

# Ärztliches Karrierekonzept und Selbstkonzept bei Medizinstudierenden in Ost- und West-Berlin

Monika Sieverding und Martina Rauchfuß

## Zusammenfassung

Nach der Selbstkonzept-Theorie der beruflichen Entwicklung ist eine Person in einem Beruf um so erfolgreicher, je besser ihr Selbstkonzept und ihr subjektives Berufskonzept übereinstimmen. In einer West-Berliner Studie zum ärztlichen Berufskonzept zeigte sich, daß von Medizinstudierenden für eine berufliche Karriere im Krankenhaus in erster Linie solche Eigenschaften als förderlich eingestuft wurden, die eher dem männlichen als dem weiblichen Geschlechtsstereotyp entsprechen, und daß Frauen am Ende des Medizinstudiums eine deutlich größere Diskrepanz zwischen subjektivem Karrierekonzept und Selbstkonzept wahrnahmen als ihre männlichen Kommilitonen. Da sich das ärztliche Berufsfeld und die Situation der Frau in der ehemaligen DDR in wesentlichen Punkten von der Situation in Westdeutschland unterschied, bestand die Vermutung, daß sich dies auch im Karrierekonzept und Selbstkonzept von angehenden Ärzten und Ärztinnen niederschlagen würde. Bei dem Vergleich mit einer Ost-Berliner Stichprobe von Medizinstudierenden zeigten sich weniger Ost-West-Unterschiede als erwartet. Auch in Ost-Berlin galten maskuline Attribute für eine berufliche Karriere im Krankenhaus als besonders förderlich, während feminine Eigenschaften als wenig förderlich eingeschätzt wurden. Im Karrierekonzept wie im Selbstkonzept erschien der Geschlechtsunterschied bedeutsamer als der gesellschaftliche Unterschied. Auch in Ost-Berlin klafften bei den Frauen am Ende des Medizinstudiums die beiden Konzepte am weitesten auseinander; sie hatten ein besonders maskulines Karrierekonzept und beschrieben sich selbst gleichzeitig als ausgesprochen feminin. – *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (1993), 2, 82–90.

## Summary

*Career-Concept and Self-Concept of Medical Students in East- and West-Berlin.* – According to the self-concept theory of vocational development success is the higher, the better self-concept and subjective vocational concept fit. A study on the vocational concept of West-Berlin medical students showed that for a career in hospital those attributes were considered as useful, which tend to conform with the male rather than with the female sex-role stereotype. Females at the end of their studies perceived a greater discrepancy between career-concept and self-concept than their male counterparts. Since the medical profession and the situation of women in the former GDR was different in some essential ways, it was hypothesized, that this would be reflected in the career-concept and the self-concept of East-Germany's future physicians. Comparing the West- to an East-Berlin sample of medical students there were fewer East-West differences than expected. Also in East-Berlin masculine traits were regarded as conducive to a professional career, whereas feminine qualities were considered to be of little help. In the career-concept, as well as in self-concept gender difference seemed to be more important than differences between the two societies. At the end of their studies East-Berlin as well as West-Berlin women showed the greatest gap between career-concept and self-concept; they had a very masculine career-concept while – at the same time – rating themselves particularly feminine. – *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (1993), 2, 82–90.

Als eine der ältesten und bewährtesten psychologischen Theorien zur Erklärung beruflicher Entwicklung gilt die Selbstkonzept-Theorie von Donald Super (Super, 1957; Super, Starishevsky, Matlin & Jordann, 1963; siehe auch Scheller & Heil, 1984; Seifert, 1989). Nach dieser Theorie versuchen Individuen, ihr Selbstkonzept in dem von ihnen gewählten Beruf zu implementieren; sie suchen sich deshalb einen Beruf aus, von dem sie glauben, daß er zu ihnen „paßt“, daß sie die erforderlichen Persönlichkeitseigenschaften mitbringen. Je besser subjektives Berufskonzept und Selbstkonzept übereinstimmen, desto eher wird der betreffende Beruf gewählt, desto eher ver-

bleibt eine Person in dem gewählten Beruf, und desto höher sind Berufszufriedenheit und berufliche Tüchtigkeit (Brophy, 1959; Hay, 1966; Scheller & Heil, 1984; Starishevsky & Matlin, 1963). Welche Persönlichkeitseigenschaften sind eigentlich erforderlich für den ärztlichen Beruf? In Studien mit männlichen und weiblichen Medizinstudierenden in West-Berlin (durchgeführt zwischen 1989 und 1991) konnte gezeigt werden, daß für den ärztlichen Beruf (mindestens) zwei subjektive Berufskonzepte existieren, nämlich das Konzept des idealen Arztes und der idealen Ärztin im Umgang mit Patienten sowie das sogenannte Karrierekonzept, in dem die

Eigenschaften repräsentiert sind, die als förderlich für ein berufliches Weiterkommen im Krankenhaus angesehen werden (Sieverding, 1990, 1992). Entgegen dem populären Bild des ärztlichen Berufes, in dem das Motiv des Helfenwollens dominiert, werden für das berufliche Fortkommen in der Klinik (ärztliches Karrierekonzept) ganz ähnliche Eigenschaften als notwendig angesehen, wie sie auch Manager (Power & Butterfield, 1979; Rستمeyer & Thrien, 1989) oder Ingenieure (Janshen & Rudolph, 1987) benötigen, nämlich Eigenschaften, die eher dem männlichen Geschlechtsstereotyp entsprechen. Während der ideale Arzt und die ideale Ärztin im Umgang mit

Patienten über ein hohes Maß an femininen Eigenschaften (zum Beispiel freundlich und hilfsbereit sein, fähig sein, auf andere einzugehen) verfügen sollte (Sieverding, 1992), werden – in der Einschätzung männlicher wie weiblicher Medizinstudierender – für eine berufliche Karriere am Krankenhaus vor allem maskuline Eigenschaften der Durchsetzungsfähigkeit, Selbstsicherheit und Selbstbehauptung benötigt. Bei dem Vergleich dieses Karrierekonzeptes mit dem Selbstkonzept der Medizinstudierenden fiel ein Geschlechtsunterschied auf, der besonders deutlich bei den Befragten am Ende des Studiums zu beobachten war: Die weiblichen Studierenden im Praktischen Jahr wiesen eine signifikant größere Diskrepanz zwischen ihrem subjektivem Karrierekonzept und Selbstkonzept auf als ihre männlichen Kommilitonen.

### Fragestellungen zum Ost-West-Vergleich

Da sich das ärztliche Berufsfeld und die Situation der Frau in der ehemaligen DDR in wesentlichen Punkten von der Situation in Westdeutschland unterschied, bestand die Vermutung, daß sich dies auch im Karrierekonzept und Selbstkonzept von angehenden Ärzten und Ärztinnen niederschlagen würde.

Unterscheidet sich das ärztliche Karrierekonzept in Ost und West?

In Westdeutschland ist für Ärzte und Ärztinnen der Arbeitsmarkt in den letzten Jahren deutlich angespannter geworden. Die Zahl arbeitslos gemeldeter Ärzte und Ärztinnen stieg von 1450 im Jahr 1980 auf 6313 im Jahr 1989 (Bundesärztekammer, persönliche Mitteilung). Die Weiterbildung zum Facharzt beziehungsweise zur Fachärztin ist nicht garantiert, und ein relativ großer Teil der Ärzte (insbesondere der Ärztinnen) schließt überhaupt keine Facharztausbildung ab. Die von Heim (1986) beschriebenen typischen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus (alltägliche Hetze, hierarchische Strukturen mit einem mechanistischen Führungssystem, Ri-

valität unter ärztlichen Kollegen und Kolleginnen sowie Konflikte in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal) haben sich aufgrund der Kostenexplosion im Gesundheitswesen in den letzten Jahren noch verschärft und prägen den Berufsalltag von Ärzten und Ärztinnen. Dementsprechend groß ist der Konkurrenzkampf um qualifizierte Ausbildungsstellen.

Deutlich verschieden stellte sich die Situation in der ehemaligen DDR dar. Wenn man erst einmal einen Studienplatz in der Medizin erhalten hatte, war einem nach Abschluß des Studiums eine Ausbildungsstelle als Arzt oder Ärztin sicher, wenn auch nicht unbedingt in dem gewünschten Fach oder der gewünschten Stadt. Es bestand sogar die Pflicht zur Weiterbildung. Bereits am Ende des fünften Studienjahres bekamen die Medizinstudierenden im Rahmen der sogenannten „Absolventenlenkung“ einen Arbeitsvertrag für die Dauer der Facharztausbildung an einer Einrichtung des staatlichen Gesundheitswesens (siehe Rychlik, 1983). Im Gegensatz zur ehemaligen Bundesrepublik Deutschland war in der ehemaligen DDR der ärztliche Beruf keine Männerdomäne. Im Gegenteil gab es zeitweise sogar einen deutlichen Frauenüberschuß. 1971 lag der Anteil der Frauen an den Medizinstudierenden bei 70% (Winkler, 1990). Eine zwischenzeitlich eingeführte Quotierung zugunsten männlicher Studierender reduzierte den Frauenanteil an den Medizinstudierenden bis 1989 auf 55%. Ende 1989 waren von allen berufstätigen Ärzten in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland nur etwas mehr als ein Viertel Frauen (28%), in der ehemaligen DDR dagegen mehr als die Hälfte (54%, Statistisches Bundesamt, 1991). Bezüglich der Ost-West-Unterschiede im ärztlichen Karrierekonzept hatten wir folgende Hypothesen:

- (1) Da in der ehemaligen DDR mehr als die Hälfte aller Ärzte Frauen waren, nahmen wir an, daß Ost-Berliner Medizinstudierende für das berufliche Fortkommen am Krankenhaus feminine Persönlichkeitseigenschaften für wichtiger halten würden als West-Berliner Medizinstudierende.
- (2) Da es in der ehemaligen DDR leichter war, eine Stelle als Arzt

oder Ärztin zu bekommen, und die Weiterbildung gesichert war, ist anzunehmen, daß der Konkurrenzkampf um Stellen geringer war. Wir nahmen deshalb an, daß von Ost-Berliner Medizinstudierenden maskuline Persönlichkeitseigenschaften für das berufliche Fortkommen als weniger wichtig eingeschätzt würden als von West-Berliner Medizinstudierenden.

Unterscheidet sich das Selbstkonzept hinsichtlich maskuliner und femininer Persönlichkeitseigenschaften bei West- und Ost-Berliner Medizinstudierenden?

Eine Fülle von Forschungsarbeiten in verschiedenen Ländern erbrachte eine recht große Übereinstimmung bezüglich der Persönlichkeitseigenschaften, die als maskulin oder feminin, das heißt typischer für das männliche beziehungsweise weibliche Geschlecht angesehen werden. Als Essenzen des männlichen Geschlechtsstereotyps gelten aufgabenorientierte Attribute wie Entscheidungsvermögen; Grundbestandteil des weiblichen Geschlechtsstereotyps sind Eigenschaften, die der sozialemotionalen Unterstützung anderer dienen, wie Verständnis für andere zu zeigen oder Sanftheit (siehe Bierhoff-Alfermann, 1989; Williams & Best, 1990). In Anlehnung an die von Parsons & Bales (1955) definierten Rollen von Mann und Frau im System Familie werden diese (aufgabenorientierten) maskulinen Persönlichkeitseigenschaften auch als „instrumentell“, die (emotional unterstützenden) femininen als „expressiv“ bezeichnet. Es konnte gezeigt werden, daß Männer und Frauen unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht sowohl über ein hohes Maß an maskulinen (instrumentellen), als auch femininen (expressiven) Eigenschaften verfügen können; solche Individuen werden auch „androgyn“ genannt (siehe Bem, 1974; Spence & Helmreich, 1978). Das Selbstbild einer Person hinsichtlich maskuliner (instrumenteller) und femininer (expressiver) Persönlichkeitseigenschaften ist keine statische Größe, sondern wird durch die Anforderungen der jeweiligen Lebenssituation beeinflusst. In empirischen Untersuchungen (zum Teil mit

Längsschnittcharakter) stellte sich heraus, daß die Übernahme der Elternrolle sowie der Berufsrolle Einfluß auf das instrumentelle / expressive Selbstkonzept hat (Bierhoff-Alfermann, 1989; Cunningham & Antill, 1984; Feldman & Aschenbrenner, 1983). Die Lebenssituation von jungen Frauen und Männern in der ehemaligen DDR unterschied sich in beiden Faktoren (Elternrolle wie Berufsrolle) wesentlich von der Situation vergleichbarer Personen in Westdeutschland. Im Durchschnitt bekamen Frauen dort sehr viel früher Kinder als im Westen; gleichzeitig war die Berufstätigkeit von Frauen (und besonders von Müttern) viel selbstverständlicher als im Westen. Die im internationalen Vergleich ausgesprochen hohe Erwerbsquote von Frauen stieg von 52% im Jahr 1955 auf 78% im Jahr 1989 und war damit fast genauso hoch wie die Erwerbsquote von Männern in Westdeutschland (82%). Ein Netz von Kinderkrippen und Ganztageseinrichtungen ermöglichte auch die (Vollzeit-) Berufstätigkeit von Müttern. Dagegen lag die Erwerbsquote von Frauen in Westdeutschland 1989 lediglich bei 55% (Statistisches Bundesamt, 1991).

Bezüglich des Selbstkonzeptes und (damit auch bezüglich des Ähnlichkeitsmaßes zwischen Selbstkonzept und Karrierekonzept) hatten wir keine gezielte Hypothese dazu, wie sich Ost-Berliner von West-Berliner Studierenden unterscheiden könnten. Einerseits wäre es möglich, daß die durchschnittlich frühere Übernahme der Elternrolle bei den Ost-Berliner Befragten zu einer stärkeren Geschlechtstypisierung im Selbstkonzept führen könnte, das heißt eine Feminisierung der Frauen und eine Maskulinisierung der Männer. Andererseits könnte die stärkere Orientierung an der Berufsrolle bei den Ost-Berliner Frauen auch mit einem höheren Maß an maskulinen Persönlichkeitseigenschaften im Selbstkonzept einhergehen.

## Methode

### Stichproben

Die West-Berliner Erhebung wurde im Frühjahr 1989 an der Freien Universi-

tät Berlin durchgeführt (Sieverding, 1990). Die Stichprobe (n=450) setzte sich aus zwei Hauptuntersuchungsgruppen zusammen:

- Studierende im 3. vorklinischen Semester (2. Studienjahr, 104 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 23,3 Jahren und 117 Männer mit einem Durchschnittsalter von 23,5 Jahren);
- Studierende im Praktischen Jahr (6. Studienjahr), welches das Medizinstudium abschließt (119 Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 27,6 Jahren und 110 Männer mit einem durchschnittlichen Alter von 27,7 Jahren).

Von den Befragten am Ende des Studiums hatte ungefähr jeder Zehnte (12%) ein eigenes Kind (in einigen wenigen Fällen bereits zwei Kinder).

Die Ost-Berliner Nachfolgestudie wurde im Frühjahr 1990 an der Ost-Berliner Humboldt-Universität durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits die Grenzen seit einigen Monaten geöffnet; es gab jedoch noch keine Währungsunion, und auch die Vereinigung der beiden deutschen Staaten war noch nicht beschlossen. In Ost-Berlin wurden ebenfalls zwei Gruppen von Medizinstudierenden befragt, wobei aus Gründen einer besseren Erreichbarkeit für die Gruppe am Anfang des Studiums Studierende im 1. Studienjahr gewählt wurden. Insgesamt nahmen 223 Medizinstudierende an der Untersuchung teil, davon befanden sich 86 im ersten Studienjahr (45 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 20,4 Jahren sowie 41 Männer mit einem Durchschnittsalter von 22,2 Jahren) und 137 im 6. Studienjahr (88 Frauen, Durchschnittsalter 26,3 Jahre und 49 Männer, Durchschnittsalter 27,4 Jahre). Mehr als die Hälfte der Befragten (58% der Frauen und 56% der Männer) hatte am Ende des Studiums bereits eigene Kinder.

### Abhängige Variablen

Die Eigenschaftsliste zur Erfassung des Karrierekonzeptes und Selbstkonzeptes bestand insgesamt aus 28 Items. Die Instrumentalitätskala (M-Skala) des *Personal Attributes Questionnaire PAQ* (Spence & Helmreich, 1978; deutsche Fassung von Runge, Frey,

Gollwitzer, Helmreich & Spence, 1981) besteht aus acht positiv bewerteten Eigenschaften, die durchschnittlich eher dem „typischen Mann“ zugeschrieben werden (zum Beispiel „aktiv“, „selbstsicher“). Die Expressivitätsskala (F-Skala) enthält acht positiv bewertete Eigenschaften, die eher der „typischen Frau“ zugeschrieben werden (zum Beispiel „verständnisvoll“, „freundlich“). Der PAQ ist neben dem *Bem Sex Role Inventory (BSRI)* (Bem, 1974) das gebräuchlichste Verfahren zur Messung geschlechtstypischer Attribute und an verschiedenen Populationen validiert. (Ein Überblick über die Forschung zu maskulinen – instrumentellen – und femininen – expressiven – Persönlichkeitseigenschaften ist bei Bierhoff-Alfermann, 1989, sowie Sieverding und Alfermann, 1992, zu finden.) Aufgrund von Voruntersuchungen, in denen Experten und Medizinstudierende gebeten worden waren, Eigenschaften zu nennen, die für eine berufliche Karriere im Krankenhaus wichtig seien, wurden zwei weitere Skalen konstruiert, eine Skala „Selbstbehauptung“ mit sechs Items (zum Beispiel „offensiv“ oder „egoistisch“) und eine (Kurz-) Skala „Leistungsstreben“ mit zwei Items. In der Skala Selbstbehauptung sind solche Eigenschaften enthalten, die als notwendig angesehen werden, sich in einer hierarchisch organisierten Institution durchzusetzen. Die Items dieser Skala umschreiben recht gut solche Persönlichkeitseigenschaften, die man im allgemeinen als „Ellbogeneigenschaften“ bezeichnet. Außerdem wurden in die Adjektivliste noch die beiden Attribute „männlich“ und „weiblich“ sowie als Ausgleich zu dem Übergewicht maskuliner Attribute noch zwei Attribute aufgenommen, die eher als typisch weiblich gelten, nämlich „familienorientiert“ und „diplomatisch“ (zur genaueren Beschreibung und Analyse der Skalen siehe Sieverding, 1990, 1992).

Die Adjektivliste wurde mit der Instruktion vorgegeben, auf einer fünfstufigen Skala (von 0 „überhaupt nicht förderlich“ bis 4 „sehr förderlich“) einzuschätzen, inwiefern jede einzelne Eigenschaft als förderlich angesehen wird, um im Krankenhaus beruflich Karriere zu machen. Für die Erfassung des Selbstkonzeptes wurde die gleiche

Eigenschaftsliste noch einmal vorgegeben mit der Bitte, sich selbst auf einer Skala von 0 bis 4 einzuschätzen. Da die neu konstruierten Skalen ebenfalls instrumentelle Eigenschaften enthalten und sie in recht hohem Maß mit der M-Skala des PAQ korrelieren, können die Items der Skalen „Instrumentalität“, „Selbstbehauptung“ und „Leistungsstreben“ sowie das Item „männlich“ zu einer Skala „maskuline Attribute“ mit insgesamt 17 Items zusammengefaßt werden (siehe Kasten). Die Innere Konsistenz dieser Skala beträgt  $\alpha=0,82$  (Cronbach-Alpha) im Karrierekonzept und  $\alpha=0,81$  im Selbstkonzept. Weiterhin wurde

eine zweite Skala „feminine Attribute“ mit insgesamt 11 Items zusammengestellt aus der Skala „Expressivität“, dem Item „weiblich“ sowie den beiden Attributen „diplomatisch“ und „familienorientiert“ (siehe Kasten). Die innere Konsistenz dieser Skala beträgt  $\alpha=0,83$  im Karrierekonzept und  $\alpha=0,71$  im Selbstkonzept. Um eine Vergleichbarkeit der beiden Skalenmittelwerte zu erhalten, wurden diese jeweils durch die Anzahl der Items dividiert. Als Ähnlichkeitsschätzung zwischen dem Karrierekonzept und dem Selbstkonzept wurde entsprechend der Vorgehensweise in vergleichbaren Untersuchungen (siehe Scheller & Heil, 1984) als sogenannter *Incorporation-Score* (siehe Healy, 1968) die globale Diskrepanz zwischen subjektivem Berufskonzept (Karrierekonzept) und Selbstkonzept berechnet. Das Differenzmaß  $D^2$  (Cronbach & Gleser, 1953) ist definiert als die Summe der quadrierten Differenzen aller Eigenschaftspaare, also

$$D^2 = \sum (x_{i1} - x_{i2})^2.$$

Um die Ähnlichkeit (beziehungsweise Diskrepanz) zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept festzustellen, wurde zunächst die durchschnittliche globale Diskrepanz  $D^2$  über alle 28 Items berechnet. Da in dem Eigenschaftsprofil mehr maskuline als femi-

nine Eigenschaften enthalten waren, wurden außerdem Diskrepanzmaße für die Skalen „maskuline Attribute“ und „feminine Attribute“ getrennt berechnet. Um diese beiden Diskrepanzmaße vergleichbar zu machen, wurde die globale Skalendiskrepanz jeweils durch die Anzahl der Items dividiert.

### Ergebnisse

#### Karrierekonzept

Die subjektiven Karrierekonzepte der West- und Ost-Berliner Medizinstudierenden sind in Abbildung 1 und Tabelle 1 dargestellt, wobei eine große Ähnlichkeit auffällt. In West- wie Ost-Berlin gelten maskuline Eigenschaften als sehr förderlich ( $M=3,05$  bzw.  $M=2,98$ ) für eine berufliche Karriere, während feminine Eigenschaften als signifikant weniger förderlich ( $M=1,97$  bzw.  $M=2,06$ ) eingestuft werden (t-Test für abhängige Stichproben; West-Berlin:  $t=23,40$ ,  $p=0,001$ ; Ost-Berlin:  $t=14,28$ ,  $p=0,001$ ).

Um die subjektiven Karrierekonzepte einer genaueren Analyse zu unterziehen, wurden für jede Skala dreifaktorielle Varianzanalysen gerechnet mit den Faktoren Gruppe (Ost versus West), Geschlecht (männlich versus weiblich) und Studiensituation (am Anfang versus am Ende des Studiums).

**Tabelle 1: Subjektives Karrierekonzept und Selbstkonzept von West- und Ost-Berliner Medizinstudierenden am Anfang und am Ende des Medizinstudiums (Skalenmittelwerte; 0 = „überhaupt nicht förderlich“, 4 = „sehr förderlich“)**

	Karrierekonzept		Selbstkonzept	
	West-Berlin	Ost-Berlin	West-Berlin	Ost-Berlin
<b>Maskuline Attribute</b>				
Studienanfang:				
Männer	2,93	2,85	2,11	2,12
Frauen	2,97	2,93	1,96	1,97
Studienende:				
Männer	3,04	2,94	2,18	2,23
Frauen	3,22	3,10	1,81	1,70
<b>Feminine Attribute</b>				
Studienanfang:				
Männer	2,05	2,28	2,54	2,57
Frauen	2,06	2,20	2,83	2,97
Studienende:				
Männer	2,03	2,09	2,53	2,54
Frauen	1,78	1,88	2,88	3,12

#### Items der Skalen ‚Maskuline Attribute‘ und ‚Feminine Attribute‘.

##### Skala Maskuline Attribute

- unabhängig
- aktiv
- konkurrierend
- leicht Entscheidungen fällend
- nicht leicht aufgebend
- selbstsicher
- sich überlegen fühlend
- Druck gut standhaltend
- aggressiv
- dominant
- cool
- egoistisch
- hart
- offensiv
- ehrgeizig
- leistungsorientiert
- männlich

##### Skala Feminine Attribute

- gefühlsbetont
- fähig, auf andere einzugehen
- hilfreich zu anderen
- freundlich
- der Gefühle anderer bewußt
- verständnisvoll gegenüber anderen
- sanft
- herzlich in Beziehung zu anderen
- diplomatisch
- familienorientiert
- weiblich

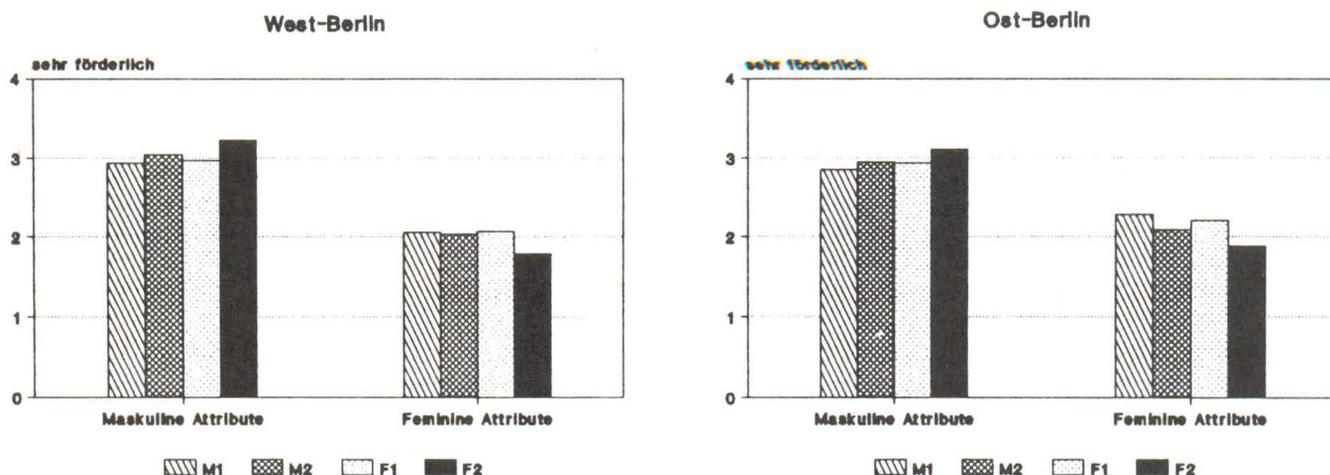


Abbildung 1: Das ärztliche Karrierekonzept in West- und Ost-Berlin, Skalenmittelwerte (0 = „überhaupt nicht förderlich“, 4 = „sehr förderlich“, M1/F1 Männer/Frauen am Studienanfang, M2/F2 Männer/Frauen am Studienende).

**Tabelle 2: Die Einschätzung maskuliner und femininer Attribute im Karrierekonzept in Abhängigkeit von den Faktoren Geschlecht (männlich/weiblich), Studiensituation (Studienanfang/Studienende) und Gruppe (Ost/West). Ergebnisse der dreifaktoriellen Varianzanalyse**

a) Maskuline Attribute					
Varianzquelle	Quadrat-Summen	df	Mittlere Quadrate	F	Signif. von F
Haupteffekte	7,404	3	2,468	10,893	0,000
Geschlecht	1,945	1	1,945	8,586	0,004
Studiensituation	4,293	1	4,293	18,951	0,000
Gruppe (Ost/West)	1,251	1	1,251	5,520	0,019
2-f. Interaktionseffekte	0,763	3	0,254	1,123	0,339
Geschl. Stud.sit.	0,721	1	0,721	3,183	0,075
Geschl. Gruppe	0,001	1	0,001	0,004	0,949
Stud.sit. Gruppe	0,060	1	0,060	0,263	0,608
3-f. Interaktionseffekte	0,019	1	0,019	0,084	0,772
Geschl. Stud.sit. Gruppe	0,019	1	0,019	0,084	0,772
Erklärte Varianz	8,186	7	1,169	5,162	0,000
Fehlervarianz	139,332	615	0,227		
Gesamtvarianz	147,518	622	0,237		
b) Feminine Attribute					
Varianzquelle	Quadrat-Summen	df	Mittlere Quadrate	F	Signif. von F
Haupteffekte	8,775	3	2,925	8,123	0,000
Geschlecht	2,069	1	2,069	5,745	0,017
Studiensituation	4,719	1	4,719	13,105	0,000
Gruppe (Ost/West)	2,425	1	2,425	6,733	0,010
2-f. Interaktionseffekte	2,285	3	0,762	2,116	0,097
Geschl. Stud.sit.	2,080	1	2,080	5,776	0,017
Geschl. Gruppe	0,010	1	0,010	0,027	0,871
Stud.sit. Gruppe	0,069	1	0,069	0,191	0,662
3-f. Interaktionseffekte	0,078	1	0,078	0,217	0,642
Geschl. Stud.sit. Grup.	0,078	1	0,078	0,217	0,642
Erklärte Varianz	11,139	7	1,591	4,419	0,000
Fehlervarianz	225,429	626	0,360		
Gesamtvarianz	236,568	633	0,374		

Bezüglich der Skala „Maskuline Attribute“ sind alle drei Haupteffekte und keine der Wechselwirkungen signifikant (siehe Tab. 2). Entsprechend der Hypothese halten die Studierenden in West-Berlin maskuline Attribute für eine berufliche Karriere für signifikant wichtiger als die Studierenden in Ost-Berlin. Frauen sehen maskuline Eigenschaften im Vergleich zu Männern als noch förderlicher. Bei den Befragten am Ende des Studiums gelten maskuline Eigenschaften im Vergleich zu den Befragten am Anfang des Studiums als förderlicher. Bei der Skala „Feminine Attribute“ sind wiederum alle drei Haupteffekte signifikant sowie die Wechselwirkung zwischen den Faktoren Geschlecht und Situation (siehe Tab. 2). Befragte am Ende des Studiums halten für eine berufliche Karriere am Krankenhaus feminine Attribute für weniger wichtig. Die Hypothese bezüglich des Ost-West-Unterschiedes kann bestätigt werden: Die Ost-Berliner Studierenden halten feminine Attribute für wichtiger als die Westberliner Studierenden. Frauen halten feminine Attribute für weniger wichtig, jedoch gilt dies nur für die Befragten am Ende des Studiums, was sich bereits in der Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Situation andeutet. Ein t-Test zum Vergleich der Skalenmittelwerte am Anfang des Studiums ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Selbstkonzept

Die Ergebnisse zum Selbstkonzept sind ebenfalls in Tabelle 1 dargestellt. Es wurden wiederum dreifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Gruppe, Geschlecht und Situation gerechnet (siehe Tab. 3). Wie zu erwarten, beschreiben Männer sich als signifikant maskuliner. Die signifikante Wechselwirkung zwischen den Faktoren Geschlecht und Situation verweist darauf, daß der Geschlechtsunterschied besonders stark am Ende des Studiums auftritt. Es gibt keinen signifikanten Ost-West-Unterschied. Auf

der Skala „Feminine Attribute“ ist neben dem Haupteffekt Geschlecht auch der Haupteffekt Gruppe sowie der Interaktionseffekt Geschlecht × Gruppe signifikant. Die Frauen in Ost-Berlin beschreiben sich als signifikant femininer im Vergleich zu den Frauen in West-Berlin. Da die Studierenden in Ost-Berlin bedeutend häufiger am Ende des Studiums bereits Kinder haben (58% versus 12%), wurde das Selbstkonzept nochmals in Abhängigkeit von der Mutter-/Vaterrolle analysiert. Bei einer dreifachen Varianzanalyse mit den Faktoren Mutter/Vater (ja versus nein), Geschlecht (männlich versus

weiblich) und Gruppe (Ost versus West) zeigt sich, daß sich die Übernahme der Elternrolle tendenziell im Selbstkonzept niederschlägt. Studierende mit Kind(ern) beschreiben sich als signifikant weniger maskulin ( $F_{1,612} = 4,99; p = 0,026$ ) und tendenziell etwas femininer ( $F_{1,612} = 3,68; p = 0,056$ ) als Studierende, die (noch) kein Kind haben.

Diskrepanz zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept

Die Ergebnisse zur globalen Diskrepanz und zu den Skalendiskrepanzen sind in Tabelle 4 dargestellt. Bei einer dreifachen Varianzanalyse mit der globalen Diskrepanz  $D^2$  als abhängiger Variable sind die Haupteffekte Geschlecht und Situation sowie die zweifache Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Situation signifikant (siehe Tab. 5). Es liegt ein deutlicher Schereneffekt vor: Während bei den Studierenden am Anfang des Studiums sich Männer und Frauen nur wenig unterscheiden (siehe Abb. 2 und Tab. 4), gibt es bei den Studierenden am Ende des Studiums deutliche Unterschiede.

Das Ergebnismuster ist in Ost- und West-Berlin praktisch identisch, der Haupteffekt Gruppe sowie die Interaktionen mit dem Faktor Gruppe sind nicht signifikant. Frauen sehen am Ende des Studiums eine deutlich größere Diskrepanz zwischen ihrem subjektiven Karrierekonzept und ihrem Selbstkonzept als Männer, wobei die Männer in Ost-Berlin die geringste Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Karrierekonzept zeigen. Dieses Ergebnis läßt sich bei den standardisierten Diskrepanzmaßen für die beiden Skalen replizieren (siehe Tab. 4).

Hochsignifikant ist jeweils der Geschlechts- und Situationsunterschied sowie die Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Situation (Skala „Maskuline Attribute“: Haupteffekt Geschlecht:  $F_{1,580} = 44,48, p = 0,001$ ; Haupteffekt Situation:  $F_{1,580} = 9,65, p = 0,002$ ; Wechselwirkung Geschlecht × Situation:  $F_{1,580} = 15,18, p = 0,001$ . Skala „Feminine Attribute“: Haupteffekt Geschlecht:  $F_{1,580} = 41,43, p = 0,001$ ; Haupteffekt Situation:  $F_{1,580} = 11,58, p = 0,001$ ; Wechselwirkung Geschlecht × Situation:  $F_{1,580} = 6,42, p = 0,01$ ).

**Tabelle 3: Die Einschätzung maskuliner und femininer Attribute im Selbstkonzept in Abhängigkeit von den Faktoren Geschlecht (männlich/weiblich), Studiensituation (Studienanfang/Studienende) und Gruppe (Ost/West). Ergebnisse der dreifaktoriellen Varianzanalyse**

a) Maskuline Attribute					
Varianzquelle	Quadrat-Summen	df	Mittlere Quadrate	F	Signif. von F
Haupteffekte	14,175	3	4,725	18,317	0,000
Geschlecht	12,405	1	12,405	48,088	0,000
Studiensituation	0,843	1	0,843	3,269	0,071
Gruppe (Ost/West)	0,045	1	0,045	0,174	0,677
2-f. Interaktionseffekte	3,052	3	1,017	3,944	0,008
Geschl. Stud.sit.	2,323	1	2,323	9,006	0,003
Geschl. Gruppe	0,428	1	0,428	1,657	0,198
Stud.sit. Gruppe	0,046	1	0,046	0,179	0,673
3-f. Interaktionseffekte	0,144	1	0,144	0,559	0,455
Geschl. Stud.sit. Grup.	0,144	1	0,144	0,559	0,455
Erklärte Varianz	17,371	7	2,482	9,620	0,000
Fehlervarianz	160,188	621	0,258		
Gesamtvarianz	177,559	628	0,283		
b) Feminine Attribute					
Varianzquelle	Quadrat-Summen	df	Mittlere Quadrate	F	Signif. von F
Haupteffekte	26,215	3	8,738	39,870	0,000
Geschlecht	21,453	1	21,453	97,886	0,000
Studiensituation	0,373	1	0,373	1,704	0,192
Gruppe (Ost/West)	1,978	1	1,978	9,023	0,003
2-f. Interaktionseffekte	1,610	3	0,537	2,449	0,063
Geschl. Stud.sit.	0,430	1	0,430	1,961	0,162
Geschl. Gruppe	1,049	1	1,049	4,788	0,029
Stud.sit. Gruppe	0,001	1	0,001	0,005	0,942
3-f. Interaktionseffekte	0,033	1	0,033	0,150	0,699
Geschl. Stud.sit. Grup.	0,033	1	0,033	0,150	0,699
Erklärte Varianz	27,858	7	3,980	18,158	0,000
Fehlervarianz	137,418	627	0,219		
Gesamtvarianz	165,276	634	0,261		

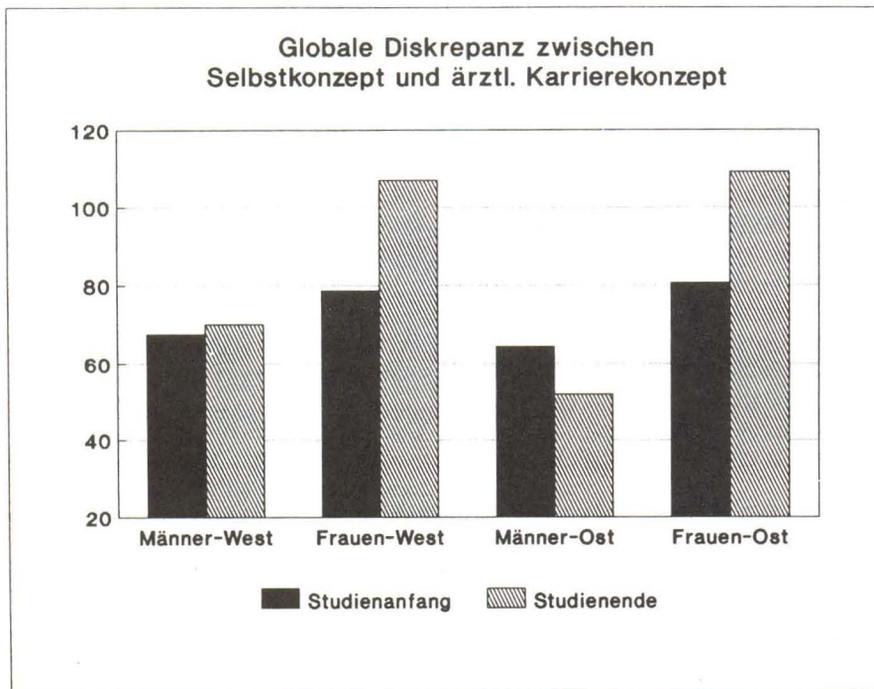


Abbildung 2: Die mittlere globale Diskrepanz ( $D^2$ ) zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept bei Medizinstudierenden in West- und Ost-Berlin.

**Tabelle 4: Globale Diskrepanz ( $D^2$ ) zwischen subjektivem Karrierekonzept und Selbstkonzept und standardisierte Skalendiskrepanzen ( $D^2/n$ ) für die Skalen „Maskuline Attribute“ und „Feminine Attribute“ von West- und Ost-Berliner Medizinstudierenden am Anfang und am Ende des Medizinstudiums (Mittelwerte)**

	Globale Diskrepanz	Skalendiskrepanzen	
		Mask. A.	Fem. A.
West-Berlin			
Männer Studienanfang	67,61	2,54	2,22
Frauen Studienanfang	78,68	2,87	2,72
Männer Studienende	70,05	2,47	2,55
Frauen Studienende	107,13	3,97	3,60
Ost-Berlin			
Männer Studienanfang	64,34	2,28	2,33
Frauen Studienanfang	80,56	2,77	3,04
Männer Studienende	52,00	1,82	1,91
Frauen Studienende	109,26	3,87	3,95

In Ost- wie West-Berlin sehen die weiblichen Medizinstudierenden durchschnittlich größere Diskrepanzen zwischen dem für eine ärztliche Karriere erforderlichen Ausmaß an maskulinen und femininen Eigenschaften und ihrem Selbstkonzept im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen, wobei diese Unterschiede bei den Befragten am Ende des Studiums besonders ausgeprägt sind.

### Diskussion

Das ärztliche Karrierekonzept von Medizinstudierenden in Ost-Berlin weicht weniger von dem einer West-Berliner Vergleichsgruppe ab als erwartet. Zwar werden von Ost-Berliner Studierenden feminine Eigenschaften als etwas förderlicher und maskuline Eigenschaften als etwas weniger förderlich eingeschätzt, die Unterschiede zu den

West-Berliner Durchschnittswerten sind – wenngleich statistisch signifikant – jedoch äußerst gering. Das Ergebnismuster, wonach maskuline Eigenschaften für eine berufliche Karriere am Krankenhaus als deutlich wichtiger eingeschätzt werden als feminine, ist in West- wie Ost-Berlin das gleiche. Für das subjektive Karrierekonzept erweisen sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen Studienanfängern und Examenkandidaten auf beiden Skalen als größer im Vergleich zu den Ost-West-Unterschieden.

Im Selbstkonzept findet sich ein interessanter Ost-West-Unterschied. Die Studentinnen in Ost-Berlin – besonders am Ende des Studiums – beschreiben sich selbst als deutlich femininer als ihre weiblichen Pendants in West-Berlin. Da das Selbstkonzept durch die Geburt eines Kindes beeinflusst werden kann (siehe Feldman & Aschenbrenner, 1983), ist dieses Ergebnis zumindest teilweise dadurch zu erklären, daß in Ost-Berlin schon ein weit größerer Anteil der Befragten Kinder bekommen hat. Jedoch erwies sich in der vorliegenden Untersuchung der Haupteffekt Elternrolle für das Selbstkonzept als nur schwach signifikant, weshalb diese Variable allein nicht ausreichend erscheint, die ausgeprägtere Betonung femininer Eigenschaften im Selbstbild Ost-Berliner Studentinnen zu erklären. Eine weitere Ursache könnte darin liegen, daß in der ehemaligen DDR eine kontrovers geführte Diskussion über Fragen wie Emanzipation der Frau, Androgynie beziehungsweise Veränderung und Angleichung der Geschlechtsrollen, die in Westdeutschland seit mindestens 20 Jahren vor allem durch die Frauenbewegung angefangen wurde, kein Thema war. Einerseits war die Gleichberechtigung der Frauen in der Berufswelt – zumindest in unteren und mittleren Positionen – weitgehender verwirklicht als in Westdeutschland. Andererseits war die im Westen vorliegende Vielfalt von Frauenforschung und feministischer Literatur unter Verweis auf die gesetzlich verankerte Gleichstellung von Mann und Frau unerwünscht (wenn nicht gar verboten). Es wäre weiterhin möglich, daß eine Geschlechtsrollenangleichung – zumindest hinsichtlich der Berufsrolle

**Tabelle 5: Die globale Diskrepanz  $D^2$  zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept in Abhängigkeit von den Faktoren Geschlecht (männlich/weiblich), Studiensituation (Studienanfang/Studienende) und Gruppe (Ost/West), Ergebnisse der dreifaktoriellen Varianzanalyse**

Varianzquelle	Quadrat-Summen	df	Mittlere Quadrate	F	Signif. von F
Haupteffekt	167407,398	3	55802,466	24,518	0,000
Geschlecht	126313,286	1	126313,286	55,499	0,000
Studiensituation	30249,540	1	30249,540	13,291	0,000
Gruppe (Ost/West)	1219,330	1	1219,330	0,536	0,464
2-f. Interaktionseffekte	41180,090	3	13726,697	6,031	0,000
Geschl. Stud.sit.	33230,317	1	33230,317	14,601	0,000
Geschl. Gruppe	5845,850	1	5845,850	2,569	0,110
Stud.sit. Gruppe	1243,402	1	1243,402	0,546	0,460
3-f. Interaktionseffekte	1718,374	1	1718,374	0,755	0,385
Geschl. Stud.sit. Grup.	1718,374	1	1718,374	0,755	0,385
Erklärte Varianz	210305,862	7	30043,695	13,201	0,000
Fehlervarianz	13041111,697	573	2275,937		
Gesamtvarianz	1514417,559	580	2611,065		

hat sich ja in der ehemaligen DDR die Rolle der Frau weitaus stärker der des Mannes angenähert als in Westdeutschland – nicht zu einer Angleichung der Selbstkonzepte im Sinne einer Androgynisierung, sondern im Gegenteil sogar zu einer Akzentuierung der Geschlechtsunterschiede im Selbstkonzept führt. Es wäre durchaus denkbar, daß die Frauen in der ehemaligen DDR – gerade weil sie so selbstverständlich einen Beruf ausübten und in dieser Hinsicht Männern „ähnlicher“ geworden waren, ihre Weiblichkeit besonders betonten (oder betonen mußten, um als Frauen anerkannt zu werden). Interessant ist jedenfalls, daß die Geschlechtszugehörigkeit sowie die Stellung in der beruflichen Entwicklung auf die Ausbildung des Karrierekonzeptes und Selbstkonzeptes einen größeren Einfluß zu haben scheinen als die Tatsache, ob ein(e) Medizinstudierende(r) in Ost- oder West-Berlin studiert (hat). Dies zeigt sich auch bei der dritten untersuchten Variablen. Betrachtet man Selbstkonzept und subjektives Karrierekonzept im Vergleich, so sind wiederum die Geschlechtsunterschiede bedeutsamer als der gesellschaftliche Unterschied. Die weiblichen Examenskandidaten in West- wie Ost-Berlin weisen gleichermaßen die größte Diskrepanz zwischen ihrem Selbstkonzept und ihrem subjektiven Karrierekonzept auf, was

im wesentlichen darauf zurückzuführen ist, daß sie ein sehr maskulines Karrierekonzept haben und sich selbst als eher feminin beschreiben. Die Unterschiede zwischen Studienanfängern und Examenskandidaten sind vermutlich darauf zurückzuführen, daß sich einerseits das Karrierekonzept der Studierenden am Ende des Studiums – zum Beispiel aufgrund erster praktischer, häufig desillusionierender Erfahrungen im Berufsalltag – verändert hat, andererseits auch das Selbstkonzept keine statische Größe ist. Auf einen Prozeß der Desillusionierung könnte der Befund hindeuten, daß von den Befragten am Ende des Studiums maskuline Eigenschaften als signifikant förderlicher und feminine Attribute als signifikant weniger förderlich für eine berufliche Karriere eingeschätzt werden als von den Befragten am Anfang des Studiums. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um zwei (zeitlich um ein Jahr versetzte) Querschnittstudien handelt, sind natürlich keine Aussagen über tatsächliche *Veränderungen* des subjektiven Karrierekonzeptes oder Selbstkonzeptes vom Anfang zum Ende des Medizinstudiums möglich. Es ist deshalb – zumindest für West-Berlin – eine zweite Erhebung mit den ehemaligen Studienanfängern geplant.

In West- wie in Ost-Berlin verfügen die Medizinstudenten kurz vor dem

Berufseintritt über ein deutlich günstigeres persönliches Karrierepotential als ihre Kommilitoninnen. Eine Rolle spielen dabei möglicherweise Phänomene der Geschlechtsstereotypisierung. Während das Karrierekonzept mit dem männlichen Geschlechtsstereotyp praktisch übereinstimmt, weicht das weibliche Geschlechtsstereotyp davon sehr deutlich ab. „Feminin“ zu sein und sich erfolgreich im ärztlichen Berufsfeld durchzusetzen, scheint nach diesen Ergebnissen nicht leicht vereinbar zu sein. (In der Diskussion der Ergebnisse mit den West-Berliner Studierenden wurde kritisiert, daß Medizinerinnen auch in der Klinik immer noch mit traditionellen Erwartungen bezüglich „angemessenen“ weiblichen Verhaltens konfrontiert werden.) Aus anderen Untersuchungen weiß man, daß sich in männlich dominierten Berufsfeldern vor allem solche Frauen behaupten können, die über ein hohes Maß an instrumentellen (maskulinen) Eigenschaften verfügen. So weisen beispielsweise Wissenschaftlerinnen überproportional häufig ein androgyenes oder maskulines Selbstkonzept auf (Spence & Helmreich, 1978). Es ist natürlich zu bedenken, daß die Zeit am Krankenhaus für Ärzte und Ärztinnen nur eine Übergangszeit zu sein braucht. Nach Abschluß der Facharztausbildung kann das Krankenhaus verlassen werden, und dann können – zum Beispiel in eigener Praxis – auch die femininen Attribute, die ja zweifellos gerade für den Umgang mit Patienten sehr wichtig sind – stärker zur Anwendung kommen. Die Erfahrungen in Westdeutschland (zum Beispiel mit Ärztinnen, die wieder in den Beruf zurückkehren wollen) zeigen jedoch, daß, wenn Ärztinnen ihre berufliche Entwicklung unterbrechen oder abbrechen – um zum Beispiel eine mehr oder weniger lange Familienphase einzulegen –, dies meist um die Zeit des Berufseintritts geschieht. Je nachdem, wie lange die Unterbrechung ist, ist ein späterer Berufseinstieg oft gar nicht mehr möglich. Es ist anzunehmen, daß Medizinerinnen, die den Eindruck haben, daß sie nicht über die erforderlichen Eigenschaften verfügen, um sich in der Klinik behaupten zu können, eher nach Alternativen suchen (zum Beispiel Rückzug auf die traditionelle Hausfrauen- und Mutterrolle) als sol-

che Medizinerinnen, die nicht so eine große Diskrepanz zwischen Berufskonzept und Selbstkonzept wahrnehmen. Diese Vermutung müßte jedoch in Längsschnittstudien überprüft werden. Immerhin war in Westdeutschland 1990 fast jede dritte approbierte Ärztin nicht in ihrem Beruf tätig (insgesamt 20855, unveröffentlichte Statistik der Bundesärztekammer). Die geringe Quote von Ärztinnen, die sich arbeitslos gemeldet hat (lediglich jede siebte) sowie Befragungen von nicht berufstätigen Ärztinnen in West-Berlin (Betzold, Duschka, Redemann & Rost, 1990) verweisen auf Mechanismen der Selbstselektion. Diese Situation war in der ehemaligen DDR grundverschieden; einen freiwilligen Verzicht von Ärztinnen auf die Berufstätigkeit gab es dort kaum. Man kann sicher davon ausgehen, daß sich in der ehemaligen DDR das ärztliche Berufsfeld und das ärztliche Berufsbild durch die große Zahl von Ärztinnen stärker verändert hat als in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland; der „ärztliche Berufsalltag“ war jedoch nicht das Thema dieser Untersuchung. Abele (1979) konnte in einem Experiment zeigen, daß mit steigendem Frauenanteil das Prestige eines Berufes sowie die Zuordnung karriereorientierter Eigenschaften zu diesem Beruf sinkt. Wie bereits dargestellt, haben seit den 70er Jahren Männer in Ostdeutschland den Beruf des Arztes teilweise wieder zurückerobert, ein Phänomen, das sich nach der Vereinigung verstärkt hat und weiter verstärken wird. (So sind erwiesenermaßen Frauen in den neuen Bundesländern überproportional häufig von Arbeitslosigkeit betroffen.) Es ist anzunehmen, daß parallel zu dieser Entwicklung karrierebezogene maskuline Persönlichkeitseigenschaften auch in Ostdeutschland für den ärztlichen Beruf an Bedeutung gewonnen haben.

**Literatur**

Abele, A. (1979). Frauen „erobern“ einen Beruf. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 31, 282–302.  
 Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162.  
 Betzold, M., Duschka, E., Redemann, B. & Rost, S. (1990). Frauen auf dem Abstellgleis? *Berliner Ärzte*, 8, 33–34.  
 Bierhoff-Alfermann, D. (1989). *Androgynie*.

Opladen: Westdeutscher Verlag.  
 Brophy, A.L. (1959). Self, role, and satisfaction. *Genetic Psychology Monographs*, 59, 263–308.  
 Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 50, 456–473.  
 Cunningham, J.D. & Antill, J.K. (1984). Changes in masculinity and femininity across the family life cycle: A reexamination. *Developmental Psychology*, 20, 1135–1141.  
 Feldman, S.S. & Aschenbrenner, B. (1983). Impact of parenthood on various aspects of masculinity and femininity: A short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 19, 278–289.  
 Hay, J.E. (1966). Self-ideal congruence among engineering managers. *Personnel and Guidance Journal*, 44, 1084–1088.  
 Healy, C.C. (1968). Relation of occupational choice to the similarity between self-ratings and occupational ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 317–323.  
 Heim, E. (1986). Das Krankenhaus als berufliches Umfeld. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin, Band 2* (Klinik und Praxis, 585–589). Berlin: Springer.  
 Janshen, D. & Rudolph, H. (1987). *Ingenieurinnen*. Berlin: De Gruyter.  
 Parsons, T. & Bales, R.F. (1955). *Family. Socialization and Interaction Process*. London: Routledge & Kegan.  
 Powell, G.N. & Butterfield, D.A. (1979). The „good manager“: Masculine or androgynous? *Academy of Management Journal*, 22, 395–403.  
 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.  
 Rustemeyer, R. & Thrien, S. (1989). Die Managerin – der Manager. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 33, 108–116.  
 Rychlik, R. (1983). *Ärzte in der DDR*. Stuttgart: Enke.  
 Scheller, R. & Heil, F.E. (1984). Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung* (253–271). Stuttgart: Klett-Cotta.  
 Seifert, K.H. (1989). Berufliche Entwicklung und berufliche Sozialisation. In E. Roth (Hrsg.), *Organisationspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie D/III/3* (608–630). Göttingen: Hogrefe.  
 Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6–15.  
 Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.  
 Sieverding, M. (1992). Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 157–166.  
 Spence, J.T. & Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity and Femininity. Their Psychological*

*Dimensions, Correlates, & Antecedents*. Austin: University of Texas Press.  
 Starishevsky, R. & Matlin, N. (1963). A model for the translation of self concepts into vocational terms. In D. E. Super, R. Starishevsky, N. Matlin & J.P. Jordann (Eds.), *Career Development. Self Concept Theory* (33–41). New York: College Entrance Examination Board.  
 Statistisches Bundesamt (1991). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.  
 Super, D.E. (1957). *The Psychology of Careers*. New York: Harper.  
 Super, D.E., Starishevsky, R., Matlin, N. & Jordann, J.P. (1963). *Career Development: Self-Concept Theory*. New York: College Entrance Examination Board.  
 Williams, J.E. & Best, D.L. (1990). *Measuring Sex Stereotypes*. Newbury Park: Sage.  
 Winkler, G. (1990). *Frauenreport '90*. Berlin: Die Wirtschaft.

*Dr. Monika Sieverding  
 Freie Universität Berlin  
 Institut für Medizinische  
 Psychologie  
 Habelschwerdter Allee 45  
 W-1000 Berlin 33*

*Dr. Martina Rauchfuß  
 Soziale Gynäkologie  
 der Frauenklinik  
 Charité  
 Schumannstr. 20/21  
 O-1040 Berlin*