

Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die zunehmende Zahl unbesetzter Arztstellen lässt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zunehmend in den Fokus von Unternehmen, Kliniken und Universitäten rücken, da die gestiegenen Erwartungen an Work-Life-Balance als einer der Gründe hierfür anzusehen sind. Hochqualifizierte Fachkräfte werden ausgebildet, stehen dem Arbeitsmarkt aber nicht zur Verfügung. Welchen Schwierigkeiten sich Ärztinnen und Ärzte mit Familienwunsch einerseits und potentielle Arbeitgeber andererseits stellen müssen, soll hier zusammengefasst werden.

Methodik: Der folgende Artikel ist als Diskussion zu verstehen und soll auf Basis des aktuellen Stands der Forschung potentielle Ansatzpunkte für eine Optimierung des Arztberufes aus familienfreundlicher Perspektive darstellen und insbesondere zur weiteren Diskussion anregen.

Ergebnisse: Einige grundlegende Schritte zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurden bereits getan, beispielsweise die Bereitstellung von Betreuungsplätzen oder das zunehmende Angebot einer flexibleren Arbeitszeitgestaltung. Dennoch scheinen diese Maßnahmen, da weder flächendeckend umgesetzt noch ausreichend, nicht zu genügen, um eine Bindung von Nachwuchskräften zu sichern. Gerade Frauen in Führungspositionen sind weiterhin selten zu finden.

Schlussfolgerung: Ärztinnen und Ärzte wünschen sich mehr Lebensqualität durch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Der Ausbau familienfreundlicher Angebote ist als notwendiger Schritt zu sehen, um eine zufriedenstellende Positionierung von Medizinerinnen in den Bereichen Beruf und Familie zu ermöglichen. Um jedoch präzise sagen zu können, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, bedarf es einer genauen Datenbasis bspw. in Form von detaillierten Mitarbeiterbefragungen.

Schlüsselwörter: Medizinerinnen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Gleichstellung, leaky pipeline

Einleitung

„Es könnte grenzenloses Unglück entstehen, welches die Universität vernichten würde, dass nämlich die Zahl der Medizinstudentinnen größer würde, als die der Studenten.“

Diese Befürchtung, die ein Schweizer Physiologie Professor im Jahr 1872 ausgesprochen hat (Ludimar Hermann 1872, zitiert nach: [24]) scheint in Deutschland seit einigen Jahren eingetreten zu sein: Die Feminisierung der Medizin schreitet in Deutschland rapide voran. Über 70% der etwa 80.000 Medizinstudierenden sind Frauen, bei den Berufseinsteigerinnen stellen Ärztinnen knapp 60 Prozent [22], [16]. Doch immer noch findet das von Hermann 1872 prophezeite „Unglück“ nur an der Basis statt, von einer weiblichen Medizin kann man erst dann sprechen, wenn der prozentuale Anteil von Medizinerinnen

in Führungspositionen dem Anteil der Medizinerinnen mit Staatsexamen entspricht. Und das ist noch lange nicht der Fall: der Frauenanteil an den W3-Professuren beträgt deutschlandweit lediglich 13,3% [21] (der dt. Ärztinnenbund spricht sogar nur von 5,6% [17], es finden sich in den Führungsebenen des Gesundheitswesens nur wenige Frauen und in den Spitzenpositionen der Kliniken sind Frauen extrem unterrepräsentiert [17]). Und das obwohl eine Aufrechterhaltung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung immer schwieriger wird [5]. Etwas ältere Zahlen von 1999 weisen 48% der bei den Landesärztekammern gemeldeten Medizinerinnen als derzeit „ohne ärztliche Tätigkeit“, aus, die Arbeitslosenquote lag zu dieser Zeit mit 8,3% etwa doppelt so hoch wie bei männlichen Kollegen [2]. Die Relevanz der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat bei Medizinerinnen gleichermaßen zugenommen [9]. Klinika, Universitäten, Ärztekammern und Berufsverbände stehen nun

Lucia Jerg-Bretzke¹

Kerstin Limbrecht²

1 Universitätsklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Medizinische Psychologie, Gleichstellungsbeauftragte der Universität Ulm, Ulm, Deutschland

2 Universitätsklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Medizinische Psychologie, Gleichstellungsreferat der Universität Ulm, Ulm, Deutschland

vor der Aufgabe, diese Erwartungen umzusetzen, um den veränderten Arbeitsplatzanforderungen gerecht zu werden.

Eine Bestandaufnahme möglicher Faktoren zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit ist unumgänglich, um die hochqualifizierten weiblichen Arbeitskräfte nicht langfristig für den Arbeitsmarkt zu verlieren. Dieser Artikel soll als Diskussion einen Blick auf den bisherigen Forschungsstand geben und zur weiteren Diskussion potentieller Ursachen für die Ungleichverteilung von Männern und Frauen in der Medizin anregen.

Der aktuelle Stand

An der medizinischen Fakultät in Ulm studieren zum Stand 2009 ca. 2.800 Studenten davon sind 66% Frauen und 34% Männer, von den 249 Promotionen wurden 153 (61,4%) Frauen und 96 (38,6%) Männer zum Dr. med. promoviert. Bei den Habilitationen 2009 kippt die Dominanz der Frauen in das Gegenteil, von den 27 Habilitationen sind nur noch 4 (14,8%) weiblich, die Quote aller Medizinprofessorinnen beträgt zum genannten Zeitpunkt 15%. Andere Universitäten berichten ganz ähnliche Zahlen. Die GWK [20] beschreibt, dass in der Medizin die Frauenanteile deutschlandweit zwar in allen Qualifikationsstufen gestiegen sind, der W3/C4-Professorinnenanteil in den medizinischen Fächern 2008 jedoch nur bei etwa 13,3% lag. Betrachtet man die so genannte „Leaky Pipeline“ vergangener Jahre, so zeigt sich: Ein relativ großer Anteil an Frauen beginnt mit einer beruflichen Karriere, ein Großteil dieser geht aber im Laufe der Zeit „verloren“. Einige Forscher vermuten, dass dieses Phänomen mit den bisher nur schwer zu vereinbarenden Lebenswelten Beruf und Familie zu tun hat. Eine Familie wünschen sich 86% der angehenden Ärztinnen und Ärzte. 79% der Medizinstudierenden gehen aber davon aus, dass es (sehr) schwierig werde, Kinder mit dem ärztlichen Beruf zu vereinbaren [6]. Dieses Phänomen zeigt sich auch allgemein bei angehenden Akademikern: Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, kurz BMFSFJ [10] gibt an, dass nur 25% aller Studentinnen einen rein familienzentrierten Lebensentwurf haben (im Gegensatz zu 50% bei den nichtstudierenden Frauen). 39% der Studentinnen gehen davon aus, dass sie bis zum dritten Lebensjahr des Kindes weder studieren noch berufstätig sein können. So zeigt sich folgender Trend: Frauen, die eine akademische Ausbildung beginnen, scheinen diese auch zeitnah beenden zu wollen, um ins Berufsleben einsteigen zu können. Nur 6-7% der Studierenden sind Eltern [10]. Durchschnittsalter bei Studienabschluss ist in etwa 27-28 Jahre, auch bei den Mediznern. Danach scheinen die Karten völlig neu gemischt zu werden. Frauen stehen jetzt, drastisch ausgedrückt, an einem Scheideweg. Der Weg zur Ober- oder Chefärztin bedeutet viele Entbehrungen, lange Arbeitsstunden, wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Das konservative Bild des aufopferungsbereiten und stets anwesenden Arztes ist noch immer in den Köpfen der Kollegen, aber

auch der Allgemeinbevölkerung verankert. Eine Familie zu gründen steht diesem beruflichen Werdegang nahezu diametral entgegen. Es ist anzunehmen, dass sich hier die Gruppen trennen: in jene, die eine Familie gründen und auf die Karriereleiter verzichten und solche, die den Kinderwunsch zurückstellen und sich voll und ganz dem Arztberuf verschreiben. Man könnte fast sagen: Die biologische Befähigung der Frauen, Kinder zu bekommen und die traditionell gesellschaftlich verankerte und oft auch gewollten Zuständigkeit für Kinder und Familie, lässt Frauen auf der Karriereleiter hängenbleiben. Eine Umfrage der Claus Goworr Consulting aus dem Jahr 2006 konnte beispielsweise zeigen, dass etwa 40% der Akademikerinnen aus beruflichen Gründen kinderlos bleiben [12]. Diese Zahl ist in den letzten Jahren sogar leicht angestiegen und Medizinerinnen haben im Vergleich mit ihren männlichen Kollegen sogar weniger häufig einen Partner.

Und das, obwohl in den letzten Jahren durchaus Bemühungen sichtbar sind, die Versäumnisse hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie nachzuholen. Es gibt verschiedene Auditierungen zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie (bspw. den Audit berufundfamilie der Hertiestiftung, <http://www.beruf-und-familie.de/>) den sowohl die sowohl Kliniken als auch Universitäten und damit medizinische Fakultäten mit den dementsprechenden Maßnahmen erreichen können. Dass das Thema auch bei der Bundesregierung angekommen ist zeigen die Handbücher: Karriereplanung für Ärztinnen von Dettmer und Kolleginnen [14] herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Bundesärztekammer, sowie Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte von Bühnen und Schoeller [5], das von den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Gesundheit sowie der Bundesärztekammer unterstützt wird. Die Autorinnen stellen darin u.a. Checkliste „familienfreundliche Klinik“ zur Verfügung.

Der Deutsche Ärztinnenbund beschäftigt sich schon seit der Gründung mit Themen der Vereinbarkeit und konnte u. a. Weiterbildung in Teilzeit sowie eine gesetzliche Verankerung von Jobsharing bei Niedergelassenen erwirken [7]. Maßnahmen der Politik wie Elterngeld, Elternzeit, Pflegezeit oder Sicherung von Betreuungsplätzen sind nicht nur ein Schritt in die richtige Richtung und bildungspolitisch notwendig, sondern – so Bühnen – auch volkswirtschaftlich und gleichstellungspolitisch geboten. Weitere Schritte müssen folgen. Auf Seiten der Klinika, um durch Familienfreundlichkeit Arbeitskräfte zu Zeiten des Ärztemangels zu gewinnen. Auf Seite der Ärztinnen und Ärzte, um eigene Lebensentwürfe, die Familie und Karriere beinhalten, umsetzen zu können. Wie die Studie der Kommission Klinika (2007) nämlich zeigt, hat sich der Frauenanteil in einem Zeitraum von 2001-2005 in keiner der untersuchten Qualifikationsstufen (Assistenzarzt bis C4-Professur) signifikant erhöht. Die von Bund und Ländern angestrebte 40%-Regelung bei der Besetzung von Stellen ist noch lange nicht erfüllt. Was sind Gründe hierfür?

Trotz vieler Anstrengungen seitens der Klinika sind an den meisten Kliniken immer noch *nicht ausreichend Kinderbetreuungsangebote* wie Krippen, Kindergärten, Tagesmüttern an den Kliniken etc. vorhanden, auch wenn einzelne familienfreundliche Modelle insbesondere in privat geführten Kliniken (bspw. Unfallklinik Murnau) zeigen, dass umfassend flexible Kinderbetreuungsangebote und familienfreundliche Arbeitszeiten sich durchaus mit wirtschaftlichen Zielen vereinbaren lassen [7]. Aber deutschlandweit sind weder deren Anzahl ausreichend noch die durchschnittlich angebotenen Betreuungszeiten entsprechen den Anforderungen des klinischen Alltages. Ebenfalls wenig familienfreundlich sind die vorherrschenden Arbeitszeitmodelle die mit nur 10% Teilzeitstellen wenig Flexibilität bieten [3], [7].

Die *traditionelle Rolle der Frau und Mutter* in der deutschen Gesellschaft: Frauen scheinen hier geradezu „natürlicherweise“ für die Versorgung und „Aufzucht“ der Nachkommen zuständig zu sein, auch dann wenn sie gut ausgebildet sind und einer Berufstätigkeit nachgehen. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wird dieses Bild in Deutschland besonders extrem vertreten (vgl. [25]). Auch ist es immer noch üblich, dass Frauen nach der Geburt eines Kindes zunächst zuhause bleiben, der Mann „versorgt“ die Familie in dieser Zeit (vgl. [15]). Tut Frau dies nicht, wird sie schnell als Rabenmutter bezeichnet – ein Wort, das es in vielen anderen Sprachen gar nicht gibt. Bühren [7] spricht im Zusammenhang mit diesem Phänomen von einem gewichtigen inneren und äußeren Karrierehindernis. Von Astrid Bühren [8] stammt eine Studie bei chirurgischen Abteilungen deutscher Universitätskliniken. Bei der Befragung von 103 Lehrstuhlinhabern und Abteilungsleitern erwies sich ein konservatives Geschlechterrollenmodell als mögliche Ursache für die Diskriminierung der Frauen im Bezug auf Führungsaufgaben. Von tradierten Karriereologien an den Medizinischen Fakultäten sprechen Dettmer und Kolleginnen [14] in diesem Zusammenhang. Die o.g. mütterideologischen Erwartungen der Rundumbetreuung an Frauen durch die Gesellschaft werden neuerdings insbesondere bei hochqualifizierten Frauen ergänzt durch einen zusätzlichen Anspruch erfolgreicher Berufstätigkeit und die Bereitschaft zur Karriere und münden somit in sich widersprechende Ziel und Motive mit denen sich die jungen Frauen konfrontiert sehen.

Der *Stellenwert von Arbeit*: Ca. 70% unserer wachen Zeit verbringen wir mit Arbeit. Die Karriereleiter besteigen zu können, bedeutet häufig, diesen Prozentsatz noch zu vergrößern. Fleiß und Ausdauer sind ebenso gefragt wie eine gute Ausbildung. Mütter können sich eine reine Fokussierung auf die Erwerbsarbeit jedoch nicht leisten, bzw. oft die erwartete Mehrarbeitszeit nicht anbieten. Die Öffnungszeiten der Kinderbetreuungsangebote überbrücken im Normalfall eben nicht Zeitspannen von 12 und mehr Stunden pro Tag und wichtige Gremiensitzungen, die nach 16.30 Uhr stattfinden, können dann eben meist nicht von Müttern besucht werden. Dafür erwerben sie durch die Familie zahlreiche zusätzliche Kompetenzen, die auf dem Arbeitsmarkt von Bedeutung sein können.

Dies anzuerkennen, bedeutet jedoch auch, die Sichtweise aufzugeben, dass Vollzeitarbeitende dafür büßen, dass andere Teilzeit arbeiten dürfen und einer Führungsposition ein Leben voller Entbehrung im Privatleben vorauszugehen habe.

Dass die fehlende Gleichberechtigung in der Medizin nicht nur an den fehlenden familienfreundlichen Rahmenbedingungen liegt, konstatiert Regine Rapp-Engels, Präsidentin des dt. Ärztinnenbundes denn auch Ärztinnen ohne Kinder, stoßen an die sogenannte gläserne Decke (Pressemitteilung des dt. Ärztinnenbundes vom 08.03.2011 [17]).

Die *Rollen-(in-)kongruitätstheorie von Eagly und Karau* [18] könnte auch für das die Unterrepräsentanz von Medizinerinnen in Leitungspositionen zutreffen. Nach dieser Theorie nehmen viele Menschen zwischen den typischen Charakteristika die erfolgreiche Führungspersonen aufweisen und den typischen Rollenverhalten/Charakteristika von Frauen eine Diskrepanz wahr. Dies führt dazu, dass das Führungspotential von Frauen oft unterschätzt wird, da Führungsqualifikationen eher mit dem männlichen als mit dem weiblichen Geschlechterstereotypen assoziiert wird. Frauen werden also für Führungspositionen als weniger geeignet eingeschätzt und das von Frauen ausgeübte Führungsverhalten wird weniger positiv beurteilt, weil es von Frauen ausgeübt wird.

Von *fehlenden weiblichen Vorbildern* als Bremse für die Übernahme von Führungsverantwortung sprechen Ley und Kaczmarczyk [22]. Nur 20% der weiblichen Arbeitnehmer in Europa werden von Frauen geführt und sogar nur 10% der männlichen Arbeitnehmer haben eine Chefin. Modelle sind wichtig bei der Entscheidung für einen bestimmten Lebensweg. Nimmt man wahr, dass viele Frauen um einen herum, Kinder und Beruf vereinbaren können, so wirkt dies motivierend und ermutigend. Hat man jedoch den Eindruck, dass das Erklimmen der Karriereleiter mit Kinderlosigkeit einhergeht, so wirkt dies abschreckend, sollte ein Kinderwunsch vorhanden sein. Schon in den 70er Jahren vermutete Kay Deaux [13] aufgrund umfangreicher Studien, dass zu bescheidene *Selbsteinschätzung und Selbstdarstellung* die Karriere von Frauen beeinträchtigte. Verschiedene neuere Studien konnten diese Vermutung bestätigen: Buddeberg-Fischer und Kollegen [4] fanden bei Medizinstudentinnen bspw. eine Diskrepanz zwischen subjektivem Karrierekonzept und Selbstkonzept als innere Barriere.

Diskussion

Die Medizin steht vor der Herausforderung, sich als Arbeitsfeld wieder attraktiver zu machen. Das erhöhte Interesse von Medizinerinnen und Medizinerinnen, Beruf und Familie vereinbaren zu können, sollte als Ansatzpunkt zur Umstrukturierung gesehen werden. Die Medizinischen Fakultäten sind zukünftig insbesondere auf den weiblichen Nachwuchs angewiesen, schon um überhaupt genügend Nachwuchskräfte in Klinik, Forschung und Lehre rekrutieren zu können. Flexible und familienfreundliche

Arbeitsbedingungen sind ein entscheidender Faktor hierfür. Die Frage ist, wie sich Institutionen, Universitäten, Hochschulen, Kliniken und Unternehmen der Anforderung stellen können, Beschäftigten Bedingungen bereit zu stellen, um Familie und Beruf besser in Einklang zu bekommen [11]. Unter anderem aus der Literatur gefolgert sind wichtige Ansatzpunkte:

1. Grundsätzlich die Bereitschaft, Vereinbarkeit von Familie und Beruf als *geschlechtsunabhängiges* Problem zu sehen, das Mütter und Väter (bei der Kinderbetreuung) sowie Töchter und Söhne (bei der Betreuung von pflegebedürftigen Eltern) betrifft.
2. *Mehr und flexiblere Betreuungsmöglichkeiten*: Berufstätige Mütter und Väter müssen ihr Kind sicher und zuverlässig untergebracht wissen. Einerseits in einer festen Versorgungseinrichtung wie einem Kindergarten oder einer Krippe, andererseits in flexiblen Betreuungseinrichtungen durch Tagesmütter, Babysitter, Nachbarschaftshilfe etc. bei selten auftretenden Terminen außerhalb der regulären Arbeitszeit. Für ältere Kinder sollte über längere Schulzeiten nachgedacht werden. In vielen europäischen Ländern kommen Kinder erst gegen 16 Uhr aus der Schule. Hier wurden mit der politisch verankerten Maßgabe zum Ausbau von Krippenplätzen bereits ein wichtiger Schritt getan. 2005 hatten ca. 71% der Klinika Betreuungsplätze anzubieten, allerdings häufig nicht bedarfsdeckend [21].
3. *Flexible Arbeitszeiten*, wie Teilzeitregelungen, Lebensarbeitszeitmodelle und neue bspw. kürzere Schichtarbeitszeitmodelle, die nicht nur die Bedürfnisse von Müttern sondern auch von jungen Vätern oder Paaren berücksichtigen. Schwangerschaft, Elternschaft wie auch die Pflege von Angehörigen dürfen nicht länger als Störfaktor einer Arbeitsorganisation gelten, sondern müssen früh in die Langfristplanungen und Arbeitszeitmodelle einbezogen werden.
4. *Sichere Arbeitsplätze*: ein Großteil der Wissenschaftler hat kurze befristete Arbeitsverträge von oft unter einem Jahr. Die Unsicherheit, was danach kommt, hält viele Paare davon ab, unter diesen Bedingungen eine Familie zu gründen bzw. Paare, die sich für Kinder entscheiden, brechen die wissenschaftliche Karriere ab.
5. *Die Lockerung dienstrechtlicher Altersgrenzen* (vgl. Prof. Kempen [19])
6. *Neue flexiblere Karrierewege*: Prof. Winnaker, Generalsekretär des europäischen Forschungsrates in Brüssel [19] spricht von attraktiven kleinen Forschungsdepartements als Alternative zu den großen Lehrstühlen, die mit administrativen Aufgaben überlastet sind und die insbesondere für Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen in der Familienphase attraktiv sein könnten.
7. *Mentoringprogramme für junge Ärztinnen und Ärzte*, bei denen erfahren Kolleginnen und Kollegen Ansprechpartner für berufliche karrieretechnische so-

wie Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zur Verfügung stehen (vgl. [1]) sowie

8. speziell in der Facharztausbildung muss darüber nachgedacht werden, die *Mutterschutz-Regelungen zu flexibilisieren*, damit durch die Arbeitsverbote (Einsatz im OP, Labor etc.) nicht noch mehr Zeit verloren geht. Eine Anpassung der Mutterschutzrichtlinien an die medizinischen Bedürfnisse erscheint notwendig.
9. *Die Intensivierung von frauenspezifischen und familienfreundlichen Förderprogrammen* und Stipendien sowie Dual Career-Programmen.
10. Aufbau von *Netzwerken* mit weiblichen (Rollen-)Vorbildern und Mentoren.
11. *Einstellungswandel*: Frauen und Männer müssen sich mit ihren traditionellen Geschlechterrollen auseinandersetzen und über neue Selbst- und Familienkonzepte nachdenken. Frauen sollten lernen, auch ohne gängige Vorbilder selbstbewusste Karrierekonzepte zu entwickeln. Väter sollten vermehrt eine aktive Rolle in der Kinderbetreuung übernehmen, auch wenn es in der Praxis oft problematisch ist, da mangelnde Akzeptanz erlebt wird und Karriereeinbußen befürchtet werden.
12. *Bereitstellung finanzieller Mittel*: Universitäten und Klinika sollten durch die Erhöhung finanzieller Mittel darin unterstützt werden, familienfreundlichere Strukturen einzuführen.
13. *Überarbeitung der Unternehmenskultur*: Universitäten und Kliniken sollten die Vorteile bewusst nutzen, die sich aus einer familienfreundlichen Personalpolitik ergeben.

Sicherlich gibt es noch zahlreiche weitere Aspekte, die es zu diskutieren gilt. Und genau dazu soll dieser Aufsatz anregen: Was lässt sich tun, damit Frauen den Arztberuf, Karriere und eine Familie in Einklang bringen können?

Fazit

Für junge Ärztinnen und Ärzte der heutigen Generation bedeutet Lebensqualität, Familie und Arbeit im Wunschberuf [6]. Eine Balancierung zwischen Beruf und Familie ist im Arztberuf oftmals noch schwerer umzusetzen als in anderen akademischen Berufen: Patienten brauchen auch in der Nacht, am Wochenende und am Geburtstag des Sohnes oder der Tochter medizinische Betreuung. Will man dem zunehmenden Ärztemangel etwas entgegenstellen, ist es ein sinnvoller und hilfreicher Schritt, auf Basis des genauen Bedarfs und der Kenntnis der speziellen Belastungsparameter, die durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf entstehen weiterreichendere Serviceangebote für Familien mit Kindern einzurichten. Um eine Abschätzung des genauen Versorgungsbedarfs zu erhalten, ist es sinnvoll, spezielle Mitarbeiterbefragungen mit dem Fokus auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Belastung durch diese durchzuführen. Der Status Quo der Universitätsmitarbeiter der Universität

Ulm sowie der Hochschulmitarbeiter der Hochschulen Ulm und Neu-Ulm wird in einer 4-jährigen Längsschnittstudie erfasst und optimiert werden. Studienbeginn ist Wintersemester 2011/2012. Hierbei wird zum einen angestrebt, den Bedarf an detaillierten Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erfassen zum anderen werden auch Parameter der Arbeitszufriedenheit, Belastung und Gesundheit erfasst und mit o.g. Daten statistisch analysiert. Dann werden konkrete Maßnahmen umgesetzt und deren Wirksamkeit im Längsschnitt zu überprüft. Die Effektivität eines solchen Vorgehens konnte bereits an einer Befragung der Ulmer Medizinstudenten nachgewiesen werden [23]: Die Universität Ulm kann nun eine ausgesprochen familienfreundliche Studienorganisation vorweisen [5].

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Abele AE. Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
2. Abele AE. Karriereverläufe und Berufserfolg. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg). Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer; 2006. S.35-57.
3. Böckers A, Lamott F. Bedrohung und oder Chance? Feminisierung der Medizin. *Ärztebl Baden-Württemberg*. 2002;07(2010):292.
4. Buddeberg-Fischer B, Illes C, Klaghofer R. Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden - Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenkandidaten und -kandidatinnen. *Gesundheitswesen*. 2002;64:353-362.
5. Bühren A, Schoeller AE. Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: enka-druck GmbH; 2010.
6. Bühren A. Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht - Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. S.17-28.
7. Bühren A. Das Phänomen "Rabenmutter". In: Bühren A, Schoeller AE (Hrsg). Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: enka-druck GmbH; 2010.
8. Bühren A. Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils. In: Schönleben K (Hrsg). Sonderband zum Chirurgenkongress 2001. "Umdenken in der Chirurgie". München: Hans Marseille Verlag; 2002. S.177-190.
9. Bundesärztekammer, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Pressekonferenz mit der Bundesärztekammer: Wie wünscht ihr euch eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus? Berlin: Bundesärztekammer; 2006.
10. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Monitor Familienforschung - Zukunftstauglich: Familienfreundliche Hochschulen. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik. Berlin: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend; 2008. S.14.
11. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung. Band 10: Familiengerechte Hochschule. Daten - Herausforderungen - Perspektiven. Oldenburg: BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; 2008.
12. Claus Goworr Consulting. Frauen in Führungspositionen - Eine Umfrage der CGC -Claus Goworr Consulting unter 600 Führungskräften in Deutschland im Juli 2006. München: claus Goworr Consulting; 2006. Zugänglich unter/Available from: <http://www.cgc-consulting.com/download/StudieFrauen-23.10.06.pdf>
13. Deaux K. Self-evaluations of male and female managers. *Sex Roles*. 1979;5:571-80.
14. Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A. Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer-Verlag; 2006.
15. Dettmer S, Kuhlmeier A. Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden eine Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg). Report Versorgungsforschung - Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. S.103-116.
16. Deutscher Ärztinnenbund. Die Zukunft der Medizin ist weiblich - Herausforderung und Chance für alle. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2009. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerztinnenbund.de/Einladung-zur-Pressekonferenz-Die-Zukunft-der.1179.0.2.html>
17. Deutscher Ärztinnenbund. Gleichberechtigung und Gleichbehandlung in der Medizin sind auch nach 100 Jahren noch nicht erreicht. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2011. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerztinnenbund.de/Dr-Regine-Rapp-Engels-Gleichberechtigung-und-1541.0.2.html>
18. Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychol Rev*. 2002;109:573-98.
19. Forschung & Lehre. Braucht die Wissenschaft eine Frauenquote? Wissenschaftsorganisationen antworten. *Forsch Lehre*. 2008;6:368-370. Zugänglich unter/available from: <http://www.forschung-und-lehre.de/wordpress/?p=573>
20. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz. Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz; 2010. Zugänglich unter/Available from: <http://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Papers/GWK-Heft-17-Frauen-in-der-Medizin.pdf>
21. Kommission Klinika. Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005. Berlin: Kommission Klinika; 2007.
22. Ley U, Kaczmarczyk G. Das Potential nutzen. Heidelberg: Springer Verlag; 2010.
23. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert J. Familiengründung bei Medizinerinnen und Medizinern bereits im Studium? Ergebnisse einer Pilotstudie zur Familienfreundlichkeit im Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm. *GMS Z Med Ausbild*. 2011;29(1):Doc14. DOI: 10.3205/zma000726
24. Lukesch B. Empfindliche Verweiblichung. *Weltwoche*. 2007;43:07.
25. Vinken B. Die Deutsche Mutter. Der lange Schatten eines Mythos. München/Zürich: Piper-Verlag; 2001.

Korrespondenzadresse:

Dr. Lucia Jerg-Bretzke
Universitätsklinik für psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Sektion Medizinische Psychologie,
Gleichstellungsbeauftragte der Universität Ulm,
Frauensteige 6, 89075 Ulm, Deutschland
lucia.bretzke@uni-ulm.de

Bitte zitieren als

Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion
über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf
und Familie. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(2):Doc19.
DOI: 10.3205/zma000789, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007896

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000789.shtml>

Eingereicht: 21.04.2011

Überarbeitet: 24.10.2011

Angenommen: 24.11.2011

Veröffentlicht: 23.04.2012

Copyright

©2012 Jerg-Bretzke et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und
steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf
vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden,
vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

Where have they gone? – A discussion on the balancing act of female doctors between work and family

Abstract

Goals: The increasing number of vacant positions for doctors increasingly puts the issue of reconciling work and family into the spotlight in companies, hospitals and universities, as increased expectations of a better work-life balance are seen as one of the reasons for these vacancies. Highly qualified professionals are trained, but not available to the labour market. The aim is to summarise what difficulties doctors who want to have a family and their potential employers must face.

Methods: The following articles show the current state of research and potential starting points for an optimisation of the medical profession from a family-friendly perspective and intend to stimulate debate.

Results: Some basic steps towards better work-life balance have already been taken, such as the provision of childcare places and the increasing availability of more flexible working patterns. But it seems that these measures, since they have been implemented neither sufficiently nor universally, do not suffice to secure the next generation of staff. Especially women in leadership positions are still rare to find.

Conclusions: Both male and female doctors want better quality of life by achieving a better work-life balance. The expansion of family-friendly services is seen as a necessary step to allow female doctors to successfully combine work and family.

Keywords: female doctors, reconciling work and family life, gender equality, leaky pipeline

Lucia Jerg-Bretzke¹

Kerstin Limbrecht¹

¹ University Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Medical Psychology Section, Equal Opportunity Officer, Ulm, Germany

Introduction

“It would be an untold disaster which could destroy universities if the number of female students were to exceed that of male students”

This fear, expressed by a Swiss professor of physiology in 1872 (Ludimar Hermann, 1872, quoted from: [24]) seems to have become reality in Germany in recent years: The feminisation of medicine is progressing rapidly in Germany. About 70% of approximately 80,000 medical students in Germany are women and amongst new graduates, close to 60% are female [22], [16]. But as yet, the “disaster” predicted by Hermann in 1872 is only happening at the “base”, as one can only really speak of female medicine when the percentage of female doctors in management positions corresponds to the proportion of female doctors who graduate from university. This is far from the case, the proportion of women in W3 professorships in Germany only stands at 13,3 [21] (other Data shows only 5,6% [18], only a few women are found at the management level of healthcare and women are extremely underrepresented at top positions at hospitals [17]. And that even though maintaining comprehensive healthcare is becoming increasingly difficult [5]. Slightly older figures from 1999 show that 48% of female doctors

registered with state medical associations are currently “not engaged in medical activity”, with the unemployment rate at 8.3%, about twice as high as that of their male colleagues [2]. The relevance of a good balance between work and family has grown among male and female doctors alike [9]. Clinics, universities, medical associations and professional organisations are now faced with the task of meeting these expectations to address the changes in the workplace.

An inventory of possible factors which could improve family friendliness is essential to ensure that in the long-term, highly skilled female workers are not lost to the labour market. This article will give an overview over the current state of research and encourage a discussion of potential causes for the unequal distribution of men and women in medicine.

The Current State of Affairs

In 2009 there were about 2,800 students at the Faculty of Medicine in Ulm of which 66% were women and 34% were men, amongst the 249 doctorates 153 (61.4%) were women and 96 (38.6%) men. When it came to professorships, the dominance of women was reversed in 2009 as only four (14.8%) of the 27 post-doctoral theses were by women, with the ratio of female professors of

medicine standing at 15% in 2009. Other universities have reported very similar figures. The GWK (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz, engl.: Joint Science Conference, [20]) reports that although the proportion of women in Germany has increased at all levels of qualification in medicine, the share of female W3/C4 professors in medical subjects in 2008 was only about 13.3%. Looking at the so-called leaky pipeline of past years, it becomes clear that a relatively large proportion of women embark on a professional career but a large share of these are lost over time. Some researchers suggest that this phenomenon has to do with the severe difficulties of reconciling work and family life to date. Some 86% of people in medical school would like a family but 79% of medical students, however, assume that there it would be (very) difficult to combine children with a medical career [6]. This phenomenon is also commonly seen amongst other student groups. The Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth [10] indicates that only 25% of all female students have planned their life purely around the family (as opposed to 50% amongst non-student women). 39% of female students assume that until their child is three they will neither be able to study nor work. This results in a trend where women who start an academic education also plan to complete this promptly in order to embark on a career. Only 6-7% of the students are parents [10]. The average age at graduation is about 27-28 years, even amongst medical students. From then onwards, the deck appears to get reshuffled completely. Putting it bluntly, women at this point are at a crossroads. The path to becoming chief physician means many privations, long working hours and few options for individual flexibility. The conservative image of the selfless and always ready doctor is still anchored in the minds of colleagues but also the general population. Raising a family is hard to reconcile with the demands required by this career option. One can assume that the groups split here, into those who start a family and give up their career and those who shelve any plans for children and fully commit to a medical career. A survey by Claus Goworr Consulting in 2006 [12], for example, showed that about 40% of female academics remain childless for professional reasons. This number has even increased slightly in the last few years and female doctors, compared with their male counterparts, are even less likely to have a partner.

First of all it must be said that the last few years have seen efforts to make up for the failures of enabling better reconciliation of work and family.

There are various audits on the subject of the compatibility of career and family (for example, the *berufundfamilie* audit of the Hertie Foundation, <http://www.beruf-und-familie.de>) with which both hospitals and universities, and thus medical faculties, can be reached. Various publications show that the Federal Government has also woken up to the issue, such as *Career Planning for Female Doctors* by Dettmer and Colleagues [14], published by the Federal Ministry for Education and Research and the German Medical Association, *Family-*

friendly workplaces for Doctors by von Bühren and Schoeller [5] which was supported by the Federal Ministries for Families, Senior Citizens, Women and Young people and Health and the German Medical Association. The authors include checklists on “family-friendly hospitals”. The Federation of German Female Doctors since its founding has been addressing the issue of compatibility and has been successful in enabling part-time training and obtaining legal provisions for job sharing in established surgeries [7]. Political measures such as parent benefits, parental leave care leave or guarantees for childcare places are just a step in the right direction. Other steps must follow. Political measures such parent money, parental leave, care leave or guaranteed care places are not only a step in the right direction and necessary as part of educational policy but also, according to Bühren, necessary from an economic and equality point of view. More steps must follow. For the clinics in order to ease the shortage of doctors in these times of staff shortages and for the physicians in order to be able to realise their own plans for lifestyle, family and career. As the study by Kommission Klinika (2007) shows, the proportion of women between 2001-2005 in any of the studied levels of qualifications (assistant physician to C4 professorship) has not increased significantly. The federal and state target of 40% of new employees being women was not met by a long way. What are the reasons?

Despite many efforts by the Klinika, most clinics still do not offer *adequate child care facilities* such as crèches, kindergartens or day-care even if some family-friendly models show, in particular privately run clinics (such as the Murnau Trauma Centre) that comprehensively flexible childcare offers and family-friendly working hours can indeed be compatible with economic objectives [7]. But across Germany, neither their number nor the services hours are adequate for the requirements of clinical routines. Working hours also remain family-unfriendly, with the prevailing working hour models offering only 10% part-time opportunities and thus little flexibility [3].

The *traditional role of wife and mother* in German society sees women almost “naturally” responsibly for caring for and raising children. In comparison with other European countries, this picture is particularly extreme in Germany (compare [25]). It is still common for women to stay home after the birth of a child with the husband providing for the family (compare [15]). If a woman does not comply, she is quickly branded a “raven mother” - a name for a bad mother which does not even exist in many other languages than in German. In this context, Bühren [7] speaks of a significant internal and external career barrier. Astrid Bühren [8] published a study on surgical departments of German university hospitals. In this survey of 103 heads of departments a conservative gender role model proved a possible cause for the discrimination of women at the executive level. Dettmer and colleagues [14] speak of traditional career logic at the medical faculties in this context. The above mentioned ideological expectations of mothers in terms of all-round services for women by society have recently been supplemented by

additional demands of highly-skilled for successful professional activity and their readiness for moulding careers, thus leading to conflicting goals and motives with which young women are faced.

The *value of work*: Approximately 70% of waking hours we spend working. Climbing the career ladder often means having to increase that percentage even more. Hard work and perseverance are just as important as a good education. Mothers cannot afford purely focussing on employment, however, and often cannot supply any expected overtime as the opening hours of childcare facilities do not normally cover periods of 12 or more hours per day and important committee meetings which take place after 4.30pm are not doable for most mothers. But by having a family they acquire additional skills which may be of importance in the labour market. Yet acknowledging this also entails abandoning the view that full-time workers pay penalties for others working part-time and that a management position must mean private life taking a hit.

That the lack of equality in medicine is not only down to the lack of a family-friendly environment, as Regine Rapp-Engels (President of the German Female Doctors Federation) points out, as female doctors without children also often hit a glass ceiling (press release of the German Female Doctors Federation dated 03.08.2011, [17]).

Eagly and Karau's *role (in-)congruity theory* [18] could also apply to the under-representation of female doctors in management positions. According to this theory, many people perceive a discrepancy between the typical characteristics of successful leaders and the typical role behaviours/characteristics of women. This means that the leadership potential of women is often underestimated because leadership skills tend to be associated with male rather than female gender stereotypes. So women tend to be judged less qualified for leadership positions and women's leadership will tend to be assessed less positively because they are women.

Ley and Kaczmarczyk [22] speak of a *lack of female role models* as a brake on the transfer of management responsibility. Only 20% of female workers in Europe are managed by women and only 10% of male employees have a female boss. Role models are important in choosing a particular way of life. If the perception is that many women in one's vicinity can combine children and work, this has a motivating and encouraging effect. But if you have the impression that climbing the corporate ladder is associated with not having children, this is a deterrent should one have a desire for children.

As far back as the 70s Kay Deaux [13], based on extensive studies, had a suspicion that too modest *self-assessment and self-representation* impaired women's careers. Several recent studies have confirmed this assumption. Buddeberg-Fischer and colleagues [4] found, for example, an internal barrier amongst female medical students in the form of a discrepancy between subjective career concepts and self-concepts.

Discussion

Medicine is faced with the challenge of making itself more attractive as a career option. The increased desire of physicians of either gender for better balance between work and family should be seen as a starting point for restructuring. In future medical schools will depend especially on young women, if only to be able to recruit enough young talent in clinical practice, research and teaching. Flexible and family-friendly working conditions are a decisive factor in this. The question is, how institutions, universities, hospitals and businesses can meet the challenge of providing employment conditions which allow space for family and career (Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung, [11]). Possible starting points are:

1. In principle, a willingness to see the issue of reconciling family and career as a gender-independent problem, which affects mothers and fathers (in terms of childcare) as well as daughters and sons (in terms of care for elderly parents).
2. *More flexible and more care provision*: Working mothers and fathers need to know that their children are cared for safely and reliably. Either in a fixed care institution such as a kindergarten or crèche or in flexible care services provided by childminders, babysitters, community support, etc. for exceptional appointments outside regular working hours. For older children longer school hours should be considered. In many European countries, children do not finish school until 4pm. The governmental measures for expansion of nursery places represent an important step. In 2005 approximately 71% of clinics offered childcare places, although often not meeting demand [21].
3. *Flexible working hours*, such as part-time arrangements, working life models and, for example, new shorter shift-work models that take into account not only the needs of mothers but also fathers or young couples. Pregnancy, parenthood, as well as caring for relatives may no longer be regarded as disruptive to labour organisation but must be included early in long-term planning and work schedule models.
4. *Safe jobs*: The majority of scientists are on short-term contracts, often for less than a year. The uncertainty of what comes after keeps many couples from starting a family under these conditions and families or couples who opt for children, from an academic career.
5. *Loosening regulations on age limits* (cf. Prof. Kempen in Forschung & Lehre, [19])
6. *New, more flexible career paths*: Prof. Winnaker, Secretary General of the European Research Council in Brussels [19] speaks of attractive small research departments as an alternative to the big chairs which are overburdened with administrative tasks, which could be particularly attractive for scientists in the family phase.

7. *Mentoring programs for young doctors*, where more experienced colleagues are available for professional contacts and career-technical issues of reconciling work and family (see [1]) and
8. especially in specialisation, *increasing the flexibility of the maternity leave arrangements* must be considered to minimise the amount of time lost through work prohibitions (e.g. work in surgery, lab etc). Adapting the maternity leave policies to the needs of the medical field seems necessary.
9. *Intensification of women-specific and family-friendly support programs* and scholarships as well as dual-career programs.
10. Building *networks* with female role models and mentors.
11. *Change in thinking*: Women and men must examine traditional gender roles and reflect on new concepts of self and family. Women should learn to develop consistent career concepts even without role models. Fathers should take more active roles in raising children, even if this is often difficult in practice due to lacking acceptance and feared career disadvantages.
12. *Providing financial support*: Universities and hospitals should be supported in introducing more family-friendly structures by increasing funding.
13. *Redesigning corporate culture*: Companies should be aware of the benefits arising from family-friendly personnel policies.

Undoubtedly there are many more aspects which need to be discussed. And that is precisely the aim of this short essay. What else can be done to help women bring a career in the medical profession and family life into balance?

Conclusions

For women of our generation quality of life means family and a career in their chosen field [6]. Balancing work and family is often difficult to realise in the medical profession, as is the case in other academic professions, as patients also need medical attention at night, on weekends and on the birthday of a son or daughter. If one wants to tackle the growing shortage of physicians, a sensible and helpful step would be to establish comprehensive services for families with children.

To obtain an accurate assessment of care needs, we would like to encourage staff surveys at this point. The status quo for staff at the University of Ulm and Neu-Ulm, for example, will be captured and optimised in a 4-year longitudinal study, starting in 2012. The intention is not only to capture the need for measures in detail to facilitate better compatibility of career and family of employees but also to produce a statistical analysis of parameters of workplace satisfaction, stress and health via the collected data. In the following, concrete measures will be implemented and their effectiveness measured in longitudinal studies. The effectiveness of such an approach has

already been demonstrated in a survey of medical students [23]. The University of Ulm study is able to demonstrate family-friendly organisation [5].

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Abele AE. Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
2. Abele AE. Karriereverläufe und Berufserfolg. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg). *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer; 2006. S.35-57.
3. Böckers A, Lamott F. Bedrohung und oder Chance? Feminisierung der Medizin. *Ärztebl Baden-Württemberg*. 2002;07(2010):292.
4. Buddeberg-Fischer B, Illes C, Klaghofer R. *Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden - Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenkandidaten und -kandidatinnen*. Gesundheitswesen. 2002;64:353-362.
5. Bühren A, Schoeller AE. *Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung*. Berlin: enka-druck GmbH; 2010.
6. Bühren A. *Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht - Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit*. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. S.17-28.
7. Bühren A. *Das Phänomen "Rabenmutter"*. In: Bühren A, Schoeller AE (Hrsg). *Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung*. Berlin: enka-druck GmbH; 2010.
8. Bühren A. *Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils*. In: Schönleben K (Hrsg). *Sonderband zum Chirurgenkongress 2001. "Umdenken in der Chirurgie"*. München: Hans Marseille Verlag; 2002. S.177-190.
9. Bundesärztekammer, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). *Pressekonferenz mit der Bundesärztekammer: Wie wünscht ihr euch eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus?* Berlin: Bundesärztekammer; 2006.
10. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. *Monitor Familienforschung - Zukunftstauglich: Familienfreundliche Hochschulen. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik*. Berlin: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend; 2008. S.14.
11. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. *Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung. Band 10: Familiengerechte Hochschule. Daten - Herausforderungen - Perspektiven*. Oldenburg: BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; 2008.
12. Claus Goworr Consulting. *Frauen in Führungspositionen - Eine Umfrage der CGC -Claus Goworr Consulting unter 600 Führungskräften in Deutschland im Juli 2006*. München: claus Goworr Consulting; 2006. Zugänglich unter/Available from: <http://www.cgc-consulting.com/download/StudieFrauen-23.10.06.pdf>
13. Deaux K. Self-evaluations of male and female managers. *Sex Roles*. 1979;5:571-80.
14. Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A. *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2006.

15. Dettmer S, Kuhlmeier A. Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden eine Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg). Report Versorgungsforschung - Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. S.103-116.
16. Deutscher Ärztinnenbund. Die Zukunft der Medizin ist weiblich - Herausforderung und Chance für alle. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2009. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerztinnenbund.de/Einladung-zur-Presskonferenz-Die-Zukunft-der.1179.0.2.html>
17. Deutscher Ärztinnenbund. Gleichberechtigung und Gleichbehandlung in der Medizin sind auch nach 100 Jahren noch nicht erreicht. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2011. Zugänglich unter/Available from: <http://www.aerztinnenbund.de/Dr-Regine-Rapp-Engels-Gleichberechtigung-und.1541.0.2.html>
18. Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychol Rev.* 2002;109:573-98.
19. Forschung & Lehre. Braucht die Wissenschaft eine Frauenquote? Wissenschaftsorganisationen antworten. *Forsch Lehre.* 2008;6:368-370. Zugänglich unter/available from: <http://www.forschung-und-lehre.de/wordpress/?p=573>
20. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz. Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz; 2010. Zugänglich unter/Available from: <http://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Papers/GWK-Heft-17-Frauen-in-der-Medizin.pdf>
21. Kommission Klinika. Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005. Berlin: Kommission Klinika; 2007.
22. Ley U, Kaczmarczyk G. Das Potential nutzen. Heidelberg: Springer Verlag; 2010.
23. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert J. Familiengründung bei Medizinerinnen und Medizinern bereits im Studium? Ergebnisse einer Pilotstudie zur Familienfreundlichkeit im Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;29(1):Doc14. DOI: 10.3205/zma000726
24. Lukesch B. Empfindliche Verweiblichung. *Weltwoche.* 2007;43:07.
25. Vinken B. Die Deutsche Mutter. Der lange Schatten eines Mythos. München/Zürich: Piper-Verlag; 2001.

Corresponding author:

Dr. Lucia Jerg-Bretzke
 University Clinic for Psychosomatic Medicine and
 Psychotherapy, Medical Psychology Section, Equal
 Opportunity Officer, Frauensteige 6, 8075 Ulm, Germany
lucia.bretzke@uni-ulm.de

Please cite as

Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(2):Doc19.
 DOI: 10.3205/zma000789, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007896

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000789.shtml>

Received: 2011-04-21

Revised: 2011-10-24

Accepted: 2011-11-24

Published: 2012-04-23

Copyright

©2012 Jerg-Bretzke et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.