

2.10 Frauenärztinnen in den Institutionen Krankenhaus und Universität

Monika Sieverding

2.10.1 Vorwort der Herausgeberin

Die Autorin hat sich bereits seit mehr als 10 Jahren mit den psychologischen Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen beschäftigt [1]. Wir sind ihr sehr dankbar, daß sie ihre Studien am Beispiel der Medizinerinnen durchgeführt hat, hilft sie uns doch auf diese Weise, unsere äußerst widersprüchlichen Gefühle angesichts unserer beruflichen Situation einzuordnen.

Wir selbst sind auf existentielle Weise in diese Thematik involviert. Wir fühlen uns hin- und hergerissen zwischen einer kämpferischen Haltung von Zweckoptimismus nach dem Motto: «Wenn eine Frau wirklich in eine Führungsposition kommen möchte, dann schafft sie es auch» und einer resignativen Verweigerungshaltung: «In diesen patriarchalen Strukturen hat eine Frau sowieso keine Chance, in Führungspositionen zu kommen, und außerdem ist unter den gegebenen Bedingungen der Preis viel zu hoch».

Nicht nur in uns selbst, auch innerhalb der ärztlichen Frauenriege gibt es die Spaltung in die eine oder die andere Haltung und dadurch keineswegs nur Solidarität. Die Werthaltungen, nach denen Frauen und Männer mit zweierlei Maß gemessen werden (sog. Doppelstandard [2]), sind so tief verinnerlicht, daß selbst wir, die wir uns ihrer Auswirkungen oft genug schmerzlich bewußt geworden sind, sie nicht einfach abstellen können, sondern immer wieder erschrocken registrieren, daß wir beispielsweise der Fachautorität eines männlichen Kollegen mehr vertrauen als der einer Kollegin. Um wieviel größer muß der Unterschied sein bei Männern und Frauen, die ihre Sensibilität in dieser Hinsicht noch nicht geschult haben und in einer ungebrochenen Tradition der Geschlechtsrollenzuschreibung stehen!

Für uns ist es angesichts dieser Zerreißprobe wichtig, unsere eigene psychische Gesundheit zu erhalten, zum Beispiel indem wir uns durch Mißerfolge und Rückschläge nicht ständig selbst in Frage stellen. Andererseits gibt es keinen Grund, hochgesteckte Ziele aufzugeben, ohne zumindest ernsthaft versucht zu haben, ob sie nicht erreichbar sind. Fachkompetenz ist leider keineswegs das ausschlag-

gebende Kriterium, um erfolgreich zu sein. Viel wichtiger ist es, Beziehungen zu Förderern zu haben und ein Netz von Unterstützerinnen.

Auf ganz banale Weise gehören dazu auch Forscherinnen aus anderen Disziplinen wie die Autorin dieses Beitrags. Sie vermittelt uns: «Es gehört viel Durchsetzungskraft dazu, als Gynäkologin eine Führungsposition anzustreben, aber selbst dann ist es ein doppelt steiniger Weg, und es liegt keineswegs alleine in Eurer Macht, wie weit Ihr kommt!»

Das ist einerseits tröstlich, andererseits einfach ungerecht. Für diejenigen unter uns, die auf dem doppelt steinigen Weg zur Strecke gebracht wurden, sind die Zustände zutiefst unmenschlich. Deswegen haben wir die Verpflichtung, sie zu ändern.

Maria J. Beckermann

2.10.2 Einführung

«Gynäkologinnen haben in Deutschland keine Chance, auf eine C4-Stelle zu kommen.» Diese ernüchternde Bilanz zog im Jahre 1994 eine Professorin auf einem Kongreß für Gynäkologie und Geburtshilfe, eine Frau, die selbst mehr als 10mal (vergeblich) einen Listenplatz für solche Positionen innegehabt hatte. Nach wie vor gibt es in ganz Deutschland keine einzige Ordinaria für Frauenheilkunde.¹²⁾ Dabei sprechen gerade in diesem medizinischen Fachgebiet eine Reihe von Argumenten für eine höhere Beteiligung von Ärztinnen auch in führenden Positionen:

- Geburtshilfe und Frauenheilkunde galten in der Geschichte lange als genuin weibliche Disziplinen. «Die Geburtshilfe war bis in die jüngste Zeit Sache erfahrener Frauen in der Umgebung

¹²⁾ Nachtrag: Seit der Einreichung des Manuskriptes hat sich die Situation geändert, und eine wichtige Aussage dieses Artikels trifft erfreulicherweise nicht mehr zu. So ist in der Zwischenzeit tatsächlich der Durchbruch erreicht worden: An der Technischen Universität München wurde in Deutschland erstmals ein C4-Lehrstuhl für Frauenheilkunde mit einer Ärztin besetzt (s. [39]).

– der Sippe, erfahrener Frauen des Dorfes, später der Hebammen» [3]; s. auch [4]. Im 13. Jahrhundert begannen Ärzte, ihr Behandlungsmonopol in der Heilkunde gegenüber Hebammen und «weisen» Frauen durchzusetzen; zunächst waren diese beiden Fächer noch ausgenommen [5]. Als Anfang des 20. Jahrhunderts die ersten Ärztinnen in Deutschland tätig werden durften, wurden sie fast ausnahmslos speziell für die Untersuchung und Behandlung von Mädchen und Frauen eingestellt; für den Reichstag wurde eine Broschüre mit dem Titel «Ärztinnen für Frauenkrankheiten – eine ethische und sanitäre Notwendigkeit» erarbeitet [6].

- Das in Umfragen ermittelte «ideale» Bild des Frauenarztes / der Frauenärztin enthält viele Persönlichkeitseigenschaften, die als typisch weibliche Qualitäten gelten: ruhig und einfühlsam, feinfühlig und behutsam, aufgeschlossen und verständnisvoll [7–9].
- Nach amerikanischen Studien fühlen Patientinnen sich von Ärztinnen besser verstanden, vor allem, wenn es sich um «Frauenprobleme» handelt [10–12]. Einige Studien im deutschsprachigen Raum fanden bei bestimmten Gruppen von Frauen Präferenzen für eine Frauenärztin: z.B. junge Frauen, die noch nie in einer gynäkologischen Praxis waren, Frauen mit niedriger Schulbildung, Frauen, die die gynäkologische Untersuchung als schwierig empfinden, sowie Frauen, die bei männlichen Ärzten mangelndes Verständnis für weibliche Probleme vermuten [13]. Trotzdem ist es nicht so, daß grundsätzlich alle Frauen sich lieber von einer Ärztin untersuchen lassen. So stellte Felder in einer Befragung fest, «daß sich weder das Geschlecht des gegenwärtigen Gynäkologen noch die Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht der Gynäkologen auswirken auf die Beurteilungen der Gynäkologen/innen durch die Frauen» [11, S. 318]. Nach einem neueren Überblick über verschiedene Studien zu diesem Thema äußert etwa die Hälfte der Frauen (je nach Studie zwischen 44 und 64%) keine Geschlechterpräferenz, etwa ein Drittel (18 bis 42%) bevorzugt eine Frauenärztin, eine kleinere Gruppe (4 bis 22%) geht lieber zum Frauenarzt [14].
- Im Unterschied zu anderen Fächern der Medizin, in denen der Frauenanteil generell, d.h. auch auf unteren Qualifikationsstufen, nur sehr gering ist (z.B. Urologie oder Chirurgie), gibt es in der Gynäkologie (inzwischen) eine recht große Zahl von qualifizierten Ärztinnen.

Welche Stellung haben Ärztinnen in der Gynäkologie?

Während in den 70er und 80er Jahren der Frauenanteil bei Gynäkologen noch recht gering war und bei ca. 10% lag, ist er inzwischen (1994) deutlich auf 32% gestiegen (in Kliniken: 27,5%, bei niedergelassenen Gynäkologen: 33,6%; Bundesärztestatistik, 1994). An den Unikliniken ist der Frauenanteil sogar noch höher und liegt auf der Assistenzarztebene bei 43% [15]. Schon auf der nächsten Stufe, der Oberarztebene, werden Frauen rar: Bundesweit gibt es nur 31 Oberärztinnen in der Frauenheilkunde. Noch eine Stufe weiter, auf der Professorenebene, sind in ganz Deutschland nur 7 Gynäkologinnen zu finden (Stand 1997).

O’Leary und Ickovics [16] prägten den Begriff der «gläsernen Decke» («glass ceiling»), um das Phänomen zu beschreiben, daß Frauen ab einer bestimmten Stufe der Karriereleiter nicht mehr weiterkommen (s. auch [17]). Dieses Phänomen ist in praktisch allen Berufsfeldern zu finden und in der Medizin auch nicht auf die Gynäkologie reduziert [18, 19]. In leitenden Positionen an den Krankenhäusern sind Ärztinnen mit einem Anteil von etwa 5% drastisch unterrepräsentiert [20], von Spitzenpositionen sind Frauen noch weitgehend ausgeschlossen. 1995 arbeiteten 23417 Ärztinnen in deutschen Krankenhäusern, davon waren lediglich 45 als Chefärztinnen tätig [21]. Mit steigender Qualifikationsstufe nimmt – wie in anderen Berufssparten – in der Universitätsmedizin der Frauenanteil ab [15, 18, 19]. An deutschen Hochschulkliniken liegt der weibliche Anteil bei C3-Professuren bei 5,3%, bei C4-Professuren gar nur bei 1,9% [15].

Die beruflichen Chancen von Frauenärztinnen in Klinik und Universität sind äußerst unbefriedigend und sogar – trotz des hohen Frauenanteils im Fach – noch schlechter als in anderen Fächern der Medizin. In der Gynäkologie sind leitende Positionen seltener als in jedem 50. Fall mit einer Frau besetzt (1,7%). Zum Vergleich: In anderen Fächern der Medizin, die ebenfalls einen hohen Frauenanteil aufweisen, ist der Anteil von Ärztinnen in leitenden Positionen wesentlich höher. Er beträgt beispielsweise in der Anästhesiologie 17,8% und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 18,2%. Selbst in der Allgemeinmedizin, in der nicht viele Ärztinnen tätig sind (18,5% Frauenanteil), liegt der Frauenanteil in leitenden Positionen bei 9,1%. In Tabelle 2.10.1 ist der Frauenanteil an berufstätigen Ärzten sowie der Frauenanteil in leitenden Positionen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten darge-

stellt. Die Zahlen stammen aus einer sorgfältigen Strukturanalyse zu Geschlechterverhältnissen in der Medizin von Mesletzky [20].

Tabelle 2.10.1

Frauenanteil an berufstätigen Ärzten und in leitenden Positionen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten.¹³⁾

	A. Frauenanteil an berufstätigen Ärzten	B. Frauenanteil in leitenden Pos. im Krankenhaus	B/A
Urologie	2,3	0,0	0,00
Orthopädie	5,2	0,3	0,06
Gynäkologie	21,5	1,3	0,06
Kinderheilkunde	38,7	5,0	0,13
Augenheilkunde	29,3	4,3	0,15
Chirurgie	6,4	1,1	0,17
Innere Medizin	15,9	2,7	0,17
Dermatologie	37,5	7,2	0,19
Psychiatrie	34,7	7,3	0,21
HNO	14,8	3,9	0,26
Nervenheilkunde	26,8	7,4	0,28
Radiologie	18,8	5,6	0,30
Anästhesiologie	40,1	17,8	0,44
Allgemeinmedizin	18,5	9,1	0,49
Arbeitsmedizin	27,7	19,0	0,68

Man erkennt sofort sogenannte «Männer»- und «Frauen»-Fächer in der Medizin: In Urologie, Orthopädie und Chirurgie ist der Frauenanteil besonders gering und liegt deutlich unter 10%. Andere Fächer wie Dermatologie, Psychiatrie, Kinderheilkunde und Anästhesiologie weisen einen recht hohen Frauenanteil von über 30% auf. Besonders aufschlußreich ist jedoch die letzte Spalte, in der ich berechnet habe, wie hoch der Frauenanteil in leitenden Positionen gemessen am Frauenanteil an berufstätigen Ärzten in diesem Fach ist. Der Quotient B/A kann Werte von 0 bis ∞ annehmen, wobei 0 bedeutet, daß keine einzige Frau in diesem Fachgebiet in leitender Position im Krankenhaus tätig ist (wie in der Urologie). 1 würde bedeuten, daß prozentual

genausoviele Frauen in leitenden Positionen vertreten sind, wie sie unter berufstätigen Ärzten in diesem Fach repräsentiert sind. Wie zu erwarten, gibt es kein Fach, in dem der Quotient die Zahl 1 erreicht; auffallend sind jedoch die starken Unterschiede. Die Fächer sind nach diesen Quotienten geordnet. Die Chancen für eine Ärztin, in eine leitende Position zu gelangen, sind danach in den drei Fächern Anästhesiologie, Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin am besten, in den Fächern Urologie, Orthopädie und Gynäkologie am schlechtesten. Der inzwischen recht hohe Frauenanteil unter den berufstätigen Gynäkologen hat also keinen Einfluß auf ihre beruflichen Chancen; im Gegenteil scheinen Gynäkologinnen es noch schwerer zu haben als beispielsweise Frauen in dem «Männer»-fach Chirurgie. Was sind die Gründe für diese Situation?

2.10.3 Erklärungsansätze

Die Barrieren, die sich dem beruflichen Fortkommen einer Ärztin in den Weg stellen, kann man grob in soziale und psychologische Barrieren unterteilen, wobei diese nicht als unabhängig voneinander anzusehen sind [1, 22].

Soziale Barrieren

Es gibt eine Reihe von sozialen Barrieren, die für Ärztinnen allgemein gelten. Die wichtigsten seien im folgenden kurz beschrieben.

Das Fehlen von adäquaten Kinderbetreuungseinrichtungen bei gleichzeitiger Delegation der Sorge für die Kinder an die Frauen: Der ärztliche Beruf ist besonders schwer mit einer Familie vereinbar; die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 55 Stunden; durch Überstunden und Bereitschaftsdienste ist zudem die Arbeitszeit schwer kalkulierbar [23, 24]. In der Regel finden Männer leichter eine Partnerin, die bereit ist, für die Familie ihre eigenen beruflichen Ambitionen zurückzustecken oder ganz aufzugeben. Wie eine Untersuchung an der Medizinischen Hochschule Hannover gezeigt hat, waren die Partnerinnen der befragten Ärzte zu einem Drittel überhaupt nicht berufstätig, zu einem weiteren Drittel nur teilzeitbeschäftigt, lediglich 38% der Partnerinnen arbeiteten voll. Dagegen waren praktisch alle Partner der befragten Ärztinnen (92%) voll berufstätig und überließen ihnen zudem den Hauptanteil an Haushalt und Kindererziehung [25]. Fast identische Ergebnisse ergab eine neuere

¹³⁾ Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf die ehemalige Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1990. Quelle: Mesletzky [20].

Erhebung an den medizinischen Universitäten Kiel und Lübeck [20]. Diese Befragung bestätigte überdies eine bekannte Beobachtung, wonach berufstätige Medizinerinnen deutlich seltener verheiratet sind oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben als ihre männlichen Kollegen.

Benachteiligungen von Medizinerinnen bei Einstellungen und Beförderungen: Bei Stellenbesetzungen werden häufig männliche Bewerber bevorzugt, da bei ihnen nicht mit einem Ausfall wegen Schwangerschaft und Erziehungsurlaub zu rechnen ist [26]. Es ist zu befürchten, daß solche Benachteiligungen um so krasser werden, je weniger Stellen zur Verfügung stehen. Von der sich ständig zuspitzenden Arbeitsmarktsituation im ärztlichen Berufsfeld – der Präsident der Ärztekammer Hamburg beispielsweise geht davon aus, daß im Jahr 2000 ein Drittel aller Ärzte und Ärztinnen arbeitslos sein wird [27] – sind Frauen deutlich stärker betroffen. Für sie wird es immer schwieriger, überhaupt eine Weiterbildungsstelle zu bekommen [28].

Fehlende Förderung der Frauen: Ärztinnen erhalten weniger Förderung in qualifizierenden Tätigkeiten, die für eine berufliche Karriere wichtig sind, insbesondere bei der Promotion oder Habilitation, aber auch bei Forschungsanträgen, Vorträgen auf wissenschaftlichen Kongressen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Die Ärztinnen an der Medizinischen Hochschule Hannover beispielsweise fühlten sich weniger gut durch ihre Vorgesetzten gefördert und schätzten auch ihre Aufstiegschancen schlechter ein als die männlichen Befragten. 80% der Ärztinnen vertraten die Ansicht, daß Frauen weniger Chancen bekommen, sich für leitende Tätigkeiten zu qualifizieren. Ärztinnen finden – wie Frauen in anderen Berufszweigen auch – seltener Mentoren, die sie in ihrer akademischen Karriere bestärken und ihnen eine gewisse Rücken- deckung geben. Die Scientific Community ist nach wie vor von Männern dominiert, die sogenannten «old-boy-networks» sind auch in der Gynäkologie die Regel [15].

Psychologische Barrieren

Einhergehend mit sozialen sind eine Reihe von psychologischen Karrierehemmnissen wirksam. Im folgenden möchte ich einige Ergebnisse dazu aus verschiedenen Untersuchungen mit männlichen und weiblichen Medizinstudierenden vorstellen [1, 29, 30].

Es hat sich gezeigt, daß zu *idealistische Erwartungen an den ärztlichen Beruf* keine günstige psy-

chologische Ausgangsbasis sind. Bei der Wahl des Medizinstudiums stehen idealistische und humanitäre Ziele – z.B. der Wunsch, Menschen zu helfen oder die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern – eindeutig im Vordergrund. Bei der Konfrontation mit der Realität des Klinikalltags zeigt sich spätestens im Praktischen Jahr, daß die bürokratischen und hierarchischen Strukturen nur wenig Spielraum für die Umsetzung solcher Ziele bieten. Die im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen noch höher motivierten und ehrgeizigen Studentinnen werden dementsprechend stärker von einer tiefgreifenden Enttäuschung erfaßt, ein Phänomen, das in der Literatur auch für andere Berufe als Praxischock oder Berufseintrittsschock beschrieben wurde. Fehlende Strategien im Umgang mit dem Berufseintrittsschock verstärken das Problem. Während es Männern leichter zu fallen scheint, ihre ursprünglichen Ansprüche auf ein realistisches Maß herunterzuschrauben, reagieren nicht wenige Medizinerinnen entsprechend einem Alles-oder-nichts-Prinzip: «Hier ist alles so schrecklich, damit will ich nichts zu tun haben.» Es ist allerdings zu bedenken, daß ihren männlichen Kollegen keine Alternative zur Anpassung bleibt. Während Frauen nach wie vor zur Berufsrolle die Alternative der Hausfrauen- und Mutterrolle angeboten wird, und zwar verstärkt in Zeiten angespannter Arbeitsmarktstrukturen, können Männer (noch) nicht von dem Modell einer lebenslangen Vollzeitberufstätigkeit abweichen, ohne gesellschaftliche und soziale Sanktionen befürchten zu müssen. Dies wurde beispielsweise in der «Hausmänner-Studie» von Strümpel und Kollegen eindrucksvoll belegt [31]. Darin wird unter anderem ein Chefarzt zitiert, der auf den Wunsch eines ihm unterstellten Arztes nach Teilzeitarbeit antwortet: «Ich häng mich auf, wenn solche Sitten eingeführt werden» [31, S. 89].

Der *Konflikt zwischen Kind und Beruf* ist für Medizinerinnen besonders schwer zu lösen, da sie kaum auf Kompromißlösungen, wie in vielen typischen Frauenberufen möglich, zurückgreifen können. Nur selten ist eine Reduzierung der Arbeitszeit möglich, und wenn, dann oft nur unter Verzicht auf eine weitere berufliche Qualifizierung. Problematisch ist auch die Unterbrechung der Berufstätigkeit, insbesondere, wenn diese gleich nach Abschluß des Studiums oder nach nur kurzer Berufstätigkeit erfolgt. Je länger der Ausstieg dauert, desto geringer werden die Chancen, je wieder in den ärztlichen Beruf, insbesondere aber in die Klinik hineinzukommen. Verschärft wird dieser Konflikt durch die gerade in Westdeutschland besonders

ausgeprägte *Mutter-Kind-Ideologie*, die die Berufstätigkeit von Müttern kleiner Kinder verteufelt und so beruflich engagierte Frauen mit Kindern in Gewissenskonflikte stürzt [1]. Obwohl inzwischen in vielen wissenschaftlichen Studien eindeutig belegt werden konnte, daß die Berufstätigkeit von Müttern kleinen Kindern *nicht* schadet, sondern im Gegenteil häufig sehr positive Auswirkungen auf das Wohlergehen von Müttern und Kindern hat (einen Überblick gibt [32]), hält sich dieses Vorurteil hartnäckig: leider nicht nur in der Boulevardpresse, sondern zum Teil auch in ärztlichen Fachzeitschriften. Und so empfiehlt Fthenakis, «anstatt weiter danach zu fragen, ob sich die mütterliche Berufstätigkeit auf die kindliche Entwicklung beeinträchtigend auswirkt, eher nach den Bedingungen zu fragen, die es Frauen in unserem Lande so schwer machen, Berufs- und Familientätigkeit miteinander zu vereinbaren. In dieser Hinsicht ist Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern mit hoher Muttererwerbstätigkeit noch ein «Entwicklungsland» [32, S. 20].

Die *Identifikation mit traditionellen Geschlechterrollenerwartungen* erweist sich als eine besonders gravierende psychologische Barriere für eine berufliche Karriere im Krankenhaus. Je mehr eine Frau sich mit der traditionellen familiären Aufgabenteilung, wonach eine Frau primär für Kindererziehung und Haushalt zuständig ist, identifiziert, um so schwerer wird es ihr fallen, von ihrem Partner eine stärkere Beteiligung an diesen Aufgaben einzufordern bzw. eine außerfamiliäre Betreuung zu organisieren. Erschwert wird der unausweichliche Konflikt zwischen den Partnern durch die *Unantastbarkeit der männlichen Geschlechtsrolle*. Die beiden Geschlechtsrollen sind eng aufeinander bezogen, und eine tatsächliche Veränderbarkeit der weiblichen Rolle ist nur dann gegeben, wenn sich die männliche Rolle mitändert. Das heißt, eine wirkliche Beteiligung am Berufsleben ist der Frau nur möglich, wenn sich der Mann nicht nur in Lippenbekenntnissen, sondern tatsächlich an den Familienaufgaben beteiligt. Dies würde jedoch erfordern, daß er seinerseits sein berufliches Engagement reduziert. Bisher stellen jedoch die wenigsten Männer ihre Berufsrolle in Frage, und kaum einer verspürt Lust, den häuslichen Bereich zu «erobern».

Eine entscheidende Bedeutung kommt *subjektiven Berufskonzepten über den ärztlichen Beruf* zu. Nach der Selbstkonzepttheorie der beruflichen Entwicklung von Donald Super [33] suchen Menschen sich einen Beruf aus, von dem sie glauben, daß sie dafür das geeignete Persönlichkeitsprofil

mitbringen. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß Personen um so erfolgreicher und zufriedener in einem Beruf sind, je besser ihr subjektives Berufskonzept und ihr Selbstkonzept übereinstimmen [34]. Welche Persönlichkeitseigenschaften sind notwendig für den ärztlichen Beruf? Zur Erfassung der subjektiven ärztlichen Berufskonzepte habe ich eine Eigenschaftsliste verwendet, die zwei Skalen enthält, die als typisch für das weibliche bzw. männliche Geschlecht gelten, sowie zwei Skalen zum Leistungsstreben und zur Selbstbehauptung. Die Maskulinitäts- bzw. Instrumentalitätskala des Personal Attributes Questionnaire von Spence und Helmreich [35] enthält aufgabenbezogene Eigenschaften wie selbstsicher, durchsetzungsfähig, aktiv, leicht Entscheidungen fällend. Die Feminitäts- oder Expressivitätskala enthält Eigenschaften, die der sozialemotionalen Unterstützung anderer dienen, wie hilfsbereit, einfühlsam, freundlich. In der aufgrund von Vorversuchen konstruierten Selbstbehauptungsskala sind ebenfalls instrumentelle Eigenschaften enthalten, die einen eher negativen Beigeschmack haben, wie offensiv, cool oder egoistisch. Enthalten war auch eine Kurztabelle zum Leistungsstreben.

Tabelle 2.10.2

Adjektivliste zur Erfassung subjektiver Berufskonzepte des ärztlichen Berufs.

Skala «Instrumentalität»	unabhängig aktiv konkurrierend leicht Entscheidungen fällend nicht leicht aufgebend selbstsicher sich überlegen fühlend Druck gut standhaltend
Skala «Expressivität»	gefühlbetont fähig, auf andere einzugehen hilfreich zu anderen freundlich der Gefühle anderer bewußt verständnisvoll gegenüber anderen sanft herzlich in Beziehung zu anderen
Skala «Selbstbehauptung»	aggressiv dominant cool egoistisch hart offensiv
Skala «Leistungsstreben»	ehrgeizig leistungsorientiert

Es zeigte sich nun, daß es für den ärztlichen Beruf (mindestens) zwei subjektive Berufskonzepte gibt. Fragt man Medizinstudierende, welche Eigenschaften der ideale Arzt / die ideale Ärztin im Umgang mit Patienten haben sollte, stehen feminine/expressive Eigenschaften an erster Stelle. Geht es jedoch darum, welche Eigenschaften förderlich sind, um im Krankenhaus eine Stelle zu bekommen und aufzusteigen, d.h. welche Eigenschaften der Karriere im Krankenhaus förderlich sind, wird eine ganz andere Rangreihenfolge aufgestellt. Dann steht Leistungsorientierung an erster Stelle, gefolgt von instrumentellen/maskulinen Eigenschaften und Eigenschaften der Selbstbehauptung. Expressive/feminine Eigenschaften werden als am wenigsten förderlich eingeschätzt, und zwar von männlichen wie weiblichen Medizinstudierenden.

Bei der Entscheidung für das Medizinstudium orientieren sich junge Männer und Frauen fast ausschließlich an dem Idealkonzept ärztlicher Tätigkeit, welches auch ihrem Selbstkonzept sehr viel ähnlicher ist als das Karrierekonzept. Vergleicht man das Selbstkonzept und das Karrierekonzept von Studienanfängern und Studierenden im Praktischen Jahr, zeigt sich ein auffallender Geschlechtsunterschied: Am Ende des Studiums weisen die PJ-lerinnen eine signifikant größere Diskrepanz zwischen ihrem Selbstkonzept und dem Karrierekonzept auf, und zwar sowohl im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen als auch im Vergleich zu Medizinstudentinnen am Anfang des Studiums. Diese durchschnittlich deutlich größere Diskrepanz entsteht durch zwei Phänomene: einerseits haben die PJ-lerinnen ein besonders maskulines Karrierekonzept, d.h., sie haben den Eindruck, daß feminine Eigenschaften überhaupt nicht zählen. So beschreiben einige ihre Erfahrungen in der Klinik, daß sie als «Schwester» angesprochen werden, wenn sie zu mitfühlend sind. Andererseits weisen sie ein recht feminines Selbstkonzept auf. Je femininer sich die Medizinerinnen beschreiben, desto geringer sind ihr berufliches Selbstvertrauen sowie ihre Hoffnungen, daß sie ihre Karrierepläne verwirklichen können. Dagegen bringen solche Medizinerinnen, die sich selbst als hochinstrumentell und leistungsorientiert beschreiben, genauso gute psychologische Voraussetzungen für eine Karriere am Krankenhaus mit wie ihre männlichen Kommilitonen. *Die Identifikation mit typisch femininen Eigenschaften im Selbstkonzept* erweist sich somit als eine weitere psychologische Barriere für ein berufliches Fortkommen an der Klinik für Ärztinnen. Interessanterweise reagieren nicht wenige Medizinerinnen

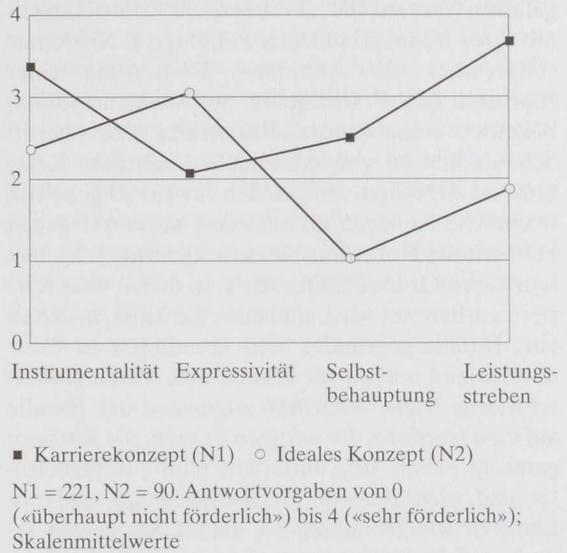


Abbildung 2.10.1

Karrierekonzept und Idealkonzept des ärztlichen Berufes im Vergleich.

auf die maskulin dominierten und geprägten Strukturen in der Klinik nicht mit einer Anpassung, sondern sogar eher in Richtung einer besonderen Betonung ihrer femininen Werte. Dieser Prozeß geschieht sicher nur zum Teil bewußt und unter dem Druck einer Umwelt, die Frauen immer wieder auf «ihre» feminine Rolle mit den dazu assoziierten Eigenschaften festzulegen versucht.

2.10.4 Was sind besondere Hemmfaktoren für Ärztinnen in der Gynäkologie?

Die genannten sozialen und psychologischen Barrieren gelten für Ärztinnen allgemein; es konnte jedoch bereits gezeigt werden, daß die Situation von Ärztinnen in der Gynäkologie noch schlechter ist als die von Ärztinnen in anderen Fächern. Graeff und Mitarbeiterinnen [8] warfen in der Zeitschrift «Der Frauenarzt» die Frage auf, welche Schwierigkeiten die Frauen «in unserem Fach» mit der akademischen Karriere haben. Sie nennen verschiedene Ursachen, insbesondere historische und familiäre. Zu den historischen Gründen: Frauen wurden in Deutschland erst sehr spät zum Medizinstudium zu-

gelassen (Bayern 1903, Preußen 1908). Die Nazizeit mit ihrer frauenfeindlichen Politik (u.a. Niederlassungsverbot für Ärztinnen, Einführung einer 10prozentigen Frauenquote im Medizinstudium) bedeutete einen weiteren Rückschlag für die beruflichen Chancen von Ärztinnen. Nach dem Krieg mußten Ärztinnen ihre Stellen für zurückgekehrte männliche Kollegen räumen und wurden dagegen in überholte Rollenmuster zurückgedrängt. Zu den familiären Gründen: Die Jahre, in denen eine Karriere vorbereitet wird, sind auch die Jahre, in denen eine Familie gegründet wird. Zumindest in Westdeutschland scheint für Frauen eine Vereinbarkeit schwierig: Viele verzichten zugunsten der Familie auf eine Karriere; die wenigen Frauen, die Karriere gemacht haben, sind auffallend häufig unverheiratet und kinderlos [8]. Erfahrungen aus anderen Ländern wie Skandinavien oder USA zeigen jedoch, daß die beiden Lebensbereiche sich nicht ausschließen müssen. Für uns noch näher ist das Beispiel der ostdeutschen Frauen: In der ehemaligen DDR bekamen die meisten Medizinerinnen schon während des Studiums die ersten Kinder; niemand wäre dort auf die Idee gekommen, deshalb auf die Berufstätigkeit als Ärztin zu verzichten [30]. Die von Graeff und Kolleginnen aufgeführten Faktoren betreffen nicht nur Gynäkologinnen, sondern Ärztinnen allgemein, weshalb ich die von ihnen gestellte Frage leicht modifiziert wieder aufgreife: Welche besonderen Schwierigkeiten haben Frauen in diesem Fach mit der akademischen Karriere? Oder umgekehrt formuliert: Welche Schwierigkeiten hat das Fach mit Ärztinnen, die eine berufliche Karriere anstreben? Bei der zunehmenden Zuspitzung des ärztlichen Stellenmarktes liegt möglicherweise der Schlüssel dieses Problems in der hohen Attraktivität des Faches für männliche Ärzte. Was jedoch macht Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Ärzte so attraktiv? Hierüber liegen meines Wissens noch keine aussagekräftigen Untersuchungen, sondern nur Vermutungen vor.

- Einige psychoanalytisch ausgerichtete Autorinnen sehen eine Ursache in – möglicherweise unbewußten – Machtmotiven männlicher Gynäkologen. Es wird vermutet, daß diese kein Interesse daran haben, die Bestimmungsgewalt über den weiblichen Körper, der in der Gynäkologie besonders offensichtlich ist, abzugeben (s. z.B. [7]). Allerdings ist es sicher problematisch, Gynäkologen «grundsätzlich Macht- und Kontrollbedürfnisse gegenüber ihren Klientinnen unterstellen zu wollen». [4, S. 13]
- Möglicherweise ist das Fach auch deshalb für

männliche Ärzte besonders attraktiv, weil sie von den Diagnosen nicht betroffen sind [4].

- Von Bedeutung ist sicher die Tatsache, daß die Gynäkologie ein operatives Fach ist. Operative Fächer besitzen in der Medizin ein höheres Prestige und bessere Verdienstmöglichkeiten und sind von daher für Männer attraktiver als beispielsweise die sogenannten «sprechenden» Fächer wie Psychosomatik oder Psychiatrie [36].

Wie gesagt, sind dies nur Spekulationen, und es wären dringend empirische Untersuchungen notwendig, um zu klären, was die tatsächlichen Gründe für die hohe Attraktivität des Faches bei männlichen Ärzten sind. Auch wissen wir noch zu wenig über die Faktoren, die dafür verantwortlich sind, daß die Chancen des beruflichen Aufstiegs für Ärztinnen in der Gynäkologie so besonders schlecht stehen. Hier wären möglicherweise fächervergleichende Studien hilfreich.

2.10.5 Ausblick: Was müßte geschehen, um die beruflichen Chancen der Frauenärztinnen an den Kliniken und Universitäten zu verbessern?

Aus feministischer Perspektive kommt die Forderung, daß die Gynäkologie (und die Psychiatrie) «mit Priorität den Ärztinnen überlassen werden sollten; in Umkehrung der jetzigen Relation sollten hier die Ärzte zur Ausnahme werden» [37, S. 399]. Eine solche Forderung wird jedoch sehr kontrovers diskutiert. So befürchtet Felder [7] eine Überforderung der weiblichen Kolleginnen und gleichzeitig deren Abwertung: Nicht deren fachliche Kompetenz wäre dann nämlich Mittelpunkt des Interesses, sondern das ihnen unterstellte «humanere» Verhalten, für Felder eine Reduktion der Gynäkologinnen auf sogenannte typisch weibliche Faktoren. Diese Gefahr wird auch in dem Artikel von Graeff und Mitarbeiterinnen sehr deutlich. Sie beschreiben, wie die sogenannten weiblichen Qualitäten das Fach bereichern könnten: «Die Bereitschaft, psychosoziale Fragen anzugehen, das Sich-nicht-entziehen-Können bei sozialen oder unmittelbar mitmenschlichen Problemen, Empfindsamkeit und Empathie für die Situation und die Not des anderen sowie insbesondere die Fähigkeit zum Verzicht auf eigenen Vorteil aus altruistischen Gründen» [8, S. 90]. In diesem Zitat wird nicht nur auf die Möglichkeit einer Bereicherung der Gynäkologie hingewie-

sen, sondern zugleich die Gefahr einer Instrumentalisierung von Ärztinnen verdeutlicht. Die Festlegung von Ärztinnen auf deren (angeblich) typisch weibliche Qualitäten könnte die – beabsichtigte oder unbeabsichtigte – Konsequenz haben, daß Frauen von attraktiven beruflichen Positionen ferngehalten werden, auch (oder gerade?) in der Frauenheilkunde: Während sie sich einfühlsam um die Patientinnen kümmern, basteln die männlichen Kollegen fleißig an ihrer wissenschaftlichen Karriere. «So ist der Eindruck im klinischen Alltag schon der, daß Männer sich von den unmittelbaren Aufgaben der Stationsarbeit weniger leicht abbringen lassen, ins Labor zu gehen, als Frauen» [8, S. 90].

Ein wichtiges Ergebnis der Androgynieforschung (s. z.B. [1, 38]) ist, daß Persönlichkeitseigenschaften nicht durch das biologische Geschlecht vorbestimmt sind, sondern davon unabhängig variieren können. In den verschiedensten Untersuchungen wurde immer wieder ein großer Überlappungsbereich bei den Persönlichkeitseigenschaften festgestellt. Das heißt, es gibt viele Frauen, die instrumenteller und ehrgeiziger sind als (der Durchschnitt der) Männer, Männer, die einfühlsamer und freundlicher sind als (der Durchschnitt der) Frauen. Zwar unterscheiden sich die gesellschaftlichen Rollenerwartungen in Abhängigkeit vom biologischen Geschlecht und üben zweifellos einen mehr oder weniger starken Druck auf ein Individuum aus, sich konform zu verhalten. Je eher eine Frau in der Lage ist, sich davon – äußerlich wie innerlich – zu distanzieren und selbstbewußt und selbstsicher zu ihrem eigenen Wesen und Weg zu stehen, desto eher wird sie auch in Karrierefragen erfolgreich sein. Dies scheint mir eine der wichtigsten psychologischen Voraussetzungen zu sein.

Jedoch wird das nicht reichen. Angesichts der gegenwärtigen Stellensituation ist ohne Frauenförderpläne keine Besserung der Situation in Sicht. Ohne verbindliche Regelungen wird sich der Frauenanteil insbesondere in höheren beruflichen Positionen ansonsten eher verringern als vermehren. Heuser-Schreiber [21] berichtet unter Bezug auf einen Artikel in der Ärzte-Zeitung von Planungen an Dortmunder Kliniken, wonach 50% der AiP-ler und Assistenzärzte sowie 40% der Oberärzte in Zukunft Frauen sein sollen. Solche Regelungen könnten sicher die beruflichen Chancen auch von Gynäkologinnen deutlich verbessern. Was passiert jedoch mit den Oberärztinnen? Bisher haben sie in der Gynäkologie so gut wie keine Chance, eine leitende Stellung zu bekommen. Hier müssen Gynäkologinnen (wie auch Ärztinnen anderer Fachge-

biete) versuchen, über Fachverbände und Interessenverbände einen größeren Einfluß und Macht zu bekommen: Hier ist politische Arbeit und Auseinandersetzung unumgänglich. Bis dahin heißt es natürlich: nicht aufgeben, sich nicht kleinkriegen lassen, Verbündete suchen, Netzwerke bilden, hartnäckig dranbleiben. Vor allem: Rückschläge und Mißerfolge nicht persönlich nehmen. In absehbarer Zeit muß und wird es auch in Deutschland die erste Ordinaria für Gynäkologie geben: Vielleicht ist dann der Bann gebrochen.

2.10.6 Literatur

- 1 Sieverding M. Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke; 1990.
- 2 Broverman DM, Broverman IK, Clarkson FE, Rosenkrantz PS, Vogel Sr. Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health. *J Consult Clin Psychol* 1970;34:1–7.
- 3 Beck L, ed. Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer; 1986.
- 4 Neises M. Frauenbilder in der Frauenheilkunde. Unveröffentlichte Antrittsvorlesung vom 1.12.1995 an der Universität Mannheim. 1995.
- 5 Bischoff C. Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt a.M.: Campus; 1984.
- 6 Ziegler B. «Zum Heile der Moral und der Gesundheit ihres Geschlechtes ...» Argumente für Frauenmedizinstudium und Ärztinnen-Praxis um 1900. In: Brinkschulte E, Hrsg. Weibliche Ärzte. Berlin: Edition Hentrich; 1993. S. 33–43.
- 7 Felder H. Imaginationen zwischen Patientin und Arzt/Ärztin in der gynäkologischen Praxis. In: Kuhlmeier M, Rauchfuß M, Rosemeier HP, Hrsg. Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive. Berlin: Trafo; 1997.
- 8 Graeff H, Höss C, Jürgensmeyer K, Röbl M, Schanzer K, Sellschopp A. Die Schwierigkeiten der Frauen in unserem Fach mit der akademischen Karriere. *Frauenarzt* 1991;32:89–91.
- 9 Tierweiler-Mousaki Takie A. Zufrieden mit dem Frauenarzt? Eine Analyse des Frauenarztesbildes an Hand von Briefen an eine Frauenzeitschrift. *Sexualmedizin* 1994;16:50–2.
- 10 Cockburn J, Bewley S. Do patients prefer women doctors? *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:2–3.
- 11 Felder H. Typen von Frauenarztesbildern: Wie sehen Frauen ihre Gynäkologen/innen? In: Brähler E, Meyer E, Hrsg. Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. Berlin: Springer; 1988. S. 304–20.
- 12 Waller K. Women doctors for women patients. *Br J Med Psychol* 1988;61:125–35.
- 13 Meyer A, Beckmann D. Psychologie in der Frauenheilkunde. In: Basler H-D, Florin I, Hrsg. Klinische

- Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer; 1985. S. 225–47.
- 14 Bernet A, Buddeberg C. Die Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung in der Gynäkologie: Erwartungen und Erfahrungen der Patientinnen. *Gynäkol Geburtshilf Rundsch* 1994;34:43–9.
 - 15 Höb C. Frauenärztin und akademische Karriere. *Arch Gynecol Obstet* 1995;257:704–9.
 - 16 O'Leary V, Ickovics J. Cracking the glass ceiling. In: Sekaran U, Leong F, eds. *Womanpower. Managing in times of demographic turbulence*. New York: 1992.
 - 17 Mixa E. Die gläserne Decke. Arbeitsbedingungen und Karrierebarrieren für Ärztinnen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 1995;24:28–47.
 - 18 Färber C. Wo bleiben die Professorinnen der Medizin? Karrierehemmnisse für Frauen im ärztlichen Beruf. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 1995;24:14–27.
 - 19 Jensen U. Besonderheiten der Berufs- und Lebensplanung von Ärztinnen. *Arch Gynecol Obstet* 1995;257:694–9.
 - 20 Mesletzky J. Geschlechterverhältnisse in der Medizin. Eine Strukturanalyse. Unveröffentlichter Abschlußbericht des Forschungsprojektes «Berufliche Entwicklung und geschlechtsbezogene Karriereverläufe im medizinischen Bereich. Kiel: Zentrum für interdisziplinäre Frauenforschung der Christian-Albrechts-Universität, 1995.
 - 21 Heuser-Schreiber H. Ärztinnen in Deutschland. Fakten – Beobachtungen – Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt* 1997;95:25–7.
 - 22 Sieverding M. Psychologische und soziale Karrierehemmnisse im Berufsweg der Ärztin. *Arch Gynecol Obstet* 1995;257:699–704.
 - 23 Sieverding M. Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen «unmännlich»? *Z Gesundheitspsychol* 1997;5:272–89.
 - 24 Stern K. Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster: Waxmann; 1996.
 - 25 Kaul-Hecker U, Mayer B. Umfrage zur Situation wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Sommer 1991. Hannover: Medizinische Hochschule; 1991.
 - 26 Färber C, Jenschke ML. Gleichstellungspolitik an Universitätsklinik. Dokumentation der 2. Jahrestagung der Kommission «Klinika». Berlin: Freie Universität; 1993.
 - 27 Montgomery FU. Arztberuf im Wandel. In: Zeit D, Hrsg. *Berufschancen für Hochschulabsolventen*. Hamburg: Zeitverlag; 1995. S. 39–43.
 - 28 Bausch M. Größere Arbeitslosigkeit bei Berufsanfängern. *Deutsches Ärzteblatt* 1996;93:426–9.
 - 29 Sieverding M. Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Z Arbeits- Organisationspsychol* 1992;36:157–66.
 - 30 Sieverding M, Rauchfuß M. Ärztliches Karrierekonzept und Selbstkonzept bei Medizinstudierenden in Ost- und West-Berlin. *Z Med Psychol* 1993;2:82–90.
 - 31 Strümpel B, Prenzel W, Scholz J, Hoff A. *Teilzeitarbeitende Männer und Hausmänner*. Berlin: Edition Sigma; 1988.
 - 32 Fthenakis WE. Mütterliche Berufstätigkeit, außerfamiliäre Betreuung und Entwicklung des (Klein-) Kindes aus kinderpsychologischer Sicht. *Z Familienforschung* 1989;1:5–27.
 - 33 Super DE, Starishevsky R, Matlin N, Jordaan JP, eds. *Career development: Self-concept theory*. New York: College Entrance Examination Board; 1963.
 - 34 Scheller R, Heil FE. Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In: Filipp S-H, Hrsg. *Selbstkonzeptforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1984. S. 253–71.
 - 35 Spence JT, Helmreich RL. *Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates & antecedents*. Austin: University of Texas Press; 1978.
 - 36 Schmitt J. Unterschiede auf den zweiten Blick: «Weibliche» und «männliche» Fachgebiete in der Medizin. In: Stein R, Wetterer A, Hrsg. *Studierende und studierte Frauen: Ein ost-west-deutscher Vergleich*. Kassel: Jenior & Preßler; 1994. S. 115–38.
 - 37 Mitzdorf U, Beck K. Frauenspezifische Probleme in der Medizin aus feministischer Sicht. In: Pöppel E, Bullinger M, Härtel U, Hrsg. *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Weinheim: Chapman & Hall; 1994. S. 386–404.
 - 38 Alfermann D. *Geschlechterrollen und geschlechtsspezifisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer; 1996.
 - 39 Juvan G. Der Weg ist noch lang, aber ein Durchbruch ist geschafft! *Ärztin* 2000;47:4–5.