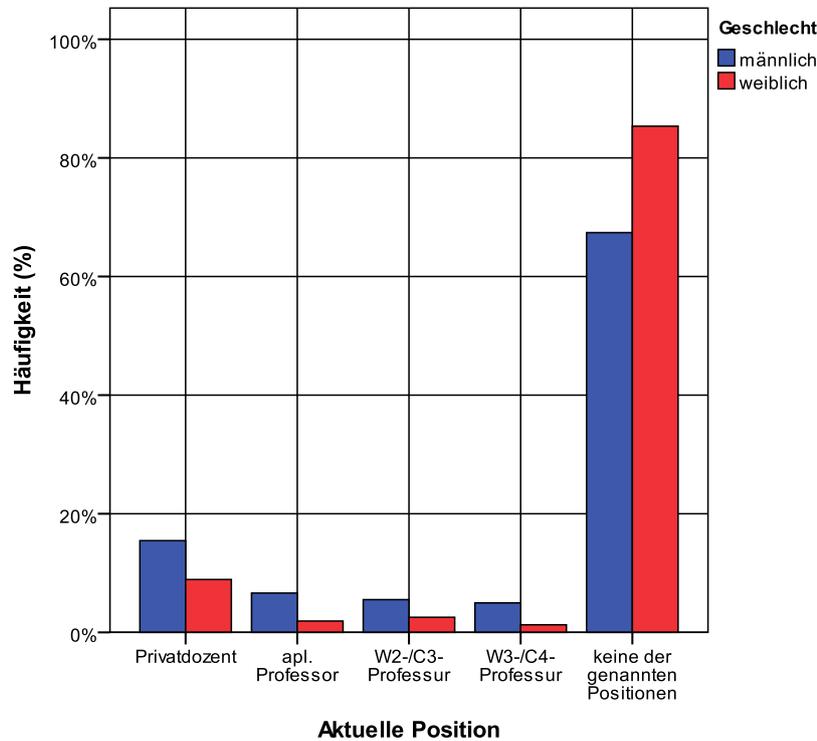
Insgesamt 62% der Ärztinnen, jedoch nur 9% der Ärzte habilitierten mithilfe eines Stipendiums ( $p < 0,001$ ). Ansonsten finanzierten rund 27% der Mediziner ihre Habilitation über Drittmittel, in 42% der Fälle wurde die Arbeitszeit dazu verwendet und in 64% die Freizeit. Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Signifikante Unterschiede zeigten sich auch im Hinblick auf die **aktuelle wissenschaftliche Position** der Befragten ( $p=0,003$ ): 12% der Antwortenden (16% der Männer vs. 9% der

Frauen) waren Privatdozenten, 4% apl. Professoren (7% der Männer vs. 2% der Frauen), 4% W2-/C3-Professoren (6% der Männer vs. 3% der Frauen) und 3% W3-/C4-Professoren (5% der Männer vs. 1% der Frauen).

### Abbildung 3: Gesamtkollektiv - Aktuelle Position

In blau die Angaben der Ärzte (n=181); in rot die Angaben der Ärztinnen (n=157); p=0,003.



Signifikant mehr Männer hatten sich vor dem Zeitpunkt der Umfrage um eine **Professur beworben**. 281 Personen hatten diese Frage beantwortet. So standen 24% der Ärzte 8% der Ärztinnen gegenüber, die diesen Schritt unternommen hatten ( $p < 0,001$ ). Minimal häufiger kamen die Ärzte mit  $1,7 \pm 1,6$  gegenüber den Ärztinnen mit  $1,4 \pm 2,2$  auf einen Listenplatz bzw. mit  $0,9 \pm 1,0$  gegenüber  $0,7 \pm 0,9$  auf Rang 1, was statistisch jedoch nicht unterschiedlich war.

40% der Mediziner machten die Angabe schon einmal „**forschungsfrei**“ gehabt zu haben mit im Durchschnitt  $37,9 \pm 52,7$  Wochen. In 60% war dieses „forschungsfrei“ durch die Station bzw. den Vorgesetzten ermöglicht worden, in 40% durch selbst eingeworbene Drittmittel, in 21% durch ein Stipendium, in 17% durch eine klinikinterne KKF Förderung und in 13% durch die routinemäßige Rotation auf Station. Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt gab es bei keiner der genannten Finanzierungsformen einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen.

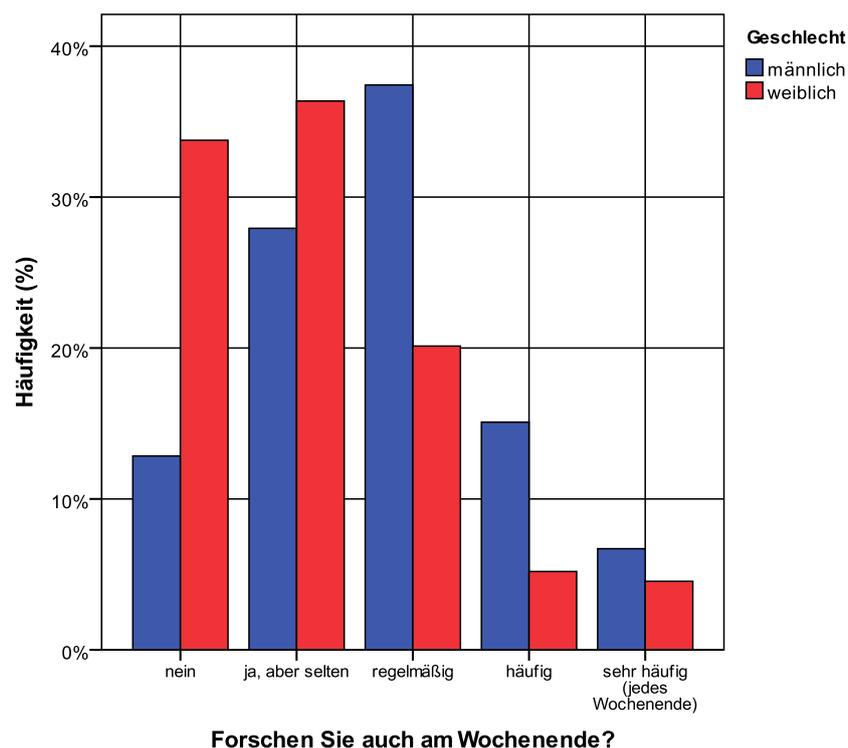
Von 308 auf die Frage antwortenden Mediznern hatten 22% einen **Forschungsaufenthalt im Ausland** absolviert, der im Durchschnitt  $16,0 \pm 15,3$  Monate dauerte.

Finanziert wurde der Auslandsaufenthalt in 67% und somit der Mehrzahl der Fälle durch ein Stipendium. Bei 37% wurde es durch selbst eingeworbene Drittmittel ermöglicht, weitere 34% hatten es selbst oder durch „sonstiges“ finanziert. Insgesamt gab es in diesem Punkt keine Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Auf die Frage ob und wie oft sie am **Wochenende forschen** würden, antworteten nur 23% der Mediziner (13% der Männer bzw. 34% der Frauen) mit „nein“. Bei den übrigen Befragten wurde deutlich, dass die Männer signifikant häufiger das Wochenende für wissenschaftliche Arbeiten nutzten als ihre Kolleginnen (s. Abbildung 4,  $p < 0,001$ ).

#### Abbildung 4: Gesamtkollektiv - Häufigkeit des Forschens am Wochenende

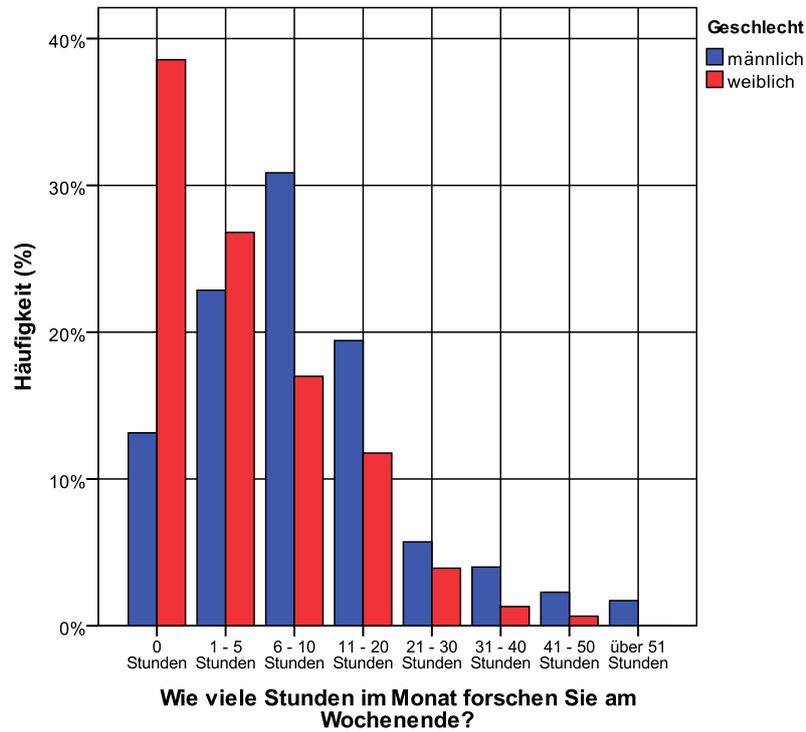
In blau die Angaben der Ärzte ( $n=179$ ); in rot die Angaben der Ärztinnen ( $n=154$ );  $p < 0,001$ .



Auch bei der Frage, wie viel die Mediziner an **Wochenenden forschen**, zeigte sich, dass die Ärzte mehr Zeit dafür aufwendeten als die Ärztinnen. Wieder gaben rund 25% der Mediziner „gar nicht oder selten“ an (39% der Ärztinnen sowie 13% der Ärzte). Alle anderen forschten zwischen 1 und 50 Stunden pro Monat an den Wochenenden ( $p < 0,001$ ), siehe Abbildung 5.

**Abbildung 5: Gesamtkollektiv - Stunden der Wochenendforschung**

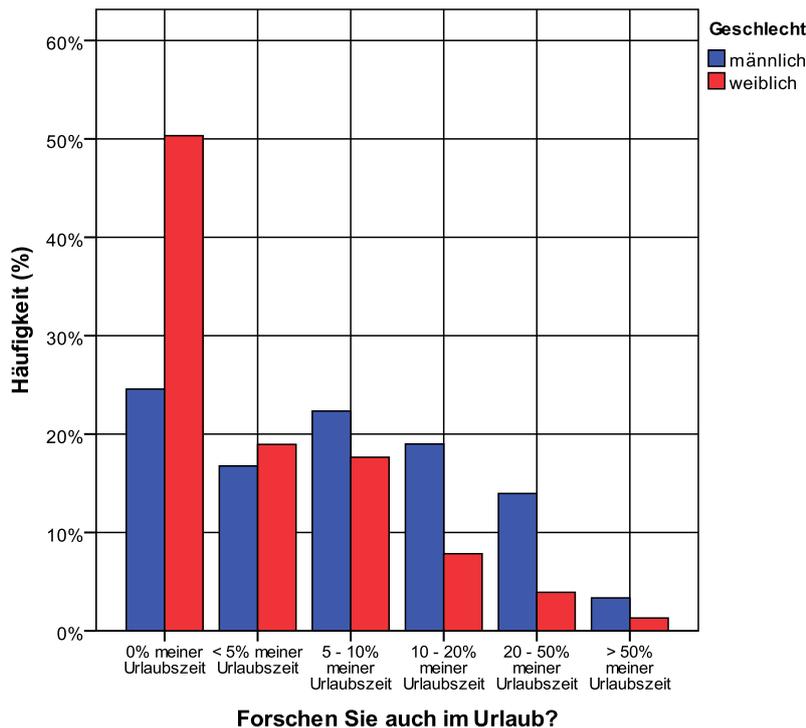
In blau die Angabe der Ärzte (n=176); in rot die Angabe der Ärztinnen (n=153); p<0,001.



Zudem forschten signifikant mehr Männer während ihrer **Urlaubszeit** als Frauen (s. Abbildung 6, p<0,001).

**Abbildung 6: Gesamtkollektiv - Forschen im Urlaub**

In blau die Angabe der Ärzte (n=179); in rot die Angabe der Ärztinnen (n=153); p<0,001.



Zwischen 100 und 240 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen machten Angaben zur **Forschungsleistung**. Im folgenden ist zu beachten, dass ein großer Teil derjenigen, die nicht geantwortet hatten, vermutlich nicht oder nur wenig in der Forschung aktiv waren, so dass die Durchschnittszahlen nach oben verfälscht sein dürften.

Die durchschnittliche Anzahl der **Impact-Faktor-Punkte** betrug  $91,9 \pm 162,9$ , wobei 139 Ärzte mit  $109,5 \pm 177,3$  signifikant mehr Punkte erlangt hatten als 77 ihrer Kolleginnen mit  $60,3 \pm 128,2$  ( $p=0,002$ ). Der Impact Faktor der höchstrangigsten Publikation lag im Mittel bei  $10,1 \pm 12,3$  ohne Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten.

Die Anzahl der Arbeiten als **Erst- oder Letztautor** lag bei  $16,9 \pm 50,6$ , wobei die Männer ( $n=144$ ) mit  $23,7 \pm 64,7$  auch hier signifikant mehr Arbeiten als ihre Kolleginnen ( $n=101$ ) mit  $7,1 \pm 10,2$  vorweisen konnten ( $p=0,003$ ). Ähnlich war die Verteilung der Anzahl der federführend **eingereichten Anträge**: so hatten die Männer ( $n=139$ ) durchschnittlich  $4,7 \pm 12,4$  Anträge eingereicht, die Frauen ( $n=82$ )  $2,2 \pm 3,0$  Anträge ( $p=0,028$ ).

$661.699 \pm 1.782.177$  Euro war die Höhe der von den 201 die Frage beantwortenden Mediziner und Medizinerinnen, durchschnittlich eingeworbenen **Drittmittel**. Die Ärzte ( $n=127$ ) erzielten eine signifikant höhere Summe an Drittmitteln mit im Schnitt  $833.213 \pm 2.053.987$  Euro. Ihre Kolleginnen ( $n=74$ ) erreichten Einnahmen von rund  $367.345 \pm 1.131.779$  Euro ( $p=0,040$ ).

Die befragten Mediziner waren innerhalb der letzten zwei Jahre auf  $5,9 \pm 10,0$  **Kongressen**: dabei nahmen die Ärzte mit rund  $7,5 \pm 12,8$  Besuchen signifikant häufiger als ihre Kolleginnen ( $3,9 \pm 3,2$  Kongresse) teil ( $p=0,001$ ). Ebenso waren die Ärzte mit  $3,2 \pm 5,0$  Teilnahmen signifikant stärker bei Auslandskongressen vertreten als die Frauen mit nur  $1,1 \pm 1,5$  Besuchen ( $p < 0,001$ ).

### **3.1.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen und Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz**

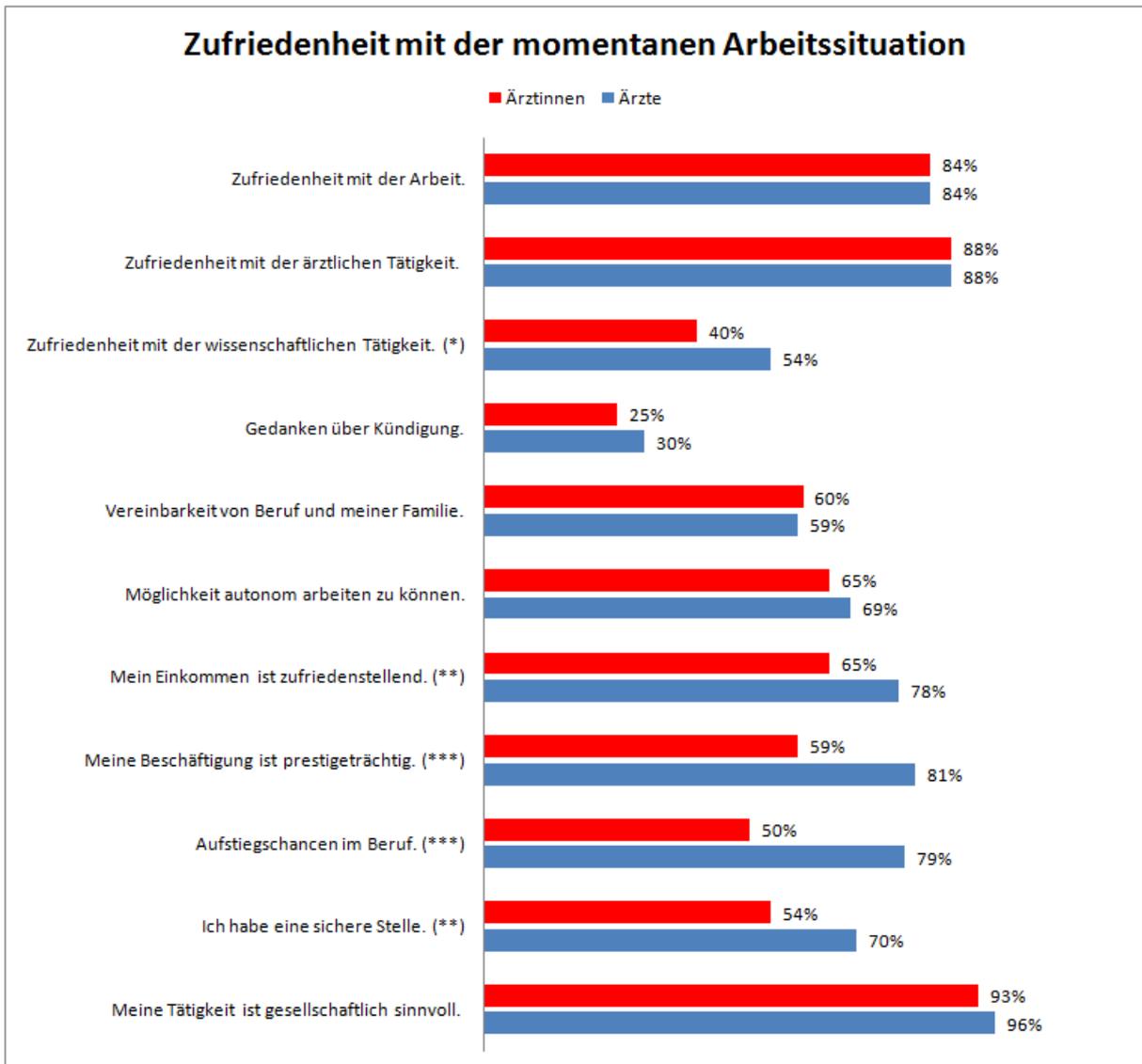
#### **3.1.5.1. Arbeitszufriedenheit**

84% der Befragten gaben an mit ihrer Arbeit alles in allem zufrieden zu sein. Mit ihrer klinischen Tätigkeit waren sogar 88% zufrieden. Demgegenüber waren 52% mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit unzufrieden. 28% hatten schon einmal darüber nachgedacht zu kündigen. Signifikante Geschlechtsunterschiede gab es bei der Zufriedenheit mit dem

Einkommen, dem Prestige der Arbeit, den Aufstiegsmöglichkeiten, mit der Sicherheit der Stelle und der Zufriedenheit mit der wissenschaftlichen Tätigkeit, wobei hier die Männer jeweils signifikant zufriedener waren als die Frauen (siehe Abbildung 7).

#### Abbildung 7: Gesamtkollektiv - Arbeitszufriedenheit

In blau die Anzahl der Ärzte, in rot die Anzahl der Ärztinnen, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.



### **3.1.5.2. Persönliche Berufskompetenzen**

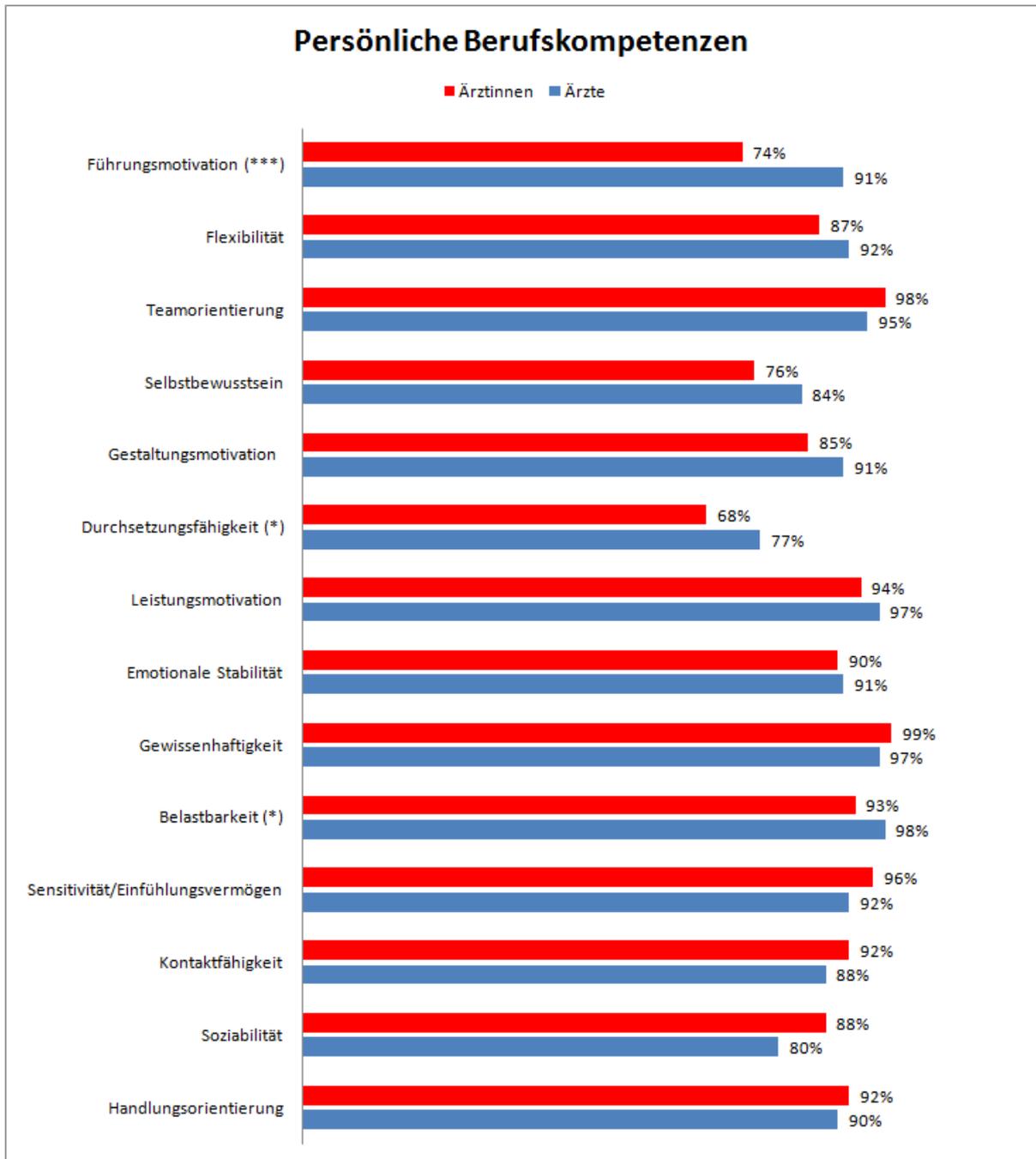
Bei den Fragen nach den persönlichen Berufskompetenzen sollten die Teilnehmer der Umfrage einschätzen, inwieweit die aufgelisteten Persönlichkeitsmerkmale zutreffend für sie seien. In einigen Punkten wurden diese von den Ärztinnen und Ärzten als unterschiedlich erachtet.

Eine hohe Führungsmotivation, Durchsetzungsfähigkeit und Belastbarkeit wurde von wesentlich mehr Ärzten als zutreffend eingeschätzt als von Ärztinnen.

Keine Unterschiede gab es bei Flexibilität, Teamorientierung, Selbstbewusstsein, Gestaltungsmotivation, Leistungsmotivation, emotionaler Stabilität, Gewissenhaftigkeit, Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Soziabilität und Handlungsorientierung. Die genauen Werte sind der Abbildung 8 zu entnehmen.

### Abbildung 8: Gesamtkollektiv - Persönliche Berufskompetenzen

In blau die Anzahl der Ärzte, in rot die Anzahl der Ärztinnen, welche das jeweilige Persönlichkeitsmerkmal auf sich selbst als „zutreffend“ bezeichnet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.

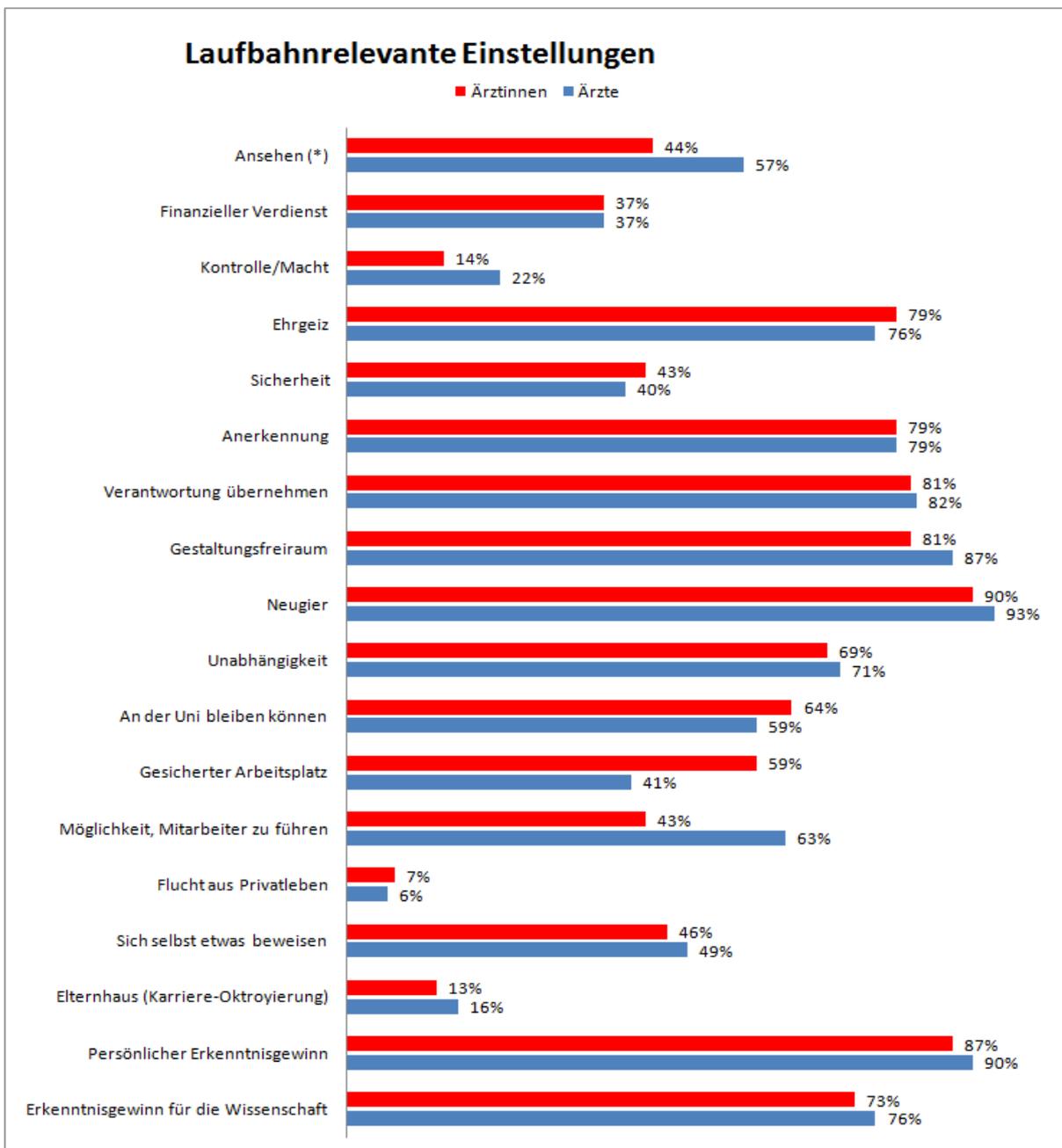


### 3.1.5.3. Laufbahnrelevante Einstellungen

Bei den laufbahnrelevanten Einstellungen gab es nur einen Unterschied: Ansehen wurde von mehr Ärzten (57%) als Ärztinnen (44%) als wichtiger Grund angesehen, um eine wissenschaftliche Karriere einzuschlagen. Ansonsten unterschieden sich die laufbahnrelevanten Einstellungen nicht zwischen Ärztinnen und Ärzten. Sie sind der Abbildung 9 zu entnehmen.

#### Abbildung 9: Gesamtkollektiv - Laufbahnrelevante Einstellungen

In blau die Anzahl der Ärzte, in rot die Anzahl der Ärztinnen, welche die jeweilige laufbahnrelevante Einstellung als „wichtig“ eingestuft hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.

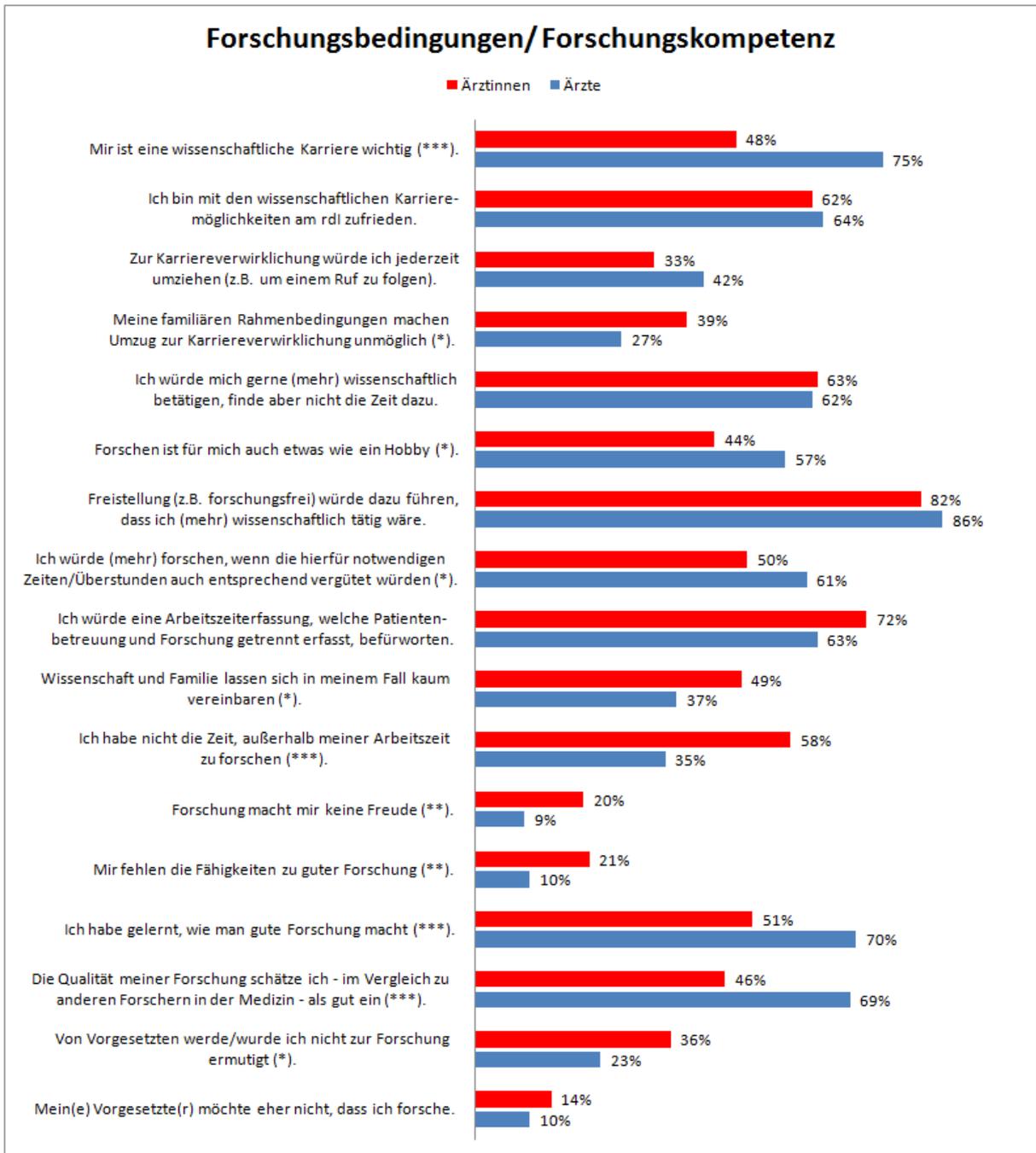


#### 3.1.5.4. Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz

Die Aussagen zu den **Forschungsbedingungen bzw. zur Forschungskompetenz** unterschieden sich in mehreren Punkten zwischen den weiblichen und männlichen Befragten: „Mir ist eine wissenschaftliche Karriere wichtig“ gaben weit mehr Männer als Frauen an ( $p < 0,001$ ). Die familiären Rahmenbedingungen machen mehr Ärztinnen als Ärzten einen Umzug zur Verwirklichung der Karriere unmöglich (Frauen 39% vs. Männer 27%;  $p = 0,033$ ). „Forschen ist auch etwas wie ein Hobby“ gaben nur 44% der Frauen an, dagegen 57% der Männer ( $p = 0,025$ ). Mehr Ärzte als Ärztinnen würden mehr forschen, wenn die Zeiten/ Überstunden entsprechend vergütet werden würden. Wissenschaft und Familie lassen sich in 49% der Ärztinnen nicht oder nur kaum vereinbaren (37% der Ärzte). Viel mehr Ärztinnen als Ärzte gaben an, keine Zeit zu haben, um außerhalb der Arbeitszeit zu forschen ( $p < 0,001$ ). „Forschung macht mir keine Freude“ wurde von 20% der Frauen bejaht, dagegen von nur 9% der Männer ( $p = 0,004$ ). „Mir fehlen die Fähigkeiten zu guter Forschung“ finden mehr Frauen als Männer ( $p = 0,007$ ). 70% der Männer vs. 51% der Frauen gaben an gelernt zu haben wie man gute Forschung macht. Nur 46% der Frauen schätzten ihre Forschung im Vergleich zu anderen Wissenschaftlern in der Medizin als gut ein vs. 69% der Männer. Immerhin 36% der Ärztinnen gaben an, vom Vorgesetzten nicht zur Forschung ermutigt zu werden/ worden zu sein vs. 23% der Ärzte (siehe Abbildung 10).

### Abbildung 10: Gesamtkollektiv - Forschungsbedingungen und -kompetenz

In blau die Anzahl der Ärzte, in rot die Anzahl der Ärztinnen, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.



### 3.2. Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Da die befragten Ärztinnen und Ärzte sich nicht nur im Hinblick auf ihr Alter unterschieden sondern und vor allem auch im Hinblick auf ihre Position und ihre Karriereambitionen wurde versucht, diesbezüglich homogenere Gruppen zu bilden, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dazu wurden im Folgenden alle diejenigen Ärzte und Ärztinnen *nicht* berücksichtigt, die im Fragebogen angegeben hatten „ich habe nicht vor zu habilitieren“. Es wurde davon ausgegangen, dass alle übrigen befragten Personen Ambitionen auf eine wissenschaftliche Karriere hatten. Somit beinhaltete die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte *mit Karriereambitionen* alle diejenigen, die angegeben hatten, eine Habilitation abgeschlossen zu haben, gerade eine Habilitation zu verfassen oder eine Habilitation zu planen. Die Gruppe der Befragten mit Karriereambitionen (N=219) bestand aus 144 Ärzten und 75 Ärztinnen.

#### 3.2.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition

Das **Durchschnittsalter** der Befragten mit wissenschaftlichen Karriereambitionen lag bei  $38,4 \pm 8,2$  Jahren (Minimum 24 Jahre, Maximum 66 Jahre). Es war kein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzten ( $39,2 \pm 8,7$  Jahren) und Ärztinnen ( $37,0 \pm 6,8$  Jahren) zu verzeichnen.

Die **Dauer der ärztlichen Tätigkeit** ergab in dieser Gruppe keinen signifikanten Unterschied. Die Männer übten im Schnitt schon seit  $11,5 \pm 8,7$  Jahren gegenüber den Frauen mit  $9,9 \pm 6,7$  Jahren ihren Beruf aus.

Bezüglich des **Familienstands** unterschieden sich die beiden Gruppen. Mit 86% hatten die Ärzte signifikant häufiger eine feste Partnerschaft oder waren verheiratet verglichen mit ihren Kolleginnen, die dies nur zu 72% angegeben hatten ( $p=0,012$ ). Von 139 Antwortenden bezüglich Scheidung gaben 13% der Ärztinnen und 4% der Ärzte an, geschieden zu sein ( $p=0,069$ ).

Beide Gruppen hatten mit 83 % gleich häufig **Partner bzw. Partnerinnen** mit abgeschlossenem Studium, aber die Ärzte mit 76% signifikant seltener berufstätige Partnerinnen. Nur 7% der Partner der Ärztinnen waren zum Zeitpunkt der Umfrage nicht im Beruf ( $p=0,002$ ).

55% der Ärztinnen in dieser Gruppe hatten einen Partner mit höherem Einkommen, nur 10% der Ärzte hatten eine Partnerin, die mehr verdiente ( $p < 0,001$ ). Weitere 30% der Ärztinnen hingegen nur 4% der Ärzte gaben an, der Partner bzw. die Partnerin hätte einen prestigeträchtigeren Beruf ( $p < 0,001$ ).

Auch die durchschnittliche Arbeitszeit der Partner der Ärztinnen war mit  $49,5 \pm 12,5$  Wochenstunden signifikant mehr als die der Partnerinnen der Ärzte mit  $34,9 \pm 17,1$  Wochenstunden ( $p < 0,001$ ).

49% der Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambition waren **kinderlos**, wobei die Männer signifikant seltener (44%) als ihre Kolleginnen (64%) kinderlos waren ( $p = 0,042$ ). Bei der Anzahl der **Kinder** gab es keine signifikanten Unterschiede. Die Mediziner hatten zwischen einem und vier Sprösslingen.

Kein Unterschied war bezüglich des **Kinderwunsches** feststellbar, den 76% der Befragten mit Karriereambition angegeben hatten, die noch keine Kinder hatten. Weitere 10% waren sich in diesem Punkt noch nicht sicher. Mit durchschnittlich 52% waren sich beide Gruppen einig, den Kinderwunsch absolut oder zum Teil aus beruflichen Gründen zurückzustellen.

Signifikante Unterschiede ( $p = 0,027$ ) stellten sich bezüglich des Zeitpunkts der **Geburt des ersten Kindes** heraus. Die Ärztinnen gaben an, das erste Kind überwiegend während und nach der Facharztzeit bekommen zu haben (56% bzw. 40%), die Ärzte hingegen zu 15% schon während des Studiums, 65% in der Zeit der Facharztausbildung und weitere 20% danach.

Im Schnitt **verzögerte sich die Zeit zum Facharzt durch Geburten bzw. Elternzeit** bei den Ärztinnen mit  $18,9 \pm 20,5$  Monaten signifikant länger als bei ihren Kollegen mit nur  $3,2 \pm 8,8$  Monaten ( $p < 0,001$ ). Die Ärztinnen bezogen mit  $7,9 \pm 5,1$  Monaten länger Elterngeld (bei Geburten nach 2007) als ihre Kollegen mit  $0,8 \pm 1,6$  Monaten ( $p < 0,001$ ).

Die Frauen gaben an, **täglich** 6,0 Stunden **mit Kindern und Haushalt** zu verbringen, die Männer dagegen nur 2,4 Stunden ( $p < 0,001$ ). Die Partnerinnen der Ärzte hingegen beschäftigen sich damit durchschnittlich 8,9 Stunden täglich, die Partner der Ärztinnen hingegen nur 2,9 Stunden ( $p < 0,001$ ).

Auch bei der **Betreuung der Kinder** außerhalb von Kindergarten und Schule (hier dargestellt am ersten Kind) ließen sich signifikante Unterschiede feststellen (Mehrfachnennungen möglich). Die Ärztinnen kümmerten sich zu 78% selbst, hingegen

gaben dies nur 42% der Ärzte an ( $p=0,003$ ). Desweiteren waren die Partnerinnen der befragten Ärzte zu 81%, die Partner der Ärztinnen jedoch nur zu 60% an der Kinderbetreuung beteiligt ( $p=0,045$ ). Zudem zeigten sich Unterschiede im Hinblick auf das Ausmaß, in dem die Eltern der Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambitionen in die Kinderbetreuung involviert waren. So waren zu 50% die Großeltern mütterlicherseits, jedoch nur zu 18% die Eltern des Vaters in die Betreuung der Kinder mit einbezogen ( $p=0,005$ ). Die Ärztinnen griffen mit 29% vergleichsweise häufiger auf die Unterstützung durch eine Tagesmutter zurück als ihre männlichen Kollegen mit 6% ( $p=0,006$ ). Hinsichtlich der weiteren Betreuungsangebote (Kinderkrippe, Kinderhort, Au Pair, sonstiges) gab es in den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Auch im **Krankheitsfall der Kinder** zeigte sich eine vergleichbare Verteilung (Mehrfachnennungen möglich). 80% der Ärztinnen blieben selbst zur Pflege zu Hause, nur 35% der Männer gaben dies an ( $p<0,001$ ). In 55% sprangen die Eltern der Ärztinnen ein, zu 22% die Eltern der Ärzte ( $p=0,005$ ).

Rund 32% der Befragten beider Gruppen gaben durchschnittlich 200-500 Euro für die monatliche Kinderbetreuung aus, 21% 500-1000 Euro und weitere 14% über 1000 Euro. Kein Unterschied war hier zwischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen. 64% der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern gaben an, **Schwierigkeiten** gehabt zu haben, eine geeignete **Kinderbetreuung** zu finden.

Gerade die Ärztinnen gaben an, mehr arbeiten zu wollen, falls eine geeignete Kinderbetreuung verfügbar wäre (61%;  $p<0,001$ ).

Es zeigte sich, dass rund 57% der Befragten Probleme mit der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf haben, hierbei gab es keine Unterschiede zwischen den karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzten.

76% der Ärztinnen mit Karriereambition verglichen mit 36% der Ärzte dieser Gruppe äußerten den Wunsch nach **Teilzeitarbeit** ( $p=0,002$ ). Die Möglichkeit zur **Gleitzeit** wünschten sich 61% der Befragten beider Gruppen, 11% waren sich darüber unschlüssig. Hier gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Signifikant mehr Ärztinnen als Ärzte der Gruppen mit Karriereambition, 35% verglichen mit 14%, hatten ihre **ärztliche Tätigkeit jemals unterbrochen** ( $p<0,001$ ). Hingegen war die Dauer der Unterbrechung bei den Ärzten mit  $17,6\pm 22,4$  Monaten signifikant länger als bei

ihren Kolleginnen mit  $11,9 \pm 8,9$  Monaten ( $p < 0,001$ ). Der Grund dafür unterschied sich zwischen den Geschlechtern (Mehrfachnennungen möglich): lag die Unterbrechung bei den Ärzten mit Karriereambitionen mit 50% bei einer nichtärztlichen Tätigkeit, verglichen mit 0% bei den Ärztinnen ( $p = 0,001$ ), so gaben die Frauen mit 83% als häufigste Ursache Kindererziehung und -betreuung an. Nur 38% der Ärzte schlossen sich dieser Antwortmöglichkeit an ( $p = 0,004$ ). Mit einem Durchschnitt von 18% wurde noch die Möglichkeit „Pause“, mit 24% die „Arbeitslosigkeit“ angegeben. In diesen Fällen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der beiden Gruppen.

### 3.2.2. Abitur, Studium und Promotion der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition

95% der Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambition hatten zum Zeitpunkt der Umfrage promoviert. Wie auch in der Gesamtgruppe der Befragten zeichneten sich die Ärztinnen in dieser Gruppe durch signifikant bessere Noten in Abitur (Ärztinnen:  $1,6 \pm 0,5$  vs. Ärzte:  $1,7 \pm 0,5$ ;  $p = 0,033$ ) und Medizinstudium (Ärztinnen:  $1,7 \pm 0,6$  vs. Ärzte:  $1,9 \pm 0,5$ ;  $p = 0,019$ ) aus, hinsichtlich der Promotionsnote gab es keinen Unterschied (Ärztinnen: 14% „summa cum laude“; 70% „magna cum laude“; 14% „cum laude“; 1% „rite“ vs. Ärzte: 18% „summa cum laude“; 67% „magna cum laude“; 15% „cum laude“;  $p = 0,429$ ). Ebenso hatten beide Parteien mit 32% gleichhäufig ein Stipendium bzw. eine Förderung während des Studiums erhalten.

### 3.2.3. Klinische Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition

Die Ärztinnen mit Karriereambition hatten mit rund 60% ebenso häufig eine **abgeschlossene Facharztprüfung** wie ihre männlichen Kollegen. Auch unterschied sich die Verteilung der **Positionen** Assistenzarzt/ Oberarzt/ Chefarzt bzw. -ärztin nicht signifikant. Allerdings arbeiteten die Frauen signifikant häufiger in konservativen Fächern als ihre männlichen Kollegen ( $p = 0,027$ ).

Zudem hatten die Männer signifikant häufiger als die Frauen eine **Hausstelle** ( $p = 0,025$ ). Nur 30% der Befragten beider Gruppen hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine **unbefristete Stelle**, wobei es keine Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten gab. Auch bei der Dauer der befristeten Verträge mit rund  $14,0 \pm 11,0$  Monaten gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die **wöchentliche Arbeitszeit** unterschied sich ebenfalls mit  $42,0 \pm 2,8$  Stunden bei den Ärzten gegenüber  $38,0 \pm 7,9$  Stunden bei den Ärztinnen ( $p < 0,001$ ), genauso so wie das monatliche **Bruttoeinkommen** von  $5.864 \pm 2.482$  Euro bei den Männern vs.  $4.573 \pm 1.673$  Euro bei den Frauen ( $p = 0,004$ ). Auch hier muss wie schon im Punkt 3.1.3 die höhere Arbeitszeit der Männer berücksichtigt werden. 60% der Befragten gaben an, keine **Zusatzeinkünfte** durch Nebentätigkeiten gehabt zu haben. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten.

Zwischen den Karriereärzten und -ärztinnen gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der **Dienste**. Lediglich hinsichtlich der Wochenenddienste waren die Männer mit  $1,7 \pm 1,6$  monatlichen Visiten etwas häufiger betroffen als ihre Kolleginnen mit  $1,3 \pm 1,4$  ( $p = 0,055$ ). Durchschnittlich leisteten die Befragten der beiden Gruppen  $2,4 \pm 3,2$  Nachtdienste-,  $1,5 \pm 1,5$  Wochenenddienste sowie  $2,8 \pm 4,2$  Hintergrunddienste im Monat.

Nahezu alle Befragten der beiden Gruppen machten **Überstunden**. Die Ärzte arbeiten hier signifikant mehr als ihre Kolleginnen. So machten 41% pro Woche zwischen 11 und 20 Überstunden, weitere 22% sogar bis zu 30 Überstunden und 10% über 30 Überstunden, das Wochenende ausgenommen. 79% der Frauen leisteten zwischen 1 und 20 Überstunden die Woche, 20% kamen darüber. Der **Ausgleich der geleisteten Überstunden** mittels Bezahlung oder Freizeitausgleich lag bei beiden Gruppen bei rund 39% der geleisteten Überstunden.

Der Anteil der **klinischen bzw. wissenschaftlichen Arbeit** unterschied sich nicht signifikant und lag bei 75% Klinik vs. 23% Forschung.

### 3.2.4. Forschung der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition

Die Ärzte in dieser Gruppe waren signifikant häufiger **habilitiert** oder schon aktiv an der Umsetzung dazu als ihre Kolleginnen. Bezüglich der Frage „Habilitation“ gaben 40% der Männer sowie 31% der Frauen an, das Verfahren bereits abgeschlossen zu haben. Bei 24% der Ärzte, jedoch nur 11% der Ärztinnen war das Verfahren schon im Gange oder im Begriff bald eröffnet zu werden. 59% der Ärztinnen waren noch dabei, eine Habilitation zu planen, hingegen nur 37% der Ärzte ( $p = 0,012$ ).

Bei der Frage nach der **Finanzierung der Habilitation** (Mehrfachnennungen möglich) gaben signifikant mehr Frauen (62%) als Männer (9%) an, ein Stipendium zur Unterstützung gehabt zu haben ( $p < 0,001$ ). 64% der Befragten beider Gruppen nutzten die Freizeit, 42% die

Arbeitszeit. Rund 27% finanzierten sich durch Drittmittel, weitere 10% wurden vom Partner unterstützt. Bei diesen Antwortmöglichkeiten gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten.

Bezüglich der **aktuellen wissenschaftlichen Position** gab es keine signifikanten Unterschiede. Rund 19% der Befragten waren Privatdozenten, rund 7% außerplanmäßige Professoren, 6% waren W2/C3-Professoren und weitere 4% W3/C4-Professoren. 60% der Ärzte standen 71% der Ärztinnen gegenüber, die noch keinen der zuvor genannten Titel zum Zeitpunkt der Umfrage innehatten. Mit 27% hatten sich die Ärzte signifikant häufiger als ihre Kolleginnen (15%) um eine Professur beworben ( $p=0,045$ ). Beide Geschlechter kamen gleich häufig auf Rang 1 oder erhielten einen Listenplatz. Im Schnitt wurden von den Betroffenen  $2,7 \pm 2,4$  Bewerbungen verschickt.

Keine Unterschiede zeigten sich im Hinblick auf die Häufigkeit und Dauer von „**forschungsfrei**“ im In- oder Ausland. 45% hatten schon einmal „forschungsfrei“ mit im Schnitt  $42,7 \pm 57,4$  Wochen gehabt. 27% hatten einen Forschungsaufenthalt im Ausland mit  $16,7 \pm 14,2$  Monaten gemacht. Die Frauen hatten mit 38% das „forschungsfrei“ signifikant häufiger durch ein Stipendium finanziert als ihre Kollegen mit 16% ( $p=0,042$ ). Rund 57% der Befragten beider Gruppen wurde das „forschungsfrei“ durch ihre Station bzw. den Vorgesetzten, weiteren 43% durch selbst eingeworbenen Drittmittel und 20% durch das klinikinterne Förderprogramm „KKF“ ermöglicht.

Ein **Forschungsaufenthalt im Ausland** wurde beiden Geschlechtern gleichermaßen ermöglicht durch ein Stipendium (69%), selbst eingeworbene Drittmittel (42%), ihre Station bzw. ihren Vorgesetzten (20%) oder selbstfinanziert bzw. sonstiges (29%) (Mehrfachnennungen möglich).

19% der Befragten beider Gruppen gaben an, nicht in ihrem **Urlaub wissenschaftlich tätig** zu sein. 63% nutzen bis zu 20% und weitere 14% der Befragten bis zu 50% ihrer Urlaubszeit. In diesem Punkt gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition.

Wohl aber gab es einen Unterschied, was die Frequenz des **Forschens am Wochenende** betraf. Nur 6% der Ärzte sowie 8% der Ärztinnen gaben an, dies nicht zu tun. 25% der Ärzte gaben „selten“ an, 45% „regelmäßig“, 17% „häufig“ und 7% „jedes Wochenende“. Die Ärztinnen forschten signifikant weniger am Wochenende (42% „selten“; 30% „regelmäßig“, 11% häufig; 10% „jedes Wochenende“;  $p=0,042$ ).

Bezüglich der Anzahl der **Forschungsstunden pro Monat am Wochenende** gab es zwischen den beiden befragten Gruppen hingegen keinen signifikanten Unterschied: rund 24% forschten zwischen 1 und 5 Stunden monatlich am Wochenende, weitere 31% gaben 6 bis 10 Stunden an, 23% der Befragten forschten zwischen 11 und 20 Wochenendstunden monatlich und 14% der karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzte sogar mehr als 20 Stunden.

In Bezug auf die **Forschungsleistung** zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzten: keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf die Anzahl der Gesamt-Impact-Faktor-Punkte mit  $106,3 \pm 162,2$ , die Arbeit mit dem höchsten Impact-Faktor mit  $11,6 \pm 12,9$  Punkte, die Zahl der eingereichten Anträge mit  $4,4 \pm 11,1$  und die Höhe der eingeworbenen Drittmittel mit  $752.812 \pm 1.831.927$ .

Die Ärzte hatten mit  $22,3 \pm 54,1$  signifikant mehr Arbeiten als Erst- oder Letztautor verglichen mit den Ärztinnen mit  $9,5 \pm 11,6$  ( $p=0,013$ ).

Im Schnitt besuchten die Ärztinnen und Ärzte der beiden Gruppen  $7,0 \pm 11,4$  **Kongresse** in den letzten beiden Jahren. Die Männer hatten in den letzten zwei Jahren mit  $3,5 \pm 5,2$  signifikant häufiger Auslandskongresse besucht als ihre Kolleginnen mit  $1,6 \pm 1,7$  ( $p < 0,001$ ).

Einen zusammenfassenden Überblick über die erhobenen Daten bietet Tabelle 1. Signifikante Werte sind dabei hervorgehoben.

**Tabelle 1: Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten mit wissenschaftlicher Karriereambition**

	<b>Ärztinnen (N=144)</b>	<b>Ärzte (N=75)</b>	<b>n (% von N)</b>	<b>p</b>
<b>Familiäre Rahmenbedingungen</b>				
Familienstand verheiratet oder feste Partnerschaft	72%	86%	218 (100%)	<b>0,012</b>
Scheidungen zutreffend	13%	4%	139 (63%)	0,069
PartnerInnen mit abgeschlossenem Studium	27%	57%	189 (86%)	0,066
PartnerInnen aktuell berufstätig	93%	76%	185 (84%)	<b>0,002</b>
Durchschnittliche Arbeitszeit des Partners bzw. der Partnerin (Stunden/ Woche)	$49,5 \pm 12,5$	$34,9 \pm 17,1$	151 (69%)	<b>&lt;0,001</b>

	<b>Ärztinnen (N=144)</b>	<b>Ärzte (N=75)</b>	<b>n (% von N)</b>	<b>p</b>
Einkommen des Partners bzw. der Partnerin ist höher	55%	10%	160 (73%)	<b>&lt;0,001</b>
Prestige des Berufs des Partners ist höher	30%	4%	159 (73%)	<b>&lt;0,001</b>
Falls kinderlos: Kinderwunsch	76%	76%	126 (58%)	0,399
Falls Kinderwunsch: zurückgestellt aus beruflichen Gründen	65%	45%	132 (60%)	0,061
<b>Kinder</b>				
Anzahl Kinder	0,8±1,1	1,1±1,1	198 (90%)	0,127
Anzahl Kinder (kinderlose ÄrztInnen ausgeschlossen)	1,9±0,7	2,0±0,9	101 (46%)	0,604
Kind(er) ja	40%	56%	198 (90%)	<b>0,042</b>
Anzahl Kind(er) im Haushalt	1,6±0,9	1,8±0,9	97 (44%)	0,367
Verzögerung der Zeit bis zum Facharzt wg. Kindern (Monate)	18,9±20,5	3,2±8,8	86 (39%)	<b>&lt;0,001</b>
Fehltage im letzten Jahr wg. Erkrankung der Kinder	1,4±2,0	0,7±1,3	93 (42%)	0,121
Selbst Einspringen bei Erkrankung des Kindes	80%	35%	89 (41%)	<b>&lt;0,001</b>
Beschäftigung mit Kindern und Haushalt (Stunden/ Tag)	6,0±3,5	2,4±1,9	96 (44%)	<b>&lt;0,001</b>
Beschäftigung des Partners bzw. der Partnerin mit Kindern und Haushalt (Stunden/ Tag)	2,9±2,7	8,9±6,2	92 (42%)	<b>&lt;0,001</b>
Bedarf an Kinderbetreuung rdl	32%	48%	82 (37%)	0,217
Probleme der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf	59%	56%	95 (43%)	0,971
<b>Klinische Tätigkeit</b>				
Dauer der ärztlichen Tätigkeit (Jahre)	9,9±6,7	11,5±8,7	206 (94%)	0,167
Arbeitszeit (Stunden/ Woche)	38,0±7,9	42,0±2,8	207 (95%)	<b>&lt;0,001</b>
Nachtdienste (pro Monat)	1,8±2,1	2,6±3,7	196 (89%)	0,109

	<b>Ärztinnen (N=144)</b>	<b>Ärzte (N=75)</b>	<b>n (% von N)</b>	<b>p</b>
Wochenendvisiten (pro Monat)	1,3±1,4	1,7±1,6	203 (93%)	0,055
Hintergrunddienste (pro Monat)	2,1±3,5	3,1±4,4	181 (83%)	0,121
Bruttoeinkommen pro Monat (Euro)	4.573 ±1.673	5.864 ±2.483	112 (51%)	<b>0,004</b>
Nebeneinkünfte ja	32%	44%	212 (97%)	0,199
Anteil klinische Tätigkeit	77±25%	74±24%	215 (98%)	0,467
Anteil wissenschaftliche Tätigkeit	23±23%	23±21%	213 (97%)	0,891
Überstunden (pro Arbeitswoche)	überwiegend 1 bis 20	überwiegend 11 bis 30	207 (95%)	<b>0,001</b>
Anteil ausgeglichener Überstunden	39±39%	39±36%	205 (94%)	0,992
<b>Forschung</b>				
„Forschungsfrei“	40%	47%	94 (43%)	0,350
Dauer: „Forschungsfrei“ (in Wochen)	58,6±77,9	37,0±47,4	87 (40%)	0,222
Forschungsaufenthalt im Ausland	25%	28%	212 (97%)	0,721
Dauer: Forschungsaufenthalt im Ausland (in Monaten)	17,7±13,9	16,2±14,6	59 (27%)	0,709
Impact Faktor- Punkte	88,6±150,2	113,9±167,1	170 (78%)	0,352
Zeitschrift mit höchstem Impact Faktor	12,0±15,3	11,4±11,7	169 (77%)	0,764
Anzahl Arbeiten Erst-/ Letztautor	9,5±11,6	22,3±54,1	175 (80%)	<b>0,013</b>
Anzahl eingereichte Anträge	3,2±3,2	4,9±13,1	173 (79%)	0,374
Eingeworbene Drittmittel	603.222± 1.407.111	814.569± 1.983.545	154 (70%)	0,517
Kongresse letzte 2 Jahre	5,0±3,2	8,0±13,8	195 (89%)	0,075
Kongresse im Ausland letzte 2 Jahre	1,6±1,7	3,5±5,2	185 (84%)	<b>&lt;0,001</b>
Bewerbung auf Professur	14%	27%	196 (89%)	<b>0,045</b>
Forschung am Wochenende	überwiegend selten	überwiegend häufig	216 (99%)	<b>0,042</b>
Forschung im Urlaub (Nein-Antwort)	27%	15%	216 (99%)	0,125

% von N bezieht sich auf die Gesamtgruppe mit Karriereambition (N=219)

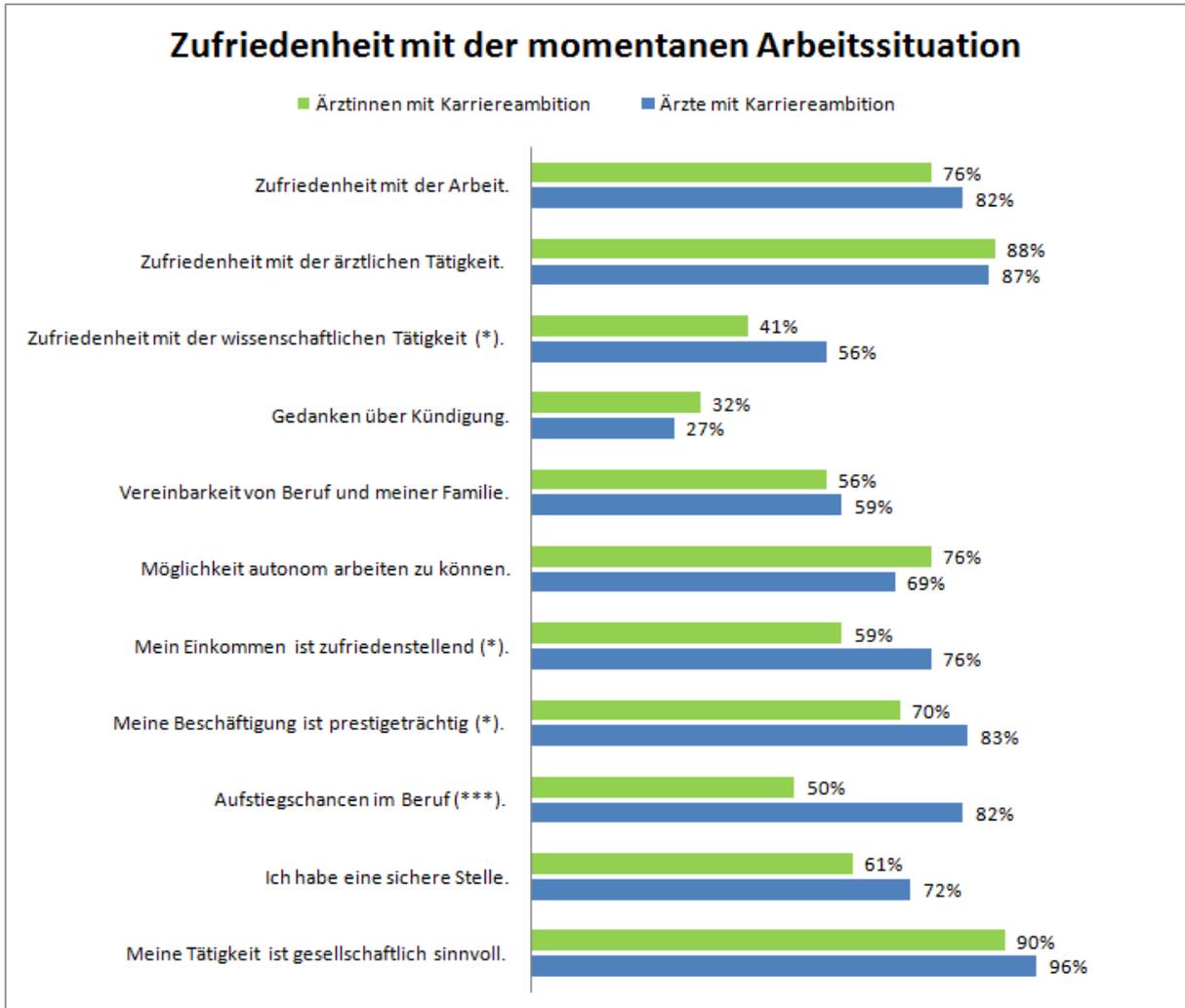
### **3.2.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen, Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition**

#### **3.2.5.1. Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition**

80% der Ärztinnen und Ärzte gaben an, mit ihrer aktuellen Arbeitssituation alles in allem zufrieden zu sein. Ebenso gaben 87% an, dies auch mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zu sein. Die Arbeitszufriedenheit unterschied sich deutlich zwischen den karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzten. In den Punkten Einkommen, Aufstiegschancen im Beruf, dem Prestige ihres Berufes sowie wissenschaftliche Tätigkeit waren signifikant mehr Männer zufrieden. Einig waren sich die beiden Gruppen mit 94%, einer gesellschaftlich sinnvollen Tätigkeit nachzugehen.

### Abbildung 11: Gruppe mit Karriereambition - Arbeitszufriedenheit

In grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, in blau die Anzahl der Ärzte mit Karriereambition, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.

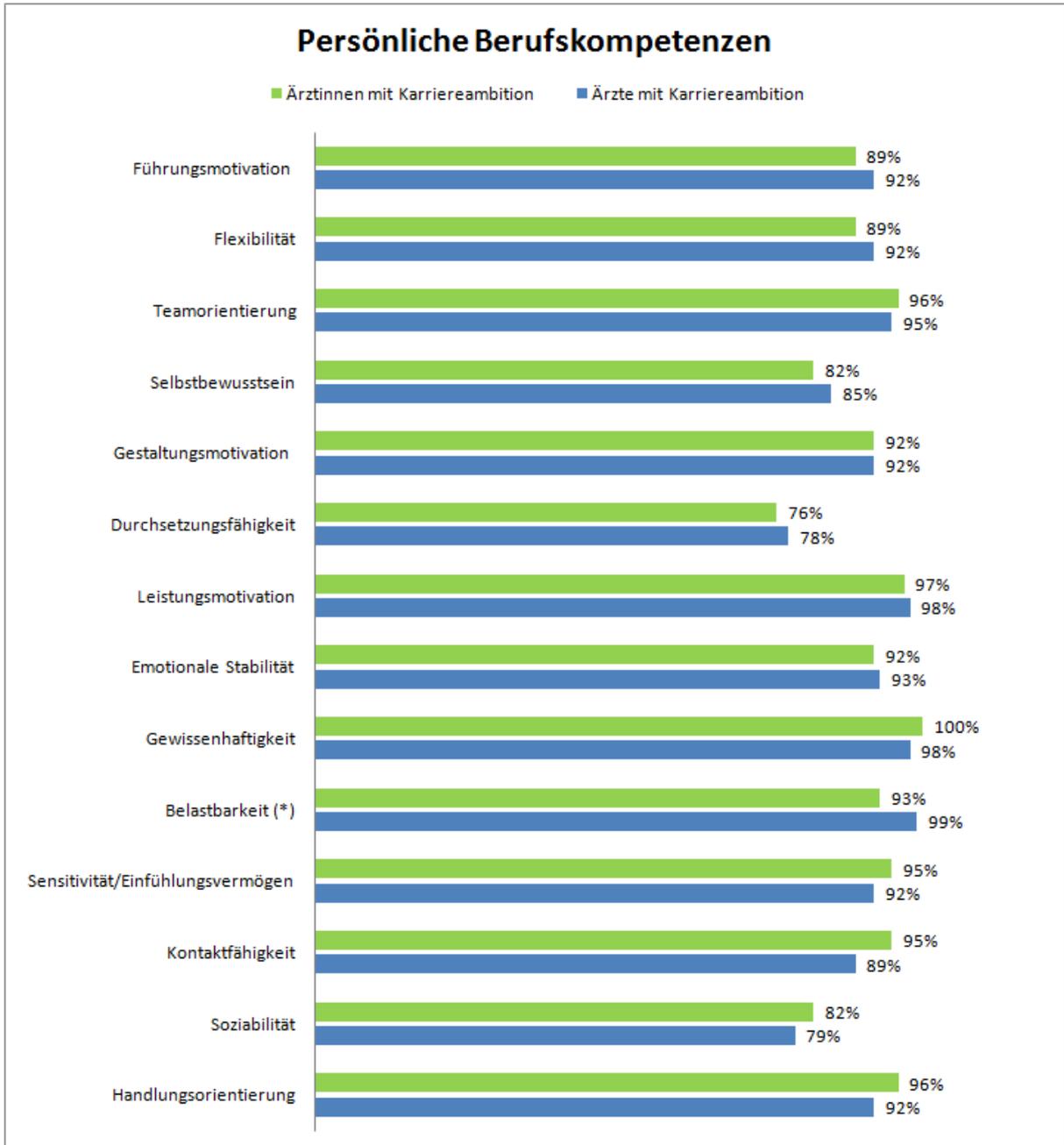


#### 3.2.5.2. Persönliche Berufskompetenzen und laufbahnrelevante Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition

**Persönliche Berufskompetenzen:** Im Hinblick auf die persönlichen Berufskompetenzen gab es keine Unterschiede, mit Ausnahme der Belastbarkeit. 99% der befragten Ärzte mit Karriereambition hielten sich für „belastbar“ gegenüber 93% der Ärztinnen dieser Gruppe (p=0,036).

### Abbildung 12: Gruppe mit Karriereambition - Persönliche Berufskompetenzen

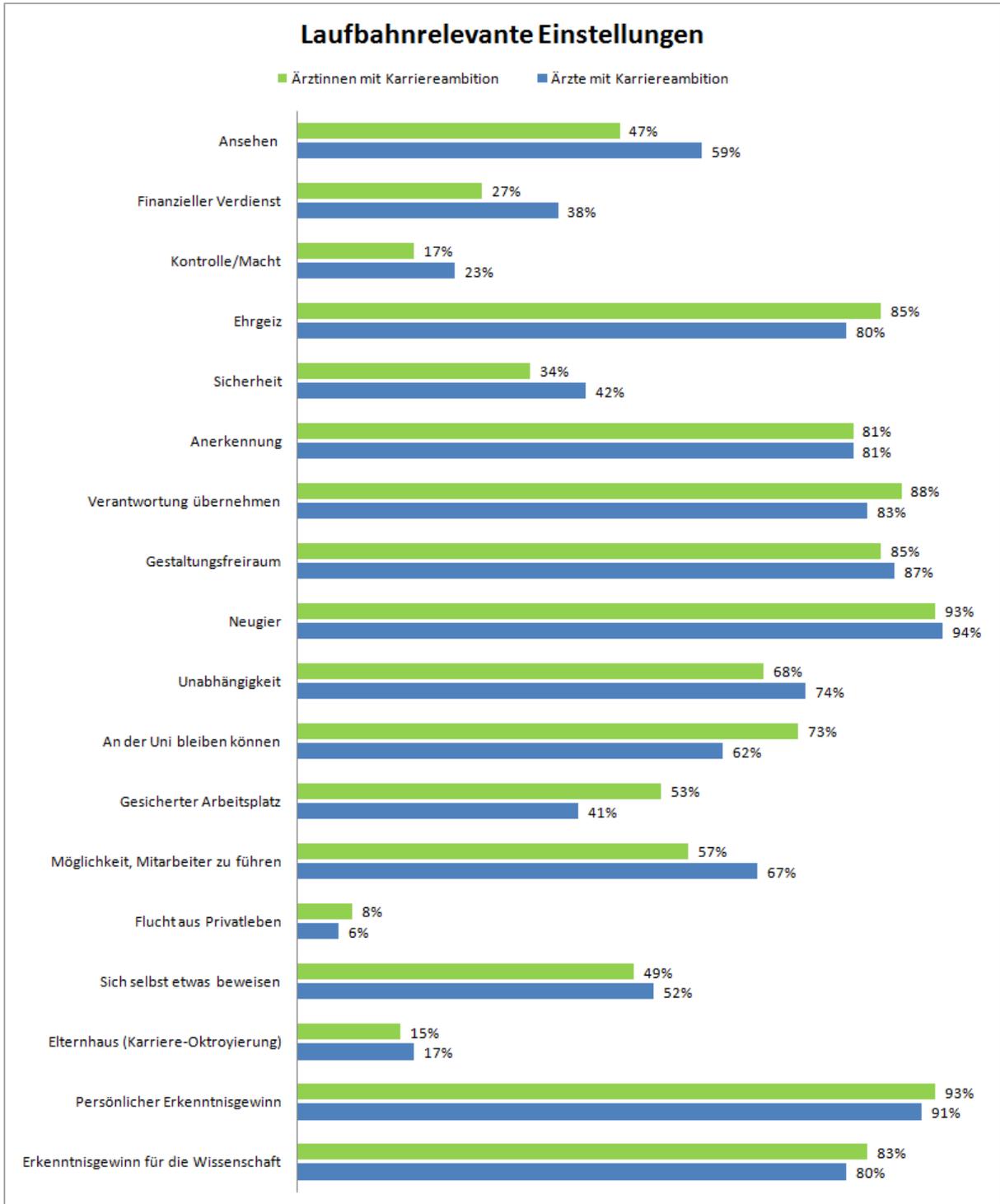
In grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, in blau die Anzahl der Ärzte mit Karriereambition, welche das jeweilige Persönlichkeitsmerkmal auf sich selbst als „zutreffend“ bezeichnet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.



Zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambitionen gab es keinerlei Unterschiede im Hinblick auf die **laufbahnrelevanten Einstellungen**.

### Abbildung 13: Gruppe mit Karriereambition - Laufbahnrelevante Einstellungen

In grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, in blau die Anzahl der Ärzte mit Karriereambition, welche die jeweilige laufbahnrelevante Einstellung als „wichtig“ eingestuft hatten. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Antworten der Ärzte und Ärztinnen mit Karriereambition.

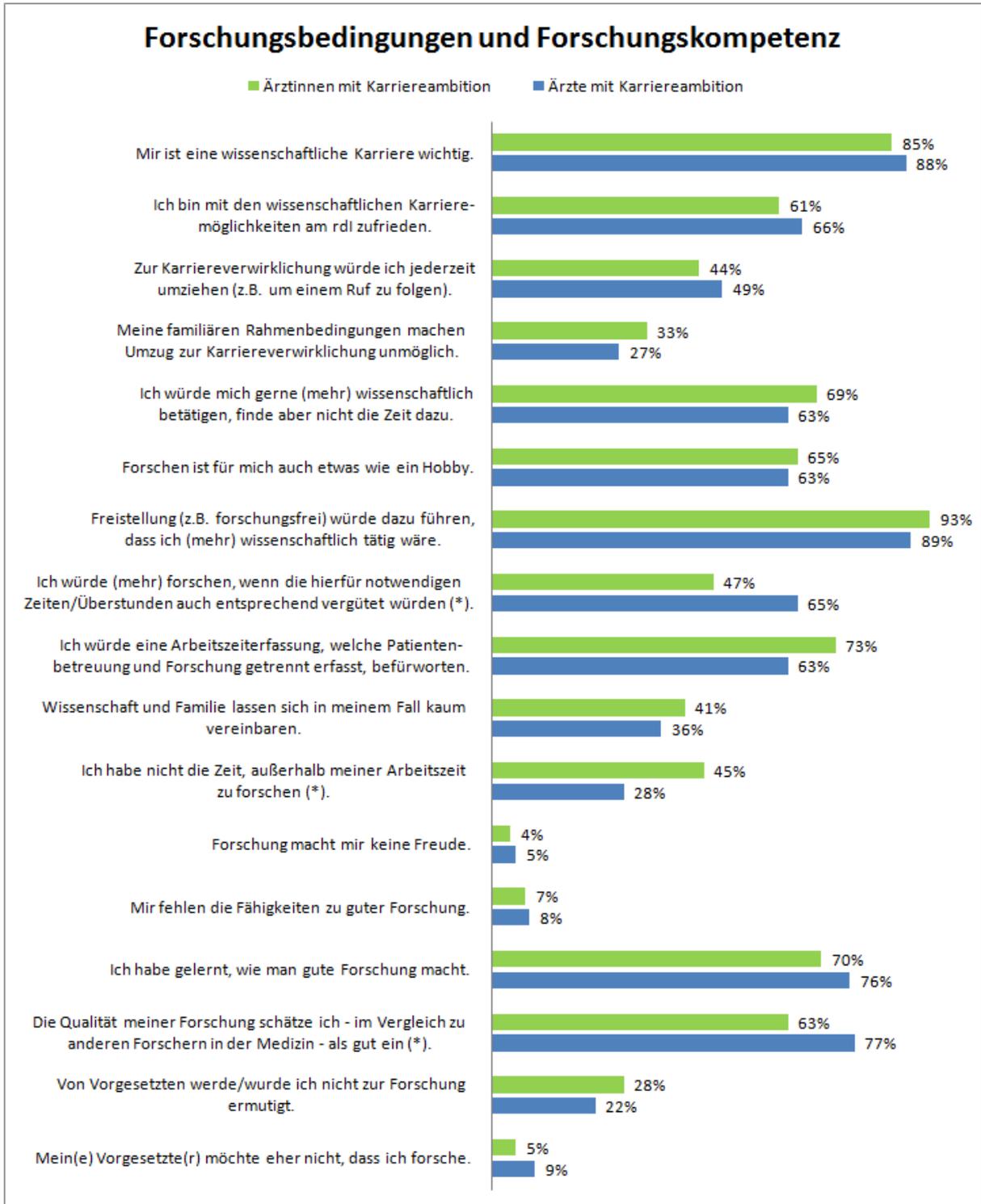


### **3.2.5.3. Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen und Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition**

Bei den Fragen zu den **Forschungsbedingungen und zur Forschungskompetenz** gaben 65% der Ärzte mit Karriereambition, aber nur 47% der Ärztinnen an mehr forschen zu wollen, wenn hierfür die notwendigen Zeiten/ Überstunden auch abgegolten würden ( $p=0,013$ ). Mehr Ärztinnen (45%) als Ärzte (28%) gaben an, keine Zeit für Forschung außerhalb der Arbeitszeit zu haben ( $p=0,001$ ). Während 77% der befragten Ärzte die Qualität ihrer Forschung im Vergleich zu anderen Medizinern als gut einschätzten, gaben dies nur 63% der Ärztinnen an ( $p=0,043$ ). Ansonsten gab es keine Unterschiede zwischen den karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz.

### Abbildung 14: Gruppe mit Karriereambition - Forschungsbedingungen und -kompetenz

In grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, in blau die Anzahl der Ärzte mit Karriereambition, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten mit Karriereambition wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.



### 3.3. Vergleich der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Gibt es einen Unterschied zwischen den Ärztinnen, die eine wissenschaftliche Karriere planen oder schon eine höhere wissenschaftliche Position belegen und jenen, die dies nicht tun? Ob es besondere Gründe bzw. Hindernisse gab die Ärztinnen zu einer Karriere bewegen bzw. sie davon abhalten, wird im Folgenden untersucht. Zu diesem Zweck wurden die Männer ausgeschlossen und die Frauen in zwei Gruppen eingeteilt: diejenigen Ärztinnen die angegeben hatten „ich plane nicht, zu habilitieren“ wurden als „*Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition*“ identifiziert. Die übrigen wurden als „*Ärztinnen mit wissenschaftlichen Karriereambition*“ titulierte, wenn sie schon habilitiert hatten oder das Verfahren im Gange war oder eine Habilitation zumindest geplant war. Die Gruppe der Ärztinnen mit Karriereambition bestand aus 75 Frauen; 71 Ärztinnen hatten keinen Karrierewunsch.

#### 3.3.1. Lebenshintergrund und familiäre Rahmenbedingungen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Das **Durchschnittsalter** der Befragten lag bei  $36,2 \pm 6,4$  Jahren und unterschied sich in beiden Gruppen nicht. Mit  $9,9 \pm 6,7$  Jahren waren die Ärztinnen mit Karriereambition signifikant länger **im Beruf** als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition mit  $7,6 \pm 5,7$  Jahren ( $p=0,033$ ).

Die Ärztinnen ohne Karriereambition waren mit 86% häufiger **verheiratet** oder in einer festen Beziehung als diejenigen mit Karriereambition, welche nur zu 72% einen festen Partner hatten ( $p=0,040$ ). 13% der Karrierefrauen sowie 6% der Befragten ohne Karrierewunsch waren geschieden, was keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ausmachte.

Die **Partner** der befragten Ärztinnen unterschieden sich nicht in den Punkten abgeschlossenes Studium (91%), Berufstätigkeit (93%) sowie Arbeitszeit mit  $48,7 \pm 11,2$  Stunden pro Woche. 57% der Ärztinnen gaben an, das Einkommen des Partners sei höher als das eigene Einkommen. 31% gingen von einem höheren Prestige des Berufs des Partners aus, 45% bezeichneten es als gleich. Auch hier bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition.

Bezüglich der **Kinder** gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. 56 Ärztinnen, was einem Anteil von 44% der Antwortenden entsprach ( $n=126$ ),

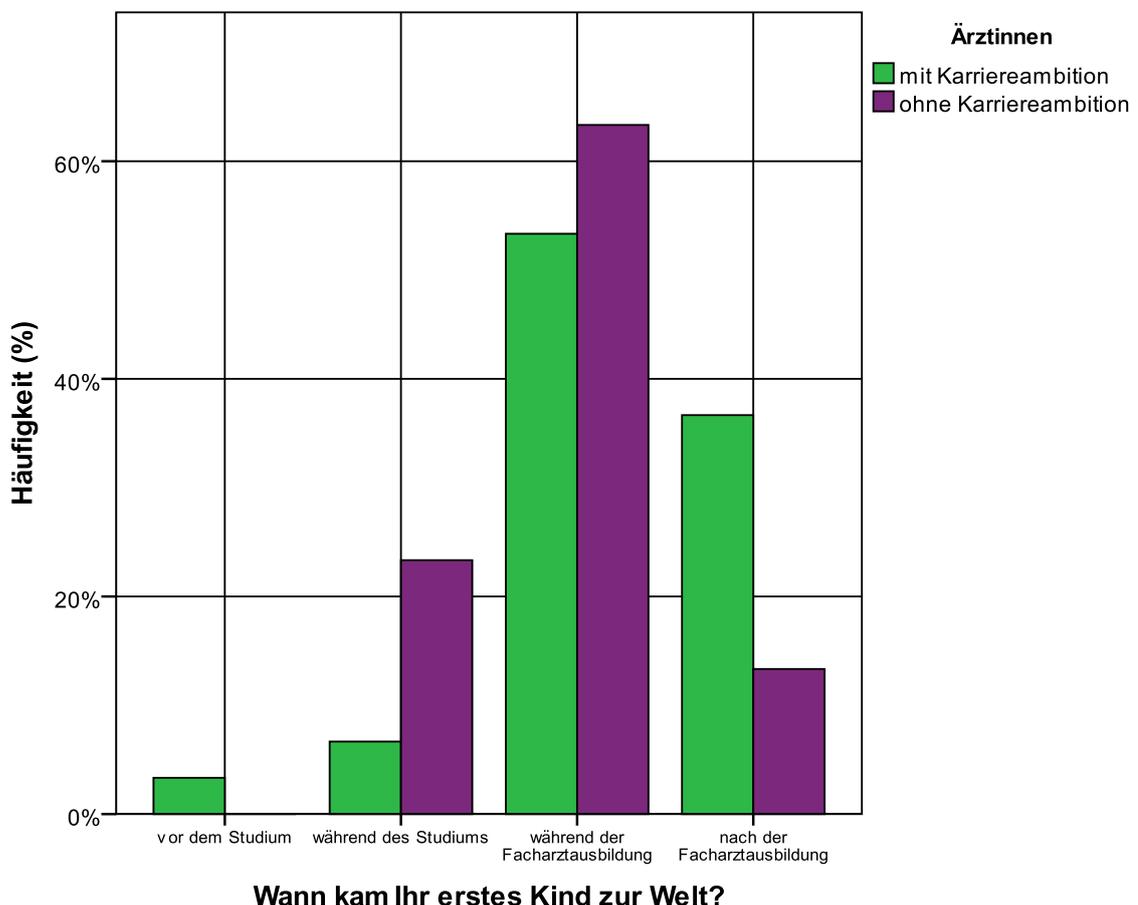
gaben an, Kinder zu haben (25 Ärztinnen mit Karriereambition vs. 31 Ärztinnen ohne Karriereambition). Schloss man die kinderlosen Befragten aus, zeigte sich, dass die Ärztinnen mit Karriereambition rund  $2,0 \pm 0,9$  Kinder, die Ärztinnen ohne Karriereambition im Schnitt  $1,8 \pm 0,7$  Kinder hatten, die im Haushalt der Befragten lebten. Auch beim Alter der Kinder zeigten sich keine signifikanten Differenzen: im Schnitt war das erste Kind  $7,6 \pm 5,8$  Jahre ( $n=57$ ), das zweite  $6,8 \pm 5,1$  Jahre ( $n=38$ ) und das dritte Kind  $5,9 \pm 3,4$  Jahre ( $n=11$ ) alt.

81% der Befragten ohne Kind gaben einen **Kinderwunsch** an. 34% stellten diesen zum Zeitpunkt der Umfrage noch aus beruflichen Gründen zurück. Auch hier wichen die Antworten beider Gruppen nicht voneinander ab.

Der **Zeitpunkt der Geburt** des ersten Kindes war bei den Ärztinnen ohne Karriereambition signifikant früher als bei jenen mit Karriereambition ( $p=0,024$ ). So war die Geburt bei erst genannte überwiegend noch während des Studiums oder in der Facharztausbildung, bei den Karriereärztinnen während der Facharztausbildung oder danach, siehe Abbildung 15.

#### Abbildung 15: Gruppe der Ärztinnen - Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes

In violett die Angabe der Ärztinnen ohne Karriereambition ( $n=30$ ), in grün die Angabe der Ärztinnen mit Karriereambition ( $n=25$ );  $p=0,024$ .



Im Schnitt **verzögerte sich die Zeit bis zum Facharzt durch Geburten bzw. Elternzeit** bei den Ärztinnen mit Karriereambition um  $18,9 \pm 20,5$  Monate sowie um  $31,9 \pm 22,1$  Monate bei den Ärztinnen ohne Karriereambition, ohne signifikanten Unterschied ( $p=0,057$ ). Dabei bezogen die Ärztinnen mit Karriereambition im Schnitt mit  $7,9 \pm 5,1$  Monaten kürzer Elterngeld als ihre Kolleginnen mit  $10,6 \pm 5,4$  Monaten. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Keine Unterschiede gab es auch bei der Zeit die **täglich mit Kind und Haushalt** verbracht wurde. Die Ärztinnen verbrachten damit durchschnittlich  $5,6 \pm 2,8$  Stunden am Tag, ihre Partner hingegen nur  $2,7 \pm 2,1$  Stunden.

Die **Betreuung** des ersten **Kindes** außerhalb von Kindergarten und Schule wurde bei beiden Gruppen größtenteils selbst (82%) übernommen, gefolgt von den Partnern (63%) und den Eltern (49%). Signifikant häufiger wurden die Schwiegereltern von den Ärztinnen ohne Karriereambition mit einbezogen (41% vs. 6% bei den Ärztinnen mit Karriereambition;  $p=0,013$ ). Ansonsten waren keine weiteren Unterschiede feststellbar.

Dementsprechend stellt sich auch die Situation der **Betreuung der Kinder bei Krankheit** dar. Auch in diesem Fall kümmerten sich die Ärztinnen mit 83% größtenteils selbst um ihren Nachwuchs. Die Partner waren zu 56%, die Eltern zu 44% und die Schwiegereltern zu 25% mitbeteiligt, ohne signifikante Unterschiede (Mehrfachnennungen möglich).

52% der Ärztinnen mit Karriereambition gaben an, mehr als 500 **Euro monatlich für Kinderbetreuung** auszugeben. Nur 13% der Befragten ohne Karrierewunsch bezahlten ebenso viel. Die Mehrheit der Ärztinnen ohne Karriereambition (47%) gab zwischen 200 und 500 Euro und weitere 30% bis zu 200 Euro monatlich aus. 7% wendeten kein Geld für Kinderbetreuung auf (0% der Ärztinnen mit Karriereambition). Es ließ sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen ( $p=0,058$ ).

62% der Ärztinnen mit und 73% der Ärztinnen ohne Karriereambition bestätigten Schwierigkeiten bei der Suche nach einer geeigneten Kinderbetreuung gehabt zu haben. 39% der Karriereärztinnen und 33% der Ärztinnen ohne Karriereambition bejahten, im Falle einer geeigneten Kinderbetreuung mehr arbeiten zu wollen. In diesen Punkten gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Mit 59% bzw. 57% stimmten die Ärztinnen mit bzw. ohne Karriereambition zu, **Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie** zu haben.

Rund 78% beider Gruppen würden sich die Möglichkeit der **Teilzeitarbeit** wünschen. 66% bestätigten den Bedarf an **Gleitzeit**.

Von den Ärztinnen mit Karrierewunsch **unterbrochen** rund 35% jemals **ihre ärztliche Tätigkeit** vs. 47% der Kolleginnen ohne Karrierewunsch. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Dauer der Unterbrechung: im Schnitt pausierten die Karrierefrauen  $11,9 \pm 8,9$  Monate, die Ärztinnen ohne Karriereambition hingegen  $23,8 \pm 17,1$  Monate ( $p=0,001$ ). Hauptgrund der Auszeit war in rund 85% die Kindererziehung.

### 3.3.2. Abitur, Studium und Promotion der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Die **Abiturnoten** der Ärztinnen beider Gruppen waren nahezu gleich mit  $1,6 \pm 0,5$ . Ähnliche Ergebnisse gab es bezüglich des **Medizinstudiums**, das die Karrierefrauen mit der Note  $1,7 \pm 0,6$  und ihre Kolleginnen ohne Karrierewunsch mit  $1,8 \pm 0,6$  abschlossen. In diesen Bereichen waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellbar, wohl aber bei der **Promotion**. Nur 81% der Ärztinnen ohne Karriereambition hatten promoviert, hingegen 95% ihrer Kolleginnen mit Karrierewunsch ( $p=0,013$ ). Auch bei der Benotung waren die Ärztinnen mit wissenschaftlichen Karriereambitionen (14% „summa cum laude“; 70% „magna cum laude“; 14% „cum laude“) signifikant besser als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition (4% „summa cum laude“; 59% „magna cum laude“; 35% „cum laude“;  $p=0,020$ ).

### 3.3.3. Klinische Tätigkeit der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

55% der Ärztinnen mit Karriereambition hatten ihre **Facharztprüfung absolviert** verglichen mit 26% der Ärztinnen ohne Karrierewunsch ( $p<0,001$ ). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch im Hinblick auf die **aktuelle Position** wieder ( $p<0,001$ ): 93% der Ärztinnen ohne Karriereambition waren Assistenzärztinnen, hingegen nur 58% ihrer Kolleginnen mit Karriereambition.

Auch in der **Wahl der Fächer** zeigten sich signifikante Unterschiede: während 28% der Karriereärztinnen in einem chirurgischen Fach tätig waren, gaben dies nur 10% der Frauen ohne Karriereambition an. Hingegen waren diese zum Zeitpunkt der Studie mit 83% stärker

in den konservativen Fachgebieten vertreten (vs. 65% ihrer Kolleginnen mit Karrierewunsch;  $p=0,022$ ).

Während die Ärztinnen mit Karrierewunsch am stärksten in den Fächern Innere Medizin (18%), Gynäkologie (14%), Chirurgie (12%), Psychiatrie (12%) und Neurologie (11%) vertreten waren, antworteten die Ärztinnen ohne Karriereambition schwerpunktmäßig aus den Fächern Anästhesie (18%), Neurologie (13%), Innere Medizin (12%), Pädiatrie (10%) und Psychiatrie (9%).

65% der Ärztinnen mit Karriereambition hatten eine Hausstelle, hingegen nur 57% der Kolleginnen ohne Karrierewunsch. Diese gaben in 27% an, nicht über die **Art der Anstellung** Bescheid zu wissen (vs. 12% der Karrierefrauen). Desweiteren wurden 11% der Karriereärztinnen sowie 16% derer ohne Karriereambition über Drittmittel angestellt, 12% bzw. 0% hatten eine gemischte Stelle ( $p=0,003$ ). Die Karriereärztinnen hatten häufiger einen **unbefristeten Vertrag** als ihre Kolleginnen (33% vs. 11%;  $p=0,002$ ). Die Dauer der Befristungen zeigte keine signifikanten Unterschiede und betrug im Schnitt  $14,4\pm 10,4$  Monate.

Die **wöchentliche Arbeitszeit** betrug bei den Karriereärztinnen  $38,0\pm 7,9$  Stunden, bzw.  $35,0\pm 10,1$  Stunden bei den Kolleginnen der Vergleichsgruppe ( $p=0,054$ ). Erstere **verdienten** mit  $4.573\pm 1.673$  Euro brutto monatlich signifikant mehr als die Ärztinnen ohne Karriereambition mit  $3.652\pm 1.285$  Euro ( $p=0,005$ ). Die Karrierefrauen hatten häufiger und im Schnitt höhere Zusatzeinkünfte als jene ohne Karrierewunsch: nur 68% der Karrierefrauen gaben an, keine Nebeneinkünfte zu haben, hingegen bejahten dies 93% der Ärztinnen ohne Karrierewunsch ( $p=0,010$ ).

Bezüglich der Anzahl der **Nachtdienste und Wochenendvisiten pro Monat** zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen: im Schnitt waren die Ärztinnen  $2,0\pm 2,3$  mal nachts, sowie  $1,2\pm 1,4$  mal am Wochenende eingeteilt. Anders verhielt sich die Lage bei den **Hintergrunddiensten pro Monat**: hier waren die Ärztinnen mit Karriereambition mit  $2,1\pm 3,5$  Diensten signifikant häufiger eingebunden als ihre Kolleginnen mit  $0,4\pm 1,4$  Einsätzen ( $p=0,001$ ).

Die Ärztinnen mit Karriereambition machten signifikant häufiger und mehr **Überstunden** als jene ohne Karrierewunsch ( $p<0,001$ ). Nur 1% gab an, keine Überstunden zu machen (vs. 12% bei den Ärztinnen ohne Karriereambition). 26% leisteten bis zu 5 Stunden, 25% bis zu 10 Stunden und weitere 28% bis zu 20 Stunden Mehrarbeit die Woche. Die Mehrheit der Befragten ohne Karriereambition mit 43% machten bis zu 5 Überstunden, weitere 35% bis zu

10 pro Woche. 18% der Karrierefrauen arbeiteten sogar zwischen 21 und 30 Stunden über Zeit (vs. 3% der Vergleichsgruppe).

Den Befragten der Gruppe ohne Karrierewunsch wurden die **Überstunden** mit 54% signifikant häufiger mit **Freizeitausgleich oder finanziell ausgeglichen**, verglichen mit ihren Kolleginnen mit wissenschaftlichen Karriereambitionen mit 39% ( $p=0,049$ ).

Signifikante Unterschiede gab es auch im **Tätigkeitsbereich** der beiden Gruppen. Nicht verwunderlich ist somit, dass das Aufgabenfeld der Ärztinnen mit Karriereambition mit 22% deutlich mehr wissenschaftliche Anteile enthielt als bei jenen ohne Karrierewunsch (7%;  $p<0,001$ ). Anders betrachtet waren die Ärztinnen ohne Karriereambition mit 90% stärker an der Patientenversorgung, also klinisch tätig, als ihre Kolleginnen mit 77% ( $p=0,001$ ).

### 3.3.4. Forschung der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Sowohl 40% der Karriereärztinnen, als auch 30% der Kolleginnen ohne Karriereambition hatten „**forschungsfrei**“ gehabt. Der Unterschied war hier nicht signifikant, wohl aber im Bereich der Dauer der Freistellung: Die Ärztinnen der Gruppe mit Karriereambitionen hatten im Schnitt  $58,6\pm 77,9$  Wochen forschungsfrei, ihre Kolleginnen hingegen nur  $20,3\pm 17,6$  Wochen ( $p=0,010$ ). Am häufigsten wurde den Beteiligten beider Gruppen diese Zeit durch ihre Station, bzw. ihren Vorgesetzten ermöglicht (60% der Ärztinnen mit Karriereambitionen vs. 81% der Ärztinnen ohne Karriereambitionen). In diesem Fall bestand kein signifikanter Unterschied. Den Karrierefrauen wurde ihr „forschungsfrei“ zudem häufiger durch selbst eingeworbene Drittmittel ermöglicht als ihren Kolleginnen (46% vs. 10%;  $p=0,050$ ;  $n=32$ ).

Bezüglich eines **Forschungsaufenthalt im Ausland** gaben 25% der Ärztinnen aus der Karrieregruppe sowie 8% der Befragten aus der Vergleichsgruppe an, dies schon einmal gemacht zu haben ( $p=0,008$ ). Die Karriereärztinnen waren mit  $17,7\pm 13,9$  Monaten länger im Ausland als ihre Kolleginnen mit  $6,8\pm 7,2$  Monaten ( $p=0,046$ ).

Karriereärztinnen waren häufiger und länger am Wochenende wissenschaftlich tätig als die befragten Frauen der Vergleichsgruppe. 61% letztgenannter verneinten **am Wochenende wissenschaftlich tätig** zu sein, weitere 27% gaben „selten“ an und nur 11% bestätigten dies „regelmäßig“ zu tun.

Nur 8% der Ärztinnen mit Karriereambition forschten nicht an den Wochenenden, 42% „selten“, 30% regelmäßig, 11% „häufig“ und 10% sogar „sehr häufig“ ( $p<0,001$ ).

21% der Ärztinnen ohne Karriereambition bestätigten, bis zu 5 Stunden im Monat am Wochenende wissenschaftlich tätig zu sein, 9% sogar bis zu 10 Stunden. Wesentlich mehr Zeit wendeten dafür die Karrierefrauen auf: nur 12% waren nicht bzw. selten an den Wochenenden wissenschaftlich tätig, 30% bis zu 5 Stunden pro Monat, 26% bis zu 10 Stunden, weitere 22% sogar bis zu 20 Stunden, 7% zwischen 21 und 30 Stunden und ein geringer Anteil sogar noch mehr ( $p < 0,001$ ).

Nur 27% der Ärztinnen der Karrieregruppe gaben an, in ihrem **Urlaub** nicht **wissenschaftlich tätig** zu sein (vs. 73% der Kolleginnen ohne Karriereambition). 48% gaben „bis zu 10% ihrer Urlaubszeit“ als zutreffend an (vs. 25% der Ärztinnen ohne Karriereambition). 14% forschten bis zu 20% ihrer Urlaubszeit (vs. 3% der Ärztinnen ohne Karriereambition) und weitere 11% sogar noch mehr (vs. 0% der Ärztinnen ohne Karriereambition;  $p < 0,001$ ).

Sowohl in der Gesamtanzahl der **Impact-Faktor Punkte**, als auch in den Punktwerten der höchstrangigsten Publikation lagen die Ärztinnen mit Karriereambition weit vor ihren Kolleginnen.  $88,5 \pm 150,2$  Gesamtpunkte gegenüber  $4,2 \pm 6,8$  bei ihren Kolleginnen konnten die Karriereärztinnen vorweisen ( $p < 0,001$ ). Weiter erreichten die Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition  $12,0 \pm 15,3$  Impact-Faktor Punkte in ihrer höchstrangigsten Publikation gegenüber ihren Kolleginnen mit  $2,1 \pm 3,7$  Punkte ( $p < 0,001$ ).

Zudem gab es einen signifikanten Unterschied bezüglich der **Anzahl der Arbeiten als Erst- oder Letztautor**, in welcher die Karriereärztinnen mit  $9,5 \pm 11,6$  Arbeiten dominierten (gegenüber  $2,5 \pm 4,5$  ihrer Kolleginnen ohne Karriereambition). Die Karrierefrauen hatten im Schnitt  $3,2 \pm 3,2$  **Anträge** eingereicht, die Ärztinnen ohne Karrierewunsch  $0,5 \pm 1,1$  ( $p < 0,001$ ).

Rund  $603.222 \pm 1.407.111$  Euro **Drittmittel** hatten die Ärztinnen mit Karriereambition bisher erworben, im Vergleich zu  $940 \pm 2.770$  Euro der Befragten der Gruppe ohne Karriereambition ( $p = 0,006$ ).

Auch die Anzahl der besuchten **Kongresse** innerhalb der letzten beiden Jahre im In- und Ausland zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Karriereärztinnen besuchten im Schnitt  $5,0 \pm 3,2$  Kongresse bzw.  $1,6 \pm 1,7$  Auslandskongresse, die Ärztinnen ohne Karriereambition  $2,3 \pm 2,4$  Kongresse ( $p < 0,001$ ) bzw.  $0,5 \pm 0,9$  Auslandskongresse ( $p < 0,001$ ).

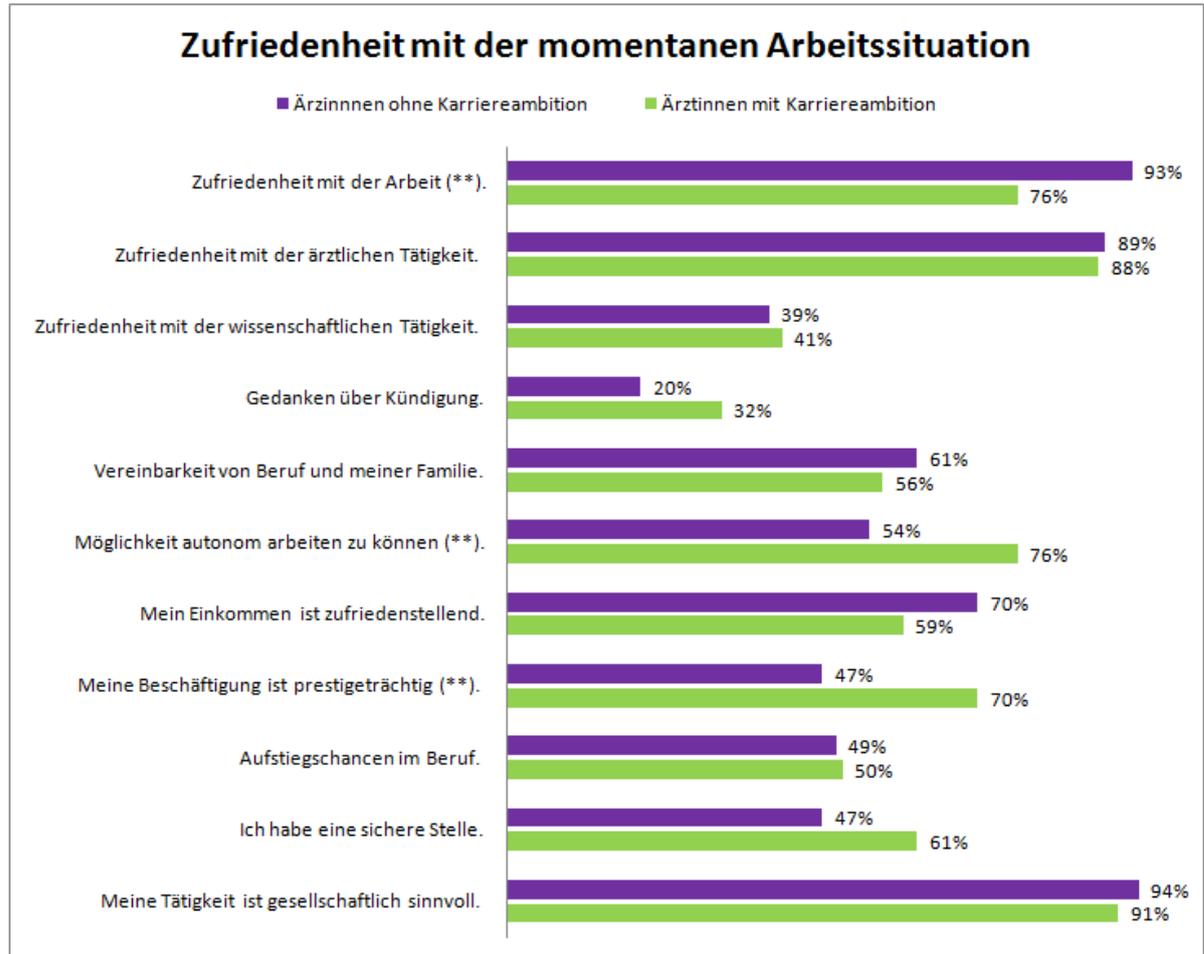
### **3.3.5. Arbeitszufriedenheit, persönliche Berufskompetenzen, laufbahnrelevante Einstellungen, Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition**

#### **3.3.5.1. Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition**

Alles in allem waren die Ärztinnen ohne Karriereambition mit 93% signifikant zufriedener als ihre Kolleginnen mit Karriereambitionen, welche dies nur zu 76% bestätigen konnten ( $p=0,005$ ). Rund 88% der Befragten beider Gruppen gaben an mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zufrieden zu sein. Im Gegensatz zu ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit, mit welcher sich nur rund 40% der Ärztinnen beider Gruppen zufrieden zeigten. Signifikant mehr Karriereärztinnen bestätigten autonomes Arbeiten zu genießen ( $p=0,007$ ). Desweiteren gingen 70% der Ärztinnen mit Karrierewunsch davon aus, einem prestigeträchtigen Beruf nachzugehen, wozu hingegen nur 47% der Kolleginnen der Vergleichsgruppe zustimmen konnten ( $p=0,004$ ).

### Abbildung 16: Gruppe der Ärztinnen - Arbeitszufriedenheit

In violett die Anzahl der Ärztinnen ohne Karriereambition, in grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.

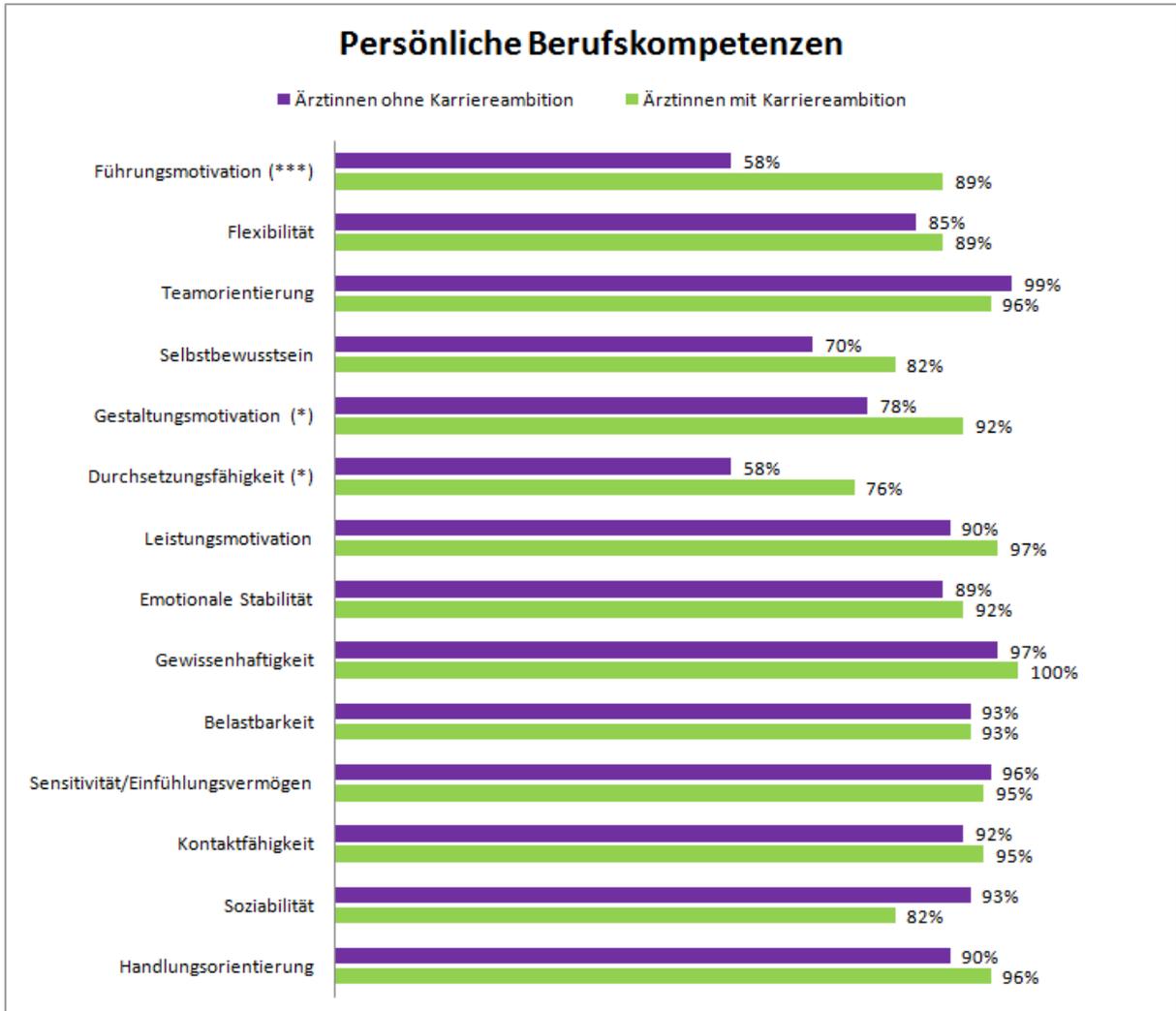


#### 3.3.5.2. Persönliche Berufskompetenzen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Bei der Einschätzung der persönlichen Berufskompetenzen bezeichneten die Frauen beider Vergleichsgruppen v.a. die Punkte Gewissenhaftigkeit, Teamorientierung, Sensitivität/Einfühlungsvermögen, Leistungsmotivation, Belastbarkeit, Kontaktfähigkeit, Handlungsorientierung, emotionale Stabilität, Flexibilität und Soziabilität als zutreffend. Signifikant unterschiedliche Aussagen gab es bezüglich der Gestaltungsmotivation ( $p=0,014$ ), der Führungsmotivation ( $p=0,001$ ) und der Durchsetzungsfähigkeit ( $p=0,019$ ), welche die Ärztinnen mit Karriereambition stärker für sich als zutreffend ansahen als jene ohne Karrierehintergrund.

### Abbildung 17: Gruppe der Ärztinnen - Persönliche Berufskompetenzen

In violett die Anzahl der Ärztinnen ohne Karriereambition, in grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, welche das jeweilige Persönlichkeitsmerkmal auf sich selbst als „zutreffend“ bezeichnet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition wird mit (\*) $<0,05$ , (\*\*) $<0,01$ , und (\*\*\*) $<0,001$  angegeben.



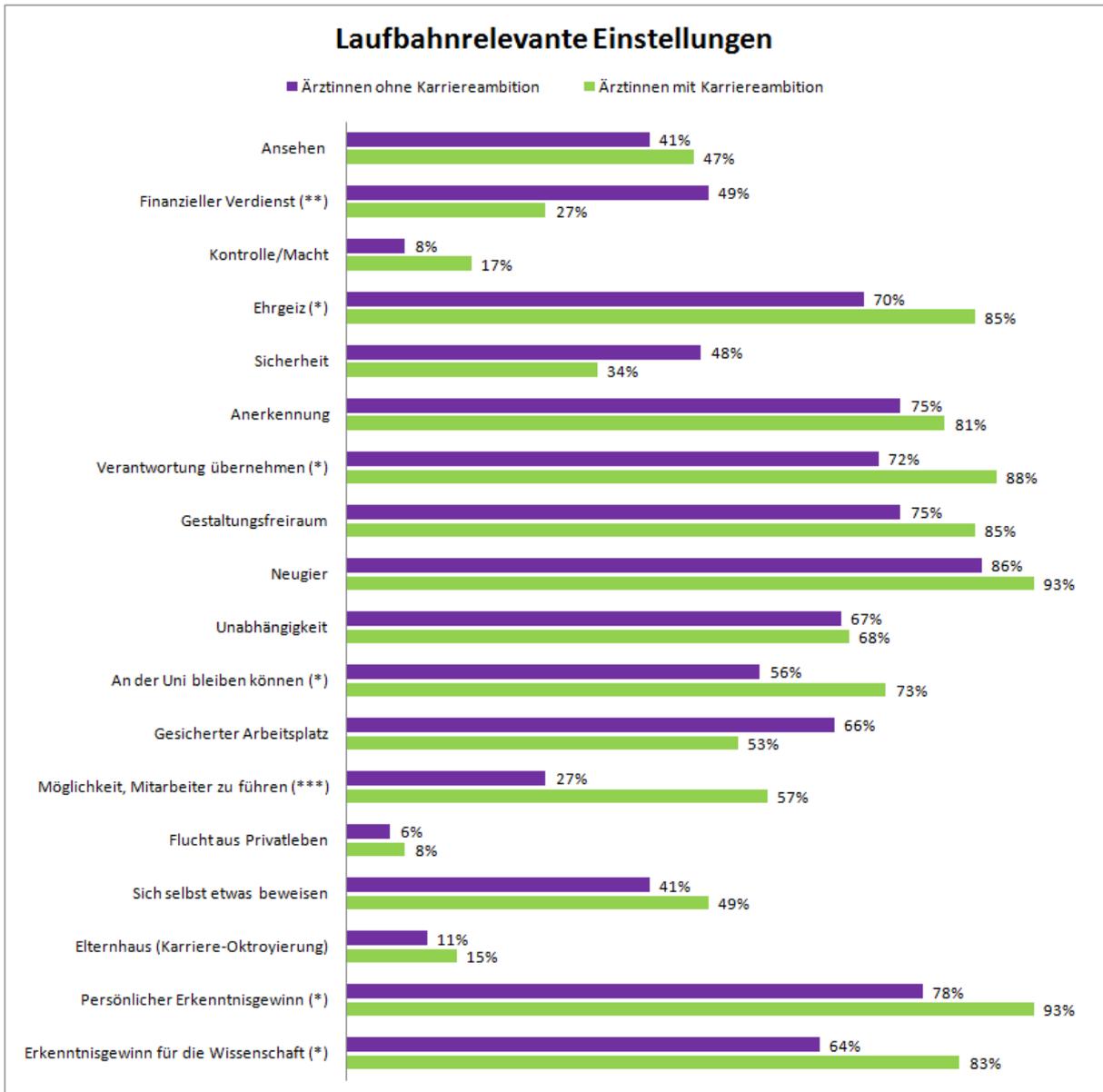
#### 3.3.5.3. Laufbahnrelevante Einstellungen der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition

Signifikant mehr Ärztinnen mit Karriereambition gaben den persönlichen Erkenntnisgewinn ( $p=0,017$ ) und den Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft ( $p=0,013$ ) als wichtig an. Zudem die Tatsache an der Universität bleiben zu können ( $p=0,029$ ), Verantwortung zu übernehmen ( $p=0,017$ ) und den persönlichen Ehrgeiz ( $p=0,032$ ). Wichtig erachteten alle Befragten die Punkte Gestaltungsfreiraum, Anerkennung und Unabhängigkeit. Für 57% der Karrierefrauen war die Möglichkeit, Mitarbeiter zu führen ein wichtigerer Aspekt als für die Kolleginnen ohne Karrierewunsch ( $p<0,001$ ). Diese erachteten mit 49% den finanziellen Verdienst für wichtiger

als die Ärztinnen mit Karriereambition ( $p=0,009$ ). Ansonsten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

### Abbildung 18: Gruppe der Ärztinnen - Laufbahnrelevante Einstellungen

In violett die Anzahl der Ärztinnen ohne Karriereambition, in grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, welche die jeweilige laufbahnrelevante Einstellung als „wichtig“ eingestuft hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition wird mit (\*) $<0,05$ , (\*\*) $<0,01$ , und (\*\*\*) $<0,001$  angegeben.



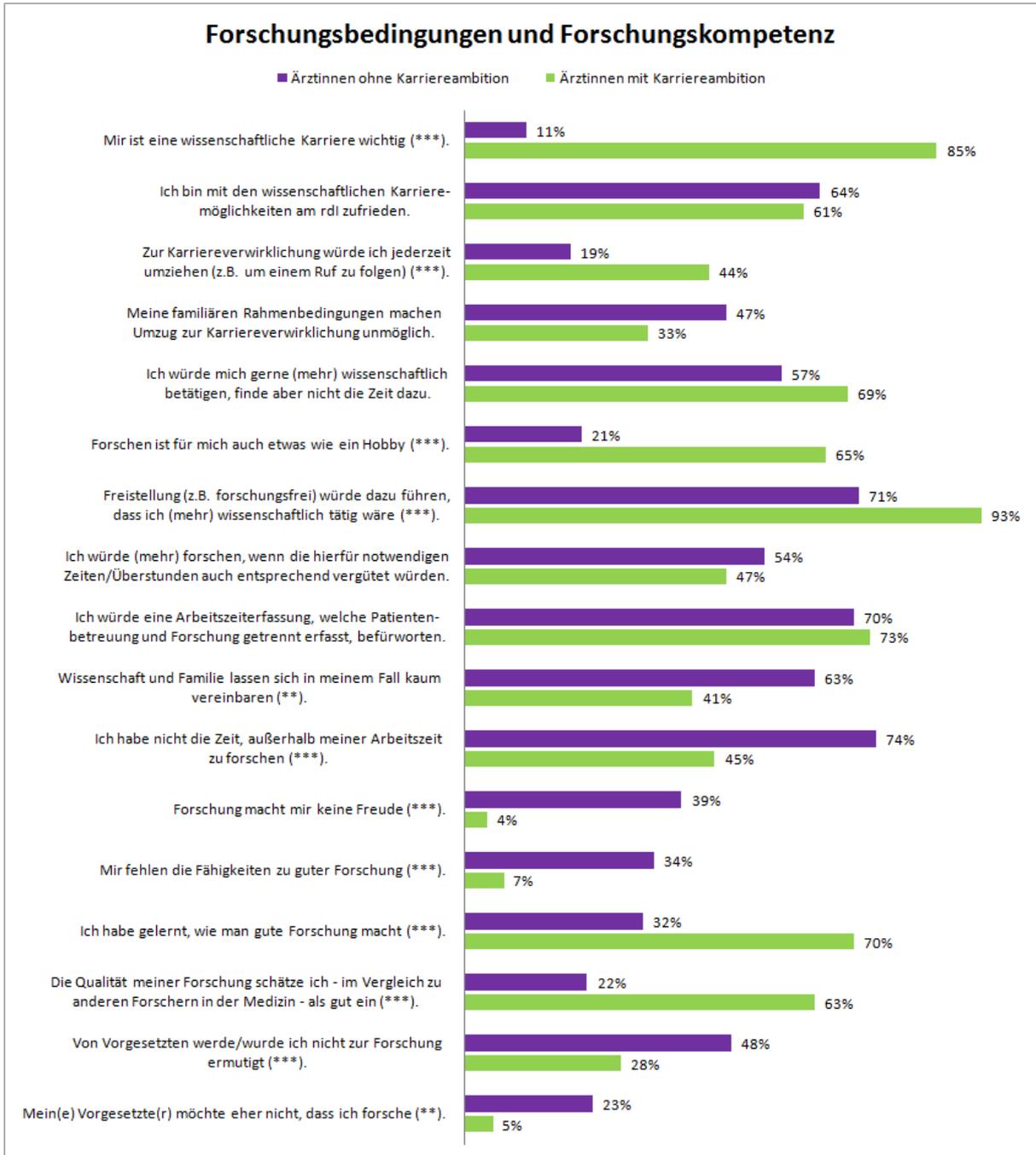
#### **3.3.5.4. Forschungsbedingungen und Forschungskompetenz der Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition**

Im Hinblick auf die Forschungsbedingungen und –kompetenz wichen die Ansichten der beiden Gruppen in vielen Fällen voneinander ab. Zum einen hatten die Karriereärztinnen mehr Freude und Interesse an einer wissenschaftlichen Karriere, zum anderen erlaubten ihre sozialen Rahmenbedingungen, der Forschung mehr Raum zu gewähren. Die Ärztinnen mit Karriereambition schätzten die Qualität ihrer Forschung höher ein und wurden von ihren Vorgesetzten mehr zur wissenschaftlichen Tätigkeit ermutigt. 93% der Karrierefrauen und 71% der Ärztinnen ohne Karriereambition gaben an, dass eine Freistellung dazu führen würde, mehr wissenschaftlich tätig zu sein ( $p < 0,001$ ).

Einheitlich war die Meinung, dass eine getrennte Arbeitszeiterfassung für Patientenbetreuung und Forschung sinnvoll wäre, sowie die Aussage, Zeitmangel würde „mehr Forschung“ blockieren. Rund 62% der Ärztinnen waren mit ihren wissenschaftlichen Karrieremöglichkeiten am *Klinikum rechts der Isar* zufrieden.

### Abbildung 19: Gruppe der Ärztinnen - Forschungsbedingungen und -kompetenz

In violett die Anzahl der Ärztinnen ohne Karriereambition, in grün die Anzahl der Ärztinnen mit Karriereambition, welche die jeweilige Frage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen mit und ohne Karriereambition wird mit (\*) < 0,05, (\*\*) < 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.

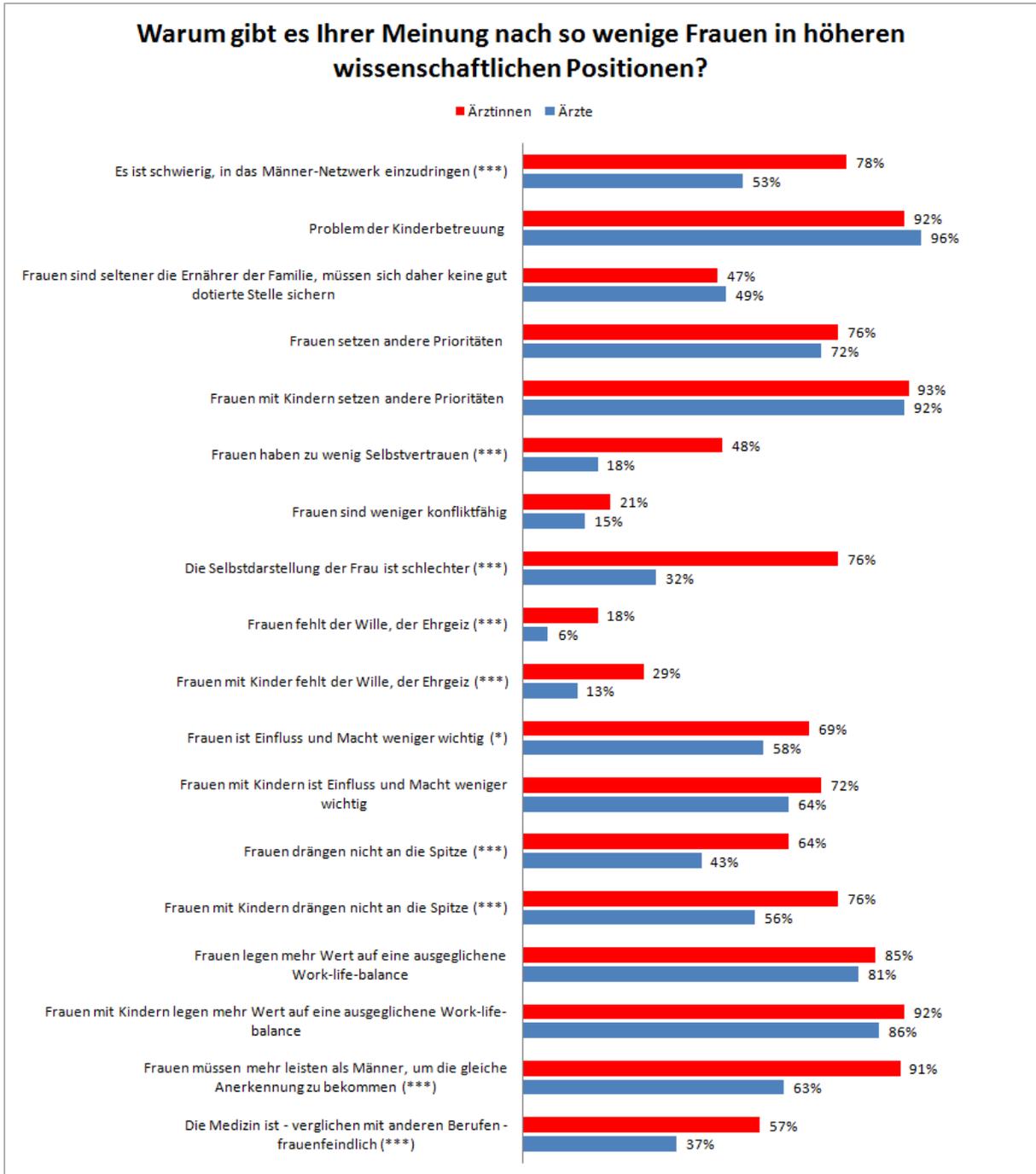


### **3.4. Warum gibt es so wenige Frauen in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin?**

Das Kernthema unseres Interviews beschäftigte sich mit dem geringen Frauenanteil in den höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin. Daher wurden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte konkret zu ihrer Meinung diesbezüglich befragt. Wichtige Gründe (siehe Abbildung 20) dafür sahen die Befragten den Ergebnissen zufolge in Problemen der Kinderbetreuung und darin, dass Frauen (mit Kind) andere Prioritäten setzen und mehr Wert auf eine ausgeglichenen Work-Life-Balance legen. 91% der Ärztinnen machten gegenüber 63% der Ärzte signifikant häufiger die Angabe „Frauen müssten mehr leisten als Männer, um die gleiche Anerkennung zu bekommen“ ( $p < 0,001$ ). 78% der Ärztinnen sowie 53% der Ärzte gaben an, dass es für Frauen schwierig sei, in das Männernetzwerk einzudringen ( $p < 0,001$ ). Desweiteren vermuteten 76% der Frauen, hingegen nur 32% der Ärzte, dass die Selbstdarstellung der Frau schlechter sei ( $p < 0,001$ ). Signifikant mehr Ärztinnen als Ärzte waren der Meinung, Frauen (mit Kind) würden nicht an die Spitze drängen. Keine Unterschiede in den Antworten der Ärztinnen und Ärzte gab es bei der Aussage „Frauen (mit Kind) wären Einfluss und Macht weniger wichtig“. Fast die Hälfte der Befragten war der Meinung, da Frauen seltener Ernährer der Familie seien, bräuchten sie sich auch keine so gut dotierte Stelle sichern. Signifikant mehr Ärztinnen äußerten, die Medizin sei - verglichen mit anderen Berufen - frauenfeindlich, und dass Frauen weniger Selbstvertrauen sowie Wille und Ehrgeiz besitzen würden. Zudem gaben sie häufiger die Antwort, Frauen wäre Einfluss und Macht weniger wichtig ( $p = 0,05$ ). Mit rund 68% waren sich alle Befragten einig, dass Frauen mit Kind Einfluss und Macht weniger wichtig sei.

## Abbildung 20: Gesamtkollektiv - Niedrige Frauenquote in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin

In rot die Anzahl der Ärztinnen, in blau die Anzahl der Ärzte, welche die jeweilige Aussage mit „trifft zu“ beantwortet hatten. Der signifikante Unterschied zwischen den Ärztinnen und Ärzten wird mit (\*)<0,05, (\*\*)< 0,01, und (\*\*\*) < 0,001 angegeben.



64% der Ärztinnen und Ärzte gaben an zu wissen, dass es am *Klinikum rechts der Isar* bzw. an der Technischen Universität München Programme zur Frauenförderung bzw. Gleichstellung gibt.

## 4. Diskussion

### 4.1. Interpretation der Ergebnisse

#### 4.1.1. Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin

Die Studie zeigt, dass nur ein geringer Anteil der am *Klinikum rechts der Isar* beschäftigten Ärztinnen in einer höheren wissenschaftlichen (und klinischen) Position zu finden ist. Im Abitur, wie auch im Abschluss des Medizinstudiums hatten die Ärztinnen bessere Noten als ihre männlichen Kommilitonen. 87% der Medizinerinnen hatten promoviert, also eine wissenschaftliche Basis geschaffen. Ihre Habilitation hatten hingegen nur noch 16% der befragten Ärztinnen abgeschlossen und 49% gaben an, überhaupt nicht habilitieren zu wollen. Dieses Phänomen, auch als „vertikale Segregation“ (Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., 2003) bezeichnet, basiert auf verschiedenen Ursachen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Die Unterschiede der **klinischen Position** hoben sich in der Gruppe der Befragten mit wissenschaftlicher Karriereambition auf. Die Ärztinnen mit Karriereambition hatten ebenso häufig ihren Facharzt absolviert und waren auch in klinischen Führungspositionen häufiger vertreten. Im Gegensatz dazu standen die Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition, die sich noch zu 74% in der Assistenzarztzeit befanden. Die Vermutung liegt nahe, dass sie auch klinisch keine Karriereambition besaßen. Die Ärztinnen waren im Durchschnitt gleich alt, so dass die höhere klinische Position der wissenschaftlich karriereambitionierten Ärztinnen nicht durch ein höheres Alter erklärt werden konnte. Im Unterschied zu den Ärztinnen (auch innerhalb der karriereambitionierten Gruppe) hatten die Ärzte eine höhere Wochenarbeitszeit, häufiger Überstunden und Wochenenddienste. Die Ärzte widmeten ihrer Arbeit also mehr Zeit. Mögliche Gründe für die geringere Arbeitszeit der Ärztinnen werden später diskutiert.

In der Besetzung **wissenschaftlicher Positionen** zeigte sich kein Unterschied innerhalb der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition. Die Ärzte waren minimal häufiger Privatdozent oder Professor. Der Großteil der karriereorientierten Ärzte und Ärztinnen besetzte keine der beiden genannten Positionen (60% der Ärzte vs. 71% der Ärztinnen).

**Tätigkeitsschwerpunkt** der Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition lag vor allem in der Patientenversorgung, wohingegen die Ärzte und Ärztinnen mit wissenschaftlicher

Karriereambition mehr mit wissenschaftlichen Aufgaben betraut waren. Der Großteil ihres Tätigkeitsspektrums lag mit 75% jedoch ebenfalls in der Krankenversorgung, was die Frage aufwirft, wann sie sich der Forschung widmen. Die Antwort: offensichtlich in Überstunden, am Wochenende und im Urlaub. 79% der Ärztinnen mit Karriereambition sowie 41% der Ärzte mit Karriereambition gaben bis zu zwanzig Überstunden je Arbeitswoche (ohne Wochenende) an, 22% der karriereambitionierten Ärzte sogar bis zu dreißig Überstunden. Die Stundenzahl der Wochenendforschung in der Gruppe der Karriereambitionierten war gleich. Auffallend war, dass die Ärzte häufiger eine geringere Stundenanzahl, die Ärztinnen hingegen von der Frequenz seltener, dafür aber mehrere Stunden am Stück am Wochenende forschten. Dies lässt verschiedene Interpretationsaspekte zu: zum einen könnte man es mit den häufigeren Wochenenddiensten der Ärzte innerhalb der karriereambitionierten Gruppe in Verbindung bringen, da es nahe liegt, sich nach Dienstende noch ein wenig der Forschung zu widmen, wohingegen die Ärztinnen der Gruppe extra in die Klinik kommen müssten. Zum anderen könnte man eine unflexiblere Zeiteinteilung der Ärztinnen zum Beispiel durch private Verpflichtungen wie Familie und Kinder vermuten, so dass sie „*familienfreie*“ Tage komplett für die Forschung nutzen. Die These unterstützend kann auch die Angabe von mehr Ärztinnen (mit Karriereambition) als Ärzten gewertet werden, außerhalb der Arbeitszeit keine Zeit zum Forschen zu haben. Verdeutlicht wird der Zeitmangel der Ärztinnen durch die Strategien, mit welchen die Befragten ihre Habilitation durchgeführt hatten. Die Mehrheit (69%) der karriereambitionierten Ärzte nutzten dafür ihre Freizeit, die Ärztinnen habilitierten hingegen größtenteils und signifikant häufiger als ihre Kollegen mithilfe eines Stipendiums. Zu etwa gleichen Anteilen nutzten beide Parteien außerdem ihre Arbeitszeit.

Die Studie versuchte außerdem zu klären, inwieweit **private Hintergründe** die berufliche Laufbahn der Befragten beeinflussten. Zunächst wird zwischen Befragten mit Kind und ohne Kind differenziert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärztinnen mit und ohne Karriereambition zusammen betrachtet werden können, da sie übereinstimmende Angaben hatten. Die Ärztinnen mit Kind verbrachten täglich wesentlich mehr Zeit mit Kindern und Haushalt als ihre Kollegen mit Kind (5,6 vs. 2,4 Stunden). Diesen Ergebnissen zufolge ist die Kinderbetreuung nach wie vor *Frauensache*. Während sich die Ärztinnen größtenteils selbst um die Kinder kümmerten, war in den Familien der Ärzte vor allem die Partnerin dafür verantwortlich. Diese vermehrte zeitliche Einbindung stellt für die Frauen sicherlich ein berufliches Hindernis dar. Grund für die ungleiche Verteilung war mitunter, dass die Ärztinnen vorwiegend karriereorientierte Partner mit vergleichsweise höheren Arbeitszeiten als den eigenen hatten. Folglich fanden sie wenig Unterstützung bei der Kinderbetreuung innerhalb der Partnerschaft. Desweiteren ist anzunehmen, dass die Ärztinnen ihrer Funktion

als Mutter auch selbst nachkommen wollen: 44% der Medizinerinnen verneinten den Wunsch, im Falle einer besseren Kinderbetreuung mehr arbeiten zu wollen. Da andererseits 36% der Ärztinnen gerne mehr arbeiten wollten, drängt sich auch der Aspekt mangelnder Kinderbetreuungsplätzen auf. 94% der Studienteilnehmer waren überzeugt davon, dass sich gerade das Problem der Kinderbetreuung hemmend auf eine höhere wissenschaftliche Position der Ärztinnen auswirke. Bei den Ärzten zeigte sich eine entgegengesetzte Situation: Sie hatten beruflichen Freiraum durch ihre Partnerinnen, die häufiger nur in Teilzeit beschäftigt oder nicht berufstätig waren. Die Mediziner mit Kind konnten folglich mehr Zeit in Forschung investieren als ihre Kolleginnen mit Kind.

Nach Meinung der Studienteilnehmer treten weitere Aspekte auf, welche die Ärztinnen in ihrer Karrierelaufbahn bremsen. Die Mehrheit der Mediziner und Medizinerinnen teilte die Ansicht, dass *Frauen (vor allem mit Kind) andere **Prioritäten** setzen würden* und dass ihnen eine *ausgeglichene **Work-Life-Balance** wichtiger sei*. Mehr Ärztinnen als Ärzte vertraten die Meinung *Frauen (vor allem Mütter) würden nicht an die Spitze drängen* und außerdem sei *Frauen (verstärkt noch durch Kinder) Einfluss und Macht weniger wichtig*. Für die Ärztinnen und Ärzte scheint sich neben den genannten Neigungen der Faktor Kind beeinflussend auf die Karriere-AMBITION auszuwirken. Diese These kann allerdings durch den fehlenden Unterschied zwischen den Ärztinnen mit Karriereambition und den Ärztinnen ohne Karriereambition in Punkto Kinder zu haben widerlegt werden. Zentrale Bedeutung kann man wohl dem Punkt der Work-Life-Balance zuschreiben, der für die Ärztinnen essentieller zu sein scheint als für die Ärzte. Ein kleinerer Anteil vor allem der Ärztinnen war außerdem der Meinung *Frauen (verstärkt noch durch Kinder) fehle der Ehrgeiz und der Wille*. Letztgenannte Annahme muss aufgrund der Selbsteinschätzung der Ärztinnen in Frage gestellt werden: die Ärztinnen mit Karriereambition schätzten sich ehrgeiziger ein als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition und dies wiederum unabhängig vom Faktor Kind.

Evaluiert wurden ferner die Voraussetzungen am *Klinikum rechts der Isar*, eine wissenschaftliche Karriere umzusetzen. Rund zwei Drittel aller Befragten waren mit den **Rahmenbedingungen** zufrieden, so dass dies nicht den mangelnden Anteil an Ärztinnen in höheren wissenschaftlichen Positionen erklären kann. Unzufrieden waren verstärkt die Ärzte, aber auch die Ärztinnen, mit der Vergütung ihrer Forschungszeit. Bei besserer Entlohnung würden sie (mehr) forschen.

*Männer drängen mehr an die Spitze*. Diese Aussage findet Bestätigung in der häufigeren Erstbewerbung auf eine Professur der Ärzte mit Karriereambition. Von den Bewerbern kamen hingegen sowohl Ärzte als auch Ärztinnen gleichhäufig auf Rang eins oder einen

Listenplatz. Um zu avancieren, ist ein gewisses Maß an **Selbstvertrauen** notwendig. In diesem Punkt kristallisierte sich ein Unterschied zwischen der Gesamtheit der Befragten heraus: vor allem die Ärztinnen beklagten *das geringe Selbstvertrauen* und die *schlechtere Selbstdarstellung der Frau*. Ihre Forschungsleistungen bewerteten die Ärztinnen (mit Karriereambition) schlechter verglichen zu ihren Kollegen (mit Karriereambition), was als reduziertes Selbstbewusstsein interpretiert werden kann. Objektiv waren die Forschungsleistungen in der karriereambitionierten Gruppe gleich, was sich an den äquivalenten Ergebnissen hinsichtlich der Promotion, der Impact-Faktor Punkte, der Punkte der höchstrangigen Publikation und federführend eingereichten Anträge zeigte. Oppositiv dazu standen die Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition, welche in allen Punkten schlechtere Resultate erzielten. Das mangelnde Selbstvertrauen der Ärztinnen und das Unterschätzen ihrer Leistungen sind mögliche Gründe für die geringe Frauenanzahl in Spitzenpositionen.

Bei der Selbsteinschätzung ihrer **Berufskompetenzen** zeigten sich die Ärzte im Gesamtvergleich als führungsmotivierter und durchsetzungsfähiger, was essentielle Eigenschaften einer höheren beruflichen Position sind. In der Gruppe mit Karriereambition zeigten sich die Ärztinnen ebenfalls als führungsmotiviert und durchsetzungsfähig. Die Ärzte hier bezeichnen sich allerdings als belastbarer. Eventuell könnten das geringere Selbstvertrauen und eine gewisse Ängstlichkeit der Ärztinnen dazu führen, dass sie sich für weniger belastbar halten. Überdies ist denkbar, dass sich die Ärztinnen durch ihre häusliche Beanspruchung unter Umständen beruflich geringer belastbar fühlen.

Die Studie beschäftigte sich auch mit den **laufbahnrelevanten Einstellungen**. In der Gesamtheit war einzig den Ärzten das *Ansehen* wichtiger als den Ärztinnen – ein weiterer Parameter des Karrierebestrebens. In der Gruppe der wissenschaftlichen Karriereambitionierten zeigten sich keine Unterschiede. Als Grund, eine wissenschaftliche Laufbahn einzuschlagen nannten sie an erster Stelle die Neugierde sowie den persönlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Das Ziel der Befragten lag folglich nicht im beruflichen Aufstieg, sondern im persönlichen Forschungsinteresse.

Problematisch scheinen sich **Netzwerke** und eine gewisse, zumindest subjektiv empfundene Ungerechtigkeit auf die Karriereentwicklung der Ärztinnen auszuwirken: Mehr Medizinerinnen kritisierten das *schwierige Eindringen in das „Männernetzwerk“* und rund die Hälfte bezeichnete die Medizin sogar, *verglichen mit anderen Berufen, als frauenfeindlich. Frauen müssten mehr leisten als Männer, um die gleiche Anerkennung zu bekommen*, bemängeln 91% der Ärztinnen und 63% der Ärzte. Die diskrepante Chancengleichheit und

der damit höhere Energieaufwand für die Ärztinnen, Karriere zu machen wirken sich sicherlich negativ auf die Karriereambition aus.

Eine (wissenschaftliche) Führungsposition erfordert klischeehaft unter anderem eine hohe Arbeitsbereitschaft, Durchsetzungsfähigkeit und Belastbarkeit. Identifiziert man die einzelnen *Charaktere der Studie* wird folgendes deutlich:

Schenkt man der Selbsteinschätzung der befragten Ärzte Glauben, so erfüllen **Ärzte mit wissenschaftlicher Karriereambition** die Persönlichkeitsmerkmale einer Führungskraft. Sie zeichnen sich durch Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Durchsetzungsstärke, Belastbarkeit und einer hohen Motivation aus. Ihre Karriereambition demonstrieren sie offen und verstehen es, sich zu präsentieren bzw. Kontakte zu knüpfen. Dies verdeutlicht die Vielzahl von Kongressen (auch im Ausland), wie auch die größere Anzahl an Arbeiten als Erst- oder Letztautor verglichen zu ihren Kolleginnen. Ihre Forschungsergebnisse wissen sie selbstbewusst zu vermarkten und sich somit ins Rampenlicht zu rücken. Zur Verwirklichung ihrer Ziele nehmen sie lange Arbeitszeiten in Kauf. Ihr Beruf bereitet ihnen Freude und ein Großteil stimmt zu, *Forschen ist für mich auch etwas wie ein Hobby*.

Die **Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition** präsentieren sich ebenfalls führungs- und leistungsmotiviert. Verglichen zu ihren Kollegen scheinen sie jedoch häufig im Konflikt zwischen Familie bzw. Freizeit und Karriere zu stehen. Die Studie verdeutlicht, dass sie insgesamt unzufriedener sind hinsichtlich der wissenschaftlichen Tätigkeit, des Einkommens, dem Prestige ihrer Beschäftigung sowie den Aufstiegschancen im Beruf. Das geringere Selbstvertrauen erschwert es ihnen, sich gegen ihre selbstbewussten Kollegen durchzusetzen. Durch zeitliche Einschränkung haben sie Nachteile im Knüpfen von Kontakten, wie auch mit der Integration in soziale Netzwerke. Forschung macht ihnen Spaß und die Ambition für die Wissenschaft ist primär ihre persönliche Neugier.

Die **Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition** zeigen sich weniger führungs- und leistungsmotiviert, durchsetzungsfähig und ehrgeizig. Sie sind in geringerem Maße dazu bereit, Verantwortung zu übernehmen. Forschung bereitet ihnen wenig Freude und die Möglichkeit, an der Universität zu bleiben ist nicht ausschlaggebend für ihre berufliche Laufbahn. Ihr Fokus liegt auf einer ausgeglichenen Work-Life-Balance mit geregelteren Arbeitszeiten, ohne Überstunden und einer angemessenen Bezahlung. Sie bilden die Basis der Patientenversorgung, darüber hinaus haben sie keine Ambitionen sich wissenschaftlich zu verwirklichen.

#### 4.1.2. Beruflich erfolgreich und trotzdem Familie - Frauen in der Medizin.

Die Berufstätigkeit und das Karrierebestreben der Frauen hinterlässt auch Spuren in der **Familienplanung**. Auffällig war die höhere Scheidungsrate der Medizinerinnen gegenüber den Medizinern. Die Ärztinnen mit Karriereambition waren außerdem häufiger ledig verglichen zu den Ärzten mit Karriereambition oder den Ärztinnen ohne Karriereambition. Es kristallisierte sich ferner ein Unterschied in der Gruppe der karriereambitionierten Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Anzahl der Kinder heraus. Es zeigte sich ein umgekehrt proportionales Verhältnis: Die Ärzte schafften es häufiger, Karriere (-ambition) mit Partner und Kind in Einklang zu bringen, bei den Ärztinnen war die Karriere (-ambition) hingegen häufiger mit Ungebundenheit und Kinderlosigkeit verknüpft. Dass die Familiengründung der karriereambitionierten Ärztinnen ohne Kind bisher nicht nur mangels Interesse unverwirklicht geblieben war, belegte der Wunsch von 76% der Ärztinnen mit Karriereambition nach Kindern. Darüber hinaus waren es mehr Ärztinnen als Ärzte, die ihren Kinderwunsch aus beruflichen Gründen zurückgestellt hatten.

Schwerpunkt der Studie war die Frage nach Unterschieden zwischen den **Ärztinnen mit und ohne wissenschaftlicher Karriereambition**. Keine Diskrepanz gab es im Hinblick auf das Alter der Ärztinnen, die Häufigkeit Kinder zu haben, die Anzahl und des Alters der Kinder, die Zeit täglich mit Kindern und Haushalt sowie Unterbrechungen der ärztlichen Tätigkeit. Die Studie zeigt, dass die karriereambitionierten Ärztinnen im Schnitt etwas mehr arbeiteten, deutlich mehr Überstunden machten, diese mit 54% jedoch weniger vergütet bekamen und häufiger Hintergrunddienste leisteten als die Ärztinnen ohne Karriereambition. Ausgleichend hatten die Ärztinnen mit Karriereambition hingegen ein höheres monatliches Bruttoeinkommen, häufiger Zusatzeinkünfte und durchschnittlich eine höhere klinische, wie auch wissenschaftliche Position. Sie zeigten sich mit ihrer Arbeit jedoch unzufriedener als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition. Dies könnte mitunter durch den Konflikt einer ausgeglichenen Work-Life-Balance erklärt werden wie auch dadurch, dass sich die Ärztinnen mit Karriereambition den Ärzten mit Karriereambition gegenüber hinsichtlich ihres Einkommens, dem Prestige und den Aufstiegschancen benachteiligt fühlten. Die Ärztinnen ohne Karriereambition hatten wiederum viel seltener eine unbefristete Stelle als ihre Kolleginnen mit Karriereambition. Sie empfanden ihre Arbeit außerdem als weniger prestigeträchtig und arbeiteten seltener autonom. Die Studie versuchte Gründe für die häufigere Festanstellung der Ärztinnen mit Karriereambition aufzuschlüsseln: ursächlich könnte ihre durchschnittlich höhere Arbeitszeit, die häufigeren Überstunden sowie vermutlich eine geringere Diskussion über die Vergütung dieser sein. Ihre höheren Forschungsleistungen und eine geringere Ausfallquote im Falle von Geburten oder

Erkrankung der Kinder könnten Begründungen dafür sein, dass mehr Ärztinnen mit Karriereambition einen unbefristeten Vertrag erhalten.

Dass die Ärztinnen mit Karriereambition ihren beruflichen Aufstieg sehr zielstrebig verfolgten, zeigten auch der spätere Geburtszeitpunkt ihrer Kinder und die häufig schon abgeschlossene Facharztausbildung. Die Ärztinnen ohne Karriereambition gründeten dagegen früher eine Familie. Die Doppelbelastung Kind und Beruf schien die Ärztinnen ohne Karriereambition obendrein mehr zu fordern als ihre Kolleginnen mit Karriereambition. Deutlich wurde diese These in einem fast doppelt so häufigen Bedarf an einer Kinderbetreuung am *Klinikum rechts der Isar* der Ärztinnen ohne Karriereambition. Ferner fielen sie im Falle der Kindererziehung länger aus und beklagten häufiger, Wissenschaft und Familie nicht vereinbaren zu können. Schlussfolgernd scheinen die Ärztinnen mit Karriereambition stresstoleranter und belastbarer zu sein.

Hilfe bei der **Kinderbetreuung** (außerhalb von Kindergarten und Schule) suchten die Ärztinnen überwiegend in ihren Familien, gelegentlich noch bei einer Tagesmutter. Öffentliche Betreuungseinrichtungen, wie eine Kinderkrippe oder Kinderhort, wurden am wenigsten in Anspruch genommen. Das könnte zum einen an den mangelnden Plätzen liegen, zum anderen an der Tatsache, dass die Ärztinnen ihre Kinder ungern in große, unpersönliche Betreuungseinrichtungen gaben. 69% der Ärztinnen beklagten die Schwierigkeiten, eine geeignete Kinderbetreuung zu finden.

Die Hälfte der Ärztinnen ohne Karriereambition wäre bei entsprechender Vergütung bereit, (mehr) zu forschen.

#### 4.1.3. Traditionelle Rollen und Klischees

Die Studie zeigt, dass unbeeinflusst von Karriereambition, Studium und Berufstätigkeit Ärzte und Ärztinnen bzw. die Partner und Partnerinnen in den Familien die **traditionellen Rollen** einnahmen. Die Frauen waren neben ihrem Beruf die *Hauptmanager der Familie*. Im Gegenzug dazu war der Arzt bzw. Partner Hauptverdiener und somit *Ernährer der Familie*, verdeutlicht am höheren Einkommen, dem höheren Prestige des Berufs sowie den längeren Arbeitszeiten.

Beruflich brachte die *Rollenverteilung* für die Ärztinnen **Nachteile**: für sie verzögerte sich die Zeit bis zum Facharzt durch Geburten und Elternzeit, was auch die häufigeren Tätigkeitsunterbrechungen verglichen zu den Männern unterstrichen. Über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte beklagte die Schwierigkeit, Familie und Beruf zu vereinen.

Noch vor ein paar Jahrzehnten war der Arzt ein typisch männlicher Beruf. Die Frau, meist in der Funktion der Krankenschwester, assistierte ihm. Heute hat sich dieses Bild gewandelt: mehr Frauen als Männer studieren Medizin und sind somit vom Berufsstand mit den Männern auf einer Ebene. Was bleibt ist die *Verteilung der Rollen*: wie die Studie zeigt ist es (in vielen Fällen) die Frau, die den männlichen Vorgesetzten auf höherer Karrierestufe zuarbeitet.

Die Eigenschaften, welche sich die Befragten selbst zuordnen sollten, unterstrichen die *typischen Charaktere* von Mann und Frau: die Ärztinnen beschrieben sich vor allem als gewissenhaft, teamorientiert und einfühlsam, also mit Persönlichkeitsmerkmalen, die man klischeehaft den Frauen zusprechen würde.

Die Studie erörterte ferner die typischen Klischees innerhalb der **Fachbereiche**: die Chirurgie zeigte sich typischerweise männlich, mit einem Ärzteanteil von 80% am *Klinikum rechts der Isar*. Die Ärztinnen waren überwiegend in den konservativen Fachbereichen zu finden. Besonders beliebt waren hierbei die Bereiche Pädiatrie, Gynäkologie, Neurologie und Anästhesie. Grund dafür war womöglich die Neigung und der Charakter der Ärztinnen, Fächer mit mehr Patientenkontakt und Patientenbetreuung zu wählen. Zudem eilt den chirurgischen Fächern ein familienunfreundlicher Ruf voraus. In den konservativen Fächern werden vermutlich durch den hohen Frauenanteil die Interessen der Frauen stärker wahrgenommen. Insgesamt war die Gruppe der Karriereambitionierten vermehrt in der Chirurgie vertreten als der Durchschnitt der Befragten. Die Ärztinnen mit wissenschaftlicher Karriereambition waren fast dreimal häufiger Chirurgin als ihre Kolleginnen ohne Karriereambition. Dies zeugt wieder von höherer Einsatzbereitschaft und Belastbarkeit der Medizinerinnen mit Karriereambition.

## 4.2. Vergleich mit anderen Studien und Statements

In Literatur und Medien gibt es eine Vielzahl von Beiträgen zum Thema *Frauen und Karriere, Beruf und Familie* sowie *Gleichberechtigung*. Zur wissenschaftlichen Karriere speziell in der Medizin finden sich weniger Beiträge, so dass ein Vergleich mit anderen Studien nur bedingt möglich ist.

Die Karriere bremst den Kinderwunsch und gleichzeitig erschweren Kinder den Ärztinnen eine Karriere. Das ist das Resultat nach intensiver Recherche zum Thema Frauen in der Medizin. Im Jahr 2011 waren insgesamt 24% der Frauen in Deutschland **kinderlos**. In der Gesamtheit der 40-jährigen Akademikerinnen war die Anzahl höher mit durchschnittlich 31,5%. (Bujard, M., 2012, S. 20)

Am *Klinikum rechts der Isar* zeigte sich bei den Ärztinnen sogar eine Kinderlosigkeit von 56%, wobei sie im Schnitt vier Jahre jünger waren als die Gesamtheit der 40-jährigen Akademikerinnen. Da 80% der kinderlosen Ärztinnen des *Klinikums rechts der Isar* einen Kinderwunsch äußerten, wird sich diese Zahl vermutlich noch etwas verringern.

Eine geringere Anzahl von Kindern bei Ärztinnen deckte eine Studie der Kommission „Familie und Karriere“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Ende des Jahres 2009 auf: Auffällig war der Unterschied in der **Anzahl der Kinder** zwischen den Frauenärzten (1,68 Kinder) und den Frauenärztinnen (1,06 Kinder). Das mittlere Alter der Frauenärztinnen lag bei  $38 \pm 7$  Jahren, das der Frauenärzte bei  $48 \pm 11$  Jahren. (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011)

Am *Klinikum rechts der Isar* war der Unterschied der Kinderanzahl zwischen den Ärzten (0,98 Kinder) und Ärztinnen (0,85 Kinder) nicht signifikant, wobei die beiden Studien durch die Altersdifferenz zwischen den Befragten am *Klinikum rechts der Isar* und der DGGG-Gruppe nicht vergleichbar sind (*Klinikum rechts der Isar*: Ärztinnen  $36,3 \pm 6,5$  Jahre; Ärzte  $38,9 \pm 8,7$  Jahre).

Auch eine Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung im Jahr 2012 beschäftigte sich mit der Kinderzahl und Kinderlosigkeit. Sie untersuchte die unterschiedlichen Bildungs- und Berufsgruppen in Deutschland und kam zu dem Schluss, dass Ärztinnen verglichen mit Frauen anderer Berufsgruppen weniger Kinder haben. Die Ärzte hingegen hatten überdurchschnittlich viele Kinder verglichen mit Männern anderer Berufe. Die untersuchte Gruppe war mit 38 bis 42 Jahren etwas älter als die von uns interviewten Ärzte und Ärztinnen. (Bujard, M., 2012, S.19)

Eine im Jahr 2003 veröffentlichte Langzeitstudie über die Berufsbiographien von Männern und Frauen in Medizin und Psychologie zeigte eine Zunahme der Differenz der Kinderanzahl mit steigender Position. In erfolgreichen Ämtern hatten die Ärztinnen im Schnitt zunehmend weniger Kinder (0,8), die Ärzte mehr (1,9). (Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., 2003)

Die Aussage „Frauen in hierarchisch niedrigen Positionen haben mehr Kinder, in hierarchisch höheren Positionen aber signifikant weniger Kinder als die Männer in der gleichen Position.“ (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011) formuliert die aktuelle Lage.

Umgekehrt beeinflussten wiederum Kinder die **berufliche Laufbahn** der Ärzte und Ärztinnen, was die Langzeitstudie über die Berufsbiographie von Männern und Frauen in Medizin und Psychologie verdeutlichte: Männer konnten bei Geburt eines Kindes häufiger einen Karrieresprung, Frauen hingegen eher einen Karriereknick erwarten (Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., 2003).

Dr. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, kommentierte in einem Radiointerview des Bayerischen Rundfunks: „Bei der Bewerbung um eine Führungsposition bekommt ein Mann ein dickes Plus, wenn er zum Beispiel Vater von vier Kindern ist: der braucht das Geld, der ist ein gestandener Familienvater, der wird befördert. Aber nicht die Frau mit vier Kindern, weil man befürchtet: Oh Gott, was ist wenn die Kinder krank werden, dann fällt die uns ja aus!“ (Hawranek, C., 2012).

88% der Frauenärztinnen, sowie 72% der Frauenärzte der DGGG Befragung hielten **Familie und Beruf für nicht vereinbar** (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011). Scheinbar gelang die Vereinbarkeit den Befragten des *Klinikums rechts der Isar* besser, da *nur* 53% der Ärztinnen sowie 56% der Ärzte dieser Aussage zustimmten. Ausschlaggebend dafür könnten die in München eventuell besseren Kinderbetreuungsmöglichkeiten sein, einschließlich des Kindergartens und der Krippe am *Klinikum rechts der Isar*, wenn auch zu wenig Plätze beklagt werden. Laut der DGGG Befragung hatten die Frauenärztinnen in 75% der Fälle überhaupt keine oder keine geeignete Kinderbetreuung an ihrer Arbeitsstelle (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011).

Eine Studie zum Thema familienfreundliches Krankenhaus betonte, dass sowohl Kliniken als auch Ärzte und Ärztinnen an einer krankenhauses-internen Kinderbetreuung mit an die Arbeitszeit der Mediziner und Medizinerinnen angepassten Öffnungszeiten profitieren (Bühren, A., Dettmer, S., 2006). Die Verantwortung des Arbeitgebers zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf den Ärztinnen mit Kind gegenüber wird deutlich (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.20).

Der Ausbau von Betreuungsangeboten an Kliniken wird auch am *Klinikum rechts der Isar* gewünscht. 48% der befragten Ärzte und Ärztinnen gaben an, einen zusätzlichen Bedarf an einer klinikinternen Kinderbetreuung zu haben.

Gleiche Ergebnisse wie die Studie am *Klinikum rechts der Isar* lieferte die DGGG Befragung hinsichtlich der Kinderbetreuung durch die Partner bzw. Partnerinnen: Die Partnerinnen der

Frauenärzte bzw. Ärzte waren signifikant häufiger dafür verantwortlich als die Partner von Frauenärztinnen bzw. Ärztinnen (Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., 2011).

Die Ergebnisse der Langzeitstudie zur Berufsbiographie von Männern und Frauen in Medizin und Psychologie bestätigten das Ergebnis: die Partnerinnen von rund drei Viertel der Ärzte waren nicht oder nur in Teilzeit beschäftigt, wohingegen die Partner der Ärztinnen in 85% der Fälle Karriere machten. Zudem zeichnete sich ein umgekehrt proportionaler Zusammenhang die jeweilige Position betreffend ab: je höher die Position der befragten Ärzte und Ärztinnen war, desto weniger arbeiteten die Partnerinnen und desto mehr die Partner der Befragten. (Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., 2003)

Die Ärztinnen der Studie „Ich bin Ärztin“ äußerten den Wunsch, dass beide Partner gleichermaßen die Hürde Beruf und Familie tragen und auch die Erziehungszeiten zu gleichen Anteilen nutzen sollten (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.22).

Dr. Magdalena Bennemann, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin des Marburger-Bund-Bundesverbandes und Leiterin des Referates Krankenhauspolitik, benannte zwei für die **berufliche Karriere wichtige Schwerpunkte**, welche auch den Ergebnissen der Studie am *Klinikum rechts der Isar* entsprachen – die persönlichen Eigenschaften und die kontextbezogenen Faktoren. Unter die Persönlichkeitsmerkmale gliederte Dr. Bennemann die berufliche Zielklarheit, hohes Selbstvertrauen, Engagement und Verantwortungsbewusstsein sowie die offene Kundgebung der Karriereambition. Unter den kontextbezogenen Faktoren thematisierte sie die Vorgesetzten, familienfreundliche Rahmenbedingungen, die Unterstützung durch Partner und Familie sowie der Anschluss an soziale Netzwerke. (Marburger Bund, 2010)

Dr. Irmgard Greving, eine der wenigen deutschen Chefärztinnen bestätigte aus ihrer klinischen Erfahrung „Wir sind gut, wissen es aber leider oft einfach gar nicht.“ (Marburger Bund, 2010). Auch sprach sie von der schlechteren Selbstdarstellung der Ärztinnen im Gegensatz zu den Ärzten (Marburger Bund, 2010).

In punkto **Chancengleichheit** deckten sich die Studienergebnisse des *Klinikums rechts der Isar* mit denen der Studie „Ich bin Ärztin.“: auch hier wurde die schnellere Beförderung der Männer kritisiert und geäußert, die Leistung der Ärztinnen würde anders beurteilt werden als die der Ärzte, zum Nachteil der Frauen (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.7).

Die Studie „Ich bin Ärztin.“ untersuchte auch die **Arbeitszufriedenheit**. Ergebnis: niedergelassene Ärztinnen waren zufriedener als jene in der Klinik. Grund waren familienfreundlichere Arbeitszeiten, eine bessere Zeiteinteilung und die fehlende hierarchische Krankenhausordnung. Es zeigte sich, dass die Ärztinnen über 40 Jahre zufriedener waren und sich weniger belastet fühlten. Ihre jüngeren Kolleginnen bemängelten

die Vergütung, die Unsicherheit ihrer Arbeitsstelle und zeigten sich weniger selbstbewusst. Es wird ein sogenannter „Praxisschock“, v.a. in der Altersgruppe bis 34 Jahre beschrieben, welcher sich etwa vier Jahre nach Berufsantritt in einem verminderten beruflichen Selbstvertrauen der jungen Ärztinnen zeigt. (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.13, 14)

Den Ärztinnen mit Kind machte zudem die Arbeit mehr Spaß und sie waren insgesamt zufriedener. Die Ärztinnen ohne Kind beklagten einen Verlust ihres „ursprünglichen Idealismus angesichts der Realität“ (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.13).

Besonders betroffen waren wieder die Ärztinnen unter 34 Jahren, welche in 73% der Fälle noch kinderlos waren (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.13).

Dr. Astrid Bühren beschreibt eine insgesamt pessimistische Beurteilung der **Work-Life-Balance** aufgrund der häufigen Angabe der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie fügt jedoch hinzu, dass dies nicht frauenspezifisch sei. 61,5% der Befragten bemängelten die Ursache der fehlenden Zeit durch den Beruf. (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.16)

Verschiedene Beiträge versuchten Ursachen für den **Mangel an Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen** zu beschreiben: es wird von der „Problematik des dreifachen Anspruchs“ an einer Universitätsklinik - Klinik, Lehre und Wissenschaft und von einem „Brain-Drain in die kurative Medizin“ berichtet, also einer Verschiebung der Aufgabenfelder zugunsten der Patientenversorgung (Stallmach, A., Bauer, M., Witte, O.W., Siegmund, B., 2011).

Die Patientenversorgung hat den Vorteil, finanziell lohnender zu sein und sichert häufiger eine langfristige Stelle im Vergleich zu einem Forschungsprojekt. Negativ auf die Forschungsambition wirken sich die fehlende Zeit zur wissenschaftlichen Weiterbildung und die schlechte Koordination mit der klinischen Weiterbildung aus. Um dem wissenschaftlichen Nachwuchsmangel entgegenzuwirken sollten laut Prof. Dr. Simone Fulda, Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt und Mitglied des Wissenschaftsrats, schon im Studium Bausteine für eine wissenschaftliche Karriere gelegt werden. Die Forschungszeit in der Assistentenzeit gehöre darüber hinaus zu bestimmten Anteilen für den Facharzt angerechnet, um Nachteile für wissenschaftlich engagierte Ärzte und Ärztinnen zu reduzieren. Langfristige Stellen in der Forschung müssten geschaffen und die Bezahlung den klinischen Stellen angepasst werden. Ferner würden Mentoring Programme Ärzte und Ärztinnen bei ihrer wissenschaftlichen Karriere unterstützen. (Fulda, S., 2012)

Die Spezialisierung zu einem „grundlagenorientierten Wissenschaftsmediziner“ oder einem „patientenorientierten Versorgungsmediziner“ und die Möglichkeit des Wechsels zwischen den Bereichen sei sinnvoll, betonte Prof. Dr. Andreas Stallmach (Stallmach, A., Bauer, M.,

Witte, O.W., Siegmund, B., 2011). Eine getrennte Erfassung von Wissenschaft und Klinik würde den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge auch am *Klinikum rechts der Isar* auf Zustimmung treffen.

Jutta Dalhoff, Leiterin des *Kompetenzzentrums Frauen in Wissenschaft und Forschung*, vermutet die **Hürde der wissenschaftlichen Karriere** der Ärztinnen zwischen ihrer Promotion und einer möglichen Habilitation sowie zwischen der Habilitation und der Berufung auf eine Professur. Als Gründe dafür beschrieb sie die pessimistischere Sichtweise der Ärztinnen hinsichtlich ihrer Entwicklungsmöglichkeiten, den Chancen einer erfolgreichen Bewerbung und einer sicheren Arbeitsstelle (verglichen mit den wissenschaftlich tätigen Ärzten). Auch berichtet sie von einer Verschlechterung des beruflichen Selbstvertrauens der Ärztinnen mit zunehmender Berufstätigkeit, im Gegensatz dazu jedoch zu einer Verstärkung des Selbstbewusstseins der Ärzte. (Dalhoff, J., 2005)

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem schon genannten „Praxisschock“ (Bühren, A., Tschörtner, A., 2011, S.13). Eine weitere Hürde für die Karriere der Medizinerinnen sei die Unterschätzung ihrer Leistung und gleichzeitig die Überbewertung der Leistung der Männer von beiden Geschlechtern (Dalhoff, J., 2005), was sich mit den Ergebnissen der Studie am *Klinikum rechts der Isar* deckt.

### 4.3. Konklusion

Die Ergebnisse der Studie am *Klinikum rechts der Isar* verdeutlichen, dass selbst an einer Universitätsklinik viele Ärztinnen tatsächlich gar nicht an einer wissenschaftlichen Karriere interessiert sind. Ein Großteil der Ärztinnen ist in der Patientenversorgung tätig und damit zufrieden. Durch den hohen Frauenanteil der Nachwuchsmediziner wird dadurch gerade der Mangel der wissenschaftlich Tätigen weiter forciert. Um Ärztinnen für die Forschungsarbeit zu gewinnen und den wissenschaftlich Karriereambitionierten die Chance zum Forschen zu geben, sollten verschiedene Fördermaßnahmen ergriffen werden. Darüber hinaus muss akzeptiert werden, dass ein Teil der Ärztinnen nicht forschen möchte. Da die Patientenversorgung den Schwerpunkt einer Klinik darstellt, werden auch hier Nachwuchskräfte benötigt.

Die Medizinerinnen sollten schon im Studium an die Wissenschaft herangeführt werden, um ein Forschungsinteresse zu entwickeln. Durch das frühzeitige Identifizieren und spezifische Fördern der wissenschaftlich interessierten Ärztinnen könnte man die Zahl des Forschungsnachwuchses erhöhen. Die Universitätskliniken sollten den Ärzten und Ärztinnen die Möglichkeit geben, sich wissenschaftlich *oder* klinisch zu orientieren und somit ihren Interessensschwerpunkt stärker zu verfolgen. Durch **klar strukturierte Aufgabenfelder** könnte man die Qualität der Arbeit verbessern und sie effizienter gestalten. Hierdurch hätten beispielsweise die Ärztinnen mit Karriereambitionen mehr Zeit, innerhalb der Arbeitszeit zu forschen, was wiederum die Überstunden reduzieren und folglich die Arbeitszufriedenheit, wie auch die Work-Life-Balance verbessern würde. Den Ärztinnen ohne Karriereambition würde die unliebsame Forschungsarbeit erspart bleiben.

Um die Anzahl an Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen zu erhöhen wäre zudem eine vermehrte Freistellung vom Klinikalltag notwendig. Gerade die Ärztinnen profitieren darüber hinaus von einer Förderung, zum Beispiel in Form von Stipendien, um „*forschungsfrei*“ zu nehmen oder habilitieren zu können. Eine adäquate finanzielle Vergütung der Forschungszeit inklusive der Überstunden, wie auch die Schaffung unbefristeter Stellen, würde die Forschung attraktiver gestalten. Die Ärztinnen benötigen zudem lange Vertragsdauern bzw. unbefristete Stellen, um beispielsweise nach einer Schwangerschaft problemlos in den Beruf zurückkehren zu können. Weiter ist die Sicherstellung eines familienfreundlichen Arbeitsplatzes notwendig, damit die Ärztinnen mit Kind ihren Beruf mit der Familie vereinbaren können und nicht durch äußere Rahmenbedingungen der Medizin verloren gehen. Teilzeitstellen sowie Gleitzeit würden den Betroffenen eine flexiblere Zeiteinteilung ermöglichen und (klinikinterne) Kinderbetreuungsmöglichkeiten würden zeitlichen Freiraum für den Beruf schaffen.

Die Ergebnisse der Studie machen auch auf das geringere Selbstvertrauen der Ärztinnen aufmerksam, welches dazu führt, dass ihre Fähigkeiten unterschätzt werden. Durch **Coaching** und **Mentoren Programme** könnte den Ärztinnen geholfen werden, ein höheres Selbstbewusstsein zu entwickeln. Die Medizinerinnen sollten in Netzwerke integriert werden, um bei Stellenvergaben und Forschungsprojekten beachtet zu werden. Darüber hinaus müssen Ärzte in Führungspositionen für die Bedürfnisse der Ärztinnen sensibilisiert werden, denn gerade sie betrifft die wandelnde Personalstruktur ihrer Mitarbeiter.

Nicht zuletzt deckte die Studie auch die Notwendigkeit verbesserter Rahmenbedingungen für **Ärzte** auf, da auch ihre Partnerinnen größtenteils berufstätig sind und studiert hatten. Folglich dürfen bzw. müssen mittlerweile auch die Männer einen Teil zum Familienleben beitragen. Damit dies funktioniert, müssen auch sie beruflich entlastet werden.

## 5. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Datenerhebung zeigen, dass ein direkter Vergleich der Ärztinnen und Ärzte nur bedingt möglich ist. Zu unterschiedlich waren die Ärztinnen untereinander was ihre wissenschaftliche Karriereambition betraf. Man konnte die Ärztinnen fast exakt in zwei Gruppen teilen: die wissenschaftlich Karriereambitionierten (51%) und die Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition (49%). Der Faktor Kind hatte auf die Karriereambition keinen Einfluss, auch wenn er den Müttern einen zeitlichen Nachteil verschaffte.

**Die Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambition** ähnelten sich in vielen Bereichen. Ihre laufbahnrelevanten Einstellungen deckten sich, ebenso das Interesse und das Engagement zu forschen. Sie alle hatten den Wunsch, zu habilitieren. Auch die Besetzung der höheren wissenschaftlichen und klinischen Positionen war annähernd identisch. Ärztinnen und Ärzte mit Karriereambition zeigten gleichermaßen eine hohe Führungsmotivation. Unterschiedlich war das geringere Selbstvertrauen der Ärztinnen mit Karriereambition in ihre eigene Forschungsfähigkeit und die Selbsteinschätzung, geringer belastbar zu sein. Die Mütter mit Karriereambition waren zudem in starkem Maße zeitlich eingeschränkt, verglichen mit den Ärzten mit Karriereambition. Die Ärzte mit Karriereambition hatten längere Arbeitszeiten und machten häufiger Überstunden. Dementsprechend war auch ihr Gehalt höher. Dies machte sich in einer größeren Unzufriedenheit der Ärztinnen mit Karriereambition bezüglich ihres Einkommens, des Prestiges ihrer Beschäftigung und ihren Aufstiegschancen im Beruf bemerkbar. Außerdem waren sie mit ihren wissenschaftlichen Tätigkeiten weniger zufrieden als die Ärzte.

Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten mit wissenschaftlicher Karriereambition standen die **Ärztinnen ohne wissenschaftliche Karriereambition**. Sie waren überwiegend in der Patientenversorgung tätig und zufrieden damit. Ihnen war eine ausgeglichene Work-Life-Balance wichtig mit wenig Überstunden, angemessener Bezahlung und Vergütung der Überstunden. Zu dreiviertel der Fälle befanden sie sich noch in der Ausbildung zum Facharzt und besetzen auch klinisch keine Führungspositionen. Sie unterschieden sich in ihren laufbahnrelevanten Einstellungen und auch in der Einschätzung ihrer Forschungsfähigkeiten extrem von ihren Kolleginnen und Kollegen mit Forschungsambition. Auch ihnen mangelte es an Selbstvertrauen und von ihrem Forschungstalent waren sie nicht überzeugt. Für eine (klinische und wissenschaftliche) Karriere hinderlich war zudem ihre mangelnde Führungsmotivation, Gestaltungsmotivation und Durchsetzungsfähigkeit. Sie hatten von allen drei Gruppen am seltensten eine unbefristete Stelle. Es entstand der Eindruck, dass sie sich

von der Anforderung, Familie und Beruf zu vereinbaren, stärker belastet fühlten als ihre Kolleginnen mit Karriereambition.

Verglich man die **familiäre Situation** der Ärztinnen und Ärzte, wurde eine klassische Rollenverteilung erkennbar. Die Ärztinnen und Partnerinnen der Ärzte übernahmen die Mutterrolle. Sie kümmerten sich hauptsächlich um die Kinder und den Haushalt und hatten eine geringere wöchentliche Arbeitszeit als die Ärzte. Die Ärzte sowie die Partner der Ärztinnen waren die Ernährer der Familie und machten Karriere. Obwohl die Ärztinnen diese Rolle gerne übernahmen, beklagten sie auch den Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen. Die fehlende Entlastung führte durchaus zu einer beruflichen Einschränkung.

Die zentrale Untersuchung der Studie war die **geringe Frauenzahl in höheren wissenschaftlichen Positionen** in der Medizin: die Mehrheit der Befragten erachteten das Problem der Kinderbetreuung als ausschlaggebend. Außerdem würden Frauen andere Prioritäten setzen und mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance legen. Die Befragten waren der Meinung, dass Frauen weniger Interesse an Macht und Spitzenpositionen hatten. Die Ärztinnen beklagten jedoch auch das Problem der Chancengleichheit: Frauen müssten mehr leisten, um die gleiche Anerkennung zu bekommen. Zudem sei es schwierig, in das Männer-Netzwerk einzudringen. 57% der Ärztinnen würden die Medizin sogar als frauenfeindlich beurteilen. Die Ärzte gewichteten diese Punkte als weniger schwerwiegend. 63% bestätigten jedoch, dass Frauen mehr leisten müssen und dass ein Eindringen in das Männernetzwerk schwierig sei (53%).

Die **Forschungsbedingungen** waren für Ärzte und Ärztinnen mit Karriereambition gleichermaßen nicht optimal: nur 23% ihres Arbeitsalltags konnten sie für wissenschaftliche Tätigkeiten nutzen. Viele Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen forschten folglich nach Feierabend, am Wochenende und im Urlaub. Die Vergütung der geleisteten Überstunden lag erschwerend nur bei rund 39%. Gerade die Ärzte zeigten sich darüber sehr unzufrieden. Viele Ärztinnen und Ärzte wünschten sich eine getrennte Arbeitszeiterfassung für Forschung und Patientenversorgung sowie die Möglichkeit von „*forschungsfrei*“. Aus den gewonnenen Daten wird ersichtlich, dass eine Verbesserung der Forschungsbedingungen notwendig ist, um die Zukunft der Wissenschaft zu sichern.

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten mit wissenschaftlicher Karriereambition.....	31
---	----

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Gesamtkollektiv - Überstunden pro Arbeitswoche (ohne Wochenende) .....	13
Abbildung 2: Gesamtkollektiv - Habilitation .....	14
Abbildung 3: Gesamtkollektiv - Aktuelle Position.....	15
Abbildung 4: Gesamtkollektiv - Häufigkeit des Forschens am Wochenende .....	16
Abbildung 5: Gesamtkollektiv - Stunden der Wochenendforschung .....	17
Abbildung 6: Gesamtkollektiv - Forschen im Urlaub .....	17
Abbildung 7: Gesamtkollektiv - Arbeitszufriedenheit .....	19
Abbildung 8: Gesamtkollektiv - Persönliche Berufskompetenzen .....	21
Abbildung 9: Gesamtkollektiv - Laufbahnrelevante Einstellungen .....	22
Abbildung 10: Gesamtkollektiv - Forschungsbedingungen und -kompetenz.....	24
Abbildung 11: Gruppe mit Karriereambition - Arbeitszufriedenheit .....	35
Abbildung 12: Gruppe mit Karriereambition - Persönliche Berufskompetenzen.....	36
Abbildung 13: Gruppe mit Karriereambition - Laufbahnrelevante Einstellungen.....	37
Abbildung 14: Gruppe mit Karriereambition - Forschungsbedingungen und -kompetenz .....	39
Abbildung 15: Gruppe der Ärztinnen - Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes .....	41
Abbildung 16: Gruppe der Ärztinnen - Arbeitszufriedenheit.....	48
Abbildung 17: Gruppe der Ärztinnen - Persönliche Berufskompetenzen .....	49
Abbildung 18: Gruppe der Ärztinnen - Laufbahnrelevante Einstellungen.....	50
Abbildung 19: Gruppe der Ärztinnen - Forschungsbedingungen und -kompetenz.....	52
Abbildung 20: Gesamtkollektiv - Niedrige Frauenquote in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin .....	54

## Literaturverzeichnis

Brigitte-Studie (2008), Frauen auf dem Sprung. (<http://www.brigitte.de/gesellschaft/politik-gesellschaft/frauen-auf-dem-sprung-567222/>) Stand: 16.12.2012

Bujard, M. (2012), Talsohle bei Akademikerinnen durchschritten? Kinderzahl und Kinderlosigkeit in Deutschland nach Bildungs- und Berufsgruppen, Expertise für das BMFSFJ, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden. ([http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Working\\_Paper/Expertise\\_Akademikerinnen2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Working_Paper/Expertise_Akademikerinnen2012.pdf?__blob=publicationFile&v=2)), S. 19ff., Stand: 24.09.2014

Bühren, A., Dettmer, S., Das familienfreundliche Krankenhaus: Vorteil im Wettbewerb durch zufriedenerere Ärztinnen und Ärzte. Dtsch Arztebl. 103 (2006) A3320-3325

Bühren, A., Tschörtner, A., „Ich bin Ärztin“, Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin: Arbeitssituation von Ärztinnen. Georg Thieme Verlag, Murnau, 2011, 4-10

Bühren, A., Tschörtner, A., „Ich bin Ärztin“, Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin: Die eigene berufliche Rolle, Die persönliche Arbeitssituation. Georg Thieme Verlag, Murnau, 2011, 11-19

Bühren, A., Tschörtner, A., „Ich bin Ärztin“, Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin: Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Georg Thieme Verlag, Murnau, 2011, 20-23

Dalhoff, J. (2005), Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. ([http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_aufs1\\_0305.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0305.pdf)) Stand: 24.09.2014

Deutsches Statistisches Bundesamt (2011), Durchschnittliche Kinderzahl je Frau steigt 2010 auf 1,39. ([https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/08/PD11\\_301\\_12641.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/08/PD11_301_12641.html)) Stand: 24.09.2014

EB. (Eigener Beitrag), Die Frauenperspektive in der Medizin. Dtsch Arztebl. 109 (2012) A-652

Flintrop, J., Wenn der Nachwuchs fremdgeht. Dtsch Arztebl. 106 (2009) A1704-1705

Fulda, S. (2012), Medizin als Wissenschaft: Ärztemangel in der klinischen Forschung. ([http://www.academics.de/wissenschaft/medizin\\_als\\_wissenschaft\\_aerztemangel\\_in\\_der\\_klinischen\\_forschung\\_51644.html](http://www.academics.de/wissenschaft/medizin_als_wissenschaft_aerztemangel_in_der_klinischen_forschung_51644.html)) Stand: 24.09.2014

Gerst, T., Hibbeler, B., Ärztemangel im Labor. Dtsch Arztebl. 109 (2012) A-1804

Hancke, K., Toth, B., Kreienberg, R., Karriere und Familie – unmöglich?. Dtsch Arztebl. 108 (2011) A-2148

Hawranek, C. (2012), Schwieriger Aufstieg, Karrierefrauen im Arztkittel. ([www.br.de/radio/bayern2/sendungen/notizbuch/karrierefrauen-im-arztkittel100.html](http://www.br.de/radio/bayern2/sendungen/notizbuch/karrierefrauen-im-arztkittel100.html)) Stand: 05.12.2012

Henn, M., Ergebnisse des Interviews. In: „Die Kunst des Aufstiegs, Was Frauen in Führungspositionen kennzeichnet“, Henn, M. (Hrsg.), Campus Verlag GmbH, Frankfurt-Main, 2009, 2. Auflage, 116-132

Hochleitner, M., VI Anhang: Fragebogen Ärztinnenstudie 2002. In: „Hier hat niemand auf Sie gewartet!, Frau in der Medizin, Ärztinnenstudie 2002“, Hochleitner, M. (Hrsg.), Innsbruck University Press, Innsbruck, 2003, 1. Auflage, 252-258

Hohner, H.-U., Grote, S., Hoff, E.-H., Geschlechtsspezifische Berufsverläufe - Unterschiede auf dem Weg nach oben. Dtsch Arztebl. 100 (2003) A-166

Hossiep, R., Paschen, M., Eingesetzte Verfahren, Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP). In: „Die Kunst des Aufstiegs, Was Frauen in Führungspositionen kennzeichnet“, Henn, M. (Hrsg.), Campus Verlag GmbH, Frankfurt-Main, 2009, 2. Auflage, 98-100

Kaczmarczyk, G., Ludwig, K. (2007), Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005. ([http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/BuKoF\\_Klinika/Chancengleichheit\\_Ergebnisse\\_Umfrage.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/beauftragte/gleichstellung/BuKoF_Klinika/Chancengleichheit_Ergebnisse_Umfrage.pdf)) Stand: 16.12.2012

Marburger Bund, „Wir sind gut, wissen es aber leider oft einfach gar nicht“. MBZ. 9 (2010) 13

Merz, B., Oberlander, W., Berufszufriedenheit: Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. Dtsch Arztebl. 105 (2008) A-322

Probst, E., Meilensteine der Medizin. In: „Superfrauen 6 - Medizin, Biographien berühmter Ärztinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Stifterinnen in Wort und Schrift“, Probst, E. (Hrsg.), GRIN Verlag, München-Ravensburg, 2001, 1.Auflage, 110

Stallmach, A., Bauer M., Witte O.W.; Siegmund, B., Hochschulmedizin: Strategien zur Sicherung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Dtsch Arztebl. 108 (2011) A380-382

Voltmer, E., Spahn, C., Westermann, J., Abwanderung von Ärzten ins Ausland: Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. Dtsch Arztebl. 106 (2009) A365-6

# **Anhang**

**Informationsschreiben und Fragebogen zur Studie**



Frauenbeauftragte der  
Fakultät für Medizin



## An alle Ärztinnen und Ärzte am Klinikum rechts der Isar

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

anbei erhalten Sie – als Arzt oder Ärztin am *Klinikum rechts der Isar (rdI)* - einen Fragebogen, mit dessen Hilfe herausgearbeitet werden soll, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die wissenschaftliche Karriere in der Medizin gibt.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus. Berücksichtigen Sie bei allen Fragen bitte Ihre **gesamte** Arbeitszeit als Ärztin/ Arzt, ausgenommen bei denjenigen Fragen, bei denen explizit auf Ihre Anstellung am *Klinikum rechts der Isar* Bezug genommen werden soll.

Die Ergebnisse dieses Interviews sind von größter Wichtigkeit für sämtliche potenzielle Maßnahmen in den Bereichen Frauen- und Familienförderung sowie Kinderbetreuung am *Klinikum rechts der Isar*. Daher bitten wir Sie herzlich um Ihre Teilnahme.

Bei der Darstellung der Daten wird **streng auf Anonymität geachtet werden.**

### Rücksendung:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Per Post: PD Dr. Janine Diehl-Schmid  
Klinik für Psychiatrie der TU München  
Ismaninger Str. 22  
81675 München

Per Hauspost: PD Dr. Diehl-Schmid, Möhlstr. 26, Station 9/0

Bei Fragen, Kritik, Anregungen, etc. wenden Sie sich bitte an die Frauenbeauftragte, Frau Dr. Janine Diehl-Schmid, [janine.schmid@lrz.tum.de](mailto:janine.schmid@lrz.tum.de).

Wir möchten uns schon jetzt sehr herzlich für Ihre Teilnahme bedanken.

Prof. Gradinger  
Ärztlicher Direktor

Prof. Henningsen  
Dekan

PD Dr. Diehl-Schmid  
Frauenbeauftragte

## INTERVIEW

### Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?



**Rücksendung:**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Per Post:

PD Dr. Janine Diehl-Schmid  
Klinik für Psychiatrie der TU München  
Ismaninger Str. 22  
81675 München

Per Hauspost rdI:

PD Dr. Diehl-Schmid, Möhlstr. 26, Station 9/0

<b>1. Allgemeine Information</b>			
1.1 Geburtsjahr			
1.2 Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich		
1.3 Geschwister	0 = nein Falls nicht nein, wie viele?		
1.4 Ältere Geschwister	0 = nein 1 = ja		
1.5 Jüngere Geschwister	0 = nein 1 = ja		
		<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
1.6 Haben die Eltern ein Studium abgeschlossen	0 = nein 1 = ja		

<b>2. Familie und Kinder</b>			
2.1 Familienstand	1 = ledig 2 = feste Partnerschaft 3 = verheiratet 5 = geschieden 6 = verwitwet 7 = sonstiges		
2.2 Anzahl der Scheidungen			
2.3 Falls aktuell verheiratet/ feste Partnerschaft: Hat der Partner/ die Partnerin ein Studium absolviert?	0 = nein 1 = ja		
2.4 Ist der Partner/ die Partnerin aktuell berufstätig?	0 = nein 1 = ja		
2.5 Falls der Partner/die Partnerin berufstätig ist, wie viele Stunden arbeitet er/sie wöchentlich?			
2.6 Falls Ihr Partner/ ihre Partnerin berufstätig ist: Wie würden Sie - im Vergleich mit Ihrer eigenen Position - die berufliche Position Ihres Partners/ Ihrer Partnerin im Hinblick auf das Einkommen bewerten?	1 = höher 2 = eher höher 3 = gleich 4 = eher niedriger 5 = niedriger 6 = weiß nicht		
2.7 Falls Ihr Partner/ ihre Partnerin berufstätig ist: Wie würden Sie - im Vergleich mit Ihrer eigenen Position - die berufliche Position Ihres Partners/ Ihrer Partnerin im Hinblick auf das Prestige bewerten?	1 = höher 2 = eher höher 3 = gleich 4 = eher niedriger 5 = niedriger 6 = weiß nicht		
2.8 Wie viele Kinder haben Sie?			
2.9 Alter der Kinder	1. Kind		
2.10	2. Kind		
2.11	3. Kind		
2.12	4. Kind		
2.13	5. Kind		
2.14 Sind sie jemals wegen ihres eigenen Studiums oder Berufs als Arzt/ Ärztin umgezogen?	0 = nein 1 = ja		
2.15 Sind sie jemals wegen des Studiums oder Berufs Ihres Partners/ Ihrer Partnerin umgezogen?	0 = nein 1 = ja		
2.16 Falls Sie noch keine Kinder haben, wollen Sie noch Kinder bekommen?	0 = nein 1 = ja 2 = weiß nicht		
2.17 Falls Sie noch Kinder bekommen wollen, warten Sie aus beruflichen Gründen damit?	0 = nein 1 = ja, absolut 2 = ja, zum Teil		
2.18 Haben Sie –ausgenommen Kindern - anderweitige Betreuungspflichten (pflegebedürftige Eltern, etc.)	0 = nein 1 = ja		
2.19 Wie viele Stunden pro Woche kümmern Sie sich um ihre anderweitigen Betreuungspflichten?			

3. Studium		
3.1 Abiturnote		
3.2 Abschluss Medizinstudium (Jahr)		
3.3 Note Medizinstudium (1, 2, 3, oder 4)		
3.4 Promotion	0 = nein 1 = ja	
3.5 Note der Promotion	1 = summa cum laude 2 = magna cum laude 3 = cum laude 5 = rite	
3.6 Förderungen/ Stipendien während des Studiums	0 = nein 1 = ja	

4. Tätigkeit als Ärztin/ Arzt		
4.1 Beginn der ärztlichen Tätigkeit (Jahr)		
4.2 Haben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit seit Beginn jemals unterbrochen?	0 = nein 1 = ja	
4.2.1 Falls ja, wie viele Monate?		
4.2.2 Falls ja, wofür?  <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	1 = „Pause“ 2 = nicht-ärztlicher Beruf 3 = Kindererziehung/ -betreuung 4 = Arbeitslosigkeit 5 = Anderes Studium 6 = Krankheit 7=Wohnortwechsel des Partners/ der Partnerin 8=Andere Gründe	
4.3 Beginn der ärztlichen Tätigkeit am Klinikum rechts der Isar (Jahr)?		
4.4 Fachgebiet	1 = operativ 2 = konservativ 3 = sonstiges	
4.5 Fach		
4.6 Facharztprüfung absolviert	0 = nein 1 = ja	
4.6.1 Falls Facharztprüfung absolviert, in welchem Jahr?		
4.7 Aktuelle Tätigkeit	1 = Assistenzärztin/ -arzt 2 = Funktionsoberärztin/ -arzt 3 = Oberärztin/ -arzt 4 = Chefärztin/ -arzt 5 = sonstiges	
4.8 Wie viele Nachtdienste machen Sie (durchschnittlich) pro Monat?		
4.9 Wie viele Visiten am Wochenende (Samstag oder Sonntag) machen Sie durchschnittlich im Monat? (bei weniger als einer Visite im Monat ggf. 0,5 oder 0,25 eingeben)		
4.10 Wie viele Hintergrunddienste (Rufbereitschaft) machen Sie (durchschnittlich) pro Monat?		
4.11 Ungefähres monatliches Bruttoeinkommen (oder: keine Angabe, k.A.)		
4.12 Vertragsbefristung	1 = unbefristet 2 = befristet	
4.13 Art der Anstellung	1 = Hausstelle 2 = Drittmittel 3 = gemischt 4 = weiß nicht	
4.13 Falls Ihr Vertrag befristet ist, wie viele volle Monate geht ihr aktueller Vertrag noch?		
4.15 Haben Sie Zusatzeinkünfte durch Nebentätigkeiten?	0 = nein 1= 1 - 1000 Euro jährlich 2 = 1000 - 10.000 Euro jährlich 3 = 10.000 - 20.000 Euro jährlich 4 = 20.000 – 50.000 Euro jährlich 5 = über 50.000 Euro	

5 Forschung		
5.1 Habilitation	1= Verfahren abgeschlossen 2 = Verfahren läuft 3 = das Verfahren wird bald eröffnet 4 = ich plane, zu habilitieren 5 = ich habe nicht vor zu habilitieren	
5.1.1 Falls habilitiert, in welchem Jahr?		
5.1.2 Falls habilitiert, wie finanziert <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	1 = (teilweise) Drittmittelfinanziert 2 = Stipendium 3 = größtenteils im Rahmen meiner Arbeitszeit 4 = größtenteils in meiner Freizeit 5 = Selbständigkeit 6= Unterstützung der Eltern/ Familienangehöriger 7= Unterstützung des Partners/ der Partnerin 8 = sonstiges	
5.2 Aktuelle Position	1 = Privatdozent 2 = apl. Professor 3 = W2-/ C3-Professur 4 = W3-/ C4- Professor 5 = keines von 1 bis 4	
5.2.1 Falls aktuelle Position PD, apl. Prof, W2/ C3 oder W3/C4: seit wann (Jahr)?		
5.3 Ungefähre Anzahl der Impact Factor Punkte gesamt?		
5.4 Ungefähre Anzahl der Impact Factor Punkte der höchstrangigsten Publikation		
5.5 Ungefähre Anzahl der Arbeiten als Erst- oder LetztautorIn		
5.6 Ungefähr wie viele Anträge haben Sie (federführend) eingereicht?		
5.7 Ungefähre Höhe der eingeworbenen Drittmittel in Euro		
5.8 Wie viele Kongresse haben Sie in den letzten zwei Jahren besucht?		
5.9 Wie viel Kongresse im Ausland haben Sie in den letzten zwei Jahren besucht?		
5.10 Haben Sie sich jemals auf eine Professur beworben?	0 = nein 1 = ja	
5.10.1 Falls ja, wie oft?		
5.10.2 Falls ja, wie oft kamen Sie auf Rang 1?		
5.10.3 Falls ja, wie oft kamen Sie auf einen Listenplatz?		
5.11 Hatten Sie jemals „forschungsfrei“?	0 = nein 1 = ja	
5.11.1 Falls ja, wie viele Wochen gesamt (ungefähr)?		
5.11.2 Falls ja, in welcher Art? <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	1 = Routinemäßige Rotation auf meiner Station 2 = Ermöglicht durch meine Station/ meine(n) Vorgesetzte(n) 3 = Ermöglicht durch selbst eingeworbene Drittmittel 4 = Ermöglicht durch KKF 5 = Stipendium (bitte Angabe, welches Stipendium) 6= Sonstiges (bitte Stichwort angeben)	
5.12 Haben Sie jemals einen Forschungsaufenthalt im Ausland gemacht?	0 = nein 1 = ja	
5.12.1 Falls ja, wie viele Monate?		
5.12.2 Falls ja, wie finanziert? <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	1 = Ermöglicht durch meine Station/ meinen Vorgesetzten 2 = Ermöglicht durch selbst eingeworbene Drittmittel 3 = Stipendium (bitte Angabe, welches Stipendium) 4 = Selbst finanziert 4= Sonstiges (bitte Stichwort angeben)	
5.13 Wann haben Sie den Entschluss gefasst, eine wissenschaftliche Karriere zu machen	0 = gar nicht 1 = vor dem Studium 2 = während des Studiums 3 = während der Assistenzarztzeit 4 = nach der Assistenzarztzeit	
5.14 Gibt es Ihres Wissens nach am <i>rdl</i> bzw. an der <i>TU München</i> Programme zur Frauenförderung bzw. Gleichstellung?	0 = nein 1 = ja	

<b>6 Familiäre Rahmenbedingungen</b> (diesen Abschnitt bitte Mütter <b>UND</b> VÄTER ausfüllen. Sie können den Abschnitt überspringen, wenn Sie <u>keine Kinder haben</u> )			
6.1 Wann kamen Ihre Kinder zur Welt?	1= Vor dem Studium 2 = Während des Studiums 3 = Während der Facharztausbildung 4 = Nach der Facharztausbildung	Kind 1	
		Kind 2	
		Kind 3	
		Kind 4	
		Kind 5	
6.2 Um wie viele Monate ungefähr verzögern/ verzögerten die Geburten/ Elternzeit die Zeit bis zum Facharzt?			
6.3 Bei Geburten nach 2007: Wie viele Monate haben <b>Sie selbst</b> <i>Elterngeld</i> beansprucht?			
6.4 Wie viele Kinder leben aktuell in Ihrem Haushalt?			
6.5 Wie werden Ihre Betreuungspflichtigen Kinder derzeit (außerhalb von Kindergarten und Schule) betreut? <b>Mehrfachnennungen mögl.</b>	1= Von mir selbst 2 = Partner 3 = meine Eltern 4= meine Schwiegereltern 5 = Au Pair 6 = Tagesmutter 7 = Kinderkrippe 8 = Kinderhort 9 = Sonstiges	Kind 1	
		Kind 2	
		Kind 3	
		Kind 4	
		Kind 5	
6.6 Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit Kindern und Haushalt?			
6.7 Wie viele Stunden täglich verbringt Ihr Partner/ Ihre Partnerin mit Kindern und Haushalt?			
6.8 Wer springt meist ein, wenn die Kinder krank sind? <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	1= Ich selbst 2 = Partner/ Partnerin 3 = meine Eltern 4 = meine Schwiegereltern 5 = Au Pair 6 = Sonstiges		
6.9 Wie viele Tage fehlten Sie im letzten Jahr in der Arbeit wegen Krankheit der Kinder?			

<b>7 Kinderbetreuung</b> (diesen Abschnitt bitte Mütter <b>UND</b> VÄTER ausfüllen. Sie können den Abschnitt überspringen, wenn Sie <u>keine Kinder haben</u> )		
7.1 Hatten Sie Schwierigkeiten, eine geeignete Kinderbetreuung zu finden?	0 = nein 1 = ja	
7.2 Würden Sie, wenn Sie eine geeignete/ bessere Kinderbetreuung hätten, mehr arbeiten?	0 = nein 1 = ja 2 = weiß nicht	
7.3 Wie viel Geld geben Sie monatlich für die Betreuung Ihrer Kinder (außerhalb von Schule und Kindergarten) aus?	1 = 0 Euro 2 = 1 – 200 Euro 3 = 200 – 500 Euro 4 = 500 – 1000 Euro 5 = 1000 – 1500 Euro 6 = über 1500 Euro	
7.4 Hätten Sie Bedarf an einer Kinderbetreuungsmöglichkeit am Klinikum? <b>Mehrfachnennungen möglich!</b>	0 = nein 1 = Kindergarten 2 = Kinderkrippe 3 = Hort 4 = Ferienbetreuung 5 = sonstiges 6 = weiß nicht	
7.5 Würden sie sich die Möglichkeit der Gleitzeit wünschen?	0 = nein 1 = ja 2 = weiß nicht	
7.6 Würden Sie sich die Möglichkeit der Teilzeitarbeit wünschen?	0 = nein 1 = ja 2 = weiß nicht	
7.6.1 Falls ja, wie viel Prozent Arbeit wäre ideal? (z.B. 50%, 75%)		%
7.7 Haben Sie Probleme, Kinder und Beruf zu vereinbaren?	0 = nein 1 = ja 2 = weiß nicht	

<b>8 Arbeitszeit</b>	
8.1 Wie viele Stunden pro Woche ist Ihre Arbeitszeit laut Vertrag?	
8.2 Wie viele Stunden arbeiten Sie <b>pro Woche</b> im Schnitt mehr als vertraglich vereinbart (inklusive Forschung)? („Überstunden“ während der Arbeitswoche Montag – Freitag, bitte hier eventuelle Überstunden am Wochenende nicht einbeziehen).	0 = gar nicht oder sehr selten 1 = 1 – 5 Stunden 2 = 6 – 10 Stunden 3 = 11 – 20 Stunden 4 = 21 – 30 Stunden 5 = über 30 Stunden
8.3 „Forschen“ Sie auch am Wochenende?	0 = nein 1 = ja, aber selten 2 = regelmäßig 3 = häufig 4 = sehr häufig (jedes Wochenende)
8.4 Wie viele Stunden in einem Monat forschen Sie am Wochenende?	0 = gar nicht oder sehr selten 1 = 1 – 5 Stunden 2 = 6 – 10 Stunden 3 = 11 – 20 Stunden 4 = 21 – 30 Stunden 5 = 31 – 40 Stunden 6 = 41 – 50 Stunden 7 = über 51 Stunden
8.5 „Forschen“ Sie auch in Ihrem Urlaub?	0 = nein 1 = < 5% meiner Urlaubszeit 2 = 5 – 10% meiner Urlaubszeit 3 = 10 – 20% meiner Urlaubszeit 4 = 20 – 50% meiner Urlaubszeit 5 = > 50% meiner Urlaubszeit
8.6 Wie viel Prozent Ihrer Arbeit (inklusive Überstunden) ist klinische Tätigkeit?	%
8.7. Wie viel Prozent Ihrer Arbeit (inklusive Überstunden) ist wissenschaftliche Tätigkeit (Forschung)?	%
8.8 Wie viel Prozent Ihrer Überstunden werden (ungefähr) finanziell oder mit Freizeitausgleich ausgeglichen?	%

<b>9 Zufriedenheit mit der momentanen Arbeitssituation</b>				
	<b>1 Trifft sehr zu</b>	<b>2 Trifft eher zu</b>	<b>3 Trifft weniger zu</b>	<b>4 Trifft gar nicht zu</b>
9.1 Ich bin mit meiner Arbeit alles in allem zufrieden.				
9.2 Ich bin mit meiner ärztlichen Tätigkeit zufrieden.				
9.3 Ich bin mit meiner wissenschaftlichen Tätigkeit zufrieden.				
9.4 Ich habe schon ernsthaft darüber nachgedacht, zu kündigen.				
9.5 Ich kann meine berufliche Tätigkeit mit meinem Familienleben vereinbaren.				
9.6 Ich habe die Möglichkeit, autonom arbeiten zu können.				
9.7 Ich habe ein zufriedenstellendes Einkommen.				
9.8 Ich gehe einer prestigeträchtigen Beschäftigung nach.				
9.9 Ich habe berufliche Aufstiegschancen.				
9.10 Ich habe eine sichere Stelle.				
9.11 Ich gehe einer gesellschaftlich sinnvollen Tätigkeit nach.				

<b>10 Forschungsbedingungen/ Forschungskompetenz</b>				
	<b>1 Trifft sehr zu</b>	<b>2 Trifft eher zu</b>	<b>3 Trifft weniger zu</b>	<b>4 Trifft gar nicht zu</b>
10.1 Mir ist eine wissenschaftliche Karriere wichtig				
10.2 Ich bin mit den wissenschaftlichen Karrieremöglichkeiten am rdl zufrieden				
10.3 Zur Verwirklichung meiner Karriere würde ich jederzeit an einen anderen Ort umziehen (z.B. um einem Ruf zu folgen)				
10.4 Meine familiären Rahmenbedingungen (Partner/ Kinder) machen einen Umzug zur Verwirklichung meiner Karriere unmöglich				
10.5 Ich würde mich gerne (mehr) wissenschaftlich betätigen, finde aber nicht die Zeit dazu				
10.6 Forschen ist für mich auch etwas wie ein Hobby				
10.7 Freistellungen (z.B. forschungsfrei) würde dazu führen, dass ich (mehr) wissenschaftlich tätig wäre				
10.8 Ich würde (mehr) forschen, wenn die hierfür notwendigen Zeiten/ Überstunden auch entsprechend vergütet würden				
10.9 Ich würde eine Arbeitszeiterfassung, welche Patientenbetreuung und Forschung getrennt erfasst, befürworten				
10.10 Wissenschaft und Familie lassen sich in meinem Fall kaum vereinbaren				
10.11 Ich habe nicht die Zeit, außerhalb meiner Arbeitszeit zu forschen				
10.12 Forschung macht mir keine Freude				
10.13 Mir fehlen die Fähigkeiten zu guter Forschung				
10.14 Ich habe gelernt, wie man gute Forschung macht				
10.15 Die Qualität meiner Forschung schätze ich - im Vergleich zu anderen Forschern in der Medizin - als gut ein				
10.16 Von Vorgesetzten werde/wurde ich nicht zur Forschung ermutigt				
10.17 Mein(e) Vorgesetzte(r) möchte eher nicht, dass ich forsche				

<b>11 Persönliche Berufskompetenzen</b>				
Bitte schätzen Sie ein, in wieweit folgende Persönlichkeitsmerkmale auf <b>SIE</b> zutreffen				
	<b>1 Trifft sehr zu</b>	<b>2 Trifft eher zu</b>	<b>3 Trifft weniger zu</b>	<b>4 Trifft gar nicht zu</b>
11.1 Führungsmotivation				
11.2 Flexibilität				
11.3 Teamorientierung				
11.4 Selbstbewusstsein				
11.5 Gestaltungsmotivation				
11.6 Durchsetzungsfähigkeit				
11.7 Leistungsmotivation				
11.8 Emotionale Stabilität				
11.9 Gewissenhaftigkeit				
11.10 Belastbarkeit				
11.11 Sensitivität/ Einfühlungsvermögen				
11.12 Kontaktfähigkeit				
11.13 Soziabilität (Fähigkeit, soziale Beziehungen zu knüpfen/ pflegen)				
11.14 Handlungsorientierung (zielorientiertes Umsetzen von Entscheidungen)				

(Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeit, modifiziert nach *Hossiep & Paschen, 2003*.)

**12 Warum gibt es Ihrer Meinung nach so wenig Frauen in höheren wissenschaftlichen Positionen in der Medizin?**

	1 Trifft sehr zu	2 Trifft eher zu	3 Trifft weniger zu	4 Trifft gar nicht zu
12.1 Es ist schwierig, in das Männer-Netzwerk einzudringen				
12.2 Problem der Kinderbetreuung				
12.3 Frauen sind seltener die Ernährer der Familie, müssen sich daher keine gut dotierte Stelle sichern				
12.4 Frauen setzen andere Prioritäten				
12.5 Frauen <i>mit Kindern</i> setzen andere Prioritäten				
12.6 Frauen haben zu wenig Selbstvertrauen				
12.7 Frauen sind weniger Konflikt-fähig				
12.8 Die Selbstdarstellung der Frau ist schlechter				
12.9 Frauen fehlt der Wille, der Ehrgeiz				
12.10 Frauen <i>mit Kindern</i> fehlt der Wille, der Ehrgeiz				
12.11 Frauen ist Einfluss und Macht weniger wichtig				
12.12 Frauen <i>mit Kindern</i> ist Einfluss und Macht weniger wichtig				
12.13 Frauen drängen nicht an die Spitze				
12.14 Frauen <i>mit Kindern</i> drängen nicht an die Spitze				
12.15 Frauen legen mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-life-balance				
12.16 Frauen <i>mit Kindern</i> legen mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-life-balance				
12.17 Frauen müssen mehr leisten als Männer, um die gleiche Anerkennung zu bekommen				
12.18 Die Medizin ist – verglichen mit anderen Berufen - frauenfeindlich				

**13 Laufbahnrelevante Einstellungen**

**Welche Faktoren spielen FÜR SIE PERSÖNLICH eine Rolle dabei, dass sie eine wissenschaftliche Karriere beabsichtigen oder eingeschlagen zu haben?**

	1 sehr wichtig	2 eher wichtig	3 weniger wichtig	4 nicht wichtig
13.1 Ansehen				
13.2 Finanzieller Verdienst				
13.3 Kontrolle/ Macht				
13.4 Ehrgeiz				
13.5 Sicherheit				
13.6 Anerkennung				
13.7 Verantwortung übernehmen				
13.8 Gestaltungsfreiraum				
13.9 Neugier				
12.10 Unabhängigkeit				
12.11 An der Uni bleiben können				
12.12 Gesicherter Arbeitsplatz				
12.13 Möglichkeit, Mitarbeiter zu führen				
12.14 Flucht aus Privatleben				
12.15 Sich selbst etwas beweisen				
12.16 Elternhaus (Karriere-Oktroyierung)				
12.17 Persönlicher Erkenntnisgewinn				
12.18 Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft				

**Vielen Dank!**

# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich allen Personen danken, die mich über die Zeit meines Studiums sowie der Doktorarbeit unterstützt haben.

Ganz besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Janine Diehl-Schmid für die vorbildliche und hervorragende Betreuung und Unterstützung meiner Arbeit und die vielen konstruktiven Tipps und Ideen hinsichtlich der Auswertung. Wann immer Fragen oder Probleme auftraten konnte ich auf Ihren Rat zählen.

Wertvoll waren das Verständnis und die Geduld meines Freundes Matthias Stürzer, meiner Eltern, Großeltern und Schwiegereltern, die mich das ganze Studium hindurch unterstützt haben und ohne die ich diesen Weg hätte nicht einschlagen können.

Weiter möchte ich mich bedanken bei Frau Prof. Dr. Susanne Ihsen und ihrem Team Frau Hanna Weller und Herrn Stephan Schmidt für ihre Hilfe bei der Dateneingabe. Vielen Dank auch Frau Dipl.-Psych. Monika Wastian für die Mithilfe bei der Erstellung des Fragebogens sowie Frau Dipl.-Stat. Petra Wolf vom Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie des *Klinikums rechts der Isar* für die statistische Beratung.