

Berufseintritts-Schock und Konflikt zwischen Kind und Beruf

Unterschiedliche Relevanz für Medizinerinnen und Mediziner

Monika Sieverding, Berlin

Dieser Beitrag berichtet über einige exemplarische Ergebnisse einer empirischen Untersuchung am Institut für Medizinische Psychologie der Freien Universität Berlin.

Das Medizinstudium hat bei Frauen seit den 70er Jahren zunehmend an Attraktivität gewonnen; ihre Quote bei den Studienanfängern stieg von 28 auf 42%; fast 40% der 3. Medizinischen Staatsprüfungen werden von Frauen bestanden. Wie eine Befragung des Marburger Bundes (1987) gezeigt hat, streben praktisch alle Studentinnen im Praktischen Jahr eine Fachärztinausbildung an; nur eine kleine Minderheit von 2% ist bereit, den Beruf aufzugeben, weil sie Beruf und Kinder für unvereinbar halten.

Die berufliche Realität von Medizinerinnen sieht jedoch ganz anders aus. Der Anteil von Frauen an berufstätigen Ärzten stagniert seit ca. 20 Jahren (ca. 1/4); weniger als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen verfügt über eine abgeschlossene Fachärztinausbildung; in prestigeträchtigen und führenden Positionen sind Ärztinnen hoffnungslos unterrepräsentiert (weniger als 5%). Als besonders gravierend ist jedoch die Tatsache anzusehen, daß gegenwärtig in Westdeutschland und West-Berlin jede 3. approbierte Ärztin ihren Beruf überhaupt nicht ausübt (ca. 20000!).

Die Existenz äußerer oder institutioneller Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen ist unumstritten. Heide Pfarr hat in ihrem Buch „Diskriminierung im Erwerbsleben“ (1989) kürzlich umfangreiches Material dazu vorgelegt.

Mich interessierte die Frage, inwiefern Frauen einhergehend zu den äußeren

auch durch psychologische, durch innere Barrieren in ihrem beruflichen Werdegang behindert werden. „Verzichten“ Frauen „freiwillig“ auf Beruf und berufliche Karriere?

Es gibt gerade bei den Medizinerinnen einige Hinweise, die auf einen solchen Verzicht hindeuten. Nach einer Umfrage in Berlin im Frühjahr 1990 (durchgeführt vom Marburger Bund und der Ärztekammer) ist weniger als die Hälfte der nicht berufstätigen Ärztinnen unfreiwillig arbeitslos (97 von 210, entspricht 46%, es waren 60 Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit bis zu 45 Jahren angeschrieben worden). Und von den insgesamt 20000 approbierten Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit in Westdeutschland ist sogar nur jede 6. arbeitslos gemeldet. Die Arbeitsmarktsituation für Ärzte und Ärztinnen, die in den letzten Jahren immer schlechter geworden ist und erwiesenermaßen Frauen stärker trifft als Männer, kann also nicht allein für die geringe Quote berufstätiger Ärztinnen verantwortlich gemacht werden.

Um näheren Aufschluß über mögliche Faktoren zu bekommen, die zu einer Selbstselektion von Ärztinnen führen könnten, führte ich im Sommer 1989 eine schriftliche Befragung von insgesamt 450 Studierenden der Medizin (Berlin-West) durch. Die Hälfte der Befragten befand sich am Anfang des Medizinstudiums (3. vorklinisches Semester), die andere Hälfte im Praktischen Jahr. Diese zweite Gruppe befand sich somit bereits in der Berufspraxis, aber noch vor dem eigentlichen Berufseintritt. Im folgenden möchte ich einige exemplarische Ergebnisse dieser Studie vorstellen (zur ausführlichen Darstellung s. *Sieverding*, 1990).

Berufliche Ambitionen

Zunächst interessierte mich die Karrieremotivation, da häufig argumentiert wird, Frauen hätten an einer beruflichen Karriere weniger Interesse als Männer. Die tatsächliche berufliche Karriere hängt von einer Reihe von Faktoren ab (zu nennen sind beispielsweise die Verfügbarkeit von Stellen, die fachliche Qualifikation einer Person sowie die Förderung durch Vorgesetzte). Der Wunsch nach einer beruflichen Karriere stellt jedoch eine grundlegende motivationale Vorbedingung dar, ohne die eine berufliche Karriere sehr unwahrscheinlich ist.

Am Anfang des Studiums streben deutlich mehr Frauen als Männer eine berufliche Karriere an (60 vs 48%). Bei den Männern ist mehr als die Hälfte einer Karriere gegenüber skeptisch („ich weiß noch nicht“) bis ablehnend („nein“) eingestellt (s. Abb. 1).

Am Ende des Studiums ist die Situation genau umgekehrt. Nunmehr wissen 2/3 der Männer, daß sie eine berufliche Karriere wollen, bei den Frauen ist es nur noch die Hälfte. Von den Frauen im Praktischen Jahr hat sich bereits ein recht großer Teil (38%) gegen eine berufliche Karriere entschieden (s. Abb. 2).

Das gleiche Ergebnismuster zeigt sich in der Selbstbeschreibung. Am Anfang des Studiums beschreiben sich die Studentinnen ehrgeiziger und leistungsorientierter als ihre männlichen Kommilitonen, am Ende des Studiums ist es ebenfalls umgekehrt.

Frauen am Anfang des Studiums haben (noch) ein ausgeprägt positives Verständnis von beruflicher Karriere. Sie sehen darin die Chance zur Selbstverwirklichung, die Möglichkeit, fachliche Kompetenz und Anerkennung zu erlangen bzw. selbständig arbeiten zu können. Ein gewisser beruflicher Aufstieg, der sich als Folge qualifizierter Tätigkeit ergibt, wird durchaus als wünschenswert angesehen. Frauen am Ende des Studiums dagegen assoziieren zu beruflicher Karriere häufiger ausschließlich negative Begleiterscheinungen oder den beruflichen Aufstieg als Selbstzweck.

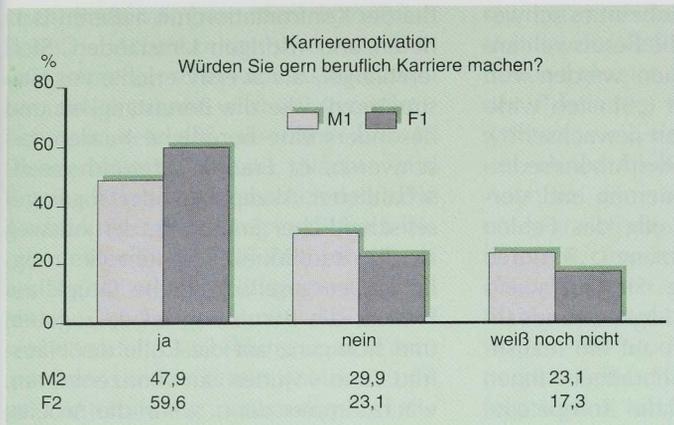


Abb. 1 Einschätzung am Anfang des Studiums (Prozentangaben), Männer Studienanfang (M 1), Frauen Studienanfang in (F 1).

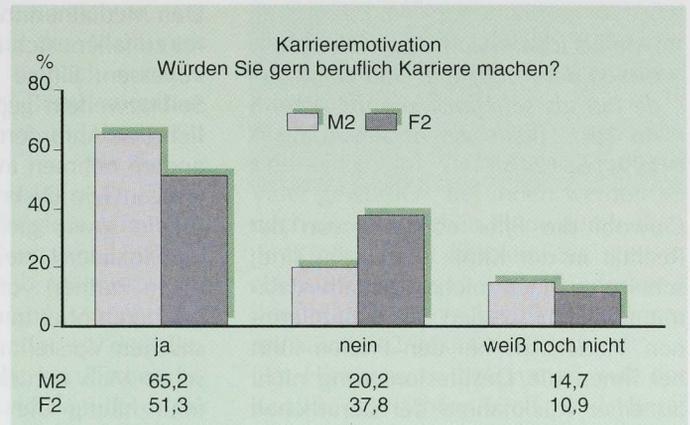


Abb. 2 Einschätzung am Ende des Studiums (Prozentangaben), (Chi-Quadr. = 8.54, df=2, p = 0,05).

Diese Ergebnisse lassen vermuten, daß ein Teil der Medizinerinnen sich nicht (mehr) für eine berufliche Karriere einsetzen wird. Warum nicht mehr? Aus der retrospektiven Befragung der Pflegerinnen ist zu erkennen, daß sich deren Erwartungen seit Beginn des Studiums verändert haben. Die Mehrheit (2/3) der Frauen, die nun keine berufliche Karriere mehr anstreben, sagt, daß ihre Erwartungen seit Beginn des Studiums zurückgegangen seien.

Was können die Gründe für eine solche Demotivierung sein? Welche Faktoren können dazu beitragen, daß Medizinerinnen ihre beruflichen Ambitionen zurückschrauben und möglicherweise sogar von sich aus auf Beruf und berufliche Karriere verzichten?

Medizinerinnen werden – genauso wie Frauen in anderen männlich dominierten Berufsfeldern – mit einer Reihe von äußeren Barrieren, mit Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert. Während sie am Anfang des Studiums noch davon ausgehen, daß sie im Beruf die gleichen Chancen wie ihre männlichen Kommilitonen haben, wird ihnen im Verlauf des Studiums, vor allem durch die Erfahrungen in der Klinik, deutlich, daß sie als Frauen mit Benachteiligungen rechnen müssen. Besonders die potentielle Mutterschaft wird häufig gegen Frauen vorgebracht. „Man wolle keine Anwärter für's Mutterkreuz, sondern Ärzte“ – selten werden die Vorbehalte so deutlich ausgesprochen wie in dieser Äußerung eines Chefarztes im Einstellungsgespräch (Sieverding, 1990, S. 134). „Mir ist die

Rolle als Frau im Krankenhaus vorher nicht als so rückständig bewußt gewesen. Ärztinnen sind Ärzten oft nicht gleichgestellt“ (Pjlerin, 25 J., zit. in Sieverding, 1990, S. 125).

In der Untersuchung wurden schwerpunktmäßig jedoch nicht solche äußeren Barrieren erfaßt, sondern psychologische Faktoren analysiert, die mit dazu beitragen können, daß Frauen von sich aus auf eine berufliche Karriere als Ärztin verzichten.

Dabei erwiesen sich die folgenden Komplexe als relevant:

1. Das Erlebnis und die Verarbeitung des Berufseintrittsschocks,
2. der Konflikt zwischen Kind und Beruf,
3. Selbstwertgefühl und berufliches Selbstvertrauen,
4. Selbstkonzept und Berufskonzept.

Ich möchte an dieser Stelle über die ersten beiden Komplexe berichten (zum 3. und 4. sowie zu weiteren Variablen wie z.B. Einstellungen zur Rolle der Frau, s. Sieverding, 1990).

Der Berufseintrittsschock

Die Motive zum Medizinstudium sind meist sehr idealistischer Art und an recht abstrakten humanitären Werten orientiert, wie die Berufung zum Helfen, der Wunsch nach Humanisierung der Arzt-Patient-Beziehung oder das Ziel einer qualitativen Verbesserung

der medizinischen Versorgung (Leserman, 1981; Willi, 1986). 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“ (Pjler, 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 Pjler eine berufliche Karriere an. Die eher skeptische Einstellung der Studenten am Anfang des Studiums ist womöglich eine günstigere Ausgangsbasis für die berufliche Sozialisation als die besonders hohe Motivation der Studentinnen. Da die Männer am Anfang des Medizinstudiums weniger hohe Erwartungen an den Beruf und eine berufliche Karriere haben und die Grenzen des Machbaren bereits realistischer einschätzen als die meisten Frauen, fällt der sogenannte Berufseintrittsschock möglicherweise weniger gravierend aus. Dementsprechend fällt es ihnen leichter, ihre Erwartungen an die Erfordernisse der neuen Umgebung anzupassen. Zusätzlich scheinen Männer über verschiedene Strategien zu verfügen, wie sie den Praxischock 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 (besonders wirtschaftlich und zeitlich) ausgenutzt wird“ (Pjler, 25 J., in Sieverding, 1990, S. 132).

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 geschlechtsspezifischen Erziehung nicht genügend darauf vorbereitet mit Situationen umzugehen, die Konkurrenz und Frustration beinhalten. *Henning* und *Jardim* (1987) haben beispielhaft dargestellt, wie Jungen schon in ihren Spielen und sportlichen Betätigungen Regeln und Mechanismen lernen, die auch in der Berufswelt gültig sind, z.B. die Regel (aus Ballspielen) „Wenn man umgeworfen wurde, mußte man wieder aufstehen“. Typische Mädchenspiele und Mädchensport sind dagegen wenig geeignet, auf die Berufstätigkeit in einer hierarchisch strukturierten Organisation vorzubereiten.

Bei nicht wenigen Frauen im Praktischen Jahr deutet sich der Rückzug aus dem Berufsfeld bereits an. Zum Teil ist stattdessen eine Umorientierung in Richtung der traditionellen 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., zit. in Sieverding, 1990, S. 137).

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

Bei der Konfrontation mit äußeren Barrieren 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. Es ist deshalb nicht auszuschließen, daß Männern die Anpassung vielleicht nicht leichter fällt als den Frauen. Vielleicht passen sie sich an, da ihnen keine Alternative bleibt. (Über die individuellen Kosten für diese „geschlechtstypischen“ Konfliktlösungen – Flucht in die traditionelle Rolle bei den Frauen, Anpassung um jeden Preis bei den Männern – können aufgrund der hier vorliegenden Studie keine Aussagen gemacht werden.)

Aufgrund der Auswertungen von projektiven Geschichten zum Umgang mit dem Konflikt zwischen Kind und Beruf lassen sich jedoch einige Hinweise erkennen, daß die alleinige Konzentration auf die traditionelle Rolle für die Medizinerinnen schwerwiegende Konsequenzen nach sich zieht (s. nächsten Abschnitt)

Der Konflikt zwischen Kind und Beruf

Der Konflikt zwischen Kind und Beruf, „der charakteristische weibliche Zwiespalt“ (*Myrdal & Klein, 1970*) wird in der Literatur besonders häufig als „die“ psychologische Barriere für die berufliche Entwicklung von Frauen genannt. Die Anforderungen der Berufsrolle und der Mutterrolle erscheinen beim ärztli-

chen Beruf als besonders inkompatibel. Die Arbeitszeiten sind lang und unregelmäßig; schon von Assistenzärzten und -ärztinnen wird selbstverständlich erwartet, daß sie über ihre 40 Stunden-Woche hinaus Nacht- und Bereitschaftsdienste übernehmen. Die Ausbildungszeit ist lang und durch die neu eingeführte AiP-Zeit nochmals verlängert worden (insgesamt ca. 8 Jahre). Auch nach der sich anschließenden Ausbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin ist eine ständige Weiterbildung notwendig, um die fachliche Qualifikation nicht zu verlieren. Anders als Frauen in „typisch weiblichen“ Berufen - z.B. Lehrerinnen - ist Medizinerinnen in der Regel eine Reihe von „weichen“ Konfliktlösungen wie z.B. zeitweise Beurlaubung oder eine Reduzierung der Arbeitsstundenzahl verwehrt.

Andererseits haben sich in den letzten Jahrzehnten die Einstellungen zur traditionellen weiblichen Rolle radikal geändert. Für junge Frauen ist die Berufstätigkeit inzwischen nahezu ebenso wichtig für ihre Selbstverwirklichung wie für Männer (s. Brigitte-Studie von Eler et al., 1988); umgekehrt wird von Männern eine stärkere Beteiligung an den familiären Aufgaben erwartet. Gerade in gebildeten Kreisen ist das traditionelle Modell der familiären Arbeitsteilung dem Ideal eines partnerschaftlichen Modells gewichen. Akademisch gebildete junge Frauen wollen beides, Beruf und Familie, und sie sind nicht mehr ohne weiteres be-

reit, auf ihren Beruf zu verzichten, wie sich in der Befragung des Marburger Bundes gezeigt hat, wonach nur 2% der Pflerinnen ihren Beruf aufgeben wollten, weil sie Kind und Beruf für unvereinbar hielten.

Auch bei den von mir befragten Frauen zeigt sich die Wichtigkeit beider Lebensbereiche. In allen vier Untersuchungsgruppen (d.h. Männer und Frauen am Studienanfang, Männer und Frauen am Studienende) ist den Befragten Berufstätigkeit, beruflicher Erfolg, eigene Kinder und Familie ungefähr gleich wichtig für ihre Lebenszufriedenheit. Nur eine kleine Minderheit (weniger als 10%) hat sich gegen eigene Kinder entschieden. Auf die Frage, wie schwierig es erscheint, eigene Kinder mit Berufstätigkeit zu vereinbaren (1 „gar nicht schwierig“ – 7 „sehr schwierig“) zeigen sich jedoch bereits signifikante Geschlechtsunterschiede. Frauen halten die Vereinbarkeit für wesentlich schwieriger als Männer. Die wenigsten Schwierigkeiten sehen die Studenten am Anfang des Studiums (M = 3,91), die größten die Pflerinnen (M = 5,6).

Die reale Schwierigkeit, die beiden Bereiche zu vereinbaren, offenbart sich eindrucksvoll bei den Frauen, die im Verlauf des Studiums ein Kind (in zwei Fällen sogar schon zwei Kinder) bekommen haben. Sie unterscheiden sich signifikant in ihrer Karrieremotivation von den Frauen ohne Kinder. Nur 3 von 14 Müttern streben am Ende des Studiums (noch) eine berufliche Karrie-

re an (das entspricht 20%), dagegen strebt etwas mehr als die Hälfte der Frauen ohne Kinder eine berufliche Karriere an (s. Abb. 3).

Auch von den männlichen Befragten sind einige im Verlauf des Studiums Väter geworden. Bei ihnen werden jedoch die beruflichen Pläne durch eigene Kinder nicht tangiert. Sie streben ebensohäufig wie ihre kinderlosen Kommilitonen eine berufliche Karriere an, nämlich 2/3 (s. Abb.4).

Um Hinweise zu bekommen, wie der Konflikt zwischen Kind und Beruf gelöst wird, ließ ich die Befragten kleine Geschichten erzählen. 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., zit. in Sieverding, 1990, S. 1 88).

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 kom-

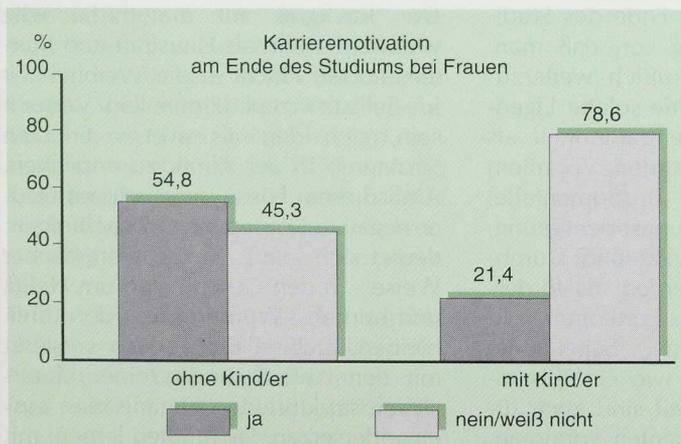


Abb. 3 Medizinstudentinnen, ohne Kind/er: n = 104, mit Kind/ern: n = 14.

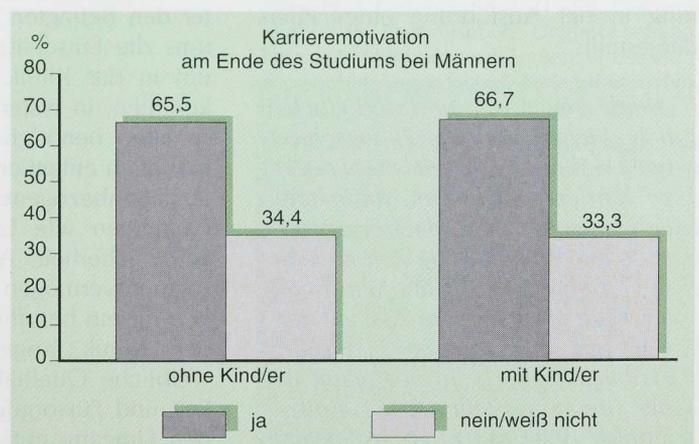


Abb. 4 Medizinstudentinnen, ohne Kind/er: n = 96, mit Kind/ern: n = 12.

men 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 et al., 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 „hängenbleibt“. Die Entscheidung für die traditionelle Aufteilung führt 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 verschoben, während Kurt zielstrebig seine Karriere vorbereitet, ihr natürlich versprechend, daß er später auch mal eine gewisse Zeit zuhause verbringen wird. Fünf Jahre später: Kurt: aufstrebender Assi auf der Chirurgie oder Inneren ... Helga: Halbtagesstelle beim Sozialamt in der Beratungsstelle für Fußpilz- kranke“ (PJler, 34 J., zit. in Sieverding, 1990, S. 192).

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 Staats-examen ‘erstmal’ aufzuschieben; er macht das PJ, wird Arzt und macht Karriere, während Helga auf das Kind aufpaßt. Nach 20 Ehejahren lernt Kurt eine 20jährige Krankenschwester kennen und läßt sich scheiden“ (PJler, 27 J. ebd., S. 192).

Resumé

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen auf einige Mechanismen, die dazu führen können, daß Medizinerinnen „freiwillig“ aus der Berufswelt aussteigen. Bei der Konfrontation eines idealisierten Berufsbildes mit dem „grauen“ und als hart erlebten Klinikalltag kommt es bei beiden Geschlechtern zum Berufseintrittsschock, der jedoch von den Männern besser verarbeitet wird als von den Frauen. Ihnen fällt es leichter, ihre Erwartungen auf ein realistisches Maß herunterzuschrauben und sie verfügen eher über die Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen, die notwendig sind, um sich im Krankenhaus durchzusetzen. Wie die (hier nicht berichteten) Ergebnisse zum Berufskonzept und Selbstkonzept gezeigt haben (s. Sieverding, 1990), herrscht gerade unter den Befragten am Ende des Studiums die Einschätzung vor, daß man, um in der Klinik beruflich weiterzukommen, in erster Linie solche Eigenschaften benötigt, die traditionell als männlich etikettiert wurden. Vor allem aufgabenbezogene (instrumentelle) Qualitäten wie Leistungsorientierung, Selbstsicherheit, Aktivität und Durchsetzungsvermögen werden als förderlich für ein berufliches Fortkommen in der Klinik angesehen. Sogenannte weibliche Qualitäten wie Einfühlsamkeit und Fürsorglichkeit sind zwar für den Umgang mit Patienten vonnöten, für die berufliche Karriere gelten sie jedoch als wenig förderlich. Diese Ein-

schätzung ist bei den Frauen im Praktischen Jahr besonders ausgeprägt: sie formulieren im Vergleich zu den anderen Untersuchungsgruppen das männlichste Berufskonzept und beschreiben sich selbst gleichzeitig als ausgesprochen weiblich. Die Sichtweise des ärztlichen Berufs scheint bei manchen Frauen im Praktischen Jahr geradezu ins Gegenteil umzuschlagen: anstelle des idealisierten Bildes, das sie am Anfang des Studiums hatten, sehen sie jetzt praktisch nur noch die negativen Seiten der Berufstätigkeit in der Klinik. Dieser Prozeß deutet darauf hin, daß die antizipatorische Sozialisation der Medizinerinnen unzureichend war. Es wäre notwendig, sie schon während des Studiums besser auch auf die negativen Aspekte des ärztlichen Berufes, vor allem die bürokratischen und hierarchischen Strukturen, die sich durch die Organisation Krankenhaus ergeben, vorzubereiten. Dies ist auch notwendig, wenn jemand langfristig gar nicht in der Klinik arbeiten will, sondern sich z.B. in einer Praxis niederlassen will. Zumindest bis zum Abschluß der Fachärztinausbildung ist ein Verbleiben in der Klinik erforderlich. Gerade aber die ersten Jahre in der Klinik, beginnend mit dem Praktischen Jahr, erweisen sich als die sensible Phase in der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Wenn Medizinerinnen aus dem Beruf aussteigen – das zeigen z.B. die Erfahrungen aus Fortbildungen mit Ärztinnen, die nach einer Familienphase wieder in den Beruf zurückwollen – dann meist recht bald nach Abschluß des Studiums und nicht erst nach der Facharzt Ausbildung. Der Rückgriff auf die traditionelle weibliche Rolle als Hausfrau und Mutter und die Flucht in die Weiblichkeit im Selbstkonzept könnte ein Versuch sein, sich den als aversiv erlebten Strukturen in der Klinik zu entziehen. (Daß diesem Lösungsversuch auf Dauer negative Konsequenzen nachfolgen, deutet sich – z.T. in recht drastischer Weise – in den Geschichten um Helga und Kurt an.) Würden sie in der Klinik bleiben, müßten Frauen sich verstärkt mit den Anforderungen einer hierarchisch strukturierten Organisation auseinandersetzen. Sie müßten lernen, mit Konkurrenz und Hierarchie umzugehen, sie müßten möglicherweise zu-

sätzlich noch gegen Vorurteile und Diskriminierung ankämpfen. Diese Auseinandersetzung wird ihnen bislang nicht leicht gemacht. Wie in der Diskussion mit TeilnehmerInnen der Untersuchung deutlich wurde, werden Medizinerinnen in der Klinik immer wieder auf die „weibliche Rolle“ festgelegt. Von ihnen wird erwartet, daß sie einfühlsam mit Patienten umgehen können, daß sie eine gute Atmosphäre auf der Station herstellen können. Wenn sie sich aber entgegen der Erwartung ehrgeizig, selbstsicher und durchsetzungsfähig zeigen, wenn sie sich gegen die Bedürfnisse von anderen abgrenzen und „nein“ sagen, wird ihr Verhalten häufig nicht beachtet oder nicht ernstgenommen oder aber abfällig kommentiert. Viele Medizinerinnen haben den Eindruck daß sie nicht nur doppelt so gut sein müssen wie ihre männlichen Kommilitonen, sondern zusätzlich noch doppelt selbstsicher und durchsetzungsfähig, um in der Klinik weiterzukommen.

Für diese Auseinandersetzung bräuchten Medizinerinnen mehr Unterstützung. Weibliche Mentorinnen, überhaupt weibliche Rollenmodelle sind bisher in medizinischer Ausbildung und Klinik die Ausnahme. Die wenigen Frauen, die es bisher geschafft haben, in der Medizin eine führende Position zu erlangen, haben sich zum Teil gegen viele Widerstände ihren Weg bahnen müssen; einige sind dabei womöglich – zumindest nach außen hin – selber hart geworden. Den jungen Medizinerinnen fehlen weibliche Vorbilder, an denen sie sehen können, wie eine Frau beruflich Karriere machen kann, ohne zu „vermännlichen“, wie sich Beruf und Familie auch für eine Ärztin vereinbaren lassen. Vielleicht bringt die deutsche Vereinigung hier Möglichkeiten mit sich; in der ehemaligen DDR war die Kombination von Beruf und Familie auch für Ärztinnen sehr viel selbstverständlicher als in der ehemaligen BRD.

Wie sich gezeigt hat, ist der Konflikt zwischen Kind und Beruf auch unter Medizinerinnen und Medizinerinnen immer noch in erster Linie ein Konflikt

der Frau und nicht des Mannes. Hier wäre eine Reihe von gesellschaftlichen Veränderungen notwendig, um eine gleichberechtigtere Aufteilung der Aufgaben zu ermöglichen: eine tatsächliche (nicht nur auf Lippenbekenntnisse beschränkte) Wertschätzung und Honorierung von familiärer Arbeit und Kindererziehung, ein deutlich verbessertes Angebot an adäquaten Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Teilzeitstellen für Frauen und Männer. Gerade im medizinischen Berufsfeld ist nicht einzusehen, warum einerseits Ärzte und Ärztinnen, die eine Stelle an einer Klinik haben, überproportional viel arbeiten (als selbstverständlich angesehene Überstunden, Nacht- und Bereitschaftsdienste), während andererseits die Zahl der arbeitslosen Ärzte und Ärztinnen ständig steigt. Da sowohl das Zuviel- als auch das Gar nicht- Arbeiten mit Unzufriedenheit und psychischer Belastung verbunden ist, sind hier für die Zukunft kreative Lösungen gefordert. Wie wäre es mit einem 6-Stunden-Arbeitstag für Ärztinnen und Ärzte? Eine solche Umstrukturierung könnte nicht nur die Chancen von arbeitslosen MedizinerInnen verbessern, sondern vor allem die Ungerechtigkeiten in der Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern angehen. Sie würde Ärztinnen auch als Müttern die Teilnahme am Berufsleben ermöglichen und Vätern auch als Ärzten die Teilnahme am Familienleben.



Dr. phil. Monika Sieverding
Institut für Medizinische Psychologie
der Freien Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
W-1000 Berlin 33

Literatur

- Erlar, 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: DJJ.
- Gebert, D. & v. Rosenstiel, L. (1981). Organisationspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hennig, M. & Jardim, A. (1987). Frau und Karriere. Reinbek: Rowohlt.
- Leserman, J. (1981). Men and women in medical school. New York: Praeger.
- Myrdal, A. & Klein, V. (1970). Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Nave-Herz R. (Hrsg.). (1988). Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Enke.
- Pfarr, H. & Bertelsmann, K. (1989). Diskriminierung im Erwerbsleben. Ungleichbehandlung von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Baden Baden: Nomos.
- Sieverding, M. (1989). Das Problem der Frau Doktor – Medizin und Weiblichkeit. *Psychomed*, 1, 49-54.
- Sieverding, M. (1990). Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke.
- Willi, J. (1986). Der Arzt / Die Ärztin. In J. Willi & E. Heirn, *Psychosoziale Medizin* (S 1-15)., Heidelberg: Springer.