

Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen: eine Fallrekonstruktion

Reimann, Swantje; Alftermann, Dorothee

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reimann, S., & Alftermann, D. (2014). Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen: eine Fallrekonstruktion. *Zeitschrift für Familienforschung*, 26(2), 169-198. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-404275>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Swantje Reimann & Dorothee Alfermann

Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen. Eine Fallrekonstruktion

Parenthood as a turning point in the career orientation of women doctors

Zusammenfassung

Ziel: Anhand einer detaillierten Fallbeschreibung werden karriereförderliche- und hinderliche Bedingungen auf subjektiver und Paarebene rekonstruiert, denen Ärztinnen durch das kritische Lebensereignis Elternschaft ausgesetzt werden können. Um Aussagen struktureller Art treffen zu können, werden diesem Paar weitere Paare in minimalem und maximalem Kontrast dazugestellt, die in einem längsschnittlichen Design über vier bis sechs Jahre mindestens drei Mal interviewt wurden. Ergebnisse: Trotz egalitärer Rollenvorstellungen der Paare vor einer Schwangerschaft kann es zu Traditionalisierungseffekten durch den Übergang in eine Triade kommen, wobei Sozialisationserfahrungen aus der Ursprungsfamilie bedeutsam sind. Konflikte entstehen dann, wenn die Lebensbereiche Beruf und Familie für karriereorientierte Ärztinnen durch eine Elternschaft nicht an Bedeutung verlieren, sondern sie beides gleichzeitig wollen. Die damit verbundenen Anforderungen einlösen zu können, erfordert gerade auf Seiten der Frau ein hohes Maß an Organisation und Arrangement. Diskussion: Neben arbeitsstrukturellen und -organisatorischen Bedingungen und Strukturgebern, müssen individuelle Bedarfe der Ärztinnen in den Blick genommen werden, um beide Lebensbereiche zufriedenstellend ausfüllen zu können.

Schlagwörter: Doppelkarrierepaare, Ärztinnen, Karriereorientierung, Elternschaft

Abstract

Aim: In order to find conditions that may promote or constrain the career of women doctors, we conducted longitudinal interviews with dual-career couples over a period of four to six years. Based on content analysis, we identified one couple for detailed analysis. For minimally and maximally contrasting these couples, we complemented our analysis by including additional couples for gaining more structured insights. Results: Despite egalitarian role concepts prior to pregnancy, it is through the transition into a triad that effects of traditionalism emerge for which, in turn, socialization effects from the family of origin are meaningful. Conflicts do arise when both the areas of professional and family life do not lose their relevance after entering parenthood. It requires a high degree of management for getting things organized, especially on the part of the women. Discussion: In addition to important structural and organizational working conditions that serve as important providers of structure, individual needs of women doctors have to be taken into account for enabling women doctors to perform satisfactorily in both areas of life.

Key words: dual career couples, women doctors, career orientation, parenthood

1. Einleitung

Die Zahl der Studienanfängerinnen der Humanmedizin in Deutschland übersteigt mit 67% mittlerweile deutlich die der Studienanfänger; auch die Geschlechterrelation in den Studienabschlüssen der Medizin fällt mit 65% inzwischen zu Gunsten der Frauen aus (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz, GWK 2013; Statistisches Bundesamt 2012, 2014). Der Anteil der Ärztinnen an Führungspositionen in Deutschland ist dem gegenüber vergleichsweise gering, so steigen nur ca. 13% der berufstätigen Ärztinnen auch in höhere und höchste Leitungspositionen im klinischen Bereich auf (Hohner et al. 2005) und der Anteil der Ärztinnen an Professuren (C/W- und Juniorprofessuren) liegt bei nur knapp 20% (GWK 2013). Trotz der Tendenz einer abnehmenden horizontalen Strukturierung, besteht eine vertikale Segregation auch weiterhin, wobei mit steigender Karrierestufe auch der Männeranteil steigt. Dieses Phänomen existiert nicht nur in der Medizin, sondern auch in anderen Berufsbereichen (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2013) und wird metaphorisch als „gläserne Decke“ (u.a. Ochsenfeld 2012) bezeichnet. So zeigt sich typischerweise im Verlauf der beruflichen Entwicklung ein scherenartiges Muster der Geschlechter (Abele 2006): Frauen bleiben, trotz zunächst bester Voraussetzungen durch Ausbildung und Motivation, im Berufserfolg, gemessen an Status und Einkommen, hinter den Männern zurück.

Während die quantitativen Daten ein scheinbar eindeutiges Bild der vertikalen Strukturierung bieten, sind die Ursachen dafür weniger eindeutig zu verorten. Es können z.B. strukturelle Bedingungen der Arbeitswelt eine Rolle spielen, soziale Rollenerwartungen an die Geschlechter, oder auch individuelle Lebensentscheidungen von Frauen und Männern bedeutsam sein. So kann es in den Arbeitsarrangements von Partnerschaften gerade nach der Geburt der Kinder zu „Traditionalisierungseffekten“ (Kortendiek 2004: 388) kommen, die sich auf verinnerlichte Geschlechterrollenkonzepte bezüglich der Familienarbeit beziehen. Diese können sich dann bspw. in der Tendenz der Frauen äußern, sich aus dem Beruf zu Gunsten der Sorgearbeit für die Familie zurückzuziehen, während die Partner nur noch unterstützende Arbeiten ausüben (siehe Fthenakis et al. 2002). Damit korrespondieren bestimmte verinnerlichte „Mütter-/Väterbilder“ beispielsweise in Form einer Naturalisierung der Mutterrolle (Rothe et al. 2013) unter Ausblendung der sozialen Bedingungsgefüge und Beeinflussungen, die in einer Re-Traditionalisierung vormals egalitärer partnerschaftlicher Arrangements ihren Ausdruck erfahren können.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Rekonstruktion förderlicher und hinderlicher Bedingungen für die Karriereverläufe von Ärztinnen auf Seiten der Paarbeziehung und des Paararrangements in der Übergangsphase des Paares zu einer Triade. Wir vermuten hier sensible Übergangszonen, in denen Selbstbilder durch die Auseinandersetzung mit einer neuen Rolle als Entwicklungsaufgabe des Paares justiert werden. Um diese Fragestellung zu den spezifischen Bedingungen auf Seiten der Partnerschaft und der beruflichen Orientierung erfolgreicher Karriereverläufe von Ärztinnen rekonstruieren zu können, orientieren wir uns in der folgenden Darstellung verschiedener Befunde an zwei Hauptthemen, die unseres Erachtens zum Verständnis beitragen: Zum einen fokussieren wir auf strukturelle Bedingungen von Karrieren bei Ärztinnen. Daran anknüpfend richten wir den Blick auf empirische und theoretische Überlegungen zu Einflüssen sozialer und psychologischer Variablen auf das berufliche Selbstverständnis und die Karriereentwick-

lung von Ärztinnen; hier interessiert uns insbesondere das biographische Ereignis Elternschaft. Im Anschluss an eine Übersicht zu unserer Untersuchungsgruppe und den hier verwendeten Analysemethoden zeichnen wir anhand eigener Interviews mit Ärztinnen und deren Partner_innen¹ nach, welche Bedeutung diesem Ereignis zukommen und welche Wirkung die innerfamiliäre Bewältigung (als Anpassungsleistung) dieses Ereignisses auf die beruflichen Karriereverläufe der Ärztinnen zeitigen kann. Dazu rekonstruieren wir anhand eines Fallvergleichs Bedingungen, die Ärztinnen im Verfolgen einer beruflichen Karriere seitens der Paarstruktur und Paardynamik dabei unterstützen bzw. behindern können. In der vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse aus der Längsschnittstudie „Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen während der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed)“² vorgestellt, die den spezifischen Raum der Paararrangements fokussieren. Damit kann diese Untersuchung einen Beitrag zum Verständnis von (veränderlichen) Arrangements in Partnerschaften mit einem hohen Bildungsstatus leisten. Ein Spezifikum dieser Studie ist die Auswahl der Stichprobe, da Ärztinnen und ihre Partner_innen im Längsschnitt untersucht wurden. Im Rahmen eines gleichstellungspolitischen und gendergerechten Anspruchs ist die Entwicklung der Geschlechterrelation gerade im Medizinstudium und der medizinischen Tätigkeit ein wissenschaftlich und politisch hoch interessantes Forschungsterrain, um verstehen zu können, was Frauen in der Verfolgung ihrer medizinischen Karrieren behindert bzw. fördert.

2. Forschungsstand und theoretische Überlegungen

In einer Längsschnittstudie an Erlanger Absolvent_innen der Medizin findet Abele (2006) keine Unterschiede im Berufserfolg zwischen Frauen ohne Kinder und Männern, wohl aber gravierende Unterschiede von Frauen mit Kindern im Vergleich zu Männern inkl. Vätern, wobei die Elternschaft als ein Erfolgshindernis für Ärztinnen ausmacht im Gegensatz zu Ärzten, bei denen Elternschaft als Erfolgsfaktor wirkt (Abele 2006: 21). Diese charakteristischen Unterschiede zeigen auch die Ergebnisse einer Studie zu Bedingungen der fachärztlichen Weiterbildung, wonach Ärztinnen mit Kind(ern) diese später beginnen als Ärztinnen ohne Kind(er), jedoch Ärzte mit Kind(ern) ihre Weiterbildung eher beginnen als ohne Kind(er) (van den Bussche et al. 2013). Die Geburt eines Kindes sowie die nachfolgenden Aufgaben der Betreuung und Fürsorge werden immer noch zu großen Teilen von Frauen wahrgenommen, was mit der Bereitschaft zur Arbeitszeitreduktion ein-

-
- 1 Die Verwendung des linguistischen Gender_Gap soll in Abgrenzung zum Binnen_I verdeutlichen, dass hiermit alle sozialen Geschlechter gemeint sind.
 - 2 Im Rahmen der KarMed-Studie wurden zwei methodische Perspektiven umgesetzt: Zum einen wurden durch die Forschungsgruppe am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) längsschnittlich quantitativ Aspekte von Karriereverläufen an einer Grundgesamtheit von Ärzt_innen in Weiterbildung erfasst. Zum anderen wurden anhand von fokussierten Interviews und Gruppendiskussionen über einen Längsschnitt von vier Erhebungszeitpunkten individuelle und kollektive Orientierungen von Ärzt_innen bezüglich des Verlaufs von Berufswegen mittels des qualitativen Ansatzes durch die Forschungsgruppe der Universität Leipzig rekonstruiert. Gefördert wurde dieses Projekt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Europäischen Sozialfonds (ESF) für eine Laufzeit von 2008 bis 2014 mit den Förderkennzeichen: 01FP1241, 01FP1242, 01FP1243, 01FP1244.

hergeht. So sind Ärztinnen häufiger als Ärzte in Teilzeitbeschäftigung tätig (z.B. Abele 2006; Buddeberg-Fischer et al. 2008; Stiller/Busse 2008) oder wünschen sich dies für die Zukunft (Gedrose et al. 2012). Eine Teilzeittätigkeit vermindert jedoch deren Berufserfolg, da eine Karriere, nicht nur im medizinischen Feld, immer noch mit Vollzeitbeschäftigung und Kontinuität in der Tätigkeit assoziiert und daran gebunden wird. Sofern Arbeitszeit jedoch nicht reduziert wird, weisen Mütter mit Vollzeitbeschäftigung zwar eine ähnlich ambitionierte Berufsentwicklung auf wie Frauen ohne Kinder und wie Männer (Ochsenfeld 2012), dennoch arbeiten sie durchschnittlich ca. 12 Stunden pro Woche weniger als karriereorientierte Ärzte (Hohner et al. 2003: 68), wenn der Umfang der Überstunden in einer Vollzeitbeschäftigung betrachtet wird.

Geschlechterunterschiede findet Abele (2006) auch in den beruflichen Orientierungen: So sind Männer stärker als Frauen an „Karriere“ orientiert, während Frauen eine „Balance“ (zwischen Beruf und Privatleben) präferierten. In einer Untersuchung der Arbeitsgruppe um Hoff und Hohner (dazu u.a. Hohner et al. 2003; Dettmer et al. 2003; Hoff et al. 2005) zeigten sich diese Geschlechterunterschiede dann auch in den medizinischen Berufsverläufen. Dabei wird der klassische und *kontinuierliche Aufstieg* in der medizinischen Hierarchie von weitaus mehr Medizinern beschritten und auch antizipiert als von Medizinerinnen (35% zu 13%; Hohner et al. 2003: 68). Ebenso signifikant unterscheidet sich die Kinderanzahl der „Aufsteigenden“, denn die Männer haben durchschnittlich 1,9 Kinder, wohingegen die Frauen im Durchschnitt 0,8 Kinder haben (ebd.). In einem Verlaufsmuster, das durch zwei *kontinuierliche Phasen* (erst Klinik, dann Niederlassung), aber *ohne Aufstieg* gekennzeichnet ist, sind mehr Ärztinnen als Ärzte vertreten, während das Muster *Kontinuität in einer Institution ohne Aufstieg* von Frauen und Männern gleichermaßen gelebt wird.

In den Bedingungen Elternschaft, Teilzeittätigkeit und berufliche Orientierung kommen nicht nur bestimmte arbeitsstrukturelle Rahmen zum Ausdruck, es sind darin auch implizite gesellschaftliche Normen und Erwartungen an deren Umsetzung in Form von Geschlechterrollenkonzepten und Arbeitsarrangements in Partnerschaften eingelassen. Neben arbeitsstrukturellen Mechanismen zur Absicherung der „gläsernen Decke“ weisen diese Normen auf Bedingungen hin, die sich in Paararrangements in Form bestimmter Rollenzuweisungen finden (als soziale und psychologische Bedingungen, siehe Sieverding 2006; Dechant/Schulz 2013). Eine besondere Rolle bei der beruflichen Entwicklung von Frauen kommt somit auch der Partnerschaft zu, wobei die Unterstützung und das Engagement für die berufliche Karriere der Frau und die familiäre Arbeitsteilung wichtige Einflussfaktoren darstellen (Abele/Spurk 2011; Walther/Lukoschat 2008; Dechant/Schulz 2013). Da akademisch gebildete Frauen häufiger in bildungshomogenen Partnerschaften leben als akademisch gebildete Männer (Rusconi/Solga 2007), erfahren sie durch ihre meist vollzeittätigen Partner weniger Unterstützung hinsichtlich Familiensorge und Hausarbeit (Hohner et al. 2003). Dabei kann gerade „bedeutsamen Lebensereignissen“ (siehe u.a. Filipp 2007) im Lebensverlauf eine kritische Rolle zukommen, auch wenn sie als normative Ereignisse auftreten, so z.B. die Geburt des ersten Kindes. Kritisch aus dem Grund, da solcherart Lebensereignisse Anpassungsleistungen für das Paar erforderlich machen, sich auch als Triade mit je spezifischen Geschlechterrollen so zu arrangieren, dass Lebens- und Berufsverläufe selbstbildstabilisierende Kohärenzen aufweisen (Filipp 2007; Filipp/Mayer 2005). Wimbauer (2012; siehe auch Henninger et al. 2007) zeigt an-

hand von Interviews mit Doppelkarrierepaaren, die hoch berufsorientiert sind, eine partnerschaftliche Lebensführung und gleichberechtigte Teilhabe am Erwerbsleben und an Kinderbetreuung wünschen, dass das egalitäre Modell nur selten gelingt. Dort berichten die Partner über ihre Sorge, dass sich ein stärkeres Familienengagement negativ auf ihre Berufschancen auswirken könne. Trotz egalitärer Diskurse bezüglich Hausarbeit und Familiensorge vor der Geburt von Kindern lösen sich diese meist in tradierte Familienarbeitsverteilungen auf, wobei die zugeschriebenen Rollen, als *doing gender*, als ausschlaggebend für diese Traditionalisierungsprozesse herausgestellt werden. Dauerhafte egalitäre partnerschaftliche Modelle werden nach dem Egalitarian-Values-Modell (van Berkel/de Graaf 1999) eher bei bildungshomogenen Paaren mit hoher Bildung erwartet (Dechant/Schulz 2013), was bedeutet, dass auch nach der Geburt des ersten Kindes egalitäre Einstellungen in der Partnerschaft umgesetzt werden und nicht nur Lippenbekanntnisse sind. In der Untersuchung bildungsgleicher Paare von Dechant/Schulz (2013) konnte ein solches Bedingungszenario des egalitären partnerschaftlichen Arbeitsarrangements auch nach der Geburt des ersten Kindes rekonstruiert werden. Weitere Untersuchungen zeigen, dass die Aufteilung der Elternaufgaben bei jungen aber auch bei älteren Personen deutlich durch Rollenvorstellungen determiniert werden, auch unabhängig anderer soziodemographischer Variablen (Wengler et al. 2008). Sofern es eine egalitäre Einstellung bezüglich der Aufteilung bestimmter Familienaufgaben gibt, werden diese auch gleichmäßig auf beide Partner_innen verteilt; ist dies nicht der Fall, tragen die Frauen den Großteil der Elternaufgaben.

Sieverdings These (u.a. 1990), wonach neben solchen sozialen Barrieren psychologische Einstellungen und Selbstkonzepte seitens der Frauen einen die Karriere behindernden Einfluss haben, korrespondiert mit diesen Befunden. Einen zentralen Aspekt bildet dabei das berufliche Selbstkonzept, welches durch Attributionen (und hier so genannten „Potentialfehleinschätzungen“, ibd.) ebenso mitbestimmt wird und damit der Möglichkeit Raum gibt, entweder eine Karriere verfolgen zu wollen oder dies nicht in die berufliche Planung einzubeziehen. Diese beruflichen Selbstbeurteilungen durch die Frauen selber könnten, so unsere These, dann auch die Unterscheidung zwischen verschiedenen Orientierungen, bezogen auf die berufliche Tätigkeit, markieren. Wir nehmen in vorliegender Arbeit an, dass es neben Gemeinsamkeiten auch grundlegende Unterschiede zwischen Ärztinnen gibt, die aktiv eine Karriere verfolgen („Aufstiegsorientierung“, siehe oben) und Ärztinnen, die dies nicht tun.

Für die nachfolgende Analyse fassen wir unsere Thesen folgendermaßen zusammen: Wir erwarten in unserem Sample von Ärztinnen mit einem hohen Bildungsgrad, dass sie sich a) aufgrund ihrer verschiedenen beruflichen Selbstkonzepte hinsichtlich einer Karriereorientierung unterscheiden. In der Gruppe der karriereorientierten Ärztinnen vermuten wir b), dass das Ereignis Elternschaft, auch in seinem Nichteintreten, und dessen Handhabung in der Partnerschaft Auswirkungen auf die Karrieremotive der Ärztinnen zeigt. Wir zeigen anhand einer Fallrekonstruktion, wie c) diese Auswirkungen in der Paardynamik ausgehandelt und gehandhabt werden, welche Arrangements wir finden und in einem letzten Schritt d), welches Bedingungsgefüge am ehesten die Karriere einer Ärztin fördert. Hier sind vor allem erlebte Diskrepanzen zwischen beruflicher Realität in Form strukturierender Bedingungen, beruflichem Selbstbild und geschlechtsrollenbezogenem Selbstkonzept von Bedeutung, die in Einklang mit den Herausforderungen der familialen und

beruflichen Struktur zu bringen sind. Anhand einer biographischen Fallrekonstruktion (siehe u.a. Rosenthal 1995, 2001; Rosenthal/Fischer-Rosenthal 2000; Schütze 1983) und einer davon minimalen und maximalen Kontrastierung zeigen wir, wie das Thema Elternschaft in seinen Bedeutungshorizonten in einer Partnerschaft und in der beruflichen Orientierung und Entwicklung der Ärztin gerahmt werden kann.

3. Methode

Untersuchungsdesign und Sample

Die hier vorgestellten Ergebnisse gehen aus einer längsschnittlichen qualitativen Interviewstudie mit Paaren hervor, in denen die Frau als Ärztin arbeitet und deren Partner_in³ ebenfalls berufstätig ist (im weiteren Sinne verstanden als *dual career couples*, DCC⁴). Dieses Untersuchungsdesign greift somit methodisch und inhaltlich eine bestehende Lücke auf, die für das Verstehen der Karriereentwicklung speziell von Frauen in der Profession Medizin von Bedeutung ist. Das übergeordnete Interesse des Forschungsprojekts konzentriert sich auf die subjektiv gedeuteten förderlichen und hemmenden Bedingungen und Einflüsse auf Karriereverläufe von Ärztinnen während der fachärztlichen Weiterbildung und der beruflichen Tätigkeit als tertiäre Sozialisationsphase. Die Forschungsfrage beinhaltet somit explizit einen Entwicklungsaspekt, der durch ein längsschnittliches Untersuchungsdesign aufgenommen wird. Neben retrospektiven Deutungen wichtiger Einflüsse auf eine berufliche und/oder Karriereorientierung – dem „Erlebten Leben“ als Vergangenheitsperspektive (siehe Rosenthal 1995, 2002) – können so auch die situativen Aspekte von Aushandlungsprozessen – dem „Erzählten Leben“ als Gegenwartsperspektive (siehe ibd.) – betrachtet und in ihrer zeitlichen und entwicklungsbedingten Vernetztheit miteinander in Beziehung gesetzt werden. Über einen Zeitraum von fünf Jahren (2008-2013) haben wir in einem Abstand von zwölf bis 18 Monaten insgesamt je vier fokussierte Interviews mit Ärztinnen und getrennt davon mit ihren Partner_innen geführt⁵.

3 Eine Ärztin in dieser Gruppe lebt mit einer Frau in Partnerschaft zusammen.

4 „Als Doppelkarrierepaare werden jene Paare bezeichnet, bei denen beide Partner hochqualifiziert sind und eigene Berufslaufbahnvorstellungen verfolgen, ohne auf Kinder und ein erfülltes Familienleben verzichten zu wollen. Sie grenzen sich u.a. dadurch gegen Doppelverdiener-Paare (*double earner couples*) ab, dass sie Arbeit als sinnstiftenden Bestandteil ihrer persönlichen Identität sehen und nicht nur als Möglichkeit des Geldverdienens und wirtschaftlichen Faktor“ (Tunnat 2005: 1). Wir modifizieren diese Definition für unser Sample dahingehend, dass wir jene Paare als DCC bezeichnen, in denen die Ärztin eine Karriere verfolgt und ihr/e Partner_in ebenso akademisch gebildet ist, und somit gleichfalls eine Karriere verfolgen könnte.

5 Einschlusskriterien für Paare: Die Frau arbeitet als Ärztin, ihr/e Partner_in ist ebenfalls erwerbstätig, entweder als Arzt, Ärztin oder in einem anderen Beruf, und eine feste Beziehung besteht seit mindestens drei Jahren. Innerhalb dieser Kriterien wurden sowohl Paare mit als auch ohne Kind(er) und mit bzw. ohne Facharztabschluss rekrutiert. Die Rekrutierung erfolgte über purposive sampling (Glaser/Strauss 1998), gezielte Ansprachen, Anschreiben und das Schneeballprinzip. Als Kontrastierung dazu haben wir auch drei Ärztinnen in unser Sample aufgenommen, die nicht in einer Partnerschaft leben.

Zum ersten Zeitpunkt (DCC I) haben wir insgesamt 50 Einzelinterviews mit Ärztinnen und, wenn möglich, ihren jeweiligen Partner_innen geführt (27 Ärztinnen und 23 Partner_innen). Zum vierten Erhebungszeitpunkt waren noch 29 Personen (davon 17 Ärztinnen) zu einem Interview bereit⁶.

Nach einer kurzen Beschreibung des Forschungsvorhabens sowie der Methode wurde die Ärztin und getrennt davon ihr/e Partner_in zu Beginn des ersten Interviews gebeten, über einen „gewöhnlichen“ Arbeitstag zu erzählen, um narrative Anteile und individuelle Schwerpunktsetzungen in den Erzählungen zu ermöglichen. Immanente Fragen z.B. zu spezifischen Arbeitsaufgaben und Lebensumständen wurden am Ende eines jeweiligen Erzählabschnittes gestellt, während exmanente Fragen am Ende des Interviews gestellt wurden. Der Fokus des zweiten Interviews zielte auf Veränderungen und Kontinuitäten im beruflichen und privaten Bereich seit dem letzten Interview⁷, auf biographische Aspekte sowie die Entscheidung, den Beruf der Medizinerin gewählt zu haben⁸. Der Eingangsstimulus des dritten Interviews bezog sich, wie im vergangenen, auf berufliche und private Veränderungen bzw. Kontinuitäten und der jeweiligen individuellen Bewertung. Dieses Vorgehen wurde auch im vierten Interview beibehalten, woran sich am Ende eine Bilanzierungsfrage hinsichtlich beruflicher und privater Dis-/Kontinuitäten sowie der jeweiligen Bewertung anschloss, die sich auf den gesamten Zeitraum des Studienverlaufs bezog. Trotz der fokussierten Eingangsstimuli wurde den narrativen Anteilen große Bedeutung beigemessen, so dass diese in allen Interviews hoch sind⁹.

Analyse und Fallauswahl

Grundlegend für unsere Forschungsperspektive ist die Annahme einer wechselseitigen Bezugnahme von Individuum und Gesellschaft (u.a. Keupp 2001; Mead 1973[1934]; Rosenthal 1995). In einer mikrosoziologischen Rekonstruktion von Handlungen gehen wir

-
- 6 Die Absage, an einem weiteren Interview teilnehmen zu wollen, lässt sich strukturell zum einen aus dem organisatorischen Aufwand heraus verstehen, da gerade die medizinische Tätigkeit die Handhabbarkeit und Verfügbarkeit privater Zeit oft erheblich einschränkt. Andererseits könnte auch das fehlende Interesse an der Thematik ein Hinderungsgrund für die Teilnahme sein. Ebenso sind Vorbehalte gegenüber der Methode eines narrativen Interviews, welches eigene Erzählimpulse und -weisen voraussetzt sowie das Vertrauen der Interviewpartner_innen denkbar, über ihre beruflichen und privaten Erfahrungen auch offen sprechen zu können. Daneben gibt es bekannte Faktoren, die das Ausscheiden aus der Studie begründeten: So haben sich zwei Paare getrennt und der jeweilige Partner hat sich geweigert, weiterhin an der Studie teilzunehmen; bei einem Paar ist der Partner ein Jahr nach Studienbeginn verstorben. Da die betroffenen Ärztinnen betonten, auch weiterhin an der Studie teilnehmen zu wollen, wurde ein geplanter Interviewtermin verschoben, wenn er in solcherart Trennungs- und Trauerzeit fiel.
 - 7 Erzählaufforderung zum 2.-4. Interview: „Bitte erzählen Sie mir, was sich seit dem letzten Interview am (Datum) bezogen auf Ihre Tätigkeit sowie in Ihrem Privatleben verändert hat und was gleich geblieben ist und wie Sie das jeweils bewerten.“
 - 8 Sofern der/die Partner_in kein/e Mediziner_in ist, wurde er/sie zur eigenen Berufsbiographie befragt; sonst unterschieden sich die Interviews nicht.
 - 9 Die Interviews wurden jeweils durch eine/n Projektmitarbeiter_in durchgeführt und auditiv aufgezeichnet, anschließend vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte unterstützend mit dem Programm MaxQDA (Version 2007, 2011).

davon aus, dass berufliche Orientierungen und Konflikte der Aushandlung, im weitesten Sinne verstanden als Vereinbarkeitsprobleme, sowie Prozesse der Anerkennung und das Herstellen von Bedeutung vor allem aus der Auseinandersetzung mit einem „signifikanten Anderen“ (Mead 1973[1934]) hervorgehen, dadurch aufrecht erhalten werden und auch prospektiv Situationen und Erfahrungen strukturieren.

In einer ersten inhaltsanalytischen Auswertung (u.a. Mayring 2010) haben wir unter der Perspektive einer beruflichen Entwicklung und eines Karriereverlaufs die Gruppe der 27 Ärztinnen hinsichtlich des Merkmals der beruflichen Orientierung (karriere- und nichtkarriereorientierte Ärztinnen) unterschieden. Dem Interesse unserer Fragestellung folgend, welche Bedingungsgefüge im Umfeld von Krisenzonen von Karriereverläufen rekonstruiert werden können, haben wir in einem zweiten Schritt Themen zusammengefasst, die die Ärztinnen als Hürden (oder positive Bedingungen) ihrer persönlichen Karriereentwicklung genannt haben. Hier zeigten sich neben arbeitsstrukturellen und -organisatorischen Bedingungen (a.a.O.), dass das Ereignis Elternschaft kritische Situationen und Auseinandersetzungen mit den eigenen beruflichen Selbstkonzepten hervorrufen kann. Da uns die Auseinandersetzung mit diesem biographischen Ereignis nicht nur retrospektiv deutend, sondern besonders in Form des „Erzählten Lebens“ (siehe Rosenthal 1995, 2002) interessierte, suchten wir in einem dritten Analyseschritt karriereorientierte Ärztinnen, die erst während des Interviewzeitraumes mit ihrem ersten Kind schwanger geworden sind. Hier lassen sich unseres Erachtens veränderte (oder gleich gebliebene) Paararrangements nicht nur rückwirkend aus den Erzählungen rekonstruieren, sondern diese auch in einem Vergleich vor und nach der Geburt eines Kindes nachzeichnen. In unserem Sample sind nur eine karriereorientierte Ärztin und ihr Mann in den ersten beiden Interviews kinderlos und erwarten erst zum Zeitpunkt des dritten Interviews ihr erstes Kind. Zum vierten Interviewzeitpunkt leben sie seit knapp einem Jahr mit einer Tochter zusammen. Anhand dieses Paares (Peters¹⁰), so unsere Überlegung, lassen sich Einflüsse durch das Ereignis Elternschaft auf die Entwicklung einer Karriereorientierung, aber auch die Entwicklung der Partnerschaft von einer Dyade zu einer Triade als Ermöglichung von Vereinbarkeit nicht nur anhand der Vergangenheitsperspektive, sondern auch anhand des „Erzählten Lebens“ als Gegenwartsperspektive (siehe Rosenthal 1995, 2002) nachzeichnen. Bei einer biographischen Fallanalyse wird Biographie nicht gleichgesetzt mit der chronologischen Abfolge individueller Lebensereignisse, sondern theoretisch „gefasst als ein *sprachliches Produkt* in Gestalt der narrativen Zuwendung zur eigenen Lebensgeschichte und als ein *soziales Konstrukt*, in dem Individuum und Gesellschaft interagieren. Biografie bildet so einen Schnittpunkt zwischen gesellschaftlich Vorgefundenem und handelnd konstituierten Prozessen“ (Schulze 2010: 570 f.). In der hier vorgestellten Fallrekonstruktion (u.a. Schütze 1983; Fischer-Rosenthal/Rosenthal 1997) nehmen wir grundlegend an, dass Motive und Orientierungen aus den Deutungen der Sprechenden anhand des Sprechens *über* Konflikte, Aushandlungsprozesse und alltägliche Handlungen rekonstruiert werden können. Dieser Ansatz lässt sich als ein relationaler verstehen, „der

10 Alle in der Analyse verwendeten Namen sind Pseudonyme; alle Daten, die Rückschlüsse auf die Personen ermöglichen würden, wurden mit der Maßgabe verändert, dabei die inhaltlichen Zusammenhänge soweit es geht beizubehalten.

Paarbeziehung und deren Verflechtung und Eingebundenheit in gesellschaftliche Kontexte in den Mittelpunkt rückt“ (Wimbauer 2012: 166).

Komparativ setzen wir der detaillierten Beschreibung dieses Paares Fälle aus der Gruppe der karriereorientierten Ärztinnen hinzu, die sich innerhalb unseres Samples in Bezug auf eine erfolgreiche Karriere und in Bezug auf Elternschaft unterscheiden: Paare, die zum ersten Interview schon Kinder haben bzw. schwanger sind und kinderlose Paare. Die Rekonstruktion anhand einer minimalen und maximalen Kontrastierung ermöglicht Aussagen struktureller Art über den Fall hinaus, der hier eingenommene Zugang zum Material ist ein interpretativer und nimmt „gesellschaftsbezogen den Zugang Einzelner zur sozialen Wirklichkeit und die Herstellung sozialer Wirklichkeit“ (Schulze 2010: 571) in den Blick. Dabei nehmen wir in dem zugrundeliegenden Fallvergleich das Paar- bzw. Familiensystem als „Fall“ an, an dem „latente Sinnstrukturen“ (siehe u.a. Oevermann et al. 1979) dann im Vergleich mit anderen Fällen herausgearbeitet werden können.

Unsere Ergebnisse können keinen Anspruch auf quantitative Repräsentativität erheben, sondern viel eher die quantitativen Befunde in einen Verstehens- und Erklärungszusammenhang setzen. Die Strukturbeschreibung anhand der Fallrekonstruktion soll dem Anspruch an Validität der hier untersuchten und rekonstruierten Bedingungsgefüge in dem ausgewählten Sample genügen.

4. Ergebnisse

Nach der Darstellung der inhaltsanalytischen Auswertung in Bezug auf die beruflichen Orientierungen und der Beschreibung unseres Gesamtsamples, rekonstruieren wir spezifische Paararrangements karriereorientierter Ärztinnen mit und ohne Kind(ern) anhand ausgewählter Fälle.

Berufliche Orientierung

In einer ersten inhaltsanalytischen Kategorienbildung konnten wir erwartungsgemäß zwei Ausformungen der beruflichen Orientierung unterscheiden: eine *Berufungsorientierung ohne Karrieremotiv* und eine *Karriereorientierung*. Karriere verstehen wir dabei in enger Anlehnung an die Deutungen der Ärztinnen als die Kombination wissenschaftlicher Qualifikation und klinischer Expertise sowie dem Erreichen bestimmter leitender Positionen durch proaktives Verhalten (z.B. Bewerbungen auf Stipendien, Bewerbungen auf leitende Positionen, Initiieren von Forschungsprojekten, etc.).

Innerhalb einer *Berufungsorientierung ohne Karrieremotiv* wird der ärztlichen Tätigkeit eine hohe Bedeutsamkeit beigemessen, es wird sich sowohl zeitlich als auch motivational und emotional für diese Tätigkeit verausgabt, andere Interessen, teils auch das eigene physische und psychische Wohl, werden hintan gestellt, private und Familienzeit dafür „geopfert“, man „geht darin auf“. Die medizinische Tätigkeit dient nicht nur der existenziellen Sicherung, sondern stiftet darüber hinaus Sinn in der Suche nach einem kohärenten Lebensstil als Ausdruck von Individualität und Persönlichkeit durch die Arbeit selbst. Dies kann in der Wahl der fachärztlichen Ausrichtung (beispielsweise mit mehr

oder weniger dialogischem Patientenkontakt), aber auch in der Wahl der Arbeitsform (angestellte Tätigkeit im Krankenhaus oder in der Niederlassung bzw. Selbstständigkeit) zum Ausdruck kommen. Dieses Ergebnis ist so unerwartet nicht bei dieser Profession, da die Wahl des medizinischen Berufsfeldes allein schon Ausdruck eines bestimmten Anspruches an Erwerbsarbeit selbst sein kann: Arbeit als geeignete Ausdrucks- und Erlebensform individueller Bedürfnislagen in Erwartung von Kohärenz des Selbstbildes mit der beruflichen Ausformulierung dessen (siehe u.a. Reimann 2013). Somit stellt diese Gruppe eigentlich die Grundgesamtheit unseres Samples dar, da alle interviewten Ärztinnen als beruflich hoch engagiert und -orientiert bezeichnet werden können. Ebenso wäre es im Gegensatz zu dieser Annahme möglich, dass sich nur Ärztinnen zu diesen Interviews bereit erklärt haben, die ein besonders hohes Interesse an ihrem Beruf als auch an kritischen Perspektiven darauf haben, und wir somit keine nicht hoch berufsorientierten Ärztinnen „sehen“ konnten, was die Selektivität des Samplings verdeutlicht und damit die Aussagen limitiert.

Wir ordneten 14 Ärztinnen dieser Orientierung zu, von denen zehn schon als Fachärztinnen, teils in der Klinik (3), teils in der Niederlassung (7) arbeiteten, drei befanden sich noch in ihrer fachärztlichen Weiterbildung in einer Universitätsklinik und eine Ärztin trat gerade ihren Ruhestand an. Acht dieser Ärztinnen haben, zum Teil auch schon erwachsene, Kinder. In unserer Untersuchungsgruppe arbeiteten nur Ärztinnen ohne Kinder oder mit erwachsenen Kindern in Vollzeit, Ärztinnen mit minderjährigen Kindern waren in Teilzeit beschäftigt. Zwei Ärztinnen lebten nicht in einer Partnerschaft, zwei Partner der in Partnerschaften lebenden Ärztinnen wollten nicht an einem Interview teilnehmen. Neun Partner_innen haben eine akademische Ausbildung, davon sind vier ebenfalls Ärzte. In Übereinstimmung mit anderen Befunden (siehe Kapitel 2), finden wir hiermit eine Gruppe von Ärztinnen, die mit einer Berufsorientierung eher an einer Balance als an Karriere orientiert ist und einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht, wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben. Der berufliche Verlauf ist durch die Kontinuität zweier Phasen gekennzeichnet, so sind sieben Fachärztinnen nach ihrer fachärztlichen Weiterbildung aus der Universitätsklinik in eine Niederlassung gewechselt, was eine mögliche Karriere (Klinik und/oder Forschung) somit ausschließt.

Zusätzlich zu diesen 14 Ärztinnen mit einer Berufsorientierung gibt es vier Ärztinnen, die wir zwar als *berufsorientiert ohne Karrieremotiv* kategorisiert haben, die aber im Verlauf ihrer beruflichen Entwicklung die Position einer Oberärztin einnahmen. Da sie dies jedoch nicht aktiv forciert haben, sondern durch ihren Vorgesetzten diese Position angetragen bekamen, ordneten wir sie der Gruppe der nichtkarriereorientierten Ärztinnen zu. Drei dieser Ärztinnen arbeiteten in einer Art Doppelmodell: zum einen in ihrer oberärztlichen Tätigkeit in Teilzeit an einem Krankenhaus und zum anderen daneben in einer Niederlassung.

Unter Hinzunahme eines aktiven Momentes in der beruflichen Orientierung kann eine davon abgrenzbare Gruppe beschrieben werden: Ärztinnen mit einer hohen *Karriereorientierung*. Parallel zu einer Berufsorientierung existiert die Motivation, eine Karriere aktiv zu verfolgen. Das vordringlichste Unterscheidungsmerkmal besteht demnach in der Aktivierung, die sich aus der Gleichzeitigkeit von wissenschaftlichem und klinischem Interesse speist und neben der Tendenz zur Verausgabung (wie oben) ein starkes Leistungsmotiv aufweist, was sich verschiedentlich zeigen kann, z.B. durch eine Promotion, teil-

weise zweifache Promotionen, Habilitation, teilweise zweifache Facharztweiterbildungen, Forschungstätigkeiten, teils auch im Ausland, Lehrtätigkeiten und Engagement für die Lehre, Zweitstudium neben der Berufsausübung, kontinuierliche Weiterqualifikationen, etc.. Die einzelnen Schritte in der Verfolgung übergeordneter Ziele sind dabei immer mit Aufstieg assoziiert: auf der wissenschaftlich-forschenden Ebene ist dabei der Weg über Promotion – Forschungsgruppenleiterin – Habilitation – eigenes Forschungsgebiet – zur Professur gemeint; auf der klinischen Ebene der Weg von der Fachärztin – Oberärztin – Leitende Oberärztin – stellvertretende Klinikleitung – zur Klinikleitung eingeschlossen. Diese Gruppe haben wir nochmals unterteilt in zwei Ausprägungen, die sich auf den objektiv sichtbaren Erfolg dieser Karriereorientierung beziehen, d.h. wir sehen auf der einen Seite sechs karriereorientierte Ärztinnen, deren Karrieren durch „Brüchigkeit“ gekennzeichnet ist bzw. die durch die Ärztinnen selbst als abgebrochen gewertet werden. Diese sechs Ärztinnen sind promoviert und fünf arbeiten an einer Universitätsklinik. Alle Partner dieser Ärztinnen sind akademisch gebildet, vier davon ebenfalls als Mediziner tätig. In der zweiten Untergruppe dieser karriereorientierten Ärztinnen sehen wir erfolgreiche Karriereverläufe bei drei Ärztinnen. Alle drei Ärztinnen sind promoviert, zwei habilitieren sich und haben am Ende unseres Untersuchungszeitraumes eine Professur inne; eine dieser beiden Ärztinnen bekommt zwei Kinder in diesem Karriereverlauf, wobei diese durch den Ehepartner, der freiberuflich tätig ist, versorgt werden. Die zweite Professorin entscheidet sich gemeinsam mit ihrem Partner dazu, keine Kinder zu bekommen. Die dritte karriereorientierte und damit erfolgreiche Ärztin verfolgt eine klinische Karriere über die Stufen Oberärztin – Leitende Oberärztin – außerplanmäßige Professur – stellvertretende Klinikdirektorin – Chefärztin/Klinikleitung, nachdem ihr einziges Kind in die Schule gekommen ist. Von ihrem Partner, ebenfalls Arzt, aber in Niederlassung tätig, wurde sie in ihrem Karriereverlauf unterstützt.

Biographische Fallrekonstruktion Paar Peters

Zu Beginn unserer Interviews im Jahr 2008 trafen wir ein junges Ärztepaar in der Phase ihrer fachärztlichen Weiterbildung, beide waren seit ca. 1,5 Jahren berufstätig, Alexandra Peters (Abkürzung: AP) wechselte nach anfänglicher und nur kurzer Tätigkeit in der Chirurgie in die Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin einer Universitätsklinik, sie arbeitete in einem Rotationssystem zwischen beiden Stationen und war zu 105% beschäftigt. Ihr Mann Thorsten (Abkürzung: TP) wechselte vor ca. sechs Monaten aus der Intensivmedizin in die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde in ein Landeskrankenhaus. Beide lernten sich zu Beginn ihres Medizinstudiums in einer norddeutschen Großstadt kennen und verbrachten miteinander einen Teil ihres Praktischen Jahres (PJ) im Ausland. Zwei Jahre vor der Approbation begannen sie, mit einem gemeinsamen Thema an ihrer Dissertation zu arbeiten, die sie 2009 abschlossen. Ein Jahr nach Abschluss ihres Studiums, Ende 2007, heirateten sie und als Frau Peters schwanger wurde, zog das Paar aus einer studentischen Wohngemeinschaft in ein Eigenheim. In dieser Phase sprachen wir beide zum dritten Mal und sie hat, wie geplant, noch während ihrer Schwangerschaft ihre erste fachärztliche Prüfung abgelegt. Ihrem Mann stand seine fachärztliche Prüfung auch zum Zeitpunkt unseres vier-

ten Interviews noch bevor. Zu diesem letzten Interview war Frau Peters gerade am Ende ihrer zehnmonatigen Elternzeit, aus der sie unentgeltlich tageweise wieder arbeitete. Als wir ihren Mann zwei Monate später zum vierten Mal interviewten, war sie schon wieder vollzeitberufstätig, während er die beiden letzten Elternzeitmonate zuhause blieb, um die Eingewöhnungsphase der Tochter in der Kinderbetreuungseinrichtung zu übernehmen. Die Unterschiede zwischen Frau und Herrn Peters bezogen auf eine Karriereorientierung werden hier schon deutlich: Während sie zwei fachärztliche Weiterbildungen absolvierte, eine Prüfung schon abgelegt hatte und in einer Universitätsklinik in Vollzeit arbeitete, war er an einem Landeskrankenhaus tätig und auch am Ende unserer Erhebungsphase noch in fachärztlicher Weiterbildung. Sie sind somit zwar auf hohem Niveau bildungshomogam, standen jedoch nicht in gegenseitiger Konkurrenz zueinander, da er als berufsorientiert beschrieben werden kann, ohne jedoch, wie sie, auch eine Karriere verfolgen zu wollen.

Die Entwicklung der beruflichen Orientierung zu einem „*authentischen*“¹¹ Lebensbereich

Frau Peters wuchs mit berufstätigen Eltern auf, wobei die Mutter ihre medizinische Tätigkeit als niedergelassene Augenärztin nach der Geburt der drei Kinder jeweils nur kurz unterbrach. Für Alexandra Peters stellte diese Sozialisationserfahrung schon frühzeitig ein Modell dar, gleichermaßen als Ärztin vollzeittätig und Mutter sein zu können. Konsequenzen aus dieser mehrfachen Beanspruchung beschrieb sie im zweiten Interview rückblickend jedoch vor allem negativ, denn als Kind habe sie ihre Mutter immer erschöpft von der Arbeit erlebt und nur wenig Zeit und vor allem Aufmerksamkeit von ihr bekommen. In Widerspruch zu diesen Erfahrungen auf emotionaler Ebene wählte sie nach einer anfänglich oppositionellen Haltung dem Arztberuf gegenüber ebenfalls das Studium der Medizin aufgrund seiner naturwissenschaftlichen Ausrichtung und des hohen Strukturierungsgrades. Der Widerspruch zwischen emotionalen und kognitiven Aspekten wurde von ihr auch als solcher wahrgenommen, und so löste sie die daraus resultierende Dissonanz auf rationalem Weg: *„Und als Ärzte sind wir beide ganz anders geworden, das find ich sehr spannend. Ä:hm. Weil mein Bestreben dann immer war, ich werde besser als meine Mutter. So. M::: und ich schaffe Sachen schneller als meine Mutter. So und ich beweise der, dass das eben wie sie's gemacht hat, dass das nicht das Non-plus-Ultra is', ja?“* (DCC II AP)¹².

11 Alle Begriffe, die in Zitationszeichen und kursiv gesetzt sind, haben wir den Interviews wörtlich entnommen.

12 In der Transkription sind die Regeln nach Przyborski/Wohlrab-Sahr (2010) angewendet worden: Unterstrichenes wird betont, Fettgedrucktes laut gesprochen. Ein Punkt in einer Klammer zeigt eine Pause von einer Sekunde, Zahlen in Klammern entsprechend längere Pausen an. Das Zeichen @ verweist auf Lachen oder lachend Gesprochenes; das Zeichen ° hingegen auf leises Sprechen, Doppelpunkte (:::) zeigen Wortdehnungen an. Wenn zwischen Worten oder Buchstaben ein Gleichheitszeichen (=) gesetzt steht, bedeutet es eine Wortverschleifung. Zur besseren Lesbarkeit haben wir die Transkriptauszüge vereinfacht dargestellt.

Ihre anfängliche, aber nur kurze chirurgische Tätigkeit verweist auf einen starken Leistungsaspekt, den sie an den Beruf koppelt, und damit ermöglichte dieser ihr auch, sich maximal von der ärztlichen Tätigkeit ihrer Mutter abzugrenzen und bezogen auf die Karriere ihre Mutter „überholen“ zu können. Frau Peters' Interesse an den naturwissenschaftlichen Aspekten der Medizin sowie die Wahl einer zweifachen fachärztlichen Weiterbildung deutet darauf hin, sich besonders über die berufliche Leistung Anerkennung zu sichern: *„ich brauchte d-das so=n bisschen so=ne (.) in dem Punkt bewundert zu werden. Jedenfalls damals als das Studium vorbei war“* (DCC II AP: 81).

Zusätzlich zu diesem Leistungsaspekt projizierte sie in ihren Beruf aber auch die Erfüllung emotionaler Bedürfnisse, die anfänglich noch unberücksichtigt blieben. Diese, und hier vor allem der Wunsch nach Nähe, Beziehung und Zuwendung, erfüllte sie sich erst durch den Wechsel in den Bereich der Allgemeinmedizin und der Kinder- und Jugendmedizin, und so beschrieb sie ihre Wahl dieser Fachrichtung auch als ein sich *„authentisch fühlen“*, ein *„Ankommen“* und *„richtig Sein“* (DCC II AP). Diese Suchbewegungen nach Befriedigung eigener Bedürfnisse *durch* die ärztliche Tätigkeit verweisen auf einen starken identitätsgenerierenden und -stabilisierenden Charakter, der auf die ärztliche Tätigkeit attribuiert wird. Die Zuschreibung individueller Verwirklichung an den Beruf deutet auf eine hohe Berufsorientierung hin; zusätzlich zu dieser Berufsorientierung kann Frau Peters als karriereorientiert beschrieben werden, was an dieser Stelle durch die zweifache fachärztliche Weiterbildung belegt werden kann.

Auch für ihren Partner waren biographische Erfahrungen für die Wahl des Medizinstudiums und der fachärztlichen Spezialisierung bedeutsam. Seinen Vater, als Kraftfahrer mehr unterwegs als zu Hause, nahm er als Sozialisationsinstanz und Rollenvorbild eher durch dessen Abwesenheit wahr. Sofern der Vater zu Hause gewesen ist, erlebte er ihn als emotional abwesend, zudem körperlich aggressiv. Sich für das Medizinstudium und hier speziell für die Intensivmedizin entschieden zu haben, attribuierte er auf die Suche nach einem *„männlichen“* Fach, nach etwas *„Handhabbaren, Manuellen“* (DCC I TP). Beide Deutungen waren für sein Geschlechtsrollenselbstkonzept relevant, wobei die Anerkennung durch Kommilitonen und ärztliche Kollegen zusätzlich der Bestätigung dieses Konzeptes diene. Aber auch er erlebte in diesem Bereich den Mangel an individueller Authentizität und Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Der Wechsel in die Kinder- und Jugendmedizin wurde jedoch erst nachträglich von ihm positiv konnotiert, denn es war seine Frau, die die Auswirkungen seiner beruflichen Eingebundenheit auf die Partnerschaft besonders stark wahrnahm und eine Veränderung einforderte.

Zu dieser Zeit sah sich das Paar selten und wenn, konnte es den privaten Bereich Liebe und Partnerschaft nicht zufriedenstellend leben, da beide zu erschöpft waren und die zur Verfügung stehende private Zeit zur Regenerierung benötigten: *„Und dann dieses manchmal (.) dann zwar körperlich so zu Hause zu sein, aber irgendwie noch (.) nicht richtig da zu sein auch. Und (.) auch irgendwie angespannt zu sein oder fertig zu sein und der andere möchte eben, dass man mal=n bisschen locker-fluffig dann einfach irgendwas Schönes zusammen macht und es geht aber [schnippst mit den Fingern] gar nicht so schnell umzuschalten irgendwie“* (DCC I AP: 94).

Diese kritische Situation der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen bewältigte das Paar nur durch die Veränderung auf beruflicher Ebene: Frau Peters begann eine Tätigkeit und Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin, ihr Mann wechselte

sein Fach grundlegend von der Intensivmedizin hin zur Kinder- und Jugendmedizin, wobei der Wechsel seines Arbeitsgebietes von seiner Frau als Leistung für die Partnerschaft eingefordert wurde. Im Nachhinein wertete er es als Konsens und Ausdruck eines egalitären Partnerschaftsmodelles, da diese wichtige Entscheidung zur Verbesserung der gemeinsamen Beziehung geführt habe. Sein Arbeitsumfang reduzierte sich nach dem Wechsel der Fachrichtung von 300 auf 180 Arbeitsstunden im Monat, was zu einer Entspannung in der Beziehung führte und auch er erlebte sich seitdem „wieder eher bei“ sich (DCC I TP).

Unter Vereinbarkeitsaspekten und Fragen der partnerschaftlichen Aushandlung beschrieben beide die neue Situation als eine gute Basis, die Autonomie über die Gestaltung des Lebens und Arbeitens wenigstens teilweise zurück erlangt zu haben. Mögliche konservativ-traditionelle Lösungen dieses Vereinbarkeitskonfliktes nicht gewählt zu haben, indem die Frau ihre Arbeitszeit reduziert bzw. den Bereich wechselt, stützt an dieser Stelle die These einer nicht-traditionellen Partnerschaft im klassischen Sinne. Beide Lebensbereiche – berufliche Verwirklichung und partnerschaftliche Zufriedenheit – umzusetzen, war mit starken Interessenskonflikten bezüglich der eigenen Rollen verbunden. Diesen Konflikt im Arbeitsarrangement löste das Paar jedoch mehr umgekehrt traditionell als egalitär, da Frau Peters von ihrem Mann die Reduktion der Arbeitszeit und den Wechsel in einen „beziehungsfreundlicheren“ Bereich einforderte. Ihr Wechsel in die Kinder- und Jugendmedizin, v.a. durch die Mehraufwendung einer zweifachen ärztlichen Spezialisierung, stellte sich langfristig gesehen jedoch vielmehr als eine Erhöhung ihrer beruflichen Anforderungen heraus, woraus sehr deutlich eine hohe Karriereorientierung rekonstruiert werden kann. Selber beschrieb sie sich neben der hohen Berufsorientierung auch als karriereorientiert: Sie strebte nach Abschluss ihrer beiden Facharztprüfungen eine leitende Funktion in der Abteilung an, ihr genügte es nicht, „nur“ als Fachärztin zu arbeiten; anders als ihr Mann, der sich vorstellen konnte, auch nach seiner Facharztprüfung auf dieser Ebene zu arbeiten und seiner zukünftigen Berufsvorstellung keine Aufstiegsziele einschrieb. Gleichwohl sich beide als stark identifiziert mit der beruflichen Tätigkeit erlebten, sind Spannungen einer solchen Identitätsbildung auf der Ebene der Paarbeziehung deutlich nachweisbar in Situationen, in denen berufliche Konzepte und Orientierungen mit den partnerschaftlichen Vorstellungen eines „guten“ Lebens konfrontiert wurden und in Konkurrenz zueinander standen. Herausfordernd und krisenhaft wurden diese verschiedenen Orientierungen dann besonders in der Situation des Überganges von einer Dyade zu einer Triade wahrgenommen. Es kam zu Reibungspunkten bezüglich der Versorgung der Tochter und des Zurückstellens beruflicher Ambitionen.

Von der Dyade zur Triade – „richtiger Paarsprengstoff“

Schon im ersten Interview sprach Frau Peters von dem Wunsch, Kinder zu bekommen und formulierte ihn entlang arbeitsstruktureller und -organisatorischer Eckpunkte, wobei sich ihre Planung vorrangig am beruflichen Fortgang orientierte und sie damit die private der beruflichen Entwicklung unterordnete. Idealerweise wollte sie während der Schwangerschaft ihre erste fachärztliche Prüfung absolvieren, um nach der Elternzeit in die Vollzeitberufstätigkeit zurückzukehren. Beide betonten die Wichtigkeit, ihre berufliche Tätig-

keit nicht zu lang zu unterbrechen und die Elternzeit nicht allein der Mutter zu überlassen. Dass diese Elternzeit jedoch nicht gleichverteilt geplant wurde, sondern Herr Peters nur zwei Monate zu Hause bleiben wollte, spricht an dieser Stelle für eher traditionelle Geschlechtsrollenselbstkonzepte, die durch ein kritisches Lebensereignis (re-)aktualisiert werden können, aber hier auf eine traditionell verstandene Aufteilung.

Doch auch während ihrer zehnmonatigen Elternzeit zeigte sich bei Frau Peters ein starkes Motiv nach beruflicher Anerkennung, und so arbeitete sie unentgeltlich tageweise schon wieder auf der kindermedizinischen Station. Ihr Vorgesetzter erkannte diesen engagierten freiwilligen Dienst jedoch nicht an, sondern warf ihr vor, nur „aus dem off“ (DCC IV AP) zu arbeiten. Anders in ihrer zweiten Beschäftigung: Hier hatte sie viel Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen, die sie auf Grund von Entscheidungsunsicherheiten und der Notwendigkeit einer Absicherung regelmäßig anriefen. Dadurch wurde ihr berufliches Selbstbild auch in der Zeit des „nur Mutter-Seins“ (DCC IV AP) bestätigt und sie erfuhr Anerkennung auch auf der beruflichen Ebene.

Sie selbst beschrieb ihre Elternzeit als durchwachsen von dem Gefühl, zu „verblöden“ (DCC IV AP). In ihren Erzählungen wurde die Konkurrenz zwischen den Motiven der Leistung auf beruflicher Ebene und der Anerkennung in den Nahbeziehungen sehr deutlich und besonders durch die Elternschaft eher noch verstärkt als gemindert: „Ja also, dass so dieses nur Mutter-Sein und lange zu-Hause-Bleiben irgendwie für mich nicht möglich ist. Also so, sondern eher dieses (.) ja, ich brauch diese Arbeit auch. Die macht mir einfach zu sehr Spaß, als dass ich jetzt Woch-, Monate lang ohne die sein möchte. Hm, so. (.) Und dann kommt diese so Zerreißprobe, einfach zu merken auch: Okay, wie organisier ich's, (.) dass ich dann trotzdem arbeiten gehen kann:n oder ein bisschen arbeiten gehen kann? Und wie ist dann unser Kind betreut? Und, und das ist dann eine Logistik, sag ich immer dazu, wo ich so denke: Oh=Gott=oh=Gott, mir dampft der Kopf. Wer ist wann zu Hause? Wie wird das Kind übergeben? Wer könnte als Alternative sein, wenn irgendein Dienst oder irgendwas sich verrückt und so? Also es, (.) äh, und das hängt so eher an meinen (.) Beinen, weil ich einfach mehr Zeit gerade hab dafür, dieses Ganze zu planen. Und (.) und mein Mann ist glaub ich ziemlich angenervt davon, weil er Vollzeit arbeiten geht, dann gerne eine Zeit (.) f=für uns und auch für, für seine Tochter haben möchte. Und dann diese ganzen (.) Planung nebenher und so, (.) ja. Äh, wo er sagt: Na wenn du nicht arbeiten gehen würdest, dann wär es viel einfacher, wenn du einfach nur Elternzeit machen würdest. Und das gibt so Konflikte die wir früher so extrem nicht hatten. Wo so richtig, so Karriere(.)ideen richtig miteinander anfangen zu kämpfen. (...) Weil das ist, das ist richtig Paarsprengstoff, ja so. Weil da kommen jetzt glaub ich so alte, innere Rollenmodelle, die jeder so mitbringt, wie er das mit seinen Eltern erlebt hat. Kommen so in einem raus (.) und kollidieren dann hier, (.) weil das mit der aktuellen Situation dann doch nicht so geht. Also bei meinem Mann war die Mutter lange zu Hause mit den Kindern, ja. (.) Äh, bei mir war meine Mutter immer arbeiten. (.) Und ich kenne das nicht, eine, eine Mutter die zu Hause ist und ja, das hat auch was Schönes“ (DCC IV AP).

Der „Paarsprengstoff“ entzündete sich in einer Situation, die die unterschiedlichen biographischen Sozialisationserfahrungen, die damit verbundenen eher impliziten Vorstellungen von Familie und die wiederum darin enthaltenen Geschlechtsrollenselbstkonzepte aktualisierte und somit für beide die Unterschiedlichkeit ihrer Konzepte deutlich aufzeigte. Entgegen der retrospektiven Bewertung ihrer je verschiedenen Erfahrungen in

Bezug auf Kinderversorgung und Arbeitstätigkeit durch ihre Mütter und Väter, überführten sie diese „Mutter“- und „Vaterbilder“ in ihre eigene Familie. So zeigte der Sozialisationseinfluss sehr viel stärkere Auswirkung auf ihr Familienbild und die Paarbeziehung als anfänglich vermutet, als beide davon sprachen, es mit den eigenen Kindern „besser“ machen zu wollen. Durch das bedeutsame Lebensereignis der Elternschaft kollidierten (vorgestellte, antizipierte) Lebenspläne mit der latenten Wirkmächtigkeit der Sozialisation und die Familie wurde zu *dem* „Kristallisationspunkt, an dem ambivalente Beziehungen zwischen Traditionalisierungseffekten und Modernisierungsprozessen von Geschlecht deutlich werden“ (Kortendiek 2004: 388).

Der durch die eigene Elternschaft erlebte erhebliche Einfluss auf die berufliche Orientierung machte Frau Peters die Umdeutung der negativen Erfahrungen mit ihrer berufstätigen Mutter möglich und vor allem notwendig: Sie hob nun die Berufstätigkeit in ihren Vorzügen hervor und verteidigte somit das Motiv der Selbstverwirklichung durch die berufliche Tätigkeit. Dieser radikale Umdeutungsprozess musste an dieser Stelle vollzogen werden, um die kognitive Dissonanz zu reduzieren, trotz der individuellen negativen Erfahrungen mit einer vollberufstätigen Mutter, diesen Berufsweg auch eingeschlagen zu haben. Als Ausdruck ihrer Vorstellungen, es „besser“ als ihre Mutter zu vereinbaren, zeichnete sich die Sorge um eine qualitativ hochwertige Betreuung ihrer Tochter ab, die sie akribisch plante und organisierte: Während des ersten Lebensjahres des Kindes arbeitete Herr Peters noch in Vollzeit und die Tochter wurde an den freiwilligen Arbeitstagen seiner Frau durch deren Mutter versorgt und betreut. Ihre Elternschaft wurde jedoch nicht nur durch die eigenen Eltern unterstützt, sondern Frau Peters arbeitete zusätzlich dazu zwei Babysitter ein, ein dritter befand sich „in Ausbildung“ und das Paar konnte auf einen großen Freundeskreis mit Kindern zurückgreifen. Diese Absicherung schien besonders Frau Peters wichtig und notwendig zu sein, um beide Lebensbereiche vereinbaren zu können, und verdeutlicht dabei aber auch den hohen organisatorischen Aufwand, der vor allem an ihren „Beinen“ verblieb. Der unbefristete Arbeitsvertrag sowie die Möglichkeiten der Absprachen bezüglich Diensten und der Anpassung der Arbeitszeiten an persönliche Bedarfe ermöglichten Frau Peters seitens der Arbeitsstruktur zusätzlich die Parallelität beider Lebensbereiche.

Das Paar Peters zeigte als bildungshomogames Ärztepaar vor der Geburt des ersten Kindes ein egalitäres Arrangement, beide promovierten, beide suchten sich einen Arbeitsbereich, der ihren Neigungen entsprach. Zu einer ersten Krise in der Partnerschaft kam es, als die Auswirkungen der hohen beruflichen Orientierung beider auf ihre Partnerschaft deutlich wurden; diese Krise bewältigten sie jedoch in einem eher umgekehrt-traditionellen als egalitären Modus, da die Ärztin mit einer zweiten fachärztlichen Weiterbildung ihrer Karriereorientierung Ausdruck verlieh, während ihr Partner seinen Fachbereich grundlegend wechselte. Dieses Arrangement ermöglichte ihnen wieder eine zufriedenstellende Partnerschaft, wobei sie hinsichtlich ihrer beruflichen Orientierung unterschiedliche Ausprägungen zeigten, denn er verfolgte aktiv nun keine Karriere mehr. Zu einer erneuten Krise kam es beim Wechsel der Dyade in die Triade, in der traditionelle Geschlechterrollenkonzepte aktualisiert wurden. Beide sahen sich in der neuen Rolle als Mutter und Vater mit eigenen Ansprüchen und biographisch geprägten Mustern, hier vor allem mit einem bestimmten „Mutterbild“, konfrontiert und gerieten an ihre Konzeptgrenzen eines egalitären Partnerschafts- und Familienmodells. Gerade die Auseinandersetzung über die Vertei-

lung der Arbeits- und Familienzeit machte ihnen ihre verschiedenen Stile deutlich, so dass Irritationen und neuartige Haltungen ihres Partners, ihrer Partnerin zu teils heftigen Auseinandersetzungen führten. Diese konfligierenden Haltungen verweisen, wie wir gezeigt haben, auf jeweils unterschiedliche biographische Bedingungen: Herr Peters wünschte sich für seine Tochter eine Mutter, die „*einfach*“ nur zu Hause bleiben kann und nicht während der Elternzeit noch arbeitete, als eine Art „natürliche“ Mutterrolle. Frau Peters hingegen sah sich durch die Konfrontation mit seinem traditionellen Konzept vor eine Erwartung gestellt, die bei ihr auf Widerstand stieß. Gerade der Übergang in eine Triade lockerte das vorher gelebte und als Ausdruck einer modernen Partnerschaft verstandene egalitäre Rollenmodell (siehe Geisler/Oechsle 1996); es zeigt sich, dass diese Egalität prozesshaft zu verstehen und als solche in Familien und vor allem zwischen den Partner_innen hart erkämpft ist. Unbekannte, neue Situationen, und hier vor allem das Ereignis der Elternschaft, stellen dabei besondere Herausforderungen dar, die zu „Traditionalisierungseffekten“ (Kortendiek 2004: 388) als Bewältigungsform führen können. Hier jedoch wurde diese Traditionalisierungsfalle geschickt gehandhabt, nämlich mit traditionellen und umgekehrt traditionellen Mustern gleichzeitig: Frau Peters organisierte allein die Kinderbetreuung während und nach ihrer Elternzeit, dies verblieb an „ihren Beinen“. Dadurch stellte sie jedoch sicher, dass sie ihrer Arbeitstätigkeit und ihrer Karriere nach der Elternzeit in selber Intensität nachgehen konnte, wie es ihren Vorstellungen entsprach. Und sie forderte von ihrem Mann den Wechsel der beruflichen Ausrichtung als Paarleistung ein. Wichtige strukturelle Bedingungen auf privater und beruflicher Ebene (z.B. ein unbefristeter Arbeitsplatz, klare Arbeitszeitregelungen, Freiräume in der Verteilung der Arbeitszeit, doppelte fachärztliche Ausbildung zur Existenzsicherung, privat organisierte Kinderbetreuung) können als Unterstützung gedeutet werden, dieser Traditionalisierungsfalle auch wieder entkommen zu können, diesen Prozess leistete jedoch in diesem Fall hauptsächlich die Frau.

Minimal kontrastierende Fallvergleiche

Ob die mit Elternschaft verbundenen Mehraufwendungen vor allem zeitlicher und organisatorischer Art langfristig Auswirkungen auf die Karriereorientierung der Ärztin zeitigen, kann vor dem Hintergrund dieser Fallrekonstruktion nicht eindeutig beantwortet werden. Gleichwohl zeichnen sich schon Tendenzen von Vereinbarkeitsproblemen ab, die die These des Rückzugs aus der Karriereorientierung (wenigstens zeitweise) stärken, hier z.B. die längere Elternzeit der Ärztin, sowie die Sorge um die Kinderbetreuung fast ausschließlich in ihrer Verantwortung.

Für einen Strukturvergleich ziehen wir aus diesem Grund drei ähnliche Fälle karriereorientierter Ärztinnen aus unserem Sample hinzu, die zum Zeitpunkt des ersten Interviews schon schwanger waren oder mindestens ein Kind und zum letzten Interview mindestens zwei Kinder hatten. Anhand dieser Fälle können wir rekonstruieren, wie karriereorientierte Ärztinnen mit Kind(ern) eine Vereinbarkeit verschiedener Motivlagen vor allem innerpsychisch und in ihren Partnerschaften leisten und die Karriereorientierung als dynamisches Motiv hinter persönlichen Motiven und hinter der beruflichen Orientierung wieder zurück treten kann als Ausdruck eines (re-)traditionellen Arrangements. Die Geburt

des ersten Kindes wurde von diesen Ärztinnen noch nicht als ein die eigene Karriere behinderndes Lebensereignis gewertet: „*das erste Kind ist nicht der Karriereknick, das zweite sehr wohl*“ (DCC III Kerstin Lehmann). In ähnlicher Weise berichtete auch die zweite Ärztin nach der Geburt ihres zweiten Kindes, spätestens jedoch nach der Geburt ihres dritten Kindes von einem „*Kinderleuchten*“ (DCC II Katja Kühn), welches sie dafür verantwortlich machte, der Karriere nicht mehr den Vorzug geben zu *können*, und ihre berufliche Tätigkeit zwar interessant und fordernd, jedoch nicht mehr als sinnstiftend zu erleben. Der Rückzug der Karriereorientierung wurde in beiden Fällen auf den Bedeutungszuwachs des Bereichs Familie zu Ungunsten der hohen beruflichen Identifizierung und Karriereorientierung attribuiert und damit auch naturalisiert („*Den Frauen ist das nicht gegeben*“, DCC II Katja Kühn). Hierbei ist von großer Bedeutung, dass die erlebte Notwendigkeit der Vereinbarung oder auch Entscheidung als eine individuelle gerahmt und gedeutet wurde, was die Verinnerlichung oder „Naturalisierung“ der Mutterrolle (siehe dazu Rothe et al. 2013, 2012) und gesellschaftlicher Normen verdeutlicht. In diesen Fällen waren es gerade die Ärztinnen, die sich vor ihrer ersten Schwangerschaft rückblickend als karriereorientiert beschrieben, wohingegen deren Partner keine karriereorientierten Ambitionen aufwiesen. Es handelte sich retrospektiv (ohne Kinder) um egalitäre Partnerschaftsarrangements, die jedoch nach der Geburt der Kinder traditionelle Tendenzen aufzeigten, die sich vorrangig auf die Fürsorge der Kinder bezogen. Dennoch nahmen die Väter mindestens zwei Monate Elternzeit und maßen der Beziehung zu ihren Kindern eine hohe Bedeutung bei, was dazu nicht im Gegensatz steht. Sie waren nicht die Haupternährer der Familie, sondern unterstützten das berufliche Engagement ihrer Partnerinnen.

Der dritte Fall (Ehepaar Weidestatt) unterscheidet sich von den beiden anderen Fällen hinsichtlich der beruflichen Orientierung des Partners, da hier die Ärztin mit einem Arzt zusammenlebte, der ebenso karriereorientiert war wie sie: Beide promovierten und habilitierten sich, nahmen oberärztliche Positionen ein, immer leicht zeitlich versetzt zu seinen Gunsten. Doch kurz bevor Frau Weidestatt die Bedingungen für eine außerplanmäßige Professur (APL) erfüllte, erhielt ihr Mann einen Ruf auf eine Professur in einer anderen Stadt, was die Familie zu einem Umzug zwang und somit der Ärztin die Gelegenheit auf die angestrebte Position verunmöglichte. Zum vierten Interview befand sie sich mit dem zweiten Kind im Mutterschutz, nachdem sie vorher in Aussicht auf eine leitende Position an der Universitätsklinik, in der ihr Mann die Professur antreten wollte, in eine Niederlassung wechselte. Somit wird sie nach dem Mutterschutz das erste Mal arbeitslos sein und bei Neuantritt einer Stelle als Fachärztin wieder beginnen müssen, die Voraussetzungen für eine APL zu erfüllen. Besonders ist dieser Fall zusätzlich, da innerhalb der Partnerschaft eine Abwertung der beruflichen Leistung der Ärztin rekonstruiert werden konnte, wie sie in Form von Diskriminierung weiblicher Karrieren für das medizinische System strukturell typisch zu sein scheint: „*Ich muss gestehen [seufzt leise], das fördert nicht den Gedanken der Gleichberechtigung, aber ich würd gerne zwei Monate mit denen zusammen machen (Elternzeitverteilung, Anm. der Autorinnen), aber ich würde nicht, fifty-fifty wäre mir persönlich zu lange weg von der Arbeit als Oberarzt nicht, also ich weiß nicht, da würde ich dann irgendwo sagen, gerne Familie, aber irgendwo ist auch Schluss, weil Karriere für mich auch wichtig ist. Wobei ich weiß natürlich, meine Frau sagt auch, Karriere sei ihr genauso wichtig und sie fänd's unfair, das dürft ich jetzt so in ihrer Gegenwart nicht sagen. Weil sie sagt natürlich, hey, wir sind gleichberechtigt was Karriere an-*

geht und sie habilitiert sich doch jetzt auch, und das darf ich in keinster Weise. Ich, wie gesagt, ich find's auch toll, aber ich darf's in keiner Weise kritisieren. Weil sie sagt, das ist für uns völlig das Gleiche und ich denk halt immer mein Gott, ich arbeite seit meiner Studentenzeit auf diese spezielle Stelle hin. Und hab jetzt fünfzig Publikationen und sie hat sich jetzt grad mit sieben auf nen (Cut) habilitiert. Dann denke ich halt, naja, da gibt's schon unterschiedliche Motivationen, die schon unterschiedlich länger bestehen“ (DCC III Herr Weidestatt).

Auch wenn Untersuchungen zeigen, dass Ärztinnen nur ca. zwei bis fünf Jahre nach der Geburt in Teilzeit arbeiten wollen, um danach wieder in die Vollzeittätigkeit zurück zu kehren (Gedrose et al. 2012), verweisen die hier dargestellten Fälle auf Traditionalisierungseffekte (Kortendiek 2004), die das Verbleiben in Teilzeitbeschäftigung oder auch den Wechsel der Arbeitsform (von Krankenhaus in Niederlassung) auch über einen längeren Zeitraum wahrscheinlicher werden lassen und damit eine Karriere nicht nur erschweren, sondern in den dargestellten Fällen auch beenden können.

Maximaler Fallkontrast – Das Doppelkarrierepaar

Anhand des Kriteriums der Elternschaft bei karriereorientierten Ärztinnen wählen wir das Paar Elisabeth Larek (Abkürzung: EL) und Carl Menke (Abkürzung: CM) als einen maximalen Kontrastfall innerhalb unseres Samples, da das Paar während unseres Untersuchungszeitraumes kinderlos blieb, auch keine Schwangerschaft eintrat, und sich als Doppelkarrierepaar im engen Sinne verstehen lässt. Elisabeth Larek, Ende der 1960er Jahre geboren, befand sich zum ersten Interview noch in ihrer assistenzärztlichen Weiterbildung in einem männlich dominierten Fachgebiet vollzeitbeschäftigt an einer Universitätsklinik. Ihr Mann Carl, vier Jahre jünger als sie, arbeitete schon seit vielen Jahren in hoher beruflicher Position in einer Firma im Ausland. Beide waren seit vier Jahren ein Paar und führten eine Fernbeziehung, in der sie sich regelmäßig ein bis zwei Mal im Monat trafen. Durch den Umzug von Frau Larek in eine Stadt mit besserer Anbindung an einen Flughafen (DCC III) sah sich das Paar statt alle zwei bis drei nun alle ein bis zwei Wochen. Während dieses dritten Interviews sprachen beide stärker als zuvor von der Idee, zusammenzuziehen. Zum vierten Interview trafen wir das Paar dann in ihrer ersten gemeinsamen Wohnung.

Hohe Leistungsbereitschaft ...

Das Paar ließ sich zu jedem Interviewzeitpunkt als karriereorientiert beschreiben: Sie identifizierten sich in hohem Maß mit ihrer beruflichen Tätigkeit, waren beruflich stark eingebunden, sehr leistungsorientiert und setzten sich aktiv für das Erreichen bestimmter leitender Positionen ein. Das Selbstverständnis der beiden als Paar war auf der Ebene der beruflichen Entwicklung kongruent: Beiden war eine Selbstverwirklichung im Beruf und die Realisierung beruflicher Ziele und Wünsche wichtig; die Paarbeziehung bedeutete für sie eher einen Ausgleich dazu. Elisabeth Larek bewertete die Fernbeziehung unter dem beruflichen Aspekt als positiv, da sie so ihr hohes berufliches Engagement realisieren

konnte. Bei ihr spielten die Arbeitsinhalte, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und die Anerkennung von Leistung eine besonders bedeutende Rolle. Dies band sie zurück an die Erfahrung mit ihrem Vater, einem niedergelassenen Hausarzt, der sie zu überdurchschnittlichen Leistungen angetrieben habe: „*Mein Vater war ein sehr strenger äh: Herr, der nur allerbeste Leistungen ä:hm akzeptiert hat (.) u:::nd, (2) in seinen Zuneigungsverteilungen sehr schwankend war. Im Klartext: Man musste 'ne Leistung erbringen, um sich seine Zuneigung (.) zu erkaufen? [leicht fragend] (.) Und wenn man nicht gehorcht hat, wurde man halt mit Missachtung bestraft*“ (DCC II EL). Ihre berufliche Biographie zeichnete sich zusätzlich zu diesem Leistungsaspekt durch eine hohe (fern)räumliche Mobilität und Flexibilität aus, sie studierte und arbeitete im In- und Ausland an verschiedenen (Universitäts-)Kliniken: „*Ich bin so oft in meinem Leben umgezogen, das gehört zu der Karriere eines Kliniklers. Man muss extrem flexibel sein oder man kann nicht das machen, was man machen möchte. Und ich hab mich dafür entschlossen, dass mein Beruf eines der wichtigsten Dinge in meinem Leben ist, also bin ich Sklave meines Berufes und ziehe wie ein Nomade durch die Gegend*“ (DCC II EL).

Die berufliche Entwicklung von Frau Larek verlief auf zwei Ebenen, die sich bezogen auf eine erfolgreiche Karriere sehr deutlich voneinander unterscheiden: Auf der klinischen Ebene, im engeren Sinne ihre fachärztliche Spezialisierung betreffend, befand sie sich zum ersten Interview noch in ihrer Weiterbildung, aber auch nach ihrer fachärztlichen Prüfung kam sie hier nur „*schleppend*“ voran. In ihrer Karriere als Forscherin war sie demgegenüber weitaus erfolgreicher: Sie war doppelpromoviert, warb hochrangige Forschungssstipendien sowie ein Habilitationsstipendium für sich ein, betreute mehrere Doktorarbeiten innerhalb kürzester Zeit erfolgreich, war zum vierten Interview habilitiert und hatte eine Professur inne. Die Verbindung zwischen dem klinischen und dem wissenschaftlichen Arbeiten war in ihrer Vorstellung einer sinnstiftenden Tätigkeit zwar essentiell, aber nicht selbstverständlich umzusetzen. Als klinische Ärztin stieß sie immer wieder an implizite Grenzen, die sie vor allem als geschlechterbezogene Diskriminierungen innerhalb des medizinischen Systems erfuhr. Ihr wurden für die klinische Weiterbildung notwendige und wichtige Rotationen durch männliche Vorgesetzte aufgrund ihrer Forschungsambitionen, aber auch aufgrund ihres Frauseins vorenthalten: „*U:::nd, nachdem ich jetzt auch noch dies ä:hm, Habilitandinnenstipendium bekommen habe, da habe ich eine sehr nette Email vom leitenden Oberarzt bekommen, mit dem Hinweis: Da ich mich ja nur für die Forschung interessiere, ist meine klinische Rotation jetzt erstmal gestrichen. Ja! So sieht's aus! Richtig! @(.)@ richtig*“ (DCC II EL). An dieser Stelle zeigte sich, wie vertikale Strukturierung wirksam werden kann: Obwohl ihr Chef zwar auch Frauen förderte, verteidigten gerade die männlichen Oberärzte die „gläserne Decke“ vehement, sie „*klünneln und ha'm kein Interesse, erfolgreiche Frauen voran zu bringen*“ (DCC II EL), „*die lassen das ni:::e, nie und nie und nie zu, dass Frauen ä:h in die äh leitenden oder auch oberärztlichen Positionen oder genügend Frauen in diese (Positionen) kommen. Das würden- werden die nie zulassen. Niemals. Das is' äh Geschlechterkampf. Das is' es einfach. Wie kann das sein, dass eine Frau besser is' als ein Mann? Geht ja gar nich'. Das is' so. Es is' traurig und es is' so*“ (DCC III EL). Ihre klinische Expertise brachte sie ausschließlich durch ihr eigenes Engagement voran, erfuhr darin keine Unterstützung durch Vorgesetzte, sondern erlebte vielmehr die Hürden, die ihr in den Weg gestellt wurden, gerade weil sie eine wissenschaftlich erfolgreiche Ärztin war.

Anhand der Erfahrungen von Diskriminierung und Mobbing seitens der Kollegen und Vorgesetzten aufgrund ihres starken beruflichen Interesses und ihrer hohen Karriereorientierung, lässt sich die These aufstellen, dass die *Berufungsorientierung* einer Ärztin insbesondere durch Vorgesetzte als „zuviel“, da nicht mit einem traditionellen Ideal von Weiblichkeit kompatibel, gedeutet wird. Sofern die hohe Motivation für den Beruf als zu ehrgeizig und ambitioniert wahrgenommen wird und in Folge zu Diskriminierungen führt, kann diese eigentlich karriereförderliche Bedingung auch genau in das Gegenteil umschlagen.

... und private Opfer

Die Vereinbarkeit mit Elternschaft schien dem Paar vor diesem Hintergrund besonders schwer vorstellbar, da zusätzlich zu den Diskriminierungen als Ärztin dann auch die Diskriminierung als Mutter wahrscheinlich und Elternschaft somit eher als Belastung antizipiert wurde. So beschrieb Elisabeth Larek ihre Wahrnehmung von arbeitenden Müttern im klinischen Bereich besonders in Bezug auf Verantwortung: *„So und jetzt fragen=se mich nach Kindern. Ich bin ledig und hab keine Kinder (...) Und wenn ich einen Beruf habe wie den meinigen, dann muss man bereit sein etwas dafür zu opfern, nicht nur etwas sondern ne ganze Menge“* (DCC I EL).

Die Darstellung dieses negativen Vergleichshorizontes rahmte Frau Lareks Entscheidung gegen eine eigene Elternschaft, da es ihr damit möglich blieb, ihre hohen beruflichen Ambitionen umzusetzen, ohne weitere Einbußen hinzunehmen. Ihr Engagement und auch ihre Bereitschaft, für den Beruf vieles zu opfern, wurde durch ihren Partner immer akzeptiert und unterstützt, da er selbst ähnlich ambitioniert und engagiert in seinem Beruf war. Beide erlebten ihre Partnerschaft als einen Möglichkeitsraum von Autonomie und Selbstverwirklichung eigener, vorrangig beruflicher Vorstellungen und Ziele, und verstanden sich damit als ein egalitäres Paar, welches aktuellen Lebensbereichen keine traditionelle Geschlechterverteilung zuwies. Als das Thema Kinder und Elternschaft erneut angesprochen wurde, zeigten sich dennoch traditionelle Vorstellungen versteckt hinter der Entscheidung, *keine* Kinder bekommen zu haben: *„Also das ist sicherlich nicht für alle die Idealform und man muss dazu sagen, das geht auch nur ohne Kinder. (.) Ich weiß nicht, wie es (.) funktioniert hätte, mit, aber ich glaub wir ham uns auch ganz bewusst dagegen entschieden äh, weil halt ähm, gewisse Voraussetzungen da sein müssen, um (.) das kindgerecht zu gestalten. Und das hätte ich nicht gemacht, wenn er im Ausland gewesen wär. Das war grundsätzlich das, was ich gesagt hab, (.) ohne Papa zuhause kommt gar nicht infrage. Ich mach die ganze Arbeit nicht allein“* (DCC IV EL). Und auch ihr Partner beschrieb aus seiner Perspektive die Entscheidung ähnlich: Auf die Frage „Haben Sie Kinder?“ antwortete Carl Menke: *Nee, ham 'wa nich. Is auch schwer darstellbar glaub ich im Moment. Also s'is' also nich ein gemeinsamer Ort und und' also äh kein Beruf, der wenig' also dann gut, mit den Nachtschichten und so, das geht ja als Arzt muss sie ja eh erst mal aufhören im Prinzip. Also es is ja schon allein deshalb irgendwie extrem schlecht geregelt in Deutschland. Also dass ja' dass=es quasi wie so'n Berufsverbot fast is“* (DCC I CM).

Die Entscheidung gegen eine Elternschaft wurde demnach nicht nur an strukturelle Bedingungen zurückgebunden, sondern dieser Entscheidung lagen ebenso auch traditio-

nelle Vorstellungen eines geschlechterbezogenen Arbeitsarrangements zugrunde. Die Überlegung, der Mann könne seine Tätigkeit für die Familiensorge unterbrechen oder gar aufgeben, wurde von beiden nicht angesprochen. In der Auseinandersetzung mit den vorgestellten Auswirkungen von Elternschaft geriet das Paar dann auch an seine egalitären Grenzen, und verdeutlicht somit die Wirkung und Beeinflussung dieses Lebensereignisses allein schon in seiner Antizipation. Frau Larek entkam der „Mutterschaftsfalle“ (Kortendiek 2004: 389) durch die Entscheidung, keine Kinder zu bekommen. Dabei kam der Sorge vor einer Verfestigung traditioneller Familienvorstellungen, die den Rückzug aus dem Beruf zu Gunsten der Sorgearbeit für die Familie erwarten ließ, während der Partner nur unterstützende Funktionen übernehmen würde (siehe Fthenakis et al. 2002), eine besonders hohe Relevanz zu.

Strukturbeschreibung

Anhand der hier dargestellten Fallbeschreibungen können neben den, ebenfalls bedeutsamen, unterstützenden oder behindernden arbeitsstrukturellen und -organisatorischen Umständen, wichtige individuelle und soziale Bedingungen für einen erfolgreichen Karriereverlauf von Ärztinnen rekonstruiert werden. Eine grundlegende Bedingung auf Seiten des beruflichen Selbstbildes der Ärztinnen stellt dabei neben der Berufsorientierung die Karriereorientierung der Ärztin dar. Ein beruflich hohes Engagement in Form des Einsatzes an Zeit und Energie für den Beruf mit der Tendenz zur Verausgabung, eine Sinnfindung sowie eine Bedürfniserfüllung durch die medizinische (klinische und forschende) Tätigkeit kennzeichnen alle diese Ärztinnen. Zusätzlich dazu finden wir ein Karrieremotiv, was diese Ärztinnen von „nur“ berufsorientierten Ärztinnen unterscheidet, denn diese Ärztinnen verfolgen aktiv eine Karriere in Form bestimmter Qualifikationen, mehrfachen Weiterbildungen, zusätzlichen Ausbildungen, Lehrtätigkeiten, Engagement in Forschungstätigkeiten etc., was wir als Leistungsmotiv rekonstruieren. Sie schreiben ihrer beruflichen Tätigkeit Aufstieg ein, was sich auch in der Wahl des Arbeitsverhältnisses äußert: fünf der neun karriereorientierten Ärztinnen verbleiben auch nach ihrer fachärztlichen Weiterbildung an einer Universitätsklinik, an einem Arbeitsort, der die Parallelität einer klinischen und wissenschaftlichen Karriere ermöglichen kann, während acht der nichtkarriereorientierten Fachärztinnen nach ihrer Weiterbildung in die Niederlassung wechselten und zwei der Fachärztinnen in einem Krankenhaus tätig sind.

Gesellschaftliche Normen, Erwartungen und die daran anschließenden Geschlechterrollenkonzepte werden nicht nur in den beruflichen Selbstbildern wirksam, sondern besonders auch in den Nahbeziehungen, und hier vor allem in Krisensituationen, aktualisiert. So können die Partnerschaften den Ärztinnen einen Raum von Ermöglichung ihrer Karrieren bieten. Grundlegendes Kennzeichen der hier untersuchten Partnerschaften ist der gleiche Bildungsstand bei fast allen Partner_innen, diese Ärztinnen leben demnach eher in bildungshomogamen Partnerschaften auf einem hohen Niveau. Dass die untersuchten Ärztinnen das Studium der Medizin und die ärztliche Tätigkeit gewählt haben und ihre Partner_innen dies in weiten Teilen akzeptieren, verweist auf zumindest ansatzweise egalitäre, wenigstens jedoch emanzipative Partnerschaftsarrangements. Einem konservativ-traditionellen Paararrangement entsprechen diese Konstellationen schon von Be-

ginn an eher nicht. Dies korrespondiert auch mit der gesellschaftlich geteilten Einstellung zur Berufstätigkeit von Frauen. Die Partner akzeptieren den beruflichen Einsatz der Ärztinnen und unterstützen ihn teilweise.

Die Egalität gerät jedoch in eine Bewährungsprobe, wenn im Verlauf der Partnerschaften bedeutsame Lebenssituationen implizite Geschlechterrollenkonzepte, und hier vor allem das „Mutterkonzept“, aktualisieren. Die Verantwortung für die Qualität der Partnerschaft sowie der Fürsorge für die Kinder wird vor allem dann in den Partnerschaften dem Aufgabenbereich der Ärztin zugesprochen, wenn der Partner selbst sehr karriereorientiert ist. In den sensiblen Phasen der Familiengründung kann aus einem egalitären Paar bezogen auf die berufliche Selbstverwirklichung somit ein traditionelles Paar werden. Denn die Mehraufwendung an Zeit für eine familiäre Lebensführung, besonders wenn die eigene Karriere aktiv verfolgt wird, bedeutet gerade für Mütter eine Mehrbelastung, die an anderen Stellen ausgeglichen oder aber an andere delegiert werden muss. Die Delegation zeigt sich z.B. anhand des Fallbeispiels *Peters* in der Organisation der Kinderbetreuung, die der Frau obliegt, und der Ausgleich darin, für die Partnerschaft, aber auch für Freundschaften, keine Zeit mehr zur Verfügung zu haben, um diese zufriedenstellend zu leben. Elternschaft als bedeutsames Lebensereignis (siehe u.a. Filipp 2007) wirkt sich somit auf den Ebenen der Paarbeziehung und der beruflichen Orientierung aus, da eigene Selbstkonzepte und die des/r Partners_in durch ihre implizite, vorbewusste Eigenschaft in den Habitus eingelassen sind und in ihrer Wirkmächtigkeit zum Ausdruck kommen.

Wenn der Partner jedoch nicht in gleichem Maße karriereorientiert ist wie die Ärztin, rekonstruieren wir auch umgekehrt-traditionelle Arrangements, die die Karriere der Ärztin befördern können. Hier werden zwar in spezifischen Situationen ebenfalls bestimmte Geschlechterrollenkonzepte aktualisiert, diese werden jedoch nicht durch ein kompetitives Moment zwischen den Partner_innen verstärkt. Eher scheint diese umgekehrt-traditionelle Handhabung und Bewältigung bestimmter Krisen dann ein erfolgsversprechenderes Bedingungsgefüge zu sein als ein egalitäres Arrangement. Dass wir bei karriereorientierten Ärztinnen kein egalitäres Paararrangement auch nach der Geburt von Kindern rekonstruieren konnten, könnte auf unsere selektive Stichprobe verweisen, in der kein Paar die Kinderfürsorge oder Hausarbeit externalisiert hat (z.B. in Form einer dauerhaften Betreuung der Kinder außerhalb von öffentlichen oder privaten Kinderbetreuungseinrichtungen und in Form einer Haushaltshilfe), um das egalitäre Modell umzusetzen, ohne in die Konflikte zwischen den verschiedenen Geschlechterrollenkonzepten zu geraten. Wenn es kompetitive Momente zwischen den Partner_innen gibt, ist es dann ein eher traditionelles Arrangement, welches zu einer Brüchigkeit oder aber auch zu einem Bruch der Karriere der Ärztin führen kann.

Zusammengefasst konnten wir aus den Fallrekonstruktionen karriereorientierter Ärztinnen folgende Karrierebedingungen rekonstruieren: Kennzeichen des beruflichen Selbstbildes der Ärztinnen ist eine hohe Berufsorientierung verbunden mit einem starken Leistungsmotiv, in welchem der beruflichen Tätigkeit Aufstieg eingeschrieben ist. Bildungshomogame Partnerschaften, in denen diese berufliche Orientierung der Ärztin durch den/die Partner_in akzeptiert wird und sich in Form egalitärer partnerschaftlicher Arrangements vor der Geburt der Kinder kennzeichnen lässt, bilden die Grundlage für das Verfolgen einer Karriereorientierung der Ärztinnen auf Seiten der Partnerschaft. In unserem Sample zeigt sich dazu, dass es nach der Geburt der gemeinsamen Kinder eher um-

gekehrt-traditionelle als egalitäre Arrangements bezogen auf Arbeitstätigkeit und Kinderfürsorge sind, die den Ärztinnen eine Karriere ermöglichen. Dieses Szenario wurde in Partnerschaften umgesetzt, in denen die Partner der Ärztinnen weniger karriereorientiert sind und somit keine Karrierekonkurrenz zwischen den Partnern besteht. Wenn der Partner gleichfalls karriereorientiert ist, scheint diese Bedingung eher zu einem traditionellen Arrangement in den Partnerschaften zu führen.

5. Zusammenfassung

Die Problematik der Vereinbarkeit von privaten und beruflichen Lebensbereichen verweist augenscheinlich auf ein „gekonntes Selbstmanagement“ (Dettmer 2006: 190), welches trotz ausgleichender horizontaler Segregation vorrangig Frauen abverlangt wird. Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich, hervorgerufen durch das bedeutsame Lebensereignis Elternschaft, individuelle Motivlagen und Orientierungen sowie Arrangements in den Partnerschaften verändern können. Veränderungen auf dieser Ebene lassen sich nur schwer planen und regulieren, wenn man sie ausschließlich als individuellen und persönlichen Ausdruck einer Vereinbarkeitsproblematik versteht. Hinter diesem individuellen Ausdruck und der persönlichen Zuschreibung einer Entscheidungskontrolle stehen verfestigte strukturierende Bedingungen: So bildet das medizinische System durch seine steilen Hierarchien, seine männlich dominierte Geschichte, seine besondere Arbeitskultur der Verausgabung und durch die deutlichen Grenzen zwischen den Geschlechtern in bestimmten Fächern ein sehr spezifisches Feld (siehe Bourdieu u.a. 1999), welches durch informelle Spielregeln Frauen den Zugang zum Spiel erlaubt und diesen fördert, aber den Aufstieg geschlechterbezogen reglementiert (u.a. Meuser 2006). Frauen wird zwar der Zugang zu dieser Profession gewährt, und da verzeichnen sie durch ihre besseren Zugangsbedingungen, die dieses Fach fordert, vielfach auch bessere Chancen, das Studium der Medizin zu beginnen und es auch besser als ihre männlichen Kommilitonen abzuschließen, aber danach stoßen sie an die „gläserne Decke“. Bestens ausgebildet und hoch motiviert, treffen sie auf informelle Strukturen, die sie behindern, da diese Strukturen auch weiterhin von männlichen Entscheidungsträgern fortgeschrieben werden. Die Profession Medizin als Handlungsfeld bietet damit nicht nur eine externe Struktur, die auf die Akteur_innen wirkt, sondern vielmehr Erfahrungsräume (Winter 2010), wobei das Krankenhaus als spezieller Erfahrungsraum nach bestimmten Regeln funktioniert, die nicht expliziert werden, sondern als „negotiated order“ (Strauss et al. 1963) informell wirken und zum Ausschluss von Frauen an leitenden Positionen maßgeblich beitragen können. Daraus folgen oft Tendenzen der Individualisierung und Naturalisierung dieser Grenzen durch die Frauen selbst, was zu einem Rückzug aus den Karriereambitionen oder auch zu der Entscheidung führen kann, ein erfülltes Arbeitsleben ohne Kinder zu realisieren. Die „Verteidigungsleistung“ des Systems kann also darin gesehen werden, diese strukturellen Hürden und informellen Spielregeln an Frauen als individuelle Vereinbarkeitsproblematik zurückzubinden.

Die daraus folgende Verinnerlichung einer „Balance-Orientierung“ (siehe Abele 2006) speziell durch die Frauen korrespondiert sehr eng mit gesellschaftlichen Normen,

die nicht nur im medizinischen Feld, sondern ebenso auch in den Nahbeziehungen und familialen Strukturen bedeutsam sind: Erwartungen an eine „gute“ Mutter bezüglich der Hauptverantwortung für die Kinderbetreuung, Arbeitszeitreduktion sowie die Zurückstellung eigener Karrierevorstellungen finden immer noch breite Zustimmung, vor allem, wenn man sie ins Verhältnis zu den Erwartungen an Väter setzt (siehe dazu u.a. Hoenisch 2008). Und so zeigen sich gesellschaftliche Normen und Erwartungen an Frauen als *in sich* widersprüchlich (u.a. Becker-Schmidt 1987, 2004; Wetterer 2003; Abele 2003): Frauen sollten erfolgreich, emanzipiert sein und sich für die Sorge und Erziehung der Kinder verantwortlich zeichnen, erleben dadurch also eine „doppelte widersprüchliche Vergesellschaftung“, (Becker-Schmidt 2004; Knapp 1990) der sie nur schwer gerecht werden können.

Dennoch verweisen die enge Kopplung individueller Bedürfnislagen an die Sphäre der Arbeit (siehe v.a. Wimbauer 2012) und die damit einhergehende Suche nach einer Einlösung dieser Ansprüche und Anforderungen (emotionaler, kognitiver Art) durch die medizinische Tätigkeit selbst, auf die hohe Bedeutung dieses Lebensbereichs, und das haben unsere Fälle strukturell gemeinsam: Der Beruf wird als ein Teil des Ausdrucks persönlicher Vorstellungen, Erwartungen, Ansprüche gewertet (siehe Reimann 2013) und nicht nur als Möglichkeit der existentiellen Sicherung. Elternschaft und die damit verbundene Auseinandersetzung mit eigenen Konzepten und Orientierungen bezüglich des Erfüllens mehrerer essentieller Aufgaben, aber auch durch die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Erwartungen und Normen, kann zu einer Neujustierung dieser Motive führen. Einerseits resultieren daraus Lösungsprozesse von der starken beruflichen Identifizierung, andererseits aber auch Dilemmata, sich unter den gegebenen sozialen und strukturellen Bedingungen zu positionieren. Trotz egalitärer Partnerschaftsvorstellungen *vor* einer Elternschaft zeichnen sich hier gerade Frauen verantwortlich für die Organisation und Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familienleben bzw. Alltag, was sich als „Arrangement der Arrangements“ (Diezinger 2004: 206; vgl. Jurczyk/Rerrich 1993) ausdrückt. Aushandlungsprozesse finden dann vor allem intrapsychisch und auf der Ebene der Paarbeziehung, der familialen Arbeitsteilung und der Geschlechtsrollenselbstkonzepte statt und zeigen entwicklungsbedingte Veränderungen in den Vorstellungen eines erfüllten Lebens *und* Arbeitens.

In unserer Stichprobe und in unserer ausgewählten Analyse der Berufsverläufe von karriereorientierten Ärztinnen zeigte sich, dass in fast allen untersuchten Fällen die Ärztinnen in bildungshomogamen Partnerschaften lebten und vor der Elternschaft, dem Übergang in eine Triade, egalitäre Arrangements bezüglich der beruflichen Arbeitstätigkeit lebten. Wenn die Partnerschaften in eine Triade übergehen, die Ärztinnen und ihre Partner ihr erstes Kind bekommen, weitere Kinder folgen, verändern sich diese Arrangements. Welche Form sie dann annehmen ist vor allem auch davon abhängig, ob der Partner selbst karriereorientiert ist und seiner beruflichen Tätigkeit Aufstieg einschreibt. Ist dies der Fall, verändert sich das Arrangement eher in ein traditionelles. Sofern der Partner nicht karriereorientiert ist, besteht die Möglichkeit einer umgekehrt-traditionellen Form des Arrangements und die Ärztinnen geraten nicht zwangsläufig in die „Traditionalisierungsfälle“, sondern können ihre Karriere aktiv weiter verfolgen. Wider Erwarten konnten wir keine egalitären Arrangements nach der Geburt des Kindes/der Kinder in Partnerschaften mit karriereorientierten Ärztinnen rekonstruieren. Aus welchem Grund es aber

auch in Partnerschaften ohne einen karriereorientierten Partner zu traditionellen Arrangements kommen kann und die Ärztinnen sich aus der Karriereorientierung zurückziehen, können wir anhand dieser Fallrekonstruktion nicht eindeutig beantworten. Ebenso wenig wie die Frage, wie sich eine Karriereorientierung überhaupt einer Berufsorientierung „dazu gesellt“, denn wir haben in unserer Analyse nur die Berufsverläufe der karriereorientierten Ärztinnen nachvollzogen, nicht jedoch die der nichtkarriereorientierten. Möglich ist hier, dass es ein Karrieremotiv gegeben hat, dies aber als abgeschlossen nicht mehr in die Erzählung der Berufsbiographie einfließt, was psychologisch gedeutet eine selbstbildstabilisierende Funktion hat. Weitere Gründe für einen Rückzug des Karrieremotivs nach einer Elternschaft und eher traditionelle Arbeitsarrangements könnten in der Wahrnehmung von „Besonderheit“ weiblicher Karrieren in der Medizin vermutet werden: Im Studium sind die Medizinstudentinnen noch in der Mehrzahl, was ihnen die Möglichkeit der Ab- und Vergleiche mit Kommilitoninnen bzgl. ihres Verhaltens und ihrer Leistungsmotive gibt. Aber schon an dieser Stelle sehen sie die Auswirkungen der „gläsernen Decke“ in Form nur sehr weniger Modelle in leitenden Positionen, an denen sie die notwendigen Bedingungen für Karrieren von Frauen in der Medizin ableiten: Karriere zu machen ist ein Sonderfall, Ärztinnen müssen herausstechen durch mehr Leistung, mehr Verausgabung, mehr Einsatz auf beruflicher Ebene und zwangsläufig dafür private Opfer in Kauf nehmen. Im medizinischen System treffen Ärztinnen dann nur auf sehr wenige Modelle, die eine Karriere erfolgreich verfolgen und ihre Familie dabei nicht vernachlässigen, d.h., durch diese „Ausnahme“-Karriereärztinnen wird auch das Arrangement als Ausnahme erlebt, nicht als Normalität, was den Rückzug aus der Karriereorientierung zur Folge haben und eine Naturalisierung bestimmter Rollen und Verteilungsarrangements fördern kann – *„Den Frauen ist das nicht gegeben“* (Katja Kühn, siehe oben).

Auf der Ebene transparenter arbeitsstruktureller und -organisatorischer Maßnahmen könnten Bedingungen geschaffen werden, die den Ärztinnen berufliche Karrieren leichter ermöglichen und somit schon den Medizinstudentinnen andere als die aktuellen Modelle von „Besonderheit“ der Karrieren von Ärztinnen aufzeigen könnten. Planungen und Regulierungen arbeitsorganisatorischer Art, z.B. eine an die jeweiligen Bedarfe angepasste flexible Arbeitszeitregelung und vor allem auch transparente Weiterbildungsbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten, könnten hier ebenso unterstützende Funktion haben, um eine ärztliche Karriere zu verfolgen und gleichzeitig ein zufriedenstellendes Privatleben zu erleben, denn „Eines ist zu wenig – beides macht zufrieden“ (Paetzhold 1996). Dazu gehört grundlegend eine Änderung der medizinischen Arbeitskultur, weg von einer Präsenz und Kontinuität im Erwerbsverlauf hin zu einer auf Qualität basierten Voraussetzung für einen erfolgreichen Karriereverlauf und die Bekleidung von Leitungspositionen. Für die Förderung der Karriere einer Ärztin ist es aber unerlässlich, neben arbeitsstrukturellen und -organisatorischen auch die Sozialisationsbedingungen zu fokussieren, die nicht nur innerhalb der familialen Struktur, sondern ebenso bedeutsam auch im Arbeitsbereich und schon während des Medizinstudiums Karriereorientierungen strukturieren und somit fördern oder behindern können.

Danksagung

Wir danken ganz besonders allen Ärztinnen und ihren Partner_innen, die uns in den Interviews über ihre Erfahrungen erzählt haben. Weiterhin bedanken wir uns bei allen ehemaligen Mitarbeiter_innen des Projektes für ihr Engagement, bei Anja Pannewitz für die kritische Durchsicht des Manuskripts, Katja Sternberger und Catherina Sachse für ihre Unterstützung und bei den Transkribierenden für das zuverlässige Erstellen der Texte.

Literatur

- Abele, A. E., Hoff, E. H. & Hohner, H.-U. (2003). *Frauen und Männer in akademischen Professionen – Berufsverläufe und Berufserfolg*. Heidelberg: Asanger.
- Abele, A. E. (2006). Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G. & Bühren, A. (Hrsg.), *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer, S. 35-57.
- Abele, A. E. & Spurk, D. (2011). The dual impact of gender and the influence of timing of parenthood on men's and women's career development: Longitudinal findings. *International Journal of Behavioral Development*, 35, S. 225-232.
- Becker-Schmidt, R. (1987). Die doppelte Vergesellschaftung – die doppelte Unterdrückung. In: Unterkirch, L. & Wagner, I. (Hrsg.), *Die andere Hälfte der Gesellschaft*. Wien: Österreichischer Soziologentag 1985, S. 10-25.
- Becker-Schmidt, R. (2004). Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 62-71.
- Behnke, C. & Meuser, M. (2003). Doppelkarrieren in Wirtschaft und Wissenschaft. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, 21, 4, S. 62-74.
- Bourdieu, P. (1999). *Die Regeln der Kunst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M. & Buddeberg, C. (2008). Facharztwahl von jungen Ärztinnen und Ärzten – der Einfluss von Geschlecht, Persönlichkeit, Karrieremotivation und Lebenszielen. In: Brähler, E., Alfermann, D. & Stiller, J. (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 101-116.
- Dalhoff, J. (2005). Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. *G+G Wissenschaft*, 5, 3, S. 7-14.
- Dechant, A. & Schulz, F. (2013). Bedingungsszenarien einer partnerschaftlichen Arbeitsteilung beim Übergang zur Elternschaft in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*. doi: 10.4232/10.CPoS-2013-06de [Erstveröffentlichung: 2013-04-18].
- Dettmer, S., Hoff, E.-H., Lurse, K., & Olos, L. (2003). *Individuelle Formen der Lebensgestaltung: Segmentation, Integration, Entgrenzung. Ergebnisse qualitativer Analysen aus dem Projekt „PROFIL“*. Berlin: Freie Universität, Institut für Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie.
- Dettmer, S. (2006). Wege zum beruflichen Erfolg – Karriereverläufe von Ärztinnen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G. & Bühren, A. (Hrsg.), *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 107-194.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2013). *Managerinnen-Barometer 2013*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW-Wochenbericht 3).
- Diezinger, A. (2004). Alltägliche Lebensführung: Die Eigenlogik alltäglichen Handelns. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 204-208.
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (2005). Selbstkonzept-Entwicklung. In Asendorpf, J. B. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Band C/V/3. Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung*. Göttingen: Hogrefe, S. 259-334.

- Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In: Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 337-366.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentationen. In: Hitzler, R. & Honer, A. (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich/UTB, S. 133-164.
- Fthenakis, W. E., Kalicki, B. & Peitz, G. (2002). *Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Gedrose, B., Wonneberger, C., Jünger, J., Robra, B., Schmidt, A., Stosch, C., Wagner, R., Scherer, M., Pöge, K., Rothe, K. & van den Bussche, H. (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, 23, S. 136-141.
- Geissler, B. & Oechsle, M. (1996). *Lebensplanung junger Frauen. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensläufe*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (2013). *Chancengleichheit in Wissenschaft und Forschung. 17. Fortschreibung des Datenmaterials (2011/2012) zu Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen*. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK).
- Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (2010). *Frauen in die Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen*. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) (Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004. Heft 17).
- Glaser, B. G. & Strauss, A.L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Henninger, A., Wimbauer, C. & Spura, A. (2007). Zeit ist mehr als Geld – Vereinbarkeit von Kind und Karriere bei Doppelkarrierepaaren. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, 25, 3/4, S. 69-84.
- Hoenisch, C. (2008). Gleichstellungspolitik braucht Männer und Männer brauchen die Gleichstellungspolitik. *BZgA Forum, Väter*, 2, S. 3-9.
- Hoff, E.-H., Olos, L., Dettmer, S., & Hohner, H.-U. (2005). *Abschlussbericht zum DFG-Projekt „PRO-FIL“*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie (Berichte. Nr. 27).
- Hohner, H.-U., Grote, S., & Hoff, E.-H. (2003). Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. *Deutsches Ärzteblatt International*, 100: A166-169, 4, S. 67-70.
- Jurczyk, K. & Rerrich, M. S. (1993). Alltägliche Lebensführung: Der Ort, wo alles zusammenkommt. In: Jurczyk, K. & Rerrich, M. S. (Hrsg.), *Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung*. Freiburg: Lambertus, S. 11-45.
- Keddi, B. (2004). Junge Frauen: Vom doppelten Lebensentwurf zum biografischen Projekt. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 378-383.
- Keupp, H. (2001). Das Subjekt als Konstrukteur seiner Selbst und seiner Welt. In: Keupp, H. & Weber, K. (Hrsg.), *Psychologie. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 35-54.
- Knapp, G.-A. (1990). Zur widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen. In: Hoff, E.-H. (Hrsg.), *Die doppelte Sozialisation Erwachsener: Zum Verhältnis von beruflichem und privatem Lebensstrang*. Weinheim & München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut, S. 17-52.
- Kortendiek, B. (2004). Familie: Mutterschaft und Vaterschaft zwischen Traditionalisierung und Modernisierung. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 384-394.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Mead, G. H. (1973[1934]). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meuser, M. (2006). *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ochsenfeld, F. (2012). Gläserne Decke oder goldener Käfig: Scheitert der Aufstieg von Frauen in erste Managementpositionen an betrieblicher Diskriminierung oder an familiären Pflichten? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64, S. 507-534.

- Oevermann, U., Allert, T., Konau, E. & Krambeck, J. (1979). Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.-G. (Hrsg.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, S. 352-434.
- Paetzhold, B. (1996). *Eines ist zu wenig, beides macht zufrieden. Die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Berufstätigkeit*. Bielefeld: Kleine.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*, 3. Auflage. München: Oldenbourg.
- Reimann, S. (2013). *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und Erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biografischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt am Main: Campus.
- Rosenthal, G. (2001). Biographieforschung. In: Keupp, H. & Weber, K. (Hrsg.), *Psychologie. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 266-275.
- Rosenthal, G. (2002). Biographische Forschung. In: Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber, S. 133-147.
- Rosenthal, G. & Fischer-Rosenthal, W. (2000). Analyse narrativ-biographischer Interviews. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 456-468.
- Rothe, K., Wonneberger, C., Deutschbein, J., Pöge, K., Gedrose, B., v. d. Bussche, H., Alfermann, D. & Kromark, K. (2012). Von Ärzten, Ärztinnen und 'Müttern in der Medizin'. In: Beaufays, S., Engels, A. & Kahlert, H. (Hrsg.), *Einfach Spitze? Neue Geschlechterperspektiven auf Karrieren in der Wissenschaft*. Frankfurt am Main & New York: Campus, S. 312-334.
- Rothe, K., Pöge, K., Wonneberger, C., & Alfermann, D. (2013). „Naja, ist ja per se keine Krankheit“. Schwangerschaft, Mutterschaft und Karrierebrüche bei Ärztinnen. *Journal für Psychologie*, 21, 2, <http://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/274/317> [Stand: 2014-06-20].
- Rusconi, A., & Solga, H. (2007). Determinants of and obstacles to dual careers in Germany. *Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research*, 19, 3, 311-336.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 3, S. 283-293.
- Schulze, H. (2010). Biografische Fallrekonstruktion. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 569-583.
- Sieverding, M. (2006). Psychologische Karrierehindernisse im Berufsweg von Frauen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G. & Bühren, A. (Hrsg.), *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 57-77.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Bildung und Kultur. Prüfungen an Hochschulen 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 11, Reihe 4.2.). www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/PruefungenHochschulen2110420117004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 2014-05-02].
- Statistisches Bundesamt (2014). Studierendenzahlen Fachbereich Humanmedizin. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms_gtp=152382_list%253D1&https=1 [Stand: 2014-05-02].
- Stiller, J. & Busse, C. (2008). Berufliche Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten – Die ersten vier Berufsjahre. In: Brähler, E., Alfermann, D. & Stiller, J. (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 140-161.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sablin, M. (1963). The hospital and its negotiated order. In: Freidson, E. (Hrsg.), *The hospital in modern society*. New York: The Free Press, S. 147-169.
- Tunnat, L. (2005). *Dual career couples (DCC)/Doppelkarriere-Paare*. <http://www.hawk-hhg.de/hochschule/media/doppelkarriere.pdf> [Stand: 2014-05-02].
- van Berkel, M. & de Graaf, N. D. (1999). By virtue of pleasantness? Housework and the effects of education revisited. *Sociology*, 33, 4, S. 785-808.

- van den Bussche, H., Wonneberger, C., Birck, S., Schultz, J.-H., Robra, B.-P., Schmidt, A., Stosch, C., Wagner, R., Scherer, M., Pöge, K., Rothe, K. & Gedrose, B. (2013). *Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung*. Gesundheitswesen. doi: 10.1055/s-0033-1343441.
- Walther, K. & Lukoschat, H. (2008). *Kinder und Karriere. Die neuen Paare*. Gütersloh: Verlag der Bertelsmannstiftung.
- Wengler, A., Trappe, H. & Schmitt, C. (2008). *Partnerschaftliche Arbeitsteilung und Elternschaft. Analysen zur Aufteilung von Hausarbeit und Elternaufgaben auf Basis des Generations and Gender Survey*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungswissenschaft (Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 127).
- Wetterer, A. (2003). Rhetorische Modernisierung. Das Verschwinden der Ungleichheit aus dem zeitgenössischen Differenzwissen. In: Knapp, G.-A. & Wetterer, A. (Hrsg.), *Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 286-319.
- Wimbauer, C. (2012). *Wenn Arbeit Liebe ersetzt*. Frankfurt am Main & New York: Campus Verlag.
- Winter, R. (2010). Symbolischer Interaktionismus. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 79-93.

Eingereicht am/Submitted on: 10.07.2013

Angenommen am/Accepted on: 16.06.2014

Anschriften der Autorinnen/Addresses of the authors:

Dr. Swantje Reimann (Korrespondierende Autorin/Corresponding author)

Prof. Dr. Dorothee Alfermann

Universität Leipzig

Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (FraGes)

c/o Institut für Sportpsychologie und Sportpädagogik

Jahnallee 59

04109 Leipzig

Deutschland/Germany

E-Mail: swantje.reimann@uni-leipzig.de

dorothee.alfermann@uni-leipzig.de