

Wo bleiben die Professorinnen der Medizin?

Karrierehemmnisse für Frauen im ärztlichen Beruf

Es wäre ein leichtes, die Frage nach den Professorinnen in der Medizin damit abzutun, daß wir in einer monotheistischen Gesellschaft leben und somit neben dem Gott in Weiß keine Göttin zulässig ist. Oder einfach darauf zu verweisen, daß nur eindeutige gleichstellungspolitische Regelungsmechanismen in Form von Quoten Frauen eine Chance in der Wissenschaft verschaffen können. Die Gründe für die eklatante Unterrepräsentanz von Frauen an den Schaltstellen medizinischer Macht sind jedoch vielfältiger und differenzierter. Die Barrieren, die dem Aufstieg von Frauen in medizinische Professuren entgegenstehen, lassen sich abbauen, sie sind nicht gottgegeben, und sie sind teilweise verschieden von anderen wissenschaftlichen Disziplinen.

Drei Schwerpunkte erscheinen mir dabei von besonderer Relevanz: Die lange Qualifikationsdauer und die Mehrfachbelastung einer ärztlichen und wissenschaftlichen Karriere stellt eine drastische Hürde dar. Zum zweiten ist die Unterrepräsentanz von Frauen begründet in den Ausschlußmechanismen gegen Frauen, die die Männerwelt Medizin konstruiert. Drittens erschweren Vorurteile gegenüber Frauen in Heilberufen im allgemeinen Ärztinnen eine Identifikation mit wissenschaftlicher Karriere.

Dreifach, fünffach, wer bietet mehr? Mehrfachbelastung als Barriere

Die Karriereleiter zur medizinischen Professur erscheint unendlich lang und steil. Auf dem Weg vom Studium zur Professur sind von einer karrierewilligen Person mehrere Qualifikationsabschnitte zu durchlaufen, die gekennzeichnet sind durch hohe Leistungsanforderungen, hohe Anforderungen an den eigenen Profilierungs- und Durchsetzungswillen, Befristung, schlechte Bezahlung und große persönliche Abhängigkeit.

Aus der Sicht einer Frauenbeauftragten, die den Medizinbetrieb von außen betrachtet und vor allem mit den Schwachstellen und Problemen konfrontiert wird, ergibt sich ein idealtypisches Bild für erfolgreiche Karriereverläufe in der Medizin. Es scheint unabdingbar,

daß eine Karriere in der Medizin zielstrebig im zweiten Studienabschnitt geplant und dann unter hohem Einsatz durchgezogen wird. Es ist notwendig, sich die einzelnen Stufen und Karriereerfordernisse detailliert vor Augen zu führen, um den Umfang eines solchen Vorhabens annähernd erfassen zu können. Dies zeigen sowohl die Erfahrungen aus über 20 medizinischen Berufungsverfahren, die wir an der Freien Universität als Frauenbeauftragte in den vergangenen Jahren begleitet und ausgewertet haben, als auch die Erfahrungen aus unzähligen Stellenbesetzungsverfahren beim ärztlichen Personal.

Um später als Professor oder Professorin in Frage zu kommen, ist es deshalb schon wichtig, sich innerhalb eines streng verschulten und hierarchischen Studiums persönlich zu profilieren, ohne dabei anzuecken. Enge Kontakte zu Lehrenden sind nötig und z.B. erreichbar durch Tätigkeiten als studentische Hilfskraft in Forschungsprojekten oder als studentische Lehrkraft, als Tutorin oder Tutor. Überstunden – oder besser: unbegrenzte Hingabe an diese abhängige Tätigkeit – sind gegenüber vielen Chefs die Grundvoraussetzung. Angesichts der Überlastung und Prioritätensetzung der Chefs fällt ein karrierewilliger Mensch sonst überhaupt nicht auf. Es ist notwendig, ein Netzwerk von Fürsprechern und Unterstützerinnen aufzubauen. Integriert in diesen Ablauf ist das Praktische Jahr, das dort absolviert werden sollte, wo später eine ärztlich-wissenschaftliche Laufbahn angestrebt wird. Dasselbe gilt für die Ausbildungsstufe Ärztin oder Arzt im Praktikum. Hier entscheidet sich, wer eine Stelle zur fachärztlichen Weiterbildung an der Universitätsklinik erhält. Nebenbei die Promotion: auch hier empfiehlt sich Kontakt zum Lehrstuhl der Zukunft. Ein Wechsel der Klinik und der obligatorische Auslandsaufenthalt sollte nur mit wärmster persönlicher Empfehlung von Chef zu Chef vorgenommen werden und auf jeden Fall in einem karrierebezogen aussichtsreichen Tätigkeitsfeld erfolgen.

In der fachärztlichen Weiterbildung darf keinesfalls zuviel Gewicht auf die Patientinnen und Patienten und deren Versorgung gelegt werden. Mit sturem Blick auf den vorgeschriebenen Katalog muß gleichzeitig der Kopf frei bleiben für Forschung und Habilitation. Gegebenenfalls muß eine Freistellung von den Routineaufgaben erwirkt werden, aber nicht zu lange, denn die Stelle als Oberärztin oder Oberarzt muß relativ jung angetreten werden, um die Chance für eine aussichtsreiche Karriere zu wahren. Man oder frau sollte keine Feinde in der Klinik haben, denn über die Habilitation befinden

alle Professorinnen und Professoren. In der Position als leitende Oberärztin oder Oberarzt bewährt und mit der *venia legendi* versehen, erhalten Aufsteigerinnen und Aufsteiger eine eigens für sie geschaffene C3-Professur zur Vertretung des Lehrstuhlinhabers und Abteilungsleiters. Andere Bewerbungen gibt es keine. Nach einer Plazierung *primo et unico loco* und dem obligatorischen Ruf folgt eine harte Phase der Profilierung durch Veröffentlichungen, Kongresse, innovative Forschungsergebnisse und hervorragende Dienstleistungen. Es folgt der Ruf auf eine C4-Professur an eine Klinik, die von einem Freund des alten Chefs geleitet wird.

Die Karrierestufen sind demzufolge immer verbunden mit hoher Leistung, hohem zeitlichen Einsatz, guten persönlichen Kontakten, Profilierung und persönlicher Förderung durch den Abteilungsleiter. Die lange ärztliche Qualifikationsphase muß an sich schon als Überbelastung gewertet werden, da sie erfolgreich (und im übrigen unter Umgehung tariflicher und gesetzlicher Vorschriften) nur durch sehr viele Überstunden geleistet werden kann. Hinzu kommt die Promotion und Habilitation, das heißt die wissenschaftliche Qualifizierung. In den vorklinischen Fächern liegt hier der Schwerpunkt, wobei festzuhalten ist, daß eine erfolgreiche Karriere in den Grundlagenfächern eine Doppelqualifikation in einer Naturwissenschaft und in der Medizin voraussetzt, um wissenschaftliche Konkurrenzfähigkeit zu ermöglichen. Der hohe physische und psychische Druck läßt wenig Raum für ein Privatleben. Die hohe Abhängigkeit vom Wohlwollen des Vorgesetzten, die über die Befristungen, die Qualifikationsbeurteilungen und die Verteilungsmacht bezüglich neuer Positionen und Aufstiegschancen sowie »privater« Einnahmequellen besteht, erhöht den Druck und die Anpassungsbereitschaft. Allein schon diese Karriereerfordernisse stellen eine Mehrfachbelastung dar, die ein privates und ein berufliches Unterstützungssystem erfordern.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird somit für Frauen nur ein Problem unter vielen, und nicht das entscheidende. Personen mit familiären Verpflichtungen, Personen, die Zeit und Energie für Kinderbetreuung oder ihre Partnerinnen und Partner verwenden, haben es schwer in diesem Wettlauf. Ärztinnen leisten diese Arbeit häufiger als ihre Männer. Ärzte dagegen haben oft nicht erwerbstätige oder teilzeiterwerbstätige Partnerinnen, d.h. sie können sich auf Unterstützung im Privatleben verlassen. Die Notwendigkeit, diese Unterstützung finanzieren zu müssen, erhöht wiederum den Anpassungsdruck. Denn Beteiligung an der Privatliquidation braucht

vor allem jemand, der hohe Lebenshaltungskosten hat. Inwieweit wiederum von den Abteilungsleitern nur Personen ernstgenommen werden, die eine Beteiligung an diesen Geldern einfordern, wäre eine interessante Forschungsfrage.

Die Qualifizierungsphase ist außerordentlich lang und fällt in die Zeit, in der bei Frauen die Entscheidung über eigene Kinder getroffen werden muß. Eine Schwangerschaft bedeutet in der Regel, daß eine Medizinerin ihrer Tätigkeit als Ärztin nicht normal nachgehen kann. In operativen und in vielen naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern fallen Frauen für die Schwangerschaftszeit aus. Hinzu kommt ein in Deutschland besonders ausgeprägtes gesellschaftliches Bild von Mütterlichkeit, das die Sorge für kleine Kinder ausschließlich den leiblichen Müttern zuschreibt. Das bedeutet Stillzeiten, in diesen wiederum besonderen Arbeitsschutz, es bedeutet Erziehungsurlaub und somit eine längere Ausfallzeit, es bedeutet häufig Teilzeitarbeit und damit verbunden eine Verzögerung der Qualifizierungsphase. Weder im Studium noch im PJ, im AiP oder in der fachärztlichen Ausbildung ist eine Schwangerschaft möglich, ohne den Qualifikationsverlauf empfindlich zu stören. Die Routineerfordernisse der Krankenversorgung und der Wille des Abteilungsleiters, möglichst viele Privatpatientinnen und -patienten zu versorgen, werden ebenfalls stark beeinträchtigt, wenn eine oder gar mehrere Ärztinnen mutterschutzbedingt ausfallen.

Hier liegt meines Erachtens ein wesentlicher Grund dafür, daß Frauen in der Medizin einen ausgesprochen schweren Stand haben. Es ist selbstverständlich, daß die Krankenkassen Vertretungsmittel für schwangere Pflegekräfte finanzieren, dasselbe gilt aber nicht für Ärztinnen. Insofern werden Schwangerschaft und Mutterschaft, familiäre Verpflichtungen, Partnerarbeit, Kinderbetreuung, Pflege, Haushalt usw., zur Zeit noch wesentliche Spezifika des weiblichen Lebenszusammenhangs, zur unzumutbaren Überlastung.

Dies ist jedoch nur ein kleiner Teil der Gründe, warum Frauen in der Medizin nicht zur Professorin aufsteigen. Und es ist vor allem ein Bereich, der relativ gut durch Regelungen und Reformen bewältigbar gemacht werden kann. Eine Studienreform, ein anderer Qualifizierungsablauf, andere Beschäftigungsverhältnisse und Weiterbildungsvorschriften, eine neue Form des Umgangs mit Überstunden und eine moderne Arbeitsorganisation könnten Familie und Beruf vereinbar machen. Angesichts der vielfältigen Probleme, die die leitenden Persönlichkeiten im Gesundheitswesen bearbeiten und lösen, ist das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (für

beide Geschlechter, dies ist ausdrücklich zu betonen) eine der leichteren Übungen – wenn sie politisch gewollt ist. Mit dieser Einschränkung befaßt sich der nächste Teil, die Frage nach den Ausschlußmechanismen gegen Frauen in der Medizin.

Die Medizin – ein Männerhaus

Die Unterrepräsentanz von Frauen in leitenden medizinischen Wissenschaftspositionen ist ein Problem, das unabhängig davon ist, ob Frauen Kinder haben oder nicht. Vielmehr liegen die Ausschlußmechanismen gegen Frauen wesentlich tiefer und zeigen sich in unterschiedlichen Ausprägungen an den verschiedenen Stufen der medizinischen und wissenschaftlichen Hierarchie.

Obwohl Frauen gerade über das Medizinstudium gegen heftigen Widerstand den Zugang zu den Universitäten erkämpften und inzwischen bei den Studierenden fast die Hälfte darstellen, setzt sich dieser hohe Frauenanteil auf den höheren Ebenen nicht fort. Schon im Studium selbst kommt es zu einer Demotivierung der Frauen in Bezug auf eine wissenschaftliche Karriere. Monika Sieverding untersuchte detailliert die Selbsteinschätzung und Motivation von Studentinnen und Studenten der Medizin.¹ Es zeigte sich, daß Studentinnen zu Beginn des Studiums hochmotiviert sind, ein stark forschendes Lernverhalten an den Tag legen und wissenschaftlich durchaus ambitioniert sind, während die untersuchten Männer eher reproduzierend lernten. Nach dem theoretischen Studium und der Konfrontation mit der Klinikpraxis im PJ hat sich das Geschlechterverhalten umgedreht: Frauen lernen eher reproduzierend und haben sehr viel seltener Karriereambitionen als Männer. Es wird festgestellt, daß Frauen wesentlich höhere Leistungen abverlangt werden als Männern, damit sie Beachtung und Anerkennung finden, und daß ein feminines Selbstkonzept nicht mit medizinischer Karriere in Einklang gebracht werden kann, vielmehr eine Anpassung an männliche Strukturen abgefordert wird. Hieraus ist zu schließen, daß das Medizinstudium in seiner bisherigen Struktur nicht geschlechtsneutral ist, sondern Frauen demotiviert, ihren Leistungswillen dämpft und das offensichtlich zu Beginn des Studiums vorhandene explorative und innovative Potential verschüttet. Männer dagegen gehen gestärkt aus dem Studium hervor. Demnach ist es notwendig, die Studienstruktur neu zu gestalten, die Didaktik und die Lehrinhalte zu überprüfen und Formen und Inhalte zu finden, die Frauen ebenso fördern und fordern wie Männer.

Wie ich oben schon angeführt habe, scheinen aus der Beobachtung von Frauenbeauftragten heraus die gezielte Planung der Karriere im zweiten Studienabschnitt sowie das Praktische Jahr und das AiP wichtige Weichenstellungen für die wissenschaftliche Karriere zu beinhalten. Viele Medizinstudentinnen haben dagegen den klaren Wunsch, möglichst breite praktische Erfahrungen zu sammeln und nicht nur in der Klinik, in der auch studiert wurde, PJ und AiP zu machen. Es geht darum, andere Kliniken, den Alltag in einer Praxis oder andere Organisationsformen ärztlicher Arbeit kennenzulernen – ein eher auf Breite ausgerichteter Qualifikationsbegriff. Dieser Erfahrungswert müßte dringend empirisch analysiert werden, da ich hier einen Kernpunkt vermute, warum es Medizinerinnen nach dem Studium so schwer fällt, eine Stelle an einem Universitätsklinikum zu erhalten.

Der nächste Schritt ist die Promotion. Liegt der Frauenanteil bei den Studienabsolventinnen in der Medizin an der FU Berlin bei ca. 45 %, so ist er bei den Promotionen um ca. 10 Prozent geringer. Ein Vergleich der AbsolventInnenzahlen und der Promotionen kommt zu dem Ergebnis, daß von den Frauen 40 Prozent, von den Männern ca. 55 Prozent promovieren.

Tabelle 1: Promotionsquoten in der Medizin an der Freien Universität Berlin

Jahr	Männer			Frauen		
	Absolventen	Promotionen	%	Absolventinnen	Promotionen	%
1988	409	266	65	307	143	47
1989	367	184	50	295	119	40
1990	326	164	50	299	103	34

Bei den Abschlüssen der fachärztlichen Ausbildung stellen Frauen etwa 20 Prozent. Bei den Habilitationen wird der Frauenanteil noch geringer: So haben an der Freien Universität in dem Zeitraum von 1986 bis 1990 neun Frauen die *venia legendi* in Medizin erhalten, davon zwei in Grundlagenfächern, sechs in klinischen Fächern und eine in der Veterinärmedizin. Dagegen stehen 40 Männer in klinischen Fächern, acht in Grundlagenfächern, fünf in Veterinär- und vier in Zahnmedizin. Der Frauenanteil an der FU liegt demzufolge insgesamt bei 13 Prozent der medizinischen Habilitationen. Die Basis für Berufungen von Frauen ist demzufolge äußerst schmal. Die lange Treppe der wissenschaftlichen und ärztlichen Qualifizierung weist bei jeder Stufe eine Verringerung des Frauenanteils auf.

Diese Pyramide ist durchaus nicht typisch für die Medizin, sondern in anderen Wissenschaften ebenso deutlich. Dennoch sind die Gründe für den geschlechtsspezifischen Selektionsprozeß in den einzelnen Fächern unterschiedlich. Die besonders langwierige Qualifizierungsphase in allen Wissenschaften wird in der Medizin durch die parallele ärztliche Weiterbildung besonders erschwert, so daß hier eine wesentliche Erklärung für den Mangel an Professorinnen zu finden ist.

Festzustellen ist aber auch, daß zwischen den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen die Bereitschaft zur Qualifizierung von Frauen erheblich differiert. Leider weisen die Promotionsstatistiken der Freien Universität keine Vergleichszahlen zwischen den beiden bis 1995 an der FU bestehenden Klinika aus, aber die Habilitationsstatistik spricht eine deutliche Sprache: Von den sechs Frauen, die sich in klinischen Fächern 1986-90 an der FU habilitierten, erfolgte nur eine Habilitation am Universitätsklinikum Steglitz, alle fünf anderen am Universitätsklinikum Rudolf Virchow, das in Zukunft an der Humboldt-Universität zur Charité gehören wird. Das Universitätsklinikum Steglitz hat in seiner gesamten Existenz nur eine einzige Frau habilitiert, von insgesamt bis 1989 28 humanmedizinischen Habilitationen von Frauen an der FU. Demnach ist es nicht allein der rechtlich oder von den Krankenkassen gesetzte Rahmen, der die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an der wissenschaftlichen Qualifizierung und somit an der Eingangsvoraussetzung zu Machtpositionen in der Medizin blockiert, sondern es ist auch ganz wesentlich das konstruktive oder destruktive Klima, das an einer Klinik gegenüber Frauen in der Medizin HERRscht. Es läge folglich durchaus in der Gestaltungsmacht der einzelnen Kliniken, aus sich selbst heraus wesentlich bessere Bedingungen für die Qualifizierung von Frauen zu schaffen als bisher. Obwohl also grundsätzlich für Frauen im ärztlichen Beruf und in der Medizin als Wissenschaft schlechtere Karrierechancen bestehen als für Männer, verweist die Wirkung einer als »Klinikumskultur« definierbaren Einstellung zu Frauen darauf, daß informelle Ausschlußmechanismen gegen Frauen eine hohe Wirksamkeit besitzen. Es wird aber auch sehr deutlich, daß es keinen Sinn hat, die Benachteiligung von Frauen in der Medizin mit ihrer Verantwortung für Familienarbeit oder mit den besonderen Belastungen der Ausbildung zu entschuldigen. Frauen sind sehr leistungsfähig – wenn man sie läßt.

Dieses Erklärungsmuster gilt auch für den Verbleib habilitierter Frauen in der Universitätsmedizin. Eine Auswertung des Allgemeinen

Deutschen Hochschullehrerverzeichnisses ergibt für die Repräsentanz habilitierter Frauen in den medizinischen Fächern folgendes Bild²:

Tabelle 2: Habilitierte Frauen in der Medizin (Stand: April 1991)
Frauenanteil bei den Professuren und Habilitierten in Prozent

Fach	Frauenanteil in %	Fach	Frauenanteil in %
Allgemeinmedizin	4,7	Innere Medizin	1,8
Hämatologie	7,0	Transfusionsmedizin	5,4
Psychosomatik	6,3	Pädiatrie	4,2
Chirurgie	0,8	Neurochirurgie	1,3
Urologie	0,0	Gynäkologie	1,3
Psychiatrie	3,9	Neurologie	3,0
Orthopädie	0,8	Augenheilkunde	4,2
Hals/Nasen/Ohren	1,2	Dermatologie	9,0
Radiologie	2,8	Anästhesie	4,9
Physikalische Medizin	2,0	Tropenmedizin	3,6
Anatomie	12,4	Med. Cytologie	18,8
Physiologie	3,2	Med. Biochemie	4,8
Med. Immunologie	8,9	Pathologie	4,1
Med. Pharmakologie	4,6	Med. Mikrobiologie	5,6
Med. Hygiene	1,9	Med. Biophysik	4,0
Klinische Chemie	5,9	Pathophysiologie	5,4
Med. Anthropologie/Humangenetik	7,9	Rechtsmedizin	6,0
Sportmedizin	0,0	Med. Psychologie	8,9
Med. Soziologie	16,0	Arbeitsmedizin	5,5
Sozialmedizin	5,9	Med. Ökologie	0,0
Biomed. Technik	0,0	Didaktik der Medizin	0,0
Geschichte der Medizin	14,6	Med. Informatik	2,7
Zahn-/Mund/Kiefer	1,6	Paradontologie	8,0
ZMK-Chirurgie	2,8	Z. Prothetik	6,4
Kieferorthopädie	29,2		

Frauen habilitieren sich dementsprechend eher in kleineren, neuen und nicht-operativen Fächern, z.B. der Genetik, der Anatomie und Psychosomatik, oder den eher sozialwissenschaftlich ausgerichteten Zweigen Medizinische Soziologie und Psychologie sowie Geschichte der Medizin.

Dies allein kann die Differenzen im Habilitationsverhalten von Frauen zwischen den einzelnen Fächern aber nicht erklären. Ein Vergleich zwischen der Pädiatrie und der Gynäkologie zeigt, daß in ähnlich operativ ausgerichteten Fächern Frauen offensichtlich unterschiedlich gefördert, geduldet oder behindert werden. Die Behandlung von Kindern durch Frauen ist eher hoffähig als Geburtshilfe

oder Frauenheilkunde. Die Urologie ist nicht operativer als die Gynäkologie, und dennoch sind hier bis 1991 in Westdeutschland überhaupt keine habilitierten Frauen verzeichnet.

Anhand der Urologie läßt sich ein anderes Erklärungsmuster nachweisen: Frauen wird die Kompetenz für bestimmte Bereiche nicht zuerkannt. Hierzu möchte ich zunächst auf das Alltagsverständnis einer ärztlichen Fachrichtung aus der Sicht von Patientinnen und Patienten hinweisen. Unter Urologie stellen sich Nichtmedizinerinnen und Nichtmediziner vor, daß hier viele Männer behandelt werden, z.B. wegen Erkrankungen der Prostata. Aber auch Frauen, die Blasenbeschwerden haben, wenden sich an Urologen. Urologen sind alles Männer. Das gilt als selbstverständlich. In der Gynäkologie sind nicht 100 Prozent der Professoren weiblich, und es gilt als selbstverständlich, daß Frauen ihre Geschlechtsteile von Männern untersuchen und behandeln lassen. Was aber haben Frauen an männlichen Geschlechtsteilen herumzudoktern? Es ist wiederum selbstverständlich, daß Männer diese hüten und bewahren; Männer geben ihren Phallus auch sonst nicht ungerne in Frauenhände. Abgesehen von homosexuellen Männern, werden viele beim Lesen einwenden. An lesbische Frauen denkt dagegen kaum jemand, wenn es um Gynäkologen geht.

Hier kommen wir meines Erachtens an einen weiteren Kern der Unterrepräsentation von Frauen in den medizinischen Leitungsfunktionen: Soviel Macht, soviel Verantwortung über den menschlichen Körper, über menschliches Leben, wie sie mit einer Medizinprofessur verbunden ist, wird Frauen bei uns gesellschaftlich nicht zugestanden. Die Kompetenz zu heilen wird bei Frauen angezweifelt, insbesondere wenn es um männliche Patienten und die Geburt ihrer Nachkommen geht. Historisch gesehen war das nicht immer so, z.B. war Heilkunst im Mittelalter und auch chirurgische Tätigkeit von Frauen einmal durchaus akzeptiert, ja sogar die Regel. Aber die Medizin als Wissenschaft hat es verstanden, die Herrschaft über den Körper Männern zu übertragen. Die historischen Analysen über den Diskurs um die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium machen dies besonders deutlich. Sie zeigen eine Haltung, die Frauen die Fähigkeit zu denken und die Fähigkeit zu verantwortlichem Handeln abspricht. Diese sehr frauenfeindliche Grundhaltung setzte sich besonders im Nationalsozialismus durch, nachdem Frauen zuvor schon einige Erfolge erzielt hatten. Die Phase nationalsozialistischer Herrschaft in Deutschland ist für die Fragestellung besonders relevant im Hinblick auf das Auslöschen weiblicher Vorbilder für Frauen,

die in der Medizin Karriere machen wollen. Viele der Medizinerinnen der ersten Generationen waren Jüdinnen, viele der Wissenschaftlerinnen, vor allem der Naturwissenschaftlerinnen, an deutschen Hochschulen waren ebenfalls jüdischen Glaubens oder jüdischer Abstammung. Die Vernichtung dieser weiblichen Vorbilder durch Tötung und Vertreibung und die weite Verbreitung frauenfeindlichen Gedankengutes in der Zeit des Nationalsozialismus prägen noch heute das Frauenbild in der Wissenschaft Medizin. Es wäre 50 Jahre nach Ende der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland dringend geboten, daß sich die Medizin von solchen diskriminierenden Vorurteilen löst, eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an der wissenschaftlichen Qualifizierung zuläßt und die medizinischen Leistungen von Frauen in der Vergangenheit und Gegenwart angemessen würdigt.

Zu einer in Deutschland besonders ausgeprägten Haltung gehört auch die strikte Trennung in frauentypische und männertypische heilende Berufe. »Der Arzt« und »die Schwester« lauten die Stereotype. Die sogenannten Heilhilfsberufe sind in ihrer Ausbildung nicht analog zu anderen Fachberufen professionalisiert, es gibt kaum Hochschulausbildung oder Forschung zu diesen Bereichen. Die den Frauenberufen in der Klinik zugeschriebenen Wertigkeiten sind eindeutig niedriger als der Status der als Männerberufe geltenden Tätigkeiten Arzt und Professor. Frauen, die in ihrer Ausbildung zur Medizinerin als »Schwester« angesprochen werden, werden durch diese »weibliche« Zuschreibung abgewertet und befinden sie sich in einem Rollenkonflikt zwischen Frausein und Medizinerin-Sein. Eine Entschärfung dieses Rollenkonflikts durch eine Aufwertung beispielsweise der Krankenpflege würde Frauen eine gleichberechtigte Teilhabe an der medizinischen Ausbildung wesentlich erleichtern.

In diesem Zusammenhang einfacher Grundvoraussetzungen für die Gleichberechtigung von Frauen und Männern ist auch der Bereich der Abschreckung durch Sprache zu sehen. Schon allein die Titel der fachwissenschaftlichen Zeitschriften machen deutlich, daß Frauen nicht mitgedacht sind. Die in anderen Sprachen gebräuchlichen Fachbezeichnungen, z.B. »anaesthesiology« erscheinen in deutschen Landen als »Der Anästhesist«, »Der Gynäkologe« usw. Wer die Sprache hat, hat noch nicht automatisch die Macht. Aber wer sprachlich nicht vorkommt, kommt auch in den Machtstrukturen nicht vor. Medizinerinnen wird so die Identifikation mit dem Bild der Fachärztin als eigenem Lebensentwurf erschwert.

Ebenso ist es notwendig, die einzelnen Fächer noch einmal Revue passieren zu lassen und zu hinterfragen, warum Frauen in bestimmten Fächern doch wesentlich häufiger vorkommen als in anderen. Ich komme auf die von der Statistik nur teilweise gestützte These zurück, daß Frauen seltener in operativen Fächern Karriere machen. Ich möchte hier den Aspekt der Mythenbildung ansprechen. Es geht die Sage, Chirurgie sei zu hart für Frauen. Gynäkologie auch, Unfallchirurgie schon dreimal. Was aber ist mit kleinen Männern? Warum sind große Frauen nicht stark? Sind wir geistig so unterentwickelt, daß wir nicht körperliche Schwäche durch intelligente Technik ausgleichen können? Durch Lifts z.B.? Warum können Krankenschwestern heben, Ärztinnen aber nicht? Warum haben so viele der qualifizierten Medizinerinnen keine Kinder, haben auf eigenen Nachwuchs und Partner verzichtet, und sind trotzdem nicht habilitiert? Diese an der Oberfläche sehr kindlich-naiv anmutenden Fragen müssen gestellt werden, um die Unterrepräsentanz von Frauen bei den Professuren zu erklären. Es ist der Mythos der Omnipotenz, der eingangs erwähnte gottgleiche Status, Herr über Leben und Tod, Herrscher über viel Geld und Personal zu sein. Dieser Mythos muß legitimiert werden durch unendliche Überstunden, streng hierarchische Organisationsformen und militaristisch anmutende Leitungsstrukturen. Harte Männer für harte Macht und hartes Geld.

Da wir nun beim Geld angekommen sind, müssen wir die Karriereleiter noch zum Ende hinaufklettern, es steht uns noch die Stufe der Professorinnen bevor. Die Analyse des Deutschen Hochschullehrerverzeichnisses fördert auch hier spannende Ergebnisse zutage. Bis 1994 wurden 328 habilitierte Frauen in den medizinischen Fächern ausgewiesen. Davon sind 120 Privatdozentinnen, 76 außerplanmäßige Professorinnen und 12 Honorarprofessorinnen. Ordentliche Professuren (C 4) haben 21 Frauen inne, dagegen sind 93 Universitätsprofessorin (C 3). Sechs Medizinprofessorinnen werden als emeritiert oder im Ruhestand befindlich gemeldet. Die derzeit noch tätigen »richtigen« Professorinnen bilden demnach nur 35 Prozent aller im Deutschen Hochschullehrerverzeichnis aufgeführten habilitierten und in der Medizin tätigen Frauen, nur 6,4 Prozent der habilitierten Frauen sind ordentliche Professorinnen und somit auch Abteilungsleiterinnen. Wenn Frauen also die Qualifizierungshürden überwunden haben, dann geraten sie auf das universitätsmedizinische Abstellgleis. 37 Prozent der habilitierten Frauen in der Medizin sind Privatdozentinnen, wurden also in der Universität bisher nicht in

leitende Funktionen in Lehre, Forschung und Krankenversorgung integriert. Wer bleibt und hartnäckig ist, erreicht einen Ruf auf eine C3-Professur (29 %) oder erhält den Titel ohne Betten und Lehre (24 %). Habilitierte Medizinerinnen sind also durchaus vorhanden. Sie werden nur nicht in »richtige« Professuren berufen oder verbleiben nach einem Ruf auf einer relativ untergeordneten Position.

Warum ist nun der Verteilungskampf zwischen außerplanmäßigen und Honorarprofessuren einerseits und C-Professuren andererseits so erbittert? Die Medizin ist das einzige universitäre Fach, das Frauen derart häufig mit der Ehre/dem Titel versieht. Sonst sind diese Positionen der außerplanmäßigen oder Honorarprofessuren fast ausschließlich männliche Domänen. Die Erklärung liegt meines Erachtens darin, daß der höchste Wert in der Medizin nicht der professorale Titel ist, sondern die klinische Gestaltungsmacht und die Privatliquidation. Einige der Grundlagenfächer wiederum sind sehr drittmittelintensiv und gutachtenträchtig. Es scheint um Geld zu gehen und um Befehlsgewalt, sonst dürften nicht nur 21 der ordentlichen Professuren in der Medizin mit Frauen besetzt sein. Diejenigen, die sich als so qualifiziert herausstellen, daß man an ihnen nicht vorbeikommt, erhalten den Titel ohne Betten und Personal. Um es in einem polemischen Slogan auf den Punkt zu bringen: »Macht eine Habilitierte Dir zuviel Zoff, dann schieb' sie ab als apl.-Prof.«

Eine Regionalanalyse zeigt, daß von den habilitierten Medizinerinnen 11,3 % an Universitäten in Bayern, hingegen 9,1 % allein an der FU Berlin verzeichnet sind. In den neuen Bundesländern ist das Verzeichnis äußerst lückenhaft. Es weist 1994 nur 16 habilitierte Medizinerinnen auf und enthält keine Angaben über die Charité. Dennoch ist der Vergleich zwischen Westberlin (zwei FU-Kliniken) und Bayern (Würzburg, Regensburg, Erlangen-Nürnberg, München) eindeutig: in ganz Bayern gibt es nur 37 habilitierte Medizinerinnen, allein an der FU Berlin 30. Innerhalb der FU sind von den 30 verzeichneten habilitierten Frauen nur drei am Universitätsklinikum Steglitz tätig. Zum Vergleich: die Medizinische Hochschule Hannover weist zwölf habilitierte Wissenschaftlerinnen auf. Man kommt hier also zu demselben Ergebnis wie bei der Habilitation: Wo ein Wille ist, da scheint es auch einen Weg zu geben. Es fehlt offensichtlich an fast allen Klinika an der Bereitschaft, sich für Frauen einzusetzen und Frauen nicht zu diskriminieren.

Es geht um die Strukturen

Für Frauen lohnt sich der harte Weg durch die Mühlen der ärztlich-wissenschaftlichen Qualifizierung selten. Dies ist das Fazit vieler Frauen in der zweiten Studienphase, es ist das Fazit vieler Frauen nach der fachärztlichen Qualifizierung. Solange das »Klima« gegenüber Frauen an einer Klinik über deren Partizipation an Karriere-chancen entscheidet, sind Frauen abhängig vom good oder bad will der Professoren als Einzelpersonlichkeiten und als Gruppe. Aus der Beobachtung von Berufungsverfahren nicht nur an der Freien Universität stellt sich der Entweidungsprozeß über die Besetzung einer Professur folgendermaßen dar: Berufungen erfolgen auf der Grundlage des persönlichen Einsatzes des Chefs in der eigenen oder einer befreundeten Klinik. Noch viel stärker als in anderen Wissenschaften herrscht in der Medizin die Kooptation. Damit liegt die Gleichstellung von Frauen in der Entscheidungsmacht derer, die bisher als Gruppe aus einer in der Regel frauenfeindlich geprägten Geisteshaltung heraus Frauen ausgegrenzt haben. Wer tatsächlich eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an der Universitätsmedizin erreichen möchte, sollte sich die Strukturen und Erbhöfe genau ansehen, die es zu verteidigen gilt, ebenso die entsprechenden Verteilungsmechanismen. Es geht um die Frage der Privatliquidation, um das Kommando über viel Personal, um gesellschaftlichen Einfluß, nicht nur um Gesundheit als einen der höchsten Werte des Menschseins.

Wenn Frauen als Patientinnen und Politikerinnen einfordern, daß Gesundheit auch Frauengesundheit ist, daß sie Ärztinnen wollen, die mitentscheiden darüber, welche Wege die Medizin in Zukunft gehen wird, so ist die Forderung nach einer stärkeren Beteiligung von Frauen bei Professuren der Medizin unverzichtbar. Dies bedeutet gleichzeitig, daß Strukturen geschaffen werden müssen, die Frauen den Zugang zu diesem bisher versperrten Ziel gewährleisten. Quoten für die Einstellung von Frauen sind hierzu ein Mittel. So sollte beispielsweise an jeder Klinik und in jeder Fachrichtung der Frauenanteil bei den Einstellungen auf AiP-Positionen und zur fachärztlichen Ausbildung dem der Studienabsolventinnen entsprechen, d.h. ca. 50 Prozent. Zusätzlich sollten besondere Stellen geschaffen werden, auf denen ausschließlich Frauen sich qualifizieren können, z.B. zur Habilitation oder zur fachärztlichen Ausbildung, und zwar besonders in Fachrichtungen mit besonders geringem Frauenanteil. Andere Personalrekrutierungsstrukturen

und Leitungsstrukturen müssen etabliert werden: Teamarbeit und Teamverantwortung sind hierbei wichtige Stichworte, auch bei der Personalauswahl. Die Geldverteilungsmechanismen, insbesondere bezüglich der Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten, aber auch in Zusammenhang mit Drittmitteln zur Forschung, müssen so gestaltet werden, daß alle im ärztlichen Personal davon profitieren können. Schlußendlich muß auch ein neues Verhältnis zu den Medizinalfachberufen und den Pflegeberufen entwickelt und deren Aufwertung erreicht werden, damit Frauen nicht unter geschlechtsspezifischen Rollenkonflikten leiden müssen. Ohne grundlegende strukturelle Änderungen wird eine gleichberechtigte Gestaltungsmacht für Frauen in der Medizin nicht zu erreichen sein. Es geht mir dabei weder um die Konstruktion einer Göttin in Weiß noch um die Hälfte des Himmels: es geht um die frauengerechte Gestaltung der sehr irdischen Medizin, und zwar der ganzen.

Korrespondenzadresse:

Christine Färber

FU Berlin – Zentrale Frauenbeauftragte

Rudeloffweg 25-27, 14195 Berlin

Anmerkungen

- 1 M. Sieverding: Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke 1990.
- 2 Die Erhebung der Daten erfolgte unter Mitarbeit von Martina Diemling und Julia Wilmes.