

Die gläserne Decke

Arbeitsbedingungen und Karrierebarrieren für Ärztinnen

Über die Jahrhunderte betrachtet war die Medizin als Wissenschaft und Heilpraxis ein Terrain, auf welchem Macht- und Geschlechterkämpfe sichtbar und gewaltsam ausgetragen wurden. Als Beispiel sei nur auf die Verbrennungen »weiser« Frauen als Hexen zwischen dem 14. und 18. Jahrhundert verwiesen. »Niemand schadet dem katholischen Glauben mehr als die Hebammen«, heißt es im Hexenhammer (zit. nach Bischoff 1992, S.41). Diese aggressiven Verfolgungen verweisen zugleich darauf, daß die Bannung der Frauen aus der Medizin ein langer, mit äußersten Mitteln geführter Prozeß war.

Die »Verbannung des Weiblichen« aus der Heilkunde, über die sie sich als (männliche) Wissenschaft und akademisches Fach etabliert hatte, ist konstitutives Merkmal der klassischen Medizin der Moderne (Veidt, 1994).

Die Geschichte der Geschlechterkämpfe in der Medizin ist nicht nur eine Geschichte der »Ausgrenzungen des anderen«. In Verbindung damit stand auch die Durchsetzung des Behandlungsmonopols und der Definitionsmacht darüber, was Körper, was Leben und vor allem was Geschlecht sei.¹

Die Medizin der letzten Jahrhunderte war gekennzeichnet durch den generellen Ausschluß der Frauen aus Studium und Beruf. Entgegen den Ende des letzten Jahrhunderts massiv vorgebrachten Ausschlußlegitimationen (schwacher Intellekt – schwache Konstitution), und im Zuge der notwendig gewordenen Öffnung des Zugangs zu Berufswelt und Wissenschaft für Frauen, konnten Frauenbewegung und engagierte Ärztinnen die Zulassung der Frauen zum Medizinstudium im Jahr 1900 in Österreich durchsetzen. Neben Preußen war Österreich das letzte Land, welches den Frauen das Studium gestattete (Heindl, Tichy, 1990, S.17).²

Ausgehend von der Geschichte, erhebt sich annähernd ein Jahrhundert später die Frage, ob und was sich bis heute verändert hat. Die klassische Form des generellen Ausschlusses scheint überwunden. Inwieweit hat sich allerdings diese Ausgrenzung in eine Eingrenzung (auf Tätigkeiten, Positionen, Bereiche) verwandelt? Dürfen Ärztinnen heute Machtansprüche erheben? In welchen Bereichen?

Inwieweit können Ärztinnen auf dem Gebiet der Wissenschaft mitdefinieren? Inwieweit spiegelt sich in Form der geschlechtsspezifischen Verteilung der Berufspositionen ein nach wie vor existentes, allerdings »unsichtbares« Behandlungsmonopol der Ärzte: wer erstellt die Diagnose, wer die Therapie, wer führt die Behandlung/Versorgung aus? Finden sich beispielsweise Muster der Rollenzuweisung aus der Krankenpflege in der heutigen Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Ärztinnen wieder?

Diesen Fragen, konkret bezogen auf die gegenwärtige Berufssituation von Ärztinnen in Österreich, ist der vorliegende Beitrag gewidmet. Spezielle Berücksichtigung werden die Universitätskliniken finden, zumal es sich dabei einerseits um klassisch, karriereorientierte Berufsfelder handelt. Andererseits läßt die diesen Kliniken auferlegte Aufgabenstellung, neben PatientInnenversorgung auch die Erkenntnisse in der Forschung voranzutreiben und zu lehren, potentielle Barrieren für Ärztinnen, auch in der medizinischen Wissenschaft deutlicher erscheinen.³

1. Situation der Ärztinnen am Beispiel Österreich

In Österreich zeigt sich die Forschungslage äußerst trist. Bis dato existieren keine Untersuchungen, welche sich systematisch mit der Berufssituation von Ärztinnen auseinandersetzen. Allein dieser Umstand könnte auch schon als ein Hinweis für das in weiten (vor allem entscheidenden) Bereichen vorherrschende, mangelhafte Problembewußtsein gedeutet werden.

Jenseits von Deutungen zeigen die im folgenden vorgestellten Daten über die Verteilung von Ärztinnen und Ärzten auf verschiedene Fachbereiche und Berufspositionen ganz massive Disparitäten.

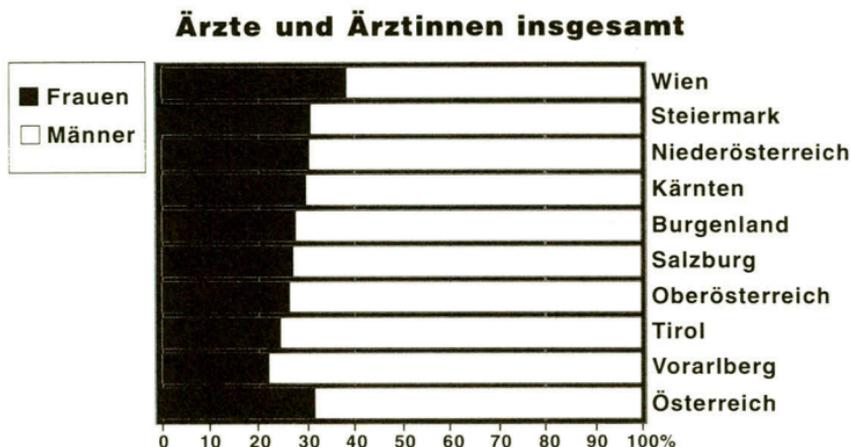
Die Entwicklung des Frauenanteils in der Medizin

Seit Beginn der siebziger Jahre ist ein kontinuierliches Anwachsen des Frauenanteils unter den Medizinstudierenden zu bemerken, wobei 1980 erstmals der Anteil der Erstinskribientinnen 50 % überstieg und 1992 bei 58 % lag.⁴ Die Entwicklung der HörerInnenzahlen der Studienrichtung Medizin zeigt eine annähernde Verdoppelung des Frauenanteils zwischen 1970 und 1992, wobei der Anteil der Hörerinnen erstmals im Studienjahr 1990 50 % erreichte. Auch der Medizinerinnenanteil unter den PromoventInnen lag in demselben Jahr bei knapp 50 %.

Während unter den MedizinstudentInnen und PromoventInnen die Frauen mittlererweile sogar paritätisch vertreten sind, zeigen die Zahlen über berufsausübende Ärztinnen in Österreich ein anderes Bild.

Abbildung 1

Berufsausübende Ärztinnen und Ärzte in Österreich



Quelle: BM f. Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, 1994

Stand: 31. 12. 1992

Der Anteil berufsausübender Ärztinnen betrug 1954 16 %, 1973 21 %, und zehn Jahre später lag er bei 25 %.⁵ 1992 war knapp ein Drittel der Ärzteschaft weiblichen Geschlechts, wobei Zahlen in den einzelnen Bundesländern stark differieren: Wien hat mit 38 % den weitaus größten und Vorarlberg mit 22 % den geringsten Frauenanteil.

Der Ärztinnenanteil in allen Universitätskliniken lag 1994 laut Auskunft der Österreichischen Ärztekammer⁶ mit 30 % im Bundeschnitt (Universtätskliniken Graz: 33 %, Innsbruck: 28 % und Wien 29 %).

Trotz des kontinuierlichen, deutlichen Eindringens der Frauen in die Ärzteschaft, sind Ärztinnen nach wie vor in der Minderzahl, speziell im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, die fast ausschließlich von Frauen ausgeübt werden. So waren 1991 beispielsweise 93 % des Krankenpflege- und 83 % des Medizinisch-technischen Personals weiblichen Geschlechts.⁷

Marginalisierungs- und Segregationsprozesse im MedizinerInnenberuf werden jedoch besonders dann deutlich, wenn man die Verteilung der Ärztinnen nach Fachbereichen und innerhalb der Hierarchieebenen betrachtet.

Horizontale und vertikale geschlechtsspezifische Segregation

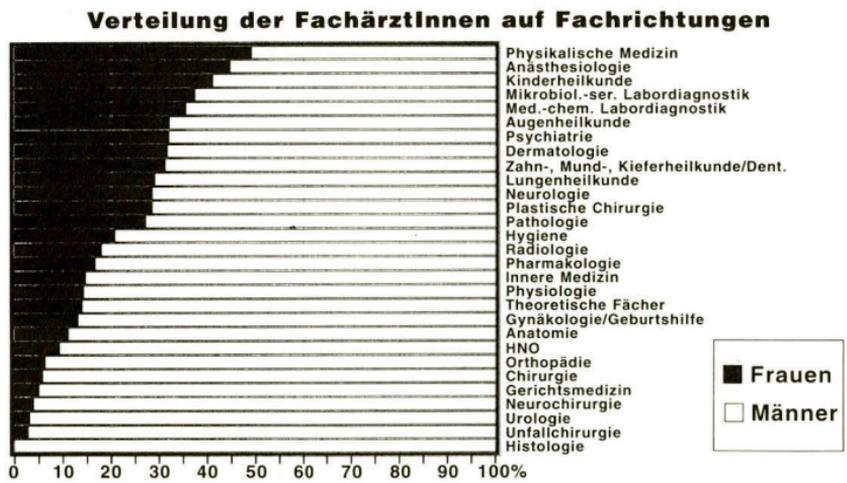
Segregation nach Fachbereichen

33 % der berufsausübenden Ärztinnen in Österreich waren 1992 Allgemeinmedizinerinnen, während der Frauenanteil unter den Fachärztinnen und -ärzten lediglich 25 % betrug.⁸

Sowohl die Gesamtverteilung der Ärztinnen nach Fachrichtungen in Österreich (vgl. Abbildung 2), als auch die in Abbildung 3 dargestellten fächerspezifischen Verteilungen an den Wiener Universitätskliniken⁹ weisen ein deutliches Segregationsmuster auf.

Abbildung 2

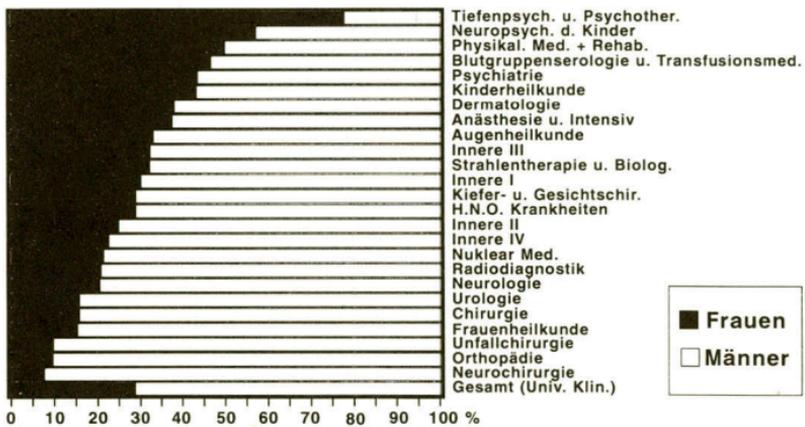
Verteilung der Fachärztinnen und -ärzte nach Fachrichtungen Österreich insgesamt



Jene Fächer, in welchen Frauen gemessen am Bundesschnitt (30 %) überdurchschnittlich vertreten sind, weisen neben unterschiedlichen Spezifika auch Gemeinsamkeiten und spezielle Charakteristika auf: Es handelt sich dabei um Fächer, welche eher rehabilitativ ausgerichtet (z.B. Physikalische Medizin) und eher therapeutisch orientiert

Abbildung 3

Verteilung der Fachärztinnen und -Ärzte nach Fachrichtungen Universitätskliniken, AKH Wien



Datenbasis: Personalabteilung des AKH Wien, 1994

Stand: Okt. 1994

(Tiefenpsychologie, Psychiatrie) sind. Der relativ hohe Frauenanteil im Bereich der Kinderheilkunde und -psychiatrie scheint einem klaren Rollenmuster zu folgen. Die Arbeit in diesem Fach trägt eine starke entwicklungsorientierte Komponente in sich.

Die in den »Frauenfächern« ausgeübten Tätigkeiten sind einerseits »unsichtbar« und haben im Gesamtarbeitskontext den Status von »Zu- bzw. Vorarbeiten« (Blutgruppenserologie, Labordiagnostik, Anästhesiologie). Andererseits kennzeichnet sie eine kontaktintensive Arbeit mit PatientInnen, bei welcher psychosoziale und -therapeutische Kompetenzen vorrangig sind.

Weiter sind die Arbeiten in diesen Fachbereichen mit vergleichsweise hohen psychischen, aber auch körperlichen Belastungen verknüpft. Gemeinsam ist dabei ihr relativ niedriges Prestige, und daß es sich um sogenannte »arme« Fächer handelt.

Jene Fächer, in welchen überdurchschnittlich viele Ärzte anzutreffen sind (bis zu 80 % Männeranteil), weisen ebenfalls gemeinsame Charakteristika auf: Es handelt sich dabei um primär »invasive«, operative, daher auch geräte- und technikorientierte Fächer. Sie sind »reich« und genießen zudem ein hohes Prestige. Über das invasive, operative Element haben sie die »Entscheidungsmacht des Arztes über Leben und Tod« in unvergleichbar hohem Ausmaß und stehen unter anderem auch dadurch für höchste fachlich-technische Qualifikation der klassischen, akademischen Medizin.

Vor dem oben erwähnten historischen Hintergrund und bezogen auf die Fragen nach Ausgrenzungen in der modernen Medizin, scheint der Umstand, daß die Urologie nahezu ausschließliche Männerdomäne ist (96 % bzw. 84 % an den Universitätskliniken), ebenso symptomatisch und bedeutsam, wie die marginale Repräsentanz von Ärztinnen in der Frauenheilkunde (13 % bzw. 15 % an den Universitätskliniken). Möglicherweise geben diese, hinsichtlich der Klientel (eher) »geschlechtsspezifischen« Fachbereiche, einen Indikator für den Stand der Machtverteilungen zwischen Ärzten und Ärztinnen ab.

Die österreichischen Ergebnisse hinsichtlich geschlechtsspezifischer Verteilungen der ÄrztInnen auf die unterschiedlichen Fachbereiche zeigen deutliche Parallelen zu in anderen Ländern durchgeführten Studien (u.a. Kutner & Brogan, 1990): Ärztinnen sind in primär versorgungs-, pflege- und patientInnenkontaktintensiven Bereichen dominierend, während Ärzte in chirurgischen und technikintensiven Fächern die deutliche Mehrheit stellen (ebd.).

Gläserne Decke

Über alle Fachbereiche hinweg erstreckt sich das deutliche Muster einer vertikalen geschlechtsspezifischen Segregation. Für das Phänomen der Marginalität von Frauen in Spitzen- und Leitungspositionen wurde der, m. E., sehr treffende Begriff der »Gläsernen Decke« (glass ceiling)¹⁰ eingeführt. Er benennt bildhaft jene Stufe auf der Karriereleiter, über die Frauen (auch in anderen Berufen) offensichtlich nicht hinausgelangen. Ab einer bestimmten Hierarchieebene stoßen Frauen an »unsichtbare« Barrieren. Auch wenn die nächste Karrierestufe bereits erkennbar ist, der Weg dorthin scheint jedoch durch eine »Gläserne Decke« unbeschreitbar versperrt.

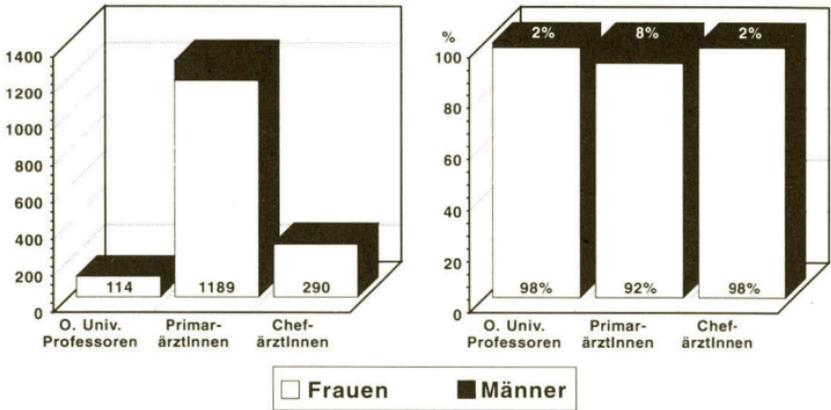
Betrachtet man die Abbildungen 4 und 5 (auf den folgenden Seiten), so entsteht der Eindruck, daß im österreichischen Berufsfeld Medizin geschlechtsspezifische Barrieren, Ärztinnen hartnäckig am Aufstieg hindern und sie in den unteren Hierarchieebenen festhalten.

Diese offenbar kaum vorhandenen Aufstiegschancen für Ärztinnen, speziell im Wissenschaftsbetrieb, implizieren wesentliche Konsequenzen: für die betroffenen Ärztinnen, aber auch für die medizinische Wissenschaft und Versorgung.

Die unteren Hierarchieebenen im Wissenschaftsbetrieb sind gekennzeichnet durch finanzielle und perspektivische Unsicherheiten (Bangen um die nächste Verlängerung, niedrigeres Einkommen).¹¹

Abbildung 4

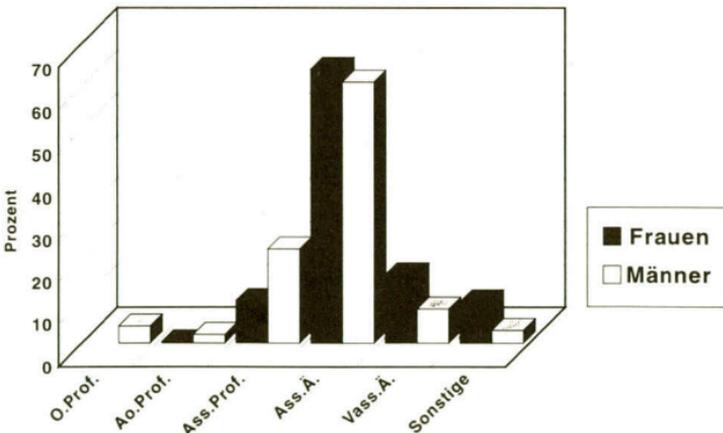
Österreichische Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Spitzenpositionen



Quelle: Österreichische Ärztezeitung 1992

Abbildung 5

Verteilung der insgesamt berufstätigen Ärztinnen nach Berufspositionen Universitätskliniken, AKH Wien



Datenbasis: Personalabteilung des AKH Wien, 1994

Stand: Okt. 1994

Darüber hinaus sind persönliche Abhängigkeiten von Übergeordneten (Männern) und Entscheidungen in den unteren »Sphären« weit stärker ausgeprägt und für das persönliche Fortkommen (z.B. während

der Facharztausbildung) maßgeblich (Geenen, 1994, S.84f). Nachdem im Wissenschaftsbetrieb Aufstieg und Arbeitsplatzsicherheit an wissenschaftliches Fortkommen gebunden sind, zeugt die fehlende Vertretung der Ärztinnen in der Professorenriege zugleich für einen nach wie vor weitgehenden Ausschluß der Frauen aus der medizinischen Wissens- und Wissenschaftsproduktion. Keine einzige Professorin an den Wiener Universitätskliniken bedeutet auch, daß die Leitung von Abteilungen ausnahmslos Ärzten obliegt.

2. *Diskussion möglicher Ursachen*

Die vorliegenden Ergebnisse legen die Existenz einer Reihe von offenen und »versteckten« Barrieren, sowohl auf struktureller als auch auf informeller Ebene, nahe.

Fokussiert auf die Frage nach Karrierehindernissen für Ärztinnen an Universitätskliniken, werden im folgenden Hypothesen (basierend auf Forschungsergebnisse aus der Literatur, die Dateninterpretationen und Auswertung qualitativer (Expertinnen)Interviews aus genanntem Forschungsprojekt¹²) über mögliche Ursachen der oben skizzierten Phänomene zur Diskussion gestellt.

Frauenberufstätigkeit allgemein

Viele der für Ärztinnen existenten Hindernisse decken sich mit den allgemein für Frauen in der Arbeitswelt bestehenden Konflikt- und Problemfeldern. So ist beispielsweise die unter dem Begriff »Doppelbelastung« zusammengefaßte Zuweisung reproduktiver Aufgaben (Kindererziehung, Haushaltsführung, Beziehungsarbeit, etc.) an Frauen, auch die damit zusammenhängende mangelnde Unterstützung und Anerkennung für und innerhalb der Berufstätigkeit, speziell für Ärztinnen mit massiven Belastungen verbunden: wenig kalkulierbare, überdurchschnittlich hohe wöchentliche Arbeitszeiten, Bereitschafts-, Nacht- und Wochenenddienste, fehlende Betriebskindergärten, stellen gewiß zum Teil unüberwindbare, zumindest abschreckende Barrieren für Medizinerinnen, speziell im Wissenschaftsbetrieb dar.

Ebenso wurde gezeigt, daß das Phänomen »Gläserne Decke«, welches in unterschiedlichen Untersuchungen für die Bereiche Dienstleistungen und Topmanagement beforscht wurde (u.a. Buchinger, Pircher, 1994), auch für die Arbeitswelt Medizin gilt.

Neben diesen allgemein auftretenden Erschwernissen, sind Ärztinnen aber auch mit spezifischen Barrieren in ihrer beruflichen Laufbahn konfrontiert.

Die berufliche Sozialisation beginnt mit dem Studium

Wie u.a. Monika Sieverding in ihrer Untersuchung über psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Medizinerinnen herausfinden konnte, sind Medizinstudentinnen zu Studienbeginn stärker »karriereorientiert« als ihre Kollegen. Anders am Ende des Studiums. Zu diesem Zeitpunkt zeigten die Medizinstudenten einen deutlicher ausgeprägten Karrierewunsch (Sieverding, 1990, S.110 u. S.128). Eine unter österreichischen MedizinerInnen durchgeführte AbsolventInnenbefragung zeigte auf, daß bereits die Motivation der Medizinerinnen für eine Universitätslaufbahn – im Unterschied zu kurativ- und alternativmedizinischen sowie präventiven Bereichen – weit geringer ist als die ihrer männlichen Kollegen (Pelikan, 1992). In einer anderen Untersuchung wird festgestellt, daß schon im Studium besondere Stressoren für Frauen existieren: sie werden von den männlichen Kollegen nicht ernstgenommen und sind Opfer sexistischer Witze (Heim, 1992).

Aber auch die Frage, wie sich ein Fach im Rahmen von Vorlesungen, Famulaturen und Praktika präsentiert, welche Inhalte wie vermittelt werden, scheint mir in diesem Zusammenhang wesentlich. So wurden beispielsweise in Wien noch zu Beginn der achtziger Jahre Patientinnen, das Gesicht mit einem Tuch bedeckt, am Gynäkologiestuhl als »Studienobjekte« in den Vorlesungen den Studierenden vorgeführt. Derartige Erfahrungen und Erlebnisse wirken gewiß sozialisierend, nicht nur in Hinblick auf die Fächerwahl...

Antizipierte geringere Chancen sowie ein offensichtlich vonstatten gehender Demotivierungsprozeß drosseln bereits während des Studiums den Zugang zu karriereversprechenden Berufsfeldern für angehende Ärztinnen.

Wie stark Veränderungen während der Studienzeit sind, zeigen auch Martin, Arnold und Parker (1988) in ihrer Analyse vorhandener Studien, welche die Haltung amerikanischer Medizinstudierender gegenüber PatientInnen zu Studienbeginn und -ende vergleichen: die Studienanfängerinnen waren im Vergleich zu ihren Studienkollegen mehr patientInnenorientiert, sie zeigten größeres Interesse an emotionalen Problemen der PatientInnen, und bewerteten die Bedeutung des Kontaktes mit den PatientInnen sowie interpersonelle,

psychosoziale und präventive Aspekte der ÄrztInnenrolle höher. Im Verlauf des Studiums minimierten sich diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern (ebd., S.338).

Diese Ergebnisse legen, m.E., zumindest zwei weiter zu verfolgende bedeutsame Fragen nahe. Zum einen könnte der jedenfalls zu Studienbeginn unter Medizinstudentinnen deutlicher vorhandene psychosoziale, vielleicht sogar holistischere Berufszugang auch ein Erklärungsansatz für die spätere Fächerwahl sein. Zum anderen drängt sich die Frage auf, was – direkt oder indirekt – über die Studieninhalte transportiert wird, wenn diese Haltung der Medizinstudentinnen mit der Studiendauer abnimmt.

Wissenschaftsparadigma und »impact-factor-orientierter« Karriereweg im Krankenhaus

Neben Macht, Prestige und gutem Einkommen zählt der Aspekt, anderen helfen zu wollen und zu können gewiß zu den allgemeinen Vorstellungen, die mit dem ÄrztInnenberuf verbunden sind. So fand Kellermann (1990) in einer Untersuchung über Arbeitserwartungen und Studienmotive von österreichischen Erstmatrikulierenden unter den Medizinstudierenden einen vergleichsweise zu anderen Studienrichtungen verstärkt »sozial engagierten« Berufszugang. Diese Berufsmotivationen geraten schon während des Studiums in Widerspruch zu dem stark naturwissenschaftlichen und in hohem Maße technikorientierten Wissenschaftsparadigma der Medizin: In der Ausbildungszeit wird der menschliche Organismus in seine einzelnen Bestandteile zergliedert und hinsichtlich seiner hoch komplexen Funktionen und Abläufe analysiert. Jene Fächer, in denen er (wieder) als »ganzer Mensch«, der in sozialen Bezügen existiert, auftaucht, sind massiv unterrepräsentiert.¹³

Der Berufseintritt

Positive und idealistische Erwartungen unter Medizinstudentinnen werden spätestens in der Berufseintrittsphase relativiert. Monika Sieverding fand in ihrer Untersuchung heraus, daß diese desillusionierende Begegnung mit dem Berufsfeld von Ärztinnen anders verarbeitet wird als von Ärzten, speziell hinsichtlich vorhandener Karrierewünsche: »Bei den Frauen hängt der Rückgang der Erwartungen in bezug auf die Berufstätigkeit eng mit einer Ablehnung des Karrierewunsches zusammen, bei den Männern nicht. Der Unterschied ist

hoch signifikant. Von den Männern, deren Erwartungen in bezug auf den Beruf zurückgegangen sind, streben trotzdem fast zwei Drittel eine berufliche Karriere an, bei den Frauen ist es nur ein Drittel. Das heißt, der Prozeß der Desillusionierung führt bei den Männern nicht zu einem Rückzug aus dem Berufsfeld oder zu einer Rücknahme eigener beruflicher Ziele«, bei den Medizinerinnen hingegen schon (Sieverding, 1990, S.128). Selbstzweifel, Vorwegnahme von fehlender Unterstützung sowie von Diskriminierungen als Frau und potentielle Flucht in die »Mutterrolle« werden in der zitierten Untersuchung u.a. als Ursachen für den Rückzug der Studentinnen im Praktischen Jahr genannt, während die männlichen Kollegen eher mit Distanzierung, Sarkasmus und »Realismus« auf den »Berufseintrittsschock« reagieren (ebd., S.129f).

Gewiß gibt es eine Unzahl an sozialisations- und strukturbedingten Faktoren, die zu dieser unterschiedlichen Art der Verarbeitung führen. Ein Aspekt, der mir auch für den weiteren Berufsverlauf entscheidend erscheint, soll im folgenden jedoch genauer beleuchtet werden.

Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im Universitätsklinikbetrieb

Wie bereits ausgeführt, finden sich Ärztinnen vor allem in jenen Berufsfeldern oder auch Fachbereichen wieder, die primär der medizinischen Versorgung zuzurechnen sind. Eine Reihe von Ergebnissen deutet darauf hin, daß Ärztinnen auch innerhalb des (Universitäts-)Klinikbetriebes in verstärktem Ausmaß für PatientInnenversorgung und -betreuung zuständig sind, sich dafür zuständig fühlen. Eine in Yale durchgeführte Längsschnittstudie besagt, daß es Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen nicht gelingt – bei gleicher Interessenslage und annähernd gleich großem Aufwand für Forschungstätigkeit – ihre Arbeiten in ebenso hochqualifizierten Journals unterzubringen. Weiters wird konstatiert, daß Frauen mehr Versorgungsarbeit leisten und mehr Zeit mit Lehre verbringen (Reiser, et al., 1993).

Geschlechtsspezifische Arbeitsteilungen lassen sich zunächst aber auch aus den Verteilungen der Berufspositionen ablesen. Im Unterschied zu den fast ausschließlich männlich besetzten Leitungs- und Führungspositionen, finden sich Ärztinnen innerhalb der betrieblichen Hierarchie auf jenen »Posten«, die »die Stellung halten« müssen, sprich die, gemeinsam mit anderen Berufsgruppen den Krankenhausbetrieb aufrechterhalten. Charakteristikum dieser Tätigkeiten ist das

Vor- und Zuarbeiten, Routinearbeiten, die gemacht werden müssen, sowie die ärztliche PatientInnenbetreuung.

Nicht der Umstand, daß sich Ärztinnen primär der Betreuung der PatientInnen annehmen, wird zur potentiellen Barriere, sondern vielmehr die Tatsache, daß diese Tätigkeiten, konkret der dafür erforderliche (Zeit-)Aufwand, auf Kosten möglicher Forschungsarbeiten und der eigenen wissenschaftlichen Profilierung geht. Eine der von mir interviewten Ärztinnen hatte dieses Problem folgendermaßen auf den Punkt gebracht: »Durch die Übernahme der Patientenversorgung spielen wir die Männer für die Forschung frei. Einge deckt mit Kleinarbeiten gehen wir in der Routine unter, ohne sichtbar weiter zu kommen.«

Zwar hängt der Ruf eines Faches neben den fachlich-wissenschaftlichen Kompetenzen auch von der Qualität der PatientInnenversorgung ab. Für die eigene Karriere kann man so allerdings nicht »punkten«. Kriterium für das Weiterkommen auf der Karriereleiter ist ausschließlich das wissenschaftliche Renommé gemessen in Impactfaktoren ...

Knochenarbeit versus Verwertung

Ein ähnliches Muster der Arbeitsteilung läßt sich auch innerhalb der Forschungstätigkeit ausmachen. Abgesehen von generellen Zugangsproblemen zu Forschung und Projekten an einer Abteilung, beklagten die interviewten Frauen auch ihre Positionen innerhalb der Forschung: Kommunizieren (Telefonieren, Interviews durchführen), Ordnung halten, eingeben und auswerten von Daten, Artikel verfassen, wurden als Aufgaben der Ärztinnen betrachtet, während Interpretieren, Korrigieren, Publizieren und Präsentieren (auf Kongressen) eher Tätigkeiten der Kollegen darstellten.

Auch Geenen (1994, S.126) kommt zu dem Schluß, daß an Frauen im Wissenschaftsbetrieb generell eher ausführende und weniger attraktive Tätigkeiten vergeben werden.

Die Zuweisung, respektive die Übernahme von hier skizzierten Aufgaben erfolgt unter anderem nach vorhandenen (unbezahlten) Zusatzqualifikationen, die hier im Konkreten Frauen über ihre geschlechtsspezifische Sozialisation erworben haben (vgl. Martin, et al., 1988). Zum (Ver-)Sorgen, zur Knochen- und Routinearbeit gehören gute kommunikative Fähigkeiten, psychosoziale/therapeutische Kompetenzen, Ausdauer und ein gewisses Maß an »Bescheidenheit«, wie beispielsweise der Verzicht auf öffentliche Anerkennung

bei »unsichtbaren« Arbeiten. Auffällig ist, daß sich die weiter vorne angeführten Spezifika jener Fächer mit überdurchschnittlich hohem Frauenanteil mit vielen Charakteristiken der Tätigkeiten jenseits der Fächerwahl decken (rehabilitativ, therapeutisch, entwicklungsorientiert). So ist es auch nicht verwunderlich, daß diese Qualifikationen zwar umfassend genutzt werden, für die medizinische Versorgung im Krankenhaus unentbehrlich sind, jedoch – speziell unter dem Gesichtspunkt des herrschenden naturwissenschaftlichen, hochtechnischen Wissenschaftsparadigma – kaum Anerkennung genießen.

Wie aber kommt es, abgesehen von sozialisationsbedingten Aspekten, zu dieser Art der Arbeitsteilung?

Geschlechterdifferenzierende Ideologeme

Soweit die Übernahme derartiger Aufgaben von den Ärztinnen nicht »freiwillig« passiert¹⁴, erfolgt die Zuweisung häufig durch das mehr als zweifelhafte Argument der »besonders guten Eignung«: »Frauen sind in der Praxis einfach geschickter, sie haben eine bessere Hand für den Patienten«. Diese und ähnlich gelagerte Argumentationsmuster entpuppen sich bei genauerer Betrachtung recht bald als (schmeichelnd gemeinte) Vorurteile, als geschlechterdifferenzierende Ideologien, welche lediglich zur Motivierung für die Übernahme meist ungeliebter Arbeiten dienen. Denn ist die Tätigkeit einmal ausgeführt, bleiben Anerkennung und Honorierung aus.

Ein weiteres sehr zentrales Ideologem ist die »Schwäche des weiblichen Körpers, der Konstitution«. Zum einen wird der »schwache Frauenkörper« mit der Gebärfähigkeit in Verbindung gebracht. Das Argument einer potentiellen Schwangerschaft wird auf unterschiedlichsten Ebenen vorgetragen und stellt eine der hartnäckigsten Barrieren für den Ein- und Aufstieg dar. Aber auch offene Ausschlüsse von Frauen werden häufig damit legitimiert.¹⁵

Eine, zumindest bis Mitte der achtziger Jahre nicht unübliche Praxis war beispielsweise, im Zuge von Vor- und Einstellungsgesprächen die Ärztinnen aufzufordern, Schwangerschaftstests durchführen zu lassen.¹⁶ Bei derartigen Aufforderungen handelt es sich, m.E., um massive Disziplinierungsrituale, um ein symbolisches »Hineindisziplinieren« der Frauen in den männlichen (Arbeits- und Wissenschafts-)Körper.

Eine andere Variante, bei der der Frauenkörper als Ausschließungsargument fungiert, ist die sogenannte Unzumutbarkeit gewisser Tätigkeiten für Frauen aufgrund der »schwächeren Konstitution«.

Verstärkt taucht dieses geschlechterdifferierende Ideologem im Kontext mit der Frage nach der Eignung von Frauen für gewisse Fächer auf. Dieses so häufig reproduzierte Vorurteil der körperlichen Schwäche dient beispielsweise nach wie vor als »Erklärungsmuster«, weshalb der Frauenanteil in der Chirurgie so marginal ist: Eine Absurdität angesichts der Vielzahl an schweren körperlichen Tätigkeiten, die fast ausschließlich vom »schwachen Geschlecht« ausgeführt werden (z.B. Krankenschwesternarbeiten, aber auch Arbeiten im »Frauenfach« Pysikalische Medizin). Eine Absurdität angesichts des derzeitigen Standes der Technik, welcher das Bild des Chirurgen als »männlichen Metzger« wohl endgültig zum Verschwinden gebracht haben sollte.

Derartige Ideologien – es wurden hier nur einige zentrale angeführt – erweisen sich als »unsichtbare«, aber um so massivere Hürden für Ärztinnen, die Segregationsprozesse fördern und stützen. Die so vorgebrachten informellen Attribute, implizieren, daß Frauen weniger zugetraut wird und setzen sie damit unter einen ständigen Beweisdruck. (Geenen, 1994, S.126f) Diese Vorurteile werden durch ihre Existenz in anderen gesellschaftlichen Berichen gestützt und treffen sich mit möglicherweise vorhandenen, sozialisationsbedingten Hemmungen seitens der Medizinerinnen (ebd.).

Muttermythos und Machttabu

Die obengenannten Ideologeme, aber auch (im Klinikbetrieb) vorhandene geschlechtsspezifische Tätigkeitsaufteilungen, zeichnen ein Bild von der Ärztin, welches dem der Schwester näher ist, als dem des Arztes (Bischoff, 1992, S.154f). Sie legen im Berufsfeld Medizin klassisch dichotom gefaßte Geschlechterrollen nahe. Empathie, Hilfsbereitschaft, Geduld, Anteilnahme, Fürsorglichkeit, Wärme, Nähe, Zuwendung sind wichtige Fähigkeiten, die, über die Sozialisation zur Frau, letztlich stark an Vorstellungen und Erwartungen von »Weiblichkeit« im Sinne von Mütterlichkeit orientiert sind. Wesentliche Aspekte, welche mit dem »Muttermythos« untrennbar in Verbindung stehen, sind Aufopferung für andere, Verzicht auf Eigenes sowie ein (scheinbarer) Verzicht auf Macht, besser: das VerHEIMlichen von Macht (Mixa, 1994, S.152).

In diesem Zusammenhang möchte ich abschließend noch eine letzte Hypothese zur Diskussion stellen. Sie scheint mir in Hinblick auf moderne Segregationsprozesse im ÄrztInnenberuf wesentlich: Macht und Karriereansprüche, so sie von Ärztinnen für sich reklamiert

werden, verstoßen, obwohl sie dem Berufsweg an einer Universitätsklinik immanent sind, geradezu gegen ein Tabu. Beinahe alle die im Rahmen des Forschungsprojektes interviewten Ärztinnen schilderten einen radikalen »Klimawechsel« an ihrer Station oder Abteilung, sobald sie aus ihrem Interesse an einem weiteren Aufstieg kein Hehl mehr machten; ein Schritt, zu dem sie sich ohnedies lange nicht durchringen konnten, trauten. »Karrieresüchtig, äußerst ehrgeizig, macht- und karrieregeil« waren die Stigmen, mit denen sie abgestempelt wurden, und die sie bis heute nicht loswerden konnten.

Du mußt ein Spiel spielen. Immer charmant, nett, freundlich sein, immer ein offenes Ohr und Herz für die Kollegen haben, fleißig und gut sein. Aber ja nicht zu gut. Ein bißerl hilflos mußt du unbedingt sein, damit sie sich hilfreich und förderlich zeigen können, ohne Angst haben zu brauchen, daß du ihnen über den Kopf wächst. (...) Je mehr du dich auf deine fachliche Kompetenz berufst, um so schwieriger wird alles. Formulierst du Ansprüche auf Anerkennung, präsentierst du dich wie sie, professionell, kompetent und vielbeschäftigt, beginnen die Diffamierungen. (...) Aber wehe, du willst so hoch hinaus wie sie ..., dann machen sie dir das Leben zur Hölle.«¹⁷

»Solange ich hier Chef bin, habilitiert sich keine Frau...«

Derartige offene Formen von Diskriminierung, wie sie in dieser Haltung zum Ausdruck kommen, sind kein Einzelfall und lassen sich auch nicht in die Vergangenheit verbannen.

Prof.Dr.med. Ilse Hesse zitiert in ihren Reflexionen einer Frauenbeauftragten folgendes diskriminierendes Absageschreiben, welches eine deutsche Ärztin zu Beginn der neunziger Jahre erhielt: »Ich bedanke mich für Ihre Bewerbung vom... Leider habe ich immer noch zu wenig Assistentenstellen, um Ihnen helfen zu können. Sie werden auch verstehen, daß wir unsere raren Stellen vor allen Dingen wissenschaftlich interessierten und akademisch ambitionierten jungen Kollegen zur Verfügung stellen müssen, da diese außerhalb einer Universitätsklinik keine Chancen für ihre Tatkraft und Entwicklung haben. Somit tut es mir leid, Ihnen erneut eine Absage schicken zu müssen. Sie können aber jederzeit gerne als Gastärztin – ohne Budget von mir – bei uns arbeiten, um im medizinischen Beruf fit zu bleiben.« (zit. nach Hesse, 1993, S.113).

Ähnlich berichtete Frau Dr. Anna Christine Hauser von der Sektion Turnusärzte der Wiener Ärztekammer von ihren Erfahrungen: »In der letzten Zeit häufen sich leider die Anrufe von Kolleginnen, die über beinahe unglaubliche Begebenheiten bei Stellenbewerbungen berichten.« Zwei Beispiele: »Unser Haus nimmt prinzipiell

keine Frauen, die werden doch alle schwanger.« »Bringen Sie mir Ihren Uterus im Glas« (zit. nach Clinicum, 9/1994, S.8). Ihr Versuch, eine Liste mit derartigen Aussprüchen und den entsprechenden Krankenhäusern zu publizieren, scheiterte jedoch an der Angst der betroffenen Frauen vor weiteren, noch härteren Sanktionen (ebd.).

Offene Sexismen, Ausschlüsse qua Geschlecht, sexuelle Belästigung¹⁸ sind auch heute noch Gang und Gebe im Berufsfeld Medizin. Derartige Begebenheiten dringen selten ans Tageslicht. Dies liegt offenbar weniger am Verschwinden der Ausschlußmechanismen, als vielmehr an einem angstbesetzten Klima. Aus solchen Vorfällen wird das zum Teil »best gehütete Geheimnis« gemacht, welches, wenn überhaupt, so nur unter Versicherung absoluter Verschwiegenheit preisgegeben wird. Allein die Existenz derartiger Ängste unter den Ärztinnen zeugt für das Fortleben offener Diskriminierungen und weist auf die Notwendigkeit, zugleich aber auch auf mögliche Grenzen, der Arbeit von Gleichbehandlungs- bzw. Frauenbeauftragten hin.¹⁹

Zu den Kennzeichen gegenwärtiger Segregationsprozesse gehört aber auch, wie gezeigt wurde, daß neben einfache Schließungsverfahren subtile Marginalisierungsprozesse treten (Knapp, 1992, S.295). In diesem Zusammenhang kommt, m.E., informellen Strukturen und Netzwerken sowohl hinsichtlich der Weitergabe und effektiven Aneignung »geforderter« instrumenteller

Fertigkeiten (social skill), als auch bezüglich personenbezogener Förderungen (MentorInnentum), zentrale Bedeutung für den »Aufstieg« an einer Klinik zu. Eine der interviewten Ärztinnen charakterisierte diese Situation wie folgt: »Die Strukturen an der Klinik versklaven auch die Männer. Allerdings im Unterschied zu uns, können sie sich ihrer Zukunft sicher sein. ... denn Prinzen sind einfach die Thronfolger.«

Das Fehlen weiblicher Vorbilder und die weitgehende Absenz von MentorInnen für Ärztinnen, wird auch in der diesbezüglich relevanten Literatur als ein wichtiges Hindernis bei dem ohnedies mühsamen Aufstieg genannt (u.a. Lorber, 1981; Ochberg, 1989; ÖBIG, 1991).

3. Ausgrenzung – Eingrenzung – Ende der Grenzen?

Die hier ausgeführten und zur Diskussion gestellten vorläufigen Ergebnisse über die Situation der Ärztinnen am Beispiel Österreich zeigen deutliche Disparitäten und geschlechtsspezifische Unterschiede.

Neben nationalen Besonderheiten – so scheint z.B. der Ärztinnenanteil im Fach Frauenheilkunde (13 bzw. 15 %) vergleichsweise zu jenem in Deutschland (ehemals 20 %, 45 % incl. der »Neuen Bundesländer«) oder den USA (45 %) extrem marginal – charakterisieren dennoch signifikante Gemeinsamkeiten die berufliche Lage der Medizinerinnen in den sogenannten hochentwickelten Ländern der westlichen Welt: »Physicians' career paths demonstrate gender differences: women tend to choose primary care fields and rarely enter surgery, they are paid less and are less likely to be self-employed, and they are underrepresented in positions of authority within medical organizations and in academia.« (Martin et al., 1988, S.333; u.a. auch Richardsen, Burke, 1991; Flottorp, 1993).

Ohne grundlegende Veränderungen (Paradigmenwechsel in Richtung ganzheitlicher Medizin sowie einer »Feminisierung« der Arbeitswelt Medizin, weitreichende Fördermaßnahmen für Ärztinnen, Strukturveränderungen in den Krankenhäusern, u.ä.), scheinen mir bereits existierende Ansätze der Veränderung (z.B. die Arbeit von Gleichbehandlungs-/Frauenbeauftragten) immer wieder an Grenzen zu stoßen. Um nach einer Phase der grundsätzlichen Ausgrenzung der Frau aus der Medizin, wie sie für die letzten Jahrhunderte kennzeichnend war, und der Phase der Aus- und Eingrenzungen, welche die Arbeitswelt Medizin unserer Tage kennzeichnen, eine Phase des Endes der Grenzen einzuleiten, bedarf es noch intensiver und aufwendiger Anstrengungen.

Korrespondenzadresse:

Elisabeth Mixa c/o Institut für Medizinische Psychologie
Severingasse 9, A-1090 Wien

Anmerkungen

- 1 Es ist einer der Verdienste der (historischen) Frauenforschung, daß viele der frauenverachtenden Entwürfe in der Medizin, welche mit weitreichenden Konsequenzen für Lebensbedingungen und -räume der Frauen verbunden waren, von Wissenschaftlerinnen re- und dekonstruiert wurden (vgl. u.a. C. von Braun, 1990; Fischer-Homberger, 1979, Duden, 1991; Schaps, 1992, Honegger, 1991).
- 2 Die Geschichte der Kämpfe um die Zulassung der Frauen zu Beruf und Wissenschaft wurde von der feministischen Forschung historisch und aktuell systematisch aufgearbeitet (u.a. Bringschulte, 1994; Heindl, Tichy, 1993; Hausen, Nowotny 1990, Bischoff, 1992).
- 3 Alle in diesem Beitrag angeführten Zahlen und Grafiken basieren auf Ergebnissen aus dem im Herbst 1994 bewilligten Forschungsprojekt »Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierechancen für Ärztinnen im Wissenschaftsbetrieb. Eine

empirische Untersuchung geschlechtsspezifischer Berufsverläufe von Ärztinnen im Spannungsfeld von Versorgung – Wissenschaft – Lehre und Administration an den Wiener Universitätskliniken«, durchgeführt von Mixa, E., Moser G., Moser, R., Schmiedl-Mohl, B. Sperlich, R., im Auftrag des BM f. Wissenschaft und Forschung.

- 4 Quelle für alle studienbezogenen Zahlen: Hochschulbericht des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung 1972, 1975, 1981, 1984, 1987, 1990, 1993.
- 5 Quelle: Eisenbach-Stangl, et al., 1985.
- 6 Österreichische Ärztekammer, Abteilung für Statistik, Wien 1994.
- 7 Datenbasis: Statistisches Zentralamt 1994, Vorergebnisse aus Volkszählung 1991.
- 8 Quelle: BM. f. Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1992, Wien 1994
- 9 Am Wiener AKH ist jeder Fachbereich eine eigene Universitätsklinik.
- 10 Der Begriff »glass ceiling« wurde von Virginia O'Leary und Janette R. Ickovics (1992) geprägt.
- 11 Lediglich 10 % der im Wiener AKH berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu 28 % der Ärzte sind »definitiv gestellt« (Datenbasis: Personalabteilung des AKH Wien, Stand Okt. 1994).
- 12 Die im Verlauf des Textes zitierten Interviewpassagen stammen ausschließlich aus der Auswertung der Interviews, welche im Rahmen des oben erwähnten Forschungsprojektes »Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierechancen für Ärztinnen im Wissenschaftsbetrieb« durchgeführt wurden.
- 13 Lediglich rund 2 % aller im Studienplan für Medizin vorgesehenen Stunden sind explizit psychosomatischen, therapeutischen und sozialmedizinischen Inhalten gewidmet.
- 14 Für eine derartige Freiwilligkeit sprechen u.a. die eher psychosozialen, patientInnenorientierten, der ärztlichen Praxis immanenten Haltungen der Medizinstudierenden zu Studienbeginn.
- 15 Vgl. dazu auch die Ausführungen Seite 42f.
- 16 Um der erforderlichen Verschwiegenheit und Anonymisierung von Informationen aus den Interviews gerecht zu werden, muß auf die »Wissenschaftlichkeit« (im Sinne des Nachweises) verzichtet werden. So auch Seite 42f.
- 17 Auszug aus einem Interview, durchgeführt im Rahmen des genannten Forschungsprojektes.
- 18 Neben Konflikten zwischen Karriere und Privatleben, dem Fehlen weiblicher Vorbilder, Vorurteilen seitens der PatientInnen, nennt Firth-Cozens (1990) sexuelle Belästigung als eine der Hauptstreßquellen für Ärztinnen.
- 19 In Österreich wurde die Einrichtung von Gleichbehandlungsbeauftragten im Universitätsorganisationsgesetz (UOG) 1993 gesetzlich verankert, (§ 106 A des UOG, 1993).

Literaturverzeichnis

- Bischoff, C.: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M., NY 1992.
- BM f. Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1992. Wien 1994.

- Braun, Ch. von: Nicht-ich. Logik. Liebe. Libido. Frankfurt/M. 1985.
- Bringschulte, E.: Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. Berlin 1993.
- Buchinger, B., E. Pircher: Versteckte Diskriminierungen. Frauenspezifische Diskriminierungsprozesse in der betrieblichen Praxis am Beispiel von drei Betrieben im Bundesland Salzburg. Studie im Auftrag des Bundeskanzleramtes. Wien 1994.
- BM f. Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Statistischen Zentralamt (Hrsg.): Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1992, Wien 1994.
- BM f. Wissenschaft und Forschung, Hochschulberichte. Wien 1972, 1975, 1981, 1984, 1987, 1990, 1993.
- Clinicum 1994, (anonym) Die Medizin wird weiblich, 9: 8-10.
- Duden, B.: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Hamburg, Zürich 1991.
- Eisenbach-Stangl, I., et al.: Bericht über die Situation der Frau in Österreich, Frauenbericht 1985, Heft 4, Gesundheit/Krankheit, Bundeskanzleramt. Wien 1985.
- Firth-Cozens, J.: Source of stress in women junior house officers. *BMJ* 1990, 301: 89-91.
- Fischer-Homberger, E.: Krankheit Frau. Und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. Bern 1979.
- Flottorp, S.: Female physicians – choice of speciality and career. *Tidsskr – Nor – Laegeforen*, 113, 17: 2111-2116.
- Geenen, E. M.: Blockierte Karrieren: Frauen in der Hochschule. Klierer Beiträge zur Politik und Sozialwissenschaft, Hrsg. von W. Röhrich und C. Schülter-Kauner, Band 9, Opladen, 1994.
- Hausen, K., H. Nowotny: Wie männlich ist die Wissenschaft. Frankfurt/M. 1990.
- Heim, E.: Stressoren in Heilberufen. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken? *Zeitschrift für Psychosoziale Medizin und Psychoanalyse* 1992, 38, 3: 207-226.
- Heindl, W., M. Tichy (Hrsg.): »Durch Erkenntnis zu Freiheit und Glück...« Frauen an der Universität Wien (ab 1897). Wien 1990.
- Hesse, I.: Klinik, Karriere, Kongresse, Kinder. Reflexionen einer Frauenbeauftragten zu den vier »Ks« von Klinikern. In: Färber, Ch., M.L. Jenschke (Hrsg.): Gleichstellungspolitik an Universitätskliniken. Berlin 1993, 109-115.
- Honegger, C.: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaft vom Menschen und das Weib. Frankfurt/M., NY 1991.
- Kellermann, P.: Studienmotive und Arbeitsperspektiven von Erstmatrikulierenden 1989/90. Forschungsbericht im Auftrag des BM f. Wissenschaft und Forschung. Zwischenbericht. Wien 1990.
- Knapp, G.: Macht und Geschlecht. Neuere Entwicklungen in der feministischen Macht- und Herrschaftsdiskussion, in: G.A. Knapp, A. Wetterer (Hrsg.): Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie. Frankfurt/M., NY 1992, 287-325.
- Kutner, N.G., D. Brogan: Gender Roles, Medical Practice Roles and Ob-Gyn Career Choice: A Longitudinal Study, *Women & Health* 1990, Vol. 16, 3/4: 99-117.
- Lorber, J.: The Limits of Sponsorship for Women Physicians, *JAMWA* 1981, Vol.36, No 11: 329-338.

- Martin, S.C., R.M., Arnold, R.M. Parker: Gender and Medical Socialization. *Journal of Health and Social Behavior* 1988, Vol. 29, 12: 333-343.
- Maslach, C., & Jackson, S.E.: The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985, 12: 837-851.
- Mesletzky, J.: Gleiche Rechte, gleiche Chancen? Zur beruflichen Situation von Medizinerinnen. *Berliner Ärzte* 1994, 8: 11-14.
- Mixa, E.: Erröten Sie, Madame! Anstandsdiskurse der Moderne. Pfaffenweiler 1994.
- Notman, W., C.C. Nadelson,: Medicine: A Career Conflict for Women. *Am J Psychiatry* 1973, 130: 1123-1131.
- O'Leary, V., J. Ickovics: Cracking the Glass Ceiling. Overcoming Isolation and Alienation. In: U. Sekaran, F. Leong (ed.): *Womanpower. Managing in Times of Demographic Turbulence*. NY 1992.
- ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Turnusärzte in Österreich. Arbeits- und Ausbildungssituation von Ärzten und Ärztinnen in Ausbildung. Wien 1991.
- Ochberg, R.L.: Women physicians and their mentors. *JAMWA* 1989, 44, 7/8: 123-126.
- Pelikan, J., et al.: Absolventinnen im reformierten Medizinstudium. *Gesundheitsberufe/3*. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien 1992.
- Reiser, L., W.F. Sledge, P. Leaf: Beginning careers in academic psychiatry for women – »Bermuda Triangle«?. *American Journal of Psychiatry* 1993, 150, 9: 1392-1397.
- Richardsen, A.M., R.J. Burke: Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc. Sci. Med.* 1991, Vol. 33, No 10: 1179-1187.
- Schaps, R.: *Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau*. Frankfurt/M., NY 1992.
- Sieverding, M.: *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart 1990
- Veidt, A.: *Das Weibliche in der Medizin – Fakt oder Farce. Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es*. *Berliner Ärzte* 1994, 8: 15-17.
- Wallis, L. A., H. Gilder, H. Thaler: Advancement of men and women in medical academia. A pilot study. *JAMA* 1981, 20: 2350-2353.