GENDER OPEN REPOSITORIUM

„Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will“ : Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

Reimann, Swantje; Schacht, Robert; Sachse, Catherina; Alfermann, Dorothee

2017

https://doi.org/10.25595/1725

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reimann, Swantje; Schacht, Robert; Sachse, Catherina; Alfermann, Dorothee: *„Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will“ : Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung*, in: Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien, Jg. 23 (2017) Nr: 1, 87-104. DOI: https://doi.org/10.25595/1725.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/fzg.v23i1.06

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 23/1: 87-104

Swantje Reimann/Robert Schacht/Catherina Sachse/Dorothee Alfermann

„Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will"

Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

Zusammenfassung: Trotz annähernd gleicher Anzahl von Ärztinnen und Ärzten im Beruf bekleiden nur wenige Ärztinnen Führungspositionen. Historisch betrachtet ist die nominale Feminisierung des ärztlichen Berufs noch jung und das Krankenhaus kann auch heute noch als ein typischer Vertreter einer „gendered organization" (Acker 1990) bezeichnet werden, deren Imperative einer idealen ärztlichen Tätigkeit und Führung mit männlichem Geschlecht assoziiert sind. Die normativen Leitbilder vermitteln sich implizit im Verlauf der Identifizierung mit der Arztrolle. Anhand von Gruppendiskussionen zeigen wir, mit welchen strukturellen und informellen Lehrplänen Ärztinnen und Ärzte in ihrer fachärztlichen Weiterbildung konfrontiert werden. Dabei sind Anforderungen an die Verausgabung für die Tätigkeit, Subjektivierungstendenzen, Führung und Macht sowie die Definition von Leistung zentrale und besonders eng mit Geschlecht assoziierte Sozialisationsinstitutionen. Auch wenn vordergründig geschlechtsspezifische Motivlagen für die Unterschiede verantwortlich gemacht werden, zeigen wir, dass es sich dabei um zustimmende Anpassungsleistungen an strukturelle Bedingungen ärztlicher Tätigkeit handelt.

Schlagwörter: geschlechtsspezifische Sozialisation; fachärztliche Weiterbildung; vergeschlechtlichter Habitus; Gruppendiskussionen; gendered organization.

„Well, I do not know if I want to"

The reconstruction of gender socialization of doctors in training

Abstract: Despite approximately equal distribution of male and female physicians in occupations, only a few female doctors occupy leadership positions. Historically, the nominal feminization of the medical profession is still young and the hospital can still be regarded as a typical representative of a "gendered organization" (Acker 1990) which is identified among others by imperatives of an ideal medical practice and guidance associated with male gender. The normative models convey implicitly in the course of identification with the doctor role. Using focus groups, we show what structural and informal curricula physicians are confronted with in their training course. Requirements for the expenditure for the job, tendencies of subjectivation of employment, leadership and power and the definition of performance are central socialization institutions and strongly associated with gender. Although ostensibly gender typical motivations are made responsible, we show that these are favorable adjustments to structural conditions of medical practice.

Keywords: Gender-typical socialization; residency; gendered habitus; group discussions; gendered organization.

© 2017 Budrich UniPress. https://doi.org/10.3224/fzg.v23i1.06

Hintergrund

Nach über einhundert Jahren seit der Erstzulassung von Frauen zum Medizinstudium in Deutschland (Brinkschulte 2006) sind mittlerweile ca. zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich (Statistisches Bundesamt 2015), was sich in einer annähernd ausgewogenen Geschlechterverteilung im ärztlichen Beruf niederschlägt (Bundesärztekammer, BÄK 2015). Dieser Entwicklung steht eine differente Geschlechterverteilung in Führungspositionen gegenüber, wonach wesentlich mehr Ärzte als Ärztinnen Führungspositionen im Klinik- wie auch im Forschungssektor bekleiden[1]. Bei Betrachtung der Wahrscheinlichkeit eine Leitungsposition einzunehmen zeigt sich die vertikale Differenz noch deutlicher: Von allen stationär tätigen Ärzten nehmen ca. 13,5 % eine Leitungsfunktion ein, von allen stationär tätigen Ärztinnen nur ca. 2,1 % (BÄK 2015).

Das Phänomen der vertikalen Geschlechtersegregation wird in den wenigen Studien zur geschlechterbezogenen Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten anhand verschiedener Entwürfe des beruflichen Werdegangs erklärt. So zeigt bspw. Abele (2006) Geschlechterunterschiede in den beruflichen Orientierungen auf, wonach Männer stärker als Frauen an Karriere orientiert sind, während Frauen eine Balance (zwischen Beruf und Privatleben) bevorzugen. Ähnliche Ergebnisse finden auch Hohner/Grote/Hoff (2003), so erwarten und erfüllen Ärzte weitaus häufiger den klassischen und kontinuierlichen beruflichen Aufstieg als Ärztinnen. Diese zeigen häufiger als Ärzte ein berufliches Verlaufsmuster, in welchem zwei Phasen aufeinanderfolgen (Klinik, später Niederlassung), das jedoch keinen Aufstieg im klassischen Sinne darstellt. Mit dem gleichberechtigten Zugang von Frauen in die Sphäre der Erwerbsarbeit lösen sich tradierte Rollenerwartungen demnach nicht in derselben Weise auf, wie berufstätige Frauen den Anforderungen der Erwerbstätigkeit gerecht werden müssen; eine „doppelte widersprüchliche Vergesellschaftung" (Becker-Schmidt 2003) ist die Folge, die in erster Linie erwerbstätige Frauen (insbesondere Mütter) (berufs-)biografisch bewältigen müssen.

Da das System der Krankenversorgung eine lange Tradition horizontaler und vertikaler Geschlechtersegregation aufweist (u.a. Foucault 1988; Brinkschulte 2006), konstituier(t)en männlich konnotierte Eigenschaften die ärztliche Norm, während weiblich konnotierte Merkmale im Bereich der Betreuung und Pflege verortet werden (Sander 2009). Inkludiert in steilen Hierarchien, einem hohen Maß an Bürokratie und Wettbewerb und vorrangig männlichen Netzwerken in spezifischen Disziplinen, stellt Gender keine *zusätzliche* Kategorie in Organisationen dar, sondern ist „integraler Bestandteil der Prozesse, Verfahren, Bilder, Ideologien und Verteilungen von Macht" (Acker 1992: 567). Acker (1990) führt damit das Phänomen der geschlechterbezogenen Ungleichheit auf konstitutiv vergeschlechtlichte (gendered) Organisationen zurück. Innerhalb einer konstruktivistischen Perspektive für die Geschlechtertheorie formulierten West und Zimmermann (1987) das Konzept des doing gender, wonach die Geschlechtszugehörigkeit als Resultat fortlaufender sozialer Konstruktionsmechanismen der Hervorbringung von Zweigeschlechtlichkeit und Geschlechtsunterscheidungen konzeptualisiert wird. Ein solches Konzept führt zu einer Kategorisierung und

Differenzierung entlang der zugeschriebenen Geschlechtszugehörigkeit, womit *gender* zu einer omnirelevanten Strukturkategorie avanciert. Dies bedeutet für angehende Ärztinnen und Ärzte, in einen der medizinischen Profession angemessenen Habitus (Bourdieu 1979) inkorporieren zu müssen, in dem stereotype Beschreibungen von „weiblich“ und „männlich“ eingelassen sind, sowie diese Strukturen damit selbst wiederum zu strukturieren. Das heißt, die ärztliche Tätigkeit in einem Krankenhaus kann kaum ohne einen Genderbezug angeeignet und praktiziert werden.

Hier stellt sich die Frage, ob durch den zahlenmäßigen Anstieg von Medizinstudentinnen, und infolgedessen Ärztinnen in Weiterbildung, vergeschlechtlichte Strukturen an Bedeutung verlieren können und sich andere Kategorien als strukturbildend herausstellen (u.a. Deutsch 2007; Heintz/Nadai 1998).

Dazu wurden im Leipziger Teilvorhaben des Verbundprojektes KarMed[2] das Erleben von angehenden Ärztinnen und Ärzten durch einen qualitativen längsschnittlichen Zugang mittels Gruppendiskussionen (GD) untersucht.

Obwohl sich die Studierenden zum ersten Untersuchungszeitpunkt (GD I) noch im Praktischen Jahr befinden, identifizieren sie sich schon mit der ärztlichen Berufsrolle, und Rothe et al. (2016) rekonstruieren in einer ersten Auswertung, dass das ärztliche Selbstverständnis einer maskulinen Norm folgt (2016: 24) und selbst die „grundsätzlich für angehende Ärztinnen attraktive Habitusformation (schon) […] am Ideal hegemonialer Männlichkeit“ (ebd.: 27) ausgerichtet sei. Diese Idealisierung speist sich aus der Wahrnehmung der Ärztinnen, formal zwar ebensolche Karrierewege einschlagen zu können wie ihre Kollegen, explizit jedoch durch die Zuschreibung als potentielle Mütter daran gehindert zu werden; womit sich das Idealbild für die Ärzte als ungehindert zugänglich darstellt, während Ärztinnen Hürden handhaben müssen. Von Seiten der Mehrzahl der Ärztinnen wird das ärztliche (männliche) Idealbild somit nicht in Frage gestellt, was als Ergebnis ihrer professionellen Sozialisation gedeutet werden kann. Hegemoniale Männlichkeit stellt dabei geschlechtsbezogene Praktiken und Unterscheidungen zur Verfügung, die die Legitimation der männlichen Dominanz versus weiblichen Unterordnung sicherstellen sollen (Connell 2006). Da nur wenige Männer den normativen Ansprüchen des hegemonialen Musters vollumfänglich genügen, ist es vor allem die Mehrzahl komplizenhafter Männlichkeiten, die von der Vorherrschaft der Männlichkeitsform und Unterdrückung von Frauen sowie untergeordneten und marginalisierten Männlichkeiten profitiert (patriarchale Dividende, u.a. Connell 2006; Meuser/Scholz 2012).

Mit der vorliegenden Studie stellen wir die Auswertung der Gruppendiskussionen über drei weitere Erhebungszeitpunkte (II bis IV) vor und zeichnen die medizinische Sozialisation im Verlauf der fachärztlichen Weiterbildung vor dem Hintergrund genderspezifischer Aspekte nach, indem wir Geschlechterstereotype sowie Formen der Inkorporierung vergeschlechtlichter Normen und Strukturen durch Ärztinnen und Ärzte untersuchen[3]. Zusätzlich fragen wir nach Situationen und Kontexten, in denen Geschlecht eventuell keine Differenzkategorie (mehr) darstellt, gleichwohl sich nach Hirschauer (2014) empirisch eher die Phase der

Nichtaktivierung von Differenzen als undoing (gender) rekonstruieren lässt, und weniger ein „Ruhezustand von Unterscheidungen" (ebd.: 183) selbst[4].

Wir konzipieren die Übernahme der Arbeitskultur als Ausdruck vermännlichter Herrschaft im Prozess der beruflichen Sozialisation anhand a) der Deutungen und Aneignungen beruflicher, und hier vor allem karrierebezogener Orientierungen und b) der Ausprägungen eines genderspezifischen Habitus durch die Agierenden selbst.

Methodik

Der Zusammenhang zwischen implizitem Wissen über geschlechtsspezifische Strukturen in der Organisation der Krankenversorgung sowie die Verkörperung der Strukturen des Einzelnen in spezifischen Handlungsstrategien und Praktiken, dem *doing gender* (West/Zimmerman 1987) *while doing the job*, bilden die Grundannahme der vorliegenden Untersuchung. Wir gehen mit Mannheim (1980) davon aus, dass Teilnehmende einer Gruppendiskussion über ein implizites, atheoretisches Wissen verfügen, welches aus dem Sprechen über das Handeln einer Rekonstruktion u.a. mittels der Dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2003) zugänglich ist.

Die Anfrage zur Teilnahme an einer Gruppendiskussion (GD) erfolgte zum Zeitpunkt I (Projektbeginn) über Anschreiben an Personen des Fragebogensamples des Hamburger Teilprojekts von KarMed (Kohorte mit Abschluss des Medizinstudiums in 2009). Zu den Zeitpunkten II-IV wurden die ehemaligen Teilnehmenden der Gruppendiskussionen sowie Personen aus dem Fragebogensample erneut angeschrieben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl GD, Anzahl Teilnehmende in Klammern

Zeitpunkt	**II**	**III**	**IV**
GD Ärztinnen W	2 (4/4)	3 (2/4/4)	4 (4/3/4/3)
GD Ärzte M	1 (2)	1 (2)	2 (2/4)
GD Ärztinnen und Ärzte WM		1 (4)	

Der Eingangsstimulus zu GD II bezog sich auf die berufliche Entwicklung seit dem Praktischen Jahr; ergänzt wurden Fragen zur privaten Situation, der täglichen Arbeit und privaten wie beruflichen Zukunftsvorstellungen. Zur dritten Erhebung baten wir um die Darstellung der aktuellen beruflichen Tätigkeit, der Vorstellungen einer idealen Weiterbildung, sowie der mittel- und langfristigen privaten und beruflichen Ziele und Wünsche. Zur vierten GD sollten die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in der fachärztlichen Weiterbildung beschreiben sowie anschließend besonders positive, einschneidende Momente berichten, die förderlich für die berufliche Entwicklung gewesen seien.

Nach der auditiven Aufnahme wurden die GD vollständig transkribiert[5], anonymisiert[6], nach den jeweiligen Fragen gegliedert, sowie formulierend

interpretiert. Anhand des *tertium comparationis* „Anpassung an die Arbeitsbedingungen“ rekonstruierten wir innerhalb je eines Erhebungszeitpunktes die geschlechtsspezifischen Orientierungen und verglichen diese zwischen den Erhebungen.

Ergebnisse

Die Auseinandersetzung mit der gelingenden Adaptation an die Anforderungen der medizinischen Tätigkeit verdeutlicht zu allen drei Erhebungszeitpunkten *den* gemeinsamen Erfahrungshorizont, der jeweils in verschiedener Weise mit geschlechtsspezifischen Deutungen verknüpft wird.

Der Einstieg in den Beruf – GD II

Im Zentrum der Schilderungen aller GD stehen Beschreibungen, wie die klinische Arbeit in ein zufriedenstellendes Verhältnis zu den Anforderungen der Weiterbildung zu bringen sein könnte. Hinzu treten Schilderungen über bisherige Erfahrungen mit der ärztlichen Tätigkeit, sowie kursorische Verweise auf Zukunftsvorstellungen gerade in Bezug auf eine mögliche Familiengründung, jedoch hat niemand zu diesem Zeitpunkt schon Kinder.

> **Cw:** Und wenn man arbeitet, dann arbeitet man halt wirklich ganz intensiv und dann is’ man ja auch ganz intensiv an dem Patienten dran. Das sind irgendwie zwölf Patienten, für die ich dann zuständig bin, und die seh’ ich dann halt wirklich sechs Tage am Stück zwölf Stunden. Da bin ich ganz dicht [Aw: Bist auch genau] mit denen. Das is’ ganz toll und [Aw: Mhm] das hab’ ich sehr genossen und ich muss sagen, jetzt hab ich grad ne Beziehung und für ’ne Beziehung is’ das ganz furchtbar, das geht gar nich’. (GD II PW)[7]

Durch die Kopplung ärztlicher Leistung an die investierte Arbeitszeit findet eine Umdeutung von Zeit als Arbeitsleistung statt. Die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit oder die Effizienz sowie Fertigkeiten und Fähigkeiten werden nicht vordergründig thematisiert. Durch die positive Rahmung arbeitszeitlicher Anforderungen erfolgen eine Verinnerlichung der beruflichen Strukturen und die Akzeptanz der arbeitszeitlichen Norm der maximalen Präsenz, wobei die fachliche Leistung zweitrangig scheint. Das Privatleben hingegen wird damit den beruflichen Ansprüchen und Anforderungen fraglos untergeordnet, was sich in der unvereinbaren Gegenüberstellung des „intensiven Arbeitens“ und der Liebesbeziehung („das geht gar nicht“) zeigt.

Im Gegensatz zu den Ärztinnen konnotieren die Ärzte diese arbeitszeitlichen Anforderungen mit Geschlecht: bspw. werden im Fachbereich Psychiatrie Männer bei der Stellenvergabe bevorzugt, da sie im Modus des Selbstverständ-

lichen vollzeittätig sein können, während Ärztinnen die Selbstverständlichkeit von Teilzeittätigkeit unterstellt wird.

> **Cm:** man kriegt da Sonder-, das ist aber überhaupt kein Problem [Bm: Mhm] muss man sagen ähm, weil es wollen viele Leute keine Psychiatrie machen. Machen viel Frauen mit Halbtagsstellen Psychiatrie. Das heißt die sind nicht, also das ist ist gemein, aber so isses. Also du kriegst als Mann der sozusagen sagt, ja ich komm ja Vollzeit, [Bm: Mhm] kriegst du auch noch, kriegst du fast immer, hast dann immer auch wieder, was weiß ich, Schwangerschaftsvertretung, das ist dann halt, ist ja schon eher so en etwas frauenlastigerer Fachbereich. Also das ist überhaupt kein Problem sozusagen fast für übermorgen irgend ne Psychiatriestelle zu bekommen. (GD II DM)

Das nicht zu Ende gesprochene „Sonder-" zu Beginn der Sequenz verweist auf eine Sonderbehandlung als Mann in einem als Frauendomäne wahrgenommenen Fachgebiet, womit die implizite Abwertung des Fachgebietes Psychiatrie einhergeht. Diese Nische böte eine Arbeitsplatzsicherheit und eine Anerkennung innerhalb des Fachbereichs, dennoch ist dieses Fach inhaltlich nicht attraktiv; das Ranking der (Un-)Beliebtheit führt die Geschlechtszugehörigkeit als Diskriminator ein. Ärztinnen werden aus der Gruppe der relevanten Anderen, die positiven Einfluss auf das Prestige eines Bereichs haben, ausgeschlossen. Die quantitative weibliche Dominanz in der Psychiatrie ergebe sich demnach vornehmlich aus pragmatischen Gründen (Arbeitsplatzsicherheit und Teilzeitmöglichkeiten), die in den Beschreibungen hier nicht als karriererelevante Entscheidungskriterien anerkannt werden. Abseits der Höherbewertung männlich dominierter Profession wird die Thematik Familie stereotyp auf Ärztinnen attribuiert, da sie aufgrund der ‚natürlicherweise' gegebenen Zuständigkeit für die Familienfürsorge in Teilzeit arbeiten müssten, während Ärzte in Vollzeit arbeiten könnten. Wenn dieser Umstand den Ärzten bessere Möglichkeiten eines stringenten Karriereaufstiegs ermöglicht als den Ärztinnen, wird die Geschlechtszugehörigkeit über die vermittelnde Variable der Arbeitszeit und Arbeitsstruktur zur omnirelevanten Strukturkategorie im Bereich der Realisierung von Karriereambitionen. Entlang der internalisierten Fraglosigkeit tradierter Familienmodelle und geschlechterdifferenter Rollenverteilung von männlicher Erwerbs- und weiblicher Familienarbeit steht Ärzten der unkomplizierte Aufstieg offen. Ärztinnen hingegen werden aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit und des damit vermeintlich verminderten Leistungsvermögens aufgrund von Phasen familienbedingter Auszeiten und/oder Teilzeiterwerbstätigkeit als ernst zu nehmende Konkurrenz disqualifiziert.

> **Bm:** Ja und wenn im OP immer irgendwas nicht klappt, dann werden die alle ganz gerne mal laut. [Cm: Ja] @Das das hört dann nicht beim Chef auf. […] Die Chirurgie ist natürlich sowieso so, dass da auch gerne mal nen bißchen rumgebrüllt wird, das ist jetzt

ne Sache, mit der ich persönlich nicht so viel anfangen kann, aber der Ärger verfliegt auch schnell muss man sagen. Also es wird weniger intrigiert als
Cm: LWeniger gezickt sozusagen?
Bm: Weniger gezickt und mehr gebrüllt. (GD II DM)

Ähnlich wie die Arbeitszeit wird das Thema der Hierarchie von den Ärzten als vergeschlechtlicht dargestellt, wobei eine ambivalente Legitimierung tradierter männlicher Verhaltensweisen und institutionalisierter Normen stattfindet. Neben den Diskriminatoren Fachrichtung und Arbeitszeit tritt Geschlecht in der Deutung eines anerkannten Führungsstils hinzu. Dies zeigt sich anhand der Beschreibung zweier unterschiedlicher Kommunikationsformen, das „Brüllen“ in der Chirurgie und das „Intrigieren/Zicken“ in der Neurologie/Psychiatrie. Beide Kommunikationsformen rekurrieren dabei auf vergeschlechtlichte Verhaltensweisen von Führung. Ein autoritärer und durchsetzungsfähiger Führungsstil wird mit Männlichkeit, ein nachsichtiger, durchsetzungsschwacher Führungsstil mit Weiblichkeit assoziiert. Funktional, gerade für die Ärzte in Weiterbildung, scheint der autoritäre, demnach der maskuline Führungsstil zu sein, bei dem die inhaltlichen Lerneffekte für die Weiterzubildenden als am größten eingeschätzt werden. So wird im impliziten Lehrplan auf der Beziehungsebene wirkungsvoll und nachhaltig vermittelt, dass Führung nicht geschlechtslos ist.

Obwohl alle Teilnehmenden zu diesem Zeitpunkt weder Kinder haben noch erwarten, wird das Thema Vereinbarkeit mit einem weitreichenden Einfluss auf die Ausbildung von Karrierevorstellungen und die Evaluation optionaler beruflicher Entwicklung antizipiert. Besonders die Themen Arbeitszeit und Familie bringen ein Moment der Evidenz geschlechtlicher Zugehörigkeit hervor. Ärztinnen und Ärzte erwarten eine (alternativlose) Einschränkung der weiblichen ärztlichen Arbeitstätigkeit durch die traditionell zugewiesene Verantwortung für die Familiensorge. Die *vorauseilende Zustimmung* in diese Sphärentrennung erfolgt durch die Antizipation geschlechtsspezifischer Benachteiligungen für eine Karriere als Ärztin, noch bevor die Hürden real auftreten. Dies kann für Ärztinnen zu einem recht frühen Zeitpunkt der beruflichen Tätigkeit dazu führen, die Option „Karriere“ aus dem beruflichen Werdegang auszuschließen.

Beginnende Routinen – GD III

Die Diskutierenden zum dritten Untersuchungszeitpunkt befinden sich alle im zweiten bis dritten Jahr ihrer fachärztlichen Weiterbildung. Auch hier haben weder die Ärztinnen noch die Ärzte Kinder. Offensichtlich geschlechterneutral sehen sich die Ärztinnen und Ärzte in einem geteilten Horizont mit einem organisationalen Idealtypus konfrontiert, der impliziert, dass ihre Arbeitskraft in einem traditionellen Normalarbeitsverhältnis der Organisation Krankenhaus uneingeschränkt zur Verfügung gestellt wird.

Fw: Das Arztdasein an sich, also als Assistenzarzt is' man ja schon sehr beansprucht in der Klinik, im Sinne von Dienste, Bereitschaftsdienste, Nachtdienste und so sozusagen, dass das alles so abgewogen is', dass man auch noch 'n gutes Privatleben hat das is' halt schon manchmal schwierig. Also, im Idealfall wird ja von einem erwartet, dass man seine ganze Zeit und Kraft auf die Arbeit hin ausrichtet und da alles hineininvestiert, w::as auch richtig und wichtig is', aber gleichzeitig, ja, hat- gibt's auch=noch was anderes. Und darum is' dann halt sch- schon manchmal schwierig, das alles unter einen Hut zu kriegen, was noch so wichtig is'. Also, Familien-planung, das is' @Thema, das sollte man in der Klinik nich' unbedingt laut sagen@, ne? [@(.)@]Das is' gar keine Frage, ob man sich selber da entscheiden will oder muss oder man muss sich halt entscheiden weil alles geht halt nich'. (GD III PWM)

Die Auseinandersetzung mit diesen Rahmenbedingungen des ärztlichen Berufs kennzeichnet neuralgische Punkte der Sozialisation. Die strukturellen Bedingungen erscheinen den Ärztinnen und Ärzten als unveränderbar, was in der Beschreibung der impliziten Regel des Krankenhauses, das Thema Familienplanung zu tabuisieren, aber auch in der positiven Wertung („was auch richtig und wichtig ist") zum Ausdruck kommt. Diese Form der Anpassung findet sich als eine konjunktive Erfahrung in allen weiteren Diskussionen der Ärztinnen und Ärzte zu diesem Zeitpunkt: Familiengründung und Karriere werden in ihrer Gleichzeitigkeit dann jedoch für die Ärztinnen ausgeschlossen. Die physische Anwesenheit der Ärztinnen und Ärzte selbst dient als konstitutives Moment der Arbeitskraft im Krankenhaus, weswegen Schwangerschaft und Mutterschaft zwangsläufig einen einschränkenden Einfluss auf die umfängliche Verfügbarkeit gerade der Ärztinnen nehmen. Diese impliziten organisationalen Leitbilder werden als normativ wahrgenommen und dadurch vergeschlechtlichte Strukturen fortgeschrieben. Der Zugriff auf die Arbeitskraft und die Verfügbarkeit sind zwar nicht offensichtlich vergeschlechtlicht, werden es jedoch in dem Moment des ‚Ausfalls' durch Mutterschutz und Elternzeit und sei dieser auch nur antizipiert.

Fw: und das is' schon charakteristisch für die Klinik, also wenn man jetzt als Frau da 'n Kind kriegen würde, dann brauch man da auch nich' nochmal dann @wiederkommen@ [Jm: @]. Das is' @wirklich so@. Da brauch man gar nicht anfragen. (GD III PWM)

Über die Stigmatisierung von Schwangerschaft und Mutterschaft als Behinderung für die ‚ideale' ärztliche Tätigkeit wird die Proposition *Verausgabung, vorauseilende Zustimmung* weiter entfaltet, die als notwendig für das Arbeiten an einer Universitätsklinik wahrgenommen wird. Die Ärzte entfalten in der weiterführenden Diskussion keinen Gegenhorizont, versuchen jedoch eine Egalisierung, ein *undoing gender* dieser Einschränkung, da auch sie sich als

betroffen erleben und ihrer ‚idealen‘ Tätigkeit die Akzeptanz einer Elternzeit durch die Vorgesetzten einschreiben. Hier werden Geschlecht und Familie als funktional äquivalent beschrieben: Ärztinnen disqualifizieren sich bereits durch ihre Geschlechtszugehörigkeit sowie die Antizipation von Schwangerschaft und Mutterschaft für eine ärztliche Karriere. Karriere und Führung sind mit traditionell männlichen Attributen konnotiert und Ärzte disqualifizieren sich durch den Wunsch Elternzeit übernehmen zu wollen, indem sie dadurch die Ablehnung tradierter geschlechtsspezifischer Aufgabenverteilung deutlich machen. Somit erfahren auch Ärzte eine vergeschlechtlichte Norm von Führung.

> **Kw:** Ja, wenn man wirklich Karriere machen will, ist es glaub ich sehr schwer [Jw: Ja] mit Kindern. Also ich kenn ich so Beispiele, meine Doktormutter, wenn ich an die denke, die da irgendwie sehr viel ähm, geschafft hat plus Kinder hat. Also es gibt ja so Ausnahmefrauen, die das schaffen, aber ich also ich hab da großen Respekt vor und ähm, die setzen dann aber schon auch die Priorität, dass dann Kinder weniger gesehen werden oder ähm, ja man irgendwie auch die finanziellen Mittel haben muss, um ’ne Haushaltshilfe zu haben. Oder man braucht ja irgend ’ne Unterstützung, um das, um das dann auch hinzukriegen. Und da ist glaub ich wieder der Psychiatrie-Facharzt ähm, wiederum Facharzt, wo es noch am besten geht, so. [Jw: Mhm] Weil’s eben planbar ist oder weil man mal in ’ne Praxis kann, aber Praxis heißt dann ja auch wieder nicht die Karriere im klassischen Sinne. Also es wäre dann keine [Jw: Ja] leitende Oberarztstelle. [Jw: Ja]. Und eine unserer Oberärztinnen, die ähm, hat auch ’n Kind und die hat die Möglichkeit ’ne Teilzeitstelle zu haben und trotzdem Oberärztin in der Uniklinik zu sein. Das hätt’s an der anderen Klinik auch nicht gegeben. Also ich glaube da gibt’s Unterschiede von den Häusern und von den Chefs, wie so die Einstellung grundsätzlich dazu ist. [Jw: Mhm]. (GD III DW)

Es gibt jedoch im medizinischen System auch Karriereärztinnen. Sie sind sichtbar und könnten die Vergeschlechtlichung von Führung irrelevant machen. Die Anerkennung der Oberärztin, die eine Karriere trotz Kindern „geschafft“ habe, wird jedoch im Anschluss relativiert durch die Vermutung der Prioritätensetzung zuungunsten der Kinder sowie des besonderen finanziellen Aufwandes. Die Kennzeichnung dieser Kollegin als „Ausnahmefrau“ betont die Normativität männlicher Karrierewege und stellt sie zugleich für Ärztinnen prinzipiell in Frage. Zwar haben die Ärztinnen aktuell (noch) keine Kinder, schließen jedoch in *vorauseilender Zustimmung* die Vereinbarkeit beider Sphären im Allgemeinen aus, trotz der Erfahrung Ärztinnen mit Kindern in Leitungspositionen zu kennen. Diese Ärztinnen dienen anderen Ärztinnen (und auch Ärzten) nicht als Modell einer alternativen beruflichen Karriere, sondern vielmehr der Perpetuierung einer stereotypen beruflichen Entwicklung i.S. der Regelbestätigung durch Ausnahmen.

Cm: Also wir hatten jetzt so 'ne Oberärztin, die geht jetzt auch, muss=man fast sagen Gott sei Dank, in die Praxis, die ähm, lange im Mutterschutz war und die ist gekommen, von der man sozusagen auch die Überforderung einfach angemerkt und die dann, so: häh, die hat so 'ne halbe Stelle, was machen wir mit der, die setzen wir auf die Notaufnahme. Und es ist ähm, ganz fatal, weil wenn man denjenigen, der unsicher ist, auf die Notaufnahme setzt ähm, da muss man eigentlich jemanden haben, der schnell gut entscheiden kann. Und ähm, das ist genau das Gegenteil. Die macht dann irgendwie pro Patient dreiviertel Stunde Visite, was einfach nicht geht auf Notaufnahme. Also=als Oberarzt finde=ich das geht einfach nich, das ist, das ist nicht diskutabel. Glaub ich 'ne supergute Assistenzärztin da mal gewesen und irgendwie auch 'ne Streberin und deswegen hat sie dann diesen Posten bekommen und da war sie dann raus und dann ist sie wieder gekommen und dann war das alles schneller und mehr geworden, die Abstände größer und alles zack, zack, zack, zack. (…)was sich jetzt löst, weil sie halt in 'ne Praxis geht. (GD III DM)

In einer Hintergrunderzählung wird die Fehlbesetzung einer Leitungsposition durch eine Ärztin beschrieben. Explizit wird hierbei die Entscheidung des Vorgesetzten thematisiert, die als intransparent und gemessen an Leistungsprinzipien nicht nachvollziehbar erlebt wurde, was durch die grundlegende Anerkennung des hierarchischen Prinzips zu einer negativen Arbeitsatmosphäre auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte führte. Auf einer impliziten Ebene zeigt sich hingegen der Ablauf eines typischen *gendering*-Prozesses mit allen (Ab-)Wertungen und Konsequenzen für Einzelne sowie die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte. Nach dem Aussetzen der „superguten Assistenzärztin" und „Streberin", die somit prinzipiell alle erforderlichen Leistungskriterien für einen Aufstieg im System erfüllt, wird sie, diesen Kriterien entsprechend, auf eine oberärztliche Position befördert, was als *undoing gender* gewertet werden könnte. Sie wird jedoch ‚wegbefördert' auf eine andere Station, auf der sie mit ihr unvertrauten Abläufen konfrontiert wird. Ihr absehbares Scheitern, was selbst die Assistenzärztinnen und -ärzte antizipierten, wird begründet mit der langen Zeit des Mutterschutzes. Da hiermit eigentlich Elternzeit gemeint ist, verweist schon dieser Versprecher auf eine unbewusste Konnotation von Muttersein mit Leistungsunfähigkeit. Den Erwartungen des Scheiterns wird sie durch ihr Verhalten zuverlässig gerecht: Sie ist überfordert und kommt den Anforderungen einer Leitungsposition nicht adäquat nach. Am Ende dieses Prozesses kompensiert sie ihr Scheitern mit dem Ausstieg aus dem universitären System und einer Karriere in die Niederlassung, sie „bügelt" es mit ihrem Weggang wieder „aus". In der Erzählung wird dieses Scheitern geschlechterneutral auf ihre Leistungsunfähigkeit attribuiert, gleichwohl die Bezeichnung als „Streberin" ihre Leistungsfähigkeit disqualifiziert. Der Ausstieg und die Entscheidung keine Karriere zu machen, werden durch diese Deutung an das Individuum gebunden und verdecken damit geschlechtsspezi-

fische Strukturen und Prozesse des *doing gender while doing the job*, gerade durch die Kopplung des Geschlechts an Leistung.

Neben dem Ausstieg aus dem System Krankenhaus wird Teilzeittätigkeit im Krankenhaus als eine weitere Strategie im Umgang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie beschrieben. Ärztinnen dürfen somit auch arbeiten, wenn sie Mütter sind – das mutet fortschrittlich an –, verändert jedoch nichts an der vertikalen Segregation. Aufstieg bleibt an Vollzeittätigkeit gebunden, weil nur sie mit höchster Leistungsfähigkeit assoziiert wird, die wiederum männlich konnotiert ist. Die Vereinbarkeitsfrage wird zwar mit der Möglichkeit der Teilzeittätigkeit scheinbar gelöst, jedoch werden Ärztinnen und Ärzten weiterhin nicht die gleichen Chancen zugestanden, daraus auch eine Karriere zu entwickeln. Diese geschlechtsspezifische Chancenungleichheit wird in den Diskussionen nicht in Frage gestellt, sondern als Status quo anerkannt.

Das Ende der fachärztlichen Weiterbildung – GD IV

In den letzten Gruppendiskussionen sind alle Ärztinnen und Ärzte im vierten Jahr ihrer fachärztlichen Weiterbildung und zum Teil Eltern geworden oder erwarten ihr erstes Kind. Themen der Vereinbarkeit werden nun konkret vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen diskutiert.

Cw: Darf man denn fragen bei dir, wie deine Planung ist so, mit └Kind @(.)@ Ja.
Aw: └(Die) meinst du? @(.)@ Äh ja, die ist └keine Ahnung, mal gucken. Also ich mach noch ein halbes Jahr frei und die andere Hälfte macht mein Freund. Und dann schauen wir mal. [Cw: hm] Werde ich wahrscheinlich voll wieder anfangen. Also weil ich └halt
Cw: └Also gleich nach einem halben Jahr voll dann?
Aw: Irgendwie oder nach acht Monaten. [Cw: hm=hm] wenn es denn, muss man auch sehen wie das dann ist, keine Ahnung. (GD IV DW)

Mit der Frage nach der Elternzeitplanung wird die Differenz von konkretem Entscheidungs- und Handlungsdruck markiert. Die Ärztin mit Kind verortet sich jedoch auch weiterhin in der kollektiven Orientierung der *Passivität* („muss man auch sehen“). Das kurze Moment einer Selbstgestaltung mit der Andeutung, nach einem halben Jahr des „Freimachens“ wieder „voll anfangen“ zu wollen, wird mit der versichernden Nachfrage an die Grenze dieser kollektiven Orientierung verwiesen – Aktivität in der Gestaltung der Bedingungen sowie eine Ausrichtung an der beruflichen Karriere scheint dieser Orientierung weniger eingeschrieben als der Verbleib in tradierter Sphärentrennung. Mit der relativierenden Reaktion „irgendwie oder nach acht Monaten“ und dem wiederholten „keine Ahnung“ wird der kurze Vorstoß zur Entfaltung eines Gegenhorizonts wieder zurückgeholt und sich der Kollektivität untergeordnet – ganz im Sinne der von Bourdieu beschriebenen Polarität der Geschlechter, die sich in

den antagonistischen und komplementären Prinzipien Weiblich/Innen/Passives und Männlich/Außen/Aktives (1979: 35) zeigt.

Waren es zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung noch die antizipierten Überforderungen durch die Parallelität der Lebensbereiche Familie/Partnerschaft und Beruf, die die Ärztinnen in *vorauseilender Zustimmung* das Arbeiten in „Nischen", in weniger attraktiven Fächern, in denen Teilzeittätigkeit möglich ist, bevorzugen ließ, wird durch die konkrete Erfahrung das Einrichten in einem vergeschlechtlichten Habitus bestätigt und fortgeführt. Das „bequeme" Arbeiten sowie das Ausschöpfen der Elternzeit in dem für Frauen üblichen Maße von einem Jahr bestimmen die kollektive Orientierung der Ärztinnen. Familiengründung kann durch den als normativ den Müttern zugeschriebenen Verantwortungsbereich Ärztinnen eine Möglichkeit bieten, sich der permanenten Verfügbarkeit und Verausgabung zu entziehen, was im Modus des Selbstverständlichen dann keiner Erklärung bedarf. Die Bestätigung dieser Orientierung versichert den Ärztinnen die angemessene habituelle Verortung. Herausgefordert wird diese Orientierung erst durch untypische Verhaltensweisen bspw. im Umgang mit Konkurrenz, was sich an folgender Aussage beschreiben lässt.

Aw: Das Fach ist schön, aber das Team war schlecht. Also man hat da irgendwie so zugesehen, dass man irgendwie heil rauskam. Obwohl ich da viel gelernt hab muss ich sagen. (…) Und da waren halt viele Frauen und da hat man das gemerkt, dass, also da war's negativ.
Cw: Das Typische. Also
Aw: Dieses Typische, dieses Stutenbissige, nicht dieses Kollegiale, komm, wir helfen uns mal, sondern irgendwie teilweise noch hinterm Rücken nochmal Reintreten. (GD IV PW)

Hier verdeutlicht sich die Inkorporierung in geschlechtsspezifische Orientierungen durch den Rekurs auf die Differenz zwischen weiblichem und männlichem Konkurrenzverhalten (Intriganz, Hinterhältigkeit vs. offene, ehrliche Konkurrenz), wobei Kolleginnen durch ein spezifisches kompetitives Verhalten („das Typische, das Stutenbissige") Kollegialität verhindern. Der Umgang mit Konkurrenz wird geschlechtsspezifisch gewertet. Mehr noch: das typisch weibliche kompetitive Verhalten erschwert das Arbeiten gerade für andere Kolleginnen – sie müssen sehen, dass sie „heil rauskommen". Karrierechancen werden nicht ausschließlich durch Leistungen beeinflusst, sondern es finden informelle Machtkämpfe statt.

Eine weitere Irritation erfährt die Orientierung der *Passivität*, des Arrangierens, aber auch durch ärztliche Kollegen, die sich gegenüber dem männlichen Habitus geschlechtsunspezifisch verhalten.

Cw: Ist halt auch mittlerweile akzeptiert, dass Väter in Elternzeit gehen.
Aw: Mhm, ja, bei uns auch.

Cw: Also die gehen dann alle nur zwei, drei Monate. ⌊Machen da
Dw: ⌊Für die Forschung.
Cw: Ja, teilweise klar für die Forschung, aber nicht nur muss man sagen. Die nehmen sich dann auch die Zeit, aber. Es gibt sogar bei uns nen Vater, der 80 Prozent arbeitet.
Dw: Einen. @(.)@
Cw: Ja. Einen.
(…)
Aw: ⌊Wir haben auch nen Kollegen, der geht jetzt zwölf Monate in Elternzeit (…). Und klar, 80 Prozent der Anderen sagen, °naja°. Der wird auch bei uns kein Oberarzt und der ist so der Papi. (GD IV SW)

In dieser Erzählung konkurriert das traditionelle Stereotyp mit einem sich wandelnden Geschlechterrollenverständnis. Während auf der einen Seite der Wandel in Form der Normalität männlicher Elternzeit dargestellt wird, wird auf der anderen Seite dieser Wandel zu relativieren versucht („für die Forschung“) und als Ausnahme dargestellt („Einen“). Dass auch Ärzte Elternzeit nehmen, führt in den Wahrnehmungen der Ärztinnen nicht zu einer Aufwertung der Sphäre Familienarbeit, sondern verschlechtert die beruflichen Bedingungen für Ärzte in einem ähnlichen Maße wie für Ärztinnen. Die dem Arbeitgeber sichtbare Verantwortung für Familie durch Ärzte wird für diese dann ähnlich karrierehinderlich und führt zu einem Ausschluss aus (Be-)Förderungsstrukturen. Daran lässt sich erneut das Beharrungsvermögen tradierter Geschlechterrollen im medizinischen System rekonstruieren, welches Frauen die Sphäre der Familienarbeit und Männern die der Erwerbsarbeit zuschreibt – bei Abweichung werden kompetitive Ärztinnen als „stutenbissig“ und familienfürsorgende Ärzte als „Papi“ disqualifiziert. Dennoch können diese Ärzte, die der Gruppe der marginalisierten Männlichkeiten zugewiesen werden, immer noch von der patriarchalen Dividende (Connell) profitieren. Ärztinnen hingegen, auch wenn sie leistungsfähig und karriereorientiert sind, haben auch im Vergleich zu diesen Ärzten schlechtere Karrierechancen.

Zusammenfassung und Diskussion

In Bezug auf Geschlecht konnten wir verschiedene systemimmanente Differenzlagen rekonstruieren: Arbeitszeit, Fachgebiet (z.B. Chirurgie/Psychiatrie) und Führungsstil. Schon zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung stellen diese Differenzlagen bedeutende Orientierungspunkte dar, auch wenn das Thema der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (noch) in keiner Gruppe konkret ist. Die Inkorporierung in einen geschlechtsspezifischen Habitus beginnt ohne offensichtliche Brüche, wobei vor allem die Dichotomie von Passivität und Aktivität der Geschlechterrollen auffällt. Durch die Kopplung von Leistungsfähigkeit an die vollständige Verfügbarkeit, die als Anspruch kollektiv wahrgenommen

wird, wird der Zugriff auf die eigene Arbeitskraft, den „arbeitenden Körper", vollzogen. Im Verlauf der fachärztlichen Weiterbildung verfestigen sich die Differenzen durch die Einnahme einer passiven Duldungshaltung, was eine implizite Zustimmung zu diesen Strukturen in Form vorauseilenden Einfügens bedeutet. Die Anforderungen an die Arbeitstätigkeit selbst scheinen derart hoch zu sein, dass sie kaum Freiräume zu einer eigenständigen Ausgestaltung zulassen. So werden fachliche „Nischen" gesucht, die entlang der Differenzlagen strukturell bereitgestellt werden, um die geschlechtsspezifische Verteilung von Macht zu sichern. Allgemein fungieren Geschlecht und berufliche Orientierung im Zugang zu leitenden Positionen im Krankenhaus als funktional äquivalente geschlechterdifferente Einstiegstabus. Während Ärztinnen bereits aufgrund ihrer weiblichen Geschlechtszugehörigkeit die immanenten Fähigkeiten für eine Führungsposition aberkannt werden, disqualifizieren sich Ärzte für einen stringenten klinischen Karriereverlauf entlang einer beruflichen Orientierung, die nicht dem tradierten institutionalisierten Leitbild der Verhaltens- und Wesensmerkmale einer ärztlichen Führungskraft entspricht. Durch das Überschreiten geschlechtsspezifisch zugewiesener Sphären von Familienarbeit durch Ärzte, die Elternzeit nehmen, und Erwerbsarbeit durch Ärztinnen, die trotz Kindern in Vollzeit arbeiten wollen und Führungspositionen anstreben, werden diese Normen sichtbar. Damit das Überschreiten nicht zu einer Krise der Männlichkeit (Meuser/Scholz 2012: 23) in der Medizin führt, muss es als Ausnahme und Besonderheit konstatiert werden. Karriereorientierte Ärztinnen werden dann als scheiternde „Streberinnen" und familiensorgende Ärzte als „Papis" disqualifiziert, was zusammen mit der „Komplizenschaft der Frauen" (Kremer 2014: 32) zur Durchsetzung des hegemonial männlichen Ideals des Arztes beiträgt. Das Geschlecht bei Ärztinnen und die berufliche Orientierung bei Ärzten stellen damit unterschiedliche Einstiegs- und Zugangstabus dar, die zirkulär aufeinander verweisen und damit die Karrieremöglichkeiten beeinflussen.

Unsere Ergebnisse können einen Beitrag zum Ansatz der Differenzierungen an den Körpern leisten (Hirschauer 2014). Auch wenn über die Beurteilung von Leistungskriterien eine Loslösung von geschlechtsspezifischen Differenzierungen – und damit ein undoing gender – versucht wird, werden durch die Zuschreibung von „geringerer" Leistungsfähigkeit der Ärztinnen aufgrund ihrer potentiellen Mutterschaft diese Differenzierungen an den Körpern (Hirschauer 2014) als *doing gender while doing the job* gebunden und weiterhin prozessiert.

Die Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit, warum Ärztinnen seltener als Ärzte in medizinische Führungspositionen aufsteigen, lässt sich sinngemäß auch für andere Berufszweige stellen, denn die vertikale Segregation ist nicht auf die medizinische Profession beschränkt (European Union 2016). Aus sozialpsychologischer Sicht wird argumentiert, dass Geschlechterstereotype und Geschlechtsrollenerwartungen die Wahrnehmung von guter Arbeit und Eignung für Führungsaufgaben nachhaltig bestimmen und dass diese Wahrnehmung über alle Branchen hinweg Männern zu Gute kommt (Athenstaedt/Alfermann 2011). Hinzu kommt die zugeschriebene zentrale Verantwortlichkeit von Frauen für die Organisation der Familie und die Kinderbetreuung. Diese resultiert in einem Ausstieg aus der Vollzeittätigkeit und dies wiederum wird als Indiz für

fehlende Berufsmotivation und fehlende Eignung für eine Führungstätigkeit gedeutet – gerade in Kliniken. In allen statistischen Analysen zur vertikalen Segregation in Deutschland werden vorübergehender Ausstieg und Teilzeittätigkeit als ‚Karrierekiller' identifiziert (z.B. Holst/Friedrich 2016). Auch dies gilt branchenübergreifend. Die Arbeitsorganisation und die Arbeitsideologie in Kliniken ist auf ständige Verfügbarkeit und hierarchische Entscheidungsbefugnis ‚zum Wohle der Patienten' ausgerichtet, und genau dies unterscheidet sie von den meisten anderen Branchen. Beides zusammen, die Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Eignung und die Arbeitsideologie, begünstigt Männer und erschwert den Aufstieg von Frauen in der Klinikhierarchie. Dies tritt in unseren Gruppendiskussionen deutlich zutage und wird von den Betroffenen selbst zudem nicht in Frage gestellt.

Obwohl die quantitative Gleichverteilung der Geschlechter im ärztlichen Beruf fast angekommen ist (mit Unterschieden in bestimmten Facharztgruppen, BÄK 2015), normieren typisch männliche Erwartungen und Verhaltensweisen in Krankenhäusern immer noch die Anforderungen an die Tätigkeit (Acker 2006: 448). Im medizinischen Kontext sind diese Praktiken verbunden mit der ständigen Verfügbarkeit, der Vollzeittätigkeit und der Verausgabung mit dem organisationalen Zugriff auf die gesamte ärztliche Person. Die vermeintlich individuelle Ausformulierung einer bestimmten medizinischen Orientierung kann als Inkorporierung dieser normierten Stereotype einer gelungenen Weiterbildung i.S. eines *idealen Arztes* begriffen werden, die grundlegend an bestimmte Geschlechterstereotype gebunden sind. Nach Bourdieu gründet die „Beharrlichkeit und Kontinuität *männlicher Herrschaft* nicht zuletzt [auch; d. Verf.] auf ihrer Normalisierung im Alltag und vor allem in der Bereitschaft der Frauen sie zu akzeptieren“ (Kremer 2014: 32). Demnach scheint es schwierig, die herrschenden strukturell verankerten Imperative eines männlichkeitszentrierten Normalarbeitsverhältnisses im Krankenhaus zu verändern, da deren Befolgung für Frauen und Männer gleichermaßen Zugangs- und Ausschlusskriterium des ärztlichen Berufs darstellt.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Dorothee Alfermann
Universität Leipzig
Projekt TransferGenderMed, Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung,
c/o Sportwissenschaftliche Fakultät
Jahnallee 59, 04109 Leipzig
alfermann@uni-leipzig.de

Swantje Reimann
Universität Leipzig
Projekt TransferGenderMed, Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung,
c/o Sportwissenschaftliche Fakultät

Jahnallee 59, 04109 Leipzig
swantje.reimann@posteo.de

Catherina Sachse
Leipzig
CatherinaSachse@web.de

Robert Schacht
MSB Medical School Berlin
Calandrellistraße 1-9, 12247 Berlin
robert.schacht@medicalschool-berlin.de

Anmerkungen

1 Der Anteil der Frauen an führenden klinischen Positionen liegt bei ca. 13 %, an führenden Positionen der akademischen Medizin bei ca. 11-18 % (W3/C4-Professuren ca. 11 %; BÄK 2015).

2 Das Vorhaben KarMed (Karriereverläufe und Karrierebrüche von Ärztinnen während der fachärztlichen Weiterbildung) wurde von 2008-2014 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie den Europäischen Sozialfonds (ESF) unter den Förderkennzeichen 01FP01FP0801, 01FP0802, 01FP1243, 01FP1244 für das Teilprojekt Leipzig gefördert. Die Verantwortung für die Veröffentlichung liegt bei den Autor_innen.

3 Die fachärztliche Weiterbildung markiert nicht den Beginn der medizinischen Sozialisation, da jedoch Ausbildung (Studium) und anschließende fachärztliche Weiterbildung formal und inhaltlich deutlich getrennte Systeme darstellen, haben wir uns auf die letztere Phase konzentriert, weil hier der (geschlechtsspezifisch konnotierte) Arbeitskontext im Vordergrund steht.

4 „Das undoing ist […] eine im Erwartungshorizont signifikante Inaktivität, die nahtlos in etwas ganz anderes übergehen kann. Am Rande des undoing findet also der Wechsel zu anderen Unterscheidungen statt“ (Hirschauer 2014: 183).

5 Wir danken ganz herzlich Lisa Gathmann, Nadja Nolting und Christian Heckel für die Erstellung der Transkripte, sowie den ehemaligen Mitarbeitenden für die grundlegenden methodischen Ausarbeitungen.

6 In der Transkription wurden die Regeln nach Przyborski (2004) angewendet.

7 Bedeutung der Bezeichnung: GD für Gruppendiskussion, römische Zahl für Zeitpunkt der GD, erster Großbuchstabe für Stadtkennung, zweiter (einmalig dritter) Großbuchstabe für Ärztinnen = W oder Ärzte = M. Innerhalb des Zitates werden die Sprechenden mit einer Kombination aus Großbuchstaben als Bezeichnung der Sprechreihenfolge sowie Kleinbuchstaben als Bezeichnung einer Ärztin oder eines Arztes gekennzeichnet.

Literatur

Abele, Andrea E. (2006): Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, S./Kaczmarczyk, G./Bühren, A. (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer, S. 35-57. https://doi.org/10.1007/978-3-540-44521-0_3.

Acker, Joan (1990): Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. In: Gender & Society 4, 2, S. 139-58. https://doi.org/10.1177/089124390004002002.

Acker, Joan (1992): Gendered Institutions: From Sex Roles to Gendered Institutions. In: Contemporary Sociology 21, 5, S. 565-569. https://doi.org/10.2307/2075528.

Acker, Joan (2006): Inequality Regimes. Gender, Class, and Race in Organizations. In: Gender & Society 20, 4, S. 441-464. https://doi.org/10.1177/0891243206289499.

Athenstaedt, Ursula/Alfermann, Dorothee (2011): Geschlechterrollen und ihre Folgen. Eine sozialpsychologische Betrachtung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Becker-Schmidt, Regina (2003): Zur doppelten Vergesellschaftung von Frauen. In: gender politik online. <http://www.fu-berlin.de/sites/gpo/soz_eth/Geschlecht_als_Kategorie/Die_doppelte_Vergesellschaftung_von_Frauen/index.html> (Zugriff am 10.10.2016).

Bohnsack, Ralf (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 5. Auflage. Opladen: Budrich. https://doi.org/10.1007/978-3-322-89614-8.

Bourdieu, Pierre (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabylischen Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Brinkschulte, Eva (2006): Historische Einführung. Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In: Dettmer, S./Kaczmarczyk, G./Bühren, A. (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer, S. 9-35.

Bundesärztekammer (2015). Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/> (Zugriff am 16.4.2016).

Cicourel, Aaron V. (1993): Habitusaspekte im Entwicklungs- und Erwachsenenalter. In: Gebauer, G./Wulf, C. (Hrsg.): Praxis und Ästhetik. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 148-173.

Connell, Raewyn (2006): Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. 3. Auflage. Wiesbaden: VS.

Deutsch, Francine M. (2007): Undoing Gender. In: Gender & Society 21,1, S. 106-127. https://doi.org/10.1177/0891243206293577.

European Union (2016): Report on equality between women and men 2015. SWD (2016) 54, Print ISBN 978-92-79-56893-0 ISSN 1831-2802 doi:10.2838/14515 DS-AU-16-001-EN-C.

Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1994): Interaktion und Geschlecht. Frankfurt/M.: Campus.

Heintz, Bettina/Nadai, Eva (1998): Geschlecht und Kontext. De-Institutionalisierungsprozesse und geschlechtliche Differenzierung. In: Zeitschrift für Soziologie 27, 2, S. 75-93. https://doi.org/10.1515/zfsoz-1998-0201.

Hirschauer, Stefan (2014). Un/doing Differences. Die Kontingenz sozialer Zugehörigkeiten. In: Zeitschrift für Soziologie 43, 3, S. 170-191. https://doi.org/10.1515/zfsoz-2014-0302.

Hochschild, Arlie R. (1983): The Managed Heart: Commercialization of Human

Feeling. Berkeley: University of California Press.

Hohner, Hans-Uwe/Grote, Stefanie/Hoff, Ernst-H. (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. In: Deutsches Ärzteblatt International 100, 4, S. 67-70.

Holst, Elke/Friedrich, Martin (2016): Hohe Führungspositionen: In der Finanzbranche haben Frauen im Vergleich zu Männern besonders geringe Chancen. In: DIW Wochenbericht 37, S. 827-838.

Knorr-Cetina, Karin (1989): Spielarten des Konstruktivismus. Einige Notizen und Anmerkungen. In: Soziale Welt 40, 1/2, S. 86-96.

Kremer, Kathrin (2014): Pierre Bourdieus männliche Herrschaft in der Frauen- und Geschlechterforschung. In: Frey, M./Kriszio, M./Jähnert, G. (Hrsg.): Männlichkeiten. Kontinuität und Umbruch. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien, Humboldt-Universität zu Berlin, Bulletin Texte 41, S. 31-49.

Leidner, Robin (1991): Serving Hamburgers and Selling Insurances: Gender, Work and Identity in Interactive Service Jobs. In: Gender & Society 5, 2, S. 154-177. https://doi.org/10.1177/089124391005002002.

Mannheim, Karl (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Mead, George Herbert (1998): Geist, Identität und Gesellschaft. 11. Auflage. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Meuser, Michael/Scholz, Sylka (2012): Herausgeforderte Männlichkeit. Männlichkeitskonstruktionen im Wandel von Erwerbsarbeit und Familie. In: Baader, M. S./Bilstein, J./Tholen, T. (Hrsg.): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies. Wiesbaden: Springer VS, S. 23-40.

Nentwich, Julia/Kelan, Elisabeth (2014): Towards a Topology of 'Doing Gender': An Analysis of Empirical Research and its Challenges. In: Gender, Work & Organization 21, 2, S. 121-134. https://doi.org/10.1111/gwao.12025.

Przyborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90347-7.

Rothe, Katharina/Wonneberger, Carsten/Deutschbein, Johannes/Pöge, Kathleen/Gedrose, Benjamin/Alfermann, Dorothee/Kromark, Kathrin (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/M./New York: Campus, S. 312-334.

Rothe, Katharina/Deutschbein, Johannes/Wonneberger, Carsten/Alfermann, Dorothee (2016): Zwischen „Arzt spielen", „Work-Life-Balance" und „Highend-Medizin". Wird „hegemoniale Männlichkeit" in der Medizin herausgefordert? In: Forum: Qualitative Sozialforschung 17, 1, Art. 15.

Sander, Kirsten (2009): Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. Konstanz: UVK.

Statistisches Bundesamt (2015): Statistisches Jahrbuch 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <www.destatis.de/jahrbuch> (Zugriff am 10.10.2016).

Tienari, Jeanne/Nentwich, Julia (2012): The 'Doing' Perspective on Gender and Diversity. In: Danowitz, M. A./Hanappi-Egger, E./Mensi-Klarbach, H. (Hrsg.): Diversity in Organizations. Concepts and Practices. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, S. 109-136. https://doi.org/10.1007/978-1-137-28487-7_6.

West, Candace/Zimmerman, Don (1987): Doing Gender. In: Gender & Society 1, 2, S. 125-151. https://doi.org/10.1177/089124328700100200 2.