



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Die (Aus-)Wirkung von Krankenhaushierarchien auf
Ärztinnen in Österreich“

verfasst von

Nicole Dornhofer Bakk.phil

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. A 066 905

Studienblatt:

Studienrichtung lt. Soziologie

Studienblatt:

Betreuerin / Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Christine Goldberg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.



Wien, am 09.08.2015

(Nicole Dornhofer)

Inhalt

1	Einleitung	8
1.1	Forschungsfrage.....	9
1.2	Aufbau der Arbeit.....	9
2	Einführende Betrachtungen	10
2.1	Entstehung der Geschlechterdebatte	10
2.2	Doing gender while doing work.....	13
2.3	Geschlechtlichkeit in Organisationen.....	15
2.4	Die Organisation Krankenhaus.....	16
2.4.1	Linienorganisation in österreichischen Krankenhäusern	17
2.4.2	Soziologische Einblicke in die Krankenhausstruktur	18
2.4.3	ÄrztInnenorganisation – ExpertInnenorganisation.....	19
2.5	Hierarchie	20
2.5.1	Zweck von Hierarchie in der Organisation Krankenhaus.....	22
2.5.2	Formale und informelle Hierarchie	22
3	Historische Entwicklung und aktuelle Situation des Medizinsystems ...	23
3.1	Entstehung des heutigen Medizinsystems.....	24
3.2	Die Sprache der Zahlen – Statistiken	27
3.2.1	Medizinstudentinnen und -studenten in Österreich	28
3.2.2	Arztinnen und Ärzte in Österreich	29
3.3	Berufliche Situation von ÄrztInnen in der Organisation Krankenhaus	33
3.3.1	Frauen in der Medizin heute	33
3.3.2	Gründe für einen Frauenmangel in den medizinischen Top-Positionen	35
4	Forschungsdesign	38
4.1	Forschungsfrage und Hypothesen.....	38
4.2	Empirische Vorgehensweise	39
4.2.1	Leitfadeninterview.....	40
4.2.2	Inhaltsanalyse nach Mayring	42
4.2.3	Feinstrukturanalyse	47
4.3	Beschreibung der Stichprobe und des Feldzugangs	48
4.4	Methodenreflexion	50
5	Wirkungen von Hierarchien auf Ärztinnen – die Ergebnisse der empirischen Forschung	51
5.1	Kategorien der Interviewanalysen	51
5.1.1	Analyseergebnisse zu: Hierarchie	52
5.1.2	Analyseergebnisse zu: Macht	55
5.1.3	Analyseergebnisse zu: Arbeitsstile	57
5.1.4	Analyseergebnisse zu: Karrierechancen.....	59
5.1.5	Analyseergebnisse zu: Systemeigenschaften	62
5.2	Prüfung der Hypothesen aufgrund der Analyseergebnisse der empirischen Forschung	67
6	Schlussbetrachtungen	73

7	Literatur	77
8	Anhang	84
8.1	Interviewleitfaden.....	84
8.2	Transkribierregeln.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Linienorganisation in österreichischen Krankenhäusern (vgl. Weilharter 2014, 46)	18
Abbildung 2: Hierarchieebenen von ÄrztInnen in österreichischen Krankenhäusern (vgl. Weilharter 2014, 46)	22
Abbildung 3: Erstzugelassene MedizinstudentInnen in Österreich absolut 2013, 2010, 2004.	28
Abbildung 4: StudienabsolventInnen an österreichischen medizinischen Universitäten gesamt in % Studienjahr 2012/13 bis Studienjahr 2000/01	29
Abbildung 5: ÄrztInnen gesamt in Österreich 2010 und 2014.....	30
Abbildung 6: ÄrztInnen mit Ordination und angestellte ÄrztInnen in Österreich 2010 und 2014	30
Abbildung 7: Ärztliche Titel in Österreich 2014.....	31
Abbildung 8: Allgemeines Ablaufmodell der Analyse nach Mayring (vgl. Mayring 2007, 54) ..	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel Feinstrukturanalyse	48
Tabelle 2: Übersicht der Interviewpartnerinnen	49

Abstrakt

Heute beginnen mehr Frauen als Männer ein Medizinstudium in Österreich. Der Anteil an weiblichen Führungskräften in der Medizin nimmt zu, allerdings befinden sich überwiegend Männer an der Spitze der Hierarchie. Das Forschungsinteresse der Masterarbeit richtet sich auf die hierarchischen Strukturen im Krankenhauswesen und deren Auswirkungen auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen. Die historische und soziologische Beleuchtung der Organisation Krankenhaus sowie der wichtigsten Ansätze der Frauen- und Geschlechterforschung ermöglicht ein differenziertes Bild über die Situation der Ärztin in ihrer Arbeitswelt.

Die Forschungsfrage: Welche (Aus-)Wirkungen haben formale und informelle Hierarchien auf Ärztinnen in österreichischen Krankenhäusern, wurde anhand von vier Hypothesen geprüft, um zu zeigen, wie die hierarchischen Verhältnisse in der ExpertInnenorganisation der Medizin, die Karriere von Ärztinnen beeinflussen. Dafür wurden im empirischen Teil sechs Leitfadeninterviews mit Ärztinnen analysiert. Die entwickelten Kategorien Hierarchie, Macht, Arbeitsstile, Karrierechancen und Systemeigenschaften fassen die Interviewergebnisse nach der Inhaltsanalyse nach Mayring zusammen. Sowohl formale als auch informelle Krankenhaushierarchien haben eine Wirkung auf die Karriere von Ärztinnen. Formale Hierarchien sind zumeist von Männern bekleidet und diese wiederum vergeben Führungspositionen vorzugsweise an junge Kollegen. Die Positionierung innerhalb informeller Hierarchien ist stark persönlichkeits- und machtabhängig. Geschlechterhierarchie wird im Krankenhaus vorrangig informell gelebt. Damit stellt besonders diese Hierarchieform ein Karrierehindernis für Ärztinnen dar. Die Interviews legen den Schluss nahe, dass die informellen Hierarchien dazu dienen, um formale Hierarchieebenen zu erlangen, diese zu festigen oder aber auch um diese in Frage zu stellen. Die Medizin als Profession und der Arbeitsplatz Krankenhaus geben Strukturen vor, in welchen für Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Aufstiegschancen herrschen.

Schlagwörter: Ärztinnen, Hierarchie, Geschlecht, Krankenhaus, Karriere, Medizin

1 Einleitung

Die Medizin als historisch gewachsene Disziplin zeigt, wie Frauen in einer männerdominierten Profession erfolgreich sind, aber auch wo nach über 100 Jahren für Ärztinnen aktuell noch berufliche Grenzen bestehen. Erst seit dem Jahr 1900 ist es Frauen in Österreich erlaubt Medizin zu studieren. Die erste österreichische Ärztin, Dr.ⁱⁿ Gabriele Possanner von Ehrenthal, musste ihr Medizinstudium in Zürich absolvieren und sämtliche Rigorosen in Österreich noch einmal ablegen, bevor ihr der Titel „Dr. med. univ.“ zugestanden wurde. Dass dies überhaupt möglich war, ist einem langen Kampf der Frauenbewegung für Frauenbildung zu verdanken (siehe Flügge in Horn 2003, 11).

Seither hat sich vieles verändert, so beginnen heute mehr Frauen in Österreich ein Medizinstudium als Männer und der Anteil an weiblichen Führungskräften steigt auch im medizinischen Bereich, zum überwiegenden Teil finden sich aber nach wie vor Männer an der Spitze von Hierarchien (siehe Kapitel 3.2). Die Medizin als Profession und der Arbeitsplatz Krankenhaus geben Strukturen vor, in welchen für Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Aufstiegschancen vorherrschen. Daher gilt es die Systemstrukturen und dahinterliegenden Muster zu untersuchen um zu zeigen, ob es Karrieregrenze für Frauen gibt und das Gesundheitssystem an tradierten und gesellschaftlich verankerten Rollenbildern festhält (siehe Masseran in Horn 2003, 126).

In der vorliegenden Arbeit wird die Frage nach der Bedeutung und Wirkung des Geschlechts für den ärztlichen Beruf gestellt, dies impliziert ein altbekanntes Denken in Geschlechterbildern. Mit Blick auf Geschlecht rücken die Frauen in den Fokus. Wetterer (2006) meinte, von sozialer Bedeutung sind „die Sozialisation, die Biologie und die Frauen selbst, nicht aber die Organisation, in der sie arbeiten und Karriere machen - oder eben nicht arbeiten und nicht Karriere machen“ (Wetterer 2006, 12). Bei der Suche nach Erklärungen für die Minderheit an weiblichen Führungskräften, wird die Organisation an sich bzw. der Arbeitsplatz von Frauen vernachlässigt und das Geschlecht findet stärkere Beachtung. In der vorliegenden Arbeit wird die Organisation Krankenhaus näher beleuchtet und die Auswirkung der hierarchischen Strukturen auf Ärztinnen und deren Karrieren untersucht.

Die dahinterliegenden, bedingenden Strukturen des Medizinsystems werden dargestellt, um zum einen, die historisch gewachsenen Machtverhältnisse hinter der formalen hierarchischen Organisationsform offen zu legen und zum anderen, um zu zeigen, wie diese von den Ärztinnen selbst als Faktor in ihrer beruflichen Laufbahn empfunden werden.

Inwieweit diese formalen und informellen Hierarchien in österreichischen Krankenhäusern die Karrierelaufbahn von Ärztinnen beeinflussen, soll die vorliegende empirische Untersuchung zeigen. Dafür wurde eine Stichprobe von sechs Ärztinnen befragt.

1.1 Forschungsfrage

Das Forschungsinteresse dieser Masterarbeit richtet sich auf die hierarchischen Strukturen im Krankenhauswesen und deren mögliche Auswirkungen auf Ärztinnen. Die Strukturen sind historisch gewachsen und wurden geschichtlich und gesellschaftlich geprägt. Trotz eines kontinuierlichen Anstiegs von Frauen in Führungspositionen gibt es zu diesem Prozess eine konträre Perspektive in der Frauen- und Geschlechterforschung.

Geschlechtshierarchische Verteilungsmuster bleiben vor allem dort hartnäckig bestehen, wo Karrierestufen und Positionen durch eine formale Hierarchie strukturiert sind. Vor allem in der ÄrztInnen- und JuristInnenenschaft sinkt der Frauenanteil je weiter die Stufen in der Pyramide der Hierarchie nach oben gehen (vgl. Wetterer 2000, 4).

Die Forschungsfrage lautet: Welche (Aus-)Wirkungen haben formale und informelle Hierarchien auf Ärztinnen in österreichischen Krankenhäusern?

Die Bearbeitung dieser Forschungsfrage soll zeigen, ob und wie die hierarchischen Verhältnisse in der ExpertInnenorganisation der Medizin, die Karriere von Ärztinnen beeinflussen (siehe Kapitel 4.1).

Auf Basis der Befragung von Ärztinnen wird dargestellt, wie Hierarchien von den Ärztinnen selbst wahrgenommen werden, wie diese Strukturen eingeschätzt werden und ob sie die berufliche Laufbahn beeinflussen. Ziel ist es, aktuell vorherrschende Hürden aber auch Chancen für Frauen im Medizinsystem aufzuzeigen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in acht Kapitel.

Um den genannten Fragestellungen nachzugehen, wird in einem einführenden Kapitel zunächst die Entstehung der Geschlechterdebatte (Kapitel 2.1) skizziert. Wie Geschlechtlichkeit in Organisationen entsteht und welche Strukturen in österreichischen Krankenhäusern vorherrschen, zeigen die nachfolgenden Kapitel (2.3, 2.4.1, 2.4.2 und 2.4.3). Ebenso wird der Begriff Hierarchie näher beleuchtet und für die weitere Forschungsarbeit definiert (siehe Kapitel 2.5).

Da das österreichische Medizinsystem auf eine lange Geschichte zurücksieht und historische Entwicklungen ein besseres Verständnis von Strukturmerkmalen ermöglichen, ist Kapitel 3 nicht nur der Vergangenheit gewidmet, welche erste Gründe für die heute vorherrschenden Strukturen und Einblicke in das hier beforschte System bietet, sondern auch der aktuellen Situation, in Form der wichtigsten statistischen Daten (Kapitel 3.2). Nach den theoretischen Ausführungen wird ein Überblick über die berufliche Situation von Ärztinnen und Annahmen für den Mangel von Ärztinnen in Führungspositionen gegeben (Kapitel 3.3.1 und 3.3.2).

Diese zusammengefassten theoretischen Inhalte zum Forschungsgebiet bilden den Ausgangspunkt für die Forschungsfrage und die daraus abgeleiteten Hypothesen in Kapitel 4. Weiters dient dieses Kapitel der Ausführung des Forschungsdesigns und der Erläuterung der gewählten Methodik für die Datenerfassung und Datenauswertung. Die vorliegende empirische Erhebung richtete sich an Ärztinnen in österreichischen Krankenhäusern. Es wurden sechs Ärztinnen aus verschiedenen Fachrichtungen in unterschiedlichen Ausbildungsstatus mittels Leitfadeninterviews befragt. Anschließend wurden die Interviewinhalte transkribiert und mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Kapitel 4.2.2) sowie Feinstrukturanalyse (Kapitel 4.2.3) ausgewertet.

In Kapitel 5 werden die empirischen Ergebnisse zu Wirkungen von Hierarchien auf Ärztinnen und die theoretischen Überlegungen zur Prüfung der gebildeten Hypothesen zusammengeführt. In Kapitel 6 werden Schlussfolgerungen angestellt und die vorliegenden Ergebnisse abschließend diskutiert. Ebenso wird Überlegungen hinsichtlich möglicher weiterführender Forschungen Platz gegeben. Abschließend wird die Arbeit in Kapitel 6 zusammenfassend diskutiert.

2 Einführende Betrachtungen

Das zentrale Forschungsthema nimmt seine wissenschaftlichen Anfänge in der Geschlechterdebatte (siehe Kapitel 2.1). Um die heute vorherrschende Situation verstehen zu können, ist zunächst ein Überblick zur Entstehung der Geschlechtertheorie notwendig (siehe Kapitel 2.2 und Kapitel 2.3). Weiters werden für das Thema relevante Begriffe wie die Organisation Krankenhaus (siehe Kapitel 2.4) und Hierarchie (siehe Kapitel 2.5) definiert und erläutert.

2.1 Entstehung der Geschlechterdebatte

Die Geschichte der Frau im Berufsleben ist von tradierten Rollenbildern, Kampf um Anerkennung, vielen Rückschlägen im Thema Gleichstellung und Durchhaltevermögen

geprägt. Christina Thürmer-Rohr spricht im Jahr 1983 sogar von einer Mittäterschaft der Frauen. Frauen entwickeln, so Thürmer-Rohr in einer patriarchalen Kultur Werkzeuge und lassen sich gleichzeitig selbst zu Werkzeugen machen. Die oft selbstgewählten Handlungsgrenzen dienen dem patriarchalen System (vgl. Thürmer-Rohr in: Becker, Kortendiek 2004, 85f).

Prägend für die Geschlechterdebatte ist die französische Revolution. Die Frauen wurden öffentlich aktiv und versuchten so notwendige Veränderungen in der Gesellschaft zu bewirken (vgl. Voß 2011, 34). Simone de Beauvoir (1949) betonte, dass die Differenz zwischen den Geschlechtern nicht natürlich ist und Judith Butler (1990) ging sogar einen Schritt weiter und vertritt die These, biologisches Geschlecht sei konstruiert. Grundlegend für das Verständnis dieser Aussagen ist, den Menschen nicht ohne die Gesellschaft zu denken (ebenda). Jeder Mensch ist in Gesellschaft und Gesellschaft ist in ihm (ebenda, 59).

In der Antike herrschte zunächst das Ein-Geschlecht Modell vor. Beim Mann wären die Genitalien nach Außen gestülpt, wohingegen sie bei der Frau nach innen gestülpt sind (vgl. ebenda 71f). Erst im Rahmen der Aufklärung setzte sich das heute noch aktuelle Zwei-Geschlechter Modell durch. Soziales Handeln ist nach Angelika Wetterer (2004) eine natürliche Vorgabe der Zweigeschlechtlichkeit, genauso wie die soziale Differenzierung. Natur und Kultur konstituieren einander wechselseitig. Um Prozesse der Geschlechterkonstruktion zu rekonstruieren, müssen die sozialen Prozesse analysiert werden, welche zwei Geschlechter hervorbringen. Eine „Rekonstruktion der Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem“ muss vorgenommen werden (Wetterer in: Becker, Kortendiek 2004, 122).

Um die Entwicklung der theoretischen Grundlagen der Geschlechterkonstruktion nachzuvollziehen, bedarf es eines Rückblicks: Harald Garfinkel (1967) konnte mit seiner Studie „Angie“¹ über eine Transsexuelle zeigen, „wie Geschlechtszugehörigkeit von Personen in Alltagsinteraktionen fortlaufend hergestellt wird“ und somit Geschlecht nicht als natürliche Tatsache zu sehen ist. Diese Studie bildete den Ausgangspunkt für das Konzept des „doing gender“ (Wetterer in: Becker, Kortendiek 2004, 122). Erving Goffman lenkte im Jahr 1977² den Blick auf institutionalisierte Rahmenbedingungen und Geschlechterarrangements, welche ein „doing gender“ (siehe weiter unten) vorstrukturieren und stützen. Er zeigte, dass Geschlechterklassifikation auf sozialer Übereinkunft basiert (Wetterer in: Becker, Kortendiek 2004, 123). Gayle Rubin (1975)³ widmete sich dem Ursprung von zweigeschlechtlichem Klassifikationsverhalten und erkannte die Arbeitsteilung als Faktor, welcher Frauen und Männer zu Verschiedenen macht (vgl. Wetterer in: Becker, Kortendiek 2004, 124). Suzanne

¹ Garfinkel, Harald: Studies in Ethnomethodology. Cambridge: Polity Press, 1967

² Goffman, Erving: Das Arrangement der Geschlechter. In: Ders.: Interaktion und Geschlecht. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, 1994, 105-158

³ Rubin, Gayle: The Traffic in Women: Notes on the „Political Economy“ of Sex. In: Reiter, Rayna (Hrsg.): Towards an Anthropology of Women. New York/London: Monthly Review Press, 1975, 157-210

Kessler und Wendy McKenna verwenden im Jahr 1978⁴ erstmals explizit den Begriff „social construction of gender“ und fragen, wie sich Kinder die kulturellen Regeln der Zweigeschlechtlichkeit aneignen. Sie begründen so die konstruktivistisch orientierte Sozialisationsforschung (vgl. Wetterer in: Becker, Kortendiek 2004, 124).

Zweigeschlechtlichkeit und deren Auswirkung auf das professionelle Setting wird unter anderem im Rahmen von Segregationstheorien diskutiert. Segregationstheorien beschäftigen sich mit den Gründen für eine Differenzierung der Gesellschaft in männliche und weibliche Bereiche. Dies impliziert die Annahme, dass es zwei Geschlechter gibt (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 54).

Das Geschlecht wird in Sex und gender differenziert. Sex benennt das biologische und sichtbare Geschlecht. Der Begriff gender bezeichnet das soziale Geschlecht, also die geschlechtsspezifische Rollenerwartung sowie die soziale Positionierung bis hin zu den Verhaltensweisen. Gender hat in der berühmten Aussage von Simone de Beauvoir „man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es“ (Beauvoir 1949 in: Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 55) eine einprägsame Formulierung gefunden. Die Unterscheidung zwischen sex und gender unterstützte zum einen die liberale Gleichberechtigungspolitik und richtete sich somit gegen biologistische Vorannahmen, denn soziale Gleichheit setzt voraus, dass die Geschlechter von Natur aus gleich sind (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 55). Gleichberechtigung lässt sich nur durch den Abbau sozialer und kultureller Hürden, welche Ungleichheit herstellen, erzielen. In den siebziger Jahren wurde dem Gleichberechtigungsmodell, welches von einer Angleichung an die männliche Welt lebt, das Differenzmodell gegenübergestellt. Ulrike Prokop zeigt die Grenzen des Gleichberechtigungsmodells auf: es übersieht die Differenz.

Ilona Ostner und Elisabeth Beck-Gernsheim entwickelten Ende der 70er Jahre das Konzept des weiblichen Arbeitsvermögens⁵, und stellten durch eindeutige geschlechtsspezifische Zuweisungen von Handlungspotentialen die Differenz in den Fokus. (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 56). Grundlage des Konzepts „weibliches Arbeitsvermögen“ ist die Trennung von Öffentlichkeit und Berufsleben sowie Familien- bzw. Privatleben.

Beide Ansätze trennen den Körper von den gesellschaftlich-kulturellen äußeren Einflüssen. Aber kann der Körper auch losgelöst von Kultur betrachtet werden? Um die Frage nach Judith Butler zu beantworten: „Zweigeschlechtlichkeit ist eine kulturelle Performanz“ und somit keine natürliche Tatsache (Butler in: Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 58). Die

⁴ Kessler, Suzanne, J./Wendy, McKenna: Gender. An Ethnomethodological Approach. New York: The University of Chicago Press, 1978

⁵ Siehe auch <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00545003.htm> (10.4.2015)

Geschlechtszugehörigkeit ist also aus ethnomethodologischer Sicht kein zugeschriebenes Merkmal, sondern eine kulturell erworbenes Verhalten, welches im Rahmen von sozialen Interaktionen laufend produziert und reproduziert wird. Dies geschieht unbewusst, ist aber in allen Interaktionen präsent. In diesem Zusammenhang wird der Begriff *doing gender* von Candace West und Don Zimmermann geprägt (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 58f). Jedes Tun, jede Entscheidung wird auf das Geschlecht hin bezogen und daran gemessen. West und Zimmermann spitzen das Gesagte zu, indem sie fragen, ob ein *undoing gender* überhaupt möglich ist. Gibt es vielleicht Situationen, in welchen das Geschlecht eine untergeordnete Rolle spielt, in denen keine aktive Geschlechtszuschreibung unternommen wird? Stefan Hirschauer sieht in der Konstruktion von Geschlecht keinen kontinuierlichen Prozess, das bedeutete *doing gender* kann unterbrochen werden (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 60). Geschlecht entsteht prinzipiell in sozialen Situationen, denn das eigene Geschlecht hat man erst dann, wenn es von und mit anderen thematisiert wird (vgl. Hirschauer in Becker, Kortendiek 2004, 133).

Zweigeschlechtlichkeit ist also in der konstruktivistischen Sichtweise nichts Naturgegebenes, sondern entsteht durch kulturell geprägte Zuschreibungen. Je nach Kultur lässt sich das Geschlecht an unterschiedlichen Ausprägungen festmachen und ausdrücken. Somit wird der Geschlechterbegriff variabel, denn DIE Frau oder DEN Mann gibt es nicht (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 60f).

2.2 Doing gender while doing work

In den 1980er Jahren erschienen einige Studien, welche die Arbeitsteilung unter konstruktivistischen Rahmenbedingungen in den Blick nahmen. Game & Pringle⁶ veröffentlichten beispielsweise 1983 eine Untersuchung zur Geschlechtersegregation in Australien. Der Titel „Gender at Work“ sollte noch für viele weitere Untersuchungen wegweisend sein. Der Titel verweist zum einen darauf, dass Arbeit vergeschlechtlicht wird, aber auch darauf, dass Geschlecht in der Arbeitswelt entsteht. Das Geschlecht beeinflusst, wie Arbeit organisiert und ausgeführt wird. Gleichzeitig sind Arbeit und Arbeitsteilung wichtige Ressourcen, wenn es um die soziale Konstruktion von Geschlecht geht (vgl. Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009, 45)

Wetterer bezieht sich auf Beck-Gernsheim & Ostner⁷ und kritisiert deren Konzept des weiblichen Arbeitsvermögens (1979). Beck-Gernsheim & Ostner waren von einer Trennung von Produktion und Reproduktion und damit einer Reduktion des weibliche Arbeitsvermögen

⁶ Game, Ann, Pringle, Rosemary: Gender at Work. Sydney/London/Boston, 1983

⁷ Beck-Gernsheim, Elisabeth, Ostner, Ilona: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main/New York, 1979

auf Hausarbeit und Fürsorgearbeiten ausgegangen womit nur das männliche Arbeitsvermögen für die Erwerbsarbeit geeignet ist. Über die Jahre zeigte sich, durch immer wieder stattfindende Geschlechtswechsel von Berufen und ganzen Branchen, dass das gesellschaftliche Ansehen (Prestige) einer Arbeit sie zur Frauen- oder Männerarbeit macht. Geschlechtstypische Fähigkeiten dienen erst nach der Kodierung als Orientierungshilfe (vgl. Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009, 46)

Garfinkel (1967) zeigte, das Geschlecht nicht einfach da ist, es wird im Handeln hervorgebracht. Ausgehend vom konstruktivistischen Ansatz besteht eine wechselseitige Beeinflussung von Arbeit und doing gender. Einerseits passiert im Arbeitsfeld ein doing gender wodurch dieses wiederum geprägt wird. Diese laufende Herstellung von Geschlechterdifferenz im Beruf, hilft allerdings Komplexität zu reduzieren. Vor allem in Situationen, in welchen eine Auflösung der Geschlechtergrenzen droht, betonen Männer die Differenz und bekräftigen diese. Frauen hingegen versuchen die Differenz zu minimieren, indem sie zeigen, dass sie mindestens dasselbe leisten können wie ihre Kollegen. Die im doing gender hergestellte Differenz setzt sich im „doing hierarchy“ fort – denn die Differenz ist ungleich strukturiert und Männer und Frauen sind angeleitet, diese Asymmetrie aufrechtzuerhalten (vgl. Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009; 52)

Bleibt Garfinkel im doing gender auf der Mikro-Ebene, so ermöglicht Goffman über das Verhältnis von Interaktion und Institution die Einbeziehung der Meso-Ebene. Geschlechterarrangements sind nicht das Ergebnis von doing gender, sie entstehen durch die Verschränkung von Interaktionsordnung und Gesellschaftsstrukturen. Das ist das Muster von institutioneller Reflexivität wie es Goffman zeichnet. Wetterer zitiert das Beispiel der Paarbildung: Dass Männer älter sind als Frauen oder auch größer, wird durch die Regeln der Paarbildung evident und ermöglicht im Arbeitsalltag eine Geschlechtersegregation, in welcher junge Frauen älteren Herren assistieren. Mikro- und Meso-Ebene befördern sich im doing gender also wechselseitig und tragen so zu einer Produktion und Reproduktion der Ordnung der Geschlechter bei (Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009; 54).

Mit Blick auf das Medizinsystem wird Geschlechtersegregation beispielsweise in der Forschungsarbeit von Elisabeth Mixa (2000) sichtbar. Mixa untersuchte in ihrer Studie „Zwischen den Sprossen“ die Gründe für eine Unterrepräsentanz von Ärztinnen, allerdings mit Fokus auf das universitäre Medizinfeld. Trotz eines Anstiegs der Medizin-Studentinnen war die wissenschaftliche Arbeit der Universität Ende der 1990iger Jahre immer noch in Männerhand. Mixa konzentrierte ihre Erklärungsversuche auf die „Unterschiede in den Ausbildungs- Arbeits- und Forschungsbedingungen im Kontext mit Aspekten der

Lebensbedingungen“. Die quantitative Befragung⁸ zeigte eine vertikale und horizontale Segmentierung des Berufsfeldes. Ärztinnen besetzten vermehrt Positionen und Fächer, in welchen die Aufstiegschancen und auch die Verdienstmöglichkeiten geringer waren (z.B.: Kinderheilkunde) (vgl. Mixa 2000, 233).

2.3 Geschlechtlichkeit in Organisationen

Dass Organisationen zentrale Orte der Herstellung von sozialer Ungleichheit sind, zeigt unter anderem die Studie von Kathy Ferguson⁹, welche einen stark patriarchalen Zusammenhang zwischen Organisation und Geschlecht sieht (vgl. Wilz in Becker, Kortendiek 2004, 445ff). Nach Wilz (in Becker, Kortendiek 2004, 445) erfährt das „Männliche“ eine höhere Bewertung, während das „Weibliche“ abgewertet wird. Dies sei zum einen in formalen Organisationsstrukturen und zum anderen in informelle Diskurse eingebettet. Die Ungleichstellung der Frauen ist in Organisationen verankert. Die rationalen Strukturen bzw. Verfahren lassen dies allerdings schwerer erkennen (vgl. Wilz in Becker, Kortendiek 2004, 445).

Rosabeth Moss Kanter¹⁰ beschreibt, „dass organisatorische Strukturen im Sinne Webers formale, unpersönliche und damit auch geschlechtsneutrale Strukturen sind“ (Wilz in Becker, Kortendiek 2004, 445). Somit sind Geschlechterungleichverteilungen nicht in den organisatorischen Strukturen verankert, sondern stellen ein Resultat der Positionierung von Frauen (zumeist hierarchisch niedriger eingestuft und in der Minderheit) dar. Frauen stellen für Kanter so genannte ‚token‘ dar. Sie seien mit stereotypen Anforderungen konfrontiert, in der Minderzahl und aufgrund weniger machtvoller Positionen für Männer keine attraktiven Netzwerkpartnerinnen. Die kritische Masse beziffert Kanter mit etwa 40%. Hier würden sich „Majorität und Minorität aneinander angleichen“ und sich Machtverhältnisse Schritt für Schritt egalisieren (vgl. Wilz in Becker, Kortendiek 2004, 445). Durch den Minoritätsstatus fallen Frauen also auf, sie stehen unter Beobachtung und müssen sich beweisen. Damit erfahren sowohl stereotype Vorstellungen als auch Vorurteile über Frauen keine Verringerung, sondern werden möglicherweise sogar verstärkt (Börchers, Kirchner, Trittmacher 2006, 98).

Segregationsstudien zeigten, dass, auch wenn Frauen in Anzahl und Qualifikation mit Männern gleichgestellt sind, es Frauen nicht möglich ist, dies in einen entsprechenden Machtzugewinn umzulegen (vgl. Wilz in Becker, Kortendiek 2004, 445).

⁸ Mixa befragte 1995 206 Ärzte und 108 Ärztinnen in Österreich mittels Fragebogen. (vgl. Mixa 2000, 42)

⁹ Ferguson, Kathy E.: *The Feminist Case against Bureaucracy*. Philadelphia: Temple Univ. Press, 1984

¹⁰ Siehe auch: Kanter, RosabethMoss: *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books, 1977

2.4 Die Organisation Krankenhaus

Das hier untersuchte Forschungsfeld stellt eine besondere Organisationsform dar. Welche Bedingungen hier vorherrschen und wie das Krankenhaus organisiert ist, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

Die Soziologie bezeichnet soziale Systeme oder soziale Gebilde und die „Gesamtheit aller geplanten, ungeplanten und unvorhergesehenen sozialen Prozesse, die innerhalb des jeweiligen Systems oder in Beziehung zu anderen, umgebenden Systemen ablaufen“ als **Organisation** (Hillmann 2007, 651). „Als geschichtlich entwickeltes soziales Gebilde manifestiert die O. immer auch gesellschaftl. Ungleichheiten, Abhängigkeits- und Unterordnungsverhältnisse. Im gesamtgesellschaftl. Zusammenhang hat die O. neben ihrer sozialtechn. Bedeutung als rationales Instrument für effiziente Zielrealisierung immer auch den Charakter eines Herrschaftsmittels. ... Für die Analyse der Autoritätsstruktur einer O. erweist sich die Unterscheidung von zugeteilter („Amts“-)Autorität oder Kompetenz und tatsächlicher Autorität als fruchtbar“ (Hillmann 2007, 651).

Im KAKuG (Krankenanstalten- und Kuranstalten Gesetz) werden Krankenhäuser (gleichzusetzen mit Krankenanstalten) wie folgt definiert:

„Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung,
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation

bestimmt sind.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“¹¹

Aufgrund der Auswahl der Stichprobe bzw. der gegebenen Möglichkeiten im Feldzugang ergab sich ein Fokus auf Krankenhäuser in Tirol.

Krankenhäuser sind so genannte **Expertenorganisationen** und damit klassisch hierarchisch gegliedert (vgl. Weilharter 2014, 42). Im Falle der Spitäler bedeutet das, dass die einzelnen Organisationseinheiten auf sich fokussiert sind. (siehe 2.4.3) Es besteht wenig Interesse an

¹¹<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>
(06.08.2015)

einer Vernetzung. Aufgrund des strukturellen Veränderungsdrucks von außen, dem Druck zu ökonomischer Leistung und den (sich verändernden) Erwartungen der PatientInnen wird eine Optimierung der Kommunikation zwischen den Professionen und Einheiten notwendig (vgl. Weilharter 2014, 42).

Die systemische Organisationsforschung versteht Organisation als eine Variante sozialer Systeme. Soziale Systeme operieren auf der Basis von Sinn, wobei Kommunikation die Operationsgrundlage bildet (vgl. Wolff in Pelikan, Wolff 1999, 38).

Die **Kultur** im Krankenhaus ist stark durch das ethische und am hippokratischen Eid¹² ausgerichtete Verständnis der jeweiligen ÄrztInnen und Pflegekräfte geprägt. Die Krankenhausträger legen neben der ökonomischen, die sachliche und auch die soziale Grundausrichtung eines Krankenhauses fest. Seit einigen Jahren müssen sich österreichische Krankenhäuser vor allem den ökonomischen Anforderungen verstärkt stellen (vgl. Eiff, Stachel 2007, 200ff).

2.4.1 Linienorganisation in österreichischen Krankenhäusern

Die österreichischen Krankenhäuser sind in Form einer berufsständischen Dreiteilung der MitarbeiterInnen strukturiert. Die relativ unabhängige organisationale Hierarchie der Kollegialen Führung in ärztliche, pflegerische und Verwaltungs- bzw kaufmännische Direktion führt zu einer Arbeitsteilung, welche eine gute Kommunikation als Operationsgrundlage bedingt (siehe Bauch 2000, 85). Nur durch eine enge Vernetzung können die ökonomischen und von Seiten der PatientInnen geforderten Interessen bewältigt werden (siehe auch Weilharter 2014, 47). Die Linie der ÄrztInnen und der therapeutischen Berufe (z.B.: PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen) sind der ärztlichen Direktion unterstellt. Das gesamte Pflegepersonal (diplomierte und nicht diplomierte Pflegekräfte) sind der Pflegedirektion weisungsgebunden. Der Verwaltungsdirektion unterstehen wiederum alle

¹² Der hippokratische Eid: <https://www.thieme.de/viostatics/dokumente/vio-2/final/de/dokumente/vor-dem-studium/Infos-zum-Medizinstudium-Hippoeid.pdf> (08.12. 2013)

An der Universität Wien ist der Eid mittlerweile einem Promotionsversprechen gewichen: „Sie werden also geloben, erstens dieser Universität, in der Sie den höchsten Grad der Medizin erlangt haben, dauernd ein treues Angedenken zu bewahren und ihre Aufgaben und Ziele nach Kräften zu unterstützen; sodann die Würde, die ich Ihnen zu verleihen habe, rein und unversehrt zu bewahren und niemals durch üble Sitten oder Schande im Leben zu beflecken; schließlich die Kenntnis, die Sie jetzt beherrschen durch den eigenen Fleiß zu pflegen und insbesondere durch alle Fortschritte, welche diese Kunst im Laufe der Zeit machen wird, zu erweitern, Ihre Übung und Ihr Können zum Wohl und Gedeihen der Menschen geflissentlich zu verwenden, endlich alle Pflichten, die dem rechten Arzt obliegen, mit der gleichen Menschlichkeit gegen alle auszuüben: Dies werden Sie aufrichtig geloben und versprechen.“ <http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/aekstmk.pdf> Seite 9 (08.12.2013)

wirtschaftlichen Bereiche (z.B.: Informationstechnologie, Ökologie,...) (siehe dazu Abbildung 1).

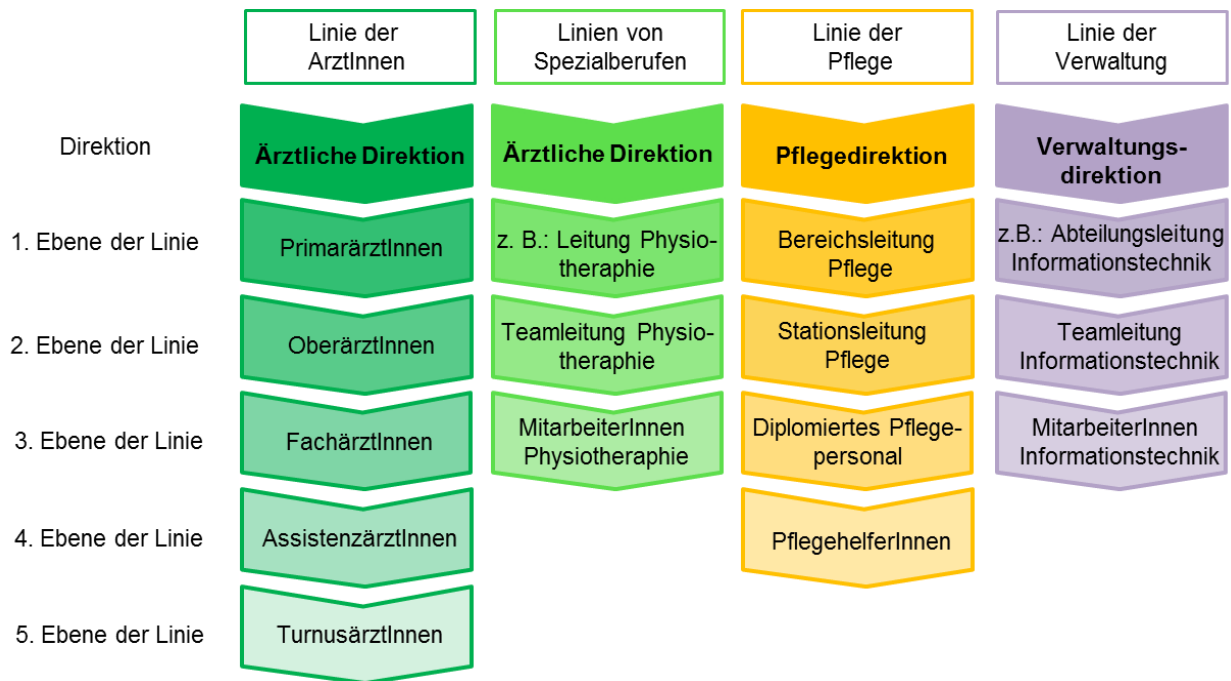


Abbildung 1: Linienorganisation in österreichischen Krankenhäusern (vgl. Weilharter 2014, 46)

2.4.2 Soziologische Einblicke in die Krankenhausstruktur

Johann Jürgen Rhode hat im Jahr 1962, erstmals im deutschsprachigen Raum das Krankenhaus einer soziologischen Betrachtung unterzogen. Er analysierte das Krankenhaus zum einen aus der strukturell-funktionalen Sicht (und schließt damit an die Theorie Talcott Parsons an) und zum anderen mit dem Blick des symbolischen Interaktionismus (wobei der Fokus auf dem/der PatientIn liegt). Im Rahmen der strukturellen Analyse stellte Rhode eine Zielkomplexität im Krankenhaus fest, da die Organisation gleichzeitig mehreren Zielen verpflichtet ist: „Diagnose, Therapie, Pflege, Isolierung, Forschung, Lehre, betriebliche Ablauforganisation“ (Bauch 2000, 84). Diese Ziele müssen natürlich nicht nur gleichzeitig bedient werden, sondern stehen, da je nach Ziel auch unterschiedliche Anforderungen an das Krankenhauspersonal gestellt werden, auch untereinander in Konkurrenz. Für ÄrztInnen ergeben sich vor allem aufgrund von vier Zielen Rollenkonflikte und auch Überlastungen. Neben der medizinischen Arbeit an den PatientInnen, müssen gleichzeitig auch noch Aufgaben der Forschung und Lehre sowie (immer mehr) administrative Aufgaben erfüllt werden (vgl. Bauch 2000, 84f). „So stehen sie oftmals im Zielkonflikt zwischen maximaler Versorgung des Patienten und der Beachtung immer knapper werdenden Budgets für das Krankenhaus“ (Bauch 2000, 85). Wie auf diese unterschiedlichen Verhaltensanforderungen reagiert werden kann, hängt wesentlich mit der hierarchischen Stellung innerhalb der Krankenhausorganisation zusammen. Je nach Position ist ein Berufen auf den professionellen

Ethos eher möglich. ÄrztInnen können aufgrund Ihrer interprofessionellen Organisation (siehe 2.4.3) eher eine Hierarchisierung der an sie gestellten Anforderungen vornehmen und so die Aufgaben weiterdelegieren. In der Zusammenarbeit zwischen Pflege und ÄrztInnen kommt es wechselseitig immer wieder zu Konflikten bzgl. gleichzeitiger Verhaltensaufforderungen von Seiten der ÄrztInnen und der Pflege selbst (vgl. Bauch 2000, 86).

Aus Sicht der PatientInnen sei in aller Kürze auf den Bruch und die Einschränkung der Handlungsfähigkeit verwiesen, welche mit der Aufnahme in das Krankenhaus eingeleitet wird. Die Patientin/der Patient lässt das Alltagsleben zurück und begibt sich in eine andere Kultur inkl. Rollenwechsel und Rollenerwartungen an „eine/n gute/n PatientIn“ (siehe Bauch 2000, 87ff).

Im Zentrum der Organisation Krankenhaus stehen die Bedürfnisse der PatientInnen und daran orientieren sich auch die Organisations- und Ablaufstrukturen (vgl. Bauch 2000, 89). Das Krankenhaus hat betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Anforderungen zu genügen, welche nicht alle in der formalen Organisationshierarchie abgebildet sind. „Eine Krankenhausorganisation versucht den Kompromiss zwischen einer optimierten Krankenversorgung (Sachziel) und einem effektiven Mitteleinsatz (Formalziel) zu finden“ (Bauch 2000, 90). Das Krankenhauspersonal ist mit sehr viel Gefühlsarbeit konfrontiert. Gefühlsarbeit bzw. interaktionsintensive Arbeit ist nur unter dem Einsatz persönlicher Motivation möglich. Die aktuellen, mitunter sehr großen ökonomische Zwänge, welche österreichische Krankenhäuser unterliegen, bergen die Gefahr, dass Anteil der interaktionsintensiven Krankenhausarbeit vernachlässigt wird und eine technisierte Reparaturmedizin die führende Hand gewinnt (siehe Bauch 2000, 104). Dies spiegelt einen Grundwiderspruch moderner Krankenhausorganisation wider.

2.4.3 ÄrztInnenorganisation – ExpertInnenorganisation

Innerhalb der Organisation Krankenhaus gibt es unterschiedliche Sichtweisen bzgl. des Organisationszwecks. MedizinerInnen und PflegemitarbeiterInnen haben als Hauptleistungserbringer im Krankenhaus eine andere Zieldefinition als das Management. Beide Blickwinkel sind nicht völlig deckungsgleich mit den Erwartungen und Zielsetzungen der PatientInnen. Hieraus ergeben sich, die bereits erwähnten Zielkonflikte innerhalb der Organisation. Verstärkt wird dies durch eine sehr weitgehende Trennung der Bereiche Medizin, Pflege, Diagnostik und Administration, Technik, Zulieferer (vgl. Conrad 2013, 107f). Das Krankenhaus ist ähnlich organisiert wie die Industrie, unterliegt aber starken äußeren Einflüssen (Systemkräften) und ist daher zu einer laufenden Anpassung der Organisationsstrukturen gezwungen (vgl. Conrad 2013, 107).

Weiters ist das Krankenhaus durch die Entwicklung der Abteilungsstruktur aus der Ausdifferenzierung der medizinischen Teilgebiete geprägt. Die Organisationsstruktur ist stark von Aus- und Weiterbildung abhängig. Ähnlich wie in Universitäten und Schulen ist Wissen der zentrale Faktor in der Expertenorganisation Krankenhaus.

Die Merkmale von Expertenorganisationen führen auch im Krankenhaus zu Herausforderungen. Hauptmerkmale sind nach Conrad (2013, 110) unter anderem:

- Umgang mit Wissen,
- hochqualifizierte MitarbeiterInnen mit bedeutungsvoller Stellung in der Organisation,
- Identifikation der MitarbeiterInnen eher mit dem Beruf als mit dem Unternehmen,
- stark ausgebildete Handlungs- und Entscheidungsautonomie der ExpertInnen,
- Ausrichtung am professionellen Karriere- und Reputationssystem,
- wenig Interesse der ExpertInnen an organisationalen Aufgaben,
- Standardisierung der Ausbildung durch Bewertungsmaßstäbe und Standardisierung von Abläufen und
- direkte Interaktion der ExpertInnen mit den PatientInnen.

2.5 Hierarchie

Hierarchie ist in der Krankenhausorganisation allgegenwärtig und von großer Bedeutung. Wie Hierarchie zu verstehen ist und welche Aufgabe dieser Ordnungsform zukommt, wird im folgenden Kapitel erläutert.

Der Begriff **Hierarchie** kommt aus dem Griechischen „hierarchia“, bedeutet heilige Ordnung und bezeichnet ursprünglich die der Kirche gegebene Ordnung, die Gesamtheit der nach Rängen gegliederten Träger von Kirchengewalt.

Die Soziologie beschreibt Hierarchie als eine Form der horizontalen und vertikalen Positionierung der Funktionsträger einer Organisation. „Die Hierarchie ist idealtypisch ein festes, präzises System der Über- und Unterordnungen, in dem alle Entscheidungsbefugnisse, Kommunikationswege und Zuständigkeiten pyramidenhaft von einer obersten Spitze bis hinunter zu einem sich stufen- und rangweise immer weiter verzweigenden Unterbau institutionalisiert sind“ (Hillmann 2007, 338). Alle Positionen, außer der obersten und der untersten sind zugleich Unterstellte als auch Vorgesetzte. Mit eindeutig klaren Kompetenzen, vertikalen Zuordnungen und Befehlswegen ist die Hierarchie die ideale Struktur um den führenden Willen in einer Organisation gegenüber dem gesellschaftlichen Außen durchzusetzen. Hierarchie dient vor allem der Durchsetzung gleich bleibender und beständiger Lösungen und Aufgaben. In einer sich immer rascher wandelnden Gesellschaft,

welche laufende Anpassungen verlangt, geht die Wirksamkeit jedoch immer mehr verloren. In einer demokratischen Welt wird nicht nur eine Zunahme horizontaler Kommunikation verlangt, auch der Abbau oder zumindest eine Abflachung der hierarchischen Herrschaftsstrukturen werden gefordert (vgl. ebd, 338).

Hierarchie beschreibt also ein Autoritätsgefälle, welches der Form einer Pyramide gleicht. Auf der vertikalen Ebene herrscht eine Rangdifferenzierung. Je höher der Rang, desto größer die Autorität und der Einfluss.

Die in der ärztlichen Ausbildung herrschenden Strukturen, sind auf das Militär als Vorbild zurückzuführen. In Deutschland gab es spätestens ab dem Jahr 1852 den Ober- und Unterarzt. Die Ausbildung von ÄrztInnen erfolgt nach den Grundsätzen des Militärs und basiert generell auf Lob und Anerkennung für Gehorsam und widerspruchsfreies Verhalten, während abweichendes Verhalten und Gegenrede sanktioniert wurde (vgl. Eiff, Stachel 2007, 202) Eiff und Stachel formulieren es sogar noch drastischer: „In einem militärischen und hierarchischen Umfeld ist kein Platz für Kreativität, soziales Engagement und einfühlsames patientenzentriertes Verhalten“ (ebenda 2007, 202). Die Hierarchie im Krankenhaus gilt als besonders rigide. Das ist auf die historischen Wurzeln aus Kloster und Militär zurückzuführen. Aufgrund der besonders im Krankenhaus geforderten absoluten Fehlerfreiheit erscheint eine strenge Hierarchie notwendig und ein Abflachen oder gar Abbauen der Pyramide nicht möglich (vgl. Elkeles 1994, 22).

Die Arbeitsteilung zog auch in die Krankenhäuser ein. Über die Jahre entwickelte sich eine Organisation von SpezialistInnen. Nach Eiff und Stachel war die Arbeitsteilung auf horizontaler Ebene überwiegend in den medizinischen Fachgebieten wie Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Pädiatrie anzutreffen. Medizinische Fachabteilungen werden von Primarii geleitet, welche die organisatorische und therapeutische Verantwortung für die ihnen anvertraute Abteilung tragen. Die Primarii sind allen ÄrztInnen gegenüber weisungsbefugt. Für einen möglichen Aufstieg ist das bedeutungsvollste Kriterium die fachliche Qualifikation, obwohl das Gesundheitswesen zunehmend unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten gesehen wird. Neben fachlicher Kompetenz wird deshalb von Ärztinnen und Ärzten zunehmend Managementkompetenz verlangt. Sozial- und Führungskompetenzen spielen bei der Besetzung von Führungspositionen trotzdem eine untergeordnete Rolle (vgl. Eiff, Stachel 2007, 202).

Die hierarchische Strukturierung der ÄrztInnen ergibt sich aufgrund des Ausbildungsstandes sowie aufgrund der Ernennung durch die ärztliche Direktion.

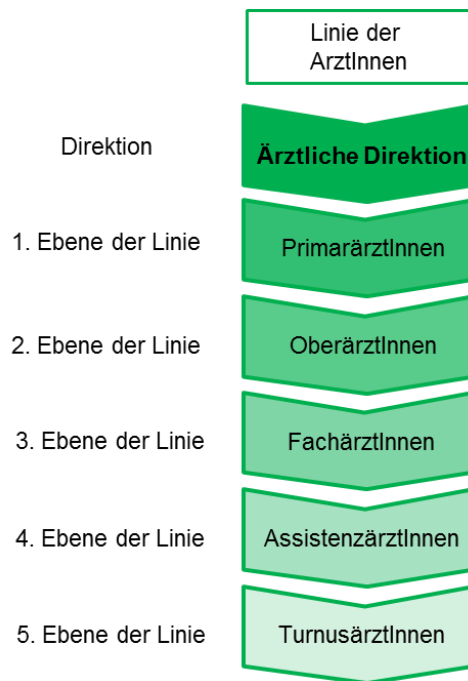


Abbildung 2: Hierarchieebenen von ÄrztInnen in österreichischen Krankenhäusern (vgl. Weilharter 2014, 46)

2.5.1 Zweck von Hierarchie in der Organisation Krankenhaus

Hierarchische Strukturen im Krankenhaus sind nicht nur Machtstrukturen sondern auch Entscheidungsstrukturen. Machtstrukturen sind Rangordnungen, welche durch klare Zuständigkeiten und Kompetenzen geregelt sind (vgl. Vogd 2011, 152f).

Ein hierarchisches Entscheidungsmodell hilft Entscheidungen schnell und eindeutig herbeizuführen. In Akutsituation können so in kürzester Zeit Handlungsmaßnahmen aufeinander folgen, ohne Diskussionen oder Erklärungen (vgl. Börcher, Kirchner, Trittmacher 2006, 98). Diese Tatsache stellt den großen Nutzen dar, welches ein Festhalten an tradierten Hierarchiestrukturen unterstützt.

Konditionierung und Motivation der Mitglieder gelingt der Organisation über die Versprechen von Karrierechancen. Die Mitglieder werden zu Entscheidungen verpflichtet und durch das Mitmachen versprechen sie sich Aufstiegsmöglichkeiten. Dadurch werden Werte wie Freiheit, Chancengleichheit usw. für die Chance aufgegeben, den eigenen Lebenslauf zu formen (vgl. Vogd 2011, 157).

2.5.2 Formale und informelle Hierarchie

Wie oben dargestellt werden formale Hierarchien im Krankenhaus zunächst aufgrund des Ausbildungsstatus definiert und beinhalten eine klare Linie, in welcher Entscheidungen

getroffen und Kompetenzgrenzen gesetzt werden. Die formale Hierarchie ist ein gegebenes Ordnungssystem.

Wer mit wem welche Aufgabe zu erfüllen hat, spiegelt der horizontale Aspekt von formellen Strukturen wider. Die unterschiedlichen Zuschreibungen je Stellung (Kontroll-, Entscheidungsbefugnis usw.) werden als vertikaler Aspekt der formellen Strukturen bezeichnet. Die hier verankerten Merkmale sind rational geplant und hängen vom übergreifenden Organisationsziel ab (vgl. Dechmann, Ryffel 2001, 102).

„Die informelle Struktur umfasst alle nicht vorgeplanten inoffiziellen Kontakte zwischen Organisationsmitgliedern“ (Dechmann, Ryffel 2001, 98). Grundsätzlich werden informelle Strukturen und Hierarchien durch jeweils aktuelle Situationen geprägt, wobei sie verschiedene Inhalte besitzen, verschiedene Formen annehmen und verschiedene Personen betreffen. Über die Zeit gesehen, können informelle Strukturen auch zu festen Strukturen werden (vgl. Dechmann, Ryffel 2001, 98).

Frauen in Hierarchien

Lange Zeit war zu beobachten, dass betriebliche Hierarchie mit Geschlechterhierarchie gleichgesetzt wurde und „weiblich“ zugleich „abgewertet“ bedeutete (vgl. Müller, Riegraf, Wilz 2013, 105)

Zahlreiche Frauen üben mittlerweile Führungspositionen aus, dennoch ist die Etablierung von Geschlechtergrenzen und damit die Aufrechterhaltung von Hierarchie und Differenz zwischen den Geschlechtern immer noch Bestandteil gemischtgeschlechtlicher Professionen (vgl. Wetterer 2000, 14). In der medizinischen Profession sind die formalen hierarchischen Strukturen stark verankert und veränderungsresistent. Dies hat neben den hier erwähnten vorteilhaften Entscheidungshilfen auch historische Gründe.

3 Historische Entwicklung und aktuelle Situation des Medizinsystems

Das Krankenhaus, als offenes soziales System unterliegt als solches vielfältigen externen und internen Einflüssen. Die strukturellen und organisatorischen Bedingungen sind nicht nur gesellschaftlich geprägt, sondern auch an die Aufgaben und Leistungen der Einrichtungen gebunden. Historische Entwicklungen ermöglichen das Verständnis von systeminternen aber auch -externen Strukturmerkmalen und Bedingungen (vgl. Stern 1996, 12). Die Wurzeln der heutigen hierarchischen Strukturen liegen in der Geschichte des Medizinsystems – in der Geschichte der Frauen in der Medizin.

Die Medizin ist ein stark historisch geprägtes Gebiet, welches immer in engem Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Bedingungen der jeweiligen Epoche zu sehen ist. Um die heute aktuelle Situation von Ärztinnen näher beleuchten zu können, ist ein Blick in die Geschichte der medizinischen Profession notwendig.

3.1 Entstehung des heutigen Medizinsystems

Ärztinnen und weise Frauen dominierten bis ins Mittelalter die Heilkunde und wissenschaftliche Medizin. Sie waren besonders in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig und dominierten die Medizin in diesem Bereich. Der Heilberuf der Hebamme wurde stets von Frauen ausgeübt. Das Wissen wurde vor allem in Klöstern aufbereitet und weitergegeben. Die Äbtissin Hildegard von Bingen (1098 bis 1197) beispielsweise, lebte im 12. Jahrhundert und beschäftigte sich intensiv mit alternativen Heilmethoden (vgl. Leven 2008, 30).

Wie kam es nun dazu, dass die heilkundigen Frauen verdrängt wurden? Die Kirche fühlte sich vom medizinischen Wissen der Frauen zunehmend bedroht, ein extremer Frauenhass entwickelte sich. Besonders große Angst bestand vor Hexerei, dem weiblichen Wissen um Empfängnisverhütung und Abtreibung. Ebenso wurde die weibliche Sexualität geradezu paranoid verfolgt. Das Ziel der Kirchenväter war daher, die „Ausbildung und Durchsetzung eines männlichen Ärztestandes“, welcher die Grundsätze der Kirche ausführen sollte. (Schmerl 2002, 42). Die männlichen Ärzte wiederum hatten durchaus Interesse daran, die weibliche Geschäftskonkurrenz los zu werden. Ab dem 14. Jahrhundert wurde Frauen das Medizinstudium verboten, unter anderem wegen ihres zu kleinen Gehirns. Das über die Jahrhunderte tradierte medizinische Wissen der Frauen wurde nicht an die Männer weitergegeben und fehlte in der Ausbildung. Es wurde ein Verbot eingeführt, Medizin auszuüben ohne sie studiert zu haben (vgl. Schücking in Mixa, Malleier, Springer-Kremser (Hrsg) 1996, 230). Durch ärztliche Kontrolle des Geburtshilfebereichs wurden die Frauen nicht nur aus der allgemeinen Heilkunde sondern auch aus der Frauenheilkunde ausgeschlossen. Der Versuch volksmedizinisches Wissen von Frauen, vor allem über verhütende und abtreibende Methoden, zu unterbinden, gipfelte in der Hexenverfolgung. Folgen dieser Vorgänge waren die oft schlechte Ausbildung der Ärzte und die „bis heute bestehende Hierarchie im Geschlechterverhältnis in den Gesundheitsberufen“ (Schmerl 2002, 42).

Das Medizinstudium bzw. dessen Absolventen nahmen im Mittelalter noch oft Regierungsaufgaben wahr, indem sie Obrigkeiten in Gesundheitsfragen berieten. Aufgrund dieser öffentlichen Pflichten war dieses Studium für Frauen grundsätzlich nicht möglich. Die ärztliche Praxis war jedoch nicht nur den studierten Medizinern vorbehalten. Und so gab es

lange Zeit eine Vielzahl von medizinischen Berufsgruppen (Apotheker, Bader und Barbieri,...). Vor allem im 17. Jahrhundert drängten die studierten Mediziner darauf, ihre Privilegien auszudehnen und somit die Ausübung des Handwerks auf ihr Geschlecht einzugrenzen. Solange aber die Anzahl akademisch ausgebildeter Ärzte noch gering war, gab es noch viele, vor allem Frauen, welche als Heilkundige arbeiteten. Die Heilkundigen stellten eine regelrechte Konkurrenz für die Ärzte dar, womit das Interesse Frauen ebenfalls zum Studium der Medizin zuzulassen, noch mehr verringert wurde. Während der Ausschluss der Frauen vom Theologiestudium direkt aus Gottes Wort abgeleitet werden konnte, und sich die Juristen aufgrund ihrer Ausbildung für öffentliche Ämter (zu welchen Frauen nach alter Tradition nicht zugelassen waren) gegen Frauen abgrenzen konnten, befand sich die Medizin in einer nicht so klaren Situation. Sie schloss sich den anderen großen Wissenschaften einfach an, um im Zeitalter der Aufklärung den Ausschluss des weiblichen Geschlechts zu begründen (vgl. Flügge in Horn 2003, 14f).

Im Laufe der Revolutionszeit (1848/49) war es zur Bildung von Frauenvereinen gekommen, welche sich für die Berufs- und Bildungsmöglichkeiten der Frauen einsetzten (vgl. Dettmer, Kaczmarczyk, Bühnen 2006, 10). Dorothea Christiana Leporin (verheiratet Erleben) verfasste 1742 eine Streitschrift mit dem Titel „Gründliche Untersuchung der Ursachen die das weibliche Geschlecht vom Studien abhalten“ (Nachdruck der Originalausgabe Berlin 1742, Hildesheim/New York 1975), in welcher sie die Argumente gegen die Zulassung von Frauen zum Studium widerlegte. Sie erwirkte damit einen königlichen Erlass, welcher ihr das Medizinstudium an der Universität Halle ermöglichte. Dorothea Leporin promovierte im Jahr 1754. Einen Durchbruch für die Rechte der Frauen an den Universitäten konnte sie jedoch nicht erringen (vgl. Flügge in Horn 2003, 11).

Bis in die Frühe Neuzeit waren Frauen vom Universitätsstudium ausgeschlossen. Sibylla Flügge (in Horn 2003, 11-22) führt den Ausschluss der Frauen vom Studium zunächst auf die Tatsache zurück, dass Frauen universitätsbedingende Ämter nicht bekleiden durften; im Besonderen das Priesteramt. Dieser Tatbestand ist auf die Lehre der Kirche und ihre Auslegung der Bibel bzw. dessen Anwendung auf konkrete Situationen, zurückzuführen. Vor allem der Sündenfall Evas (die Verführung Adams und der Griff nach den Früchten der Erkenntnis), wird als Anlass genommen, um Frauen von Wissen und damit von Macht fernzuhalten (vgl. Flügge in Horn 2003, 11ff).

1852 wurden in Preußen und 1858 in England Gesetze zur Professionalisierung des Arztberufes und zur Standardisierung der universitären Ausbildung erlassen. Teilweise wurde die Profession vom Staat aber auch von berufsständischen Organisationen dominiert. Den Frauen war nicht nur der Zugang zu den Universitäten verwehrt. Der Zugang zu den berufsständischen Organisationen sollte sich als noch weitaus schwieriger erweisen. „Die

Etablierung der medizinischen Profession und die soziale Schließung gegenüber Frauen ... gingen so Hand in Hand“ (Wetterer 1993, 63).

Prestige und Ansehen erlangten die Ärzte mit der Ausbreitung einer medizinischen Versorgung. Mit der Entstehung der Krankenkassen Ende des 19. Jahrhunderts, waren die Arbeiter im Krankheitsfall von der Krankschreibung des Arztes abhängig. Außerdem änderte sich die Arzt-Patient Beziehung durch die Eröffnung von Praxen und den Rückgang von Hausbesuchen. Der Besuch des/der PatientIn ermöglichte die Demonstration von Autorität und sozialer Distanz zwischen dem medizinischen Experten und dem Laien. Der Fortschritt der medizinischen Wissenschaften unterstützte die Weiterentwicklung dieses sozialen Gefälles (vgl. Wetterer 1993, 66).

Im Rahmen der Aufklärung und der Zeit danach, verlangten Frauen immer mehr, von weiblichen Ärzten untersucht und behandelt zu werden. Durch die fortschreitende Frauenemanzipation und die neuen Erkenntnismethoden der Psychoanalyse gerieten die bis dahin tradierten Annahmen ins Wanken. Ärzte begannen sich einzugestehen, dass sie nicht wussten wie Frauen funktionieren (vgl. Flügge in Horn 2003, 21f). Die Legitimation für die Ärztinnen wird von Anne Masseran knapp zusammengefasst: „Die Ärztin ist notwendig, weil sie eine Frau ist“ (Masseran in Horn 2003, 126). Eine Frau kann also eine Frau besser behandeln und außerdem bringt sie als Frau die weibliche Sanftheit mit in den Beruf. Hier wird aber trotz scheinbarer Öffnung der Medizin die nächste Begrenzung sichtbar: Frauen üben Medizin unter Frauen aus, und das bei männlicher Kontrolle und Führung. „Die Grenze bewegt sich innerhalb der Disziplin“ (Masseran in Horn 2003, 127). Ärztinnen sind oft in Bereichen vertreten, welche von anderen, mächtigeren abhängig sind. Bereiche, in welchen mehr Frauen tätig waren besaßen weniger Prestige und tun dies zum Teil heute noch. Diese inneren Grenzen schützten die scheinbar höheren Disziplinen vor Frauen in Machtpositionen. Dieses differenzspezifische Argument hatte Frauen ermöglicht den Beruf der Ärztin zu ergreifen, wurde aber zur Hürde/zum Dreh- und Angelpunkt der professionellen Ausrichtung. Ärztinnen behandelten andere PatientInnen, sahen andere Krankheitsbilder als ihre männlichen Kollegen. Sie entwickelten sich zu anderen Ärzten. Diese Arbeitsteilung hat sich durchgesetzt und wurde zu einer Selbstverständlichkeit (vgl. Wetterer 2000, 16). Frauen wurden zu „weiblichen Ärzten für Frauen (und Kinder) (...) Sie wurden nicht zu Gleichen, sondern zu Anderen“ (Wetterer 2000, 18).

Ärztinnen definierten sich weiterhin primär über ihre PatientInnengruppe, oder über ihre Nähe zu den PatientInnen und somit über ihre eigene Geschlechtszugehörigkeit, wohingegen sich Ärzte über ihre Expertise definieren konnten (vgl. Wetterer 2000, 18). Die beruflichen

Handlungsmöglichkeiten wurden dadurch stark beeinflusst. Aber auch die Ärztinnen selbst haben etwas dazu beigetragen andere Ärzte zu werden. So wurde nie öffentliche Kritik am „Ausschluss von Ärztinnen von der Behandlung männlicher Patienten“ formuliert (Wetterer 2000, 19). Aber sie arbeiteten mit größtmöglichem Engagement und mit vollem Tatendrang in allen Nischen, welche ihnen von ihren männlichen Kollegen übriggelassen wurden.

Renate Gildemeister (2004) verweist auf die Studien der 50er und 60er Jahre, welche in den USA durchgeführt wurden. Diese Forschungsarbeiten versuchten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen. Eigenschaften, Fähigkeiten, Charaktermerkmale etc. sollten messbar gemacht werden. Dieser Versuch einer Objektivierung unterstützte die Typisierung. Es ergaben sich große Übereinstimmungen in der Beurteilung, die den Männern zugeschriebenen Eigenschaften wurden positiver bewertet als jene der Frauen. Interessant ist weiters, dass diese Typisierungen offenbar einem starken zeitlichen Wandel unterliegen. So zeigten ähnliche Forschungen der 80er und 90er Jahre geringere Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Aggressivität, Emotionalität und Rationalität. Dennoch bleibt es dabei: Frauen haben ein größeres emotionales Verständnis und zwischenmenschliche Beziehungen stehen mehr in ihrem Fokus als bei Männern. All diese Wesensbestimmungen zielen nicht nur auf eine Objektivierung ab, es geht vielmehr um Komplementarität. Und diese Gegensätzlichkeit verortet die Frau in einem Muster aus Dominanz und Unterordnung, womit verdeutlicht werden soll, dass diese Zuschreibung von Merkmalen eine Hauptzweck hat, die Positionierung von Mann und Frau innerhalb der Gesellschaftsordnung. Ausgehend von der Annahme, dass Frauen von Natur aus zur Mutterschaft bestimmt sind, lassen sich alle weiteren zugeschriebenen Fähigkeiten und Eigenschaft ableiten. Die sich daraus ergebende Differenz in der Männer- und Frauenwelt wurde weiter als gegeben angesehen (vgl. Gildemeister in Buchen, Helfferich, Maier 2004, 39ff).

3.2 Die Sprache der Zahlen – Statistiken

Um einen Einblick in die statistischen Verteilungen zu erhalten bzw. die Situation der Ärztinnen in Österreich auch quantitativ darzulegen, werden im folgenden Kapitel zum einen erstzugelassene MedizinstudentInnen sowie die StudienabsolventInnen (siehe Kapitel 3.2.1) und zum anderen die Anzahl an ÄrztInnen, deren Beschäftigungsverhältnisse, die ärztlichen Titel und der Ärztinnenanteil an Fächern (siehe Kapitel 3.2.2) erläutert. Die folgenden Zahlen mit dem Stand 2014 stammen – wenn nicht anders angegeben – von der Ärztekammer Österreich. Die statistischen Zahlen bzgl. jener der StudentInnen sind der Datawarehouse

Hochschulbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft entnommen.¹³ Stichtag ist immer der 28.2. des Folgejahres.

3.2.1 Medizinstudentinnen und -studenten in Österreich

In den 1980er Jahren stieg der Anteil aller Erstinskribientinnen auf 50%. Auch die Studienabschlüsse liegen seit Ende der 1980er Jahre zu 50% in weiblicher Hand. Generell ist der Frauenanteil der Erstzugelassenen an der medizinischen Universität in Graz gegenüber den anderen medizinischen Universitäten in Österreich (Wien und Innsbruck) über die Jahre immer am höchsten und bewegt sich bei einem Anteil von ca. 60 %. Der Anteil der erstzugelassenen Studentinnen bewegt sich seit dem Jahr 2000 über die Jahre bis 2013 zwischen 55,8 % (2011) und 57,3 % (2007). In Summe ergibt sich für die drei medizinischen Universitäten Österreichs, dass sowohl im Jahr 2004, im Jahr 2010 und im Jahr 2013 der Anteil an erstzugelassenen Medizinstudentinnen gegenüber den erstzugelassenen Medizinstudenten überwiegt (siehe Abbildung 3).

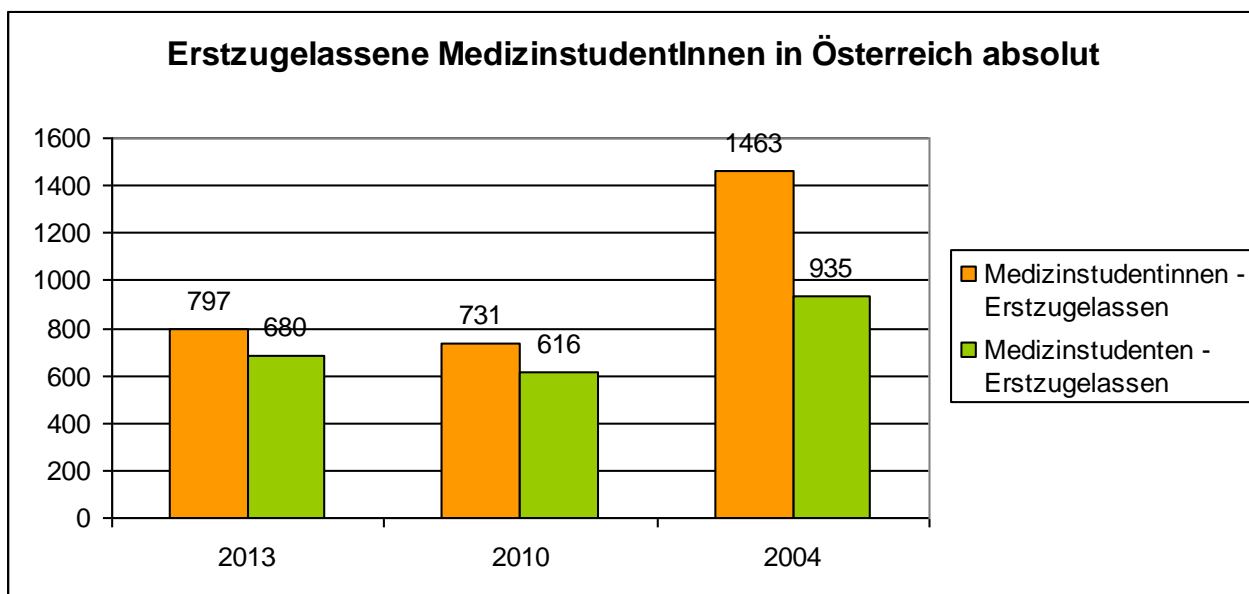


Abbildung 3: Erstzugelassene MedizinstudentInnen in Österreich absolut 2013, 2010, 2004

Im Jahr 2013 wurden um 7,9 % mehr Medizinstudentinnen gegenüber Medizinstudenten erstzugelassenen. Im Jahr 2010 beträgt die Differenz ca. 8,6 % an erstzugelassenen weiblichen gegenüber männlichen Medizinstudenten. Der Vergleich mit den im Jahr 2004 erstzugelassenen MedizinstudentInnen zeigt, dass die im Jahr 2006 eingeführte

¹³ <https://oravm13.noc-science.at/apex/f?p=103:36:0> (03.12. 2014)

Zugangsprüfung zu einer erheblichen Reduktion an erstzugelassenen Medizinstudenten geführt hat.¹⁴

Bei den Studienabschlüssen an den medizinischen Universitäten in Österreich stieg der Anteil der AbsolventInnen im Studienjahr 2000/01 von 50,3 % bis ins Studienjahr 2012/13 mit 58,7 % stetig. Im gleichen Zeitraum senkte sich der Anteil der medizinischen Studienabsolventen von knapp unter 50 % auf ca. 41 % (siehe Abbildung 4).

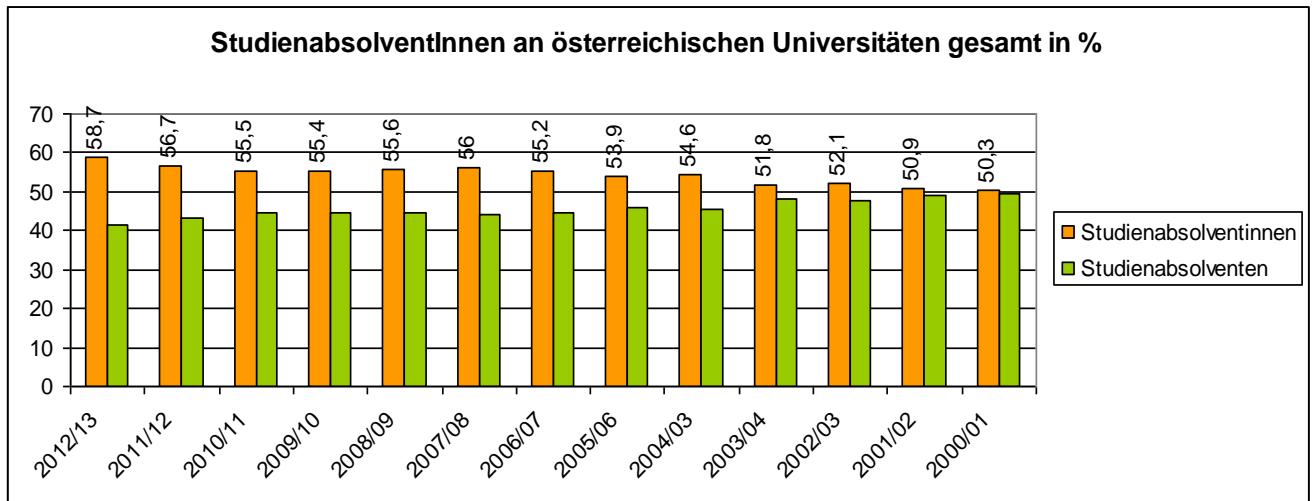


Abbildung 4: StudienabsolventInnen an österreichischen medizinischen Universitäten gesamt in % Studienjahr 2012/13 bis Studienjahr 2000/01

Innerhalb von einem Betrachtungszeitraum von 10 Jahren (Studienjahr 2002/03 gegenüber Studienjahr 2012/13) haben ca. 6,6 % mehr Medizinstudentinnen als Studenten ihr Studium absolviert. Der Anteil an medizinischen Studienabsolventen verringerte sich im gleichen Betrachtungszeitraum ebenfalls um einen Anteil von ca. 6,6 %.

3.2.2 Ärztinnen und Ärzte in Österreich

Zum Erhebungszeitpunkt August 2014 gab es insgesamt 42.687 ÄrztInnen in Österreich. Im Jahr 2010 bis hin zum Jahr 2014 ist die Zahl an Frauen von 17.434 auf 19.618 und die Gesamtanzahl an ÄrztInnen von 39.484 auf 42.687 gestiegen. Damit stieg in diesem Betrachtungszeitraum die Anzahl an Ärztinnen mit 12,5 % erheblich mehr als jene an ÄrztInnen mit 8,1 %. Dies entspricht einem Frauenanteil von 46 % im Jahr 2014 gegenüber 44,2 % im Jahr 2010 (siehe Abbildung 5).

¹⁴ Die Medizinischen Universitäten in Wien und Innsbruck führten im Juli 2006 eine Zulassungsbegrenzung ein. Dafür etablierten sie einen Eignungstest. Die Zulassungsbegrenzung wurde aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom 7.7.2005 eingeführt. (siehe http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/ME/ME_00127/fnameorig_086847.html, 25.5.2015)

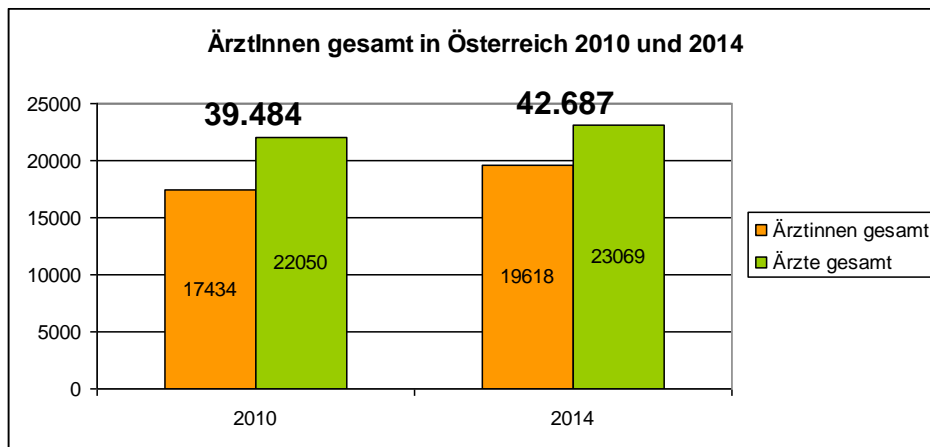


Abbildung 5: ÄrztInnen gesamt in Österreich 2010 und 2014

Der Vergleich der in Österreich selbständigen und unselbstständigen ÄrztInnen wird in Abbildung 6 dargestellt. Im Jahr 2014 hatten 48 % weniger Ärztinnen eine Ordination im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen und 2293 mehr Ärztinnen waren in einem Angestelltenverhältnis (22 %). Ein Vergleich mit den Beschäftigungsverhältnissen aus dem Jahr 2010, wo 54% weniger Ärztinnen im Vergleich mit ihren männlichen Kollegen eine Ordination hatten und 1440 mehr Ärztinnen in einem Angestelltenverhältnis (14%) waren, zeigt, dass Ärztinnen auch in den letzten Jahren eine eigenen Ordination (Anstieg von ca. 18%) vor einem Angestelltenverhältnis (Anstieg von ca. 11%) bevorzugen.

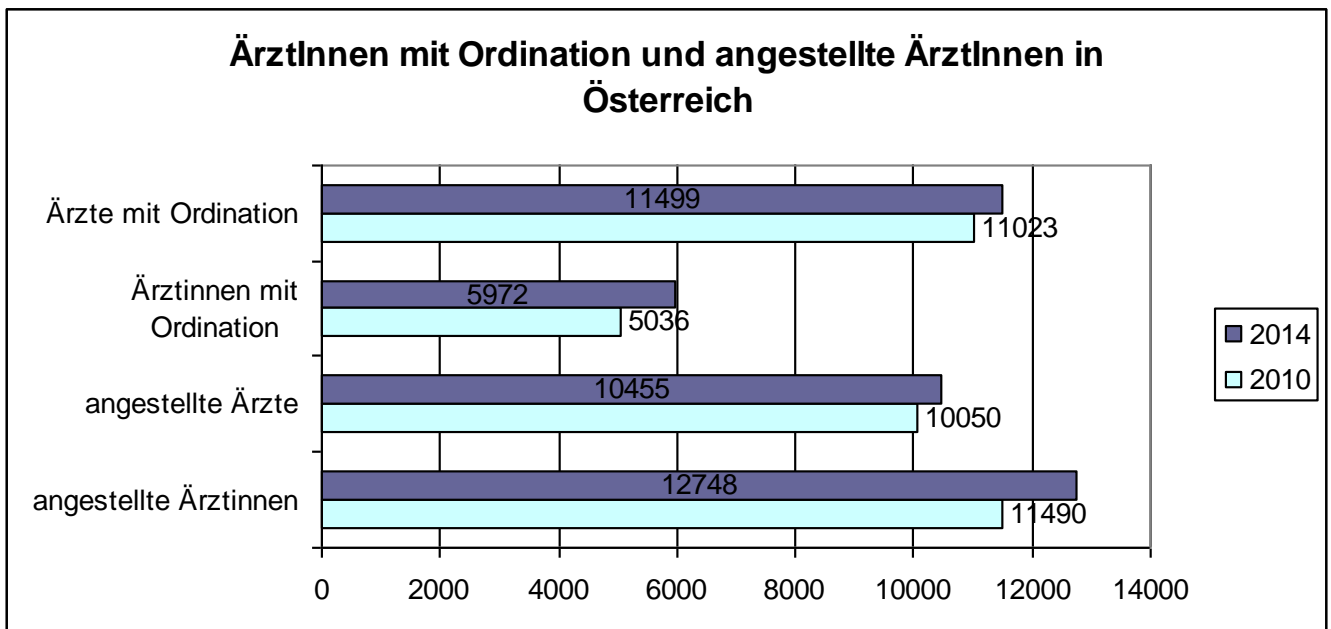


Abbildung 6: ÄrztInnen mit Ordination und angestellte ÄrztInnen in Österreich 2010 und 2014

Weiters ist erkennbar, dass sich im Zeitraum von 2010 bis 2014 der Anteil an Ärzten mit Ordination um 4,3 % geringfügig mehr gesteigert hat als der Anteil an Ärzten von 4,0 %, welche sich in einem Angestelltenverhältnis befinden. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat im Jahr 2014 jedoch generell bei den Ärztinnen ein höheres Wachstum als bei den Ärzten

stattgefunden. Während nur 476 mehr Ärzte eine Ordination betreiben, sind es 936 mehr Ärztinnen. Damit lässt sich insgesamt eine Zunahme der Frauen in der Medizin bzw. in der Profession ÄrztIn erkennen.

Aufgrund der Organisationsstruktur hat eine Primaria bzw. ein Primar eine leitende Funktion inne. Im Gesundheitswesen bekleiden ebenfalls ChefärztInnen, Leitende NotärztInnen und auch OberärztInnen leitende Funktionen. Da diese Titel allerdings keiner eindeutigen Definition unterliegen, wird hier lediglich der Titel Primar/Primaria berücksichtigt. In Abbildung 7 werden die Ausprägungen der möglichen ärztlichen Titel in Österreich angeführt. Mit dem Stichtag 12.08.2014 trugen 127 Ärztinnen den Titel Primaria (10,8 %) und waren somit in Führungspositionen innerhalb der ÄrztInnenschaft. Über die Jahre von 2008 bis zum Jahr 2014 ist ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg der Primaria (16 Primaria absolut) zu verzeichnen. Der Anteil der Universitätsprofessorinnen war mit 14,7 % etwas größer als jener der Primaria, bezogen auf den jeweiligen ärztlichen Titel.

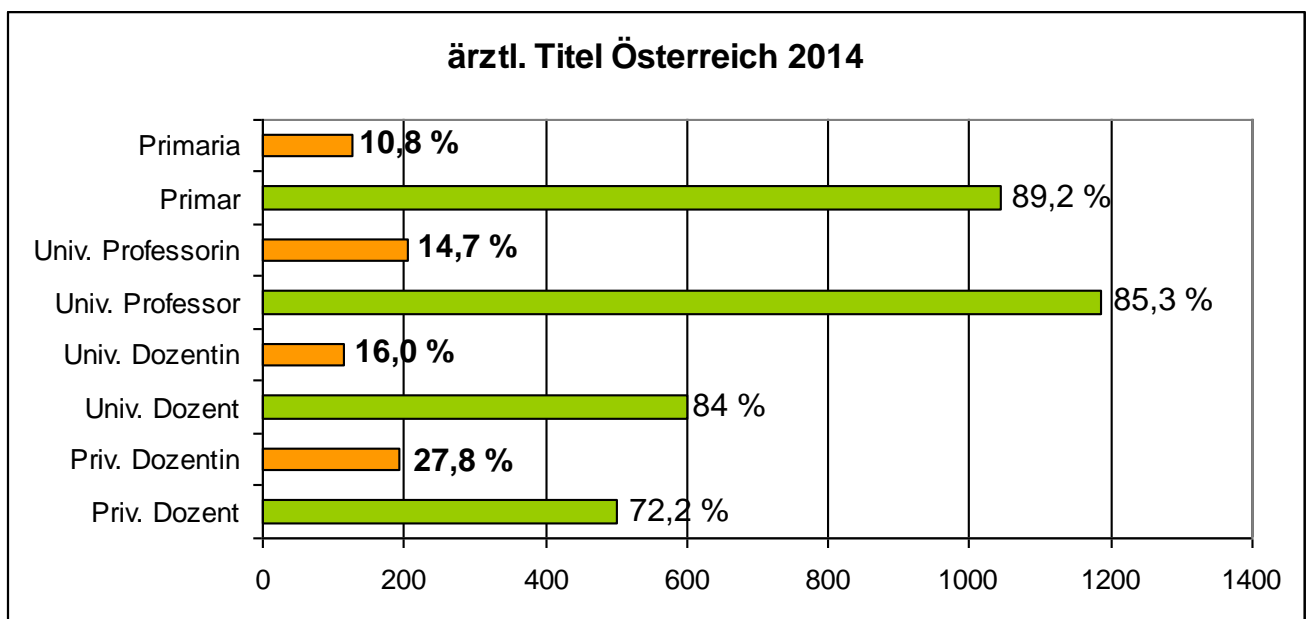


Abbildung 7: Ärztliche Titel in Österreich 2014

Der Blick auf alle möglichen ärztlichen Titel in Österreich zeigt, dass im Jahr 2014 der höchste Frauenanteil bei den Privat-DozentInnen mit 27,8 % lag. Weiters waren auch 16 % an Ärztinnen Univ. Dozentinnen. Jedoch verdeutlicht Abbildung 7, dass Männer im Bezug auf den erlangten ärztlichen Titel deutlich über jenem der Frauen liegen.

In weiterer Folge soll in Abbildung 8 der Ärztinnenanteil an Fächern in Österreich im Jahr 2014 erläutert werden. Mit einem Anteil an über 50 % üben Frauen die Fächer Strahlentherapie- und Radioonkologie (59 %), Psychiatrie (59 %), Haut- und Geschlechtskrankheiten (54 %) sowie Kinder- und Jugendheilkunde (52 %) zu einem

überwiegenden Teil aus. Bei der Betrachtung der Fächer Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin, in welchen der Großteil an angestellten ÄrztInnen arbeitet, zeigt sich, dass der Anteil an Frauen mit 44 % sowie 35 % etwas über bzw. geringfügig unter dem mittleren Frauenanteil an Fächern von 36 % liegt.

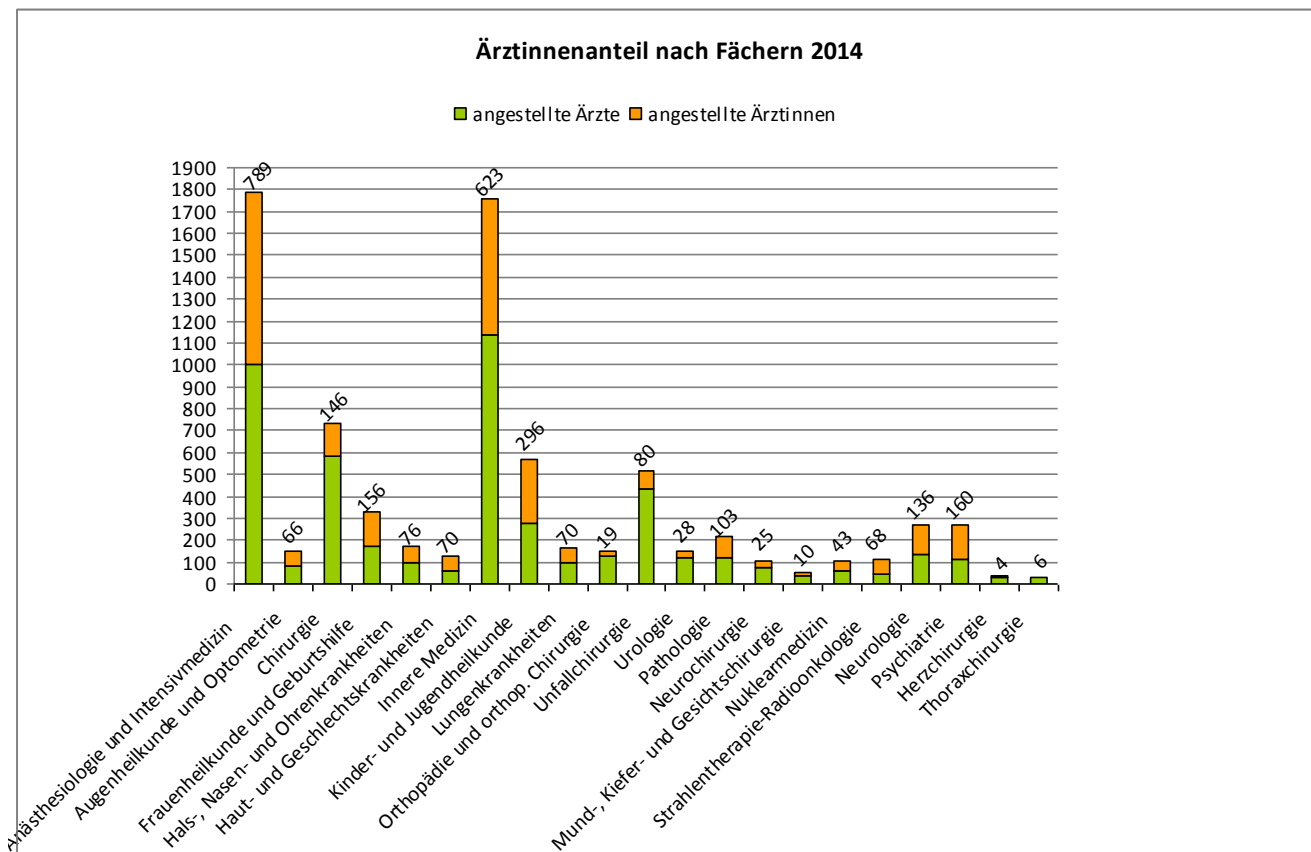


Abbildung 8: Ärztinnenanteil nach Fächern in Österreich 2014

Ärztinnen sind am geringsten in den Fächern Herzchirurgie (11 %), Orthopädie und orthop. Chirurgie (13 %) sowie Unfallchirurgie (16 %) vertreten. Im Detail bedeutet dies, dass in der Herzchirurgie von 31 beschäftigten MedizinerInnen nur 4 Frauen tätig sind. Auch in der Thoraxchirurgie (18 %), Urologie (19 %), Chirurgie (20 %) sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (20 %) sind Frauen deutlich unterrepräsentiert. Als Fächer, in denen der Geschlechteranteil nahezu ident ist, sind die Neurologie (Frauenanteil von 51 %), die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Frauenanteil von 48 %) sowie die Kinder- und Jugendheilkunde (Frauenanteil von 48 %) zu nennen. Während in den Fächern Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Neurologie jeweils ca. 150 Ärztinnen beschäftigt sind, wurden knapp 300 Ärztinnen in der Kinder- und Jugendheilkunde gezählt.

3.3 Berufliche Situation von ÄrztInnen in der Organisation Krankenhaus

Organisationen verfügen jeweils über eigene Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Diese können den Aufbau aber auch den Abbau von Geschlechterungleichheiten unterstützen (vgl. Kuhlmann, Kutzner, Riedgraf, Wilz in Müllber, Riegraf, Wilz 2013, 495). Deshalb ist es wichtig, die Spielräume der Organisation Krankenhaus beim Blick auf die Situation der ÄrztInnen mitzubedenken. Im folgenden Kapitel werden die aktuelle Situation von ÄrztInnen in der Organisation Krankenhaus und aktuelle Forschungsergebnisse dazu zusammengefasst.

3.3.1 Frauen in der Medizin heute

Die Geschlechterverhältnisse in der medizinischen Profession haben sich gewandelt. Der Anteil an Ärztinnen gleicht sich immer mehr dem der Ärzte an, allerdings verteilen sich die Geschlechter sehr unterschiedlich auf die einzelnen Fachgebiete (siehe 3.2.2). In besonders prestige-trächtigen und einkommensbegünstigten Disziplinen (z.B.: Chirurgie) überwiegt der Anteil von Männern. Vor allem in höheren Positionen sind Frauen selten anzutreffen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 145). Ernst Hoff et al. haben in einer Studie die Berufsverläufe und Lebensgestaltung von MedizinerInnen und PsychologInnen untersucht.¹⁵ Für MedizinerInnen wurde eine große Kontinuität im Berufsverlauf festgestellt. Dies liegt vor allem in der fest institutionalisierten Facharztausbildung begründet. Diese Kontinuität ermöglicht eine immer enger werdende Spezialisierung und Vertiefung der medizinischen Fachkenntnisse. In der Medizin reihten sich 35,6% der Männer aber nur 13,0% der Frauen in das Verlaufsmuster M1 - kontinuierlicher Aufstieg in mittlere und höhere Positionen - von insgesamt 5 Mustern ein. Ein Drittel der MedizinerInnen (33,3%) wechselt von der Tätigkeit im Krankenhaus auf eine Tätigkeit in der freien Praxis. Die Geschlechterverteilung ist hier ähnlich (Frauen 33,3% und Männer 34,5%).¹⁶ Der größte Unterschied konnte in den diskontinuierlichen Berufsverlaufsmustern, welche durch viele Unterbrechungen und Wechsel charakterisiert sind, festgestellt werden. Über ein Viertel aller Frauen aber nur 6% der Männer befanden sich in einem diskontinuierlichen Berufsverlaufsmuster und Frauen steigen signifikant seltener auf als ihre männlichen Kollegen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 149-154).

¹⁵ Es wurden 177 Frauen und 174 Männer aus der Medizin, deren Studienabschluss ca. 15 Jahre zurücklag, postalisch befragt. 24 Medizinerinnen und 15 Mediziner wurden zusätzlich interviewt. Die Stichprobe beschränkte sich auf Berlin und Niedersachsen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 145-171).

¹⁶ Berufsverlaufsmuster M3 - 2 Phasen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 145-171)

Hoff et al. haben in dem untersuchten Sample auch erfolgreiche Frauen und Männer miteinander verglichen und kamen dabei zu folgenden Ergebnissen:

- Erfolgreiche Ärzte haben mehr Kinder als erfolgreiche Ärztinnen und mehr Kinder als weniger erfolgreiche Kollegen. Bei den Ärztinnen ist es genau umgekehrt.
- Ärzte leben mit nicht erwerbstätigen oder nur teilzeiterwerbstätigen PartnerInnen zusammen (74%), wohingegen 84,7% der Ärztinnen mit voll erwerbstätigen PartnerInnen zusammenleben.
- Vor allem Ärztinnen in höheren Positionen haben fast alle voll berufstätige PartnerInnen mit oft noch längeren Arbeitszeiten als sie selbst. In der Regel gibt es daher keine Möglichkeit für eine Entlastung durch die PartnerInnen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 154f).

Die Analysen der Interviews zeigen, dass Frauen ihre Lebenssphären besser integrieren und so eine ausbalancierte Work-Life-Balance entsteht. Männer hingegen räumen dem beruflichen Leben eindeutige Priorität gegenüber dem Privatleben ein. Beiden Geschlechter sind beide Lebensbereiche gleich wichtig und „wünschen sich eine erhebliche Reduktion der beruflichen Arbeitszeit“ (Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 163).

Zusammenfassend zeigt die Studie von Hoff et al. signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Medizin. Männer durchlaufen wesentlich häufiger kontinuierliche Berufswege als ihre Kolleginnen und diese Wege führen zu weitaus höherem beruflichen Erfolg als die der Frauen. Im Bezug auf das Privatleben konnte gezeigt werden, dass die beruflichen und privaten Ziele von Ärztinnen sich weitaus häufiger gegenseitig beeinflussen und weniger privater Rückhalt vorhanden ist. Durch den Versuch einer übergeordneten Vereinbarkeit von Beruflichen und Privatem stellen Frauen ursprüngliche Karriereziele öfters hinten an (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 168f).

Generell lassen sich, mit Blick auf die bereits dargestellten Inhalte, folgende Merkmale und Besonderheiten für die ärztliche Profession im Medizinsystem zusammenfassen:

Durch die wissenschaftliche - universitäre Ausbildung grenzt sich die Medizin bereits früh von anderen Berufen im Gesundheitsbereich ab. Damit einher gingen auch der Ausschluss der Frauen und die Etablierung als Expertensystem. (siehe 2.4.3).

Insgesamt ist die Profession Medizin gekennzeichnet durch:

- eine hohe Dichte an ExpertInnen
- lange Ausbildungszeiten,
- hohe berufliche Belastungen,

- eine hohe Autonomie,
- eine ungleiche Geschlechterverteilung zwischen den verschiedenen Fachbereichen,
- eine Unterrepräsentanz an weiblichen Führungskräften
- historisch geprägte Strukturen

(siehe Sewtz 2006, 125ff)

3.3.2 Gründe für einen Frauenmangel in den medizinischen Top-Positionen

Wie auch aus den oben angeführten Zahlen erkennbar ist (siehe Kapitel 3.2.2), beginnt die „schwierige Phase“ für Ärztinnen bereits mit dem Eintritt in den beruflichen Alltag. Dieser geschieht oft in einer Lebensphase, in der zumeist auch die Familiengründung eine wesentliche Rolle spielt. Im beruflichen Alltag bringen gerade Patientinnen jedoch den Ärztinnen große Akzeptanz entgegen, anders als männlichen Kollegen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass gegenwärtig öfter Frauen als Männer wissenschaftliche Förderungen erhalten (vgl. Vollmer-Hesse 1999, 27f).

Vollmar-Hesse nennt drei zentrale Ebenen für das Fehlen von Frauen in der oberen Hierarchie.

1. Auf gesellschaftlicher Ebene fehlen Strukturen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (wie zum Beispiel flexiblere Arbeitszeiten oder Möglichkeiten zur Kinderbetreuung,...). Der klinische Alltag ist sehr belastend und die Arbeitszeiten sind oft nur schwer planbar (ebenda, 30).
2. Noch immer fehlen die Akzeptanz und ein aktives Fördern (im Sinne eines MentorInnen-tums) von Medizinerinnen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „old boys network“ zu nennen (Vollmar Hesse 1999, 30). Mediziner in Machtpositionen ermutigen, motivieren und unterstützen besonders junge Kollegen (männliche!) und erziehen so oft einen Nachfolger. Die weiblichen Vorbilder bzw. Mentorinnen fehlen oft.
3. Das Bewusstsein der Ärztinnen für ihre Situation und die oft benachteiligenden Strukturen ist oft noch nicht genug ausgeprägt (vgl. Vollmar Hesse 1999, 28).

Rásky betont die sozialen Barrieren, welche Frauen an einer medizinischen Karriere hindern. Neben dem bereits erwähnten Fehlen von adäquaten Kinderbetreuungsmöglichkeiten und der großen Konkurrenz, sind auch fehlende Unterstützung, Diskriminierung und kurzfristige Verträge von Nachteil (vgl. Rásky 1999, 35). Bereits im Studium werden Frauen weniger

unterstützt, während Männer gestärkt aus dem Studium hervorgehen, sind Studentinnen demotivierter (ebenda, 35). Diese Tatsache erkennt man auch im weiteren Lebensweg, so werden Frauen auch im Beruf weniger motivierend unterstützt, sie setzen ihre beruflichen Ziele niedriger, oft auch um die Möglichkeit eine Familie zu gründen zu behalten. Für Männer ist eine Karriere selbstverständlich, doch für Frauen gibt es gesellschaftlich gesehen die Fluchtmöglichkeit der Familie aus dem Beruf. Während 63 % der Ärzte verheiratet sind, hat nur ein Drittel der Ärztinnen einen ehelichen Partner. Ein ähnliches Bild (um 1997) zeigt sich bei den Kindern. 56 % der männlichen Kollegen haben Nachwuchs, aber nur 31 % der Ärztinnen sind Mütter (ebenda, 36). Auch wenn Arbeit und Familie zu vereinbaren sind, so stellen Kinder doch einen „Verlangsamungsfaktor“ im beruflichen Weiterkommen der Frau dar. Ein weiterer Faktor sind die fehlenden Netzwerke für Wissenschaftlerinnen, so zeigte eine Studie aus Schweden, dass Frauen „zweieinhalbmals soviel leisten wie Männer, um gleich bewertet zu werden“ (Rásky 1999, 38). Ebenso fehlen für Ärztinnen Rollenmodelle als Vorbilder, beispielsweise durch Mentorinnen (ebenda, 38).

Um diese Barrieren abzubauen, können zusammenfassend folgende Maßnahmen genannt werden:

- Gleichbehandlungsarbeitskreise,
- bessere Vernetzung (Schwangerschafts- und Mutterschaftsvertretungen, Betriebskindergärten, moderne Arbeitszeitmodelle),
- Aufbau von „old-girls-networks“ (Frauen müssen lernen sich gegenseitig zu unterstützen) und
- mehr Transparenz in den Statistiken um die Förderung von Karrieren besser planen zu können (vgl. Rásky 1999, 39).
- Schmerl (2002, 45) nennt als möglichen Lösungsansatz bzw. Besserungsansatz die Implementierung historischer Erkenntnisse in das heutige Medizinsystem und die Anwendung dieser Erkenntnisse auf alle Beteiligten.

Als Positivbeispiel, wie es sein könnte, ist die Johns Hopkins University in Baltimore, USA zu nennen. Dort ist, nachdem festgestellt wurde, dass Ärztinnen geringere Aufstiegschancen und Gehälter haben, ein Frauenförderungsprogramm eingerichtet worden. Es wurden Strategien zur Verbesserung der Situation erarbeitet. Konferenzen fanden nicht mehr nach 17 Uhr statt, eine große Konferenz wurde von samstags auf freitags verlegt, Gehälter wurden angeglichen. Damit stieg die Arbeitszufriedenheit beider Geschlechter. Es bedarf politischer Aktivität und starker Interessensvertretungen. (vgl. Rásky 1999, 40f). Doch um wirklich etwas bewegen zu können, ist der prozentuelle Frauenanteil aktuell noch zu gering, so Schmerl. So lange nur so

wenige Frauen in hochrangigen Positionen der Medizin gelangen, können die Bedürfnisse von Ärztinnen nicht angemessen vertreten und durchgesetzt werden (vgl. Schmerl 2002, 44).

Sandra Beaufaÿs (1997) bezieht sich auf Fallbeispiele einer Studie der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster aus 1997 zur Vereinbarkeit von Familie, Studium und Beruf und zeigt, dass für zwei interviewte Medizinerinnen nicht das Geschlecht ausschlaggebend ist, wie sie Familie und Beruf organisieren müssen, sondern die als gegeben vorzufindenden Bedingungen im beruflichen Umfeld (vgl. Beaufaÿs in: Neusel, Wetterer (Hg.) 1999, 325)

Der Hartmannbund¹⁷ führte 2014 eine Befragung unter 20.000 Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen, mit einer Rücklaufquote von 2.772, zum Thema „Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf?“ in Deutschland durch. Die folgenden Daten stammen aus den veröffentlichten Befragungsergebnissen¹⁸ und stützen inhaltlich die bisher dargestellten Forschungsergebnisse. Mehr als die Hälfte (66,04%) der Befragten glaubt, nicht die gleichen Chancen zur Karriereziel-Erreichung zu haben, wie ihre männlichen Kollegen. Teilzeitbeschäftigung stellt für über 90% eine Herausforderung im Arbeitsalltag dar und über 44% denken, dass sie auf Familie verzichten müssen, um ihre Karriereziele zu erreichen.

Folgende Gründe wurden für ungleiche Chancen genannt:

- „Starre und familienunfreundliche Arbeitsbedingungen“ 70,09%
- „Fehlende Bereitschaft zur Veränderung eingespielter Strukturen“ 68,03%
- „Hierarchiestrukturen (leitende Oberärzte und Chefärzte sind überwiegend Männer)“ 59,36%
- „Fehlende Kinderbetreuung (Arbeitsstätte/Region)“ 57,01%
- „Traditionelle Rollenmuster (Mutter steckt für Kind zurück, Vater geht Vollzeit arbeiten)“ 55,20%

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit Blick auf die historische Entwicklung der Profession Arzt/Ärztin sichtbar wird, dass durch ein Festhalten an geschlechtsspezifischer Exklusivität und durch die Verleugnung von überliefertem weiblichem medizinischen Wissen, die Geschlechterdifferenz im Medizinsystem immer weiter konstruiert und somit die soziale Schließung aufrechterhalten wird. Das führt bis heute zu einer geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes (vgl. Wetterer 1993, 68).

¹⁷ Verband Deutscher Ärzte: Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf? (2014)

¹⁸ http://www.hartmannbund.de/uploads/HB-Media/umfragen/2014-05-12_UmfrageChancengleichheit.pdf am 22.5.2015

4 Forschungsdesign

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfrage und die Hypothesen der Forschungsarbeit dargelegt. Anschließend wird die empirische Vorgehensweise erläutert. Der für die Interviews entwickelte Leitfaden und die gewählten Analysemethoden (Analysemethode nach Mayring, Feinstrukturanalyse) sind ebenso Teil dieses Kapitels wie die Beschreibung der Stichprobe. Abschließend erfolgt eine Methodenreflexion.

4.1 Forschungsfrage und Hypothesen

Die zentrale Forschungsfrage lautet:

**Welche (Aus-)Wirkungen haben formale und informelle Hierarchien auf
Ärztinnen in österreichischen Krankenhäusern?**

Die Forschungsfrage soll aufzeigen, ob die hierarchischen Verhältnisse in der ExpertInnenorganisation der Medizin ein Karrierehindernis für Frauen darstellen. Die empirische Forschung umfasst sechs Leitfadeninterviews mit Ärztinnen (ausschließlich Frauen) an verschiedenen österreichischen Krankenhäusern.

Da Hierarchien besonders im Medizinsystem den Arbeitsalltag dominieren, fragt die vorliegende Arbeit nach den Besonderheiten ärztlicher Hierarchien und nach ihrer Auswirkung auf Frauen im Medizinbetrieb. Generell rückt dabei auch die Frage in den Fokus, warum so wenige Frauen im Medizinsystem in Führungspositionen gelangen.

Begriffsdefinitionen (Operationalisierungen)

(Aus-)Wirkung von Hierarchie

Das Beiwort AUS soll die formalen Erscheinungen, welche durch die Hierarchien hervorgerufen werden, bezeichnen. Eine Wirkung kann auch unter der Oberfläche bleiben und dort „wirken“. Die Arbeit wird sich nicht nur mit sichtbaren Folgen der hierarchischen Ordnung befassen, sondern untersucht auch jene, die nicht offensichtlich sind. Eine formale Auswirkung wäre beispielsweise der prozentuell sehr geringe Anteil von weiblichen Führungspersonen in der Medizin. Für die vorliegende Arbeit wird eine informelle Wirkung darin gesehen, wie die Ärztinnen persönlich Hierarchien empfinden und wie sie darauf reagieren.

Für die vorliegende Forschungsarbeit wird die hierarchische Strukturierung des Berufsstandes Arzt/Ärztin aufgrund des Ausbildungsstandes sowie aufgrund der Ernennung durch die ärztliche Direktion als formale Hierarchie bezeichnet (siehe Kapitel 2.5.2).

Ärztinnen in österreichischen Krankenhäusern

Die Stichprobe umfasst Ärztinnen und beschränkt sich damit auf Frauen, welche bereits ein Medizinstudium abgeschlossen haben, sich aber in verschiedenen Ausbildungs- bzw. Karrierestufen befinden.

Aufgrund der Auswahl der Stichprobe bzw. der gegebenen Möglichkeiten im Feldzugang ergab sich ein Fokus auf Krankenhäuser¹⁹ in Tirol.

Folgende Fragen dienen dem tieferen Verständnis der Forschungsfrage:

Beeinflusst die Hierarchie in österreichischen Krankenhäusern den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen?

- Wie wird das hierarchische System im Krankenhaus von Ärztinnen wahrgenommen?
- Wie ist der persönliche Umgang von Ärztinnen mit der hierarchischen Organisation?

Aufgrund der oben genannten Fragen werden folgende Hypothesen formuliert:

1. Formale Hierarchien haben keine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen.
(Existieren formale Hierarchien? Wie beeinflussen diese den beruflichen Werdegang?)
2. Informelle Hierarchien haben eine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen.
(Existieren informelle Hierarchien? Wie beeinflussen diese den beruflichen Werdegang?)
3. Ärztinnen müssen sich an die herrschenden Hierarchien anpassen, um im Medizinsystem beruflich erfolgreich aufsteigen zu können.
4. Die berufliche Laufbahn von Ärztinnen im Krankenhaus wird durch familiäre Assoziationen und Geschlechterzuschreibungen beeinflusst.

4.2 Empirische Vorgehensweise

Aufgrund der gebildeten Hypothesen (siehe Kapitel 4.1) wurde, aufbauend auf den Inhalten der Sekundärdatenanalyse (siehe Kapitel 3 und 3.3), eine qualitative Erhebung mittels

¹⁹ Definition von Krankenhaus aus dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz siehe Kapitel 2.4

Leitfadeninterviews durchgeführt. Die gewählte Forschungsmethode kann nicht den Anspruch eines hypothesentestenden Verfahrens erheben. Sie soll vielmehr ermöglichen, ein tieferes Verständnis des Feldes zu erlangen, von welchem ein umfassendes Vorwissen existiert. Bereits bestehende Annahmen und Untersuchungen zum hier untersuchten Forschungsfeld bedingen eine durchgängige Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand. Als Methodik zur Analyse der erhobenen Informationen wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) eingesetzt. Für das sehr umfangreiche Interviewtranskript wurde die Feinstrukturanalyse angewendet.

4.2.1 Leitfadeninterview

Das Forschungsinteresse bezieht sich auf persönliche Erfahrungen und den individuellen Umgang von Ärztinnen mit den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus.

Wie weiter oben dargelegt, sind wir alle in unserem Alltagshandeln laufend an der Herstellung von Gender beteiligt. Ebenso scheinen Hierarchien eine sehr vertraute Struktur zu sein. Aufgrund dieser Vertrautheit innerhalb der Gesellschaft ist bei der methodischen Herangehensweise Vorsicht geboten. Unsere Alltagslogik lässt sich nur schwer ausschalten. Daher war eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Forschungsfeld notwendig, um mögliche Vorannahmen offen legen zu können.

Das Forschungsfeld ist durch viele beteiligte AkteurInnen geprägt. Wie auch immer die Ärztinnen motiviert sind, die Umsetzung hängt zu einem großen Teil von den geöffneten Handlungsspielräumen des sozialen Umfelds ab. Diese wiederum ist geprägt von den Interessen und Aktivitäten der ÄrztInnenschaft, von der Bürokratie, den Strategien der Krankenkassen und Krankenhäusern, der Öffentlichkeit und nicht zuletzt durch die PatientInnen (vgl. Wetterer 2000, 23). Nach Geschlechterkonstruktion zu fragen ist in einer geschlechtlich strukturierten Gesellschaft, in der diese Konstruktion automatisch abläuft, nicht möglich. Geschlechterkonstruktion steht nicht im Vordergrund sozialen Handelns (ebenda, 24). Diese Tatsache muss in der Analyse mitbedacht werden.

Für das Leitfadeninterview, als qualitativ empirische Methode der Sozialforschung, werden vorab offene Fragen (Leitfaden) festgelegt. Diese „Im Zentrum qualitativer Interviews steht die Frage, was die befragten Personen für relevant erachten, wie sie ihre Welt beobachten und was ihre Lebenswelt charakterisiert“ (Froschauer, Lueger 2003, 16). Die formulierten Fragen enthalten zentrale Themen und Erkenntnisse aus der Literaturrecherche. Da keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, erfährt die befragte Person keine Einschränkungen. Durch offene und eigene Worte können die Befragten über das vorgegebene Thema sprechen. So können neue Gesprächsimpulse und Gesichtspunkte im Hinblick auf die

Forschungsfrage vertieft werden und für die Befragten zentrale Themen bzgl. ihrer Lebenswelt besprochen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht also einen Perspektivenwechsel für den/die InterviewerIn.

Qualitative Forschung ermöglicht also die Untersuchung sozialer Prozesse und versucht zu verstehen, warum Menschen in einem bestimmten sozialen Kontext wie handeln, wie das Handeln auf das soziale Feld wirkt und dieses wiederum auf die Handlungen zurückwirkt (vgl. Froschauer, Lueger 2003, 17). In Gesagtem wird das System repräsentiert und die Beziehungen des/der Interviewten zum System wird sichtbar. Erst durch die Analyse des erhobenen Materials wird ein Verstehen möglich. Die Interpretation erlaubt die Sinnstrukturierung des jeweiligen Systems durch die Aussagen hindurch zu erkennen (vgl. ebd, 20).

Interviewleitfaden

Die Interviewfragen wurden in Anlehnung an die theoretischen Überlegungen zur Beantwortung der Forschungsfrage formuliert und in den Interviews gestellt, wobei die Reihung der Fragen dem Gesprächsfluss individuell angepasst wurde. Zu Beginn des Interviews wurde neben dem Grund des Interviews (Wissenschaftliche Forschung um mehr über die Lebenswelt von Ärztinnen zu erfahren) auch der vertrauliche und anonymisierte Umgang mit dem aufgenommenen Gesprächsmaterial versichert.

Die Leitfragen gliedern sich in vier Fragencluster (Interviewleitfaden siehe Anhang 8.1):

Fragencluster „Demografie“

1. Wann haben Sie ihr Medizinstudium begonnen?

Diese Frage ermöglicht einen guten Gesprächseinstieg und die Einordnung der Befragten in eine zeitlich historische Einordnung, in welchem das Studium durchgeführt wurde. Die Antwort zeigt weiters, wie viel Zeit bereits in diesem System/dieser Lebenswelt verbracht wurde.

2. Welches Fach üben Sie aus?
3. Wann haben Sie Ihr Medizinstudium abgeschlossen
4. Wie ist Ihr aktueller Ausbildungsstand?
5. Welche beruflichen Ziele verfolgen Sie?

Gibt Auskunft über die Karriereplanung und Karrieremotivation.

Fragencluster „Hierarchie“

6. Was bedeutet für Sie Hierarchie? (Hierarchieverständnis)
7. Wann und wie werden für Sie Hierarchien im Krankenhaus sichtbar?
8. Wie beschreiben sie hierarchisches Verhalten?

Diese Fragen geben der Interviewten die Möglichkeit, den Begriff in ihren Worten zu definieren und zeigen, welches Begriffsverständnis vorherrscht.

Fragencluster „berufliche Möglichkeiten“

9. Gab es für Sie bis heute Hürden in Ihrer beruflichen Laufbahn?
10. Gibt es unterschiedliche Chancen für Frauen und Männer?
11. Können Sie/Ihre Kolleginnen die aktuell herrschenden Hierarchien beeinflussen? -
Sehen Sie Veränderungen über die Zeit?

Fragencluster „weitere wichtige Themen“

12. Welche drei Dinge schätzen Sie besonders an Ihrem Beruf?
13. Welche drei Dinge sehen Sie als besondere Herausforderung in ihrem Beruf?

Im Rahmen der Interviewführung wurde folgende Haltung von der Interviewerin eingenommen:

- Die befragte Person ist Expertin ihrer Lebenswelt und die Interviewerin kann von ihr lernen – Widersprüche in den Aussagen können Teil des Systems sein!
- Neugier und Interesse – Das Einlassen auf Neues und Unbekanntes ermöglicht genaues Zuhören!
- Keine Vorurteile – Offenheit dem Forschungsgegenstand gegenüber!
- Die Interviewerin nimmt die aktive Position der Zuhörerin ein!
- Selbstverständlichkeiten nicht als gegeben hinnehmen und nachfragen!
- Respekt gegenüber der interviewten Person und dem Forschungsfeld!

(vgl. Froschauer, Lueger 2003, 59f)

4.2.2 Inhaltsanalyse nach Mayring

Wie weiter oben erwähnt, ist ein Verstehen der befragten Lebenswelt erst durch die Analyse des erhobenen Materials möglich.

Die Interviews wurden nach der Durchführung transkribiert und mithilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ausgewertet. Ein Interview wurde nach der Methode der Feinstrukturanalyse (siehe Kapitel 4.2.3) ausgewertet.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert die Texte systematisch, indem das Material Schritt für Schritt mit aus dem Material abgeleiteten Kategorien bearbeitet wird.

Die Inhaltsanalyse nach Mayring wurde entlang von fünf Gebieten²⁰ entwickelt, welche unter anderem folgende Grundsätze für die Analyse bedeuten:

- Systematisches Vorgehen und die Verwendung eines Kommunikationsmodells ist notwendig.
- Kategorien bilden das Zentrum der Analyse, wobei eine Überprüfung an Gütekriterien stattfinden muss.
- Entstehungskontexte und Vorverständnisse müssen mit einfließen.
- Latente Sinngehalte und eine Orientierung an alltäglichen Prozessen.
- Die Perspektive des anderen ist einzunehmen und eine Re-interpretation muss möglich sein.
- Die Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse sind anzuwenden und das Material ist systematisch zusammenzufassen.

(vgl. Mayring 2007, 41)

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode systematischer Interpretation, welche die im Text enthaltenen Bestandteile durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. Dafür wird das Material mit am Material entwickelten Categoriesystemen schrittweise bearbeitet. Der enthaltene Textsinn wird in Kategorien zusammengefasst und diese bilden ein System mit Unterkategorien, Kategoriendefinitionen und Ankerbeispielen. Das Kategoriensystem enthält den latenten Sinn des ausgewerteten Textes (siehe Ramsenthaler 2013, 23f).

Philip Mayring hat einige Grundsätze definiert, welche die Inhaltsanalyse charakterisieren. Die Zentralsten sollen hier kurz dargestellt werden:

Interpretation des Materials im Kommunikationszusammenhang

In der Interpretation muss der Analyseausschnitt immer in ein Kommunikationsmodell eingeordnet werden, um transparent zu zeigen auf welchen Teil im Kommunikationsprozess die Folgerungen aus der Analyse bezogen sind. Dies ermöglicht es, den Kontext mit zu berücksichtigen: wie ist das Material entstanden, wie gestaltet sich der kulturelle Hintergrund usw. (vgl. Mayring 2007, 42).

Regeln leiten die Analyse

Ein systematisches, an vorab definierten Regeln nachvollziehbares Vorgehen wird verlangt. Da die Inhaltsanalyse an den konkreten Forschungsgegenstand angepasst werden muss, ist zu Beginn ein konkretes Ablaufmodell festzulegen, welches die Analyseschritte festlegt und

²⁰ Kommunikationswissenschaften, Hermeneutik, Qualitative Sozialforschung: interpretatives Paradigma, Literaturwissenschaft, Psychologie der Textverarbeitung (vgl. Mayring 2007, 24-41)

reicht. So wird die Analysemethode nachvollziehbar und wiederholbar. Ziel ist, dass jeder Analyseschritt auf eine Regel zurückgeführt werden kann. (vgl. ebd, 42f)

Das Kategoriensystem steht im Zentrum

„Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar ... und ermöglichen das Nachvollziehen der Analyse...“ (ebd, 43). Kategorien sind zum einen Vorarbeit aber auch Endprodukt der Analyse. Kategorien können direkt aus dem Text generiert werden (induktives Vorgehen), oder aber bereits im Rahmen der deduktiven Kategoriebildung also im Vorhinein. Dadurch kann eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht werden (vgl. Ramsenthaler 2013, 25).

Bezug zum Gegenstand und Überprüfung durch Pilotierung

Die Inhaltsanalyse gibt kein Standardvorgehen vor, sondern wird am jeweiligen Material erarbeitet. D.h. das Analyseverfahren wird entwickelt, in einer Pilotstudie getestet und diese Probedurchläufe werden auch dokumentiert. So wird nicht nur die Nachvollziehbarkeit erhöht, der Forschungsgegenstand und die dafür vorliegenden Theorien²¹ (Stand der Forschung) werden in den Vordergrund gerückt und fließen in die Auswahl und Modifizierung der Analysemethode ein (vgl. Mayring 2007, 44).

Gütekriterien

Ziel ist eine Vermischung von qualitativen und quantitativen Analyseschritten. Im Laufe der gesamten Forschung müssen die Ergebnisse immer wieder auf Objektivität, Validität und Reliabilität geprüft werden. Besonders in der Pilotphase müssen Fehler/Fehlerquellen gefunden und ausgebessert werden. Im besten Fall ordnen mehrere KodiererInnen unabhängig voneinander die Textstellen dem Kategoriensystem zu, wobei ein hoher Grad an Übereinstimmung die Zuverlässigkeit kennzeichnet (vgl. Mayring 2007, 45f).

²¹Mayring bezeichnet dies als „Theoriegeleitetheit der Analyse“ (vgl. Mayring 2007, 42)

Allgemeines Ablaufmodell der Analyse nach Mayring (vgl. Mayring 2007, 54):

1	Festlegung des Materials
2	Analyse der Entstehungssituation
3	Formale Charakteristika des Materials
4	Richtung der Analyse
5	Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6	Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells
7	Definition der Analyseeinheiten mittels des Kategoriensystems Zusammenfassung Explikation Strukturierung
8	Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
9	Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung
10	Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Abbildung 8: Allgemeines Ablaufmodell der Analyse nach Mayring (vgl. Mayring 2007, 54)

1. Zur Bestimmung des Ausgangsmaterials (Schritt 1 bis 3 des Ablaufmodells)

Die Auswahl des zu interpretierenden Materials aus dem Gesamtmaterial findet in drei Schritten statt.

- Zunächst muss definiert werden, welches Material der Auswertung zu Grunde liegt.
- Danach wird auch die Entstehung des Materials genau beschrieben. Hier ist wichtig, wer aller beteiligt war, der Handlungshintergrund der Verfasserin, die Zielgruppe sowie die Situation, in welchen das Material (in diesem Fall die Interviews) entstanden ist.
- Schließlich wird auch noch dokumentiert, wie das Material vorliegt (Bspw. als Text) – d.h. gesprochene Sprache muss transkribiert werden. Hierbei sind die Transkribierregeln darzulegen.

(vgl. Mayring 2007, 46f)

2. Fragestellung an das Analysematerial (Schritt 4 und 5 des Ablaufmodells)

Um der Analyse eine Richtung zu geben, ist eine spezifische Fragestellung an das Material zu richten.

- Neben der reinen Behandlung als Gegenstand, kann der Text auch auf seinen Verfasser hin interpretiert werden oder man kann „die Wirkung des Textes bei der Zielgruppe herausfinden“ (Mayring 2007, 50).
- Die Fragestellung muss ebenfalls an die bereits bestehenden theoretischen Überlegungen und Forschungen anknüpfen (vgl. Mayring 2007, 51f).

3. Zur Festlegung des Ablaufmodells der Analyse (Schritt 6 und 7 des Ablaufmodells)

In diesem Schritt wird die spezielle Analysetechnik festgelegt. Die Interpretation findet in einzelnen Interpretationsschritten statt, wodurch eine Nachvollziehbarkeit möglich wird. Wie weiter oben erwähnt, muss das hier vorgestellte allgemeine Ablaufmodell an den konkreten Fall angepasst werden.

Zunächst werden die Analyseeinheiten festgelegt:

- Die Kodiereinheit legt den kleinstmöglichen Textteil fest, welcher einer Kategorie untergeordnet werden darf.
- Die Kontexteinheit wiederum legt den Größten fest und die
- Auswertungseinheit definiert, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden dürfen.

Die Kategorien werden anhand der Theorie und des konkret zu interpretierenden Materials entwickelt und während der Analyse überarbeitet (vgl. Mayring 2007, 53f).

4. Interpretation des Materials (Schritt 9 des Ablaufmodells)

Mayring empfiehlt die drei Grundformen der Interpretation:

- Zusammenfassung: Ziel ist die Materialreduktion, wobei nur die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und diese immer noch das Gesamtmaterial widerspiegeln. Wobei die Zusammenfassung vier Schritte beinhaltet: Paraphrasierung, Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, erste Reduktion und zweite Reduktion (vgl. Mayring 2007, 62).
- Explikation: Zusätzliches Material zu fraglichen Textteilen wird gesammelt und erweitert so das Verständnis.
- Strukturierung: in diesem Schritt wird das Material unter einem bestimmten Kriterium eingeschätzt.

(vgl. Mayring 2007, 58)

4.2.3 Feinstrukturanalyse

Zur Erfassung von Sinngehalten, welche sich in kleinsten Gesprächseinheiten abbilden wird in der vorliegenden Masterarbeit die Feinstrukturanalyse nach Froschauer und Lueger²² angewendet. Diese Form der Feinstrukturanalyse ist eine Abwandlung der von Oevermann u.a. im Jahr 1979 vorgestellten Sequenzanalyse und dient vorrangig dem subjektiven und objektiven Sinn, wobei Sinneinheiten getrennt analysiert werden. Die Feinstrukturanalyse nimmt an, dass Motive, Intentionen oder Dispositionen von befragten Personen unabhängig von der objektiven Struktur des latenten Sinnzusammenhanges begründen. Damit wird der Wortwahl und ihrer exakten Arrangement in einer Sinneinheit mehr Bedeutung zugeschrieben, als es durch die Anwendung einer lexikalisch orientierten Analyse möglich wäre. Im vorliegenden Fall wird die Feinstrukturanalyse für die Analyse besonders wichtiger und heikler Textstellen verwendet, um in weiterer Folge Annahmen über mögliche Strukturen zu treffen und anhand der durchgängigen Sinnstruktur von Aussagen Schlüsse der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit im Bezug auf persönliche und sozialstrukturelle Bedingungen ziehen zu können. Dazu werden Textausschnitte am Anfang und Ende sowie auch an einigen unwichtigen Stellen als kritische Prüfung interpretiert. Es ist in diesem Zusammenhang auch auf die Problematik der Vorkenntnisse des Analysematerials hinzuweisen, welche durch ein Interpretationsteam minimiert wurde. Um die Interpretationsqualität nicht zu beeinträchtigen wurden alle Interviews vor der Feinstrukturanalyse penibel genau transkribiert (siehe Froschauer, Lueger 2003).

Die Abfolge der interpretierten Sinneinheiten wurde entsprechend Froschauer und Lueger (2003, 115-120) eingehalten und gliedert sich in:

- a) Welche vordergründige Information liegt der Sinneinheit zugrunde (Paraphrase)?
- b) Welche Funktionen könnte die Äußerung für die befragte Person haben bzw. welche Intention könnten sie angeregt haben?
- c) Welche latenten Momente könnten der Sinneinheit zugrunde liegen und welche objektiven Konsequenzen für Handlungs- und Denkweisen könnten sich daraus ergeben?
- d) Welche Rollenverteilung ergibt sich aus der Sinneinheit?
- e) Welche Optionen ergeben sich für die nächste Sinneinheit?

²² Ulrike Froschauer, Manfred Lueger: Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG (2003)

Das folgende Beispiel zeigt das schrittweise Vorgehen in der Analyse:

Interview 2

Zeile: 33

Sinneinheit: ..- was was heißt prägend

Paraphrase	Textrahmen Intention/Funktion Rolle im Gespräch	Lebenswelt/Kontext Wie schaut die Welt um einen herum aus, der so spricht? Latente Bedeutungen Deutungsmuster, Konflikte, Widersprüche	Interaktionsaffekte Was tut einer, der so spricht? Rolle im System	Systemeffekte Wie reagieren die Umwelten auf einen, der so handelt - Komplementärrollen	Anschlussoption
Wie ist es zu verstehen	Es relativieren	Wörter sind wichtig und ich werde daran gemessen	Abgrenzen/Selbstschützerin	Noch einmal gemeinsam klären	Das würd ich so nicht sagen
Was benennt formend	Prägend ist zu stark/passt nicht	Es gibt kein gemeinsames Verständnis	Grauzonen-Geherin	Hintergrundspielerin und die im Vordergrund	Ihr Wort dafür
Was bedeutet brandmarkend	Wieder auf allgemeine Ebene heben	Wörter haben Interpretationsspielraum	Außen wird nicht gleich als Innen gesehen	Themen forcieren und verinnerlichen und dafür eintreten/ Mitschwimmern	Prägend relativieren
Was heißt bleibendes Merkmal		Themen werden verschieden aufgenommen	Eigene Position ist klar	Differenzieren und Abstufen/ JA-Nein Sager	Konkretes Beispiel
		Themen werden nicht so nah herangelassen	Abwegen und Abwarten/Angreifer		
			Sie weiß, wo sie nicht hin will		

Tabelle 1: Beispiel Feinstrukturanalyse

Die Ergebnisse wurden in Annahmen über das System in einem Memo zusammengeführt und bilden gemeinsam mit den Ergebnissen der Inhaltsanalyse die Forschungsergebnisse, welche in Kapitel 5 (Wirkungen von Hierarchien auf Ärztinnen – die Ergebnisse der empirischen Forschung) dargestellt werden.

4.3 Beschreibung der Stichprobe und des Feldzugangs

Nach einem Pretest des Leitfadens wurden im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2014 sechs Interviews mit österreichischen Ärztinnen geführt. Fünf Interviews fanden „face to face“ statt, nur ein Interview wurde per Telefon geführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen knapp 40 und 100 Minuten. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert²³. Bereits während der Interviewphase wurde die Analyse gestartet. Fünf Interviews wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Für die Analyse des sechsten und längsten Interviews wurde die Feinstrukturanalyse herangezogen. Hierfür wurden im Team²⁴ Sinneinheiten analysiert.

²³ Transkribierregeln siehe 10.2 Anhang

²⁴ Das Team bestand aus 4 Personen, welche nicht an der Interviewführung und Interviewtranskription beteiligt waren und somit keinerlei Kenntnis des Materials hatten.

Der Feldzugang ergab sich aufgrund des Arbeitsfeldes der Forscherin sowie über Feldzugänge (Vermittlung) der Interviewpartnerinnen.

Folgende Kriterien wurden bei der Interviewpartnerinnen-Auswahl herangezogen:

- Geschlecht: weiblich
- Abgeschlossenes Medizinstudium
- Verschiedene Ausbildungs- bzw. Karrierestatus
- Verschiedene Fachrichtungen

Aufgrund dessen ergaben sich folgende Interviewpartnerinnen (und Intervieworte):

Interview-partnerin	Ausbildungsstatus und Fachgebiet	Interviewort
1	Fachärztin der Inneren Medizin	Dienstzimmer
2	Ehemalige Primaria der Anästhesie (bereits im Ruhestand)	Telefoninterview
3	Assistenzärztin Anästhesie und Notärztin, gerade aus der Karenz zurückgekehrt	Dienstzimmer
4	Assistenzärztin Unfallchirurgie	Wohnung der Interviewpartnerin
5	Turnusärztin Gynäkologie	Büro der Interviewerin
6	Ärztliche Direktorin und Fachärztin der Inneren Medizin	Büro der Interviewpartnerin

Tabelle 2: Übersicht der Interviewpartnerinnen

In jedem Interview war es möglich, eine vertrauensvolle Situation zu schaffen und somit konnten die Interviews sehr offen geführt werden.

Durch die Art Interviewanbahnung (freiwillige Meldung und Interesse) und die offene Interviewführung konnte das Interview als Gespräch erlebt werden und der Situation konnte der künstliche Charakter größtenteils genommen werden.

Die Vorinformation in der Anbahnungsphase bestand lediglich in der Nennung des Themas und dem Zweck des Interviews - für eine wissenschaftliche Arbeit. Lediglich bei Weitervermittlungen ist anzunehmen, dass die Vermittlerinnen über ihr Interview informierten. Die Interviewpartnerinnen wurden ebenfalls darüber informiert, dass die Gespräche aufgezeichnet, transkribiert dabei aber anonymisiert werden.

Die Einstiegsfrage wurde so gewählt, dass ein erster Erzählfluss angestoßen wurde. Der Leitfaden lag der Interviewerin während des Gesprächs in Papierform vor und zentrale Inhalte

oder Aussagen wurden festgehalten und dienten der Interviewerin als Ankerpunkte für die Interviewführung und für Detailfragen.

4.4 Methodenreflexion

Dieses Kapitel dient der detaillierten Beschreibung der Methodenanwendung und weiterführender Methodenüberlegungen sowie Reflexion über die Methodeneignung und alternative Ansätze.

Die zur Anwendung kommenden Analysetechniken nach Mayring (2007) waren Zusammenfassung und Strukturierung. Die kleinste Analyseeinheit war ein zusammenhängender Satz, bis hin zur vollständigen Antwort auf eine Frage. Für die hier vorliegende Analyse wurden die Kategorien induktiv, das bedeutet direkt aus dem Text abgeleitet definiert. Die Ankerbeispiele sind konkrete Interviewaussagen und dienen der Konkretisierung und prototypischen Beschreibung der jeweiligen Kategorien.

Die qualitative Interviewanalyse nach Mayring (2007) ermöglichte eine sehr eigenständige Analyse und strukturierte Aufarbeitung der großen Textmengen. Die Analyse ist nachvollziehbar und die Kategorien können auch mit fachfremden Personen nachgeprüft werden. Um die Realibilität sicherzustellen, wurde das Kategoriensystem nach endgültiger Fertigstellung von einer unabhängigen weiteren Person (Kodierer) auf die Texte angewandt. Hier zeigte sich eine hohe Übereinstimmung im Ergebnis. Aufgrund dessen wurden die gewählten Kategorien beibehalten.

Eine alternative methodische Herangehensweise im Bezug auf die Forschungsfrage stellt die Anwendung der Grounded Theory nach Glaser und Strauss²⁵ dar. Hierfür wäre ein wesentlich offenerer, nicht theoriegeleiteter Feldzugang nötig gewesen, welcher durch die, in diesem Fall frühen Recherchen nicht mehr gegeben war. Durch die Grounded Theory wäre eine Theoriebildung aus dem Material heraus möglich gewesen. Für die Anwendung dieser Methodik ist es allerdings ratsam, die Analyse im Team durchzuführen, was im vorliegenden Fall nicht möglich war.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring hingegen, eignet sich für die Reduktion und Zusammenfassung des Textmaterials und besonders, wenn wie im vorliegenden Fall kein Analyseteam zur Verfügung steht.

²⁵ Z.B.: Barney G. Glaser; Anselm L. Strauss: The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research (1967), deutsch als: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung (1998)

Zum gewählten Feldzugang kann resümierend festgehalten werden, dass sich hierbei keine Schwierigkeiten ergaben. Die Ärztinnen waren auch persönlich sehr am Thema interessiert und nannten ihrerseits weitere mögliche Interviewpartnerinnen. Daraus kann ein Interesse und eine Aktualität des Themas im System Krankenhaus bzw. für die befragten Ärztinnen abgeleitet werden.

Ein gemeinsames Hintergrundwissen (die Interviewerin ist für einen Krankenhausträger tätig) erleichterte den Gesprächseinstieg und das gegenseitige Verständnis – vor allem wenn Beispiele seitens der Interviewpartnerinnen genannt wurden. Möglicherweise wurden Inhalte aufgrund des gemeinsamen Wissens über das Feld weniger detaillierte ausformuliert, andererseits scheint gerade dies auch den Erzählfluss angeregt zu haben.

5 Wirkungen von Hierarchien auf Ärztinnen – die Ergebnisse der empirischen Forschung

Wie erwähnt wurden im Rahmen der Interviewanalysen Kategorien gebildet, um die Inhalte zu bündeln und zu strukturieren. Zunächst werden untenstehend die Kategorien erläutert, um die Analyseergebnisse anschließend im Detail darzustellen (siehe Kapitel 5.1). Kurze Gesprächsausschnitte (Ankerbeispiele in kursiv gedruckt) dienen der besseren Verständlichkeit und erlauben einen Einblick in die Analyse. Im Kapitel 5.2 werden die Hypothesen aufgrund der Analyseergebnisse der empirischen Forschung geprüft und dabei die aus dem empirischen Material gewonnenen Interpretationen in Verbindung mit den Ergebnissen der Literaturrecherche gesetzt.

5.1 Kategorien der Interviewanalysen

Folgende Kategorien wurden im Sinne der Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Kapitel 4.2.2) im Rahmen der Analyse entwickelt:

Hierarchie:

Die Ärztinnen wurden gebeten, den Begriff Hierarchie in ihren Worten zu definieren. Die hier genannten Definitionen sowie Hinweise über gelebte Hierarchie (wie ist Hierarchie spürbar) bis hin zum Auftreten von informellen und formalen Hierarchien sind hier enthalten.

Macht:

In den Interviews gab es immer wieder Hinweise auf verschiedene Machtgefüge und das sichtbar werden von Mitteln zur Machtgewinnung. Wie der Begriff Macht von den interviewten

Personen im Zusammenhang mit dem Krankenhaus erläutert wird, wird in dieser Kategorie dargelegt.

Arbeitsstile:

Die interviewten Ärztinnen berichteten von unterschiedlichen Herangehensweisen sowohl im Rahmen der Ausbildung als auch in der Gestaltung der Karriere. Diese fachabhängigen aber auch geschlechtsabhängigen Unterschiede lassen sich als Arbeitsstile zusammenfassen.

Karrierechancen:

Möglichkeiten die berufliche Situation betreffend, sowohl die eigene als auch Aussagen zu den Chancen im jeweiligen Fach oder Krankenhaus sind hier zusammengefasst. Ebenso wie Aussagen zu karrierebedingten Schutzreflexen und besonderen Herausforderungen des Berufs, wie beispielweise die Notwendigkeit sich fachlich zu Positionieren.

Systemeigenschaften:

Diese Kategorie beinhaltet Informationen zum System Krankenhaus in Österreich. Hier wird unter anderem Spezifika der verschiedenen Fächer erläutert, welche Umstände besonders geschätzt werden und wie sich die Arbeit bzw. das Verhältnis Arbeit und Freizeit gestaltet. Diese Kategorie dient ebenfalls der Bündelung vorheriger Analyseergebnissen aus den anderen Kategorien.

5.1.1 Analyseergebnisse zu: Hierarchie

Entsprechend des Interviewleitfadens wurde jede Interviewpartnerin gebeten, den Begriff Hierarchie zu definieren. Die befragten Ärztinnen definierten Hierarchie zunächst entlang der formalen Strukturen im Krankenhaus: Für ÄrztInnen ist die oberste Leitung im Krankenhaus die Ärztliche Direktion, danach folgt auf Abteilungs- bzw. Klinikebene der/die Primaria. Das Ausbildungssystem wird in der darunterliegenden Hierarchie abgebildet: Die FachärztInnen fungieren als MentorInnen für die AssistenzärztInnen und diese wiederum für die TurnusärztInnen.

Hierarchie bedeutet für die Befragten eine Rangordnung oder Abstufung in einer Gesellschaft. Ausschlaggebend für die Positionierung ist die zu tragende Verantwortung, diese ist an der Spitze der Pyramide am größten und nimmt nach unten hin ab, geprägt von patriarchalischen Prinzipien.

Dieser formalen Hierarchie werden von den Interviewpartnerinnen viele positive Eigenschaften zugeschrieben: So regelt die Hierarchie die Verantwortungsübernahme („Wenn

einer oben sitzt und sagt, so machen wir das und der übernimmt aber auch die ganze Verantwortung. Also es hat durchaus auch Vorteile. ... weil der Chef sagt das, dann wird das so gemacht, ob falsch oder nicht, diese Frage brauch ich mir nicht zu stellen, weil eh der Chef die Hand ins Feuer legen muss.“ (Interview V, ab Zeile 88). Ebenso sind dadurch die Führung im Sinne der Aufgabenverteilung und die formalen Funktionen (FachärztInnen, AssistenzärztInnen und TurnusärztInnen) definiert. Den MitarbeiterInnen wird eine Struktur (Rahmenbedingungen) vorgegeben und EntscheidungsträgerInnen werden klar benannt.

Die Hierarchien im Krankenhaus sind für die befragten Ärztinnen zentral zur Ausübung ihrer Tätigkeiten. Hierarchien zeigen Kompetenzbereiche auf und steuern die Zuständigkeiten (wer kann/muss wann wozu gefragt werden). Es wird sichtbar, wo die eigenen Grenzen liegen und wo der Erfahrungs-, Entscheidungs- und Verantwortungsbereich - kurz der Kompetenzbereich - des/der KollegIn beginnt. Hierarchie spiegelt ebenfalls die bereits gesammelte Erfahrung im Sinne des Ausbildungssystems wider und ermöglicht dadurch beruflichen Aufstieg innerhalb des Systems Krankenhaus.

Die Krankenhaushierarchien sind allgegenwärtig und im Arbeitsalltag für die Ärztinnen sichtbar. Beispielweise werden die Visiten immer durch eine/n Oberarzt/ärztin geführt, welchem/r ein/e Auszubildende/r zugeordnet ist. Im Krankenhausalltag zählt die Erfahrung – die Zusammenarbeit richtet sich nach dem Senioritätsprinzip: Die Aufgaben werden je nach Erfahrung verteilt und junge KollegInnen arbeiten den Erfahreneren zu. Die OberärztInnen sind für die Ausbildung verantwortlich und je nachdem wie die Bedürfnisse der auszubildenden ÄrztInnen berücksichtigt werden, ergeben sich auch andere Karrieremöglichkeiten. So legen die AusbilderInnen die Weichen, indem Projekte an diese oder jenen Auszubildende/n vergeben werden oder beispielsweise bei der Karriereplanung unterstützend eingegriffen wird, oder eben auch nicht.

„Es gibt drei Stellen an denen man die Hierarchie braucht. Das ist das Militär, das ist die Kirche und das ist auch das Krankenhaus.“ (Interview L, Zeile 75). Daraus lässt sich ableiten: Hierarchische Strukturen sind für das Krankenhaus von hoher Bedeutung. Nur so kann für das Krankenhaus sichergestellt werden, dass jemand die Verantwortung übernimmt, die Richtung vorgibt – für all jene die im Krankenhaus tätig sind. Diese Richtung kann sehr wohl basisdemokratisch entschieden werden, aber letztendlich wird eine oberste Führung benötigt, betonte die befragte Ärztin.

Abseits der bereits oben definierten formalen Hierarchie, welche auf Erfahrung und Wissen gründet sowie Kompetenzbereiche absteckt, ergab die Analyse, dass weitere hierarchische

Strukturen im Krankenhaus bestehen. Diese werden beispielsweise in der Umsetzung formaler Weisungen, oder Vergabe von Aufgaben auf gleicher Hierarchiestufe sichtbar. Innerhalb der Teams herrschen abseits der formalen Strukturen, so die befragten Ärztinnen, andere hierarchische Strukturen. Diese können als informelle hierarchische Strukturen bezeichnet werden. Für die befragten Ärztinnen ist die Entstehung dieser informellen Strukturen nicht immer nachvollziehbar. Persönlichkeit und Durchsetzungsvermögen sind im Krankenhausalltag ausschlaggebend für die Positionierung der Ärztinnen. Sich innerhalb dieser informellen Strukturen zu positionieren und zu behaupten, ist abhängig von der eigenen Macht. Macht (Details siehe Kapitel 5.1.2) kann im Krankenhaussystem durch die Spezialisierung auf einem Tätigkeitsgebiet erlangt werden. Um dieses Gebiet auch langfristig für sich zu beanspruchen müssen „Ellbogen eingesetzt“ werden. Die befragten Ärztinnen sehen darin eine Herausforderung. Die ständige Behauptung eines eigenen Tätigkeitsbereichs (fachliche Spezialisierung), welche Voraussetzung ist, um in der informellen Hierarchie aufzusteigen, ist energieraubend. Diese „Ellbogentechniken“ beherrschen Ärzte oft besser als Ärztinnen und mit größerer Ausdauer (vgl. Interview T, Zeile 258). *„...jedes chirurgische Fach du brauchst einfach eine gewisse Ellbogentaktik. Es ist einfach jeder Tag ein bisschen ein Konkurrenzkampf, egal ob du dich jetzt gut oder nicht gut mit den Kollegen verstehst. Wenn es jetzt heißt es ist eine Operation vom Vortag über geblieben, dann musst du entweder der Erste sein oder der herausschreit, ich will das jetzt machen und du musst dich halt da jeden Tag durchsetzen“* (Interview V, ab Zeile 342). Sobald ÄrztInnen ihren Bereich im Konkurrenzkampf verlieren, verlieren sie an Position in der informellen Hierarchie.

Weiters wird das Geschlecht auf Ebene der informellen Hierarchie zum Thema. Die Befragten meinen, dass der Umgang in allen Bereichen des Krankenhaussystems mit Männern ein anderer ist, als der mit Frauen. Bezüglich der Einstiegs- und Aufstiegschancen scheinen die Unterschiede auf formaler Ebene für die befragten Ärztinnen weniger ersichtlich. Doch meinen die Interviewten, dass es Frauen schwerer fällt sich anderen Personen, auch anderen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses gegenüber zu behaupten. Beispielsweise werden Weisungen von Ärztinnen an die Pflege oder auch an jüngere KollegInnen oft nicht direkt umgesetzt und teilweise sogar offen in Frage gestellt, obwohl die Qualifikation dafür fehlt (siehe Interview J, Zeile 70).

Die Analyse ergab weiters, dass Frauen in Führungspositionen Skepsis von Seiten der MitarbeiterInnen entgegengebracht wird. Dies wird in einem Interview deutlich: *„Und ich hab auch sehr oft zu hören bekommen, dass ich auch die Quotenfrau war“* (Interview S, Zeile 313). Darin zeigt sich eine Abwehrhaltung gegenüber Veränderungen in tradierten Strukturen.

Derlei Reaktionen führen zur Hinterfragung der eigenen Qualifikation als Führungskraft. Alle befragten Ärztinnen sehen in einer gewissen Ausgewogenheit im hierarchischen Geschlechterverhältnis Vorteile. Für die Befragten bringen Ärztinnen mehr Empathie, Verständnis und intuitiveres Arbeiten in den Arbeitsalltag mit ein. Diese Eigenschaften würden jene von Ärzten gut ergänzen.

Für eine Ärztin ist ein bewusstes Anstreben des hierarchischen Aufstiegs seitens der Frauen entscheidend. Oftmals planen nur die jungen Ärzte ihre Karriere bis hin zur Stellung als Oberarzt oder Primar, *„während Frauen das Ganze viel mehr als Inhalt darstellen und sagen ich möchte ein guter Internist, ein guter Chirurg, ein guter HNO-Arzt werden und wenige jetzt, die Karriereleiter jetzt planen“* (Interview L, Zeile 85).

Die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus haben sich über Jahrhunderte bewährt und wurden immer gelebt. Daher scheint es für die Befragten schwierig, diese tradierten Strukturen zu verändern. Nichts desto trotz erzählen alle Ärztinnen von ersten Veränderungen im Umgang mit den Hierarchien, wenn beispielsweise Weisungen hinterfragt werden oder Änderungen im Ausbildungssystem, welche zu einer flacheren Hierarchie beitragen (beispielweise durch die Einführung eines Mentorensystems²⁶). Bereits in den 1970er Jahren war der Druck, Strukturveränderungen vorzunehmen spürbar, das Personal und damit die Ausbildung haben an Stellenwert gewonnen. Streng hierarchische Ausbildungen (*„ich bin derjenige der weiß wie es geht und alle anderen müssen sich da unterordnen“* (Interview S, Zeile 270) begannen sich zu lockern.

5.1.2 Analyseergebnisse zu: Macht

Der Begriff Macht wurde von den Interviewpartnerinnen vor allem in Bezug auf das Abstecken von fachlichen Gebieten verwendet, wenn es darum geht eine Position zu finden und diese auch zu behaupten. Um Position zu erlangen, werden Machtspielchen gespielt, diese werden als sehr kräfteraubend beschrieben. Dieses Kämpfen um Anerkennung und Macht ist für einige Frauen nicht vorrangig und es wird ihnen im beruflichen Umfeld zu geringe Kampfbereitschaft nachgesagt. Das Team und die PatientInnen stellen für die befragten Ärztinnen den Mittelpunkt ihres Arbeitsalltags dar, Macht zu erlangen oder zu behaupten ist hingegen zweitrangig.

²⁶ „Tätigkeit einer erfahrenen Person (Mentor/in), die ihr fachliches Wissen und ihre Erfahrungen an eine unerfahrene Person (Mentee) weitergibt. Ziel ist die Unterstützung bei der beruflichen und persönlichen Entwicklung. Im Gegensatz zum Coaching ist der Mentor üblicherweise nicht für diese Tätigkeit ausgebildet. Formal zielt Mentoring auf die Förderung außerhalb des üblichen Vorgesetzten-Untergebenen-Verhältnisses. Inhaltlich geht es darum, informelle Regeln zu vermitteln, in bestehende Netzwerke einzuführen, praktische Tipps zu geben und langfristig die Karriere zu fördern.“ (<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/86532/mentoring-v7.html> am 22.5.2015)

Ein Primar riet einer Ärztin ein gutes Ego aufzubauen, das gehöre dazu. „Ellbogen einzusetzen“ scheint im Medizinsystem eine Möglichkeit zu sein um sichtbar zu werden und sich eine Position zu sichern. Wobei gerade diese offensichtlichen Machtkämpfe für die Frauen oft ein Gefühl des Unwohlseins mit sich bringen. (siehe Interview T, ab Zeile 98)

Aufgrund von Wissen und nicht Wissen ergibt sich ebenfalls ein Machtgefälle im Krankenhaus. Die medizinische Leitung um Hilfe zu fragen ist oft mit Angst verbunden, denn Fragen wird oft als Schwäche interpretiert (siehe dazu auch Kapitel 5.1.5). Der Führungsperson wird aufgrund Ihrer Erfahrung und Ihres Wissens Entscheidungsmacht verliehen. Besonders viel Macht wird dem/der ärztlichen Leitung (Primar/Primaria) zugeschrieben. Er /Sie hat das umfangreichste Wissen und trägt aufgrund seiner/ihrer Position auch die Letztverantwortung in medizinischen Fragestellungen. Die Entscheidungen zu treffen bedeutet damit Macht zu haben.

Eine Ärztin meinte, wenn es um die berufliche Positionierung geht scheinen Ärzte einen besseren Schutzreflex zu haben, Vorkommnisse prallen ab und die Einstellung scheint zu sein, „es wird schon jemand anderes machen“ (vgl. Interview A, Zeile 73). Dieses Abgrenzen, zum einen vor alltäglichen Geschehnissen aber auch vor Angriffen auf die eigene Position wird für die befragten Ärztinnen über die Jahre immer schwieriger und die Machtkämpfe immer energieraubender.

Im Medizinsystem kommt es zu einer Rollenzuschreibung: Als „Mädchen für Alles“ wird eine Ärztin bezeichnet, welche ohne oder mit verlorenem Spezialgebiet versucht sich zu behaupten. Sobald eine Ärztin Aufgaben übernimmt und sich Themen annimmt, welche nicht ihrem Spezialgebiet alleine entsprechen, kommt es auch schnell zu einem Ausnutzen dieser Rolle, welche in der informellen Hierarchie unten angesiedelt wird. Die befragten Ärztinnen nehmen wahr, dass diese Rolle vorrangig Frauen zugeschrieben wird. Ärztinnen wird von Ärzten geraten, sich für kein Spezialgebiet zu engagieren, denn eine Schwangerschaft würde sowieso ein Ende der Karriere bedeuten (siehe auch Interview V, ab Zeile 332). Für die Position „Mädchen für Alles“ besteht geringe Wertschätzung im Team und laut der befragten Ärztinnen sind sie auch nicht vollständig in das Team integriert.

Für das Arbeitsumfeld der Ärztinnen ist ein Zeigen und Sichtbarmachen der eigenen Kompetenzen und einen persönlichen Arbeitsstil zu haben zentral, um ihre Position zu finden, zu bewahren und somit ihr Dasein zu legitimieren. *„Ich versuche einfach meine Arbeit zu machen und mich aus diesen Querelen die da entstehen, muss ich sagen die Kämpfe drauszuhalten so gut es geht. Aber wenn man irgendwie sein eigenes also sein, sein Arbeitsfeld verteidigen will ... muss man da mitschwimmen.“* (Interview A, Zeile 178). Die

Teilnahme an den Machtkämpfen scheint also unausweichlich, um einen Karrierefortschritt zu erzielen.

Aufgrund der ausgetragenen Kämpfe kommt es zu Angst, Angst davor nicht zu genügen, die Ärztinnen stehen in ständigem Vergleich zu anderen Teammitgliedern und MitarbeiterInnen.

Allerdings wird auch betont, dass aktuelle Strukturrenerungen im Medizinsystem mehr denn je eine Gleichberechtigung unterstützen. Durch standardisierte Ausbildungen und Vorgaben, wie Kriterien für diagnostische Verfahren, ist eine transparentere und gerechtere Ausbildung für alle ÄrztInnen möglich und wird dadurch auch von politischer Seite unterstützt und gefordert. (siehe auch Kapitel 5.1.1)

Macht wird mit Wissen und hierarchischer Position in Verbindung gebracht, ist aber auch vom Auftreten und dem „Position behaupten - die eigene Verantwortung zeigen“ abhängig. Grundsätzlich scheinen Machtdemonstrationen für die befragten Ärztinnen eher unangenehm und wenn möglich versuchen sie diese zu vermeiden. Als einzigen Ausweg aus den vorliegenden Machtgefügen wird der Schritt in die Selbstständigkeit gesehen und somit das Verlassen des Krankenhauses und des damit verbundenen Macht- und Hierarchiesystems. Allerdings scheint das System einem Wandel zu folgen, welcher beginnt diese Machtgefüge aufzubrechen. Um Änderungen im System Krankenhaus vorzunehmen braucht es Verbündete „man kann's nicht alleine machen, man braucht Verbündete ... um es auch im Sinne aller zu gestalten“ (Interview S, ab Zeile 831).

5.1.3 Analyseergebnisse zu: Arbeitsstile

Im Rahmen der Interviews zeigten sich immer wieder Unterschiede in der Herangehensweise von Ärzten und Ärztinnen. Die Auffassung und Umsetzung von Arbeit unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Ärztinnen berichteten, dass Ärzte Weisungen seltener hinterfragen, andererseits aber auch Aufgaben häufiger delegieren als Ärztinnen. Durch dieses Verhalten der Ärzte werden hierarchische Strukturen aufrechterhalten und sichtbar. Außerdem entsteht vor allem durch das Delegieren (und nicht selbst ausführen) patientennaher Aufgaben eine gewisse Distanz zu den PatientInnen, welche bei Ärztinnen weniger gegeben ist. Ärztinnen zeigen mehr soziales Engagement im Bezug auf PatientInnen aber auch auf KollegInnen, indem sie mehr soziale Nähe zulassen.

Die Analyse ergab sichtbare Unterschiede in der Arbeitsweise, vor allem in den operativen Fächern. Ärztinnen behandeln eher konservativ, während Ärzte häufiger bzw. früher operieren. Je nach Fachbereich können Geschlechterzuschreibungen auch die Position der

Ärztinnen mehr oder weniger beeinflussen. In der Unfallchirurgie wird die Meinung vertreten: „Frauen können nicht mit dem Werkzeug umgehen“ (vgl. Interview T, ab Zeile 463). Deshalb werden aus Sicht der Interviewpartnerinnen, Ärztinnen seltener in den OP geholt bzw. werden ihnen weniger Operationen übergeben als Ärzten. Eine Interviewpartnerin meinte, Frauen müssen mehr leisten, um dasselbe zu erreichen wie Männer.

Bereits in der Ausbildung war es für die Befragten wichtig, den eigenen Weg im Umgang mit Ausbildung und Karriere zu finden, jeder Arzt/jede Ärztin würde seinen/ihren eigenen Arbeitsstil haben bzw. entwickeln.

Die befragten Ärztinnen nannten immer wieder die „neue Generation“, wenn es darum geht aktuelle Veränderungen zu beschreiben. Diese jungen ÄrztInnen gehen bereits anders mit delegierten Aufgaben und den hierarchischen Strukturen des Systems um. Sie wirken im Arbeiten weniger pflichtbewusst und weniger folgsam, hinterfragen mehr und bringen durch ein selbstbewusstes Auftreten die hierarchischen Gefüge ins Wanken. Der Umgang mit Arbeitszeit scheint ebenfalls ein anderer zu sein: *„und da haben sie ein viel besseres wie sagt man, Work Life Balance Denken. Und leben das auch viel mehr aus“* (Interview A, ab Zeile 150).

Die Arbeitszeit beeinflusst den Arbeitsstil. Die Möglichkeit von neuen Arbeitszeitmodellen (z.B. Teilzeit) ist im Krankenhaus den Eltern vorbehalten. Die Ärztinnen berichten, dass reduzierte Arbeitszeiten im Krankenhaus nicht gerne angeboten und umgesetzt werden. Die Argumente dagegen lauten: fehlende Kontinuität in der PatientInnenbetreuung und Herausforderungen in der Zusammenarbeit (z.B. zu wenig Zeit für Abstimmungen und fachlichen Austausch). Weniger Zeit mit den PatientInnen bedeutet, weniger Wissen über die PatientInnen und dies wiederum erschwert zum einen die Wahl der Behandlung, aber vor allem ist auch intensive und effiziente Kommunikation notwendig, um zu erfahren, was während der eigenen Abwesenheit passiert ist. Die zeitliche Einschränkung in der Betreuung der PatientInnen erschwert damit die Übergabe der PatientInnen an die KollegInnen bzw. den Informationsfluss. Somit werden Teilzeitstellen als Herausforderung beschrieben. Dieses Arbeitszeitmodell funktioniert im Krankenhaus noch nicht durchgängig und ist mit großem organisatorischem Aufwand verbunden (siehe dazu auch Kapitel 5.1.4).

Zusammenfassend zeigen die Interviews, dass Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Arbeitsstile pflegen, dies ist sowohl auf Stereotype-Zuschreibungen als auch auf divergente Arbeitszeitmodelle zurückzuführen. Der aktuelle Wandel in den Arbeitsstilen wird „der neuen Generation“ zugeschrieben, welche durch Hinterfragen und selbstbewusstes Auftreten die hierarchischen Gefüge ins Wanken bringt.

5.1.4 Analyseergebnisse zu: Karrierechancen

Karriere zu machen und sich mit Karriere zu befassen ist für jede Ärztin Teil des Berufs. Im Rahmen der Stellenvergabe berichtet eine Interviewpartnerin, keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt zu haben, wenn es um die Vergabe von TurnusärztInnenstellen geht. Sobald es um eine AssistenzärztInnenstelle geht, spielt eine unterbrechungsfreie Ausbildungszeit eine bedeutungsvolle Rolle und somit auch das Thema der möglichen Karenz. Der Ausfall durch eine Schwangerschaft beeinflusst die Stellenvergabe an Frauen.

Die befragten Ärztinnen berichteten von Klinikvorständen, welche Männer in der Stellenvergabe bevorzugten. Dies trifft nicht nur in der Vergangenheit sondern auch aktuell noch zu. Die Reaktion darauf sind weniger Bewerbungen von Frauen auf derartige Stellen. Besonders in Bewerbungsprozessen wird (oft auch trotz dem Bemühen um Objektivität) die Bevorzugung von Männern ersichtlich. In den letzten Jahren werden Stellenausschreibungen durch den Zusatz, Frauen werden bevorzugt aufgenommen, ergänzt. Dies führt allerdings auch dazu, dass sich auch Ärzte immer wieder benachteiligt bzw. ungerecht behandelt fühlen. Karriereplanung ist für alle befragten Ärztinnen ein Thema. Für Ärzte scheint das Mentorensystem ausgereifter und selbstverständlicher zu funktionieren. Neben Burschenschaften gibt es viele Netzwerke, in welchen sich die Männer gegenseitig unterstützen. Das bedeutet, dass Ärzte in ihrer Karriereplanung unterstützt werden. Für Ärztinnen hingegen scheint es oft an MentorInnen zu mangeln und die konkrete Planung der Karriere steht oft hinten an. Es wurden bereits Projekte ins Leben gerufen, welche genau diesen Austausch von erfahrenen und unerfahrenen Ärztinnen ermöglichen, indem erfahrene Ärztinnen gebeten werden junge Ärztinnen in der Karriereplanung zu unterstützen. Es sei wichtig, die Frauen gezielt anzusprechen und *„dann muss man sie wirklich vor den Vorhang holen“* (Interview S, Zeile 483).

Das Rollenvorbild „Frau in der medizinischen Führungsrolle“ fehlt in vielen Bereichen noch vollständig, wobei es hier einen Fächerunterschied gibt. Beispielweise sind Frauen in der Anästhesie stärker vertreten als in der Chirurgie (siehe auch Kapitel 3.2.2).

Wenn Frauen in einem männerdominierten Bereich in Führungspositionen kommen, ist eine Stütze der darüber liegenden hierarchischen Position von großem Vorteil, um bestehen zu können, da Frauen dazu neigen, an sich selbst zu zweifeln und sich so den Weg selbst schwer machen. In solchen Situationen ist es für Ärztinnen wichtig eine gute Führungskraft zu haben, welche unterstützend eingreift: *„du kannst nicht umfallen, ich stehe hinter dir“* (Interview S, Zeile 687).

Frauen scheinen weniger Fokus auf ein Lebens- und Karrieremodell zu legen. Ärzte streben klar nach der nächsthöheren Position in der Hierarchie. Ärztinnen sind der Ausbau ihres Wissens und das Sammeln von Erfahrung wichtiger. Das Leben wird nicht immer nach den Karriereschritten ausgelegt.

Immer wieder wird die „neue Generation“ erwähnt. Dieser wird weniger Engagement und mehr Fokus auf Freizeit zugeschrieben. Sie verlangen von Führung in vielen Bereichen Transparenz und nachvollziehbare Entscheidungen.

Die Befragten sind zum Großteil Männern unterstellt. Ein Aspekt der sich hier ebenfalls ergibt ist die Tatsache, dass diese Frauen im Falle von Gehaltsverhandlungen hauptsächlich Männern gegenüber sitzen. Frauen wären hier eher bereit Kompromisse einzugehen und sich anzupassen.

Die Ausbildung zur Ärztin wird mit den Worten „*Man wird zu Beginn ins kalte Wasser geschmissen*“ beschrieben (Interview V, Zeile 65). Gleich im ersten Dienst wird jungen Ärztinnen viel Verantwortung übergeben und generell scheint die Ausbildung sehr fehlerfokussiert zu sein. Erfolgserlebnisse (auch im Sinne von Lob) fehlen oft und lassen gerade in der ersten Zeit Zweifel an der Berufswahl aufkommen. Alle befragten Ärztinnen haben diese Zeit überwunden, sehen aber gerade in der ersten Ausbildungszeit ein eher negatives Erlebnis. Der Druck ist sehr hoch und bereits nach kurzer Zeit müssen fachliche Tätigkeiten selbstständig durchgeführt werden. Für Ausbildung ist man selbst verantwortlich, Fragen zu stellen gehört dazu, wobei es hier Hürden gibt. Hierarchisch höher gestellte KollegInnen werden nur im Notfall gefragt

Die Möglichkeit, eine Teilzeitstelle anzutreten beschreiben die Interviewpartnerinnen als Veränderung und Neuerung. Ärztinnen haben die Vorreiterrolle für Arbeitszeitreduktionen übernommen. Für die Ärztinnen stellt eine Reduzierung der Arbeitszeit, wie sie mit einer Schwangerschaft oft einhergeht, ein Ende der Karriereleiter dar. Ein beruflicher Aufstieg bei reduzierter Arbeitszeit ist an den Arbeitsplätzen der Befragten oft nicht denkbar und aufgrund des Arbeitsaufkommens auch nicht realisierbar. Durch eine reduzierte Arbeitszeit wird die Zugehörigkeit zu einer Abteilung, zu einem Team negativ beeinflusst, der Aufbau eines Teamgefühls scheint schwierig. Gerade dieser soziale Faktor ist für die Interviewpartnerinnen aber von größter Bedeutung. Außerdem bedeutet mehr Anwesenheitszeit auch mehr Sichtbarkeit, also erhöhte Präsenz, welche wie oben erwähnt die notwendige Positionierung ermöglicht.

Aufgrund der zeitlich begrenzten Anwesenheit sind Karenzvertretungen besonders während der Ausbildung weniger akzeptiert. Diese Vertretungen verlassen in den meisten Fällen die

Abteilung wieder und somit geht Investition in Form von Ausbildung verloren. Laut der Interviewpartnerinnen haben es Ärzte einfacher Familie und Beruf zu vereinbaren, weil sich in den allermeisten Fällen die Frau um den Haushalt und die Kinder kümmert.

Noch vor wenigen Jahren war es üblich an die Stellenvergabe (zur Assistenzärztin) als Grundvoraussetzung die Kinderlosigkeit während der Ausbildung zu knüpfen. Das hat sich mittlerweile in manchen Krankenhäusern geändert. Kinder werden nicht mehr als berufliches Hindernis gesehen. Es werden gemeinsam Strukturen in der Dienstplanung gefunden, um die An- und Abwesenheiten der Mütter besser abzustimmen. (Beispielsweise: Teilzeitmitarbeiterinnen sind nicht immer nur vormittags anwesend, sondern wechseln die Dienstzeit auch auf nachmittags.)

Viele Fächer werden immer noch von Männern dominiert. Vor allem in chirurgischen Fächern herrscht die Meinung vor, diese wären nichts für Frauen (siehe auch Kapitel 5.1.3). Dies scheint allerdings auch einer Entwicklung unterworfen zu sein und aktuell werden immer mehr Frauen eingestellt. *„Der Chef hat sich so daran gewöhnt Frauen im Team zu haben, ... und es fällt auf, gerade in den letzten zwei Jahren, dass er immer nur uns Mädls mitnimmt.“* (Interview V, Zeile 220). Bewerbungen von Ärztinnen werden immer ernster genommen und die Qualifikation scheint ausschlaggebender als das Geschlecht.

Besonders in chirurgischen Fächern werden Unterschiede in der Herangehensweise von Ärzten und Ärztinnen sichtbar. Geschlechterstereotype sind in manchen Fächern stärker vertreten als in anderen. Vor allem in Fächern, in welchen aktuell noch mehr Ärzte als Ärztinnen arbeiten, kommt es immer wieder zu Benachteiligungen von Frauen. Dies wird in einem Interview deutlich: *„oft traut sich eine Frau nicht so schnell irgendwo hineinzuschneiden und Männer trauen sich viel eher, deshalb kommen sie auch zu mehr.“* (Interview V, Zeile 168). Karriere zu machen bedeutet vor allem in den chirurgischen Fächern, möglichst viele Operationen durchzuführen und sich möglichst viele Operationstechniken anzueignen. In der Unfallchirurgie werden an Ärzte mehr Operationen vergeben, so können diese mehr Erfahrungen sammeln und ihr Wissen/Können schneller aufbauen als Ärztinnen. Die Aussage dieser Interviewpartner zeigt dies deutlich: *„die Männer werden gepushed, die Frauen eher nicht so, eben aus dem Grund weil sie wissen, wir können dann irgendwann schwanger werden und dann sind wir weg, also investieren sie es lieber in die Männer – die Zeit und die Geduld“* (Interview V, Zeile 258). Daher kommt es in der Praxis vor, dass Fachärztinnen weniger Erfahrung vorweisen können als ihre männlichen Kollegen.

Alle Interviewpartnerinnen betonten, dass Männer bessere Karrierechancen als Frauen im Krankenhaus haben. Aber alle meinten auch, dass sich diesbezüglich bereits etwas verändert hat:

- Der Anteil an Medizinerinnen steigt. Immer mehr Frauen streben den Beruf Ärztin an und üben ihn auch aus (mehr als 50 % der MedizinstudentInnen sind Frauen),
- auch die Möglichkeit in Teilzeitanstellungen zu arbeiten, ermöglicht eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. eine flexiblere Lebensgestaltung.
- Generell herrscht aus Sicht der Befragten ein Mangel an MedizinerInnen am Arbeitsmarkt und dies begünstigt die Stellenvergabe an Ärztinnen.

Zusammenfassend wird die Notwendigkeit einer besseren Eingliederung von Teilzeitmodellen in den Klinikalltag festgestellt, um eine gute Integration von Ärztinnen in die Teams der jeweiligen Fachabteilung zu gewährleisten. Auch Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen in Teilzeit müssen besser gestaltet werden. Der Weg in die Selbstständigkeit wird ebenfalls immer wieder als Option genannt. Wobei hier die soziale Eingliederung in ein Team, oder eine Abteilung nicht mehr gegeben wäre und dieser Faktor scheint, neben der finanziellen Belastung und der schwierigen Vereinbarkeit mit Familie, den Schritt zu erschweren.

Eine befragte Ärztin (Interview S) fasst die wesentlichen Punkte für Führung und zur Förderung von Frauen in der Medizin zusammen:

- *„Schaffe ein Arbeitsumfeld, in dem die Menschen ihre Arbeit gut machen können“*
- *„Nimm eine Frau die Karriereleiter mit hinauf“*
- *„Nimm eine Vorbildfunktion im Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie und kritischer Hinterfragung tradierter Rollenbilder ein“*

5.1.5 Analyseergebnisse zu: Systemeigenschaften

Die Interviewanalysen zeigen, dass das System oder wie weiter oben genannt, die Organisation Krankenhaus, neben dem Anspruch zu Heilen auch den Anspruch auszubilden und medizinische Wissenschaft und Forschung voranzutreiben hat. Für die interviewten Ärztinnen standen diese drei Faktoren im Zentrum ihrer Antworten, doch wie diese Faktoren bewältigt werden, gestaltet sich je nach Haus (Rahmenbedingungen), Fach und sozialer Umwelt (handelnde AkteurInnen) unterschiedlich.

Die Aufgabendelegation und die Ausbildung im Krankenhaus fußen auf gegenseitigem Vertrauen (sich aufeinander verlassen können), welches den zentralen Faktor der Krankenhausarbeit bildet. Freiräume im Sinne des Grades an Selbstständigkeit und auch

Grenzen dieser Selbstständigkeit werden von der darüber liegenden Hierarchieebene gesetzt. Das Erlangen von Führungspositionen für Ärztinnen ist je nach Fachrichtung einfacher oder schwieriger – die Voraussetzungen und Möglichkeiten sind fach- und personenabhängig. Die Ausbildung und das Krankenhaus in dem die Ärztin gelernt hat, beeinflusst wie sie arbeitet. Je nach Fach sind auch die Menschentypen anders: *„ich beobachte immer so ein paar Typen Menschen, die sich halt gewisse Fachrichtungen aussuchen“* (Interview T, Zeile 261).

Vor allem chirurgische Fächer scheinen für Frauen weniger attraktiv, weil die Arbeitszeiten sehr flexibel gehandhabt werden müssen (Operationen können länger oder kürzer dauern als geplant). Dies erschwert die private Planung der Ärztinnen. Der hohe Männeranteil in diesen Fächern bringt die Frauen in einen Rechtfertigungszwang, wenn sie beispielsweise pünktlich die Arbeit beenden müssen, um ihr Kind abzuholen.

Besonders den Chirurgen wird eine große Dominanz von Seiten der Frauen zugeschrieben. Diese Dominanz zeigt sich in Machtkämpfen, welchen die Befragten vorzugsweise aus dem Weg gehen möchten.

Selbst die befragten Führungskräfte beschreiben operative Fächer als familienunfreundlich, aber auch als körperlich zu anstrengend für Frauen. In männerdominierten Fächern ist das Geschlecht, mehr als in geschlechtlich ausgewogen besetzten Fächern (siehe dazu 3.2, Abbildung 8) ein Thema. Ärzte werden in der OP-Vergabe bevorzugt, wohingegen Ärztinnen für die Aufrechterhaltung des Betriebs eher auf Station und in der Ambulanz eingesetzt werden. Wie weiter oben (Kapitel 5.1.3) näher erläutert, stellt diese Aufgabenverteilung ein Hindernis für ein rasches Vorankommen in der Ausbildung der Ärztinnen dar. Der Ausbildungsfortschritt/Ausbildungsgrad wird an der Anzahl gemachter Erfahrungen und Operationen gemessen. Die Strukturen der Abteilung (Besetzung der Leitungsfunktionen durch Ärzte) begünstigt eine männerorientierte Aufgabenzuteilung.

Vor allem in chirurgischen Fächern ist das oft genannte „Ellbogen einsetzen“ wichtig, um „immer vorne dabei zu sein“ und verantwortungsvolle, aber auch ausbildungsnotwendige Aufgaben (Operationen etc.) zu bekommen. Die „Ellbogen einzusetzen“ bedeutet für die Ärztinnen, präsent und in stetigem Kontakt mit den KollegInnen zu sein. Durch eine stetige Präsenz entstehen Vorteile im Rahmen der Ausbildung. Die Analyse zeigte, dass ein rascher Wissens- und Erfahrungszuwachs während der Ausbildung von großer Bedeutung ist. Allerdings sei immer darauf zu achten, nur in gerechtfertigten Situationen die erfahreneren ÄrztInnen um Unterstützung zu fragen. Die Hälfte der befragten Ärztinnen machte deutlich, dass um Hilfe zu bitten immer als Schwäche interpretiert wird. Gemachte Fehler werden meist nicht persönlich sondern in Besprechungen bzw. im KollegInnenkreis angesprochen. Die befragten Ärztinnen erkannten einen Unterschied im Umgang von Männern und Frauen:

Ärztinnen holen schneller Hilfe als Ärzte, weil diese sich eher selbst an der Lösung der Situation versuchen und dafür mehr Zeit investieren.

Ein kollegialer Umgang in Bezug auf gegenseitige Hilfestellung ist für die Ärztinnen in Fächern mit ausgewogenem Geschlechterverhältnis²⁷ gegeben. In diesen Fächern ist das Teamgefühl stärker ausgeprägt und die Arbeitskraft beider Geschlechter wird gleich geschätzt.

Die bestehenden (tradierten) Strukturen, welches das System Krankenhaus prägen, sind für die Ärztinnen im Arbeitsalltag spürbar und je länger sie in der Organisation tätig sind, umso belastender scheinen diese zu werden. Der Weg in die Selbstständigkeit ist für den Großteil der Befragten die einzige Möglichkeit, um den hierarchischen Strukturen (Arbeitsanweisungen, autoritärer Führungsstil, etc.) zu entkommen. Für drei von fünf derzeit angestellten Ärztinnen ist ein Wechsel in eine Praxis, oder die Übernahme einer Praxis vorstellbar.

In Verbindung zu den Analysekategorien (Kapitel 5.1) ergeben sich zentrale Faktoren für die zukünftige Gestaltung der Organisation Krankenhaus. Zentral ist die Schaffung familienfreundlicherer Arbeitsbedingungen und flexiblerer Arbeitszeitmodelle (vermehrte Teilzeitstellen und optimale Integration dieser in die bestehenden Arbeitszeitmodelle) sowie eine aktive Unterstützung der Ärztinnen der Karriereplanung - beispielsweise in Form von Netzwerken und/oder MentorInnensystemen.

Ein Interview wurde mittels Feinstrukturanalyse und anschließender Themenanalyse interpretiert. Die Annahmen über das System/die Lebenswelt Krankenhaus aus Sicht der befragten Ärztin wurden anhand des Einzel-Interviews geprüft und ergaben eine hohe Übereinstimmung mit der Gesamtanalyse.

- Das Krankenhaus ist ein professionelles System.

Die Profession nimmt eine zentrale Stellung im System Krankenhaus ein. Wissen und Können sind zentral, um sich in der Hierarchie zu behaupten und um sich zu positionieren. Neben dem Anspruch zu Heilen besteht der Anspruch auszubilden und medizinische Wissenschaft und Forschung voranzutreiben.

- Das System Krankenhaus verlangt nach klaren und raschen Vorgaben in transparenten Strukturen.

²⁷ Fächer mit eher ausgewogenem Geschlechterverhältnis in Österreich 2014: z.B.: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie (siehe dazu S. 31)
Quelle: Ärztekammer Österreich

Das System verlangt raschen Wissens- und Erfahrungszuwachs während der Ausbildung. Daher müssen die Ausbildung und somit die dafür zuständigen AnsprechpartnerInnen bekannt sein. Die Aufgabendelegation und die Ausbildung im Krankenhaus fußen auf gegenseitigem Vertrauen (sich aufeinander verlassen können), welches den zentralen Faktor der Krankenhausarbeit bildet. Notfälle verlangen ein rasches Handeln und Vorgaben bzw. Abläufe welche für alle bekannt sind.

- Hierarchien steuern spürbar das System.
- Hierarchien ermöglichen Präsenz und Entscheidungskompetenz.

Hierarchien prägen das System und sind für die Ärztinnen im Arbeitsalltag spürbar. Je länger sie in der Organisation tätig sind, umso belastender scheinen diese zu werden. Hierarchien werden vor allem sichtbar, wenn beispielsweise Fragen bestehen oder Entscheidungen getroffen werden müssen, aber auch, wenn um die eigene Position gekämpft werden muss und „Ellbogeneinsatz“ notwendig wird.

Abschließend werden aus den Interviewanalysen die Ergebnisse zu folgenden Fragen zusammengefasst:

Welche drei Dinge schätzen Sie besonders an Ihrem Beruf?

Welche drei Dinge sehen Sie als besondere Herausforderung in Ihrem Beruf?

Die Ärztinnen stimmten darin überein, welche Faktoren ihres Berufs sie schätzen:

- **Sozialer Aspekt:**

In Kontakt mit Menschen zu sein und in einem Team arbeiten zu können, wird von allen Befragten sehr geschätzt. Das Team gibt Rückhalt und ermöglicht Austausch. Helfen zu können und die Dankbarkeit seitens der PatientInnen bedeutet den befragten Ärztinnen sehr viel und motiviert sie.

„...wenn Patienten sich bedanken weil du irgendwas gut gemacht hast, das ist so ein gutes Gefühl, das kann man mit nichts toppen“ (Interview V, Zeile 288-289).

- **Fachlicher Aspekt:**

Die Ärztinnen betonten die interessante und herausfordernde Vielfalt an Tätigkeiten und laufende Neuerungen (wie z.B. Operationsmethoden, Untersuchungsmethoden,...) ermöglichen eine Fort- und Weiterentwicklung. Zu sehen, dass gesetzte Maßnahmen bei den PatientInnen Wirkung zeigen und zum Beispiel die Schmerzen lindern, löst bei den Ärztinnen gute Gefühle aus.

„Und es ist extrem befriedigend, wenn man eine Narkose macht und der Patient wacht auf und sagt er hat gut geschlafen. Und er bedankt sich dafür, er hat keine Schmerzen gehabt“ (Interview T, ab Zeile 492).

- **Selbstständigkeit:**

Die Balance zwischen Teamarbeit und selbstständigem Arbeiten wird als positiv wahrgenommen. Das Gefühl, etwas Sinnvolles zu leisten ist für die Ärztinnen von großer Bedeutung.

„...in meinem Fach sehr viel eigenständig und allein arbeiten kann, aber trotzdem ein Team ist“ (Interview T, Zeile 485).

Als Herausforderung benannten sie:

- **Umgang mit Menschen:**

„Eigentlich ist es auch wieder der Umgang mit Menschen“ (Interview L, Zeile 187). Wobei hier auch auf die erwähnten Machtkämpfe innerhalb der Teams zu verweisen ist. Diese Konkurrenzsituationen und der Umgang damit sind für die Befragten fordernd.

- **Fachliches Know How aufbauen:**

Für eine/n PatientIn innerhalb kürzester Zeit eine Diagnose zu stellen ist vor allem im Rahmen der Ausbildung sehr fordernd. Das Studium an sich und der Berufseinstieg werden als anstrengend beschrieben.

„Bei uns ist ja so, dass es oft heißt jetzt zeige ich dir das einmal und das nächste Mal machst es dann alleine.“ (Interview V, Zeile 297-298). Gelerntes selbstständig umzusetzen und andererseits Weisungsgebunden zu sein und nicht der eigenen Intuition folgen zu können, ist für die befragten Ärztinnen herausfordernd.

„Was für mich unglaublich schwierig ist, wenn jemand sagt, wir machen das so und es nicht argumentieren kann und ich innerlich das Gefühl habe es ist ganz falsch, ...“ (Interview T, Zeile 551.552).

- **PatientInnenversorgung auf der einen und ökonomische Ziele auf der anderen Seite:**

„...große Herausforderung ähm ist auch das Gleichgewicht zu halten zwischen Patientenversorgung und anderen Aspekten, die wir auch mit einbringen müssen“ (Interview L, ab Zeile 189). Vor allem für die Führungspersonen im Krankenhaus rücken auch immer mehr die ökonomischen Ziele in den Vordergrund. Neben einer optimalen PatientInnenversorgung unterliegen die Krankenhäuser auch starken äußeren Einflüssen und sind zu laufender Anpassung gezwungen.

5.2 Prüfung der Hypothesen aufgrund der Analyseergebnisse der empirischen Forschung

Im Anschluss an die Darstellung der empirischen Erhebung werden die Analyseergebnisse und die Ergebnisse der Literaturrecherche nun in Beziehung zu den Hypothesen der vorliegenden Forschungsfrage gesetzt.

Hypothese 1: Formale Hierarchien haben keine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen.

Bevor diese Hypothese verifiziert oder widerlegt werden kann, wird zunächst der Begriff formale Hierarchie aufgrund der Analyseergebnisse definiert (siehe dazu auch Kapitel 5.1.1).

Formale Hierarchien werden von den befragten Ärztinnen, wie in der gesichteten Literatur als jenes Ordnungssystem definiert, welches nicht nur den Ausbildungsstand, sondern auch Entscheidungskompetenzen widerspiegelt und von der Krankenhausleitung vorgegeben ist. Die ÄrztInnen sind der jeweils darüber liegenden Hierarchieposition unterstellt und somit weisungsgebunden.

Legitimation erlangt die formale Hierarchie aufgrund der geforderten Fehlerfreiheit im Krankenhaus (rasche Entscheidungen müssen getroffen werden) (siehe Elkeles 1994, 22). Weiters werden dadurch Aufgabenverteilung, Verantwortungsträger und auch die Ausbildung geregelt (siehe S. 53f). Vor allem formale Hierarchien zeigen Kompetenzbereiche auf und ermöglichen Orientierung wenn der/die geeignete AnsprechpartnerIn gesucht wird.

Die Ergebnisse der qualitativen Analyse zeigen, dass formale Hierarchien eine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen haben. Die formalen Hierarchien wirken insofern auf die Ärztinnen, als die Führungspositionen dieser Hierarchien zumeist von Männern bekleidet werden und für diese oft noch traditionelle Rollenbilder gelten. Das Geschlecht ist bei Einstellungsgesprächen im Krankenhaus immer noch ein Thema. Die befragten Ärztinnen berichteten von einer bevorzugten Stellenvergabe an Männer. Ab der Hierarchiestufe „AssistenzärztIn“ ist eine unterbrechungsfreie Ausbildungszeit von großer Bedeutung für das System Krankenhaus. Ausbildungsstellen werden bevorzugt vergeben, wenn es nicht zu einem Ausfall durch Karenzierung kommt. Teilzeitstellen werden ungern vergeben und eine reduzierte Arbeitszeit wird als schwierig vereinbar mit den Ansprüchen des Arbeitsbereichs im Krankenhaus von Seiten der Leitung aber auch von Seiten der Betroffenen beschrieben (vgl. S. 59). Aufgrund der von den befragten Ärztinnen beobachteten Bevorzugung von Männern bei der Stellenvergabe sowohl in der Vergangenheit als auch heute noch, bewerben sich

weniger Frauen für derartige Stellen, um eine Zurückweisung zu vermeiden. Weiters ist ein beruflicher Aufstieg bei reduzierter Arbeitszeit an den Arbeitsplätzen der Befragten oft nicht denkbar und aufgrund des Arbeitsaufkommens auch oft nicht realisierbar. Durch eine reduzierte Arbeitszeit wird die Zugehörigkeit zu einer Abteilung/ zu einem Team negativ beeinflusst, weshalb Ärztinnen die Präsenz und damit die notwendige Positionierung im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen fehlt (S. 61). Alle befragten Ärztinnen waren der Meinung, dass eine positive Veränderung zum Vorteil für Ärztinnen bereits stattgefunden hat (S. 62). Folglich besteht eine Wirkung seitens der formalen Hierarchie auf die Karrieremöglichkeiten von Ärztinnen.

Hypothese 2: Informelle Hierarchien haben eine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen.

Bevor diese Hypothese verifiziert oder widerlegt werden kann, wird zunächst der Begriff informelle Hierarchie aufgrund der Analyseergebnisse definiert (siehe dazu auch Kapitel 5.1.1):

Die von Dechmann, Ryffel (2001, 98) als informelle Hierarchien (siehe Kapitel 2.5.2) bezeichneten inoffiziellen Kontakte zwischen den MitarbeiterInnen zeigten sich in der Analyse, wenn es um den Arbeitsalltag geht.

Im Krankenhaus zeigen sich die informellen Hierarchien beispielsweise wenn es gilt, Aufgaben zu delegieren oder übertragene Aufgaben umzusetzen. Im Krankenhausalltag werden Positionen innerhalb der informellen Hierarchie aufgrund von Persönlichkeit und der Durchsetzungskraft erlangt. Die Ärztinnen sprechen davon „Ellbogen einzusetzen“. Hier geht es um Macht und darum diese auch sichtbar auszuüben (S. 54).

Auf informeller Ebene werden auch geschlechtliche Zuschreibungen stärker sichtbar als in der formalen Hierarchie. Geschlechterhierarchie wird im Krankenhaus vorrangig informell gelebt. Für die Interviewpartnerinnen ist ein anderer Umgang mit Ärzten als mit Ärztinnen spürbar. Ärztinnen werden weniger ernst genommen bzw. deren Anweisungen häufiger als die von Ärzten hinterfragt. Ärztinnen tendieren dazu Arbeiten zu übernehmen, die sie zum „Mädchen für Alles“ machen – einer Rolle, welche in der informellen Hierarchie wenig Ansehen hat. Daher zeigen die Ergebnisse der qualitativen Analyse, dass informelle Hierarchien eine Auswirkung auf den beruflichen Aufstieg von Ärztinnen haben.

Ärzten fällt es leichter, Aufgaben zu delegieren, ihr fachliches Spezialgebiet zu behaupten und zu verteidigen. Vor allem in operativen Fächern bekommen Ärzte aus mehreren Gründen

mehr Operationen zugeteilt als Frauen und so kommt es, dass Fachärztinnen in manchen Situationen weniger Erfahrung vorweisen können als männliche Kollegen (vgl. S. 62f).

Die Wirkung von informeller Hierarchie ist wesentlich, wenn es um den beruflichen Aufstieg von Frauen im Medizinsystem geht. Denn *„wenn man irgendwie sein eigenes also sein, sein Arbeitsfeld verteidigen will ... muss man da mitschwimmen.“* (Interview A, Zeile 178). Daraus lässt sich ableiten, dass die informellen Hierarchien auf formale Hierarchien wirken, indem auf informeller Ebene die Weichen für einen Auf- oder Abstieg in der formalen Hierarchie gestellt werden.

Hypothese 3: Ärztinnen müssen sich an die herrschenden Hierarchien anpassen, um im Medizinsystem beruflich erfolgreich aufsteigen zu können.

Die Interviewanalysen zeigen, dass das System Krankenhaus stark von Persönlichkeiten geprägt ist, welche sich an den historisch gewachsenen Strukturen orientieren und diese somit auch reproduzieren.

Es sind die Eigenschaften des Systems Krankenhaus, welche aktuell nicht den Bedarfen der Ärztinnen entsprechen, bzw. einer Karriere sogar entgegenwirken. Ärztinnen sehen ihre Stärken in:

- kollegialen Tätigkeitsübernahmen (so wird von Ärztinnen auch die Arbeit in der Ambulanz übernommen, wenn sich sonst niemand findet. Dafür wird die Chance Operationen durchführen zu können „geopfert“),
- in der empathischen Arbeit mit und an den PatientInnen (Ärztinnen nehmen sich mehr Zeit für PatientInnen und deren Angehörige, wobei sie verstärkt Rücksicht auf Bedürfnisse und Befindlichkeiten nehmen) und
- ihrem Willen ihr Wissen auszubauen und sich weiterzuentwickeln.

Vor allem in chirurgischen Fächern kommen aufgrund des Ausbildungssystems im Krankenhaus, durch den vermehrten Einsatz der Ärztinnen in der Ambulanz oder auf den Stationen, die Ausbildungsinhalte zu kurz bzw. wird mehr Zeit benötigt um die notwendigen Erfahrungen zu sammeln und Operationstechniken zu erlernen. Die Analyse ergab, dass Ärzte mehr Aufgaben – und vor allem patientennahe Aufgaben – delegieren, welche Ärztinnen aufgrund ihrer Empathie aber auch weil Weisungen ihrerseits weniger ernst genommen werden, selbst erledigen. Damit handeln Ärztinnen anders als Ärzte – sie handeln wider das System. Vor allem in einem Interview (Interview L) wurde deutlich, wie sehr Ärztinnen daran interessiert sind, ihr Wissen auszubauen um bestmögliche Arbeit zu leisten, wohingegen für

Ärzte das Aufsteigen in der Hierarchie Teil ihrer Karriereplanung ist. Für alle Befragten war das „Einsetzen der Ellbogen“ eine der Techniken um innerhalb der informellen, aber letztendlich auch formalen Hierarchie bestehen zu können. Doch gerade diese Machtdemonstrationen sind es, welche den Ärztinnen widerstreben. Das tägliche Behaupten und Demonstrieren des eigenen Könnens und damit der eigenen Macht ist energieraubend und für die Interviewpartnerinnen nicht der Grund, warum sie den Beruf Ärztin ergriffen haben.

Für die interviewten Ärztinnen ist ein Leben mit den vorhandenen informellen Hierarchien notwendig, um in der Organisation Krankenhaus bestehen zu können. Ein Entkommen wäre der Weg in die Selbstständigkeit. Die Ärztinnen befinden sich in einem ständigen Abwägen, welche Situationen es gilt hinzunehmen und in welchen sie ihre Meinung vertreten sollten und sogar müssen. Ein Behaupten ist notwendig, um – wie bereits öfter erwähnt – eine Position zu erlangen und deswegen auch in Konkurrenz mit KollegInnen zu treten um sichtbar zu werden. Sichtbar sein bedeutet, fachlich eine Expertise zu haben und auch zu vertreten, um in chirurgischen Fächern Operationen zugeteilt zu bekommen und in Entscheidungen einbezogen zu werden. Situationen in welchen die bestehenden Hierarchien akzeptiert werden müssen, sind Weisungen entlang der formalen Hierarchie, aber auch Unsicherheiten oder Fragen die nicht offen gezeigt bzw. gestellt werden, um die eigene Schwäche nicht zuzugeben. Mit Blick auf die Statistik zeigen sich ebenfalls Anzeichen, dass die herrschenden Forderungen des Systems Krankenhaus größtenteils erfüllt werden, da immer noch weniger Ärztinnen Kinder haben als Ärzte (wie auch Hoff et al. in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 149-154 zeigen).

Die Analyse zeigt, dass ein beruflicher Aufstieg ein Annehmen der herrschenden Anforderungen des Systems und teilweise ein selbst Ausführen bzw. Übernehmen der herrschenden Kultur notwendig macht. So scheinen nicht nur Rollenvorbilder für Ärztinnen zu fehlen, der Einfluss der Ärztinnen auf die organisationalen Bedingungen und Strukturen ist noch nicht groß genug, um die von Männern aufgebaute Kultur im österreichischen Krankenhaus auch für Frauen gut lebbar zu machen und kein Karrierehindernis mehr darzustellen.

Bereits in der Geschichte der Medizin wird die Reaktion von Frauen auf die herrschenden Strukturen sichtbar, indem beispielsweise Fachrichtungen gewählt wurden, die dem Rollenbild der Frau entsprachen. Von den Ärzten freigegebene Nischen wurden von Ärztinnen angenommen (vor allem die Behandlung von Frauen und Kindern) (vgl. Wetterer 2000, 18f). Die Ärztinnen passten sich also in gewisser Weise an, um überhaupt im Medizinsystem Fuß fassen und bestehen zu können, ähnlich wie auch in der jetzigen Zeit gegebene Hierarchien akzeptiert werden, um voran zu kommen.

Die zusammengefassten Analyseergebnisse zeigen die Notwendigkeit sich an herrschenden Hierarchien anzupassen, um als Ärztin im Medizinsystem bestehen zu können.

Dass es diesbezüglich aber bereits zu Veränderungen kommt, wurde in den Interviews ersichtlich:

Die befragten Ärztinnen sprachen von der „neuen Generation“, welche einen anderen Umgang mit den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus pflegt. In diesem Zusammenhang sei auf die Generation Y²⁸ verwiesen:

Diese Generation setzt Erwartungen an das System Krankenhaus, welche sie auch einfordert. Beispielsweise wird eine sofortige Einbindung in vorhandene Strukturen gefordert, aber auch individuelle Betreuung in der Ausbildung und rasche Übergabe von Verantwortung. Flexible Arbeitszeiten ermöglichen der Generation Y die Arbeit nach ihrer Lebenssituation zu gestalten – denn der Anspruch ist: „Beim Arbeiten leben“²⁹. Diese Inhalte, aus einem Artikel des deutschen Ärzteblatts (2015) decken sich mit den Berichten der interviewten Ärztinnen. Auch sie bemerkten, dass junge KollegInnen Weisungen hinterfragen, dadurch auch Ausbildung einfordern und rasch Verantwortung übernehmen möchten. Teilzeitmodelle und damit flexiblere Arbeitszeitgestaltung werden gefordert (siehe Kapitel 5.1.3).

Hypothese 4: Die berufliche Laufbahn von Ärztinnen im Krankenhaus wird durch familiäre Assoziationen und Geschlechterzuschreibungen beeinflusst.

Ärztinnen werden in ihrem Arbeitsalltag immer wieder mit ihrem Geschlecht konfrontiert. Sei es, wenn sie als „Mädchen für Alles“ bezeichnet werden, weil sie in den Augen der Ärzte Hilfsarbeiten übernehmen, oder wenn im Rahmen eines Einstellungsgesprächs darauf hingewiesen wird, dass die Assistenzarztstelle unter der Voraussetzung „nicht schwanger zu werden“ vergeben wird.

Daher wird im Beruf laufend Geschlechterdifferenz hergestellt, indem Geschlechterzuschreibungen artikuliert werden – doing gender findet statt (siehe Kapitel 2.2). Ausgehend von Garfinkel betonte Wetterer, dass vor allem in Situationen, in welchen die Geschlechtergrenzen bedroht werden, Männer die Differenz betonen. Frauen reagieren auf diese Bekräftigung der Differenz und versuchen ihrerseits diese zu minimieren, indem sie versuchen dasselbe zu leisten wie ihre Kollegen (vgl. Wetterer in: Aulenbacher und Wetterer 2009; 52). Den befragten Ärztinnen wird von Kollegen vorgehalten, dass Frauen nicht mit dem Werkzeug (in chirurgischen Fächern) umgehen könnten. Diese alltäglichen Situationen zeigen

²⁸ Siehe dazu z.B.: Klaus Hurrelmann, Erik Albrecht: *Die heimlichen Revolutionäre – Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. Verlag Beltz, Weinheim 2014

²⁹ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/152734/Arbeitsplatz-Krankenhaus-Was-die-jungen-Wilden-wollen> am 20.5.2015

eine Betonung der Geschlechterdifferenz von Seiten der Ärzte. Für die Ärztinnen bedeuten diese Vorhaltungen, dass sie sich besonders bemühen müssen, da Fehler ihrerseits sofort als Schwäche ausgelegt werden.

Die Interviewanalysen zeigten diesbezüglich allerdings auch Fächerunterschiede. So wird das Geschlecht beispielsweise im Fach Anästhesie (nicht schneidendes Fach) weniger thematisiert als in der Unfallchirurgie (chirurgisches Fach). Wirkung zeigt dies in einer ausgeglicheneren Geschlechterverteilung, besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch bessere Integration von Teilzeit und weniger ausgeprägten Machtkämpfen auf informeller Ebene (siehe dazu Kapitel 3.2 und 5).

Ärztinnen werden also - je Fach mehr oder weniger - mit klassischen Rollenzuschreibungen konfrontiert und es findet eine Vergeschlechtlichung der Arbeit³⁰ zu Gunsten der Ärzte statt. Die berufliche Laufbahn von Ärztinnen weicht aufgrund der Analyseergebnisse, in folgenden Punkten von der von Ärzten ab:

- verzögertes Vorankommen in der Ausbildung in chirurgischen Fächern,
- mehr Hürden in der Stellenvergabe,
- weniger Fokus auf Karrierefortschritt und
- weniger Rollenvorbilder und dadurch oft auch weniger Unterstützung im beruflichen Vorankommen.

Dass Ärztinnen schwanger werden können ist eine Tatsache, ebenso wie dass die Versorgung der Familie in Österreich immer noch verstärkt den Frauen bzw. Müttern zugeschrieben wird. Die Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf besteht demnach für Ärztinnen mehr als für Ärzte und lässt sich für Frauen oft nur durch Teilzeitarbeit bewerkstelligen. Vor allem Ärztinnen in höheren Positionen haben fast alle voll berufstätige PartnerInnen mit oft noch längeren Arbeitszeiten als sie selbst. In der Regel gibt es daher keine Möglichkeit für eine Entlastung durch die PartnerInnen (vgl. Hoff, Dettmer, Grote, Hohner, Olos in: Gildemeister, Wetterer (Hrsg) 2007, 154f). Wobei an dieser Stelle betont sei, dass es auch ohne Familie Gründe für eine reduzierte Arbeitszeit gibt (z.B.: siehe oben Generation Y) und dafür Möglichkeiten bestehen sollten. Das System Krankenhaus birgt für diese Form der Arbeitszeit allerdings, wie die Interviewanalysen zeigen, einige Hürden:

- fehlende Kontinuität in der PatientInnenbetreuung,
- weniger Wissen über die PatientInnen,
- weniger gemeinsame Zeit mit den KollegInnen (z.B.: für Übergabe oder zur Abstimmung) als üblich.

³⁰ (vgl. Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009, 45)

Dies alles macht eine intensive und effiziente Kommunikation zwischen den ÄrztInnen notwendig, um den Informationsfluss aufrechtzuerhalten.

Die Interviewpartnerinnen waren sich einig, dass Teilzeitarbeit im Krankenhaus im jetzigen System von der Leitung wenn möglich vermieden wird und damit scheint dies eine der größten Hürden für Frauen - in der Medizin durchgängig arbeiten zu können und Karriere zu machen.

Die Analyse zeigt damit eine Beeinflussung der beruflichen Laufbahn von Ärztinnen im Krankenhaus durch Geschlechterzuschreibungen (worunter auch die zugeschriebene Zuständigkeit für Familie zu sehen ist). Diese Beeinflussung wirkt zum einen zeitlich, indem die Ausbildung und der Aufbau von Wissen und Erfahrung verzögert wird, zum anderen wirkt sie direkt auf den Karrierefortschritt, wenn beispielsweise eine Stelle doch an einen Mann vergeben wird, oder die Karriere nicht im Fokus der Ärztin liegt und dadurch wieder eine zeitliche Verzögerung im beruflichen Aufstieg entsteht oder höhere Positionen erst gar nicht angestrebt werden. Das Fehlen von Rollenvorbildern unterstützt die genannten Faktoren zusätzlich negativ, da wenige bzw. keine Positivbeispiele für Ärztinnen in Spitzenpositionen der Medizin vorhanden sind.

6 Schlussbetrachtungen

Das in der Literatur theoretisch geformte Bild der Situation von Ärztinnen konnte durch die empirische Forschung teilweise bestätigt werden. Hoffnung auf eine Verbesserung der Situation von Ärztinnen, geben die Sichtweisen und Ansätze junger Ärztinnen und Ärzte, welche jährlich in das System Krankenhaus strömen. Bei diesen ist mehr kritischer Blick, aber auch mehr Selbstverständnis bzgl. der Ansprüche an den Arbeitgeber vorhanden. Flexible Arbeitszeit- aber auch Arbeitsplatzgestaltung wird gefordert.

Das theoretische Konzept des undoing gender³¹ (siehe Kapitel 2.1), welches davon ausgeht, dass Zweigeschlechtlichkeit in der konstruktivistischen Sichtweise nichts Naturgegebenes, ist, sondern durch kulturell geprägte Zuschreibungen entsteht, konnten in der vorliegenden Forschung nicht entdeckt werden, wobei sich erste Ansätze in jenen medizinischen Fächern finden lassen, in welchen der Frauenanteil beinahe ausgewogen ist. Hier berichteten die Ärztinnen von ausgewogener Aufgabenverteilung, Teilzeitarbeit wird eher ermöglicht und Geschlecht wird nicht so demonstrativ thematisiert wie in den chirurgischen Fächern. Durch

³¹ Stefan Hirschauer sieht in der Konstruktion von Geschlecht keinen kontinuierlichen Prozess, das bedeutete doing gender kann unterbrochen werden (vgl. Heintz, Nadai, Fischer, Ummel 1997, 60). Geschlecht entsteht prinzipiell in sozialen Situationen, denn das eigene Geschlecht hat man erst dann, wenn es von und mit anderen thematisiert wird (vgl. Hirschauer in Becker, Kortendiek 2004, 133).

das nicht Thematisieren von Geschlecht kommt es zu einer Unterbrechung in dem zumeist kontinuierlichen Prozess der Geschlechterkonstruktion.

Die Interviewanalyse zeigt aber, dass diese Unterbrechungen keineswegs in jedem Fach anzutreffen oder sogar von Dauer sind. Durch die doch noch immer sichtbare Trennung in Fächer, in welchen vermehrt und in Fächer in welchen weit weniger Ärztinnen tätig sind, trägt das Medizinsystem so eher zu einer Produktion und Reproduktion der Ordnung der Geschlechter (im Sinne Wetterers: Wetterer in Aulenbacher und Wetterer 2009, 54) bei als diese aufzulösen.

Auch konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass neben den hierarchischen Strukturen, das System Krankenhaus Arbeitsbedingungen reproduziert, welche für Ärztinnen das Erreichen von Führungspositionen erschwert.

Um Krankenhäuser als Arbeitsplätze für Männer und Frauen gleichermaßen attraktiv zu gestalten und so ein zukunftsfähiges, sich entwickelndes System für die darin tätigen ExpertInnen zu schaffen, sind aus Sicht der vorliegenden Forschung folgende Schritte zu setzen:

- Etablierung eines Mentorinnensystems zur Unterstützung der Ärztinnen in ihrer Karriereplanung,
- Anpassung der Zeitstrukturen, um eine optimale Integration neuer Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen,
- Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen in Krankenhäusern,
- Entwicklung und Umsetzung von Weiterentwicklungs- und Fortbildungsmodellen für karenzierte Ärztinnen, um einen Wiedereinstieg zu erleichtern sowie
- Bewusstsein für benachteiligende Rollenbilder in allen Bereichen und auf allen Hierarchieebenen schaffen, um ein gleichberechtigtes Arbeiten für alle Geschlechter zu ermöglichen.

Wenn man aber nun bedenkt, dass ein Hauptmerkmal der ExpertInnenorganisation³² Krankenhaus *wenig Interesse an organisationalen Aufgaben* ist, so könnte die Umsetzung der genannten Schritte schwierig werden (siehe Kapitel 2.4.3), da diese eine grundlegende Veränderung auf organisationaler Ebene bedingen.

Fazit der vorliegenden Forschungsarbeit:

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl formale als auch informelle Hierarchien im Krankenhaus eine Wirkung auf die Karriere von Ärztinnen haben. Allerdings können

³² Die Hauptmerkmale von Expertenorganisationen in: Conrad, B.: Organisation Krankenhaus – Balanceakt zwischen Spezialisierung und Koordination in: Goepfert, Conrad: Unternehmen Krankenhaus. Thieme Verlag KG, (2013, 110)

besonders die in der vorliegenden Arbeit erläuterten informellen Hierarchien als Karrierehindernis für Ärztinnen bezeichnet werden. Die Interviews legen den Schluss nahe, dass die informellen Hierarchien dazu dienen, um formale Hierarchieebenen zu erlangen, diese zu festigen oder aber auch um diese in Frage zu stellen.

Die informellen Hierarchien sind geprägt von Machtkämpfen und geschlechtlichen Zuschreibungen. Auf dieser Ebene werden allerdings die Weichen für den Aufstieg auf formaler Hierarchieebene geschaffen. Wer auf informeller Ebene nicht präsent ist, hat wenige Chancen in der formalen Hierarchie aufzusteigen. Die Machtkämpfe auf informeller Ebene sind geprägt von traditionellen Rollenbildern und Kampftechniken, welche mit Blick auf die historische Entwicklung des Medizinsystems von Männern entwickelt und über Jahrhunderte präzisiert wurden. Nach der Verdrängung der Frauen aus der Medizin war die Medizin bis zum Ende des 19. bzw. Beginn des 20. Jahrhunderts von Männern dominiert und die teilweise heute noch bestehende Kultur wurde in diesen Jahrhunderten rein von Ärzten geprägt. Diese Tatsache erklärt, wie es kommt, dass für Frauen auch heute noch teilweise unüberwindbare Karrierehindernisse vorherrschen. Denn das Medizinsystem bzw. das Krankenhaus ist auch heute immer noch eine überwiegend von Männern geprägte Organisation, in welcher die Bedarfe der Frauen aktuell noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Das Karrierehindernis an sich ist die Organisation Krankenhaus selbst.

Für die berufliche Entwicklung von Ärztinnen ist es daher wichtig, Strukturen zu schaffen, welche nicht nur eine Karriere sondern auch ein ausgewogenes Berufs- und Privatleben ermöglichen. Die oben genannten Schritte zur Weiterentwicklung des Systems können den sichtbaren und äußeren Rahmen bilden. Für alle Ärztinnen gilt, Einfluss zu nehmen, wenn es um die Umsetzung dieser formalen Strukturen im Alltag geht.

Reflexion der vorliegenden empirischen Vorgehensweise und weiterführende Betrachtungen:

Um die hier vorliegenden Ergebnisse tiefergehend zu beleuchten sollte eine repräsentative Stichprobe der österreichischen Ärztinnen zum vorliegenden Thema befragt werden. In einem nächsten Schritt empfiehlt sich die Befragung einer Stichprobe der Ärzte, um ein Gesamtbild der Situation zu erhalten und die Karriereverläufe direkt vergleichen zu können. Dabei darf die Organisation Krankenhaus nicht aus dem Fokus geraten, da sich gezeigt hat, dass die Situation nicht nur personen- sondern (auch) systemabhängig ist. Aufgrund dessen ist ebenfalls eine tiefere Analyse des Gesamtsystems Krankenhaus und aller Systemumwelten notwendig, um anschließend gezielte und umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation von Ärztinnen aber auch der Ärzte ableiten zu können. Sollten, wie in dieser Arbeit gezeigt, Veränderungen auf kultureller Ebene notwendig sein, ist zu prüfen, wie diese unterstützt oder begleitet werden können.

Abschließend sei ein junger Arzt zitiert, welcher in einem Medizinform seinen KollegInnen folgenden Rat gab: „Merke dir auf jeder ‚Hierarchiestufe‘, was dich stört und mache es später selber besser“.³³

³³ www.medi-learn.de am 5.5.2014

7 Literatur

- Aulenbacher, Brigitte, Wetterer, Angelika (Hrsg):** Arbeit. Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung. 1. Auflage, Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot (2009)
- Bauch, Jost:** Medizinsoziologie. München; Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, (2000)
- Beaufäys, Sandra:** Mit freiem Kopf arbeiten: Familie und Beruf aus der Sicht von Medizinerinnen in Führungspositionen. (305-326) in: **Neusel, Aylâ, Wetterer, Angelika (Hrsg):** Vielfältige Verschiedenheiten: Geschlechterverhältnisse in Studium, Hochschule und Beruf. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag, (1999)
- Becker, Ruth, Kortendiek, Beate (Hrsg):** Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, (2004)
- Börcher, Kirstin, Kirchner, Helga, Trittmacher, Susan (Hrsg):** Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag KG, (2006)
- Buchen, Sylvia, Helfferich, Cornelia, Maier, Maja S. (Hrsg):** Gender methodologisch. Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neue Herausforderungen. Wiesbaden: VS Verlag für Soziawissenschaften, (2004)
- Conrad, B.:** Organisation Krankenhaus – Balanceakt zwischen Spezialisierung und Koordination in: **Goepfert, Conrad:** Unternehmen Krankenhaus. Thieme Verlag KG, (2013)
- Dechmann, Birgit, Ryffel, Christiane:** Soziologie im Alltag. Weinheim: Beltz Verlag (2001)
- Dettmer, Susanne, Kaczmarczyk, Gabriele, Bühren, Astrid:** Karriereplanung für Ärztinnen. Berlin. Springer Verlag; (2006)
- Eiff, Wilfried, Stachel, Kerstin (Hrsg):** Unternehmenskultur im Krankenhaus. Münster: Verlag Bertelsmann-Stiftung, (2007)
- Elkeles, T.:** Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. 5. Auflage; Frankfurt am Main, (1994)

Flügge, Sibylla: Gründliche Untersuchung der Ursachen, die das weibliche Geschlecht vom Studieren abhalten (11-22). in: Horn, Sonia (Hrsg): Medizinerinnen. Wien: Verlag Haus der Ärzte, (2003)

Froschauer, Ulrike, Lueger, Manfred: Das qualitative Interview –Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, (2003)

Gildemeister, Regine, Wetterer Angelika (Hrsg): Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, (2007)

Gildemeister, Regine: Geschlechterdifferenz – Geschlechterdifferenzierung. Beispiele und Folgen eines Blickwechsels in der empirischen Geschlechterforschung. (27-45) in: **Buchen, Sylvia, Helfferich, Cornelia, Maier, Maja S.** (Hrsg): Gender methodologisch. Empirische Forschung in der Inforamtionssgesellschaft vor neue Herausforderungen. Wiesbaden. VS Verlag für Soziawissenschaften, (2004)

Goepfert, Conrad: Unternehmen Krankenhaus. Thieme Verlag KG, (2013)

Groth, Sylvia, Rásky, Éva (Hrsg.): Frauengesundheiten. Innsbruck, Wien: Studien Verlag, (1999)

Heintz, Bettina, Nadai, Eva, Fischer, Regula, Ummel, Hannes: Ungleich unter Gleichen. Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes. Frankfurt am Main: Campus Verlag, (1997)

Hillmann, Karl-Heinz: Wörterbuch der Soziologie: mit einer Zeittafel. Stuttgart: Kröner Verlag, (2007)

Hoff, Ernst-H., Dettmer, Susanne, Grote, Stefanie, Hohner, Hans-Uwe, Olos, Luiza: Berufsverläufe und Lebensgestaltung: Differenzierung und Angleichung von Frauen und Männern in zwei hoch qualifizierten Berufen. (145-171) in **Gildemeister, Regine, Wetterer Angelika (Hrsg):** Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, (2007)

Horn, Sonia (Hrsg): Medizinerinnen. Wien: Verlag Haus der Ärzte, (2003)

Kuhlmann, Ellen, Kutzner, Edelgard, Riedgraf, Birgit, Wilz, Sylvia M.: Organisation und Professionen als Produktionsstätten von Geschlechter(a)symmetrie (495-525) in **Müller, Ursula, Riegraf, Birgit, Wilz, Sylvia M.:** Geschlecht und Organisation. Wiesbaden: Springer VS, (2013)

Leven, Karl Heinz: Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. München: Beck Verlag; (2008)

Masseran, Anne: Grenzverschiebungen: Zur rhetorischen Konstruktion von Frauen im medizinischen Bereich (121-127). in: Horn, Sonia (Hrsg.): Medizinerinnen. Wien: Verlag Haus der Ärzte, (2003)

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, (2007)

Mixa, E., Malleier, E., Springer-Kremser, M. (Hrsg.): Körper Geschlecht Geschichte. Historische Debatten in der Medizin. Innsbruck; Wien: Studienverlag, (1996)

Mixa, Elisabeth: Zwischen den Sprossen. Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen universitären Feld. Wien: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft. Band 10: Print Media Austria AG, (2000)

Müller, Ursula, Riegraf, Birgit, Wilz, Sylvia M.: Geschlecht und Organisation. Wiesbaden: Springer VS, (2013)

Neusel, Aylâ, Wetterer, Angelika (Hrsg): Vielfältige Verschiedenheiten: Geschlechterverhältnisse in Studium, Hochschule und Beruf. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag, (1999)

Pelikan, Jürgen M., Wolff Stephan (Hrsg): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim; München: Juventa Verlag, (1999)

Ramsenthaler, Christina: Was ist qualitative Inhaltsanalyse (23-42) In **Schnell, Martin, Schulz, Christian, Kolbe, Harald, Dunger, Christine (Hrsg.):** Der Patient am

Lebensende. Palliative Care und Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH; (2013)

Rásky, Éva: Berufschancen Ärztinnen (35-41) In: **Groth, Sylvia, Rásky, Éva (Hrsg.):** Frauengesundheiten. Innsbruck, Wien: Studien Verlag, (1999)

Schmerl, Christiane: Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zu Frauengesundheitsforschung.
In: Hurrelmann/ Kolip (2002: 32-52)

Schücking, Beate A.: Weiße Flecken in der Landschaft: Frauenforschung in der Medizin (229-243) In: **Mixa, E., Malleier, E., Springer-Kremser, M. (Hrsg.):** Körper Geschlecht Geschichte. Historische Debatten in der Medizin. Innsbruck; Wien: Studienverlag, (1996)

Sewtz, Susanne: Karriere im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Weinheim und München: Juventa Verlag, (2006)

Stern, Klaus: Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster/New York: Waxmann Verlag, (1996)

Thürmer-Rohr, Christina: Mittäterschaft von Frauen: Komplizenschaft mit der Unterdrückung (88-94) In: **Becker, Ruth, Kortendiek, Beate (Hrsg.):** Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung.Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, (2004)

Vogd, Werner: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. 1. Auflage. Weilerswirst: Velbrück Wissenschaft, (2011)

Vollmar-Hesse, Ilse: Klinik, Karriere, Kongress, Kinder – Reflexionen einer Hochschulfrauenbeauftragten zu den vier „K“s von Klinikerinnen (26-32) In: **Groth, Sylvia, Rásky, Éva (Hrsg.):** Frauengesundheiten. Innsbruck, Wien: Studien Verlag, (1999)

Voß, Heinz-Jürgen: Geschlecht: Wider die Natürlichkeit. 2. Auflage. Stuttgart: Schmetterling, (2011)

- Weilharter, Fritz:** Wie kommt Organisationsentwicklung ins Krankenhaus? Entwicklungsprozess von Supervision zu komplementärer externer und internen Beratung. Heidelberg: Carl Auer Verlag, (2014)
- Wetterer, Angelika:** Ausschließende Einschließung – marginalisierende Integration: Geschlechterkonstruktionen in Professionalisierungsprozessen. Vortragsreihe des Instituts für Soziologie der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät an der Universität Wien. Wien (2000)
- Wetterer, Angelika:** Professionalisierung und Geschlechterhierarchie: Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten. Kassel: Verlag Jenior & Pressler, (1993)
- Wetterer, Angelika:** Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit (122 – 132) in: **Becker, Ruth, Kortendiek, Beate (Hrsg):** Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, (2004)
- Wetterer, Angelika:** Ordentliche Unordnung? Widersprüche im sozialen Wandel der Geschlechterverhältnisse. ÖZS 31.Jg. (2006)
- Wilz, Sylvia:** Organisation: Die Debatte um ‚Gendered Organisations (443 – 449) in: **Becker, Ruth, Kortendiek, Beate (Hrsg):** Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, (2004)
- Wolff Stephan:** Das Krankenhaus als Organisation. (37-50) In: **Pelikan, Jürgen M., Wolff Stephan (Hrsg):** Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim; München: Juventa Verlag, (1999)

Internetquellen:

Der hippokratische Eid:

<https://www.thieme.de/viostatics/dokumente/vio-2/final/de/dokumente/vor-dem-studium/Infos-zum-Medizinstudium-Hippoeid.pdf> (8. 12. 2013)

Definition Mentorensystem:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/86532/mentoring-v7.html> (22.5.2015)

Verband Deutscher Ärzte: Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf? (2014)

Befragungsergebnisse:

http://www.hartmannbund.de/uploads/HB-Media/umfragen/2014-05_12_UmfrageChancengleichheit.pdf (20.5.2015)

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/152734/Arbeitsplatz-Krankenhaus-Was-die-jungen-Wildewollen> (20.5.2015)

<http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/aekstmk.pdf> (08.12.2013)

<http://library.fes.de/fulltext/asfo/00545003.html> (10.4.2015)

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/ME/ME_00127/fnameorig_086847.html,
(25.5.2015)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> (06.08.2015)

Weiterführende Literatur

Beck-Gernsheim, Elisabeth, Ostner, Ilona: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main/New York, (1979)

Ferguson, Kathy E.: The Feminist Case against Bureaucracy. Philadelphia: Temple Univ. Press, (1984)

Game, Ann, Pringle, Rosemary: Gender at Work. Sydney/London/Boston, (1983)

Goffman, Erving: Das Arrangement der Geschlechter. In: Ders.: Interaktion und Geschlecht. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, (1994, 105-158)

Garfinkel, Harald: Studies in Ethnomethodology. Cambridge: Polity Press, (1967)

Kanter, Rosabeth Moss: Men and Women of the Corporation. New York: Basic Books, (1977)

Kessler, Suzanne, J./Wendy, McKenna: Gender. An Ethnomethodological Approach. New York: The University of Chicago Press, 1978

Rubin, Gayle: The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex. In: Reiter, Rayna (Hrsg.): Towards an Anthropology of Women. New York/London: Monthly Review Press, (1975, 157-210)

Wetterer, Angelika (Hg.): Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag, (1995)

Wetterer, Angelika (Hg.): Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag, (1992)

8 Anhang

8.1 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden	
Interviewte Ärztin:	
	Notizen
Fragencluster Demografie:	
Start Medizinstudium:	
Fach:	
Abschluss Medizinstudium:	
Aktueller Ausbildungsstand:	
berufliche Ziele:	
Einstiegsfrage:	
Wenn Sie an Ihre beruflichen Anfänge im und nach dem Studium denken, gab es für Sie ein besonders prägendes Erlebnis?	
Fragencluster Hierarchie:	
Was bedeutet für Sie Hierarchie?	
Wann und wie werden für Sie Hierarchien im Krankenhaus sichtbar? - in der Ärzteschaft?	
Wie beschreiben sie hierarchisches Verhalten?	
Fragencluster berufliche Möglichkeiten:	
Gab es für Sie bis heute Hürden in Ihrer beruflichen Laufbahn?	
Gibt es unterschiedliche Chancen für Frauen und Männer?	
Können Sie/Ihre Kolleginnen die aktuell herrschenden Hierarchien beeinflussen? - sehen sie Veränderungen über die Zeit?	
Fragencluster weitere wichtige Themen:	
Welche 3 Dinge schätzen Sie besonders an Ihrem Beruf?	
Welche 3 Dinge sehen Sie als besondere Herausforderung in Ihrem Beruf?	
Reflexion:	

8.2 Transkribierregeln

- Das Interview wird in Schriftsprache transkribiert, nur bei charakteristischen Aussagen und Wörtern wird der Dialekt transkribiert.
- Pausen: kurze Pausen (.), lange Pausen (Zeitangabe in Sekunden)
- Nicht verbale Aussagen: in Klammer (lacht)
- Geräusche: in spitzer Klamme >Telefon läutet<
- Auffällige Betonungen: unterstreichen etwas so
- Unverständliches: Punkte in Klammer (...)
- Vermuteter Wortlaut: in runder Klammer (etwa so)
- Gedehte Sprechweise: Buchstaben mit Zwischenraum e t w a s o
- Hörersignale: mmmh oder äh werden transkribiert, wenn deutlich zu hören (siehe Froschauer, Lueger 2003; 223f)

NICOLE DORNHOFER

SUMMARY

- Bakk.phil. in Soziologie 2007
- Erfahrung in Organisationsentwicklung und Projektmanagement
- Besondere berufliche Erfahrung in der systemischen Organisationsentwicklung im Gesundheitsbereich

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Seit 01/2012	Organisationsentwicklerin im Bereich Organisationsentwicklung eines Krankenhausträgers in Österreich
08/2007 bis 09/2011	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für COPD und pneumologische Epidemiologie in Wien
2005 und 2007	Jeweils 6 Monate Praktikum am Institut für soziale Ökologie der Universität Klagenfurt in Wien

EDUCATION

Seit 2012	Fortbildungen im Bereich systemische Organisationsentwicklung
2008 bis 2015	Universitätsstudium: Master der Soziologie an der Universität Wien Titel der Masterarbeit: „Die (Aus-)Wirkung von Krankenhaushierarchien auf Ärztinnen in Österreich“
10/2007	Bakkalaurea der Philosophie <ul style="list-style-type: none">• Soziologie Themen der Abschlussarbeiten: <ul style="list-style-type: none">• Hermeneutische Bildanalyse• Krankheit als abweichendes Verhalten
2003 bis 2007	Universitätsstudium: Bakkalaureat der Soziologie an der Universität Wien
2003	Matura

SKILLS

Sprachen	Deutsch (Muttersprache) Englisch (in Wort und Schrift), Französisch (Grundkenntnisse)
----------	---

PUBLICATIONS

Nordic walking improves daily physical activities in COPD: a randomised controlled trial.
Breyer MK, Breyer-Kohansal R, Funk GC, **Dornhofer N**, Spruit MA, Wouters EF, Burghuber OC, Hartl S.
Respir Res. 2010 Aug 22;11:112.