

Berufskonzept - Selbstkonzept und berufliche Ambitionen

Monika Sieverding

Einführung in die Problemstellung

Obwohl die Berufstätigkeit von Frauen selbstverständlich geworden ist, bleiben die beruflichen Laufbahnen von Frauen in der Regel nach wie vor weit hinter ihren Fähigkeiten sowie ihren ursprünglichen Zielen und Hoffnungen zurück. Ein markantes Beispiel ist die Situation von Medizinerinnen. Obwohl der Anteil an Frauen unter den Studienanfängern der Medizin inzwischen fast 50% beträgt, ist die weitere berufliche Entwicklung vieler Medizinerinnen durch Diskontinuitäten charakterisiert: Mehr als die Hälfte aller Ärztinnen schließt keine Facharztausbildung ab; in leitenden Positionen in Universität und Klinik stellen Frauen nach wie vor eine Ausnahme dar (weniger als 5%). Ärztinnen sind überrepräsentiert in Berufsfeldern und Positionen, die niedrig in Prestige und Einkommen sind (z.B. Stellen bei Behörden oder in der Pharmaindustrie). Fast ein Drittel (27%) aller approbierten Ärztinnen (20855) übt gegenwärtig (in den alten Bundesländern) ihren Beruf überhaupt nicht aus (bei den Ärzten sind es 11%, Statistiken der Bundesärztekammer 1990). Von diesen Ärztinnen hatte sich jedoch nur jede siebte arbeitslos gemeldet. Es ist deshalb nicht auszuschließen, daß ein Teil der Ärztinnen (mehr oder weniger) freiwillig auf Beruf und berufliche Karriere verzichtet.

In der vorliegenden Studie wird überprüft, inwiefern das subjektive Berufskonzept (im Vergleich zum Selbstkonzept) eine Rolle bei solchen Selbstselektionsprozessen spielen könnte. Die Selbstkonzept-Theorie von Super (1963) gilt als eine der bewährtesten Theorien zur beruflichen Entwicklung (Scheller und Heil, 1984, Seifert, 1989), wurde bisher jedoch kaum zur Erklärung des beruflichen Verhaltens von Frauen angewandt. Individuen versuchen demnach, in der beruflichen Entwicklung ihr (berufliches) Selbstkonzept zu verwirklichen; sie suchen sich deshalb solche Berufe, für die sie glauben, die passenden Eigenschaftsprofile zu besitzen. Auch der Verbleib in einem einmal gewählten Beruf, Berufszufriedenheit und berufliche Tüchtigkeit sind umso wahrscheinlicher, je größer die - subjektive - Ähnlichkeit zwischen Berufskonzept und Selbstkonzept ist. Ein freiwilliger Verzicht auf Beruf und berufliche Karriere bei Ärztinnen könnte damit zusammenhängen, daß sie nicht glauben, ihr Selbstkonzept in diesem Berufsfeld verwirklichen zu können.

2. Fragestellung

Van Maanen (1976) hat darauf aufmerksam gemacht, daß Berufe meist in einem organisatorischen Setting ausgeübt werden; er spricht deshalb nicht von beruflicher, sondern von "organisatorischer Sozialisation". Es scheint deshalb notwendig, das Berufs-

konzept in enger Anlehnung an das organisatorische Setting zu erfassen, in dem der jeweilige Beruf ausgeübt wird. Die ärztliche Berufstätigkeit ist eng an die Organisation Krankenhaus gekoppelt, ohne die ein berufliches Fortkommen kaum möglich ist. Zumindest bis zum Abschluß der Facharzt Ausbildung ist das Krankenhaus ein "Muß" für jeden Arzt und jede Ärztin, der/die beruflich weiterkommen will. Die typischen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus (z.B. alltägliche Hetze, hierarchische Strukturen, Rivalitätsverhältnis zwischen ärztlichen KollegInnen etc., S. Heim, 1986) stehen den ursprünglichen idealistischen Motiven zum Arztberuf ("Helfenwollen") diametral entgegen.

Zum Berufskonzept und Selbstkonzept von MedizinerInnen wurden drei Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 1: Um in der Organisation Krankenhaus beruflich weiterzukommen, werden vor allem Eigenschaften und Verhaltensweisen benötigt, die eher dem traditionellen männlichen Geschlechtsstereotyp zuzuordnen sind, d.h. instrumentelle und sich selbst behauptende Eigenschaften. Es wurde weiter angenommen, daß expressive Eigenschaften, die eher zum weiblichen Geschlechtsstereotyp gehören, für ein berufliches Weiterkommen in der Klinik dagegen als wenig förderlich angesehen werden.

Hypothese 2: Je ähnlicher das Selbstkonzept dem subjektiven Berufskonzept ist, desto größer sind die Karrieremotivation und die Realisierungserwartungen bezüglich der beruflichen Hoffnungen.

Hypothese 3: Bei MedizinstudentInnen liegen Selbstkonzept und Berufskonzept weiter auseinander als bei ihren männlichen Kommilitonen.

3. Methode

An der Studie nahmen 450 Studierende der Medizin teil. Die Stichprobe bestand aus zwei Hauptuntersuchungsgruppen: a) Studierende im 3. vorklinischen Semester (104 Frauen und 117 Männer), b) Studierende im Praktischen Jahr (119 Frauen und 110 Männer).

Zur Erfassung der Karrieremotivation wurde den Probanden die Frage gestellt: "Wenn es nur von ihnen abhängen würde, würden sie gern berufliche Karriere machen?" Die vorgegebenen fünf Antwortmöglichkeiten waren a) nein, auf keinen Fall, b) nein, ich glaube nicht, c) ja, würde ich gerne, d) ja, auf jeden Fall und e) ich weiß noch nicht. Anschließend sollten die Probanden auf einer 7stufigen Skala einschätzen, wie realistisch sie ihren Karrierewunsch einschätzen (von 1 "sehr unrealistisch" bis 7 "sehr realistisch").

Zur Erfassung des subjektiven Berufskonzepts und des Selbstkonzepts wurde eine Eigenschaftsliste verwendet, die vier Skalen enthält. Die Instrumentalitätsskala des Personal Attributes Questionnaire (PAQ, Spence und Helmreich, 1978) enthält positiv bewertete Eigenschaften die durchschnittlich eher dem "typischen" Mann zugeschrieben werden (z.B. "selbstsicher", "durchsetzungsfähig"). Die Expressivitätsskala des PAQ enthält Eigenschaften, die eher der typischen Frau zugeordnet werden (z.B. "einfühlsam", "freundlich"). Aufgrund der Vorversuche waren zwei weitere Skalen konstruiert worden,

eine Skala Leistungsstreben (z.B. "ehrgeizig") und eine Skala Selbstbehauptung (z.B. "offensiv").

Die Probanden wurden gebeten, jede Eigenschaft auf einer vierstufigen Skala danach zu beurteilen, inwiefern sie förderlich für eine berufliche Karriere im Krankenhaus ist. "Welche Eigenschaften sind förderlich, eine Stelle im Krankenhaus zu bekommen, zu behalten und im Krankenhaus aufzusteigen?" Das Selbstkonzept wurde anschließend anhand derselben Eigenschaftsliste erfaßt (zur genaueren Darstellung der Methode s. Sieverding, 1990).

4. Ergebnisse

Die erste Hypothese konnte voll bestätigt werden. In allen vier Untersuchungsgruppen wurden die Eigenschaften des Leistungsstrebens am meisten förderlich eingeschätzt. An zweiter Stelle folgen instrumentelle Eigenschaften, an dritter Stelle Eigenschaften der Selbstbehauptung.

Am wenigsten förderlich für eine berufliche Karriere im Krankenhaus gelten expressive Eigenschaften (s. Abb.1). Das heißt, Eigenschaften, die zum traditionellen weiblichen Geschlechtsstereotyp gehören, werden für ein berufliches Weiterkommen in der Klinik als wenig nützlich angesehen.

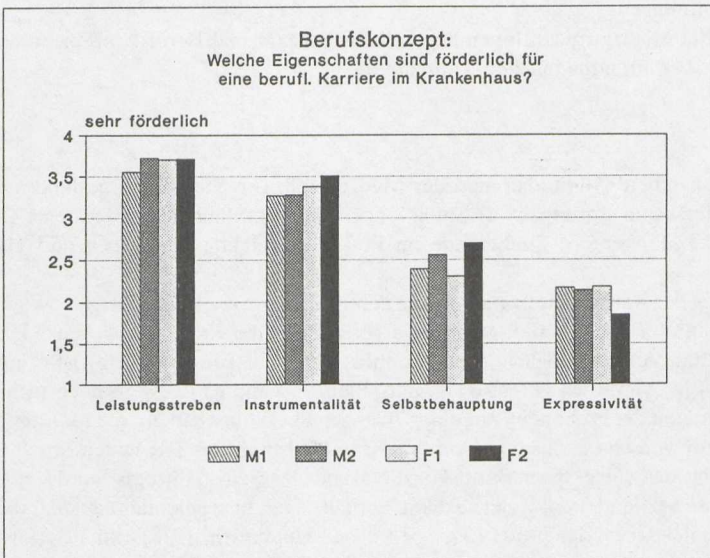


Abb.1: Mittlere Einschätzung in den 4 Untersgruppen (M1/F1 Männer/Frauen am Studienanfang, M2/F2 am Studienende)

Als Ähnlichkeitsschätzung zwischen Berufskonzept und Selbstkonzept wurde die globale Diskrepanz berechnet (Differenzmaß D nach Cronbach und Gleser, 1953).

Entlang des Medians ($D=31$) dieses Diskrepanzmaßes wurde die Gesamtstichprobe in zwei gleich große Gruppen unterteilt. Personen, mit einem D-Wert über 31 wurden als "unähnlich" definiert, Personen mit einem D-wert unter 31 als "ähnlich". In allen vier Untersuchungsgruppen streben die "ähnlichen" Personen häufiger eine berufliche Karriere an als die "unähnlichen" (s. Abb. 2).

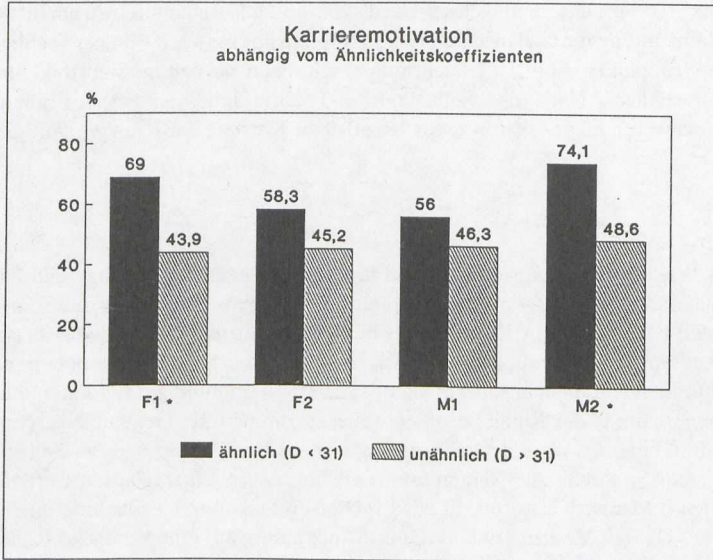


Abb. 2: Prozentuale Häufigkeit, mit der eine berufl. Karriere angestrebt wird Chi-Quadr. T., * $p = .05$

Signifikant ist der Zusammenhang jedoch nur bei den Studentinnen am Anfang des Studiums (F1, Chi-Quadr. = 4.36, $df = 1$, $p = .03$) und bei den Studenten am Ende des Studiums (M2, Chi-Quadr. = 4.94, $df = 1$, $p = .02$).

Eindeutiger ist der Zusammenhang zwischen dem Diskrepanzmaß und den Realisierungserwartungen. Die "ähnlichen" Personen sind sich sicherer, daß sie ihren Karrierewunsch verwirklichen können als die "unähnlichen". Lediglich bei den Studenten am Anfang des Studiums ist der Zusammenhang nicht signifikant (s. Tab. 1).

F1	F2	M1	M2
-.33**	-.36**	-.19	-.42***

Tab. 1: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen D und Realisierungserwartung des Karrierewunsches in den vier Gruppen ($p = .01$, *** $p = .001$)**

Vergleicht man nun die mittleren Diskrepanzen der vier Untersuchungsgruppen miteinander, ergibt sich folgendes Bild: Am Anfang des Studiums weisen Studentinnen zwar eine etwas höhere Diskrepanz auf als ihre männlichen Kommilitonen ($D = 33.25$ vs. $D = 30.85$), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Am Ende des Studiums jedoch weisen die Studentinnen eine signifikant höhere Diskrepanz auf als die Studenten (39.71 vs. 30.6 , Mann-Whitney U-Test, $z = -4.4$, $p = .0001$).

Diese Diskrepanz wird durch zwei Effekte bedingt. Zum einen haben die Studentinnen am Ende des Studiums das "männlichste" Berufskonzept, d.h. sie halten Instrumentalität und Selbstbehauptung für noch wichtiger und Expressivität für noch weniger wichtig als die anderen Gruppen (s. Abb. 1). Gleichzeitig beschreiben sie sich im Selbstbild als ausgesprochen "weiblich". Nach der Selbstkonzept-Theorie muß es diesen Frauen vergleichsweise schwerer fallen, sich in einer beruflichen Karriere im Krankenhaus zu verwirklichen.

5. Diskussion

Die Motive zur Wahl des Medizinstudiums sind meist sehr idealistischer Natur und an abstrakten humanitären Werten orientiert ("Helfenwollen", Wunsch nach Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung etc.). Der tatsächliche Berufsalltag in der Klinik sieht meist sehr anders aus, weshalb viele Berufsanfänger den sog. "Berufseintritt-Schock" erleben (s. Sieverding, 1990). Es reicht nicht aus, beruflich qualifiziert zu sein und gut mit Patienten umgehen zu können, um in der Klinik beruflich weiterzukommen. Im Gegenteil werden dazu Eigenschaften benötigt, die der Durchsetzung eigener Bedürfnisse und der Selbstbehauptung in einer hierarchischen Organisation dienen. Diese Eigenschaften werden traditionell eher von Männern erwartet. In der Ergebnisdiskussion mit Teilnehmerinnen der Studie zeigte sich, daß Medizinerinnen in der Klinik häufig auf eine weibliche Rolle (z.B. einfühlsam zu Patienten zu sein) festgelegt werden und daß es ihnen besonders schwer gemacht wird, sich selbst zu behaupten. Eine Medizinerin drückte dies so aus: "Ich habe den Eindruck, ich muß nicht nur doppelt so gut, sondern doppelt so instrumentell sein, um in der Klinik anerkannt zu werden." Hinzu kommt, daß viele Frauen in einer geschlechterspezifischen Sozialisation nur unzureichend gelernt haben, sich in einer hierarchisch strukturierten Organisation durchzusetzen (s. z.B. Henning und Jardim, 1987). Dies mag der Grund dafür sein, daß Ärztinnen in wenigen "Frauenfächern" wie Kinderheilkunde und Anästhesiologie überrepräsentiert sind. Die Diskrepanz zwischen dem subjektiv wahrgenommenen Anforderungsprofil und dem Selbstkonzept könnte andererseits dazu führen, daß Medizinerinnen - vor allem wenn sie mit zusätzlichen äußeren Schwierigkeiten konfrontiert werden - von sich auf eine berufliche Karriere im Krankenhaus, vielleicht sogar auf die Berufstätigkeit verzichten.

Einschränkend ist anzumerken, daß in dieser Querschnittstudie lediglich berufliche Hoffnungen und nicht das tatsächliche berufliche Verhalten erfaßt wurde. Ob also eine größere Diskrepanz zwischen Berufskonzept und Selbstkonzept tatsächlich zu einem Rückzug aus dem Berufsfeld und damit zu einer Selbstselektion führen kann, müßte in einer Längsschnittstudie überprüft werden.

Literatur

- Cronbach, L.J., Gleser, G.C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 50, S.456-473.
- Heim, E. (1986). Das Krankenhaus als berufliches Umfeld. In: Heim, E. und Willi, J. (Hrsg.) *Psychosoziale Medizin*, Bd. 2, (Klinik und Praxis). Berlin: Springer. S.585-589.
- Henning, M. und Jardim, a. (1987). *Frau und Karriere*. Reinbek: Rowohlt.
- Scheller, R. und Heil, F. E. (1984). Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.) *Selbstkonzeptforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta. S.253-271.
- Seifert, K.H. (1989). Berufliche Entwicklung und berufliche Sozialisation. In: Roth, E. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie*, Band Organisationspsychologie. Göttingen: Hogrefe. S.608-630.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.
- Spence, J.T. und Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates, & antecedents*. Austin: University of Texas Press.
- Super, D.E., Starishevsky, R., Matlin, N. und Jordaan, J.P. (1963). *Career development. Self-concept theory*. New York: College Entrance Examination Board.
- Van Maanen, J. (1976). Breaking in. Socialisation to Work. In: Dublin, R. (Ed.) *Handbook of work, organization and society*. Chicago: Rand McNally. S.67-130.