

Das Problem der Frau Doktor – Medizin und Weiblichkeit

Monika Sieverding, Berlin

Der 26. Deutsche Ärztetag 1898 hielt einen Anteil von 300 Ärztinnen unter den Medizinern für tolerabel und größere Zahlen von Frauen für eine „Minderung des ärztlichen Ansehens“. Eine generelle Zulassungsgenehmigung für Frauen an allen deutschen Universitäten wurde erst 1908 eingeführt (zum Vergleich: USA 1853, Schweiz 1864, England 1876)¹. Doch der Anteil an Frauen in der Medizin nahm zu: 1918 waren 10 % der Studienanfänger Frauen, inzwischen ist es fast die Hälfte. Der Anteil der Ärztinnen liegt im Bundesdurchschnitt bei knapp 30 %.

Die Medizin wird heute jedoch nach wie vor – zumindest in den meisten westlichen Ländern – als eine Männerdomäne angesehen und verteidigt. Der „typische“ Arzt ist nach wie vor männlich: in einer amerikanischen Untersuchung (Engleman 1974) sagten 96 % der befragten Patienten und Patientinnen, der „typische“ Arzt sei ein Mann und $\frac{3}{4}$ drückte eine Präferenz für einen männlichen Arzt aus. Die Vorurteile gegenüber Ärztinnen waren besonders stark bei solchen Patienten ausgeprägt, die noch nie einen weiblichen Doktor aufgesucht hatten. Auch hierzulande sagt man: „Ich gehe zum Arzt“, bezeichnenderweise meist auch dann, wenn eine Ärztin gemeint ist.

Erobern Frauen eine Männerdomäne oder überlassen Frauen den Männern das Feld?

Der Anteil weiblicher Studienanfänger im Fach Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland stieg zwischen 1975 und 1985 von 37 auf 48 %. Von

den Medizinhochschulabsolventen sind inzwischen fast die Hälfte (45 %) Ärztinnen². In einer Befragung an knapp 200 Studentinnen und Studenten der Humanmedizin im 3. Semester, die ich 1987 am Institut für Medizinische Psychologie in Berlin durchführte, gaben gleich viele Frauen wie Männer (nämlich ca. $\frac{2}{3}$) an, daß sie gern berufliche Karriere machen würden.

Jede dritte approbierte Ärztin (insgesamt ca. 18 000) übt heute in der Bundesrepublik Deutschland ihren Beruf nicht aus (bei den Männern sind es 16 %). Mehr als die Hälfte der Ärztinnen (59 % nach Angaben des Marburger Bundes 1986) schließt keine Fachausbildung ab. Ärztinnen sind in Führungspositionen an den Kliniken deutlich unter-, dagegen in statusniedrigen Amtspositionen überrepräsentiert.

Als wichtiger Grund wird immer wieder die Diskriminierung von Frauen in der ärztlichen Berufswelt angeführt. Der Arbeitskreis Ärztinnen des Marburger Bundes berichtet, „daß Krankenhausträger, vor allem aber Chefarzte, aus der Befürchtung vor einer möglichen Schwangerschaft und den sich daraus ergebenden Problemen der Arbeitsorganisation innerhalb einer Abteilung in zunehmendem Maße Frauen als Mitarbeiterinnen ablehnen.“ Wegen der biologischen Möglichkeit, Kinder zu bekommen, werden Ärztinnen oft schon bei der Stellensuche benachteiligt.

¹ Zahlen aus dem Vortrag von Ute Otten über die „Aufgaben und Möglichkeiten des Deutschen Ärztinnenbundes“ 1987

² Zahlen vom Marburger Bund bzw. der Bundesärztekammer

„Sie sind doch eine so zarte junge Frau – was wollen Sie denn in der Urologie?“
 „Sie wollen doch bestimmt Kinder haben; wie stellen Sie sich das überhaupt vor?“

(Fragen an Medizinerinnen in Bewerbungsgesprächen)

Die Probleme von Medizinerinnen zeichnen sich schon vor der Konfrontation mit der Berufswelt ab: Wie *Willi* (1986) berichtet, finden sich unter Studienabbrechern der Fachrichtung Medizin doppelt so häufig Frauen wie Männer, obwohl sie jene leistungsmäßig eher übertreffen. Die Studentinnen sind am Anfang des Studiums ehrgeiziger als ihre männlichen Kommilitonen; am Studienende ist es umgekehrt. Zitat aus *Willi* (1986): „Die Frauen sind am Studienende problembeladener und depressiver, die Männer dagegen unbekümmerter und stimmungsmäßig ausgeglichener. Manche Studentinnen fühlen sich in einer neurotisierenden Doppelbindungssituation gefangen: sie sind sowohl mißerfolgsängstlicher als auch erfolgsängstlicher. Sie glauben, sich mehr anstrengen zu müssen, um sich zu behaupten und durchzusetzen, riskieren jedoch bei hohem Erfolg, als unfraulich und unattraktiv angesehen zu werden.“

Was heißt „unfraulich“? Es scheint für Frauen in der Medizin – wie in anderen männerdominierten Berufszweigen auch – neben objektiven Benachteiligungen psychologische Barrieren zu geben, die mit dem Konzept der „Weiblichkeit“ sowie Aufgaben der weiblichen Rolle zu tun haben.

Was versteht man unter „Weiblichkeit“?

Die Aufgaben der „weiblichen“ und „männlichen“ Rolle waren bis in die 60er Jahre hinein klar definiert. *Philipp Lersch* (1947) beschrieb die Frau als die „Hüterin des Lebens“: ihre Qualitäten sind die dienende Fürsorge, Liebe und Selbstaufopferung; das „weibliche Prin-

zip der Beharrlichkeit“ geht mit Passivität, Geduld und Selbhaftigkeit einher. Der Mann als „Eroberer der Welt draußen“ strebt nach Freiheit und „drängt in die Welt hinaus“; in der Überwindung von Widerständen wird Kampf „die pointierte Formel für die männliche Art der Begegnung und Auseinandersetzung mit der Welt“. Frauen erdulden und vermitteln, Männer kämpfen: so könnte man das traditionelle Geschlechtsstereotyp auf eine prägnante Formel bringen.

Aus der amerikanischen Forschung ist die Unterscheidung in instrumentelle (aufgabenbezogene) und expressive (sozialemotional unterstützende) Funktionen in der Familie bekannt.

Die instrumentelle Funktion wurde dem Mann zugeordnet; Eigenschaften wie „Unabhängigkeit“, „logisches Denken“, „Wettbewerbsorientierung“ und „Abenteuergeist“ gehören dazu. Die Frau wurde mit der Rolle als Mutter identifiziert und als für die expressiven Aufgaben in der Familie zuständig: sie sollte ein harmonisches Gleichgewicht in den Beziehungen der Familienmitglieder herstellen und Spannungen regulieren. Expressive Eigenschaften sind: „Wärme“, „Einfühlsamkeit“, „Emotionalität“ und „Besorgtheit um andere“.

In der Zwischenzeit wurde erkannt, daß auch Männer expressive Eigenschaften haben (können) und Frauen instrumentelle: das Konzept der psychologischen Androgynität wurde in den 70er Jahren eingeführt (Bem 1974). Die Gleichsetzung von expressiv = weiblich; instrumentell = männlich wurde zumindest in der Konzeption der gebräuchlichsten Fragebögen zur Erfassung von Geschlechtsrollen abgeschafft.

Frauen sind in den letzten Jahren zunehmend in traditionell männliche Bereiche vorgedrungen: in Politik und Berufsleben benötigen sie in hohem Maße instrumentelle Eigenschaften und Fähigkeiten.

An die „neuen“ Frauen von heute werden jedoch auch „alte“ Rollenerwartungen gestellt: sie sollen die dem weiblichen Geschlecht zugeschriebenen expressiven „Qualitäten“ nach wie vor zeigen. Es gibt von seiten der Männer an ihre potentiellen Partnerinnen eine deutliche Erwartung, „weiblich“ zu sein: die von mir befragten Medizinstu-

denten legten signifikant mehr Wert darauf, daß ihre Partnerin „feminin“ oder „weiblich“ sein solle, als umgekehrt Studentinnen Wert auf einen „männlichen“ oder „maskulinen“ Partner legten.

„Halten Sie eine medizinische Karriere für unvereinbar mit Ihrer Weiblichkeit?“ fragte ich Berliner Medizinstudentinnen. Die Antwort einer 24jährigen Studentin dazu lautete: „Es kommt darauf an, wie man Weiblichkeit definiert. Wenn Weiblichkeit bedeutet, Mutter zu sein, die Familie zu umsorgen, das Heim über alles andere zu stellen, dann gebe ich oben genannter Meinung recht.“

Hier werden drei wichtige Verhaltenserwartungen an Frauen genannt, die heute nach wie vor wirksam mit der weiblichen Rolle assoziiert sind.

Wie sehen weibliche Rollenmerkmale heute aus?

Die Hausfrauenrolle hat zweifellos in den letzten Jahren an Bedeutung verloren, dagegen wurde die Rolle als Mutter (die in den 50er und 60er Jahren noch offen als „die“ Berufsrolle der Frau bezeichnet wurde) wieder künstlich hochgeputzt.

Eine Frau, die sich bewußt für Kinderlosigkeit entscheidet, wird allgemein skeptisch bis ablehnend gesehen. Fehlt ihr nicht etwas zu ihrer Weiblichkeit? Man kann schwer einschätzen, warum die meisten Frauen irgendwann doch Kinder haben wollen, sei es durch das Wirken eines biologischen „Triebs“ oder als Ergebnis eines gesellschaftlichen Drucks, der jahrzehntelang von allen Seiten (Eltern, Partner, Medien, andere Frauen) auf sie eingewirkt hat. Sie sehen sich dann auf jedem Fall mit dem „Tabu der Mutter-Kind-Beziehung“ konfrontiert; das Vorurteil „einer natürlichen Erziehungsfähigkeit der Frau kraft Muttertum“ (Nave-Herz 1972) führt zu einem starken ideologischen Druck auf die Frau, die Rolle der Mutter nunmehr als Ganztagsbeschäftigung auszuüben.

Die Berufstätigkeit von Müttern, insbesondere von solchen mit Kindern im vorschulischen Alter wird ebenfalls

moralisch verurteilt. Frauen, die trotz Kinderwunsch weiterhin ihrer Berufstätigkeit nachgehen wollen, sehen sich dem direkten oder indirekten Vorwurf ausgesetzt, egoistisch, eine „Rabennutter“ zu sein. Es wird von jeder Frau erwartet, daß sie selbstverständlich ihre Mutter-Rolle vor die Berufsrolle setzt. „Kann eine gute Mutter noch gut im Beruf sein?“ lautete die zentrale Fragestellung einer Untersuchung, die von einer großen westdeutschen Frauenzeitschrift vor kurzem in Auftrag gegeben wurde. Die Prioritäten sind klar gesetzt: erst die Kinder, dann der Beruf. Diese Mutter-Kind-Ideologie ist gerade im bundesdeutschen Raum besonders stark ausgeprägt. Während in sozialistischen Ländern, aber auch in vielen westlichen Ländern wie Frankreich, Belgien, Skandinavien oder den USA Ganztagskindergärten und andere Betreuungsformen die Berufstätigkeit von Müttern selbstverständlich machen, herrscht in Westdeutschland nach wie vor die von einer *Zeit*-Leserin treffend gekennzeichnete „Mutti-Mentalität“ vor³.

Dabei ist die Mehrfachbetreuung von Kindern erziehungsgeschichtlich am weitesten verbreitet: „Erst die Kleinfamilie bringt die fast ausschließliche Betreuung der Kinder durch eine Person und muß somit als ‚pädagogische Schrumpfform‘ angesehen werden“ (Zickgraf 1988).

Ärztinnen werden nach getaner Berufsarbeit zu Hause sofort wieder von der Familie gefordert: sie sollen dem Mann und den Kindern eine liebende und unterstützende Partnerin und Mutter sein: es bleibt keine oder zu wenig Zeit, für sich selbst zu sorgen und auszuspannen. Was sie dagegen genauso bräuchten, ist eine Person, die sie einmal umsorgt und bemuttert (die wenigsten haben eine solche Person). Ein weiterer Aspekt der traditionellen weiblichen Rolle scheint für eine Mehrheit der Männer weiterhin zu gelten: die Unterordnung der Berufstätigkeit der Frau unter die des Mannes. Die Frau arbeitet, um „dazu zu verdienen“,

³ Die Zeit Nr. 48, 25. Nov. 1988, S. 80: Leserinnenbriefe zum Thema „Berufstätige Frauen mit Kindern“

evtl. noch, um sich „selbst zu verwirklichen“: die Aufgabe, die Familie zu ernähren, wird nach wie vor dem Mann zugeschrieben. Dieses veraltete Klischee wird zum Teil von Ärztinnen selbst nicht in Frage gestellt. So schreibt eine Ärztin der „Vereinigung der Schweizer Ärztinnen“: „Da in unserer Gesellschaft der Mann für die Familie zu sorgen hat, wird sie sich eine Stelle dort suchen müssen, wo ihr Mann gerade arbeitet“ (Ackermann-Liebrich 1984).

Der Konflikt zwischen Berufsrolle und „weiblicher“ Rolle

Ärztinnen erleben nach wie vor – anders als ihre männlichen Kollegen – einen unlösbaren Konflikt zwischen ihrer Berufsrolle und ihrer weiblichen Rolle. Von ihnen wird erwartet, sich der Arbeit zu verpflichten „wie ein Mann“ – gleichzeitig sollen sie jedoch ihre Familie an erste Stelle setzen und handeln „wie eine Frau“. Oft müssen Medizinerinnen aufgrund von Vorurteilen seitens männlicher Vorgesetzter noch bessere Leistungen erbringen als ihre männlichen Kollegen; sie spüren, daß ihnen Fehler noch weniger nachgesehen werden.

Sind die Rollenerwartungen verschiedener Rollen nicht kompatibel, gibt es in der Regel verschiedene Möglichkeiten, den Konflikt zu lösen (siehe Kasten: Verhaltensmöglichkeiten in Interrollenkonflikten).

Früher war die Unvereinbarkeit der beiden Rollen explizit; und so wurden Medizinerinnen meist mit einer polarisierten Lebensentscheidung konfrontiert: entweder eine medizinische Karriere zu haben oder zu heiraten. Wie Otto (1987) darstellt, wurden in der Vergangenheit in manchen Bundesländern verheirateten Ärztinnen die Kassenzulassung verweigert, „in anderen mußten sie bei Zulassung Erklärungen unterschreiben, mit der Verpflichtung, bei Heirat auszuschneiden“. So zeigen Untersuchungen an Ärztinnen, die in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts ihren Abschluß gemacht haben, daß nur ein Bruchteil dieser Frauen gehei-

ratet oder Kinder bekommen hat. Noch in den 60er Jahren hielten 4 von 5 amerikanischen Collegestudentinnen Medizin als inkompatibel mit Heirat und Familie. Auch heute entscheidet sich ein Teil der Ärztinnen für die Berufsrolle und verzichtet bewußt auf eigene Kinder: die Quote der ledigen Medizinerinnen ist in allen Altersstufen etwa doppelt so hoch wie die der ledigen Frauen in der Gesamtbevölkerung, insgesamt jedoch meist nicht höher als 30 %.

Doch die meisten Ärztinnen heiraten, die meisten bekommen Kinder, ca. $\frac{3}{4}$ bis zum 40. Lebensjahr. Und ein nicht unerheblicher Anteil der Ärztinnen

entscheidet sich heute für die Mutterrolle: daß jede dritte approbierte Ärztin ihre Berufstätigkeit nicht ausübt, ist sicher maßgeblich – neben der wachsenden Arbeitslosigkeit von Medizinerinnen – durch diese Prioritätensetzung mitbestimmt.

Die Mehrheit der Ärztinnen jedoch versucht heute, beide Rollen „irgendwie“ zu vereinbaren, also den „goldenen Mittelweg“ zu finden. Ein zeitlicher Kompromiß ist in der Regel keiner: der zeitweise Ausstieg aus dem Beruf – eben für andere Berufsgruppen wie Lehrerinnen kein Problem – bedeutet bei der rasanten Zunahme und Veränderung medizinischen Wissens in

Verhaltensmöglichkeiten in Interrollenkonflikten

Von einem *Interrollenkonflikt* spricht man dann, wenn zwei (oder mehr) Rollen ein und derselben Person widersprüchliche oder unvereinbare (inkompatible) Verhaltenserwartungen beinhalten. Der typische Interrollenkonflikt einer berufstätigen Ärztin mit Kindern besteht in den zum Teil inkompatiblen Verhaltenserwartungen der Berufsrolle und der Mutterrolle. Von der Ärztin wird ein möglichst intensives berufliches Engagement gefordert unter Zurückstellung des Privatlebens; von der Mutter wird erwartet, daß sie sich möglichst uneingeschränkt ihren Kindern widmet. Je bedeutsamer einer Person jede einzelne Rolle ist und je unvereinbarer die Verhaltenserwartungen, desto größer ist in der Regel die daraus folgende Belastung, *Rollenstreß* genannt.

Es gibt verschiedene Reaktionsmöglichkeiten, wie eine Person auf Interrollenkonflikte reagieren kann, um möglichen Rollenstreß zu vermindern (s. Van de Vliert 1984):

Die *primäre Reaktion* besteht meist aus einer verstärkten Suche nach Information. Die betroffene Person versucht, mehr herauszufinden über die Rollensender, deren genaue Erwartungen, aber auch über positive und negative Konsequenzen: was passiert, wenn ich mich (nicht) erwartungsgemäß verhalte? Die nachfolgende *sekundäre Reaktion* hängt

dann maßgeblich davon ab, ob eine der Rollen als legitimer angesehen wird, ob eine der Rollen stärker sanktioniert ist oder ob eine der Rollen besser in der Lage ist, persönliche Bedürfnisse zu befriedigen. An möglichen sekundären Reaktionen lassen sich folgende Verhaltensalternativen unterscheiden:

1. **Entscheidung für eine der Rollen:** dies ist dann einfach, wenn eine der Rollen eindeutig wichtiger für die Person ist.
2. **zeitlicher Kompromiß:** die inkompatiblen Rollenerwartungen werden zeitlich nacheinander erfüllt.
3. **gemischter Kompromiß:** es wird versucht, einen „goldenen Mittelweg“ zu finden; meist, indem bei beiden Rollenerwartungen Abstriche gemacht werden.
4. **Vermeidung:** es werden die Situationen vermieden, in denen man mit dem Interrollenkonflikt konfrontiert wird. Hierzu gehören auch Verhaltensweisen wie Krankwerden oder Wegbleiben.
5. **Direkte Lösung:** Die Person versucht aktiv, die Erwartungen der Rollensender zu verändern oder Aktivitäten zu delegieren.
6. **Indirekte Lösung:** Die Person zeigt anderen den Konflikt auf, überläßt aber die Art und Richtung einer möglichen Veränderung ihnen.

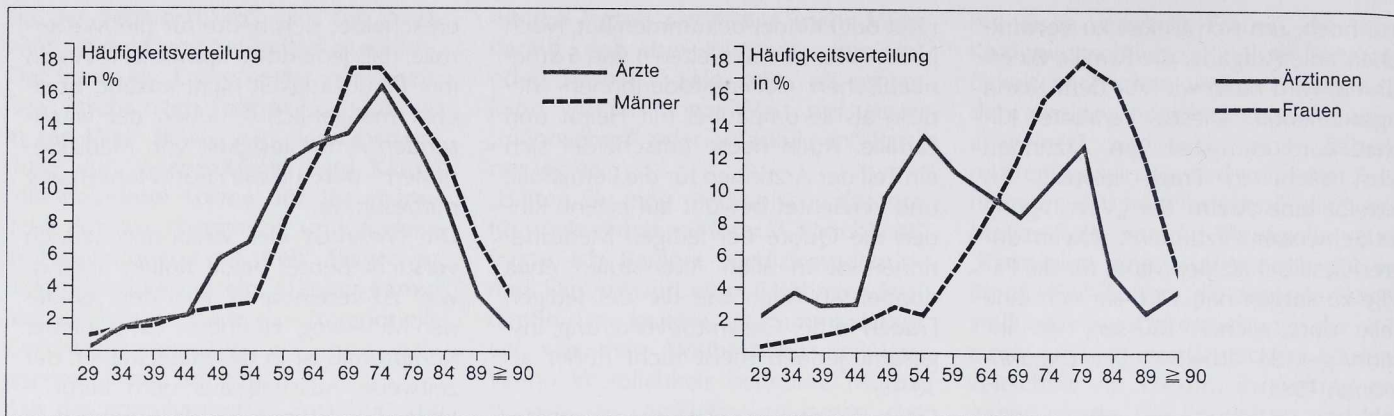


Abb. 1 Häufigkeitsverteilung des Sterbealters von Ärzten und Ärztinnen in Berlin-West 1965 bis 1976 und von Männern und Frauen der Gesamtbevölkerung in der BRD 1970, nach Falck und Thiels, *MedKlin* 74, 1140–1143 (1979).

der Regel das „Aus“ für die Berufsrolle und so doch – auf Umwegen – eine indirekte Entscheidung für die Mutterrolle. Den „goldenen Mittelweg“ sehen deshalb viele Medizinerinnen in einer Halbtagsstelle, bei der sie nebenher voll die Aufgaben der Mutterrolle tragen können (bzw. müssen).

Die so erreichte 1½ Lösung (1 Mutter, ½ Ärztin) ist teuer erkauft: fehlende Anerkennung in der medizinischen Berufswelt, oft fehlende Möglichkeit, auf einer Halbtagsstelle eine Fachausbildung abzuschließen, so gut wie keine Aufstiegsmöglichkeiten, Einschränkung der finanziellen Unabhängigkeit und dadurch Abhängigkeit vom männlichen Broterwerber. Gleichzeitig plagen viele berufstätige Frauen gesellschaftlich genährte Schuldgefühle wegen möglicher Vernachlässigung der Kinder. („Jetzt hat Frau Doktor XY 6 Wochen Urlaub) Und was macht sie? Anstatt sich um ihr Kind zu kümmern, fährt sie nach Amerika ...“ – aus einer Unterhaltung von Pflegepersonal.)

Die hohe Scheidungsrate von Ärztinnen sowie die erschreckenden Zahlen über das durchschnittliche Sterbealter bei Ärztinnen (das in der BRD bis zu 10 Jahren früher liegt als bei Ärzten, s. Falck & Thiels 1974) zeigen eine mögliche Kehrseite dieses Kompromisses (Abb. 1). So schreibt Willi (1986): „Es muß vermutet werden, daß die Doppelbelastung von Beruf und Familienleben, aber auch die vielfältigen gesellschaftlichen Ungereimtheiten um die Rolle als Mutter und Ärztin einen lebensbedrohlichen Streß bedeuten.“ Die Forderungen der Ärztinnen-Vertre-

tungen in der Bundesrepublik wie auch der Schweiz hören sich angesichts dieser Situation recht zaghaft an. An der Ideologie der „besonderen Aufgabe der Frau als Heimbewahrerin und Mutter“ (Nave-Herz 1972) wird kaum gerüttelt; im wesentlichen beschränken sie sich auf die Forderungen nach mehr Teilzeitarbeit für Ärztinnen und steuerlicher Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten.

Die direkte Lösung in diesem Konflikt zwischen Berufsrolle und weiblicher Rolle: der Versuch, die Erwartungen der verschiedenen Beteiligten zu verändern, scheint bisher bestenfalls in der Initiative einiger Einzelkämpferinnen verwirklicht. So forderte z. B. die Kieler Gruppe des Ärztinnenbundes „die tatsächliche Einbeziehung des Vaters“ sowie die „Bereitstellung von Teilzeitarbeitsplätzen für Männer und Frauen“ (1988).

Drei Ursachenkomplexe scheinen mit zur Erklärung für den mangelnden Kampfegeist der Ärztinnen wichtig: mangelnde oder fehlende Unterstützung der Partner; fehlende weibliche Rollenmodelle sowie die Angst vor Unweiblichkeit.

Fehlende Unterstützung der Partner

Geschlechterrollen sind nicht unabhängig, sondern im System einer Partnerschaft oder in der Familie eng miteinander verknüpft. Es können sich nicht die Frauen allein verändern, ohne

daß ihre Partner sich mitändern würden und umgekehrt. Eine Ärztin kann sich nur dann mehr im Berufsbereich engagieren, wenn gleichzeitig der Partner sich mehr im Familienbereich engagiert. Die meisten jüngeren Männer akademischer Berufe vertreten das Ideal einer gleichberechtigten Partnerschaft. Doch in der Praxis sieht es meist anders aus. Nur wenige sind bereit, ihre eigene Berufstätigkeit tatsächlich einzuschränken oder zu unterbrechen, um für Kinder zu sorgen bzw. der Partnerin das berufliche Weiterkommen zu ermöglichen. Jaeggi und Holstein (1985) fanden in ihren Interviews an deutschen Akademikerpaaren, daß es für die meisten Männer viel schwieriger ist, den Beruf der Partnerin ernst zu nehmen als umgekehrt für die Frauen: „Je wichtiger der Beruf für einen Mann ist, desto weniger aber – so schien es uns – wollte er sich mit dem seiner Frau beschäftigen ... Verblüffend oft aber sind Frauen – gleichsam unter den abschätzigen Blicken ihres Mannes – bereit, ihren Beruf zu verleugnen.“

Die Frage „Schadet die Berufstätigkeit der Väter den Kindern?“, die im Frühjahr 1988 auf einer Schweizer Ärztinnen-tagung diskutiert wurde, wird bisher zu wenig, wenn überhaupt gestellt. Die tatsächliche Gleichstellung von Mann und Frau im Beruf und Familie kann nur Realität werden, wenn Männer bereit sind, ihre eigene Lebens- und Karriereplanung maßgeblich zu ändern.

Das Fehlen weiblicher Rollenmodelle

Das Fehlen nichttraditioneller weiblicher Rollenmodelle in der Herkunftsfamilie ist ein wesentliches Hindernis für viele Frauen, die einen akademischen Beruf anstreben: meist gibt es für sie entweder ein männliches Vorbild oder gar keines.

Lindig (1987) beschreibt exemplarisch den Identitätskonflikt einer Medizinstudentin, die keine Lösung für den Lebensentwurf „Frau (und) Doktor“ zu sein findet:

„Ihre Hauptbefürchtung galt der Einsamkeit, die sie auf sich zukommen sah, denn: ‚Wer will mich noch als Karrierefrau ...‘ Für die Entfaltung weiblicher Selbstrepräsentanzen standen ihr nur traditionell weibliche Identifikationsfiguren zur Verfügung, unterstützt vom väterlichen Weiblichkeitsideal. Intellektualität und Karriereorientierung kamen darin nicht vor. Sie galten als traditionell männliche Attribute, die auch nur über männliche Identifikation in entsprechenden Selbstrepräsentanzen Ausdruck finden können. Folgte sie ihren ‚weiblichen Selbstanteilen‘, fürchtete sie, in den ‚männlichen‘ nicht akzeptiert zu werden und sie aufgeben zu müssen und umgekehrt.“

Ein zusätzlicher Konfliktpunkt: lehnen junge Frauen für sich die traditionelle weibliche Rolle ab, könnte das als Betrug an den Werten der Mutter angesehen werden.

Die Situation für Frauen heute: die drohende Sanktion der Unweiblichkeit

Durch die schrittweise Öffnung der Berufswelt für Frauen in den letzten Jahrzehnten ist ihre Situation nicht leichter geworden. Sie müssen sich heute gegen zwei Seiten abgrenzen: gegen das schwache, vom Mann abhängige Weib auf der einen Seite (Typ Hausmütterchen); und gegen die unabhängige erfolgreiche Frau (Typ Karrierefrau) auf der anderen Seite. Ist es ihnen heute zwar erlaubt und sogar erwünscht, daß sie sich bilden, selbständig werden und beruflich auf eigenen Beinen stehen, sollen sie doch möglichst nicht mit

Männern in Konkurrenz treten oder diese gar überrunden. Instrumentelle Eigenschaften, die zum Bestehen in einer männlich dominierten Berufswelt wie der Medizin notwendig sind, wie Durchsetzungsvermögen, Dominanz, Wettbewerbsorientierung, Selbstsicherheit, werden ab einem gewissen Ausmaß als Widerspruch zu „Weiblichkeit“ und von daher als unerwünscht angesehen. So hört man häufig die Meinung, daß Ärztinnen, die in sogenannten „Männerfächern“ arbeiten wie in der Chirurgie, doch „irgendwie“ vermännlicht seien. Das Schlüsselwort liegt in dem Wörtchen „zu“: als unweiblich gilt es, wenn Frauen „zu“ ehrgeizig, „zu“ dominant, „zu“ laut, „zu“ aggressiv oder „zu“ kämpferisch sind. Doch wer bestimmt, wann der Boden des „noch“ erlaubten Verhaltens verlassen und die mit dem Begriff der Unweiblichkeit sanktionierte „zu“-Zone erreicht ist?

Mußten studierende und berufstätige Frauen sich früher gegen den Vorwurf behaupten, ein „Blaustrumpf“ zu sein, gibt es heute zeitgemäße Sanktionen, mit denen Frauen bedroht werden, die den ihnen zugewiesenen Eigenschaftsraum verlassen. „Emanze“ oder „Karrierefrau“ sind solche Bezeichnungen, gegen die sich die meisten Frauen wegen des negativen Beigeschmacks abzugrenzen suchen. Schaut man sich Heirats- oder Kontaktanzeigen an, ist es erschreckend, wie häufig gerade sich als selbstbewußt bezeichnende Akademikerinnen betonen müssen, daß sie auch „weiblich“, „feminin“ seien.

Geyer-Kordesch (1985) zitiert zur Abschreckung eine Heiratsanzeige aus einer Freiburger Zeitung, „für den Fall, daß Frau in Bedrängung kommt, ihre eigene, wenn auch dornenreich gewonnene Autonomie zu verleugnen“: „Junge Ärztin, ... in Trennung lebend – eine gefühlsbetonte, bildhübsche junge Frau, blond mit schlanker Figur, musisch, zärtlich und anlehnungsbedürftig, hat nie selbst praktiziert, sondern immer ihrem Mann geholfen und wünscht sich nun einen lebenswerten neuen Lebensgefährten...“

Die heutige Situation einer Medizinerin zu Beginn ihrer Berufstätigkeit

- Entscheidet sie sich für eine berufliche Karriere und gegen eigene Kinder und gegen eine Familie, droht ihr die Sanktion, als unweiblich, als „Karrierefrau“ angesehen zu werden.
- Entscheidet sie sich für Kinder und Mutterrolle und entspricht der gesellschaftlichen Erwartung, ganz für die Kinder da zu sein, setzt also ihre Berufstätigkeit aus bzw. beginnt diese erst gar nicht, bedeutet das meist, daß sie überhaupt nicht mehr als Ärztin berufstätig wird.
- Versucht sie, sich für Kinder und für den Beruf zu entscheiden, so gibt es zwei Möglichkeiten:
- Entweder sie paßt die Berufstätigkeit der Mutterrolle an, indem sie nur halbtags arbeitet oder „freiwillig“ eine Stelle in einem Amt annimmt: dann verzichtet sie auf berufliche Anerkennung und Möglichkeiten des Fortkommens.
- Oder: sie versucht, mit Kind(ern) ihre Berufstätigkeit weiter voll auszuüben: meist bleibt trotzdem der Hauptanteil der familiären Aufgaben bei ihr (mit allen psychischen und körperlichen Folgen der Doppelbelastung); zusätzlich droht ihr die Sanktion, als „Rabenmutter“ angesehen zu werden.

Betrachtet man die unterschiedlichen Konsequenzen und Sanktionen, so erübrigt sich die Frage nach einer „freien“ Entscheidung. Will eine Ärztin ihre „Weiblichkeit“ in dieser Gesellschaft nicht aufs Spiel setzen, kommt sie um die Mutterrolle mit den damit assoziierten Verhaltenserwartungen und geforderten „weiblichen“ Eigenschaften kaum herum.

Die Förderung bzw. Diskriminierung von Frauen in der Medizin war schon immer durch die gesellschaftliche Situation bestimmt. In Kriegszeiten wurde Ärztinnen der Zugang zur medizinischen Praxis jeweils erleichtert: jedoch wurden nach beiden Kriegen medizinische Ausbildungs- und Arbeitsplätze zur „Wiedereingliederung“ den aus dem Krieg zurückkehrenden Männern zur Verfügung gestellt. „Und man

verwies die Frauen ... auf die Pflicht, Kinder zu gebären (Otto 1987). Besteht hier nicht eine Parallele in der heutigen Situation der sich entwickelnden sogenannten Ärzte-„Schwemme“?

Zusammenfassung

Obwohl der Anteil an Studentinnen und Ärztinnen in den letzten Jahrzehnten spürbar zugenommen hat, haben es Frauen in der Medizin schwer. Dafür sind nicht ausschließlich die zweifellos vorhandenen Benachteiligungen und Diskriminierungen von Frauen – z. B. bei Einstellungen und Beförderungen – verantwortlich. Traditionelle Vorstellungen über weibliche Eigenschaften und Verhaltensweisen behindern das Durchsetzungsvermögen von Medizinerinnen in einem männlich dominierten Feld. Auch wenn Frauen berufstätig sind, werden von ihnen in der Regel Verhaltensweisen erwartet, die auf herkömmliche Definitionen der „weiblichen Rolle“ zurückzuführen sind: in erster Linie die Übernahme der Mutter-Rolle und damit verbunden die Unterordnung aller Bedürfnisse unter die „heiligen“ Aufgaben als „Mutter und Heimbewahrerin“. Die wiedererstarrende Mutter-Kind-Ideologie sowie ein eingeschränktes Verständnis von „Weiblichkeit“ bedrohen Frauen mit unterschiedlichen Sanktionen, die sich nicht entsprechend den gesellschaftlichen Erwartungen verhalten.



Monika Sieverding, Dipl.-Psych.
Institut für Medizinische Psychologie
Fachbereich Grundlagenmedizin
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
1000 Berlin 33

Literatur

1. Ackermann-Liebrich, U.: Zunahme der Ärztinnen – Herausforderung an die Medizin? Schweizerische Ärztezeitung 65, 137–139 (1984).
2. Bem, S. L.: The measurement of psychological androgyny. Journal of consulting and clinical psychology 42, 155–162 (1974).
3. Engleman, E. G.: Attitudes toward women physicians. The Western Journal of Medicine 120, 95–100 (1974).
4. Falck, J., Thiels, C.: Das Sterbealter der Ärzte in Berlin-West und Hessen von 1964 bis 1976. Medizinische Klinik 30, 1140–1143 (1979).
5. Geyer-Kordesch, J.: Die Diskriminierung von Frauen in der Medizin. In: Schlüter, A., Kuhn, A. (Hrsg.): Lila Schwarzbuch. Zur Diskriminierung von Frauen in der Wissenschaft. Schwann, Düsseldorf 1986.
6. Jaeggi, E. u. Hollstein, W.: Wenn Ehen älter werden. Liebe, Krise, Neubeginn. Piper, München, Zürich 1985.
7. Lersch, P.: Vom Wesen der Geschlechter. Erasmus, München 1947.
8. Lindig, U.: Sexualität und Hochschule – Zur Identitätsproblematik der Studentinnen. In: Massing, A., Weber, I. (Hrsg.): Lust und Leid. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1987.
9. Nave-Herz, R.: Das Dilemma der Frau in unserer Gesellschaft: Der Anachronismus in den Rollenerwartungen. Luchterhand, Neuwied und Berlin 1972.
10. Otto, U.: Aufgaben und Möglichkeiten des Deutschen Ärztinnenbundes. Ärztin 7, 2–5 und 8, 6–9 (1987).
11. Van de Vliert, E.: Role Transition as Interrole Conflict. In: Allen, V. L., Van de Vliert, E. (Eds.): Role Transitions. Plenum Press, New York and London 1984.
12. Willi, J.: Der Arzt/Die Ärztin. In: Willi, J., Heim, E.: Psychosoziale Medizin. Springer, Heidelberg 1986.
13. Zickgraf, G.: Berufstätige Mütter – Schaden für die Kinder? Ärztin 8, 5–7 (1988).