

Ärztinnen und Karriere

Etliche Hinweise auf freiwilligen Verzicht

„Mehr Ärztinnen“ – so lautete die Schlagzeile zu einem Artikel über die jüngste Ärztestatistik im Deutschen Ärzteblatt vor einigen Monaten. Tatsächlich hat das Medizinstudium bei Frauen in den letzten Jahrzehnten an Attraktivität gewonnen. Doch eine auffallend große Zahl von Ärztinnen übt später ihren Beruf nicht aus. Und Medizinerinnen machen – wie Frauen in anderen Berufszweigen auch – nach wie vor nur in Ausnahmefällen beruflich Karriere. Im folgenden Beitrag analysiert Dr. phil. Monika Sieverding, warum Ärztinnen hierauf häufig freiwillig verzichten.

Seit den 70er Jahren ist der Frauenanteil an den Medizinstudierenden ständig gestiegen und nähert sich inzwischen der 50-Prozent-Marke. Auch die Zahl berufstätiger Ärzte ist im gleichen Zeitraum in eindrucksvoller Weise von 16 499 im Jahre 1968 (18 Prozent aller Ärzte) auf 56 582 im Jahre 1990 gestiegen (29 Prozent aller Ärzte).*

Gemessen an der Zahl der Frauen, die ein Medizinstudium beginnen und abschließen, sind Frauen unter den berufstätigen Ärzten jedoch nach wie vor unterrepräsentiert. Eine auffallend große Zahl von Ärztinnen übt ihren Beruf nicht aus: 1990 waren in den alten Bundesländern 20 855 Ärztinnen nicht in ihrem Beruf tätig, d. h. 27 Prozent aller Ärztinnen (bei den Ärzten sind es 11 Prozent). Die Diskrepanz zwischen der Zahl der Ärztinnen und der Zahl der berufstätigen Ärztinnen schlägt sich zunehmend in den Arbeitslosenstatistiken nieder. Inzwischen ist mehr als die Hälfte der arbeitslos gemeldeten Ärzte weiblich (52,5 Prozent, Statistik der Bundesärztekammer).

Medizinerinnen (wie Frauen in anderen Berufszweigen auch) machen nach wie vor nur in Ausnahmefällen beruflich Karriere. Obwohl bei

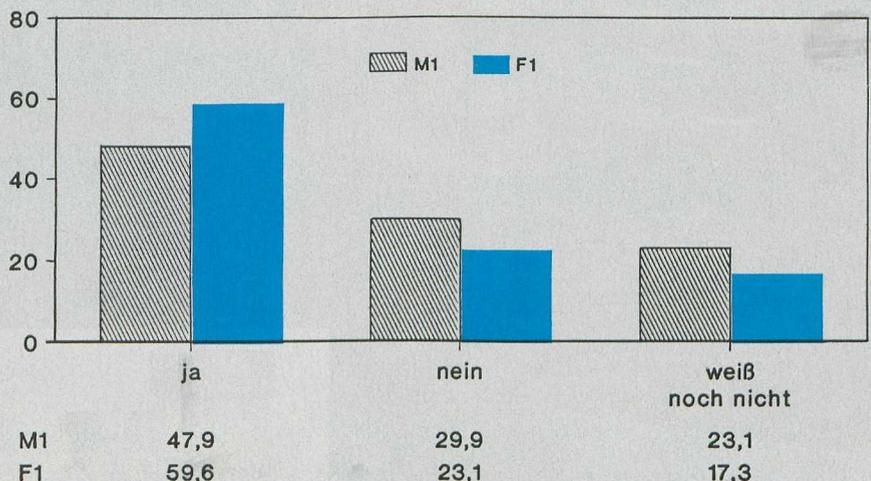
Studienabschluß praktisch alle Pflegerinnen (97 Prozent) den Abschluß einer Facharztweiterbildung anstreben (Befragung des Marburger Bundes, 1987), verfügen nur 40 Prozent der berufstätigen Ärztinnen über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung (bei den Ärzten: 60 Prozent). In führenden Positionen an Universität und Klinik sind Frauen fast gar nicht zu finden. Die Quote liegt bei maximal fünf Prozent. Genaue Zahlen liegen nur in Ausnah-

mefällen vor; beispielsweise sind nach jüngsten Erhebungen im Saarland von 177 leitenden Positionen nur acht von Ärztinnen besetzt (Ärzte Zeitung vom 13. 6. 1991). Überrepräsentiert sind Ärztinnen dagegen in Positionen, die in Prestige und Einkommen niedrig sind (zum Beispiel Stellen bei Ämtern oder in der Pharmaindustrie), und diese Tendenz hat in den letzten Jahren noch zugenommen. 1987 stellten sie 40 Prozent, inzwischen (1990) 46 Prozent der in den „sonstigen Bereichen“ tätigen Ärzte. Es besteht somit bei Medizinerinnen eine auffallende Diskrepanz zwischen Berufswahl und weiterer beruflicher Entwicklung.

Diese Diskrepanz ist nicht ausschließlich auf äußere Faktoren der Auswahl (zum Beispiel Benachteiligungen bei Stellenbesetzungen und Beförderungen) zurückzuführen. Es gibt einige Hinweise, die auf Mechanismen der Selbstauswahl verweisen. Nach einer Umfrage in Berlin im Frühjahr 1990 (Betzhold, Duschka, Redemann & Rost, 1990) übt mehr als die Hälfte der nicht berufstätigen Ärztinnen unter 45 Jahren freiwillig ihren Beruf nicht aus. Von den (Ende 1990) Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit in Westdeutschland hatte sich sogar nur jede siebte arbeitslos

Würden Sie gern beruflich Karriere machen?

Einschätzung am Anfang des Studiums in Prozent



Männer Studienanfang (M1), Frauen Studienanfang (F1)

Abbildung 1

*) Quellen: Für die Jahre 1968–1988: Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland, für das Jahr 1990: Ärztestatistik der Bundesärztekammer

gemeldet (insgesamt 2979, Angaben der Bundesanstalt für Arbeit).

Verzichten Ärztinnen freiwillig?

Um herauszufinden, welche Faktoren dazu beitragen können, daß Medizinerinnen von sich aus auf eine berufliche Karriere verzichten, führte ich im Sommer 1989 eine breit angelegte explorative Untersuchung durch. An der Fragebogenstudie nahmen 450 Studierende der Medi-

von der „Begegnung mit der Organisation“, die häufig eine Enttäuschung ursprünglicher Ideale und Hoffnungen – den sogenannten „Berufseintritts-Schock“ (Gebert & v. Rosenstiel, 1981) – mit sich bringt. Gelingt es nicht, die eigenen beruflichen Ziele und Vorstellungen an die Realität des Berufsalltages anzupassen beziehungsweise für sich einen akzeptablen Kompromiß zu finden, ist das Verlassen der Organisation wahrscheinlich.

Im folgenden sollen einige exemplarische Ergebnisse dieser Stu-

wert angesehen wird. Die Studierenden sehen darin unter anderem die Möglichkeit, sich im Rahmen einer beruflichen Karriere selbst zu verwirklichen: Berufliche Karriere bedeutet zum Beispiel „die Erfüllung eines ehrgeizigen Wunsches, die Bestätigung, daß ich etwas zu leisten imstande bin“ (Studentin, 22 J., zitiert in Sieverding, 1990, S. 114).

Vielen Befragten ist es wichtig, fachliche Kompetenz zu erlangen, die mit Erfolg und Anerkennung durch andere einhergeht. Idealerweise resultiert daraus ein gewisser beruflicher Aufstieg, der jedoch selten als Selbstzweck angestrebt wird. Andere nennen den Wunsch, selbstständig arbeiten und auf die medizinische Versorgung Einfluß nehmen zu können. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn eine verantwortungsvolle Position erreicht ist: „Eine verantwortungsvolle Qualität für die Patienten umsetzen zu können, das heißt eine dafür notwendige hierarchische Position erlangt zu haben, um Inhalte zu praktizieren, die ich für wichtig halte“ (PJlerin, 28 J., ebd., S. 115).

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen (Hennig & Jardim, 1987) wurden keine Geschlechtsunterschiede im Karriereverständnis gefunden. Lediglich die PJlerinnen fallen aus dem Rahmen heraus. Sie assoziieren mit beruflicher Karriere häufiger als die anderen Befragten ausschließlich negative Begleiterscheinungen oder werten den beruflichen Aufstieg als Selbstzweck und sehen weniger häufig in einer beruflichen Karriere positive Verwirklichungsmöglichkeiten. Berufliche Karriere bedeutet dann zum Beispiel „Streß, Konkurrenz, Pseudo-Wissenschaft, Entpersönlichung, Diagnostik-orientierte Medizin“ (PJlerin, 26 J., ebd., S. 116).

Häufig wird argumentiert, daß Frauen weniger an einer beruflichen Karriere interessiert seien als Männer. Dies trifft zumindest für die Studienanfängerinnen ganz und gar nicht zu. Im Gegenteil sind am Anfang des Studiums die Frauen karrieremotivierter und ehrgeiziger als ihre männlichen Kommilitonen. Fast zwei Drittel von ihnen sagen, daß sie später gern beruflich Karriere ma-

Würden Sie gern beruflich Karriere machen?

Einschätzung am Ende des Studiums in Prozent

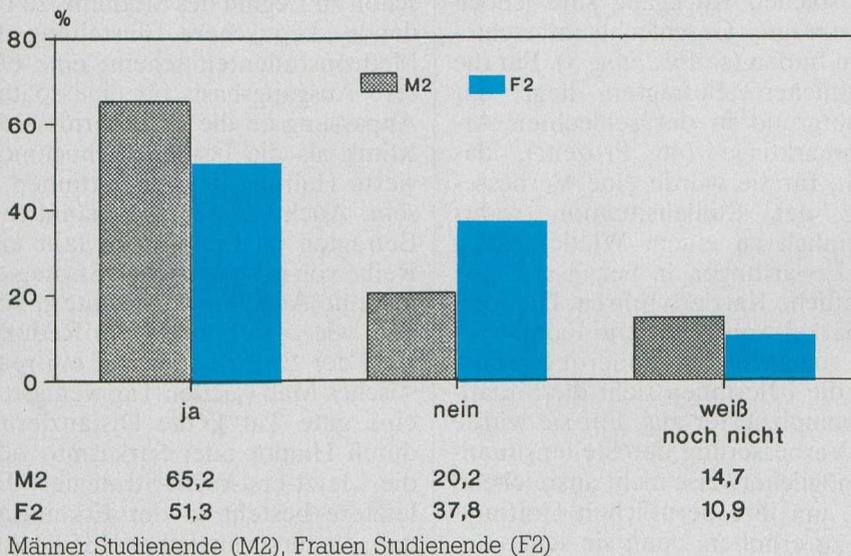


Abbildung 2

zin (immatrikuliert an der Freien Universität Berlin) teil, wovon sich die Hälfte am Anfang des Studiums (im 3. vorklinischen Semester), die andere Hälfte am Ende des Studiums – im Praktischen Jahr – befand.

Die Studierenden im Praktischen Jahr befinden sich bereits in der Klinik, unmittelbar vor dem eigentlichen Berufseinstieg, und damit in einer Phase, die als die „sensible Phase“ in der ärztlichen beruflichen Entwicklung beschrieben worden ist (Willi, 1986). Die Erfahrungen in dieser Phase entscheiden maßgeblich darüber, wie gut die weitere berufliche Entwicklung gelingt (Lehr, 1969). Van Maanen (1976) spricht

die vorgestellt werden (zur ausführlichen Darstellung s. Sieverding, 1990).

Motivation und die Vorstellung von Karriere

Da der Karrierebegriff gerade im deutschsprachigen Raum zum Teil einen negativen Beigeschmack hat (Sieverding, 1990), ließ ich die Studierenden (frei) ausführen, was für sie eine berufliche Karriere in der Medizin bedeutet. Dabei zeigte sich, daß eine berufliche Karriere von der Mehrheit der Befragten durchaus als positiv und erstrebens-

Warum sind die Erwartungen in bezug auf eine berufliche Karriere zurückgegangen?

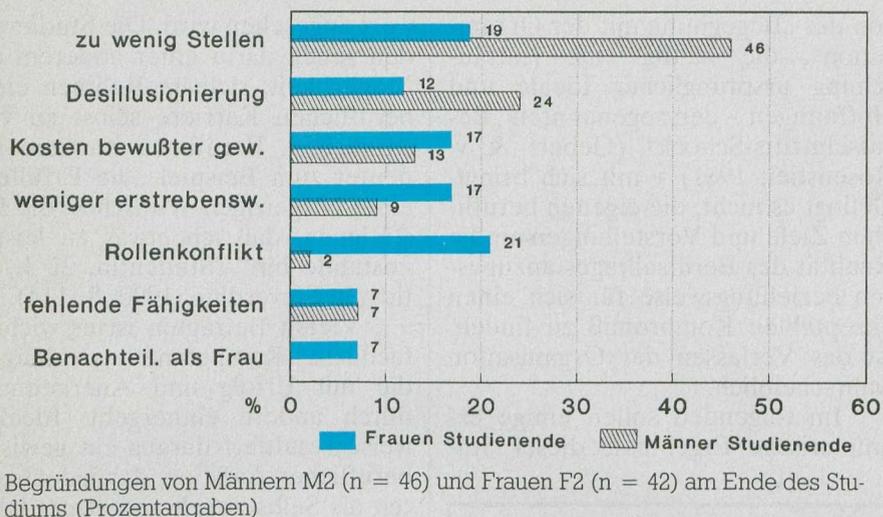


Abbildung 3

chen würden. Die männlichen Befragten sind am Anfang des Studiums einer beruflichen Karriere gegenüber häufiger ablehnend oder skeptisch eingestellt, nur knapp die Hälfte (48 Prozent) strebt eine berufliche Karriere an (s. *Abbildung 1*).

Bei den Befragten am Ende des Studiums sieht die Situation jedoch genau umgekehrt aus: Von den Befragten am Ende des Studiums will die Mehrheit der Männer Karriere machen (65 Prozent), bei den PJlerinnen hat sich schon ein recht großer Teil von 38 Prozent gegen eine berufliche Karriere entschieden (s. *Abbildung 2*).

Der (durchschnittlich) negativeren Sichtweise von beruflicher Karriere bei den Medizinerinnen im Praktischen Jahr entspricht somit eine geringere Karrieremotivation.

Gründe der Demotivierung

Wie ist es zu erklären, daß Frauen im Praktischen Jahr im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen, aber auch im Vergleich zu Studienanfängerinnen häufiger ein negatives Bild von beruflicher Karriere haben und auch seltener selbst eine berufliche Karriere anstreben? Die Erwartungen in bezug auf Beruf und berufliche Karriere sind bei der Mehrzahl der Befragten im Praktischen Jahr seit Beginn des Studiums zurückgegangen. In den Begründungen für ei-

nen solchen Rückgang sind jedoch ausgeprägte Geschlechtsunterschiede zu finden (s. *Abbildung 3*). Für die männlichen Befragten liegt der Hauptgrund in der schlechten Arbeitsmarktlage (46 Prozent), das heißt, für sie würde eine Verbesserung der Stellensituation wahrscheinlich zu einem Wiederanstieg der Erwartungen in bezug auf eine berufliche Karriere führen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehen sie nicht als Hinderungsgrund. Für die PJlerinnen sieht die Situation komplizierter aus. Für sie würde die Verbesserung der Stellensituation möglicherweise nicht ausreichend sein, um ihre beruflichen Hoffnungen zu erhöhen, denn sie sehen zusätzliche Schwierigkeiten. Jede fünfte nennt den Konflikt zwischen Kind(ern) und Beruf, einige (sieben Prozent) sehen in der Benachteiligung von Frauen ein maßgebliches Karrierehindernis. Beide Geschlechter geben an, daß ihnen die Kosten für eine berufliche Karriere bewußter geworden seien, und nicht wenige halten eine berufliche Karriere am Ende des Studiums für weniger erstrebenswert (*Abbildung 3*).

Männer wie Frauen beschreiben, daß sie seit Beginn des Studiums einige Illusionen bezüglich des Arztberufes verloren hätten. Dieser Prozeß, von vielen als Desillusionierung bezeichnet, hängt in erster Linie mit den Strukturen eines Krankenhausbetriebes zusammen: „Die Realität an den Kliniken ist fürchter-

lich. Ein schonender Aufbau der Assistenten findet beinahe nirgends statt. Zehn- und zwölfstündige Arbeitstage sind auch bei Assis die Regel, die keine Karriere, sondern nur ihren Facharzt machen wollen“ (PJler, 27 J., zitiert in Sieverding, 1990, S. 123). „Meine Vorstellung vom Arztberuf erscheint mir inzwischen wie ein naiver, pubertärer Traum“ (PJlerin, 39 J., ebd., S. 124).

Die desillusionierende Begegnung mit der Organisation Krankenhaus führt bei den meisten Berufsanfängern zum „Berufseintritts-Schock“ (s. Gebert & v. Rosenstiel, 1981). Es fanden sich in der Untersuchung eine Reihe von Hinweisen, daß Männer diesen Schock besser verarbeiten können als Frauen. Eine schon zu Beginn des Studiums zu findende skeptischere Einstellung der Medizinstudenten scheint eine bessere Ausgangsbasis für eine spätere Anpassung an die Erfordernisse der Klinik als die besonders hochmotivierte Haltung der Studentinnen zu sein. Auch nennen die männlichen Befragten im Praktischen Jahr eine Reihe von pragmatischen Strategien, die eine Anpassung erleichtern können, wie zum Beispiel die Reduzierung der Erwartungen auf ein realistisches Maß („jeden Tag wenigstens eine gute Tat“), die Distanzierung durch Humor oder Sarkasmus oder die „Jetzt-erst-recht-Strategie“. Die letztere besteht in der Erkenntnis, daß die ursprünglichen Ideale hinsichtlich des Arztberufes zugunsten einer konkreten Karriereplanung aufgegeben werden: „Man muß nach ‚oben‘ kommen, um freie Entfaltungsmöglichkeiten zu bekommen“ (PJler, 27 J., zitiert in Sieverding, 1990, S. 132).

Die PJlerinnen dagegen werden häufiger von Selbstzweifeln geplagt: „Bin ich wirklich den Anforderungen gewachsen, die eine Uniklinik an mich stellen würde?“ (PJlerin, 26 J., zitiert ebd., S. 133). Sie nehmen konkrete Schwierigkeiten (Diskriminierung als Frau) sowie fehlende Unterstützung durch einen Partner oder Kollegen vorweg. Sie haben das Gefühl, daß sie ein besonderes Maß an Durchsetzungsvermögen und Selbstbehauptung benötigen, um als Ärztinnen akzeptiert und gefördert zu

werden. Sogenannte weibliche Qualitäten wie Einfülsamkeit oder Hilfsbereitschaft scheinen für ein berufliches Fortkommen in der Klinik dagegen wenig hilfreich zu sein, im Gegenteil: „Patienten reden sie mit ‚Schwester‘ an, wenn sie zu mitfühlend sind“ (PJlerin, 26 J., ebd., S. 135).

Erforderliche Merkmale der Persönlichkeit

Um in der Klinik beruflich erfolgreich zu sein, reicht es nicht aus, fachlich qualifiziert zu sein und gut mit Patienten umgehen zu können. Dies zeigt sich eindrücklich an der Einschätzung einer Reihe von Eigenschaften, mit der das subjektive Karrierekonzept erfaßt wurde. In der Liste waren Eigenschaften enthalten, die als „typisch“ männlich beziehungsweise weiblich gelten, sowie Eigenschaften des Leistungsstrebens und der Selbstbehauptung.*)

Jede einzelne Eigenschaft sollte danach beurteilt werden, inwiefern sie förderlich für eine berufliche Karriere in der Klinik ist. So hieß es in der Instruktion: „Es geht nicht darum, welche Eigenschaften Ihrer Meinung nach ein guter Arzt beziehungsweise eine gute Ärztin im Verhältnis zu den Patienten haben sollte. Es geht um Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Ihrer Meinung/Ihrer Erfahrung nach förderlich sind, eine Stelle im Krankenhaus zu bekommen, zu behalten und im Krankenhaus aufzusteigen.“ (Sieverding, 1990, S. 228).

In allen vier Untersuchungsgruppen zeigt sich das gleiche Ergebnismuster: Für eine berufliche Karriere in der Klinik gilt Leistungsstreben als am meisten förderlich, es folgt Instrumentalität, an dritter Stelle Selbstbehauptung, und als am wenigsten förderlich werden expres-

Welche Eigenschaften sind förderlich für eine berufliche Karriere im Krankenhaus?

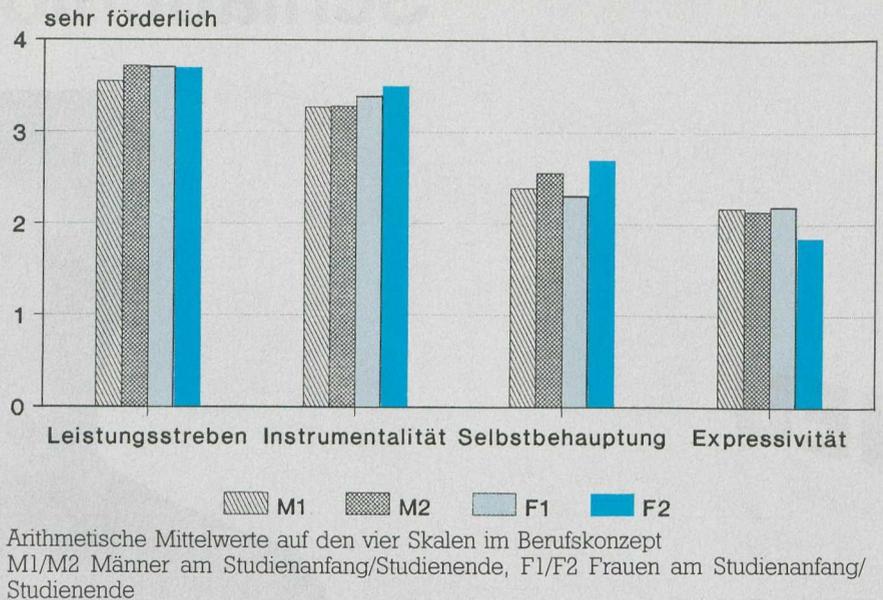


Abbildung 4

sive Eigenschaften eingeschätzt. Die PJlerinnen haben von allen Gruppen dabei das extremste Karrierekonzept. Sie halten Instrumentalität, Selbstbehauptung und Leistungsstreben für noch förderlicher und expressive Eigenschaften für noch weniger förderlich als die anderen Gruppen (s. *Abbildung 4*).

In die gleiche Richtung geht die Einschätzung der Attribute „männlich“ und „weiblich“. „Männlich“ gilt in allen vier Untersuchungsgruppen als signifikant förderlicher als „weiblich“. Die Eigenschaften, die als notwendig für eine berufliche Karriere im Krankenhaus angesehen werden, sind mit dem traditionellen männlichen Geschlechtsstereotyp vereinbar, kaum jedoch mit dem traditionellen Bild von Weiblichkeit.

An sich kann eine Person unabhängig von ihrem Geschlecht über ein hohes Maß an expressiven und instrumentellen Eigenschaften verfügen, das heißt androgyn sein. Die Forschung zu den Selbstkonzepten von Männern und Frauen hat übereinstimmend gezeigt, a) daß die

Ausprägung von Expressivität und Instrumentalität unabhängig voneinander ist und b) daß es einen großen Überlappungsbereich zwischen den Geschlechtern gibt (Bierhoff-Alfermann, 1989; Spence & Helmreich, 1978). So wie Männer expressiv, einfühlsam und gefühlsbetont sein können (wenn sie es dürfen), verfügen Frauen sehr wohl über aufgabenbezogene, instrumentelle Fähigkeiten. Häufig werden Männer und Frauen jedoch entsprechend einem dualistischen Geschlechtsmodell, das Männlichkeit und Weiblichkeit als einander ausschließende Eigenschaftsmuster definiert, in traditionelle Geschlechtsstereotype gepreßt.

Von Medizinerinnen beispielsweise wird selbstverständlich erwartet, daß sie einfühlsam mit Patienten umgehen können, von ihren männlichen Kommilitonen nicht unbedingt. Und während von Männern eine gewisse Karriereorientierung geradezu erwartet wird, werden ambitionierte Frauen immer noch als Ausnahmen angesehen („Karrierefrauen“). Eigenschaften und Verhaltensweisen,

*) Insgesamt besteht die Eigenschaftsliste aus 26 Persönlichkeitseigenschaften. Die Instrumentalitätsskala des Personal Attributes Questionnaire (Spence & Helmreich, 1978; dt. Fassung Runge et al., 1981) enthält acht zielorientierte Persönlichkeitseigenschaften, die in gewissem Maße für beide Geschlechter als sozial erwünscht angesehen werden, durchschnittlich jedoch eher dem typischen Mann zugeordnet werden (zum Beispiel „aktiv“, „durchsetzungsfähig“, „selbstsicher“).

Die Expressivitätsskala besteht aus acht Eigenschaften der interpersonellen Orientierung, die ebenfalls für beide Geschlechter sozial erwünscht sind, aber eher der typischen Frau zugeordnet werden (zum Beispiel „freundlich“, „hilfreich“, „gefühlbetont“). Die beiden Skalen sind unabhängig voneinander, eine Person kann unabhängig von ihrem Geschlecht eine hohe/niedrige Ausprägung auf den beiden Skalen aufweisen. Eine Person, die

sich als überdurchschnittlich expressiv und instrumentell beschreibt, wird als „androgyn“ bezeichnet. Zwei Skalen Leistungsstreben (mit 2 Items, „leistungsorientiert“ und „ehrgeizig“) und Selbstbehauptung (mit 6 Items, zum Beispiel „offensiv“ oder „egoistisch“) waren aufgrund von Expertenbefragungen und Vorversuchen entwickelt worden. Die beiden Attribute „männlich“ und „weiblich“ waren ebenfalls in der Liste enthalten.

die nicht mit dem klassischen Geschlechtsstereotyp übereinstimmen, werden häufig nicht wahrgenommen oder aber negativ kommentiert oder sanktioniert.

Medizinerinnen, die in der Klinik beruflich weiterkommen wollen, befinden sich in einer ambivalenten Situation: Sie werden von Patienten, Kollegen und Vorgesetzten auf „ihre“ weibliche Rolle und dazugehörige Eigenschaftsmuster – verständnisvoll, freundlich, hilfsbereit sein – festgelegt. Diese Verhaltensmuster können sicher die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern und zu einem angenehmen Arbeitsklima beitragen. Für das eigene berufliche Fortkommen sind sie wenig förderlich. Um in der Klinik beruflich Karriere zu machen, sind in der Einschätzung von Männern wie von Frauen andere Persönlichkeitsattribute förderlich. Zeigen Medizinerinnen solche Eigenschaften und verhalten sie sich entgegen der Erwartung sachlich, selbstsicher und setzen auch einmal ihre eigenen Bedürfnisse durch, ernsten sie häufig Mißachtung, sexistische Kommentare oder Ablehnung. Eine der von mir befragten PJlerinnen drückte dies folgendermaßen aus: „Ich habe den Eindruck, daß ich nicht nur doppelt so gut, sondern doppelt instrumentell sein muß, um in der Klinik anerkannt zu werden“.

Und so ist es kein Wunder, daß viele Medizinerinnen die Auseinandersetzung in der Klinik meiden; sie befürchten, daß sie berufliche Anerkennung und eine berufliche Karriere nur um den Preis einer persönlichen Deformierung und Verhärtung erreichen könnten: „Berufliche Karriere bedeutet für mich, mich mit viel Härte und Anstrengung hochzuboxen und dabei selber hart zu werden“ (Studentin, 22 J., zitiert in Sieverding, 1990, S. 116).

Bisher gibt es zu wenig erfolgreiche Ärztinnen in leitenden Positionen, die als Rollenmodelle für Medizinstudentinnen fungieren könnten, indem sie Wege aufzeigen, wie Frauen beruflich weiterkommen können, ohne dabei notwendigerweise hart zu werden. Bislang ist die Gefahr eines Teufelskreises nicht gebannt: Obwohl immer mehr Frauen Medizin studieren, sind führende Positio-

nen in Universität und Klinik in der Regel von Männern besetzt. Viele Bereiche in der Klinik (zum Beispiel Chirurgie, Urologie) sind nach wie vor von Männern dominiert, die Strukturen dementsprechend „männlich“ geprägt. Die von Konkurrenz geprägte Atmosphäre vor allem in Universitätskliniken (Heim, 1986) wird von vielen Frauen als aversiv erlebt. Nur selten können Ärztinnen auf ein professionelles Unterstützungssystem oder sie fördernde Mentoren oder Mentorinnen zurückgreifen. In der Regel können sie auch nicht damit rechnen, daß ihr Partner seine eigenen beruflichen Ambitionen zurückstellt, um sie zu unterstützen (wie es umgekehrt viele „Arztfrauen“ tun, s. Willi, 1986).

Nicht wenige Medizinerinnen resignieren frühzeitig angesichts dieser Situation. Entweder sie glauben nicht, auf die Strukturen im Krankenhaus einen Einfluß nehmen zu können, oder sie halten die dafür notwendigen Kosten für zu hoch. Dies führt bei nicht wenigen zu einer Umorientierung auf die traditionelle weibliche Rolle und damit den familiären Bereich: Kinder und eigene Familien werden wichtiger: „Da sich die Arbeitsbedingungen verschlechtern, habe ich auch meine Erwartungen reduziert... (Berufliche Karriere) ist für mich nicht mehr so wichtig... Familie beziehungsweise Kinder haben jetzt einen höheren Stellenwert“ (PJlerin, 24 J., zitiert in Sieverding, 1990, S. 137).

Typische Konfliktlösung

Parallel zu dieser stärkeren Familienorientierung ist bei den PJlerinnen eine Feminisierung im Selbstkonzept (erfaßt mit oben genannter Eigenschaftsliste) festzustellen. Sie haben von den vier Untersuchungsgruppen das „männlichste“ Karrierekonzept und beschreiben sich selbst gleichzeitig als ausgesprochen „weiblich“ – eine Diskrepanz, die keine günstige Ausgangsbasis für eine berufliche Karriere zu sein scheint.

Männer leiden zwar häufig auch unter den Strukturen in der Klinik, ihnen ist jedoch ein Ausweichen auf eine andere Rolle kaum möglich. Sie

können kaum mit gesellschaftlicher Akzeptanz – zum Beispiel für die Reduzierung der Arbeitszeit oder die Übernahme einer Hausmannsrolle – rechnen (s. Strümpel et al., 1988). Es ist deshalb nicht auszuschließen, daß vielen Medizinerinnen die Anpassung an die Klinik nicht leichter fällt als ihren weiblichen Kolleginnen. Möglicherweise passen sie sich an, da ihnen keine Alternative bleibt. Um die individuellen Kosten für diese „geschlechtstypischen“ Konfliktlösungen – Flucht in die traditionelle Rolle bei den Frauen, Anpassung um jeden Preis bei den Männern – zu ermitteln, wären weiterführende Studien wünschenswert.

Literatur

1. Betzhold, M., Duschka, E., Redemann, B. & Rost, S. (1990). Frauen auf dem Abstellgleis? Berliner Ärzte, 8, 33–34
2. Bierhoff-Alfermann, D. (1989). Androgynie. Opladen: Westdeutscher Verlag.
3. Gebert, D. & v. Rosenstiel, L. (1981). Organisationspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
4. Heim, E. (1986). Das Krankenhaus als berufliches Umfeld. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), Psychosoziale Medizin, Band 2 (Klinik und Praxis, S. 585–589). Berlin: Springer
5. Hennig, M. & Jardim, A. (1987). Frau und Karriere. Reinbek: Rowohlt
6. Lehr, U. (1969). Die Frau im Beruf. Frankfurt/M.: Athenäum.
7. Runge, T. E., Frey, D., Gollwitzer, P. M., Helmreich, R. L. & Spence, J. T. (1981). Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between students in the United States and West Germany. Journal of Cross-Cultural Psychology, 12, 142–162.
8. Sieverding, M. (1990). Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke
9. Spence, J. T. & Helmreich, R. L. (1978). Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates, & antecedents. Austin: University of Texas Press
10. Strümpel, B.; Prenzel, W.; Scholz, J. & Hoff, A. (1988). Teilzeitarbeitende Männer und Hausmänner. Motive und Konsequenzen einer eingeschränkten Erwerbstätigkeit von Männern. Berlin: Edition Sigma.
11. Van Maanen, J. (1976). Breaking in: Socialization to Work. In R. Dubin (Ed.), Handbook of work, organization and society (pp 67–130). Chicago: Rand McNally
12. Willi, J. (1986). Der Arzt/Die Ärztin. In J. Willi & E. Heim, Psychosoziale Medizin Band 1 (S. 1–15). Heidelberg: Springer.

Dr. phil. Monika Sieverding
Freie Universität Berlin
Institut für Medizinische
Psychologie (WE9)
Habelschwerdter Allee 45
W-1000 Berlin 33