

# Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzten

Autor(en): **Sultanian, Elena / Schwarz, Jürg / Niklowitz, Matthias**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology**

Band (Jahr): **29 (2003)**

Heft 3

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-814985>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzten

Elena Sultanian, Jürg Schwarz und Matthias Niklowitz\*

### 1 Einleitung

In den letzten Jahrzehnten fanden starke Veränderungen in der Arbeitswelt der Ärztinnen und Ärzte statt. Einerseits entstanden neue Praxis- und Organisationsformen, andererseits stieg der Anteil der Frauen in diesem bisher von Männern dominierten Beruf. Mit dem steigenden Anteil der Frauen unter den MedizinerInnen, aber auch mit dem wachsenden Engagement der Männer im familialen Bereich, gewinnt die Frage nach der Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Aufgaben auch in der Ärzteschaft an Bedeutung. Das gleichzeitige Engagement in Beruf und Familie kann aber zu Konflikten führen, da verschiedene Lebensbereiche in einem Konkurrenzverhältnis zueinander stehen. Im Zentrum unseres Interesses steht deswegen die Frage, wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch berufstätige Ärztinnen und Ärzte eingeschätzt wird und mit welchen Faktoren diese subjektive Einschätzung einhergeht.

### 2 Diskurs zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Schweiz

Die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewinnt in der Schweiz immer mehr an Bedeutung. Die Gründe dafür liegen in den strukturellen und kulturellen Veränderungen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die für die Schweizer Gesellschaft grundlegend waren. Neben der Öffnung des Bildungssystems, von der vor allem Frauen profitiert haben, und der zunehmenden Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse, bewirkten auch politische und ökonomische Faktoren eine stärkere Erwerbsbeteiligung der Frauen. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die Lebensläufe der Frauen in den letzten 30 Jahren viel berufsnaher geworden sind (Fux und Baumgartner 2001, Wanner et al. 2003). Laut Daten des Bundesamtes für Statistik stieg in den 90er Jahren die Erwerbsquote bei den Frauen im erwerbsfähigen Alter in der Schweiz weit über 70% (SAKE-

---

\* Elena Sultanian, Jürg Schwarz und Matthias Niklowitz: Forschungsgruppe Public Mental Health (PMH), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstr. 31, 8029 Zürich. Elena Sultanian, Ilanzhofweg 5, 8057 Zürich, Email: sultanian@bluewin.ch

News 1999). Die vermehrte Präsenz der Frauen auf dem Arbeitsmarkt relativiert sich jedoch dadurch, dass mehr als die Hälfte unter ihnen (im Jahr 1999 waren es beispielsweise 54,7%) teilzeiterwerbstätig sind (ebd.). Vor allem Mütter ziehen oft diese Art der Erwerbstätigkeit vor, da sie die Vereinbarung von familialen und beruflichen Aufgaben erleichtert. Während das Erwerbsverhalten von kinderlosen Frauen sich mehr und mehr demjenigen von Männern angleicht, bleibt das Erwerbsverhalten der Mütter gespalten (Fux und Baumgartner 2001). Es ist unumstritten, dass in der Schweiz die Mutterschaft und speziell die Geburt des ersten Kindes den stärksten Einfluss auf die Form und den Umfang der Erwerbstätigkeit der Frauen ausübt. Die Geburt des ersten Kindes führt bei Paaren zu einem «eigentlichen Traditionalisierungsschub», der mit einem erhöhten Aufwand für die Familienarbeit zusammenhängt (Levy und Ernst 2002). Levy et al. (2002) zeigen in ihren Analysen, dass die Aufteilung unbezahlter Arbeit bei Schweizer Paaren in allen Lebenszyklen ungleich ist und insbesondere nach der Geburt der Kinder zulasten der Frauen fällt. Wie Mütter mit dieser Doppelbelastung umgehen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Lebenszyklisch gesehen spielt das Alter der Frau zum Zeitpunkt der ersten Mutterschaft eine wichtige Rolle. Je später eine Frau ihr erstes Kind bekommt, desto wahrscheinlicher bleibt sie im Erwerbsleben aktiv. Dies wird dadurch erklärt, dass Frauen, welche spät Mutter geworden sind, häufiger eine längere Bildungs- und Erwerbskarriere hinter sich haben. Sie geben diese mit der Entscheidung zur Mutterschaft seltener auf (Fux und Baumgartner 2001). Wenn doch eine Berufsunterbrechung stattfindet, dann steigen gut ausgebildete Frauen relativ schnell wieder ins Erwerbsleben ein. Dies wird einerseits auf eine stärkere Berufsorientierung der Akademikerinnen und andererseits auf hohe Opportunitätskosten zurückgeführt, welche durch die Abwertungen des Humankapitals (Qualifikationsverlust nach einer längeren Erwerbspause), das entgangene Einkommen oder den Verlust an Sozialprestige entstehen können (Buchmann et al. 2002; Wanner 2003). Auch bei Frauen mit tiefem Bildungsstand werden ähnliche Erwerbsverläufe beobachtet, wobei die Gründe dafür in finanziellen Notlagen gesucht werden müssen. Auf finanzielle Zwänge wird auch eine stärkere Erwerbsbeteiligung von alleinerziehenden Müttern zurückgeführt. Alleinerziehende Frauen gehen oft trotz hoher familialer Belastung einer Vollzeitbeschäftigung nach (Wanner 2003). Interessanterweise wird bei alleinerziehenden Männern eine gegenläufige Tendenz beobachtet: Sie reduzieren nämlich ihr berufliches Engagement und arbeiten meist teilzeit (ebd.). Dieser Befund weist darauf hin, dass in dieser Familienform geschlechtsspezifische Familienrollen nicht (mehr) wirksam sind.

Verglichen mit anderen europäischen Ländern ist die schweizerische Gesellschaft noch immer sehr stark von traditionellen Normen und Vorstellungen bezüglich der familialen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen geprägt (Wanner 2003). Die Etablierung egalitärer Geschlechterarrangements gestaltet

sich als schwierig. Die in der Literatur oft genannten strukturellen Barrieren<sup>1</sup> bleiben trotz intensiver öffentlicher Diskussion bestehen. Dies erschwert die Bestrebung berufstätiger Mütter, aber auch familienengagierter Väter, familiale und berufliche Bereiche zu verbinden.

Als Schlussbemerkung möchten wir darauf hinweisen, dass sich Geschlechter- und Segregationsforschung mehrheitlich mit den Frauen beschäftigt, was zwar verständlich ist, wenn man die Problematik unter dem Blickwinkel der Ungleichheit ansieht, gleichzeitig führt aber eine solche Betrachtung zur Einseitigkeit und Unvollständigkeit. Allen und Hawkins (1999) schreiben dazu: «A social construction of gender emphasizes that both men and women are active participants in creating gender through interaction processes.» So kann die zunehmende Beteiligung der Männer im privaten Bereich in manchen Fällen auch auf den Widerstand der Frauen stossen, wie die Studie der oben genannten AutorInnen zeigen konnte. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich nicht nur im Bewusstsein von Männern, sondern auch in jenem von Frauen eine emanzipatorische Lücke auftut. Aber nicht nur im privaten Bereich, sondern auch im Beruf können familienengagierte Männer mit Ausschlussprozessen konfrontiert werden, zum Beispiel dann, wenn sie ihr Arbeitspensum aus Familiengründen reduzieren. Solche Prozesse wurden in der Schweiz nach unserem Wissen noch kaum empirisch untersucht.<sup>2</sup>

Im Folgenden möchten wir die Entwicklungen im Arztberuf analysieren und die Bedeutung erfolgter Veränderungsprozesse für die MedizinerInnen darlegen.

### 3 Arztberuf im Wandel

Obwohl die Schweiz zu den ersten europäischen Ländern gehört, die das Medizinstudium auch für die Frauen zugänglich machten<sup>3</sup>, wurde der Arztberuf hierzulande bis vor kurzem mehrheitlich von Männern gewählt. Erst in den letzten Jahrzehnten haben auch die Frauen den Beruf der Ärztin für sich entdeckt. Dies reflektiert die ständig steigende Zahl sowohl an Ärztinnen als auch an Medizinstudentinnen. Laut FMH-Ärzttestatistik betrug im Jahre 2002 der Frauenanteil aller berufstätigen Ärzte 30,7%; und von 14'408 im gleichen Jahr in Schweizer Praxen tätigen Ärzten waren 3'303 (22,9%) Frauen.

---

1 Erwähnt werden hier zum Beispiel mangelnde Plätze für familienexterne Betreuung von Kleinkindern, fehlende Blockzeiten an den Schweizer Schulen (ausser im Kanton Tessin, dazu Buchmann et al. 2002), aber auch sehr kurze gesetzlich festgelegte Zeiten des Mutterschaftsurlaubs und die fehlende Mutterschaftsversicherung.

2 Baumgartner (2002) spricht von sehr wenigen Studien zu dieser Problematik.

3 In der Schweiz dürfen Frauen seit 1866 Medizin studieren.

Im Arztberuf sind Männer praktisch in allen Alterskohorten noch in der Überzahl, wobei der Anteil an Frauen in jüngeren Altersgruppen kontinuierlich zunimmt (vgl. FMH-Ärztstatistik 2002). Berücksichtigt man die Geschlechterverteilung der Studierenden des Faches «Humanmedizin» an den Schweizer Hochschulen, so kann man, laut Buddeberg-Fischer (2001), von einer «Feminisierung des Arztberufes» sprechen. Die Zahlen der Universität Zürich belegen diesen Trend sehr deutlich: waren 1990 nur 48% der Medizinstudierenden weiblich, stieg diese Zahl im Jahr 1995 auf 51% und erreichte im Jahr 2000 einen Rekordwert von 63% (ebd.).

Der steigende Anteil an Frauen geht mit der Flexibilisierung von Anstellungsbedingungen im Arztberuf einher. Ein Beispiel dafür ist die Organisation der Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte. So kann zum Beispiel seit 1992 in der Schweiz die ärztliche Weiterbildung in Teilzeit bei einer Mindesteinstellung von 50% absolviert werden (ebd.). Dies erweitert den individuellen Spielraum junger Ärztinnen, da die berufliche Fortbildung mit der Familiengründung einhergehen kann. Andere strukturelle Veränderungen betreffen die maximal erlaubte Länge der ärztlichen Arbeitszeiten, die von Lambert et al. (2003) als «unsozial» bezeichnet werden. So wird zum Beispiel in der EU (the European Working Time Directive) ab Juli 2004 die maximal erlaubte Arbeitszeit für die Ärztinnen und Ärzte auf 56 Wochenstunden beschränkt sein; ab dem Jahr 2008 wird sie sogar auf 48 Wochenstunden reduziert werden (ebd.). In der Schweiz sind ähnliche Bestrebungen im Gange.

Zu weiteren Veränderungen auf der strukturellen Ebene gehört die Ausdifferenzierung der Praxisformen, die in der Schweiz mit einer wachsenden Zahl an Gruppenpraxen (Mojon-Azzi 2001), aber auch mit der Gründung der krankenkasseneigenen HMO-Gesundheitszentren (Staff-HMOs) einhergeht. Vor allem die HMO-Praxen, die in der Schweiz mit dem Ziel der Kosteneinsparung 1991 eingeführt wurden, können familienfreundlichere Arbeitsbedingungen anbieten (Huber-Stemich et al. 1996, Schnetzler 2002).

Auch auf der individuellen Ebene wird die Suche nach neuen Arbeitsmodellen im Arztberuf, welche die Vereinbarkeit beruflicher und familialer Bereiche erleichtern, nicht zuletzt durch den Wertewandel und den wachsenden Frauenanteil unter den MedizinerInnen, stimuliert. Denn, wie Buddeberg-Fischer (2001) schreibt, Frauen bevorzugen integrierte Lebensentwürfe, die nicht ausschliesslich auf den Beruf ausgerichtet sind, sondern die Möglichkeit der Vereinbarkeit beruflicher und familialer Aufgaben umfassen. Unseres Erachtens wäre es aber ungerrecht, in diesem Zusammenhang nur von Frauen zu sprechen. Dasselbe könnte, zumindest in abgeschwächter Form, auch für Männer gelten, die viel Wert auf ihr Engagement in Familie oder Partnerschaft legen. Der sich abzeichnende Rollenwandel könnte bei einem, vor allem jüngeren Teil der Ärzteschaft zum Ausgleich geschlechtsspezifischer Unterschiede bezüglich der Lebensgestaltung beitragen.

Auch Buddeberg-Fischer (2001) kommt zum Schluss, dass immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz einen integrierten Lebensentwurf planen, d. h. eine Gleichrangigkeit von beruflichen und privaten Bereichen anstreben. In diesem Zusammenhang könnte die «qualifizierte Teilzeitarbeit» (vgl. Baumgartner 2003), welche sich nicht mehr an der Vollzeitberufstätigkeit orientiert, auch in der Ärzteschaft an Bedeutung gewinnen. Allerdings würde dies gerade im Arztberuf auf ein grosses Hindernis stossen, nämlich auf die ärztliche Berufsideologie, welche sowohl die qualifizierte Teilzeitarbeit als auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eher erschwert. Buchmann et al. (2002) stellen zum Beispiel fest, dass Ärztinnen wie Architektinnen, Informatikerinnen, Apothekerinnen und Chemikerinnen, verglichen mit den Frauen in Büroberufen, eine höhere Unterbrechungswahrscheinlichkeit in Familienphasen haben. Die AutorInnen vermuten, dass dies auf den «Mythos der Unvereinbarkeit» von Familie und Beruf in diesen hochqualifizierten, männerdominierten Berufen zurückzuführen sei, denn diese Berufe gelten als «Berufung», die andere zeit- und kräfteaubenden Tätigkeiten ausschliessen und ständige Präsenz verlangen.

#### 4 Fragestellung und Hypothesen

Wie wir oben gezeigt haben, stehen verschiedene Lebensbereiche in einem Konkurrenzverhältnis zueinander, vor allem für berufstätige Frauen, in geringerem Masse aber auch für familienengagierte Männer. Von Interesse ist deswegen die Frage, wie die Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Bereichen durch berufstätige Ärztinnen und Ärzte eingeschätzt wird und welche Faktoren für diese subjektive Einschätzung (bei uns als Geschlechterideologie erfasst) von Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang interessieren uns einerseits demographische Merkmale wie Alter, Geschlecht sowie familiendynamische Faktoren wie Elternstatus und (Un-)Zufriedenheit mit dem Erreichen familienbezogener Wünsche. Andererseits schliessen wir einen Zusammenhang zwischen der Berufsideologie oder einer mehr oder weniger gelungenen Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf und der Geschlechterideologie nicht aus.

Weil es sich um berufstätige Ärztinnen und Ärzte handelt, gehen wir davon aus, dass die Frauen, da sie sich für einen «Männerberuf» entschieden haben, im Vergleich zu den Männern eine egalitäre Geschlechterideologie vertreten, dass sie aber gleichzeitig grösseren Konflikten bezüglich der Vereinbarkeit beruflicher und familialer Aufgaben unterworfen sind, vor allem dann, wenn sie Kinder haben. Wir erwarten auch, dass ältere MedizinerInnen, verglichen mit ihren jüngeren Kolleginnen und Kollegen, eine traditionellere Geschlechterideologie vertreten. Schliesslich gehen wir davon aus, dass eine egalitäre Geschlechterideologie



mit der Überzeugung einer gelungenen Integration des Berufs in den gesamten Lebensentwurf einhergeht, und zwar bei Ärztinnen stärker als bei Ärzten.

Weil Frauen sich viel öfter als Männer für integrierte Karrieren<sup>4</sup> entscheiden, erwarten wir ausserdem geschlechtsspezifische Unterschiede in den Lebensplänen von Ärztinnen und Ärzten, die ihrerseits zu unterschiedlicher Arbeitsgestaltung bei Männern und Frauen führen.

Aufgrund dieser Überlegungen formulieren wir folgende Hypothesen:

- (H1) Ärzte und Ärztinnen unterscheiden sich bezüglich ihrer Lebenspläne, wobei für Männer berufsbezogene und für Frauen familienbezogene Aspekte wichtiger sind.
- (H2) Berufstätige Ärztinnen weisen eher egalitäre geschlechterideologische Einstellungen auf als berufstätige Ärzte.
- (H3) Bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind Ärztinnen einem stärkeren Konflikt ausgesetzt als ihre männlichen Kollegen.
- (H4) Jüngere Ärztinnen und Ärzte tendieren eher zu einer egalitären Geschlechterideologie, ältere MedizinerInnen dagegen weisen eher traditionellere geschlechterideologische Einstellungen auf.
- (H5) Eine egalitäre Geschlechterideologie geht mit der gelungenen Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf sowie der Zufriedenheit beim Erreichen familienbezogener Wünsche einher, dies bei Ärztinnen stärker als bei Ärzten.

## 5 Methode

### 5.1 Stichprobe

Im Rahmen des Nationalfondsprojektes «Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten in unterschiedlichen Praxismodellen der Grundversorgung» wurden allgemein-praktizierende MedizinerInnen befragt. Die Studie beschränkt sich auf die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung, die in Einzel-, Gruppen- und HMO-Praxen im Kanton Zürich tätig sind.

Die Studie bestand aus zwei Befragungen: einer allgemeinen und anschliessend einer vertiefenden. Die vertiefende Befragung erfolgte durch persönlichen Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten, welche während der allgemeinen Befragung die Bereitschaft geäussert hatten, an der zweiten Befragung teilzunehmen. Die für uns relevanten Fragen wurden im Vertiefungsfragebogen gestellt, weshalb die Auswertungen im vorliegenden Artikel ausschliesslich auf den Daten der zweiten

<sup>4</sup> Mit Karriere ist in unserem Artikel nicht der berufliche Aufstieg, sondern die Berufsausübung gemeint, da bei allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, im Gegensatz zu Ärztinnen und Ärzten im Spital, Karriere im engeren Sinne nicht möglich ist.

Befragung basieren, welche zwischen Februar und Juni 2002 durchgeführt wurde und an der 131 MedizinerInnen teilnahmen.

## 5.2 Fragebogen

Der Fragebogen für die vertiefende, strukturierte, schriftliche Befragung wurde im Rahmen des Projektes entwickelt. Er umfasst unter anderem Fragen zu (Intra- und Inter-)Rollenkonflikten, die aus Rottenfusser (1998) sowie Augsburger Dölle (1996) übernommen wurden. Für die Erfassung aktueller und gewünschter Zeiteinteilung in Beruf und Freizeit sowie der Zufriedenheit mit dieser Einteilung wurde ebenfalls auf Augsburger Dölle (1996) zurückgegriffen. Neben Fragen nach der sozialen Unterstützung im beruflichen und ausserberuflichen Bereich wurden einige zentrale Fragen zur Lebenszufriedenheit von Kraak (1989) implementiert. Fragen zu soziodemographischen Merkmalen, sozialem Status, sozialen Rollen, sozialem Netz und sozialer Unterstützung wurden teilweise dem Frageset des Schweizerischen Haushaltspanel SHP entnommen, sie mussten aber stark vereinfacht und gekürzt werden, weil die Originalversion den Umfang des Fragebogens zu stark erweitert hätte.

## 5.3 Messung und Datenauswertung

Die in die Datenauswertung einbezogenen Variablen sind nominal- (Geschlecht, Praxisform, Kinder im Haushalt) und intervallskaliert (Arbeitszeit, Alter sowie Einstellungs- und Zufriedenheitsvariablen). Die genaue Variablenbeschreibung ist im Anhang zu finden.

Die Datenauswertung basiert auf Daten, die den 131 Fragebogen entnommen werden konnten. Diese Fragebogen wurden von 43 Ärztinnen (32,8%) und 88 Ärzten (67,2%) ausgefüllt. Die Analyse umfasst Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertvergleiche und Regressionsanalysen.

# 6 Ergebnisse

## 6.1 Persönliche Verhältnisse (Alter, Partnerschaft, Kinder, Wohnform)

Die befragten MedizinerInnen sind im Durchschnitt 46 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter der Männer leicht höher ist als das der Frauen. Ärzte haben tendenziell öfter und mehr Kinder als Ärztinnen; dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Die meisten MedizinerInnen leben in einer festen Partnerschaft. Nur 5% der Männer und 12% der Frauen geben an, keine Lebenspartnerin bzw. keinen Lebenspartner zu haben. Allein leben 9% der Ärzte und 16% der Ärztinnen. 2% der Männer und 5% der Frauen sind alleinerziehend. Zusammen mit dem Lebenspartner bzw. der Lebenspartnerin wohnen 75% der



Ärztinnen und 87% der Ärzte, hierbei haben 49% der Frauen und 69% der Männer Kinder im gleichen Haushalt.

## 6.2 Berufliche Verhältnisse (Arbeitszeit, Praxisform)

Bezüglich der Arbeitszeit geben die Befragten an, im Durchschnitt 45,3 Stunden pro Woche zu arbeiten. Wie in anderen Studien zeigt sich auch in unserer Untersuchung, dass die Männer deutlich längere Arbeitszeiten haben als ihre Kolleginnen. Die Arbeitszeit beträgt im Durchschnitt 50 Stunden/Woche bei Ärzten, jedoch knapp 35,6 Stunden/Woche bei Ärztinnen. Was die Praxisform betrifft, so arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen am längsten (51,6 Stunden/Woche), gefolgt von denjenigen aus Gruppenpraxen (46 Stunden/Woche) und Praxen mit (Ehe-)Partner (42,7 Stunden/Woche). Die kürzesten Arbeitszeiten weisen Ärztinnen und Ärzte in den HMOs auf, nämlich 36,7 Stunden pro Woche.

Betrachtet man die Arbeitszeit von Männern und Frauen in Abhängigkeit des Elternstatus, dann zeigt sich, dass die Vaterschaft bei den Ärzten für die durchschnittliche Länge der Arbeitszeit keine Rolle spielt – sowohl Ärzte mit Kindern wie auch solche ohne Kinder arbeiten im Durchschnitt ca. 50 Stunden pro Woche. Bei den Ärztinnen dagegen ist die Mutterschaft mit einer erheblichen Reduktion der Arbeitszeit verbunden: Mütter arbeiten durchschnittlich 29 Stunden pro Woche, während Ärztinnen ohne Kinder im Durchschnitt über 42 Wochenstunden Arbeit leisten.

## 6.3 Lebenspläne

Lebenspläne wurden in unserer Studie als Differenz zwischen gewünschter und aktueller Zeitaufteilung in den drei wichtigsten Lebensbereichen – Beruf, Partnerschaft /Familie sowie Freundeskreis /Hobby – gemessen. Auch hier zeichnen sich nur wenige Unterschiede zwischen Männern und Frauen ab.

Sowohl Ärzte wie auch Ärztinnen möchten weniger Zeit in den Beruf investieren, um mehr Zeit für ihre Freunde, Hobbys und Interessen zu haben. Allein im häuslichen Bereich gibt es leichte Geschlechtsunterschiede: Ärzte (mit und ohne Kinder) wünschen sich, mehr Zeit für die Partnerschaft bzw. Familie zu haben. Ärztinnen mit Kindern tendieren dagegen zu einer leichten Reduktion des zeitlichen Aufwandes im familialen Bereich. Lebenspläne von Ärzten und kinderlosen Ärztinnen sind dementsprechend identisch. Ärztinnen mit Kindern unterscheiden sich dagegen von allen anderen Gruppen: Sie möchten einerseits ihr Engagement im häuslichen Bereich, im Gegensatz zu allen anderen Gruppen, nicht erhöhen, sondern reduzieren. Da diese Reduktion des zeitlichen Aufwandes im häuslichen Bereich nicht mit dem Wunsch nach mehr beruflichem Engagement einhergeht, schliessen wir, dass Ärztinnen mit Kindern berufliche und familiale Aufgaben nur schwer vereinbaren können.

Tabelle 1: Lebenspläne von Ärzten und Ärztinnen mit und ohne Kinder

Lebensbereiche	ohne Kinder	mit Kindern	t-Wert	Sign.
Männer	n = 25	n = 61		
Beruf	-8.4 (7.9)	-7.8 (7.1)	-0.347	n. s.
Partnerschaft / Familie	3.1 (4.4)	2.3 (6.2)	0.573	n. s.
Freundeskreis / Hobby	5.2 (6.2)	5.5 (5.1)	-0.145	n. s.
Frauen	n = 20	n = 22		
Beruf	-9.7 (8.9)	-1.6 (7.0)	-3.3	p < 0.01
Partnerschaft / Familie	2.7 (4.7)	-3.6 (10.3)	2.6	p < 0.05
Freundeskreis / Hobby	7.1 (5.7)	5.2 (5.5)	1.1	n. s.

*Anmerkungen:*

- Angegeben sind die Differenzen zwischen gewünschter und aktueller Zeitaufteilung in %: positiver Wert = mehr Zeit gewünscht; negativer Wert = weniger Zeit gewünscht.
- In Klammern werden Standardabweichungen angezeigt.

## 6.4 Geschlechterideologie

Wir erfassen Geschlechterideologie mit einem Summenindikator dreier Einstellungsvariablen bezüglich der Vereinbarkeit von familialen und beruflichen Bereichen (vgl. Variablenbeschreibung im Anhang). Diese Einstellungsvariablen umfassen Aussagen, welche die traditionelle Mutterrolle sowie die weibliche wie männliche Unvereinbarkeitsideologie widerspiegeln. Die tieferen Werte des Summenindikators deuten dabei auf eine egalitäre Geschlechterideologie hin, deren Vertreter die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als unproblematisch ansehen. Die höheren Werte weisen dagegen auf eine traditionelle Geschlechterideologie hin, deren Vertreter von einem Rollenkonflikt ausgehen und das gleichzeitige Engagement in beiden Bereichen als unmöglich betrachten. Die Verteilung des Summenindikators ist nicht symmetrisch: die Streuung ist rechtsschief. Dies deutet darauf hin, dass streng egalitäre Einstellungen von einem wesentlichen Teil der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte geteilt werden. Ungefähr zwei Drittel der Befragten verteilen sich auf die Positionen, welche eher egalitären, teils-teils oder eher traditionellen Geschlechterideologien entsprechen. Nur bei einer Person beträgt der Wert des Summenindikators 13 Punkte, was auf eine Tendenz zu streng traditioneller Geschlechterideologie hinweist. Die Verteilung des Summenindikators zeigt, dass die befragten MedizinerInnen zumindest auf der Einstellungsebene keine streng traditionelle Geschlechterideologie vertreten, dagegen aber 20 Ärztinnen und Ärzte (15,4%) durch eine streng egalitäre Geschlechterideologie gekennzeichnet sind.

Es stellt sich die Frage, von welchen Faktoren die Überzeugung bezüglich der Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit der Vereinbarkeit von beruflichen und

familialen Bereichen abhängig ist. Um diese Frage zu beantworten, führten wir eine multiple lineare Regressionsanalyse durch, und zwar zuerst für beide Geschlechter zusammen und anschliessend getrennt.

Das Regressionsmodell (Tabelle 2, beide Geschlechter zusammen) zeigt, dass weder Alter noch Geschlecht oder Elternstatus für die Ausprägung der Geschlechterideologie ausschlaggebend sind. Dagegen spielen in unserem Modell berufsbezogene Einstellungen, die Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf sowie die Bewertung der erreichten familienbezogenen Wünsche eine wichtige Rolle. Den standardisierten Beta-Koeffizienten kann die Stärke und die Richtung des Zusammenhangs entnommen werden. Am stärksten hängt in unserem Modell die abhängige Variable «Geschlechterideologie» mit der Überzeugung, dass eine gute ärztliche Betreuung hohe tägliche Arbeitszeit voraussetzt, zusammen. Das positive Vorzeichen des Beta-Koeffizienten deutet darauf hin, dass die Überzeugung der Notwendigkeit hoher Präsenzzeiten mit einer eher traditionellen Geschlechterideologie einhergeht. Umgekehrt wird die egalitäre Geschlechterideologie von solchen MedizinerInnen vertreten, die sich eine gute ärztliche Leistung auch bei tieferen Arbeitszeiten vorstellen können. Auch eine positive Einschätzung des Erfolgs im Erreichen von Familienwünschen sowie eine gelungene Integration des Berufs in den gesamten Lebensentwurf sind eher mit einer egalitären Geschlechterideologie verbunden.

Entgegen unserer Erwartung übt das Geschlecht keinen Einfluss auf den Ausprägungsgrad der Geschlechterideologie bei Ärztinnen und Ärzten aus. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die unabhängigen Variablen ähnlich wirken, wenn die Datenanalyse für Ärztinnen und Ärzte separat durchgeführt wird<sup>5</sup>. Der Tabelle 2 entnehmen wir, dass die Ergebnisse der separaten Datenanalyse nicht identisch sind mit dem ursprünglichen Modell.

Am stärksten ist bei beiden Geschlechtern nach wie vor der Effekt der Berufsideologie. Die Überzeugung, dass eine gute ärztliche Betreuung hohe Präsenzzeit erfordert, geht sowohl bei Männern als auch bei Frauen eher mit einer traditionellen Geschlechterideologie einher. Dabei ist der Effekt bei den Ärztinnen fast doppelt so gross wie bei den Ärzten (Beta = 0,605,  $p < 0,000$  bzw. Beta = 0,363,  $p < 0,001$ ). Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Frauen durch ihr grösseres Engagement in der Familie / Partnerschaft und den daraus folgenden kürzeren Durchschnitts-Arbeitszeiten in einen stärkeren Konflikt mit der Berufsideologie, die eine hohe tägliche Präsenzzeit verlangt, geraten. Die Einsicht, dass beruflicher und familialer Bereiche nur schwer zu vereinbaren sind, wird bei den Frauen,

5 Da wir bei der getrennten Datenanalyse mit kleineren Teilsamples (vor allem bei den Ärztinnen) zu tun haben, müssen wir uns auf maximal vier unabhängige Variablen beschränken und schliessen deswegen das Alter als schwächsten Faktor aus der Analyse aus. Mit dem Ausschluss des Alters (8 Missing-Werte) steigt die Zahl der in die Analyse einbezogenen Fälle auf 129 (86 Männer und 43 Frauen). Der Ausschluss des Alters übt praktisch keinen Einfluss auf die Beta-Koeffizienten im Modell aus.

nicht aber bei den Männern, durch das Vorhandensein der Kinder gestärkt. Der Effekt ist zwar nicht signifikant, aber doch bedeutend, berücksichtigt man die Samplegrösse ( $N = 43$ ) und den Beta-Koeffizient von 0,265. Die traditionellere Geschlechterideologie geht ausserdem bei den Frauen, und wiederum nicht bei den Männern, mit der Unzufriedenheit im Erreichen familienbezogener Wünsche einher. Dagegen ist bei den Männern die schlechte Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf an traditionellere Einstellungen in Bezug auf die Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Bereichen gekoppelt. Überraschenderweise spielt die (Un-)Zufriedenheit mit der Integration des Berufs in den gesamten Lebensentwurf für den Ausprägungsgrad der Geschlechterideologie bei den Ärztinnen, im Gegensatz zu den Ärzten, keine Rolle.

Tabelle 2: Lineares Regressionsmodell mit abhängiger Variable «Geschlechterideologie»

Unabhängige Variable	Männer und Frauen zusammen (n = 121)		Nur Männer (n = 86)		Nur Frauen (n = 43)	
	Stand. B	Sign.	Stand. B	Sign.	Stand. B	Sign.
Gute ärztliche Betreuung erfordert hohe tägliche Präsenzzeit (Berufsdeologie)	0.461	***	0.363	***	0.605	***
Beurteilung des Erfolges beim Erreichen familienbezogener Wünsche	-0.214	*	-0.140		-0.421	**
Beurteilung der Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf	-0.211	*	-0.242	*	-0.046	
Kinder im Haushalt	0.092		0.023		0.265	
Alter	-0.047					
Geschlecht	0.066					
Korrigiertes R <sup>2</sup>	0.257		0.161		0.429	

Anmerkungen:  
 Sign. bedeutet Signifikanzniveau und wird wie folgt angegeben:  
 \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$   
 Stand. B steht für standardisierte Beta-Koeffizienten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die von uns formulierten Hypothesen durch die Datenanalyse nur teilweise bestätigt worden sind. Ärzte und kinderlose Ärztinnen unterscheiden sich kaum in ihren Lebensplänen. Die gefundenen geschlechtsspezifischen Differenzen in den Lebensplänen und in der Arbeitsgestaltung sind auf den Elternstatus bei den Ärztinnen zurückzuführen. Die erste Hypothese, welche Geschlechtsunterschiede in den Lebensplänen postuliert, muss daher verworfen werden: allein die Mutterschaft, und nicht das Geschlecht per se, führt zu den Unterschieden in den Lebensplänen von Ärztinnen und Ärzten.

Die zweite Annahme, dass Ärztinnen stärker als Ärzte zu egalitären geschlechterideologischen Einstellungen neigen, wurde nicht bestätigt: Wir fanden keine geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Geschlechterideologie. Auch die Unterschiede in den geschlechterideologischen Einstellungen in verschiedenen Alterskohorten, welche die vierte Hypothese postuliert, wurden bei befragten Ärztinnen und Ärzten nicht gefunden. Dagegen erwies sich unsere Vermutung als richtig, dass Ärztinnen einem stärkeren Konflikt ausgesetzt sind als ihre männlichen Kollegen, wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Die dritte Hypothese kann somit beibehalten werden.

Da eine gelungene Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf bei den Männern, nicht aber bei den Frauen, mit egalitärer Geschlechterideologie einhergeht, und die Unzufriedenheit beim Erreichen familienbezogener Wünsche allein bei den Frauen mit traditionelleren geschlechterideologischen Einstellungen zusammenhängt, kann schliesslich die fünfte Hypothese nur teilweise beibehalten werden.

## 7 Diskussion

Unsere Studie hat gezeigt, dass die Entschärfung des Problems der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Bereichen bei Ärztinnen und Ärzten die Erfüllung unterschiedlicher Bedingungen voraussetzt. Die Lösung kann für Ärzte in den «sozialeren» Arbeitszeiten liegen, die eine bessere Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf ermöglichen. Bei Ärztinnen dagegen würden Entlastungen im familialen Bereich die Situation verbessern. Entscheidend für beide Geschlechter ist die Berufsideologie, welche mit eher traditionellen Einstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf einhergeht. Egalitär denkende Ärztinnen und Ärzte teilen jedoch diese berufsideologischen Normen nicht mehr.

Der Vergleich unserer Daten mit jenen des Bundesamtes für Statistik (Mikrozensus Familie) weist darauf hin, dass es sich bei den Ärztinnen und Ärzten um eine spezifische Gruppe handelt, die von der Problematik der Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Bereichen überdurchschnittlich stark betroffen ist. Die Tabelle 3 zeigt, dass sich Wohn- und Familienformen von Befragten in unserer Stichprobe zum Teil stark vom Schweizer Durchschnitt unterscheiden: Die Zahl kinderloser Personen ist sowohl bei den Ärzten als auch bei den Ärztinnen in unserer Studie deutlich höher als im Schweizer Durchschnitt. Dieser Unterschied bleibt auch dann bestehen, wenn man die Daten des Bundesamtes für Statistik nur für die Personen mit Tertiärbildung berücksichtigt (in der Tabelle 3 nicht angezeigt). Ärztinnen leben ausserdem öfter in Einpersonenhaushalten als Frauen im Schweizer Durchschnitt. Eine, im Vergleich zu den Daten des Mikrozensus, Familie, relativ tiefe Zahl von Singles unter den Ärzten weist darauf hin,

dass berufstätige Mediziner diese Wohnform eher meiden. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Ärzte Wohnformen bevorzugen, die eine Delegation der häuslichen Aufgaben an die Partnerin ermöglichen.

Tabelle 3 Alter, Partnerschaft, Kinderzahl und Wohnform bei Ärztinnen und Ärzten; Vergleich mit Daten des Mikrozensus, Familie

	Stichprobenbeschreibung					
	Ärzte	Ärztinnen	Mikrozensus Familie*			
			Männer		Frauen	
(Durchschnittliches) Alter	46.6	44.7	40–44	45–49	40–44	45–49
Partnerschaft:						
Feste Lebenspartnerschaft	95%	88%				
Keine Lebenspartnerschaft	5%	12%				
Kinderzahl:						
Keine Kinder	31%	48%	21%	22%	20%	16%
Ein Kind	14%	20%	11%	13%	15%	15%
Zwei Kinder	34%	22%	39%	42%	43%	47%
Drei Kinder	21%	10%	21%	15%	16%	16%
Wohnform:						
Allein	9%	16%	16%	15%	11%	10%
Allein mit Kindern	2%	5%	(0.5%)	1%	10%	8%
Zusammen mit Lebenspartner/in	18%	26%	11%	17%	12%	19%
Zusammen mit Lebenspartner/in und Kindern	69%	49%	72%	67%	67%	63%
In einer Wohngemeinschaft	1%	2%				
Andere Wohnform		2%				

\*Quelle: Gabadinho, Alexis (1998). Mikrozensus Familie in der Schweiz 1994/1995. Bundesamt für Statistik.

Aus den festgestellten Unterschieden schliessen wir, dass sowohl Ärzte als auch Ärztinnen in der Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einem starken Konflikt ausgesetzt sind, der unter anderem mit der Berufsideologie zusammenhängt. Von diesem Konflikt sind Frauen stärker betroffen als Männer. Das geht sowohl aus dem Vergleich unserer Daten mit den für die Schweizer Haushalte repräsentativen Daten des Bundesamtes für Statistik als auch aus unseren Analysen hervor.



Was unser Modell betrifft, so hat es eine stärkere Aussagekraft für berufstätige Ärztinnen als für berufstätige Ärzte: es erklärt 42,9% der Varianz in der Geschlechterideologie bei den Frauen, dagegen nur 16,1% der Varianz bei denselben Variablen bei den Männern. Daraus folgt, dass die geschlechterideologischen Einstellungen der Ärzte von anderen wichtigen (im Modell nicht erfassten) Faktoren beeinflusst werden. Es könnte aber auch sein, dass unser Summenindikator zur Messung der Geschlechterideologie sich zu fest an den Frauen und zu wenig an den Männern orientiert hat, denn zwei von drei der Geschlechterideologie zugrunde liegenden Einstellungsfragen betreffen die Mutterrolle und die weibliche Unvereinbarkeitsideologie und nur eine richtet sich auf die Vereinbarkeitsproblematik bei den Männern.

Wir möchten zudem auf die eingeschränkte Aussagekraft unserer Studie in einem weiteren Aspekt hinweisen. Die Studie ist auf die Hausärztinnen und Hausärzte, also auf eine sehr homogene Gruppe beschränkt. Dies führt dazu, dass einerseits die Ergebnisse leichter interpretiert werden können, gleichzeitig aber die Verallgemeinerung derselben auf die gesamte Ärzteschaft erschwert wird. Es ist nicht ausgeschlossen, dass eine ähnliche Fragestellung bei anderen Ärztgruppen (z. B. bei Spezialistinnen und Spezialisten oder Spitalärztinnen und -ärzten) zu anderen Ergebnissen führen würde.

Die Erklärung geringer geschlechtsspezifischer Unterschieden in Lebensplänen könnte an der Zusammensetzung unserer Stichprobe liegen, die ausschliesslich aus Hausärzten und Hausärztinnen besteht. Durch ihr vergleichsweise tieferes Einkommen und weniger Prestige gehören Grundversorger hinsichtlich der Berufswahl eher zu einer weniger attraktiven Gruppe innerhalb der Ärzteschaft. Dies führt dazu, dass karriereorientierte Ärztinnen und Ärzte sich wahrscheinlich selten für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden, sondern eine akademische Laufbahn und/oder eine Spezialisierung anstreben. Für familienorientierte Ärztinnen und Ärzte dagegen stellt die Arbeit in der Grundversorgung eine gute Möglichkeit dar, in einem anspruchsvollen Beruf tätig zu sein, ohne gleichzeitig auf Familie oder Beziehung gänzlich verzichten zu müssen. Die Vermutung liegt nahe, dass einerseits die möglicherweise tieferen Karriereaspirationen der Männer und andererseits eine starke Berufsorientierung der Frauen zur Nivellierung der Unterschiede in den Lebensplänen zwischen den Geschlechtern in unserer Studie beitragen können.

## 8 Literaturverzeichnis

- Allen, Sarah und Alan Hawkins (1999), Maternal Gatekeeping: Mothers' Beliefs and Behaviors That Inhibit Greater Father Involvement in Family Work, *Journal of Marriage and the Family*, 61, 199–212.
- Augsburger Dölle, Therese (1996), *Die Förderung der Einseitigkeit: Karrierewünsche und Karrierehindernisse von Schweizer Ärztinnen und Ärzten*, Bern: Huber.
- Baumgartner, A. Doris (2002), *Zwischen Karriere und Sackgasse. Formen der Müttererwerbstätigkeit und ihre Veränderungen im Lebenslauf*, Schlussbericht zum Projekt Nr. 4043–58241, Zürich: mimeo, 208–221.
- Baumgartner, A. Doris (2003), Teilzeitarbeit – Auf dem Weg zu einem neuen Normalarbeitsverhältnis? Unterschiedliche Teilzeiterwerbstypen am Beispiel der Schweiz, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 29 (1), 2003, 7–34.
- Buchmann, Marlis; Irene Kriesi, Andrea Pfeifer und Stefan Sacchi (2002), *Halb drinnen – halb draussen. Analysen zur Arbeitsmarktintegration von Frauen in der Schweiz*, Chur / Zürich: Rüegger.
- Buddeberg-Fischer, Barbara (2001), Karriereentwicklung von Frauen und Männern in der Medizin, *Schweizerische Ärztezeitung*, 35, 82, 1838–1844.
- FMH-Ärzttestatistik (2002), *Schweizerische Ärztezeitung*, 17, 84, 802–824.
- Fux, Beat und A. Doris Baumgartner (2001), Familialer Wandel am Beispiel von Partnerschafts- und Erwerbsverläufen, *Die Praxis des Familienrechts*, 3/2001, 440–457.
- Gabadinho, Alexis (1998), *Mikrozensus Familie in der Schweiz 1994/1995*, Bern: Bundesamt für Statistik.
- Huber-Stemich, Felix; Kurt Hess, Philip Baumann und Daniel Berger (1996), Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedikon. Ein Erfahrungsbericht – 1. Teil, *Ars Medici*, 18, 1079–1082.
- Kraak, Bernhard (1989), *Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL)*, Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, Trevor; Jean Davidson, Julie Evans und Michael Goldacre (2003), Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers, *Medical Education*, 37, 312–318.
- Levy, René und Michèle Ernst (2002), Lebenslauf und Regulation in Paarbeziehungen: Bestimmungsgründe der Ungleichheit familialer Arbeitsteilung, *Zeitschrift für Familienforschung*, 2/2002, 103–131.
- Mojon-Azzi, Stefania (2001), Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?, *Schweizerische Ärztezeitung*, 22, 82, 1146–1150.
- Rottenfusser, Roland (1999), *Weisst du, wer du bist?: Psychotests*, Würzburg: Arena.
- SAKE-NEWS (1999), Positiver Trend auf dem Arbeitsmarkt setzt sich fort!, Pressemitteilung: SAKE, 5/99, Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Schnetzler, Rita (2002), Neue Arbeitsbedingungen und neue Berufsrollen für Frauen in Managed Care, *Managed Care*, 1, 16–20.
- Wanner, Philippe; Alexis Gabadinho und Antonella Ferrari (2003), *La participation des femmes au marché du travail*, Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

## 9 Anhang

### Beschreibung der Variablen

Variable	Beschreibung	Skala
Geschlechterideologie	Summenindikator, gebildet aufgrund dreier Items: Weibliche Unvereinbarkeitsideologie, Traditionelle Mutterrolle, Männliche Unvereinbarkeitsideologie	intervall (Werte von 0 bis 15)
Weibliche Unvereinbarkeitsideologie	Ärztinnen, die sich stark im Beruf engagieren, können nicht gleichzeitig gute Mütter sein.	intervall (1 – trifft überhaupt nicht zu bis 5 – trifft völlig zu)
Traditionelle Mutterrolle	Mütter von kleinen Kindern, die ganztags ihrer Berufstätigkeit nachgehen, tun dies auf Kosten der Entwicklung der Kinder.	intervall (1 – trifft überhaupt nicht zu bis 5 – trifft völlig zu)
Männliche Unvereinbarkeitsideologie	Ärzte, die sich stark für ihre Familie engagieren, können nicht gleichzeitig beruflich erfolgreich sein.	intervall (1 – trifft überhaupt nicht zu bis 5 – trifft völlig zu)
Geschlecht	Geschlecht der Befragten	nominal (männlich, weiblich)
Alter	Alter der Befragten	intervall (Jahre)
Kinder	Kinder im gleichen Haushalt	nominal (ja, nein)
Berufsideologie	Zustimmung oder Ablehnung folgender Aussage: Für eine gute ärztliche Betreuung ist eine hohe tägliche Präsenzzeit unerlässlich.	intervall (1 – trifft überhaupt nicht zu bis 5 – trifft völlig zu)
Zufriedenheit mit der Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf	Bewertung folgender Frage: Wie beurteilen Sie die Integration Ihres Berufes in ihren gesamten Lebensentwurf.	intervall (1 – sehr unzufrieden bis 5 – sehr zufrieden)
Zufriedenheit mit dem Erfolg beim Erreichen familienbezogener Wünsche	Bewertung folgender Frage: Wie beurteilen Sie Ihren bisherigen Erfolg beim Erreichen Ihrer familialen Wünsche?	intervall (1 – sehr unzufrieden bis 5 – sehr zufrieden)
Werthaltungen	Bewertung sieben vorgegebener Begriffen	ordinal (1 – am wichtigsten bis 7 – am unwichtigsten)
Lebenspläne	Verhältnis zwischen aktueller und gewünschter Zeitaufteilung in Beruf, Familie und Freizeit	intervall (die Differenz zwischen Wunsch- und Ist-Zeitaufteilung, in %)
Arbeitszeit	Wochenarbeitszeit	intervall (Wochenstunden)