

Aus der  
Abteilung für Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin  
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



## **Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie – Die Perspektive der Männer**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von  
Luisa Chiara Huchler

aus  
Leverkusen

Jahr  
2026

---

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Nikolaus Haas  
Zweites Gutachten: Prof. Dr. Marion Subklewe  
Drittes Gutachten: Priv. Doz. Dr. Maria Delius

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.02.2026

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	1
Abstract.....	4
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>6</b>
1.1. Frauen auf der Karriereleiter der Medizin .....	6
1.2. Die aktuelle Situation von Frauen in klinischen Führungspositionen.....	8
1.3. Ein Vergleich mit anderen Ländern.....	12
1.4. Die Frauenquote .....	13
1.5. Der Begriff der „Quotenfrau“ .....	15
1.6. Frauen in der Gesundheitsbranche .....	17
1.7. Historischer Ausflug Frauen in der Medizin .....	18
1.8. Frauen in der Forschung/Wissenschaft .....	20
1.9. Gehaltsunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten.....	24
1.10. Auswirkung des Geschlechts der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes auf die Patientenversorgung .....	25
1.11. Weibliche oder männliche Karrierehindernisse?.....	27
<b>2. Methoden .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. Studiendesign und Teilnehmerkollektiv.....</b>	<b>31</b>
2.2. Ablauf der Teilnehmer Akquise.....	32
2.3. Aufbau des Fragebogens .....	33
2.4. Hypothesenbildung.....	33
2.5. Die acht Dimensionen .....	34
2.5.1. Dimensionslose Fragen .....	34
2.5.2. Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen.....	34
2.5.3. Zufriedenheit ohne Führungsposition.....	35
2.5.4. Männer behindern weibliche Karriere.....	36
2.5.5. Fehlende Vorbilder .....	36
2.5.6. Mangelnde Adaptierung .....	37
2.5.7. Benachteiligung von Frauen.....	37
2.5.8. Familiäre Einbindung .....	38
2.5.9. Work-Life-Balance.....	39
2.6. Statistische Auswertung .....	39
<b>3. Ergebnisse.....</b>	<b>40</b>
3.1. Soziodemographische Daten .....	40
3.1.1. Altersverteilung.....	40
3.1.2. Hierarchische Strukturen und Einrichtungen.....	41
3.1.3. Beschäftigungsumfang.....	42
3.1.4. Lebensform und Familienstand.....	44
3.2. Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen .....	46
3.3. Zufriedenheit ohne Führungsposition .....	51
3.4. Männer behindern aktiv weibliche Karriere.....	61

3.5.	<i>Zu wenig weibliche Vorbilder und fehlende Förderung</i> .....	71
3.6.	<i>Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur</i> .....	78
3.7.	<i>Spezielle kinderkardiologische Möglichkeiten</i> .....	88
3.8.	<i>Vereinbarkeit von Karriere und Familie</i> .....	95
3.9.	<i>Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life Balance</i> .....	102
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>108</b>
4.1.	<i>Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen</i> .....	108
4.2.	<i>Zufriedenheit ohne Führungsposition</i> .....	112
4.3.	<i>Männer behindern aktiv weibliche Karriere</i> .....	116
4.4.	<i>Zu wenig weibliche Vorbilder und fehlende Förderung</i> .....	119
4.5.	<i>Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur</i> .....	124
4.6.	<i>Spezielle kinderkardiologische Möglichkeiten</i> .....	129
4.7.	<i>Vereinbarkeit von Karriere und Familie</i> .....	131
4.8.	<i>Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life Balance</i> .....	135
<b>5.</b>	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>139</b>
	<i>Literaturverzeichnis</i> .....	143
	<i>Danksagungen</i> .....	151
	<i>Anhang</i> .....	152
	<i>Affidavit</i> .....	170
	<i>Publikationsliste</i> .....	171

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Student*innen der Humanmedizin in Deutschland seit Wintersemester 2010/2011 bis 2023/2024 in Prozent (Rudnicka, 2024) .....	7
Abbildung 2: Prozentualer Anteil Klinikdirektor*innen in Deutschland in den Jahren 2016 - 2024 nach Geschlecht (Ärztinnenbund, 2024) .....	10
Abbildung 3: Prozentualer Anteil Oberärzt*innen in Deutschland in den Jahren 2024 nach Geschlecht (Ärztinnenbund, 2024) .....	11
Abbildung 4: Wissenschaftlicher Karriereverlauf in der Medizin nach Geschlecht unterteilt (Leopoldina, 2022; Puhahn-Schmeiser, 2022) .....	22
Abbildung 5: Prozentuale Anteile an der Altersverteilung der Teilnehmer in Gruppen .....	40
Abbildung 6: Prozentuale Anteile der Teilnehmer an den Hierarchiestufen im klinischen Berufsumfeld .....	41
Abbildung 7: Prozentuale Anteile der Einrichtungen, in welchen die Befragten angestellt sind .....	42
Abbildung 8: Prozentualer Anteil der Befragten, die in ihrem Haushalt ohne Kinder leben und Begründung .....	45
Abbildung 9: Prozentuale Aufteilung der Anzahl an Kindern der befragten Ärzte .....	46
Abbildung 10: Vertraglich festgelegte und tatsächlich gearbeitete wöchentliche Arbeitsstunden, kategorisiert nach aufsteigender klinischer Position .....	46
Abbildung 11: Meinungsbild zum Thema „Job-Sharing“ in der Kinderkardiologie .....	50
Abbildung 12: Jobzufriedenheit der Teilnehmer anhand von Likert-Skala von 0 (Sehr unzufrieden) bis 6 (Sehr zufrieden) .....	52
Abbildung 13: Jobzufriedenheit dargestellt anhand einer Likert-Skala (0-6) in Abhängigkeit zur klinischen Position .....	53
Abbildung 14: Jobzufriedenheit dargestellt anhand einer Likert-Skala (0-6) in Abhängigkeit zum wöchentlichen Beschäftigungsausmaß in Stunden .....	55
Abbildung 15: Bedeutung von Karriere anhand der vordefinierten Kategorien: Hoher Arbeitsaufwand, hohes Einkommen, Selbstbestimmung, Mitarbeiterverantwortlichkeit, hohe Verantwortung, Gesellschaftliches Ansehen, neue Herausforderungen, Vorantreiben von Forschung, wobei 1 den stärksten Impact und 8 den niedrigsten repräsentiert .....	58
Abbildung 16: Motivierende Faktoren im beruflichen Alltag anhand der vordefinierten Kategorien: Hohes Einkommen, Patient*innenkontakt, Gesellschaftliches Ansehen, Aufstiegsmöglichkeiten/Führungsposition, spannender Beruf, Technisches Arbeiten und Kollegiales Miteinander, wobei 1 den stärksten Impact und 8 den niedrigsten repräsentiert .....	59
Abbildung 17: Prozentuale Anteile der Erfahrungen von Diskriminierung der eigenen Person im beruflichen Alltag der Kinderkardiologen .....	63
Abbildung 18: Prozentuale Anteile der Erfahrungen von Diskriminierung von Kolleg*innen im beruflichen Alltag der Kinderkardiologen .....	64
Abbildung 19: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Hindernisse auf dem Weg zu einer Führungsposition“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“ .....	66
Abbildung 20: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Bevorzugung auf dem Weg zu einer Führungsposition“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“ .....	67
Abbildung 21: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Mögliche Ursachen für Benachteiligungen“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“ .....	68
Abbildung 22: Ausgewählte Skalenbereiche nach der Frage zur Notwendigkeit der Einführung von Maßnahmen zur spezifischen Förderung von Ärztinnen .....	74
Abbildung 23: Anteil der Teilnehmer des Fragebogens, die Mitglied einer medizinischen Fachgesellschaft sind in Prozent .....	77
Abbildung 24: Ausgewählte Skalenbereiche nach der Frage inwieweit sich die Teilnehmer eine Chefarzt-Position zutrauen .....	79
Abbildung 25: Ausgewählte Skalenbereiche der Häufigkeiten für geschlechtsspezifische Fähigkeiten .....	82
Abbildung 26: Skalenbereiche der Häufigkeiten für geschlechtsspezifische Zuordnung ausgewählter Soft Skills .....	84
Abbildung 27: Prozentuale Anteile der Kinderkardiologen mit Karriereunterbrechung und ihre Ursachen .....	96
Abbildung 28 Ausgewählte Skalenbereiche zur Bewertung der Aussage: „Ich glaube durch Elternzeit/ familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich langfristig die Aufstiegschancen“ .....	97

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Beschäftigungsausmaß</i> .....	43
<i>Tabelle 2</i> .....	44
<i>Tabelle 3</i> .....	48
<i>Tabelle 4</i> .....	49
<i>Tabelle 5</i> .....	51
<i>Tabelle 6</i> .....	54
<i>Tabelle 7</i> .....	56
<i>Tabelle 8</i> .....	57
<i>Tabelle 9</i> .....	61
<i>Tabelle 10</i> .....	69
<i>Tabelle 11</i> .....	70
<i>Tabelle 12</i> .....	71
<i>Tabelle 13</i> .....	73
<i>Tabelle 14</i> .....	75
<i>Tabelle 15</i> .....	76
<i>Tabelle 16</i> .....	78
<i>Tabelle 17</i> .....	81
<i>Tabelle 18</i> .....	86
<i>Tabelle 19</i> .....	89
<i>Tabelle 20</i> .....	92
<i>Tabelle 21</i> .....	93
<i>Tabelle 22</i> .....	94
<i>Tabelle 23</i> .....	98
<i>Tabelle 24</i> .....	98
<i>Tabelle 25</i> .....	99
<i>Tabelle 26</i> .....	100
<i>Tabelle 27</i> .....	101
<i>Tabelle 28</i> .....	102
<i>Tabelle 29</i> .....	103
<i>Tabelle 30</i> .....	104
<i>Tabelle 31</i> .....	106

## Abkürzungen und Erläuterungen

<b>AEPC</b>	Association for European Paediatric and Congenital Cardiology
<b>ASS A</b>	Assistenzarzt/ärztin
<b>BGBL</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BWL</b>	Betriebswirtschaftslehre
<b>CA</b>	Chefarzt/Chefärztin
<b>Cooling out</b>	Motivationsverlust von Frauen ab ca.40 Jahren
<b>DGHO</b>	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und med. Onkologie
<b>DGK</b>	Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
<b>DGKJ</b>	Deutsche Gesellschaft Kinder- und Jugendmedizin
<b>DGPK</b>	Deutsche Gesellschaft für Kinderkardiologie und Angeborene Herzfehler
<b>FAZ</b>	Frankfurter Allgemeine Zeitung
<b>FidAR</b>	Frauen in die Aufsichtsräte e.V.
<b>OA/OÄ</b>	Oberarzt/Oberärztin
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>PwC</b>	PricewaterhouseCoopers
<b>SD</b>	Standardabweichung
<b>TMS</b>	Test für medizinische Studiengänge
<b>Top sharing</b>	Das Teilen von Führungsposition; 2 Personen besetzen eine Stelle
<b>WiSe</b>	Wintersemester

## Zusammenfassung

Die Tatsache, dass es einen evidenten Überhang an Frauen im Humanmedizinstudium gibt, dürfte jedem Studierenden sowie Dozierenden in den eigenen Hörsälen auffallen. Zu Beginn des Wintersemesters 2023/2024 waren 64,6 % der angehenden Medizinstudierenden in Deutschland weiblichen Geschlechtes (Rudnicka, 2024).

Bei näherer Betrachtung der klinischen Karriereleiter sticht eine deutliche Diskrepanz zwischen dem hohen Anteil an weiblichen Medizinstudentinnen und dem geringen Anteil an Frauen in der höchsten klinischen Führungsposition (15 %), der Chefärztin, ins Auge (Ärztinnenbund, 2024). Das Fach der Kinderkardiologie bietet sich hierbei zur näheren Untersuchung an, da es, als Spezialisierung der Pädiatrie, ein traditionell beliebtes Fach bei Ärztinnen ist. Dennoch sind von 32 Ordinarien, welche es in diesem Fachbereich im deutschsprachigen Raum gibt, nur zwei Positionen von einer Frau besetzt (DGPK, 2022). Dieses bedeutet im Umkehrschluss, dass eine überwiegend männlich geprägte Führungsriege die medizinische Versorgung, Verwaltung und Lehre im deutschen Klinikwesen prägt und bedeutsam in den Alltag von Mediziner\*innen in Deutschland eingreift.

Ein speziell hierfür entwickelter web-basierter standardisierter Fragebogen, adressiert an alle Kinderkardiolog\*innen im deutschsprachigen Raum, welche im klinischen Umfeld tätig sind, soll die Ursachen für diese Umstände beleuchten. Der Fragebogen entstand in Zusammenarbeit mit der DGPK, dem Jungen Forum der DGPK, der Frauenbeauftragten der LMU, sowie einer Soziologin der Universität Vechta. Nach drei Erinnerungsrunden wurde die Umfrage im November 2022 nach viermonatiger Laufzeit mit einer gesamthaften Rücklaufquote von 45 % beendet, was auf eine breite Repräsentativität bei den Kolleg\*innen der Kinderkardiologie schließen lässt.

Inhaltlich deckt der Fragebogen Themen wie Work-Life Balance, Hürden entlang des Karrierewegs, Karriereambitionen und Verbesserungswünsche für ein angenehmes Arbeitsumfeld ab. Diese wissenschaftliche Arbeit fokussiert den Blick auf die Kinderkardiologen, während eine separate Forschungsarbeit das Meinungsbild der Kinderkardiologinnen erfasst.

Wirft man einen Blick auf die demographische Gruppe, welche den Fragebogen beantwortet hat, so waren dieses insbesondere Oberärzte (48 %). Durchschnittlich

leisteten die Befragten 13 Überstunden wöchentlich unabhängig ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit ab. Dieses mag ein Grund dafür sein, dass lediglich 63,5 % zukünftig in Vollzeit arbeiten möchten. Diese Tatsache dürfte eine weitere Herausforderung für die Patientenversorgung darstellen und bedarf innovativer Modelle. Hier wurde das Konzept des Job- bzw. Top-Sharings den Teilnehmern vorgestellt und ihr Meinungsbild diesbezüglich abgefragt. Während sich ein Großteil der befragten Kinderkardiologen eine Chefarztposition zutrauen würde, unterscheidet sich dieser Parameter nicht von Vollzeit- zu Teilzeitarbeitenden. Bei den aktuell vorherrschenden Strukturen gehen diese Kinderkardiologen als potenzielle Kandidaten für eine Chefarztposition jedoch verloren. Es zeigte sich eine positive Resonanz unserer Befragten hinsichtlich des Modells Job-Sharing, mit der Hälfte an Teilnehmern, die sich ein solches Konzept auf allen hierarchischen Ebenen vorstellen können.

Dennoch zeigten sich 77,9 % der Kinderkardiologen mit ihrer beruflichen Situation eher zufrieden bis sehr zufrieden, wobei die Chefärzte die höchsten Werte angaben. Als Motivationsfaktoren für die Ausführung des ärztlichen Berufes wurden von der Mehrheit der Teilnehmer „Spannender Beruf, Freude am kollegialen Miteinander und Patientenkontakt“ genannt.

Bei dem Thema Diskriminierung gaben über die Hälfte (62 %) an, noch nie Diskriminierung an der eigenen Person erlebt zu haben, bei den Chefärzten sogar knapp über 90 %. Ein gegenteiliges Bild zeigte sich bei der Diskriminierung von Kolleg\*innen. Hierbei gaben ca. 69 % aller Kinderkardiologen an, aktive Benachteiligung im klinischen Arbeitsumfeld wahrgenommen zu haben. Bei den Chefärzten waren es erneut lediglich 36 %, wobei die Frage gestellt werden muss, wodurch diese Diskrepanzen begründet sind. Über ein Drittel aller Befragten stimmten der Aussage eher bzw. voll zu, dass Männer bei der Karriereentwicklung eher bevorzugt werden, als eine Frau mit gleicher Leistung, was auf eine aktive Benachteiligung von Kinderkardiologinnen hinweist.

Auf die Frage nach den Ursachen für den geringen Frauenanteil in Führungspositionen in der Kinderkardiologie bezogen sich alle drei von den Befragten favorisierte Antwortoptionen auf die zeitliche Gebundenheit durch familiäre Tätigkeiten. Hierzu passend zeigte sich das Meinungsbild zu der Aussage „Ich glaube durch Elternzeit/familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich die Aufstiegschancen“, denn dieser stimmten zwei Drittel der Teilnehmer zu. Es scheint

somit insbesondere bei familienbezogener Fixierung eine Stigmatisierung von Kinderkardiolog\*innen zu geben.

Abschließend wurden die Teilnehmer zu Handlungsvorschlägen für ein vermehrtes Streben nach höheren Karrierezielen befragt. Hierbei war die häufigste Antwort mehr Hilfspersonal in die ärztlichen Tätigkeiten einzubinden, welches arztfremde Aufgaben übernehmen kann.

Zusammenfassend ließ sich durch diese wissenschaftliche Arbeit basierend auf dem Fragebogen der aktuelle Status quo in der Kinderkardiologie auch unabhängig von geschlechtsbezogenen Thematiken erfassen. Gleichzeitig konnten Hürden, sowie aktive Benachteiligungen sowohl von Frauen als auch von Männern auf dem Weg zu einer Führungsposition in der Kinderkardiologie offenbart werden.

## **Abstract**

### **Background**

In Germany 70 % of medical students are female. This predominance stops abruptly at senior clinical positions, even in typical “female favored” specialties like pediatric cardiology. We analyzed career barriers in pediatric cardiology in DACH countries focusing on potential gender related attitude of male colleagues. In addition, the different gender specific careers and potential age specific differences at different levels of training were assessed by a questionnaire.

### **Method**

309 male pediatric cardiologists were contacted in our cross-sectional study, 118 (38.2 %) participated in the web-based questionnaire, categorized in eight dimensions (i.e., career plans, discrimination etc.).

### **Results**

77.9 % of respondents were content with their job (satisfaction level 4 out of 6 or higher); chief physicians showed the highest level. A leadership position had more impact on job satisfaction for older doctors. 62.7 % denied any personal discrimination during their career (90.9 % of leading physicians). 68.9 % (leading physicians only 36.4 %) however have witnessed discrimination of colleagues, mainly for female gender and parental leave. Shortage of female leadership was explained by focus on family issues instead of career planning (68.6 %), followed by part-time work (58.5 %) and parental leave (41.5 %). Key words defining success were high responsibility (5.1/8), self-determination (5/8) and new challenges (4.7/8). Motivational factors included fascinating job (6.3/8), patient contact (5.1/8) and team work (4.6/8). More supportive staff for clinical duties (60.2 %), protected research time (47.5 %) and flexibility in working hours (39.8 %) were identified to promote career ambitions. 84.8% worked full- time, while more than 20 % planned to reduce working hours. Men reported negative social response when taking over family duties. Generally, men did not recognize any gender preference in the different fields of training (67.2 %). However, 18.9 % described a male benefit in catheter training. The concept of “job-sharing” was supported by 51.7 % for all hierarchy levels.

### **Conclusion**

There was a high male job satisfaction, the importance of leadership for overall job satisfaction shifted throughout professional career levels. Female discrimination

seems a relevant problem rarely noticed by male leaders. New professional structures, like job-sharing, may be used for the development of gender-neutral career tools and increase the attractiveness and flexibility of leading positions in pediatric cardiology.

# 1. Einleitung

## 1.1. Frauen auf der Karriereleiter der Medizin

Der Anteil an Studentinnen im Humanmedizinstudium steigt seit dem Wintersemester 2015/2016 kontinuierlich an. Dieses ist beispielsweise ersichtlich anhand von Daten des digitalen Statistikanbieters „Statista“ aus dem Jahr 2024, welcher einen stetigen Aufwärtstrend des Frauenanteils innerhalb des Medizinstudiums in Deutschland verzeichnet (s. Abbildung 1). Daraus geht hervor, dass laut aktueller Datenlage fast zwei Drittel (64,6 %) der Studierenden zu Beginn des Semesters 2023/2024 weiblich waren. Bereits seit Semesterbeginn im Jahre 2010 liegt der Anteil von Frauen im Humanmedizinstudium bei über 60 % (Rudnicka, 2024). Es stellt sich hierbei die Frage, welche Bedingungen einem so hohen Frauenanteil zugrunde liegen. Hierzu bedarf es eines Blickes auf die Zulassungsbedingungen für das Medizinstudium.

Wird die Geschlechterverteilung der Abiturnoten aus dem Jahr 2017 untersucht, die bei einem Schnitt von  $\leq 1,5$  liegen, so fällt auf, dass der Anteil an Abiturientinnen 62 % beträgt, während Abiturienten nur knapp ein Drittel ausmachen (Müller, 2022). Vergleicht man nun jene Prozentanteile der Abiturienten mit Bestnoten mit der prozentualen Geschlechterverteilung zu Beginn des Medizinstudiums im selben Jahr, fällt auf, dass diese Zahlen sehr nahe beieinander liegen. 67,1 % der Studienanfänger\*innen waren Abiturientinnen (bzw. Absolventinnen vergleichbarer Schulabschlüsse), welche dann ein Studium der Humanmedizin begannen. Zu diesem Vergleich passt das Zitat von Christoph Müller, Studienberater am Karlsruher Institut für Technologie, „Überall da, wo sie gute Noten brauchen, um für ein Studium zugelassen zu werden, sind junge Frauen im Vorteil.“ (Müller, 2022).

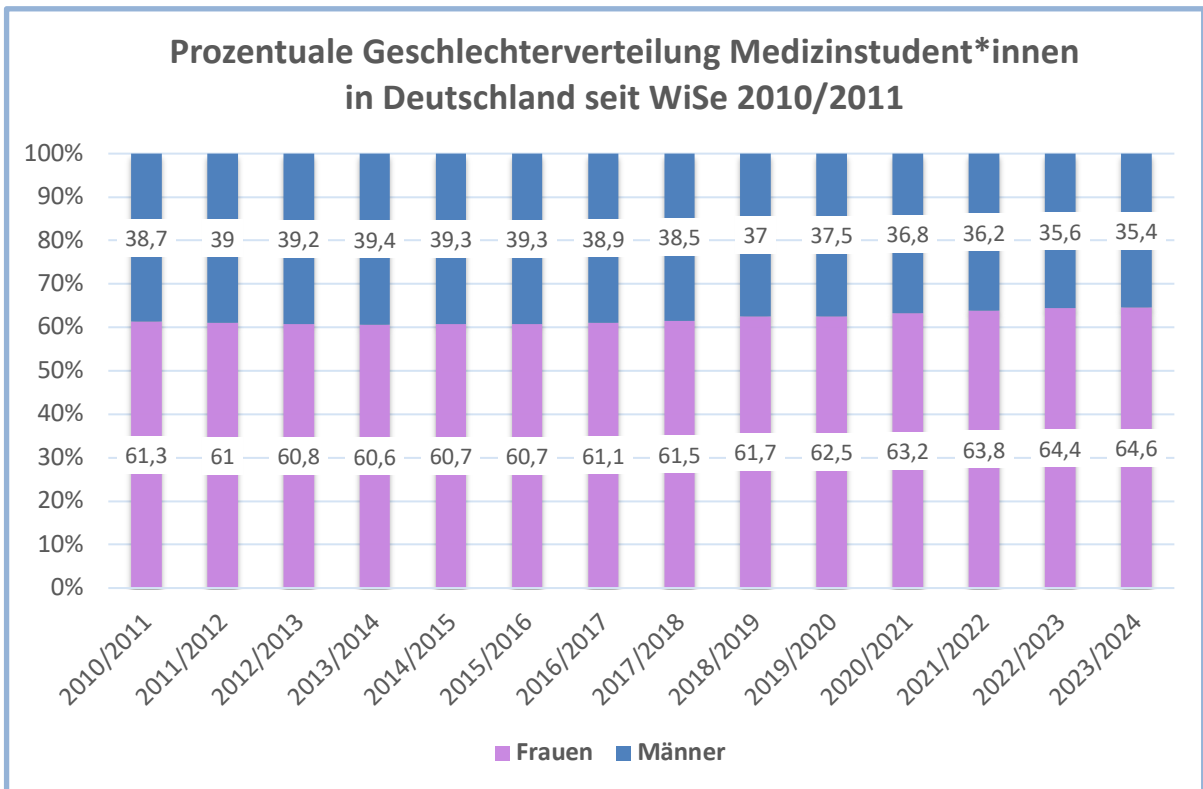


Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Student\*innen der Humanmedizin in Deutschland seit Wintersemester 2010/2011 bis 2023/2024 in Prozent (Rudnicka, 2024)

Somit drängt sich die Frage auf, ob und inwiefern die Qualifikationen der männlichen Abiturienten für ein Studium der Humanmedizin ausreichend sind. Gleichmaßen könnte die Ursache des geringen Männeranteils zu Studienbeginn auch im mangelnden Interesse der jungen Männer für das Fach der Medizin begründet sein. In jedem Fall bedarf die Ergründung der Ursachen des geringen Anteils an männlichen Medizinstudenten einer näheren Betrachtung.

Nicht außer Acht gelassen werden darf hierbei die Geschlechterverteilung der Bewerber\*innen auf einen Humanmedizinstudienplatz. Laut Hochschulstart, dem deutschlandweiten Bewerbungsportal für Studienplätze, kamen ca. 67 % der Bewerbungen von Frauen mit Abitur oder vergleichbarem Schulabschluss (Hochschulzulassung, 2019). Da im Wintersemester 2019/2020 ca. 63 % der beginnenden Humanmedizinstudierenden weiblich waren, lässt das darauf schließen, dass eine geringere Anzahl an Bewerberinnen angenommen wurde, verglichen mit ihren männlichen Bewerbern. Daraus erschließt sich, dass jene Männer ein besseres Abitur bzw. bessere Ergebnisse aus dem sogenannten „Medizinertest“ (TMS) vorzuweisen hatten. Letzterem widerspricht jedoch eine Studie aus dem Jahr 2016, welche keine signifikanten Unterschiede zwischen den

Geschlechtern bei den Testergebnissen detektieren konnte (Kadmon & Kadmon, 2016). Jene Schulabsolventen, die sich auf einen Humanmedizinstudienplatz bewerben, scheinen somit qualifizierter zu sein, verglichen mit ihren Kameradinnen. Es liegt somit nahe, dass auch ein mangelndes Interesse am Fach der Humanmedizin eine Rolle bei jungen Männern nach dem Abitur spielt. Dieses spiegelt sich sowohl in der niedrigeren Bewerberrate für das Studium selbst wider (Hochschulzulassung, 2019), als auch in der geringeren Anzahl an männlichen Teilnehmern des TMS (Kadmon & Kadmon, 2016).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelte sich die Idee einer „Männerquote“, die für das Fach der Medizin einzigartig sein dürfte. Geprägt wurde die Forderung nach einem festgelegten Anteil an männlichen Studienanfängern unter anderem von dem Radiologen Prof. Dr. med. Jürgen Freyschmidt, welcher diese bereits 2017 in einem Gastbeitrag der FAZ anbrachte. Es sei evident, dass Frauen häufiger in Teilzeit arbeiten würden und der Ärztemangel in Deutschland sich durch den hohen Anteil an weiblichen Studierenden verschlimmern könnte (Freyschmidt, 2017). Auch von einigen weiblichen Stimmen gibt es den Ruf nach einer Männerquote. Die Herzchirurgin und Politikerin Prof. Claudia Schmidtke teilt die Meinung Ihres Kollegen nach einer Quote für einen höheren Anteil an Männern im Humanmedizinstudium (Dordowsky, 2018).

Daraufhin äußerte sich auch der ehemalige Gesundheitsminister und studierter Mediziner Karl Lauterbach zu der Forderung und bezeichnete diese als „unpassend und falsch“. Vielmehr bedarf es, seiner Meinung nach, keiner Quote, sondern mehr Studienplätze im Fach der Humanmedizin (Dordowsky, 2018). Eine deutsche Kolumnistin findet zu der Thematik Männerquote deutliche Worte an junge männliche Interessenten der Medizin: „Fleißiger lernen oder sich mit weniger Karriere zufriedengeben“ (Budelmann, 2021).

## **1.2. Die aktuelle Situation von Frauen in klinischen Führungspositionen**

Mit Beginn der 1990er Jahre begann der Anteil von Frauen im Humanmedizinstudium in Deutschland zu überwiegen, welcher sich seit der Jahrtausendwende trotz kleinerer Schwankungen konstant über 60 % hält (Kramer

& Blättel-Mink, 2005). Aufgrund der Langwierigkeit dieser Entwicklung, wirft dieses die Frage auf, inwieweit sich der hohe Frauenanteil in klinischen Führungspositionen widerspiegelt. Führungspositionen wurden in dieser Arbeit definiert als leitende Positionen, die sich ab der Oberärztinnen- bzw. Chefärztinnenstelle ansiedeln.

Werden nun aktuelle Zahlen aus dem Bericht „Medical Women on Top“ des deutschen Ärztinnenbundes (Ärztinnenbund, 2024) herangezogen, so lässt sich der Anteil von Frauen in der klinisch höchsten Position, der Klinikdirektorin, auf 14 % beziffern. Dieses bedeutet im Umkehrschluss, dass 86 % der männlichen Kollegen in deutschen Kliniken die höchste Führungsposition bekleiden und somit über Lehre, medizinisches Procedere und Verwaltung ihrer Abteilung entscheiden. Gerade im Bereich der Lehre bietet sich hier ein Kontrast, da die Professoren mit ihren Lehrinhalten das Medizinstudium und die anschließende Facharztausbildung von deutlich mehr weiblichen Kolleginnen prägen. Medizinstudentinnen wird daher bereits zu Beginn ihrer klinischen Laufbahn ein Mann als zukünftiger Chef präsentiert. Gleichzeitig gibt es nur eine geringe Anzahl an weiblichen Beispielen für Chefärztinnen, an denen sie sich orientieren könnten. Auch der Aspekt der fehlenden weiblichen Vorbilder wird daher in dieser Forschungsarbeit näher beleuchtet.

Die Evaluation der aktuellen Situation von Frauen in klinischen Führungspositionen wurde das erste Mal im Jahr 2016 vom deutschen Ärztinnenbund in Auftrag gegeben. Während zu jener Zeit nur 10 % der Führungspositionen in Kliniken weiblich besetzt waren, verbesserte sich der Anteil 3 Jahre später auf 13 %. Daraus ist ersichtlich, dass es innerhalb der letzten 8 Jahren hinsichtlich der Geschlechterverteilung auf den Chefarztpositionen eine Angleichung von ca. 4 % gab, denn der weibliche Anteil betrug 2024 14 % (Ärztinnenbund, 2024).

Die Kinderheilkunde mit 19 % wurde in der aktuellsten Auflage der Erhebungen des deutschen Ärztinnenbundes als Spitzenreiter der Fachkunde mit den meisten Frauen in Führungspositionen von der Frauenheilkunde und Geburtsmedizin (25 %), sowie von den Fächern der seelischen Gesundheit (24 %) abgelöst (Ärztinnenbund, 2024; Kaczmarczyk, 2022). Folglich ist in den letzten Jahren der Anteil an Chefärztinnen in der Kinderheilkunde gesunken.

Zieht man nun das Fachgebiet der Kinderkardiologie in Deutschland heran, welches den Fokus dieser Forschungsarbeit darstellt, so sind es hier 6 % Chefärztinnen und

41 % Oberärztinnen. Zudem ist die Tatsache, dass es bei 32 Ordinarien lediglich zwei Frauen gibt, sehr auffallend (Haas, 2022).

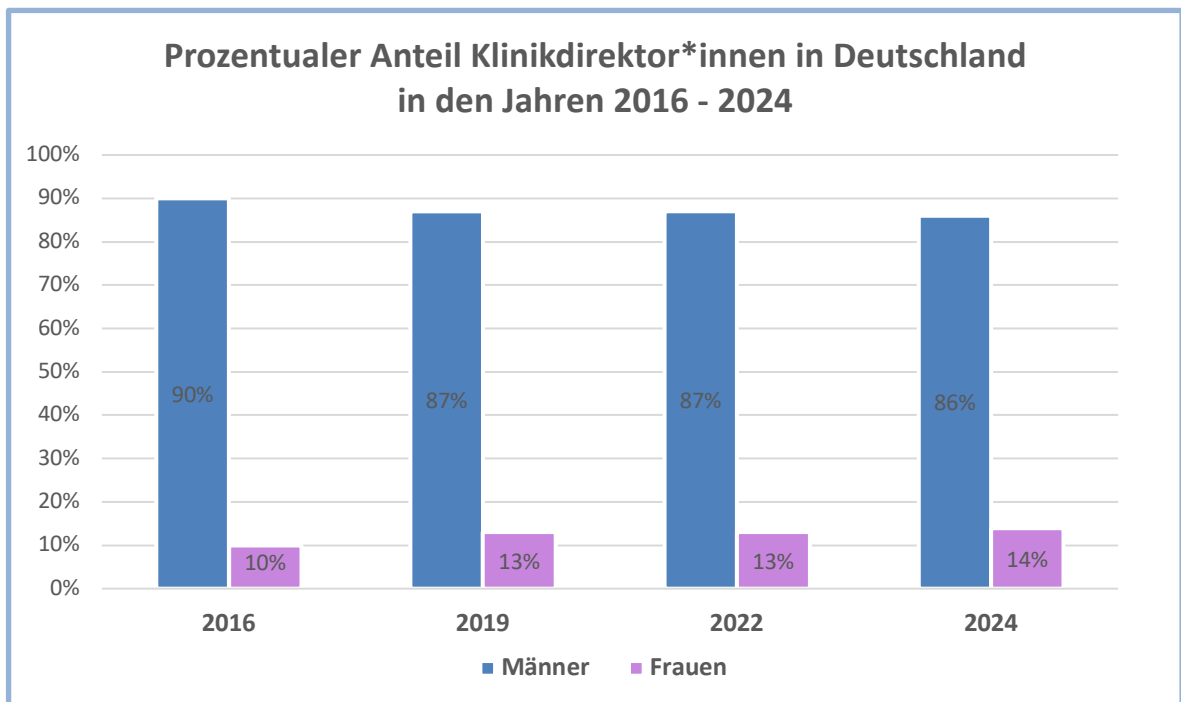


Abbildung 2: Prozentualer Anteil Klinikdirektor\*innen in Deutschland in den Jahren 2016 - 2024 nach Geschlecht (Ärztinnenbund, 2024)

Ein Blick auf die Oberärztinnenpositionen in Deutschland zeichnet hier ein ausgeglicheneres Bild, welches dennoch weit entfernt von einer gleichmäßigen Verteilung zu sein scheint. Im Erhebungszeitraum der Daten des deutschen Ärztinnenbundes (Juli 2024 bis Oktober 2024) waren 41 % der Oberarztposten von Frauen besetzt. Dieses bedeutet einen Anstieg von 10 % seit der ersten Datenerhebung dieser Art 2016. Eine Aufstellung des Anteils an Oberärztinnen im Jahr 2019 wurde vom deutschen Ärztinnenbund nicht durchgeführt. Den überwiegenden Anteil besetzten auch in der zuletzt durchgeführten Erhebung weiterhin männliche Kollegen mit 59 % (Ärztinnenbund, 2024). Aus welchen Gründen, von diesen 41 % Oberärztinnen, nur ein geringer Anteil den Sprung zur Chefärztin anstrebt bzw. schafft, bedarf einer näheren wissenschaftlichen Betrachtung.

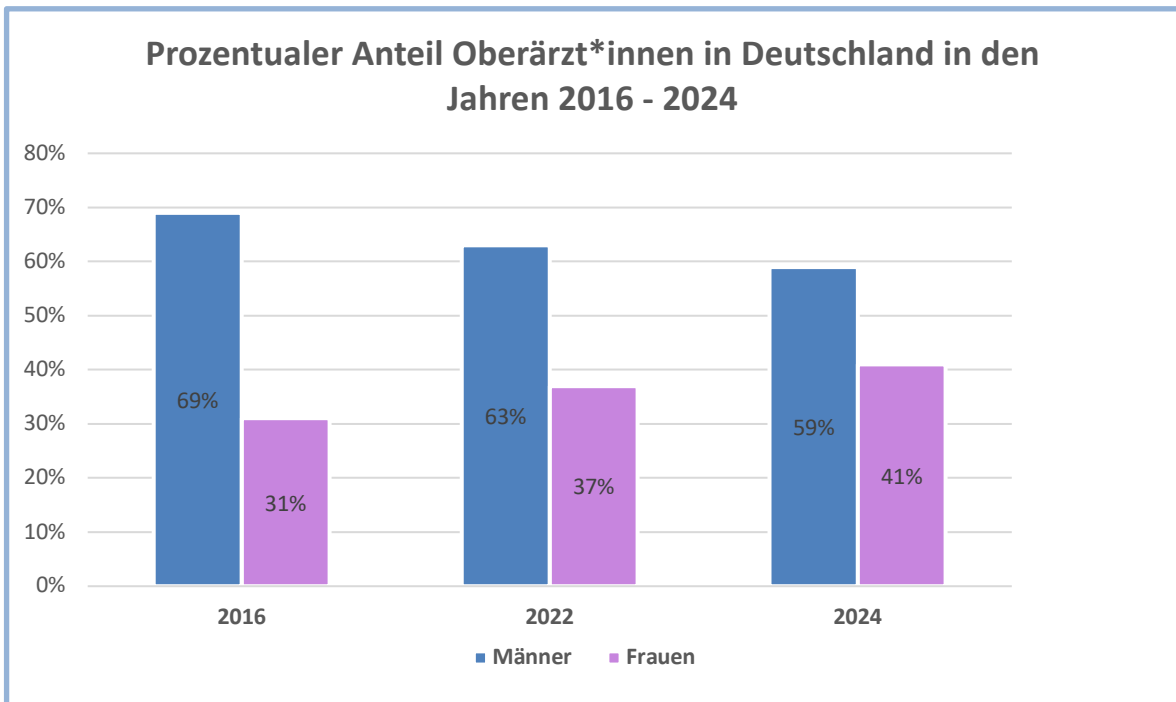


Abbildung 3: Prozentualer Anteil Oberärzt\*innen in Deutschland in den Jahren 2024 nach Geschlecht (Ärztinnenbund, 2024)

Diese Daten lassen, im Zusammenspiel mit den zu Beginn dieser Arbeit vorgestellten Zahlen zur Geschlechterverteilung des Medizinstudiums, aufhorchen. Es stellt sich die Frage, wieso jene überwiegend weibliche Studierende nicht in klinischen Führungspositionen wiederzufinden sind. Die Abbruchrate im Medizinstudium liegt bei 11 %, was verglichen mit 29 % im, hier als Vergleichsobjekt herangezogenen Studiengang, BWL niedrig ist (Saritas, 2021). Hierbei gibt es keinen Hinweis auf mehr weibliche Abbrecherinnen. Daraus folgt, dass Frauen während ihrer Studienzeit nicht andere Wege einschlagen.

Die Referenz für dieses Forschungsprojektes ist die Fachdisziplin der Kinderkardiologie, welche ein besonders interessantes Beobachtungsfeld darstellt, da es sowohl chirurgische Aspekte im Herzkatheter Labor, als auch konservativ klinische Aspekte wie Tätigkeiten in der Kinderambulanz beinhaltet. Voraussetzung für die Bezeichnung „Kinderkardiolog\*in“ ist eine abgeschlossene Facharztausbildung in der Kinder- und Jugendmedizin. Darauf aufbauend erfolgt eine dreijährige Weiterbildung in der Kinderkardiologie, welche das Erlernen von diagnostischen Verfahren, Behandlungsmethoden sowie Interventionstechniken beinhaltet.

Während die Kinder- und Jugendmedizin traditionell einen Überhang an Ärztinnen aufweist (8115 Pädiaterinnen (57,3 %) auf 6047 Pädiater (42,7 %) im Jahr 2017

(Beerheide, 2017)) wird der Geschlechterunterschied in der Kinderkardiologie ausgeglichener (53 % Frauen von gesamthaft ca. 750 Kinderkardiolog\*innen) (Haas, 2025).

Für einige Fachbereiche wie die Onkologie oder Erwachsenen Kardiologie erfolgten bereits wissenschaftliche Projekte hinsichtlich dieser Forschungsfrage, zumeist basierend auf einer Initiative ihrer medizinischen Fachgesellschaften (DGHO, DGK). Jene Veröffentlichungen werden im Verlauf als Vergleichsobjekte für diese Arbeit herangezogen.

### **1.3. Ein Vergleich mit anderen Ländern**

Vergleichsweise herangezogene Daten aus anderen Ländern wie den USA zeigen eine andere Ausgangslage. Die Association of American Medical Colleges (AAMC) deklariert das Jahr 2019 als erstes Jahr in der Geschichte der US-amerikanischen Fakultäten für Humanmedizin, in dem der überwiegende Anteil der Student\*innen weiblich war (Heiser, 2019). Eine Entwicklung wie sie hier in Deutschland zu beobachten ist, scheint somit erst in der jetzigen Zeit ihren Weg in die USA zu finden.

In weiten Teilen Europas sieht es dagegen ähnlich wie in Deutschland aus, wenn auch nicht in diesem Ausmaß. Im Nachbarland Österreich betrug im Jahr 2019 der Anteil an weiblichen Medizinstudentinnen zu Beginn des Studiums 58 % (Baldinger, 2019). Verglichen mit den 62 % beginnenden Medizinstudentinnen in Deutschland, welche im gleichen Zeitraum ihr Studium aufnahmen, zeigt sich hier eine ähnliche Verteilung (Rudnicka, 2024). Interessanterweise verläuft die Studienplatzvergabe für Humanmedizin in Österreich ausschließlich mittels eines Tests. Dieser muss von Interessenten für eine Studienplatzvergabe absolviert werden. Es existiert jedoch eine festgesetzte Anzahl an Plätzen mittels einer Quote (75 %) für Absolventen der Matura (Angerer et al., 2022). Nun stellt sich die Frage, ob Männer in den Tests schlechter abschneiden als Frauen und aus diesem Grund keinen Zugang zu den Studienplätzen erlangen. Diese Vermutung kann jedoch widerlegt werden. Zum Wintersemester 2019/2020 nahmen 62 % Frauen an dem Test teil (Neuhauser, 2019). Da der Anteil an Frauen nur 58 % betrug, die an den Universitäten aufgrund ihres Testergebnisses angenommen wurden, bedeutet dieses im Umkehrschluss,

dass die männlichen Bewerber besser abschnitten. Von ihnen erreichte ein größerer Teil die erforderliche Punktzahl, die sich nach den Ergebnissen der anderen Teilnehmer\*innen richtet. Das bereits zuvor dargelegte Bild aus Deutschland mit einem höheren Anteil an Bewerberinnen auf einen geringen Anteil zugewiesener Plätze, weist eine ähnliche Datenlage auf und unterstützt daher diese Schlussfolgerung. Daraus lässt sich schließen, dass die Anzahl an Männern, die sich für einen Studienplatz in der Humanmedizin interessieren, geringer ist, die Bewerber jedoch höher qualifiziert sind, verglichen mit den weiblichen Bewerberinnen.

Dabei liegt Deutschland mit einem Frauenanteil in der Ärzteschaft von 48 % (2019) knapp unterhalb der 49 %, welche die OECD34 Staaten gemittelt aufweisen. Somit wird der ärztliche Beruf in den Mitgliedstaaten von fast 50% Frauen ausgeübt. Spitzenreiter ist, in der Auflistung der OECD-Länder, Lettland mit 74 % Ärztinnen in lettischen Kliniken. Auch Estland und Litauen weisen einen erheblichen Frauenanteil von über 70 % auf. Abgefallen auf den letzten Plätzen befinden sich Japan, Südkorea und Luxemburg (OECD, 2021). Länderübergreifend haben Frauen gleichermaßen eine Präferenz für die Fachgebiete der Allgemeinmedizin und Pädiatrie, weniger jedoch für chirurgische Fächer (OECD, 2021). Diese Tendenz bezieht somit auch die hier zu untersuchende Fachspezialität der Kinderkardiologie, als spezialisierte Weiterbildung der Pädiatrie, ein.

#### **1.4. Die Frauenquote**

Spätestens seit der Diskussion um die Einführung einer gesetzlich geregelten Frauenquote in der deutschen Wirtschaft Anfang des Jahres 2015 ist die Thematik um Frauen in Führungspositionen in die Mitte unserer Gesellschaft gerückt. Im Bundesgesetzblatt steht seitdem niedergeschrieben, dass privatwirtschaftliche Unternehmen sowie Körper des öffentlichen Dienstes sich verpflichten müssen seit dem 01. Januar 2016 einen Frauenanteil von mindestens 30 % in ihren Aufsichtsgremien zu beschäftigen (BGBL (2015). Art. 1, § 4, Abs. 1, S. 642-643). Die Zielsetzung bei Einführung jener Quote ist eine Gleichstellung der Geschlechter, da die Quote umgekehrt auch für das männliche Geschlecht seine Gültigkeit hat. Somit müssen auch Männer mit mindestens 30 % in Aufsichtsratsgremien vertreten

sein. Daraufhin war eine positive Entwicklung in der Geschlechterverteilung in Aufsichtsräten von börsennotierten Unternehmen zu beobachten, wie die Initiative FidAR (Frauen in die Aufsichtsräte e.V.) anhand ihrer eigens durchgeführten Studie im Jahr 2022 feststellte (Schulz-Strelow, 2022). Diese konstatiert, dass im Jahr 2015 der Frauenanteil 21,3 % betrug, woraufhin dieser, sieben Jahre später, im Jahr 2022 auf 35,6 % wuchs. Somit wurde die gesetzlich vorgeschriebene Quote von 30 % über alle untersuchten Unternehmen hinweg betrachtet erfüllt.

Die Vorstandsebene, welche im ersten Gesetzesentwurf von 2015 mit einer flexiblen Quote berücksichtigt wurde, blieb hinter diesen Anforderungen zurück. Jenes erste Gesetz wurde von einigen Unternehmen (65,2 % der Unternehmen, welche von der Quote eingeschlossen wären) genutzt, um ihre Zielgröße mit null Prozent zu beziffern und keine Frau auf Vorstandsebene einzusetzen (Schulz-Strelow, 2017). Diese Gesetzeslücke sollte mit einer Neuregelung des Führungspositionen Gesetzes geschlossen werden. Daher beinhaltet die Neuauflage seit dem 07. August 2021 die Beteiligung mindestens einer Frau in Vorständen börsennotierter und paritätisch mitbestimmter Unternehmen, welche mehr als drei Mitglieder zählen (BGBL (2021). Artikel 9, § 16, Abs. 2b, S. 3324). Eine paritätische Mitbestimmung im Aufsichtsrat bedeutet eine fünfzigprozentige Beteiligung von Arbeitnehmervertretern in diesem Gremium (Schubert, 2020). Mit Einführung der Frauenquote auf Vorstandsebene gab es laut der FidAR Studie im Jahr 2022 einen Frauenanteil von 16,2 % in deutschen Unternehmen, welche sich für die Quote qualifizieren. Jedes Vierte (25,8 %) dieser Unternehmen habe jedoch aktuell keine Vorständin (Schulz-Strelow, 2022).

Mit der Neuauflage des Gesetzes zur Frauenquote wurde auch ein strukturelles Problem, welches insbesondere weibliche Vorstandsmitglieder betraf, adressiert. Vor der BGBL-Ergänzung vom 11. August 2021 mussten schwangere Vorständinnen für ihre Mutter- bzw. Elternzeit vollständig aus dem Vorstand ausscheiden, ohne die Sicherheit ihren vorherigen Posten wieder einnehmen zu können. Das sogenannte Ruhen des Mandates war ohne Haftungsausschluss nicht möglich (Scherkamp, 2020). Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit wurde auf diese Problematik vor allem durch die prominente Vorständin des Online-Einrichtungshandels Westwing Delia Lachance gelenkt. Lachance war nicht nur Teil des Vorstandes, sondern auch Gründerin des Unternehmens, weshalb die auf ihre Schwangerschaft folgende Debatte umso prekärer erschien. Sie war eine der

Initiatorinnen der #stayonboard Initiative, welche sich für eine Gesetzesänderung mit der Forderung eines vorübergehenden Pausierens des Mandates während einer zeitlich begrenzten Elternzeit, Krankheit oder Pflege einsetzte (Pausder, 2020). Prominente Unterstützer dieses Vorhabens waren unter anderem Dieter Zetsche (ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Daimler AG), Dorothee Bär (ehemalige Staatsministerin für Digitalisierung) und Tina Müller (ehemalige Vorstandsvorsitzende von Douglas) (Pausder, 2022). Aufgrund der öffentlich geführten Debatte und des Bestrebens der #stayonboard Initiative wurde diese Gesetzeslücke im Zuge der Überarbeitung der Frauenquote mitberücksichtigt. Nun ist es Vorstandsmitgliedern möglich, für einen bestimmten Zeitraum auszuscheiden mit der Garantie einer Wiedereinbestellung auf ihre vorherige Position (Bundesgesetzblatt, 2021). Die vorherigen gesetzlichen Bestimmungen waren nicht nur nachteilig für junge Frauen in Vorständen. Ebenso junge Väter, welche in Elternzeit gehen wollten, wurden durch die vorherigen Umstände gehindert. Es sind unter anderem solche Gesetzgebungen, welche auch Männern eine faire Aufteilung der Kinderbetreuung mit ihrer Partnerin erschweren. Es scheint hier an einer Selbstverständlichkeit zu fehlen, dass es junge Menschen mit dem Wunsch nach einer Familie gibt, welche zugleich hohe Positionen in der Wirtschaft bekleiden. Die Annahme, dass die höchsten Management Positionen älteren Männern vorbehalten wird, lässt auf ein strukturelles Problem nicht nur in der Wirtschaftsbranche, sondern auch in unserer Gesellschaft schließen.

### **1.5. Der Begriff der „Quotenfrau“**

Während der öffentlichen Debatte um die Frauenquote ist auch der Begriff der „Quotenfrau“ stärker in den Mittelpunkt gerückt. Als „Quotenfrau“ wird laut Duden eine Frau bezeichnet, die „aufgrund der Quotenregelung in einer bestimmten Funktion tätig ist, [bzw.] eine bestimmte Position einnimmt“ (Duden, 2022). Gesellschaftlich hat diese Bezeichnung eine negative Konnotation, da sie impliziert, dass jene Frau lediglich aufgrund einer Quote ihre Position erworben hat. Herausragende Leistungen, welche es normalerweise bedarf, um eine höhere Position zu erlangen, sind nicht Teil der Begriffsdefinition. Sie schließt diese umgekehrt jedoch auch nicht aus. Da die erneuerte gesetzliche Frauenquote von 2021 keinen prozentualen Mindestanteil an weiblichen Vorständen beinhaltet,

sondern vielmehr eine Frau als Mitglied vorschreibt, fügt sich der Begriff der Quotenfrau hier passend ein. Viele der DAX Unternehmen haben dadurch nur jene gesetzlich vorgeschriebene Frau, als einzige Vertreterin ihres Geschlechts, in ihrer Vorstandsriege. Um jenes zu verdeutlichen wird erneut die FidAR Studie „Women on Board 2022“ herangezogen, welche die von der Gesetzgebung inkludierten Firmen mit ihrer Anzahl an weiblichen Vorstandsmitgliedern auflistet. Daraus lässt sich schließen, dass von jenen 62 Konzernen 33 genau eine Vorständin in ihren Rängen haben, während in 16 Unternehmen weiterhin keine Frau dem Vorstand zugegen ist (Schulz-Strelow, 2022). Somit ist die Definition der Quotenfrau in diesen Fällen sehr passend, da dort genau eine Frau einen Posten besetzt, was zur Folge hat, dass die Quote erfüllt wird. Fraglich ist dennoch, ob diese Frauen alle Quotenfrauen sind, welche ihre Führungsposition durch eine gesetzliche Regelung erlangt haben, die mindestens eine Frau auf dieser Führungsebene vorsieht oder ob sie vielmehr durch hervorragende Leistungen die Karriereleiter aufsteigen konnten. Jedoch ist allein die im Raum stehende Frage eine Problematik, der sich eben jene Frauen entgegenstellen müssen. Bezieht man sich nun auf ihre männlichen Kollegen innerhalb derselben Führungsebene wird automatisch angenommen, dass diese aufgrund ihres professionellen Handelns und ihrer erbrachten Leistungen ihre Führungsposition erlangt haben.

Das Gesellschafts- und Politmagazin „Stern“ hatte es sich Ende 2020 zur Aufgabe gemacht diesem Stigma mithilfe von 40 erfolgreichen Frauen aus unterschiedlichen Berufsbereichen entgegenzutreten (Stawski, 2020). Hier wird auch Frau Prof. Dr. Doris Henne-Bruns interviewt, welche als erste Frau eine C4-Professur in der Chirurgie antrat. Dort bemängelt sie, dass die Kriterien für eine Führungsposition in Kliniken neben Fachwissen, Forschung und Lehre mittlerweile stark auf das Anwerben von Drittmitteln ausgerichtet sind (Henne-Bruns, 2020). Dieses System sei wenig innovativ und auch der über Jahrzehnte hinweg männlich dominierten Führungsriege zuzuschreiben. Ein solches Umfeld sei für Frauen nicht attraktiv und verhindere, dass diese eine Chefärztinnenposition anstreben wollen (Henne Bruns, 2020).

In derselben Interviewreihe wird auch die Aufsichtsrätin und Autorin Fränzi Kühne zu der Thematik befragt. Diese war das jüngste Aufsichtsratsmitglied in einem DAX Unternehmen. Als Buchautorin stellt sie erfolgreichen Männern kritische Fragen hinsichtlich der Gleichberechtigung in ihren Berufswelten. Dabei deckt sie

Ungleichheiten, aber auch Probleme in beruflichen Strukturen auf, welche es Frauen erschweren Karriere in dem jeweiligen Berufsfeld zu machen. Genau wie Henne-Bruns zweifelt auch sie daran, dass die Besten ihres Bereichs automatisch die Spitzenpositionen erlangen (Kühne, 2021). Vielmehr sieht sie den Aufstieg der Karriereleiter als eine Mischung aus „gut(e) Leistung(en) – kombiniert mit einem ordentlichen Netzwerk, soliden sozialen Fähigkeiten, einer gewissen Sichtbarkeit und einem gesunden Schlag Glück“ (Kühne, 2021). Diese Kriterien sind universell und lassen sich ebenso auf eine Karriere in der Medizin übertragen.

## **1.6. Frauen in der Gesundheitsbranche**

Für Klinikverbände ist die Frauenquote aufgrund des Kriteriums eines börsennotierten Unternehmens nicht gültig. Auch in der Pharmaindustrie bleibt der Frauenanteil hinter dem gewünschten Mindestanteil von 30 % in den höchsten Gremien zurück. Jedoch sind die Zahlen hier näher an der gesetzlichen Quote als in sonstigen wirtschaftlichen Bereichen mit 21 % weiblichen Vorstandsmitgliedern (Kucera, 2022). Zu den Unternehmen, welche gesetzlich an die Frauenquote gebunden sind, zählen beispielsweise die Fresenius SE & Co. KGaA, Synlab AG, Bayer AG, Carl Zeiss Meditec AG oder Siemens Healthineers (Schulz-Strelow, 2022).

Eine Studie der Beratungsgesellschaft PwC aus dem Jahr 2020 zum Thema „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“ zeigt, dass die Gesundheitsbranche, bestehend aus Krankenhäusern, Krankenversicherungen, Pharmaunternehmen, Forschungsinstituten und Behörden, zu einem Anteil von über drei Viertel aus weiblichen Beschäftigten zusammengesetzt ist (Huesman-Koecke, 2020). Dennoch beträgt der Anteil der Frauen in Führungspositionen über alle untersuchten Firmen hinweg im Jahr 2020 nur 29 %. Fast noch überraschender erscheint die Tatsache, dass dieses einen Rückgang von 4 % zur ersten Erhebung im Jahr 2015 bedeutet (Huesman-Koecke, 2020). Wesentlich selektiver wird es dann bei Betrachtung der oberen Führungsebenen, da dort lediglich jede sechste Position (17 %) von einer Frau besetzt wird (Huesman-Koecke, 2020). Ruft man sich nun wieder die hohe Zahl an weiblichen Beschäftigten in dieser Branche ins Gedächtnis, muss doch zwangsläufig eine Ursachensuche angestoßen werden. Je individueller auf die

einzelnen Institutionen und Fachbereiche eingegangen werden kann, desto spezifischere Lösungsansätze und Förderungsinstrumente können entwickelt werden, um eine geschlechterneutrale Führungsriege zu ermöglichen.

## **1.7. Historischer Ausflug Frauen in der Medizin**

Wirft man einen Blick in die Historie der Medizin spielten Frauen bereits im alten Ägypten eine entscheidende Rolle in der Heilung und Linderung von Krankheiten. Insbesondere durch die weibliche Gottheit Isis, die durch ihre Mutterrolle als Vorbild für Frauen galt, hatte die Heilkunde einen femininen Einschlag. Gleichzeitig hatte sie auch die Funktion der Heilerin inne, welche Tote wieder zurück ins Leben holen konnte (Tyldesley, 2022). Das medizinische Gebiet, in welchem Frauen die bedeutendste Funktion zuteilwurde, war die Geburtshilfe. Wobei auch Berichte existieren, in welchen Ägypterinnen an medizinischen Universitäten bereits 1500 v.Chr. studiert haben sollen (Wynn, 2000). Passend zu diesen Vermutungen erscheint auch die namentliche Nennung der ersten, uns heute bekannten, Ärztin der Medizinhistorie. Merit-Ptah praktizierte in der Zeit um 2700 v.Chr. sogar als königliche Ärztin der Pharaonen (Mark, 2017). Anhand von Wandmalereien, die Frauen als Operateurinnen abbilden, darf vermutet werden, dass Ägypterinnen ebenso in diesem Feld tätig waren (Wynn, 2000). Diese Freiheiten von Medizinerinnen im alten Ägypten werden durch eine überlieferte griechische Geschichte hervorgehoben. In dieser strebt eine junge Griechin namens Agnodice eine ärztliche Ausbildung an. Zur damaligen Zeit (ca. 350 v.Chr.) war es Frauen im antiken Griechenland jedoch verboten als Ärztinnen tätig zu sein. Sollten sie dennoch in diesem Bereich Arbeiten durchführen, wurden sie mit der Todesstrafe bedacht. Aus diesem Grund reiste Agnodice nach Alexandria im alten Ägypten, wo Frauen im Fach der Medizin unterwiesen wurden. Nach ihrer Rückkehr nach Athen arbeitete sie als Ärztin, jedoch als Mann verkleidet. Nachdem ihre Täuschung aufflog, kam es zu einer Gerichtsverhandlung. Diese soll der Anstoß für die Zulassung von Frauen in medizinischen Bereichen im historischen Griechenland gewesen sein (Mark, 2017). Hier hat es somit deutlich länger gedauert bis Frauen als Ärztinnen anerkannt wurden.

Weitergehend fand die medizinische Versorgung im Mittelalter vordergründlich im klösterlichen Umfeld statt. Daher erhielt diese Epoche der Medizin (6. – 12. Jh.) auch den Namen „Klostermedizin“. Es bildeten sich Klosterspitäler und Mönche sowie Nonnen wurden angehalten, Kräutergärten zu pflegen. Hier wurden Heilpflanzen zur Herstellung von Arzneien gezüchtet (Prof. Dr. Schweitzer, 2011). Eine bekannte Figur dieser Zeit ist Hildegard von Bingen, die zur Begründerin einer neuen Volksmedizin wurde. Die 1098 geborene Heilige verfasste zu Lebzeiten medizinische Abhandlungen, in welchen sie ihr Wissen über die Heilkräfte verschiedenster Kräuter niederschrieb (Haubner, 2021). Noch heute werden Ihre Werke in der Naturheilkunde zurate gezogen (Fenffe, 2021).

Mit Gründung der Universitäten zwischen dem 12. Jh. und dem 14. Jh. hielt die Professionalisierung des medizinischen Berufs im heutigen Europa Einzug. Jedoch war zu der damaligen Zeit die universitäre Bildung an die Institution Kirche gebunden, weswegen eine Unterweisung nur im Rahmen des christlichen Glaubens möglich war. Daraufhin war es nur noch Männer mit universitärem Abschluss erlaubt, als Mediziner zu praktizieren, da Frauen der Zugang zu Universitäten verwehrt blieb. Im selben Zeitraum begann die Hexenverfolgung. Im Visier waren unter anderem Frauen mit vermeintlich heilenden Kräften, welche gleichzeitig eine Konkurrenz für die universitär ausgebildeten Ärzte darstellten (Molina, 2005). Keinesfalls lag die alleinige Begründung der damaligen Hexenverfolgung in dem Ausschalten von weiblicher Konkurrenz. Jedoch war es ein begünstigender Umstand für männliche Mediziner in der damaligen Zeit.

Im Jahr 1754 erhielt die erste Frau in Deutschland die medizinische Doktorwürde nach Einreichen ihrer Doktorarbeit. Dorothea Christiana Erxleben arbeitete jahrelang an der Seite ihres Vaters in seiner Arztpraxis und führte diese nach seinem Tod ohne einen medizinischen Titel weiter. Aufgrund von Beschwerden ihrer männlichen Kollegen reichte sie ihre Doktorarbeit ein, nachdem sie bereits 10 Jahre zuvor den König um das Recht zu promovieren gebeten hatte (Weishaupt, 2022). Es sollte jedoch weitere 150 Jahre andauern bis die Fakultäten der Medizin ihre Türen im damaligen deutschen Reich auch für Frauen eröffneten (Burchardt, 1997). Somit studieren erst seit etwas mehr als 110 Jahren Frauen in deutschen Universitäten das Fach der Medizin und sind in Kliniken als Ärztinnen tätig.

## 1.8. Frauen in der Forschung/Wissenschaft

Das Privileg zur Habilitation wurde Frauen in Deutschland schließlich im Jahr 1920 zugesprochen (Häntzschel, 1997), wodurch Frauen zum ersten Mal strukturiertes wissenschaftliches Arbeiten ermöglicht wurde. Nach diesem historischen Ausflug folgt nun eine Abhandlung zur aktuellen Situation von Frauen in der Forschung bzw. Wissenschaft.

Erste Berührungspunkte mit dem wissenschaftlichen Arbeiten erhalten Medizinstudenten häufig zu Beginn ihres Promotionsvorhabens. Traditionell ist das Gebiet der Humanmedizin ein beliebtes Fach zur Promotion. Daher erscheint es wenig überraschend, dass im Jahr 2021 rund 52.000 Personen in diesem Feld ihre Promotion absolvierten. Hiervon waren 31.900 weibliche Absolventinnen, was einen prozentualen Anteil von 61,3 % ausmacht (Bundesamt, 2022a). Diese Zahlen decken sich auch mit den zu Beginn erhobenen Daten zum weiblichen Anteil an Medizinstudierenden (64,6 % im Jahr 2023/2024 (Rudnicka, 2024)). Zumindest auf wissenschaftlicher Ebene sind Frauen somit zahlreich vertreten und machen weiterhin den Großteil aus. Bis zu diesem Punkt scheint die Wissenschaft somit noch attraktiv für die zumeist jungen Frauen zu sein. Steigt man jedoch nun die wissenschaftliche Karriereleiter eine Stufe weiter nach oben, zeigt sich ein deutlich anderes Bild. Eine Habilitation in der Humanmedizin mag für viele Ärzt\*innen interessant erscheinen, da sich hier fachspezifisch wesentlich mehr Möglichkeiten bieten, verglichen mit anderen Fakultäten. Während es beispielsweise an der Universität Freiburg im Zeitraum von 2015-2019 je Fakultät 5-19 Habilitationen gab, waren es an der Medizinischen Fakultät 152 Habilitationen. Dort lag der Anteil an Männern bei 73 %, was sich nahe am dortigen männlichen Durchschnittsanteil (70,3 %) bewegt (Freiburg, 2022). Gesamthaft in Deutschland zeigt sich in den Jahren 2017-2019 weiterhin eine männliche Dominanz von 63 % bei den medizinischen Habilitationen (Leopoldina, 2022). Nun könnte argumentiert werden, dass der überwiegend weibliche Anteil an Studentinnen in ihren Karrieren noch nicht so weit vorgerückt ist, dass sie sich habilitieren würden. Dieses würde somit ein Generationenproblem darstellen, welches das Potenzial hätte, sich mit der Zeit zu egalisieren. Jedoch ist bereits seit dem Jahr 1999 der größere Teil der Medizinstudierenden weiblich (Destatis, 2022). Eben diese ehemaligen

Studentinnen wären nun im Stande sich zu habilitieren, weswegen ein Generationenproblem hier nicht vordergründig erscheint.

Die höchste Karrierestufe in einer klinisch-universitären Laufbahn stellt die C4/W3-Professur dar. Diese beinhaltet üblicherweise die Leitung eines Lehrstuhls. Voraussetzungen hierfür sind zumeist eine Habilitation, sowie „peer-reviewed publications“ und der Erwerb von Drittmitteln. Mit der Berufung geht oftmals eine Erhebung in den Beamtenstatus einher. Es ist nur selten möglich von einer W2-Professur in eine W3-Professur an derselben Universität aufzusteigen (Friedrich-Alexander-Universität, 2022). Somit ist mit einem Karriereaufstieg häufig ein Ortswechsel verbunden. Die Besoldungsgruppe C wurde im Jahr 2005 durch die W-Besoldung ersetzt und wird für heutige Berufungen verwendet. Diese Änderung hat zur Folge, dass Professoren Gehaltszuschüsse basierend auf zusätzlichen Leistungen in der Forschung und Lehre, aber auch dem Erwerb von Drittmitteln erhalten (Tschernoster, 2012). Gerade der letzte Punkt stellt einen Kritikpunkt dar, welcher in dieser Arbeit bereits abgehandelt wurde (s. Abschnitt 1.5.). Eine lukrative W3-Professur hat jedoch nur ein geringer Anteil an Frauen inne (s. Abbildung 4) (Preißler, 2022). Dieser Prozentsatz lag im Jahr 2019 bei 12 % Professorinnen mit einer C4/W3-Professur (Puhahn-Schmeiser, 2022). Verdeutlicht wird dieser Verlauf anhand von Abbildung 4, welche die Diskrepanz hervorhebt, die den Karriereverlauf von Frauen in der Medizin aktuell bestimmt. Nach der Promotion imponiert ein gravierender Knick, welcher ab der höchsten Karrierestufe besonders steil nach unten verläuft.

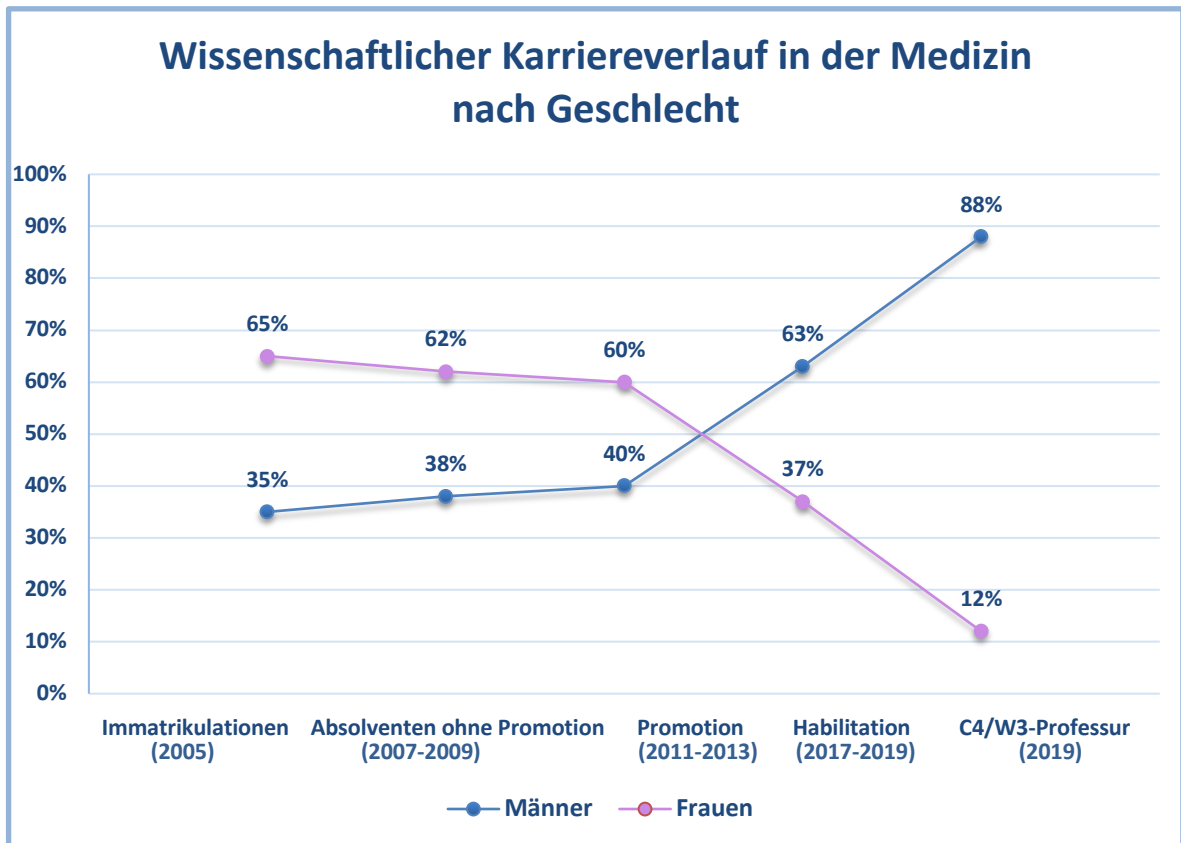


Abbildung 4: Wissenschaftlicher Karriereverlauf in der Medizin nach Geschlecht unterteilt (Leopoldina, 2022; Puhahn-Schmeiser, 2022)

An dieser Stelle, insbesondere bei Betrachtung der Grafik, muss sich die Frage nach dem Warum aufdrängen. Fokussiert man sich wieder auf den Weg, der eine klinische Karriere ausmacht, so beinhaltet dieser einen nicht außer Acht zu lassenden Forschungsaspekt mit vielen wissenschaftlichen Arbeiten und zahlreichen Autorenschaften.

Um diesen Faktor näher zu betrachten bietet sich der sogenannte h-Index an. Dieser Index wird berechnet mittels der Anzahl der veröffentlichten Publikationen und wie häufig jene zitiert werden (Roper, 2022). Eine Studie von 2017 mit der Fragestellung nach Geschlechterunterschieden innerhalb akademischer Forschungskarrieren, untersuchte den h-Index von Männern und Frauen in der Gastroenterologie und verglich diesen. Hierbei fiel auf, dass insbesondere bei „assistent professors“ und Chefärzt\*innen ein Unterschied basierend auf dem Geschlecht im h-Index aufzufinden ist. Während der h-Index von Frauen 5,59 betrug, belief sich der der Männer auf 7,54. Besonders auffallend ist die Diskrepanz bei den Chefärzt\*innen. Hier wies die Studie einen männlichen h-Index von 30,96 auf. Verglichen mit der Berechnung für Frauen in der höchsten klinischen Position,

welche sich auf 12,00 beläuft, scheint es hier einen sichtbaren Unterschied in der Wichtung der Forschungsarbeiten der Wissenschaftlerinnen zu geben (John et al., 2022). Auf dieses Phänomen bezogen, sagt die Expertin für Interoperabilität im Gesundheitswesen Prof. Dr. med. Sylvia Thun in einem Interview „Männer zitieren Männer und keine Frauen. Genauso wie Männer keine Romane lesen, die von Frauen geschrieben wurden [...].“ (Hohenstein, 2022). Diese Erkenntnis muss als eine von vielen Ansatzpunkten betrachtet werden, welcher Frauen den Weg in klinische Führungspositionen erschwert. Der h-Index als Parameter zur Einschätzung des Einflusses eines Wissenschaftlers oder einer Wissenschaftlerin, vermag auch in Betracht gezogen werden bei potenziellen Beförderungen und sogar Professur-Berufungen.

Zu dieser Thematik passend, können Statistiken zur Veröffentlichung von Forschungs-Papers vor und während der Corona Pandemie herangezogen werden. Zum einen gibt es einen Bericht der Charité, welcher von der hiesigen Frauenbeauftragten Dr. Kurmeyer am internationalen Frauentag vorgestellt wurde. Dort wurde der Frauenanteil an Erstautorenschaften in Forschungs-Papers im Zeitraum von 2015-2020 untersucht. Erkennbar ist eine Zunahme des Anteils an Frauen, welche ihre Paper veröffentlichen, mit einer Spitze im Februar 2020 (Kurmeyer, 2022). Bekanntermaßen ist dieses der Zeitraum, in welchem die COVID-19 Pandemie Deutschland erreichte und erste gesetzliche Schutzmaßnahmen in Kraft traten. Die darauffolgenden Kindergarten- und Schulschließungen betrafen im Umkehrschluss auch viele berufstätige Eltern. Seit jenem März ging die Zahl der Veröffentlichung von Frauen deutlich zurück. Nun mag es nahe liegen, dass klinisch tätige Ärzte und Ärztinnen während der Pandemien anderweitig beschäftigt waren, als Forschungsergebnisse zu veröffentlichen. Jedoch muss hier ins Gedächtnis gerufen werden, dass in den Untersuchungen der prozentuale Anteil von Frauen mit Erstautorenschaften im Fokus steht. Dieser lag im Mai 2020 nur noch bei knapp 25 %, was verglichen mit den fast 35 % des Februars doch ein signifikanter Unterschied ist (Kurmeyer, 2022).

Die hier vorliegende Datenlage wird unterstützt von einer Studie aus den USA, welche eine statistisch signifikante „Gender Gap“ bei den Veröffentlichungen von Research Papers auf medRxiv ausmacht. Diese Kluft wird zu Beginn der Corona Pandemie gravierender von 23 % im Januar 2020 hin zu 55 % im April 2020 (Wehner et al., 2020). Es scheint also als hätte die Corona Pandemie die weibliche

akademische Forschung ausgebremst und somit zu einer Benachteiligung von wissenschaftlich arbeitenden Frauen geführt. Ob dieses an einer möglichen Betreuung von Kindern liegt, bleibt offen, muss aber aufgrund der vorliegenden Hinweise definitiv in Betracht gezogen werden.

## **1.9. Gehaltsunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten**

Im Juni 2017 beschloss der Bundestag das „Gesetz zur Förderung der Transparenz von Entgeltstrukturen“, welches die Lohngerechtigkeit zwischen den Geschlechtern fördern und stabilisieren soll. Ein Teil dieses Gesetzes beinhaltet die Möglichkeit, in Unternehmen mit mehr als 200 Mitarbeitern, eine Gehaltsauskunft für den jeweiligen Tätigkeitsbereich einzuholen (Bundesministerium für Familie, 2017). Ziel dieses Gesetzes war die Ungleichheit, die zwischen Geschlechtern hinsichtlich ihrer Gehälter zu bestehen scheint, wie eine aktuelle Studie der Apobank unter ambulant tätigen Ärzt\*innen darstellt (Apobank, 2025), auszugleichen. Als Gründe hierfür wird vom Statistischen Bundesamt angeführt, dass Frauen häufiger in Berufen arbeiten die schlechter bezahlt werden, wie beispielsweise im sozialen Bereich. Außerdem unterbrechen Frauen öfter ihren Karriereweg aufgrund ihrer Familienplanung und steigen dann oftmals mit verringertem Arbeitsumfang in Form von Teilzeitarbeit wieder ein. Ein weiterer Grund, der den Kernpunkt dieser Arbeit darstellt, ist die Tatsache, dass Frauen seltener Führungspositionen innehaben. Auch fernab der Medizin findet sich bekanntermaßen dieses Phänomen. Diese Stellen sind jedoch zumeist die am besten vergüteten innerhalb eines Unternehmens (Bundesamt, 2022b).

In Deutschland beträgt der Vollzeit-Verdienst von männlichen, sowohl in Kliniken als auch Praxen tätigen, Ärzten vor Steuerabzügen rund 160.000€ pro Jahr. Im Vergleich dazu verdienen Frauen, die einer ärztlichen Tätigkeit ebenso in Vollzeit nachgehen, nur 114.000€ (Gottschling, 2021). Es erscheint naheliegend, dass dieses mit den oben bereits aufgeführten Gründen zusammenhängt, wie beispielsweise der selteneren Besetzung von Führungspositionen. In der Literatur finden sich einige Studien, die sich mit Gehaltsunterschieden zwischen Ärzten und Ärztinnen beschäftigen.

Eine dieser Studien legt den Fokus auf die Unterschiede im Verdienst zwischen Ärzt\*innen verschiedener Ethnizitäten. Bei näherer Betrachtung des Faktors Geschlecht gibt es laut der Studie eine signifikante Benachteiligung von Frauen. Auch nach Adjustierung von Störfaktoren bleibt dieser Nachteil bestehen. Bei der Ursachensuche werden Gründe wie stärkere Verhandlungsfähigkeiten von Männern sowie Diskriminierung gegenüber Frauen genannt (Ly et al., 2016).

Störfaktoren zu limitieren war das Ziel einer amerikanischen Studie, welche im Jahr 2018 die Gehälter von Ärzten und Ärztinnen verglich. Am Ende der Untersuchung konnten 70 % der Gehaltsunterschiede, zwischen den Geschlechtern, von Störfaktoren wie differierender Arbeitsumfang, Fachgebiet, Alter und fachliche Erfahrung erklärt werden. Im Umkehrschluss blieben 30 % der Differenz (in der Studie ca. 30.000\$) ohne plausible Begründung bestehen (Apaydin et al., 2018).

Eine weitere Studie aus den USA beleuchtet einen weiteren Faktor. Demnach verstärken Fachgebiete mit einem hohen Männeranteil den Gehaltsunterschied zwischen den Geschlechtern in der Ärzteschaft. Insbesondere die Chirurgie wird hervorgehoben. Auch unter Berücksichtigung der Arbeitszeit, beruflicher Erfahrung und demographischen Einflüssen, verdienen Ärztinnen fast 27 % weniger, verglichen mit ihren männlichen Kollegen. Diese deutlichen Unterschiede werden jedoch nur erreicht, wenn die ärztliche Belegschaft zu über 90 % aus Männern zusammengesetzt ist. Sind 50 % bzw. weniger als 50 % der Ärzt\*innen männlich, so beläuft sich die Gehaltsdifferenz auf nur 10 %. Auch hier verdienen Frauen jedoch weiterhin weniger (Whaley et al., 2020). Es bleibt die Frage, wie sich eine rein männliche Führungsebene, wie sie häufig in deutschen Kliniken Realität ist, auf die Gehälter von Frauen auswirkt. Insbesondere mit Blick auf das Renteneintrittsalter wirken sich diese fehlenden Einnahmen bei Frauen besonders negativ aus.

### **1.10. Auswirkung des Geschlechts der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes auf die Patientenversorgung**

Hierbei ist zunächst zu klären, inwieweit Patienten das Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin bei der Wahl ihres Behandlers berücksichtigen. Bekanntermaßen sind Fachgebiete, welche gesellschaftlich teilweise immer noch schambehaftet sind, mit

Geschlechterpräferenzen bei der Arztwahl verbunden. Insbesondere die Gynäkologie bei Patientinnen und die Urologie bei Männern bietet sich dementsprechend für eine genauere Betrachtung an.

Laut einer Studie von Riaz et al. fühlt sich eine Mehrheit der Patientinnen bei einer weiblichen Gynäkologin wohler, im Vergleich mit einem Besuch bei einem männlichen Kollegen (Riaz et al., 2021). Aus Sicht der Patientinnen wird hervorgehoben es sei einfacher bei einer Frau gynäkologische Beschwerden darzulegen und gemeinsam zu erörtern. Eine Mehrheit geht davon aus, dass Gynäkologinnen empathischer auftreten, im Gegensatz zu Gynäkologen (Riaz et al., 2021). Hier zeigt sich also eine deutliche Assoziation von Geschlecht und Charaktereigenschaft. Dementsprechend wird der Faktor „weibliches Geschlecht“ mit mehr Empathie verbunden.

Weitergehend spielt auch die Religion der Patient\*innen eine Rolle. In Zeiten von zunehmender Migration, in welcher sich insbesondere Menschen muslimischen Glaubens in Deutschland ansiedeln, gewinnt dieser Aspekt wieder mehr an Bedeutung. Im Zeitraum 2015 bis 2019 sind fast eine Million Muslime nach Deutschland eingewandert (Pfündel et al., 2021). Diese müssen ärztlich adäquat versorgt werden. Patientinnen muslimischer Glaubensrichtungen bevorzugen zu 98 % eine Ärztin bei Beschwerden im gynäkologischen Fachbereich (McLean et al., 2012). Dieses ist ein außerordentlich hoher Anteil. Besonders interessant für das Gebiet der Kinderkardiologie ist jedoch, dass das Geschlecht des Mediziners/der Medizinerin bei vorpubertären Kindern nur bei 17 % der muslimischen Befragten eine Rolle spielt (McLean et al., 2012). Daher ist dieser Aspekt für diese Studie nicht vordergründig.

In Israel wurde eine Studie in der Urologie durchgeführt, um herauszufinden, inwieweit männliche Patienten das Geschlecht des Behandlers als Auswahlkriterium bei der Wahl des Arztes/der Ärztin nutzen. Die Ergebnisse zeigen, dass ca. 43 % einen Mann als ihren Urologen präferieren (Amir et al., 2018). Als Grund hierfür nannten fast alle (97 %), dass sie so weniger Scham empfinden würden, verglichen mit Diagnostik oder Behandlung, welche von einer Frau durchgeführt würden (Amir et al., 2018).

Entfernt man sich nun von den Präferenzen der Patient\*innen und blickt auf die Bewertung der ärztlichen Leistungen, so gibt es auch hier signifikante Unterschiede basierend auf dem Geschlecht der Mediziner\*innen. Ärztinnen werden in digitalen

Arztbewertungs-Portalen schlechter bewertet, als ihre männlichen Kollegen. Hierbei ist der Faktor „GenderFemale“ statistisch signifikant (Saifee et al., 2022). Diese Studienergebnisse weisen auf einen gender bias in der Literatur hin, welcher in dieser Arbeit bereits im vorherigen Kapitel (s. Abschnitt 1.9.) anhand des h-Indexes hervorgehoben wurde. Der Unterschied zu diesem Beispiel ist jedoch, dass die Plattformen, auf welchen die Ärzte und Ärztinnen bewertet werden, für Patienten und Patientinnen frei zugänglich sind. Sie werden alltäglich zur Wahl des Behandlungsortes genutzt (Paulsen, 2021). Es scheint folglich bereits bei der Arztsuche nicht nur in bestimmten Fachgebieten eine Geschlechterpräferenz zu geben, sondern auch eine Beeinflussung durch diverse Bewertungsportale.

Im Gegensatz dazu hat eine US-amerikanische Studie aus dem Jahr 2017 die Krankenhaus-Sterblichkeit sowie Wiedereinweisungsrate von Patient\*innen dargestellt. Gleichzeitig erfolgte ein Vergleich dieser Parameter bei Behandlung durch männliche Ärzte gegenüber weiblichen Ärztinnen. Hierbei zeigte sich, dass Patient\*innen, die eine behandelnde Ärztin hatten, eine niedrigere Sterblichkeit und Re-Admissionsrate aufwiesen, verglichen mit jenen, die von Männern behandelt wurden (Tsugawa et al., 2017).

In Verbindung mit den vorherigen Erkenntnissen zu den negativeren Bewertungen für Leistungen, welche von weiblichen Behandlern vollzogen werden, lässt dieses auf einen bestehenden bias in der Bevölkerung schließen. Im klinischen Rahmen kann jedoch kein Hinweis auf eine niedrigere Qualität der Arbeit, welche von Ärztinnen durchgeführt wurden, gefunden werden. Anscheinend werden Ärztinnen von ihrem Patientenkollektiv als weniger kompetent empfunden, verglichen mit ihren männlichen Kollegen.

### **1.11. Weibliche oder männliche Karrierehindernisse?**

In vielen Abschnitten dieser Arbeit sind bereits Hürden thematisiert worden, welche den weiblichen Karriereweg bestimmen und teilweise auch Unterschiede zu dem ihrer männlichen Kollegen abbilden. Eine wichtige Frage, welche bisher nicht gestellt wurde, ist die, ob es sich um ein männliches oder ein weibliches Problem handelt. Natürlich kommt schnell die Vermutung einer möglichen Diskriminierung des weiblichen Geschlechts auf. Männer, die diese Strukturen in Kliniken seit

Jahrzehnten bestimmen, fördern primär ihre Ebenbilder und somit weitere Männer. Zur Veranschaulichung bietet sich der Begriff des sogenannten „Thomas Kreislauf“ an. Dieser beschreibt einen Zustand innerhalb der deutschen Wirtschaft. Im Jahr 2017 gab es mehr Männer mit dem Namen Thomas oder Michael in deutschen Vorständen (49), als es insgesamt Frauen in diesen Gremien gab (46) (Ankersen, 2017). Es scheint somit als würde ein Thomas wiederum erneut einen Thomas befördern. Denn es ist Fakt, dass momentan der Großteil der Führungspositionen, sei es in der Medizin (Kaczmarczyk, 2022) oder in der deutschen Wirtschaft (Schulz-Strelow, 2022) und somit auch der Entscheidungskraft über mögliche Nachfolger durch Männer besetzt wird.

Strukturelle Probleme, welche den Klinikalltag immer noch bestimmen, haben ihren Ursprung häufig im früheren Rollenbild der Frau. Einer Umfrage aus dem Jahr 2011 zufolge ist der Hauptgrund, dass es weniger Frauen als Männer in Führungspositionen in Deutschland gibt, die Unvereinbarkeit von Karriere und Kindern (Statista, 2011). Sicherlich ist der Aspekt der Kinderbetreuung einer der Ersten, die aufkommen, wenn über Frauen und ihre beruflichen Ambitionen spekuliert wird. Trotzdem ist diese Thematik nicht unbedingt ein „weibliches Problem“, sondern vielmehr eines der starren männlichen Strukturen, welche in Deutschlands beruflicher Landschaft festen Bestand haben.

Das Gesetz zum Mutterschutzrecht besagt, dass eine Frau regulär 6 Wochen vor Entbindung und 8 Wochen danach nicht vom Arbeitgeber beschäftigt werden darf (Bundesgesetzblatt, 2017). Die Realität für Ärztinnen sieht jedoch häufig anders aus. Der Gesetzestext sieht gewisse Schutzmaßnahmen vor, die der Arbeitgeber gewährleisten muss. Jedoch haben diese zur Folge, dass viele schwangere Ärztinnen nicht mehr operativ tätig sein dürfen und der direkte Patientenkontakt eingeschränkt wird. Arbeiten, welche ihnen dann zugeteilt werden, bestehen zu einem Großteil aus Schreibtischarbeiten wie dem Verfassen von Arztbriefen (Ärztinnenbund, 2021). Laut demselben Bericht des deutschen Ärztinnenbundes wurde während der Corona Pandemie von Arbeitgebern nochmals härter durchgegriffen und viele Schwangere in Beschäftigungsverbote geschickt. Insbesondere die Pädiatrie weist eine hohe Patientenzahl auf, die potentiell infektiös sein könnten. Hier wird also häufig der Patientenkontakt zum Schutz der Schwangeren ausgeschlossen. Natürlich führt dieser Umstand somit auch dazu, dass die Schwangeren, welche sich teils noch in der Fachärztinnenausbildung

befinden, in Rotationen nicht eingeteilt werden oder diese fortführen können. Dadurch kommt es zu einer Verzögerung in ihrer Ausbildung. Eine Folge dessen ist, dass einige Frauen ihre Schwangerschaft zu Beginn verheimlichen, um diese Nachteile nicht in Kauf nehmen zu müssen (Puhahn-Schmeiser, 2021). Es handelt sich hierbei um eine strukturelle Problematik, welche weiter diskutiert und von Arbeitgebern in Absprache mit der schwangeren Ärztin thematisiert werden sollte. All jene Punkte würden für ein von Männern verursachtes Problem sprechen, welches sich darüber definiert, dass Männer junge Ärztinnen aktiv oder passiv nicht an die Spitze lassen.

Es mögen hierbei durchaus auch Vorurteile der Männer gegenüber Frauen eine Rolle spielen. Wirft man einen Blick in diverse medizinische Magazine muss gar nicht lange gesucht werden, um solche Vorurteile niedergeschrieben zu finden. Beispielsweise steht in einem Thieme Magazin der Neurochirurgie „A surgeon needs to be generally aggressive, dominating, authoritarian and extrovert, which some women are not.“ (Yanagawa, 2004). Nun allerdings zum überraschenden Teil, denn der Erstautor ist keinesfalls ein Mann, sondern eine Frau. Diese Aussage bietet eine hervorragende Überleitung zu den Ursachen der sogenannten „weiblichen Probleme“.

Es scheint so als würden viele Frauen sich eine Führungsposition mit viel Verantwortung und Stress nicht zutrauen, da sie der Meinung sind, nicht genügend Attribute zu besitzen, die eine Chefin prägen. Außerdem besteht laut eines Berichtes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Sorge als Frau mehr leisten zu müssen im direkten Vergleich mit ihren männlichen Kollegen. Gleichzeitig scheint die Zurückhaltung auch zurückzuführen auf eine gewisse Angst den familiären Ansprüchen durch gesteigerte berufliche Belastung nicht mehr gerecht zu werden (Wippermann, 2014).

Eine weitere Problematik stellt die Verteilung der häuslichen Aufgaben dar. Frauen übernehmen, laut einer aktuellen Studie, zu einem Großteil anfallende häusliche Arbeiten, auch wenn sie in Vollzeit arbeiten. Sie haben somit weniger freie Kapazitäten für karrierefördernde zeitliche Investitionen, wie Fortbildungen, Kongressteilnahmen oder das Vorantreiben von Forschungsprojekten (Hitti et al., 2022).

Diese sieben vorgestellten Hindernisse werden hier als „weibliche Probleme“ deklariert, da sie auf den weiblichen Vorstellungen und Ansprüchen an eine Führungskraft fußen.

Welche dieser dargelegten Problematiken bei den deutschen Kinderkardiolog\*innen im Vordergrund stehen und wie Lösungsansätze für die Sicherung einer geschlechterneutralen Führungsebene in der Zukunft aussehen könnten, soll anhand dieser Studie mittels einer Umfrage ergründet werden.

## **2. Methoden**

### **2.1. Studiendesign und Teilnehmerkollektiv**

Der von uns, in Zusammenarbeit mit soziologischen Experten, erstellte standardisierte Fragebogen wurde an klinisch tätige Kinderkardiologen und Kinderkardiologinnen allen Alters sowie aller Hierarchiestufen im deutschsprachigen Raum versendet. Namentlich waren hier insbesondere die Soziologin Frau Prof. Onnen von der Universität Vechta sowie die Frauenbeauftragte der LMU, Frau Dr. Weber, an der Realisierung und soziologischen Validierung des Fragebogens beteiligt. Zudem gab es einen regen Austausch mit den Vorsitzenden des Jungen Forums der DGPK, um Rückmeldung, während der Entwicklung der Fragen, von Kinderkardiolog\*innen aus dem Zielkollektiv zu erhalten.

Dann wurden zwei voneinander getrennte Fragebögen erstellt; einer für die Kinderkardiologen und einer für die Kinderkardiologinnen. Diese Methode wurde insbesondere aufgrund der Implementierung mittels des online Umfrageanbieters „survey monkey“ gewählt. Da sich hinsichtlich der Komplexität der Fragen und Antworten mehrere Antwortpfade ergaben, wurden, zwecks einer verbesserten Sinnhaftigkeit, zwei separate Fragebögen angestrebt. Der Inhalt beider Fragebögen ist jedoch, ausgenommen einzelner Fragen nach beispielsweise der Mitgliedschaft in Frauennetzwerken, identisch. Darauf basieren zwei voneinander unabhängige Promotionsarbeiten. Während sich diese Arbeit mit der Sicht der männlichen Kollegen auf die Fragestellung von Frauen in Führungspositionen in der Kinderkardiologie beschäftigt, bietet die Promotionsarbeit von Frau Eva Schubert Erkenntnisgewinne aus Sicht der Frauen.

Aufgrund der Tatsache, dass sich diese Dissertation mit der männlichen Sicht befasst, wird sich im Folgenden in Bezug auf den Fragebogen nur in männlicher Form artikuliert, da diese ausschließlich das Kollektiv der Betrachtung darstellt.

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Realisierung der Umfrage mittels des digitalen Umfrageanbieters „survey monkey“. Auf dieser Plattform wurden die beiden Fragebögen implementiert und anschließend verbreitet. Hierzu wurde ein Link erstellt, welcher dann in E-Mails an die potenzielle Teilnehmerschaft verschickt wurde.

Im Dezember 2021 wurde ein Ethikantrag an die Ethikkommission der LMU München gestellt. Nach einem Votum vom Februar 2022 wurde dem Studienvorhaben die „ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit“ (s. Anhang) gewährt. Vor der Adjustierung und dem Ausschluss von Teilnehmern betrug die gesamthafte Rücklaufquote beider Fragebögen 45 %. Der männliche Fragebogen wurde an 309 männliche Kinderkardiologen versendet, wovon 130 mindestens abschnittsweise teilnahmen. Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote für den Fragebogen der Männer von 42,1 %.

## **2.2. Ablauf der Teilnehmer Akquise**

Der Zeitraum der Umfrage und somit der Datenerhebung umfasste Juli 2022 bis November 2022. Im Vorhinein wurden die jeweiligen E-Mail-Adressen der Zielgruppe zusammengetragen. Dieses erfolgte durch persönliches Kontaktieren von Abteilungsleitern, sowie das Herausfiltern der Daten aus den frei zugänglichen Internetauftritten der jeweiligen Kliniken. Somit konnten letztendlich 624 Kinderkardiologen und Kinderkardiologinnen kontaktiert werden. Es erfolgten drei Erinnerungsrunden, wovon die Erste über das Programm „survey monkey“ lief. Die letzten beiden Erinnerungen wurden manuell per E-Mail an die potenziellen Teilnehmer geschickt. Dieses manuelle Verfahren wurde aus Sorge vor einer potenziell falschen Zuordnung im E-Mail-Postfach gewählt, insbesondere da der Absender „survey monkey“ die Gefahr einer fälschlich automatischen Einsortierung in den Spam Ordner der E-Mail-Programme bietet.

Neben dem Fragebogen enthielt die E-Mail auch einen Hinweis auf einen Artikel des Newsletters der DGPK, in welchem die Umfrage seinen Mitgliedern vorgestellt wurde. Dieser Newsletter, welcher alle Mitglieder der DGPK erreicht, wurde einen Tag vor der ersten Kontaktaufnahme durch das Studienteam, versendet. Daher waren die Abonnenten des DGPK-Newsletters bereits im Vorfeld über die Veröffentlichung des Fragebogens informiert.

## **2.3. Aufbau des Fragebogens**

Beiden Fragebögen ging eine Informationsschrift, sowie eine Erklärung zum Datenschutz und Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme voraus. Die gesamthafte Anzahl an Fragen betrug 71, jedoch gab es auch die Möglichkeit Seiten zu überspringen oder durch diverse Antwortpfade weniger Fragen zu erhalten. Eine Frage wurde auf jeweils einer Seite abgebildet. Wirft man einen Blick auf die verwendeten Fragetypen, so finden sich Single- und Multiple-Choice, skalierte Fragen, Matrix Fragen sowie offene bzw. halboffene Fragen. Die skalierten Fragen im Stil einer Likert-Skala wiesen ein Minimum von 1 und ein Maximum von 5 auf. Oftmals wurde auch die Option „keine Angaben“ angeboten. Weitergehend gab es bei gewissen Fragen die Möglichkeit mit „Sonstiges“ zu antworten. In diesem Fall wurde in einem freien Textfeld auf der nächsten Seite die Möglichkeit des Elaborierens geboten. Am Ende der Umfrage wurde den Teilnehmern nochmals die Gelegenheit gegeben sich, abseits der Fragen, zu der Thematik zu äußern. Dieses wurde mit der Hilfe eines freien Textfeldes realisiert.

Bei der Beantwortung der Umfrage wurde vorab mit einer Zeitspanne von 30-45 Minuten gerechnet.

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

## **2.4. Hypothesenbildung**

Es wurden im Vorhinein acht Dimensionen definiert. Diese basieren alle auf Hypothesen, welche in Zusammenarbeit mit der Frauenbeauftragten der LMU, Frau Dr. Weber, unserer soziologischen Expertin Frau Prof. Onnen von der Universität Vechta und der DGPK sowie deren Jungen Forum aufgestellt wurden. Jede dieser Hypothesen dient der Ursachensuche warum Frauen nicht stärker in klinischen Führungspositionen vertreten sind und der Analyse der aktuellen beruflichen Realität von Kinderkardiolog\*innen.

## 2.5. Die acht Dimensionen

Auf diesen Hypothesen basierend, erfolgte dann die Ausarbeitung der Fragen. Daraus folgt, dass der überwiegende Anteil der Fragen den jeweiligen Dimensionen bzw. Hypothesen zugeordnet werden kann. Trotzdem gibt es auch sogenannte „dimensionslose Fragen“, welche beispielsweise demografische Daten abbilden. In den folgenden Abschnitten erfolgt eine Darlegung der Hypothesen. Gleichzeitig werden auch die entsprechenden Fragen vorgestellt und den Hypothesen zugeordnet, welche ihnen zugrunde liegen. Eine vollständige Zuordnung von Fragestellungen und Hypothesen befindet sich im Anhang.

### 2.5.1. Dimensionslose Fragen

Wie bereits im einleitenden Abschnitt erwähnt, werden vornehmlich demografische Daten anhand der sogenannten „dimensionslosen Fragen“ gesammelt. In diese Kategorie fallen Informationen wie Alter, berufliche Position, Lebensform und Fragen zur Berufserfahrung. Diese sind von besonderer Bedeutung bei der Auswertung der Ergebnisse und für eine spätere Gliederung in Gruppen. So können beispielsweise Meinungsfelder von verschiedenen Hierarchiestufen herausgearbeitet werden. Falls Chefärzte eine andere Einschätzung der aktuellen Situation darlegen, so ist dieses im Vergleich mit den ihnen unterstellten Assistenzärzten zu betrachten und zu evaluieren. Es können auch Unterschiede zwischen klinischen Einrichtungen, wie Universitätskliniken oder anderen Versorgern mit kinder-kardiologischer Abteilung, hervorgehoben werden.

Abschließend wurde ein freies Textfeld gewählt, in welchem den Teilnehmern die Möglichkeit geboten wurde, ihre Gedanken und Wünsche zu diesem Thema frei zu äußern.

### 2.5.2. Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen

*Wenn der strukturelle Aufbau und die Hierarchie männlich dominiert sind, dann erlaubt der klinische Alltag nur wenig Flexibilität.*

- Hiermit sollen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Ärzt\*innen hervorgehoben werden, welche sich im Wandel der Zeit natürlicherweise verändern und weitergehend verändern, während die Strukturen in Kliniken

gleichbleiben. Beispielsweise war das frühere Familienbild geprägt von einem Elternteil (der Mutter), welches den Haushalt übersieht, während der Vater den Unterhalt der Familie bestreitet (Volz & Zulehner, 2009). Dementsprechend sind auch klinische Dienste häufig wenig flexibel. Dieses soll durch den Begriff „männlich dominierte Struktur“ deutlich werden. Da sich heutzutage beide Partner gleichermaßen für Haushalt und Familienversorgung verantwortlich fühlen, bleibt weniger Zeit am Ende eines Dienstes. Diese kann im Umkehrschluss nicht in zusätzliche Arbeit oder Forschung investiert werden, welche für den Aufstieg der Karriereleiter erforderlich sind.

Daher wird diese Dimension von Fragen um die Themen wöchentliche Arbeitsstunden, Überstunden sowie Zeit für Forschung geprägt. Weitergehend wird auch das Thema des Job-Sharings eingeführt. Hier wird geprüft wie die Resonanz der Befragten hinsichtlich des noch neuen Konzeptes ausfällt.

### **2.5.3. Zufriedenheit ohne Führungsposition**

*Wenn Frauen zufrieden mit einem Karriereziel sind, welches keine klinische Leitungsfunktion beinhaltet, dann streben sie bewusst keine Führungsposition an.*

- Frauen haben eine abweichende Vorstellung von beruflichem Erfolg, verglichen mit der ihrer männlichen Kollegen, welche keine klinische Führungsposition beinhaltet. Die Ursache hierfür kann entweder die Zufriedenheit mit einer Fachärztinnenposition oder ein mögliches Streben nach einem Angestelltenverhältnis im ambulanten Umfeld bzw. eine Selbstständigkeit sein. Des Weiteren gibt es auch die Möglichkeit, dass die Schritte, welche nötig sind um die klinische Karriereleiter nach oben zu besteigen, wie z.B. intensive Forschungsarbeit Frauen nicht interessieren. Ihr Fokus könnte hier eher in der Patientenversorgung liegen.

Im Fragebogen spiegelt sich diese Thematik anhand von Fragen nach den beruflichen Ambitionen, sowie mögliche Wünsche nach einer Niederlassung wider. Außerdem sind in diesem Abschnitt Fragen, in welchen die Befragten ihre Definition von Karriere darlegen können. Schließlich gibt es eine Skala,

die abbildet, inwieweit eine Führungsposition für die gesamthafte Zufriedenheit am Arbeitsplatz entscheidend ist.

#### **2.5.4. Männer behindern weibliche Karriere**

*Je stärker männlich geprägt eine Führungskultur in ihrer Struktur ist, desto schwerer ist für Frauen der Zugang zu Rotationsstellen in der Weiterbildung sowie zu einer ärztlichen Führungsposition.*

- Diese Hypothese beinhaltet den Aspekt der Diskriminierung gegenüber dem weiblichen Geschlecht. Auch eine unbewusste Diskriminierung ist möglich (unconscious bias).

Um mögliche Benachteiligungen abzubilden, wird direkt nach erlebter Diskriminierung und Hindernissen im Karriereverlauf gefragt. Es werden auch spezifische Fragen nach Benachteiligungen von Frauen in einer gewissen Altersspanne gestellt. Aufgrund der oben bereits genannten Beschränkungen im Arbeitsalltag von schwangeren Ärztinnen, besteht die Gefahr, dass junge Frauen nicht eingestellt oder befördert werden, da ihre Vorgesetzten Sorge vor zeitlichen Ausfällen haben.

#### **2.5.5. Fehlende Vorbilder**

*Wenn ein Mangel an Förderung von weiblichem Führungspersonal besteht, dann fehlt es jungem weiblichen Klinikpersonal an Vorbildern und Orientierungsmöglichkeiten.*

- Dieser Punkt zielt darauf ab, dass Frauen vorgelebt wird, dass Führungspositionen von Männern besetzt werden. Somit besteht ein Mangel an Vorbildern, welche jungen Ärztinnen die Möglichkeiten aufzeigen ihr Leben beispielsweise mit Familienbetreuung, Freizeitgestaltung und Karriere gestalten zu können.

Um diese Thematik näher zu ergründen, zielen die Fragen auf bisherige unterstützende Figuren, Vorbilder und familiären Hintergrund ab. Aus diesen Erkenntnissen soll ein Bild gezeichnet werden, wer oder was Männer inspiriert und motiviert. Hierzu werden teilweise offene Antworten entsprechend ihrer Sinnhaftigkeit gruppiert und zusammengefasst. Währenddessen wird auch nach bereits umgesetzten bzw. erwünschten

Förderungsmöglichkeiten für Ärztinnen gefragt. Auch Mitgliedschaften in medizinischen Gesellschaften bzw. Netzwerken werden hier erfragt.

### **2.5.6. Mangelnde Adaptierung**

*Wenn sich Frauen nicht der männlich geprägten Führungskultur anpassen, dann wird vermittelt, dass Arbeitspensum/Abläufe/Arbeitsalltag/Patientenversorgung auf Führungsebene nicht funktionieren kann/können.*

- Laut dieser Hypothese besitzen Frauen nicht die Eigenschaften, die eine ärztliche Führungskraft benötigt. Dieser Aspekt beinhaltet auch die Zurückhaltung sich auf eine leitende Position zu bewerben und seine eigenen Fähigkeiten zu unterschätzen.

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden Fragen zu den eigenen persönlichen Stärken, den Spannungsfeldern Familienplanung und Karriereplanung sowie zur Wahrnehmung von weiblichen bzw. männlichen Vorgesetzten gestellt. Außerdem wird auch abgefragt inwieweit gewisse Tätigkeiten des klinischen Alltags in der Kinderkardiologie von bestimmten Geschlechtern subjektiv besser ausgeführt werden. Zur Visualisierung dieser Fragestellung wurden Skalen von „Frau“ bis „Mann“ erstellt. In der Mitte fand sich das Feld „Gleichwertig“ wieder. Des Weiteren wurden die Teilnehmer gefragt ob und inwiefern ihr Karriereweg anders aussähe, wenn sie eine Frau wären. Hiermit soll das männliche Verständnis für und von Frauen auf dem Karriereweg abgebildet werden. Außerdem wird mit dieser Frage indirekt nach Benachteiligungen bzw. Hindernissen, welche Frauen überwinden müssen, im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen, gefragt. Von großem Interesse dürfte hier auch die Frage nach dem eigenen Zutrauen einer Chefarztposition sein.

### **2.5.7. Benachteiligung von Frauen**

*Assistenzärztinnen, werden bei der Zuteilung von kinderkardiologischen Subdisziplinen benachteiligt, insbesondere bei der Weiterbildung zur Kinderkardiologin.*

- Die Vergabe der Rotationen in der Weiterbildung ist geschlechtsspezifisch organisiert. Invasive Teilgebiete sind traditionell männlich dominiert

(aufgrund von persönlichen Präferenzen), daher sind in vielen kinder-kardiologischen Abteilungen die entsprechenden Schlüsselpositionen beispielsweise die Leitung des Herzkatheterlabors zum überwiegenden Anteil männlich besetzt.

Zunächst wird sich spezifisch nach geschlechtsspezifischen Bevorzugungen bei den Zuteilungen von Rotationsstellen erkundigt. Dann gibt es Fragen zu den Kriterien bei der Vergabe von Führungspositionen in der Kinderkardiologie. Weitergehend werden Fragen nach der Notwendigkeit der Einführung einer Frauenquote auf verschiedenen Ebenen der Medizin gestellt. Abschließend findet sich eine zentrale Frage der Umfrage in diesem Abschnitt wieder: es wird mittels vorbestimmter Antwortmöglichkeiten nach der Ursache für den geringen Frauenanteil bei klinischen Führungspositionen gefragt.

#### **2.5.8. Familiäre Einbindung**

*Wenn Mediziner familiäre Caretätigkeiten verüben, dann korreliert dieses negativ mit der zeitlichen Verfügbarkeit für Weiterbildung, Forschung und somit auch mit der Vergabe von Führungspositionen.*

- Eine mögliche Betreuung von Familienmitgliedern beansprucht Zeit und Konzentration, welche nicht in die eigene klinische Karriere investiert werden können. Aufgrund von traditionellen Rollenbildern, in welchen die Frau häusliche Arbeiten sowie die Erziehung der Kinder übernimmt, während der Mann das Geld für die Familie verdient, sind Ärztinnen außerhalb der Klinik zeitlich stärker gebunden.

Anhand des Fragebogens wird versucht die häusliche Situation und Aufgabenverteilung der Teilnehmer abzubilden. Hierzu gibt es unter anderem Fragen nach der Organisation der Kinderbetreuung. Auch der Einfluss von Elternzeit auf die Karrierechancen wird abgefragt.

### **2.5.9. Work-Life-Balance**

*Je stärker der klinische Arbeitstag von Verantwortung und Stresssituationen geprägt ist, desto weniger Zeit bleibt für Familie, Freunde und Hobbys.*

- Ärzt\*innen legen mehr Wert auf ihre Work-Life Balance als vorige Generationen bzw. ihre männlichen Kollegen. Demnach ist der geringe Anteil von Frauen in Führungspositionen vielmehr ein Generationenproblem und keine Frage des Geschlechts.

Abschließend werden die Ärzte hier nach ihren Wünschen für eine verbesserte Vereinbarkeit von Freizeit und klinischer Arbeit gefragt.

## **2.6. Statistische Auswertung**

Nach der Datenakquise wurden die gesammelten Daten mit Hilfe des verwendeten Umfrage-Programms „survey monkey“ in IBM SPSS 29.0. übertragen. Diese Statistik Software wurde dann für die Datenanalyse verwendet. Grafische Darstellungen wurden unter anderem mit Microsoft Word (Version 16.16.27 und 16.99) in Zusammenarbeit mit Microsoft Excel (Version 16.16.27 und 16.99) implementiert.

Es erfolgte zunächst eine Analyse der deskriptiven Statistik. Hierbei wurden die Häufigkeitsverteilungen genauer durchleuchtet. Daraufhin erfolgte eine explorative Datenanalyse, welche Tests zur Normalverteilung beinhaltet. Hierfür wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewandt. Bei zweifelhafter Signifikanz wurde die grafische Analyse mittels Histogramms und Box Plot herangezogen.

An statistischen Tests wurde der unabhängige t-Test und Mann-Whitney-U Test angewandt. Es wurden hierbei vordefinierte Gruppen beispielsweise basierend auf dem Alter oder der bekleideten hierarchischen Position gegeneinander getestet.

Bei Betrachtung des Alpha-Fehlers wurde ein P-Wert von  $< 0,05$  als signifikant gewertet.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Soziodemographische Daten

Im Folgenden wird die Darlegung der Ergebnisse mit der Aufschlüsselung der „dimensionslosen Fragen“ bzw. der soziodemographischen Daten begonnen. Diese dienen im späteren Verlauf dieser Arbeit als Grundlage für diverse statistische Testungen.

Wie bereits in vorherigen Abschnitten erwähnt, finden sich in dieser wissenschaftlichen Arbeit, ausschließlich jene Ergebnisse der Befragung der männlichen Kinderkardiologen. Daher bedarf es keiner Aufteilung unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten.

##### 3.1.1. Altersverteilung

Die Altersgruppen wurden hier, beginnend mit 26 Jahren, in 5-Jahres-Schritten geordnet. Alle Teilnehmer über 66 Jahren wurden in der Kategorie „>66 Jahre“ zusammengefasst. Aus Abbildung 5 ist ersichtlich, dass die Altersgruppe 36-40 Jahre am stärksten repräsentiert ist. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug zum Zeitpunkt der Befragung 45 Jahre.

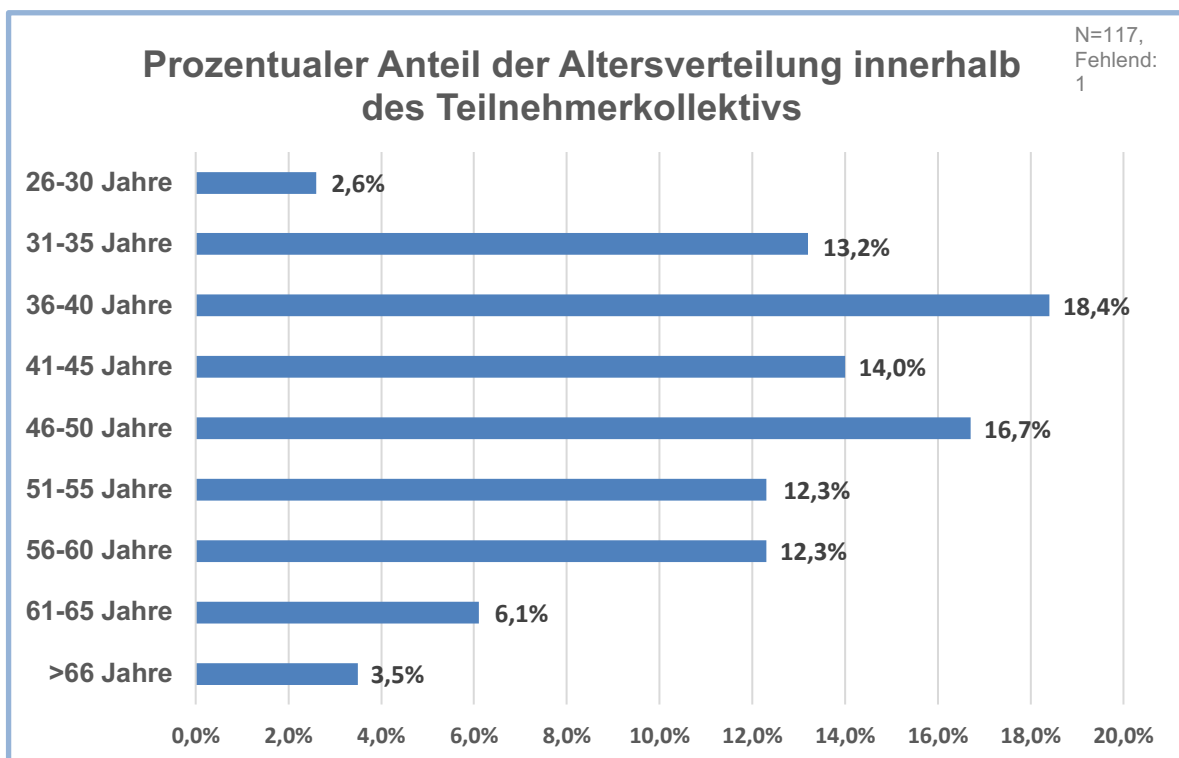


Abbildung 5: Prozentuale Anteile an der Altersverteilung der Teilnehmer in Gruppen

### 3.1.2. Hierarchische Strukturen und Einrichtungen

Insbesondere Oberärzte beantworteten den Fragebogen. Diese machten mit 47,9 % den größten Anteil der Befragten aus. Es nahmen jedoch auch Kinderkardiologen teil, welche sich nicht in unseren vordefinierten Hierarchiestufen wiederfinden konnten. Daher wurde das freie Textfeld „Sonstiges“ genutzt, um ihre Positionen als ehemalige Chefärzte, leitende Fachärzte oder in der freien Wirtschaft zu beschreiben. In der folgenden Grafik 6 findet sich ein Diagramm zur Übersicht der Hierarchiestufen, welche die Teilnehmer des Fragebogens prozentual besetzen.

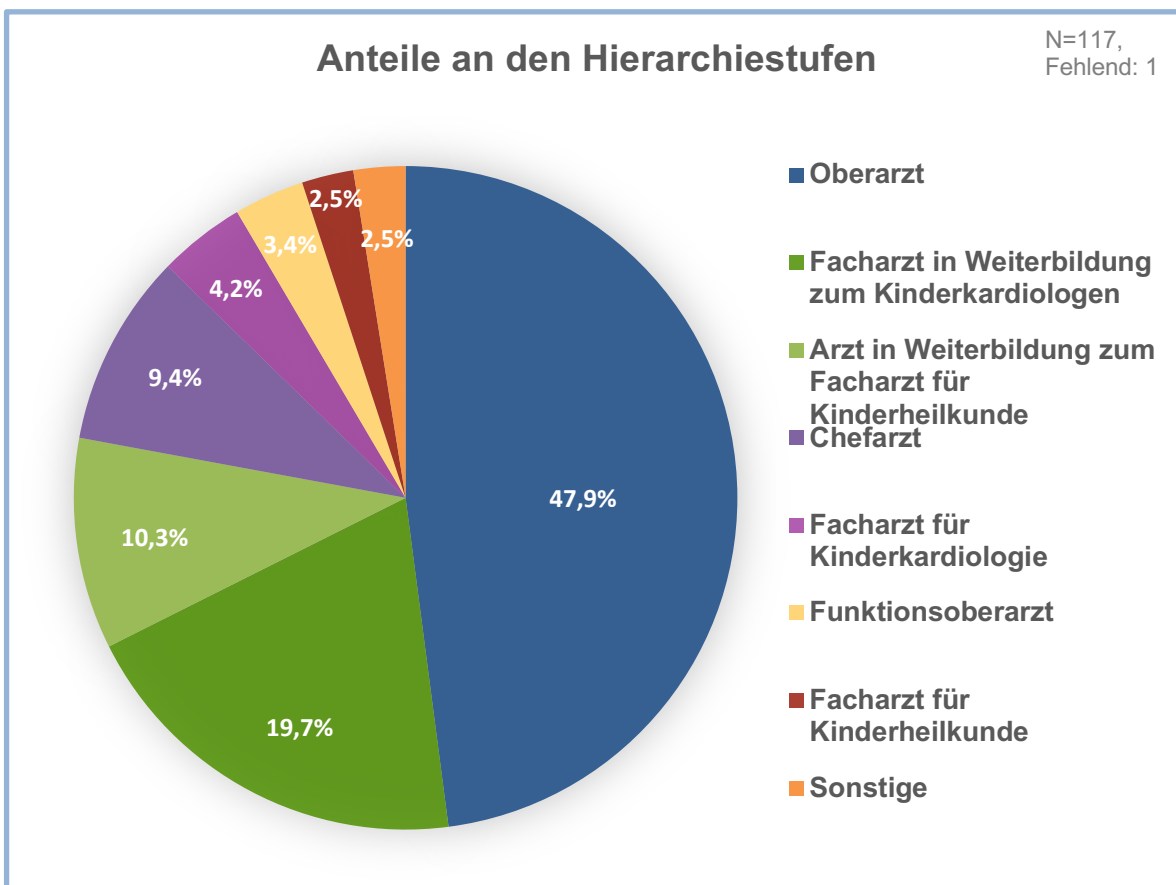


Abbildung 6: Prozentuale Anteile der Teilnehmer an den Hierarchiestufen im klinischen Berufsumfeld

Um die Erfahrung der Befragten im Fach der Kinderkardiologie einzuschätzen, wurde nach der Anzahl der Jahre als Facharzt der Kinderkardiologie gefragt. Hierbei ergab sich ein Mittelwert von fast 12 Jahren. Ein nicht unerheblicher Anteil (12,7 %) antwortete mit 0 Jahren Erfahrung als Facharzt in der Kinderkardiologie, da sie sich noch in Weiterbildung befinden.

Mit einem Anteil von ca. 85,7 %, benennt die überwiegende Mehrheit der Befragten eine Universitätsklinik als ihre Arbeitsstätte. Die übrige Verteilung der Einrichtungen, in welchen die Teilnehmer tätig sind, lässt sich Abbildung 7 entnehmen.

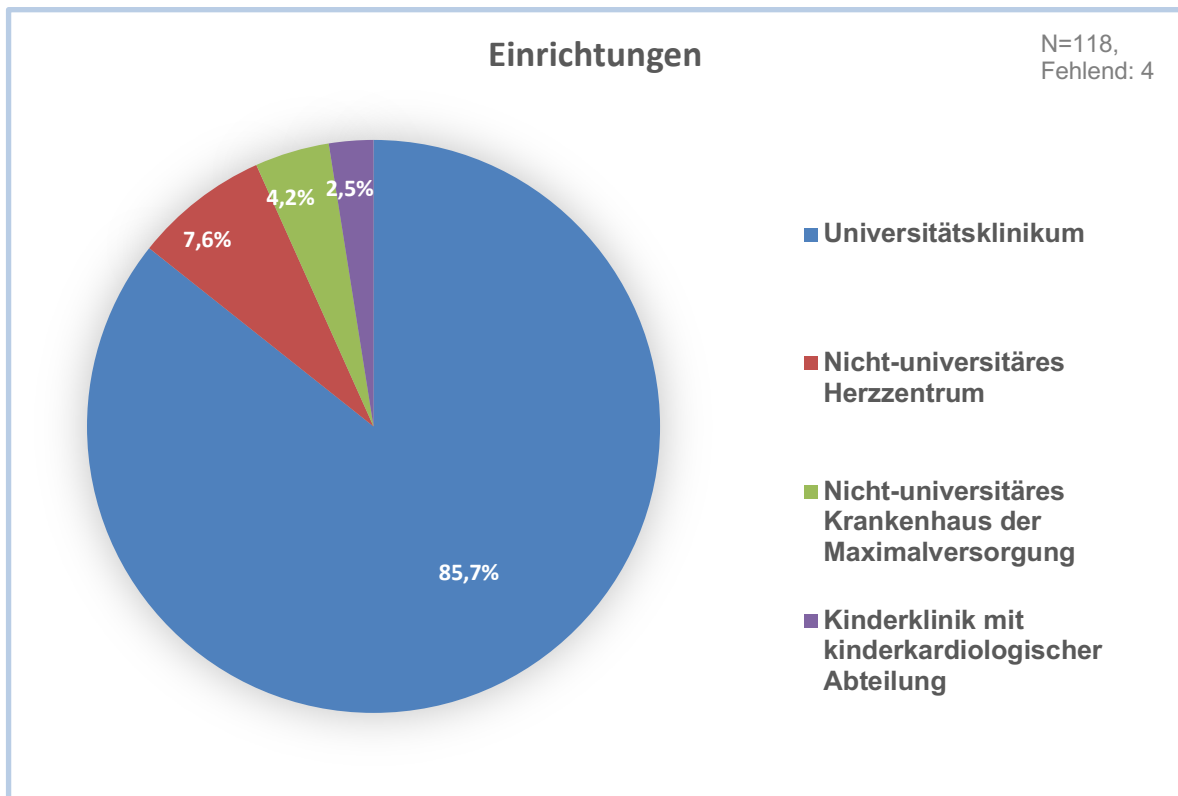


Abbildung 7: Prozentuale Anteile der Einrichtungen, in welchen die Befragten angestellt sind

### 3.1.3. Beschäftigungsumfang

Um das vertraglich vereinbarte Beschäftigungsausmaß zu erfragen, wurde zunächst eine Frage nach dem festgesetzten Arbeitsumfang gestellt. Hierbei gab es neben den Optionen Vollzeit und Teilzeit, auch die Möglichkeit der Elternzeit. Sonstige Varianten konnten in einem freien Textfeld erläutert werden. Während ca. 81 % aller Befragten (N=99) eine Vollzeitstelle innehatten, arbeiteten 14,8 % in Teilzeit (N=18). Die Antwortmöglichkeit der Elternzeit wurde von keinem der befragten Kinderkardiologen gewählt. Somit scheint keiner der teilnehmenden Ärzte zum Zeitpunkt der Befragung seinen Beruf aufgrund von Elternzeit zu pausieren. Die fehlenden Mediziner (N=2) sind entweder bereits pensioniert oder als Konsiliararzt tätig.

Weitergehend wurde nach der vertraglich festgelegten Arbeitszeit in Wochenstunden gefragt. Diese betrug mindestens 20 Wochenstunden und maximal 80 Wochenstunden. Im Mittel wurde unter Berücksichtigung der in Vollzeit und in Teilzeit arbeitenden Beschäftigten eine Arbeitszeit von 40,5 Wochenstunden vertraglich festgesetzt.

Bei der darauffolgenden Frage hinsichtlich der tatsächlich gearbeiteten Wochenstunden zeigt sich mit 53,3 Stunden jedoch eine deutliche Differenz von fast 13 Stunden wöchentlich. Die befragten Kinderkardiologen arbeiteten somit durchschnittlich 13 Stunden mehr, als vertraglich vereinbart. Dieses ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

**Tabelle 1**  
**Beschäftigungsausmaß**

<b>Gesamtstichprobe N = 115</b>				
<b>Wochenarbeitsstunden gesamt</b>	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD <sup>1</sup>
Vertraglich vereinbart	20	80	40,5	7,8
Tatsächlich gearbeitet	20	80	53,3	11,1

<b>Vollzeitkohorte n = 97</b>				
<b>Wochenarbeitsstunden der Vollzeitstellen</b>	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD <sup>1</sup>
Vertraglich vereinbart	38	80	42,2	4,4
Tatsächlich gearbeitet	42	80	55,3	8,7

<b>Teilzeitkohorte n = 18</b>				
<b>Wochenarbeitsstunden der Teilzeitstellen</b>	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD <sup>1</sup>
Vertraglich vereinbart	20	50	31,7	7,5
Tatsächlich gearbeitet	20	60	39,6	11,5

1) Standardabweichung, Fehlend: 3

Jene in der Tabelle ersichtlichen 32 Stunden, welche durchschnittlich vertraglich in Teilzeitverträgen angesetzt sind, werden auch durch die Frage nach dem prozentualen Teilzeitumfang widergespiegelt. Diese bestätigt, dass der überwiegende Anteil der Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, eine 80 % Stelle besetzen. Anhand der Antworten zur tatsächlich gearbeiteten Zeit (im Durchschnitt 39,6 Stunden) zeigt sich jedoch, dass sie zumeist im zeitlichen Umfang einer Vollzeitstelle arbeiten. Eine Darstellung zum Ausgleich bzw. der Auszahlung von Überstunden findet sich nachfolgend in Tabelle 3.

Inwiefern diese Belastung auch für mögliche Karriereambitionen eine Rolle spielt, wird zu einem späteren Zeitpunkt genauer untersucht.

### 3.1.4. Lebensform und Familienstand

Werden die Teilnehmer zu ihrer momentanen Lebensform befragt, so wird ersichtlich, dass mit fast 70 % der überwiegende Anteil verheiratet ist. Weitere ca. 15 % leben in einer festen Partnerschaft und führen einen gemeinsamen Haushalt. Dahingegen leben knapp 4 % in einer festen Partnerschaft ohne sich einen Haushalt zu teilen. Die übrigen jeweils knapp 6 % sind entweder ledig oder geschieden. Die genauen Prozentanteile aus der Befragung hinsichtlich der Lebensform befinden sich in der unten befindlichen Tabelle 2.

**Tabelle 2**

#### Lebensform und Familienstand

Lebensform	N = 103	%
Ledig	6	5,8%
In fester Partnerschaft nicht zusammenleben	4	3,9%
In fester Partnerschaft zusammenlebend	15	14,6%
Verheiratet	72	69,9%
Geschieden	6	5,8%

Fehlend: 15

Bei diesem Mehrfachauswahl Fragentyp, welcher in Abbildung 8 dargestellt wurde, gaben mehr als ein Drittel der Befragten (38,2 %) an, dass in ihrem Haushalt keine Kinder leben. Bei über der Hälfte dieser Befragten (55,8 %) lag die Ursache darin, dass sie keine Kinder haben, wobei von diesem Kollektiv fast 41 % einen Kinderwunsch in der Zukunft haben. Bei ca. 37 % leben die Kinder außerhalb des eigenen Haushaltes, weil sie zum Beispiel bei einem anderen Elternteil leben oder bereits erwachsen sind.

Im Umkehrschluss bedeutet dieses, dass 61,8 % der Teilnehmer ihren Haushalt mit Kindern teilen. Hier wurde nicht zwischen leiblichen Kindern oder Kindern des Partners/der Partnerin unterschieden. In der unten befindlichen Grafik wurde die Kinderanzahl der teilnehmenden Ärzte mittels prozentualer Anteile aufgeschlüsselt.

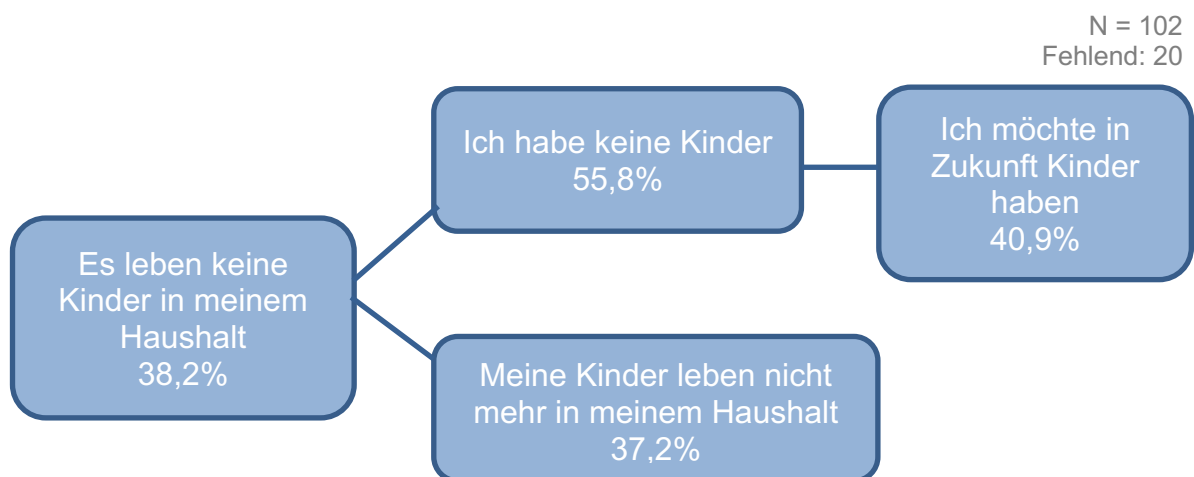


Abbildung 8: Prozentualer Anteil der Befragten, die in ihrem Haushalt ohne Kinder leben und Begründung

Fast die Hälfte der Kinderkardiologen und somit der überwiegende Anteil (41,2 %) hat zwei Kinder. Das Durchschnittsalter aller Kinder liegt bei 15 Jahren (Geburtsjahr 2007). Inwieweit die Ärzte dadurch eine zeitliche Einschränkung bzw. andere Sicht auf den Arbeitsalltag gewinnen wird noch im Verlauf analysiert. Die Fragestellung „Pflegen Sie Angehörige?“, welches ebenfalls eine zeitliche Investition außerhalb des klinischen Alltages darstellt, bejahten ca. 8 %.



Abbildung 9: Prozentuale Aufteilung der Anzahl an Kindern der befragten Ärzte

### 3.2. Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen

*Wenn der strukturelle Aufbau und die Hierarchie männlich dominiert sind, dann erlaubt der klinische Alltag nur wenig Flexibilität.*

Mit dieser Hypothese wurden zunächst die bereits oben aufgeschlüsselten Fragen zum vertraglichen und tatsächlichen Beschäftigungsmaß gedanklich verbunden. Die Differenz von durchschnittlich 13 Stunden zwischen vertraglich vereinbarten und tatsächlich gearbeiteten Arbeitsstunden ist deutlich. Um diesem Umstand weiter auf den Grund zu gehen, beinhaltet der Fragebogen tiefergehende Fragen zu dieser Thematik.

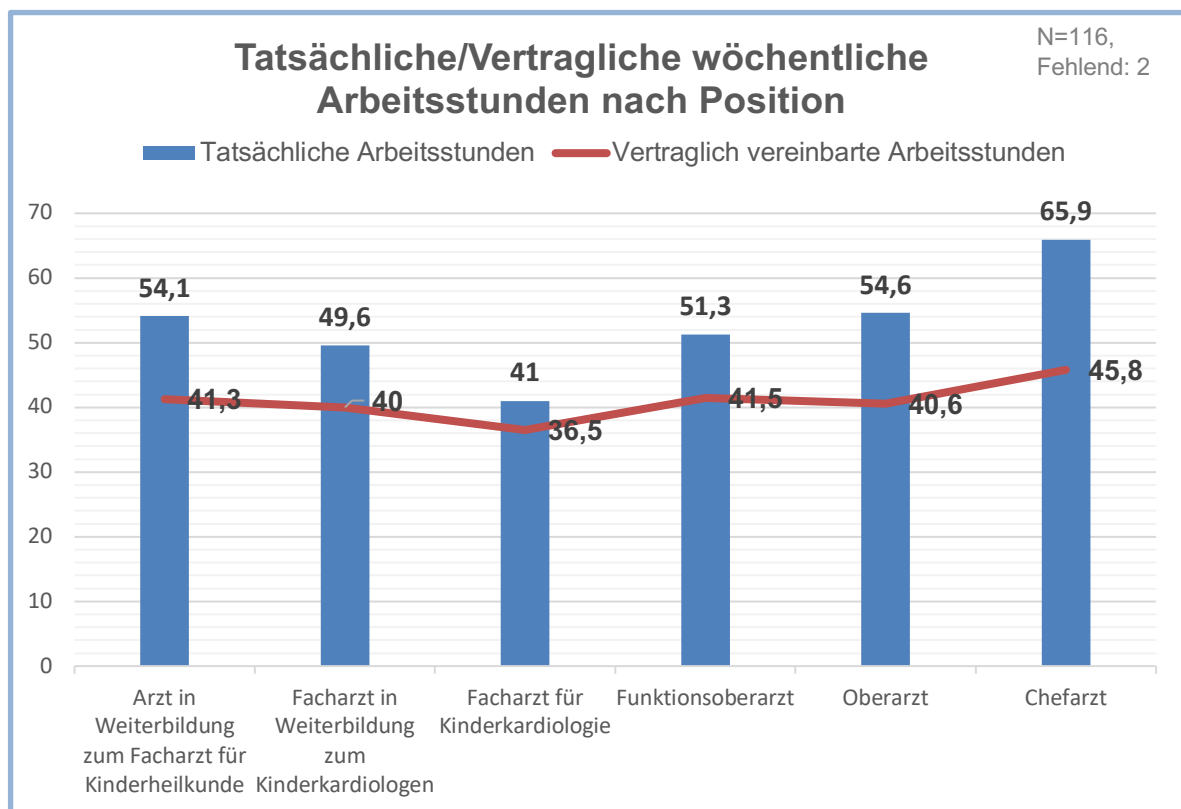


Abbildung 10: Vertraglich festgelegte und tatsächlich gearbeitete wöchentliche Arbeitsstunden, kategorisiert nach aufsteigender klinischer Position

Anhand der grafischen Darstellung der geleisteten Arbeitsstunden bei gleichzeitiger Unterteilung in klinische Hierarchiestufen (Abbildung 10), lassen sich erkenntnisreiche Aussagen hinsichtlich der zeitlichen Belastung der Ärzte treffen. So arbeitet ein Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde durchschnittlich 54,1 Stunden wöchentlich. Bei einer 5-Tage Woche wären das fast 11 Stunden am Tag bzw. ein Dienst. Jene Assistenzärzte befinden sich in der klinischen Hierarchie am Beginn ihrer Karriere. Trotzdem haben, laut den Umfrageergebnissen, nur Oberärzte mit durchschnittlich 54,6 Stunden und Chefärzte mit 65,9 Stunden längere Arbeitszeiten. Sogar Funktionsoberärzte gaben mit 51,3 Stunden eine geringere Zeit am Arbeitsplatz an. Es scheint somit bereits früh im Laufe der Karriere zu beginnen, dass zeitliche Investitionen für den Beruf des Kinderkardiologen getätigt werden müssen.

### ***Überstunden***

Trotzdem ist es keine Gegebenheit, dass alle Überstunden außerhalb der vertraglichen Vereinbarungen erfasst werden. Mit 52,1 % der Befragten, gibt etwas mehr als die Hälfte an, dass alle ihrer abgeleisteten Überstunden dokumentiert werden. Während bei den Übrigen teilweise Überstunden in ihrem Arbeitsvertrag pauschal vereinbart sind (zu über 80 % Chefärzte) (13,9 %), werden bei 9 % Überstunden zwar dokumentiert, aber nicht anerkannt. Seltener darf nur die Überstundenpauschale notiert werden (4,9 %), Überstunden werden nicht ausbezahlt (7,4 %) oder ausgeglichen (5,7 %). Auch hier wurde erneut das gebotene freie Textfeld genutzt, um mehrfach zu unterstreichen, dass nur bis zur gesetzlichen Arbeitszeit-Grenze dokumentiert werden darf. Ein Kommentar sagt aus, dass Überstunden ohne vorige Anerkennung gelöscht werden. Alle Ergebnisse hinsichtlich dieser Frage finden sich in der unten befindlichen Tabelle 3.

**Tabelle 3**

Überstundenerfassung	N = 54	%
Sonstiges	18	15,4%
Überstunden sind in meinem Vertrag pauschal vereinbart	17	14,5%
Überstunden werden dokumentiert, aber nicht anerkannt	11	9,4%
Überstunden werden nicht ausbezahlt	9	7,7%
Überstunden werden nicht ausgeglichen	7	6%
Ich darf nur die Überstundenpauschale notieren	6	5,1%

Fehlend: 5 bzw. 64

### **Forschung**

Gleichzeitig muss für einen Aufstieg entlang der Karriereleiter Forschung betrieben werden. Jedoch scheinen hierfür vergleichsweise wenige Stunden aufgewandt zu werden. Knapp 4 Stunden wöchentlich (4,3 Stunden) wird laut der Teilnehmer aktiv Forschung betrieben. Betrachtet man nur das Kollektiv der Angestellten von Universitätskliniken, sind es geringfügig mehr (4,7 Stunden). Um das Interesse und die bereits stattgefundenen Forschungstätigkeiten einschätzen zu können, wurde eine Frage nach bereits durchgeführten Forschungsprojekten gestellt. Diese beinhaltet auch eine Frage nach Freistellung durch den Arbeitgeber für die Durchführung von wissenschaftlichen Projekten. Die Antwortrate bezogen auf die vorgegebenen Möglichkeiten findet sich in Tabelle 4. In einem nachfolgenden freien Textfeld auf die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“, schilderten jedoch einige Teilnehmer (N=3), dass Forschung hauptsächlich in der Freizeit stattfinden muss.

**Tabelle 4****Forschungstätigkeiten und Förderungen durch Arbeitgeber**

Forschungstätigkeit	N = 117	%
Ich habe bereits selbstständig ein Forschungsprojekt durchgeführt	66	56,4%
Ich habe bereits einen Forschungsantrag ausgearbeitet und eingereicht	53	45,3%
In meiner Klinik erfolgt für Forschung eine Freistellung der klinischen Arbeit	24	20,5%
Ich strebe kein eigenes Forschungsprojekt an	23	19,7%
Ich habe bereits einen Forschungsaufenthalt im Ausland gemacht	19	16,2%
Keine der oben genannten Aussagen treffen auf mich zu	19	16,2%
Ich habe bereits einen Forschungsaufenthalt im Inland an einer Externen Klinik/Wissenschaftseinrichtung gemacht	10	8,5%
Sonstiges	7	6%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschung muss in der Freizeit stattfinden (3x)</li> <li>- Teilweise Freistellung (2x)</li> <li>- Studienteilnahme</li> <li>- Forschungsprojekt in Zusammenarbeit</li> </ul>		

Fehlend: 1

**Job-Sharing**

Neue Konzepte am Arbeitsplatz sollen Flexibilität in bereits bestehende Strukturen bringen. Hierzu gehört auch das Konzept des „Job-Sharings“ bzw. „Top-Sharings“. Insbesondere das Modell des „Top-Sharings“ bietet die Möglichkeit einer Führungsposition trotz Teilzeitstelle. Hierfür müssen jedoch beide Ärzt\*innen, die jene Position letztendlich innehaben, gleichermaßen von ihren Kolleg\*innen als Ansprechpartner\*innen respektiert werden. Um die Akzeptanz der Kinderkardiologen hinsichtlich dieser Thematik einschätzen zu können, wurden diese hierzu befragt. Nur knapp 10 % aller Befragten sind der Meinung, dass dieses Modell nicht umsetzbar sei. Demgegenüber stehen 51,7 % Akzeptanzrate für eine Durchführung auf allen hierarchischen Ebenen. Es scheint also als würden die teilnehmenden Kinderkardiologen flexibleren Modellen durchaus offen

gegenüberzustehen. Dieses spiegelt auch Grafik 11 mit den weiteren Antwortverteilungen wider.

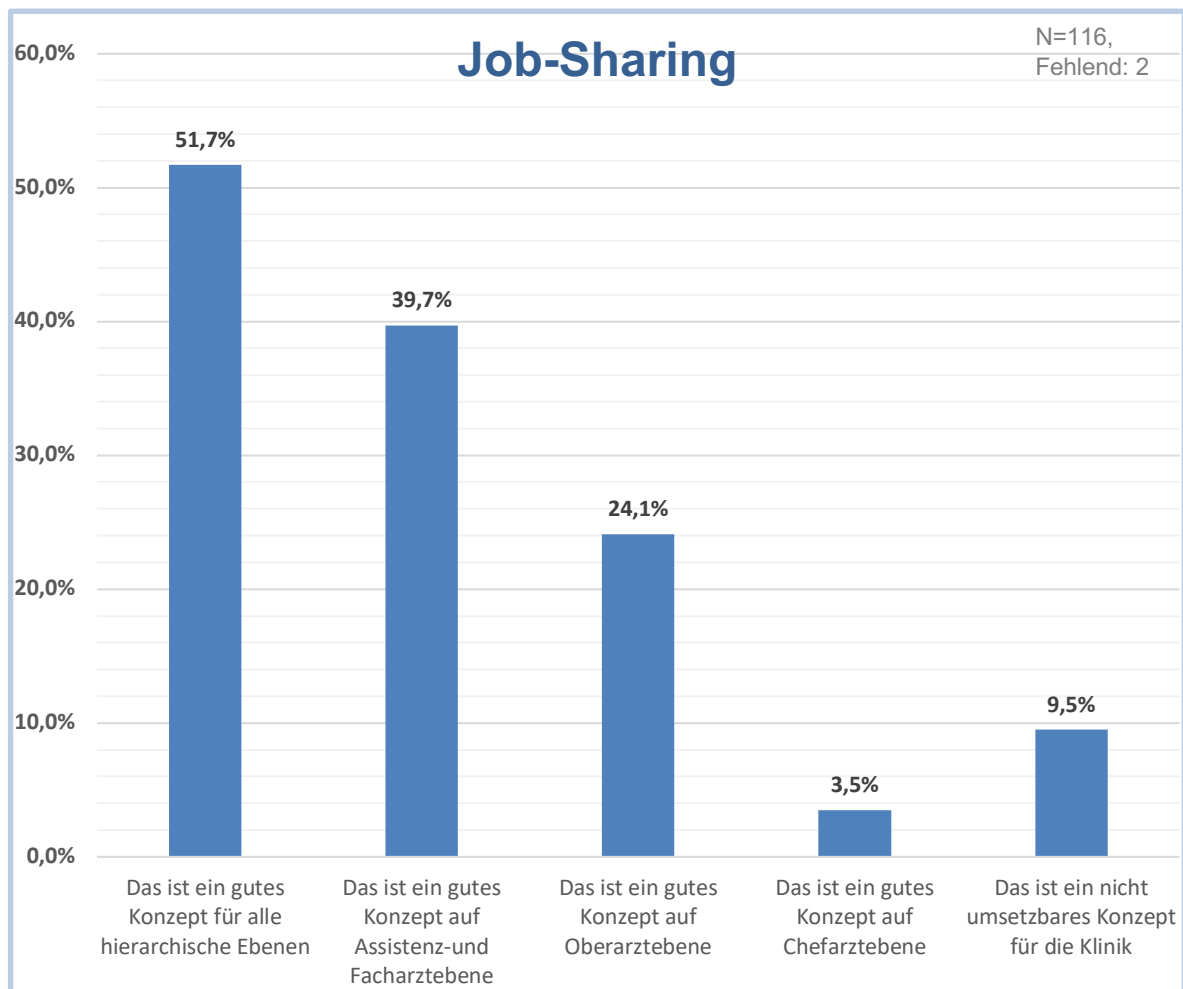


Abbildung 11: Meinungsbild zum Thema „Job-Sharing“ in der Kinderkardiologie

Eine mögliche Einführung im Klinikalltag würde eine Chance darstellen, Personen für eine Führungsposition zu interessieren, welche sich eine solche Position alleine oder in Vollzeit arbeitend nicht hätten vorstellen können.

Um dieses näher zu ergründen wurde darauffolgend gefragt, ob die Realisierung dieses alternativen Modells einer Führungsposition den Anreiz erhöhen würde, eine solche anzustreben. Die Resultate daraus lassen sich Tabelle 5 entnehmen.

**Tabelle 5**

<b>Einfluss Job-Sharing</b>	<b>N = 114</b>	<b>%</b>
Ja, da hiermit auch in höheren Positionen eine Teilzeitposition möglich wäre	23	18,9%
Ja, da durch Job-Sharing eine höhere Flexibilität geboten würde	22	18%
Für mich vorstellbar, aber in meiner Einrichtung würde so ein Modell nicht unterstützt werden	12	9,8%
Nein, aufgrund undurchsichtiger Hierarchien würden direkte Ansprechpartner*innen fehlen	16	13,1%
Dazu habe ich keine Meinung	28	23%
Sonstiges	13	10,7%

Fehlend: 4

Trotz der allgemein eher positiven Rückmeldung bezüglich des „Job-Sharings“, werden im Feld „Sonstiges“ vornehmlich Bedenken geäußert. Dahingehend werden Sorgen hinsichtlich der Fluktuation, einer möglichen fehlenden Verantwortlichkeit und unklaren Ansprechpartner\*innen hervorgehoben. Es besteht allgemein die Befürchtung einer schlechteren Patientenversorgung und Administration. Sollte eine Umsetzung eines solchen Konzeptes in Betracht gezogen werden, so müssen solche Bedenken adressiert und wenn möglich ausgeräumt werden.

### **3.3 Zufriedenheit ohne Führungsposition**

*Wenn Frauen zufrieden mit einem Karriereziel sind, welches keine klinische Leitungsfunktion beinhaltet, dann streben sie bewusst keine Führungsposition an.*

Die Beurteilung dieser Hypothese anhand des verfügbaren Datensatzes ist nur eingeschränkt möglich, da dieser aus dem ausschließlich von männlichen Kinderkardiologen beantworteten Fragebogen stammt. Dennoch ist eine Auswertung der Zufriedenheit und eine Analyse der beruflichen Aspirationen zur Einschätzung der Situation, in welcher sich potentielle spätere Führungskräfte

befinden, wichtig. Sollten keiner der Befragten eine Führungsposition anstreben, würde dieses einem geschlechterspezifischen Problem widersprechen. Naheliegender wäre in dem Fall ein Generationenproblem. Dieses würde darauf basieren, dass eine Generation junger Ärzte, ebenso wie Ärztinnen, keine Führungsambitionen im klinischen Umfeld aufweisen. Gleichzeitig bietet sich auch ein Vergleich der Jobzufriedenheit zwischen den Hierarchiestufen an. Es stellt sich hierbei die Frage: Sind Ärzte, die eine höhere Position innehaben, zufriedener? Oder sind weniger Verantwortung und Workload bedeutendere Aspekte, die für mehr Ausgeglichenheit und eine verbesserte Jobzufriedenheit sorgen? Auch sollte die Frage geklärt werden, wie groß der Anteil der teilnehmenden Ärzte ist, die ihre Zukunft außerhalb des klinischen Umfelds beispielsweise in der freien Wirtschaft oder in einer Niederlassung sehen.

Um all jene offene Fragen zu beantworten folgt daher zunächst die Auswertung der Fragestellung nach der aktuellen beruflichen Zufriedenheit der Teilnehmer und im Anschluss eine Sortierung nach ihren jeweiligen beruflichen Positionen. Die Ergebnisse hierzu wurden in Grafik 12 und Grafik 13 dargestellt.

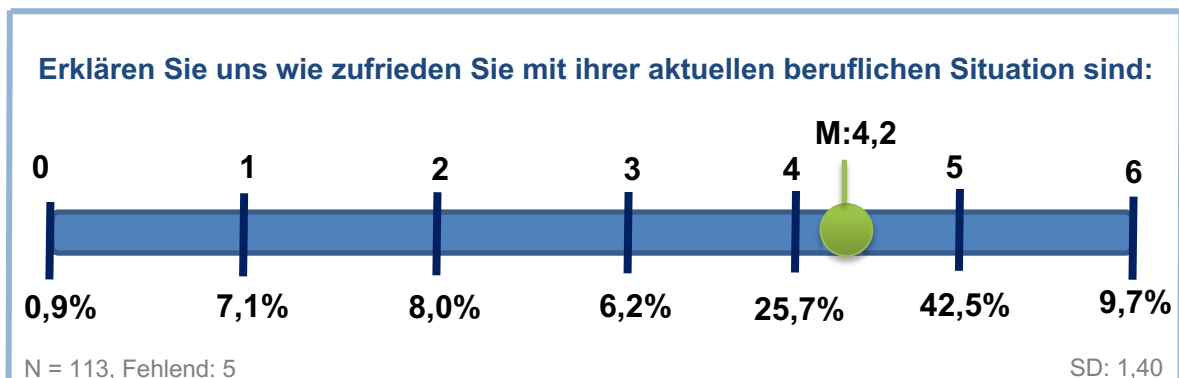


Abbildung 12: Jobzufriedenheit der Teilnehmer anhand von Likert-Skala von 0 (Sehr unzufrieden) bis 6 (Sehr zufrieden)

Bei Betrachtung von Grafik 12 wird deutlich, dass sich die Zufriedenheit der befragten Kinderkardiologen im Durchschnitt im oberen Drittel der vorgegebenen Likert-Skala von 0-6 befand. Der Mittelwert betrug 4,2 Punkte, während der Median bei 5 Punkten lag. Im Folgenden wird weiter mit den Ergebnissen dieser Frage gearbeitet und Bezug auf die Angaben zur Jobzufriedenheit genommen.

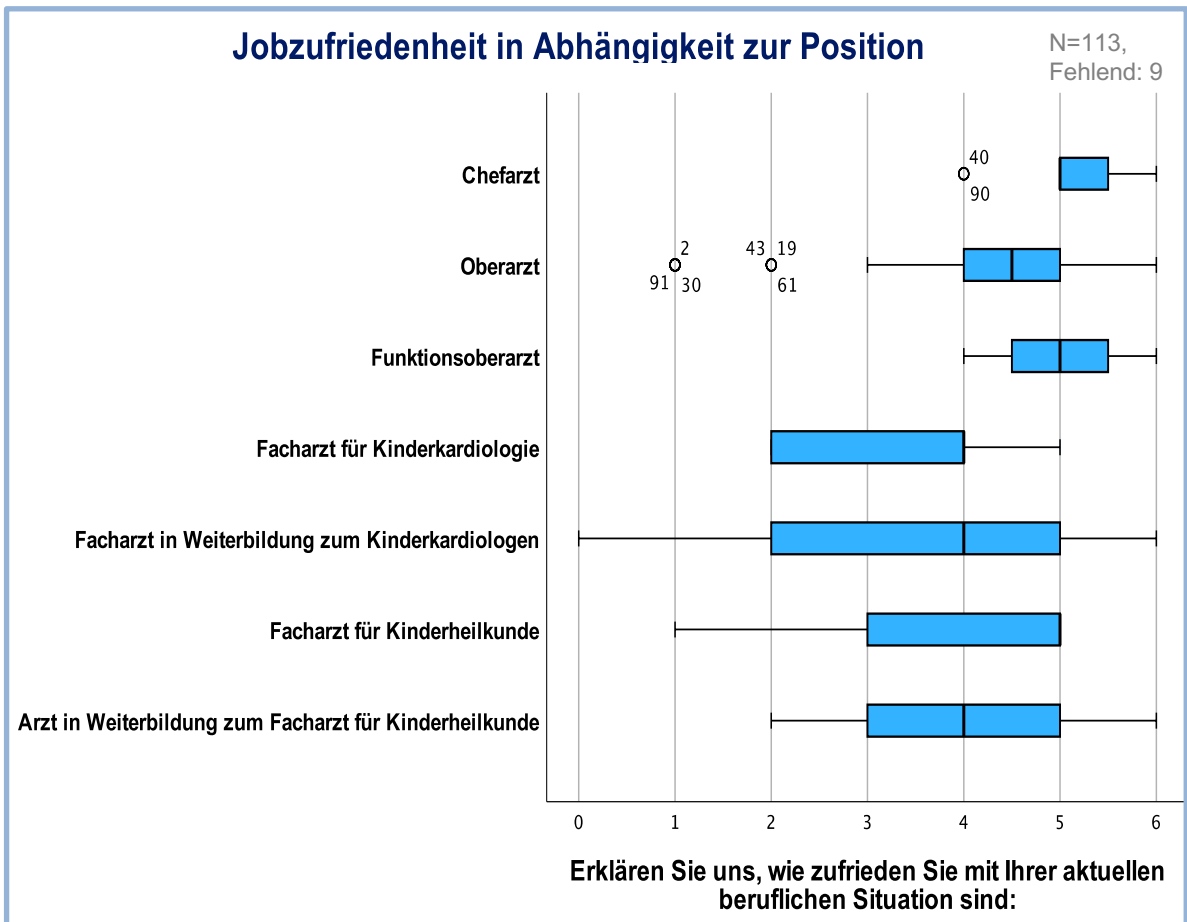


Abbildung 13: Jobzufriedenheit dargestellt anhand einer Likert-Skala (0-6) in Abhängigkeit zur klinischen Position

Anhand der oben befindlichen Abbildung 13 wird ersichtlich, dass die höchste Zufriedenheit in ihrer aktuellen beruflichen Situation von Chefärzten angegeben wird. Bei ihnen liegt der Mittelwert bei über 5 Punkten auf einer Likert-Skala von 0-6 Punkten. Wichtig hierbei ist die Erläuterung, dass 0 „Sehr unzufrieden“ und 6 „Sehr zufrieden“ bedeutet. Im Gegensatz dazu geben die Fachärzte für Kinderkardiologie mit einem Mittelwert von weniger als 3,5 Punkten die geringste Zufriedenheit an. Es scheint somit, dass eine höhere klinische Position mit einer höheren Zufriedenheit korreliert. Dieses bestätigt auch der für diese Fragestellung durchgeführte Mann-Whitney-U Test. Die Effektstärke nach Cohen beträgt für den Vergleich der Jobzufriedenheit von Fachärzten der Kinderkardiologie mit Chefärzten ca. 0,61, was einem starken Effekt entspricht. Daher gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen der Jobzufriedenheit von Chefärzten im Vergleich zu Fachärzten in Weiterbildung zum Kinderkardiologen.

**Tabelle 6****Teststatistiken zur Jobzufriedenheit**

	Erklären Sie uns, wie zufrieden Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Position sind:		
	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
Chefärzte	11	5,1	0,7
Fachärzte	23	3,7	2,3
<hr/>			
Mann-Whitney-U Test		60.500	
Z		-2,563	
Exakte Signifikanz		0,013	

Auch die Oberärzte bzw. Funktionsoberärzte signalisieren anhand von hohen Punktzahlen ein hohes Wohlbefinden im Zuge ihrer klinischen Tätigkeit. Doch auch die Assistenzärzte (hier bezeichnet als „Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderkardiologie“) zeigen mit einem gemittelten Wert von 4,1 eine vergleichsweise positive Sichtweise auf ihre Gemütslage am Arbeitsplatz. Insbesondere vor dem Hintergrund ihrer hohen zeitlichen Investitionen (durchschnittlich über 54 Wochenstunden). Bei Grafik 14 handelt es sich um eine Darstellung der Jobzufriedenheit mittels der bereits zuvor angewendeten Likert-Skala von 0-6 in Abhängigkeit zum wöchentlichen Beschäftigungsausmaß.

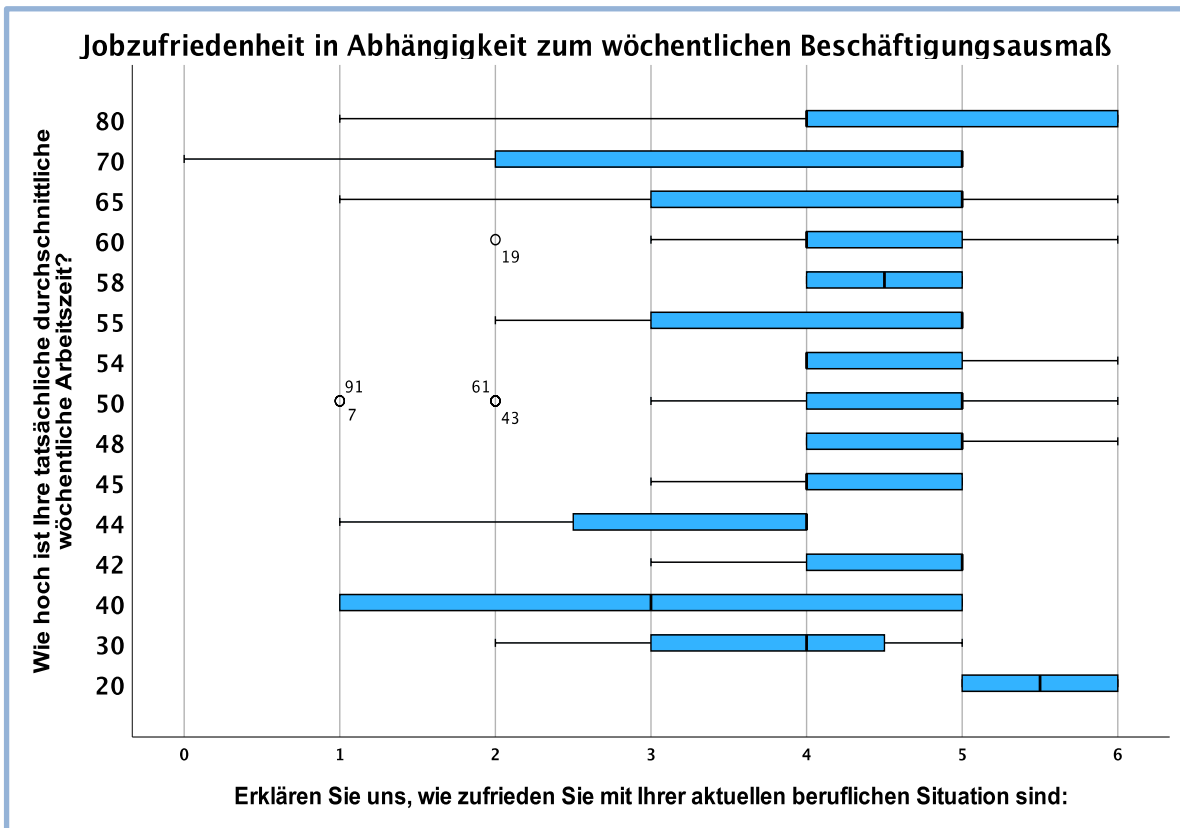


Abbildung 14: Jobzufriedenheit dargestellt anhand einer Likert-Skala (0-6) in Abhängigkeit zum wöchentlichen Beschäftigungsausmaß in Stunden

Bei Betrachtung von Abbildung 14 fällt auf, dass ein höherer Arbeitsumfang nicht mit einer schlechteren Stimmung der Arbeitnehmer einherzugehen scheint. Das niedrigste Wohlbefinden zeigen Ärzte mit einer 40- und 44-Stunden Woche (M: 3). Am zufriedensten sind Kinderkardiologen, die ca. 48 Stunden wöchentlich in der Klinik arbeiten, sowie Teilzeitarbeitende mit 20 Wochenstunden.

Überraschend ist jedoch der Blick auf die Antworten hinsichtlich des angestrebten Beschäftigungsausmaßes. Nur 63,5 % möchten zukünftig in Vollzeit arbeiten. Dieses würde bedeuten, dass mehr als ein Drittel der Kinderkardiologen künftig in Teilzeit in ihren ärztlichen Funktionen tätig sein könnten. Die mögliche Bedeutung dieser Stundenreduktion für die Patientenversorgung wird im Diskussionsteil näher erörtert. In Tabelle 7 wurden die Vorstellungen der befragten Ärzte von ihrem zukünftigen Beschäftigungsausmaß aufgeschlüsselt.

**Tabelle 7**

**Teststatistiken zum angestrebten Arbeitsausmaß**

	Welches Beschäftigungsausmaß streben Sie zukünftig an?	
	N	%
0-50%-Stelle	6	5,2%
51-80%-Stelle	36	31,3%
81-100%-Stelle	73	63,5%

Standardabweichung: 17,4  
N=115, Fehlend: 3

***Berufliche Ambitionen***

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die beruflichen Ambitionen der befragten Kinderkardiologen. Fragen, die hier im Vordergrund standen, sind insbesondere, wie viele Ärzte sich niederlassen wollen und somit das klinische Umfeld verlassen würden und wie viele eine Chefarztposition anstreben. Zunächst lässt sich sagen, dass mit 31,1 % der Teilnehmer fast ein Drittel keine berufliche Veränderung anstrebt.

Interessanterweise können sich mehr Kinderkardiologen eine Leitungsposition in einer universitären Einrichtung als in einer Kinderklinik mit kinderkardiologischer Abteilung vorstellen. Dieses gilt sowohl für Oberarztpositionen als auch für Chefarztpositionen. Es vermag mit der Tatsache zusammenhängen, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmer bereits an einer Universitätsklinik tätig ist. 27 % der Befragten können sich eine Oberarztposition in einer Universitätsklinik bzw. einem Herzzentrum mit entsprechender Abteilung vorstellen, während 13,9 % dieselbe Position in einer allgemeinen Kinderklinik bekleiden wollen. Bei der Position des leitenden Oberarztes sieht es ähnlich aus, auch wenn diese weniger häufig von den Teilnehmern angestrebt wird. In einer Universitätsklinik bzw. Herzzentrum möchten 22,1 % als leitender Oberarzt arbeiten und 9 % auf eben dieser Stelle in einer allgemeinen Kinderklinik. Die höchste Führungsposition des Chefarztes streben 13,9 % (in Universitätsklinik bzw. Herzzentrum) bzw. 7,4 % (in allgemeiner Kinderklinik) an.

Außerhalb der täglichen klinischen Versorgung möchten je ca. 5 % in der freien Wirtschaft arbeiten (4,9 %) und in der medizinischen Forschung (5,7 %) ihre berufliche Zukunft planen.

Eine Niederlassung entweder in einer eigenen Praxis oder einer Gemeinschaftspraxis/MVZ können sich 21,3 % vorstellen. Den Ursachen hierfür wurde in der nächsten Frage auf den Grund gegangen und die Häufigkeiten hierzu in Tabelle 8 dargestellt. Wichtig ist zu erwähnen, dass eine Mehrfachauswahl der Antworten bei dieser Fragestellung möglich war.

**Tabelle 8**

**Antworten zu Ursachen für eine mögliche Niederlassung**

<b>Niederlassung</b>	<b>N = 115</b>	<b>%</b>
Ich strebe keine Niederlassung an	56	45,9%
Keine Schichtarbeit/Wochenenddienste/ Nachtdienste wie in der Klinik	49	40,2%
Als Selbstständiger kann die eigene Zeit flexibler eingeteilt werden	38	31,3%
Wenn ich in einer Praxis angestellt bin, habe ich mehr Zeit für Freizeit, Familie und andere Interessen	36	29,5%
Ich möchte gerne mein eigener Chef sein	25	20,5%
In einer eigenen Praxis verdiene ich mehr Geld als in der Klinik	25	20,5%
Der Konkurrenzkampf in der Klinik ist zu groß	3	2,5%
Mich stört die Ungleichbehandlung zwischen Männern und Frauen	2	1,6%
Sonstiges	2	1,6%

Fehlend: 3

## **Bedeutung „Karriere“**

All diese Aspekte werfen die Frage auf, was der Begriff des „Karriere machen“ für Kinderkardiologen bedeutet und was sie im Berufsalltag motiviert. Eventuell ist eine Chefarztposition nicht erstrebenswert, da sie nicht in die Vorstellung einer erfolgreichen Karriere passt. Anhand eines Schiebereglers konnten die Befragten ein Ranking von vordefinierten Kategorien erstellen unter dem Gesichtspunkt: berufliche Karriere bedeutet für mich. Dabei bedeutete 1, das am stärksten charakteristische für den Begriff „Karriere“ und 8 das am wenigsten. Die Ergebnisse dieses Rankings finden sich in Grafik 15 abgebildet.



*Abbildung 15: Bedeutung von Karriere anhand der vordefinierten Kategorien: Hoher Arbeitsaufwand, hohes Einkommen, Selbstbestimmung, Mitarbeiterverantwortlichkeit, hohe Verantwortung, Gesellschaftliches Ansehen, neue Herausforderungen, Vorantreiben von Forschung, wobei 1 den stärksten Impact und 8 den niedrigsten repräsentiert*

Die Ergebnisse der Rankings wurden in Abbildung 15, nach den vordefinierten Kategorien „Hoher Arbeitsaufwand, hohes Einkommen, Selbstbestimmung, Mitarbeiterverantwortlichkeit, hohe Verantwortung, gesellschaftliches Ansehen, neue Herausforderungen, Vorantreiben von Forschung“ sortiert, zusammengefasst. Daraus ist ersichtlich, dass gesellschaftliches Ansehen, das Vorantreiben von Forschung sowie hoher Arbeitsaufwand jeweils keine große Rolle aus Sicht der

teilnehmenden Ärzte für die Definierung des Begriffs „Karriere“ spielen. Im Gegensatz dazu haben besonders die Kategorien Selbstbestimmung, hohe Verantwortung und neue Herausforderungen viel Gewichtung. Im mittleren Bereich lagen bei den befragten Kinderkardiologen hohes Einkommen und Mitarbeiterverantwortlichkeit.

### **Motivation**

Nun müssen diese Vorstellungen der Befragten mit der Gewichtung der persönlichen Motivationsfaktoren verglichen werden. Das genauere Wissen über die motivierenden Aspekte des Arztberufes liefert auch Anhaltspunkte für die Entwicklung von Förderinstrumenten. Daher folgen nun in Grafik 16 die, ebenfalls als Ranking im Fragebogen dargestellten, motivierenden Faktoren im Berufsalltag der Kinderkardiologen.



Abbildung 16: Motivierende Faktoren im beruflichen Alltag anhand der vordefinierten Kategorien: Hohes Einkommen, Patient\*innenkontakt, Gesellschaftliches Ansehen, Aufstiegsmöglichkeiten/Führungsposition, spannender Beruf, Technisches Arbeiten und Kollegiales Miteinander, wobei 1 den stärksten Impact und 8 den niedrigsten repräsentiert

Auf den ersten Blick fallen die niedrige Gewichtung einer Führungsposition bzw. der Aufstiegsmöglichkeiten auf. Diese liegt gemeinsam mit den Faktoren „Gesellschaftliches Ansehen“ und „hohes Einkommen“ auf dem letzten Platz der motivierenden Faktoren des Arztberufes.

Dahingegen scheinen insbesondere der spannende Beruf, der Patient\*innenkontakt und das kollegiale Miteinander eine Motivation für das Arztdasein darzustellen. Bei der Wertung des technischen Arbeitens gehen die Meinungen hingegen auseinander. Während einige es als wichtig für die Aufrechterhaltung des Interesses am Beruf ansehen, bleibt es für Andere eher abgeschlagen auf den letzten Plätzen ihres persönlichen Rankings.

Die Tatsache, dass Aufstiegsmöglichkeiten bzw. eine Führungsposition mehrheitlich keine motivationalen Faktoren für die Kinderkardiologen darstellen, spricht für das Interesse am Beruf.

Dem entgegen stehen die Antworten zu der Frage, wie wichtig eine Führungsposition für die eigene Jobzufriedenheit ist. Realisiert wurde die Frage anhand einer Skala von „sehr unwichtig“ (0) bis „sehr wichtig“ (6). Hierbei sagte der Durchschnitt „eher wichtig“ mit 4,3 Punkten auf der Likert-Skala. Es scheint somit als würden die Befragten eine gewisse Verbindung von Zufriedenheit im Beruf mit der Position, die sie bekleiden, ausmachen.

Zu Beginn dieses Abschnittes wurde die Möglichkeit eines Generationenproblems angeschnitten. Um dieses näher zu analysieren, wurden die zentralen Tendenzen zweier Altersgruppen mittels des Mann-Whitney-U-Tests verglichen und geprüft. In der ersten Gruppe befanden sich 34 Teilnehmer im Alter von 26-40 Jahre, während in der zweiten Gruppe mit 64 Kinderkardiologen die Altersspanne 41-72 Jahre betrug. Die Cohen'sche Effektstärke beläuft sich auf  $r = 0,3$ . Daher ist mit einem mittleren Effekt hinsichtlich der Wichtigkeit einer Führungsposition für die Jobzufriedenheit zweier vordefinierter Altersgruppen zu rechnen. Die Unterschiede beider getesteter Altersgruppen sind somit signifikant. Daraus schließt sich, dass das Innehaben einer Führungsposition einen höheren Stellenwert für die Jobzufriedenheit der älteren Gruppe im Vergleich mit der jüngeren Gruppe besitzt.

**Tabelle 9**

**Jobzufriedenheit**

Teststatistiken	Wie wichtig ist Ihnen eine Führungsposition für Ihre Jobzufriedenheit?		
	N	Mittelwert	Standardabweichung
26-40-Jährige	34	3,9	1,4
41-72-Jährige	64	4,6	1,0
Mann-Whitney-U-Test			
	748.000		
Z			
	-2,668		
Exakte Signifikanz			
	0,008		

N=98, Fehlend: 20

### **3.4. Männer behindern aktiv weibliche Karriere**

*Je stärker männlich geprägt eine Führungskultur in ihrer Struktur ist, desto schwerer ist für Frauen der Zugang zu Rotationsstellen in der Weiterbildung sowie einer ärztlichen Führungsposition.*

Um diese Hypothese näher zu betrachten, ist es wichtig die jeweiligen Hindernisse auf dem Karriereweg zu identifizieren. Inwiefern diese Hindernisse geschlechtsspezifisch kategorisierbar sind, ist in dieser Arbeit durch die Trennung der Fragebögen nicht zu ergründen. Demgegenüber steht jedoch die Möglichkeit der Ergründung einer mutmaßlich männlich geprägten Führungskultur und eine eventuelle Charakterisierung jener. Gleichzeitig ist auch die männliche Sicht von Bedeutung. Möglicherweise werden auch von dieser Seite Benachteiligungen entweder des eigenen oder des anderen Geschlechtes festgestellt. Hierbei wurde auch die Frage nach potentiellen Diskriminierungen, welche selbst erlebt oder aus Erfahrungsberichten von Kolleg\*innen an die Befragten herangetragen wurden, gestellt. Zur Prüfung der herrschenden Führungskultur wurde, wenn durchführbar, der Mann-Whitney-U-Test als Vergleich der Gruppen der Chefärzte mit ihren ärztlichen Mitarbeitern angestrebt. Dieses soll insbesondere dazu dienen die

Meinungen und Sichtweisen der Führungspersonen mit den Erfahrungen ihrer Kollegen abzugleichen.

### ***Diskriminierung***

Beginnend mit der Auswertung der Fragen, welche um die Diskriminierung bestimmter Personengruppen kreisen, werden nun die Ergebnisse zur erlebten Benachteiligung dargelegt. Während 74 der Befragten angaben, niemals eine Diskriminierung im Rahmen ihres eigenen Berufsalltags erfahren zu haben, konnten nur noch 38 Teilnehmer bestätigen, keine Diskriminierung gegenüber Kolleg\*innen bemerkt zu haben. Daraus ergibt sich, dass weit über die Hälfte der hier befragten Ärzte bereits diskriminierendes Verhalten im klinischen Umfeld gegenüber ärztlichem Personal wahrgenommen hat.

In Abbildung 17 werden die prozentualen Anteile der Ursachen für die erlebte Diskriminierung an der eigenen Person dargestellt. Positiv ist hierbei hervorzuheben, dass 62,7 % laut eigener Angaben niemals im klinischen Alltag diskriminiert wurden. Betrachtet man nun die Ursachen für erlebte Diskriminierung näher, so fällt zuerst die Benachteiligung aufgrund des Migrationshintergrundes als vordergründig genannte Ursache ins Auge. 9,3 % der Befragten gaben an aufgrund ihres Migrationshintergrundes bereits nachteilig behandelt worden zu sein. Die zweithäufigste Ursache laut der teilnehmenden Kinderkardiologen sei das Alter, wobei hier nicht zu spezifizieren ist, ob damit ein fortgeschrittenes oder junges Alter gemeint ist. Jeweils 5,9 % der Männer wurden aufgrund ihres Geschlechtes bzw. wahrgenommener Elternzeit bereits diskriminiert. Die weiteren von uns gebotenen Antwortmöglichkeiten der sozialen Herkunft, der sexuellen Orientierung und Religion wurden zu jeweils unter 3 % gewählt und scheinen somit keine große Rolle im beruflichen Alltag zu spielen.

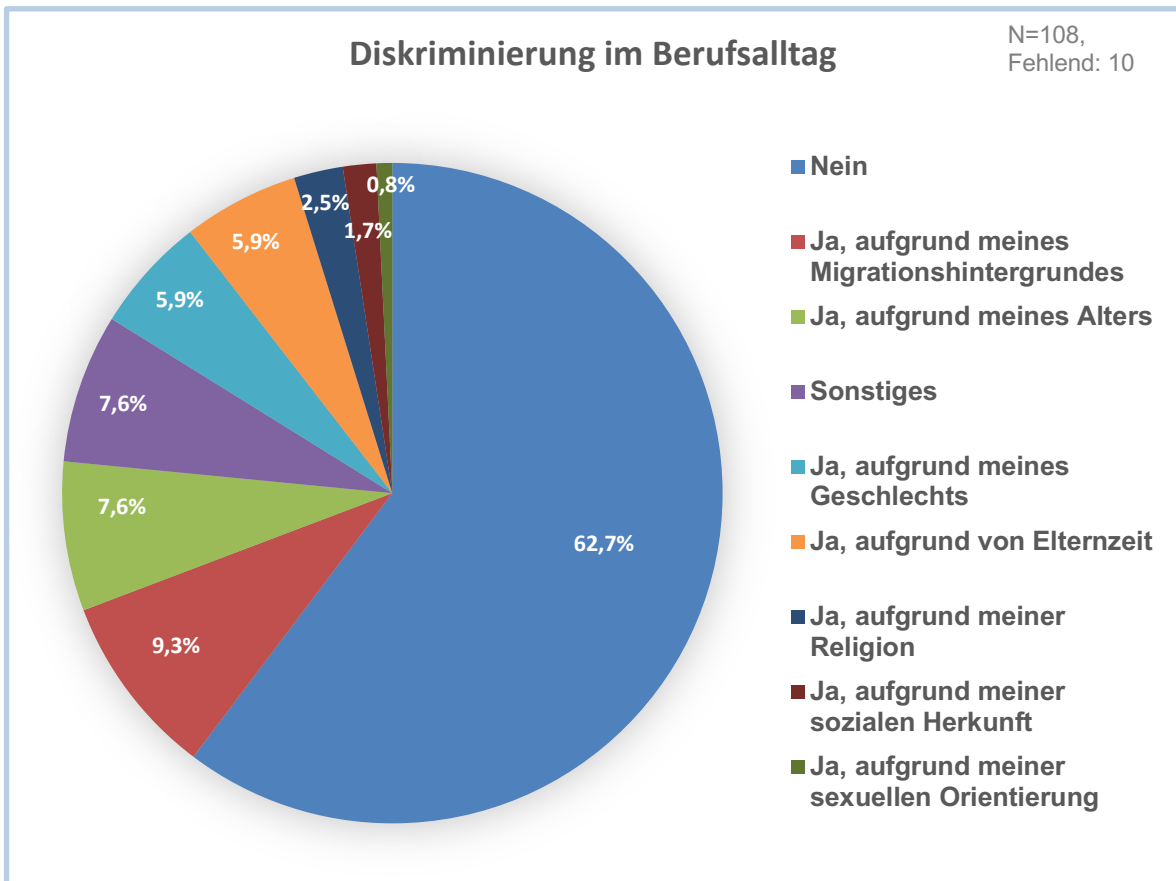


Abbildung 17: Prozentuale Anteile der Erfahrungen von Diskriminierung der eigenen Person im beruflichen Alltag der Kinderkardiologen

Nun gilt es das Antwortfeld „Sonstiges“ aufzuschlüsseln. Anhand von Abbildung 17 ist anzunehmen, dass 7 % der Befragten diskriminiert wurden aufgrund von uns nicht dargebotener Antwortmöglichkeiten. Während einige Antworten des freien Textfeldes undeutlich hinsichtlich der Ursache der Benachteiligung ihnen gegenüber bleiben und lediglich die Information geben „gemobbt zu werden“, werden andere Teilnehmer deutlicher. Ein Kinderkardiologe gibt an auf Basis seiner ungewollten Kinderlosigkeit unangenehme Situationen erfahren zu müssen, in welchen seine Kolleg\*innen ihn benachteiligt haben. Auch eine fehlende Habilitation und ein geringerer Grad an Kompetenz sowie Meinungsunterschiede führten zu wahrgenommener Diskriminierung.

Interessant ist nun in welchem Ausmaß Chefärzte in ihrem Karriereverlauf Diskriminierung erlebt haben. Nur ein Chefarzt der Befragten dieser Karrierestufe gibt an, während seines beruflichen Alltags Diskriminierung erfahren zu haben. Somit haben 90,9 % der teilnehmenden Chefärzte nicht das Gefühl in der Ausübung ihres Berufes, benachteiligt worden zu sein. Ob dieses an einer erhöhten Resilienz

oder bereits zu weit zurückliegenden Erfahrungen liegt, ist hierbei nicht auszuschließen zu ziehen. Ob die Chefärzte jedoch eine Diskriminierung ihrer Kolleg\*innen erkennen, wird sich im folgenden Abschnitt zur beobachteten Diskriminierung zeigen.

### Beobachtete Diskriminierung

Daher wird nun weitergehend auf die beobachteten Diskriminierungen von Kolleg\*innen eingegangen. Zunächst erfolgt in Abbildung 18 die Visualisierung der prozentualen Anteile von allen Kinderkardiologen, die Diskriminierung bei Kolleg\*innen unabhängig ihres klinischen Ranges feststellen mussten. Wichtig ist anzumerken, dass eine Mehrfachnennung möglich war und daher Prozentanteile über 100 % möglich sind.

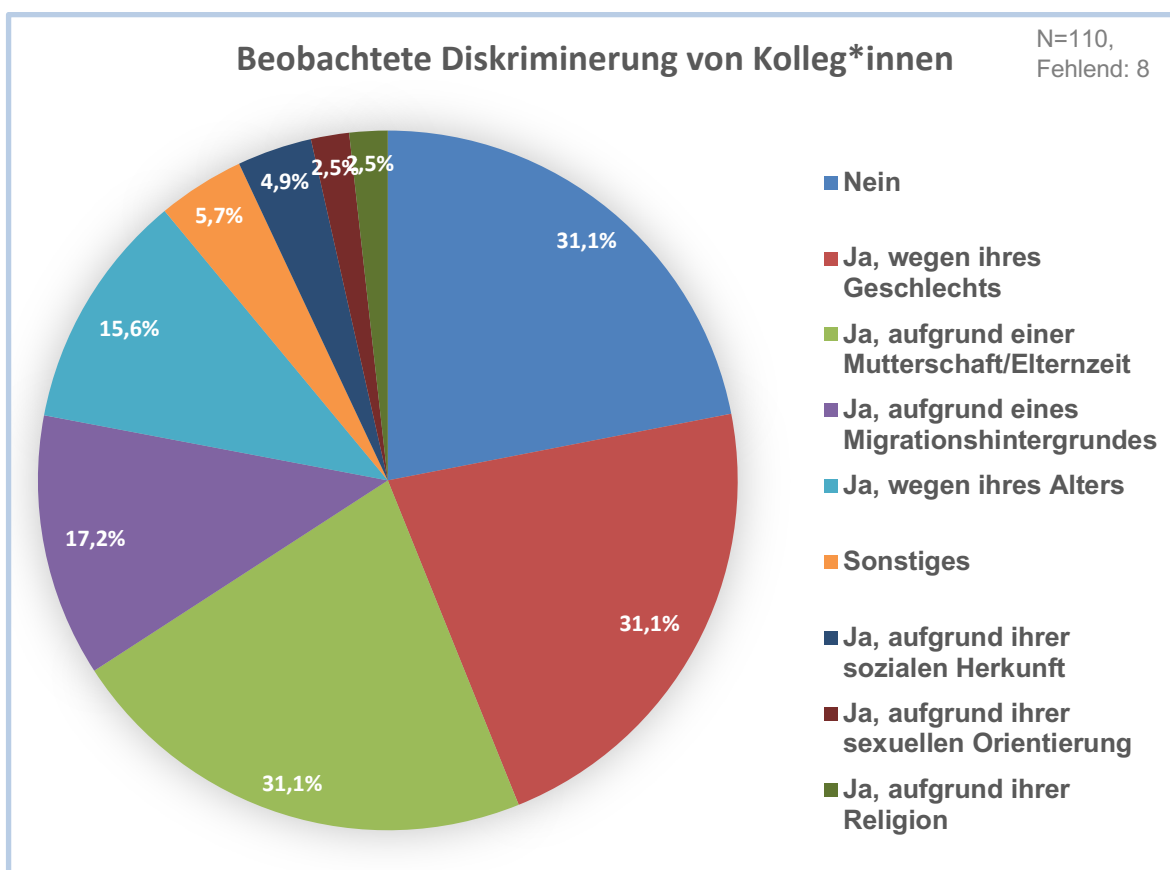


Abbildung 18: Prozentuale Anteile der Erfahrungen von Diskriminierung von Kolleg\*innen im beruflichen Alltag der Kinderkardiologen

Auf den ersten Blick zeigt sich ein deutlich inhomogeneres Bild, im Vergleich zur Abbildung 17. Es scheint also, als würde Diskriminierung von Kolleg\*innen im Berufsalltag ein reales Problem darstellen. Inwiefern hierbei weibliche Kolleginnen

im Vordergrund stehen ist nicht auszumachen, jedoch ist die Antwortmöglichkeit des Geschlechts eine der am häufigsten gewählten (31,1 %). Es ist hierbei durchaus davon auszugehen, dass ein Großteil davon sich auf das weibliche Geschlecht bezieht. Die in gleichem Ausmaß ausgewählte Antwort ist die der Mutterschaft/Elternzeit (31,1 %). Auch hier liegt es nahe, dass die befragten Kinderkardiologen insbesondere eine Diskriminierung von weiblichen Kolleginnen bemerken. Trotzdem sagt ein ebenso großer Anteil von 31,1 % weiterhin, dass sie keinerlei Benachteiligungen in Form von Diskriminierung in ihrem beruflichen Alltag bei ihren Mitarbeitenden bemerken.

Die 5,7 % „Sonstiges“, welche im freien Textfeld näher erläutert wurden, brachten keinen neuen Erkenntnisgewinn, da sie aus eher unspezifischen und subjektiven Antworten, wie „Meinungsunterschiede“, „Mobbing“ oder „nach Fusion von zwei Zentren“ bestehen.

Nun erfolgt eine selektive Betrachtung der Antworten der Chefärzte. Während insgesamt 31,1 % aller Befragten keine Diskriminierung von Kolleg\*innen im klinischen Berufsalltag beobachtet haben, gibt ein prozentual doppelt so hoher Anteil an Chefärzten (63,6 %) an, keine Benachteiligungen aufgrund stigmatisierender Faktoren ausmachen zu können.

Im nächsten Schritt wurden den Befragten einige Aussagen angeboten, welche sie anhand einer Skala von „trifft voll zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ nach ihrem Empfinden bzw. ihren Erfahrungen bewerten konnten. Diese Aussagen kreisten um die Themen Familien bzw. Privatleben- und Jobvereinbarkeit, persönliche Zurückhaltung, Bevorzugung sowie geschlechtsspezifische Hürden. Eine Darstellung der Ergebnisse findet sich in den Abbildungen 19 und 20.

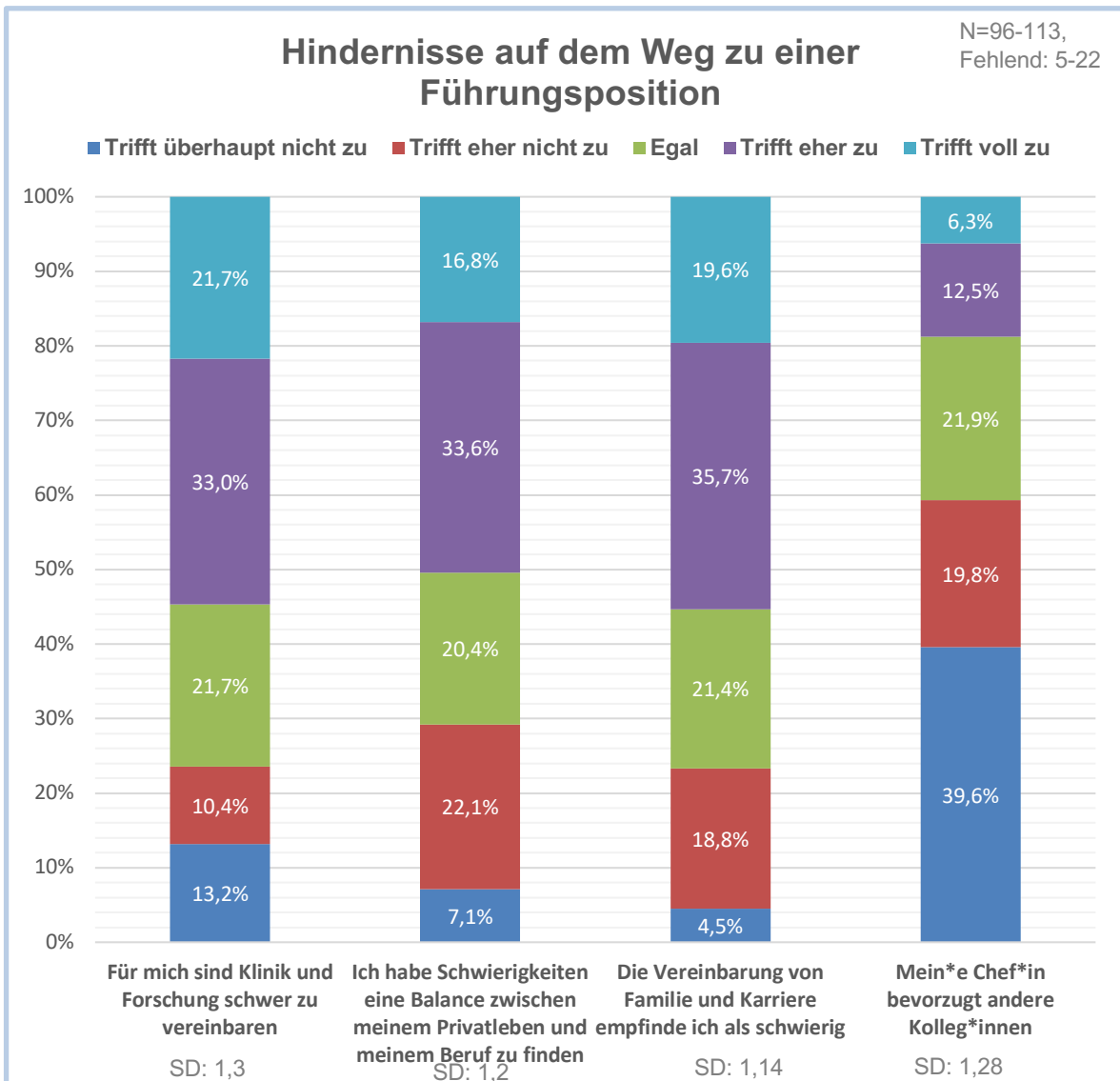


Abbildung 19: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Hindernisse auf dem Weg zu einer Führungsposition“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“

Die Aussage, welche am meisten Zustimmung erfährt, lautet „Für mich sind Klinik und Forschung schwer zu vereinbaren“. Dahingegen wird die Aussage „Überholte Rollenmodelle lassen meinen Karriereaufstieg nicht zu“ von den befragten Männern eher zurückgewiesen, was anhand von Grafik 19 ersichtlich wird. Dass keinerlei Karrierehindernisse für die Befragten existieren, kann von den Kinderkardiologen im Durchschnitt weder bejaht noch verneint werden, da sich hierbei der Mittelwert mittig auf der Likert-Skala befindet. Bei der Aussage „Männer haben bei meinen Vorgesetzten einen Vorteil bei der Karriereentwicklung“ divergieren die Meinungen, wie anhand von Grafik 20 unterstrichen wird. Es scheint somit, dass hier von einigen Kinderkardiologen eine sichtbare Bevorzugung von Männern bei der Förderung von angestellten Ärzt\*innen erkannt wird. Die gegebenen Strukturen weisen somit bei

einem nicht unerheblichen Anteil der Beantwortungen auf existierende Benachteiligungen von weiblichen Ärztinnen hin.

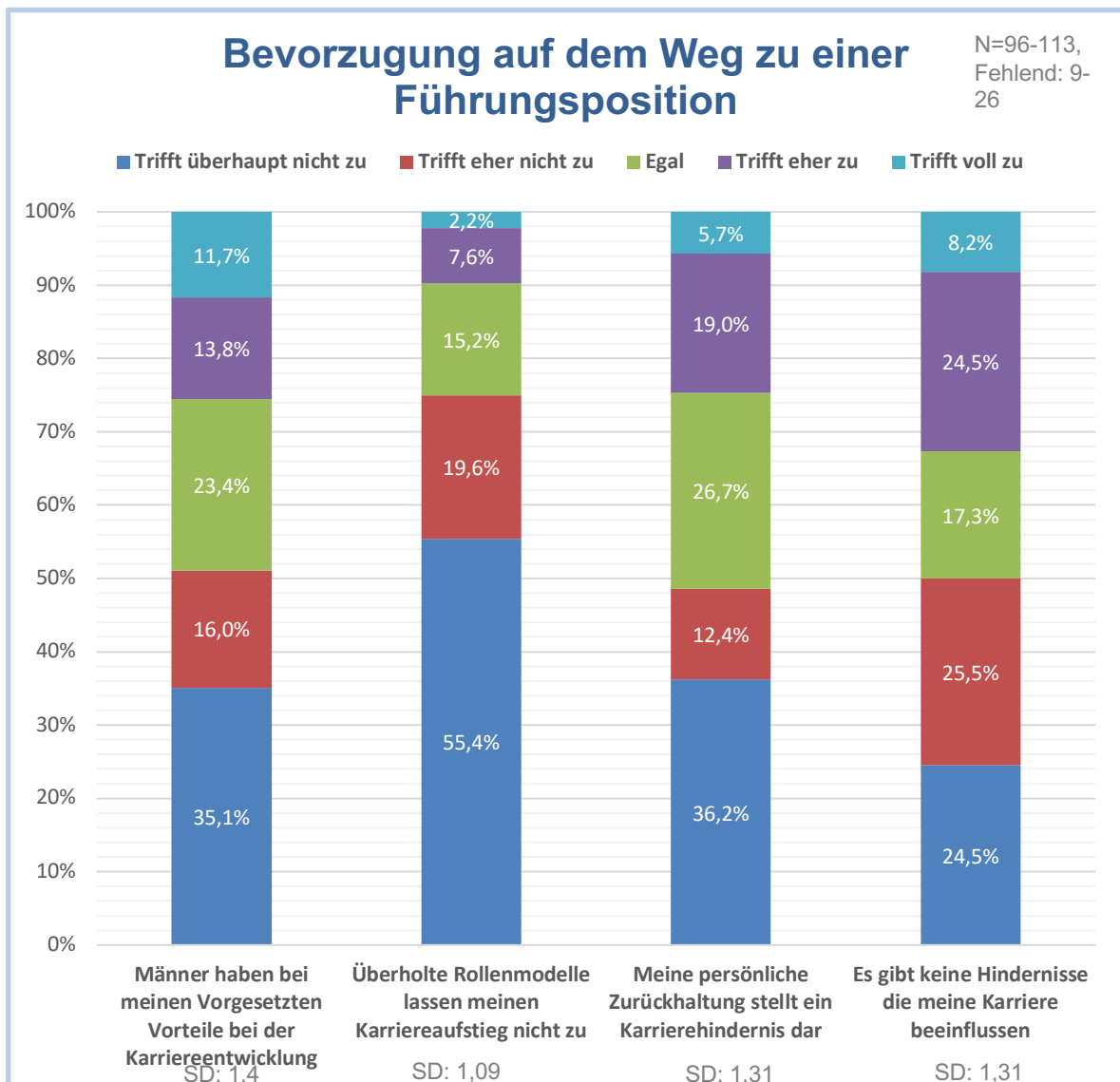


Abbildung 20: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Bevorzugung auf dem Weg zu einer Führungsposition“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“

Eine weitere Aussage, welche sich im Zentrum des Themenkreises „Bevorzugung von männlichen Ärzten“ befindet, lautet: „Männer werden bei der Karriereentwicklung bevorzugt und eher befördert als eine Frau mit gleicher Leistung“. Mit dieser Aussage soll bewusst der Vergleich zu den weiblichen Kolleginnen gezogen werden und eine direktere Antwort provoziert werden. Die Ergebnisse der Befragung zu dieser Thematik finden sich in Grafik 21. Die Tatsache, dass über ein Drittel der befragten Kinderkardiologen eine Bevorzugung

aufgrund ihres Geschlechtes bei gleicher erbrachter Leistung ausmachen, kann ein Hinweis auf ein strukturelles Problem in der Kinderkardiologie sein.

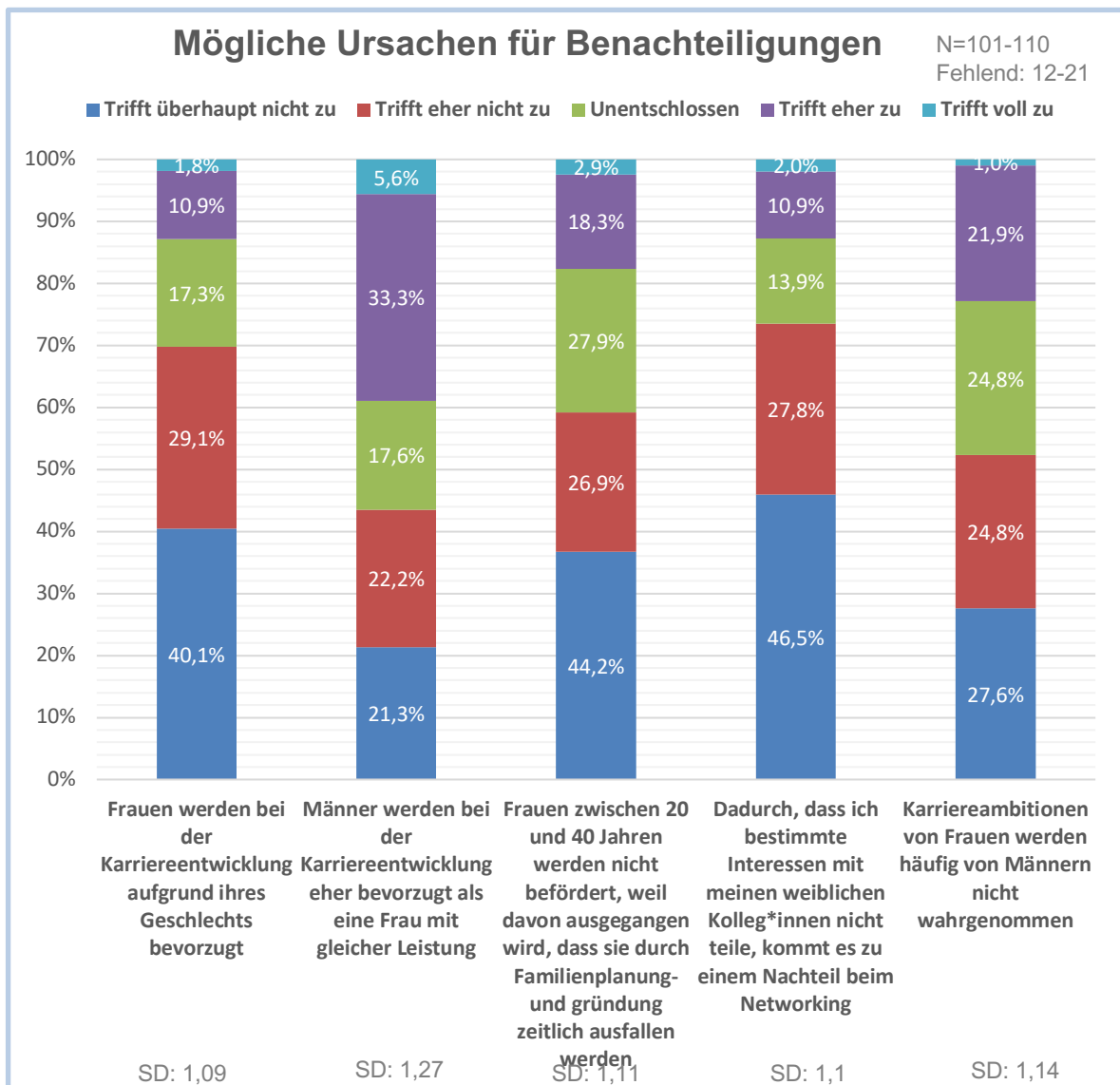


Abbildung 21: Prozentuale Anteile der Antworten auf diverse Aussagen zum Thema „Mögliche Ursachen für Benachteiligungen“ von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll zu“

Werden nun die Chefärzte als einzelne Gruppe betrachtet, so fällt auf, dass der mittlere Wert der Zustimmung eher eine negative Tendenz, also eine ablehnende Haltung der Aussage gegenüber, zeigt (M:3,4). Wird dieser Meinungsstandpunkt mit dem der Ärzte verglichen, welche sich noch am Beginn ihrer klinischen Karriere befinden, so fällt auf, dass diese der Aussage deutlicher zustimmen, als die Chefärzte (exakter Mann-Whitney-U-Test:  $U = 39.500$ ,  $p = 0.025$ ). Die Effektstärke nach Cohen beläuft sich hier auf  $r = 0,30$  und entspricht somit einem mittleren Effekt. Daraus ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Assistenzärzten und

Chefärzten hinsichtlich ihrer Meinung zu einer Bevorzugung von Männern im Vergleich zu Frauen bei gleicher Leistung.

**Tabelle 10**

**Teststatistiken zur Aussage Bevorzugung von Männern**

Männer werden bei der Karriereentwicklung bevorzugt und eher befördert als eine Frau mit gleicher Leistung			
	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
Chefärzte	11	3,4	1,1
Assistenzärzte	11	2,3	2,0
<hr/>			
Mann-Whitney-U-Test		39.500	
Z		-1,408	
Exakte Signifikanz		0,171	

Bei der Ursachensuche anhand der darauffolgenden zu bewertenden Aussagen zeigt sich hingegen keine eindeutige Tendenz warum Männer gegenüber Frauen auf der Karriereleiter bevorzugt unterstützt werden.

Dass die weiblichen Karriereambitionen von Vorgesetzten nicht bemerkt werden, wird in der Befragung mit 45,1 % der Teilnehmer, die diese Frage zurückweisen, eher abgelehnt. Ein weiteres Vorurteil, welches abgefragt wird, dreht sich um die Altersspanne von 20 bis 40 Jahren, in welcher durchaus davon ausgegangen wird, dass es bei Frauen zu einer Schwangerschaft und somit Arbeitsausfall kommen kann. Daher ist es naheliegend, dass falls dieses Vorurteil in den Köpfen der Kinderkardiologen verankert ist, dieses ein Hindernis für die zahlreicheren Beförderungen von jungen Kinderkardiologinnen darstellt. Jedoch stimmen nur 18,1 % vollkommen bzw. eher dieser Aussage zu. Der wesentlich größere Teil der Teilnehmenden steht dieser Aussage neutral gegenüber oder lehnt sie sogar deutlich ab.

Wird nun auch hier ein näherer Blick auf die Antworten der Chefärzte geworfen, so fällt erneut auf, dass eben jene Führungskräfte Aussagen, welche eine strukturelle

Bevorzugung von Männern abbilden, ablehnen. Dieses bestätigt auch der Mann-Whitney-U-Test mit  $U = 21.000$  und einer Effektstärke nach Cohen von  $r = 0,56$  bei dem Vergleich der Chefärzte mit den Assistenzärzten. Daraus ergibt sich ein starker Effekt.

**Tabelle 11**

**Teststatistiken zur Aussage Ausbleibende Beförderung von Frauen**

Frauen zwischen 20 und 40 Jahren werden nicht befördert, weil davon ausgegangen wird, dass sie durch Familienplanung- und gründung zeitlich ausfallen werden			
	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
Chefärzte	11	4,1	0,9
Assistenzärzte	11	2,0	1,8
Mann-Whitney-U-Test	21.000		
Z	-2,668		
Exakte Signifikanz	0,008		

Jene zu Beginn des Abschnitts „Männer behindern weibliche Karriere“ vorgestellte Hypothese lässt sich anhand der Antworten zur Diskriminierung entweder an der eigenen Person, jedoch insbesondere anhand der Erfahrungsberichte von Kolleg\*innen näher evaluieren. Ebenso bieten die anhand einer Likert-Skala erfassten Zustimmungsggrade der Kinderkardiologen gegenüber vordefinierten Aussagen wichtige Erkenntnisse zu den Strukturen, welche in der Kinderkardiologie in deutschsprachigen Kliniken, zum aktuellen Zeitpunkt vorherrschen. Weitere Einblicke zu den Kenntnisständen der Chefärzte liefert dann die Aufteilung der Antworten nach klinischer Position. Es offenbaren sich Diskrepanzen zwischen den Ansichten der Gesamtheit der Kinderkardiologen und ihren obersten Führungskräften

### 3.5. Zu wenig weibliche Vorbilder und fehlende Förderung

*Wenn ein Mangel an Förderung von weiblichem Führungspersonal besteht, dann fehlt es jungem weiblichen Klinikpersonal an Vorbildern und Orientierungsmöglichkeiten.*

Zunächst ist es essentiell, Ressourcen auszumachen, welche einen Karriereaufstieg begünstigen. Diese können unabhängig des Geschlechtes ausgemacht werden. Zugehörig dazu wird sich nach dem familiären Hintergrund der Befragten erkundigt. Dann wird im nächsten Schritt nach struktureller Unterstützung gefragt, welche bereits in der deutschsprachigen Kliniklandschaft etabliert wurden. An dieser Stelle wird explizit nach den bereits bestehenden spezifischen Förderungsprogrammen für Ärztinnen gefragt. Weitergehend wird nach den erwünschten Maßnahmen zur Unterstützung des weiblichen Karriereweges gefragt, sowie bestehenden Mitgliedschaften in berufsgebundenen Netzwerken. Beginnend mit der Fragestellung nach der größten Unterstützung auf dem bisherigen Karriereweg, wird in die Ergründung der Hypothese eingestiegen, welche anhand von Tabelle 12 verbildlicht wurden.

**Tabelle 12**

#### **Antworten zur größten Unterstützung auf bisherigen Karriereweg**

<b>Ressourcen</b>	<b>N=111</b>	<b>%</b>
Partner*in	88	72,1%
Chef*in	57	46,7%
Berufskolleg*innen	51	41,8%
Eltern	43	35,2%
Mentor*innen	35	28,7%
Freundeskreis	26	21,3%
Wissenschaftliche Förderprogramme	19	15,6%
Eigene finanzielle Rücklagen	10	8,2%
Medizinische Gesellschaften	4	3,3%
Sonstiges	5	4,1%

- 
- Bedarf
  - Oberarzt (2x)
  - Stipendium
  - Industrie
- 

Fehlend: 7

Die am häufigsten ausgewählte Ressource stellt mit einem überwiegenden Anteil von 72,1 % der Kinderkardiologen der/die Partner\*in dar. Auf dem zweiten Platz der unterstützenden Faktoren befindet sich der/die Chef\*in laut fast der Hälfte der Teilnehmer mit 46,7 %. Antworten, welche geringer ausgewählt wurden, waren wissenschaftliche Förderprogramme (15,6 %), eigene finanzielle Rücklagen (8,2 %) und medizinische Gesellschaften (3,3 %). Diese zum Teil institutionalisierten Programme werden von den Kinderkardiologen kaum als förderlich für ihren beruflichen Alltag angesehen. Hier scheint somit ein Ansatzpunkt für Verbesserung zu bestehen. Die Wahlmöglichkeit des „Sonstiges“ wurde von den Teilnehmern als „Industrie, Bedarf, Oberarzt und Stipendium“ spezifiziert.

### ***Role Models***

Denkt man an Vorbilder, fallen einem häufig die Eltern bzw. das familiäre Umfeld ein. Um diese Ressource näher zu beleuchten wurde sich im Fragebogen nach dem akademischen Hintergrund der Eltern der Befragten erkundigt. Zunächst lässt sich sagen, dass 56,6 % der Teilnehmenden angaben, ihr Vater habe einen akademischen Abschluss, während gleichzeitig 33,6 % der Mütter solch einen Hochschulabschluss vorweisen können. Gegensätzlich dazu stehen die 26,2 % der Elternpaare, welche weder einen akademischen Hochschulgrad absolviert haben, noch eine Führungsposition innehaben. Unabhängig des akademischen Titels wurde auch nach Elternteilen in Führungspositionen gesucht. 40,2 % der Väter sind laut den Umfrageergebnissen als Führungskraft beschäftigt bzw. unternehmerisch tätig. Auch hier fallen die Mütter mit 14,8 % deutlich hinter den Männern zurück. In der weitergehenden Analyse werden die Anteile der Eltern, welche als ärztliches Personal tätig sind, ausgemacht. Während 9 % angaben, dass ihre Mutter den ärztlichen Beruf ausführt, beträgt der Anteil bei den Vätern 20,5 %.

Für die Bewertung der Frage nach den persönlichen Role Models der Befragten ist eine qualitative Auswertung erforderlich, da es sich bei dem Fragestil um einen

offenen Fragentyp handelt. In Tabelle 13 sind die Antworten zusammengefasst aufgelistet. Oftmals wurde auch die Antwort „Keine“ gegeben. Dieses wurde in der Auswertung nicht weitergehend berücksichtigt.

**Tabelle 13**

**Role Models**

	<b>N = 34</b>
Ehemalige Chefs/Ikonen des Fachs	14
Kollegen	7
Eltern	4
Dietrich Bonhoeffer (de. Theologe)	2
Barack Obama (ehem. Präsident der USA)	
Douglas Adam (brit. Schriftsteller)	
Albert Schweitzer (de.-fra. Theologe, Philosoph und Arzt)	
Clint Eastwood (US-Schauspieler, Produzent und Regisseur)	
Louis Pasteur (Mitbegründer Mikrobiologie)	
Prophet Mohammed (Religionsstifter Islam)	
Wolfgang Leonhard (de. Historiker)	

Während sich der überwiegende Anteil der Role Models als fachinterne Vorbilder bezeichnen lässt, nannten einige Teilnehmer auch ihre Eltern sowie berühmte Persönlichkeiten als wichtige Orientierungsfiguren. Von Schauspielern über Religionsbegründer und Theologen bzw. Autoren sind Experten und Ikonen verschiedenster Bereiche darunter.

Bei den Gründen für ihre Wahl wurde zunächst bei den fachinternen kinder-kardiologischen Kollegen bzw. Chefs das Fachwissen der jeweiligen Person in den Vordergrund gestellt. Außerdem wurden Charaktereigenschaften wie Empathie, Führungskompetenz, Ehrlichkeit und Motivationsfähigkeit

hervorgehoben. Ähnliche charakterliche Eckpunkte wurden ebenso bei den Vorbildern, welche sich außerhalb der Kinderkardiologie befinden, aufgezählt. Beispiele hierfür sind Kompetenz im jeweiligen Fachbereich, Zielorientiertheit, Menschlichkeit und Integrität.

### **Karriereförderung von Ärztinnen**

Anschließend wird wieder explizit auf die führende Thematik dieser Arbeit eingegangen, indem nach der Notwendigkeit der Einführung von Maßnahmen zur Karriereförderung von Ärztinnen gefragt wird. Die Umsetzung dieser Frage findet anhand einer Likert-Skala von 0-6 statt. 0 wurde codiert als „Trifft voll zu“ und 6 betitelt mit „Trifft nicht zu“. Diese findet sich abgebildet anhand von Grafik 22.

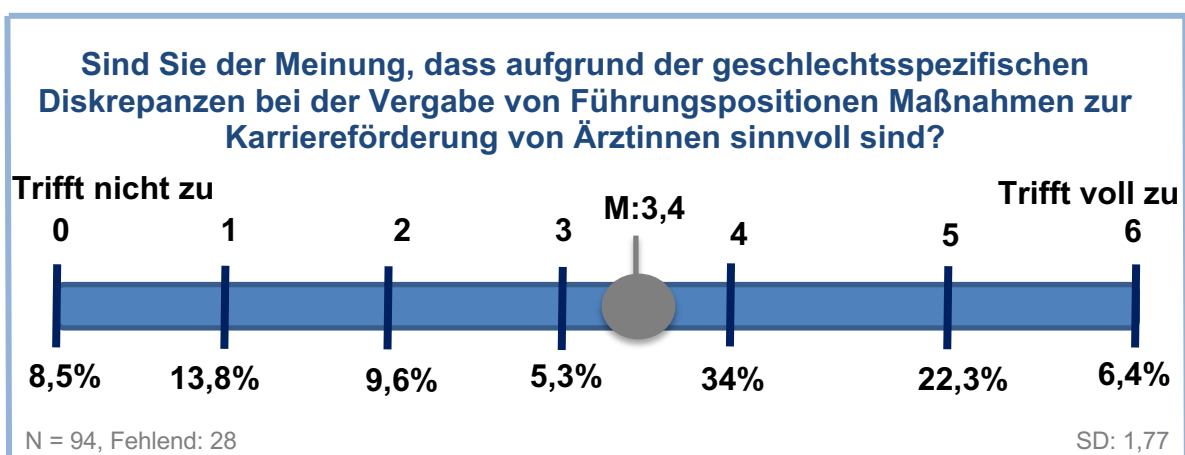


Abbildung 22: Ausgewählte Skalenbereiche nach der Frage zur Notwendigkeit der Einführung von Maßnahmen zur spezifischen Förderung von Ärztinnen

Der Mittelwert dieser Fragestellung beläuft sich auf ca. 3,4 Punkte, was sich mittig auf der visuellen Skala befindet (s. Grafik 22). Das bedeutet, dass es weder Zustimmung für die Einführung von Maßnahmen, noch eine deutliche Ablehnung dieser gibt. Nun gilt es zu erheben, ob bereits Maßnahmen innerhalb der aktuellen Kliniklandschaft im deutschsprachigen Raum realisiert wurden. Bei der Frage hierzu antwortet ein Großteil (45,1 %) mit „Ja“. Ca. 20,5 % geben an, dass bei ihnen in der Klinik keinerlei solcher Programme existieren. Mit 25,4 % ist ein großer Teil, der mit „Weiß ich nicht“ antwortet, nicht darüber informiert.

Die Teilnehmer, welche die Frage bejaht haben, wurden zur nächsten Frage nach den konkreten existierenden Maßnahmen weitergeleitet. Am häufigsten gewählt und somit bereits in der deutschen Kliniklandschaft angewandt werden die

Auswahloptionen „Ermutigung von qualifizierten Frauen zur Bewerbung auf eine Führungsposition“ (29,5 %). Unter dem Punkt „Sonstige“ wurden die Möglichkeiten eines Habilitationsprogramms, einer verbesserten Kinderbetreuung sowie ein „Dual Career Programm“ aufgezählt. Diese bereits umgesetzten Maßnahmen zur Förderung der Karrieren von Ärztinnen existieren bereits in den Kliniken der Teilnehmer. In Tabelle 14 sind die Ergebnisse dieser Frage aufgelistet, wobei wichtig ist, dass Mehrfachantworten erwünscht waren.

**Tabelle 14**

**Aktuelle Maßnahmen zur Förderung der Karrieren von Ärztinnen**

Maßnahmen	N = 53	%
Ermutigung qualifizierter Frauen zur Bewerbung auf eine Führungsposition	36	29,5%
Mentoring	34	27,9%
Aktives Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren	27	22,1%
Spezifische Weiterbildungsprogramme	25	20,5%
Transparente Aufstiegsmöglichkeiten/Beförderungen	18	14,8%
Cross-Mentoring	12	9,8%
Bevorzugtes Einstellen von Frauen	11	9,0%
Formale Karrierepläne	7	5,7%
Frauenquote	5	4,1%
Sonstiges	3	2,5%
- Dual Career Programm		
- Habilitationsprogramme		
- Verbesserte Kinderbetreuung		

Fehlend: 65

Anschließend wurde nach wünschenswerten Maßnahmen zur Förderung von weiblichen Karrieren in der Kinderkardiologie gefragt. Wie auch bereits bei der vorherigen Fragestellung, wurde auch hier nach spezifischen Förderungen für Frauen gesucht. Dabei waren 18,9 % der Befragten der Meinung, dass es keiner spezifischen Förderung von Frauen bedarf. Exakt die Hälfte aller Teilnehmer (50 %) wünschten sich eine präzisere „Ermutigung von qualifizierten Frauen zur

Bewerbung auf eine Führungsposition“. Hierbei handelt es sich weniger um eine strukturelle Maßnahme und vielmehr um ein erhöhtes Achtsamkeitsmaß der Vorgesetzten, welche zuvor einige Frauen aufgrund persönlicher Zurückhaltung nicht bei Beförderungen berücksichtigen. Denselben gedanklichen Ursprung hat auch die von 27 % gewählte Antwortmöglichkeit „Aktives Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren“. Eine strukturelle Maßnahme stellt jedoch die Schaffung von „Transparente(n) Aufstiegsmöglichkeiten/Beförderungen“ (39,3 %) dar. Gleichzeitig würde eine nachvollziehbare Struktur der Beförderungen eine geschlechtsunabhängige Gerechtigkeit unter den Kolleg\*innen fördern. Die weiteren weniger häufig ausgewählten Antworten können Tabelle 15 entnommen werden.

**Tabelle 15**

**Wünschenswerte Maßnahmen zur Förderung der Karrieren von Ärztinnen**

Maßnahmen	N = 102	%
Ermutigung qualifizierter Frauen zur Bewerbung auf eine Führungsposition	61	50%
Transparente Aufstiegsmöglichkeiten/Beförderungen	48	39,3%
Mentoring	43	35,3%
Aktives Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren	33	27%
Workshops und Seminare „Weibliche Führung in Kliniken und Karriereplanung“	18	14,8%
Formale Karrierepläne	17	13,9%
Förderprogramme für Kinderkardiologinnen in der Facharztweiterbildung	15	12,3%
Cross-Mentoring	14	11,5%
Spezifische Weiterbildungsprogramme	13	10,7%
Sonstiges	12	9,8%
Bevorzugte Beförderung von Frauen	4	3,3%
Bevorzugtes Einstellen von Frauen	3	2,5%
Frauenquote	2	1,6%

Fehlend: 16

Im freien Textfeld, welches sich auf die Antwort „Sonstiges“ öffnet, gibt es einige Aussagen, die im Diskussionsteil dieser Arbeit näher beleuchtet werden. Vorweggenommen werden kann jedoch der Vorschlag der verbesserten Kinderbetreuung, der von mehreren Teilnehmern aufgegriffen wurde. Gleichzeitig nehmen sie auch das männliche Geschlecht bzw. Väter in die Pflicht, indem eine angemessene Vaterzeit im zeitlichen Rahmen der Mutterzeit gefordert wird. Während sich eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewünscht wird, betonen einige Teilnehmer, dass dieses für beide Geschlechter gelten soll. Als Nächstes wird sich nach den Mitgliedschaften in medizinischen Gesellschaften erkundigt (s. Abbildung 23).

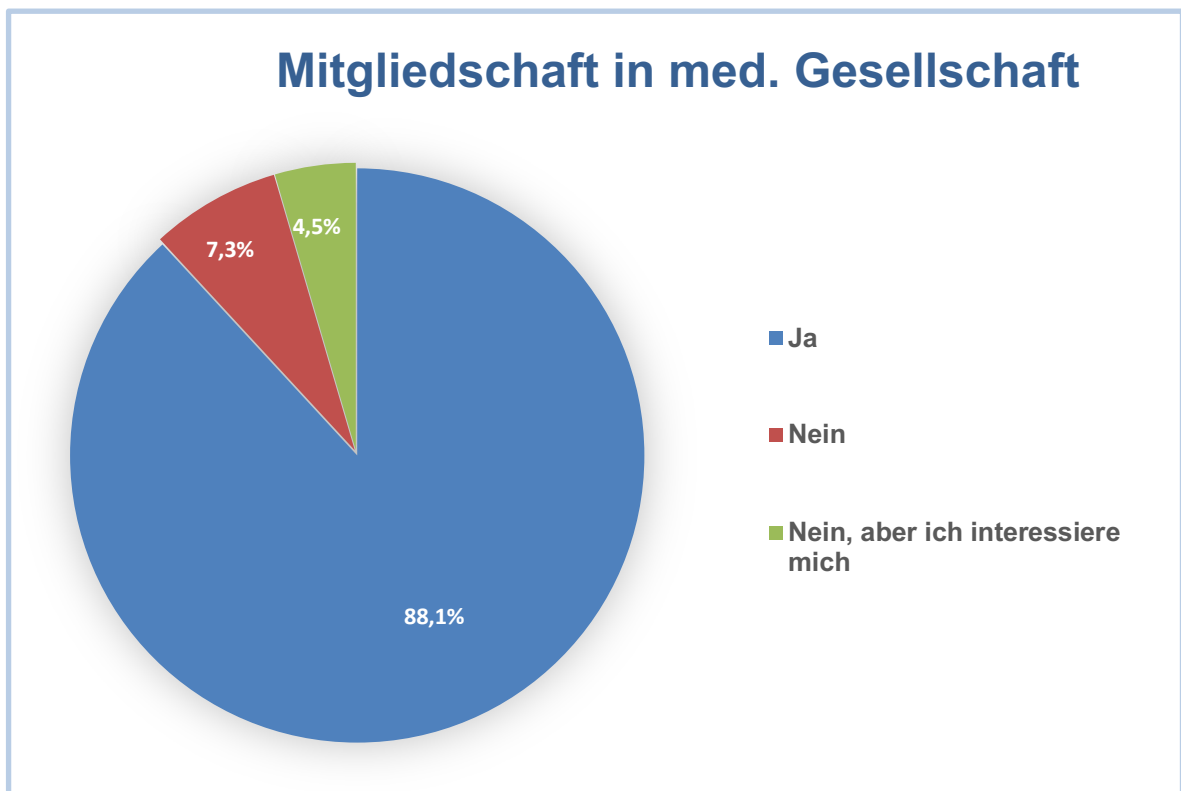


Abbildung 23: Anteil der Teilnehmer des Fragebogens, die Mitglied einer medizinischen Fachgesellschaft sind in Prozent

Der überwiegende Anteil der Kinderkardiologen ist Mitglied einer bzw. mehrerer Gesellschaften. Dabei sind die am häufigsten genannten Gesellschaften die DGPK, DGKJ und AEPC.

### 3.6. Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur

*Wenn sich junge Ärzt\*innen nicht der vorherrschenden Führungskultur anpassen, wird ihnen vermittelt, dass das Arbeitspensum/ Abläufe/ Arbeitsalltag/ Patientenversorgung auf Führungsebene nicht funktionieren kann/können.*

Zunächst muss herausgefunden werden, welche Attribute einer Führungskraft zugeschrieben werden und inwiefern die Teilnehmer der Meinung sind jene zu erfüllen. Interessant zu betrachten werden auch die Ergebnisse der Frage ob und inwiefern der Karriereweg anders aussehen würde, wenn die Befragten weiblich wären. Außerdem wird untersucht ob gewisse Fähigkeiten oder Tätigkeitsfelder einem Geschlecht zugeordnet werden können, welches diese stärker prägen bzw. kompetenter durchführen. Weiterführend wird auch untersucht, inwieweit der Blick auf die eigene Karriereplanung eher intrinsisch oder extrinsisch geleitet wird. Zu Beginn dieses Kapitels wurden die Faktoren und Eigenschaften, welche es laut der Teilnehmer des Fragebogens bedarf um eine Führungsposition zu erreichen, abgefragt. Eine Darstellung dieser ist in Tabelle 16 zu finden.

**Tabelle 16**

#### **Wichtige Eigenschaften auf dem Weg zu einer Führungsposition**

<b>Eigenschaften</b>	<b>N = 102</b>	<b>%</b>
Fachwissen und medizinische Kompetenz	97	79,5%
Kommunikationsfähigkeit	66	54,1%
Ausdauer und Hartnäckigkeit	63	51,6%
Zeitliche Investitionen	57	46,7%
Forschung	54	44,3%
Stressresistenz	54	44,3%
Entschluss- und Durchsetzungskraft	53	43,4%
Teamgeist	46	37,7%
Networking	43	35,2%
Diplomatische Fähigkeit	41	33,6%

Ehrgeiz	34	27,9%
Delegationsfähigkeit	33	27,0%
Glück	32	26,2%
Vorteile durch persönliche Bekanntschaften	16	13,1%
Verzicht auf Konfrontation	5	4,1%

Fehlend: 16

Die drei am häufigsten genannten Eigenschaften, welche von mehr als der Hälfte der Teilnehmer aus den Multiple Choice Antworten gewählt wurden, lauten Fachwissen (79,5 %) und medizinische Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit (54,1 %) und Ausdauer und Hartnäckigkeit (51,6 %). Als weniger entscheidend wurde die Fähigkeit des Verzichts auf Konfrontation (4,1 %), die Vorteile durch persönliche Bekanntschaften (13,1 %) sowie Glück (26,2 %) angesehen. Die Bewertung dieser Eigenschaften ist entlang der klinischen Positionen sehr homogen, weswegen von einer Darstellung der Antworten in Abhängigkeit zur klinischen Position abgesehen wird.

Bei der Frage inwieweit sich die Teilnehmer einen Chefarztposten für die eigene Person vorstellen bzw. zutrauen können, gibt es mit über zwei Drittel eine große Anzahl an Teilnehmern, die sich einer solchen Aufgabe annehmen würden. Genauere Ergebnisse, welche mithilfe einer Skala von 0-6 erhoben wurden, finden sich in Abbildung 24. Wichtig hierbei ist anzumerken, dass das Minimum 0 für „Traue ich mir nicht zu“ und das Maximum 6 für „Traue ich mir zu“ codiert sind.

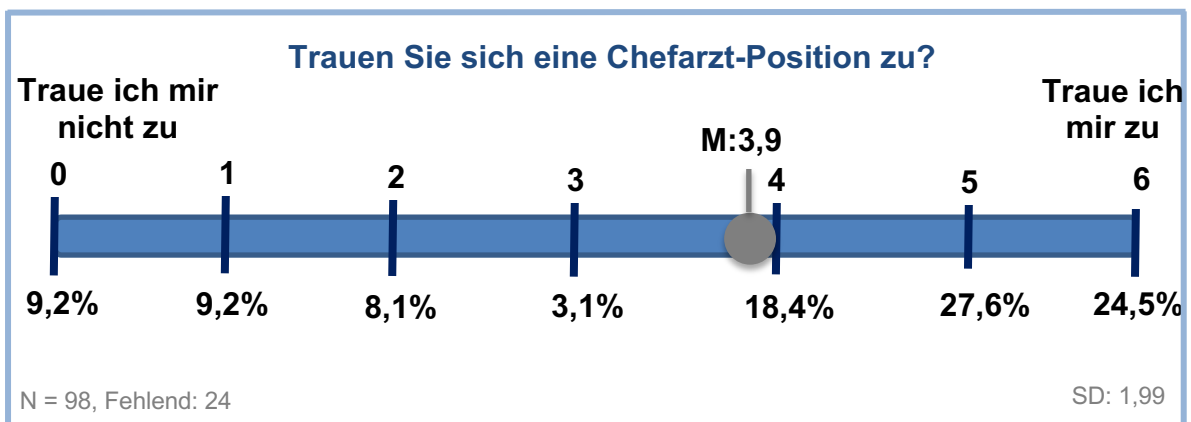


Abbildung 24: Ausgewählte Skalenbereiche nach der Frage inwieweit sich die Teilnehmer eine Chefarzt-Position zutrauen

Wie Abbildung 24 darstellt, sind deutlich mehr als die Hälfte der Kinderkardiologen, welche die Frage beantwortet haben, der Meinung, sie seien für eine Chefarztposition geeignet und trauen sich diese höchste klinische Position zu. 70,5 % der Befragten geben auf der Likert Skala einen Wert >3 an. Dadurch liegt der Mittelwert bei 3,9 Punkten und der Median bei 5 Punkten.

Nun wird eine getrennte Betrachtung der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten angestrebt. Während der Mittelwert bei 83 Befragten in Vollzeitbeschäftigung 4,0 Punkte beträgt, so beläuft sich selbiger Wert bei 15 Teilzeitbeschäftigten auf 3,8 Punkte. Bereits auf den ersten Blick fällt auf, dass der Unterschied minimal ist und es auch viele Kinderkardiologen in Teilzeit gibt, die sich eine Chefarzt-Position zutrauen würden. Damit würde z.B. das Konzept des Jop-Sharings, welches bereits in Kapitel 3.2. vorgestellt wurde, in den Mittelpunkt rücken.

### ***Einfluss geschlechtsspezifischer Rollen***

Weitergehend bedarf auch die nächste Fragestellung einer guten Selbsteinschätzung sowie die Fähigkeit sich in andere Personen bzw. das andere Geschlecht hineinzusetzen. Bei der Frage „Sind Sie der Meinung, dass Ihre Karriereziele anders aussähen, wenn Sie weiblich wären?“ sind die Befragten zweigeteilt. Der Vergleich zeigt, dass 51,8 % mit „Nein“ antworten und somit den Gedanken verfolgen einen ähnlichen Karriereweg einzuschlagen. Demgegenüber stehen 48,1 %, die diese Frage bejahen und ihre Karriere als Frau beeinflusst sähen.

Die darauffolgende Multiple Choice Frage beleuchtet die Einflüsse bzw. Konsequenzen näher. In der folgenden Tabelle 17 sind die vorgegebenen Antworten mit Häufigkeiten aufgelistet.

**Tabelle 17****Einfluss anderes Geschlecht auf den eigenen Karriereweg**

Konsequenzen	N = 52	%
Weniger Zeit in der Klinik, da mein Fokus stärker auf Kinderbetreuung liegen würde	40	32,8%
Späteres Erreichen von Karrierezielen (Facharzt-Qualifikation etc.)	28	23%
Andere Schwerpunktsetzung in der Berufsausübung	22	18%
Schlechtere Karrierechancen	16	13,1%
Weniger Zeit in der Klinik, da ich mehr Zeit für häusliche Pflichten aufwenden müsste	13	10,7%
Weniger Forschung	10	8,2%
Sonstiges	4	3,3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere Grundvoraussetzungen</li> <li>- Mehr Fokus auf sozialem Engagement</li> <li>- Nicht vorhersehbar („Kaffeersatzleserei“)</li> <li>- Freie Berufs- und Lebensplanung ohne Quoten</li> </ul>		

Fehlend: 66

Die am häufigsten gewählte Antwort, bezogen auf die Vorstellung einer Karriere als Frau, bezieht sich auf fehlende zeitliche Ressourcen aufgrund einer verstärkten Fokussierung auf die Kinderbetreuung (32,8 %). Somit sehen ca. ein Drittel der Kinderkardiologen, die ihren Karriereweg durch ein anderes Geschlecht beeinflusst sähen, die Kinderbetreuung als größten differierenden Faktor zwischen den Karrieren von Männern und Frauen.

Ob bestimmte Fachbereiche bzw. Fähigkeiten einem bestimmten Geschlecht zugeordnet werden können, ist Gegenstand der darauffolgenden Frage. Dieses wurde mittels eines Skalenreglers, welcher an den Enden „Frau“ und „Mann“ sowie in der Mitte „Egal“ als Titel hatte, realisiert, wobei dem Item „Frau“ die Zahl 1 zugeordnet wurde und dem Item „Mann“ die Zahl 5. Jene Resultate daraus befinden sich in Abbildung 25 aufgelistet.

## Häufigkeiten geschlechtsspezifische Fähigkeiten

N = 107,  
Fehlend:11

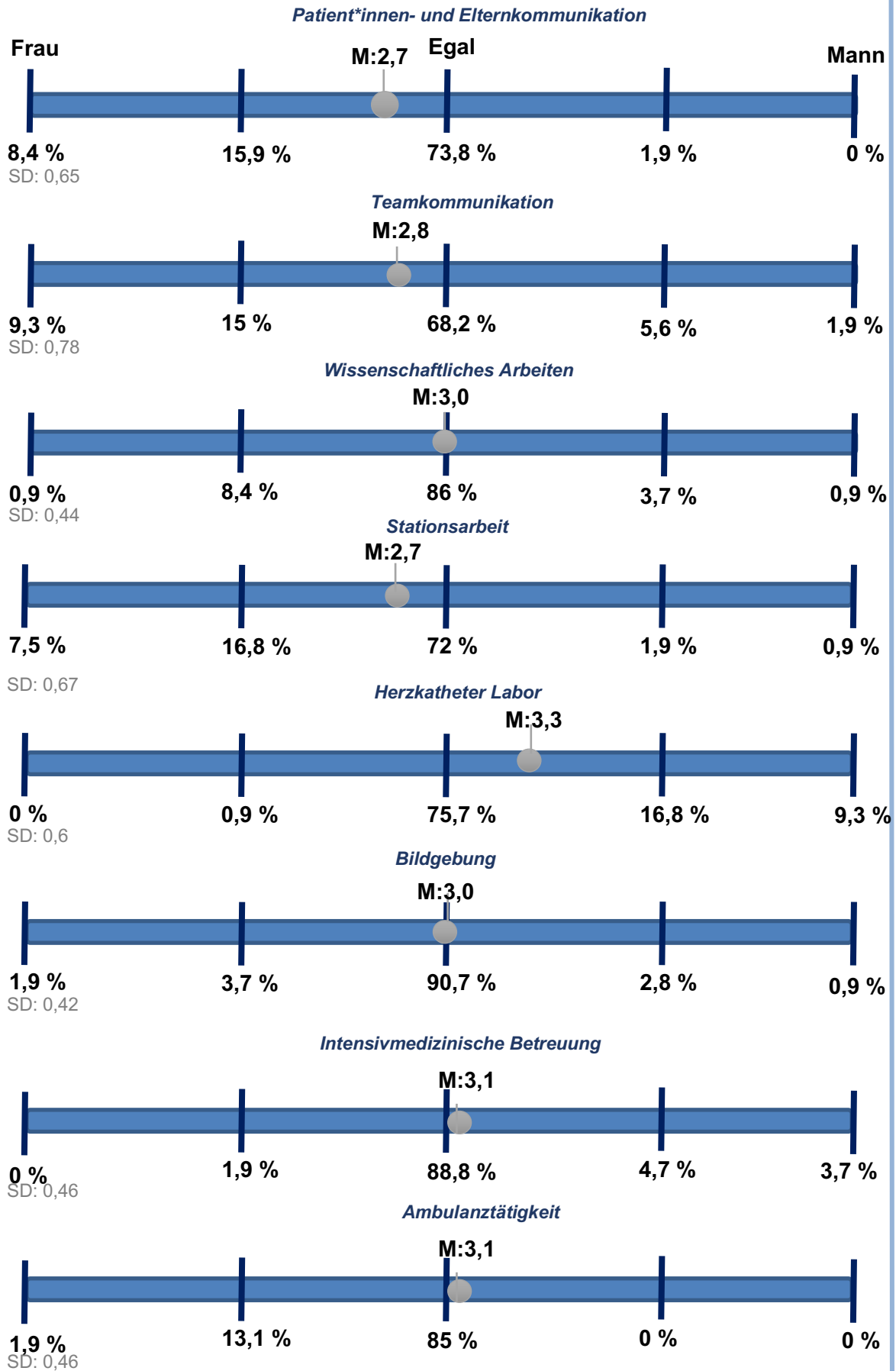


Abbildung 25: Ausgewählte Skalenbereiche der Häufigkeiten für geschlechtsspezifische Fähigkeiten

Anhand der jeweiligen Mittelwerte der verschiedenen Antworten werden gewisse Tendenzen sichtbar. Die Antwort, welche den größten Ausschlag vom Mittel „Egal“ aufweist, ist die „Patient\*innen- und Elternkommunikation“. Daraus lässt sich lesen, dass diese Fähigkeit, laut der befragten Kinderkardiologen, tendenziell von Frauen besser ausgeführt wird, als von Männern. Weitere Antwortmöglichkeiten mit leichten Tendenzen in Richtung „Frauen führen die Tätigkeit besser aus“ sind „Stationsarbeit“ „Teamkommunikation“ und „Ambulanztätigkeit“. In die andere Richtung, das heißt von Männern subjektiv kompetenter durchgeführte Tätigkeiten, wurden die Möglichkeiten „Herzkatheterlabor“ und „Intensivmedizinische Betreuung“ gewählt. Anhand von Abbildung 25 ist jedoch sichtbar, dass es sich überwiegend um leichte Tendenzen der Befragten handelt. Somit haben die befragten Kinderkardiologen im Durchschnitt keine starke Meinung dazu, welche Tätigkeiten bzw. ob gewisse Aktivitäten von Frauen oder Männern kompetenter ausgeführt werden.

Einen ähnlichen Hintergrund hat die Frage, ob gewisse Attribute, auch genannt Soft Skills, einem bestimmten Geschlecht zugeordnet werden können. Die Häufigkeiten, welche sich hier ergeben, zeigen deutlichere Tendenzen im Vergleich mit den vorherig vorgestellten Tätigkeitsfeldern, wie Abbildung 26 entnommen werden können.

## Geschlechtsspezifische Zuordnung Soft Skills

N = 107,  
Fehlend:11

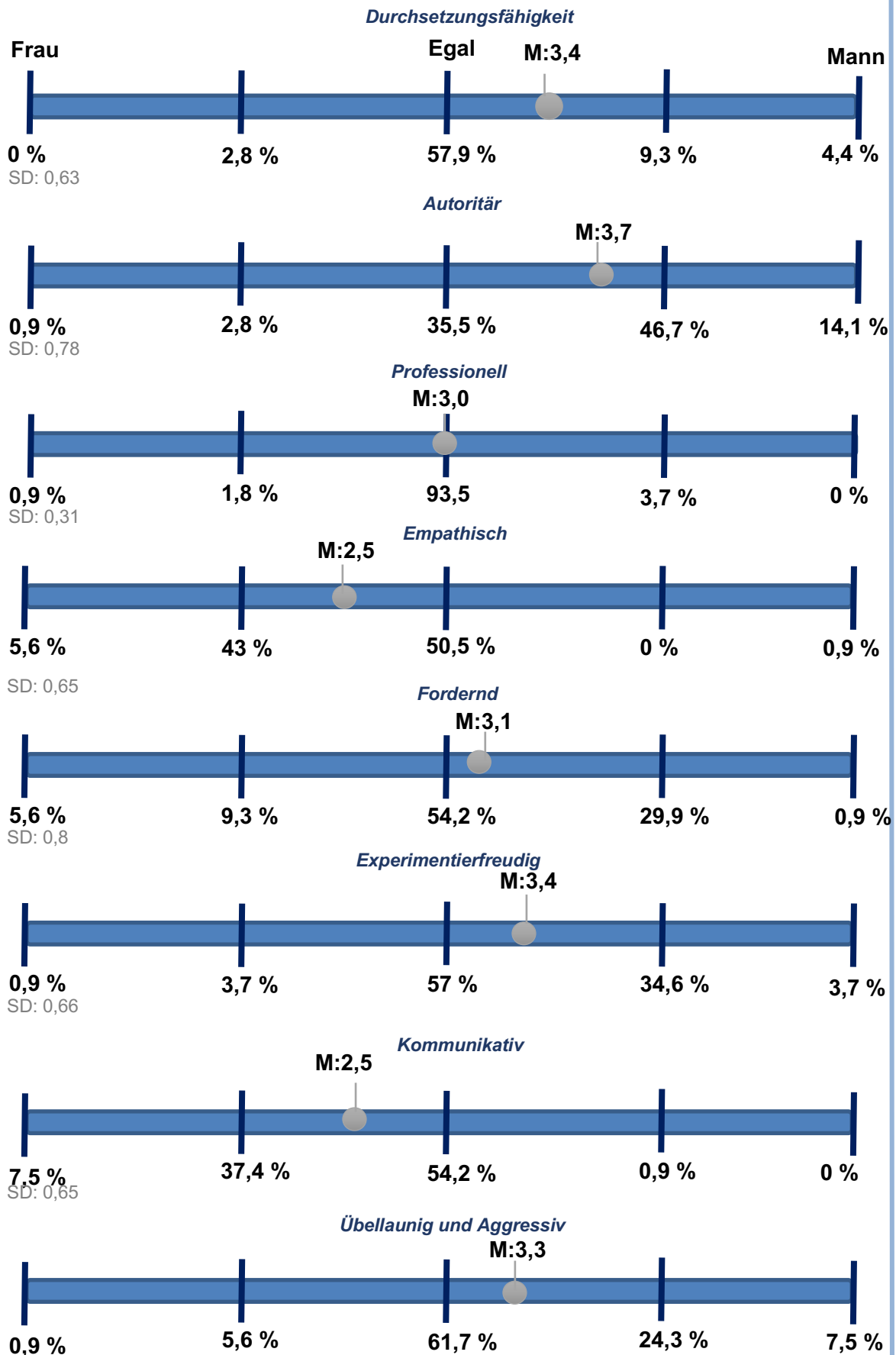


Abbildung 26: Skalenbereiche der Häufigkeiten für geschlechtsspezifische Zuordnung ausgewählter Soft Skills

Vorab bedarf es der erneuten Erläuterung zu den Codierungen der Skala. Während die Zahl 1 für „Frau“ bzw. das Attribut wird dem weiblichen Geschlecht zugeordnet steht, bedeutet die Zahl 5, dass das männliche Geschlecht mit den gelisteten Charakteristika verbunden wird. Werden nun die Abbildungen 25 und 26 betrachtet, so fällt auf, dass nur ein Attribut der Aufgelisteten beiden Geschlechtern gleichermaßen von den Teilnehmern zugeordnet wird. Dieses kann auch anhand des Mittelwerts 3 Punkte auf der Likert Skala abgelesen werden. Es handelt sich hierbei um die äußerliche Wahrnehmung von „Professionell“ sein. Ähnlich ausgeglichen präsentiert sich das Attribut „Fordernd“ mit M: 3,1. Dagegen werden die Eigenschaften „Übellaunig und aggressiv“, „Durchsetzungsfähigkeit“, „Experimentierfreudig“ und „Autoritär“ tendenziell dem männlichen Geschlecht zugeschrieben. Während es sich bei übellaunig und aggressiv um negativ konnotierte Verhaltensweisen handelt, sind die darauffolgenden drei Charakteristiken positive Eigenschaften, welche einen Kinderkardiologen im beruflichen Alltag und auf ihrem Karriereweg eine hohe Position verschaffen könnten. Insbesondere das Wort „Autoritär“ wurde mit dem männlichen Geschlecht verbunden und nur von einer Minderheit von vier Personen eher Frauen zugeschrieben. Gegensätzlich dazu verhalten sich die Ergebnisse zu den Attributen „Empathisch“ und „Kommunikativ“.

### ***Innere vs. äußere Einflussfaktoren auf den Karriereweg***

Im nächsten Schritt wurden Statements zur Beurteilung der eigenen Handlungsfähigkeit mit einer Skala versehen, denen die Teilnehmer entweder zustimmen oder diese ablehnen konnten. Mit Handlungsfähigkeit ist hierbei gemeint, dass erörtert werden soll inwieweit die teilnehmenden Kinderkardiologen extrinsisch oder intrinsisch gesteuert auf ihre Karriere blicken. Die Aussagen zu dieser Thematik inklusive der im Fragebogen erhobenen Häufigkeiten finden sich in Tabelle 18.

**Tabelle 18**

**Häufigkeiten der Skala inwiefern der eigene Karriereweg intrinsisch vs. extrinsisch gesteuert ist**

Handlungsfähigkeit	N=101-106				
	Trifft voll zu		Trifft nicht zu		
Wenn ich genug leiste, werde ich auch Karriere machen können <i>M: 2,1 SD: 0,82</i>	25	55	19	7	0
	23,6%	51,9%	9,4%	6,6%	0%
Meine berufliche Karriere ist aufgrund meines Geschlechtes schlecht planbar <i>M: 4,8 SD: 0,49</i>	0	0	3	17	81
	0%	0%	3%	16,8%	80,2%
Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da dieser von externen Faktoren bestimmt ist <i>M: 3 SD: 1,17</i>	8	32	28	22	14
	7,7%	30,8%	26,9%	21,2%	13,5%
Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da hier viele persönliche Kontakte eine Rolle spielen <i>M: 3,3 SD: 1,21</i>	6	25	26	24	20
	5,9%	24,8%	25,7%	23,8%	19,8%

Fehlend: 12-17

Von den insgesamt vier Aussagen, wurde das Statement „Meine berufliche Karriere ist aufgrund meines Geschlechts schlecht planbar“ am stärksten abgelehnt. 97% beantworten diesen Teil der Frage entweder mit „Trifft überhaupt nicht zu“ bzw. mit trifft eher nicht zu. Daher scheint der Faktor männliches Geschlecht keinen Einfluss auf die Karriere der Teilnehmer zu haben. Unentschlossener zeigen sich die Befragten bei den Statements „Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da hier viele persönliche Kontakte eine Rolle spielen“ und „Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da dieser von vielen externen Faktoren bestimmt ist“. Hierbei liegen die Mittelwerte mittig auf der visuellen Likert-Skala. Die einzige Aussage, die auf Zustimmung bei den Kinderkardiologen trifft, bezieht sich auf die Selbstbestimmung durch eigene Leistungen und dass diese gleichzustellen sind mit beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten.

### ***Einflüsse auf Karriereplanung***

Erneut wurden den Teilnehmern in der nächsten Fragestellung Aussagen geboten, welche sie in diesem Fall jedoch per Multiple-Choice auswählen konnten, sollten sie zustimmen. Die Aussagen drehten sich vor allem um die Karriereplanung und Faktoren, welche auf diese einwirken. Die Antwortmöglichkeit „Ich habe/werde meine Karriereplanung aufgrund der Familie angepasst/anpassen“ wurde aus den gebotenen Statements am öftesten gewählt (41,8 %). Es scheint somit als wäre der Faktor Familie und weitergehend familiäre Verpflichtungen einer der einflussreichsten bei der beruflichen Orientierung. Dieses ist auch erkennbar anhand der Aussagen „Ich habe einen Jobwechsel nicht angenommen, um keine räumliche Trennung von meiner Familie zu erzeugen“ (28 %) und „Ich habe auf einen Umzug verzichtet, um meine Familie nicht aus ihrem gewohnten Umfeld zu reißen“ (23 %). Während ihrer Weiterbildung haben 15,6 % eine Pause aufgrund familiärer Ursachen eingelegt. Demgegenüber geben 29,5 % an, dass bei Ihnen die Organisation von Familie und Karriere gut funktioniert habe. Es gibt einen nicht unbedeutenden Anteil an Ärzten (9,8 %), die ihre Weiterbildung bzw. den gewählten Fachbereich auf Grundlage der Familienvereinbarkeit gewählt haben.

Zukünftige Ambitionen, sich auf eine höhere Position bewerben zu wollen, haben 36,9 %. Dagegen haben sich 7,4 % bereits auf eine höhere Position beworben, wurden jedoch in der engeren Auswahl nicht berücksichtigt. In dem freien Textfeld, welches sich bei der Wahl der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ öffnet, kamen Antworten hinsichtlich der Unmöglichkeit des Planens von Karriere und dass dieses kein Ziel sein sollte, sondern ein positives Extra im beruflichen Alltag und der Patientenversorgung. Außerdem gab ein Arzt an, dass er seinen Karriereweg nur gehen konnte, weil seine Partnerin beruflich zurücktrat, um die gemeinsamen Kinder zu versorgen.

### 3.7. Spezielle kinder-kardiologische Möglichkeiten

*In der Kinderkardiologie gibt es bei der Zuteilung der Subdisziplinen bzw. Rotationen während der Weiterbildung Präferenzen auf Basis des Geschlechts.*

Für die Untersuchung dieser Hypothese werden die Befragten zunächst direkt nach der Ursache für den geringen Frauenanteil in Führungspositionen in der Kinderkardiologie gefragt. Hierfür wurden Multiple Choice Antworten geboten, sowie ein freies Textfeld unter dem Reiter „Sonstiges“. Im nächsten Schritt wird sich in zwei separaten Fragen nach der bevorzugten Zuteilung von Männern bzw. Frauen in bestimmten Subdisziplinen der Kinderkardiologie erkundigt. So soll herausgefunden werden, ob die teilnehmenden Kinderkardiologen eine Bevorzugung bzw. Benachteiligung innerhalb der Rotationsstationen detektieren können. Dann folgen Fragen zu den aktuellen Kriterien nach denen Führungspositionen in der Kinderkardiologie vergeben werden bzw. vergeben werden sollten. Dieser Abschnitt wird mit einem Meinungsbild zur Einführung einer geschlechtsspezifischen Quote in der Medizin geschlossen.

Begonnen wird nun mit der Ursachensuche für den geringen Anteil an Frauen in Führungspositionen mit dem Fokus im Fach der Kinderkardiologie. Wie bereits erwähnt, wurde hierfür eine Multiple-Choice Frage erstellt, in welcher unvermittelt nach der Meinung der Kinderkardiologen zu dieser zentralen Thematik gefragt wird. An dieser Stelle ist die Wichtigkeit dieser Frage zu betonen, da sie am direktesten die Forschungsfrage an die befragten Kinderkardiologen richtet. Die Ergebnisse daraus befinden sich in Tabelle 19.

**Tabelle 19**

**Ursachen für geringen Frauenanteil in Führungspositionen der Kinderkardiologie**

<b>Ursachensuche</b>	<b>N = 108</b>	<b>%</b>
Frauen verzichten aus familiären Gründen auf eine eigene Karriere	81	68,6%
K.O.-Kriterium Teilzeitarbeit	69	58,5%
K.O.-Kriterium Babyzeit	49	41,5%
Frauen verzichten zugunsten des Partners/der Partnerin auf eine eigene Karriere	47	38,5%
Lange Arbeitszeiten und Engagement zum Erreichen einer Führungsposition	37	30,3%
Frauen haben seltener Führungsambitionen	34	27,9%
Frauen wollen ihr Privatleben nicht zugunsten der Karriere opfern	34	27,9%
Frauen haben andere Prioritäten als nur die berufliche Karriere	31	25,4%
Bevorzugung von männlichen Bewerbern für klinische Führungspositionen	30	24,6%
Fehlendes Selbstvertrauen von Frauen	27	22,1%
Fehlende weibliche Vorbilder und Mentorinnen	26	21,3%
Fehlende Unterstützung durch z.B. aufstiegsorientierte Weiterbildungen	18	14,8%
Frauen wollen weniger Verantwortung übernehmen	12	9,8%
Aktive Benachteiligung von Frauen	10	8,2%
Männern ist das Verfolgen von Karrierezielen inklusive Forschung wichtiger als der direkte Patient*innenkontakt	9	7,4%
Der Druck zur Publikation wissenschaftlicher Beiträge ist zu hoch	7	5,7%
Zu viel Konkurrenz	7	5,7%
Sonstiges	7	5,7%
Fehlende Eignung von Frauen für Führungspositionen	3	2,5%
Frauen wollen zu wenig Konfliktbereitschaft zeigen	2	1,6%

Fehlend: 10

Auffallend ist, dass die ersten drei bzw. vier Ursachen, die von den Kinderkardiologen ausgemacht werden, familien- bzw. partnerbezogen sind. Ansonsten wird von den Teilnehmern eher angenommen, dass Frauen sich bewusst gegen eine Führungsposition und für andere Interessen entscheiden. Aspekte wie „zu viel Konkurrenz“, „aktive Benachteiligung“ oder fehlende Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen und keine Konfliktbereitschaft zeigen, werden nur von wenigen in Betracht gezogen.

### ***Bevorzugung von Männern in kinderkardiologischen Fachbereichen***

Im nächsten Schritt wird die Frage gestellt, ob in bestimmten Fachbereichen bzw. Subdisziplinen der Kinderkardiologie bevorzugt Männer eingesetzt werden. 64,8 % sind der Meinung, dass es keine Bevorzugung von Männern bei der Zuteilung von Rotationen etc. gibt.

Auch die Antworten „Echokardiographie“, „Ambulanz“, „Spiroergometrie“ und „Bildgebung“ werden von keinem der Befragten ausgewählt. Dahingegen beobachten 18,9 % der Kinderkardiologen eine Präferenz für männliche Ärzte bei der Arbeit im Herzkatheter-Labor. Für chirurgische Tätigkeiten werden demnach Männer bevorzugt. Auch in der Intensivmedizin werden laut einigen Befragten (7,4 %) bevorzugt Kinderkardiologen eingesetzt, als Kinderkardiologinnen. Ebenso gibt es eine Minderheit, die dieses „Beim Erlernen von invasiven Intensivtechniken“ (6,6 %) und „In der Rhythmologie und Elektrophysiologie“ (4,9 %) sowie „Bei der Vergabe von Forschungsprojekten“ (2,5 %) beobachten. Das Feld „Sonstiges“ wird von zwei Personen genutzt, um einerseits die Vorteile von Männern bei „der Vergabe längerer/besserer Arbeitsverträge“ aufzudecken und andererseits die Chefärzte in die Pflicht zu nehmen falls es jegliche Bevorzugungen gäbe.

### ***Bevorzugung von Frauen in kinderkardiologischen Fachbereichen***

Umgekehrt wurde die Frage auch für die Bevorzugung von Frauen anhand derselben Antwortmöglichkeiten formuliert. Hier war ein ähnlicher Anteil der Befragten (67,2 %) davon überzeugt, dass es keinerlei Bevorzugung bei der Verteilung von Rotationen aufgrund des Geschlechts gibt. Interessant ist jedoch, dass keine Bevorzugungen in bestimmten Fachbereichen ausgeschlossen werden können bzw. nicht gewählt wurden, wie zuvor bei den Männern beschrieben.

Dennoch bleiben die Anteile der Teilnehmer, die Bevorzugungen erkennen, je Subdisziplin gering.

Von 12,3 % wurde das Tätigkeitsfeld der Ambulanz ausgemacht, in welchem Frauen präferiert eingesetzt werden sollen. Weitergehend sind 5,7 % der Meinung, dass es in der allgemeinen Echokardiographie eine Bevorzugung von Ärztinnen gibt, sowie innerhalb der Spiroergometrie (3,3 %), in der Intensivmedizin (1,6 %), beim MRT (1,6 %) und bei der Vergabe von Forschungsprojekten (1,6 %). Auch im Bereich des Herzkatheter-Labors wurde von 1,6 % der Befragten Kinderkardiologen die Meinung geäußert Frauen würden bevorzugt angestellt.

Im freien Textfeld „Sonstiges“ wurde festgestellt, dass Kinderkardiologinnen häufiger unbeliebte Administrations-Jobs aufgetragen bekommen. Außerdem gibt es erneut eine Äußerung, dass der entscheidende Faktor für Bevorzugung nicht das Geschlecht, sondern vielmehr der Chefarzt sei. Es handelt sich bei allen nun beobachteten Bevorzugungen innerhalb der kinderardiologischen Fachabteilungen um geringe Anteile der Befragten, welche diese ausmachen konnten.

### ***Kriterien für die Vergabe von Führungspositionen***

Nun sollten die Probanden anhand einer Skala (1: Sehr wichtig – 5: Sehr unwichtig) angeben, nach welchen Kriterien momentan Führungspositionen in der Kinderkardiologie vergeben werden. Daraus resultierende Ergebnisse finden sich in der folgenden Tabelle 20.

**Tabelle 20****Aktuelle Kriterien für die Vergabe von Führungspositionen**

Vergabe Führungspositionen	N = 93-102				
	Sehr wichtig		Egal	Sehr unwichtig	
Wissenschaftliche Leistung <i>M: 1,9 SD: 0,92</i>	41 40,2%	39 38,2%	16 15,7%	5 4,9%	1 1%
Persönliche Beziehungen/ Netzwerk <i>M: 2,0 SD: 0,92</i>	31 31%	48 48%	14 14%	5 5%	2 2%
Klinische Leistung <i>M: 2,1 SD: 1,13</i>	32 31,7%	42 41,6%	12 11,9%	10 9,9%	5 5%
Expertise im Herzkatheter- Labor <i>M: 2,3 SD: 1,09</i>	27 26,7%	34 33,7%	28 27,7%	7 7%	5 5%
Intensivmedizinische Expertise <i>M: 2,6 SD: 1,01</i>	16 15,8%	31 30,7%	39 38,6%	11 10,9%	4 4%
Management-/Organisations- fähigkeiten <i>M: 2,8 SD: 1,13</i>	11 11,2%	36 36,7%	25 25,5%	18 18,4%	8 0,8%
Soft Skills, Kommunikation <i>M: 2,9 SD: 1,09</i>	9 9,1%	32 32,3%	28 28,3%	7 6,9%	5 5%
Expertise in der Bildgebung <i>M: 3,1 SD: 0,88</i>	2 2%	24 24,2%	46 46,5%	21 21,2%	6 6,1%
Geschlechtsspezifisch <i>M: 3,5 SD: 1,03</i>	0 0%	15 16,1%	38 40,9%	18 19,4%	22 23,7%

Fehlend: 16-25

Hierbei zeigt sich, dass die Kinderkardiologen, die an der Umfrage teilnahmen, die „wissenschaftliche Leistung“ als momentan wichtigsten Entscheidungsfaktor für die Vergabe von Führungspositionen ansehen. Auf dem zweiten Platz befinden sich bereits die „Persönlichen Beziehungen/Netzwerk“. Darauf folgt die „klinische Leistung“. Als weniger entscheidend ordneten die Teilnehmer den Faktor „Geschlechtsspezifisch“ ein. Jene Kategorien, welche sich im Mittelfeld der Rankings finden, können anhand von Tabelle 20 identifiziert werden.

Um diese Gedankengänge näher auszuführen, wurden in der nächsten Frage nahezu dieselben Antwortmöglichkeiten erneut geboten, damit die Befragten darstellen konnten, nach welchen Kriterien eine Vergabe von Führungspositionen in der Kinderkardiologie zukünftig ablaufen sollte. Die erhobenen Daten aus dieser Frage wurden in Tabelle 21 abgebildet.

**Tabelle 21**

**Wunsch nach zukünftigen Kriterien für die Vergabe von Führungspositionen**

Vergabe Führungspositionen	N=91-104				
	Sehr wichtig		Egal	Sehr unwichtig	
Klinische Leistung <i>M: 1,3 SD: 0,68</i>	76 73,1%	23 22,1%	3 2,9%	1 1%	1 1%
Soft Skills, Kommunikation <i>M: 1,7 SD: 0,87</i>	55 52,9%	34 32,7%	12 11,5%	1 1%	2 1,9%
Wissenschaftliche Leistung <i>M: 2,2 SD: 1,08</i>	32 30,8%	41 39,4%	18 17,3%	9 8,7%	4 3,8%
Expertise im Herzkatheter- Labor <i>M: 2,5 SD: 0,94</i>	15 14,7%	38 37,3%	38 37,3%	8 7,8%	3 2,9%
Expertise in der Bildgebung <i>M: 2,6 SD: 0,83</i>	25 2%	49 24,2%	27 46,5%	2 1,9%	1 1%
Persönliche Beziehungen/ Netzwerk <i>M: 3,1 SD: 1,24</i>	12 12,1%	19 19,2%	35 35,4%	16 16,2%	17 17,2%
Intensivmedizinische Expertise <i>M: 3,5 SD: 1,03</i>	16 15,4%	31 29,8%	39 37,5%	2 10,9%	1 4%
Einführung einer Frauen- quote <i>M: 3,9 SD: 1,22</i>	4 4,4%	8 8,8%	24 26,4%	13 14,3%	42 46,2%

Fehlend: 14-27

Am ehesten abgelehnt wird die „Einführung einer Frauenquote“ mit nur 12 von 130 Personen, die diese befürworten. Auch „Persönliche Beziehungen/Netzwerk“ sollten laut der Befragten keine entscheidende Rolle bei einer Beförderung spielen. Dahingegen stellen die Kinderkardiologen in ihren Ideal-Vorstellungen die

„Klinische Leistung“ deutlich auf den ersten Platz der wichtigsten Kriterien bei der Vergabe von Führungspositionen. Dahinter folgen Soft Skills und Kommunikation.

### Quotenregelungen

Um diesen Abschnitt zu schließen, wurde eine Frage zur Einführung von Quoten in der Medizin gestellt. Dabei handelt es sich neben einer Frauenquote unter anderem auch um eine Männerquote im Medizinstudium. Je Frage entschieden sich jeweils 2-3 Teilnehmer keine Angaben zu machen und wählten somit die Option k.A. Die sonstigen Skalenbereiche stellten sich in Form von 1: Trifft voll zu – 5: Trifft nicht zu dar. Diese wurden aus Tabelle 22, welche die Ergebnisse auflistet, exkludiert.

**Tabelle 22**

#### Einführung von Quotenregelungen

Quotenregelungen	N = 99-100				
	Trifft voll zu		Trifft nicht zu		
Männer und Frauen haben im klinischen Alltag die gleichen Chancen eine kinder-kardiologische Führungsposition zu erlangen <i>M: 2,9 SD: 1,22</i>	13 13,1%	29 29,3%	18 18,2%	30 30,3%	9 9,1%
Eine Männerquote im Medizinstudium ist sinnvoll, da derzeit mehr als 2/3 der Studierenden weiblich sind <i>M: 4 SD: 1,18</i>	4 4%	9 9%	16 16%	22 22%	49 49%
Eine Frauenquote für Führungskräfte in der Universität und Forschung fände ich sinnvoll <i>M: 3,7 SD: 1,25</i>	3 3%	19 19%	19 19%	19 19%	40 40%
Eine Frauenquote für Führungskräfte in der Kinderkardiologie fände ich sinnvoll <i>M: 3,8 SD: 1,20</i>	3 3%	16 16%	20 20%	23 23%	38 38%
Ich empfinde die Diskussion um eine Frauenquote als störend <i>M: 3,3 SD: 1,59</i>	22 22%	14 14%	12 12%	17 17%	35 35%

Fehlend: 18-19

Aus der vorliegenden tabellarischen Übersicht der Ergebnisse zur Einführung von Quotenregelungen kann entnommen werden, dass eine Männerquote im

Medizinstudium von den Teilnehmern dieses Fragebogens überwiegend abgelehnt wird. Auch die Frauenquote für Führungskräfte in der Kinderkardiologie sowie in der gesamten Universitätslandschaft und Forschung wird tendenziell eher abgelehnt. Trotzdem erfährt die Aussage „Männer und Frauen haben im klinischen Alltag die gleichen Chancen eine kinder-kardiologische Führungsposition zu erlangen“ keinen großen Zuspruch mit einem Mittelwert von ca. 2,9. Es gibt auch einen Teil der Kinderkardiologen, die Angaben machten, die Diskussion um eine Frauenquote als störend zu empfinden. Die Idee der Einführung jeglicher festgelegter Quotenregelungen stößt somit auf wenig Anklang bei den teilnehmenden Kinderkardiologen.

### **3.8. Vereinbarkeit von Karriere und Familie**

*Wenn Mediziner\*innen familiäre Caretätigkeiten verüben, dann korreliert dieses negativ mit der zeitlichen Verfügbarkeit für Weiterbildung, Forschung und somit auch mit der Vergabe von Führungspositionen.*

Anknüpfend an vorherige Erkenntnisse, welche zeitliche Gebundenheit aufgrund familiärer Pflichten aufzeigten, hat diese Hypothese jene Verpflichtungen im Fokus. Zunächst einmal werden die aktuellen Lebenssituationen der teilnehmenden Kinderkardiologen und die darauf basierenden Konsequenzen wie Elternzeit oder Teilzeit erhoben. Als Erstes wird erörtert ob sich daraus ein sogenannter „Karrierecut“ ergab und das zeitliche Ausmaß dieser beruflichen Auszeit. Mittels Fragen nach beispielsweise der Kinderbetreuung oder der Haushaltsführung soll die zeitliche Gebundenheit der Kinderkardiologen, welche nicht in den beruflichen Erfolg investiert werden kann, näher ergründet werden. Tiefergehend wird auch gefragt inwiefern die Planung der eigenen Karriere mit der Familienplanung bereits kollidiert ist.

Die Lebensform sowie Anzahl und Alter der Kinder, die im eigenen Haushalt leben, wurden bereits in Abschnitt 3.1.4. dieser Arbeit dargestellt. Daher werden nun zunächst die Ergebnisse der Frage nach einem „Karrierecut“, also einer Unterbrechung der beruflichen Laufbahn, und den Gründen für diesen vorgestellt. Wie Abbildung 27 entnommen werden kann, hatten ca. 77,8 % der Befragten keine längerfristige Unterbrechung ihres Karriereweges. Die Ursachen für die

Karrierecuts, welche stattgefunden haben, sind Grafik 27 zu entnehmen. Unter „Sonstiges“ wurden Angaben gemacht wie „Auszeit“, „um Deutsch zu lernen“, „kurzzeitige Arbeitslosigkeit“ und „Klinische Forschung mit Auslandsaufenthalt“.

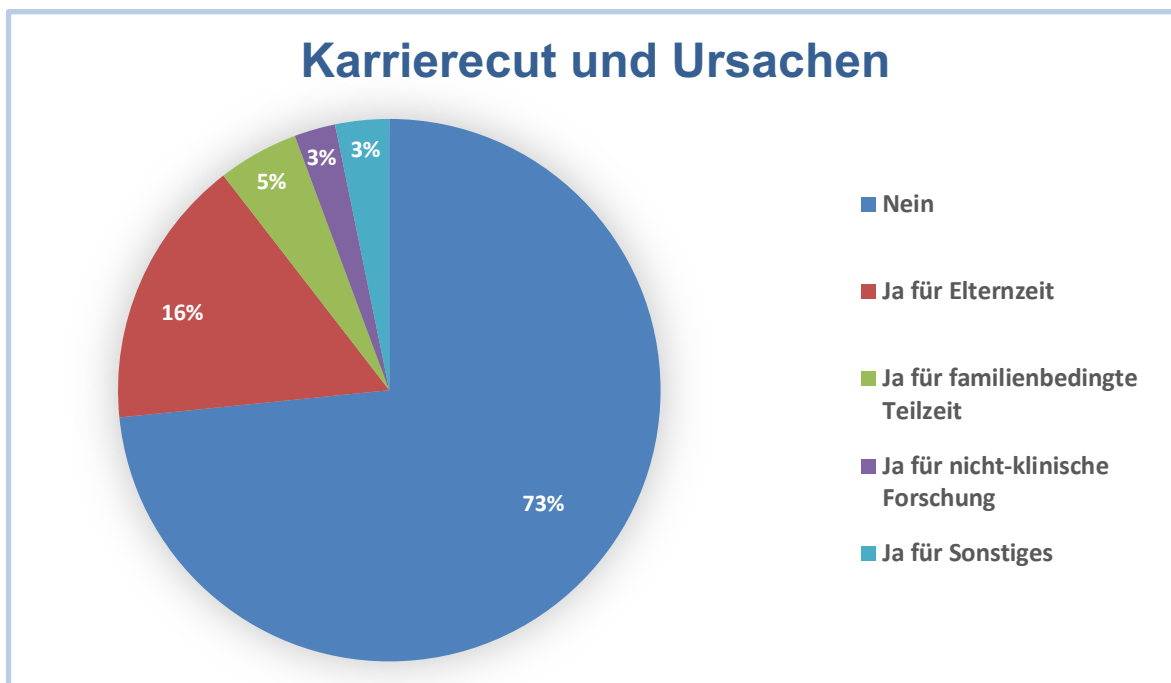


Abbildung 27: Prozentuale Anteile der Kinderkardiologen mit Karriereunterbrechung und ihre Ursachen

Die Dauer der jeweiligen Unterbrechungen differiert von einem Monat bis knapp über drei Jahren. Der überwiegende Anteil jedoch begrenzte seine Auszeit auf maximal 12 Monate. Im Mittel nahmen sich die Befragten eine Auszeit von 9,5 Monaten unabhängig der Begründung.

Betrachtet man nun das zeitliche Ausmaß der Auszeiten aufgrund von Elternzeit, so ist die minimale Dauer einen Monat und die maximale Dauer 20 Monate. Im Durchschnitt nahmen die Teilnehmer der Umfrage, die Elternzeit nahmen, eine berufliche Auszeit von fast drei Monaten. Die familienbedingte Teilzeit hingegen wies eine Spanne von drei bis 18 Monaten auf.

An dieser Stelle beinhaltet der Fragebogen eine Skala (von 0: Trifft überhaupt nicht zu bis 6: Trifft voll zu), zur Bewertung der Aussage „Ich glaube durch Elternzeit/familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich langfristig die Aufstiegschancen“. Dieses dient auch der Einschätzung ob die Gefahr eines Karrierenachteils junge Väter eventuell davon abhält Elternzeit zu nehmen.

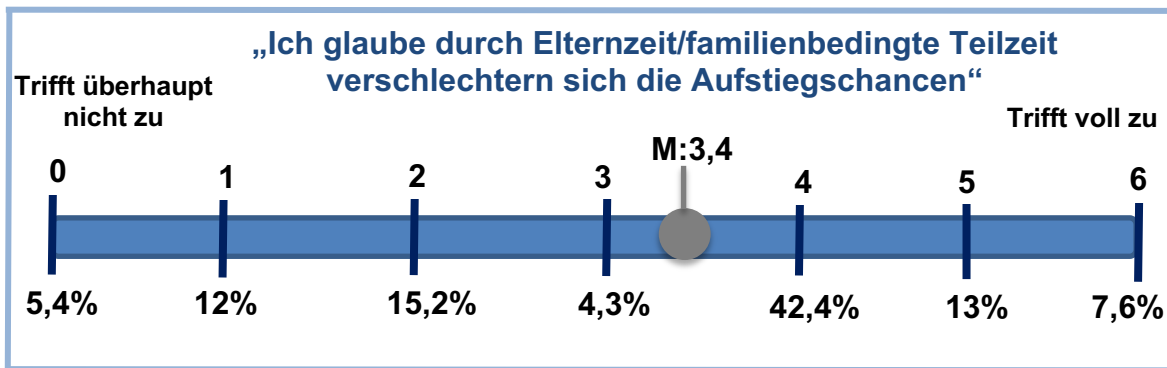


Abbildung 28 Ausgewählte Skalenbereiche zur Bewertung der Aussage: „Ich glaube durch Elternzeit/familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich langfristig die Aufstiegschancen“

Anhand von Abbildung 28 wird ersichtlich, dass viele der Kinderkardiologen die Ansicht teilen, dass eine familiäre Auszeit die beruflichen Aufstiegschancen behindert. Wirft man einen Blick auf jene Kinderkardiologinnen, welche eine Familie gründen wollen und eine Auszeit aufgrund einer Schwangerschaft nehmen müssen, so würde diese Vermutung bedeuten, dass sie automatisch einen Nachteil auf ihrem Karriereweg haben.

Erneut wird eine gesonderte Betrachtung der Antworten der Chefärzte angestrebt. Dieser Blick gibt Aufschluss darüber, dass eben jene Führungspersonen am stärksten der Meinung sind (M: 3,9), dass Elternzeit bzw. Teilzeit aus familiären Gründen ein Hindernis für einen Aufstieg der Karriereleiter kreiert. Es zeigen sich somit Hinweise darauf, dass die Entscheider über Beförderungen voreingenommen sind. Ein Mann-Whitney-U-Test ( $U=244.500$ ,  $p=0,2$ ) zeigt jedoch nur eine geringe Effektstärke nach Cohen (0,13) hinsichtlich der Tendenz ob Elternzeit/familienbedingte Teilzeit die Karrierechancen verschlechtert im Vergleich der Chefärzte und den übrigen Teilnehmern.

**Tabelle 23****Teststatistiken zur Aussage Ausbleibende Beförderung von Frauen**

<b>Teststatistiken</b>	Ich glaube durch Elternzeit/familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich langfristig die Aufstiegschancen		
	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
Chefärzte	8	3,9	1,6
Übrige Teilnehmer	82	3,3	1,6
<hr/>			
Mann-Whitney-U-Test		244.500	
Z		-1,233	
Asymp. Signifikanz		0,218	

Um im nächsten Schritt die aktuelle Lebenssituation und die Abhängigkeiten der Kinderkardiologen zu ergründen, wird erörtert wer der Hauptverdiener im Haushalt ist und die Ergebnisse in Tabelle 24 präsentiert.

**Tabelle 24****Hauptverdiener im Haushalt**

<b>Hauptverdiener</b>	<b>N = 103</b>	<b>%</b>
Ich bin Alleinverdiener (Single oder Partnerschaft)	21	20,4%
Ich verdiene mehr als mein*e Partner*in	64	62,1%
Mein*e Partner*in verdient mehr als ich	5	4,8%
Wir verdienen ungefähr gleich viel	12	11,7%
Keine Angaben	1	1%

Fehlend: 15

Der größte Anteil der Befragten (ca. 62,1 %) ist somit Hauptverdiener in geteilten Haushalten, da sie mehr verdienen als ihre Partner\*innen. Einen ähnlichen Verdienst wie ihre Partner\*innen erhalten weniger als 12 % der Teilnehmer.

Dass die befragten Kinderkardiologen ihre Zeit stärker in den beruflichen Erfolg investieren, als ihr\*e Partner\*in wird auch anhand der Befragung zur Haushaltsführung unterstrichen. Nur 8,8 % der Teilnehmer geben an, den größeren Teil des Haushaltes zu managen. Gerade einmal 3,5 % teilen den Haushalt gleichermaßen mit ihrer Partnerin/ihrem Partner auf. Daraus ergibt sich, dass 87,7 % die täglich anfallenden häuslichen Aufgaben eher oder gesamthaft den restlichen Familienmitgliedern überlassen.

Wie sich die Organisation der Kinderbetreuung darstellt, wird im Folgenden näher untersucht. Vorweg muss betont werden, dass ein Anteil von 20,5 % keine Kinder besitzt und daher in dieser Frage nicht berücksichtigt wurden. Eine Mehrfachnennung war möglich.

**Tabelle 25**

<b>Kinderbetreuung</b>	<b>N = 112</b>	<b>%</b>
Ich betreue/betreute hauptsächlich die Kinder	2	1,6%
Ich kann mir vorstellen meine Karriere (nochmals) für meine Familie zu unterbrechen	42	34,4%
Mein*e Partner*in betreut/betreute hauptsächlich die Kinder	55	45,1%
Mein*e Partner*in hat Elternzeit genommen	50	41%
Mein*e Partner*in und ich betreuen/betreuten die Kinder im gleichen Ausmaß	10	8,2%
Die Kinder werden/wurden von den Großeltern betreut	6	4,9%
Ich/Wir haben/hatten eine private Kinderbetreuung zu Hause	10	8,2%
Die Kinder werden/wurden in der betrieblichen Kinderbetreuung versorgt	2	1,6%
Die Kinder werden/wurden durch Kita oder Ganztagsbetreuung im Kindergarten/Schulen versorgt	35	28,7%

Fehlend: 6

Weitergehend wurde im Anschluss gefragt, ob die Familienplanung Einfluss auf die Karriereplanung hatte. 40,2 % der Teilnehmer verneinten dieses. Die am häufigsten gewählte Konsequenz, welche von den Befragten dennoch ausgewählt wurde (20 %), ist die verspätete Qualifikation aufgrund des familiären Konzepts. Ein

Hindernis für eine Beförderung scheint die Familienplanung jedoch nur für eine geringe Anzahl an Ärzten sein (1,6 %). Im „Sonstiges“ Teil wurden zweifach die Ablehnung eines Ortswechsels genannt sowie eine veränderte Prioritäten-Staffelung nach Familiengründung und verpasster Beförderung bedingt durch mangelnde Forschungstätigkeit. Auch ein positives Beispiel von einem Kinderkardiologen, welcher seine Facharztausbildung früher komplettieren konnte, wurde mitgeteilt.

**Tabelle 26**

**Einfluss Familienplanung auf Karriereplanung**

<b>Einfluss Familienplanung</b>	<b>N = 90</b>	<b>%</b>
Meine Familienplanung hatte keine Auswirkungen auf meine Karriereplanung	49	54,4%
Durch die Familienplanung habe ich meine Qualifikation verspätet erhalten	18	20%
Ich kann/konnte nicht an wissenschaftlichen Projekten teilnehmen	10	11,1%
Ich habe meine Facharztausbildung nicht oder verspätet beendet	6	6,7%
Durch die Familienplanung habe ich eine Beförderung nicht erhalten	2	2,2%
Sonstiges	5	5,6%
- Durch mangelnde Forschung keine OA-Stelle		
- Facharzt früher gemacht		
- Prioritäten geändert		
- Ortsgebundenheit/Kein Wohnortwechsel (2x)		

Fehlend: 28

Umgekehrt wurde anschließend gefragt, inwiefern die Karriereplanung Einfluss auf die Familienplanung hatte. Daraufhin äußerten 80,2 % der teilnehmenden Ärzte Zufriedenheit über ihre aktuelle berufliche und familiäre Situation. Gleichzeitig gaben jedoch 8,9 % an, ihren Kinderwunsch ihrer Karriere untergeordnet zu haben.

**Tabelle 27****Einfluss Karriereplanung auf Familienplanung**

<b>Einfluss Karriereplanung</b>	<b>N = 101</b>	<b>%</b>
Nein, ich bin zufrieden mit meiner familiären und beruflichen Situation	81	80,2%
Ja, denn ich habe meinen Kinderwunsch meiner Karriere untergeordnet	9	8,9%
Sonstiges	7	6,9%
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufschieben des Kinderwunsches durch beruf. Belastung</li> <li>- Kompromisse mit Ehepartner</li> <li>- Hätte mehr Kinder bekommen</li> <li>- Zu wenig Zeit für Familie</li> <li>- Partnerin hat Kinderwunsch ihrer Karriere untergeordnet</li> <li>- Scheidung</li> </ul>		
Mein Kinderwunsch ist unerfüllt geblieben	4	4%
Ich habe/hatte keinen Kinderwunsch	1	1%
Mein*e Partner*in hat/hatte keinen Kinderwunsch	1	1%

Fehlend: 17

Unter anderem wurde das „Sonstiges“ Textfeld genutzt um ihr Bedauern über die hohe Arbeitsbelastung und den dadurch bedingten Zeitverlust für die Familie zu beklagen und zu unterstreichen, dass dadurch der Kinderwunsch aufgeschoben wurde bzw. man weniger Kinder bekommen hat als zunächst gewünscht. Auch der Fall einer Partnerin, die den gemeinsamen Kinderwunsch ihrer Karriere untergeordnet hat, wurde geschildert.

### 3.9. Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life Balance

*Je stärker der klinische Arbeitstag von Verantwortung und Stresssituationen geprägt ist, desto weniger Zeit bleibt für Familie, Freunde und Hobbys.*

Auch in dieser Hypothese spielen zeitliche Investitionen im klinischen Alltag eine Rolle. Jedoch stehen neben Familie andere Aspekte der Work-Life Balance im Fokus wie Freunde, Sport und Freizeitaktivitäten. Dieser Abschnitt des Fragebogens wurde insbesondere dafür genutzt die Vorschläge und Wünsche der Kinderkardiologen für einen modernen Arbeitsplatz zu sammeln. Zuallererst muss die aktuelle Lage erhoben werden. Daher wird nach umgesetzten Maßnahmen für die Work-Life-Balance gefragt. Dieses erfolgte anhand von Multiple-Choice Fragen.

**Tabelle 28**

#### **Aktuelle Maßnahmen für eine positive Work-Life Balance in Kliniken**

<b>Maßnahmen</b>	<b>N = 108</b>	<b>%</b>
Möglichkeit der Elternzeit	86	70,5%
Teilzeitarbeit	80	65,6%
Stellen eines Betriebskindergartens	55	45,1%
Sensibilisierung auf Führungsebenen in Richtung Familienfreundlichkeit	31	25,4%
Freizeitausgleich	30	24,6%
Unterstützung bei der Suche eines Kinderbetreuungsplatzes	20	16,4%
Möglichkeit zum vorübergehenden anteiligen Home-Office (z.B. bei Ausfall der Kinderbetreuung)	14	11,5%
Sabattical	13	10,7%
Über den gesetzlichen Anspruch hinausgehende Möglichkeiten der Elternzeit (bezahlt und unbezahlt)	12	9,8%
Job-Sharing	10	8,2%
Sonstiges	2	1,6%
- zu wenig Informationen		
- keine Sensibilisierung auf Führungsebene vorhanden		

Fehlend: 10

Nachdem eine Sensibilisierung für die Thematik geschaffen wurde und die aktuelle Situation reflektiert werden konnte, folgen nun die Vorschläge und Wünsche der teilnehmenden Kinderkardiologen in Tabelle 29.

**Tabelle 29**

**Wünschenswerte Maßnahmen für eine positive Work-Life Balance in Kliniken**

	<b>N = 108</b>	<b>%</b>
Sensibilisierung auf Führungsebenen in Richtung Familienfreundlichkeit	63	51,6%
Teilzeitarbeit	59	48,4%
Stellen eines Betriebskindergartens	50	41%
Möglichkeit der Elternzeit	50	41%
Unterstützung bei der Suche eines Kinderbetreuungsplatzes	49	40,2%
Möglichkeit zum vorübergehenden anteiligen Home-Office (z.B. bei Ausfall der Kinderbetreuung)	46	37,7%
Job-Sharing	45	36,9%
Über den gesetzlichen Anspruch hinausgehende Möglichkeiten der Elternzeit (bezahlt und unbezahlt)	43	35,2%
Sabattical	37	30,3%
Freizeitausgleich	36	29,5%
Sonstiges	3	2,5%
- Angepasste Arbeitszeiten		
- Betriebskindergarten		
- Finanzielle Bedenken		

Fehlend: 10

Tatsächlich erscheint die am häufigsten geforderte Maßnahme auch die am einfachsten und unbürokratisch umsetzbare Option zu sein. Denn 51,6 % der Teilnehmer wünschen sich eine „Sensibilisierung auf Führungsebene in Richtung Familienfreundlichkeit“. Es gibt jedoch, wie anhand von Tabelle 29 ersichtlich, keine Maßnahme, die stark abfällt und unerwünscht erscheint. Es bedarf somit eines Kaleidoskops an Maßnahmen zur Gestaltung einer positiven Work-Life Balance, um möglichst viele der tätigen Kinderkardiologen anzusprechen. Denn neben Themen

wie Kinderbetreuung sind durchaus auch Auszeiten wie Sabbaticals oder ein Freizeitausgleich zur freien Gestaltung im Vordergrund der Diskussion.

Eine der letzten Fragen dreht sich um Veränderungen, welche gemacht werden müssten, um ein Streben nach einem höheren Karriereziel zu befeuern. Während 17,2 % der Befragten angaben ihr Karriereziel erreicht zu haben, wurden den übrigen diverse Antwortmöglichkeiten geboten, welche in Tabelle 30 zusammengefasst wurden. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass die Befragten nur ihre fünf bedeutendsten Antwortmöglichkeiten auswählen konnten.

**Tabelle 30**

**Handlungsvorschläge für ein vermehrtes Streben nach höherem Karriereziel**

	<b>N = 108</b>	<b>%</b>
Verlagerung arztfremder Tätigkeiten auf Hilfspersonal	71	58,2%
Forschung erleichtern (z.B. durch garantierte geschützte Forschungszeit)	56	45,9%
Mehr Flexibilität in der Arbeitseinteilung (z.B. Dienstplanung)	47	38,5%
Karrieremöglichkeiten trotz/mit Teilzeitmodell	39	32%
Mehr Gehalt	38	31,1%
Möglichkeit des Teilens einer Führungsposition	33	27%
Möglichkeit der schichtarbeitsbegleitenden 24/7 Kinderbetreuung	25	20,5%
Möglichkeit von Home-Office (z.B. zum Verfassen von Arztbriefen)	25	20,5%
Mehr Digitalisierung in Kliniken (z.B. bei Schulungen und Tagungen)	25	20,5%
Verpflichtende Unterstützung des Arbeitgebers bei der Teilnahme an Kongressen	22	18 %
Ermöglichen von Auslandsaufenthalten	21	17,2%
Mentoringprogramme	18	14,8%
Wiedereinstieg nach Elternzeit erleichtern	7	5,7%
Sonstiges - „Reduktion“ der Vollzeitstelle auf 40h/Woche	6	4,9%

Fehlend: 10

Der von dem größten Anteil an Kinderkardiologen ausgewählte Handlungsvorschlag ist die „Verlagerung arztfremder Tätigkeiten auf Hilfspersonal“, welcher von 58,2 % der Kinderkardiologen gefordert wird, um ihnen das Arbeiten zu erleichtern. Durch vermehrte zeitliche Freiheiten wird geistige Kapazität geschaffen, ein höheres Karriereziel zumindest in Betracht zu ziehen. Ebenso fordern die Befragten Unterstützung bei der Umsetzung von Forschungsprojekten (45,9 %). Die nächsten beiden Forderungen lassen sich unter der Kategorie mehr Flexibilität einordnen. Zunächst wünschen sich 38,5 % der Teilnehmer mehr Flexibilität bei der Dienstplanung und den Erhalt von Karrieremöglichkeiten trotz einer potenziellen Teilzeitarbeit (32 %). Die übrigen befürworteten Handlungsvorschläge finden sich in Tabelle 30.

Geschlossen wurde die Umfrage mit einem offenen Textfeld, in welchem die teilnehmenden Kinderkardiologen nochmals die Möglichkeit hatten ihre Gedanken zu dem Fragebogen und der gesamten Thematik niederzuschreiben. Kritik, welche am Fragebogen geübt wurde, wird im nachfolgenden Diskussionsteil aufgegriffen und wurde von dem sich oben befindenden Anmerkungsteil getrennt.

Ein Hauptthema, welches von den Ärzten im finalen freien Textfeld aufgegriffen wurde war die Gleichbehandlung von Männern, die in gleichem Maße mit ihrer Partnerin/ihrer Partner zeitliche Investitionen in ihr Familienleben und die Kinderbetreuung tätigen wollen. Es wird gefordert hier gleichermaßen zu den Förderungen von Ärztinnen auch Anreize und Erleichterungen für Ärzte, die beispielsweise eine Auszeit für ihre Familie nehmen wollen oder ihr Arbeitspensum verringern möchten, zu schaffen. Weitergehend werden auch Sparmaßnahmen durch eine zu geringe Anzahl an Personal sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite beklagt. Alle Antworten des freien Textfeldes finden sich in Tabelle 31 als Zitate.

## Tabelle 31

### Auswertung des finalen freien Textfeldes

Zitate	N = 13
	„Forschung ist fast ausschließlich in der Freizeit möglich und wird dennoch mit Nachdruck gefordert, um höhere Karriereziele zu erreichen – Assistenzpersonal fehlt (Station, techn. Untersuchungen)“
	„Auch Männer, wenn sie sich überwiegend um die Kinder und den Haushalt kümmern können eingeschränkt sein in ihren Möglichkeiten der Karriere! Auch hierfür sollte es Förderungen und Unterstützung geben. Es sollte damit nicht vom Geschlecht, sondern von der individuellen Situation abhängig gemacht werden.“
	„Das Karrierehindernis in Deutschland liegt weniger in der Geschlechterzugehörigkeit, sondern eher in der schwierigen Vereinbarkeit mit der Familienplanung und der Kinderbetreuung.“
	„Durch Unterfinanzierung gibt es zu wenige Arztstellen, und damit zu wenig Möglichkeiten der innerklinischen Fortbildung und der Teilzeitarbeit (kostet mehr Geld, da klinisch nicht gleich effizient) und damit auch weniger Möglichkeiten für gender-neutrale Karriere. Das machen andere Länder anders!“
	„Garantierte und gesicherte Zeiten um Forschung zu betreiben halte ich geschlechtsunabhängig für das größte Karrierehindernis.“
	„Wie kann man die hohe Anzahl an Frauen messen und auch dies benennen, die einfach keine Karriere machen wollen?“
	„In einem 5-wöchigen Monat, 3 wochenlang Spätdienst, 2 wochenlang Nachtdienst und 3 Samstagsdienste für 24h (Bereitschaftsdienst)(während dieser BD-Dienste fast 24h-lang auf der Intensivstation arbeiten muss) soll nicht in Ordnung sein. Kein Work-life-family-balance! Wo versteckt die Wissenschaft, leider keine Ahnung davon? Bitte mehr ärztliche Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken einstellen!“
	„Ja! Der gesamte Fragebogen läßt den Patienten, der das Ziel des Arzt(-in) Berufes sein sollte aussen vor. Alles dreht sich um die Belange der Beschäftigten; Karriereplanung, ob männlich oder weiblich, ist ein Paradoxon der Berufswahl Ärztin oder Arzt, auch von Schwestern/Pflegern. Es läuft etwas völlig schief in der Kommunikation (auch demonstrel am Fragebogen) und damit auch der politischen Maßnahmen! In Konsequenz wird die Patientenversorgung immer schlechter, die Mitarbeiterzufriedenheit (Ärzte, Schwestern) trotz "work-life-balance" aber trotzdem nicht besser. Diesen Beruf als Privileg zu vermitteln und zu sehen mit oder ohne Chefa(ä)rzt(in) Karriere, brauch dringend der Renaissance in unserer (Sozial-)

Gesellschaft. Wer zukünftig Kinderkardiolog(-in) werden will und was können möchte muss seine Ausbildung in Asien erweitern, dann könnten sogar Chefarztpositionen erzielbar sein, falls das ein "Berufs-) Ziel ist!!“
„Leider zählen immernoch Seilschaften (auch weibl.) und Forschung mehr als klinische Kompetenz und Empathie sowie Führungsqualität in Bezug auf Leitungspositionen.“
„Teilzeitmodelle bringen mehr Flexibilität für die Dienstplanung. Teilzeitangestellte haben ggf. mehr Spielräume für Weiterbildung, Forschungsideen, kreative Lösungen.“
„Wenn beide Partner gleichmäßig für Familie Zeit nehmen möchten, wird, m.M.n. die Frau bevorzugt.“
„Wir brauchen keine Quoten sondern einfach nur Respekt und Fairness!“

## 4. Diskussion

In dieser Forschungsarbeit soll anhand der Auswertung eines, zuvor entwickelten, digitalen Fragebogens die männliche Sicht auf die Thematik der „Geschlechtsspezifischen Karriere in der Kinderkardiologie“ herausgearbeitet werden. Die im vorhinein festgelegten Hypothesen wurden als Dimensionen vorgestellt und anhand der Ergebnisse der Befragung bewertet.

Nun folgt eine Diskussion der wichtigsten erhobenen Meinungsbilder anhand von literarischen Vergleichen. Auch jener Diskussionsteil dieser Arbeit ist anhand der bereits bekannten Hypothesen gegliedert.

### 4.1. Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen

Zunächst einmal ließ sich aus den gebotenen Ergebnissen von 3.2. die zeitliche Arbeitsbelastung der Kinderkardiologen, unter anderem abhängig von ihrer klinischen Position, herausarbeiten. Hierbei ergab sich eine erhöhte zeitliche Arbeitsbelastung über alle Hierarchiestufen hinweg. Besonders gravierend war die Anzahl der Überstunden bei Oberärzten und Chefärzten. In einer Chefarztposition täglich über 13 Stunden (ausgehend von einer 5-Tage Woche) für die Ausübung seines Berufes aufzuwenden, ist eine Entscheidung, welche man entlang des Karriereweges trifft. Diese bedeutet gleichzeitig auch der eigenen Familie und Freizeit zu einem Großteil zu entsagen, da einige Termine auch Zeit am Wochenende beanspruchen. Trotzdem mussten auch Assistenzärzte deutlich mehr Stunden (im Schnitt fast 11 Stunden täglich) in der Klinik verbringen, als vertraglich vereinbart (durchschnittlich 8 Stunden). Daraus lässt sich schließen, dass der Beginn einer beruflichen Karriere in der Kinderkardiologie bereits von einer hohen zeitlichen Belastung geprägt ist. Es erscheint fraglich, inwieweit Karriereambitionen bei einer so hohen Einstiegsbelastung florieren können.

#### ***Unzureichende Dokumentation der Überstunden***

Wichtig wäre jedoch, dass geleistete Überstunden dann zumindest ausgeglichen oder ausbezahlt werden, sofern sie nicht pauschal im Vertrag vereinbart sind. Fast die Hälfte der Kinderkardiologen (47,9 %) geben jedoch an, ihre über die vertragliche Vereinbarung hinaus gearbeitete Stunden nicht oder nur teilweise

dokumentieren zu dürfen. Eine Rolle hierbei spielt sicherlich das in Deutschland herrschende Arbeitsgesetz. Das bestätigen auch die Teilnehmer mittels des freien Textfeldes „Sonstiges“, in welchem sie konstatieren, dass sie ihre Überstunden nur bis zur zeitlichen Gesetzesgrenze dokumentieren dürfen. Jenes Gesetz besagt, dass die Arbeitszeit auf maximal 48 Stunden wöchentlich ausgeweitet werden darf (Bundesgesetzblatt, 1994). Wobei an dieser Stelle wichtig zu erwähnen ist, dass es sich bei den 48 Wochenstunden immer um einen Durchschnittswert über sechs Monate handeln muss.

Im Jahr 2020 wurde das Gesetz durch die sogenannte „opt-out Regelung“ ergänzt, welche es erlaubt 56 Stunden wöchentlich zu arbeiten, falls Bereitschaftsdienste in dieser Zeit inkludiert sind. Damit diese Regelung in Kraft treten kann, muss der Arbeitnehmer dieser schriftlich zustimmen (Bundesgesetzblatt, 2020). Laut einer Umfrage des Marburger Bundes liegt die Arbeitszeit von 74 % der Ärzte über dem gesetzlich festgelegten Arbeitsumfang von 48 Stunden wöchentlich. Trotzdem haben lediglich 38 % jener Befragten eine „opt-out Erklärung“ unterschrieben, welche diese Arbeitszeiten zulassen würde (Bund, 2022). Auch unter Berücksichtigung der Anwendung der „opt-out Regelung“ würde sich die tatsächliche durchschnittliche Arbeitszeit der Assistenzärzte in der Kinderkardiologie (54,1 Stunden) an der Grenze der 56 Wochen-Stunden befinden. Bedauerlicherweise war die „opt-out Regelung“ nicht Gegenstand unserer Befragung, weswegen unbekannt ist, wie hoch der Anteil der befragten Kinderkardiologen ist, die eine solche Arbeitsmaßnahme in ihrem Arbeitsvertrag festgeschrieben haben.

### ***Auswirkungen hoher Arbeitsbelastung***

Bei Chefärzten, welche im Durchschnitt 65,9 Stunden wöchentlich in der Klinik verbringen, sind diese Regelung und Tarifverträge nicht geltend. Es erscheint jedoch wahrscheinlich, dass die Aussicht einer höheren Position und die einhergehende vermehrte Verantwortung und zeitliche Gebundenheit für junge Ärzte wenig attraktiv wirkt, wenn das Niveau jener Stressoren bereits bei Berufseinstieg hoch ist. Auch die Nachteile für die Patientenversorgung und -wohl dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Laut diverser Studien wirken sich eine hohe Arbeitsbelastung sowie daraus resultierender Stress für Ärzt\*innen nachteilig auf die Behandlung ihrer Patient\*innen aus (Firth-Cozens, 2001;

Williams et al., 2007). Auch in einer Umfrage im Auftrag des Marburger Bundes aus dem Jahr 2019 gaben 59 % der befragten Ärzt\*innen zu, die Qualität der Versorgung müsse bei ihrer Arbeit leiden um die hohe Arbeitslast zu bewältigen (Bund, 2019). Solche Zahlen sollten nachdenklich stimmen und zum Überdenken der aktuellen Versorgungslage in unseren Krankenhäusern anregen. Es geht bei dem hohen Stressniveau, welches Ärzt\*innen aktuell ausgesetzt sind, nicht nur um die Frustration und Ermüdung der Ärzt\*innen, sondern auch um die Qualität der praktizierten Medizin.

Eine zusätzlich fehlende Dokumentation der Überstunden und der damit verbundene ausbleibende Ausgleich bzw. Ausbezahlung verstärken die Frustration über lange Arbeitstage. Außerdem wird gleichzeitig die Suche nach Lösungen durch das fehlende Aufdecken jener Problematiken behindert.

### ***Forschungsaufwand***

Zur selben Zeit werden Ärzte aller Hierarchiestufen, insbesondere an universitären Einrichtungen, aufgefordert wissenschaftlich zu arbeiten. Da der überwiegende Anteil der Teilnehmer des Fragebogens (85,6 %) an Universitätskliniken tätig ist (s. Abbildung 7), sollte wissenschaftliche Tätigkeit abseits der Patientenversorgung in ihrem beruflichen Alltag inkorporiert sein. Durchschnittlich werden von den Teilnehmern dieser Umfrage ca. 4 Stunden wöchentlich für Forschung aufgewendet. Betrachtet man ausschließlich das Kollektiv der Angestellten von Universitätskliniken sind es nur geringfügig mehr (4,7 Stunden). Dabei steht im Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken zwischen der Tarifgemeinschaft deutscher Länder und dem Marburger Bund festgeschrieben, dass „den Ärzten bei der Festlegung der Arbeitszeit ein angemessener zeitlicher Anteil der Arbeitszeit für ihre wissenschaftliche Tätigkeit in Forschung und Lehre zugestanden wird“ (Länder, 2020). Chefärzte sind von diesem Tarifvertrag ausgeschlossen. Inwiefern vier Stunden wöchentlich einen angemessenen Zeitaufwand darstellen, um Forschung voranzutreiben, erscheint fraglich. Gleichzeitig erscheint die Formulierung des Tarifvertrages sehr unverbindlich. Häufig muss Forschung außerhalb der vertraglichen Arbeitszeit stattfinden. Es handelt sich hierbei um weiteren zeitlichen Aufwand, welcher sich zu den, in der Klinik verbrachten, Überstunden addiert. Dass dieser Zustand für ein sinkendes

Interesse an einer akademischen Karriere, welche vermehrt Forschung fordert, sorgt, bestätigt eine qualitative Studie aus dem Jahr 2006 (Thomsen et al., 2006).

### ***Job-Sharing***

Um die Flexibilität bei der Ausübung von zeitintensiven Berufen zu erhöhen, wurde das Prinzip des Job-Sharings in der Arbeitswelt eingeführt. Dieses beinhaltet die Besetzung einer Vollzeitstelle durch zwei oder mehrere Arbeitnehmer (Nissen, 2018). Dadurch kann der Weg zu einer höheren Position auch Teilzeitarbeitenden ermöglicht werden. Nun stellt sich die Medizin als Arbeitsumfeld mit sehr hoher Verantwortung dar, weswegen die Implementierung eines solchen Konzeptes ein Risiko für das Patientenwohl darstellen könnte. Hierzu erscheint der alltäglich bekannte Glaubenssatz „Verantwortung ist nicht teilbar“ passend. Trotzdem zeigten sich die Befragten in unserem Fragebogen überwiegend optimistisch und offen der Idee gegenüber. Weitere Bestätigung für dieses Konzept bietet eine australische Studie (Whitelaw & Nash, 2001). Die Durchführung dieser Studie erfolgte in der pädiatrischen Abteilung diverser teilnehmender Krankenhäuser, weswegen sie sich fachlich passend zu unserem Untersuchungsbereich, der Kinderkardiologie, einfügt. Die ärztlichen Probanden der australischen Studie, welche Teil eines Job-Sharing Konzeptes waren, gaben überwiegend positive Effekte auf ihren Berufsalltag an. Sie zeigten weniger Müdigkeit, mehr Arbeitsmotivation und eine verbesserte Balance ihres Berufes und ihrer anderen Interessen. Trotzdem bemerkten sie keine Nachteile hinsichtlich der Qualität der Patientenversorgung (Whitelaw & Nash, 2001). Dieses Instrument, zur Erhöhung der Flexibilität in einem Beruf mit höchstem Verantwortungsniveau, scheint sich somit als Modell mit vielen Vorteilen darzustellen. Insbesondere für Ärzt\*innen mit ambitionierten klinischen Karrierezielen trotz Teilzeitstelle bietet es eine Chance, wie eine weitere Studie aus dem Jahr 2015 hervorhebt (Sacks et al., 2015). Die Befürchtungen einiger Befragten hinsichtlich der Aufteilung von Verantwortung sollten jedoch ernst genommen werden und im Team angesprochen und diskutiert werden.

## 4.2. Zufriedenheit ohne Führungsposition

Diese Hypothese basiert entscheidend auf der Frage nach der aktuellen Jobzufriedenheit der Kinderkardiologen. Hierbei ist im Besonderen in Abschnitt 3.3. eine Aufteilung der Angaben nach klinischer Position erfolgt, um herauszufinden inwieweit eine höhere Position in der Kinderkardiologie mit einer verbesserten beruflichen Zufriedenheit korreliert. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied im Vergleich zwischen Fachärzten in Weiterbildung zum Kinderkardiologen und Chefärzten bei der Einschätzung ihrer Jobzufriedenheit. Auch die teilnehmenden Oberärzte gaben einen hohen Grad an Zufriedenheit an. Das Innehaben einer höheren klinischen Position scheint somit glücklicher im beruflichen Alltag zu machen. Dieses Ergebnis zeigt sich trotz unliebsamer administrativer Mehrarbeit und geringerem Patientenkontakt, welches die Führung einer klinischen Abteilung mit sich bringt und oftmals von ärztlichem Personal eher negativ konnotiert wird. Erfreulicherweise zeigen sich bei der allgemeinen Jobzufriedenheit über alle Hierarchiestufen hinweg mit einem Median von 5 Punkten auf der Likert-Skala von 0-6 Punkten hohe Zufriedenheitswerte. Dennoch zeigten sich 16% der befragten Kinderkardiolog\*innen eher unzufrieden bis sehr unzufrieden (<3 Punkten). Eine weitergehende Befragung jener Teilnehmer zu den Ursachen hierfür, konnte leider nicht im Rahmen der Forschungsfrage stattfinden.

Eine norwegische Kohorten Studie aus dem Jahr 2012 zeigte auf, dass die Reduktion von Arbeitszeit nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Jobzufriedenheit führte (Solberg et al., 2012). Jene Hypothese wird von unseren Ergebnissen, sichtbar in Grafik 13, unterstützt. Kinderkardiologen, die im Durchschnitt 48 Stunden wöchentlich arbeiten, zeigten sich in unserer Umfrage am zufriedensten. Berücksichtigt man nun, dass die vertraglichen Vereinbarungen im Durchschnitt bei 42 Stunden wöchentlich liegen, so scheint es, dass das Ableisten von Überstunden bis zu einem gewissen Maße (im Falle dieses Fragebogens 12h/Woche) zu keiner Senkung der beruflichen Zufriedenheit führt.

### ***Der schwelende Wunsch nach Teilzeitarbeit***

Trotzdem setzen sich viele als zukünftiges Ziel, weniger arbeiten zu wollen, was anhand der Ergebnisse der Frage nach dem gewünschten Arbeitsausmaß deutlich wird. Zukünftig strebt lediglich ein Anteil von 63,5 % der Befragten an, in Vollzeit zu

arbeiten. Während momentan 18 der Befragten in Teilzeit arbeiten, wünschen sich diesen zeitlich reduzierten Umfang zukünftig 42 Teilnehmer. Die Ausmaße für die klinische Patientenversorgung wären kaum vorstellbar. In Zeiten von Ärztemangel würde eine weitere Reduktion der Arbeitskraft durch eine Absenkung der Arbeitszeit zu einer Versorgungskatastrophe führen. Eine Untersuchung der KBV (Bundesvereinigung, 2016) hat in ihrer Pressekonferenz im Jahr 2016 Projektionen für die ärztliche Verteilung in Deutschland, sowohl ambulant als auch stationär, im Jahr 2030 vorgestellt. Hierbei ist nach 2018 ein deutlicher Knick der Kurve bemerkbar, welcher stetig bergab führt. Doch genau um diese Problematik geht es beim viel genutzten Begriff „Ärztemangel“. Die Angaben lassen befürchten, dass dieser nicht nur auf eine zu geringe Anzahl an Mediziner\*innen, sondern ebenfalls auf deren reduzierten Arbeitsumfang, zurückzuführen ist.

Laut dem deutschen Ärzteblatt strebten im Jahr 2021 31 % der angestellten Ärzt\*innen ein Arbeitsverhältnis in Teilzeit an und verstärkten somit den Bedarf an der Ressource Ärzt\*in (Lau, 2021). Diese Zahl deckt sich mit den erhobenen Daten des Fragebogens.

Nun ist auch zu berücksichtigen, dass dieser Fragebogen sich ausschließlich mit den männlichen Mediziner\*innen beschäftigt, welche traditionell häufiger eine Vollzeitstelle besetzen. Die Ergebnisse aus unserem Fragebogen und dem deutschen Ärzteblatt zeigen jedoch, dass sich der Wunsch nach einem geringeren Arbeitsumfang nicht auf das weibliche Geschlecht beschränkt. Warum ein solch großer Anteil an ärztlichem Personal nicht in Vollzeit arbeiten möchte, wurde in diesem Fragebogen bedauerlicherweise nicht erhoben. Unter Einbeziehung der hohen Werte der Jobzufriedenheit, ist jedoch davon auszugehen, dass es nicht an den alltäglichen Tätigkeiten liegt, sondern vielmehr an den zeitlichen Verpflichtungen des Arztberufes. Würde ein 42-Stunden Vollzeit Vertrag auch eine 42-stündige Arbeitswoche bedeuten, so erscheint es naheliegend, dass einige Kolleg\*innen nicht mehr den Bedarf sehen würden, ihre Stelle zu reduzieren. Viele sehen jedoch anhand ihrer Kolleg\*innen, dass es einer Reduktion des Stellenumfanges auf beispielsweise 80 % bedarf, um ein solches wöchentliches Stundenausmaß zu erreichen.

### ***Option Niederlassung***

Zu dieser Hypothese passt, dass nur 45,9 % der Befragten angaben, keine Niederlassung anzustreben. Eine Niederlassung bietet neben dem Wegfall von Schichtarbeit/ Wochenend- und Nachtdiensten, auch die Möglichkeit der Selbstständigkeit. Trotzdem stellt erstgenanntes die größte Anziehungskraft für die Befragten dar. Die Gravität jener Belastung unterstreicht auch ein Kommentar aus dem letzten freien Textfeld des Fragebogens. Dieser beschreibt seinen Dienstplan in einem Monat, welcher ausschließlich aus Spät- und Nachtdiensten, sowie zusätzlichen 24-Stunden Bereitschaftsdiensten an mehreren Wochenenden in jenem Monat bestand (s. Tabelle 31). Mit einer solchen Dienstplanung ein geregeltes Leben außerhalb der Klinik zu bestreiten, welches eventuell Familie und fest eingeplante Freizeitaktivitäten vorsieht, erscheint unmöglich. Da wirkt eine Niederlassung, bei der ein höherer Grad an Planungssicherheit gegeben ist, sehr attraktiv auf viele Ärzt\*innen.

### ***Karriereansprüche***

Weitergehend wird der Begriff „Karriere“ anhand vordefinierter Antwortmöglichkeiten durch die Befragten charakterisiert. Hierbei stehen insbesondere Selbstbestimmung, hohe Verantwortung und neue Herausforderungen im Mittelpunkt der Vorstellungen unserer Teilnehmer. Die Antwortmöglichkeiten „hohes Einkommen“ und „gesellschaftliches Ansehen“ spielten für die Befragten offensichtlich keine große Rolle. Bei der Fragestellung inwiefern eine Chefarztposition in die Definition von Karriere hineinpasst, kann eine gewisse Überlappung ausgemacht werden. Jedoch ist gerade der erste Punkt der Selbstbestimmung oftmals ein Aspekt, der von vielen Ärzt\*innen in der Selbstständigkeit gesucht und auch gefunden wird. Daher muss sich die Frage gestellt werden, ob eine Chefarztposition die Anziehungskraft auf junge Kinderkardiolog\*innen hat, die dem Aufwand gerecht wird, den es benötigt um hierfür berufen zu werden.

Vielleicht ist jedoch das Erreichen einer Führungsposition bereits Motivationsfaktor genug für junge Kinderkardiolog\*innen, um den erhöhten Arbeits- und Forschungsaufwand in Kauf zu nehmen. Diesem widerspricht jedoch die Abbildung 16, welche die motivationalen Faktoren des Arztberufes, nach Ansicht der Teilnehmer, darstellt. Eine Führungsposition landet hier eher auf den letzten

Plätzen. Tatsächlich lassen sich die befragten Ärzte bei ihren Motivationsfaktoren vielmehr von Emotionen, als von Geld oder gesellschaftlichen Ansehens leiten. Mit Emotionen sind hierbei Antwortmöglichkeiten gemeint, welche die Faszination bei der Ausübung des spannenden Berufs oder die Freude am kollegialen Miteinander und dem Patient\*innenkontakt widerspiegeln. Leider sind es eben diese Gesichtspunkte des Arztberufes, die oftmals in Führungspositionen, insbesondere in der höchsten Position des Chefarztes/der Chefärztin eher in den Hintergrund der alltäglichen Aufgaben rücken. Gleichzeitig zeigen diese Ergebnisse auch, dass ein höheres Einkommen nicht ausreichend ist, um Anreize in der heutigen Kliniklandschaft zu setzen. Hierbei gilt es zu vernachlässigen, ob dieses als Motivationsfaktor für das Ableisten von Überstunden oder Anreiz für das Bekleiden einer Führungsposition dienen soll.

### ***Der Stellenwert einer Führungsposition***

Dennoch lag der Mittelwert der Frage, ob eine Führungsposition wichtig für die eigene Jobzufriedenheit ist, bei 4,3 Punkten von 6 auf der Likert-Skala und ist somit eher wichtig für die Kinderkardiologen. Es folgte eine Unterteilung der Befragten in zwei Altersklassen und erneute Auswertung der Frage mittels Mann-Whitney-U-Test (s. Tabelle 9). Während die Teilnehmer zwischen 26-40 Jahren die Wichtigkeit einer Führungsposition für ihre allgemeine Jobzufriedenheit mit 3,9 bewerteten, empfanden die 41-72-Jährigen eine hohe Position mit im Durchschnitt 4,6 Punkten als signifikant wichtiger. Es ergab sich ein mittlerer Effekt für den Unterschied beider getesteter Altersgruppen. Jungen Ärzten ist eine Führungsposition somit nicht so wichtig, wie Ärzten eines älteren Jahrgangs. Eventuell wollen also nicht nur Frauen keine Führungspositionen besetzen, sondern die jüngere Generation fühlt sich nicht zu einer solchen Position hingezogen. Dennoch ist für einen nicht zu vernachlässigenden Teil der jüngeren Befragten eine Führungsposition wichtig für die Jobzufriedenheit, was auch anhand des Mittelwerts 3,9 sichtbar wird. Dieses bedeutet, dass für den Durchschnitt der jüngeren Generation an Kinderkardiologen eine Führungsposition eher wichtig für die Jobzufriedenheit ist.

Es mag auch daran liegen, dass ein größerer Teil der älteren Befragten bereits eine höhere Position innehaben, welche sie nicht mehr missen wollen und daher diese als wichtig für ihre berufliche Zufriedenheit einstufen. Junge Menschen, die eine solche Position noch nicht aufgrund ihres noch jüngeren Karriereweges besetzen

konnten, können diese auch noch nicht als besonders wichtig für das Selbstgefühl bewerten. Trotzdem kann die Möglichkeit eines Generationenproblems anhand unserer Ergebnisse nicht verworfen werden und sollte in weiteren Forschungsprojekten näher betrachtet werden.

Die Initiative „Generation Chefsache“, ausgehend von der Unternehmensberatungsgesellschaft McKinsey, findet ähnliche Ergebnisse in ihrer Studie aus dem Jahr 2022. Dort zeigten nur 29 % der Arbeitnehmer\*innen aus diversen Unternehmen der freien Wirtschaft die Ambition mehr Verantwortung übernehmen zu wollen (Kirchherr; & Sperling-Magro, 2022). Es zeichnet sich somit eine gewisse Führungsmüdigkeit ab. Es sollte ein genauerer Blick auf die Bedürfnisse und motivationalen Faktoren der jüngeren Generation von Ärzt\*innen geworfen werden, um mögliche Anreize zu finden, sie langfristig in den Kliniken als Arbeitnehmer zu gewinnen. Es erscheint naheliegend, dass sich durch eine Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsplatzes „Klinik“, wieder mehr Kinderkardiolog\*innen vorstellen können, in Vollzeit zu arbeiten und eine Führungsposition zu bekleiden.

### **4.3. Männer behindern aktiv weibliche Karriere**

Zunächst muss auf die erlebten Diskriminierungen der Befragten eingegangen werden, welche in Abbildung 17 mit ihren Ursachen sichtbar gemacht wurden. Positiv zu bewerten ist, dass fast zwei Drittel aller befragten Kinderkardiologen keine Diskriminierung an ihrem Arbeitsplatz erfahren mussten. Demgegenüber erschreckend ist es jedoch, dass 9 % der Teilnehmer, aufgrund ihres Migrationshintergrundes, benachteiligt wurden. Leider ist nicht kenntlich inwiefern diese Diskriminierung von Patientenseite oder von kollegialer Seite hervorging. Diese Ungenauigkeit in der Fragestellung ist hier kritisch anzumerken, jedoch auf die begrenzten Kapazitäten eines solchen Fragebogens zurückzuführen. Dennoch ist aufgrund der bisherigen Fragestellungen und dem Fokus der Arbeit davon auszugehen, dass überwiegend Kolleg\*innen gemeint sind. Auch das Alter scheint mit 7,4 % ein Grund für Benachteiligungen zu sein. Anzunehmen ist hierbei, dass beispielsweise jungen Ärzten eine Tätigkeit aufgrund ihres Alters nicht zugetraut wurde oder Ärzte der älteren Generation eine Beförderung auf Basis ihres

fortgeschrittenen Lebensalters nicht erhalten haben. Genauere Hintergründe sind hier jedoch nicht bekannt. Erfreulicherweise wurden die Antwortmöglichkeiten „Soziale Herkunft“, „Elternzeit“, „Sexuelle Orientierung“ und „Religion“ nur in Einzelfällen ausgewählt. Trotzdem muss hervorgehoben werden, dass jegliche Diskriminierung unabhängig ihrer Ursache für die Betroffenen ein schwerwiegendes Erlebnis und Angriff der eigenen Person darstellt. Hierbei stehen die Führungskräfte in der Pflicht als Ansprechpartner zu fungieren und Lösungen für die jeweiligen Fälle zu finden.

Interessant ist jedoch, dass über 90 % der teilnehmenden Chefärzte die Frage nach erlebter Diskriminierung verneinen. Es scheint also, als würden sie diese entweder aufgrund einer erhöhten Resilienz, welche es sicherlich braucht um eine solche Spitzenposition einzunehmen, oder selektiver Erinnerung, nicht wahrnehmen. Es erscheint jedenfalls unwahrscheinlich, dass durchschnittlich 40 % der Kinderkardiologen Diskriminierung an ihrer Person wahrgenommen haben und bei den Chefärzten sind es entlang ihres Karriereweges nur 10 %. Jedoch ist anzumerken, dass das Gefühl diskriminiert zu werden, flüchtig und subjektiv ist und es daher durchaus möglich ist, dass die heutigen Chefärzte eine möglicherweise stattgefundenene Diskriminierung nicht als solche wahrgenommen haben.

### ***Diskriminierungen von Kolleg\*innen***

Teilnehmende berichteten häufiger von Beobachtungen aktiver Benachteiligung von Kolleg\*innen. Während insgesamt 31,1 % aller Befragten keine Diskriminierung im klinischen Berufsalltag beobachtet haben, gibt ein prozentual doppelt so hoher Anteil an Chefärzten (63,6 %) an, keine Benachteiligungen aufgrund bestimmter stigmatisierender Faktoren ausmachen zu können. Zwangsläufig muss sich daraus die Frage ergeben, ob dieses auf fehlender Kommunikation oder weitergehend sogar Vertrauen im Team basiert. Denn wie bereits angeführt, sollten die Vorgesetzten eine\*r der ersten Ansprechpartner\*innen bei jeglicher Problematik dieser Art sein. Auch ein nachlässigerer Blick der Chefs auf diese Thematik erscheint möglich. Natürlich möchte keiner mit diesem problematischen Themenfeld innerhalb seines Teams in Verbindung gebracht werden. Es erscheint somit möglich, dass auch die Chefärzte selbst im Zentrum der stattfindenden Diskriminierung stehen und diese seltener aufdecken. Dieses Ergebnis wird, mit der Einschränkung auf die Diskriminierung von Kinderärztinnen, von einer Studie,

publiziert im Journal „Pediatrics“ im Jahr 2022, unterstützt. Dabei wurde aus den Ergebnissen einer Umfrage unter US-amerikanischen Kinderärzt\*innen einer pädiatrischen Abteilung geschlossen, dass männliche Ärzte die Diskriminierung von weiblichen Kolleginnen häufig nicht wahrnehmen (Slater et al., 2022). Aus welchen Gründen eine solch selektive Wahrnehmung stattzufinden scheint, fällt in einen soziologischen Bereich, der im Rahmen dieser Arbeit nicht näher exploriert werden kann.

Die Aussage „Mein\*e Chef\*in bevorzugt andere Kolleg\*innen“ wird von mehr als der Hälfte der Teilnehmer (59,4 %) zurückgewiesen. Der überwiegende Anteil der Befragten erkennt somit keine Bevorzugung von Kolleg\*innen durch Führungskräfte im beruflichen Alltag. Gleichzeitig wird die Aussage zur Bevorzugung von Männern durch ihre Vorgesetzten bei ihrer Karriereentwicklung von 25,5 % der Kinderkardiologen als zutreffend bewertet. Um einen direkten Vergleich zum weiblichen Geschlecht herzustellen, wird in Abbildung 21 die Aussage der Bevorzugung von Ärzten nochmals dargestellt, jedoch mit dem Zusatz „als eine Frau mit gleicher Leistung“. Dieser Aussage stimmten über ein Drittel der Befragten (38,9 %) zu. Somit scheint ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Kinderkardiologen eine Bevorzugung ihres Geschlechtes im direkten Geschlechtervergleich bei der Karriereentwicklung auszumachen. Warum jene Personen, die dieser Aussage zugestimmt haben, nicht auch bei der vorigen Frage nach beobachteter Diskriminierung ihre Angaben hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Diskriminierung machen, bleibt fraglich. Nur 31,1 % gaben an, dass sie bereits Diskriminierung von Kolleginnen bemerkt haben. Daraus lässt sich schließen, dass jene stattfindenden Bevorzugungen nicht als Benachteiligung und weitergehend als Diskriminierung des weiblichen Geschlechts gewertet werden.

Es erscheint ebenso möglich, dass das Wort „Diskriminierung“ von den teilnehmenden Kinderkardiologen als zu negativ bewertet wurde und die beobachteten Ereignisse nicht so bezeichnet werden wollen. Erneut wurde eine gesonderte Betrachtung der Chefärzte angestrebt. Auch hier lehnen Chefärzte (M: 3,4), verglichen mit Assistenzärzten (M: 2,3) den Gedanken der Bevorzugung des männlichen Geschlechts im Vergleich zu den klinischen Leistungen von Frauen deutlicher ab.

Bei der anschließenden Ursachensuche für Benachteiligungen von Frauen, stimmen immerhin 21,2 % aller Kinderkardiologen der Aussage „Frauen zwischen 20 und 40 Jahren werden nicht befördert, weil davon ausgegangen wird, dass sie durch Familienplanung und -gründung zeitlich ausfallen werden“ zu. Wird ein erneuter Vergleich der Antworttendenzen dieser beider Gruppen angestrebt, so hebt sich erneut ein signifikanter Unterschied hervor. Während Assistenzärzte, welche sich in der genannten Altersspanne befinden und näher mit besagten Kolleginnen zusammenarbeiten, mit einem Mittelwert von 2,0 eher zustimmen, lehnen Chefärzte eine solche Darstellung der Situation mit einem Mittelwert von 4,1 ab.

Erneut drängt sich die Frage auf, vor welchem Hintergrund solche potentiellen Missstände von den Chefs nicht erkannt oder benannt werden. Es scheint entweder eine Schwäche beim Erkennen solcher Problematiken im System Karriereleiter Klinik zu geben oder das fehlende Eingeständnis der Existenz solch kritischer Situationslagen innerhalb der eigenen Ränge.

Trotzdem wäre das Einbeziehen des weiblichen Blickwinkels auf diese Problematik von großer Wichtigkeit. Die Schwierigkeiten rund um die angesprochenen Thematiken der Benachteiligung, Bevorzugung und Diskriminierung werden im Laufe dieser Diskussion unterstrichen. Es handelt sich um sein sehr subjektives Themenfeld, welches oftmals auf eigenen Vorstellungen basiert. Jeder zieht für sich individuell eine Grenze welche Situationen für sie in einen solchen Themenbereich mit hineinspielen. Hierfür sind auch Fähigkeiten wie Empathie und Kontrolle der eigenen Emotionen bei Enttäuschungen, basierend auf subjektiven Benachteiligungen, entscheidend. Dennoch sind die Diskrepanzen zwischen den Sichtweisen der Führungskräfte, mit denen ihrer Kollegen, auffallend und sollten einer näheren Ursachensuche unterzogen werden.

#### **4.4. Zu wenig weibliche Vorbilder und fehlende Förderung**

Bei der Exploration dieser Hypothese geht es insbesondere um die Darstellung der Ressourcen, auf welche die Kinderkardiologen zurückgreifen, um ihren Arbeitsalltag zu bewältigen. Gleichzeitig wird tiefergehend nach möglichen Unterschieden zu den verfügbaren Unterstützungen, welche Führungskräfte vorweisen können, im

Vergleich zu anderen Teilnehmern, gesucht. Außerdem wird eine Diskussion zur Bedeutung von Vorbildern für die Berufsausübung und ihre Ziele angestrebt.

Die Tatsache, dass ein eher geringer Anteil von nur 28,7 % während ihres Karriereweges auf die Beratung von Mentor\*innen zurückgreifen konnte, erscheint doch etwas enttäuschend. Noch weniger Teilnehmer (3,3 %) empfanden die Mitgliedschaft in medizinischen Gesellschaften als Unterstützungsfaktor bei der Bewältigung von Karrierehindernissen. Diese Zahlen dürfen durchaus als enttäuschend bezeichnet werden, da der Erfolg von koordinierten Trainingsprogrammen anhand mehrerer Studien abgebildet werden konnte. Außerdem ist in unserer Umfrage ein überwiegender Anteil von 88% aller Teilnehmer Mitglied einer medizinischen Fachgesellschaft. Hier wäre somit eine große Anzahl an Rezipienten erreichbar. Dabei wäre es sicherlich sinnvoll, ein Mentoring-Programm zu entwickeln, in welchem interessierten Teilnehmer\*innen eine\*n für beide Seiten passenden Mentor\*in an die Seite gestellt bekommen. Ein spezifisches Mentoring-Programm mit dem Ziel der Ausbildung zukünftiger Führungskräfte, wurde im Rahmen eines Kongresses der „Society for Adolescent Health“ erstmals 2011 vorgestellt. Es zeigten sich positive Resultate in der Forschungsaktivität der Schützlinge sowie in der Förderung ihrer Karriere (Blood et al., 2015). Das Angebot eines Mentoring-Programms als Teil medizinischer Gesellschaften wie der DGPK sollte geprüft werden und in Betracht gezogen werden. Trotzdem sollte bereits früh auf dem Karriereweg junger Kinderkardiolog\*innen mit der nötigen Förderung geworben werden, um auch Assistenzärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde für das Fach der Kinderkardiologie zu begeistern. Durch frühe Begeisterung für das Fach sowie gesicherte Unterstützung auf fachlicher und persönlicher Ebene, kann der Nachwuchs gesichert werden. Dieses untermauert eine Studie aus dem Jahr 2014. Assistenzärzt\*innen in der Pädiatrie mit einem Mentor/einer Mentorin, der/die seinen/ihren Facharzt/Fachärztin in einem Subgebiet der Kinderheilkunde absolviert hatte, wählten wesentlich häufiger ebenfalls ein Untergebiet der Pädiatrie zur Weiterbildung (Umoren & Frintner, 2014).

### ***Vorbild Eltern***

Blickt man nun auf weitere Vorbilder der Befragten, so fällt auf, dass weder die Tatsache, dass die Eltern bereits ärztlich tätig waren, noch ob sie eine

Führungsposition besetzten, eine Rolle für die jetzige klinische Position der Teilnehmer spielt. Auffallend ist jedoch, dass die männlichen Befragten mit Ausnahme der Nennung ihrer Eltern ausschließlich Männer als ihre Vorbilder titulieren. Eine Frau in der Vorbildfunktion scheint für die Kinderkardiologen somit nicht dienlich zu sein. Hierbei ist fraglich, ob dieses an den fehlenden Frauen in Führungspositionen im klinischen Bereich liegt, was anhand der übrigen Antworten, welche zum Großteil ebenfalls nicht im medizinischen Bereich tätig sind, jedoch vernachlässigbar erscheint. Es ist anzunehmen, dass Männer aufgrund von Geschlechterunterschieden wenig Bezug zu erfolgreichen Frauen haben zu scheinen.

Bei der expliziten Frage nach Role Models wurden am häufigsten diverse ehemalige Chefs der Befragten genannt. Dieses ist ein positives Signal für das Arbeitsklima in jenen Institutionen, unterstreicht gleichzeitig jedoch erneut die Wichtigkeit von fachinternen Mentoren im klinischen Arbeitsumfeld.

### ***Maßnahmen zur Karriereförderung***

Um herauszufinden, welche spezifischen Maßnahmen zur Karriereförderung von Ärztinnen erwünscht sind und welche bereits implementiert wurden, wurden die Teilnehmer hierzu befragt. Jedoch konnte nur ca. die Hälfte aller Befragten auf diese Frage antworten, da nur 45,1 % über bestehende Maßnahmen in ihren Einrichtungen informiert waren. Die Übrigen waren entweder der Meinung es existierten keinerlei Förderprogramme oder wussten darüber nicht Bescheid. Am häufigsten gewählt als bereits bestehende Maßnahme wurde die „Ermutigung von qualifizierten Frauen zur Bewerbung auf eine Führungsposition“ (29,5 %).

Es handelt sich hierbei jedoch um kein strukturiertes Programm zur Förderung von Ärztinnen mit Karriereambitionen. Vielmehr ist auch diese Maßnahme subjektiv orientiert, da die Definition „qualifiziert“ ungeschützt ist und zu subjektiven Meinungen und infolgedessen Durchführungen verleitet. Auch das Mentoring sollte, wie bereits angemerkt, im Rahmen eines organisierten Projektes verlaufen, da es sonst erneut zu Ungleichheiten und Bevorzugungen kommen könnte. Natürlicherweise wird es immer Sympathien unter Kolleg\*innen geben, welche fachliche und emotionale Unterstützung zur Folge haben. Jedoch sollte es auch Programme geben, welche die Idee des Mentorships kontrollieren und für alle niederschwellig zugänglich verfolgen. Diese Maßnahme wäre nicht auf das

weibliche Geschlecht begrenzt, sondern sollte allen angehenden oder bereits klinisch tätigen Kinderkardiolog\*innen angeboten werden. Auch das „Aktive Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren“ erscheint schwer messbar und kann nicht sichtbar gemacht werden.

Einen guten Leitfaden bietet die Broschüre des Verbundvorhabens TransferGenderMed, welches mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung einen Leitfaden für Handlungsvorhaben zur Unterstützung von weiblichen Karrieren in Krankenhäusern veröffentlicht hat (Alfermann et al., 2016). Es handelt sich hierbei um eine Kooperation der Universitäten Lübeck, Leipzig und Hamburg. Eine Ausweitung der unterstützenden Universitäten erscheint durchaus möglich und sollte in Betracht gezogen werden. Die vorgestellten Maßnahmen beinhalten unter anderem Seminare für Führungskräfte zur Sensibilisierung von Geschlechterproblematiken, standardisierte Gespräche mit Mitarbeiter\*innen über ihren Karriereverlauf, konkrete Vorschläge zur Umsetzung eines Mentoring-Programmes und transparentere Weiterbildungsprogramme (Alfermann et al., 2016). Über die Umsetzung dieses Vorhabens ist bedauerlicherweise nichts bekannt, jedoch sind es eben solche Ansätze, die Kliniken benötigen, um sich adäquat und strukturiert mit der Thematik geschlechtergerechter Karriere auseinanderzusetzen. Von solchen Maßnahmen profitiert auch der Arbeitgeber Klinik, da er somit attraktiver auf Arbeitnehmer\*innen wirkt und sich im Markt um qualifizierte Ärzt\*innen hervorheben kann.

Eine weitere Möglichkeit, welche stärker im medizinischen Umfeld und für die einzelnen Fachgebiete etabliert werden sollte, ist das Partizipieren in Netzwerken. Anhand des Beispiels der WELI (Women's Empowerment and Leadership Initiative), welches für pädiatrische Anästhesistinnen im Jahr 2018 lanciert wurde, konnten positive Effekte sichtbar gemacht werden. Hierzu zählen neue Kontakte im Fachbereich, die verstärkte Initiative Forschungsprojekte zu forcieren und die Bestärkung des Selbstbewusstseins vieler Teilnehmerinnen. Gleichzeitig half es auch den Mentorinnen ihre Qualitäten als Vorbild und Lehrkraft zu stärken (Deutsch et al., 2023). Eine solche Initiative mit dem dazugehörigen regelmäßigen Austausch sollte auch für das Fachgebiet der Kinderkardiologie in Betracht gezogen werden.

Werden die befragten Kinderkardiologen gefragt, welche Maßnahmen sie sich wünschen, so wird zunächst erneut die niederschwelligste Option, die Ermutigung

von qualifizierten Frauen, genannt. Dieses sollte jedoch keine spezifische Maßnahme darstellen müssen, sondern bereits gelebte Realität sein. Es erscheint doch abstrus, dass qualifizierte Fachleute nicht zur Bewerbung auf eine Führungsposition ermutigt werden, unabhängig ihres Geschlechtes.

Daher sollte sich vielmehr auf die Transparenz von Entscheidungsprozessen bei Beförderungen konzentriert werden. Dieses nannten die Kinderkardiologen als zweiten Punkt der Maßnahmen, welche sie sich in ihrer Klinik zur Förderung der weiblichen Karrieren wünschen würden. Auch das Mentoring wurde von mehr als einem Drittel der Befragten befürwortet. Beides stellen Möglichkeiten dar, welche nicht zwangsläufig die Karrieren von Frauen fördern, sondern für den gesamten Beförderungsprozess von Vorteil sein können.

### ***Fehlende Qualifikation von Frauen***

Nun wurden im freien Textfeld dieser Frage einige Aussagen von den teilnehmenden Kinderkardiologen getätigt, die beim Leser Verwunderung hervorrufen. Während viele der Befragten einzelne konstruktive Vorschläge wie klinikeigene Kitas oder verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf anführten, gab es einen Kommentar, der behauptete Frauen wollen keine Führungsposition übernehmen, da sie „nach ihrem eigenen Rhythmus arbeiten wollen“. Da muss sich doch zwangsläufig die Frage gestellt werden, welchen inneren Rhythmus Frauen besitzen, den Männer nicht zu haben scheinen. Eine solche Aussage erscheint wenig wissenschaftsorientiert. Auch der Zusatz dieses Kommentars „nicht möglich, da es um das Leben anderer Menschen geht“ ist herabwürdigend dem weiblichen Geschlecht gegenüber. Es erweckt den Eindruck als würden Ärztinnen nicht wissen, worum es in der Medizin geht. Ähnliche Anmerkungen werden auch von Chefarzten anderer Abteilung wie der Unfallchirurgie in den Medien getätigt. Der Chefarzt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt sagt in einem Interview „dass es den Frauen an operativer Erfahrung fehle und hier geht es um Leben und Tod“. Dennoch attestiert er Ärztinnen, dass sie durchaus gute Unfallchirurginnen sein können. Jedoch stünden familiär bedingten Karrierecuts im Wege (Liedtke, 2016). Überhaupt betonen zu müssen, dass es um Leben und Tod ginge und auf dieser Basis Frauen ausschließen zu wollen, zeigt wie tief die Benachteiligung von Ärztinnen auch in der heutigen Zeit noch geht. Auch die offene Kommunikation in der Presse erscheint erstaunlich. Dadurch wird deutlich, dass sich jener Chefarzt

nicht der Tragweite seiner Aussage bewusst ist. Dass die Beschreibung der ärztlichen Tätigkeit von Frauen mit dem Einsatz anderer Worte verbunden ist, verglichen mit derselben Arbeit, ausgeführt von Männern, zeigt eine Studie aus der Pädiatrie aus dem Jahr 2022. Diese analysierte die angewandte Sprache in institutionellen Evaluationsbögen von Ärzten im Vergleich mit jenen von Ärztinnen. Hierbei fiel auf, dass in den Bewertungen der Kinderärztinnen eher Worte wie „enthusiastisch“ und „fürsorglich“ für ihre Arbeitsweise genutzt wurden, statt „Intelligenz“ und „vorbereitet“ wie bei ihren männlichen Kollegen. Daraus schlossen die Autoren, dass sich hieraus möglicherweise im Karriereverlauf jener Ärztinnen der Kinderheilkunde ein negatives Selbstbild und differierende Karrieremöglichkeiten entwickeln könnten (Gold et al., 2022).

Zurück zum Fragebogen, in welchem ein weiterer Kommentar behauptet, dass es immer schon Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen gegeben habe. Solche Aussagen, insbesondere in ihrer Zusammenführung, lösen Unverständnis bei jedem informierten Leser\*in über die Ignoranz dieser offensichtlich privilegierten Männer aus, welche die Augen vor vorhandenen Problemen verschließen, da sie nicht betroffen sind. Ordnet man diese Ergebnisse in die gesamthaften Entdeckungen dieses Forschungsprojektes ein, so scheint es noch nicht genug „awareness“ für die immer noch bestehenden Gender Problematiken in der Ärzteschaft zu geben.

#### **4.5. Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur**

Zur Überprüfung dieser Hypothese muss zunächst festgestellt werden, welche Eigenschaften die Kinderkardiologen einer Führungskraft zuschreiben und inwieweit jene Attribute einem Geschlecht von den Befragten zugeordnet werden. Die drei wichtigsten Eigenschaften auf dem Weg zu einer Führungsposition wurden von den Befragten als „Fachwissen und medizinische Kompetenz“, „Kommunikationsfähigkeit“ und „Ausdauer und Hartnäckigkeit“ betitelt. Alle soeben genannten Attribute wurden von über der Hälfte der Befragten gewählt. Als weniger wichtig wurden „Glück“, „Vorteile durch persönliche Bekanntschaften“ und „Verzicht auf Konfrontation“ gewichtet. Die als wichtig eingestuften Attribute können, bis auf

das letztgenannte „Ausdauer und Hartnäckigkeit“ erlernt und trainiert werden. Insbesondere Kommunikationsfähigkeit kann beispielsweise anhand von Gesprächstechniken geschult werden. Daher bietet sich die Möglichkeit anhand von spezifischen Kursen mit dem Ziel der Schulung von Fähigkeiten, die eine gute Führungskraft ausmachen, für einen vereinfachten Eintritt auf Führungsebene. Eine Studie aus dem Jahr 2018 bestätigt die Effizienz eines solchen Führungskraft-Entwicklungs-Programms. Die Teilnehmer bewerteten das Programm überaus positiv (Hopkins et al., 2018). Die Einführung eines solchen Programms in kinder-kardiologischen Abteilungen sollte geprüft werden, insbesondere um eine faire und transparente Führungskultur, die sich stetig weiterentwickelt, zu schaffen.

### ***Zutrauen einer Chefarzt-Position***

Nun muss geprüft werden, wie groß der Anteil der Teilnehmer ist, welche sich eine Chefarzt-Position zutrauen. 70,5 % der Befragten machten ihre Angaben über der Hälfte der Skala hinaus in Richtung „Traue ich mir zu“. Dieses spricht bei dem größten Anteil der Befragten für das nötige Selbstbewusstsein um eine Führungsposition zu besetzen. Interessant ist die separierte Betrachtung der Antworten von Vollzeitbeschäftigten im Vergleich zu Teilzeitbeschäftigten. Während die Vollzeitbeschäftigten im Durchschnitt einen Mittelwert von 4,0 Punkten auf der Skala von 0 (Traue ich mir nicht zu) bis 6 (Traue ich mir zu) aufwiesen, zeigte sich bei den in Teilzeit-Arbeitenden mit 3,8 Punkten im Mittel ein ähnliches Ergebnis. Somit könnte sich auch ein großer Anteil der Teilzeitarbeitenden eine Chefarzt-Position für die eigene Person vorstellen. Aufgrund der Teilzeitposition können jene Ärzte jedoch oftmals keine Führungsposition besetzen. Nun kommt das Konzept des Job-Sharings bzw. Top-Sharings ins Spiel. Dieses Konzept würde es Ärzten mit den nötigen Fähigkeiten und Ambitionen trotz Teilzeitarbeit ermöglichen eine Führungsposition gemeinsam mit einer weiteren Person einzunehmen. Diese Möglichkeit wurde bereits in Kapitel 4.1. diskutiert und anhand von Studien als positiv bewertet. Hierfür muss jedoch die Flexibilität auf Führungsebenen verbessert und alternative Konzepte weitreichend akzeptiert werden.

### ***Karriereziele aus weiblicher Perspektive***

Weitergehend wurden die Teilnehmer gefragt „Sind Sie der Meinung, dass Ihre Karriereziele anders aussähen, wenn Sie weiblich wären?“. Kehrt man diese Frage

um und würde Frauen fragen, ob sie schon einmal darüber nachgedacht haben, inwiefern ihr Karriereverlauf anders aussehen würde, wenn sie ein Mann wären, so ist durchaus vorstellbar, dass sich viele Frauen eine solche Frage bereits stellen mussten. An dieser Stelle muss jedoch auf die Forschungsarbeit, welche den Fragebogen rund um die weiblichen Kinderkardiologinnen thematisiert, verwiesen werden. In diesem Fall beantworteten 48,1 % der Kinderkardiologen die Frage mit „Ja“ und wurden daraufhin auf die nächste Seite weiterverwiesen, auf welcher dann verschiedene Konsequenzen zur Auswahl aufgelistet wurden. Ca. ein Drittel dieser Teilnehmer (32,8 %) wählten die Antwortmöglichkeit „Weniger Zeit in der Klinik, da mein Fokus stärker auf Kinderbetreuung liegen würde“. Die teilnehmenden Ärzte sehen somit in ihrem Alltag, dass Frauen öfter die Rolle der primären Versorgerin für die Kinder einnehmen und sich dadurch die Zeit in der Klinik reduziert. Der Einfluss einer vermehrten Kinderbetreuung auf die klinischen Ambitionen bzw. die Rolle der Ärzte heutzutage wird in einem späteren Abschnitt dieser Arbeit diskutiert. Auch das spätere Erreichen von Karrierezielen wird von den Teilnehmern hervorgehoben. Es macht somit den Eindruck als würde ein Teil der Befragten durchaus Hindernisse auf dem weiblichen Karriereweg ausmachen. Vergleicht man diese Barrieren mit Erkenntnissen aus der Literatur, welche aus qualitativen Studien gewonnen wurden, so können zusätzliche Barrieren ausgemacht werden. Die britische Studie, auf welche sich im Folgenden bezogen wird, wurde mit Professorinnen diverser Fachgebiete durchgeführt und exploriert Barrieren in der Universitätsmedizin. Eine Barriere, die hervorgehoben wird, ist die vorherrschende maskuline Kultur am Arbeitsplatz. Es herrsche insbesondere in der akademischen Universitätsmedizin ein Drang zur Suche nach der nächsthöheren Position. Diese befinden sich jedoch oftmals an anderen Universitäten und somit anderen Städten. Für Frauen mit Partnern, die nicht umziehen möchten und/oder Kindern, ist ein solcher Prozess schwierig. Jedoch wurden auch individuelle Barrieren wie fehlendes Selbstbewusstsein und das Wechseln zwischen verschiedenen Rollen angeführt (Trusson & Rowley, 2022). Die Tatsache, dass es immer noch diverse Barrieren für Frauen auf der Karriereleiter der Medizin gibt, scheint jedoch unstrittig. Daher ist es erstaunlich, dass die Hälfte der befragten Kinderkardiologen der Meinung ist, keinen anderen Karriereweg zu haben, mit dem hypothetischen Hintergrund, dass sie weiblichen Geschlechts wären. Ihr eigenes Geschlecht sehen 97 % nicht als einflussnehmenden Faktor auf ihren Karriereweg (s. Tabelle 18).

## ***Geschlechtsspezifische Kompetenzen***

Es folgte eine Frage, in welcher die Befragten anhand einer Skala wählen konnten, welches Geschlecht sie in den Tätigkeitsfeldern der Kinderkardiologie als kompetenter einschätzen würden. Insgesamt zeigten sich keine deutlichen Ausschläge, abweichend von der Mitte, welche mit „Egal“ gekennzeichnet wurde. Leichte Tendenzen in Richtung „Frauen führen diese Tätigkeit besser aus“, gab es bei der „Patient\*innen- und Elternkommunikation“ und der Stationsarbeit. Dahingegen waren die teilnehmenden Kinderkardiologen der Meinung, dass das Herzkatheter Labor eher durch Männer besser betreut wird. Bei der Besetzung von Chefarztstellen in der Kinderkardiologie ist es oft genau jene Expertise, die für einen Kandidaten spricht. Daher ist es bezeichnend, dass in Deutschland aktuell Frauen lediglich in geteilter Funktion mit Männern Herzkatheterlabore leiten (Haas, 2025). Dieser Aussage widersprechen jedoch diverse Studien aus den letzten Jahren, welche weibliche Chirurgen mit ihren männlichen Kollegen verglichen. In den meisten Studien wurden Parameter wie 30-Tage Überleben, Krankenhaus Wiederaufnahme und Komplikationen berücksichtigt. Eine kanadische Studie konstatiert, dass der OP-Verlauf und die zuvor genannten Parameter bei weiblichen Chirurgen zwar minimal, aber signifikant besser verliefen, verglichen mit den Werten der Chirurgen (Wallis et al., 2017). Ähnliche Studiendesigns lieferten Erkenntnisse, dass Männer insbesondere bei weiblichen Patientinnen ein schlechteres Ergebnis aufwiesen, im direkten Vergleich mit ihren weiblichen Kolleginnen. Hierzu muss jedoch unterstrichen werden, dass sich eine Geschlechterkongruenz zeigte. Dieses bedeutet, dass männliche Kardiologen in dieser Studie männliche Patienten mit besseren Ergebnissen behandelten und ebenso die weiblichen Kardiologen ihren weiblichen Patientinnen bessere Outcomes liefern konnten. Es zeigte sich dennoch die zuvor beschriebene deutliche Gravidität einer Inkongruenz bei der Behandlung von Patientinnen durch männliche Kardiologen (Greenwood, 2018).

Auch im internistischen Bereich, bei der Behandlung von Diabetes Typ 2, zeigte eine deutsche Studie, dass die Betreuung dieser Erkrankung erfolgreicher von Ärztinnen durchgeführt wird (Berthold, 2008). Es ist jedoch zu betonen, dass diese Studien oftmals mit kleinen Effekten arbeiten, was beispielsweise vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im deutschen Ärzteblatt bemängelt wird (Schmedt, 2016).

Bei der Zuteilung ärztlicher Attribute (s. Tabelle 17) nach Geschlecht, wurden die Eigenschaften „Experimentierfreudig“, „Autoritär“ und „Durchsetzungsfähig“ eher dem männlichen Geschlecht zugeschrieben, während sogenannte Soft Skills wie „Empathisch“ und „Kommunikativ“ eher den Ärztinnen zugeschrieben wurden. Es können Parallelen gezogen werden, zu der Fragestellung nach wichtigen Eigenschaften auf dem Weg zu einer Führungsposition. Einige der Soft Skills, die hier aufgelistet wurden, waren auch Teil der vorherigen Fragestellung, deren Ergebnisse in Tabelle 14 aufgelistet wurden. Dort wurde nach „Fachwissen“ das Attribut „Kommunikationsfähigkeit“ von mehr als der Hälfte der Kinderkardiologen (54,1 %) als wichtig auf dem Karriereweg eingestuft. Diese Fähigkeit wurde bekanntermaßen eher weiblichen Ärztinnen zugeordnet. Die folgenden Eigenschaften, die charakteristisch für eine Führungsperson sind, wurden eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet. Hierbei handelt es sich um Durchsetzungskraft und Forschung, welches mit dem Attribut „Experimentierfreudig“ verglichen werden kann. Es scheint somit, als würden sowohl Frauen als auch Männern Charaktereigenschaften zugeschrieben, die eine Führungsperson nach den Vorstellungen der befragten Kinderkardiologen ausmachen.

### ***Karriereplanung und Familienplanung***

Bei den Aussagen hinsichtlich der Karriereplanung und den darauf einwirkenden Faktoren, wurde die Antwortmöglichkeit „Ich habe/werde meine Karriereplanung aufgrund der Familie angepasst/anpassen“ von den Befragten am häufigsten gewählt (41,8 %). Trotzdem finden sich zu den Stichworten Karriereplanung und Familienplanung vornehmlich Artikel, insbesondere aus großen deutschen Zeitungen wie der WELT oder der Süddeutschen Zeitung, die diese Spannungsfelder nur aus der Frauenperspektive beleuchten (Michler, 2021). Dass ein solcher Konflikt ebenso bei männlichen Arbeitnehmern bestehen mag, wird medial nicht diskutiert. Es sind auch solche Probleme, die dazu beitragen die Verantwortung der eigenen Familie weiterhin alleinig auf den Schultern der Frauen zu belassen und keine Parität der Geschlechter bei dieser Thematik zu erreichen. Familien- und Karriereplanung betrifft Männer ebenso wie Frauen. Dieses wird auch während dieses Fragebogens deutlich. Viele der teilnehmenden Kinderkardiologen wünschen sich mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung von ihren Arbeitgebern für

die männliche Seite der familiären Verantwortung. Weiteres dazu wird es im Diskussionsteil 4.7. geben.

#### **4.6. Spezielle kinderardiologische Möglichkeiten**

In diesem Fragebogenabschnitt wurde insbesondere auf den kinderardiologischen Hintergrund der Befragung Rücksicht genommen. Die Fragen kreisten somit vornehmlich um Tätigkeitsfelder aus der Kinderardiologie. Hervorzuheben ist insbesondere die Fragestellung nach den Ursachen für die geringe Anzahl an Frauen in Führungspositionen in der Kinderardiologie, welche die Forschungsfrage dieser wissenschaftlichen Arbeit widerspiegelt.

Sofort fällt dem Betrachter der Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 19, ins Auge, dass die vier am häufigsten gewählten Punkte alle familien-oder partnerbezogen sind. Es handelt sich um Aussagen wie „Frauen verzichten aus familiären Gründen auf eine eigene Karriere“ oder sogenannte K.O.-Kriterien wie Teilzeit oder Babyzeit. Auch die Ansicht, Frauen würden hinter ihrem Partner/ihrer Partnerin in Bezug auf Karriere zurücktreten, wird von mehr als einem Drittel der Kinderardiologen gewählt. Während erstgenannte und letztgenannte Ursachen implizieren, dass sie von den Ärztinnen selbst gewählt sind, ist jenes bei den beiden Aspekten der K.O.-Kriterien nicht ergründbar. Jedoch ist erneut hervorzuheben, dass die teilnehmenden Männer die familiäre Gebundenheit von Frauen als Karrierehindernis bei der Besetzung von Führungspositionen einschätzen.

Wird die am provokantesten formulierte Aussage der zur Verfügung gestellten Antwortmöglichkeiten näher analysiert, so fällt auf, dass die Ursache „Fehlende Eignung von Frauen für Führungspositionen“ insgesamt von drei Teilnehmern gewählt wurde. Hierunter ist ein Chefarzt, welcher sicherlich mit einer solchen Einstellung keine Frau in eine höhere Position, geschweige denn in die höchste Führungsposition der Chefarztin, befördern würde. Aus welchen näheren Gründen jener Teilnehmer Frauen als ungeeignet für eine Führungsposition einschätzt, bleibt leider unklar. Dennoch ist zu betonen, dass nur drei Teilnehmer der Meinung waren, dass Frauen gänzlich ungeeignet für eine Führungsposition seien.

### ***Geschlechtsspezifische Zuteilung von Rotationen***

Um herauszufinden, ob es bereits in der Weiterbildung zur Kinderkardiologin / zum Kinderkardiologen während der Zuteilung von Rotationsstationen Benachteiligungen gibt, wurden die Teilnehmer hierzu nach ihren Erfahrungen gefragt. Zunächst wurde nach dem bevorzugten Einsatz von männlichen Ärzten in einigen Tätigkeitsfeldern der Kinderkardiologie gefragt. Hierbei waren 18,9 % der Teilnehmer der Meinung, dass im Herzkatheterlabor bevorzugt Männer eingesetzt werden. Es scheint somit geschlechterbedingte Präferenzen von Vorgesetzten bei den Zuteilungen zu geben. Auch andersherum gaben einige der teilnehmenden Männer (12,3 %) an, Bevorzugungen von Ärztinnen, vornehmlich bei der Rotation in die Ambulanz, zu beobachten. Auch in anderen Feldern gab eine kleine Anzahl an Befragten an, eine Präferenz beim Einsatz von Frauen zu erkennen. Ob jene geschlechterbedingten Präferenzen mit guten Erfahrungen oder persönlichen Vorlieben für einen Bereich verbunden werden können, ist anhand des Fragebogens nicht auszumachen. Interessant wäre auch in einer Folgestudie die persönlichen Präferenzen der Kinderkardiolog\*innen für bestimmte Rotationsstationen auszumachen und die Ursache für jene.

Arbeiten Männer gerne im Herzkatheter-Labor, weil sie dort auf andere Männer treffen oder sie der chirurgische Aspekt des Berufs reizt? Präferieren Frauen eventuell Ambulanztätigkeiten, da sie dort am meisten Patientenkontakt erfahren? Fragen wie diese, sollten zum Ausschluss von Diskriminierung und zwecks weiterem Erkenntnisgewinn in Folgestudien, geklärt werden.

### ***Faktoren zur Vergabe von Führungspositionen***

Die wichtigsten Faktoren zur Vergabe von Führungspositionen aktuell in der Kinderkardiologie wurden als „wissenschaftliche Leistungen“, „persönliche Beziehungen“ und „klinische Leistungen“ bewertet (s. Tabelle 20). Forschungsarbeit schätzen die Teilnehmer folglich als essentiell für das Erlangen einer hohen Position in der klinischen Medizin ein. Berücksichtigt man nun jedoch die Kommentare, welche hinsichtlich der Forschungsarbeit im Fragebogen getätigt wurden, so muss sich in Erinnerung gerufen werden, dass viele der Befragten angaben, Forschung müsse in der Freizeit stattfinden (vgl. Tabelle 4). Sollte die Freizeit somit mit außerklinischen Interessen, familiärer Betreuung oder Kontaktpflege von Freundschaften gefüllt sein, ergibt sich trotz der vielen geleisteten klinischen

Überstunden ein Nachteil bei der Karriereentwicklung. Wünschenswert würden die Teilnehmer die Reihenfolge „Klinische Leistung“, „Soft Skills, Kommunikation“ und „Wissenschaftliche Leistung“ als Kriterien für das Erlangen einer Führungsposition empfinden.

### ***Frauenquote in der Kinderkardiologie***

Eher abgelehnt wurde dagegen die Einführung einer Frauenquote (s. Tabelle 21). Dieses bestätigt auch die nachfolgende Frage, in welcher eine Quotenregelung für Frauen sowohl in der Universität/Forschung als auch in der Kinderkardiologie von den Teilnehmern zurückgewiesen wird.

Dabei fordert der Deutsche Ärztinnenbund bereits seit 2014 die Einführung einer verbindlichen Frauenquote in der Medizin. Die Begründung ihrer Forderung fußt unter anderem auf der Einführung der Frauenquote in der Wirtschaft. Ihre Argumentation betont die Notwendigkeit einer solchen Quotenregelung in der Wirtschaft und hinterfragt das Erreichen von Parität auf Führungsebene in Kliniken ohne einen solchen Mechanismus (Rapp-Engels, 2014). Gleichzeitig wird auch eine hypothetische Quotenregelung für Männer im Medizinstudium von den männlichen Teilnehmern des Fragebogens überwiegend verneint (s. Tabelle 22). Erschreckend ist jedoch, dass nur 42,4 % der Teilnehmer der Aussage zustimmen können „Männer und Frauen haben im klinischen Alltag die gleichen Chancen eine kinder-kardiologische Führungsposition zu erlangen“. Es scheint also als wäre den befragten Männern durchaus bewusst, dass es geschlechterspezifische Hürden entlang des Karriereweges gibt.

## **4.7. Vereinbarkeit von Karriere und Familie**

Häufig wird die größte Barriere für die weibliche Karriere mit Kinderbetreuung benannt. Dieses wird auch anhand Tabelle 19 deutlich, in welcher die Ursachen für den geringen Frauenanteil in Führungspositionen der Kinderkardiologie nach Zustimmung der Teilnehmer geordnet wurden. Da zumeist die Gründung einer Familie mit zeitlichen Ausfällen der Mutter durch Geburt und Mutterschutz einhergeht, wird oftmals davon ausgegangen, dass sich dieser Zeitraum durch Elternzeit verlängert. Bei Männern bzw. unseren teilnehmenden Kinderkardiologen

gaben 16 % an, eine Karriereauszeit für Elternzeit in Anspruch zu nehmen. Die durchschnittliche Dauer jener betrug nach den Angaben der Befragten 3 Monate. Es gaben nur 5 % an familienbedingte Teilzeit in Anspruch genommen zu haben. Interessant ist jedoch zu beobachten, dass 73 % der Kinderkardiologen ihre Karriere nie unterbrochen haben. Dass eine familienbedingte Karriereunterbrechung jedoch die Aufstiegschancen entlang der klinischen Karriereleiter verschlechtert, empfindet ein Großteil der Befragten, was anhand von Abbildung 28 sichtbar gemacht wurde. 63 % der Kinderkardiologen stimmten der Aussage eher oder voll zu. Daraus ergeben sich zwei Konsequenzen. Zunächst baut eine solche Erwartungshaltung Druck auf werdende Mütter auf, schnellstmöglich nach Geburt eines Kindes wieder ins Arbeitsleben einsteigen zu müssen. Gleichzeitig bedeutet es auch eine Verschlechterung der Aufstiegschancen jener Elternteile, die Wert auf Zeit mit ihren Kindern legen. Eine australische Studie, durchgeführt im Jahr 2020, bestätigt die Sorgen von Müttern aufgrund von Auszeiten basierend auf Mutterschutz aus einem vielversprechenden Karriereweg auszuschneiden. Daraus ergab sich laut der Studie, dass es bei einigen Teilnehmern jener Studie zu einem Hinauszögern der Familienplanung bis es zu Schwierigkeiten der Umsetzung des Kinderwunsches, wegen eines fortgeschrittenen Alters, kam (Collie, 2022). Gleichzeitig wird in jener Studie hervorgehoben, dass das Verständnis für männliche Ärzte, die eine Karriereauszeit für familiäre Pflichten nehmen, geringer ausfällt als bei Frauen, welche denselben Weg gehen. Bei Frauen ist es, neben der biologischen Rehabilitation nach einer Geburt, traditionell verankert, dass diese zumindest die ersten Lebensmonate mit ihrem Neugeborenen verbringen (Collie, 2022). Auch unsere befragten Kinderkardiologen äußern ihr Bedauern über die fehlenden Möglichkeiten und Akzeptanz für Auszeiten von Männern, die sie sich durchaus für die Kinderbetreuung wünschen würden. Es würde in diesem Bereich häufig Bevorzungen von Frauen und bessere Angebote für jene geben (s. Tabelle 31). Diese Umstände bestätigt auch Dr. Henkelmann, welcher gemeinsam mit seiner Ehefrau an der Universität Leipzig habilitiert, in einem Artikel des deutschen Ärzteblatts. In diesem Artikel beschreiben beide ihren gemeinsamen Weg der Habilitation. Kinderkrankentage und Elternzeit seien auch im Jahr 2023 noch keine Selbstverständlichkeit auf dem männlichen Karriereweg (Richter-Kuhlmann, 2023).

Hier bedarf es somit institutioneller Besserung und neuer flexiblerer Konzepte für Väter, die einen aktiveren Part in der Familienbetreuung übernehmen wollen.

### ***Positivbeispiel Schweden***

Oftmals wird Schweden als Positivbeispiel herangezogen, in welchem die gesetzlichen Bedingungen für Arbeitnehmer insbesondere bei der Kinderbetreuung wesentlich familienfreundlicher ausgerichtet sind. Väter erhalten bis 10 Tage nach Geburt ihres Kindes bezahlten Vaterschaftsurlaub und jedes Kind hat das Recht auf einen öffentlichen Betreuungsplatz, welche häufig günstiger sind im Vergleich mit Deutschland. Weitergehend öffnen Kitas häufig bereits um 6 Uhr morgens, um Eltern, die im Schichtsystem arbeiten, zu berücksichtigen. Auch die Regelungen zum sogenannten Kinderkrankengeld, welches greift, wenn das Kind krank ist, wird in einem Artikel der Arbeitnehmerkammer Bremen zur Gleichstellung in Schweden als sehr positiv und flexibel beschrieben (Lübker, 2021). Es gibt somit positive Beispiele an denen sich orientiert werden könnte. Zur Einführung und um das Umdenken bei jungen Vätern zu beschleunigen, wurde bereits im Jahr 1978 eine Kampagne in Schweden präsentiert, welche die Vorteile von Elternzeit für den Vater präsentierte. Es wurde somit aktiv Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um das Image von Vätern in Elternzeit zu normalisieren. Momentan nimmt jeder zweite berufstätige Schwede Elternzeit in Anspruch (Donges, 2023). Wirft man erneut einen Blick auf unsere Umfrage, so waren es hier nur 16 % der teilnehmenden Ärzte (s. Abbildung 27).

### ***Finanzielle Folgen der Teilzeitarbeit***

Tatsache ist, dass Frauen in Deutschland häufiger in Teilzeit arbeiten, verglichen mit Männern. Fast die Hälfte aller sozialversicherungspflichtigen weiblichen Beschäftigten (7,6 Millionen) arbeiteten 2021 laut der deutschen Agentur für Arbeit in Teilzeit. Dagegen waren 7,9 Millionen Frauen in Vollzeit tätig (Bundesagentur für Arbeit, 2022). Dieses dürfte bei Renteneintritt zu finanziellen Problemen bei jenen in Teilzeit arbeitenden Frauen führen. Insbesondere dürfte das Fehlen einer privaten Vorsorge und ausbleibende Unterstützung durch eine zusätzliche Rente eines Partners im Falle einer Trennung oder fehlenden Ehegemeinschaft ein weibliches Zukunftsproblem schaffen. Gleichzeitig erzeugt eine solche Situation finanzielle Abhängigkeit der berufstätigen Frauen im höheren

Alter, welche als Konsequenz an ihre Ehepartner, die in Vollzeit gearbeitet haben, gebunden wären. In unserem Fragebogen hingegen gaben 15,7 % der männlichen Befragten an, in Teilzeit zu arbeiten. Laut der deutschen Agentur für Arbeit besitzen von den männlichen Sozialversicherungspflichtigen in Deutschland 11,7 % einen Teilzeitvertrag. Ein folglich erheblich geringerer Anteil als bei den Frauen.

Diese Asymmetrie zeigt sich auch bei der Frage nach dem Hauptverdiener im Haushalt. 82,5 % sind entweder Alleinverdiener oder verdienen mehr als ihr\*e Partner\*in (s. Tabelle 24). Jene Männer werden somit in Zukunft auch eine höhere Rente bekommen im Vergleich mit ihren Partner\*innen.

### ***Kinderbetreuung***

Dass die Betreuung der Kinder immer noch zu einem Großteil von der Frau übernommen wird zeigt Tabelle 25. Dort gaben fast die Hälfte aller Befragten (45,1 %) an, ihr\*e Partner\*in betreut/betreute vornehmlich die Kinder. Nur 8,2 % gaben an die Kinderbetreuung im gleichen Ausmaß wie ihr\*e Partner\*in zu übernehmen. Auch wenn beide Elternteile als Ärzt\*innen tätig sind, wendet die Frau einen Großteil ihrer Zeit für die Betreuung der Kinder auf und trägt somit einen größeren Teil der familiären Belastung, wohingegen der Mann jene Zeit in den beruflichen Sektor investieren kann (van den Bussche et al., 2014).

Es ist jedoch zu betonen, dass beide Seiten mit dieser Aufteilung zufrieden sein können und dieses nicht unmittelbar als negativ zu bewerten ist. Trotzdem ist eben jenes zu prüfen, da es sich hierbei auch um die Umsetzung veralteter Rollenmodelle handeln kann, getreu nach dem Motto: so wurde es schon immer gemacht. So hatte auch die Familienplanung bei 54,4 % der Teilnehmer keinen Einfluss auf ihre Karriereplanung. Wenn sie, wie in der Studie von van den Bussche aufgezeigt, täglich weniger als 2 Stunden Zeit für ihre Kinder einplanen, müssen sie bei der Planung der Erweiterung ihrer Familie wenig Rücksicht auf ihren Karriereverlauf nehmen. Umgekehrt bei der Betrachtung des Einflusses der Karriereplanung auf die Familienplanung gaben 8,9 % der Teilnehmer an, ihren Kinderwunsch dem Streben nach beruflichem Erfolg untergeordnet zu haben. Weitere 6,9 % gaben berufliche Belastungen an, welche die Familienplanung z.B. durch Zurückhaltung bei der Erweiterung jener aufgrund von zu wenig Zeit, dementsprechend beeinflusst hat.

#### **4.8. Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life Balance**

Während aktuell in Kliniken vornehmlich gesetzlich geregelte Strukturen, wie die Elternzeit oder Teilzeitarbeit, umgesetzt wurden, bleiben alltägliche Hilfen beispielsweise bei der Unterstützung zur Suche eines Kinderbetreuungsplatzes laut den Kinderkardiologen in der Umsetzung zurück (s. Tabelle 28).

Es sind jedoch eben solche Angebote, welche eine Klinik für die so knapp bemessene Ressource qualifizierter Ärzt\*innen als Arbeitgeber attraktiv macht. Während in großen Wirtschaftsunternehmen längst Angebote wie bezuschusste Sportmitgliedschaften, betriebliche Kinderbetreuung und gesundes Kantinenessen gefördert werden, sind solche Annehmlichkeiten in Kliniken häufig nicht aufzufinden. Dabei sollen Kliniken doch wirtschaftlich arbeiten, wie eben jene großen Wirtschaftsunternehmen. Bei dem Anwerben von Personal haben sie jedoch oftmals wenig zu bieten.

##### ***Wünsche für das Streben nach höherer Position***

Dabei handelte es sich bei den Wünschen für die Zukunft der teilnehmenden Kinderkardiologen um durchaus angemessene Forderungen. Auf Platz eins wünschten sich die Befragten (51,6 %) eine Sensibilisierung auf Führungsebene in Richtung Familienfreundlichkeit. Eine Maßnahme, welche zunächst unbürokratisch umsetzbar erscheint und keiner finanziellen Mittel bedarf.

Dass ein solches Umdenken auf Führungsebene stattfinden muss, postulierte auch Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen, Chefarzt an der Klinik für Kinder und Jugendliche der Städtischen Kliniken Mönchengladbach, auf einer Tagung des Verbandes Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) im Jahr 2020. Veröffentlicht wurde daraufhin ein Artikel im Magazin „Medizin studieren“. Er verdeutlichte den Generationenunterschied zwischen Chefärzt\*innen und Assistenzärzt\*innen, zwischen denen zeitweise gute 40 Jahre liegen können. Des Weiteren stellt er klare Forderungen an die anwesenden Chefärzt\*innen und konstatiert, dass die Wünsche der jüngeren Ärzte-Generation nach flexibleren Arbeitszeiten, klarer Kommunikation und Work-Life Balance berücksichtigt werden müssen, um den Führungsnachwuchs in Kliniken zu bewahren (Schmitt-Sausen, 2020). Die hier befragten Kinderkardiologen gaben für ein Streben nach höheren klinischen Karrierezielen am häufigsten eine Verlagerung arztfremder

Tätigkeiten auf Hilfspersonal an. Eine Umsetzung beispielsweise in Form von arztfremdem Personal, welches die Arztbriefe verfasst, würde die zeitliche Kapazität der Kinderkardiologen enorm aufstocken. Dadurch könnte dann auch mehr Zeit für die Durchführung von Forschungsprojekten geschaffen werden.

Dieser Punkt wurde in Form von „Forschung erleichtern“ ebenso von den Teilnehmern häufig als Änderungsvorschlag angegeben. Forschung ist insbesondere in der universitären Kliniklandschaft ein wichtiger Faktor für eine Beförderung auf eine höhere Position und wird von den Mitarbeitern vertraglich gefordert. Oftmals fehle jedoch ein zeitlich geschützter Raum um wissenschaftliche Ziele zu verwirklichen, wie die Frage nach der wöchentlichen Forschungszeit bereits in Abschnitt 4.1. aufdeckte. Weitergehend wünschen sich 38,5 % der Teilnehmer mehr Flexibilität bei der Dienstplanung. Auch Möglichkeiten eines Karriereweges mit bzw. trotz Teilzeitmodellen werden von 32% der Befragten gefordert (s. Tabelle 30). Jene Teilzeitarbeit erscheint bei Vielen, ebenso wie die Inanspruchnahme von Elternzeit, eine Bremse auf der Karriereleiter darzustellen, wie bereits in Kapitel 3.8. anhand von Grafik 27 dargestellt. Trotzdem erscheint der Vorschlag des Erleichterns eines Wiedereinstieges nach Elternzeit als letzter Punkt der Tabelle an wünschenswerten Handlungsvorschlägen mit 5,7 %. Dieses mag damit zusammenhängen, dass die männlichen Kinderkardiologen im Durchschnitt weniger als ca. 3 Monate Elternzeit in Anspruch nehmen. Ein Wiedereinstieg nach einer solch kurzen Auszeit bedarf möglicherweise keiner spezifischen Einführung. Auch der Vorschlag von Mentoringprogrammen wird nur von einem geringen Anteil von 14,8 % als wünschenswert angesehen. Dieses Ergebnis ist doch überraschend, insbesondere unter Berücksichtigung der positiven Studien, die die Einführung solcher Programme vor dem Hintergrund von wissenschaftlichen Beobachtungen befürworten. Da bereits in Abschnitt 4.4. ausführlich auf diese Thematik eingegangen wurde, erfolgt hier keine nähere Erläuterung.

### ***Kinderkardiologen fordern mehr Unterstützung***

Im abschließenden freien Textfeld der Umfrage finden sich diverse abschließende Kommentare der teilnehmenden Kinderkardiologen zur umfassenden Thematik „Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie“. Teilweise wurden diese bereits in den dazu passenden Themenkomplexen aufgegriffen und diskutiert. Der gesamthafte Tenor, welcher herausklingt, ist jedoch der, dass viele Männer sich

mehr Unterstützung bei der Übernahme von familiärer Verantwortung wünschen. Dabei gäbe es viele Möglichkeiten beispielsweise auf gesetzlichem oder institutionellem Wege, Änderungen zu implementieren. Diese müssen möglichst schnell umgesetzt werden, da bei einem solch hohen Anteil an weiblichen Medizinstudentinnen die zukünftigen Führungskräfte gesichert werden müssen. Hierbei muss der Beruf des Chefarztes bzw. der Chefärztin attraktiver für die aufstrebenden Ärzt\*innen gestaltet werden. Gleichzeitig muss auch der Weg zu einer Führungsposition geebnet werden anhand von Maßnahmen, welche das ärztliche Personal entlasten, entweder durch das Einstellen von mehr Kolleg\*innen oder durch die Verlagerung von ärztlichen Tätigkeiten. Außerdem muss Forschung erleichtert werden.

Der wichtigste Punkt ist jedoch jener der Kommunikation. Es sollte bei jeglichen geschlechterspezifischen Problematiken Ansprechpartner\*innen in den Kliniken geben und eine offene Kommunikation bereits auf Assistenzarztebene herrschen. Dieses ist wichtig damit Vorgesetzte die Bedürfnisse ihres Teams zur Kenntnis nehmen und verstehen.

Dadurch können individuelle Karrieren besser gefördert werden und gleichzeitig die Jobzufriedenheit gesteigert werden. Eine Abwanderung in Teilzeit oder die Niederlassung könnte somit vermieden oder zumindest reduziert werden. Eine Arbeitsstelle, welche Unterstützung in den unterschiedlichsten Varianten anbietet, zieht viele wertvolle ärztliche Arbeitskräfte an. Hierbei sollte ein Kaleidoskop an Möglichkeiten angeboten werden. Es kann die Umsetzung eines Mentoringprogramms ebenso in Erwägung gezogen werden, wie die Etablierung von Hilfe bei der Suche nach einem Kinderbetreuungsplatz. Außerdem sollten Überstunden in Form von Freizeitausgleich oder Bezahlung entsprechend vergütet werden. Hierfür bedarf es möglicherweise einer Überarbeitung der gesetzlichen Gegebenheiten, da diese aktuell Arbeitnehmer behindern, ihre Überstunden korrekt und vollständig zu dokumentieren. Bei jenen Maßnahmen handelt es sich um genderneutrale Vorschläge. Wichtig ist, wie in der Diskussion dieses Fragebogens hervorgehoben, Förderungen beispielsweise bei der Kinderbetreuung nicht nur Frauen vorzubehalten. Dasselbe Maß an Verständnis und Hilfsleistungen muss auch Vätern angeboten werden. Auch die Akzeptanz von Männern, welche sich trotz eines ambitionierten Karrierewegs, Auszeiten für ihre Kinder (z.B. Krankheitstage) nehmen, sollte im klinischen Umfeld verbessert werden.

Es zeigt sich anhand der Analyse des männlichen Fragebogens und literarischen Vergleichen, dass eine reine Frauenförderung nicht der alleinige Schlüssel zu einer ausgeglicheneren Geschlechterverteilung in Führungspositionen der Kinderkardiologie ist. Es bedarf ebenso eines Angebots für die männlichen Kinderkardiologen, um Missstände der Gleichstellung zu beheben. Hierbei sollte sich neben den Arbeitgebern Klinik und den Fachgesellschaften, auch die Politik in der Pflicht sehen, weitere Förderungen, die der paritätischen Verteilung von Führungspositionen dienen, auf den Weg zu bringen.

## 5. Schlussfolgerungen

Zuletzt werden die gewonnenen Kernaussagen der Studie und ihre Interpretationen prägnant zusammengefasst in diesem Abschnitt dargelegt.

### ***Fehlende Flexibilität in männlich geprägten Strukturen***

Über alle Hierarchiestufen hinweg werden wöchentlich 13 Überstunden von den Teilnehmenden abgeleistet. Zudem geben fast die Hälfte der Kinderkardiologen (47,9 %) an, ihre über die vertragliche Vereinbarung hinaus gearbeitete Stunden nicht oder nur teilweise dokumentieren zu dürfen. Dieses bedeutet eine Mehrbelastung sowie eine Form von Frustration, welche hinderlich für ein Streben nach einer höheren Karriereposition sein dürften. Aus diesem Grund benötigt es moderner Konzepte um Führungspositionen attraktiv zu machen. Das Prinzip des „Job-Sharings“ wurde von den Kinderkardiologen überwiegend positiv aufgenommen. Über die Hälfte aller befragten Kinderkardiologen sehen Job-Sharing als umsetzbares Konzept auf allen hierarchischen Ebenen. Bedenken bestehen hinsichtlich unklarer Ansprechpartner\*innen sowie fehlender Verantwortlichkeit.

### ***Zufriedenheit ohne Führungsposition***

Die befragten Kinderkardiologen zeigten sich mehrheitlich zufrieden mit ihrer aktuellen beruflichen Situation (M: 4,2 von 6). Am zufriedensten zeigten sich Ärzte mit leitenden Funktionen wie Chefärzte, Oberärzte und Funktionsoberärzte. Dennoch wollen zukünftig lediglich 63,5 % der Kinderkardiologen in Vollzeit arbeiten. Laut des Fragebogens sind es aktuell 81 %. In Zeiten des Ärztemangels dürfte eine zusätzliche Reduktion der Stundenzahl von klinisch tätigen Ärzten die Patientenversorgung weiter gefährden.

### ***Männer behindern aktiv weibliche Karriere***

Kinderkardiologen bemerken mehrheitlich eine aktive Benachteiligung ihrer Kolleginnen, welche sich negativ auf ihre Karriereentwicklung auswirkt. Fast 70 % der Befragten konstatieren Diskriminierung am Arbeitsplatz von Kolleg\*innen miterlebt zu haben. Bei selektiver Betrachtung der Chefärzte halbiert sich diese Zahl

(36,4 %). Insbesondere das weibliche Geschlecht (31,1 %) ebenso wie eine Mutterschaft und Elternzeit (31,1 %) waren Gründe für Diskriminierung. Jedoch scheinen Chefärzte diese stattfindende Diskriminierung nicht in demselben Ausmaß wahrzunehmen. Ähnlich verhält es sich bei Diskriminierung an der eigenen Person. Während 62,7 % aller Teilnehmer keine Benachteiligungen erfahren mussten, sind es bei selektiver Betrachtung der Chefärzte 90,9 %. Am häufigsten genannte Ursachen waren ein Migrationshintergrund (17,2 %), sowie das eigene Alter (15,6 %). Zurück zur Hypothese, dass Männer aktiv weibliche Karrieren behindern, so fügt sich die Aussage „Männer werden bei der Karriereentwicklung bevorzugt und eher befördert als eine Frau mit gleicher Leistung“ mit einer Zustimmung von 38,9 % in das Bild hinein. Hinzu kommt, dass ca. ein Viertel der Kinderkardiologen (25,5 %) der Meinung voll oder eher zustimmen, dass Männer bei ihren Vorgesetzten Vorteile bei der Karriereentwicklung haben. Kinderkardiologen sind sich somit einer aktiven Benachteiligung von Kinderkardiologinnen bewusst, wobei dieses Bewusstsein vor der Chefetage Halt zu machen scheint. Es sind jedoch eben jene männliche Führungskräfte, die ein Umdenken einleiten müssten und mit Taten solche Aussage vorbeugen können.

### ***Zu wenig Vorbilder und fehlende Förderung***

Im Rahmen der Befragung zeigte sich, dass die Förderung durch institutionalisierte Programme, wie wissenschaftliche Förderprogramme (15,6 %) und medizinische Gesellschaften (3,3 %) als kaum hilfreich für den eigenen Karriereweg erachtet wurden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass 88 % Teil einer medizinischen Fachgesellschaft sind, sind dieses enttäuschende Ergebnisse. Immerhin 28,7 % der Teilnehmer hatten einen Mentor, wobei auch diese Zahl durchaus ausbaufähig erscheint. Auffällig bei der Frage nach Vorbildern war, dass die Kinderkardiologen ausschließlich Männer (mit Ausnahme der Eltern) als ihre Role Models benannten. Dieses mag entweder darin begründet sein, dass es wenig Frauen in Führungspositionen gibt, welche als Vorbilder agieren könnten, oder daran, dass Männer sich nicht an Frauen orientieren. Letzteres würde junge Assistenzärztinnen noch stärker entmutigen, da es wenig Frauen in Führungspositionen gibt, nach welchen sie sich potentiell ausrichten könnten.

### ***Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur***

Die wichtigsten Eigenschaften einer Führungsperson sind laut unserer Befragten Fachwissen und medizinische Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit sowie Ausdauer und Hartnäckigkeit. Jene Eigenschaften innezuhaben traut sich ein Großteil der befragten Kinderkardiologen zu, denn 70,5 % gaben an sich eine Chefarztposition eher oder voll zuzutrauen. Interessanterweise war dieses Zutrauen unabhängig vom Beschäftigungsausmaß. Das bedeutet, dass Teilzeitarbeitende sich Führungsqualitäten ebenso zuschreiben würden, wie Vollzeitarbeitende. Der Unterschied ist, dass ohne die Umsetzung moderner Modelle wie dem Top-Sharing, jene Teilzeitarbeitende für leitende Positionen nicht berücksichtigt werden können. Ein weiterer interessanter Punkt dieses Abschnittes war, dass fast die Hälfte der Kinderkardiologen (41,8 %) die Karriereplanung an die Familienplanung angepasst hat. Medial und literarisch werden jedoch häufig ausschließlich Frauenperspektiven zu dem Spannungsfeld Familie und Karriere in den Fokus gestellt. Dabei sprachen sich viele der Befragten insbesondere in freien Textfeldern für mehr Unterstützung aus und kritisierten eben jenen Fokus auf das weibliche Geschlecht.

### ***Spezielle kinderardiologische Möglichkeiten***

Die häufigsten Ursachen aus Sicht der Kinderkardiologen für den geringen Anteil an weiblichen Führungskräften sind alle familiären bzw. partnerschaftlichen Ursprungs: Frauen verzichten zugunsten der Familie auf eigene Karriere (68,6 %), K.O.-Kriterium Teilzeit (58,5 %), K.O.-Kriterium Babyzeit (41,5 %), sowie Frauen verzichten zugunsten des Partners (38,5 %). Frauen werden somit von den Kinderkardiologen immer noch als primäre Betreuung für Kinder gesehen, bzw. als das Geschlecht, welches eher zurücksteckt, wenn es um die Karriere des Partners geht. Geht es um Rotationen in der kinderardiologischen Weiterbildung gibt es laut der Befragten in gewissen Bereichen bevorzugt eingesetzte Geschlechter. So werden vor allem bei invasiven Tätigkeiten wie im Herzkatheter (18,9 %) präferiert männliche Kollegen eingesetzt, sowie auf Intensivstation (7,4 %) und „beim Erlernen von invasiven Intensivtechniken“ (6,6 %). Dahingegen wurden patientennahe Tätigkeiten wie die Ambulanz (12,3 %) oder Echokardiographie (3,3 %) eher Kinderkardiologinnen zugesprochen. Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass

insbesondere Fertigkeiten im Herzkatheterlabor bei Ausschreibungen einer Chefarztstelle entscheidend bei den Bewerbungen sind.

### ***Vereinbarkeit von Karriere und Familie***

Die Ergebnisse dieses Abschnittes unterstreichen nochmals die vorigen Analysen. 63 % der Kinderkardiologen sind der Meinung durch Elternzeit/familienbedingte Teilzeit verschlechtern sich die Aufstiegschancen. Die Befragten wünschten sich ebenfalls Unterstützung bei der Kinderbetreuung und hatten das Gefühl als Mann in diesem Bereich benachteiligt zu werden. Dennoch gaben nur 8,2 % an ihre Kinder zu einem größeren Anteil als ihr\*e Partner\*in zu betreuen. Das zeigt die immer noch sehr konservativen Rollenverteilungen in vielen Haushalten und steht im Gegensatz zu der vielfach geforderten Unterstützung.

### ***Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life Balance***

Kinderkardiologen fordern für ein vermehrtes Streben nach höherem Karriereziel die Verlagerung arztfremder Tätigkeiten auf Hilfspersonal (58,2 %), Forschung zu erleichtern (45,9 %) und mehr Flexibilität in der Arbeitseinteilung (38,5 %). Insbesondere der erste Punkt dürfte ein entscheidender Faktor in der Gewinnung von zukünftigem Führungspersonal sein, da es auch zu einer Reduktion der Überstunden führen dürfte. Gleichmaßen könnte die gewonnene Zeit in Forschungsprojekte investiert werden.

## Literaturverzeichnis

- Alfermann, D., Keck, T., & Bussche, H. v. d. (2016). Handlungsempfehlungen für die Klinik der Zukunft. In B. f. B. u. Forschung (Ed.), (pp. 19-42). Leipzig: Verbundvorhaben Transfergendermed.
- Amir, H., Beri, A., Yeichiely, R., Amir Levy, Y., Shimonov, M., & Groutz, A. (2018). Do Urology Male Patients Prefer Same-Gender Urologist? *Am J Mens Health*, 12(5), 1379-1383. <https://doi.org/10.1177/1557988316650886>
- Angerer, J., Auer, G., Hoffmann-Ammann, B., & Raus, S. (2022, 08. Juli 2022). *Aufnahmeverfahren zum Medizinstudium: 11.643 nahmen teil* [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20220708\\_OT0121/aufnahme-verfahren-zum-medizinstudium-11643-nahmen-teil](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220708_OT0121/aufnahme-verfahren-zum-medizinstudium-11643-nahmen-teil)
- Ankersen, W. B., Christian. (2017). Ein ewiger Thomas-Kreislauf? Wie deutsche Börsenunternehmen ihre Vorstände rekrutieren. 2(2), 4. Retrieved 06. November 2022, from <https://static1.squarespace.com/static/5c7e8528f4755a0bedc3f8f1/t/5cda985836d36b00013b5cfa/1557829765572/Allbright-Bericht-2017-Thomas.pdf>
- Apaydin, E. A., Chen, P. G. C., & Friedberg, M. W. (2018). Differences in Physician Income by Gender in a Multiregion Survey. *J Gen Intern Med*, 33(9), 1574-1581. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4462-2>
- Ärztinnenbund, D. (2021, 23. Februar 2021). *Betroffene bestätigen: Mutterschutzgesetz behindert Ärztinnen-Karrieren* [https://www.aerztinnenbund.de/Betroffene\\_bestaetigen.3357.0.2.html](https://www.aerztinnenbund.de/Betroffene_bestaetigen.3357.0.2.html)
- Ärztinnenbund, D. (2024). Medical Women on Top - Update 2024. In <https://www.aerztinnenbund.de> (Ed.), *Online* (pp. 11). Online: Deutscher Ärztinnenbund.
- Baldinger, I. (2019, 06. August 2023). Die Zukunft in der Medizin ist weiblich. *Salzburger Nachrichten*. <https://www.sn.at/panorama/wissen/die-zukunft-in-der-medizin-ist-weiblich-74439622>
- Berheide, R. (2017). Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen. *Deutsches Ärzteblatt*, 10, 114. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186752/Aerztinnenstatistik-Aerztinnen-gelangen-selten-in-Spitzenpositionen%20abgerufen>
- Blood, E. A., Trent, M., Gordon, C. M., Goncalves, A., Resnick, M., Fortenberry, J. D., Boyer, C. B., Richardson, L., & Emans, S. J. (2015). Leadership in adolescent health: developing the next generation of maternal child health leaders through mentorship. *Matern Child Health J*, 19(2), 308-313. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1619-4>
- Budelmann, J. (2021, 24. Oktober 2022). Die Männerquote & die fatalen Folgen, wenn zu viele Frauen Ärzt:innen werden. *wmn*. <https://www.wmn.de/business/maennerquote-zu-viele-frauen-aerzte-id145477>
- Bund, B. M. (2022). *Opt-out: Auslaufmodell oder notwendiges Übel?* <https://www.marburger-bund.de/optout>
- Bund, M. (2019). Befragung von Ärzt\*innen zu ihrer Arbeits- und Gesundheitssituation – die wichtigsten Ergebnisse. In M. Bund (Ed.), (pp. 3): Marburger Bund.
- Bundesamt, S. (2022a, 16. August 2022). *200 300 Promovierende an deutschen Hochschulen im Jahr 2021*

- Bundesamt, S. (2022b, 07. März 2022). *Gender Pay Gap 2021: Frauen verdienen pro Stunde weiterhin 18 % weniger als Männer*  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22\\_088621.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_088621.html)
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG), 1170-1171, 3334 1170 (1994).  
 Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts, 1230 1230 (2017).  
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s1228.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s1228.pdf%27%5D\\_1667752418573](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s1228.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s1228.pdf%27%5D_1667752418573)
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG), 1170-1171 § 1, 4 1170 (2020).  
 Gesetz zur Ergänzung und Änderung der Regelungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst, 3322-3323 § 2 3322 (2021).
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend. (2017). Das Entgelttransparenzgesetz. In S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Ed.), (1 ed., Vol. 1). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesvereinigung, K. (2016, 05. Oktober 2016). *Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland*
- Burchardt, A. (1997). Zusammenfassung. In *Blaustrumpf — Modestudentin — Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896–1918* (pp. 212-216). J.B. Metzler. [https://doi.org/10.1007/978-3-476-03691-9\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-476-03691-9_6)
- Destatis. (2022). *Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht* Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500>
- Deutsch, N., Yanofsky, S. D., Markowitz, S. D., Tackett, S., Berenstain, L. K., Schwartz, L. I., Flick, R., Heitmiller, E., Fiadjoe, J., Lee, H. H., Honkanen, A., Malviya, S., Lee, J. K., & Schwartz, J. M. (2023). Evaluating the Women's Empowerment and Leadership Initiative: Supporting mentorship, career satisfaction, and well-being among pediatric anesthesiologists. *Paediatr Anaesth*, 33(1), 6-16. <https://doi.org/10.1111/pan.14596>
- Donges, S. (2023). Gleichberechtigung: Warum läuft's besser für Frauen in Schweden? Retrieved 16. April 2023, from <https://www.ndr.de/nachrichten/info/Gleichberechtigung-Warum-laeuftsbesser-fuer-Frauen-in-Schweden,weltfrauentag246.html>
- Dordowsky, K. (2018). Männerquote für Medizinstudenten gefordert. *Lübecker Nachrichten*. <https://www.in-online.de/lokales/luebeck/maennerquote-fuer-medizinstudenten-gefordert-FQ4YJJW2BL5NIOO47ADPTW5YYU.html>
- Duden. (2022). Quo-ten-frau, die. In *Duden*. <https://www.duden.de/node/117357/revision/1232232>
- Fenffe, G. D. d. (2021). Klostermedizin. Retrieved 02. November 2022, from <https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/medizin/klostermedizin/index.html>
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med*, 52(2), 215-222. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00221-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00221-5)

- Freiburg, A.-L.-U. (2022). *Habilitationen*. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Retrieved 05. November 2022 from <https://www.diversity.uni-freiburg.de/bereich-gender-und-diversity/Monitoring/Gender/habilitationen>
- Freyschmidt, P. D. m. J. (2017, 06.03.2017). Wir brauchen eine Männerquote für Ärzte! *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/campus/zuviel-feminismus-brauchen-aerzte-eine-maennerquote-14906675.html>
- Friedrich-Alexander-Universität, E.-N. (2022). *Allgemeines zu Professuren*. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Retrieved 05. November 2022 from [https://www.fau.de/people/karriere-personalentwicklung/ausgeschriebene-professuren/was-ist-eine-professur-karrierewege-an-der-fau/#collapse\\_2](https://www.fau.de/people/karriere-personalentwicklung/ausgeschriebene-professuren/was-ist-eine-professur-karrierewege-an-der-fau/#collapse_2)
- Gold, J. M., Yemane, L., Keppler, H., Balasubramanian, V., & Rassbach, C. E. (2022). Words Matter: Examining Gender Differences in the Language Used to Evaluate Pediatrics Residents. *Acad Pediatr*, 22(4), 698-704. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.02.004>
- Gottschling, C. (2021). Gehaltsreport 2021: Die finanzielle Situation der Ärzte in Zeiten der Corona-Krise. *Jahresverdienst von Ärzten und Ärztinnen in Deutschland im Jahr 2020 in Euro*. Retrieved 06. Januar 2023, from <https://deutsch.medscape.com/diashow/49005001#2>
- Haas, N. (2022). Ordinarien Kinderkardiologie. In L. Huchler (Ed.), (Frauen Ordinarien Kinderkardiologie ed.): DGPK.
- Häntzschel, H. (1997). *Zur Geschichte der Habilitation von Frauen in Deutschland*. na.
- Haubner, P. (2021). Hildegard von Bingen. *Planet Wissen*. Retrieved 02. November 2022, from <https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/medizin/klostermedizin/hildegard-von-bingen-100.html>
- Heiser, S. (2019, 9. Dezember 2019). *The Majority of U.S. Medical Students Are Women, New Data Show* <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/majority-us-medical-students-are-women-new-data-show>
- Henne-Bruns, P. D. D. (2020, 25. November 2020). "Bei uns zahlen Frauen die doppelte Zeche" [Interview]. *stern*. <https://www.stern.de/politik/quotenfrauen/quotenfrauen---bei-uns-zahlen-frauen-die-doppelte-zeche--9504514.html>
- Hitti, E., Hadid, D., Khoury, S. J., Tamim, H., Makki, M., & Karam, C. M. (2022). Domestic tethers: Gender differences in career paths and domestic responsibilities of top-research medical school graduates. *PLoS One*, 17(4), e0267288. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267288>
- Hochschulzulassung, S. f. r. (2019). *Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Hochschulen Hochschulstart*. [https://www.hochschulstart.de/fileadmin/user\\_upload/bew\\_zv\\_ws19.pdf](https://www.hochschulstart.de/fileadmin/user_upload/bew_zv_ws19.pdf)
- Hohenstein, A. (2022, März 2022). Neue Standrads für Digitalisierung und Gleichstellung. *Klinik Management aktuell*, 3(3), 28-30.
- Hopkins, J., Fassiotto, M., Ku, M. C., Mammo, D., & Valantine, H. (2018). Designing a physician leadership development program based on effective models of physician education. *Health Care Manage Rev*, 43(4), 293-302. <https://doi.org/10.1097/hmr.000000000000146>
- Huesman-Koecke, S. F., C. (2020). Frauen in der Gesundheitswirtschaft 2020. In PwC (Ed.), (pp. 8-11). Online: PwC.

- John, J. J., John, E. S., Pioppo, L., Gupta, A., Chokhavatia, S., & Tilara, A. (2022). Gender Disparity in Academic Gastroenterology: Beginning of the End of the Underrepresentation of Women? *Digestive Diseases and Sciences*, 67(2), 380-387. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06692-7>
- Kaczmarczyk, P. D. m. G. (2022). Medical Women on Top Update 2022. *Deutscher Ärztinnenbund*.  
[https://www.aerztinnenbund.de/downloads/8/MWoT2022\\_Web.pdf](https://www.aerztinnenbund.de/downloads/8/MWoT2022_Web.pdf)
- Kadmon, G., & Kadmon, M. (2016). Academic Performance of Students with the Highest and Mediocre School-leaving Grades: Does the Aptitude Test for Medical Studies (TMS) Balance Their Prognoses? *GMS J Med Educ*, 33(1), Doc7. <https://doi.org/10.3205/zma001006>
- Kirchherr, J., & Sperling-Magro, J. (2022). *Neue Karriere und vielfältige Führung [Jahresbericht]*(Jahresreport, Issue.
- Kramer, C., & Blättel-Mink, B. (2005). Frauen im Arztberuf. In *Nationalatlas Bundesrepublik Deutschland. Teil 7: Arbeit und Lebensstandard*. Hrsg.: H. Faßmann (pp. 88-91). Spektrum Akademischer Verlag.
- Kucera, M. (2022, März 2022). Im Revier der Platzhirsche. *Klinik Management aktuell*, 27(27), 25.
- Kühne, F. (2021). Was Männer nie gefragt werden. In H. Reinhardt (Ed.), *Was Männer nie gefragt werden* (pp. 206-207). Fischer.
- Kurmeyer, C. (2022, 08. März 2022). ...unter Medizinern! Erfahrungen aus der Gleichstellungsarbeit an der Charité. [Digital Science]. International Women's Day 2022: Frauen in der Medizin, Online.
- Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte), 9 9 (2020).
- Leopoldina, D. A. d. N. (2022, September 2022). *Frauen in der Wissenschaft: Entwicklungen und Empfehlungen* [Text].
- Liedtke, S. (2016). Chefärztinnen sind rar gesät. 1. Retrieved 10. April 2023, from <https://www.fnp.de/frankfurt/chefaerztinnen-sind-gesaet-10523960.html>
- Lübker, S. (2021). Gleichstellung in Schweden. (6), 1. Retrieved 16. April 2023, from <https://www.arbeitnehmerkammer.de/service/bam/ausgaben/ausgabe-novemberdezember-2021/garantierte-ganztagsbetreuung-und-viele-vaeter-in-elternzeit.html>
- Ly, D. P., Seabury, S. A., & Jena, A. B. (2016). Differences in incomes of physicians in the United States by race and sex: observational study. *Bmj*, 353, i2923. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2923>
- Mark, J. (2017). Female Physicians in Ancient Egypt. In *World History Encyclopedia*. Online: World History Publishing.
- McLean, M., Al Yahyaei, F., Al Mansoori, M., Al Ameri, M., Al Ahabbi, S., & Bernsen, R. (2012). Muslim women's physician preference: beyond obstetrics and gynecology. *Health Care Women Int*, 33(9), 849-876. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645963>
- Michler, I. (2021). Karriere oder Kinder? Für die meisten Deutschen ist die Antwort klar. Retrieved 10. April 2023, from <https://www.welt.de/wirtschaft/article223630050/Familienplanung-Karriere-oder-Kinder-Fuer-die-meisten-Deutschen-ist-die-Antwort-klar.html>
- Molina, I. P. (2005). Wissen und Macht. Retrieved 02. November 2022, from <http://www.ub.edu/duoda/diferencia/html/de/secundario7.html>
- Müller, C. (2022, 02. März 2022). "1,8mal so hohe Chancen auf ein Spitzenabitur" [Interview]. Dr. Jan-Martin Wiarda. <https://www.jmwiarda.de/2022/03/02/1-8mal-so-hohe-chancen-auf-ein-spitzenabitur/>

- Neuhauser, J. (2019). Studium: Mehr Frauen als Männer in der Medizin. Retrieved 03. Januar 2023, from <https://www.diepresse.com/104229/impressuminformationen-gem-5-ecg-14-ugb-24-mediengesetz-diepressecom>
- Nissen, R. (2018). Jobsharing. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Wiesbaden: Springer.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Paulsen, N. (2021, 31. August 2021). *Ein Drittel liest Online-Bewertungen vor dem Arztbesuch* [Umfrage].
- Pausder, V. (2022). #stayonboard. Verena Pausder. Retrieved 28. Oktober 2022 from <https://stayonboard.org>
- Pausder, V. d. R. T. J., Jessica ; Möslein, Florian ; Hangarter, Daniela ; von Oppen, Andreas ; Pollok, Sophie. (2020). Eckpunktepapier zur Einführung eines Mandat-Ruhezustands für Vorstandsmitglieder während Mutterschutz/Elternzeit/Krankheit/Pflege. In s. Initiative (Ed.). Online: Verena Pausder.
- Pfündel, K., Stichs, A., & Tanis, K. (2021). *Muslimisches Leben in Deutschland 2020* 38).
- Preißler, U. (2022). *Die Grundgehälter der Besoldungsordnung W Deutscher Hochschulverband*. [https://www.hochschulverband.de/fileadmin/redaktion/download/pdf/besoldungstabellen/grundgehaelter\\_w.pdf](https://www.hochschulverband.de/fileadmin/redaktion/download/pdf/besoldungstabellen/grundgehaelter_w.pdf)
- Prof. Dr. Schweitzer, D. (2011, 02. November 2022). Segen oder Fluch - Die heilkundige Frau im Mittelalter. *Nibelungenlied Gesellschaft*. [http://nibelungenlied-gesellschaft.de/03\\_beitrag/schweitzer/fs11\\_schweitzer.html](http://nibelungenlied-gesellschaft.de/03_beitrag/schweitzer/fs11_schweitzer.html)
- Puhahn-Schmeiser, B. (2021, April 2021). Es drohen Karriere-Verzögerungen für eine ganze Generation von Studentinnen und Ärztinnen. *ärztin*, 68, 16-17.
- Puhahn-Schmeiser, B. (2022, 08. März 2022). Gibt es Gleichberechtigung in der Medizin? [Statistisches Bundesamt, Statista]. Internationaler Frauentag FOMF, Online.
- Rapp-Engels, R. (2014, 22. Mai 2014). *Die Zukunft der Medizin ist noch lange nicht weiblich* [https://www.aerztinnenbund.de/Die\\_Zukunft\\_der\\_Medizin\\_ist\\_noch\\_lange.223.0.2.html](https://www.aerztinnenbund.de/Die_Zukunft_der_Medizin_ist_noch_lange.223.0.2.html)
- Riaz, B., Sherwani, N. Z. F., Inam, S. H. A., Rafiq, M. Y., Tanveer, S., Arif, A., Abdullah, M., & Jamil, H. (2021). Physician Gender Preference Amongst Females Attending Obstetrics/Gynecology Clinics. *Cureus*, 13(5), e15028. <https://doi.org/10.7759/cureus.15028>
- Richter-Kuhlmann, E. (2023). Ärztinnen: Klinikkultur im Wandel. *Deutsches Ärzteblatt*, 9(120), 374-376.
- Roper, R. L. (2022). The H-Index in Medicine and Science: Does It Favor H-im or H-er? Successes and Hurdles for Women Faculty. *Digestive Diseases and Sciences*, 67(2), 388-389. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06793-3>
- Rudnicka, J. (2024, 04.09.2024). *Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland nach Geschlecht in den Wintersemestern von 2010/2011 bis 2023/2024*. Statista. Retrieved 21.11.2024 from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>

- Sacks, J., Valin, S., Casson, R. I., & Wilson, C. R. (2015). Are 2 heads better than 1? Perspectives on job sharing in academic family medicine. *Can Fam Physician*, 61(1), 11-13, e11-13.
- Saifee, D. H., Hudnall, M., & Raja, U. (2022). Physician Gender, Patient Risk, and Web-Based Reviews: Longitudinal Study of the Relationship Between Physicians' Gender and Their Web-Based Reviews. *J Med Internet Res*, 24(4), e31659. <https://doi.org/10.2196/31659>
- Saritas, B. (2021). Über Versagen spricht man nicht. Retrieved 20.10.2022, from <https://m.thieme.de/viamedici/mein-studienort-duesseldorf-1581/a/ueber-versagen-spricht-man-nicht-36937.htm>
- Scherkamp, H. (2020). Warum eine Vorständin in der Babypause ihr Amt abgeben muss. Retrieved 28. Oktober 2022, from <https://www.businessinsider.de/gruenderszene/business/vorstand-amt-mutterschutz-elternzeit/>
- Schmedt, M. (2016). Sind Frauen die besseren Ärzte? [Kommentar]. Retrieved 09. April 2023, from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72073/Sind-Frauen-die-besseren-Aerzte>
- Schmitt-Sausen, N. (2020). Krankenhauskultur: Chefärzte müssen umdenken. *Medizin studieren*, 1(1), 16-18. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/treffer?mode=s&wo=2032&typ=64&aid=213240&s=balance&s=work%2Dlife>
- Schubert, K. K., Martina. (2020). Mitbestimmung. In *Das Politiklexikon*. Retrieved 26.10.2022, from <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/17858/mitbestimmung/>
- Schulz-Strelow, M. (2017). Frauenanteil in Führungspositionen der im DAX, MDAX, SDAX und TecDAX sowie der im Regulierten Markt notierten, voll mitbestimmten Unternehmen. *Women On Board Index 185*, 1, 34. [https://www.wob-index.de/webmedia/documents/wob185/2017/170114\\_Studie\\_WoB-Index\\_185\\_Gestaltung\\_end.pdf](https://www.wob-index.de/webmedia/documents/wob185/2017/170114_Studie_WoB-Index_185_Gestaltung_end.pdf)
- Schulz-Strelow, M. (2022, Juni 2022). Frauenanteil in Führungspositionen. *Women-On-Board-Index*, 6, 4-5. <https://www.yumpu.com/de/document/read/67040096/women-on-board-index-185>
- Slater, A. C., Thomas, A. A., Quan, L., Bell, S., Bradford, M. C., Walker-Harding, L., & Rosenberg, A. R. (2022). Gender Discrimination and Sexual Harassment in a Department of Pediatrics. *Pediatrics*, 150(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-055933>
- Solberg, I. B., Rø, K. I., Aasland, O., Gude, T., Moum, T., Vaglum, P., & Tyssen, R. (2012). The impact of change in a doctor's job position: a five-year cohort study of job satisfaction among Norwegian doctors. *BMC Health Services Research*, 12(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-41>
- Statista. (2011). *Welche der folgenden Aussagen erklärt Ihrer Meinung nach am besten, dass es in Deutschland deutlich weniger Frauen in Führungspositionen gibt als Männer?* Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172568/umfrage/meinung-zu-hindernissen-fuer-frauen-bei-der-uebernahme-von-fuehrungspositionen-im-beruf/>
- Stawski, K. S., Sarah ; Bömelburg, Helen. (2020, 25. November 2020). Wider das Stigma: 40 machtvolle Frauen brechen im stern mit einem Tabu. *stern*.

- <https://www.stern.de/politik/quotenfrauen/quotenfrau--40-machtvolle-frauen-positionieren-sich-im-stern-gegen-das-stigma-9502364.html>
- Thomsen, J. L., Jarbøl, D., & Søndergaard, J. (2006). Excessive workload, uncertain career opportunities and lack of funding are important barriers to recruiting and retaining primary care medical researchers: a qualitative interview study. *Fam Pract*, 23(5), 545-549.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/cml034>
- Trusson, D., & Rowley, E. (2022). Qualitative study exploring barriers and facilitators to progression for female medical clinical academics: interviews with female associate professors and professors. *BMJ Open*, 12(3), e056364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056364>
- Tschernoster, N. (2012). W steht für weniger. *Die W-Besoldung der Professoren*. Retrieved 05. November 2022, from <https://www.tagesschau.de/inland/hintergrundprofessorenbesoldung100.html>
- Tsugawa, Y., Jena, A. B., Figueroa, J. F., Orav, E. J., Blumenthal, D. M., & Jha, A. K. (2017). Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*, 177(2), 206-213. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7875>
- Tyldesley, J. (2022). Isis. In *Encyclopedia Britannica*. Retrieved 31. Oktober 2022, from <https://www.britannica.com/topic/Isis-Egyptian-goddess>
- Umoren, R. A., & Frintner, M. P. (2014). Do mentors matter in graduating pediatrics residents' career choices? *Acad Pediatr*, 14(4), 348-352. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.03.003>
- van den Bussche, H., Wonneberger, C., Birck, S., Schultz, J. H., Robra, B. P., Schmidt, A., Stosch, C., Wagner, R., Scherer, M., Pöge, K., Rothe, K., & Gedrose, B. (2014). [The professional and private situation of male and female physicians entering postgraduate medical education in Germany]. *Gesundheitswesen*, 76(2), e1-6. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343441> (Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung.)
- Volz, R., & Zulehner, P. (2009). Männer in Bewegung. In S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Ed.), *Gemeinschaft der Katholischen Männer Deutschlands und der Männerarbeit der Evangelischen Kirche in Deutschland* (6 ed., Vol. 6, pp. 24). Berlin: Nomos Verlag.
- Wallis, C. J., Ravi, B., Coburn, N., Nam, R. K., Detsky, A. S., & Satkunasivam, R. (2017). Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. *Bmj*, 359, j4366. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4366>
- Wehner, M. R., Li, Y., & Nead, K. T. (2020). Comparison of the Proportions of Female and Male Corresponding Authors in Preprint Research Repositories Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(9), e2020335. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.20335>
- Weishaupt, M. (2022). Deutschlands erste Ärztin: Wer war Dorothea Christiana Erxleben? Retrieved 02. November 2022, from <https://www.nationalgeographic.de/geschichte-und-kultur/2022/03/deutschlands-erste-aerztin-wer-war-dorothea-christiana-erxleben>

- Whaley, C. M., Arnold, D. R., Gross, N., & Jena, A. B. (2020). Practice composition and sex differences in physician income: observational study. *Bmj*, 370, m2588. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2588>
- Whitelaw, C. M., & Nash, M. C. (2001). Job-sharing in paediatric training in Australia: availability and trainee perceptions. *Med J Aust*, 174(8), 407-409. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143346.x>
- Williams, E. S., Rondeau, K. V., Xiao, Q., & Francescutti, L. H. (2007). Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Serv Manage Res*, 20(4), 261-269. <https://doi.org/10.1258/095148407782219067>
- Wippermann, C. (2014). Frauen in Führungspositionen. In S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Ed.), *Sinus Sociovision GmbH* (6 ed., Vol. 6, pp. 9). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Wynn, R. (2000). Saints and Sinners: Women and the Practice of Medicine Throughout the Ages. *JAMA*, 283(5), 668-669. <https://doi.org/10.1001/jama.283.5.668-JMS0202-4-1>
- Yanagawa, Y. K. C. M. J. M. S. O. H. O. S. Y. R. K. N. S. N. (2004). Role of Women in Medicine: A Look at the History, the Present Condition and the Future Status of Women in the Surgical Field, Especially Neurosurgery. *Minimally Invasive Neurosurgery*, 47(2), 65-71. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818470>

## Danksagungen

Zuallererst möchte ich Herrn Prof. Haas danken, dass er dieses Projekt ins Leben gerufen hat und uns im Verlauf so intensiv betreut hat. Ich wusste schon beim ersten Treffen, dass eine Zusammenarbeit sehr gut funktionieren würde und dieses bestätigte sich auch im Laufe der vielen Jahre, die wir zusammengearbeitet haben. Er war immerzu positiv, motivierend und sollte über die Zeit in vielerlei Hinsicht ein Vorbild einer Führungskraft für mich werden.

Ich möchte mich ganz besonders bei Eva für die tolle Zusammenarbeit bedanken. Wir kannten uns schon vor dem Projekt flüchtig und sind durch diese Studie zu echten Freundinnen geworden. Du warst immer für mich erreichbar und hast meine (insbesondere statistischen) Schwächen oft ausgleichen können.

Dann möchte ich meinem Freund Konstantin danken, der alle Höhen und Tiefen des Projekts abgefangen hat und immer mein größter Fan war und ist. Dein Bestreben zum Studienabschluss hin, hat mich oft motiviert meine Arbeit schlussendlich fertigzustellen.

Zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich während des Studiums und der Promotion immer, insbesondere emotional, unterstützt haben. Hierbei möchte ich meinen Vater besonders hervorheben, welcher der erste Doktor unserer Familie war. Du hast mich immer aufgefangen, wenn ich dachte ich schaffe etwas nicht und warst gleichzeitig mein größtes Vorbild. Ohne dich wäre mein Weg so nicht möglich gewesen.

## Anhang

### Fragebogen

#### Angaben zu Ihrer beruflichen Situation:

1. Erklären Sie uns, wie zufrieden Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation sind:

Schieberegler 1-6 Sehr zufrieden - Sehr unzufrieden

2. In welcher Einrichtung sind Sie derzeit angestellt?
  - Universitätsklinikum
  - Nicht universitäres Krankenhaus der Maximalversorgung
  - Nicht universitäres Herzzentrum
  - Kinderklinik mit kinderkardiologischer Abteilung
  - Kinderklinik ohne kinderkardiologische Abteilung
  - Anderes
3. Und welche Position haben Sie inne?
  - Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde
  - Facharzt/ -ärztin für Kinderheilkunde
  - Facharzt/ -ärztin in Weiterbildung zur Kinderkardiologin
  - Kinderkardiologe/ Kinderkardiologin, nicht Oberarzt/ -ärztin
  - Wissenschaftliche\*r Mitarbeiter\*in in Forschung
  - Funktionsoberarzt/ -ärztin
  - Oberarzt/ -ärztin
  - Chefarzt/ -ärztin
4. In welchem Beschäftigungsumfang sind Sie aktuell tätig?  
(Mehrfachnennung möglich)
  - Vollzeitbeschäftigung
  - Teilzeitbeschäftigung
  - Ich bin derzeit in Beschäftigungsverbot und/ oder Mutterschutz
  - Ich bin derzeit beurlaubt wegen Elternzeit
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
    - 9.1. Wenn Teilzeit: In welchem Umfang ist Ihre Teilzeitstelle vertraglich angesetzt? (Angabe in %) \_\_\_\_\_
5. Seit wie vielen Jahren sind Sie Facharzt/-ärztin? (Assistenzärzt\*innen tragen hier bitte 0 ein, Angabe in ganzen Zahlen) \_\_\_\_\_
6. Haben Sie Ihre klinische Karriere zeitweise unterbrochen?
  - Ja
  - Nein
  - 6.1. Falls ja: Aus welchen Gründen haben Sie Ihre klinische Karriere zeitweise unterbrochen? (Mehrfachnennung möglich)
    - Familienbedingte Teilzeit (z.B. wegen Kinderbetreuung oder Pflege/ Betreuung eines anderen Angehörigen)
    - Gesundheitliche Ursachen
    - Mutterschutz, Elternzeit

- Nicht-klinische Forschung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

6.2. Wie lange haben Sie Ihre Karriere zeitweise unterbrochen? (Angabe in Monaten) \_\_\_\_\_

Der folgende Fragenblock thematisiert Ihre Arbeitsbedingungen, sowie mögliche Flexibilitäten, welche Ihnen geboten werden.

**Arbeitsbedingungen/Flexibilität:**

7. Wie hoch ist Ihre vertragliche wöchentliche Arbeitszeit? (Angabe in Stunden, Dezimalzahlen mit Punkt möglich)\_\_\_\_\_
8. Wie hoch ist Ihre tatsächliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit inklusive Sonderdienste, Nachtdienste und Überstunden? (Angabe in ganzen Zahlen möglich)\_\_\_\_\_
9. Werden Überstunden während des klinischen Alltags vollständig erfasst?
  - Alle
  - Teilweise
  - Nein
- 9.1. WENN NEIN oder teilweise→ warum:
  - Überstunden sind in meinem Vertrag pauschal vereinbart
  - Überstunden werden dokumentiert, aber nicht anerkannt
  - Ich darf nur die Überstundenpauschale notieren
  - Überstunden werden nicht ausgeglichen
  - Überstunden werden nicht ausbezahlt
  - Sonstiges\_\_\_\_\_
10. Wie viele Stunden wenden Sie wöchentlich für wissenschaftliche Forschung und Lehre auf? (Angabe in ganzen Stunden)\_\_\_\_\_
11. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? Kreuzen Sie an: (Mehrfachnennung möglich)
  - In meiner Klinik erfolgt für Forschung eine Freistellung der klinischen Arbeit
  - Ich habe bereits selbstständig ein Forschungsprojekt durchgeführt
  - Ich habe bereits einen Forschungsantrag ausgearbeitet und eingereicht
  - Ich habe bereits einen Forschungsaufenthalt im Inland an einer externen Klinik/Wissenschaftseinrichtung gemacht
  - Ich habe bereits einen Forschungsaufenthalt im Ausland gemacht
  - Ich strebe kein eigenes Forschungsprojekt an
  - Keine der oben genannten Aussagen trifft zu
  - Sonstiges\_\_\_\_\_
12. Welche der folgenden Aussagen zu akademischen Abschlüssen treffen auf Sie zu? Kreuzen Sie an. (Mehrfachnennung möglich)

- Ich strebe eine Promotion an.
- Ich bin promoviert.
- Ich strebe eine Habilitation an.
- Ich bin habilitiert.
- Ich strebe eine Professur an.
- Ich bin Professor/Professorin.
- Ich strebe die Leitung eines Lehrstuhls an.
- Ich bin Leiter\*in eines Lehrstuhls.
- Keine der vorigen Aussagen trifft auf mich zu.

13. In aktuellen Diskursen wird oft von Job-Sharing Modellen gesprochen. Hier teilen sich 2 Mitarbeiter\*innen eine 100% Stelle. Was halten Sie von Job-Sharing Modellen? (Mehrfachnennung möglich)
- Das ist ein gutes Konzept für alle hierarchischen Ebenen
  - Das ist ein gutes Konzept auf Chefarzt\*innenebene
  - Das ist ein gutes Konzept auf Oberarzt\*innenebene
  - Das ist ein gutes Konzept auf Assistenz- und Facharzt\*innenebene
  - Das ist ein nicht umsetzbares Konzept für die Klinik
14. Könnte das Teilen einer Führungsposition in Form von Job-Sharing für Sie ein Anreiz sein, einen Karriereaufstieg anzustreben? (Mehrfachnennung möglich)
- Ja, da hiermit auch in höheren Positionen eine Teilzeitposition möglich wäre
  - Ja, da es eine höhere Flexibilität bietet
  - Im Prinzip schon vorstellbar, aber in meiner Einrichtung wäre das undenkbar, weil so ein Modell niemals unterstützen würde.
  - Nein, weil die Verantwortung für Menschen zu hoch ist.
  - Nein, aufgrund undurchsichtiger Hierarchien fehlen direkte Ansprechpartner
  - Weiß ich nicht

Der folgende Fragebogen hat Ihren Karriereverlauf zum Thema:

### **Karriereweg und alternative Karriereplanung in der Klinik**

15. Welche Position streben Sie in Ihrem weiteren Karriereverlauf an? (Mehrfachnennung möglich)
- Ich strebe keine berufliche Veränderung an
  - Niederlassung in Gemeinschaftspraxis oder MVZ
  - Niederlassung in eigener Praxis
  - angestellte Fachärztin in einer Klinik
  - Oberärztin
    - in kinder-kardiologischer Abteilung Universität/Herzzentrum
    - in allgemeiner Kinderklinik
  - Leitende Oberärztin
    - in kinder-kardiologischer Abteilung Universität/Herzzentrum
    - in allgemeiner Kinderklinik
  - Chefärztin

- in kinder-kardiologischer Abteilung Universität/Herzzentrum
  - in allgemeiner Kinderklinik
  - Wissenschaftlicher Schwerpunkt
  - Position in der Wirtschaft
  - Sonstiges \_\_\_\_\_
- 15.1. WENN NIEDERLASSUNG: Wieso wollen Sie sich niederlassen?  
(Mehrfachnennung möglich)
- In einer eigenen Praxis verdiene ich mehr Geld als in der Klinik.
  - Als Selbstständige\*r kann die eigene Zeit flexibler eingeteilt werden.
  - Ich möchte gerne mein\*e eigene\*r Chef\*in sein.
  - Wenn ich in einer Praxis angestellt bin, habe ich mehr Zeit für Freizeit, Familie und andere Interessen.
  - Mich stört die Ungleichbehandlung zwischen Männern und Frauen in der Klinik.
  - Keine Schichtarbeit/Wochenenddienste/Nachtdienste
  - Konkurrenzkampf in der Klinik
  - Anderes: \_\_\_\_\_

16. In welchem Beschäftigungsumfang wollen Sie zukünftig arbeiten?
- Vollzeit
  - Teilzeit

21.1. Falls Teilzeit: Wie viel Prozent würden Sie in Zukunft gerne arbeiten?  
(Angabe in ganzen Zahlen in %) \_\_\_\_\_

17. In welchem Jahr sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

18. Geschlecht
- männlich
  - weiblich
  - divers

19. Bitte sehen Sie sich die Antworten an und reihen Sie sie nach Ihrer Wichtigkeit. Dabei steht die wichtigste Antwort oben.  
Berufliche Karriere bedeutet für mich:

→ Antwortmöglichkeit als Ranking

- Hohes Einkommen
- Selbstbestimmung
- Mitarbeiterverantwortlichkeit
- Hohe Verantwortung
- Gesellschaftliches Ansehen
- Neue Herausforderungen
- Forschung vorantreiben
- Hoher Arbeitsaufwand

20. Bitte schauen Sie sich die Antworten an und reihen Sie sie nach Ihrer Wichtigkeit. Dabei steht die wichtigste Antwort oben.  
Was motiviert Sie in Ihrem Berufsalltag?

→ RANKING

- Hohes Einkommen
- Patient\*innenkontakt, Kontakt zu Eltern der Patient\*innen
- Gesellschaftliches Ansehen
- Aufstiegsmöglichkeiten/Führungsposition
- Fordernde Situationen mit kontinuierlichem Wissensgewinn
- Technisches Arbeiten
- Kollegiales Miteinander/Teamarbeit

21. Was sind Ihrer Meinung nach Ihre persönlichen Stärken?  
(Mehrfachnennung möglich maximal 7 Antworten)

- Fachwissen und medizinische Kompetenz
- Zeitliche Investitionen
- Networking
- Persönliche Bekanntschaften
- Forschung
- Ausdauer und Hartnäckigkeit
- Stressresistenz
- Teamgeist
- Empathie
- Delegationsfähigkeit
- Kommunikationskompetenz
- Diplomatische Fähigkeiten
- Entschluss- und Durchsetzungskraft
- Organisatorische Fähigkeiten
- Verzicht auf Konfrontation, z.B. mit Vorgesetzten
- Ehrgeiz
- Sonstige: \_\_\_\_\_

22. Wie wichtig ist Ihnen eine Führungsposition für Ihre Jobzufriedenheit?

→ Skala 1-6

- Sehr wichtig
- Unwichtig

Nachfolgend werden Möglichkeiten sowie Widrigkeiten eines Karriereaufstiegs thematisiert.

### **Hindernisse im Karriereweg aufgrund des Geschlechts:**

23. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zu Karrierehindernissen zusammengestellt. Bitte bewerten Sie diese auf einer Skala von "Trifft voll zu" bis "Trifft überhaupt nicht zu".

- Für mich sind Klinik und Forschung schwer zu vereinbaren.
- Ich habe Schwierigkeiten eine Balance zwischen meinem Privatleben und meinem Beruf zu finden.

- Die Vereinbarung von Familie und Karriere empfinde ich als schwierig
- Mein\*e Chef\*in bevorzugt andere Kolleg\*innen
- Männer haben bei meinen Vorgesetzten Vorteile bei der Karriereentwicklung
- Das Teilzeitarbeitsmodell, das ich gewählt habe, behindert meine berufliche Karriere
- Überholte Rollenmodelle lassen meinen Karriereaufstieg nicht zu
- Meine persönliche Zurückhaltung stellt ein Karrierehindernis dar
- Es gibt keine Hindernisse, die meine Karriere beeinflussen
- Anderes: \_\_\_\_\_

24. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt und bitten Sie um Ihre Einschätzung. Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1-5. 1 bedeutet: Trifft voll und ganz zu, 5 bedeutet: Trifft überhaupt nicht zu.

- Frauen werden aufgrund ihres Geschlechts bei der Karriereentwicklung bevorzugt
- Männer werden bei der Karriereentwicklung bevorzugt und eher befördert als eine Frau mit gleicher Leistung
- Frauen zwischen 20 und 40 werden nicht befördert, weil davon ausgegangen wird, dass sie durch Familienplanung und -gründung zeitlich ausfallen werden.
- Dadurch, dass ich bestimmte Interessen mit meinen männlichen Kollegen nicht teile, kommt es zu einem Nachteil beim Networking.
- Karriereambitionen von Frauen werden häufig von Männern nicht wahrgenommen

25. Haben Sie schon einmal Diskriminierung in Ihrem Berufsalltag erfahren? (Mehrfachnennung möglich)

- Nein
- Ja, aufgrund meines Geschlechts
- Ja, aufgrund meines Alters
- Ja, aufgrund meiner sozialen Herkunft
- Ja, aufgrund meines Migrationshintergrundes
- Ja, aufgrund von Mutterschaft/ Elternzeit
- Ja, aufgrund meiner sexuellen Orientierung
- Ja, aufgrund meiner Religion
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

26. Haben Kolleg\*innen schon einmal Diskriminierung in Ihrem Berufsalltag erfahren?

- Nein
- Ja, wegen ihres Geschlechts
- Ja, wegen ihres Alters
- Ja, aufgrund von sozialer Herkunft
- Ja, aufgrund eines Migrationshintergrundes
- Ja, aufgrund von Mutterschaft/ Elternzeit
- Ja, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Inhaltlich befasst sich der nächste Themenkomplex mit Fragen nach weiblichen Vorbildern und Förderungsmöglichkeiten:

**Zu wenig weibliche Vorbilder und fehlende Förderung:**

27. Wer und/oder was hat Sie in Ihrer Karriere besonders unterstützt?  
(Mehrfachnennung möglich)
- Partner\*in
  - Eltern
  - Freundeskreis
  - Mentoren/Mentorinnen
  - Chef\*in
  - Berufskolleg\*innen
  - Eigene finanzielle Rücklagen
  - Wissenschaftliche Förderprogramme
  - Besonderes Frauenförderungsprogramme
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
28. Wie ist Ihr familiärer Hintergrund? (Mehrfachnennung möglich)
- Mutter hat einen akademischen Abschluss
  - Vater hat einen akademischen Abschluss
  - Mutter ist in einer Führungsposition tätig
  - Vater ist in einer Führungsposition tätig
  - Mutter ist Ärztin
  - Vater ist Arzt
  - Kein Elternteil ist akademisch ausgebildet und/oder in einer Führungsposition
29. Man hört und liest überall von Role Models. Berichten Sie uns doch gerne, welche Vorbilder Sie haben:
30. Aus welchen Gründen sehen Sie diese Personen als Ihre Vorbilder an?
31. Sind Sie der Meinung, dass aufgrund der geschlechtsspezifischen Diskrepanz bei der Vergabe von Führungspositionen Maßnahmen zur Karriereförderung von Ärztinnen sinnvoll sind? Skala 1-6
- Stimme ich zu
  - Stimme ich nicht zu
32. Gibt es in Ihrer Klinik Maßnahmen zur Förderung der Karriere von Ärztinnen?
- Ja
  - Nein
  - Weiß ich nicht
- 32.1. Welche Maßnahmen gibt es? (Mehrfachnennung möglich)
- Spezifische Weiterbildungsprogramme
  - Transparente Aufstiegsmöglichkeiten/ Beförderungen
  - Ermutigung von qualifizierten Frauen zur Bewerbung auf eine Führungsposition

- Aktives Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren
- Formale Karrierepläne
- Mentoring
- Cross-Mentoring (Mentor\*in aus anderem Bereich/ Arbeitgeber)
- Bevorzugtes Einstellen von Frauen
- Frauenquote
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

33. Welche dieser Maßnahmen zur speziellen Förderung von Frauen wären in Ihrer Klinik für Sie denkbar und wünschenswert?

- Transparente Aufstiegsmöglichkeiten/ Beförderungen
- Spezifische Weiterbildungsprogramme
- Ermutigung von qualifizierten Frauen zur Bewerbung auf eine zu vergebende Führungsposition
- Aktives Engagement der Klinikleitung zur Förderung von Frauenkarrieren
- Spezifische Förderprogramme für Kinderkardiologinnen in der Facharztweiterbildung
- Formale Karrierepläne für Frauen und Männer
- Workshops und Seminare zum Thema weibliche Führung in Kliniken und Karriereplanung
- Mentoring
- Cross-Mentoring (Mentor\*in aus anderem Bereich/ Arbeitgeber)
- Bevorzugtes Einstellen von Frauen
- Bevorzugte Beförderung von Frauen
- Generelle Frauenquote
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Geschlechterspezifische Differenzen hinsichtlich der Adaption an die vorherrschende Führungskultur**

34. Inwieweit meinen Sie, Einfluss auf Ihren Karriereweg zu haben?  
Skala 1-5. 1 bedeutet: Trifft voll zu, 5 bedeutet: Trifft überhaupt nicht zu
- Wenn ich genug leiste, werde ich auch Karriere machen können
  - Meine berufliche Karriere ist schlecht planbar, da ich eine Frau bin
  - Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da dieser von vielen externen Faktoren bestimmt ist
  - Mein Karriereweg ist schlecht planbar, da hier viele persönliche Kontakte eine Rolle spielen
  - Intrinsische Faktoren bestimmen meine Karriere
  - Extrinsische Faktoren bestimmen meine Karriere
35. Sind Sie der Meinung, dass Ihre Karriereziele anders aussähen, wenn Sie männlich wären?
- Ja
  - Nein
- 35.1. Falls ja: Inwiefern? (Mehrfachnennung möglich)
- Bessere Karrierechancen

- Früheres Erreichen von Karrierezielen (Facharzt etc)
  - Andere Schwerpunktsetzung in der Berufsausübung
  - Mehr Zeit in der Klinik, weil ich weniger Verantwortung zuhause hätte
  - Mehr Forschung
  - Sonstiges \_\_\_\_\_
36. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt und bitten Sie um Ihre Einschätzung. Wählen Sie die Antworten aus, denen Sie zustimmen. (Mehrfachnennung möglich)
- Ich habe mich für eine höhere Position beworben, wurde jedoch nicht berücksichtigt
  - Ich habe noch vor, mich in Zukunft für eine höhere Position zu bewerben.
  - Ich habe/werde meine Karriereplanung aufgrund der Familie anpassen.
  - Ich habe einen Jobwechsel nicht angenommen, um keine räumliche Trennung von meiner Familie zu erzeugen
  - Ich habe auf einen Umzug verzichtet, um die Familie nicht aus dem gewohnten Umfeld zu reißen
  - Ich habe meine Weiterbildung (Fachbereich) von der Familienvereinbarkeit abhängig gemacht.
  - Ich habe für die Familie eine Pause in meiner Weiterbildung eingelegt.
  - Ich habe mich bereits für eine höhere Position beworben.
  - Sonstiges
37. Welche Faktoren und Eigenschaften sind Ihrer Meinung nach wichtig, um eine Führungsposition zu erreichen? (Mehrfachnennung möglich maximal 7 Antworten)
- Fachwissen und medizinische Kompetenz
  - Zeitliche Investitionen
  - Networking
  - Forschung
  - Ausdauer und Hartnäckigkeit
  - Stressresistenz
  - Glück
  - Teamgeist
  - Delegationsfähigkeit
  - Kommunikationskompetenz
  - Diplomatische Fähigkeit
  - Entschluss- und Durchsetzungskraft
  - Verzicht auf Konfrontation, z.B. mit Vorgesetzten
  - Ehrgeiz
  - Andere: \_\_\_\_\_
38. Trauen Sie sich einen Chefarzt\*innen Posten zu? 1-6 Skala
- Traue ich mir voll zu
  - Traue ich mir gar nicht zu
39. Im klinischen Alltag hört man, dass bestimmte Tätigkeiten von Frauen oder Männern besser gemacht werden. Wie sehen Sie das - stimmt es aus Ihrer Erfahrung? Kreuzen Sie an, ob die folgenden Aufgaben Ihrer Einschätzung nach von Frauen oder Männern besser ausgeführt werden.

- Patienten- und Elternkommunikation
- Teamkommunikation
- Wissenschaftliches Arbeiten
- Stationsarbeit
- Herzkatheterlabor
- Bildgebung
- Intensivmedizinische Betreuung
- Ambulanztätigkeit
- Durchsetzungsfähigkeit
- Autorität

40. Im Folgenden haben wir einige Adjektive aufgelistet. Bitte entscheiden Sie, ob Sie diese Attribute eher Frauen oder Männern im Rahmen ihrer ärztlichen/klinischen Tätigkeit zuschreiben würden.

Frau - egal - Mann

- Autoritär
- Professionell
- Experimentierfreudig
- Empathisch
- Kommunikativ
- Fordernd
- Übellaunig und Aggressiv

### **Spezielle Kinderkardiologische Möglichkeiten:**

41. Frauen sind in klinischen Führungspositionen mit 40% als Oberärztinnen und weniger als 10% als Chefärztinnen der Kinderkardiologie in Deutschland immer noch deutlich unterrepräsentiert. Was sind Ihrer Meinung nach Gründe dafür? (Mehrfachnennung möglich)

- Fehlende Unterstützung durch z.B. aufstiegsorientierte Weiterbildungen
- Aktive Benachteiligung von Frauen
- Zu viel Konkurrenz
- K.o.-Kriterium Babyzeit
- K.o.-Kriterium Teilzeitarbeit
- Bevorzugung von männlichen Bewerbern für klinische Führungspositionen
- Frauen wollen zu wenig Konfliktbereitschaft zeigen
- Frauen wollen keine Verantwortung übernehmen
- Fehlende weibliche Vorbilder und Mentorinnen
- Fehlende Eignung von Frauen für Führungspositionen
- Lange Arbeitszeiten und Engagement zum Erreichen der Führungsposition
- Frauen verzichten aus familiären Gründen auf eine eigene Karriere
- Frauen haben keine Lust, ihr Privatleben zugunsten der Karriere zu opfern
- Der Druck zur Publikation wissenschaftlicher Beiträge ist zu hoch
- Männern ist das Verfolgen von Karrierezielen inklusive Forschung wichtiger als der direkte Patient\*innenkontakt
- Frauen haben andere Prioritäten als nur die berufliche Karriere
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

42. Sind Sie der Meinung, dass Frauen bei der Zuteilung der Rotationen in bestimmten Bereichen der Kinderkardiologie vermehrt eingesetzt werden? (Mehrfachnennung möglich)
- Es gibt keine Unterschiede in der Zuteilung
  - Bei der allgemeine Echokardiographie
  - In der Ambulanztätigkeit
  - Innerhalb der Spiroergometrie
  - In der Intensivmedizin
  - Im Herzkatheter-Labor
  - Beim Erlernen von invasiven Intensivtechniken (Intubation, ZVK-Anlage etc.)
  - Beim MRT
  - In der Rhythmologie und Elektrophysiologie
43. Sind Sie der Meinung, dass Männer bei der Zuteilung der Rotationen in bestimmten Bereichen der Kinderkardiologie vermehrt eingesetzt werden?
- Es gibt keine Unterschiede in der Zuteilung.
  - Bei der allgemeine Echokardiographie
  - In der Ambulanztätigkeit
  - Innerhalb der Spiroergometrie
  - In der Intensivmedizin
  - Im Herzkatheter-Labor
  - Beim Erlernen von invasiven Intensivtechniken (Intubation, ZVK-Anlage etc.)
  - Beim MRT
  - In der Rhythmologie und Elektrophysiologie
44. Nach welchen Kriterien werden Ihrer Einschätzung nach zur Zeit Führungspositionen im Bereich der Kinderkardiologie vergeben? Skala 1-5
- Klinische Leistung
  - Wissenschaftliche Leistung
  - Persönliche Beziehung, Netzwerk
  - Soft Skills, Kommunikation
  - Expertise im Herzkatheter-Labor
  - Expertise in der Bildgebung
  - Intensivmedizinische Expertise
  - Management/Organisationstalent
  - Geschlechterspezifisch
45. Welchen Weg zu einer klinischen Führungsposition finden Sie angemessen? Skala 1-5
- Klinische Leistung
  - Wissenschaftliche Leistung

- Persönliche Beziehung, Netzwerk
- Soft Skills, Kommunikation
- Expertise im Herzkatheter-Labor
- Expertise in der Bildgebung
- Intensivmedizinische Expertise
- Einführung einer Frauenquote

46. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt und bitten Sie um Ihre Einschätzung. Bitte bewerten Sie auf der nachfolgenden Skala.

- Männer und Frauen haben im klinischen Alltag die gleichen Chancen, eine Führungsposition zu erlangen.
- Eine Männerquote im Medizinstudium ist sinnvoll, da derzeit mehr als  $\frac{2}{3}$  der Studierenden weiblich sind
- Eine Frauenquote für Führungskräfte in der Universität und Forschung fände ich sinnvoll
- Eine Frauenquote für Führungskräfte in der Kinderkardiologie fände ich sinnvoll
- Ich empfinde die Diskussion um eine Frauenquote als störend

Nachdem wir uns nun mit Ihrem klinischen Alltag und Karriereambitionen befasst haben, folgen einige Fragen zu Ihrer familiären und häuslichen Situation.

### **Vereinbarkeit von Karriere und Familie:**

47. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. (Mehrfachnennung möglich)

- Ich habe keine Kinder
- Mein\*e Partner\*in hat Elternzeit genommen
- Ich kann mir vorstellen, meine Karriere zukünftig (nochmal) für meine Familie zu unterbrechen.
- Ich betreue/betreute hauptsächlich meine Kinder.
- Mein\*e Partner\*in betreut hauptsächlich die Kinder.
- Mein\*e Partner\*in und ich betreuen/betreuten gemeinsam die Kinder
- Die Kinder werden/wurden hauptsächlich von den Großeltern betreut
- Ich /Wir haben/hatten eine private Kinderbetreuung zuhause.
- Die Kinder werden/wurden hauptsächlich in der betrieblichen Kinderbetreuung versorgt.
- Die Kinder werden/wurden hauptsächlich durch Kita, Kindergarten, Schule, Ganztagsbetreuung versorgt.

48. Pflegen Sie Angehörige?

- ja
- nein

49. Bitte geben Sie an, welche Lebensform oder Familienstand Sie haben.  
(Mehrfachnennung möglich)

- Ich bin ledig
- Ich bin verheiratet
- Ich bin geschieden
- Ich bin verwitwet
- Ich habe eine\*n Partner\*in im gemeinsamen Haushalt
- Ich habe eine\*n Partner\*in mit getrennten Haushalten

49.1. Wenn Ich habe einen Partner im gemeinsamen Haushalt: Wer kümmert sich eher um die häuslichen Pflichten? Skala 1-5

Regler → Ich - Partner\*in

50. Wer ist in Ihrem Haushalt der/ die Hauptverdiener\*in?

- Ich bin Alleinverdiener\*in (in einem Single Haushalt oder in einer Partnerschaft)
- Ich verdiene mehr als mein\*e Partner\*in
- Mein\*e Partner\*in verdient mehr als ich
- Wir verdienen in etwa gleich viel
- Keine Angabe

51. Leben Kinder in Ihrem Haushalt?

- Ja
- Nein

51.1. → Ja: In welchen Jahren sind Ihre Kinder geboren?

Kind 1:

Kind 2:

Kind 3:

Kind 4:

Kind 5:

Kind 6:

51.2. → Nein: Es leben keine Kinder in meinem Haushalt:

- Nein, ich habe keine Kinder.
- Nein, meine Kinder leben nicht in meinem Haushalt
- Ja, in meinem Haushalt leben Kinder
- Ich möchte in Zukunft Kinder haben

52. Wie lange haben Sie insgesamt Elternzeit genommen? (Angabe in ganzen Monaten) \_\_\_\_\_

53. Ich glaube, durch Elternzeit verschlechtern sich langfristig meine Aufstiegschancen

→ Skala 1-6 Trifft vollkommen zu - Trifft überhaupt nicht zu

54. Hat ihre Familienplanung Auswirkungen auf Ihre Karriereplanung gehabt?

- nein

ja

53.1. Falls ja, aus welchen Gründen →

- Rotation nicht bekommen
- Verspätete Qualifikation
- Facharztweiterbildung nicht/verspätet bekommen
- Keine Teilhabe an wissenschaftlichen Projekten
- Beförderung nicht erhalten
- Anderes: \_\_\_\_\_

55. Hat Ihre Karriereplanung Auswirkungen auf Ihre Familienplanung gehabt?

- Nein, ich bin zufrieden mit meiner familiären und beruflichen Situation
- Ja, denn ich habe meinen Kinderwunsch der Karriere übergeordnet
- Mein Kinderwunsch ist unerfüllt geblieben
- Ich habe/ hatte keinen Kinderwunsch
- Mein\*e Partner\*in hat keinen Kinderwunsch
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Mit diesem Fragenabschnitt bilden wir Ihre Prioritätensetzung sowie Ihr Verständnis einer positiven Work-Life Balance ab.

### **Vereinbarkeit von Karriere und Freizeit: Work-Life-Balance**

56. Die Wichtigkeit der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit (Work-Life-Balance) rückt immer mehr in den Mittelpunkt unserer Gesellschaft. Welche unterstützenden Maßnahmen zur Verbesserung der Work-Life-Balance werden in Ihrer Klinik bereits umgesetzt? (Mehrfachnennung möglich)

- Sensibilisierung auf Führungsebenen in Richtung Familienfreundlichkeit
- Über den gesetzlichen Anspruch hinausgehende Möglichkeit der Elternzeit (bezahlt und unbezahlt)
- Möglichkeit zum vorübergehenden anteiligen Home Office (z.B. bei Ausfall der Kinderbetreuung)
- Unterstützung bei der Suche eines Kinderbetreuungsplatzes
- Stellen eines Betriebskindergartens
- Möglichkeit der Elternteilzeit
- Sabbatical
- Teilzeitarbeit
- Job-Sharing
- Freizeitausgleich
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

57. Welche unterstützenden Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sollten in Ihrer Klinik Verwendung finden? (Mehrfachnennung möglich)

- Sensibilisierung auf Führungsebenen in Richtung Familienfreundlichkeit
- Über den gesetzlichen Anspruch hinausgehende Möglichkeit der Elternzeit (bezahlt und unbezahlt)
- Möglichkeit zum vorübergehenden anteiligen Home Office (z.B. bei Ausfall der Kinderbetreuung)

- Unterstützung bei der Suche eines Kinderbetreuungsplatzes
- Stellen eines Betriebskindergartens
- Möglichkeit der Elternteilzeit
- Sabbatical
- Teilzeitarbeit
- Job-Sharing
- Freizeitausgleich
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Abschließend würden wir uns über Ihre Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer höheren Attraktivität einer klinischen Führungsposition wünschen.

**Ende:**

58. Was wären für Sie zukünftig die wichtigsten 5 Handlungsvorschläge für Ihr Streben nach einem höheren Karriereziel?
- Ich habe keine höheren Karriereziele
  - Mehr Gehalt
  - Mehr Flexibilität in der Arbeitseinteilung, z.B. Dienstplanung
  - Möglichkeit des Teilens von Führungspositionen durch Top-Sharing
  - Wiedereinstieg nach Elternzeit erleichtern
  - Möglichkeit der schichtarbeitsbegleitenden 24/7 Kinderbetreuung
  - Möglichkeit von Home Office
  - Verlagerung arztfremder Tätigkeiten auf Hilfspersonal
  - Einführung von Frauenquoten auf Führungsebene
  - Verpflichtende Frauenförderpläne durch Zielvereinbarungen - ohne Frauenquote
  - Explizite Förderung von Karrieremöglichkeiten für Frauen durch spezifische Schulungen und Weiterbildungen
  - Verpflichtende Weiterbildung zum Thema "Geschlechtsspezifische Karriereförderung"
  - Mentoringprogramme
  - Forschung erleichtern, z.B. durch garantierte geschützte Forschungszeit
  - Verpflichtende Unterstützung des Arbeitgebers zur Teilnahme an Kongressen
  - Ermöglichen von Auslandsaufenthalten
  - Mehr Digitalisierung in Kliniken, z.B. bei Schulungen und Tagungen
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geschafft!

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme an der Studie zum Thema Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie.

59. Haben Sie noch weitere Anregungen oder Situationen, welche Sie als relevant für diese Thematik empfinden und uns schildern möchten?

\_\_\_\_\_



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

ETHIKKOMMISSION BEI DER LMU MÜNCHEN



Ethikkommission · Pettenkoferstr. 8 · 80336 München

Prof. Dr. Nikolaus Haas  
Klinikum der Universität München  
Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie  
Klinikum Großhadern  
81377 München

Vorsitzender:  
Prof. Dr. R. M. Huber  
Telefon+49 (0)89 440055191  
Telefax+49 (0)89 440055192  
Ethikkommission@  
med.uni-muenchen.de  
[www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de](http://www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de)

Anschrift:  
Pettenkoferstr. 8a  
D-80336 München

22.02.2022/Hb/kg

Projekt Nr: **21-1134** (bitte bei Schriftwechsel angeben)

### **Beratung nach Fakultätsrecht und § 15 Berufsordnung für Ärzte in Bayern**

Studientitel: Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie - Die Perspektive der Männer und Frauen  
Antragsteller: Prof. Dr. Nikolaus Haas, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie, Klinikum Großhadern, 81377 München  
Untersucher: Prof. Dr. Nikolaus Haas, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie, Klinikum Großhadern, 81377 München

Sehr geehrter Herr Prof. Haas,

besten Dank für Ihr Schreiben mit der Beantwortung unserer Fragen bzw. Erfüllung der Auflagen und den noch ausstehenden bzw. überarbeiteten Unterlagen.

Die Ethikkommission (EK) kann Ihrer Studie nun die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit zuerkennen.

Das Votum ist gültig bis zum 21.02.2027 (5 Jahre).

Sofern das Votum über diesen Zeitraum hinaus benötigt wird, bitten wir, der EK unaufgefordert die durchgeführten Forschungen mit den Registerdaten /Bioproben zusammenfassend darzulegen und eine Verlängerung des Votums mindestens 3 Monate vor Fristende zu beantragen.

#### Allgemeine Hinweise:

- Änderungen des Studienprotokolls sind der EK mitzuteilen.
- Das Ende der Studie ist anzuzeigen und das Ergebnis der Studie mitzuteilen.
- Die ärztliche und juristische Verantwortung bei der Durchführung der Studie verbleibt uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern. Bitte berücksichtigen Sie, dass diese Bewertung die ggf. erforderliche Konsultation des behördlichen Datenschutzbeauftragten nach Art. 26 BayDSG nicht ersetzt.

---

#### Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. R. M. Huber (Vorsitzender), Prof. Dr. W. Eisenmenger (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. C. Wendtner (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. H. Angstwurm, Dr. G. Atzeni, Prof. Dr. S. Böck, J. Eckert, Prof. Dr. B. Emmerich, Prof. Dr. S. Endres, Prof. Dr. R. Fischer, Prof. Dr. R. Gärtner, Prof. Dr. O. Genzel-Boroviczény, Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. N. Harbeck, Dr. B. Henrikus, Prof. Dr. C. Heumann, Prof. Dr. R. Hohlfeld, Prof. Dr. A. Holstege, Prof. Dr. V. Klauss, Dr. F. Kohlmayer, Dr. K. Kühlmeyer, Prof. Dr. J. Lindner, Prof. Dr. S. Lorenzl, Prof. Dr. U. Mansmann, Prof. Dr. G. Marckmann, Dr. V. Mönch, Prof. Dr. H. Mudra, Prof. Dr. R. Penning, Prof. Dr. J. Peters, Prof. Dr. K. Pfeifer, Dr. R. Ratzel, Prof. Dr. H. Schardey, Prof. Dr. M. Schmauss, Prof. Dr. U. Schroth, Prof. Dr. O. Steinlein, PD Dr. G. Stüben, Dr. B. Vogl, Prof. Dr. H. Waldner, PD Dr. U. Wandl, Prof. Dr. M. Wörnle, Dr. A. Yassouridis, Dr. C. Zach

- Die Ethikkommission erklärt, dass an der Bewertung des vorliegenden Antrags niemand beteiligt war, der gemäß Bayerischem Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG) Art. 20 als befangen anzusehen ist.

Für Ihre Studie wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. R.M. Huber  
Vorsitzender der Ethikkommission



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Dekanat Medizinische Fakultät  
Promotionsbüro



**Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen Ausgabe der Dissertation  
mit der elektronischen Fassung**

Huchler, Luisa Chiara

Name, Vorname

Hiermit erkläre ich, dass die elektronische Version der eingereichten Dissertation mit dem Titel:

**Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie – Die Perspektive der Männer**

in Inhalt und Formatierung mit den gedruckten und gebundenen Exemplaren übereinstimmt.

**München, den 27.02.2026**

Ort, Datum

**Luisa Chiara Huchler**

Unterschrift Luisa Chiara Huchler

Übereinstimmung abgegebener Exemplare

Stand: 27.02.2026

# Affidavit



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Dekanat Medizinische Fakultät  
Promotionsbüro



## Eidesstattliche Versicherung

Huchler, Luisa Chiara

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

**Geschlechtsspezifische Karriere in der Kinderkardiologie – Die Perspektive der Männer**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 27.02.2026

Ort, Datum

Luisa Chiara Huchler

Unterschrift Luisa Chiara Huchler

Eidesstattliche Versicherung

Stand: 27.02.2026

## Publikationsliste

Konferenzbeitrag DGPK Kongress 2024:

		<b>Titel der Publikation</b>	<b>Journal</b>
<b>1</b>		Gender Related Career Aspects in Pediatric Cardiology	The Thoracic and Cardiovascular Surgeon
		<b>Jahr</b>	<b>Seiten</b>
		2024	S69-96
		<input checked="" type="checkbox"/> Erstautorschaft <input type="checkbox"/> Ko-Autorschaft	
	<b>Link zur Publikation:</b>	<a href="https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0044-1780786#info">https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0044-1780786#info</a>	