

Strukturelle Barrieren in der Karriereentwicklung von Medizinerinnen

In der Schweiz stehen sechs hochqualifizierten männlichen Absolventen vier hochqualifizierte weibliche Absolventinnen gegenüber. In der Humanmedizin sind über 50 Prozent der StudienanfängerInnen weiblich. In leitenden Stellungen sind Frauen jedoch nach wie vor kaum zu finden. Da stellt sich die Frage, wohin diese hochqualifizierten Frauen verschwinden. Welchen Hindernissen begegnen Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung?

Nicoline Scheidegger

Seit 1981 ist die Gleichstellung von Mann und Frau in der schweizerischen Verfassung verankert. Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der AbsolventInnen höherer Ausbildung liegt in der Schweiz bei 42 Prozent.¹ Eine Berufstätigkeit ist für Frauen zur Selbstverständlichkeit geworden. An der Universität Zürich waren im Jahr 2000 in der Humanmedizin 63 Prozent der StudienanfängerInnen weiblich.² Zwischen 1980 und 1990 haben an der Universität Zürich 112 männliche und 2 weibliche Schweizer Staatsangehörige habilitiert. 1990 ging von zehn fachärztlichen Zusatztiteln –

ein Ausdruck hoher Qualifikation – einer an eine Frau. Bloss eine Frau, aber 103 Männer bekleideten 1990 an der Universität Zürich eine Professur.³

Die dargestellten Verhältnisse gelten nicht bloss für die Schweiz. Frauen sind weltweit in leitenden Funktionen unterrepräsentiert, auch in medizinischen Berufen, sei es als Leiterinnen von Abteilungen und Kliniken oder als Professorinnen an den medizinischen Universitäten. Die ungleiche Verteilung der Geschlechter auf verschiedenen Hierarchiestufen muss angesichts einer zunehmenden Feminisierung der Humanmedizin zu einem Ressourcenproblem bei der Rekrutierung für Top- und Leitungspositionen führen. Für einen Betrieb wie auch für die Gesellschaft stellt der Verzicht auf die Humanressourcen der Frauen eine Verschwendung dar, die sich die heutige Gesellschaft nicht mehr leisten kann (Schubert 1993). Man muss sich deshalb fragen, was für Mechanismen am Werk sind, welche qualifizierte Frauen nicht zu qualifizierten Arbeitsplätzen kommen lassen. Welche Faktoren behindern nach Antritt des Studiums die weitere berufliche Entwicklung von Medizinerinnen?

Oft wird das Fehlen von Frauen in Leitungsfunktionen auf die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie, eine geringere Leistungsmotivation und ein freiwilliges Ausscheiden von Frauen aus dem Berufsalltag zurückgeführt. Diese Argumente sollen aufgegriffen werden, um zu zeigen, dass persönliche Faktoren für eine Erklärung dieses Phänomens nicht ausreichen. Bedeutende Karrierehindernisse liegen vielmehr nach wie vor auf einer strukturellen Ebene.



Nicoline Scheidegger

Was heisst Karriere

Im deutschsprachigen Raum haftet dem Begriff «Karriere» eine negative Konnotation an. So wird «Karriere machen» implizit mit Rücksichtslosigkeit verbunden, mit der Absicht, rasch zu beruflichem Erfolg zu gelangen. Dies soll hier nicht gemeint sein. Karrieren sind geregelte Abfolgen von Stellen, denen Veränderungen in der Verantwortung, dem Status und der Autorität entsprechen.⁴ Ein beruflicher Aufstieg ist stets mit positiven und negativen Begleitscheinungen verbunden. Im positiven Sinn ist er verbunden mit der Übernahme interessanter und verantwortungsvoller Aufgaben, mit Freiheiten in der Zeitdisposition. Er macht unabhängiger von Fremdkontrollen und bietet die Möglichkeit, eigene Vorstellungen zu vertreten und im Unternehmen zu realisieren. Zudem geht er einher mit einem Zuwachs an monetärer Vergütung und

1 Bundesamt für Statistik, 2000

2 Statistik der Universität Zürich, 2000

3 vgl. Augsburg-Dölle 1996

4 Leicht/Fennel 2001

einem Statusgewinn. Negative Begleiterscheinung eines beruflichen Aufstieges ist das Zurücktreten des Privatlebens.

Verunmöglicht die Kinderbetreuung eine Karriere?

Für Haushalt- und Kinderbetreuung sind nach wie vor die Frauen zuständig, auch wenn beide Partner eine berufliche Karriere anstreben. Ärztinnen werden kaum von ihrem Partner in der Verwirklichung einer Karriere unterstützt, eine Familie geht mit einer Doppelbelastung einher, die angesichts der 150-prozentigen Arbeitsbelastung im Arztberuf kaum zu bewältigen ist. Ärzte werden eher durch ihre Partnerin unterstützt. Dies hängt auch damit zusammen, dass Ärzte häufiger mit Partnerinnen zusammenleben, die einen niedrigeren Berufsstatus aufweisen und ihre Ambitionen eher zurückstellen.

Diese Tatsache allein kann die Untervertretung von Frauen in Führungspositionen jedoch nicht erklären. Bereits heute wählen viele qualifizierte Frauen den Weg, zugunsten ihrer beruflichen Entwicklung auf Kinder zu verzichten. Die psychischen Kosten dieser «individuellen» Bewältigungsstrategie sind hoch, als Familienpolitik einer Gesellschaft kann das kein Modell sein. Obwohl überproportional viele Ärztinnen keine Kinder haben, ist der Aufstieg in Leitungsfunktionen beziehungsweise das Erlangen einer Professur aber auch für diese Frauen sehr unwahrscheinlich.⁵

Fehlt den Frauen die Leistungsmotivation?

Neben der Zuständigkeit von Frauen für die Kindererziehung wird als weitere Erklärung für die Untervertretung von Frauen in Führungspositionen ihre geringere Leistungsmotivation angeführt. Es wird argumentiert, dass Frauen nur eingeschränkt am Berufsleben teilnehmen, weil sie prinzipiell weniger an Leistung und Selbstverwirklichung im Beruf interessiert seien als Männer. Dieses Argument konnte mehrfach widerlegt werden.⁶ Zu Beginn des Studiums sind Frauen sogar motivierter und streben eher eine Kar-

riere an als Männer.⁷ Im Verlauf des Studiums, insbesondere jedoch nach dem Berufseinstieg, verlieren Frauen ihre Motivation. Die Frage ist, welche Faktoren in der beruflichen Entwicklung von Medizinerinnen dazu führen, dass diese entgegen ihren ursprünglichen Zielen und Ambitionen keine berufliche Karriere machen. Wie kommt es dazu, dass sie ganz oder zeitweise aus der Berufstätigkeit aussteigen beziehungsweise sich mit Teilzeitstellen und ärztlichen Positionen zufrieden geben, die wenig Prestige und wenig Möglichkeiten eines beruflichen Fortkommens bieten?

Strukturelle Hindernisse einer Karriereentwicklung

Um diese Frage zu beantworten, werden externe Faktoren beigezogen, Faktoren, die sich auf das Verhalten der Umgebung beziehen. Hierzu zählen Diskriminierung und Vorurteile, aber auch fehlende Unterstützung.

Geschlechtsdiskriminierung meint eine systematisch andere Behandlung eines Individuums aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit anstatt aufgrund arbeitsbezogener Charakteristika und beruflicher Leistung. Zu unterscheiden ist zwischen einer formalen und einer informalen Diskriminierung. Um eine formale Diskriminierung handelte es sich, wenn den Frauen bis Ende des 19. Jahrhunderts der Zugang zu Gymnasien und Universitäten erschwert oder verunmöglicht wurde und wenn verheirateten Ärztinnen in einigen Bundesländern Deutschlands in der Nachkriegszeit die Kassenzulassung verweigert wurde.⁸ Heute spielt eine solche formale Diskriminierung kaum mehr eine Rolle.

Eine grössere Bedeutung kommt der informalen Diskriminierung zu. Damit sind Benachteiligungen bei Einstellungen und Beförderungen gemeint. So kann sich eine Stellenausschreibung ausschliesslich an männliche Ärzte richten, oder Bewerbungen von Ärztinnen werden abgelehnt, weil eine Schwangerschaft befürchtet wird. Für Beförderungen kommt den Unterstützungsbeziehungen und Netzwerken eine grosse Bedeutung zu; dank kollegia-

len Beziehungen zu zentralen Mitgliedern höherer Hierarchiestufen wird man rechtzeitig über offene Stellen informiert und hat grössere Zugangschancen. Netzwerke sind meist geschlechtshomogen.⁹ Frauen haben kaum Zugang zu solchen Netzwerken, weshalb sie häufiger

«Bereits heute wählen viele qualifizierte Frauen den Weg, zugunsten ihrer beruflichen Entwicklung auf Kinder zu verzichten.»

auf hierarchisch niedrigeren Positionen stehen bleiben.

Strukturelle Barrieren schlagen sich zudem in der Stereotypisierung typischer Frauen- und Männerfähigkeiten nieder. Betrachten wir die Spezialisierung von ÄrztInnen, so wählen männliche Studienabgänger öfter eine Spezialisierung mit hohem Prestige (Chirurgie und Urologie als typische Männerfächer), Frauen sind in den Spezialisierungen mit dem geringsten Prestige (z.B. Pädiatrie, Psychiatrie, Anästhesie) stark übervertreten.¹⁰ Die Belegung von traditionell «weiblichen» Fachgebieten durch Medizinstudentinnen entspricht nicht nur den tatsächlichen Interessen oder Fähigkeiten von Frauen. Lorber (1984) führt die tatsächliche Entscheidung für ein Fachgebiet vielmehr auf die erfahrene Ermutigung oder Entmutigung durch die medizinische Fakultät zurück. Typische «Frauenfächer» werden von Frauen auch deshalb bevorzugt gewählt, weil sie in diesem Feld als Ärztinnen akzeptiert sind und eher eine fachliche Anerkennung erfahren als in den «männlichen» Feldern der Medizin.¹¹

Während die offene Ablehnung gegenüber Ärztinnen in den letzten Jahren abgenommen hat, sind wei-

5 Augsburg-Dölle 1996

6 vgl. als Überblick Osipow 1983

7 Sieverding 1990: 25

8 vgl. Sieverding 1990

9 Ernst 1999

10 Leicht/Fennel 2001

11 Sieverding 1990

terhin subtile Formen der Diskriminierung zu beobachten. Um subtile Formen der Diskriminierung handelt es sich, wenn Beiträge von Frauen ignoriert, den Frauen weniger qualifi-

**«Zu Beginn des
Studiums sind Frauen
motivierter und streben
eher eine Karriere
an als Männer.»»**

zierte Tätigkeiten, zum Beispiel weniger qualifizierte Operationen, zugewiesen oder Frauen in ihrer beruflichen Kompetenz nicht ernst genommen werden. Die Bezeichnung von Medizinstudentinnen als «girls» oder «Mädels» ist im medizinischen Bereich weit verbreitet. Die Dokumentation des Marburger Bundes beschreibt die Chefarzt-Bemerkung: «Der Herr Kollege (PJ-ler) untersucht Sie zuerst, und den Rest machen dann die Mädels (PJ-lerinnen)»¹² als symptomatisch für die Erfahrungen vieler Studentinnen im Praktischen Jahr (PJ) der Ausbildung.

Obwohl die meisten Frauen während des Studiums eine berufliche Karriere als erstrebenswert ansehen, führen die Konfrontation mit subtilen Formen der Diskriminierung, geschlechtsspezifische Rollenerwartungen, fehlende Anerkennung als Fachperson und fehlende Netzwerke und Unterstützungsbeziehungen dazu, dass Frauen die Motivation verlieren und enttäuscht der Medizin den Rücken zukehren oder sich gegen eine Karriere entscheiden.

Konsequenzen

Die Wirtschaft kann angesichts des steigenden Bedarfs an hoch qualifizierten Arbeitskräften in Zukunft nicht auf Frauen verzichten. Es kann nicht der Sinn sein, Ärztinnen auszubilden, um sie danach mit Arbeitsbedingungen zu konfrontieren, die sie wieder ausschliessen. Konnten strukturelle Faktoren als unvorteilhaft für Frauenkarrieren identifiziert werden, so geht damit die Forderung

einher, solche aufzubrechen. Hierbei soll nicht von Frauenförderung gesprochen werden, weil dieser Begriff ein wettzumachendes Defizit bei den Frauen impliziert. Ein solches ist aber nicht zu beobachten, denn Frauen sind in der Ausbildung den Männern längst ebenbürtig. Deshalb soll vielmehr von Personalentwicklungspolitik die Rede sein. Hierbei handelt es sich um eine betriebswirtschaftlich motivierte und legitimierte Politik, mit der *auch* das Ziel der Gleichstellung von Frauen angestrebt wird. Neben bereits bekannten Forderungen wie jener nach flexibleren Arbeitszeiten, die Familie und Beruf gleichzeitig ermöglichen, ist auf eine angemessene Vertretung von Frauen in allen Entscheidungsgremien zu achten. Mit Hilfe von statistischen Dokumentationen und Instrumenten zur Kontrolle der Rekrutierungs- und Beförderungspraktiken soll versucht werden, eine Gleichstellung zu erreichen. ■

Autorin:
lic. phil. Nicoline Scheidegger
Institut für betriebswirtschaftliche
Forschung
Universität Zürich

Literatur:

Augsburger-Dölle, Th. (1996): Die Förderung der Einseitigkeit: Karriereerwünsche und Karrierehindernisse von Schweizer Ärztinnen und Ärzten. Verlag Hans Huber, Bern.

Ernst, S. (1999): Geschlechterverhältnisse und Führungspositionen. Eine figurationssoziologische Analyse der Stereotypenkonstruktion. Op-laden, Wiesbaden.

Leicht, K.T.; Fennell, Mary L. (2001): Professional Work: A sociological Approach. Blackwell Pub., Massachusetts, Oxford.

Lorber, J. (1984): Women Physicians. New York: Harcourt, Brace and World.

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.

Osipow, S.H. (1983): Theories of career development. 3. Aufl., Englewood Cliffs, NJ.

Schubert, R. (1993): Ökonomische Diskriminierung der Frau. Eine volkswirtschaftliche Verschwendung. Frankfurt.

Sieverding, M. (1990): Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen: das Beispiel der Medizinerinnen. Enke; Stuttgart.

Zu vermieten

per 1. Juni 2002 in Rheinfelden AG
in einem älteren Haus mit Charme
an der Lindenstrasse 10c:

Grosszügige 4 1/2 Praxisräumlichkeiten oder Wohnung (150 m²) mit Lodgia (18 m²). Wohnzimmer 48 m².

Alle Zimmer über 16 m². Zwei Nasszellen,
moderner Ausbaustandard. Erstbezug.

Ausbauwünsche können eventuell noch
berücksichtigt werden.

Pläne und Modell der Wohnung vorhanden.
Baubeginn Dezember 2001.

Interessiert?

Dann wenden Sie sich bitte an:

Inwestra AG, Anna Tina Heuss Köhn,
079 333 56 23 oder atheuss@bluewin.ch

¹² Marburger Bund, 1987