

Monika Sieverding

# Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept

Dokumentation: Sieverding, M. (1992). Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36 Jg. (N.F. 10), 4 157–166.

Schlagwörter: Selbstkonzept, ideales Berufskonzept, Karrierekonzept, Medizinstudium, Selbstselektion, feminine/maskuline Persönlichkeitseigenschaften

## Zusammenfassung

In Anwendung der Selbstkonzept-Theorie von Super wird die Bedeutung subjektiver Berufskonzepte bei Studierenden der Medizin untersucht. Da nur sehr wenige Medizinerinnen beruflich Karriere machen, wurde die Hypothese aufgestellt, daß Frauen am Ende des Medizinstudiums weniger als ihre männlichen Kommilitonen glauben, ihr Selbstkonzept in einer beruflichen Karriere am Krankenhaus verwirklichen zu können. In einer ersten Studie wurden männliche und weibliche Studienanfänger mit Studierenden im Praktischen Jahr verglichen. Das berufliche Karrierekonzept und das Selbstkonzept wurden anhand einer Eigenschaftsliste erfaßt, die neben der Instrumentalitäts- und Expressivitätsskala des Personal Attributes Questionnaire zwei Skalen zum Leistungsstreben und zur Selbstbehauptung enthält. Entsprechend der Hypothese wiesen die Frauen am Ende des Studiums im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen eine signifikant größere Diskrepanz zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept auf. In einer Nachfolgestudie zeigte sich, daß ein zweites subjektives Berufskonzept existiert, das dem Selbstkonzept von männlichen und weiblichen Studienanfängern sehr viel ähnlicher ist, nämlich das Konzept des idealen Arztes/der idealen Ärztin im Umgang mit Patienten.

## Abstract

Through the application of Super's self-concept theory the meaning of subjective vocational concepts among medical students is examined. In order to help explain the fact that only very few female doctors have a professional career, it was hypothesized that women who are at the end of their medical studies are less convinced than their male counterparts that they will be able to implement their self-concept through a professional career in the clinic environment. In the first study, second year medical students and interns were compared. The vocational career-concept was assessed by a list of attributes, which contained the instrumentality and expressivity scale of the Personal Attributes Questionnaire as well as two scales of achievement striving and self-assertion. Consistent with the hypothesis, women interns showed a significantly greater discrepancy between career-concept and self-concept than male interns. In a follow-up study it was found that another subjective vocational concept exists – the concept of the ideal physician who deals perfectly with patients – which turns out to be more similar to females' and males' self-concept than the career-concept.

## 1 Einleitung und Problemstellung

Obwohl die Berufstätigkeit für Frauen in den westlichen Industriegesellschaften ein selbstverständlicher Bestandteil

ihres Lebens geworden ist, nehmen sie nach wie vor nur eingeschränkt an der Berufswelt teil. Frauen sind in wenigen Studiengängen und Berufszweigen konzentriert, sie arbeiten in wenigen Frauenberufen, die in der Regel durch schlechtere Aufstiegsmöglichkeiten, weniger Sicherheit (Teilzeitstellen) sowie niedrigeres Prestige und Einkommen gekennzeichnet sind. In führenden Positionen stellen sie immer noch eine kleine Minderheit dar (s. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1989; Friedel-Howe, 1990; Mohr, 1990; Sattel, 1989; Süßmuth, 1985). Insgesamt bleibt die berufliche Entwicklung von Frauen weit hinter ihren Fähigkeiten und Interessen zurück (Betz & Fitzgerald, 1987).

Als exemplarisch für dieses Phänomen kann die Situation von Medizinerinnen in Westdeutschland angesehen werden. Obwohl die Zahl der Frauen, die ein Medizinstudium beginnen und abschließen, seit den 70er Jahren ständig gestiegen ist (ihr Anteil liegt inzwischen bei über 40 %), übt eine recht große Zahl von Ärztinnen ihren Beruf nicht aus: 1990 waren in Westdeutschland 20 855 approbierte Ärztinnen nicht in ihrem Beruf tätig, d. h. fast jede dritte Ärztin (Statistik der Bundesärztekammer). Gemessen an der Zahl der Frauen, die ein Medizinstudium beginnen und abschließen, sind Frauen bei berufstätigen Ärzten unter- und bei arbeitslosen Ärzten überrepräsentiert. Eine berufliche Karriere haben die wenigsten gemacht: weniger als die Hälfte der Ärztinnen verfügt über eine abgeschlossene Facharztausbildung; in führenden Positionen an Universität und Klinik sind Frauen unterrepräsentiert (höchstens 5 %), dagegen überrepräsentiert in Positionen, die in Prestige und Einkommen niedrig sind (z. B. Stellen bei Ämtern oder in der Pharmaindustrie). Es besteht somit bei Medizinerinnen eine auffallende Diskrepanz zwischen Berufswahl und weiterer beruflicher Entwicklung (Sieverding, 1990).

Diese Diskrepanz ist nicht ausschließlich auf äußere Faktoren der Selektion zurückzuführen. Es gibt einige Hinweise, die auf Mechanismen der Selbstselektion verweisen. Nach einer Umfrage in Berlin im Frühjahr 1990 (Betzhold, Duschka, Redemann & Rost, 1990) übt mehr als die Hälfte der nicht berufstätigen Ärztinnen unter 45 Jahren *freiwillig* ihren Beruf nicht aus. Von den (Ende 1990) approbierten Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit in Westdeutschland hatte sich sogar nur jede siebte arbeitslos gemeldet (Angaben der Bundesanstalt für Arbeit).

Neben der (wichtigen) Analyse sozialer Faktoren, wie etwa der Arbeitsmarktsituation, der Diskriminierung und fehlenden Förderung von Frauen, fehlender professioneller Unterstützungssysteme, fehlender Kinderbetreuungseinrichtungen, oder der mangelnden Unterstützung durch den Partner, die das berufliche Fortkommen von Frauen behindern, ist immer wieder auch nach psychologischen Faktoren gesucht worden, die mit dazu beitragen können, daß Frauen *von sich aus* auf eine berufliche Karriere verzichten, z. B. Rollenkonflikte oder Geschlechtsstereotypisierung (s. z. B. Betz & Fitzgerald, 1987; Friedel-Howe, 1990). Weitere Beispiele sind die Theorie der „Furcht vor Erfolg“ von Horner (1972) oder die Theorie der „beruflichen Selbstwirksamkeit“ (career self-efficacy) von Hackett und Betz (1981; Lent & Hackett, 1987). Eine der ältesten und bewährtesten psychologischen Theorien zur beruflichen Entwicklung, die Selbstkonzept-Theorie von Super (1957, 1963; Scheller & Heil, 1984; Seifert, 1989), wurde bisher jedoch kaum zur Erklärung des beruflichen Verhaltens von Frauen herangezogen. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Untersuchung von Richardson aus dem Jahr 1975, in der sie den Unterschied zwischen berufsorientierten und familienorientierten Frauen analysierte.

Nach der Selbstkonzept-Theorie sucht eine Person sich einen Beruf aus, von dem sie meint, daß er vom Anforderungsprofil zu ihr „paßt“, daß sie in diesem Beruf ihr (berufliches) Selbstkonzept verwirklichen (implementieren) kann. Je besser Berufskonzept und Selbstkonzept übereinstimmen, desto eher wird dieser Beruf gewählt, desto eher verbleibt eine Person in dem gewählten Beruf, und desto höher sind Berufszufriedenheit und berufliche Tüchtigkeit (Brophy, 1959; Hay, 1966; Starishevsky & Matlin, 1963). Es konnte gezeigt werden, daß in erster Linie das subjektive Berufskonzept die entscheidende psychologische Variable ist. Wurde das Berufskonzept von anderen Personen (z. B. von einer peer group oder von Vorgesetzten) definiert, waren die Zusammenhänge entweder weniger deutlich ausgeprägt oder gar nicht festzustellen (Super, 1963).

Mit der vorliegenden Arbeit soll überprüft werden, inwiefern die Selbstkonzept-Theorie einen Beitrag leisten kann, Prozesse der beruflichen Selbstselektion von Frauen, speziell von Medizinerinnen, aufzuklären.

## 2 Ausgangsstudie: Karrierekonzept und Selbstkonzept bei Studierenden am Anfang und am Ende des Medizinstudiums

### 2.1 Fragestellung

Um als Arzt oder Ärztin beruflich erfolgreich zu sein, reicht es nicht aus, fachlich qualifiziert zu sein und gut mit Patienten umgehen zu können. Die ärztliche Berufstätigkeit ist eng an die Organisation Krankenhaus gekoppelt, ohne die ein berufliches Fortkommen – zumindest in den

ersten Phasen der beruflichen Entwicklung – kaum möglich ist. Auch jemand, der keine Karriere im Krankenhaus anstrebt, sondern sich z. B. in eigener Praxis niederlassen will, benötigt den erfolgreichen Abschluß der Facharztausbildung; und diese Ausbildung erfolgt in der Klinik.

Die Facharztausbildung dauert mindestens 4 bis 5 Jahre; jedoch werden den Berufsanfängern kaum noch mehrjährige Qualifikationsstellen angeboten. In den letzten Jahren sind – einhergehend mit der sich auch für Mediziner und Medizinerinnen verschärfenden Arbeitsmarktsituation – Jahres- oder sogar Halbjahresverträge geradezu die Regel geworden, die keinesfalls automatisch verlängert werden. Dies setzt die Berufsanfänger, die auf ein Weiterkommen in der Klinik hoffen, unter starken Anpassungs- und Konformitätsdruck.

Folgende Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit in der Organisation Krankenhaus sind als typisch beschrieben worden:

- alltägliche Hetze im Krankenhausbetrieb,
- hierarchische Strukturen mit einem mechanistischen Führungssystem und autokratischer Klinikleitung,
- starkes Rivalitätsverhältnis zwischen ärztlichen Kollegen und Kolleginnen, insbesondere in Universitätskliniken,
- Konflikte in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal (s. Heim, 1986, S. 585 ff.).

Um in einer Organisation mit diesen Merkmalen beruflich weiterzukommen, werden – so war meine Hypothese – in erster Linie solche Eigenschaften und Verhaltensweisen benötigt, die traditionell eher dem männlichen Geschlechtsstereotyp zugeordnet werden, wie z. B. Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbehauptung (s. z. B. Williams & Best, 1990). Ich nahm an, daß expressive – als typisch weiblich geltende – Attribute wie Gefühlsbetontheit oder Einfühlsamkeit hierfür als wenig förderlich gelten. Ein freiwilliger Verzicht von Medizinerinnen auf eine berufliche Karriere könnte, so war meine Hypothese, damit zusammenhängen, daß sie nicht den Eindruck haben, in einer beruflichen Karriere am Krankenhaus ihr Selbstkonzept verwirklichen zu können. In diesem Fall müßte bei ihnen – im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen – eine größere Diskrepanz bestehen zwischen den Eigenschaften, die sie als erforderlich für eine berufliche Karriere im Krankenhaus ansehen, und den Eigenschaften, die sie sich im Selbstkonzept zuschreiben.

Die Überprüfung dieser Hypothese war Teil einer breitangelegten explorativen Fragebogenstudie bei Studierenden der Medizin. Ziel dieser Untersuchung war es, durch den Geschlechtervergleich sowie den Vergleich von Studienanfängern und Examenskandidaten Hinweise auf potentielle psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen zu erhalten (Sieverding, 1990). Zu diesem Zweck wurden eine Reihe von aus der Literatur abgeleiteten Variablen erfaßt, z. B. Selbstwertgefühl und berufliches Selbstvertrauen, Einstellungen zur Rolle der Frau und der Konflikt zwischen Kind und Beruf. An dieser Stelle möchte

ich mich auf die Variablen Berufskonzept (bzw. Karrierekonzept) und Selbstkonzept beschränken.

## 2.2 Methode

An der Erhebung (durchgeführt von Mai bis Juli 1989) nahmen insgesamt 450 Studierende der Medizin teil, die an der Freien Universität Berlin immatrikuliert waren. Die Stichprobe setzte sich aus zwei Hauptuntersuchungsgruppen zusammen: a) 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); b) Studierende im Praktischen Jahr (6. Studienjahr), das das Medizinstudium abschließt (119 Frauen, Durchschnittsalter 27.6 Jahre, und 110 Männer, Durchschnittsalter 27.7 Jahre). Der Altersunterschied zwischen den beiden Hauptuntersuchungsgruppen beträgt durchschnittlich – entsprechend dem zeitlichen Abstand in der beruflichen Entwicklung – ca. 4 Jahre.

Die Studierenden im Praktischen Jahr befinden sich bereits in der Klinik, unmittelbar vor dem eigentlichen Berufseinstieg, und damit in einer Phase, die verschiedentlich als die „sensible Phase“ in der beruflichen Entwicklung beschrieben worden ist (Lehr, 1969; Van Maanen, 1976; Willi, 1986).

Die Studienanfänger wurden im Kursus der Medizinischen Psychologie, einer Pflichtveranstaltung im 3. vorklinischen Semester, um ihre Teilnahme an der schriftlichen Befragung gebeten. Die Fragebögen wurden auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis zu Hause ausgefüllt und beim nächsten Termin wieder eingesammelt. Die Rücklaufquote betrug bei Männern und Frauen 47%. Die Studierenden, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung (Juni 1989) in West-Berlin im Praktischen Jahr befanden, wurden über ein für sie zuständiges Sekretariat angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten. Bei dieser Gruppe lag die Rücklaufquote bei 39% (Frauen) bzw. 32% (Männer). Da das Ausfüllen des Fragebogens recht viel Zeit beanspruchte (1 bis 1 1/2 Stunden), sind jedoch auch diese Rücklaufquoten als befriedigend anzusehen.

Um subjektive Berufskonzepte zu messen, werden in der Regel Q-Sorts oder Eigenschaftslisten verwendet (Scheller & Heil, 1984). Zur Messung von Eigenschaften, die als typisch männlich bzw. typisch weiblich gelten, benutzte ich die Instrumentalitäts- und Expressivitätsskalen des Personal Attributes-Questionnaire (PAQ; Spence & Helmreich, 1978; deutsche Fassung von Runge, Frey, Gollwitzer, Helmreich & Spence, 1981). In der Instrumentalitätskala (M-Skala, 8 Items) sind positiv bewertete Eigenschaften enthalten, die durchschnittlich eher dem „typischen Mann“ zugeschrieben werden (z. B. „aktiv“, „selbstsicher“). Die Expressivitätsskala (F-Skala) enthält positiv bewertete Eigenschaften, die eher der „typischen Frau“ zugeschrieben

werden (z. B. „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.<sup>1</sup>

In Vorversuchen mit Medizinstudierenden und Experten mit der offenen Frage, welche weiteren Attribute für eine berufliche Karriere im Krankenhaus förderlich seien, hatte sich gezeigt, daß diese beiden Skalen nicht ausreichen, um das subjektive Karrierekonzept zu erfassen. Aus den zusätzlich genannten Attributen wurden zwei weitere Skalen, eine Skala „Selbstbehauptung“ mit 6 Items und eine Skala „Leistungsstreben“ mit 2 Items, konstruiert. In der Skala Selbstbehauptung sind solche Eigenschaften enthalten, die als notwendig angesehen werden, sich in einer hierarchisch organisierten Institution durchzusetzen. Außerdem wurden in die Adjektivliste noch die beiden Attribute „männlich“ und „weiblich“ aufgenommen (die Adjektivliste ist in Anhang 1 abgedruckt).

Als Reliabilitätsschätzungen für die Skalen wurde die innere Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ), getrennt nach Selbstkonzept und Karrierekonzept, für alle vier Stichproben berechnet. Im Selbstkonzept entspricht die innere Konsistenz der Instrumentalitäts- und Expressivitätsskalen den Werten, die an amerikanischen und deutschen Stichproben ermittelt wurden (Instrumentalitätskala: .68 bis .76; Expressivitätsskala: .73 bis .82). Bei der Skala Selbstbehauptung liegen die Werte zwischen .57 und .70. Im Karrierekonzept verfügen die Skalen Expressivität und Selbstbehauptung über eine innere Konsistenz von .83 bis .86 bzw. .73 bis .79. Die Skala Instrumentalität ist dagegen im Karrierekonzept weniger reliabel, insbesondere bei den Frauen (.34 bzw. .51; bei den Männern: .60 bzw. .59). Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, daß die in dieser Skala vorhandenen sehr allgemein gehaltenen Items wie „aktiv“ oder „unabhängig“ im Hinblick auf das Karrierekonzept nur über eine geringe Trennschärfe verfügen („aktiv“: Trennschärfekoeffizienten zwischen .07 und .21; „unabhängig“ zwischen .14 und .39).

Die Skala „Leistungsstreben“ korreliert in einem mittleren Maße mit der Skala „Instrumentalität“; die Korrelationskoeffizienten liegen im Selbstkonzept zwischen  $r = .38$  und  $r = .47$ , im Berufskonzept zwischen  $r = .46$  und  $r = .57$ . Die Skala „Selbstbehauptung“ korreliert recht hoch mit der Skala „Instrumentalität“: im Selbstkonzept zwischen  $r = .43$  und  $r = .63$ , im Berufskonzept zwischen  $r = .49$  und  $r = .63$ . Tatsächlich handelt es sich bei den Items der Skala „Selbstbehauptung“ um instrumentelle Eigenschaften, durchweg jedoch mit einem negativen Beigeschmack (z. B. „aggressiv“, „hart“, „egoistisch“), während bei der Konstruktion der Instrumentalitätskala (M+) des Personal Attributes Questionnaire (PAQ) gerade solche Items ausgesucht wurden, die als sozial erwünscht gelten (Spence & Helmreich, 1978). Die Skala „Expressivität“ ist von den anderen Skalen im Selbstkonzept unabhängig (lediglich bei den Frauen am Ende des Studiums zeigt sich ein negativer Zusammenhang zu „Selbstbehauptung“), im Berufskonzept korreliert Expressivität negativ mit Selbstbehauptung (zwischen  $r = -.36$  und  $r = -.58$ ). Das heißt, die Befragten, die meinen, daß offensive Eigenschaften förderlich für eine berufliche Karriere im Krankenhaus sind, halten expres-

<sup>1</sup> Ein Überblick über die Forschung zu maskulinen (instrumentellen) und femininen (expressiven) Persönlichkeitseigenschaften ist bei Bierhoff-Alfermann (1989) sowie Sieverding und Alfermann (1992) zu finden.

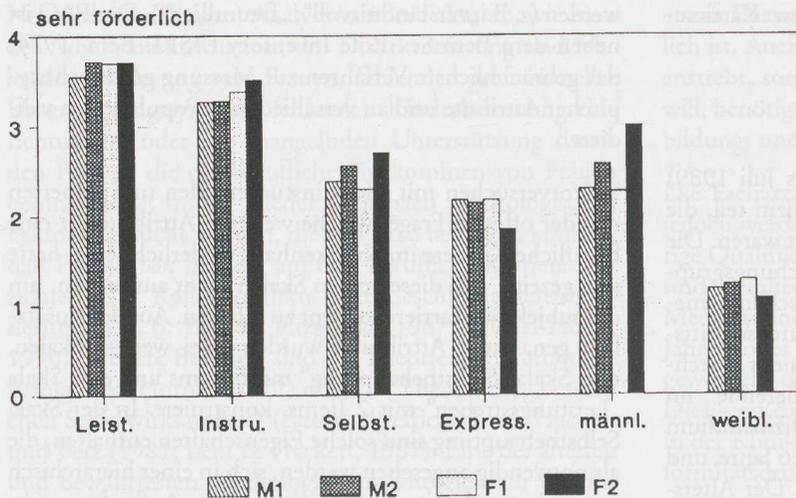


Abbildung 1

Das Karrierekonzept in den vier Untersuchungsgruppen (M1/F1 Männer/Frauen am Anfang des Studiums, M2/F2 Männer/Frauen am Ende des Studiums),  $n = 450$ , Skalennittelwerte

sive Eigenschaften eher für wenig förderlich. Die beiden neukonstruierten Skalen „Leistungsstreben“ und „Selbstbehauptung“ zeigen im Selbstkonzept keinen (eine Ausnahme bilden wieder die Frauen am Ende des Studiums mit einem signifikanten positiven Zusammenhang) und im Berufskonzept einen mittleren Zusammenhang ( $r = .37$  bis  $r = .44$ ).

Aufgrund der Instrumentalitäts- und Expressivitätsskala des Personal Attributes Questionnaire können vier verschiedene Persönlichkeitstypen unterschieden werden (Spence & Helmreich, 1978; Bierhoff-Alfermann, 1989). Eine Person, die auf beiden Skalen über dem Median liegt, wird als androgyn bezeichnet. Eine Person, die sich überdurchschnittlich expressiv und unterdurchschnittlich instrumentell beschreibt, wird als feminin charakterisiert; ein überdurchschnittlicher Wert auf der Instrumentalitätskala und ein unterdurchschnittlicher Wert auf der Expressivitätsskala führt zur Charakterisierung als maskulin. Unterdurchschnittliche Werte auf beiden Skalen bedeuten ein undifferenziertes Persönlichkeitsselfkonzept.

Die Adjektivliste wurde mit der Instruktion vorgegeben, auf einer vierstufigen Skala (0 „überhaupt nicht förderlich“ bis 4 „sehr förderlich“) einzuschätzen, inwiefern jede einzelne Eigenschaft als förderlich angesehen wird, um im Krankenhaus beruflich Karriere zu machen. Es wurde ausdrücklich darauf verwiesen, daß es nicht darum geht, welche Eigenschaften ein guter Arzt/eine gute Ärztin im Verhältnis zu Patienten haben sollte, sondern darum, welche Eigenschaften förderlich sind, eine Stelle im Krankenhaus zu bekommen, zu behalten und im Krankenhaus aufzusteigen.<sup>2</sup> Für die Erfassung des Selbstkonzepts wurde dieselbe Eigenschaftsliste noch einmal vorgegeben mit der Bitte, sich selbst auf einer Skala von 0 bis 4 einzuschätzen. Um eine Vergleichbarkeit der vier verschiedenen Skalennittelwerte zu erhalten, wurden diese jeweils durch die Anzahl der Items dividiert.

Als Ähnlichkeitsschätzung zwischen den beiden Konzepten wurde die globale Diskrepanz zwischen subjektivem

Berufskonzept (Karrierekonzept) und Selbstkonzept berechnet. Das Differenzmaß  $D^2$  (Cronbach & Gleser, 1953; s. a. Wheeler & Carnes, 1968) ist definiert als die Summe der quadrierten Differenzen aller Eigenschaftspaare, also

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

### 2.3 Ergebnisse

Um im Krankenhaus beruflich erfolgreich zu sein, werden von den Studierenden aller vier Untersuchungsgruppen in erster Linie Leistungsstreben und instrumentelle Eigenschaften als förderlich angesehen, in einem mittleren Ausmaß auch Eigenschaften der Selbstbehauptung. In der Einschätzung beider Geschlechter sind expressive Eigenschaften wenig förderlich.

Bildet man für die Skalen hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie als förderlich angesehen werden, eine Rangreihe, wird Leistungsstreben von allen vier Gruppen als meisten förderlich angesehen ( $M = 3.67$ ), es folgt Instrumentalität ( $M = 3.37$ ). An dritter Stelle steht Selbstbehauptung ( $M = 2.50$ ), und am wenigsten förderlich werden expressive Eigenschaften eingeschätzt ( $M = 2.07$ ; s. Abbildung 1; die Mittelwerte der einzelnen Untergruppen sind in Tabelle 2 angegeben).

Die Beurteilung der Attribute „männlich“ und „weiblich“ sieht entsprechend aus. Die Befragten aller Gruppen halten das Attribut „männlich“ für signifikant förderlicher, um im Krankenhaus beruflich weiterzukommen (Mittelwert  $M = 2.55$  vs.  $M = 1.17$  für „weiblich“, Wilcoxon-Rangsummentest,  $p < .001$ ).

Die Effekte der zwei Bedingungsvariationen (Studiensituation und Geschlecht) auf die Einschätzung der Eigenschaften im Karrierekonzept wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalysen geprüft. Bei der Skala Instrumentalität zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt bezüglich des Ge-

2 Mit dieser Instruktion (Stelle bekommen, behalten und aufzusteigen) sollte die Aufmerksamkeit auf das berufliche Fortkommen gelenkt werden. Es ist anzunehmen, daß jeder dieser Aspekte für sich allein gesehen – eine Stelle bekommen oder eine Stelle behalten oder im Krankenhaus aufzusteigen – zum Teil mit unterschiedlichen Eigenschaftsprofilen assoziiert wäre.

schlechts ( $F_{1,420} = 18.89, p < .001$ ). Frauen schätzen instrumentelle Eigenschaften als noch förderlicher ein als Männer. Für die Skala Expressivität sind beide Haupteffekte sowie die Wechselwirkung signifikant (Geschlecht:  $F_{1,420} = 3.95, p < .05$ , Situation  $F_{1,420} = 7.05, p < .01$ , Interaktion Geschlecht x Situation  $F_{1,420} = 4.32, p < .05$ ). Wie auch in Abbildung 1 erkennbar, ist die Geringschätzung von expressiven Eigenschaften (für eine berufliche Karriere) bei den Frauen am Ende des Studiums am stärksten ausgeprägt. Bei der Skala Selbstbehauptung ist der Haupteffekt für die Situation signifikant ( $F_{1,420} = 15.13, p < .001$ ). Am Ende des Studiums werden Eigenschaften der Selbstbehauptung für förderlicher gehalten als am Anfang des Studiums. Entsprechendes gilt für die Eigenschaft „männlich“ ( $F_{1,430} = 18.25, p < .001$ ), die ebenfalls am Ende des Studiums als signifikant förderlicher eingestuft wird als am Anfang des Studiums. Wie in Abbildung 1 und der tendenziell bedeutsamen Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Situation ( $F_{1,430} = 3.77, p = .053$ ) deutlich wird, geht dieser Effekt hauptsächlich auf die Einschätzung der Frauen am Ende des Studiums zurück. Bezüglich der Skala Leistungsstreben sowie des Attributs „weiblich“ sind weder die Haupteffekte noch die Interaktionseffekte signifikant.

Führt man eine Typeneinteilung für die subjektiven Karrierekonzepte der Befragten durch, zeigt sich ein deutliches Überwiegen des maskulinen Typus. Zwischen 78 und 94 % der Befragten charakterisieren die Person, die im Krankenhaus erfolgreich ist, als maskulinen Typ (Tabelle 1). Keine der weiblichen und nur jeweils einer der männlichen Befragten kann sich vorstellen, daß ein femininer Typ in der Klinik erfolgreich ist.

Interessanterweise ist auch der androgyne Typus kaum vertreten: ein Hinweis darauf, daß für ein berufliches Fortkommen im Krankenhaus vor allem die instrumentelle Komponente als entscheidend angesehen und selbst die

Tabelle 1

*Klassifizierung des Karrierekonzepts in Persönlichkeitstypen anhand des PAQ am Anfang und am Ende des Medizinstudiums in Abhängigkeit vom Geschlecht*

	Männer (M1)		Frauen (F1)	
	n	%	n	%
a) am Anfang des Studiums:				
androgyn	19	18.1	14	14.3
maskulin	82	78.1	84	85.7
feminin	1	1	0	0
undifferenziert	3	2.9	0	0
	105	100.0	98	100.0
	Männer (M2)		Frauen (F2)	
	n	%	n	%
b) am Ende des Studiums:				
androgyn	17	17.2	7	6.0
maskulin	80	80.8	109	94.0
feminin	1	1	0	0
undifferenziert	1	1	0	0
	99	100.0	116	100.0

zusätzliche Verfügbarkeit über expressive Qualitäten als wenig hilfreich eingeschätzt wird.

Die These, daß bei den Medizinerinnen am Ende des Studiums Selbstkonzept und Karrierekonzept im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen weiter auseinanderklaffen, konnte bestätigt werden. In der zweifachen Varianzanalyse zeigt sich ein hochsignifikanter Haupteffekt des Geschlechts ( $F_{1,387} = 23.55, p < .001$ ) sowie ein signifikanter Haupteffekt für die Studiensituation ( $F_{1,387} = 9.64, p < .01$ ). Wie in Abbildung 2 deutlich sichtbar wird, liegt eine ordinale Wechselwirkung (Schereneffekt) zwischen Geschlecht und Situation vor ( $F_{1,387} = 7.87, p < .01$ ). Während bei Männern die mittlere Diskrepanz sich am Anfang und Ende des Studiums praktisch nicht unterscheidet ( $D^2 = 61.93$  bzw.  $63.03$ ), zeigt sich bei den Frauen ein starker Anstieg ( $D^2 = 70.91$  bzw.  $D^2 = 98.65$ ).

Der Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept (s. Tabelle 2) zeigt, daß die Gesamtdiskrepanz bei den Studentinnen am Ende des Studiums durch zwei Effekte bedingt wird: Die Studentinnen im Praktischen Jahr halten instrumentelle und selbstbehauptende Eigenschaften für noch förderlicher als die anderen Gruppen und expressive Eigenschaften für noch weniger förderlich. Gleichzeitig halten sie sich selbst für weniger leistungsorientiert, instrumentell und selbstbehauptend und für expressiver als die anderen Gruppen. Von allen vier Untersuchungsgruppen hatten diese Studentinnen das „männlichste“ Karrierekonzept und beschrieben sich im Selbstkonzept gleichzeitig als ausgesprochen „weiblich“.

2.4 Diskussion

Studierende der Medizin sind in großer Übereinstimmung der Auffassung, daß in der Klinik der maskuline Typ Kar-

Tabelle 2

*Karrierekonzept (KK) und Selbstkonzept (SK) in den vier Untersuchungsgruppen (arithm. Mittelwerte)*

a) Studienanfang:	Männer (M1)	Frauen (F1)
	KK	SK
Instrumentalität	3.27	2.44
Expressivität	2.17	2.83
Selbstbehauptung	2.39	1.58
Leistungsstreben	3.55	2.47
„männlich“	2.30	2.34
„weiblich“	1.17	.69
b) Studienende:	Männer (M2)	Frauen (F2)
	KK	SK
Instrumentalität	3.28	2.42
Expressivität	2.14	2.79
Selbstbehauptung	2.56	1.64
Leistungsstreben	3.72	2.53
„männlich“	2.58	2.58
„weiblich“	1.22	.83

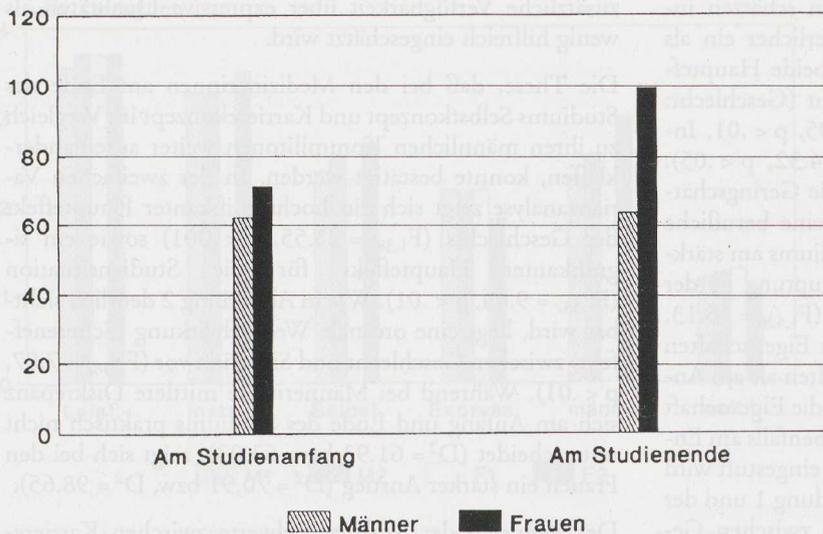


Abbildung 2

Gesamtdiskrepanz  $D^2$  zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept, bei Männern und Frauen am Anfang und am Ende des Medizinstudiums (arithm. Mittelwerte)

riere macht und daß feminine Eigenschaften zu diesem Zweck wenig hilfreich sind. Hier zeigt sich eine große Ähnlichkeit zu der Untersuchung von Rustemeyer und Thrien (1989) zum „idealen Manager“, eine Parallele, die man für den ärztlichen Beruf nicht unbedingt erwartet hätte. Die von Heim (1986) beschriebenen typischen Strukturen der Organisation Krankenhaus scheinen den darin Tätigen ein großes Maß von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung abzuverlangen, wenn sie beruflich weiterkommen wollen. Da Frauen am Ende des Medizinstudiums eine signifikant größere Diskrepanz zwischen beruflichem Karrierekonzept und Selbstkonzept aufweisen als ihre männlichen Kommilitonen, ist zu vermuten, daß ihnen die berufliche Selbstverwirklichung in einer Kliniklaufbahn vergleichsweise schwerer fallen würde. Sie haben – tendenziell noch stärker als die anderen Untersuchungsgruppen – den Eindruck, daß für eine berufliche Karriere vor allem maskuline Eigenschaften und Verhaltensweisen erforderlich sind und können bzw. wollen diesem Anforderungsprofil in ihrem Selbstkonzept nicht entsprechen. Ein freiwilliger Verzicht auf eine berufliche Karriere ist somit bei Medizinerinnen nicht unwahrscheinlich, vor allem dann, wenn zusätzliche Erschwernisse hinzukommen (z. B. Schwierigkeit, überhaupt eine Stelle zu finden; latente Diskriminierung am Arbeitsplatz; s. Sieverding, 1990).

Ergänzt sei an dieser Stelle ein Hinweis zur Einschätzung möglicher Selbstselektionseffekte: In dem Fragebogen war der Themenkomplex „Frau und Beruf“ ein unverkennbarer Schwerpunkt. Wie aus zahlreichen Anmerkungen hervorging, fühlten sich viele Frauen von der Fragestellung persönlich angesprochen (z. B. Vereinbarkeit von Beruf und Familie) und waren deshalb möglicherweise stärker motiviert als Männer, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Die niedrigere Rücklaufquote bei den männlichen Studierenden am Ende des Studiums könnte darin begründet sein. Es ist weiterhin nicht auszuschließen, daß die Männer, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, nicht repräsentativ für alle Männer der jeweiligen Medizinerpopulation sind. Möglicherweise sind solche Männer überrepräsentiert, die der „Frauenfrage“ aufgeschlossen gegenüberstehen. Hinweise auf Selbstselektionseffekte bei den Frauen konnten nicht gefunden werden.

### 3 Nachfolgestudie: Ideales patientenbezogenes Berufskonzept und Selbstkonzept bei Studienanfängern der Medizin

#### 3.1 Fragestellung

Die Berücksichtigung des subjektiven, auf die Organisation Krankenhaus bezogenen Karrierekonzepts kann möglicherweise dazu beitragen, den Verzicht von Medizinerinnen auf eine berufliche Karriere besser zu verstehen. Das Karrierekonzept allein reicht jedoch zur Erklärung der Diskrepanz zwischen Berufswahl und Berufswirklichkeit von Medizinerinnen nicht aus. Bei der Studienwahl geht offenbar eine große Zahl von Frauen davon aus, daß sie sich mit ihren Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmalen im ärztlichen Beruf verwirklichen können, daß der Beruf der Ärztin zu ihnen „paßt“; anders wäre die enorm hohe Attraktivität des Medizinstudiums bei jungen Frauen kaum zu erklären. Die Motive zum Medizinstudium sind – bei Frauen noch stärker als bei Männern – meist sehr idealistischer Natur, wie die „Berufung zum Helfen“ oder der Wunsch nach Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung (Leserman, 1981; Willi, 1986). Meine Vermutung war, daß es ein zweites relevantes Berufskonzept gibt, das sich vom Karrierekonzept in signifikanter Weise unterscheidet, und zwar das Konzept des „idealen Arztes/der „idealen Ärztin“ im Umgang mit Patienten. Ich nahm an, daß bei diesem Berufskonzept die Rangreihenfolge förderlicher Eigenschaften deutlich anders ist, und daß in erster Linie expressive Eigenschaften als wichtig angesehen werden. Ich nahm weiterhin an, daß das Selbstkonzept der Studierenden am Anfang des Studiums diesem idealen Konzept sehr viel ähnlicher ist als dem Karrierekonzept.

#### 3.2 Methode

Um diese Hypothesen zu überprüfen, ließ ich im Sommersemester 1991 eine zweite Stichprobe von Studienanfän-

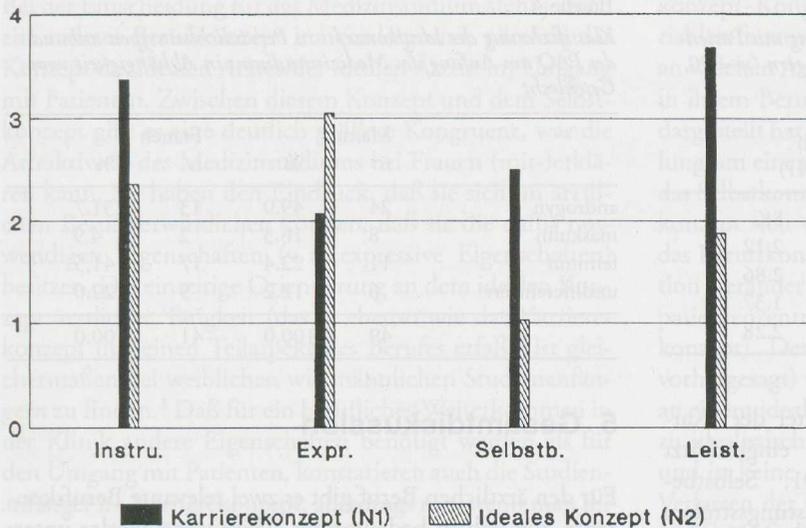


Abbildung 3  
Karrierekonzept und Idealkonzept bei Studienanfängern (N1 = 221, N2 = 90), Skalennittelwerte

gern (ebenfalls Studierende im dritten Semester, n = 90; 49 Männer und 41 Frauen, mit einem durchschnittlichen Alter von 24.6 bzw. 24.2 Jahren) die gleiche Eigenschaftsliste mit der Instruktion „idealer Arzt / ideale Ärztin im Umgang mit Patienten“ bearbeiten und anschließend sich selbst einschätzen. Da nur diese Konzepte erhoben wurden, konnten – anders als in der Ausgangsstudie – die Fragebögen unmittelbar im Kursus der Medizinischen Psychologie ausgefüllt werden, wodurch ein vollständiger Rücklauf erreicht wurde.

Das Karrierekonzept wurde ein zweites Mal bei einer anderen Stichprobe von Studierenden des 3. Semesters (n = 51) mit einer 100%igen Rücklaufquote erhoben. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede auf den vier Skalen im Vergleich zu den Einschätzungen der Studienanfänger in der Ausgangsuntersuchung (mit einer Rücklaufquote von 47%). Dies spricht dafür, daß die Ergebnisse der ersten Studie bezüglich der Hauptvariablen ‚Berufliches Karrierekonzept‘ nicht durch Selbstselektionseffekte verzerrt sind und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.

Die naheliegende Vorgehensweise, alle drei Konzepte bei denselben Personen zu erfassen, ließ sich nicht durchführen, da sich Kontrasteffekte zeigten. In einer Vorstudie (n = 112 Studienanfänger) waren Idealkonzept, Selbstkonzept und Karrierekonzept bei denselben Personen erfaßt worden, wobei die Reihenfolge der zu bearbeitenden Berufskonzepte variiert wurde. Die Hälfte der Stichprobe bekam die Konzepte in der Reihenfolge Idealkonzept–Selbstkonzept–Karrierekonzept, die andere Hälfte in der Reihenfolge Karrierekonzept–Selbstkonzept–Idealkonzept vorgelegt. Es stellte sich heraus, daß sich einige Einschätzungen auf den Skalen der beiden Berufskonzepte signifikant in Abhängigkeit von der Reihenfolge unterschieden (beispielsweise wurden die Eigenschaften der Skalen Instrumentalität und Selbstbehauptung im Karrierekonzept stärker betont, wenn dieses an letzter Stelle erfragt worden war; im Idealkonzept wurden – wenn es nach dem Karrierekonzept erfragt wurde – in analoger Weise expressive

Eigenschaften als besonders förderlich eingestuft). Durch das erste Berufskonzept scheint ein Anker gesetzt zu werden, gleichzeitig werden die Befragten für verschiedene Aspekte der Berufstätigkeit sensibilisiert. Vor allem das zuletzt erfaßte Konzept scheint durch solche Kontrasteffekte akzentuiert zu werden. Da diese Effekte auch bei einer zweiten Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt nicht auszuschließen sind, erschien es sinnvoller, die subjektiven Berufskonzepte sowie die Diskrepanzen zwischen Berufskonzept und Selbstkonzept aus verschiedenen Stichproben der gleichen Population (Studierende im 3. vorklinischen Semester) miteinander zu vergleichen.

### 3.3 Ergebnisse

Wie erwartet, ist die Rangreihenfolge förderlicher Eigenschaften bei dem Konzept „ideale/r Arzt/Ärztin im Umgang mit Patienten“ deutlich vom Karrierekonzept verschieden: als am meisten förderlich gelten expressive Eigenschaften (M = 3.05), an zweiter Stelle folgen instrumentelle Eigenschaften (M = 2.36), an dritter Stelle Eigenschaften des Leistungsstrebens (M = 1.87), und am wenigsten förderlich werden Eigenschaften der Selbstbehauptung (M = 1.03) eingeschätzt (die Mittelwerte der einzelnen Untergruppen sind in Tabelle 3 zu finden).

Wie unterschiedlich die beiden subjektiven Berufskonzepte „Idealkonzept“ und „Karrierekonzept“ sind, zeigt sich in der graphischen Darstellung. Da in der zweifaktoriellen Varianzanalyse (Geschlecht und Instruktion) der Haupteffekt Geschlecht durchweg nicht signifikant war, wurden – einer besseren Übersichtlichkeit wegen – die Einschätzungen von Männern und Frauen zusammengefaßt (Abbildung 3).

Die Ergebnisse von zweifaktoriellen Varianzanalysen zeigen für alle vier Skalen hochsignifikante Haupteffekte für den Faktor Instruktion. Bei den Einschätzungen des Eigenschaftsprofils ist ungefähr die Hälfte der Gesamtvarianz auf die Instruktion (Karrierekonzept versus Idealkonzept) zurückzuführen. Instrumentalität, Selbstbe-

Tabelle 3

Das Konzept „idealer Arzt/ideale Ärztin im Umgang mit Patienten“ (IK) und Selbstkonzept (SK) bei Studienanfängern (n = 90, Skalennittelwerte)

	Männer (N = 49)		Frauen (N = 41)	
	IK	SK	IK	SK
Instrumentalität	2.46	2.39	2.23	2.12
Expressivität	3.02	2.68	3.09	2.86
Selbstbehauptung	1.10	1.59	.94	1.37
Leistungsstreben	2.02	2.15	1.68	2.28

hauptung und Leistungsstreben werden unter der „Karriereinstruktion“ als signifikant wichtiger eingeschätzt (Instrumentalität  $F_{1,295} = 344.38$ ,  $p < .001$ , Selbstbehauptung  $F_{1,295} = 215.13$ ,  $p < .001$ , Leistungsstreben  $F_{1,295} = 373.05$ ,  $p < .001$ ). Expressivität wird dagegen unter der „Idealinstruktion“ als signifikant wichtiger eingeschätzt ( $F_{1,295} = 103.60$ ,  $p < .0001$ ). Der Haupteffekt Geschlecht ist bei allen vier Skalen nicht signifikant, jedoch finden sich bei zwei Skalen Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Situation, nämlich bei der Skala Instrumentalität ( $F_{1,295} = 10.94$ ,  $p < .001$ ) sowie bei der Skala Leistungsstreben ( $F_{1,295} = 7.47$ ,  $p < .01$ ). Bei diesen beiden Skalen sind die Unterschiede in den Einschätzungen zwischen Karriereinstruktion und Idealinstruktion bei den Studentinnen deutlich größer als bei ihren männlichen Kommilitonen (s. Tabellen 2 und 3). Die Attribute „männlich“ und „weiblich“ werden im idealen Konzept gleichermaßen als wenig förderlich angesehen (männlich:  $M = .60$  bei Männern bzw.  $.53$  bei Frauen; weiblich:  $M = .95$  bzw.  $.89$ ).

Bei der Typenklassifizierung des *Idealkonzepts* anhand des PAQ zeigt sich bei den männlichen Studenten ein Überwiegen des androgynen, bei den Studentinnen ein Überwiegen des femininen Typus (vgl. Tabelle 4; der Unterschied in der Verteilung ist signifikant:  $\chi^2 = 8.11$ ,  $df = 3$ ,  $p < .05$ ).

Im Gegensatz zum Anforderungsprofil „Berufliche Karriere im Krankenhaus“ werden für den Umgang mit Patienten nach Einschätzung der Medizinstudierenden sehr wohl expressive Eigenschaften benötigt. Der/die in dieser Hinsicht „ideale Arzt/ideale Ärztin“ ist entweder feminin oder androgyn. Dieses Konzept ist dem Selbstkonzept bedeutend näher als das Karrierekonzept (vgl. Tabellen 2 und 3).

Die globale Diskrepanz zwischen idealem Konzept und Selbstkonzept beträgt  $D^2 = 38.47$  für Männer bzw.  $D^2 = 42.00$  für Frauen; der Geschlechtsunterschied ist nicht signifikant. Medizinstudentinnen sind demnach in ihrem Selbstkonzept am Anfang des Studiums dem Ideal-konzept („idealer Arzt/ideale Ärztin im Umgang mit Patienten“) zwar deutlich näher als dem Karrierekonzept, aber nicht näher als ihre männlichen Kommilitonen.

Tabelle 4

Klassifizierung des Idealkonzepts in Persönlichkeitstypen anhand des PAQ am Anfang des Medizinstudiums in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Männer		Frauen	
	n	%	n	%
androgyn	24	49.0	13	31.7
maskulin	8	16.3	2	4.9
feminin	11	22.4	17	41.5
undifferenziert	6	12.2	9	22.0
	49	100.0	41	100.0

## 5 Gesamtdiskussion

Für den ärztlichen Beruf gibt es zwei relevante Berufskonzepte, die sich in bedeutsamer Weise voneinander unterscheiden. Im *Idealkonzept* werden Eigenschaften erfasst, die erforderlich sind für den Umgang mit Patienten, im *Karrierekonzept* die Eigenschaften, die eine Person benötigt, wenn sie in der Institution Krankenhaus beruflich weiterkommen will. Diese Konzepte sind nahezu diametral entgegengesetzt. Während für den Umgang mit Patienten in erster Linie expressive, traditionell als typisch weiblich geltende Eigenschaften als förderlich angesehen werden, haben diese – in der Einschätzung von Studienanfängern wie Studierenden im Praktischen Jahr – für ein berufliches Weiterkommen in der Klinik keinen Nutzen. Dort werden nach ihrer Auffassung in erster Linie instrumentelle, Attribute und solche, die der Selbstbehauptung dienen, benötigt. Wie der „ideale Manager“ (Rustemeyer & Thrien, 1989) benötigt jemand, der im Krankenhaus weiterkommen will, maskuline Eigenschaften und Verhaltensweisen – zumindest in der Einschätzung der Studierenden. Medizinstudentinnen am Ende des Studiums (im Praktischen Jahr) weisen sowohl im Vergleich mit Studienanfängerinnen als auch im Vergleich mit männlichen Kommilitonen im gleichen Studienabschnitt eine signifikant größere Diskrepanz zwischen diesem Karrierekonzept und dem Selbstkonzept auf. Sie haben von allen Befragten das männlichste Karrierekonzept und beschreiben sich selbst gleichzeitig als ausgesprochen weiblich. Die Tatsache, daß relativ selten Ärztinnen an der Klinik beruflich Karriere machen, könnte darauf zurückzuführen sein, daß sie eine zu große Diskrepanz zwischen dem Anforderungsprofil „Berufliche Karriere im Krankenhaus“ und ihrem Selbstkonzept wahrnehmen. Auch die große Zahl nicht berufstätiger Ärztinnen könnte in einem Zusammenhang mit dieser Diskrepanz stehen. Seit einigen Jahren stellt sich die Situation für den Berufsanfänger/die Berufsanfängerin in der Regel so dar, sich bis zum Abschluß der Facharztausbildung immer wieder (evtl. jedes halbe Jahr) um einen Vertrag in der Klinik zu bemühen. Eine Person, die nicht sicher ist, daß diese Organisation zu ihr „paßt“, wird wahrscheinlich weniger erfolgreich aus diesem „Hindernislauf“ hervorgehen und eher die Suche aufgeben als eine Person, die eine größere Kongruenz zwischen den Erfordernissen der Organisation und dem Selbstkonzept aufweist.

Bei der Entscheidung für das Medizinstudium steht jedoch ein anderes Berufskonzept im Vordergrund, nämlich das Konzept des idealen Arztes/der idealen Ärztin im Umgang mit Patienten. Zwischen diesem Konzept und dem Selbstkonzept gibt es eine deutlich größere Kongruenz, was die Attraktivität des Medizinstudiums bei Frauen (mit-)erklären kann. Sie haben den Eindruck, daß sie sich im ärztlichen Beruf verwirklichen können, daß sie die dafür notwendigen Eigenschaften (v. a. expressive Eigenschaften) besitzen. Die einseitige Orientierung an dem idealen Konzept ärztlicher Tätigkeit (das ja ebenso wie das Karrierekonzept nur einen Teilaspekt des Berufes erfaßt) ist gleichermaßen bei weiblichen wie männlichen Studienanfängern zu finden.<sup>3</sup> Daß für ein berufliches Weiterkommen in der Klinik andere Eigenschaften benötigt werden als für den Umgang mit Patienten, konstatieren auch die Studienanfänger im Karrierekonzept, allerdings nur, wenn man ihr Augenmerk auf diesen Aspekt lenkt. Im allgemeinen Berufskonzept des ärztlichen Berufs ist dieser Aspekt (noch) nicht zu finden. Es ist zu vermuten, daß im Verlauf der Ausbildung dieser Aspekt zunehmend bewußter wird und daß das allgemeine Berufskonzept bei Studierenden im Praktischen Jahr sowie bei berufstätigen Ärzten und Ärztinnen nicht mehr mit dem idealen Konzept identisch ist. Bei der Berufswahl, bei der Entscheidung für das Studium scheinen die organisatorischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit jedenfalls noch keine Rolle zu spielen. (Es ist zu vermuten, daß dies für andere helfende Berufe in ähnlicher Weise zutrifft.) Vielleicht werden sie „verdrängt“, vielleicht haben Studienanfänger auch noch häufiger (als die Befragten im Praktischen Jahr) die Hoffnung, daß sie später auf die organisatorischen Strukturen Einfluß nehmen können.

Die hier berichteten Ergebnisse können erste Hinweise auf die Bedeutung von subjektiven Berufskonzepten für die berufliche Entwicklung von Medizinerinnen und Medizinern geben. Einige Einschränkungen seien angemerkt. So konnte in der ersten Studie zwar ein Zusammenhang zwischen Selbstkonzept-Karrierekonzept-Kongruenz und beruflichen Hoffnungen sowie Realisierungserwartungen festgestellt werden (Sieverding, 1990), das tatsächliche berufliche Verhalten wurde jedoch bisher noch nicht in Beziehung zu diesen Variablen gesetzt. Auch wäre zu untersuchen, welche Berufskonzepte bei berufstätigen Ärzten und Ärztinnen zu finden sind und welche weiteren Aspekte dabei eine Rolle spielen. Zur Überprüfung möglicher Veränderungen allgemeiner Berufskonzepte während der beruflichen Sozialisation sind außerdem Längsschnittstudien unabdingbar.

Bisher scheinen bei der Anwendung der Selbstkonzept-Theorie überwiegend allgemeine Berufskonzepte erhoben worden zu sein (s. Scheller & Heil, 1984). Versucht man jedoch, Zusammenhänge zwischen Berufskonzept-Selbst-

konzept-Kongruenz und anderen beruflich relevanten Variablen festzustellen, ist ein entscheidender Gesichtspunkt, an welchen Aspekten der Berufstätigkeit sich die Befragten in ihrem Berufskonzept orientieren. Wie Super mehrfach dargestellt hat, handelt es sich bei der beruflichen Entwicklung um einen Prozeß, bei dem weder Berufskonzept noch das Selbstkonzept statische Größen sind. So wie das Selbstkonzept sich verändern kann, ist anzunehmen, daß auch das Berufskonzept sich im Laufe der beruflichen Sozialisation verändert (z. B. im Berufsfeld Medizin von einem patientenzentrierten zu einem klinikzentrierten Berufskonzept). Der Berufseintrittsschock könnte erklärt (und vorhergesagt) werden, wenn sich Studierende zu einseitig an einem idealisierten Berufskonzept orientieren. Prallt ein zu idealistisches Berufsbild auf die Realität in der Klinik und ist keine Anpassung an diese Realität möglich, ist das Verlassen der Organisation wahrscheinlich (Van Maanen, 1976). Aufgabe der antizipatorischen Sozialisation wäre es somit, die Studierenden besser auf die organisatorischen Rahmenbedingungen der späteren Berufstätigkeit vorzubereiten. Insbesondere für Frauen wäre es wichtig, rechtzeitig einen Weg zu erkennen, wie sie sich in einer hierarchisch strukturierten Organisation durchsetzen können, ohne ihre Expressivität verleugnen und/oder ihre Ideale gänzlich aufgeben zu müssen.

Frauen in anderen männlich dominierten Berufsfeldern sind mit vergleichbaren Problemen konfrontiert. Janshen und Rudolf (1987) beispielsweise stellten in ihrer Befragung von Ingenieurinnen fest, daß diese nicht mit den fachlich-technischen Anforderungen Schwierigkeiten hatten, wohl aber mit dem männlichen „Habitat“, der zur „professionellen Selbstbehauptung“ in ihrem Berufsfeld gefordert wird. Auch für die Medizinerinnen scheint zu gelten, daß sie nicht mit der ärztlichen Berufstätigkeit an sich Probleme haben, sondern mit den als aversiv empfundenen Rahmenbedingungen, die ihnen die Organisation Krankenhaus auferlegt, und auf die sie zu wenig vorbereitet sind. So formulierte es eine Studierende im Praktischen Jahr: „Meine Vorstellung vom Arztberuf erscheint mir inzwischen wie ein naiver, pubertärer Traum“ (39 J., zit. in Sieverding, 1990, S. 124).

## Literatur

- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162.
- Betz, N. E. & Fitzgerald, L. F. (1987). *The career psychology of women*. Orlando: Academic Press.
- Betzhold, 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.

3 Dies stellte sich in einer zweiten Nachfolgestudie, in der das allgemeine Berufskonzept („Welche Eigenschaften sind erforderlich für den ärztlichen Beruf?“) bei Studienanfängern erhoben wurde, heraus. Es zeigte sich, daß das allgemeine Berufskonzept von männlichen und weiblichen Studienanfängern mit dem Idealen Arzt-Patienten-Konzept – das ja genaugenommen nur einen Teilaspekt der ärztlichen Berufstätigkeit umfaßt – praktisch identisch ist und keinerlei Ähnlichkeit mit dem Karrierekonzept aufweist.

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1989). *Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Kölnische Verlagsdruckerei.
- Cronbach, L. J. & Gleser, G. C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin*, 50, 456–473.
- Friedel-Howe, H. (1990). Ergebnisse und offene Fragen der geschlechtsvergleichenden Führungsforschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 34, 3–16.
- Gebert, D. & Rosenstiel, L. v. (1981). *Organisationspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hackett, G. & Betz, N. E. (1981). A self-efficacy approach to the career development of women. *Journal of Vocational Behavior*, 18, 326–339.
- Hay, J. E. (1966). Self-ideal congruence among engineering managers. *Personnel and Guidance Journal*, 44, 1084–1088.
- Heim, E. (1986). Das Krankenhaus als berufliches Umfeld. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin*, Band 2, (S. 585–589). Berlin: Springer.
- Hennig, M. & Jardim, A. (1987). *Frau und Karriere*. Reinbek: Rowohlt.
- Horner, M. S. (1972). Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social Issues*, 28, 157–175.
- Janshen, D. & Rudolf, H. (Hrsg.) (1987). *Ingenieurinnen*. Berlin: De Gruyter.
- Lehr, U. (1969). *Die Frau im Beruf*. Frankfurt/M.: Athenäum.
- Lent, R. W., & Hackett, G. (1987). Career self-efficacy: Empirical status and future directions. *Journal of Vocational Behavior*, 30, 347–382.
- Leserman, J. (1981). *Men and women in medical school*. New York: Praeger.
- Mohr, G. (1990). *Weibliche Erwerbsarbeit und Persönlichkeitsentwicklung*. *Psychomed*, 2, 173–179.
- Richardson, M. S. (1975). Self-concepts and role concepts in the career orientation of college women. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 122–126.
- 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.
- Sattel, U. (1989). Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. *Gegenwartskunde*, 38, 101–129.
- Scheller, R. & Heil, F. E. (1984). Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung* (S. 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*. (S. 608–630). Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (masculines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6–15.
- Spence, J. T. & Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity & 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. Jordaan (Eds.), *Career development. Self-concept theory* (pp. 33–41). New York: College Entrance Examination Board.
- Süssmuth, R. (1985). Frauen in Führungspositionen. In R. Süssmuth (Hrsg.), *Frauen – der Resignation keine Chance. Sammlung wissenschaftlicher und politischer Texte 1980–1985* (S. 198–210). Düsseldorf: Schwann.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*. New York: Harper & Row.
- Super, D. E. (1963). Self concepts in vocational development. In D. E. Super, R. Starishevsky, N. Matlin & J. P. Jordaan (Eds.), *Career development: Self-concept theory* (pp. 1–16). New York: College Entrance Examination Board.
- Super, D. E., Starishevsky, R., Matlin, N. & Jordaan, J. P. (Eds.) (1963). *Career development: Self-concept theory*. New York: College Entrance Examination Board.
- Van Maanen, J. (1976). Breaking in: Socialization to work. In R. Dubin (Ed.), *Handbook of work, organization and society* (pp. 67–130). Chicago: Rand McNally.
- Wheeler, C. L. & Carnes, E. F. (1968). Relationships among self-concepts, ideal-self-concepts, and stereotypes of probable and ideal vocational choices. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 530–535.
- Williams, J. E. & Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes*. Newbury Park: Sage.
- Willi, J. (1986). Der Arzt/Die Ärztin. In J. Willi & E. Heim (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (S. 1–15). Heidelberg: Springer.
- Anschrift der Verfasserin:* Dr. Monika Sieverding, Freie Universität Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, W-1000 Berlin 33
- Eingegangen: 18.9.1991  
Revision eingegangen: 9.3.1992

## Anhang 1

## Adjektivliste zur Erfassung des Karrierekonzepts und des Selbstkonzepts

Skala „Instrumentalität“	Skala „Expressivität“	Skala „Selbstbehauptung“	Skala „Leistungsstreben“
unabhängig	gefühlsbetont	aggressiv	ehrgeizig
aktiv	fähig, auf andere einzugehen	dominant	leistungsorientiert
konkurrierend	hilfreich zu anderen	cool	
leicht Entscheidungen fallend	freundlich	egoistisch	<b>zu keiner Skala zugehörig</b>
nicht leicht aufgebend	der Gefühle anderer bewußt	hart	männlich
selbstsicher	verständnisvoll gegenüber anderen	offensiv	weiblich
sich überlegen fühlend	sanft		
Druck gut standhaltend	herzlich in Beziehung zu anderen		