

Kinderwunsch und Laufbahnplanung von Ärztinnen und Ärzten

Barbara Buddeberg-Fischer Martina Stamm Richard Klaghofer

Abteilung Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz

Schlüsselwörter

Kinderwunsch, Ärztinnen/Ärzte · Laufbahnplanung · Work-Family Balance · Swiss Physicians' Cohort Study

Zusammenfassung

Fragstellung: Die Studie untersucht, wie Ärztinnen und Ärzte ihren Kinderwunsch in die Laufbahnplanung integrieren. **Methodik:** Im Rahmen der seit dem Jahr 2001 laufenden prospektiven Studie zur beruflichen Entwicklung junger Ärztinnen und Ärzte wurde anlässlich der vierten Befragung im Januar 2007 untersucht, wer von den 534 Teilnehmenden (285 Frauen, 249 Männer) am Ende der Facharztweiterbildung bereits Kinder hat, wer sich in Zukunft Kinder wünscht, welche Laufbahn sie anstreben und welche Modelle zur Integration von Beruf und Familie sie praktizieren bzw. für die Zukunft planen. **Ergebnisse:** Von den Studienteilnehmenden haben 19% (54) der Ärztinnen und 24% (59) der Ärzte Kinder. Von den anderen planen 88%, in Zukunft eine Familie zu gründen. Ärztinnen mit Kindern weisen einen geringeren Karriereerfolg als diejenigen ohne Kinder auf, bei Ärzten zeigt sich diesbezüglich kein Unterschied. Von den Ärztinnen mit Kindern bzw. Kinderwunsch streben 42% eine Tätigkeit in einer Praxis an, 28% eine klinische und nur 4% eine akademische Karriere. Von den Ärzten mit Kindern bzw. Kinderwunsch streben je ein Drittel eine Praxis bzw. eine klinische Laufbahn an, 14% eine akademische. Das präferierte Arbeitszeitmodell mit Kindern ist bei Ärztinnen Vater Vollzeit und Mutter Teilzeit oder beide Eltern Teilzeit, bei den Ärzten Vater Vollzeit und Mutter Teilzeit oder gar nicht berufstätig. **Schlussfolgerungen:** Für Ärztinnen und Ärzte sind Kinder ein wichtiger Bestandteil ihrer Berufs- und Lebensplanung, wobei Ärztinnen mehr Kinderbetreuungsaufgaben übernehmen als Ärzte.

Key Words

Desire for children, young physicians · Career planning · Work-family balance · Swiss Physicians' Cohort Study

Family and Career Planning in Young Physicians

Objectives: The study investigates in what way physicians integrate their desire to have children into their career planning. **Methods:** Within the framework of a prospective cohort study of Swiss medical school graduates on career development of young physicians, beginning in 2001, 534 participants (285 women, 249 men) were assessed in January 2007, in terms of having children, planning to have children, the career aspired to and the work-family balance used or planned. **Results:** Among the study participants, 19% (54) of the women and 24% (59) of the men have children. Of the others 88% plan to start a family in the future. Female physicians with children are less advanced in their careers than women without children; for male physicians no such difference can be observed. Of the female physicians with children or the desire for children 42% aspire to work in a practice, 28% to a clinical and only 4% to an academic career. Of the male physicians with children or the desire for children one third aspire to work in a practice, one third to a clinical and 14% to an academic career. The preferred model of work repartition of female physicians with children is father full time/mother part time or both parents part time; the preferred model of male physicians is father full time/mother part time or not working. **Conclusion:** Children are an important factor in the career and life planning of physicians, female physicians paying more attention to an even work-family balance than male physicians.

Copyright © 2008 S. Karger AG, Basel

Désir d'enfants et plan de carrière de jeunes médecins

Objectifs: La présente étude analyse la manière de laquelle de jeunes médecins intègrent le désir d'avoir des enfants dans leur plan de carrière. **Méthode:** Dans le cadre d'une étude prospective sur le développement professionnel de jeunes médecins initiée en 2001, 534 participants (285 femmes, 249 hommes) étaient questionnés en janvier 2007 sur le fait d'avoir des enfants, sur leur désir d'avoir des enfants à l'avenir, sur le genre de carrière souhaitée et sur leur modèle actuel d'intégration de vie professionnelle et vie privée ou leur modèle envisagé pour l'avenir. **Résultats:** Parmi les participants, 19% (54) des femmes et 24% (59) des hommes ont des enfants; 88% des participants sans enfants souhaitent fonder une famille à l'avenir. Les femmes avec enfants montrent un succès professionnel moins élevé que les femmes sans enfants, chez les hommes il ne se manifeste pas de différence à ce sujet. 42% des femmes avec enfants ou un désir d'enfants aspirent à une activité professionnelle dans un cabinet, 28% à une carrière clinique et uniquement 4% à une carrière académique. Un tiers des hommes avec enfants ou un désir d'enfants aspirent à une activité professionnelle dans un cabinet, un tiers à une carrière clinique et 14% à une carrière académique. Les femmes avec enfants préfèrent un modèle de répartition de l'activité professionnelle où le père travaille à plein temps et la mère à temps partiel ou un modèle où les deux parents travaillent à temps partiel; les hommes avec enfants préfèrent un modèle où le père travaille à plein temps et la mère travaille à temps partiel ou ne travaille pas. **Conclusions:** Les enfants jouent un rôle important dans le plan de carrière et de vie des médecins, les femmes médecins prêtant plus attention à une bonne balance travail-famille que les hommes.

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten haben Frauen im Zuge der Gleichstellungsbestrebungen und der Bildungsexpansion ihre Chancen wahrgenommen, Zugang zu hoch qualifizierten Berufen zu bekommen. Über die Hälfte der Maturanden sind heute Frauen, von denen die meisten ein Hochschulstudium aufnehmen und genauso erfolgreich abschließen wie Männer [1]. Die Berufskarrieren orientieren sich jedoch meist an Männerbiographien [2]. Für Akademikerinnen stellt sich zu einem Zeitpunkt, zu dem sie ihre Karriere vorantreiben sollten, meist Anfang bis Mitte 30, die Frage, wie sich ihr Kinderwunsch mit einer anspruchsvollen Karriere verbinden lässt. In Deutschland sind 40% der Akademikerinnen kinderlos [3]. «Kind oder Karriere?» – gilt dies auch für die Medizin?

Ausgehend von Angaben in der Literatur, persönlichen Interviews mit Ärztinnen und Daten aus unserer prospektiven Studie zur beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten wurde untersucht, wie Ärztinnen und Ärzte Kinder bzw. ihren Kinderwunsch in die Laufbahn integrieren.

Seit Mitte der 90er Jahre studieren in den westlichen Ländern mehr Frauen als Männer Medizin [1, 4, 5]. Galt eine ärztliche Tätigkeit in früherer Zeit als Berufung, ist sie heutzutage in vieler Hinsicht ein Job wie jeder andere

auch [6]. Dies impliziert, dass einem Arzt oder einer Ärztin neben ihrem Arztsein auch ein Anrecht auf ein Privatleben zugestanden wird [7]. Unter dieser veränderten gesellschaftlichen Prämisse scheint sich die Medizin als eine für gut ausgebildete junge Frauen erstrebenswerte Profession anzubieten. Immer mehr Frauen drängen in die Medizin; es wird allenthalben von einer Feminisierung der Medizin gesprochen [8–10]. Aber erweist sich die Medizin wirklich als ein so ideales Fach für eine Frau, die neben ihrer Berufstätigkeit auch eine Familie haben möchte? Mehrere Faktoren haben wahrscheinlich einen Einfluss auf die Präferenz von Frauen für den Arztberuf. Frauen haben sich schon seit dem Altertum um Fragen der Gesundheit gekümmert. Mit der Bildungsexpansion der Frauen wechselten viele von medizinischen Hilfsberufen in die akademische Medizin [11]. In wirtschaftsorientierten Berufen führen die Gesetze und Zwänge der Globalisierung zu hohem Konkurrenzkampf, hohem Arbeitstempo und verstärktem Innovationsdruck, fordern Mobilität und Flexibilität von den Arbeitnehmern [12]. Diese Rahmenbedingungen sind für eine längerfristige Lebensplanung weniger günstig. Im Vergleich dazu bietet die Medizin trotz hoher fachlicher und zeitlicher Anforderungen eine höhere Arbeitsplatzsicherheit und im Falle einer Praxistätigkeit auch mehr eigene Gestaltungsmöglichkeiten [13, 14].

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Ärztinnen investieren viel in ihre Aus- und Weiterbildung. Aus Interviews mit Ärztinnen wird deutlich, dass die meisten ihren Beruf lieben und diesen in der Regel nicht zu Gunsten einer Familie aufgeben wollen. Je mehr sich eine Ärztin mit ihrem Beruf identifiziert, desto eher sieht und sucht sie Möglichkeiten, Beruf und Familie zu verbinden [14]. Es gibt aber auch einige wenige, die in ihrer ärztlichen Tätigkeit unzufrieden sind. Die Mutterschaft dient diesen Frauen dann als Argument für einen Ausstieg [15]. Ärztinnen haben meist einen Akademiker als Partner bzw. einen Partner mit einem ebenfalls anspruchsvollen Beruf [16]. Diese Männer, Partner und Väter wollen oder können ihr berufliches Engagement nicht reduzieren, so dass die Organisation der Kinderbetreuung auch heute noch den Frauen zufällt [16, 17].

Die Frauenärztin im Spannungsfeld von Geburtshelferin und eigenem Kinderwunsch

Zum beruflichen Alltag einer Frauenärztin gehört die Betreuung von Schwangeren, die Leitung von Geburten, die Beratung bei ungewollter Schwangerschaft bzw. bei unerfülltem Kinderwunsch. In einem Interview wurde

einer Anfang 40-jährigen Gynäkologin die Frage gestellt, wie sie und ihre Kolleginnen den Konflikt zwischen eigenem Kinderwunsch, der entweder aus Karriereüberlegungen aufgeschoben wird oder nicht in Erfüllung geht, und der Betreuung von Schwangeren bewältigen.

Die Kollegin stellte ihrer Antwort folgende Feststellungen voraus:

- 1 Bei den Gynäkologinnen zeichnet sich ein Generationenwechsel ab. Ältere Frauenärztinnen haben meist keine Kinder, oft auch keinen Partner, d.h. sie haben die Berufskarriere vor den Kinderwunsch gestellt. Die meisten jüngeren Gynäkologinnen hingegen haben eine Familie und leben die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- 2 In der Gynäkologie hat sich noch ein anderer Wandel vollzogen. Früher beherrschte der männliche Gynäkologe das Fach, d.h. die ältere Generation von Gynäkologinnen musste sich zuerst in einer «Männerdomäne» behaupten und stellte deshalb das Privatleben hinter ihr berufliches Engagement zurück.
- 3 Heute ist die Gynäkologie und Geburtshilfe ein Frauenfach, d.h. der Nachwuchs in diesem Fachgebiet ist mehrheitlich weiblich, so dass sich viele Kliniken auf zeitlich befristete Ausfälle ihrer Assistenzärztinnen durch Mutterschaft eingerichtet haben.

Zum Konfliktbereich unerfüllter Kinderwunsch von Frauenärztinnen äusserte die befragte Ärztin, dass Gynäkologinnen den Kinderwunsch teilweise sehr lange hinausschieben, weil sie vielleicht noch mehr als andere «Karrierefrauen» dem Machbarkeitswahn ihres Fachgebietes verfallen sind: wenn eine Schwangerschaft nicht auf natürlichem Wege eintritt, bietet die Fertilitätsmedizin ja immer noch die Möglichkeit, den Kinderwunsch zu erfüllen. Sind auch diese Möglichkeiten ausgeschöpft, haben diese Ärztinnen oft nicht genügend Ruhe und Kraft, die Trauer und den Schmerz des nicht erfüllten Kinderwunsches aktiv zu verarbeiten und neue Lebens- und Berufsperspektiven zu entwickeln. Teilweise begegnen sie dann Patientinnen, die sich ein Kind vielleicht unter erschwerten Bedingungen wünschen, unkontrolliert und aggressiv.

Swiss Physicians' Cohort Study – einige Ergebnisse zur Work-Family Balance von Ärztinnen und Ärzten

Seit dem Jahr 2001 führen wir eine vom Schweizerischen Nationalfonds geförderte prospektive Studie zur beruflichen Entwicklung junger Ärztinnen und Ärzte durch, welche in den Jahren 2001 bzw. 2002 an den Universitäten Basel, Bern und Zürich das Medizinische Staatsexamen abgelegt haben [13, 15, 18–21]. Uns interessierte, wie Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten ihren Kinderwunsch in die Laufbahnplanung integrieren.

Methodik

An der vierten Befragung im Januar 2007 nahmen 285 Ärztinnen und 249 Ärzte im 5.–6. Weiterbildungsjahr teil. Sie waren durchschnittlich 33 Jahre alt. Neben soziodemographischen Daten wurden Angaben zu Laufbahnplänen, bisherigem Karriereerfolg und aktuell praktiziertem bzw. in Zukunft anvisiertem Kombinationsmodell von Beruf und Familie erhoben.

Ergebnisse

Kinder und Kinderwunsch

Von den 285 an der Studie teilnehmenden Ärztinnen haben 54 (19%) Kinder.

Von diesen 54 Ärztinnen haben 35 Frauen bis jetzt 1 Kind, 15 haben 2 Kinder und 4 haben 3 Kinder. Der Median des Alters der Kinder lag bei 2 Jahren (Streubreite 1–13 Jahre). Das durchschnittliche Alter der Mütter bei Geburt betrug 31 Jahre mit einer Streubreite von 21–39 Jahren.

Von den 249 an der Studie teilnehmenden Ärzten haben 59 (24%) Kinder. Von diesen 59 Männern haben 40 bis jetzt 1 Kind, 16 haben 2 Kinder und 3 haben 3 Kinder. Der Median des Alters der Kinder lag bei 2 Jahren (Streubreite 1–13 Jahre). Das durchschnittliche Alter der Väter bei Geburt betrug 31 Jahre mit einer Streubreite von 22–42 Jahren. Zwischen Ärztinnen und Ärzten zeigte sich hinsichtlich Anzahl Kinder und Alter der Eltern bei Geburt kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Diejenigen Teilnehmenden, welche noch keine Kinder hatten, wurden gefragt, ob sie sich in Zukunft eine Familie mit Kindern wünschen. Von den 231 Ärztinnen, welche zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Kinder hatten, möchten 200 Frauen (87%) in Zukunft eine Familie gründen, bei den Ärzten sind es 169 (89%).

Sind Kinder ein Karrierehindernis?

Um zu untersuchen, ob Kinder ein Karrierehindernis darstellen, haben wir die Teilnehmenden unserer Studie zu verschiedenen für die Karriere relevanten Faktoren befragt und aus 12 Faktoren einen *Karriereindex* gebildet. Dieser setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen: Dissertation abgeschlossen, Anzahl für die Weiterbildung anrechenbare Monate, erster Teil der Facharztprüfung abgelegt, Fellowship im Ausland, Anzahl Vorträge an Fachkonferenzen, Anzahl Publikationen, Mitarbeit in einem Forschungsprojekt, Anzahl Monate an hauptamtlicher Forschungstätigkeit, Forschungsstipendien, eingeworbene Forschungsgelder, Forschungspreise, Lehraufgaben. Die maximal erreichbare Punktzahl des Karriereindex betrug 19 Punkte.

Tabelle 1. Angestrebte berufliche Laufbahn, Geschlecht und Kinderwunsch (285 Ärztinnen und 249 Ärzte am Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung)

	Laufbahn				
	Praxis	klinische	akademische	andere	nicht entschieden
Frauen mit Kindern (n = 54)	27 (50)	11 (20)	0	6 (11)	10 (19)
Männer mit Kindern (n = 58)	22 (38)	19 (33)	4 (7)	8 (13)	5 (9)
Frauen mit Kinderwunsch (n = 200)	80 (40)	60 (30)	10 (5)	19 (9)	31 (16)
Männer mit Kinderwunsch (n = 168)	51 (30)	59 (35)	27 (16)	11 (7)	20 (12)
Frauen ohne Kinderwunsch (n = 30)	6 (20)	16 (53)	0	3 (10)	5 (17)
Männer ohne Kinderwunsch (n = 20)	5 (25)	7 (35)	1 (5)	2 (19)	5 (25)

Resultate sind jeweils Anzahl mit Prozentwert in Klammern.

Tabelle 2. Kombinationsmodelle von Beruf und Familie

Kombinationsmodell	Ärztinnen	Ärzte	Total
Beide Eltern 100%	4 (8)	4 (7)	8 (7)
Vater 100%, Mutter Teilzeit	24 (46)	33 (57)	57 (52)
Vater 100%, Mutter nicht berufstätig	7 (13)	17 (29)	24 (22)
Mutter 100%, Vater Teilzeit	5 (10)	0	5 (4)
Mutter 100%, Vater nicht berufstätig	1 (2)	0	1 (1)
Beide Eltern Teilzeit	11 (21)	4 (7)	15 (14)
Total	52 ¹ (100)	58 ² (100)	110 (100)

Resultate sind jeweils Anzahl mit Prozentwert in Klammern.

¹ Zwei Ergebnisse fehlen. ² Ein Ergebnis fehlt.

Die Werte des Karriereindex lagen bei Ärztinnen, die keinen Kinderwunsch haben, am höchsten (5,68), bei denjenigen, die sich in Zukunft Kinder wünschen, im mittleren Bereich (5,35) und bei denjenigen mit Kindern am tiefsten (4,18; $p < 0,001$). Im Gegensatz dazu erreichten Ärzte ohne Kinderwunsch einen Karriereindex von 5,70, diejenigen mit Kinderwunsch 6,45 und diejenigen mit Kindern einen Karriereindex von 6,53 (Unterschied n.s.).

Kinderwunsch und Laufbahnplanung

Weiterhin stellte sich die Frage, ob sich Ärztinnen und Ärzte mit Kindern hinsichtlich ihrer angestrebten beruflichen Laufbahn unterscheiden von denjenigen, die noch keine Kinder haben, aber eine Familie planen bzw. von denjenigen, die sich keine Kinder wünschen. In Tabelle 1 ist die Verteilung von angestrebter beruflicher Laufbahn für Frauen und Männer mit Kindern bzw. mit und ohne Kinderwunsch aufgelistet. Es zeigt sich, dass Frauen mit Kindern bzw. mit Kinderwunsch am häufigsten eine Tä-

tigkeit in einer eigenen Praxis anstreben, während Frauen ohne Kinderwunsch eine klinische Laufbahn bevorzugen. Ein sehr kleiner Prozentsatz von Frauen plant eine akademische Karriere. Bei den Männern scheint eine bereits bestehende oder geplante Familie keinen wesentlichen Einfluss auf die zukünftige berufliche Laufbahn auszuüben.

Kombinationsmodelle von Beruf und Familie

In Tabelle 2 sind die verschiedenen Kombinationen von Arbeitspensen dargestellt. Von den Ärztinnen und Ärzten, die bereits eine Familie haben, wird von etwa der Hälfte die Arbeitsverteilung Vater 100% und Mutter Teilzeit praktiziert, mehr Ärzte als Ärztinnen wenden auch das Modell Vater 100% und Mutter nicht berufstätig an. Dreimal mehr Ärztinnen als Ärzte haben sich für das Teilzeitarbeitsmodell für beide Eltern entschieden.

Von denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die sich erst in den kommenden Jahren Kinder wünschen, möchten 46% der Ärzte und 25% der Ärztinnen das Modell Vater 100% und Mutter Teilzeit anwenden, 41% der Männer und 68% der Frauen jedoch das Arbeitszeitmodell Teilzeit für beide Eltern ($p < 0,001$).

Diskussion

Wie Angaben aus der Literatur und unsere Daten aus der Kohortenstudie zeigen, sind Kinder bei Ärztinnen heutzutage ein wichtiger Bestandteil ihrer Berufs- und Lebensplanung [3, 12, 15, 17, 22]. Während in früheren Jahren viele Ärztinnen nach der Geburt von Kindern aus dem Beruf ausstiegen, trifft dieses Familienmodell heute nur noch auf ganz wenige zu. Jede 5. Ärztin unserer Studie hat am Ende ihrer fachärztlichen Weiterbildung ein oder mehrere Kinder und arbeitet mehrheitlich Teilzeit. Nur jede 10. Ärztin äussert zum jetzigen Zeitpunkt keinen Kinderwunsch. Ähnliche Ergebnisse berichtet Abele

[16]. Die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen schaffen günstigere Voraussetzungen für eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie, unter anderem die grössere Toleranz und Akzeptanz gegenüber berufstätigen Müttern [12], das zugestandene Anrecht auf ein Privatleben auch für Ärzte und Ärztinnen sowie die gesetzlich geregelte wöchentliche Höchstarbeitszeit.

Trotz dieser verbesserten Ausgangslage scheint sich ein Kinderwunsch oder bereits vorhandene Kinder bei Ärztinnen nachhaltiger auf ihre Laufbahnplanung auszuwirken als bei Ärzten [15, 17, 22, 23]. Unter den Medizinstudentinnen lassen sich im Verlauf des Studiums zwei Gruppen ausmachen: die eine Gruppe von Frauen, die auf jeden Fall Kinder möchte, überlegt sich gegen Ende des Studiums, welches Fachgebiet am besten mit einer Familie kompatibel ist. Diese Studentinnen haben meist keine ehrgeizigen Berufsziele und machen keine langfristige Karriereplanung. Sie überlegen sich auch immer, ob der nächste Karriereschritt mit einer Familie vereinbar ist, d.h. sie blockieren ihre berufliche Entwicklung eigentlich schon in einem frühen Stadium [24]. Häufig binden sie sich früh an Partner, für die ebenfalls klar ist, dass sie später eine Familie gründen und sich auch für diese engagieren wollen [15]. Die andere Gruppe von Medizinerinnen stellt sich die Kinderfrage nicht so konkret während des Studiums, plant die Karriere ohne Einschränkungen und überlegt sich eigentlich erst während der Weiterbildung, ob und wann sie ein Kind wollen, d.h. erst Mitte 30 wird für sie die Kinderfrage konkret und aktuell [2]. Bei denjenigen, die sich zunächst voll der Berufskarriere widmen, kommt meist eine Zäsur in der Laufbahnplanung, wenn Kaderpositionen oder Forschungstätigkeiten anstehen. Oftmals geben Ärztinnen unvermittelt einen bisher prestigeträchtigen Karriereweg zu Gunsten einer Familie auf [7]. Sie schätzen den Aufwand für eine akademische Karriere im Vergleich zu dem zu erwartenden Gewinn an beruflicher Zufriedenheit und Einfluss als zu gross ein [25, 26]. Nur wenige Ärztinnen setzen voll auf Karriere und planen diese zielorientiert. Sobald Kinder da sind, reduzieren sie auf eine Teilzeittätigkeit [27]. Dieser Entscheid wird in den meisten Fällen nicht aus freien Stücken gefällt. Oft mangelt es an adäquaten Kinderbetreuungsmöglichkeiten [28].

Da die meisten Ärztinnen mit Kindern Teilzeit arbeiten oder ihre Karriere wegen des Kinderwunsches weniger zielorientiert planen und organisieren, weisen sie einen geringeren Karriereerfolg auf als Frauen, die keine Familie gründen möchten [16, 17, 23]. Andererseits liegen die Werte des Karriereindex der Ärztinnen unserer Studie insgesamt tiefer als die ihrer männlichen Kollegen. Ein Grund dafür mag sein, dass Ärztinnen die Arbeit mit Patienten vorziehen und weniger an patientenfernen Arbeiten interessiert sind [7]. Der Karriereindex legt Krite-

rien wie Dissertation, Forschungstätigkeit, Publikationen oder Fachvorträge als Massstab zu Grunde, d.h. er ist mehr auf Forschung als auf Klinik ausgerichtet. Um in der Medizin «Karriere» machen zu können, gilt als Bemessungskriterium vor allem die Anzahl publizierter empirischer Studien in Zeitschriften mit «peer review». Wie eine neuere Studie zeigt, ist der Anteil von Frauen als Erst- oder Seniorautoren in «New England Journal of Medicine», «JAMA», «Annals of Internal Medicine», «Obstetrics and Gynecology» und «Journal of Pediatrics» zwar stetig gestiegen, jedoch sind sie im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen nach wie vor untervertreten [29]. Am deutlichsten stieg der Anteil von Autorinnen in «Obstetrics and Gynecology» und «Journal of Pediatrics». Diese beiden Fachgebiete verzeichnen in den letzten Jahren den stärksten Feminisierungseffekt [20, 30, 31].

Ärzte planen ihre Karriere meist unbeeinflusst davon, ob sie eine Familie haben wollen oder nicht. Wie unsere Daten und Daten aus anderen deutschsprachigen Ländern [31, 32] zeigen, entscheiden sich Ärztinnen mit Kindern eher für eine Laufbahn in einer eigenen Praxis. Diese Organisationsform bietet grössere Möglichkeiten, die Berufstätigkeit flexibel an die Bedürfnisse einer Familie anzupassen. Teilweise orientieren sich die jungen Ärztinnen an einigen älteren Ärztinnen, die eine Praxis erfolgreich führen und Familienpflichten nachgehen. Erst in neuerer Zeit nehmen Ärztinnen auch in den Kliniken Kaderpositionen ein und dienen jungen Ärztinnen als Rollenmodelle [33]. Leider gibt es wenig Ärztinnen, die eine akademische Karriere erfolgreich durchlaufen und daneben auch eine Familie haben [34, 35]. Die zeitlichen Vorgaben einer akademischen Laufbahn sind ausgesprochen kinderfeindlich. Wissenschaftler – egal ob Mann oder Frau – müssen ihre höchste Produktivität genau in jenem Lebensabschnitt entfalten und sich in der Scientific Community präsentieren und etablieren, in dem andere Akademiker ihre ersten Berufserfahrungen schon hinter sich haben und mit der Familiengründung anfangen können. Das sind die Jahre zwischen Anfang und Ende Dreissig.

Aus den Daten unserer Studie lässt sich noch ein anderer Trend ablesen. Ein Fünftel der Ärztinnen mit Kindern hat sich für ein Arbeit-Familie-Modell entschieden, in dem beide Eltern Teilzeit arbeiten. Ihre männlichen Kollegen scheinen noch etwas konservativere Arbeitszeitmodelle vorzuziehen und zu praktizieren, gemäss denen sie als Väter 100% arbeiten, die Mütter Teilzeit oder gar nicht.

Schlussfolgerung

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Frauen in hoch qualifizierten Berufen haben sich zu Gunsten einer ausgeglichenen Work-Family Balance verändert, d.h. in Gesellschaft und Politik wächst die Bereitschaft, die Erwartungen von Frauen nach Gleichberechtigung und Partnerschaft in Beruf und Privatleben zur Kenntnis zu nehmen. Die Medizin und ganz besonders die Frauenheilkunde ist weiblich geworden. Es stellt sich die Frage, ob die an sich «konservative Medizin» den Trend der Zeit erkennt und sich wandelt oder weiterhin an männerorientierten Strukturen und Karrieremodellen festhält.

Ausblick

Welche institutionellen Veränderungen wären notwendig, um den Besonderheiten von Frauenkarrieren gerecht zu werden? Wie aus der Literatur [7, 28, 36–38] und Interviews mit akademischen Nachwuchskräften unserer Studie deutlich wird, sind folgende Faktoren speziell für Frauen wichtig: 1. positive Signale von Klinik- und

Institutsdirektoren, dass auch Frauen mit Kindern eine anspruchsvolle Karriere in der Medizin verfolgen können; 2. garantierte Rückkehrmöglichkeiten an den Arbeitsplatz nach einem zeitweiligen Unterbruch wegen Mutterschaft; 3. Möglichkeit zu flexibler Teilzeittätigkeit, z.B. 60 oder 80% anstelle einer rigiden Alternative zwischen einer Vollzeit- oder einer Teilzeittätigkeit von nur 50%; 4. Angebote zur Kinderbetreuung, die den teilweise unregelmässigen Arbeitszeiten in der klinischen Medizin angepasst sind; 5. Aufhebung von Alterslimiten für gewisse Förderinstrumente und Karriereschritte wie Stipendien und Habilitation, und ganz entscheidend 6. positive Rollenmodelle von Kaderärztinnen mit Kindern als Orientierungsmöglichkeit sowie kontinuierliches Mentoring.

Dank

Die Studie wird gefördert durch Forschungskredite des Schweizerischen Nationalfonds (NF Nr. 3200-061906.00 und 3200 BO-102130), des Bundesamtes für Gesundheit, der Foederatio Medicorum Helveticorum und der Vereinigung Schweizer Assistenz- und Oberärzte/ärztinnen.

Literatur

- 1 Schweizerische Hochschulindikatoren: Tertiärstufe Hochschulen – Daten, Indikatoren. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik, 2006.
- 2 Augsburg Dölle T, Frei R, Niklowitz M, Willi J: Die Förderung der Einseitigkeit. Bern, Huber, 1996.
- 3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2005.
- 4 Statistisches Bundesamt: Medizinstudierende in Deutschland. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2005.
- 5 British Medical Association: BMA cohort study of 2006 medical graduates. London, British Medical Association, Health Policy and Economic Research Unit, 2007.
- 6 Freidson E: The reorganization of the medical profession. *Med Care Rev* 1985;42:11–35.
- 7 Levinson W, Lurie N: When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med* 2004;141:471–474.
- 8 Buddeberg-Fischer B: Welche Frauen braucht die Medizin?; in Vetter K, Buddeberg C (Hrsg): *Feminisierung der Medizin*. Hamburg, Akademos, 2003, pp 26–41.
- 9 Hall FR, Mikesell C, Cranston P, Julian E, Elam C: Longitudinal trends in the applicant pool for US medical schools, 1974–1999. *Acad Med* 2001;76:829–834.
- 10 Gjerberg E: Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med* 2001;52:331–343.
- 11 Buddeberg-Fischer B: Karriereentwicklungen von Frauen und Männern in der Medizin. *Schweiz Ärztezg* 2001;82:1838–1844.
- 12 Beck-Gernsheim E: *Die Kinderfrage heute: über Frauenleben, Kinderwunsch und Geburtenrückgang*. München, Beck, 2006.
- 13 Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C: Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res* 2006;6:98.
- 14 Heiligers PJM, Hingstman L: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000;50:1235–1246.
- 15 Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R: Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen* 2002;64:353–362.
- 16 Abele AE: Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen; in Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg): *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg, Springer, 2006, pp 35–57.
- 17 Hohner H-U, Grote S, Hoff E-H, Dettmer S: Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensgestaltung von Ärztinnen und Ärzten; in Abele AE, Hoff E-H, Hohner H-U (Hrsg): *Frauen und Männer in akademischen Professionen: Berufsverläufe und Berufserfolg*. Heidelberg, Asanger, 2003, pp 43–56.
- 18 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C: The influence of gender and personality traits on the career planning of medical students. *Swiss Med Wkly* 2003;133:535–540.
- 19 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C: Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005;135:19–26.
- 20 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C: Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* 2006;6:137.
- 21 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C: Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Z Psychosom Med Psychother* 2005;51:163–178.
- 22 Abele A, Nitsche U: Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2002;127:2057–2062.
- 23 Reed V, Buddeberg-Fischer B: Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ* 2001;35:139–147.
- 24 Field D, Lennox A: Gender in medicine: the views of first- and fifth-year medical students. *Med Educ* 1996;30:246–252.
- 25 Yedidida MJ, Bickel J: Why aren't there more women leaders in academic medicine? The view of clinical department chairs. *Acad Med* 2001;76:453–465.

- 26 Nonnemaker L: Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies. *New Engl J Med* 2000;342:399–405.
- 27 Fox G, Schwartz A, Hart K: Work-family balance and academic advancement in medical schools. *Acad Psychiatry* 2006;30:227–234.
- 28 McPhillips H, Burke A, Sheppard K, Pallant A, Stapleton F, Stanton B: Toward creating family-friendly work environments in pediatrics: baseline data from pediatric department chairs and pediatric program directors. *Pediatrics* 2007;119:e596–e602.
- 29 Jagsi R, Gunacial E, Worobey C, Henault L, Chang Y, Starr R, et al: The 'gender gap' in authorship of academic medical literature – a 35-year perspective. *N Engl J Med* 2006;20: 281–287.
- 30 Buddeberg-Fischer B: Geschlechterstereotype in der Frauenheilkunde – Barrieren für junge Ärztinnen. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 2003;43:231–237.
- 31 Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH): FMH-Ärzttestatistik 2006. *Schweiz Ärzteztg* 2007;88:508–528.
- 32 Bundesärztekammer: Ärzttestatistik 2006. Berlin, Bundesärztekammer, 2006.
- 33 Zuber MA: Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Fachgebietes Humanmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2001;126:65–71.
- 34 Bundesamt für Statistik: Personal der Schweizerischen Hochschulen. Professor/innen der Humanmedizin nach Universität und Geschlecht 1996–2005. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik, 2007.
- 35 Sandhu B, Margerison C, Holdcroft A: Women in the UK academic medicine workforce. *Med Educ* 2007;41:909–914.
- 36 Schlichting E, Nielsen H, Fossa F, Aasland O: Women's academic careers in medicine. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127:2109–2112.
- 37 Brown A, Swinyard W, Ogle J: Women in academic medicine: a report of focus groups and questionnaires, with conjoint analysis. *J Womens Health* 2003;12:999–1008.
- 38 Reck S, Stratman E, Vogel C, Mukesh B: Assessment of residents' loss of interest in academic careers and identification of correctable factors. *Arch Dermatol* 2006;142: 855–858.