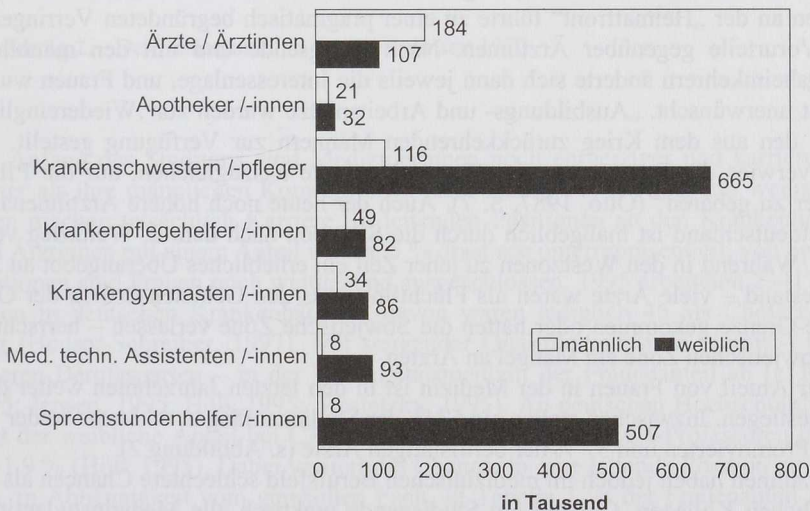


Geschlechts(rollen-)unterschiede im ärztlichen Beruf

Monika Sieverding

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist von Frauen dominiert. 1999 waren in diesem riesigen Dienstleistungssektor mehr als 2 Millionen Menschen beschäftigt, als Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Apotheker und Apothekerinnen, Medizinisch-Technische Angestellte, als Masseure oder Krankengymnastinnen (genau 2.185.120, ohne Verwaltungsberufe, Statistisches Jahrbuch, 2000). Von diesen Gesundheitstätigen waren drei Viertel (78 %) Frauen. Es gibt nur einen einzigen Gesundheitsberuf, in dem Männer in der Überzahl sind, und das ist der ärztliche Beruf (s. Abbildung 1).



Anmerkungen. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1999; Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000.

Abbildung 1. Erwerbstätige im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland

Aber auch hier hat sich in den letzten Jahrzehnten einiges verändert. Das herkömmliche Klischee vom „Herrn Doktor“ und seiner in der Regel weiblichen Assistentin (als Krankenschwester oder Sprechstundenhelferin) trifft immer häufiger nicht mehr zu. Nicht weil inzwischen mehr Männer in den Assistenzberufen anzutreffen wären, sondern weil immer häufiger „der Doktor“ eine Frau ist. 1999 waren in Deutschland 107.257 Ärztinnen berufstätig, das waren 37 % aller berufstätigen Ärzte.

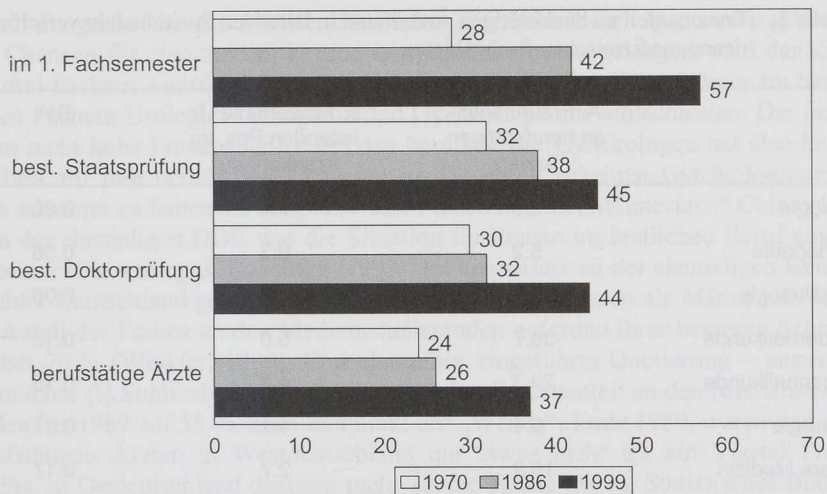
1. Erobern Frauen den ärztlichen Beruf?

In Deutschland wurde es Frauen lange Zeit nicht leicht gemacht, den ärztlichen Beruf zu ergreifen. Während in den USA bereits seit 1845 Frauen eine generelle Zulassungsgenehmigung zum Medizinstudium hatten, wurde hier noch im Jahr 1891 eine Massenpetition mit 60.000 Unterschriften für die Zulassung von Frauen zum ärztlichen Studium vom Reichstag abgelehnt. Erst ab 1898 wurden einzelne Frauen an deutschen Universitäten als Hörerinnen zugelassen. Im selben Jahr diskutierte der Deutsche Ärztetag das Thema „Das Medizinstudium von Frauen“ und legte einen Anteil von 300 Ärztinnen unter den Medizinern als tolerierbar fest. Größere Zahlen von Frauen würden eine Minderung des ärztlichen Ansehens bedeuten (Otto, 1987). 1905 erhielten 46 Frauen die ärztliche Approbation. Eine generelle Zulassungsgenehmigung erhielten Frauen in Deutschland als letztem europäischen Land erst im Jahre 1908 (Frankreich: 1863, Schweiz: 1864, England: 1874, s. Mohr, 1987). Trotz dieser Restriktionen waren auch in Deutschland bereits im Jahr 1918 10 % aller Medizinstudierenden weiblich.

Den wichtigsten Einfluss auf die sich anschließende Zunahme von Frauen in der Medizin hatten die beiden Weltkriege. Der erhöhte Bedarf an medizinischen Fachkräften an der „Heimatfront“ führte zu einer pragmatisch begründeten Verringerung der Vorurteile gegenüber Ärztinnen. Nach Kriegsende und mit den männlichen Kriegsheimkehrern änderte sich dann jeweils die Interessenlage, und Frauen wurden erneut unerwünscht. „Ausbildungs- und Arbeitsplätze wurden zur ‚Wiedereingliederung‘ den aus dem Krieg zurückkehrenden Männern zur Verfügung gestellt. Und man verwies die Frauen, um Bevölkerungsverluste auszugleichen, auf die Pflicht, Kinder zu gebären“ (Otto, 1987, S. 7). Auch der heute noch höhere Ärztinnenanteil in Ostdeutschland ist maßgeblich durch die Situation nach dem 2. Weltkrieg verursacht. Während in den Westzonen zu jener Zeit ein erhebliches Überangebot an Ärzten bestand – viele Ärzte waren als Flüchtlinge aus den Gebieten östlich der Oder-Neiße-Grenze gekommen oder hatten die Sowjetische Zone verlassen – herrschte in der Sowjetischen Zone ein Mangel an Ärzten.

Der Anteil von Frauen in der Medizin ist in den letzten Jahrzehnten weiter deutlich gestiegen. Inzwischen stellen sie 57 % der Studienanfänger, 44 % der in der Medizin Promovierten und 37 % der berufstätigen Ärzte (s. Abbildung 2).

Ärztinnen haben jedoch im medizinischen Berufsfeld schlechtere Chancen als ihre männlichen Kollegen. Obwohl am Studienende praktisch alle Medizinstudentinnen (97 %) den Abschluss einer Facharztausbildung anstreben (Befragung des Marburger Bundes, 1987), verfügen nur 55 % der berufstätigen Ärztinnen über eine abgeschlossene Weiterbildung (bei den Ärzten sind es 72 %, s. Statistisches Bundesamt, 2000). Ärztinnen sind überrepräsentiert in Positionen mit niedrigerem Prestige und eingeschränkten Aufstiegsmöglichkeiten, z. B. bei Ämtern, bei der Bundeswehr oder in der Pharmaindustrie, und zwar mit zunehmender Tendenz. 1987 stellten sie 40 %, 1990 schon 46 %, 1994 die Hälfte (50 %) der in den so genannten „sonstigen Bereichen“ tätigen Ärzte. Von der Arbeitslosigkeit, die inzwischen auch im ärztlichen Beruf zu einem ernststen Problem geworden ist, sind Ärztinnen deutlich stärker betroffen als ihre männlichen Kollegen. 1997 waren 56 % aller arbeitslosen Ärzte weiblich (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, 1998).



Anmerkungen. Prozentangaben. Bis 1986: nur ehemalige Bundesrepublik Deutschland.
 Quellen: Statistische Jahrbücher 1972, 1988, 2000.

Abbildung 2. Der Frauenanteil in der Medizin seit 1970

Am Anfang des Studiums sind Medizinerinnen noch ehrgeiziger und karrieremotivierter als ihre männlichen Kommilitonen (Sieverding, 1990)¹, aber nur wenige von ihnen machen tatsächlich Karriere. In leitenden Positionen an den Krankenhäusern sind Ärztinnen mit einem Anteil von ca. 5 % drastisch unterrepräsentiert, von Spitzenpositionen sind Frauen noch weitgehend ausgeschlossen. 1995 arbeiteten 23417 Ärztinnen in deutschen Krankenhäusern, davon waren lediglich 45 als Chefärztinnen tätig (Heuser-Schreiber, 1997). Mit steigender Qualifikationsstufe nimmt – wie in anderen Berufssparten – in der Universitätsmedizin der Frauenanteil ab (s. Färber, 1995; Jensen, 1995; Höß, 1995; Mesletzky, 1995). An deutschen Hochschulkliniken liegt der weibliche Anteil bei C3-Professuren bei 5,3 %, bei C4-Professuren gar nur bei 1,9 % (Höß, 1995). Dabei variiert die Chance, in eine leitende Position zu gelangen, in Abhängigkeit vom gewählten Fach. In Tabelle 1 ist der Frauenanteil an berufstätigen Ärzten sowie der Frauenanteil in leitenden Positionen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten dargestellt. Die Zahlen basieren auf einer sorgfältigen Strukturanalyse zu Geschlechterverhältnissen in der Medizin von Mesletzky (1995) und beziehen sich auf die Situation in den alten Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1990.

¹ In einer Befragung in West-Berlin strebten 60 % der Medizinstudentinnen eine berufliche Karriere an, bei den Medizinstudenten waren es nur 48 %.

Tabelle 1. Frauenanteil an berufstätigen Ärzten und in leitenden Positionen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten

	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

Anmerkungen. Die angegebenen Zahlen (Prozentangaben) beziehen sich auf die ehemalige Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1990. Quelle: Mesletzky (1995).

Man erkennt sofort so genannte „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 Tabelle 1, in der berechnet ist, wie hoch der Frauenanteil in leitenden Positionen gemessen an dem Frauenanteil an berufstätigen Ärzten in diesem Fach ist. Der Quotient B/A kann Werte von 0 bis ∞ (unendlich) 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 genauso viele Frauen in leitenden Positionen vertreten sind, wie sie unter berufstätigen Ärzten in diesem Fach repräsentiert sind.² Wie zu erwarten, gibt es kein Fach, in dem der Quotient die Zahl 1 erreicht; auffallend ist

² Eine Zahl größer als 1 würde bedeuten, dass prozentual mehr Frauen leitende Positionen innehaben, als in diesem Fach berufstätig sind.

jedoch die große Variationsbreite. 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 „Männerfach“ Chirurgie.

In der ehemaligen DDR war die Situation für Frauen im ärztlichen Beruf eindeutig besser (Sieverding & Rauchfuß, 1993). Im Gegensatz zu der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland gab es dort zeitweise sogar mehr Frauen als Männer. 1971 lag der Anteil der Frauen an den Medizinstudierenden aufgrund ihrer besseren Schulnoten bei 70 % (Winkler, 1990). Eine daraufhin eingeführte Quotierung – zugunsten männlicher (!) Studienbewerber – reduzierte den Frauenanteil an den Medizinstudierenden bis 1989 auf 55 %. Zum Zeitpunkt der „Wende“, Ende 1989, waren von allen berufstätigen Ärzten in Westdeutschland nur etwas mehr als ein Viertel Frauen (28 %), in Ostdeutschland dagegen mehr als die Hälfte (54 %, Statistisches Bundesamt, 1991). Nach Abschluss des Studiums waren eine Stelle und die Facharztausbildung gesichert, wenn auch nicht unbedingt in dem gewünschten Fach und am gewünschten Ort. Es bestand sogar die Pflicht zur Weiterbildung. Bereits am Ende des fünften Studienjahres bekamen Medizinstudierende im Rahmen der so genannten Absolventenlenkung einen Arbeitsvertrag für die Dauer der Facharztausbildung an einer Einrichtung des staatlichen Gesundheitswesens (Rychlik, 1983). Auch in der ehemaligen DDR promovierten weniger Ärztinnen als Ärzte, und auch dort waren Medizinerinnen in leitenden Positionen unterrepräsentiert; trotzdem war ein deutlich höherer Anteil von Ärztinnen in leitenden Positionen tätig. Dazu ein Beispiel: zum Zeitpunkt der Wende waren an der Ostberliner Charité 11 % der ärztlichen Professuren mit Frauen besetzt, während die entsprechenden Zahlen in Westdeutschland deutlich unter 5 % lagen. Eine Auswertung des Frauenanteils in verschiedenen Fachgebieten deutscher Universitätskliniken im Ost-West-Vergleich für das Jahr 1995 erbrachte ausgeprägte Unterschiede (Bronner, 2000). So betrug der Frauenanteil an Chirurgen in Westdeutschland nur 13 %, in Ostdeutschland immerhin fast ein Viertel (24 %); in der Gynäkologie betrug der Frauenanteil 37 % in Westdeutschland und 51 % in Ostdeutschland; und auch in dem „Männerfach“ Orthopädie gab es große Unterschiede: 5 % Frauenanteil im Westen und 20 % im Osten Deutschlands.

Festzuhalten ist, dass die Frauenquote im ärztlichen Beruf, nicht zuletzt wegen der Vereinigung von West- und Ostdeutschland inzwischen recht hoch ist. Die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten von Ärztinnen sind jedoch nach wie vor unbefriedigend, und von einer „Eroberung“ des ärztlichen Berufes durch Frauen kann dementsprechend kaum gesprochen werden. Der so genannte „Glas Ceiling-Effekt“, das heißt die Unterrepräsentation von Ärztinnen in prestigeträchtigen Fächern sowie in leitenden Positionen der Medizin, findet sich auch in anderen Ländern (z. B. den USA), wie ein Überblicksartikel über „Karrierehindernisse von Frauen in der Medizin“ aufzeigt (Reed & Buddeberg-Fischer, 2001).

2. Motive zum Medizinstudium und Berufseintritts-Schock

Die Medizin ist für Männer und Frauen ein attraktives Fach. Der ärztliche Beruf gilt als „interessante und anspruchsvolle Tätigkeit, die Können, Wissen und menschliche Fähigkeiten verlangt und viel gibt“ (30-jähriger PJler). Männer und Frauen erhoffen sich vom Studium wie von der ärztlichen Tätigkeit nicht nur den Erwerb fachlicher Kompetenz, sondern eine „Weiterentwicklung im persönlichen Bereich, eine „Ausbildung zu sich selbst““ (25-jähriger Student). Sie sehen in dem Beruf die Möglichkeit, sich selbst zu verwirklichen und wollen das Gefühl haben, einer sinnvollen Betätigung nachzugehen. Die Motive zum Medizinstudium sind meist sehr idealistischer Natur, wie die „Berufung zum Helfen“, der Wunsch nach Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, oder auch die Hoffnung, ein als überholt erlebtes schulmedizinisches System reformieren zu können. So wünscht sich ein Student „eine bessere Möglichkeit zu bekommen, auf konservative, stagnierende und einseitige Verfahren der westlichen Schulmedizin Einfluss zu haben, um sie zu verändern“ (25-jähriger Student, alle Zitate aus Sieverding, 1990). Wichtig ist für viele auch die intellektuelle Herausforderung, die das Studium bietet. Finanzielle Motive oder solche von Prestige oder Macht spielen bei der Berufswahl dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

Spätestens beim Eintritt in die Klinik erleben Männer wie Frauen eine Diskrepanz zwischen ihren beruflichen Hoffnungen, Erwartungen und Zielen und der Realität des Berufsalltages. Die Befragten selbst bezeichnen diesen Prozess als „Desillusionierung“, in der Literatur wird meist der Begriff „Berufseintrittsschock“ oder „Praxisschock“ verwandt (Gebert & v. Rosenstiel, 1981). Die Enttäuschung ist eng assoziiert mit den Strukturen im Krankenhaus, die „schlimmer als erwartet“ seien; die Arbeit wird als stressvoll und entfremdet erlebt; hinter den bürokratischen und hierarchischen Strukturen vermissen die Studierenden sinnvolle Inhalte, wie etwa Alternativen zur Schulmedizin. Trotz stressvoller zehn- bis zwölfstündiger Arbeitstage haben sie nicht genug Zeit für die Patienten, es gibt mehr Verwaltungsaufgaben als erwartet, sie vermissen Unterstützung durch Kollegen und Pflegepersonal. Am gravierendsten ist jedoch die zunehmende Einschätzung, an einem verkrusteten System nichts ändern zu können. Das ursprünglich idealisierte Berufsbild weicht einer realistischeren Einschätzung, nicht wenige Frauen können nur noch die negativen Seiten erkennen.

„Meine Vorstellung vom Arztberuf erscheint mir inzwischen wie ein naiver, pubertärer Traum“ (PJlerin, 39 J.).

„Meine Ideale sind weg, ich sehe diesen Beruf jetzt klar und empfinde ihn als sehr frustrierend“ (PJlerin, 28 J., beide zit. in Sieverding, 1990, S. 124).

Obwohl die PJler ebenfalls von der Realität in der Klinik enttäuscht sind, scheint es ihnen leichter zu fallen, damit fertig zu werden als den PJlerinnen. Anders als bei den Frauen führt bei ihnen die Desillusionierung nicht zu einer Rücknahme der beruflichen Ambitionen. Im Gegenteil strebt die Mehrheit der Medizinstudenten am Ende des Studiums eine berufliche Karriere an, während bei den Studentinnen ein nicht unerheblicher Anteil die beruflichen Hoffnungen schon zurückgeschraubt hat.

Auch scheinen Männer über verschiedene Strategien zu verfügen, wie sie den Praxisschock überwinden können, z. B. durch ein Herunterschrauben der eigenen Ansprüche auf ein realisierbares Maß („jeden Tag wenigstens eine gute Tat“) oder durch eine Distanzierung mittels Humor und Sarkasmus. Auch die „Jetzt erst recht“-Strategie ist praktisch nur bei Männern zu finden. Bei einem Teil der Männer führt die realistischere Einschätzung des ärztlichen Berufes nämlich zu einer Aufgabe der ursprünglichen „Bescheidenheit“ und der Erkenntnis, dass man nach oben kommen muss, um etwas zu erreichen:

„... Die anfängliche Bescheidenheit wurde durch die Einsicht getrübt, dass man in den unteren Positionen der medizinischen Hierarchie (besonders wirtschaftlich und zeitlich) ausgenutzt wird“ (PJler, 25 J.).

Den Medizinerinnen scheint es schwerer zu fallen, sich an die Berufswelt anzupassen. Einige Frauen werden von Selbstzweifeln geplagt („Bin ich wirklich den Anforderungen gewachsen?“), andere nehmen aversive Arbeitsbedingungen wie Diskriminierung und Vorurteile sowie gleichzeitig das Fehlen von sozialer Unterstützung (z. B. durch einen Partner) vorweg. Sie sind weniger bereit oder in der Lage, ihre idealistischen Vorstellungen auf ein realistisches Maß zurückzuschrauben. Ihnen fehlt häufig die soziale Kompetenz, sich in einer bürokratischen Organisation, wie sie die Klinik darstellt, durchzusetzen. Viele Frauen wurden in einer geschlechtstypischen Sozialisation nicht genügend darauf vorbereitet, mit Situationen umzugehen, die Konkurrenz und Frustration beinhalten. Bei nicht wenigen Frauen im Praktischen Jahr deutet sich der Rückzug aus dem Berufsfeld bereits an. Zum Teil ist stattdessen eine Umorientierung in Richtung auf die traditionelle Frauenrolle zu erkennen, Familie und eigene Kinder werden wichtiger als der Beruf:

„Früher war ich sicher, dass ich eine Stelle bekomme ... heute hoffe ich es. ... Früher wollte ich auf jeden Fall Karriere machen, jetzt halte ich es für wenig realistisch und außerdem nicht unbedingt erstrebenswert ... Jetzt möchte ich eigene Kinder haben und erwarte, dass es sich vereinbaren lässt!“ (PJlerin, 27 J.).

„... (Berufliche Karriere) ist für mich nicht mehr so wichtig ... Familie bzw. Kinder haben jetzt einen höheren Stellenwert“ (PJlerin, 24 J.).

Die Geschlechtsunterschiede im Umgang mit dem Berufseintritts-Schock verweisen auf gesellschaftliche Geschlechtsrollen, die von Männern und Frauen auch heute noch unterschiedliche Verhaltensweisen, Interessen und Prioritätensetzungen erwarten. Während von einem Mann beispielsweise erwartet wird, einen Beruf auszuüben, bis er das Pensionsalter erreicht hat, werden an eine Frau widersprüchliche Erwartungen gerichtet: einerseits soll sie zwar auch einen Beruf erlernen und für sich selbst sorgen können; andererseits wird von ihr erwartet, dass sie die Hauptsorge für die Kinder trägt und notfalls ihren Beruf zugunsten der Familie zurückstellt oder ganz aufgibt. Während Medizinerinnen in einer solchen Situation wie dem Berufseintritt eine gesellschaftliche Alternative angeboten wird – nämlich der Verzicht auf die Berufstätigkeit und die Entscheidung für die Mutter- und Hausfrauenrolle – ist den Me-

diziniern eine solche „Lösung“ des Berufseintritts-Schocks kaum möglich. Sie sehen gar keine andere Wahl, als sich mit den Gegebenheiten zu arrangieren.

3. Exkurs: Was sind eigentlich Geschlechtsrollen?

Geschlechtsrollen sind definiert als normative Erwartungen der Gesellschaft, die am biologischen Geschlecht anknüpfen. Die Erwartungen definieren die Arbeitsteilung und die hierarchische Beziehungsstruktur (Machtverteilung) zwischen den Geschlechtern sowie als wünschenswert angesehene Eigenschaften, Interessen und Fähigkeiten, die ein Mann oder eine Frau haben soll, je nach herrschendem Leitbild von Männlichkeit und Weiblichkeit (s. ausführlich Alfermann, 1996).

Bekannt wurde das Modell von Parsons und Bales (1955). Darin wurden Männern und Frauen aufgrund ihres biologischen Geschlechts unterschiedliche Geschlechtsrollen im System Familie bzw. Gesellschaft zugewiesen. An den Mann wurden Verhaltenserwartungen entsprechend der instrumentellen oder aufgabenbezogenen Rolle gerichtet. Er galt als zuständig für die Beziehungen der Familie nach außen (vor allem für ihre materielle Basis); innerhalb der Familie sollte er die letzte Entscheidungsinstanz sein, Bestrafungen ausführen und auf Einhaltung von Disziplin und Kontrolle achten. Als für einen Mann typisch und angemessen galten psychologische Charakteristika, die ihn für diese Rolle befähigen: Unabhängigkeit, logisches Denken, Wettbewerbsorientierung und Abenteuergeist. An die Frau wurden entsprechend der expressiven Rolle komplementäre Verhaltenserwartungen gerichtet. Sie wurde als zuständig angesehen für die inneren Angelegenheiten in der Familie, vor allem für die sozialemotionale Unterstützung aller Familienangehörigen. Weiterhin wurde ihr eine Vermittlerrolle zugeschrieben, ihre Aufgabe sollte es sein, ein harmonisches Gleichgewicht in der Familie zu schaffen. Von ihr wurden folgende psychologischen Charakteristika erwartet: Wärme, Einfühlsamkeit, Emotionalität und die Sorge um andere.

Natürlich haben sich seit den 50er Jahren die Inhalte der Geschlechterrollen geändert. Angeregt durch die Frauenbewegung der 70er und 80er Jahre wurde insbesondere die traditionelle Frauenrolle massiv in Frage gestellt, und „neue Männer“ wurden gefordert. Und tatsächlich ist die Quote der berufstätigen Frauen – insbesondere der Frauen mit Kindern – seitdem gestiegen, und inzwischen beteiligen sich auch Väter an Haushalt und Kindererziehung. Es gibt jedoch vor allem in Westdeutschland eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, gerade was die Rollenverteilung in der Familie betrifft. Werden Männer und Frauen nach ihren Einstellungen dazu befragt, befürworten sie mit großer Mehrheit das Partnerschaftsmodell, wonach die Aufgaben in der Familie gleichberechtigt zwischen Mann und Frau verteilt werden sollten und beide die Möglichkeit haben sollten, berufstätig zu sein. Tatsache ist jedoch, dass in sehr vielen Fällen nach der Geburt des ersten Kindes wieder ein traditionelles Modell gelebt wird, der Mann geht arbeiten und die Frau bleibt („erst mal“) zu Hause, wobei aus dem „erst mal“ häufig ein mehr oder weniger gewolltes „auf immer“ wird (Sieverding, 1990, 1992).

Gesellschaftliche Geschlechtsrollenerwartungen schlagen sich nicht unmittelbar im Verhalten nieder. Es finden sich große interindividuelle Unterschiede in der Identifikation mit solchen Erwartungen – z. B. gibt es nach wie vor riesige Unterschiede zwischen west- und ostdeutschen Frauen in ihren Einstellungen bezüglich der Vereinbarkeit von Mutter- und Berufsrolle. Hier ist das Selbstkonzept eines Individuums als relevante vermittelnde Variable zu berücksichtigen. Nur wenn ich mich mit den Rollenerwartungen identifiziere, wenn ich z. B. glaube, dass eine „gute“ Mutter nicht berufstätig sein sollte (was übrigens durch viele Studien widerlegt ist, s. z. B. Fthenakis, 1989), haben diese gesellschaftlichen Erwartungen Auswirkungen auf mein Verhalten.

Auch wenn sich die Selbstkonzepte von Männern und Frauen heute weniger stark unterscheiden sollten als noch in den 60er Jahren, charakterisieren Männer sich im Durchschnitt mehr durch instrumentelle Eigenschaften, Frauen mehr durch expressive Eigenschaften. Die Ergebnisse von umfangreichen Analysen der vorliegenden empirischen Befunde zu Persönlichkeit im Geschlechtervergleich bestätigten unlängst die Theorie, dass Männer und Frauen sich – nach wie vor – in Persönlichkeitsmaßen am besten anhand der Dimensionen Instrumentalität und Expressivität differenzieren lassen (Feingold, 1994). Die größten Geschlechtsunterschiede fanden sich bei den Persönlichkeitsmerkmalen „assertiveness“ (Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, Männer höhere Werte) und „tender-mindedness“ (Sanftmütigkeit, Fürsorglichkeit, Frauen höhere Werte). Bei solchen Aussagen ist zu bedenken, dass es sich nur um Durchschnittswerte handelt. Es gibt viele Menschen, die unabhängig von ihrem Geschlecht über ein hohes Maß an expressiven und instrumentellen Eigenschaften verfügen; diese werden auch als „androgyn“ bezeichnet. Männer mit hohen Expressivitätswerten und niedrigen Instrumentalitätswerten sowie Frauen mit hohen Instrumentalitäts- und niedrigen Expressivitätswerten – so genannte geschlechtsuntypische Personen – sind jedoch nach wie vor eher selten (s. auch Alfermann, 1996).

4. Der Konflikt zwischen Beruf und Familie für Ärzte und Ärztinnen

Berufstätigkeit und Familie lassen sich im ärztlichen Beruf schwerer miteinander vereinbaren³ als in anderen Berufsfeldern; die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 55 Stunden; durch Überstunden und Bereitschaftsdienste ist zudem die Arbeitszeit schwer kalkulierbar (Stern, 1996). 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 prak-

³ Dies gilt zumindest für Westdeutschland; in der ehemaligen DDR war eine deutlich bessere Vereinbarkeit gegeben, vor allem wegen eines umfangreichen Angebotes an staatlichen Krippen, Kindergärten und Ganztageschulen. In Westdeutschland dagegen gibt es kaum Angebote zur Ganztagesbetreuung.

tisch alle Partner der befragten Ärztinnen (92 %) voll berufstätig und überließen ihnen zudem den Hauptanteil an Haushalt und Kindererziehung (Kaul-Hecker & Meyer, 1991): Den der typischen „Arztfrau“ entsprechenden „Ärztinnenmann“ sucht man also noch vergeblich. Fast identische Ergebnisse ergab eine neuere Erhebung an den medizinischen Universitäten Kiel und Lübeck (Mesletzky, 1996). Diese Befragung bestätigte überdies die bekannte Beobachtung, dass berufstätige Medizinerinnen deutlich seltener verheiratet sind oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben als ihre männlichen Kollegen.

Umgekehrt gibt es nicht wenige Ärztinnen, die nach der Geburt eines Kindes auf die Berufstätigkeit verzichten, und das, obwohl nach einer Befragung des Marburger Bundes nur 2 % der Medizinerinnen im Praktischen Jahr ihren Beruf aufgeben wollten, weil sie Kind und Beruf für unvereinbar hielten. Wie kommt es dazu?

Um Hinweise zu bekommen, wie der Konflikt zwischen Kind und Beruf gelöst wird, habe ich Medizinstudierende am Anfang und am Ende des Studiums aufgefordert, kleine Geschichten zu erfinden. Die vorgegebene Ausgangssituation war folgendermaßen definiert:

„Helga und ihr Freund Kurt stehen beide kurz vor dem 2. Medizinischen Staatsexamen, als Helga erfährt, dass sie schwanger ist.“

Die partnerschaftliche Lösung dieses Konfliktes könnte z. B. so aussehen:

„Kurt und Helga beschließen, sich gemeinsam dem Kind zu widmen und nacheinander die Pflege zu übernehmen und dann eine Gemeinschaftspraxis zu eröffnen“ (Student, 22 J.).

Eine solche oder eine ähnliche Lösung wird von der Mehrheit der Befragten ausgeführt (zwischen 35 und 51 %); es ist jedoch anzunehmen, dass in diesem Partnerschaftsideal mehr die Hoffnungen der Befragten zum Ausdruck kommen als die Vorwegnahme des tatsächlichen eigenen Verhaltens in einer späteren vergleichbaren Situation. Die Diskrepanz zwischen dem Ideal einer partnerschaftlichen und der Realität einer traditionellen Rollenaufteilung – spätestens nach Geburt des ersten Kindes – ist ein wiederholt bestätigtes Ergebnis verschiedener Studien aus dem deutschsprachigen Raum (s. z. B. Erler, Jaeckel, Pettinger & Sass, 1988; Nave-Herz, 1988).

Besonders aufschlussreich sind deshalb die Geschichten, in denen die Grenzen der Realisierbarkeit des partnerschaftlichen Modells aufgezeigt werden. Solche realitätsnäheren Geschichten werden häufiger von Frauen und Männern im Praktischen Jahr als von Studienanfängern geschrieben. Als Haupthindernisse erweisen sich – und zwar in der Einschätzung von Frauen wie von Männern – der Stellenmangel sowie die mangelnde Bereitschaft von Männern, im Ernstfall tatsächlich auf ihre berufliche Karriere zu verzichten. Am häufigsten ist jene Version zu finden, wo sich entgegen Helgas Willen eine traditionelle Aufteilung entwickelt. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Kurt – allen partnerschaftlichen Idealen zum Trotz – irgendwann doch der Attraktion der beruflichen Karriere „verfällt“ und die Sorge um das Kind bei Helga „hängen bleibt“. Die Entscheidung für die traditionelle Aufteilung führt (zumindest in den erzählten Geschichten) selten zum „Happy End“. Meistens bekommt Helga

überhaupt keine Stelle mehr (stattdessen dann häufig ein zweites Kind) oder sie „landet“ in äußerst unattraktiven Positionen.

Besonders drastisch ist diese Entwicklung in der Ausführung eines PJlers dargestellt:

„Beide freuen sich und sind glücklich. Helga wird ihr PJ verschieben, während Kurt zielstrebig schon seine Karriere vorbereitet, ihr natürlich versprechend, dass er später auch mal eine gewisse Zeit zu Hause verbringen wird. Fünf Jahre später: Kurt: aufstrebender Assi auf der Chirurgie oder Inneren ... Helga: Halbtagsstelle beim Sozialamt in der Beratungsstelle für Fußpilz- kranke“ (PJler, 34 J.).

Nicht genug damit: Häufig wird darüber hinaus auch noch das – langfristige – Scheitern der Beziehung vorausgesehen und der Rückgriff des Mannes auf eine Frau mit geringeren beruflichen Ambitionen.

„Kurt überredet Helga, ihr Staatsexamen ‚erstmal‘ aufzuschieben; er macht das PJ, wird Arzt und macht Karriere, während Helga auf das Kind aufpasst. Nach 20 Ehejahren lernt Kurt eine 20-jährige Krankenschwester kennen und lässt sich scheiden“ (PJler, 27 J.).

5. Welche Persönlichkeitseigenschaften sind notwendig für den ärztlichen Beruf? Feminine, maskuline? Oder beide?

Eine ausgeprägte Leistungsorientierung (in Verbindung mit den entsprechenden schulischen und akademischen Leistungen) ist nach wie vor die beste Voraussetzung, um einen der begehrten Medizinstudienplätze zu erhalten und das Studium erfolgreich abzuschließen. Auch die Einführung mündlicher Auswahlgespräche bei der Zulassung zum Studium sowie die Verstärkung mündlicher Prüfungen im Studium haben an dieser – zum Teil massiv kritisierten – Tatsache nicht wesentlich gerüttelt. Wie sieht es jedoch nach Abschluss des Studiums aus? Welche Persönlichkeitseigenschaften sind überhaupt notwendig für den ärztlichen Beruf? Welche Merkmale kennzeichnen einen guten Arzt, eine gute Ärztin? Wer wird in dem sich zuspitzenden Kampf um knappe Stellen erfolgreich sein? Wer wird in der ärztlichen Hierarchie den Weg nach oben machen?

Im folgenden Abschnitt möchte ich dazu Ergebnisse aus eigenen Untersuchungen vorstellen. Diese wurden durch Selbstkonzept-Theorien der beruflichen Entwicklung, insbesondere den Arbeiten von Donald Super und Mitarbeitern (Super, Starishevsky, Matlin & Jordaan, 1963) angeregt. Nach der Selbstkonzept-Theorie der beruflichen Entwicklung 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 kann. Verschiedene Studien haben gezeigt: Je besser (subjektives) 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 (Scheller & Heil, 1984).

Welche Eigenschaften sind aber erforderlich für den ärztlichen Beruf? Fest steht, dass es – zumindest nach dem 3. Staatsexamen – nicht ausreicht, in mündlichen oder schriftlichen Prüfungen gute fachliche Leistungen zu erbringen. Auch eine hohe berufliche Motivation reicht nicht aus. Diese Erfahrung machen heute die frischapprobierten Ärzte und Ärztinnen spätestens bei ihren ersten Bewerbungen. Sie fühlen sich vielleicht zum Arztberuf „berufen“, aber wie können sie es zeigen? Wer bekommt eine Chance?

Die ärztliche Berufstätigkeit ist eng an die Institution Krankenhaus gekoppelt, ohne die ein berufliches Fortkommen – zumindest in den ersten Phasen der beruflichen Entwicklung – kaum möglich ist. Auch jemand, der auf Dauer nicht im Krankenhaus bleiben, sondern sich z. B. in eigener Praxis niederlassen will, benötigt den erfolgreichen Abschluss der Facharzt Ausbildung; und diese Ausbildung erfolgt in der Klinik. Die Facharzt Ausbildung dauert mindestens 4 bis 5 Jahre; jedoch werden Berufsanfängern kaum noch mehrjährige Qualifikationsstellen angeboten. In den letzten Jahren sind Jahres- oder sogar Halbjahresverträge geradezu die Regel geworden, welche keineswegs automatisch verlängert werden. Dies setzt die Berufsanfänger, die auf eine Weiterbeschäftigung hoffen, unter starken Anpassungs- und Konformitätsdruck.

Folgende Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit sind als typisch für die Institution Krankenhaus beschrieben worden (Heim, 1986, S. 585 ff.):

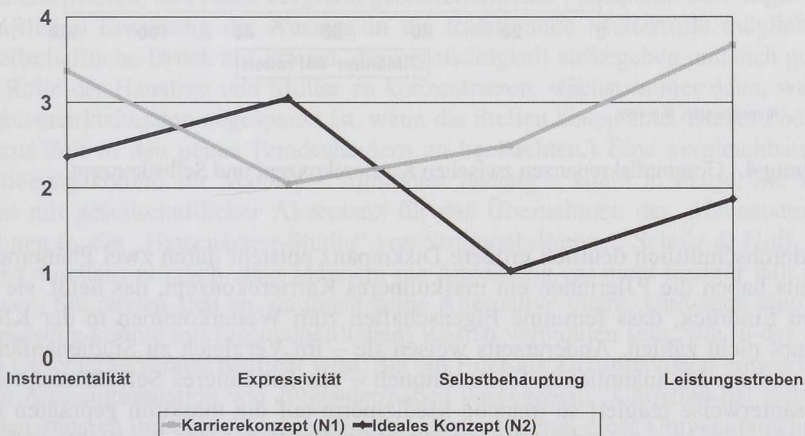
- Alltägliche Hetze im Krankenhausbetrieb
- Hierarchische Strukturen mit einem mechanistischen Führungssystem und autokratischer Klinikleitung
- Starkes Rivalitätsverhältnis zwischen ärztlichen Kollegen und Kolleginnen, insbesondere in Universitätskliniken
- Konflikte in der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal.

Um in einer Organisation mit diesen Merkmalen beruflich Fuß zu fassen oder sogar weiterzukommen, werden – nach der Einschätzung von Medizinstudierenden am Studienanfang und am Studienende – neben einer starken Leistungsorientierung in erster Linie solche Eigenschaften und Verhaltensweisen benötigt, die traditionell eher als „maskulin“ gelten wie Selbstsicherheit, die Fähigkeit, Druck standzuhalten oder Durchsetzungsvermögen. Dagegen werden Eigenschaften, die als „typisch feminine“ Qualitäten angesehen werden, wie zum Beispiel Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit oder Einfühlsamkeit, als wenig förderlich eingeschätzt (Sieverding, 1990). Interessanterweise fand sich in einer unmittelbar nach der Wende in Ost-Berlin durchgeführten Paralleluntersuchung ein praktisch identisches Ergebnis (Sieverding & Rauchfuß, 1993).

Zur Vorgehensweise: Die Befragten sollten für eine Reihe von Eigenschaften einschätzen, inwieweit sie diese für förderlich halten würden, in der Klinik eine Stelle zu bekommen, zu behalten und aufzusteigen. Die Eigenschaften gehörten zu vier Skalen: Die Instrumentalitätsskala enthält aufgabenbezogene Eigenschaften wie selbstsicher, durchsetzungsfähig, aktiv, leicht Entscheidungen treffend. Die Expressivitätsskala enthält Eigenschaften, die der sozialemotionalen Unterstützung anderer dienen,

wie hilfsbereit, einfühlsam, freundlich (Spence & Helmreich, 1978). In einer aufgrund von Vorversuchen konstruierten Selbstbehauptungsskala waren ebenfalls instrumentelle Eigenschaften enthalten, die einen eher negativen Beigeschmack haben, wie offensiv, cool oder egoistisch. Außerdem gab es noch eine Kurzskaala zum Leistungsstreben sowie die beiden Eigenschaften „männlich“ und „weiblich“ (Sieverding, 1990).

Neben diesem stark ans Krankenhaus gebundene „Karrierekonzept“ des ärztlichen Berufes existiert jedoch – mindestens – noch ein anderes relevantes ärztliches Berufskonzept. Fragt man Medizinstudierende nämlich, welche Eigenschaften der ideale Arzt bzw. die ideale Ärztin im Umgang mit Patienten haben sollte, stehen expressive (feminine) Eigenschaften an erster Stelle, während Eigenschaften der Selbstbehauptung und des Leistungsstrebens an Bedeutung verlieren (Sieverding, 1992). Wie unterschiedlich die beiden subjektiven Berufskonzepte des ärztlichen Berufs sind, ist in Abbildung 3 dargestellt.



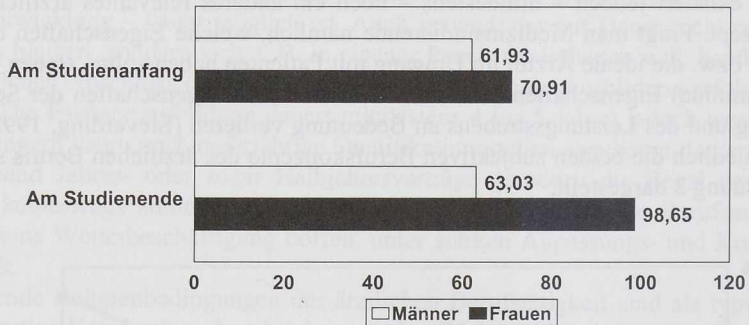
Anmerkungen. N1 = 221, N2 = 90. Skalenmittelwerte; Antwortvorgaben von 0 ("überhaupt nicht förderlich") bis 4 ("sehr förderlich")

Abbildung 3. Karrierekonzept und Idealkonzept des ärztlichen Berufs im Vergleich

Bei der Entscheidung für das Medizinstudium orientieren sich junge Männer und Frauen fast ausschließlich an dem Idealkonzept ärztlicher Tätigkeit. Befragt man Studienanfänger ganz allgemein, welche Eigenschaften förderlich „für den ärztlichen Beruf“ seien, erhält man ein Ergebnismuster, das mit dem „idealen Arzt“ bzw. der „idealen Ärztin“ praktisch identisch ist.

Welche Geschlechtsunterschiede gibt es aber nun bei diesen Einschätzungen? Es gibt relativ geringe Unterschiede in den Einschätzungen, welche Eigenschaften notwendig sind, um im Krankenhaus weiterzukommen. Größere Unterschiede finden sich, wenn man zusätzlich noch die Selbstkonzepte der Befragten berücksichtigt, die

mithilfe dergleichen Eigenschaftsliste erfasst wurden. 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 PJlerinnen 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 (s. Abbildung 4).



Anmerkungen. N = 450.

Abbildung 4. Gesamtdiskrepanzen zwischen Karrierekonzept und Selbstkonzept

Diese durchschnittlich deutlich größere Diskrepanz entsteht durch zwei Phänomene: einerseits haben die PJlerinnen ein maskulinere Karrierekonzept, das heißt, sie haben den Eindruck, dass feminine Eigenschaften zum Weiterkommen in der Klinik überhaupt nicht zählen. Andererseits weisen sie – im Vergleich zu Studienanfängerinnen und zu den männlichen Kommilitonen – ein feminineres Selbstkonzept auf. Interessanterweise reagiert so manche Medizinerin auf die maskulin geprägten und dominierten Strukturen in der Klinik nicht mit einer Anpassung (in Richtung Leistungsorientierung, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen), sondern sogar eher in Richtung einer besonderen Betonung ihrer femininen Werte. Auch dieser Befund war in West- wie Ost-Berlin zu finden (Sieverding & Rauchfuß, 1993). 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. Eine solche Feminisierung im Selbstkonzept ist sicher wenig förderlich für eine berufliche Perspektive in der Klinik, dagegen könnte sie geeignet sein, eine Rückbesinnung (man könnte auch sagen Rückfall) in die traditionelle weibliche Rolle vorzubereiten, das heißt: (vorübergehender) Verzicht auf die Berufstätigkeit und Schwerpunktsetzung auf familiäre Werte.

6. Zusammenfassung und Ausblick

In diesen Kapiteln konnten nur einige wenige Aspekte behandelt werden, die mit Geschlechts(rollen-)unterschieden im ärztlichen Beruf zu tun haben. Im Wesentlichen ging es hier um die berufliche Situation von Ärzten und Ärztinnen im Vergleich. Andere – ebenfalls wichtige – Themen konnten in diesem begrenzten Rahmen nicht diskutiert werden: z. B. Geschlechtsunterschiede in Gesundheits- und Krankheitsverhalten oder die Bedeutung der Variable Geschlecht in der Arzt/Ärztin – Patient/in – Beziehung (s. z. B. Gesundheitsakademie, 1998; Brähler & Felder, 1999; Sieverding, 2000; im Druck).

In diesen Kapiteln sollte vor allem verdeutlicht werden, dass Männer und Frauen zum Teil unterschiedliche Probleme in ihrem Berufsweg als Arzt oder Ärztin erleben, zum Teil sind sie mit ähnlichen Problemen konfrontiert, haben aber oft nicht die gleichen Bewältigungsmöglichkeiten. Bei der Konfrontation mit äußeren Barrieren (z. B. Vorurteile gegen Frauen) und widrigen Umständen (Stellenmangel, als aversiv erlebte Arbeitsstrukturen), die die Berufstätigkeit und besonders eine berufliche Karriere erschweren, ist Frauen aufgrund gesellschaftlicher Akzeptanz oder sogar gesellschaftlicher Erwartung der Ausweg in die traditionelle Mutterrolle möglich. (Der gesellschaftliche Druck auf Frauen, die Berufstätigkeit aufzugeben und sich ganz auf die Rolle der Hausfrau und Mutter zu konzentrieren, wächst immer dann, wenn die Arbeitsmarktsituation angespannt ist, wenn die Stellen knapp sind. Dieses Phänomen ist zur Zeit in den neuen Bundesländern zu beobachten.) Eine vergleichbare Konfliktlösung kommt für Männer – zumindest bislang – kaum in Frage. Sie können nicht mit gesellschaftlicher Akzeptanz für das Übernehmen der „Hausmannsrolle“ rechnen (s. die „Hausmänner-Studie“ von Strümpel, Prenzel, Scholz & Hoff, 1988). Es ist durchaus möglich, dass Männern die Anpassung gar nicht leichter fällt als den Frauen. Sie passen sich an, da ihnen keine Alternative bleibt. Und auch eine solche Anpassung könnte mit (gesundheitlichen) Kosten verbunden sein, wie in der folgenden Geschichte veranschaulicht wird, die ein PJler als Zukunftsvision entworfen hat: (Die Ausgangssituation war folgendermaßen vorgegeben: „Christian hat sich neben vielen anderen um eine Assistentenstelle auf der Inneren einer Universitätsklinik beworben. Heute erfährt er, dass er genommen worden ist, weil er der am besten qualifizierte für die Stelle ist.“)

„Christian hat das Pech, auf einen selbstherrlichen, äußerst dominanten Chef zu treffen, der es nicht für nötig hält, seinen Assistenten die nötige ideelle und fachliche Unterstützung zu gewähren. Bereits nach kurzer Zeit fühlt er sich unwohl und trägt sich mit dem Gedanken, die Stelle zu wechseln. Doch angesichts der Arbeitsmarktlage beschließt er, doch zu bleiben und fügt sich mit innerem Groll. 10 Jahre später lernen wir Christian als dynamischen Oberarzt kennen, der im Auftrag seines neuen Chefs von Konferenz zu Konferenz reist, Nächte im Labor verbringt, gerade die 2. Scheidung hinter sich hat. Nach weiteren 10 Jahren ist es ihm gerade noch vergönnt, ein Jahr auf Chefposition zu regieren, dann erleidet er einen massiven Hinterwandinfarkt und muss kürzer treten (nur noch Privatpatienten)“ (PJler, 26 Jahre).

Gerade weil der ärztliche Beruf so anspruchsvoll, vielseitig und fordernd ist, ist es besonders wichtig, sich schon im Studium mit den Anforderungen und Strukturen des späteren Berufslebens auseinander zu setzen, um sich gegen spätere Enttäuschungen, aber auch gegen ein Ausbrennen zu wappnen. Nicht zu vergessen ist auch eine längerfristige realistische Berufs- und Familienplanung. (Ein kleiner Tipp für Medizinerinnen: besser keinen Arzt als Partner!) So sollten gerade Frauen versuchen, erst einen Fuß in die Berufswelt zu bekommen und Berufserfahrung zu sammeln, bevor sie ihren Kinderwunsch realisieren. Eine Alternative wäre – wie in der ehemaligen DDR üblich – das Kinderkriegen schon während des Studiums. Ein sehr ungünstiger Zeitpunkt ist sicher der unmittelbar nach Abschluss des Studiums und vor Eintritt in den Beruf.

Auch sollten die bestehenden Wertesysteme und Arbeitsstrukturen in der Medizin auf ihre Tauglichkeit abgeklöpft werden: Ist es wirklich notwendig und sinnvoll, dass so viele Ärztinnen und Ärzte 55 und mehr Stunden in der Woche arbeiten und auf ein Privatleben praktisch ganz verzichten müssen, während gleichzeitig die Zahl der arbeitslosen Medizinerinnen und Mediziner immer mehr ansteigt? Eine Verringerung der wöchentlichen Arbeitsstundenzahl auf reale 35 bis 40 Stunden die Woche könnte für Medizinerinnen wie für Mediziner die Lebensqualität erhöhen und gleichzeitig den Arbeitsmarkt entspannen. Die Arbeitsstrukturen werden sich jedoch nur dann ändern (lassen), wenn beide Geschlechter sich gemeinsam und nachhaltig für Veränderungen einsetzen.

Literatur

- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brähler, E. & Felder, H. (Hrsg.). (1999). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit* (2. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bronner, A. (2000). *Die berufliche Situation von Ärztinnen in so genannten Männer- und Frauenfächern der Medizin*. Hamburg: Kovac.
- Erler, G., Jaeckel, M., Pettinger, R. & Sass, J. (1988). *Kind? Beruf? Oder Beides? Eine repräsentative Studie über die Lebenssituation und Lebensplanung junger Paare zwischen 18 und 33 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag der Zeitschrift Brigitte*. München: DJI.
- Färber, C. (1995). Wo bleiben die Professorinnen der Medizin? Karrierehemmnisse für Frauen im ärztlichen Beruf. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 24, 14-27.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 166, 429-456.
- Fthenakis, W. E. (1989). Mütterliche Berufstätigkeit, außerfamiliale Betreuung und Entwicklung des (Klein-)Kindes aus kinderpsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Familienforschung*, 1, 5-27.
- Gebert, D. & v. Rosenstiel, L. (1981). *Organisationspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- GesundheitsAkademie; Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.). (1998). *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen?* Frankfurt/Main: Mabuse.
- Heim, E. (1986). Das Krankenhaus als berufliches Umfeld. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (1. Aufl.). Band 2 (Klinik und Praxis, S. 585-589). Berlin: Springer.
- Heuser-Schreiber, H. (1997). Ärztinnen in Deutschland. Fakten – Beobachtungen – Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, 94, B-25-27.
- Höß, C. (1995). Frauenärztin und akademische Karriere. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 257, 704-709.
- Jensen, U. (1995). Besonderheiten der Berufs- und Lebensplanung von Ärztinnen. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 257, 694-699.
- Kaul-Hecker, U. & Mayer, B. (1991). *Umfrage zur Situation wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Sommer 1991*. Medizinische Hochschule Hannover.
- Marburger Bund (1987). ... *Und den Rest machen die Mädels. Ergebnisse einer Marburger Bund-Fragebogenaktion bei Medizinstudentinnen*. Unveröffentlichte Dokumentation, Marburger Bund, Riehler Str. 6, 5000 Köln 1.
- Mesletzky, J. (1995). *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 zu Kiel.
- Mesletzky, J. (1996). *Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinern*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Mohr, W. (1987). *Frauen in der Wissenschaft*. Freiburg: Dreisam.
- Nave-Herz, R. (Hrsg.). (1988). *Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Enke.
- Otto, U. (1987). Aufgaben und Möglichkeiten des Deutschen Ärztinnenbundes. *Ärztin*, 7, S. 2-5 und 8, S. 6-9.
- Parsons, T. & Bales, R. F. (1955). *Family. Socialization and interaction process*. London: Routledge & Kegan.
- Reed, V. & Buddeberg-Fischer, B. (2001). Career obstacles for women in medicine: an overview. *Medical Education*, 35, 139-147.
- Rychlik, R. (1983). *Ärzte in der DDR*. Stuttgart: Enke.
- Scheller, R. & Heil, F. E. (1984). Berufliche Entwicklung und Selbstkonzepte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung* (S. 253-271). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. (1992). Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 157-166.
- Sieverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9, 7-16.
- Sieverding, M. (in Druck). *Geschlecht und Gesundheit* (Reihe Gesundheitspsychologie, Band 10). Göttingen: Hogrefe.

- Sieverding, M. & Rauchfuß, M. (1993). Ärztliches Karrierekonzept und Selbstkonzept bei Medizinstudierenden in Ost- und West-Berlin. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, 82-90.
- Spence, J. T. & Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates & antecedents*. Austin: University of Texas Press.
- Statistisches Bundesamt (1991). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (2000). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stern, K. (1996). *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster: Waxmann.
- Strümpel, B., Prenzel, W., Scholz, J. & Hoff, A. (1988). *Teilzeitarbeitende Männer und Hausmänner*. Berlin: Edition Sigma.
- Super, D. E., Starishevsky, R., Matlin, N. & Jordaan, J. P. (Eds.) (1963). *Career development: Self-concept theory*. New York: College Entrance Examination Board.
- Winkler, G. (1990). *Frauenreport 90*. Berlin: Die Wirtschaft.
- Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit (1998) (Hrsg.). *Arbeitsmarkt-Information: Ärztinnen und Ärzte*. Postfach 170545, 60079 Frankfurt/Main.