# 1 Einführung

Martina Oldhafer

## 1.1 Die Entwicklung der beruflichen Identität zur Ärztin

Berufliche Identität ist gerade in sozialen Berufen und bei Menschen, die sich sehr mit ihrem Beruf identifizieren eng mit der Kernidentität, die sich in den ersten Lebensjahren entwickelt, verbunden. Hier spielen Vorbilder im direkten familiären Umfeld und Wertevermittlung eine besondere Rolle. Der Identitätsentwicklungsprozess beginnt schon vor der eigentlichen Berufsentscheidung im Rahmen der vorberuflichen Sozialisation, im Zusammenhang mit der Entwicklung anderer Teilidentitäten (z.B. Geschlechtsidentität) und im Kontext der Berufswahl. Heute geht man davon aus, dass es sich bei der beruflichen Identitätsentwicklung um einen lebenslangen Entwicklungsprozess handelt. Des Weiteren haben eine Vielzahl von Studien belegt, dass Identität aktiv veränderbar ist und durch das Umfeld beeinflusst wird, ebenso zählt dazu, dass Werte im Laufe des Lebens immer wieder hinterfragt und geändert werden. Während des Studiums und der Phase ersten Berufserfahrungen ändern sich häufig auch Zukunftsvorstellungen. Insbesondere werden spezielle Fähigkeiten identifiziert und ausgebaut. Bei der Analyse der Biographien und im Rahmen der Interviews in diesem Werk konnten diesbezüglich Parallelen gefunden werden. Die Medizinerinnen trugen den Berufswunsch schon sehr lange vor Schulabschluss in sich, engagierten sich sozial und hatten ebenfalls vorberufliche Erfahrungen im medizinischen Umfeld gesammelt.

Die Soziologie beschreibt Identität (lat. idem „[ein- und] derselbe“) nicht mehr als festen, sondern als einen dynamischen Begriff. Die individuelle Identität verändert sich im Laufe der Jahre, in dem wir spezielle Erfahrung und Erwartung abgleichen.

Ärztinnen waren „Schülerinnen“, „Studentinnen“, sie entwickelten sich vom „Kind“ und „Jugendlichen“ zum „Erwachsenen“, sie wurden von der „Freundin“ zur „Partnerin“ und so weiter. Im beruflichen Lebensweg wird diese Identität weiterentwickelt über die unterschiedlichen Stufen der Qualifikation und beruflichen Entwicklungsschritte. Von der Assistenzärztin zur Funktionsoberärztin bis zur leitenden Oberärztin. Es herrscht also eine Dynamik, die von Systemfaktoren stark beeinflusst wird. So erklärt sich auch häufig, dass Ärztinnen im Laufe der Zeit ihre Vorstellung und berufliche Motivation in Frage stellen und mitunter einen Kurswechsel vornehmen. Insbesondere ist das bei denjenigen zu beobachten, die die Realität und die Erwartungen des beruflichen Alltags nicht in Einklang bringen können. Die dadurch entstehenden Dissonanzen belasten und führen oft zu Unzufriedenheit mit dem Beruf oder zur Überlastung im Sinne es Burn-outs.

## 1.2 Sozialisation von Ärztinnen

Die Sozialisation von Ärztinnen hat sich in den letzten 50 Jahren, bedingt durch die Veränderungen im Bildungswesen (Bildungsreform) gewaltig verändert. Wurden vor 100 Jahren Mediziner noch primär in Medizinerhaushalten sozialisiert, so spielt dieses heute nur noch eine nachgeordnete Rolle. Dies bezieht die geschlechtsspezifische Berufswahl mit ein, denn Medizinerinnen waren, im Gegensatz zu heute, früher eher eine Seltenheit.

Zum Mediziner wird heute derjenige bzw. diejenige, der/die nach dem Leistungsprinzip der Besten den Numerus Clausus erreicht hat, unabhängig von Eignung und Neigung zu diesem Beruf (vgl. Raven 1989). Auch heute ist es noch so, dass Medizin aus der Verlegenheit durch die gute Abiturnote und Bestenregelung (mehr Frauen als Männer) studiert wird, oder aus dem klaren Bedürfnis vom, nach wie vor, hohen Sozialprestige des Arztes (bei Männern höher als bei Frauen) und dem vermeintlich erhofften hohen Einkommen zu profitieren (bei Männern höher als bei Frauen). So hat auch heute wahrscheinlich noch die Aussage von Frau Noelle-Neumann aus dem Allensbacher Institut für Umfragen anlässlich des Internisten-Kongresses 1999 Gültigkeit:

> *„Trotz eines dramatischen Normenwandels in allen gesellschaftlichen Bereichen, ist das Ansehen des Arztes unbeirrt wie eine Insel in den Stürmen des Ozeans über die Jahre unverändert geblieben, er genießt immer noch das höchste Sozialprestige aller Berufe. Leider führt das konstante Vertrauen in die Ärzteschaft auch dazu, dass die Mediziner immun gegen massive Kritik und unflexibel für Veränderungen sind.“*

Die Ernüchterung kommt spätesten beim Absolvieren des Praktischen Jahres. Es folgt häufig, aber nicht mehr regelhaft die Promotion, die nach wie vor der höchste Bildungsabschluss ist und als Merkmal der Zugehörigkeit gilt. Für eine wissenschaftliche Laufbahn ist sie unverzichtbar und bei der Vergabe von Führungspositionen im Gesundheitswesen stellt sie eine Eintrittsvoraussetzung dar. Bei der Berufsgruppe der Ärztinnen handelt es sich um eine Kultur der Expertinnen oder Spezialistinnen, die davon ausgehen, dass sie ihren Bereich weitestgehend beherrschen. Expertise und Spezialisierung findet ihren Ausdruck in wissenschaftlichem Arbeiten, die dazu dient eine Differenzierung untereinander zu ermöglichen.

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Abgrenzung der Expertenwelt gegenüber anderen Gruppen. Diese Abgrenzung erfolgt in der Regel durch eine eigene Sprache und Sprachhindernisse. Zusätzlich sind Autonomiestreben und Eliteempfindung. Auch dies ist heute noch bei Medizinern weit verbreitet (vgl. Münch 2006). Die berufliche Sozialisation von Ärztinnen als Expertin ist geprägt durch ein individuelles Entwickeln und Bearbeiten von Theorien, Hypothese und Forschungsergebnissen. Der Austausch erfolgt im Kreise Gleicher und lässt generalistische Ansätze eher selten zu. Genauso wie in anderen Disziplinen ist die wissenschaftliche Arbeit von der Interaktion mit Fachkollegen/-innen geprägt und abhängig von guter fachlicher Kommunikation, etwa im Zuge von Diskussionen auf Kongressen. Ein weiteres tragendes Element der modernen Wissenschaft und der Medizin ist das Peer-Review-System, welches bedeutet, dass Kollegen/-innen (peers) anonym Projektanträge und Publikationsentwürfe begutachten und mit ihrem Urteil entscheidend mitbestimmen, ob ein Projekt finanziert oder ein Manuskript angenommen wird oder nicht. So soll ein hohes Niveau internationaler Forschung aufrechterhalten werden. Gute Journale lehnen 50–90% der eingereichten Manuskripte ab und versuchen so Qualitätsstandards zu setzen. So ist gut nachvollziehbar, wenn Steffani Engler in ihrer Habilitationsschrift untermauert, dass wissenschaftliche Persönlichkeiten durch Zuschreibung und Anerkennung im sozialen Umfeld entstehen und nicht von Anfang an mit besonderen Gaben ausgestattet sind, die sie nur zur Wissenschaft prädestinieren. Aus ihrer Sicht ist die Persönlichkeit keine psychologische Größe, sondern eine soziale, die geprägt ist durch die Rollenzuschreibung und Lösung von Rollenkonflikten. Zusätzlich fordert und fördert die Gesundheitspolitik eine immer weiter fortschreitende Spezialisierung durch die Mindestmengendefinition für einzelne Prozeduren und Behandlungsfälle. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Mediziner in Führungspositionen die Leistungs- und Imageträger des Krankenhauses sind – und das natürlich unabhängig vom Geschlecht. Ihre Ausbildung findet bis zum Physikum in einem erweiterten Schulbetrieb statt. Noten, Lerndisziplin, Konkurrenzverhalten und Leistungsdruck dominieren in dieser Zeit. Nach dem Physikum beginnt die Ausbildung im Krankenhaus. Hier sind den Studentinnen klare Karrierewege in der ärztlichen Hierarchie vorgezeichnet: vom PJ bis zur Position der Chefärztin, die selten als Rollenmodell zur Verfügung steht, wobei man erwähnen muss, dass Frauen in erster Linie nicht an Karriere denken, sondern für sie die Patientenversorgung vorrangig ist (Alfermann u.van den Bussche 2008-2014, KarMed-Studie 2015). Um Karriere im Krankenhaus zu machen sind fachliches Können, Dienstalter, Durchsetzungsvermögen, an Universitätskliniken zusätzlich die Lehrbefähigung, die Fähigkeit Drittmittel für die Forschung zu erwerben und ein gutes internationales Image die wichtigsten Kriterien, die ein Fortkommen garantieren. Teamfähigkeit und Führungseigenschaften waren bisher nicht unbedingt erforderlich, spielen aber zunehmend eine entscheidende Rolle. Es ist schwer für die Ärztinnen diese Fähigkeiten zu entwickeln, da sie sich einerseits ständig als einzelne Person gegen die Kollegen durchsetzen müssen und andererseits ihr Handlungsspielraum durch die Macht und Autorität des Chefarztes nach wie vor deutlich eingeschränkt wird. So wird noch immer von vielen Ärztinnen während der Fachausbildung beklagt, dass die Zuteilung von Operation und Prozeduren von der Stellung des Einzelnen bei seinem direkten Vorgesetzten oder dem Chef abhängt. So werden die Spielregeln der Macht, der Autorität und des Individualismus erfahren und konstitutionalisiert, um wissenschaftlichen und finanziellen Erfolg zu erlangen. Diese Verhaltensweisen haben sich traditionell in der Medizin gehalten und werden nur langsam verändert. Dabei scheint

die Veränderungsaffinität dieser Profession nicht besonders hoch zu sein, denn es geht eher schleichend voran. So ist es sinnvoll sich mit der Tradition von Medizinern als Profession vertiefend auseinander zusetzen.

## 1.3 Die Tradition

Wie bereits erwähnt, sorgten früher Ärztefamilien für den Ärztenachwuchs, welcher in der Regel männlich war. Das hatte Tradition und wurde noch 1872 als Gefahr eingestuft. Zur damaligen Zeit war der Züricher Gynäkologe Ludimar Herrmann der Meinung, *„dass ein grenzenloses Unglück entstehen könnte, welches die Universitäten vernichten würde, wenn die Zahl der Medizinstudentinnen größer würde als die der Studenten"*. Glücklicherweise hat er mit seiner Vermutung nicht Recht gehabt und die Universitäten und die Medizin hat diesen Wandel unbeschadet überstanden. Durch die Veränderung des Bildungswesens und die Durchgängigkeit des Bildungssystems wurden die Türen geöffnet und ein neues Regulativ war entscheidend für den Zugang zum Studienplatz und der Medizin. Das Entscheidende war nicht die Tatsache, der durch die geschlechtsspezifische Sozialisation geförderten Verhaltensweisen, sondern die sich daraus entwickelnden Optionen, die unweigerlich in den Verteilungswettbewerb um Studienplätze und Führungspositionen im Folgenden Einfluss hatten. Bewarben sich früher mehr männliche Kandidaten auf einen Studienplatz der Medizin, weil es im Verhältnis mehr Abiturienten gab sind es heute mehr Abiturientinnen, die die Bestnoten erzielen und einen Studienplatz der Medizin erhalten. Es ist zu beobachten, dass die Zahl der weiblichen Studentinnen im Fach Medizin seit dem Wintersemester 2006/2007 bis heute deutlich ansteigen. Im Wintersemester 2007/2008 waren in Deutschland insgesamt 86.376 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben, davon waren 52.366 weiblich. Im Wintersemester 2015 lag die Quote an einigen Universitäten bereits bei 70% Studentinnen.

Diese Tatsache sind erste handfeste Hinweise auf die Feminisierung der Medizin. Feminisierung ist im ersten Schritt rein deskriptiv und bedeutet, dass der Frauenanteil unter den Professionellen im Gesundheitswesen zugenommen hat und weiter zunimmt. Im zweiten Schritt meint es aber auch, dass durch den höheren Frauenanteil sich weibliches Verhalten im professionellen Handeln widerspiegelt. Die Zeit, dass Frauen männliche Verhaltensweisen annehmen müssen, um in der Medizin bestehen zu können ist nahezu vorbei. Auch wenn viele Frauen die Erfahrung machen, dass das eine oder andere Ziel mit mehr männlich assoziiertem Verhalten leichter zu erreichen ist.

Insgesamt hat sich durch die Feminisierung bereits einiges geändert. In der Arbeitsorganisation haben sich familienfreundliche Arbeitsbedingungen etabliert, die sich in zertifizierten Programmen wie Beruf und Familie widerspiegeln. Infrastrukturen sind angepasst worden durch Kindergärten an Kliniken oder Kitaplätze im Umfeld von Kliniken. Hier nehmen Öffnungszeiten Rücksicht auf den Dreischichtbetrieb und an der einen oder anderen Klinik gibt es bereits ein nächtliches Betreuungsangebot für Frauen, die im Nachdienst tätig sind und keine häusliche Betreuungsmöglichkeit für diesen Zeitraum haben. Auch im klinischen Alltag ist das bemerkbar, da Frauen unabhängig von ihrer Position, an der Krankenversorgung ein erhebliches Interesse haben und hier mehr Präsenz zeigen als ihre männlichen Kollegen. Das eher geringe Interesse der Frauen an Forschung und Lehre sowie der

Habilitation scheinen hier zu unterstützen und ein Hemmfaktor für Karriereambitionen zu sein.

Trotz oder gerade deswegen ist der Arztberuf nach wie vor mit einem extrem hohen Sozialprestige verbunden. Es gibt keine vergleichbare Expertengruppe, die dieses Ansehen genießt. Hierzu gibt es umfangreiche Studien und Befragungen, die auch heute an Aktualität nicht verloren haben. Auch wenn die Presse es immer wieder versucht die Ärzte und ärztliches Handeln in Misskredit zu bringen. Welche Faktoren dazu entscheidend sind hat Siegrist (2012) deutlich herausgearbeitet und fasst wie folgt zusammen: „das Studium der Medizin und damit verbundene zukünftiges handeln als Expertengruppe ist folgendermaßen gekennzeichnet:

- Ihre Tätigkeit beruht auf spezialisiertem, in der Hochschule erworbenem und danach systematisch weiter entwickeltem Expertenwissen (Gesundheitsunternehmen sind Expertenorganisationen)
- Ihre Leistungen werden weitgehend als Monopol angeboten und haben somit ein gesellschaftliches Mandat (es gilt die persönliche Leistungserbringung im KV-Recht)
- Ihre Tätigkeit unterwirft sie eine normativen kollegialen Kontrolle sowohl in der Versorgung als auch in der Wissenschaft (Peer-Review-System) und dadurch Entzug der sozialen Kontrolle durch Nicht-Experten
- Ihre Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie gekennzeichnet
- Ihre Tätigkeit ist in der Regel mit einem hohen Sozialprestige, Ansehen, gesellschaftlicher Wertschätzung und hohem Einkommen verbunden.

An diesen Charakteristika der Profession hat sich wenig geändert. Sie scheinen auch keinem geschlechtsspezifischem Bedürfnis zu entsprechen, sondern eher gesellschaftlichen Zuschreibungen.“

So verwundert es auch nicht, dass es scheinbar typische Frauenfächer gibt und Fächer, die nach wie vor männerdominiert sind. Die in den „Frauenfächern“ ausgeübten Tätigkeiten sind einerseits weniger sichtbar (Pädiatrie) und haben den Charakter der Serviceleistung (Anästhesie, Labormedizin, Humangenetik), anderseits sind es häufig die kontaktintensiven Fächer mit hoher psychosozialer Komponente. Ebenso haben diese Fächer ein eher geringes Prestige und sind oft sogenannte *arme* und *weiche* Fächer. Männerdomänen sind überwiegend Fächer, die als innovativ, operativ, technikaffine mit hohem Prestige und meist als *reiche* und *harte* Fächer bezeichnet werden. Insbesondere in der Chirurgie wird dieses Prestige nach wie vor gefunden und mit der Entscheidungsmacht des Arztes über Leben und Tot assoziiert.

Alle diese Aspekte scheinen viel früher und wahrscheinlich auch eher im Unterbewussten eine Rolle bei der Entscheidung für den Arztberuf bzw. für das Medizinstudium zu spielen bzw. kristallisieren sich erst im Laufe der Zeit heraus. Ausschlaggebend ist heute nach wie vor der Numerus Clausus, der die Vergabeentscheidung maßgeblich beeinflusst. Auch hier macht sich bemerkbar, dass die Regel des Verteilungskampfes, „Knappheit ruft Begehrlichkeit hervor“, standhält. Die Bewerbungsquoten und Wartezeiten, sowie das Studium an privaten und/oder öffentlichen Universitäten im In- und Ausland sprechen hier eine deutliche Sprache. So reichte vor 8–10 Jahren noch ein Abiturdurchschnitt von 1,7 aus, um eine Chance auf einen Studienplatz zu haben. Dieser Schnitt hat sich in den letzten Jahren, bei zusätzlich verkürzter Schul-

zeit auf 1,1 nach oben entwickelt. Davon profitieren private Hochschulen im In- und Ausland, oder es werden Ausbildungsplätze genutzt um in einem medizinischen Heil- und Hilfsberuf eine Qualifikation zu erwerben. Bildungspolitisch ist dieses kritisch zu sehen, weil sehr gute Abiturienten damit jungen Absolventen mit niedrigem Bildungsabschluss Chancen auf Ausbildungsplätze nehmen, in denen sie häufig nicht beruflich aktiv werden. Damit werden dort Ausbildungsressourcen unnütz verwendet, weil diese Auszubildenden die Ausbildung als Sprungbrett für das Medizinstudium nutzen. Ob der Numerus Clausus das rechte Auswahlkriterium ist, darüber lässt sich trefflich streiten, es ist aber valide, gerecht und nachvollziehbar. Das Mädchen hierdurch bessere Startplätze im wahrsten Sinne des Wortes innehaben, liegt an der Tatsache, dass mehr Mädchen bessere Abiturnoten haben als gleichaltrige Jungen. In diesem Zusammenhang wird schon heute über eine Benachteiligung der Jungen diskutiert.

Schon seit Langem bringen Mädchen im Schnitt die besseren Schulnoten mit nach Hause, inzwischen machen sie auch insgesamt bessere Abschlüsse als ihre Mitschüler. Stephan Sievert vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung ist dem Thema nachgegangen. Er erklärt, dass die entscheidende Wende mit den Geburtsjahrgängen der frühen 1970er-Jahre kam, die Anfang der 1990er-Jahre fertig wurden. Hier machten erstmals Mädchen im Durchschnitt bessere Abschlüsse als Jungen. Seitdem haben sie den Abstand zu ihren Mitschülern stetig vergrößert. Erst in den vergangenen Jahren stagnierte diese Entwicklung wieder ein wenig. Weiter hat er festgestellt, dass der gravierendste und vielleicht auch wichtigste Aspekt in Bezug auf Geschlechterunterschiede in der Bildung natürlich der Abschluss ist. Er stellt die Weichen für den Eintritt in den Arbeitsmarkt und die späteren Karrierechancen. Zu beobachten ist auch hier weiterhin das bekannte Muster, dass Mädchen vor allem in Deutsch und in den Fremdsprachen deutlich besser sind als Jungen. Diese Fächer werden in Leistungsstudien wie zum Beispiel Pisa oft unter dem Stichwort „Lesen“ zusammengefasst. Der Vorsprung ist bei 15-Jährigen hier größer als der Lernzuwachs von einem Schuljahr.

Parallel dazu haben die Jungen in Mathematik weiterhin die Nase vorn. Sie sind hier zwar nicht so viel besser, wie die Mädchen es im Lesen sind, aber es zeigt sich doch eine klare Zweiteilung zwischen den naturwissenschaftlichen Fächern auf der einen und den sprachlichen Fächern auf der anderen Seite. Fächerspezifische Muster können ebenfalls Konsequenzen für den weiteren Lebensweg haben. Unabhängig davon ist der entscheidende Faktor letztlich das soziale Umfeld, also Eltern, Lehrer, ältere Mitschüler oder auch die Medien. Sie leben Kindern bestimmte Rollenbilder vor, während diese aufwachsen und ihre Geschlechtsidentität entwickeln.

Der Hauptgrund dafür, dass Jungen schlechtere Noten bekommen und anschließend weniger gute Abschlüsse machen, liegt in ihrem Verhalten. Sie sind nicht weniger intelligent als Mädchen, aber sie passen im Unterricht oft weniger auf, machen seltener die Hausaufgaben, lesen nicht so viel in ihrer Freizeit. All das sind Dinge, die sie aus ihrem Umfeld nach wie vor als typisch männliche Verhaltensweisen vorgelebt bekommen: im Unterricht stören, Autoritäten in Frage stellen, Fußball statt Bücher. Mädchen verhalten sich hier „zweckdienlicher“ und erzielen dadurch bessere Noten. Sie sind zurückhaltend, sozial, fleißig und fallen in der Regel nicht negativ auf. Häufig sind sie auch angepasster und stören seltener den Unterrichtsverlauf. Ihr soziales Engagement verdeutlichen sie durch frühe Übernahme von besonderen Aufgaben im schulischen Alltag wie Führen des Klassenbuches, Klassensprecherin, Unterstützung

der schulischen Ersten Hilfe Dienstes, Konfliktlöserin etc. Dies zieht sich manchmal wie ein roter Faden weit über das Medizinstudium hinaus und mündet in Parallelaktivitäten im Alltag der Ärztinnen, wo sie viel Zeit investieren aber auf der wissenschaftlichen Karriereleiter nicht weiterkommen. Auch die Verhaltensmuster bezüglich, Zurückhaltung, Fleiß und Patientenorientierung ist auffallend mehr bei Ärztinnen zu beobachten.

**Dr. rer. biol. hum. Martina Oldhafer, MBA**

Martina Oldhafer ist Leiterin des Change Managements im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und dort für die Begleitung des Baulichen Masterplans verantwortlich. In ihrem Verantwortungsbereich liegt die Auswahl, Koordination und Durchführung von Schulungs- und Begleitungsaktivitäten für alle Mitarbeiter. Sie ist Medizinsoziologin, hält Vorlesungen in Medizinischer Soziologie und Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität zu Lübeck und ist derzeitige Vorsitzende des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin. Martina Oldhafer ist verheiratet und hat vier erwachsene Kinder.