

TEIL II: DIE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

6 EINBETTUNG DER ARBEIT IN DAS PROJEKT „PROFIL“

Im Rahmen des Projekts „PROFIL“ wurden Personen im mittleren Erwachsenenalter zwischen 40 und 45 Jahren untersucht, die auf eine längere Entwicklung im Berufs- und Privatleben sowie auf Bezüge zwischen ihren Lebenssträngen zurückschauen konnten und vor diesem Hintergrund ihre gegenwärtige Lebensgestaltung schilderten. Als übergeordnet wurden hier im Vergleich zu den bislang bekannten Untersuchungen zur Lebensplanung (vgl. z. B. Baethge et al., 1988; v. Rosenstiel, 1989; Geissler & Oechsle, 1996; Seidenspinner et al., 1996) die *Relationen des Handelns* in beiden Lebensbereichen und Lebenssträngen betrachtet. In dieser relationalen Perspektive unterscheidet sich diese Untersuchung von der Mehrzahl bisher vorliegender Untersuchungen.³³

Im Folgenden möchte ich kurz die Untersuchungsfragen, die Untersuchungsschritte und die Gesamtstichprobe im Projekt „PROFIL“ erläutern und die wichtigsten bisherigen Ergebnisse aus dem Projekt zusammenfassend darstellen, um die vorliegende Arbeit in ihren Gesamtprojektkontext zu stellen und um vor diesem Hintergrund die Fragestellungen dieser Arbeit im Einzelnen entwickeln zu können.

6.1 Untersuchungsziele, Untersuchungsschritte und Gesamtstichprobe im Projekt „PROFIL“

Untersuchungsziele und Untersuchungsschritte

Im Rahmen des Projekts „PROFIL“ wurde am Beispiel von Professionsangehörigen aus Medizin und Psychologie untersucht, wie und warum Frauen und Männer nach

³³ Auch muss diese Analyseperspektive deutlich gegenüber dem Konzept der Lebensführung (vgl. Projektgruppe, 1995; Voß, 1991; Jurczyk & Rerrich, 1993) abgegrenzt werden, das sich in erster Linie auf das Handeln im Alltag bezieht. Im Projekt „PROFIL“ wurde dagegen auf mehrere Handlungsebenen abgehoben: auf die Ebene des Alltagshandelns, auf die Ebene des alltagsübergreifenden Handelns (z. B. in mittelfristig angelegten Projekten) sowie auf die Ebene des biographisch bedeutsamen Handelns z. B. angesichts von kritischen Lebensereignissen und biographischen Weichenstellungen (vgl. Hoff & Ewers, 2002; 2003; siehe dazu auch Kapitel 3.1).

gleicher Grundausbildung in verschiedenartige Spezialgebiete und berufliche Positionen gelangen. Dazu wurden in einem *ersten Untersuchungsschritt* statistische Sekundäranalysen zum Stand der Professionsentwicklung und zu den Geschlechterverhältnissen in Medizin und Psychologie durchgeführt (vgl. Dettmer, Grote, Hoff & Hohner, 1999; Hoff & Dettmer, 2000).

Mit Hilfe einer dann 1999 durchgeführten postalischen Befragung von 936 Angehörigen beider Professionen (vgl. zum Erhebungsinstrument Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999) wurde in einem *zweiten Untersuchungsschritt* vor allem das Ziel verfolgt, die Berufswege der Frauen und Männer in beiden Professionen über die vorangegangenen 15 Jahre hinweg zu beschreiben und genauer zu analysieren. Dabei wurde auch untersucht, mit welchen beruflichen und außerberuflichen Lebensbedingungen diese Berufsverläufe einhergehen, welche Berufswege als mehr oder minder erfolgreich gelten können und welche Bezüge es zwischen dem beruflichen und dem privaten Lebensstrang gibt.

Das Hauptziel des *dritten Untersuchungsschrittes* betraf die Erklärung der gefundenen Geschlechterdisparitäten bei den Berufsverlaufsmustern im Kontext der gesamten Lebensgestaltung. Frauen – so die leitende These – spezialisieren sich oft in anderer Weise und durchlaufen zumeist diskontinuierlichere Berufswege als Männer, weil sie ungleich stärker mit der Koordination und Integration der Anforderungen in Beruf und Familie konfrontiert sind (vgl. Grote, Hoff, Wahl & Hohner, 2001). Dabei handelt es sich nicht nur um Integrationsleistungen auf der Ebene des Alltagshandelns, sondern auch um solche auf der Ebene des biographisch bedeutsamen Handelns. Frauen und Männer bilden entsprechend unterschiedliche Vorstellungsmuster zu Bezügen zwischen den Lebenssphären und unterschiedliche Handlungsstrategien aus, die ihre Berufswege fortlaufend beeinflussen. Um diese These gründlicher zu prüfen, wurden 101 leitfadengestützte Interviews mit Professionsangehörigen zu ihren Relationen zwischen Berufs- und Privatleben durchgeführt.

Ziel des *vierten und letzten Untersuchungsschrittes* war die Ausweitung der Analyseperspektive auf das dyadische System der Paarbeziehung. Um die Abstimmung und gegenseitige Beeinflussung der Berufsbiographien von Partnern als aneinander gekoppelte Bestandteile der Arbeitsteilung in Paarbeziehungen analysieren zu können, wurden 23 prototypische Professionsangehörige gemeinsam mit ihren Partne-

rInnen in biographischen Paarinterviews zu Zusammenhängen zwischen ihren Lebens- und Berufsverläufen befragt.

Beschreibung der Gesamtstichprobe

Für die Fragebogenerhebung erhielten wir von den Ärztekammern Berlin und Niedersachsen sowie vom Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) die Adressen von insgesamt 1762 Ärztinnen und Ärzten (718 im Stadtstaat Berlin und 1044 im Flächenstaat Niedersachsen) und von insgesamt 2105 Psychologinnen und Psychologen aus dem ganzen Bundesgebiet. Auswahlkriterium war die Approbation in Medizin im Jahr 1984 und das Diplom in Psychologie in den Jahren 1983, 1984 und 1985, um Berufsverlaufsmuster über ca. 15 Jahre hinweg zu erhalten. Insgesamt 936 Befragte haben uns ihren ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt; die Rücklaufquote beträgt somit insgesamt 24,2 %. Darunter sind 575 Frauen (61,4 %) und 361 Männer (38,6 %).³⁴ Das Geschlechterverhältnis unter den ursprünglich angeschriebenen Personen war dagegen mit 1965 angeschriebenen Frauen (50,8 %) und 1902 Männern (49,2 %) annähernd ausgeglichen. Analysiert man die Beteiligung an der schriftlichen Befragung, dann fallen folgende Trends einer selektiven Antwortbereitschaft ins Auge. Erstens zeigen die angeschriebenen Frauen beider Professionen (30,7 % der Psychologinnen bzw. 26,5 % der Medizinerinnen) eine höhere Antwortbereitschaft als ihre männlichen Kollegen (23,1 % der Psychologen bzw. lediglich 15,9 % der Mediziner). Möglicherweise hat das Thema der Erhebung Frauen stärker angesprochen, sodass sie stärker motiviert waren, den Fragebogen zu beantworten. Es haben sich zweitens mit 27,8 % deutlich mehr psychologische als medizinische Professionsangehörige an der Erhebung beteiligt. Von letzteren schickte nur jeder Fünfte (19,9 %) den ausgefüllten Fragebogen zurück. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug knapp 44 Jahre und sie hatten durchschnittlich 1,46 Kinder. Mehr als die Hälfte (54 %) der befragten Mediziner arbeitet in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis, und etwas mehr als ein Drittel (37 %) ist freiberuflich bzw. selbstständig tätig. Medizinerinnen arbeiten dagegen weniger häufig (46 %) als Mediziner in unbefristeten, gesicherten Beschäftigungsverhältnissen. Umgekehrt sind

³⁴ Zur genaueren Beschreibung des Fragebogens, der Stichproben, der Rücklaufquoten etc. vgl. Grote, Dettmer, Hoff & Hohner, 1999; Hoff, Hohner, Dettmer & Grote, 1999.

mehr Frauen (46 %) als Männer freiberuflich tätig. Analoge Unterschiede zeigen sich zwischen Frauen und Männern in der Psychologie, wobei diese Unterschiede noch etwas stärker ausgeprägt sind: 10 % Prozent mehr Männer (53 %) als Frauen (43 %) sind unbefristet abhängig beschäftigt und 13 % mehr Frauen (49 %) als Männer (36 %) sind freiberuflich tätig (vgl. Grote, Hoff, Hohner & Wahl, 2001). In beiden Professionen hat also die Selbstständigkeit bzw. Freiberuflichkeit für Frauen ein stärkeres Gewicht als für Männer. Extreme Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich in beiden Professionen hinsichtlich des Beschäftigungsumfangs: In der Medizin sind 30 % der Frauen aber nur 4 % der Männer und in der Psychologie sogar 53 % der Frauen und nur 9 % der Männer teilzeitbeschäftigt³⁵ (vgl. ebenda).

Von den Befragten aus der Gesamtstichprobe hatten sich 381, also 38,6 % auch zusätzlich zu einem Interview bereit erklärt. Aus dieser Gesamtstichprobe wurden im Rahmen der anschließenden Interviewstudien zwei weitere Teilstichproben gezogen (vgl. Kapitel 7.1 und 8.1). Die größte Interviewbereitschaft fand sich mit einem Anteil von 44,1 % bei den Ärztinnen (78 von 177); erst mit einem kleinen Abstand folgten dann mit 40,7 % die Psychologinnen (162 der 398). Etwa gleichauf lagen die männlichen Professionsangehörigen mit einem Anteil von 39,7 % bei den Ärzten (69 von 174) bzw. 38,5 % bei den Psychologen (72 von 187).

6.2 Bisher vorliegende zentrale Ergebnisse aus dem Projekt

Im Folgenden sollen die bisherigen Hauptergebnisse des Projekts in Kürze vorgestellt werden. Zunächst geht es um die Befunde aus sekundärstatistischen Analysen zum Stand der Professionalisierung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie. Anschließend werden die Ergebnisse zu Berufsverlaufsmustern und Lebensumständen der Befragten auf Basis der schriftlichen Befragung von 936 Professionsangehörigen zusammenfassend dargestellt. Die Ergebnisse des nächsten Untersuchungsschrittes beziehen sich auf leitfadengestützte Interviews mit ca. 100 prototypischen VertreterInnen der zuvor ermittelten Berufsverlaufsmuster. In

³⁵ Wie bei den Angaben im Mikrozensus haben wir bis zu 32 Wochenstunden als Teilzeit- und 33 und mehr Wochenstunden als Vollzeitbeschäftigung bezeichnet.

diesen Interviews wurden die wechselseitigen Einflüsse zwischen beruflichen und privaten Lebensereignissen im biographischen Verlauf genauer thematisiert.

6.2.1 Sekundärstatistische Analysen zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie

Die sekundärstatistischen Analysen dienen einer Bestandsaufnahme der Professionsentwicklung und der Geschlechterverhältnisse in Medizin und Psychologie. Dabei haben wir uns auf die Entwicklung der letzten beiden Jahrzehnte konzentriert. Neben Angaben der Bundesärztekammer und des BDP wurden Daten des Statistischen Bundesamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit, des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) sowie aus allen sonst verfügbaren Studien herangezogen. Die Ergebnisse unserer Analysen (vgl. Dettmer, Gorte, Hoff & Hohner, 1999) lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Die *Zahlen der Studierenden* haben sich in beiden Fächern seit Ende der 70er Jahre mehr als verdoppelt; sie stagnieren in der Medizin seit den 90er Jahren, nehmen aber in der Psychologie weiter zu. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um einen Zuwachs an weiblichen Studierenden, und der Frauenanteil ist entsprechend angestiegen: in der Medizin von circa 30 % Ende der 70er auf etwa 50 % Ende der 90er Jahre; in der Psychologie im gleichen Zeitraum von circa 55 % auf 75 %. Man kann also feststellen, dass sich die Medizin wohl langfristig zu einem ‚Misch‘- und die Psychologie zu einem ‚Frauen‘-Beruf entwickelt.

Diese Entwicklungstendenz wird in abgeschwächter Form auch bei Betrachtung der *Zahlen der berufstätigen Professionsangehörigen* deutlich. In der (mit 283.000 Mitgliedern) großen Profession Medizin gab es 1998 38 % Frauen und 62 % Männer. Geradezu spiegelbildlich dazu war das Verhältnis in der (mit 33.000 Mitgliedern) kleinen Profession Psychologie mit 63 % Frauen und 37 % Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den *abhängig Beschäftigten*, deren Zahl in beiden Berufen die der Selbstständigen übersteigt. Allerdings nimmt in der Psychologie der Anteil der *selbstständig Tätigen* kontinuierlich zu (von 20 % 1985 auf 30 % 1995), während er in der Medizin mit circa 40 % gleich bleibt. In der Psychologie sind die Frauen bei den Selbstständigen (mit 69 %) stärker als bei den Angestellten und Beamten (mit 59 %) vertreten. Beim Vergleich beider Fächer wird deutlich, dass in der Medizin

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

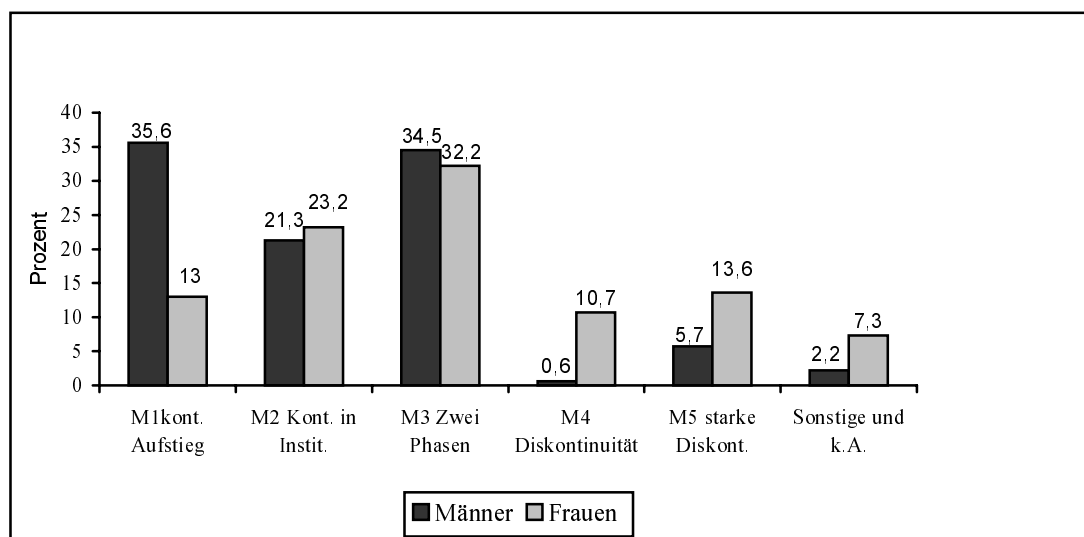
Bemerkenswert ist schließlich das Spektrum von (mehr als 50) *Spezialgebieten in der Medizin*. Mit Blick auf eine Reihe von Facharztgebieten (z. B. Urologie, Chirurgie, Orthopädie), die besonders lange Ausbildungszeiten erfordern und die in einkommensstärkste Positionen führen, kann von einer völligen Marginalisierung der Frauen gesprochen werden. Im quantitativ sehr großen Facharztgebiet der Inneren Medizin wächst der Frauenanteil auf etwa ein Viertel, und nur in Gynäkologie, Psychiatrie, Augenheilkunde, Anästhesie, Dermatologie sowie vor allem in der Kinderheilkunde nähern sich die Anteile der Frauen denen der Männer an. Umso auffälliger erscheint es, dass Frauen selbst innerhalb dieser letztgenannten Gebiete nur ganz selten in leitende Funktionen (im Krankenhaus) aufsteigen.

In der *Psychologie* ist das Ausmaß an Spezialisierung überhaupt nicht mit dem in der Medizin vergleichbar. In den drei Hauptberufsfeldern sind insgesamt prozentual viel mehr Frauen tätig als in der Medizin – dies allerdings wiederum in unterschiedlichem Maße: in klinischen und in pädagogischen Berufsfeldern überwiegen die Frauen, in der Forschung sowie in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie überwiegen die Männer. Ob sich hinter dieser horizontalen auch eine derart stark ausgeprägte vertikale Segregation verbirgt wie in der Medizin, ließ sich anhand der sekundärstatistischen Analysen nicht feststellen; denn die Datenlage ist für die Psychologie u. a. aufgrund der viel geringeren Anzahl der Professionsangehörigen generell weniger differenziert als für die Medizin. Deshalb sollte dieser Frage anhand der eigenen Fragebogenuntersuchung nachgegangen werden.

6.2.2 Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in Medizin und Psychologie

Mit Hilfe der schriftlichen Befragung von 936 Professionsangehörigen in Medizin und Psychologie wurden retrospektiv ca. 15 Jahre zurückreichende Berufsverläufe sowie die gegenwärtigen Lebensumstände von Frauen und Männern ermittelt. Die Analyse der Berufsverlaufsmuster wurde anhand folgender Merkmalsdimensionen vorgenommen: (a) Kontinuität versus Diskontinuität (Tätigkeitswechsel, Unterbrechungen), (b) Aufstieg versus Abstieg oder Verbleib in gleicher bzw. ähnlicher Position, (c) institutioneller Kontext bzw. Zugehörigkeit zu Organisationen versus freiberufliche Tätigkeit (Konfigurationen im Ablauf der institutionellen Kontexte), (d) eine einzige Tätigkeit versus Parallelität verschiedener Tätigkeiten („Doppel- und Mehrgleisigkeit“). Die Ausprägungsformen dieser Merkmale verbinden sich in typischer Weise zu Berufsverlaufsmustern, die sich klar voneinander abgrenzen. Die folgenden Übersichten zeigen die Häufigkeiten, mit denen sich die 351 MedizinerInnen sowie die 585 PsychologInnen in unserer Stichprobe auf die Berufsverlaufsmuster verteilen.³⁶

Übersicht 3: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in der MEDIZIN
(n= 351, Prozentangaben pro Geschlecht)

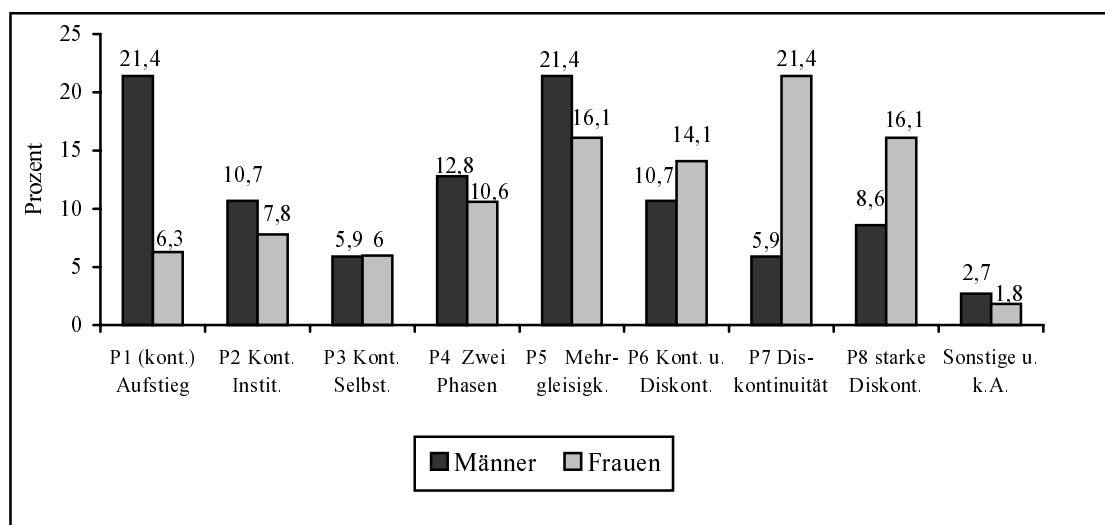


p<.001

Quelle: Grote, Hoff, Wahl & Hohner, 2001

³⁶ Die Signifikanzprüfungen von Häufigkeitsunterschieden wurden mittels Chi-Quadrat-Test vorgenommen. Sofern es das Skalenniveau erlaubte, wurden Mittelwertvergleiche auf der Basis von T-Tests durchgeführt.

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



p<.001

Quelle: Grote, Hoff, Wahl & Hohner, 2001

Personen, die in mittlere und höchste Positionen aufgestiegen sind, wurden im Muster des *kontinuierlichen Aufstiegs* zusammengefasst. In der Medizin steigen mit 24,2 % deutlich mehr Professionsangehörige in mittlere und höchste Positionen auf als in der Psychologie mit nur 11,1 %. Darunter finden sich in beiden Professionen überproportional mehr Männer als Frauen: In der Medizin sind es 35,6 % der Männer aber nur 13,0 % der Frauen (M1 in Übersicht 3) und in der Psychologie 21,4 % der Männer aber nur 6,3 % der Frauen (P1 in Übersicht 4).

Das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten im Muster *Kontinuität in Institutionen* (M2), die 15 Jahre lang im Krankenhaus geblieben, aber nicht in Ober- oder Chefarztpositionen aufgestiegen sind, ist annähernd paritätisch. Auch bei den Personen, die in der Psychologie kontinuierlich eine Tätigkeit als Angestellte oder Beamte ausgeübt haben ohne aufzusteigen (P2), ist das Geschlechterverhältnis annähernd gleich. Während dieses Muster aber in der Medizin eher eine berufliche Stagnation kennzeichnet und im Vergleich zu den anderen Mustern als weniger erfolgreich gelten kann, zeigt dieses kontinuierliche Muster in der Psychologie eine durchaus erfolgreiche berufliche Etablierung an.

Das Muster *Zwei Phasen* umfasst die größte Gruppe der MedizinerInnen (M3) mit insgesamt 33,3 %, die nach einer kontinuierlichen Phase im Krankenhaus in die ebenso kontinuierliche Tätigkeit in der freien Praxis übergewechselt sind. Auch hier ist das Geschlechterverhältnis fast paritätisch. In der Psychologie finden sich im Muster der von Berufsbeginn an kontinuierlich Selbstständigen³⁷ (P3) ebenfalls ebenso viele Frauen wie Männer. Das Gleiche gilt für das zweiphasige Muster des Wechsels aus einer Institution in die freiberufliche Tätigkeit bzw. des umgekehrten Wechsels (P4): Bei vielen Psychologinnen und Psychologen können innerhalb dieser Gruppe allerdings bereits Phasen einer verdeckten beruflichen Mehrgleisigkeit identifiziert werden, d. h. die Selbstständigkeit wird in einer vorausgehenden Phase der abhängigen Beschäftigung z. B. durch freiberufliche Nebentätigkeiten und/oder durch Zusatzausbildungen vorbereitet. In beiden Professionen verbinden die Frauen oftmals Phasen der Kindererziehung mit dem Übergang in die Freiberuflichkeit. Offensichtlich wechseln Frauen besonders häufig dann in die freiberufliche Tätigkeit, wenn sie angesichts eines zu starren ‚Zeitkorsetts‘ in einer Institution ihre Arbeitszeiten autonomer regulieren und zeitlich besser mit familialen Anforderungen koordinieren wollen.

Während das Muster der *Doppel- und Mehrgleisigkeit* in der Medizin gar nicht vorkommt, ist es in der Psychologie (P5) mit 17,8 % aller Professionsangehörigen das häufigste Berufsverlaufsmuster. Viele dieser PsychologInnen arbeiten etwa zur Hälfte ihrer Arbeitszeit in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen und zur anderen Hälfte freiberuflich, meist in inhaltlich unterschiedlich akzentuierten Tätigkeiten. Es kommt weiter vor, dass zwei inhaltlich unterschiedliche Tätigkeiten, die aber beide freiberuflich ausgeübt werden, parallel nebeneinander herlaufen. Daneben finden sich schließlich noch Verläufe, bei denen (a) die inhaltlichen Schwerpunkte und ihre Kopplung an ein bestimmtes Beschäftigungsverhältnis wechseln oder bei denen (b) ein Wechsel von der zunächst einzigen Haupttätigkeit zu dieser Mehrgleisigkeit der Tätigkeitsinhalte und Beschäftigungsverhältnisse stattfindet. Mit 21,4 % weisen etwas mehr Männer als Frauen (16,1 %) dieses Muster auf.

³⁷ Aufgrund der anfänglich an die Krankenhaustätigkeit gebundenen fachärztlichen Ausbildung gibt es dieses Muster in der Medizin nicht.

In der Medizin durchlaufen nur 15,4 % der Befragten (überwiegend Frauen) die beiden diskontinuierlichen Berufsverlaufsmuster (M4, M5), während die Mehrheit (mit 79,7 %) aller Professionsangehörigen die kontinuierlichen Berufswege im Krankenhaus oder in der freien Praxis durchläuft. In der Psychologie kommen dagegen wesentlich häufiger diskontinuierliche Berufsverläufe vor als in der Medizin. Hier finden sich drei Muster einer mehr und minder starken Diskontinuität (P6, P7, P8), und immerhin ca. 43 % aller PsychologInnen weisen diese vergleichsweise ‚komplizierten‘ und in sich heterogenen Berufswege auf. Das ist vor allem auf längere Unterbrechungen (insbesondere nach der Geburt eines Kindes) sowie auf häufigere Tätigkeitswechsel zurückzuführen. Während Medizinerinnen beim Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit in der Regel eine inhaltlich gleiche (Facharzt-)Tätigkeit ausüben wie vor der Unterbrechung, kommt es bei den Psychologinnen oft zu neuen Arbeitsschwerpunkten und zu einer Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit. Inwiefern man im Zusammenhang mit den diskontinuierlichen Mustern von ‚beruflichem Abstieg‘, ‚Statusverlust‘ oder von ‚Dequalifizierung‘ sprechen kann, erscheint schwer entscheidbar. Zumindest dürfte ein solcher Verlauf für berufliche Aufstiege kaum förderlich sein.

Ohne im Einzelnen noch näher auf die verschiedenen Berufsverlaufsmuster einzugehen (vgl. dazu ausführlicher Grote, Hoff, Wahl & Hohner, 2001; Dettmer, Hoff, Grote & Hohner, 2003) kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Frauen in beiden Professionen deutlich seltener aufsteigen als Männer. Überproportional stark vertreten sind die Frauen dagegen in den diskontinuierlichen Berufsverlaufsmustern mit langen Unterbrechungen und gravierenden Wechseln. Diese unterschiedliche Verteilung von Frauen und Männern auf die Berufsverlaufsmuster ist in beiden Professionen statistisch hochsignifikant.

6.2.3 Lebensumstände der Professionsangehörigen in Medizin und Psychologie

Weitere Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung zeigen, dass Berufserfolg bei Frauen und Männern an unterschiedliche Lebensumstände gebunden ist (vgl. dazu Grote et al., 2001). In den Berufsverläufen (Muster M1, M3, P1), die zu beruflichem Aufstieg und höchstem Einkommen führen, unterscheiden sich Frauen und Männer in beiden Professionen bspw. hinsichtlich der Kinderzahl, des Zusammenlebens mit

einem Partner sowie hinsichtlich der häuslichen Arbeitsteilung. Die beruflich erfolgreichen Männer in unserem Sample haben nicht nur deutlich mehr Kinder als die beruflich erfolgreichen Frauen, sondern sie haben auch mehr Kinder als ihre weniger erfolgreichen männlichen Kollegen. Bei den Frauen verhält es sich umgekehrt: Je erfolgreicher sie beruflich sind, desto geringer ist ihre Kinderzahl. Über alle Berufsverlaufsmuster hinweg zeigt sich außerdem folgender signifikanter Unterschied: 84 % der Ärzte aber nur 72 % der Ärztinnen leben mit einem Partner im selben Haushalt zusammen. In der Psychologie sind es 87 % der Männer und 75 % der Frauen. Während die Mediziner zumeist mit Partnerinnen zusammenleben, die teilzeitbeschäftigt oder gar nicht erwerbstätig sind (zusammen 73,7 %), lebt die große Mehrheit der Medizinerinnen (84,7 %) mit voll erwerbstätigen Partnern zusammen (vgl. Übersicht 5).

Übersicht 5: Berufstätigkeit der PartnerInnen von Männern und Frauen in der MEDIZIN

(n=351, Prozentangaben nach Beschäftigungsform)

Berufstätigkeit der PartnerInnen	Männer		Frauen	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
PartnerInnen nicht erwerbstätig	50	33,8 %	11	8,0 %
Teilzeit (bis 32 Std.)	59	39,9 %	10	7,3 %
Vollzeit (33 Std. u. mehr)	39	26,3 %	116	84,7 %
Insgesamt	148	100,0 %	137	100,0 %

p<.001

Bei den Medizinern in höheren Positionen ist der Anteil mit gar nicht erwerbstätigen Partnerinnen (44 %) viel höher als in allen anderen Berufsverlaufsmustern. Die Medizinerinnen in höheren Positionen haben dagegen fast alle voll berufstätige Partner mit noch längeren Arbeitszeiten als sie selbst. Die 8 % nicht berufstätige Partner sind übrigens wesentlich älter als die Medizinerinnen selbst und bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden. Es handelt sich hier also nicht um die Entsprechung zur Gruppe der Mediziner mit ihren ausschließlich für die Familie zuständigen Partnerinnen (33,8 %).

Im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen erhalten Ärztinnen mit berufstätigen Männern also in der Regel keine Entlastung bei den Aufgaben in Familie und Haushalt. Unterschiede zeigen sich ebenfalls zwischen Frauen und Männern in der Psychologie (vgl. Übersicht 6).

Übersicht 6: Berufstätigkeit der PartnerInnen von Männern und Frauen in der PSYCHOLOGIE

(n=585, Prozentangaben nach Beschäftigungsform)

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

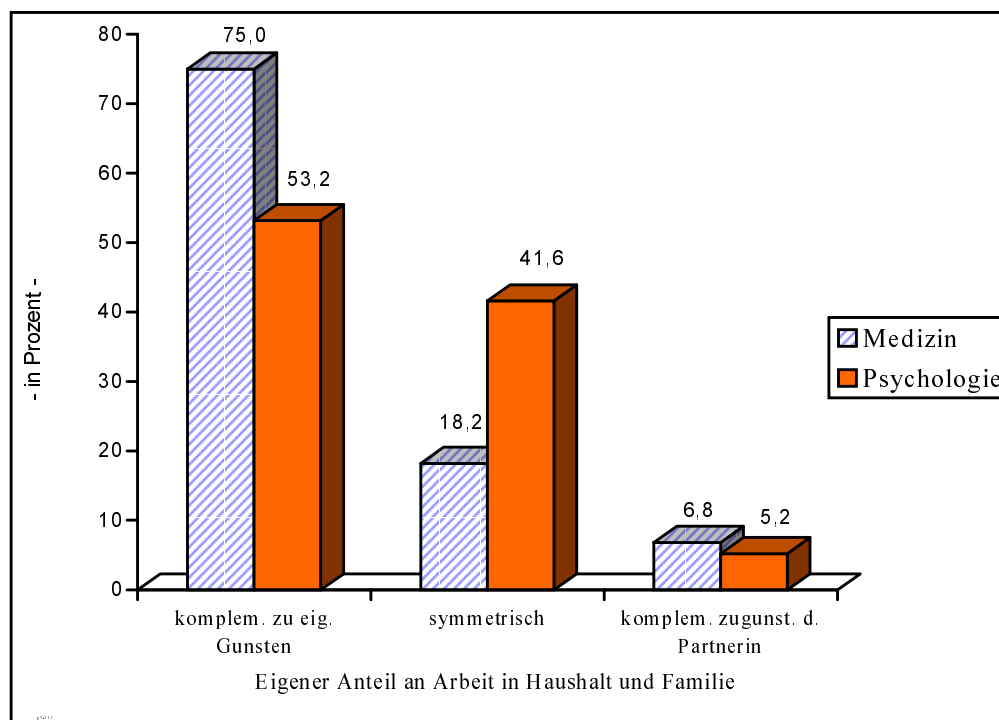
p<.001

Während sich bei den Psychologinnen das gleiche Bild ergibt wie bei den Medizinerinnen, unterscheiden sich die Männer beider Professionen beträchtlich: Psychologen haben mit 14,9 % viel seltener Partnerinnen, die gar nicht erwerbstätig sind, aber viel häufiger teilzeitbeschäftigte Frauen (47,6 %). Auch die Gruppe der Psychologen mit vollzeitbeschäftigten Frauen (37,5 %) ist deutlich größer als die entsprechende Gruppe bei den Medizinerinnen (26,3 %). Das spricht dafür, dass die Aufgabenverteilung in Haushalt und Familie bei den Psychologen weniger traditional bzw. stärker egalitär ausgeprägt ist als bei den Medizinerinnen. Dem entsprechen auch die unterschiedlichen Angaben der Männer in beiden Professionen hinsichtlich ihres jeweiligen Anteils an der Haus- und Familienarbeit (vgl. Übersicht 7).

Übersicht 7: Symmetrische vs. komplementäre Arbeitsteilung in Haushalt und Familie³⁸

Vergleich der Männer in Medizin und Psychologie

(n=286, Medizin n=132, Psychologie n=154, Prozentangaben pro Profession)



Quelle: Grote, Hoff, Wahl & Hohner, 2001

Die Tatsache, dass die große Mehrheit der männlichen Professionsangehörigen insgesamt wesentlich weniger Aufgaben in Familie und Haushalt übernimmt als ihre Partnerinnen, erscheint wenig verwunderlich. Bemerkenswert ist dagegen, dass Psychologen viel häufiger als Mediziner eine annähernd symmetrische Arbeitsteilung praktizieren, während Mediziner viel häufiger als Psychologen eine komplementäre Arbeitsteilung zu eigenen Gunsten aufweisen.

Die Ergebnisse zu den Geschlechterdisparitäten in der Medizin bestätigen das bereits aus anderen Studien bekannte Bild dieser Profession (vgl. z. B. Mesletzky, 1995; 1996; Schmitt, 1994; Seeman, 1997; Wetterer, 1995; 1999; Witz, 1992). Zur Psy-

³⁸ Einen Eigenanteil an der Familien- und Hausarbeit unter 40 % haben wir als ‚Komplementarität zu eigenen Gunsten‘ definiert, bei einem Anteil zwischen 40 % und 60 % sprechen wir von einer eher ‚symmetrischen Aufgabenteilung‘ und ein Eigenanteil über 60 % wurde als ‚Komplementarität zu Gunsten der Partnerin‘ definiert.

chologie lagen jedoch bislang noch keine analogen Untersuchungen. Eine genauere Analyse der wechselseitigen Einflüsse zwischen dem Berufs- und Privatleben sollte in einem weiteren Untersuchungsschritt Auskunft über die Genese dieser Disparitäten in den Geschlechterverhältnissen geben. Um die wechselseitigen Einflüsse auf der Ebene des Alltagshandelns sowie auf der Ebene des biographisch bedeutsamen Handelns detaillierter untersuchen zu können, wurden leitfadengestützte Interviews mit prototypischen VertreterInnen der Berufsverlaufsmuster durchgeführt. Über die Ergebnisse der Auswertungen zu individuellen Formen der Lebensgestaltung soll im Folgenden kurz berichtet werden, denn die Kategorien dieser individuellen Formen (Segmentation, Integration, Entgrenzung) erwiesen sich im späteren Verlauf auch für die Analysen im Rahmen dieser Arbeit als geeignet, um dyadische Formen der Gestaltung von Berufs- und Karrierekonstellationen in Paarbeziehungen zu beschreiben.

6.2.4 Formen der individuellen Lebensgestaltung

Insgesamt liegen 101 ausgewertete Interviews mit Frauen (24 Medizinerinnen, 41 Psychologinnen) und Männern (15 Mediziner, 21 Psychologen) vor. Die Frauen sind in dieser Teilstichprobe überproportional vertreten, weil diese Gruppe hinsichtlich einiger Merkmale heterogener als die der Männer ist. So ähneln sich besonders die ‚prototypischen‘ Männer in höchsten Positionen (Berufsverlaufsmuster M1, P1) mit Blick auf Merkmale wie Arbeitszeit, Familienstand und Kinderzahl; die Frauen in höchsten Positionen unterscheiden sich dagegen hinsichtlich dieser Merkmale untereinander noch einmal beträchtlich. Deshalb haben wir möglichst viele Frauen in höchsten Positionen mündlich befragt. Weiter schienen uns auch Interviews mit Frauen, die als niedergelassene Ärztinnen oder Psychologinnen selbstständig tätig sind, mit Blick auf die zeitliche Integration der Lebenssphären besonders aufschlussreich zu sein.

Das wichtigste Ergebnis dieses Untersuchungsschrittes ist die Unterscheidung und Beschreibung von individuellen Formen der Lebensgestaltung. Die Begriffe der Integration und Segmentation, mit denen wir zwei Hauptformen benannt haben, lagen bereits a priori vor; sie haben logische Implikationen und verweisen wechselseitig

aufeinander.³⁹ Anhand dieser Begriffe haben wir eine erste Klassifikation der Fälle vorgenommen. Die Ausdifferenzierung dieser Formen sowie die Bildung einer eigenständigen weiteren Hauptform, der Entgrenzung, ergab sich aber erst empirisch im Verlauf der inhaltsanalytischen Auswertung. Hier werden diese Formen nur ganz kurz beschrieben (zur genaueren Beschreibung mit entsprechenden Fallbeispielen vgl. Dettmer, Hoff, Lurse & Olos, 2003).

Formen einer *Segmentation* (n=45) sind dadurch gekennzeichnet, dass Tätigkeiten im beruflichen und privaten Alltag routinisiert und ohne aufwendige Koordination parallel nebeneinander herlaufen. Außer kurzfristigen Handlungszielen können auch längerfristige persönliche Projekte und Ziele (bis hin zu Lebenszielen) in beiden Lebenssträngen ohne aufwendigen Bezug aufeinander bzw. relativ unabhängig voneinander realisiert werden. Dabei können entweder die Ziele aus einem Lebensbereich dominant sein, oder aber die beruflichen und privaten Ziele weisen ein Gleichgewicht auf.

Formen einer *Integration* (n=42), lassen sich durch starke Koordinations- und Synchronisationsleistungen von Tätigkeiten im beruflichen und im privaten Leben kennzeichnen. Integrations- und Abstimmungsprozesse beziehen sich ebenfalls nicht nur auf das Alltagshandeln, sondern auch auf längerfristige Ziele von persönlichen Projekten sowie auf Lebensziele. Die Bezüge zwischen den Lebenssphären bestimmen das Handeln der Person im Alltag ebenso wie bei biographischen Weichenstellungen. Dabei fanden sich Formen mit stärkeren Abstrichen an persönlichen Zielen in *einem* Lebensbereich oder aber es wurden Abstriche an Zielen *in beiden* Lebensbereichen vorgenommen. Eine weitere Variante zeichnet sich dadurch aus, dass solch eine Lebensgestaltung weitgehend ohne gravierende Abstriche an persönlichen Zielen in beiden Lebensbereichen gelang.

Von einer letzten Hauptform, der *Entgrenzung* (n=14), sprechen wir, wenn sich zum einen die inhaltlichen sowie die zeiträumlichen Grenzen zwischen dem privaten und dem beruflichen Lebensbereich auflösen und wenn man zum anderen weder in der Erwerbsarbeit noch in der davon ‚freien‘ Zeit klar zwischen Autonomie und Heteronomie des Handelns unterscheiden kann. Berufliche und private Lebenssphären las-

³⁹ Diese Begriffe wurden aus früheren Untersuchungen zum Verhältnis der Lebenssphären übernommen, die der Arbeit-Freizeit-Forschung zuzuordnen sind (vgl. z. B. Hoff & Hörrmann-Lecher, 1992; Büssing, 1992).

sen sich hierbei kaum noch voneinander trennen und die persönlichen Ziele in beiden Lebensbereichen überschneiden sich. Wir fanden zwei Varianten dieser Form: Eine erste Variante kann durch eine völlige Arbeitszentrierung gekennzeichnet werden und das Privatleben scheint gewissermaßen im alles dominierenden Berufsleben zu ‚verschwinden‘. Hier findet sich eine Affinität zur Form der Segmentation mit Dominanz beruflicher Ziele, aus der sie u. U. im Lebenslauf hervorgegangen ist. Eine zweite Variante der Entgrenzung stellt sich folgendermaßen dar: Hier sind auf der alltäglichen Handlungsebene umfangreiche Koordinationsleistungen nötig, um Berufs- und Privatleben zu vereinbaren. Insofern lassen sich Affinitäten zur Form der Integration ohne Abstriche im Berufs- und Privatleben erkennen. Allerdings sind hier die Lebenssphären so eng miteinander verflochten, dass auch hier Berufs- und Privatsphäre miteinander ‚verschmelzen‘ bzw. berufliche und private Ziele kaum noch voneinander zu trennen sind. Der Hauptunterschied zur ersten Variante einer völlig arbeitszentrierten Lebensgestaltung besteht vor allem darin, dass neben dem Berufsleben auch ein ausgeprägtes Privatleben besteht, wobei jedoch beide Lebenssphären von denselben Interessen und Handlungspräferenzen beherrscht werden. Beiden Varianten ist gemeinsam, dass das berufliche und das private Leben quasi zu einer Einheit verschmelzen und dass Personen vergleichsweise hohe Arbeitszeiten angeben. Beide Formen sind ferner durch eine hohe Identifikation mit dem Beruf (Beruf als ‚Berufung‘) gekennzeichnet. In unserer Stichprobe finden sich annähernd gleich viele Frauen und Männer mit dieser Form der Lebensgestaltung (vgl. Übersicht 7).

Formen individueller Lebensgestaltung und Geschlecht

Die Verteilung der Geschlechter auf die beschriebenen individuellen Formen der Lebensgestaltung zeigt, dass die beruflichen und privaten Lebensstränge in den männlichen Biographien (mit 64 % aller interviewten Männer) viel häufiger segmentiert verlaufen als in den weiblichen Biographien (mit 32 % aller interviewten Frauen) (vgl. Übersicht 7). Die häufigste Form der Segmentation bei den Männern ist dabei die mit einer *Dominanz der beruflichen Ziele*. Der Anteil an Männern in der Medizin ist dabei noch höher als der in der Psychologie. Die Befragten mit dieser Form der Lebensgestaltung sind bis auf wenige Ausnahmen in mittlere oder höchste Positionen aufgestiegen. Während die wenigen Frauen, die dieser Form zuzuordnen

sind, mehrheitlich keine Kinder haben⁴⁰, hat die große Mehrzahl der Männer mehrere Kinder. Diese Lebensgestaltungsform erweist sich für die Männer insofern als höchst voraussetzungsvoll, als sie nur mit Hilfe ihrer Partnerinnen möglich ist, die sie weitgehend von familialen Aufgaben entlasten und die sich ihrerseits in ihrer Lebensgestaltung den beruflichen Erfordernissen ihrer Ehemänner anpassen. Die Frauen mit dieser Form der Lebensgestaltung werden umgekehrt nicht durch ihre Partner von Aufgaben im Haushalt entlastet.

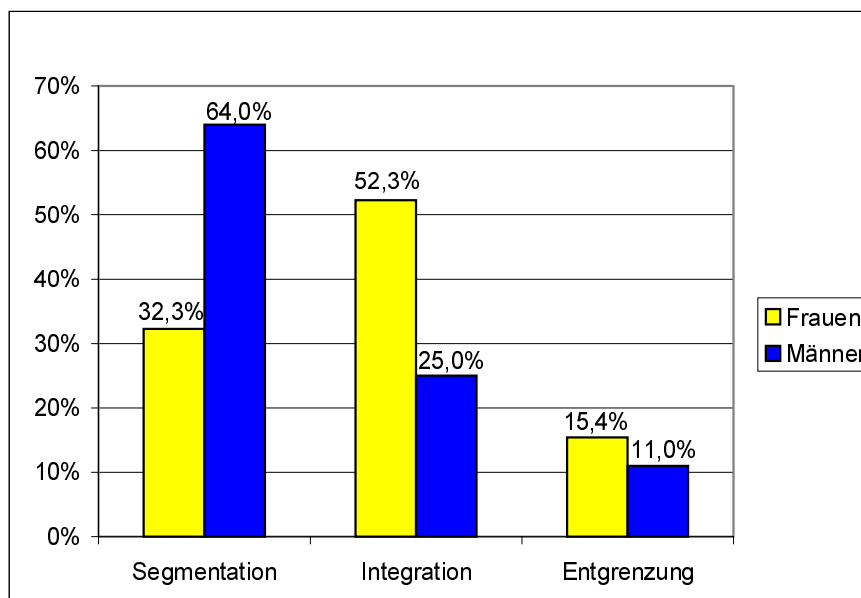
Die Biographien der deutlichen Mehrzahl der befragten weiblichen Professionsangehörigen sind im Gegensatz zur Mehrzahl der Männer durch komplexe Verknüpfungen und wechselseitige Einflüsse zwischen den Lebenssträngen gekennzeichnet. 52 % aller Frauen – aber nur 25 % der Männer – lassen sich den Formen einer Integration zuordnen (vgl. Übersicht 7). Darunter findet sich ein hoher Anteil an Frauen mit *Abstrichen an beruflichen Zielen*, und unter diesen Frauen sind wiederum häufiger Psychologinnen als Medizinerinnen. (vgl. Dettmer & Hoff, 2005). Diese Frauen haben ihre Berufstätigkeit eingeschränkt, indem sie z. B. über längere biographische Phasen in Teilzeit arbeiten, oder indem sie bewusst keine eigene Karriere anstreben und ihre berufliche Tätigkeit an die familialen Anforderungen anpassen. Sie weisen eine besonders hohe Flexibilität in ihren alltäglichen und biographischen Arrangements auf, wodurch es ihnen gelingt, die Lebensbereiche miteinander zu koordinieren. Zudem wechseln die Lebensgestaltungsformen bei den Frauen insgesamt häufiger im biographischen Verlauf, während im Vergleich dazu die Männer in unserer Teilstichprobe eine viel höhere Kontinuität aufweisen. Die wenigen Männer, die einer Lebensgestaltungsform der Integration zugeordnet werden können, finden sich dagegen mehrheitlich in der Integration *ohne Abstriche an beruflichen und privaten Zielen*. Der Form mit *Abstrichen sowohl an beruflichen als auch an privaten Zielen*, die mit der vergleichsweise geringsten Zufriedenheit unter den Befragten und mit diskontinuierlichen Berufsverläufen verbunden ist, lassen sich dagegen in unserer Teilstichprobe ausschließlich Frauen zuordnen (vgl. Dettmer & Hoff, 2005).

⁴⁰ Die Frauen mit Kindern in dieser Segmentationsform kommen vor allem aus den neuen Bundesländern. Ihre Berufswege unterscheiden sich deutlich von den Psychologinnen und Medizinerinnen aus Westdeutschland: Die Verläufe weisen wesentlich weniger Unterbrechungen auf, und diese Frauen arbeiten nicht in Teilzeit. Dies ist mit den unterschiedlichen Rahmenbedingungen u. a. bei der Betreuung der Kinder und der Arbeitsplatzsicherheit in der ehemaligen DDR zu erklären. Die besseren Vereinbarkeitsbedingungen für Frauen haben sich entsprechend positiv auf die Kontinuität der Berufsverläufe der Frauen ausgewirkt.

Bei der Verteilung auf die zwei Formen der Entgrenzung von beruflichen und privaten Zielen finden sich hingegen kaum Geschlechterunterschiede. Die Form der Entgrenzung mit einer *starken Verflechtung von beruflichen und privaten Zielen* ist besonders eng an die Lebensgestaltung des Partners geknüpft und könnte auch als ‚gemeinschaftliche Entgrenzung der Lebenssphären und Lebensstränge‘ bezeichnet werden, weil die Partner sowohl im beruflichen als auch im privaten Lebensbereich ihre persönlichen Ziele aufeinander abstimmen und entsprechend beidseitig hohe Koordinationsleistungen erbringen.

Übersicht 8: Individuelle Formen der Lebensgestaltung nach Geschlecht

(n=101, davon: F= 65, M=36, Prozentangaben pro Geschlecht)



Quelle: eigene Darstellung

Aus diesen Ergebnissen werden die Interdependenzen zwischen den individuellen Formen von Segmentation, Integration und Entgrenzung und der Arbeitsteilung und Lebensgestaltung in Paarbeziehungen deutlich. Aufgrund des gleichen Qualifikationsniveaus der weiblichen und männlichen Professionsangehörigen kann die ungleiche Verteilung der Abstriche an beruflichen Zielen und der außerberuflichen Arbeitsteilung bei den befragten Frauen und Männern also nicht unabhängig von der aneinander gekoppelten Lebensgestaltung in Paarbeziehungen erklärt werden. Aus dem Anliegen heraus, die Lebensgestaltung und Arbeitsteilung in Paarbeziehungen

genauer zu beschreiben und ihre Herausbildung im biographischen Prozess zu analysieren, entwickelten sich die Fragestellungen dieser Arbeit.

6.3 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit knüpfen unmittelbar an die bereits vorliegenden Ergebnisse des Projekts an und beziehen sich auf die Beschreibung und Analyse der Berufs- und Lebensverläufe von Professionsangehörigen aus Medizin und Psychologie als aneinander gekoppelte Bestandteile einer gemeinsamen Lebensgestaltung und Arbeitsteilung in Paarbeziehungen. Ein weiterer wichtiger Fragenkomplex bezieht sich auf die Frage, ob dyadische Konstellationen, Abstimmungsprozesse und Konflikte zwischen Partnern an die Homogenität bzw. Heterogenität der Berufsinhalte, der Beschäftigungsformen und der beruflichen Zeitstrukturen gebunden sind. Welche Professionsunterschiede zwischen Medizin und Psychologie zeigen sich dabei? Damit hängen wiederum weitere Einzelfragen zusammen: Welche (beruflichen) Unterstützungsleistungen erbringen die Partner wechselseitig? Wie wird die jeweilige Form der Lebensgestaltung auf normative Muster geschlechtstypischen Handelns abgestimmt? Wie gehen die Partner mit Asymmetrien um, die den üblichen kulturellen Mustern zuwiderlaufen (Karrierevorsprung des jüngeren Partners, der Frau), und wie gehen sie im beruflichen Bereich mit Konkurrenz untereinander um? Welche Beziehungskonzepte lassen sich finden und welche Relation von individuellen und gemeinsamen Zielen der Partner ist damit verbunden? Dabei interessieren besonders auch Zielkonflikte, die mit der jeweiligen Gewichtung von gemeinsamen und individuellen Zielen in Paarbeziehungen verbunden sind.

Im Falle von Doppelakademikerpaaren ist von Interesse, inwieweit sich im biographischen Verlauf eine Gleichheit der beruflichen Karrieren stabilisiert bzw. inwieweit sich eine Ungleichheit zwischen den Karrieren der Partner herausbildet. Wie lässt sich die Etablierung von Macht- und Ungleichheitseffekten innerhalb von Doppelakademikerpaaren erklären? Welche Zielkonflikte zwischen beruflichen und familiären Anforderungen entstehen, und inwieweit hängen sie mit den jeweiligen partnerschaftlichen Karrierekonstellationen zusammen?

Aufgrund der bisherigen Projektergebnisse lassen sich folgende Arbeitsthesen ableiten:

- (1) Mit der Familiengründung wird bei Frauen und Männern eine unterschiedliche Gewichtung von beruflichen und privaten Zielen in Gang gesetzt, die sich in der Lebensgestaltung und im beruflichen Erfolg beider Geschlechter niederschlägt. Während die Männer mehrheitlich auch nach der Geburt von Kindern kontinuierlich ihre beruflichen Ziele weiterverfolgen (können), gewinnen auf Seiten der Frauen häufiger übergeordnete Ziele einer Integration von Berufs- und Privatleben an Gewicht.
- (2) Die institutionell unterschiedlich stark vorstrukturierten Berufswege, die unterschiedliche Hierarchisierung und das unterschiedlich restriktiv ausgeprägte Arbeits(zeit)pensum in Medizin und Psychologie wirken sich auch auf die Beziehungsstrukturen der Professionsangehörigen aus. Bei Professionsangehörigen der weniger hierarchisch geprägten Psychologie bilden sich in höherem Maße egalitäre Vorstellungsmuster heraus, die mit einer stärker ausbalancierten Arbeitsteilung innerhalb der Paarbeziehungen verbunden sind als bei Professionsangehörigen der Medizin.
- (3) Eine hohe Affinität der beruflichen Positionen und Tätigkeitsinhalte von Ehepartnern führt dazu, dass sich die Partner beruflich eng miteinander austauschen, sich gegenseitig beruflich unterstützen und dass die beiden Berufsverläufe als gleichwertig gelten. Die Gleichwertigkeit der beruflichen Laufbahnen hat auch eine weitgehend symmetrische Arbeitsteilung zwischen den Partnern zur Folge.

Zur Bearbeitung der beschriebenen Untersuchungsfragen wurden *erstens* auf Basis der im Projekt „PROFIL“ vorliegenden 101 Einzelinterviews die Zusammenhänge zwischen den Berufsverläufen der befragten Professionsangehörigen und deren PartnerInnen sowie ihre außerberufliche Arbeitsteilung detailliert analysiert. Dabei wurde deutlich, dass die Unterscheidungen von individuellen Lebensgestaltungsformen einer ‚Segmentation‘, ‚Integration‘ und ‚Entgrenzung‘ problemlos auf Formen der dyadischen Gestaltung von Karrierekonstellationen in Paarbeziehungen übertragbar sind. Darum geht es im folgenden Kapitel 7 (Teilstudie A). *Zweitens* wurden 23 Personen, die in prototypischer Weise unterschiedliche Berufs- und Karriere-

konstellationen ausgebildet haben, noch einmal *gemeinsam mit ihren PartnerInnen* ausführlich bezüglich ihrer gegenseitigen Beeinflussung der Berufs- und Lebensverläufe auf der Ebene des alltäglichen und biographischen Handelns befragt. Diese zweite Teilstudie steht im Mittelpunkt des Kapitels 8 (Teilstudie B).

