

Universitätsklinikum Ulm
Klinische Ökonomik
Prof. Dr. Porzsolt

**„ Die Validität der Aussagen über
die Feminisierung
der Gesundheitsversorgung“**

DISSERTATION

Zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Meike Zich
Schwäbisch Gmünd
2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Franz Porzsolt

2. Berichterstatter: PD Dr. Margrit-Ann Geibel

Tag der Promotion: 09.06.2011

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
1.1 Feminisierung der Medizin	1
1.1.1 Erklärung des Begriffes der Feminisierung	1
1.1.2 Historie – Ärztinnen in Deutschland	1
1.1.3 Ist-Zustand und Ausblick in die Zukunft	3
1.2 Die Gesundheitsversorgung	4
1.3 Validität	6
1.3.1 Definition der Validität	6
1.4. Ziel der Arbeit	7
2. Material und Methode	8
2.1 Material	8
2.1.1 Das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen“	8
2.1.2 Literaturrecherche	8
2.1.3 Aktuelles	9
2.1.4 Expertenbefragung	9
2.2 Methodik / Statistik	10
3. Ergebnisse	15
4. Diskussion	38
5. Zusammenfassung	48
6. Literaturverzeichnis	50
7. Anhang	61

Abkürzungsverzeichnis

ÄF	äußere Faktoren
bzw.	beziehungsweise
etc.	(lateinisch: et cetera) und so weiter
IF	innere Faktoren
M	Meinungen
PJ	Praktisches Jahr
PJler	Medizinstudent im Praktischen Jahr
PJlerin	Medizinstudentin im Praktischen Jahr
QF	Fragebogenanalysen bei Experten
QM	Messbare Daten
s.u.	siehe unten
U	Umfrageergebnisse
z.B.	zum Beispiel
Z	Zitate

1. Einleitung

1.1. Feminisierung der Medizin

1.1.1. Erklärung des Begriffes der Feminisierung

Der Begriff Feminisierung oder auch Verweiblichung entstammt ursprünglich den Sexualwissenschaften und beschreibt den biochemischen Übertritt eines genetischen Mannes zur Frau, jedoch wurde er bereits zu Beginn des Jahrhunderts auf die gesellschaftliche Ebene übertragen.

Zur Feminisierung eines Bereiches kommt es, wenn Männer beginnen einen Beschäftigungsbereich zu verlassen, weil er für sie nicht mehr interessant erscheint, sei es aus finanziellen Gründen, oder des Prestiges wegen. Dieses Phänomen kennt man in Deutschland vom Lehrberuf, v.a. vom Berufsstand der Grundschullehrer, der stark von Frauen eingenommen ist.

Ein weiterer Grund der zu einer Feminisierung führen kann, ist das schnelle expandieren eines Tätigkeitsbereiches, so dass neue Männer nicht in ausreichender Zahl angeworben werden können (Stodolsky 1994).

1.1.2. Historie – Ärztinnen in Deutschland

Dorothea Christiane Erxleben, geb. Leporin (1715-1762) war die erste promovierete Ärztin in Deutschland, wurde aber nur mit der ausdrücklichen Einwilligung Friedrichs des Großen 1754 zur Promotion an der Universität Halle zugelassen, ein regelrechtes Studium hatte sie nicht absolviert.

Das Frauenmedizinstudium erlangte im Zusammenhang mit den Frauenbildungsbestrebungen im 19.Jahrhundert eine zentrale Bedeutung, da in dieser Zeit der Besuch einer weiterführenden Schule, z.B. eines Gymnasiums, nur Jungen vorbehalten war. Mädchen standen neben den Volksschulen nur private höhere Mädchenschulen offen, deren Abschluss jedoch weder zu einer Berufsausbildung noch zum Studium berechtigte. In den 90er Jahren wurden Realkurse für Frauen, die später in Gymnasialkurse umgewandelt wurden, gegründet, um Mädchen auf das Abitur vorzubereiten. Wenn Frauen in dieser Zeit ein Hochschulstudium aufneh-

men wollten, waren sie gezwungen ins Ausland zu gehen. In den USA war ein Medizinstudium für Frauen bereits seit 1830 möglich, in den 60er öffneten Frankreich und die Schweiz ihre Pforten für Frauen und ab 1869 war es den Frauen auch in England möglich Medizin zu studieren. Die Mehrzahl der deutschen Frauen entschied sich aus sprachlichen Gründen und weil die Schweizer Hochschulen keine Reifeprüfung verlangten für die Schweiz.

1876 ließen sich die ersten Ärztinnen, die ihr Studium in der Schweiz absolviert hatten, in Deutschland nieder, jedoch ohne deutsche Approbation.

In Deutschland kam es 1899 durch einen Beschluss des Bundesrates dazu, Frauen zum regulären Studium zuzulassen. Trotz der Freigabe der Immatrikulation waren die Frauen mit ihren männlichen Kommilitonen an den Universitäten nicht gleichberechtigt, beispielsweise wurde ihnen das Recht auf Habilitation, auf eine wissenschaftliche Karriere, erst 1920 zuerkannt. Die Zahl der weiblichen Medizinstudentinnen und auch Ärztinnen in Deutschland nahm langsam zu.

1933 bis 1935 wurde aufgrund des „Doppelverdiener-Erlasses“ verheirateten Ärztinnen die Kassenpraxis entzogen, sie wurden aus öffentlichen Stellen entlassen und Kliniken stellten keine Frauen mehr ein.

Durch das Gesetz zur „Wiederherstellung des Beamtentums“ verloren alle „nichtarischen“ Ärztinnen und Ärzte ihre Beamtenstellungen und sie wurden von der Kassenzulassung ausgeschlossen. 20% aller Ärztinnen verloren wegen ihrer nichtarischen Abstammung ihre berufliche Existenz.

Mit den Kriegsvorbereitungen wurden die Beschränkungen wieder aufgehoben und vermehrt Frauen zum Medizinstudium zugelassen, um einen weiblichen Ersatz für die an der Front tätigen männlichen Ärzte zu schaffen.

In der Nachkriegszeit stieg der Anteil der Medizinstudentinnen bis in die 50er Jahre auf 35% und lag 1990 bei den Absolventinnen noch unter 50% (Dettmer Kaczmarczyk, Bühren 2006).

1.1.3. Ist-Zustand und Ausblick in die Zukunft

Die Verteilung zwischen den männlichen und weiblichen Medizinstudenten hat sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Während früher sowohl die studentische Zusammensetzung der medizinischen Fakultäten als auch die Ärzteschaft eindeutig männlich dominiert war, so sind heute bei den Erstsemestern der Human- und Zahnmedizin über 60% und in der Veterinärmedizin bereits über 80% weiblich.

Da Frauen anders denken, wahrnehmen, interpretieren und handeln als Männer, könnte diese Veränderung, vorausgesetzt sie trifft auch für die künftige Versorgungsrealität zu, zu einer Feminisierung der Gesundheitsversorgung führen. Aus genannten Gründen wären medizinische, ökonomische und evtl. sogar ethische Änderungen in der Gesundheitsversorgung zu erwarten.

Unklar ist derzeit, bei wachsendem Anteil der Frauen, ob der Anteil der Frauen an Führungspositionen mitwächst. Bislang ist zu beobachten, dass diese Neuverteilung nur bis zum Staatsexamen anhält, dann aber immer mehr abnimmt.

Grund für die ungleiche Verteilung könnte sein, dass noch weitere 10 Jahre vergehen müssen, bis eine Veränderung des Verhältnisses zwischen Männern und Frauen auch in den Führungsebenen zu beobachten sein wird, da die Zunahme der weiblichen Studienanfänger erst seit circa 10 Jahren beobachtet wird.

Denkbar wäre aber auch, dass Frauen auch heute noch Schwierigkeiten beim Durchdringen der Glasdecke haben.

Die Glasdecke ist ein Symbol für die Barrieren, die Frauen beim beruflichen Aufstieg zu überwinden haben. Sie steht dabei für eine Undurchdringbarkeit, die den Weg nach oben versperrt. Der Begriff Gläserne Decke (engl. glass ceiling) wurde in den 1980er-Jahren in den USA geprägt für das Phänomen, dass die meisten hochqualifizierten Frauen beim Aufstieg innerhalb von Unternehmen oder Organisationen auf der Ebene des mittleren Managements „hängenbleiben“ und nicht bis in die Führungsetage kommen, obwohl sie die gleichen Leistungen erbringen, wie bevorzugte männliche Kollegen. Da diese Barriere unsichtbar ist, entstand der Ausdruck glass ceiling, eingedeutscht gläserne Decke oder Glasdecke.

1.2. Die Gesundheitsversorgung

In den kommenden Jahren droht Deutschland ein Notstand in der Gesundheitsversorgung. Hauptursache für den zukünftigen Ärztemangel ist die Überalterung der Ärzteschaft. Es scheiden mehr Ärzte aus dem Berufsleben aus, als ausgebildet werden können. Die Lücke, die dadurch entsteht, kann von den arbeitenden Ärzten nicht ausgeglichen werden.

Die Gründe für den Ärztemangel:

- a) Deutschland bekommt aufgrund des demographischen Wandels eine immer größer werdende Zahl an älteren und pflegebedürftigen Menschen und damit einen höheren Bedarf an Ärzten.

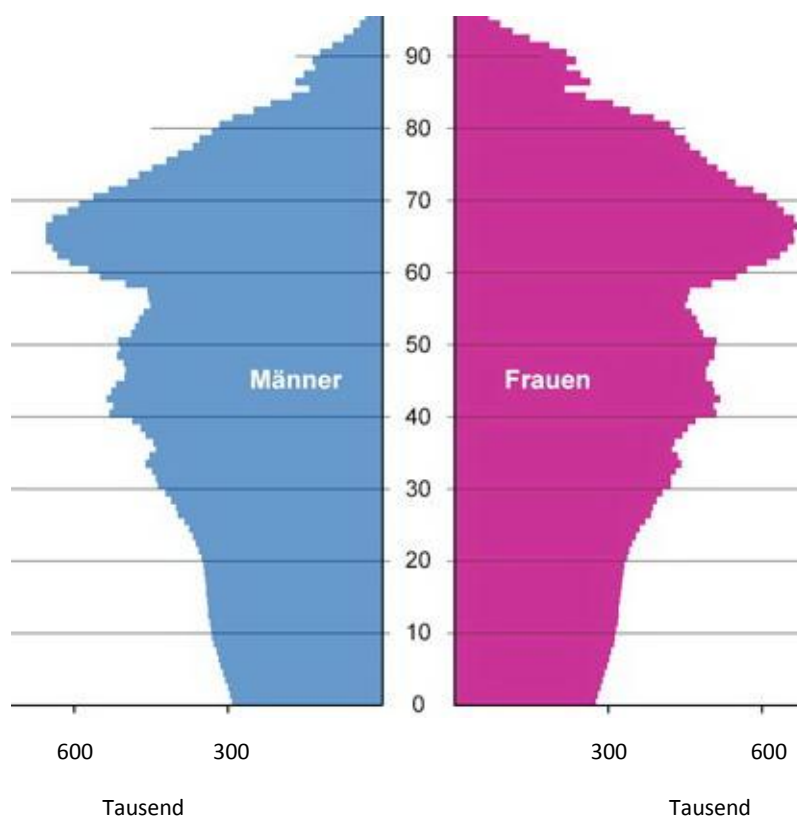


Abbildung 1: Altersaufbau 2030 in Deutschland nach Alter und Geschlecht

Quelle: [87]

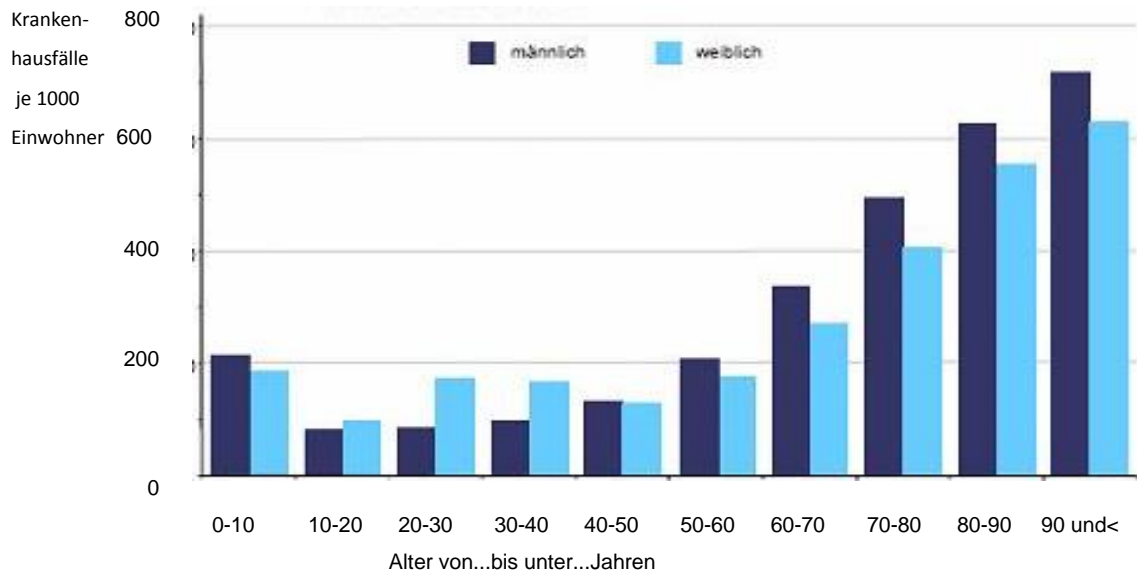


Abbildung 2: Krankenhausfälle je 1000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe 2005 nach Geschlecht in Deutschland
Quelle: [88]

- b) Viele in Deutschland ausgebildete Ärzte wandern ins Ausland ab, v.a. nach USA, Österreich, England und der Schweiz, da in anderen Ländern die Arbeitsbedingungen, wie z.B. Arbeitszeiten und Gehälter attraktiver sind [23]. Die Zuwanderung von ausländischen Ärzten, z.B. aus Osteuropa, kann dies nicht ausgleichen.
- c) Einige Ärzte wandern in andere Berufssparten, wie z.B. Wirtschaft und Industrie ab.
- d) Die steigende Zahl der Frauen in der Medizin [69]
Weshalb verstärkt eine steigende Zahl von Frauen in der Medizin den Ärztemangel?

- Ärztinnen schließen oft ihre Facharztausbildung nicht ab [80].
- Frauen wählen vorwiegend Spezialisierungen in der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Frauenheilkunde und Psychiatrie [25], wohingegen sie in der Chirurgie, v.a. in der Unfallchirurgie und der Orthopädie besonders selten vertreten sind, was auf lange Sicht zu einer ärztlichen Unterversorgung dieser Bereiche führen kann [69].
- Frauen haben eine andere Beziehung zu ihrem Beruf, als ihre männlichen Kollegen. Für Frauen hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen hohen Stellenwert [7]. Sie legen daher mehr Wert auf geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle. Das bedeutet, dass künftig drei junge Ärztinnen ausgebildet werden müssen, um zwei in Ruhestand gehende Ärzte zu ersetzen [49].

1.3. Validität

1.3.1. Definition Validität

Mit Validität (von lat. validus: kräftig, wirksam; engl. „validity“, Gültigkeit) wird in erster Linie das argumentative Gewicht einer (vornehmlich wissenschaftlichen) Aussage, Untersuchung oder Theorie bezeichnet.

Wird Wissenschaft als System zur Erzeugung und Verfeinerung von Annahmen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge verstanden, bezeichnet Validität die Gültigkeit bzw. Belastbarkeit dieser Annahmen. Im Gegensatz zur grundsätzlichen Falsifizierbarkeit (Widerlegbarkeit) und Verifizierbarkeit (Belegbarkeit) einer wissenschaftlichen Aussage ist Validität ein (abgestuftes) Gütekriterium für die Belastbarkeit einer bestimmten Aussage [94].

1.4. Ziel der Arbeit

Das Thema „Feminisierung der Medizin“ mit ihren Ursachen, zu erwartenden Veränderungen und Folgen wird international diskutiert. Die Publikationen beruhen zum Teil auf Umfragen, zum Teil auf Fakten und andere wiederum nur auf Vermutungen.

In Zukunft werden gesellschaftspolitische Entscheidungen von den Aussagen über die Feminisierung der Gesundheitsversorgung abzuleiten sein. Entscheidungen über mehr Kinderbetreuungseinrichtungen, andere, flexiblere Arbeitszeitmodelle für Ärzte, Änderungen bei den Vertragslaufzeiten, neue Konzepte für die Facharzt Ausbildung, evtl. auch Änderungen bei den Mutterschutzrichtlinien und vielleicht auch die Entscheidung über den Fortgang oder Reglementierung der Feminisierung werden von diesen Aussagen abgeleitet.

Aufgrund der Tragweite dieser Entscheidungen ist es wichtig die Validität dieser Aussagen zu prüfen.

Wenn Aussagen nicht auf ihre Validität geprüft werden, besteht das Risiko, dass falsche Annahmen oder Meinungen dadurch, dass sie oft genug wiederholt werden, scheinbar an Validität gewinnen.

Ziel meiner Doktorarbeit ist es, die Aussagen zur Feminisierung zusammenzutragen und anhand von Validitätskriterien zu bewerten, um transparent zu machen, welche Aussagen tatsächlich verlässlich sind.

2. Material und Methode

Ziel ist es, ein Bewertungsschema zu entwickeln, um die Aussagen über die Feminisierung der Gesundheitsversorgung nach ihrer Validität (Verlässlichkeit) zu kategorisieren. Nur so ist es möglich, Veröffentlichungen, die evtl. denselben Focus besitzen, sich aber in ihren Aussagen widersprechen, zu vergleichen.

2.1. Material

Die Daten stammen aus drei verschiedenen Datenquellen.

2.1.1. Das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen“

2006 wurde im Springer Verlag das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen“ veröffentlicht. Es entstand in Kooperation mit der Bundesärztekammer und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die Grundidee, die zur Entstehung dieses Werkes führte, war es, für die Probleme von Ärztinnen in Deutschland ein besseres Bewusstsein zu schaffen und Möglichkeiten ihrer beruflichen Förderung aufzuzeigen. In Deutschland gibt es keine vergleichbare Zusammenstellung zu diesem Thema.

2.1.2. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde nach einem standardisierten Verfahren, welches an der Bibliothek der Universität Ulm geschult wird, durchgeführt. Relevante Datenbanken wurden mit bestimmten Keywords computerbasiert nach nationaler und internationaler Literatur durchsucht.

Die Datenbank „medline“ wurde mit dem Suchbegriff „feminisation of medicine“ mit den Limits: „humans, last 10 years, language: English, German“ und die Datenbank „pubmed“ ebenfalls mit dem Suchbegriff „feminisation of medicine“ und den

Limits: last 10 years, added to pubmed last 10 years, humans, language English, German durchsucht.

Nach der Feststellung, dass sich die Aussagen wiederholen und neue Artikel keine neuen Erkenntnisse mehr brachten, wurde die Recherche eingestellt.

2.1.3 Aktuelles

Außerdem wurden relevante Artikel aus Magazinen, wie z. B. dem Spiegel, die Welt, der Frankfurter Allgemeinen, im Zeitraum von August 2008 bis August 2009 mit aufgenommen.

2.1.4 Expertenbefragung

Die Experten wurden zur freien Diskussion über die Ursachen, die gegenwärtige Situation und Folgen der Feminisierung der Gesundheitsversorgung geladen. Die einzelnen Personen kamen aus verschiedenen Fachbereichen, wie der Psychologie, der Pharmazie, der Chirurgie, des Bankwesens und der Wirtschaftsprüfung. Anwesend waren außerdem die Fachapothekerin für Offizinpharmazie Frau Karin Wahl und eine Vertreterin des Ärztinnenbundes Frau Astrid Bühren.

Durch das breite Spektrum der Fachgebiete wurden allgemeine Aspekte der Chancen und Probleme von Frauen mit Karriereambitionen analysiert und es wurden Parallelen zu den Medizinerinnen gezogen. Dennoch kam man zu keinen neuen Aussagen. Die Experten haben Aussagen aus der Literatur bestätigt.

2.2. Methodik / Statistik

Zur Beurteilung der Validität (Verlässlichkeit) der Aussagen in der Literatur musste ein neues Verfahren entworfen werden, weil bisher kein geeignetes Instrument verfügbar war. Im Allgemeinen wird die Validität einer wissenschaftlichen Studie mit einem dafür konstruierten Instrument gemessen. In der Literatur sind etwa 40 verschiedene Instrumente [35] [46] beschrieben, die sich geringfügig voneinander unterscheiden. Die vergleichende Bewertung identischer Publikationen mit unterschiedlichen Messinstrumenten hat gezeigt, dass weniger die inhaltlichen Komponenten der Instrumente sondern vielmehr deren Interpretation die Variation der Ergebnisse erklärt [74]. Eines der am häufigsten Verwendeten Instrumente ist das GRADE Instrument [47][60], welches sich vor allem für randomisierte Studien eignet. Die Kriterien, die zur Beurteilung nicht-randomisierter Studien angeführt werden sind weitgehend subjektiv, weil es bisher keine eindeutigen Kriterien gibt, die von nicht-randomisierten Studien eingehalten werden sollten.

Das in meiner Arbeit zu lösende Problem besteht in der Entwicklung einer Methode bzw. eines Instruments, mit welcher sich die Validität wissenschaftlicher Information bewerten lässt, die ausschließlich aus nicht-randomisierten Studien und Meinungen von Personengruppen und einzelnen Autoren bestand. Die Bewertungen dieser Informationen sind entscheidend, da zu erwarten ist, dass sich aus diesen Informationen wichtige politische Konsequenzen ableiten werden.

Zur Entwicklung dieses Instruments wurden Kriterien ausgewählt, von welchen ich angenommen habe, dass die Validität einer Aussage durch sie klassifiziert werden kann.

Um sicherzustellen, dass dieses Instrument tatsächlich misst, was es messen sollte (Prüfung der Validität des Messinstruments), habe ich das Instrument dem Institut für Demoskopie Allensbach zur Beurteilung vorgelegt. Von dort wurde die Tauglichkeit des Instruments für den vorgesehenen Zweck bestätigt.

Die Aussagen lassen sich in fünf Validitätsstufen einteilen.

Validitätsstufe I:

Den höchsten Grad an Validität bekommen Datenquellen, wie Personal- und Lohnstatistiken oder andere statistische Erhebungen (QM). Dies sind reelle, messbare Daten.

Validitätsstufe II:

Den zweit höchsten Grad an Validität bekommen Meinungen und Einschätzungen von Experten, in diesem Fall von Ärzten. Diese können zwar von persönlichem Interesse, Standesinteressen oder auch Vorurteilen beeinflusst sein, dennoch urteilen Ärzte in der Regel nach persönlichem Wissen und ihren Erfahrungen und daher sind ihre Angaben realitätsnaher als die von branchenfremden Personen s.u.(QF). In dieser Auswertung handelt es sich hierbei meist um Umfrageergebnisse und Fragebogenanalysen innerhalb der Ärzteschaft.

Validitätsstufe III:

Den dritt höchsten Grad an Validität bekommen bevölkerungsrepräsentative Umfragen, da sie widerspiegeln, was der Durchschnittsbürger denkt und fühlt (U). Dies muss nicht mit der Realität übereinstimmen, da die Meinungen und das Denken der Bevölkerung zwar durch eigene Erfahrungen, aber auch durch die Medien gelenkt und geprägt werden. Dennoch kann durch solche Umfragen ein Gesamteindruck gewonnen werden, da ein breites Spektrum der Bevölkerung befragt wird.

Validitätsstufe IV:

Den viert höchsten Grad an Validität bekommen Zitate, die sich auf Aussagen aus anderen Artikeln stützen. Mit Zitaten wird dem Leser suggeriert, dass es außer dem Autor noch andere oder gar mehrere Personen gibt, die das gleiche denken. Dennoch kann die Aussage auch aus dem Zusammenhang gerissen worden sein. (Z)

Validitätsstufe V:

Den fünft höchsten Grad an Validität bekommt die eigene Meinung des Autors und ist damit am wenigsten valide, da sie nur die Meinung einer Einzelperson wieder gibt. Natürlich ist es möglich, dass der Autor ein Experte auf seinem Gebiet ist, allerdings könnte er genauso in eine Interessengruppe eingebunden sein. (M)

Die Aussagen über die Feminisierung wurden in folgende Rubriken eingeteilt:

1. Rahmenbedingungen (äußere Faktoren), welche die Frauen beeinflussen
2. Inneren Faktoren, welche das Wesen der Frauen reflektieren
3. Sonstige Aussagen, welche weder den äußeren noch den inneren Faktoren zuzuordnen sind

Innerhalb dieser drei Rubriken wurden weitere Unterteilungen vorgenommen.

1. Die äußeren Faktoren (Rahmenbedingungen) wurden in 4 weitere Untergruppen aufgeteilt :

- Gesetz
- Gesellschaft
- Beruf
- Familie/ Partner

2. Innere Faktoren:

- Die Persönlichkeit der Frau
- Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie/ Partner
- Ansprüche an Arbeitgeber/klinisches Umfeld
- Ansprüche an die Profession
- Ansprüche an den Staat

3. Sonstige

- Nicht inneren oder äußeren Faktoren zuordenbare Aussagen

Dadurch erhält man eine Einteilung in 10 Cluster. Innerhalb dieser Cluster konnte eine Aussage mehrfach erscheinen. Da die Validität unterschiedlich sein konnte, wurde jede Aussage nur einmal in ihrer höchsten Validitätsstufe erfasst.

Beispiel:

Eine Aussage wird in 3 Artikeln getroffen. Davon 1x als Ergebnis einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage(U) (Validitätsstufe III) , 1x als Zitat(Z) (Validitätsstufe IV) und 1x als die eigene Meinung eines Autors(M) (Validitätsstufe V).

In diesem Fall bekommt die Aussage die Validität der Stufe III zugesprochen.

In der Schlussauswertung wurden die 10 Cluster miteinander verglichen.

Dazu wurden innerhalb eines Clusters die Aussagen mit der gleichen Validitätsstufe summiert und gegeneinander aufgetragen.

Durch diese Aufschlüsselung war es möglich, die Aussagen zur Feminisierung quantitativ und qualitativ zu beschreiben.

Häufigkeitsanalyse:

Die Statistik beschränkte sich auf die Auszählung von Häufigkeiten, da weitere Analysen bei den vorliegenden Studien weder sinnvoll noch möglich waren.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 87 Artikel analysiert, die 155 Aussagen enthielten. Jede dieser Aussagen wurde nach dem beschriebenen Schema auf Validität geprüft und dem passenden Themengebiet zugeordnet.

Als zentrales Ergebnis kristallisierte sich heraus, dass nur 20% der Aussagen die höchsten Validitätsstufen (I+II) erreichten.

Folgende Aussagen erhielten den höchsten Grad an Validität:

Im Themenfeld **ÄF** (äußere Faktoren) **Gesetz:**

Soziale Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen sind in Deutschland ein weitgehender Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen und Ganztageschulen. Dadurch bleibt Frauen mit Kindern nur wenig Zeit zur Ausübung ihres Berufes und meist ist nur eine Teilzeitberufstätigkeit möglich.

Die steuerlichen Rahmenbedingungen in Deutschland machen insbesondere die Teilzeitberufstätigkeit von verheirateten Frauen besonders unattraktiv (bekannt als „negativer Anreiz des Ehegattensplitting“). [86] [51] [83] [82] [85]

Im Themenfeld **ÄF Beruf:**

Bei gleicher Qualifikation gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Bezahlung, im Raumangebot, bei den Preisverleihungen und Reaktionen von externen Angeboten. [65] [36]

Im Themenfeld **IF** (innere Faktoren) **Die Persönlichkeit der Frau:**

Vergleiche haben gezeigt, dass Männer dazu tendieren, sich selbst zu überschätzen, wohingegen Frauen sich selbst eher unterschätzen. Ein Vergleich bei Selbsteinschätzung: Unterschätzt haben sich 12,5% der Männer und 35,9% der Frauen; richtig eingeschätzt haben sich 18,8% der Männer und 30,8% der Frauen; überschätzt haben sich 68,8% und 33,3% der Frauen. [63] [14]

Frauen neigen eher zu Angst und Depressionen als Männer. [50]

Im Themenfeld **IF Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie:**

Ärztinnen haben häufiger Partner, die ebenfalls einen Hochschulabschluss aufweisen und in Vollzeit berufstätig sind, als Ärzte, die häufiger Partnerinnen ohne Hochschulabschluss haben, die in Teilzeit oder gar nicht berufstätig sind. [13] [9] [8] [6] [91] [85] [16] [31]

Verheiratete Ärztinnen stellen meist die Karriere ihres Mannes der eigenen voran und verzichten auf eigene Karrierevorteile zugunsten des Partners. Schließlich sind – ebenfalls eine Form der „Konfliktlösung“ – Ärztinnen seltener verheiratet und haben weniger Kinder als Ärzte. [13] [9] [8] [6] [91] [84] [75] [31] [80]

Ärztinnen mit Kindern unter sechs Jahren arbeiten weniger Wochenstunden am Patient, als Ärzte mit Kindern. [93] [61]

Im Themenfeld **nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar:**

Ärztinnen haben ihr Arbeitspensum zwischen 1992 und 2001 um 6% verringert, während das der Ärzte konstant blieb. [93]

Bei Angestellten arbeiten Männer mehr Stunden pro Woche als Frauen. [16]

Auf den Entscheiderebenen an Universitäten und Kliniken sind Frauen gänzlich unterrepräsentiert. [69] [96] [37] [22] [67] [81] [17] [82] [80] [61]

Während derzeit bei den Hochschulzugangsberechtigten, Erstimmatrikulierten und Studierenden die Frauenanteile über denen der Männer liegen und nahezu gleich viele Frauen wie Männer in einem medizinischen Fach promoviert werden, erreicht nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials eine Führungsposition. [69] [8] [96] [49] [42] [16]

Verglichen mit ihren männlichen Kollegen arbeiten Ärztinnen weniger Wochenstunden und verdienen weniger Geld. [91] [27] [93] [61] [29]

In jedem Alter ist der größere Anteil der weiblichen Ärzte alleinstehend oder nur verheiratet. Im Gegensatz dazu leben mehr männliche Ärzte in Familien mit Kindern. [91]

Der Anteil an Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe ist von 25% auf 32% gestiegen. [79]

Der Anteil der weiblichen Habilitierten in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Unfallchirurgie am geringsten, in der plastischen Chirurgie am höchsten. [20] [28]

Der Anteil der Ärztinnen unter den intensiv wissenschaftlich Tätigen in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Unfallchirurgie am niedrigsten und in der Kinderchirurgie am höchsten. [20]

Folgende Aussagen erhielten den zweithöchsten Grad an Validität:

Im Themenfeld **ÄF Gesellschaft:**

Verzichtet eine Frau auf Familie, bedeutet dies nicht, dass sie in der Medizin automatisch Karriere macht. [69] [10] [12]

Im Themenfeld **ÄF Beruf:**

Nur ein geringer Prozentsatz der leitenden Krankenhausärzte ist weiblich. Dies sei darauf zurückzuführen, dass Männer bessere Netzwerke haben als Frauen und Männer dazu tendieren, eher Männer zu fördern – das „jüngere Selbst“. Die mangelnde Förderung durch in der Regel männliche Vorgesetzte ist eines der Haupthindernisse für Frauenkarrieren in der Universitätsmedizin. [49] [81] [28] [38] [83] [85] [48] [57] [16] [17]

In akademischer Umgebung kommt es bei Frauen 2,5mal häufiger zu einer genderbasierten Diskriminierung als bei Männern. [30]

Frauen, die über negative Gender-Erfahrungen berichten, sind ähnlich produktiv, haben aber weniger Karrierezufriedenheit, als andere Frauen. [30]

Bei den Vollzeitbeschäftigten liegt das Einkommen der Frauen deutlich unter dem der Männer. [16]

Mehr Männer als Frauen haben Verträge über mehr als 26 Wochenstunden. [66]

Im Themenfeld **ÄF Familie/ Partner:**

Daten belegen, dass Mutterschaft für Frauen den erfolgreichen Berufseinstieg erschwert, während Vaterschaft für Männer eher den gegenteiligen Effekt hat. Väter werden eingestellt, da sie als Ernährer einer Familie gesehen werden. Mütter werden nicht als Ernährer der Familie betrachtet und die Dienstaussfälle durch die zu erwartenden Kinderkrankheiten sind bei Müttern bereits vorprogrammiert. [5] [9] [10]

Im Themenfeld **IF Die Persönlichkeit der Frau:**

Frauen messen der „Karriere“ im engeren Sinn weniger Bedeutung zu und gewichten Vereinbarkeitsziele von Beruf und Familie höher als Männer. [13] [3] [8] [7] [14] [9]

Gründe weshalb das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit bei Frauen mit den Jahren sinkt: Frauen tendieren im Gegensatz zu Männern dazu, Misserfolge auf eigene mangelnde Kompetenz zurückzuführen. Es bleibt festzuhalten, dass nicht niedriges Selbstvertrauen die Berufstätigkeit beeinflusste, sondern umgekehrt die Berufstätigkeit selbst die Medizinerinnen ein Stück weit entmutigte. [13][8] [7] [25] [28] [84]

Frauen schätzen ihre Aufstiegswahrscheinlichkeit deutlich niedriger ein als Männer. [4] [8] [7] [37] [24]

Ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Frauen nimmt gern die Elternzeit in Anspruch, um für ihre kleinen Kinder zuhause zu sein. [9] [6] [12] [54] [7]

Frauen haben andere Vergleichsmaßstäbe. Sie vergleichen sich mit anderen Frauen, die ebenfalls objektiv weniger erfolgreich sind als Männer. Frauen haben bei gleichen Voraussetzungen und gleichen beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen wie Männer trotzdem niedrigere Ergebniserwartungen. Sie sind insofern mit weniger zufrieden. [12] [78]

Im Themenfeld **Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie:**

Die Mehrzahl der Frauen arbeitet Teilzeit oder unterbricht ihre Karriere aus familiären Gründen. Die Mehrzahl der Männer tut dies aus anderen Gründen, wie z.B. Sport, Reisen, Sabbatjahr oder um einmal im Ausland zu arbeiten. [31]

Im Themenfeld **nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar:**

Es hat sich gezeigt, dass Instrumentalität nicht nur querschnittlich mit Berufserfolg korreliert, sondern ihn auch längsschnittlich vorhersagen kann. Instrumentalität scheint, zumindest in solch hoch selektiven Gruppen wie bei HochschulabsolventInnen im Selbstkonzept kein geschlechtsspezifisches Merkmal mehr zu sein. Unabhängig vom Geschlecht sind Personen mehr oder weniger „agentisch“ und dies ist ein Erfolgsmaß. [10] [11] [12] [2] [25] [82]

Folgende Aussagen erhielten den dritthöchsten Grad an Validität:

Im Themenfeld **ÄF Gesellschaft:**

Arzt zu sein hat an Prestige verloren, auch weil Politik und Medien ein zunehmend negatives Bild von dem Beruf zeichnen. Außerdem sind die Verdienstmöglichkeiten deutlich eingeschränkt, was dazu führt, dass Männer, denen Macht und Gelderwerb wichtig sind, diese Berufssparte verlassen. Frauen hingegen ist es wichtig, etwas „Sinnvolles“ zu tun und für andere zu sorgen. [73] [28] [48]

Im Themenfeld **ÄF Beruf:**

Aus Berichten und aus Erfahrungen deutscher Ärztinnen ergeben sich Forderungen und Maßnahmen für eine zeitgemäße gleichberechtigte Präsenz kompetenter und durchsetzungsfähiger Chirurginnen: Aus strukturellen Gründen müssen Frauen zunehmend auf einflussreichen Positionen in den Abteilungen und in der Verwaltung akzeptiert und als Vorsitzende und Mitglieder von wichtigen Gremien tätig werden. In Berufungskommissionen müssen min. 30-40% Mitglieder weiblich sein. Für Universitäten muss die Förderung von weiblichen Mitarbeitern als Leistungskriterium bei Vergabe von Geldmitteln etabliert werden. Darüber hinaus sollten Finanzpools für Schwangerschaftsvertretungen eingerichtet werden. Mentorinnen-Netzwerke müssen gefördert werden. [21]

Ein Umfrageergebnis ergab, dass viele Frauen glauben, dass bei höherem Bildungsniveau die Entscheidungen über neue Ernennungen eher in der Kneipe, als in einem Ernennungsgremium getroffen werden. [58]

Als maßgeblichen Grund für die vermutlich überwiegend unbewusste Diskriminierung der Ärztinnen führen die Befragten ein konservatives Geschlechtsrollenmodell an. Daneben wurden von einigen Befragten die physischen Fähigkeiten vermisst, andere dagegen hielten das Fehlen von Rollenvorbildern, von Mentoring und von Protektion für wesentliche Ursachen. Genannt wurde allerdings auch das Fehlen von wissenschaftlichen Leistungen. [21]

Im Themenfeld **ÄF Familie/ Partner:**

Durch die polarisierende Sichtweise von Familie und Beruf werden Kinder und Beruf zu einander weitgehend ausschließenden Optionen, zwischen denen eine Entscheidung zu treffen ist. Dadurch werden die Chancen einer hohen Geburtenrate ebenso gemindert, wie die Chancen einer hohen Berufstätigenquote von Frauen. [54] [85]

Im Themenfeld **IF Die Persönlichkeit der Frau:**

Frauen sind Multi-Tasking und Multi-Minding. Frauen denken anders als Männer. Über zwei Drittel der Frauen bestätigen, dass sie an viele Dinge gleichzeitig denken (67,2%). Das behauptet nur jeder zweite Mann von sich (51,4%).

Frauen verbringen mehr Zeit damit, an die Bedürfnisse anderer zu denken als an die eigenen (48,8%). Männer sind hier weit egoistischer (32,6%). [72]

Im Themenfeld **nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar**:

Unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, haben Frauen und Personen mit einem höheren Bildungsniveau positivere Einstellungen zur weiblichen Erwerbstätigkeit. [51]

Als am meisten förderliche Eigenschaften bei dem Konzept „ideale/r Arzt/Ärztin im Umgang mit Patienten“ gelten expressive Eigenschaften. [51]

Folgende Aussagen erhielten den vierthöchsten Grad an Validität:

Im Themenfeld **ÄF Gesetz**:

Da die Gehälter und auch das Prestige in medizinischen Bereich dramatisch gesunken sind, wollen immer weniger Männer Arzt werden. Frauen springen in die Lücke. Die Folgen sind noch schlechtere Löhne, weniger Forschung und Personalmangel. [49]

Strukturen für die Karriereförderung von Ärztinnen fehlen. Als Beispiel ist die Vertragsdauer bei Arbeitsverträgen zur Weiterbildung zur Fachärztin zu nennen, die sehr kurz angesetzt ist, zu kurz, sollte die Ärztin während dieser Zeit schwanger werden. [62] [82]

Das Mutterschutzgesetz enthält neben Regelungen zum Kündigungsschutz sowie einer Freistellung von schwangeren Arbeitnehmerinnen 6 Wochen vor der Entbindung und 8 Wochen nach der Entbindung auch allgemeine Beschäftigungsverbote. Schwangere Frauen dürfen u.a. keine schweren körperlichen Arbeiten verrichten oder mit gefährlichen Stoffen umgehen. Für schwangere Ärztinnen ergeben sich mit dieser Bestimmung im Arbeitsalltag häufig Probleme, da nahezu alle Körperflüssigkeiten wie Blut, Urin etc., mit denen sie beruflich in Kontakt kommen, hierzu zählen. Gesetzlich geregelt ist auch ein Beschäftigungsverbot zwischen 20 und 6 Uhr morgens. Spätschichten dauern jedoch bis 21 Uhr. Problematisch ist

zudem die Vertretungsregelung: eine Schwangerschaftsvertretung wird meist frühestens 6 Wochen vor der Entbindung finanziert. [70] [28]

Das Mutterschutzgesetz führt insbesondere während der Schwangerschaft von Chirurgen zu Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer Weiterbildung. So werden durch das Mutterschutzgesetz Nachtarbeit, wozu auch der Bereitschaftsdienst bzw. Notarzteinsatz zählt, sowie Arbeiten, die mit langen Stehzeiten (Operationen) verbunden sind, spätestens ab dem 5. Monat untersagt. Daraus resultierend sind diese Kolleginnen meist in den Ambulanzen eingesetzt oder gar arbeitsunfähig geschrieben, was zu einer längeren Weiterbildungszeit oder im Extremfall zur Aufgabe der chirurgischen Laufbahn führt. [69] [28]

In Themenfeld **ÄF Gesellschaft:**

Allein die gesellschaftliche Erwartung, dass eine Frau Kinder bekommen kann, wird bereits als Karrierehemmnis angesehen. [69] [81] [83]

Sowohl Frauen als auch Männer neigen dazu, Frauen unterzubewerten und Männer überzubewerten.

Männer haben im Gegensatz zu Frauen auf ihrem Weg nach oben bereits feste Beziehungssysteme geschaffen, die sie in ihrer Karriere unterstützen. [69] [28]

The Royal College of Physicians working party on medical professionalism has agreed that doctors should be committed to integrity compassion, altruism, continuous improvement, excellence, and working in partnership. [67]

Männer, insbesondere in hochqualifizierten Berufen wie der Medizin, sollen beruflich erfolgreich sein und genug Geld verdienen, um eine Familie als Alleinverdiener ernähren zu können. Werden diese Männer Väter, so besteht nicht die Erwartung, dass sie ihre Berufstätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung unterbrechen. Väter, die Elternzeit in Anspruch nehmen wollen, haben darüber hinaus mit gravierenden beruflichen Nachteilen zu rechnen.

Frauen sollen attraktiv und erfolgreich, durchsetzungsfähig, gleichzeitig sanft und feminin, liebevolle Partnerinnen und Mütter sowie gleichzeitig clevere Organisatorinnen des Betriebs „Familie“ sein. Als gut ausgebildete Frauen sollen sie erfolg-

reich ihrer Berufstätigkeit nachgehen, gleichzeitig aber auch Kinder bekommen und als Mütter –natürlich- ihre Berufstätigkeit unterbrechen, um mindestens im Kleinkindalter selbst für das Kind zu sorgen. Tun sie dies nicht, gelten sie als „Rabenmütter“. [13] [4] [9] [8] [44] [81] [80] [3]

Die Übernahme der expressiven Rolle durch die Mädchen wird über Puppenspiele und die Mitbetreuung von kleineren Kindern (Geschwistern), die vorwiegend den Mädchen obliegt, eingeübt. Später, im Jugendalter, folgt dann im Bewusstsein der Mädchen und Frauen eine Zukunftsplanung, die auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf abzielt. Jungen kennen diese Doppelperspektive insofern nicht, als sie eine kontinuierliche und ungestörte Berufsplanung verfolgen. [14]

Bei Frauen werden andere Maßstäbe angelegt, als bei Männern. Charlotte Whitton, Bürgermeisterin von Ottawa drückt dies so aus:

„Was immer eine Frau macht, muss sie doppelt so gut machen wie ein Mann, damit sie für halb so gut gehalten wird. Zum Glück ist das nicht schwer.“ [62]

An Frauen und Männer werden andere Erwartungen herangetragen. Denen sie in entsprechend unterschiedlichen Umweltbedingungen auch in Bezug auf berufliche Prozesse ausgesetzt sind. Diese geschlechtsbezogenen Erwartungen beeinflussen Zielsetzungsprozesse und darauf bezogene berufliche Handlungen und somit auch den Berufserfolg. [10] [12] [43] [14]

Die Arbeit von Frauen wird unterbewertet. [17]

Eigenschaften einer Person werden zum Teil an der Tätigkeit festgemacht, nicht nur am Geschlecht. [18]

Zur Feminisierung einer Berufssparte kommt es, bei einem steigenden Prozentsatz an Frauen in diesem Berufszweig relativ zu dem der Männer. [36]

Männern werden Eigenschaften, wie Kompetenz und Dominanz als typisch männlich zugeschrieben, Frauen hingegen Emotionalität und Warmherzigkeit. [36] [43]

Im Themenfeld **ÄF Beruf:**

Ein großes Problem im Studium für Studentinnen sind sicherlich die fehlenden Vorbilder, da es nur sehr wenige weibliche Dozenten und Professoren an den Universitäten gibt, mit denen sie sich identifizieren könnten. [69] [96] [37] [15] [83] [80] [16] [19]

Frauen promovieren fast in gleicher Zahl wie Männer, ihre Noten sind im Durchschnitt etwas schlechter und ein „summa cum laude“ ist selten. [57]

Eine Frau muss 2,6mal wissenschaftlich so gut sein wie ein Mann, um die gleiche finanzielle Unterstützung ihrer Einrichtung zu bekommen. [57] [28]

Vorgesetzte halten oft viel von der klinischen Kompetenz ihrer nachgeordneten Oberärztinnen. Gerade tüchtige Frauen bleiben oft auf der ausführenden Arbeitsebene hängen, wenn ihre Leistungen vor allem in Folgendem bestehen: Fleiß, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, selbstverständliche Erledigung von Routineaufgaben, hohe Arbeitsintensität, die Verschonpausen weder für Kreativität noch für Kommunikation zulässt (typische Situation in einem Teilzeitjob). Wenn man solche Leistungsträgerinnen nach oben lässt, wer soll dann noch die Arbeit machen? [57]

Ärztinnen erfahren bei der Arbeit signifikant mehr positive soziale Kontakte vom Pflegepersonal und den Vorgesetzten als Männer. Ärzte erhalten hingegen mehr Karriereunterstützung und Förderung. [26]

Familienfreundliche Angebote rechnen sich durch geringere Fluktuation und entsprechend niedrige Kosten für Anwerbung, Einstellung und Einarbeitungszeit von neuem Personal sowie früher Rückkehr aus der Elternzeit. [23]

Die Chirurgie ist de facto aufgrund des traditionellen Denkens und der streng hierarchischen Ausübung ein männliches Reservat. Die Strukturen rund um die Ausbildung und den Karriereverlauf sind nur auf Männer ausgerichtet, die keine familiären Pflichten übernehmen. [20]

Speziell in der Unfallchirurgie besteht eine sehr hohe körperliche Belastung, die die Frauen oftmals überfordert. [20]

Während am Arbeitsplatz offene Feindseligkeit und Ablehnung gegenüber Ärztinnen abgenommen haben, bestehen die Probleme in subtilen Formen der Diskriminierung wie Ignorierung der Beiträge von Frauen, geringere Zuweisung von qualifizierten Tätigkeiten oder unqualifizierte Bemerkungen über das Aussehen von Ärztinnen fort. [81]

Diskriminierung von Frauen in den operativen Fächern

Auf Ärztinnen wird subtiler Druck ausgeübt, „Frauen-Fächer“ wie Kinderheilkunde und Psychiatrie zu wählen. [81]

Dennoch wurden 2002 insbesondere in der praktischen Medizin prozentual mehr Anträge von Frauen als solche von Männern abgelehnt. [28]

Desillusionierung im klinischen Alltag führt bei PJlerinnen, jedoch nicht bei PJlern, zu einer Rücknahme der beruflichen Ambitionen. [84]

Männliche und weibliche Stellenbewerber werden nach unterschiedlichen Kriterien bewertet. [36]

Untersuchungen haben ergeben, dass männliche Ärzte auch Teilzeitstellen suchen. [67]

Im Themenfeld **ÄF Familie/ Partner:**

Während die Partnerinnen von Ärzten zu einem Drittel gar nicht berufstätig sind, sind praktisch alle Partner von Ärztinnen voll berufsfähig und überließen ihnen den Hauptanteil an Haushalt und Kindererziehung. [84] [83] [82] [80]

Die Geburt eines Kindes war (für Männer mit Karrierezuwachs), für Frauen mit Karriereverlust verbunden. [13] [3] [12] [25] [67] [28]

Betrachtet man jedoch ausschließlich vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte, dann gibt es keinerlei gesicherte Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit und ohne Kinder mehr. Mütter die Vollzeit berufstätig sind, sind genauso erfolgreich wie Männer die Vollzeit berufstätig sind. Hieraus folgt, dass Kinder nicht per se für die Karriere von Frauen ungünstig sind. [13]

Im Themenfeld **IF Die Persönlichkeit der Frau:**

Frauen bedeuten hohe Einkommen weniger als ihren männlichen Kollegen. Außerdem legten sie mehr Wert auf geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle. So müssten künftig drei junge Ärztinnen ausgebildet werden, um zwei in Pension gehende Ärzte zu ersetzen. Fazit: Damit nicht ganze Fachbereiche ausbluten, müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die auch Frauen anziehen. [49]

Die beruflichen Karrierechancen von Frauen werden auch durch psychologische Barrieren beeinträchtigt. Als solche sind beispielsweise ein typisch feminines Geschlechtsrollenselbstkonzept, eine starke Identifikation mit der Mutter-Kind-Ideologie oder eine zu bescheidene Selbsteinschätzung und Selbstdarstellung von Frauen zu nennen. [86] [8] [22] [24] [51] [80] [85]

Es scheint so, als ob manche Frauen eine selbstbewusste Selbstdarstellung geradezu als unwürdig oder als „unweiblich“ ansehen, nicht zu vereinbaren mit dem traditionellen Weiblichkeitsideal der bescheidenen, sich im Hintergrund haltenden Frau. [86] [80]

Frauen gehen strenger mit sich ins Gericht, wenn ihnen etwas misslingt. Das liege an der Erziehung: Burschen werden eher dazu aufgefordert, etwas noch einmal zu probieren, bei Mädchen sagt man: „Lass die Finger davon.“ [56]

Viele Frauen wollen – und sollen – heute „alles“, sie wollen/sollen erfolgreiche Ehefrauen und Mütter, erfolgreiche Berufstätige, attraktive, begehrtenwerte, immer jugendliche Frauen und erfolgreiche Freizeitakteurinnen in vielfältigen Betätigungsfeldern sein. [3] [9] [13] [4]

Frauen haben eine etwas niedrigere „Karriereorientierung“ und deshalb verfolgen sie ihre Karriereziele nicht so konsequent, wie manche Männer dies tun. [8] [9] [48]

Das Fehlen von instrumentellen und sich selbstbehauptenden Eigenschaften könnte für Medizinerinnen zu einer direkten innerpsychischen Barriere werden. Dieses Fehlen von instrumentellen Eigenschaften bei Frauen könnte zu einer Entscheidung für die traditionelle weibliche Rolle in der Familie führen. [81] [82]

Frauen schreiben ihren beruflichen Erfolg weniger ihren Fähigkeiten zu, als Männer. [78]

Frauen passen sich an, sie spiegeln, was ihnen vorgelebt wird. [18]

Frauen übernehmen häufiger die soziale und Männer häufiger die aufgabenorientierte Führungsposition. [14] [78]

Frauen zeigen weniger von den Charakterzügen und der Motivation, die notwendig wäre, um eine high-level Position zu erreichen und auszuführen. [42]

Ärztinnen sind eher dazu bereit, den Patienten aktiv in seinen Heilungsprozess mit einzubeziehen, als ihre männlichen Kollegen. [61]

Ärztinnen geben ihren Patienten mehr emotionalen Unterstützung, sprechen ihnen mehr Mut und Zuversicht zu und beteiligen sich mehr an psychosozialen Diskussionen als Ärzte. [61]

Ärztinnen begehen viermal weniger Kunstfehler als ihre männlichen Kollegen. [25]

Ärztinnen verbringen mehr Zeit im direkten Kontakt mit ihren PatientInnen. [25] [22] [67] [61]

Mädchen haben die besseren Abiturnoten und bekommen so leichter einen Studienplatz. [73] [28] [53]

Im Themenfeld **Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie:**

Frauen stehen den „egalitären“ Geschlechtsrollen, wonach Erwerbsarbeit und Familienarbeit nicht geschlechtstypisiert sein sollen, positiver gegenüber als Männer. Männer haben lieber eine Hausfrau als Ehefrau als umgekehrt Frauen „nur“ Hausfrau sein möchten. [3]

Frauen mit Kindern haben weniger Forschungsergebnisse, weniger Veröffentlichungen und weniger Karrierezufriedenheit. [17]

Im Themenfeld **IF Ansprüche an die Profession/ Arbeitgeber:**

Männer machen Karriere – Frauen versuchen, Beruf und Familie zu vereinbaren. Außerdem, so die Psychologen, legen Frauen bei der Definition von Erfolg oft andere Maßstäbe an als Männer. [69] [15] [81]

Frauen und Männer haben unterschiedliche Prioritäten. Während für 27 Prozent der Ärztinnen, aber nur 19 Prozent der Ärzte eine Reduzierung der Arbeitszeit „am wichtigsten“ war, hielten 35 Prozent der Männer, aber nur 30 Prozent der Frauen eine höhere Vergütung für vordringlich. [49] [84]

Ärztinnen arbeiten öfter Teilzeit, als ihre männlichen Kollegen. [67]

Fachbereiche in denen technische Fähigkeiten gefragt sind, scheinen für Frauen nicht so attraktiv zu sein. [67]

Frauen sind unzufrieden mit den Möglichkeiten, ihre beruflichen Ziele zu verwirklichen und dem Grad der finanziellen Entlohnung. [17]

Der wirtschaftliche Aspekt der weiblichen Erwerbstätigkeit ist aber auch positiv mit der Frage der Emanzipation der Frau verknüpft. Eigene Berufstätigkeit bedeutet eigenes Einkommen, daher erhöhte Selbstständigkeit der Frau. [51]

Wahl eines Faches wird neben dem inhaltlichen Interesse stark von den Rahmenbedingungen bestimmt, wie z.B. geregelte Arbeitszeiten etc. [81]

Ärztinnen spezialisieren sich hauptsächlich auf Fachgebiete, die als besonders familienfreundlich gelten, wie z.B. Psychiatrie und weniger auf Chirurgie. [67]

Im Themenfeld **IF Arbeitgeber:**

Frauen haben den Anspruch, dass ihr Mentor liebenswürdig und zugänglich sein sollte, daher finden sie in viel beschäftigten Fakultäten weniger Mentoren als Männer. [17]

Im Themenfeld **IF Ansprüche an den Staat:**

Kinderbetreuungswünsche: Medizinerinnen bevorzugten mehrheitlich ein Mischmodell von Selbst- und Fremdbetreuung(48%), Kinderpause (29%), Fremdbetreuung (23%). [13] [24]

Im Themenfeld **nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar:**

Ärztinnen schließen oft die Facharztausbildung nicht ab. [80]

Personen, die sich richtig einschätzen können, sind intelligenter und standhafter als andere. [63]

Auf bestimmten Gebieten, wie der Chirurgie und der Orthopädie, sind Frauen ausgesprochen selten vertreten. Laut aktueller Statistik der Bundesärztekammer sind von den 19.398 Chirurgen gerade mal 2.819 weiblich. Erst 2001 erlangte mit Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns die erste Frau in der Bundesrepublik eine C4-Professur für Visceral- und Transplantationschirurgie und wurde Klinikchefin an der Universitätsklinik Ulm. [69] [17] [24]

Ärztinnen sind nicht nur in den Chefetagen der Krankenhäuser unterrepräsentiert, sondern auch in Wissenschaft und Forschung. Während noch die Hälfte der medizinischen Promotionen von Frauen angefertigt werden, sieht es bei den Habilitationen schon anders aus: Nur noch 17,6 Prozent stammen von einer Medizinerin. Das erklärt, warum lediglich 11,8 Prozent der Professuren in der Humanmedizin von Frauen besetzt sind... Zur Förderung von Frauenprofessuren stellen Bund und Länder bis 2012 rund 150 Millionen Euro zur Verfügung. [69]

Der deutsche Bundesrat beschließt am 20. April 1899, Frauen zum Medizinstudium und zu den Prüfungen zuzulassen. [75]

Ein Vergleich über das letzte Jahrzehnt zeigt, dass der Frauenanteil auf allen Qualifikationsstufen der Medizin zunimmt. Neuere Studien zeigen auch, dass die Promotionshäufigkeit von Medizinerinnen nicht niedriger ist als die ihrer männlichen Kollegen. Männer steigen häufiger in einflussreichere Positionen und in bessere Gehaltsklassen auf als Frauen. Medizinbereiche mit dem höchsten Prestige und

den besten Einkommensmöglichkeiten sind männliche Domänen. Im Durchschnitt nehmen 30% der Männer, aber nur 10% der Frauen Führungspositionen ein. Unter den Professoren der Medizin beträgt der Frauenanteil in Deutschland derzeit etwa 6%. Dieses Phänomen kann als Schereneffekt bezeichnet werden. Anfänglich bestehen keine quantitativen Unterschiede in der Beteiligung von Frauen und Männern an medizinischer Ausbildung. Mit der Zeit jedoch sind Männer zunehmend erfolgreicher in ihrer beruflichen Laufbahn als Frauen. [13] [28] [16]

Am Ende des Studiums - und in Bezug auf die Promotion im weiteren Verlauf der Ausbildung – bestanden bei den weiblichen und männlichen Befragten keine Unterschiede in Leistung, aber auch keine im beruflichen Selbstvertrauen. [13]

In Bezug auf den Geschlechtsvergleich ist der nach Gehalt und hierarchische Position geringere Berufserfolg von Frauen trotz gleicher Fähigkeiten und Ausbildung bekannt. Er ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Frauen mehr „Familienarbeit“ leisten und somit ungünstigere Voraussetzungen für Karriere im engeren Sinn haben. Darüber hinaus sind jedoch Frauen, die keine familiären Bindungen haben, nicht mehr Familienarbeit leisten und/oder in gleiche Maß berufstätig sind wie Männer- insbesondere längerfristig- weniger erfolgreich als ihre männlichen Kollegen.[5] [22]

Medizinerinnen sind seltener berufstätig, häufiger arbeitslos. [7] [82]

Als maskulin gelten „instrumentelle“ (auch „agentische“) Eigenschaften wie z.B. „selbstsicher“ oder „durchsetzungsfähig“, und als feminin gelten „expressive“ (auch „kommunale“ Eigenschaften wie z.B. „fürsorglich“ oder „einfühlsam“.[10] [11] [12] [18] [84]

Es sollte Mentoren für die weiblichen Fakultätsmitglieder geben. Die Medizin kann sich den Verlust der Erfahrungen und Ideen nicht leisten. [26] [37]

2006 waren bereits 57% der Berufseinsteiger weiblich und bei den Erstsemestern sogar schon zwei Drittel. [23]

Im Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland geben junge Ärzte als vorrangige Gründe für ihr Auswandern in andere Gesundheitssysteme an, dass sie dort höhere Gehälter und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie erwarten. [23]

Eine Berechnung der Landesärztekammer Hessen ergibt, dass unter Berücksichtigung der Ärztinnen und Ärzte, die derzeit gar nicht oder in Teilzeit berufstätig sind, zur Besetzung von zwei Vollzeitstellen tatsächlich drei Ärztinnen oder Ärzte ausgebildet werden müssen. [23]

Ohne Kinder gibt es bei den Ärzten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. [67]

Während die meisten Mütter ein Jahr nach der Geburt eines Kindes nicht erwerbstätig sind, werden bei Vätern keine Einschnitte in den Erwerbsbiographien verzeichnet; bei den Vätern besteht im Gegenteil die Präferenz, die Erwerbstätigkeit noch auszuweiten. [52]

Lernerfolg der Kinder hängt hierzulande stark vom Bildungsstand der Mutter ab. [55]

Für Frauen sind Vorbilder hauptsächlich zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn wichtig, während Männer eine Karriereförderung eher zu einem späteren Zeitpunkt wünschen, wenn sie ihren Weg gefunden haben. [24]

Die Frauenquote im ärztlichen Beruf ist nicht zuletzt wegen der Vereinigung von West- und Ostdeutschland inzwischen recht hoch. [84]

Eine Analyse der Bundesärztekammer zeigte, dass bei den Qualifikationsstufen Studenten, Examenskandidaten, Promotionen, berufstätige Ärzte und wissenschaftliche Assistenten an Hochschulen derzeit ein circa 15 Prozent höherer Frauenanteil zu finden ist als noch vor 20 Jahren. Dennoch wäre es übereilt, angesichts dieser Tendenz von einer „Feminisierung der Medizin“ zu sprechen. Im Laufe der auf das Examen folgenden Berufsjahre scheiden immer mehr Frauen aus dem Arbeitsprozess aus. ... es gibt unter den Berufsanfängern einen deutlich höheren Anteil von jungen Ärztinnen. Das Alter ist in der Medizin „von erheblicher Bedeutung für die jeweilige Position“. [16]

In Russland und Estland war die Medizin lang von Frauen dominiert, der Beruf wird als geringwertig betrachtet. [61]

Frauen arbeiten eher Teilzeit und in den Fächern der medizinischen Grundversorgung. [24]

Ärztinnen sind überrepräsentiert in Positionen mit niedrigem Prestige und eingeschränkten Aufstiegsmöglichkeiten. [84] [82]

Folgende Aussagen erhielten den fünfthöchsten Grad an Validität:

Im Themenfeld **ÄF Gesetz:**

Die Erfordernis der Bestimmungen im Mutterschutzgesetz ist wissenschaftlich nicht abgesichert und dem heutigen Stand der Technik nicht mehr angemessen. [28]

Die Krankenkassen finanzieren Vertretungsmittel für schwangere Pflegekräfte, aber nicht für Ärztinnen. [44]

Bei den Universitäten sollte die Förderung von weiblichen Mitarbeitern als Leistungskriterium bei Vergabe von Geldmitteln zielführend sein. [20]

Ein wichtiger Punkt in der Diskussion um den Mangel an guten und zuverlässigen Betreuungsangeboten für Kleinkinder ist, dass Männer es in der Mehrzahl der Fälle begrüßen, wenn ihre Partnerinnen für die Betreuung der Kinder zumindest eine Zeitlang zuhause bleiben. [9] [6] [12]

Im Themenfeld **ÄF Gesellschaft:**

Männern gelingt der Aufstieg in eine höhere Gesellschaftsklasse 5mal häufiger als Frauen mit den gleichen Voraussetzungen. [53]

Typisch ist die Unterordnung der Frauen gegenüber den Männern. In einigen Kulturen (auch in unserer) wird das Prinzip der gleichberechtigten Partnerschaft gepflegt, in keiner aber ordnet sich der Mann der Frau unter. [14]

Frauen dürfen gleich sein, wie Männer, wenn sie die Mehrbelastung auf die Reihe bringen. Diese Erwartung haben nicht nur Männer, sondern in hohem Maße auch Frauen. [1]

So viel Macht, so viel Verantwortung über den menschlichen Körper, über menschliches Leben, wie sie mit einer Medizinprofessur verbunden ist, wird Frauen bei uns gesellschaftlich nicht zugestanden.

Es wird festgestellt, dass Frauen wesentlich höhere Leistungen abverlangt werden als Männern, damit sie Beachtung und Anerkennung finden.

Im Themenfeld **ÄF Beruf**:

Der vorgesetzte Mann, der versucht alle (männliche und weibliche Kandidaten) gleich zu behandeln, legt bei der Beurteilung von Frauen unweigerlich dieselben Maßstäbe an, die er bei sich und anderen Männern anlegt. Infolgedessen fällt ihm auf, wenn jemand allem Anschein nach nicht so zielstrebig auf eine Beförderung hinarbeitet und deshalb seiner Meinung nach weniger motiviert ist. [48]

Potentielle Vorurteile gegen weibliche Führungskräfte kommen dadurch zustande, dass die Erwartungen, die man gegenüber Frauen und ihren Eigenschaften hat, nicht mit den Erwartungen gegenüber Führungskräften übereinstimmen. [42]

Männerbünde haben mit Macht zu tun, sie üben Macht aus, sichern Privilegien, verteilen Karrierechancen, kontrollieren gesellschaftliche Veränderungen. Männerbünde schließen Frauen aus. Sie verteilen Macht nur unter Männern – ganz gegen das Grundgesetz im Übrigen. Allenfalls dulden sie in den Machtzentren die eine oder andere Alibifrau. [62] [57]

Zusammenfassend können also folgende Rahmenbedingungen als erschwerend für die Familienplanung angesehen werden:

- a) berufliche Planungsunsicherheit durch kurz befristete Arbeitsverträge und hohe Mobilitätsanforderungen, starre Hierarchien und an der „männlichen Normalbiographie“ orientierte Karrieremuster sowie
- b) schwierige Bedingungen der Akzeptanz eines weiblichen Chefarztes in einer Männerdomäne [28]

Um später als Professor oder Professorin in Frage zu kommen, ist es deshalb schon wichtig, sich innerhalb eines streng verschulden 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.... Netzwerke von Fürsprechern und Unterstützerinnen....PJ, dort wo wissenschaftliche Laufbahn angestrebt wird...ebenso Promotion... nicht zu viel Zeit am Patienten verschwenden, Kopf muss frei bleiben für Forschung und Habilitation ... Stelle als Oberärztin muss jung angetreten werden. [44]

Abschreckung durch Sprache, z.B. Titel medizinischer/fachwissenschaftlicher Zeitschriften „Der Anästhesist“....Wer die Sprache hat, hat noch nicht automatisch die Macht. Aber wer sprachlich nicht vorkommt, kommt auch in der Machtstruktur nicht vor. [44]

Im Themenfeld **ÄF Familie/ Partner:**

Weder im Studium noch im PJ, oder in der Facharztausbildung ist eine Schwangerschaft möglich, ohne den Qualifikationsverlauf empfindlich zu stören. [44]

Im Themenfeld **IF Die Persönlichkeit der Frau:**

Medizinerinnen geht es in erster Linie nicht um Macht und Geld, wenn sie eine Führungsposition anstreben. Sie wollen eher gestalten, ihrem Leben einen Sinn geben und ihr Wissen ausbauen. [49]

Frauen wählen ihren Beruf eher nach Neigung, weniger nach Erfolgsaussichten. [57]

Nur wenige Frauen trauen sich eine erfolgreiche Karriere zu. Viele kapitulieren vor der Mehrfachbelastung in Familie und Beruf. [69] [16]

Für Männer bedeutet Risiko Verlust oder Gewinn; siegen oder verlieren; Gefahr oder Chance. Frauen beurteilen ein Risiko grundsätzlich negativ. Für sie heißt es Verlust, Gefahr, Verwundung, Ruin, Schmerz. [48]

Identifikation mit typisch femininen Eigenschaften und traditionellen Geschlechterrollenerwartungen im Selbstkonzept erweist sich somit als eine weitere psychologische Barriere für ein berufliches Fortkommen für Ärztinnen an der Klinik. Interessanterweise reagieren nicht wenige Medizinerinnen auf die maskulin dominierten und geprägten Strukturen in der Klinik nicht mit einer Anpassung, sondern sogar eher in Richtung einer besonderen Betonung ihrer femininen Werte. [83] [85]

Die im Vergleich mit ihren männlichen Kommilitonen noch höher motivierten und ehrgeizigen Studentinnen werden dementsprechend stärker von einer tiefgreifenden Enttäuschung erfasst, ein Phänomen, das in der Literatur auch für andere Berufe als Praxisschock oder Berufseintritts-Schock beschrieben wurde. [85]

Im Themenfeld **Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie:**

Frauen mit höherer Bildung heiraten nicht nur seltener und später, sie gründen auch Familien später und bleiben wesentlich häufiger kinderlos. [53] [28] [55]

Kinderlose in Städten lebende Eheleute, sowie berufstätige Frauen werden wesentlich häufiger geschieden, als kinderreiche auf dem Land lebende Ehepartner sowie Hausfrauen. [53]

Frauen heiraten seltener, weil sie befürchten müssen, dass eine Heirat und vor allem die Gründung einer Familie sie daran hindern werden, ihre hohe Qualifikation im Berufsleben entsprechend zu „verwerten“. [53]

Im Themenfeld **IF Ansprüche an die Profession/ Arbeitgeber:**

Wichtig sind die Sinnhaftigkeit der Arbeit und die Möglichkeit sozialer Kontakte am Arbeitsplatz. Berufliche Tätigkeit dient nicht der Überbrückung bis zur Eheschließung, sondern ist wesentliches Element der gesamten Lebensführung von Frauen geworden. [3]

Themenfeld **IF Arbeitgeber:**

Sie möchten ebenso wie ihre männlichen Kollegen gefördert und entsprechend ihren Leistungen honoriert werden. [69]

Im Themenfeld **nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar:**

Karrierechancen richten sich oft nach dem impact factor. [22]

Die Spezialgebiete mit höchstem Männeranteil sind zugleich die mit höchstem Einkommen. [52]

Obwohl die effektiven Erwerbsarbeitszeiten der Männer länger sind, haben Frauen wegen Hausarbeit und Kinderbetreuung täglich etwa eine halbe Stunde weniger Freizeit als Männer. [53]

Frauen wurden und werden als Testpersonen bei der Erforschung diagnostischer und therapeutischer Methoden und insbesondere in der Pharmaforschung häufig ausgeschlossen. [28]

4. Diskussion

Zur Validität der Aussagen über die Feminisierung der Gesundheitsversorgung lässt sich sagen, dass durchaus valide Aussagen vorhanden sind, jedoch sind diese in der Minderzahl. Die meisten validen Aussagen findet man in den Themenfeldern äußere Faktoren Beruf, innere Faktoren Persönlichkeit der Frau und in den weder inneren noch äußeren Faktoren zuzuordnenden Aussagen. Im Bereich der anderen Themenfelder sehe ich noch Nachholbedarf, sollten Aussagen aus diesen Sektoren als Entscheidungsgrundlage für sozialpolitische oder berufspolitische Entscheidungen dienen. In solch einem Fall müssen diese anhand valider Studien und Analysen überprüft werden.

Beim Studium der Ergebnisse erkennt man, dass eine Beurteilung der Aussagen über die Feminisierung und die Aussagen betreffend die Gründe für die Feminisierung anhand ihrer Wertigkeit von großer Bedeutung ist.

Das für die Evidenz basierte Medizin geltende Schema, in der Rangfolge beginnend mit der Metaanalyse, über Fallserien, Forschungsstudien an Tieren und abschließend mit der In-vitro-Forschung ließ sich auf die Aussagen der Feminisierung der Gesundheitsversorgung nur bedingt bis gar nicht anwenden, weshalb ich dazu überging mein eigenes Bewertungsschema zu entwickeln und die Aussagen danach zu bewerten.

Der Vorteil von Evidenz basierter Medizin ist, dass hinterfragt wird, wie Ergebnisse und daraus resultierende Aussagen zustande kommen. Der Leser muss die Art der Quellen einschätzen können, denen die einzelnen Aussagen entstammen. Er sollte das Design, die Durchführung und die Analyse der jeweiligen Studie nachvollziehen können. Mein Vorschlag zur Einteilung der Aussagen in eine Validitätsskala soll kryptonormative Entscheidungen, deren rationale Begründung vom Leser nicht nachvollzogen werden kann, vermeiden. Stattdessen wende ich Kriterien an, die generell auf Sinnhaftigkeit überprüft werden können.

Nach der genauen Betrachtung der Ergebnisse können nun folgende Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Aussage aus dem Themenfeld „äußere Faktoren Gesetz“ darüber, dass es die soziale Barrieren sind, die in Deutschland der beruflichen Entwicklung von Frauen entgegenstehen, kann als valide angesehen werden, da sie aufgrund ihrer Quelle Kategorie I der Validitätsskala zuzuordnen ist. Beschrieben werden die Barrieren als weitgehender Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen und Ganztages Schulen. Dadurch bleibt Frauen mit Kindern nur wenig Zeit zur Ausübung ihres Berufes; meist ist nur eine Teilzeitberufstätigkeit möglich.

Eine weitere Barriere stellen die steuerlichen Rahmenbedingungen in Deutschland dar, die insbesondere die Teilzeitberufstätigkeit von verheirateten Frauen besonders unattraktiv machen (bekannt als „negativer Anreiz des Ehegattensplitting“). [86] [51] [83] [82] [85]

Da die Quelle der Aussage dem Themenfeld „äußere Faktoren Beruf“ über die unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen bei gleicher Qualifikation in der Bezahlung, im Raumangebot, bei den Preisverleihungen und Reaktionen von externen Angeboten der Kategorie I der Validitätsskala zuzuordnen ist, kann sie ebenfalls als valide betrachtet werden. [65] [36]

Der Kategorie I der Validitätsskala wurde auch die Aussage über die Selbsteinschätzung von Frauen aus dem Themenbereich „innere Faktoren Persönlichkeit der Frau“ zugewiesen und ist daher als valide zu betrachten. Vergleiche haben gezeigt, dass Männer dazu tendieren, sich selbst zu überschätzen, wohingegen Frauen sich selbst eher unterschätzen. Ein Vergleich zur Selbsteinschätzung zwischen Männern und Frauen ergab folgendes: Unterschätzt haben sich 12,5% der Männer und 35,9% der Frauen; richtig eingeschätzt haben sich 18,8% der Männer und 30,8% der Frauen; überschätzt haben sich 68,8% und 33,3% der Frauen. Das Thema der Selbsteinschätzung gewinnt besonders an Relevanz, wenn es um die Bewerbung um eine Führungsposition handelt. Wenn sich Frauen in solchen Situationen unterschätzen, sich solche Positionen nicht zutrauen und daraus resultierend sich nicht bewerben, können Führungspositionen nicht mit Frauen besetzt werden. [63] [14]

Frauen neigen eher zu Angst und Depressionen als Männer. Angst entsteht bei Frauen oft bei Veränderungen ihrer Lebenssituation. In manchen Fällen im Zusammenhang mit einer Zunahme an Verantwortung oder in Situationen des Misserfolges. In solchen Fällen ist es nicht ausgeschlossen, dass die Angst in eine Depression übergeht. Dies sind keine guten Voraussetzungen bei der Besetzung einer Führungsposition im klinisch medizinischen Bereich, da in solch einem Fall die Position nicht ausgefüllt werden kann und sich der Inhaber einer solchen Position über einen längeren Zeitraum psychisch nicht wohl fühlt. [50]

Ärztinnen haben häufiger Partner, die ebenfalls einen Hochschulabschluss aufweisen und in Vollzeit berufstätig sind, als Ärzte, die häufiger Partnerinnen ohne Hochschulabschluss haben, die Teilzeit oder gar nicht berufstätig sind. Diese Aussage aus dem Themenbereich innere Faktoren Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie ist eine valide Aussage, da ihre Quelle der Kategorie I der Validitätsskala zugeordnet wird. [13] [9] [8] [6] [91] [85] [16] [31]

Verheiratete Ärztinnen stellen meist die Karriere ihres Mannes der eigenen voran und verzichten auf eigene Karrierevorteile zugunsten des Partners. Diesen Konflikt lösen Ärztinnen auch dadurch, dass sie seltener verheiratet sind und weniger Kinder haben als Ärzte, woraus geschlossen werden könnte, dass Selbsterhaltung dieser Gruppe mit anderen Gruppen nicht vergleichbar ist. [13] [9] [8] [6] [91] [84] [80] [31]

Ärztinnen mit Kindern unter sechs Jahren arbeiten weniger Wochenstunden am Patient, als Ärzte mit Kindern. Diese Aussage kann als valide betrachtet werden, da ihre Quelle der Kategorie I der Validitätsskala zugeordnet wird. Diese Aussage ist von großer Bedeutung, da ein Arbeitgeber bei einer Neueinstellung, durchaus dazu verleitet werden könnte, bei gleicher Qualifikation den männlichen Bewerber zu bevorzugen. [93] [61]

Im Themenfeld „nicht inneren oder äußeren Faktoren zuzuordnenden Aussagen“ können die folgenden Aussagen als valide betrachtet werden, da ihre Quellen Kategorie I der Validitätsskala entspricht. Ärztinnen haben ihr Arbeitspensum zwischen 1992 und 2001 um 6% verringert, während das der Ärzte konstant blieb. Die Gründe dafür wurden nicht genannt. [93]

Bei Angestellten arbeiten Männer mehr Stunden pro Woche als Frauen. Im Durchschnitt sind immer noch mehr Frauen als Männer teilzeitbeschäftigt, daher kann diese Aussage durchaus nachvollzogen werden. [16]

Auf den Entscheiderebenen in Universitäten und Kliniken sind Frauen gänzlich unterrepräsentiert. Diese Aussage kann insofern nachvollzogen werden, dass der berufliche Werdegang der zu einer solchen Führungsposition führt, eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Der Überhang an Frauen in der Medizin begann sich allerdings erst vor wenigen Jahren zu entwickeln, sodass die Zeit bis zum Erreichen der Führungspositionen noch zu kurz ist. [69] [96] [37] [22] [67] [81] [17] [82] [80] [61]

Während derzeit der Anteil der Frauen bei den Hochschulzugangsberechtigten, Erstimmatrikulierten und Studierenden über denen der Männer liegen und nahezu gleich viele Frauen wie Männer in einem medizinischen Fach promoviert werden, erreicht nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials eine Führungsposition. [69] [8] [96] [49] [41] [16]

Ärztinnen arbeiten weniger Wochenstunden und verdienen weniger Geld als ihre männlichen Kollegen. [91] [27] [93] [61] [29] Was im ersten Moment plausibel erscheint, muss dennoch differenziert betrachtet werden. Ein denkbarer Grund für die geringeren Wochenstunden könnte beispielsweise die unter den Ärztinnen stärker verbreitete Teilzeittätigkeit sein. Weiter denkbar wäre, dass es an der geringeren Bereitschaft der Frauen liegt, Überstunden zu leisten, wenn die Ärztinnen Kinder betreuen müssen. Für die Feminisierung weist diese Aussage eine grundlegende Problematik auf. Die durch die weniger Wochenstunden entstehende Lücke in der Patientenversorgung muss durch Personalzuwachs gedeckt werden.

Folglich müssen mehr Ärzte eingestellt werden, was wiederum bedeutet, dass mehr Ärzte ausgebildet werden müssen.

Valide ist im Themenbereich „nicht äußeren oder inneren Faktoren zuzuordnenden Aussagen“ die Aussage über den Familienstand von Ärztinnen. In jedem Alter ist der größere Anteil der weiblichen Ärzte, alleinstehend oder nur verheiratet. Im Gegensatz dazu leben mehr männliche Ärzte in Familien mit Kindern. [91]

Dies würde sich auf die Feminisierung einerseits positiv auswirken, da wie sich bereits valide (s.o.) gezeigt hat, Frauen mit Kindern weniger Zeit am Patienten verbringen. Wenn Ärztinnen in Zukunft keine Familien mehr haben, können sie ohne Ablenkung ihre gesamte Zeit und Energie dem Beruf widmen. Falls andererseits, die Ausübung des Arztberufs und eine eigene Familie zu haben, zu einander gegenseitig ausschließenden Optionen werden, könnte dies Frauen durchaus daran hindern den ärztlichen Beruf zu wählen. Dies würde in Zukunft zu einem Anstieg des Ärztemangels oder zu einer Änderung der Struktur der derzeitigen ärztlichen Versorgung führen. Der Männeranteil in der ärztlichen Versorgung müsste wieder steigen.

Valide sind in diesem Themenbereich außerdem die Aussagen über die prozentuale Verteilung der Frauen auf die verschiedenen Fachrichtungen. Der Anteil an Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe ist von 25% auf 32% gestiegen. [79] Frauen wählen nicht selten diese Fachrichtungen, da sich diese Fächer besser mit Familie vereinbaren lassen, als beispielsweise Fächer wie die Unfallchirurgie. Der Anteil der weiblichen Habilitierten in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Unfallchirurgie am geringsten. [20] [28] Der Anteil der Ärztinnen unter den intensiv wissenschaftlich Tätigen in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Kinderchirurgie am höchsten. [20]

Da Frauen ihre Fächer nach Neigungen, oder nach Vereinbarkeit mit der Familie wählen, wird dies beim Fortschreiten der Feminisierung zum Ausbluten mancher Fachbereiche führen. Ein Problem dem sich die Feminisierung stellen muss. Denkbar wäre, dass es künftig typisch feminine bzw. maskuline Disziplinen geben wird.

Aussagen deren Quelle der Kategorie II in der Validitätsskala zuzuordnen ist, können aufgrund ihrer Kohorte ebenfalls als valide betrachtet werden.

Hierzu gehört die Aussage aus dem Themenfeld „äußere Faktoren Gesellschaft“. Verzichtet eine Frau auf Familie, bedeutet dies nicht, dass sie in der Medizin automatisch Karriere macht. [69] [10] [12] Da Aussagen als valide betrachtet werden, in denen die geringere Arbeitsleistung von Frauen mit Familie thematisiert wird und man dies als ursächlich für geringere Karrierechancen betrachten könnte, müsste man im Umkehrschluss dazu kommen, dass Frauen, die auf Familie verzichten und ihr Leben nach dem Beruf ausrichten, automatisch Karriere machen.

Valide ist auch die Aussage aus dem Themenfeld „Beruf“. Nur ein geringer Prozentsatz der leitenden Krankenhausärzte ist weiblich. Dies sei darauf zurück zu führen, dass Männer bessere Netzwerke haben als Frauen und Männer dazu tendieren, eher Männer zu fördern – das „jüngere Selbst“. Die mangelnde Förderung durch in der Regel männliche Vorgesetzte ist eines der Haupthindernisse für Frauenkarrieren in der Universitätsmedizin. [49] [81] [28] [38] [83] [85] [48] [57] [16] [17]

Weitere valide Aussagen aus dem Themenfeld „Beruf“ thematisieren die Geschlechts assoziierte Diskriminierung. In akademischer Umgebung kommt es bei Frauen 2,5mal häufiger zu einer genderbasierten Diskriminierung als bei Männern. [30]

Frauen, die über negative Gender-Erfahrungen berichten, sind ähnlich produktiv, haben aber weniger Karrierezufriedenheit, als andere Frauen. [30] Wenn Frauen sich in ihrem Beruf oder an ihrem Arbeitsplatz nicht wohlfühlen, sinkt ihr Bestreben sich zu steigern und zu verbessern. Keinesfalls begeistern sie andere Frauen für diesen Beruf, was sich negativ auf die Feminisierung auswirkt.

Die Aussage aus dem selben Themenfeld, dass bei den Vollzeitbeschäftigten das Einkommen der Frauen deutlich unter dem der Männer liegt, kann ebenfalls als valide betrachtet werden. [16] Diesen Einkommensunterschieden wirken einheitlich geltende Tarifverträge entgegen, jedoch sind solche geschlechtsorientierten

Einkommensunterschiede in der Medizin kein Einzelfall, sondern auch in der freien Wirtschaft gängige Praxis.

Mehr Männer als Frauen sind vertraglich dazu verpflichtet, mehr als 26 Wochenstunden zu arbeiten. [66] Diese Aussage veranschaulicht wieder, dass es überwiegend Frauen sind, die Teilzeit arbeiten. Für die Feminisierung bedeutet dies, dass mehr Personal ausgebildet und fortgebildet werden muss, um die Versorgung zu sichern, oder die Struktur des Arbeitsplatzes zu verändern bzw. berufsbegleitende Angebote zu schalten. Bei einem großen Anteil an Teilzeitstellen gilt auch zu bedenken, dass dies mehr Übergaben mit sich bringt. Je mehr Teilzeitstellen, um so mehr Informationsschnittstellen und somit um so mehr Risiken eines Informationsverlustes.

Aus dem Themenfeld „äußere Faktoren Familie/ Partner“ kann die Aussage über Elternschaft als valide betrachtet werden. Daten belegen, dass Mutterschaft für Frauen den erfolgreichen Berufseinstieg erschwert, während Vaterschaft für Männer eher den gegenteiligen Effekt hat. Väter werden eingestellt, da sie als Ernährer einer Familie betrachtet werden. Mütter werden nicht als Ernährer der Familie betrachtet und die Dienstauffälle der Mütter bei den zu erwartenden Kinderkrankheiten sind bereits vorhersehbar. [5] [9] [10]

Im Themenfeld „innere Faktoren Persönlichkeit der Frau“ sind folgende Aussagen als valide zu betrachten:

Frauen messen der „Karriere“ im engeren Sinn weniger Bedeutung zu als Männer. Wichtiger erscheint ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Für Frauen stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein höheres Ziel dar, als für Männer. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für Frauen ein Erfolgsmaß. [13] [3] [8] [7] [14] [9]

Als valide können auch die Gründe angesehen werden, weshalb das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit bei Frauen mit den Jahren sinkt. Frauen tendieren dazu, Misserfolge auf eigene mangelnde Kompetenz zurückzuführen. Wichtig ist, dass nicht das niedrige Selbstvertrauen der Frauen die Berufstätigkeit beeinflusst, sondern umgekehrt die Berufstätigkeit selbst die Medizinerinnen ein Stück weit entmutigt. [13] [8] [7] [25] [28] [84] Menschen mit wenig Selbstvertrauen streben nicht nach höheren Positionen und Führungspositionen, in denen sie noch mehr Verantwortung tragen müssen. Wenn die Feminisierung fortschreitet, wird dies ein Punkt sein, an dem man ansetzen und gegensteuern muss, um die gut ausgebildeten Medizinerinnen nicht nach und nach aufgrund mangelndem Selbstvertrauens an andere Berufssparten zu verlieren.

Ebenfalls mit niedrigem Selbstvertrauen lässt sich die valide Aussage über Selbsteinschätzung von Frauen bei beruflicher Weiterentwicklung begründen. Frauen schätzen ihre Aufstiegswahrscheinlichkeit deutlich niedriger ein als Männer. [4] [8] [7] [37] [24]

Als valide anzusehen ist auch die Aussage über die Ergebniserwartung von Frauen. Frauen haben andere Vergleichsmaßstäbe. Sie vergleichen sich mit anderen Frauen, die ebenfalls objektiv weniger erfolgreich sind als Männer. Frauen haben bei gleichen Voraussetzungen und gleichen beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen wie Männer, trotzdem niedrigere Ergebniserwartungen. Sie sind insofern mit weniger zufrieden. [12] [78] Es scheint für viele Frauen normal zu sein nicht in eine Führungsposition aufzusteigen, da diese Positionen bislang kaum mit Frauen besetzt sind. Es fehlen die Vorbilder.

Ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Frauen nimmt gern die Elternzeit in Anspruch, um für ihre kleinen Kinder zuhause zu sein. Interessant erscheint diese Aussage im Zusammenhang mit der Diskussion um die Forderung nach mehr Kinderbetreuungsmöglichkeiten, um den früheren Wiedereinstieg der Frauen in den Beruf zu sichern. [9] [6] [12] [54] [7]

Im Themenfeld „innere Faktoren Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie“ kann die Aussage über Teilzeittätigkeit und Karriereunterbrechung als valide

betrachtet werden. Dass die Mehrzahl der Frauen Teilzeit arbeitet oder ihre Karriere aus familiären Gründen unterbrechen, wurde bereits erwähnt. Die Gründe für Teilzeitarbeit oder Karriereunterbrechung bei Männern sind jedoch andere, wie z.B. Sport, Reisen, Sabbatjahr oder um einmal im Ausland zu arbeiten. [31]

Als valide kann im Themenfeld „nicht äußeren oder inneren Faktoren zuordenbar“ die Aussage über Instrumentalität als Erfolgsmaß betrachtet werden.

Es hat sich gezeigt, dass Instrumentalität nicht nur querschnittlich mit Berufserfolg korreliert, sondern ihn auch längsschnittlich vorhersagen kann. Instrumentalität ist eine männliche Eigenschaft, bzw. eine Eigenschaft, die meistens Männern zugeschrieben wird. Die Instrumentalität scheint jedoch, zumindest in solch hoch selektiven Gruppen wie bei den HochschulabsolventInnen, im Selbstkonzept kein geschlechtsspezifisches Merkmal mehr zu sein. Unabhängig vom Geschlecht sind Personen mehr oder weniger „agentisch“ und dies ist ein Erfolgsmaß. [10] [11] [12] [2] [25] [82] Durch diese Aussage wird bestätigt, dass Frauen vom Grundsatz her genauso erfolgreich sein können wie Männer, da sie ebenfalls über Eigenschaften verfügen, welche aus ihnen erfolgreiche Menschen machen.

Basierend auf den validen Aussagen sind bei zunehmender Feminisierung der Gesundheitsversorgung folgende Veränderungen zu erwarten:

Ein wachsender Anteil an Frauen in Führungspositionen
Typisch feminine und typisch maskuline Fachrichtungen
Weniger Gender assoziierte Diskriminierungen
Bei gleicher Qualifikation keine Unterschiede in der Bezahlung, im Raumangebot und bei Preisverleihungen
Anstieg der Teilzeittätigkeit und damit Erhöhung der Ausbildungs- und Fortbildungskosten

Ist es erstrebenswert, die Feminisierung zu fördern oder wäre es ratsam ihr entgegen zu wirken?

Diese Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden. Die Feminisierung wird aufgrund der Erhöhung der Ausbildungskosten und Fortbildungskosten erhebliche finanzielle Mittel beanspruchen. Dennoch ist es lohnenswert diese Ressourcen einzusetzen, um die medizinische Versorgung sicher zu stellen.

5. Zusammenfassung

Seit Beginn des Jahrhunderts wird international an allen Universitäten ein steigender Anteil weiblicher Medizinstudenten beobachtet. Der Anteil der Frauen in der Gesundheitsversorgung nimmt daher zu. Durch diese zunehmende Feminisierung der Gesundheitsversorgung werden verschiedene Änderungen eintreten. Diese Änderungen sind hinreichend bekannt, werden in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft diskutiert und sind Anlass für politische Entscheidungen. Beim Versuch, die Aussagen zur Feminisierung zu kategorisieren, war aufgefallen, dass Vermutungen, unbestätigte Aussagen und bestätigte Feststellungen nebeneinander erwähnt werden, ohne dass für den Leser die Verlässlichkeit dieser Quellen erkennbar ist. Da aus politischen Entscheidungen zum Teil erhebliche Konsequenzen abgeleitet werden, wurde ein Schema entwickelt, mit dem die Validität (Verlässlichkeit) dieser Aussagen bewertet werden kann. Die bekannten Aussagen aus der Literatur und aus Expertenbefragungen wurden zusammengestellt und in fünf Klassen unterschiedlicher Validität eingeteilt.

Die Aussagen wurden zehn verschiedenen Themenfeldern (z.B. Beruf, Familie, gesetzliche Vorgaben) zugeordnet. Den höchsten Grad der Validität erhielten Aussagen, die auf messbaren Daten beruhen, z.B. Arbeitszeit oder Löhne. Den zweithöchsten Validitätsgrad erhielten Aussagen, die auf Umfrageergebnissen der betroffenen Population (Ärzten) beruhen. Aussagen, die auf Bevölkerungsumfragen beruhen, wurde der dritthöchste Validitätsgrad, Zitaten der vierthöchste Validitätsgrad zugesprochen. Eigene Meinungen der Autoren wurden dem fünften Validitätsgrad zugeordnet.

Die Analyse umfasst 155 Aussagen, die im Zeitraum von 1968 bis 2009 publiziert oder erwähnt worden sind. Folgenden, hier exemplarisch aufgeführten Aussagen wurde der höchste Validitätsgrad zugesprochen: Im Themenfeld „äußere Faktoren Gesetz“ werden die sozialen Barrieren beschrieben, die in Deutschland der beruflichen Entwicklung von Frauen entgegenstehen, wie z.B. der Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen oder die steuerlichen Rahmenbedingungen beim Ehegattensplitting. Im Themenfeld „äußere Faktoren Beruf“ weist eine Aussage auf die unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen bei gleicher Qualifikation, z.B. in der Bezahlung hin. Der Themenbereich „innere Faktoren Persönlichkeit der Frau“ greift das Thema Selbsteinschätzung von Frauen auf. Im dem Themenbereich „innere Faktoren Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie“ werden

Aussagen über den Familienstand von Ärztinnen und das Bildungsniveau des Partners getroffen. Ins Themenfeld „nicht inneren oder äußeren Faktoren zuzuordnenden Aussagen“ gehört z.B. die Aussage, dass der Anteil an Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe gestiegen ist.

Aussagen des fünfthöchsten und damit geringsten Validitätsgrades beschreiben im Themenfeld „Gesetz“ beispielsweise die Diskussion, dass die geltenden Mutterschutzrichtlinien nicht mehr wissenschaftlich abgesichert sind und dem heutigen Stand der Technik nicht mehr entsprechen. Im Themenfeld „Gesellschaft“ ist man der Meinung, dass Frauen gleich sein dürften wie Männer, solange sie die Mehrfachbelastung auf die Reihe bringen. Aus dem Themenfeld „Beruf“ stammen die Aussagen, dass potentielle Vorurteile gegen weibliche Führungskräfte dadurch zustande kommen, dass die Erwartungen die man gegenüber Frauen und ihren Eigenschaften hat, nicht mit den Erwartungen gegenüber Führungskräften übereinstimmen. Die Ergebnisse zeigen, dass lediglich 20% aller Aussagen den beiden höchsten Validitätsgraden zugeordnet werden können. 5% beruhten auf Umfrageergebnissen in der Bevölkerung, 56% auf Zitaten und 19% auf den eigenen Meinungen der Autoren. Die Analyse hat bestätigt, dass Aussagen zur Feminisierung unterschiedlich verlässlich sind. Es kann angegangen werden, dass die vorgeschlagene Kategorisierung zutreffend ist, weil im Laufe der Entwicklung eine schlüssige Unterscheidung nur mit dem hier präsentierten Schema möglich war. Das bedeutet, dass für politische Entscheidungen, die 31 verlässlichen Aussagen zur Feminisierung konkret benannt werden können. Diese betreffen die Verbesserung der Möglichkeiten für Teilzeitbeschäftigungen im Gesundheitssystem, der Kinderbetreuung, einer Anpassung der Facharztausbildung auf Teilzeitbasis und insgesamt die Herstellung der Chancengleichheit für Frauen. Die Notwendigkeit sorgfältiger Erhebungen wurde durch die diskrepanten Erhebungen bei Frauen vor und nach Geburt des ersten Kindes deutlich: Obwohl vor der Geburt eine gleichzeitige berufliche Tätigkeit und eigene Versorgung des Kindes geplant war, entschieden sich viele Frauen nach der Geburt zunächst vollzeitlich ihren Kindern zu widmen. Dieses Beispiel zeigt, dass in Zukunft Modelle zu entwickeln sind, welche den Frauen die Möglichkeit eröffnen, die erforderliche Präsenz in der Familie mit der beruflichen Belastung flexibel zu gestalten.

6. Literaturverzeichnis

1. Abele A: Geschlechtsrollen, Geschlechtsrollenorientierung und Geschlechterstereotype im Wandel. In: Liebau E (Hrsg) Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. Juventa, Weinheim, S. 123-139 (1997)
2. Abele AE, Stief M, Andrä MS: Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbsteffizienzerwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 44, S.145-155 (2000)
3. Abele A: Lebens- und Berufsplanung von Frauen. In H.Roos-Schuhmacher (Hrsg) Kompetent in die Öffentlichkeit. Frauen auf dem Weg in die BürgerInnen-Gesellschaft. Leske u. Budrich, Opladen, S.27-43 (2001)
4. Abele AE: Ärztin – Arzt sein heute- Zwischen Erwartung und Realität. Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. In Brandenburg U, Leeners B, Petermann-Meyer A, Schwarte A, Dohmen C, Neises M (Hrsg) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung der DGPF. Psychosozial Verlag, Gießen, S.21-31 (2002)
5. Abele AE: Ein Modell und empirische Befunde zu beruflicher Laufbahnentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtsvergleichs. Psychologische Rundschau 53: S.109-118 (2002)
6. Abele AE: Geschlechterdifferenz in der beruflichen Karriereentwicklung. Warum sind Frauen weniger erfolgreich als Männer? In Keller B & Mischau A (Hrsg) Frauen machen Karriere in Wissenschaft und Politik. Chancen nutzen – Barrieren überwinden. Nomos Verlagsgesellschaft, S.49-63 (2002)

7. Abele AE, Nietzsche U: Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, S. 2057-2062 (2002)
8. Abele AE: Ärztinnen und Ärzte vom zweiten Staatsexamen bis zur Facharzt-ausbildung. In Abele AE, Hoff E, Hohner H-U (Hrsg) Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Asanger, Heidelberg, S.29-42 (2003)
9. Abele AE: Beruf - kein Problem, Karriere schon schwieriger: Berufslaufbahnen von Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich. In Abele AE, Hoff E, Hohner H-U (Hrsg), Frauen und Männer in Akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Asanger, Heidelberg, S. 157-182 (2003)
10. Abele AE: Geschlecht, geschlechtsbezogenes Selbstkonzept und Berufserfolg. Befunde aus einer prospektiven Längsschnittstudie mit Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Zeitschrift für Sozialpsychologie 34, S. 161-172 (2003)
11. Abele AE: The dynamics of masculine-agentive and feminine-communal traits. Findings from prospective study. Journal of Personality Social Psychology 85, S. 768-776 (2003)
12. Abele AE, Stief M: Die Prognose des Berufserfolgs von Hochschulabsolventinnen und -absolventen. Befunde zur ersten und zweiten Erhebung der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 48, S. 4-16 (2004)
13. Abele AE: Frauen in der Medizin: Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühnen A (Hrsg) Karriereplanung für Ärztinnen, Springer, S.35-57 (2006)

14. Alfermann D: Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Kohlhammer Stuttgart (1996)
15. Augsburg-Dölle T: Die Förderung der Einseitigkeit: Karrierewünsche und Karrierehindernisse von Schweizer Ärztinnen und Ärzten. Huber, Bern (1996)
16. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Kuchler T: Geschlechterunterschiede im Beruf. Deutsches Ärzteblatt 101, S. 776-779 (2004)
17. Bickel J: women in academic medicine. Journal of the American Medical Womens' Association 55. S 10-12 (2000)
18. Bless H, Bohner G, Chassein B, Kittel C, Kohlhoff A, Nathusius K, Schüssler G, Schwarz N: Hausmann und Abteilungsleiterin. Die Auswirkung von Geschlechtsrollenerwartungen und rollendiskrepantem Verhalten auf die Zuschreibung von Persönlichkeitseigenschaften. Zeitschrift für Sozialpsychologie 23, S. 16-24 (1992)
19. Brinkschulte E: Historische Einführung:Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg) Karriereplanung für Ärztinnen, Springer, S. 9-35 (2006)
20. Bühren A: Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils. In Schönleben K (Hrsg) Umdenken in der Chirurgie. Sonderband zum Chirurgenkongress 2001. Hans Marseille Verlag GmbH München, S. 177-190 (2001)
21. Bühren A: UM-Denken ist gefragt auf dem Weg zur Medizin des 21. Jahrhunderts. Ärztin 48, S. 4-5 (2001)

22. Bühren A: Ärztinnen-Gesundheit. Deutsche Medizinische Wochenschrift 133, S. 23-25 (2008)
23. Bühren A: Das familienfreundliche Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus 6, S. 173-175 (2008)
24. Buddeberg-Fischer B, Illes C, Klagenhofer R: Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatexamenskandidatinnen und –kandidaten. Das Gesundheitswesen 64, S. 353-362 (2002)
25. Buddeberg-Fischer B, Klagenhofer R: Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. In Abele AE, Hoff E, Hohner H-U (Hrsg) Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Asanger, Heidelberg, S. 17-28 (2003)
26. Buddeberg-Fischer B, Klagenhofer R, Abel T, Buddeberg C: Workplace experiences of junior physicians. Swiss Medical Weekly, S. 19-26 (2005)
27. Bryan HE, Jenett PA, Kishinevsky M: Gender, family status, and career patterns of graduates of the University of Calgary faculty of medicine. Academic Medicine 66, S. 483-485 (1991)
28. Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Material zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. <http://www.blk-bonn.de/papers/heft117.pdf> (2004)
29. Carlin E: the gender laws: federal legislation and the feminization of veterinary medicine. Veterinary heritage 30(7), S. 21-27 (2007)

30. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A, Moskowitz M: Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Annals of Internal Medicine* 132, S. 889-896 (2000)
31. Carroll CB, Pengiran Tengah DSNA, Lawthom C, Venables G: The feminisation of British neurology: implications for workforce planning. *Clinical Medicine* 7, S. 339-342 (2007)
32. Clark P: Does being a women make a difference in professional practice? *Journal of rheumatology* 27(8), S. 2010-2017 (2000)
33. Clearihan L: Feminisation of the medical workforce. Is it just a gender issue? *Australian family Physician* 28, S. 529 (1999)
34. Corbett H: Feminisation of the profession. *The Australian veterinary journal* 84(11), S.N30 (2007)
35. Darmoni SJ, Haug MC, Lukacs B, Boissel JP: Quality of health information about depression on internet. Level of evidence should be gold standard. *British Medical Journal* 322:1367 (2001)
36. Davison HK, Burke MJ: Sex discrimination in simulated employment context: A metaanalytic investigation. *Journal of vocational behaviour* 56, S. 225-248 (2000)
37. De Angelis CD: Women in Academic Medicine: New insights, same sad news. *New England Journal of Medicine* 342, S. 426-427 (2000)
38. Deaux K: Self- evaluations of male and female managers. *Sex roles* 5, S. 571-580 (1987)

39. Denekens JPM: The impact of feminisation on general practice. *Acta Clinica Belgica* 57(1) , S.5-10 (2002)
40. Derese A: Feminisation, the medical profession and its education. *Acta Clinica Belgica* 57, S. 3-4 (2002)
41. Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A. *Karriereplanung für Ärztinnen*. Springer, S.2-5 (2006)
42. Eagly AH, Karau SJ: Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review* 109, S. 573-598 (2002)
43. Eckes T: *Geschlechterstereotype: Frau und Mann in sozialpsychologischer Sicht*. Centaurus, Pfaffenweiler (1997)
44. Färber C: Wo bleiben die Professorinnen der Medizin? *Jahrbuch für Kritische Medizin, Frauen –Gesundheit* 24, S. 14-27 (1995)
45. Freeman A: *Feminization of veterinary medicine*. American Veterinary Medical Association, S. 988 (2000)
46. Forestier R, Francon A, Graber-Duvernay B: Validity parameters of clinical trial and their influence on evidence based medicine conception: a review. *Ann Readapt Med Phys* 48, S. 250-258 (2005).
47. Gyatt GH: Rating quality of evidence and strength of recommendations. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal* 336, S. 995-998 (2008)
48. Henning M, Jardim A: *Frau und Karriere*. Rowohlt Reinbek (1987)

49. Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. Deutsches Arzteblatt 105(12), S. A-609 (2008)
50. Hinz A, Schwarz R: Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Psychotherapie , Psychosomatik, medizinische Psychologie 55/5, S. 193-200 (2001)
51. Höllinger F: Frauenerwerbstätigkeit und Wandel der Geschlechtsrollen im internationalen Vergleich. Kölner Zeitschrift für Soziologie Sozialpsychologie 43, S 753-771 (1991)
52. Hoff E-H, Grote S, Hohner H-U, Dettmer S: Berufsverlaufsmuster und Geschlecht in Medizin und Psychologie. Zeitschrift für Politische Psychol 8, S. 203-223 (2000)
53. Hradil S: Soziale Ungleichheit in Deutschland. Leske u. Bubrich , Opladen (2001)
54. Institut für Demoskopie Allensbach. Einflussfaktoren auf die Geburtenrate. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der 18- bis 44-jährigen Bevölkerung. <http://www.ifd-allensbach.de>, 2004
55. Iwd. Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln Nr. 38 vom 18. September 2003. <http://www.iwkoeln.de> (2003)
56. Janert J: Fehlende Fehlerkultur. <http://www.fazjob.net>. 25. April 2006
57. Kaczmarczyk G: Planung einer wissenschaftlichen Karriere. In Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg) Karriereplanung für Ärztinnen, Springer, S. 215-238 (2006)

58. Kmietowicz Z: Women in academic medicine still have to battle against macho culture. *British Medical Journal* 336, S. 979 (2008)
59. Knaul F: The gender composition of the medical profession in Mexico. *Journal of the American Medical Womens Association* 55, S.32-55 (2000)
60. Kunz R, Burnand B, Schünemann HJ: Das Grade-System. Ein internationaler Ansatz zur Vereinfachung der Graduierung von Evidenz und Empfehlung in Leitlinien. *Der Internist* 49, S. 673-680 (2008)
61. Levinson W, Lurie N: When most doctors are women: what lies ahead? *Annals of Internal Medicine*. 141(6), S. 471-474 (2004)
62. Ley U: Hierarchie und Konkurrenz in der Medizin. In Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg) *Karriereplanung für Ärztinnen*, Springer, S.78-105 (2006)
63. Lindemann M, Sundvik L, Rouhiainen P: Under- or overestimation of self? Person variables and self-assessment accuracy in work settings. *Journal of Social Behaviour and Personality* 10, S. 123-134 (1995)
64. Lindsay S: The feminization of the physician assistant profession. *Women and Health* 41, S.37-61 (2005)
65. Massachusetts Institute of Technology. A study on the status of women faculty in science at MIT. <http://www.web.mit.edu/fnl/women/women.html> (1999)
66. McKinstry B, Colthart I, Elliott K, Hunter C: The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. *BMC Health Services Research* May 10;6:56 (2006)

67. McKinstry B: Are there too many female medical graduates? British Medical Journal S. 748-749 (2008)
68. Miller K, Clark D: "Knife before wife": an exploratory study of gender and the UK medical profession. Journal of Health Organization and Management, S. 238-253 (2008)
69. N.N. Frau im Arztberuf - Klinik, Kind, Karriere. Medicus Online. Medizinische Fachkreise. <http://www.sanofi-aventis.de>
70. N.N: Schwangerschaft und Mutterschutz im Krankenhaus.
<http://www2.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap3/34.htm#head>
(2001)
71. N.N: Der Frauenanteil unter den Ärzten steigt: Ist dadurch die „sprechende Medizin im Kommen? <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0628> (2007)
72. N.N: Women 25-54:Frauen denken anders. Studien und Analysen zum Informations- und Kommunikationsverhalten von Frauen. <http://www.ketchum.de>
(2007)
73. Nöh H, Küchen M. Der Arztberuf wird Frauensache. <http://www.abendblatt.de>
74. Porzsolt F, Kajnar H, Awa A, Fässler M, Herzberger B. Validity of Original Studies in Health-Technology Assessment (HTA) Reports: Significance of Standardized Assessment and Reporting. Int. J. Technol. Assess. Health Care 21(3), S. 1-4 (2005)

75. Probst E. Meilensteine der Medizin.
<http://www.deutschlandmed.de/deutsch/medizingeschichte>
76. Puljak L, Kojundzic SL, Sapunar D: Gender and academic Medicine: A good pipeline of women graduates is not Advancing. Teaching and learning medicine 20(3), S. 273-278 (2008)
77. Rosenkrantz P, Vogel S, Bee H, Broverman I, Brovermann DM: Sex-role stereotypes and self-concepts in college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology 32, S. 287-295 (1968)
78. Rosenthal P, Guest D, Pecci R: Gender differences in managers' causal explanations for their work performance: A study in two organizations. Journal of Occupational Organizational Psychology 69, S. 145-151 (1996)
79. Schofield D: Change of the guard in obstetrics and gynaecology: projected retirement to 2025. Cahiers de sociologie et de demographie medicals 48(1), S. 107-121 (2008)
80. Sieverding M: Das Problem der Frau Doktor – Medizin und Weiblichkeit. Psychomed 1, S. 49-54 (1989)
81. Sieverding M: Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Enke, Stuttgart (1990)
82. Sieverding M: Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichen Idealkonzept und Karrierekonzept. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 36, S. 157-166 (1992)
83. Sieverding M: Psychologische und soziale Karrierehemmnisse im Berufsweg der Ärztin. Archives of Gynecology and Obstetrics, S. 699-704 (1995)

84. Sieverding M: Geschlechts(rollen-)unterschiede im ärztlichen Beruf. In: Brähler E, Strauß B (Hrsg) Handlungsfelder in der Medizin, Hogrefe Göttingen, S. 117-134 (2002)
85. Sieverding M: Frauenärztinnen in den Institutionen Krankenhaus und Universität. In Beckermann M J und Perl F M (Hrsg.) Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwabe und Co. AG Basel S. 142-150 (2004)
86. Sieverding M: Psychologische Karrierehindernisse im Berufsweg von Frauen. In Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühnen A (Hrsg) Karriereplanung für Ärztinnen, Springer, S.57-78 (2006)
87. Statistisches Bundesamt. Altersaufbau 2030 in Deutschland nach Alter und Geschlecht.
<http://www.destatis.de/jetspeedportal/cms/sites/destatis/internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung,templated=renderPrint.psml> (2006)
88. Statistisches Bundesamt. Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftigkeit im Bund und in den Ländern. http://www.statistikportal.de/statistikportal/demographischer_wandel_heft2.pdf (2008)
89. Stodolsky C: Geschlecht, soziale Schicht und die Professionalisierung der Lehrtätigkeit der Volksschullehrerinnen im Kaiserreich. In Jacobi J (Hrsg) Frauen zwischen Familie und Schule. Professionalisierungsstrategien bürgerlicher Familien im internationalen Vergleich. Böhlau Köln/Wien, S.153 (1994)
90. Thomas RK: The feminization of the American medicine. Marketing Health Services 20(3), S. 13-18 (2000)

91. Uhlenberg P, Cooney TM: Male and female physicians: Family and career comparison. *Sociology Science and Medicine* 30, S. 373-378 (1990)
92. Ward A: Careers of medical women. *British Medical Journal* 284, S. 31-33 (1982)
93. Watson DE, Slade S, Buske L, Trepper J: Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten year population-based study. *Health Affairs (Millwood)* 25(6), S. 1620-1628 (2006)
94. Wiktionary. Validität – Bedeutungserklärung, Wortherkunft.
<http://de.wikipedia.org/wiki/Validit%C3%A4t> (2010)
95. Wolosin RJ: Physician gender and primary Care Patient Satisfaction. No Evidence of "Feminization" .*Quality Management in Health Care*, S. 96-103 (2006)
96. Zuber MA: Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Fachgebietes Humanmedizin in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 126, S 65-71 (2001)

7. Anhang

Ergebnistabellen

Tab 1 Äußere Faktoren Gesetz: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Soziale Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen durch steuerliche Rahmenbedingungen, Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen	(86 Z) (51 QM) (83 M) (82 Z) (85 Z)	QM	I
Vertragsdauer, Weiterbildung zur Fachärztin	(62 M) (82 Z)	Z	IV
Das Mutterschutzgesetz enthält neben Regelungen zum Kündigungsschutz sowie einer Freistellung von schwangeren Arbeitnehmerinnen auch allgemeine Beschäftigungsverbote	(70 M) (28 Z)	Z	IV
Mutterschutzgesetz führt zu längeren Weiterbildungszeit	(69 Z) (28 Z)	Z	IV
Prestige wie Gehälter sind dramatisch gesunken → Männerzahlen sinken	(49 Z)	Z	IV
Gute und zuverlässige Betreuungsangebote für Kleinkinder, Männer begrüßen es in der Mehrzahl der Fälle, wenn ihre Partnerinnen für die Betreuung der Kinder zuhause bleiben	(9 M) (6 M) (12 M)	M	V
Förderung von weiblichen Mitarbeitern als Leistungskriterium bei Vergabe von Geldmitteln	(20 M)	M	V
Keine Vertretungsmittel für schwangere Ärztinnen	(44 M)	M	V
Mutterschutzgesetz dem Stand der Zeit nicht mehr angemessen	(28 M)	M	V

Tab 2 Äußere Faktoren Gesellschaft: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussagen	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Verzicht auf Familie ist in der Medizin nicht gleichbedeutend mit Karriere	(69 Z) (10 Z) (12 QF)	QF	II
Männer legen mehr Wert auf Macht und Gelderwerb - Frauen dagegen ist es wichtig, etwas ‚Sinnvolles‘ zu tun, für andere zu sorgen	(73 Z) (28 Z) (48 U)	U	III
Die gesellschaftliche Erwartung, allein die Option einer Frau auf Kinder, sei ein Karrierehemmnis	(69 Z) (81 Z) (83 Z)	Z	IV
Frauen als auch Männer neigten dazu, Frauen unterzubewerten und Männer überzubewerten. Männer haben auf ihrem Weg nach oben bereits feste Beziehungssysteme	(69 Z) (28 M)	Z	IV
Eigenschaften, die Ärzte haben sollten	(67 Z)	Z	IV
Gesellschaftliche Erwartungen, die an Männer und Frauen gestellt werden	(13 Z) (4 Z) (9 Z) (8 Z)(44 M) (81 Z) (80 M) (3 Z)	Z	IV
Zitat von Charlotte Whitton, Bürgermeisterin von Ottawa, über Maßstäbe die bei Frauen angelegt werden	(62 Z)	Z	IV
An Frauen und Männer andere Erwartungen herangetragen, die auch den Berufserfolg beeinflussen	(10 M) (12 Z) (43 M) (14 M)	Z	IV
Die Arbeit von Frauen wird unterbewertet	(17 Z)	Z	IV
Eigenschaften einer Person werden zum Teil an der Tätigkeit festgemacht, nicht nur am Geschlecht	(18 Z)	Z	IV

Frauen und Männern werden bereits in der Kindheit ihre Rollen in der Gesellschaft vermittelt	(14 Z)	Z	IV
Führungsqualitäten Männer im Vergleich zu Frauen	(14 Z)	Z	IV
Feminisierung eines Berufszweiges	(36 Z)	Z	IV
Geschlechtstypische Eigenschaften	(36 Z) (43 M)	Z	IV
Gesellschaftliche Zugeständnisse an Frauen	(44 M)	M	V
Frauen müssen mehr leisten um Anerkennung zu finden	(44 M) (37 M)	M	V
Gesellschaftlicher Aufstieg	(53 M)	M	V
Unterordnung /gleichberechtigte Partnerschaft	(14 M)	M	V
Erwartungen von Frauen an Frauen	(1 M)	M	V

Tab 3 Äußere Faktoren Beruf: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Männer und Frauen werden bei gleicher Qualifikation unterschiedlich behandelt	(65 QM) (36 Z)	QM	I
Nur geringer Anteil der leitenden Krankenhausärzte sind weiblich, aufgrund der besseren Netzwerke der Männer	(49 Z) (81 Z) (28 Z) (38 QF) (83 Z) (85 Z) (48 M) (57 Z) (81 Z) (16 Z) (17 Z)	QF	II
Diskriminierung in akademischer Umgebung	(30 QF)	QF	II
Women who reported experiencing	(30 QF)	QF	II

negative gender bias had similar productivity but lower career satisfaction score than did other women			
Bei den Vollzeitbeschäftigten liegt das Einkommen der Frauen deutlich unter dem der Männer	(16 QF)	QF	II
Table 1 shows that more men than women were contracted to work more than 26 hours.	(66 QF)	QF	II
Forderungen nach Förderungen von Frauen	(21 M)	M	III
fehlende Vorbilder	(69 Z) (96 Z) (37 Z) (15 Z) (83 M) (80 M) (16 Z)	Z	IV
Promotionen	(57 Z)	Z	IV
Finanzielle Unterstützung wissenschaftlich tätiger Frauen	(57 Z) (28 Z)	Z	IV
Vorgesetzte halten tüchtige Frauen oft auf der ausführenden Arbeitsebene	(57 Z)	Z	IV
Job experience Frauen haben mehr soziale Kontakte Männer erhalten mehr Förderung	(26 Z)	Z	IV
Familienfreundliche Angebote rechnen sich	(23 Z)	Z	IV
Die Chirurgie ist nur auf Männer ausgerichtet	(20 Z)	Z	IV
Unfallchirurgie für Frauen hohe körperliche Belastung	(20 Z)	Z	IV
subtilen Formen der Diskriminierung	(81 Z)	Z	IV
Diskriminierung in den operativen Fächern	(81 Z)	Z	IV
Frauen-Fächer	(81 Z)	Z	IV

Prozentual mehr Anträge von Frauen in der praktischen Medizin als solch von Männern abgelehnt	(28 Z)	Z	IV
Desillusionierung im klinischen Alltag	(84 Z)	Z	IV
Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit in der Organisation Krankenhaus	(82 Z)	Z	IV
Männliche und weibliche Stellenbewerber werden nach unterschiedlichen Kriterien bewertet	(36 Z)	Z	IV
Although some research suggests that younger male doctors are also seeking part time careers, there is a little evidence that they are actually opting for this lifestyle	(67 Z)	Z	IV
Gleiche Maßstäbe bei Beurteilung von Männern und Frauen	(48 M)	M	V
Vorurteile gegenüber weiblichen Führungskräften	(42 M)	M	V

Tab 4 Äußere Faktoren Familie / Partner: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Mutterschaft erschweren für Frauen den erfolgreichen Berufseinstieg	(5 Z) (9 Z) (10 QF)	QF	II
Kinder und Beruf zu einander weitgehend ausschließenden Optionen	(54 U) (85 Z)	U	III
Partnerschaften von ÄrztInnen , Mangelnde Unterstützung durch Lebenspartner	(84 Z) (83 Z) (82 Z) (80 Z)	Z	IV

Die Geburt eines Kindes war (für Männer mit Karrierezuwachs), für Frauen mit Karriereverlust verbunden	(13 Z)(3 M) (12 Z)(25 Z) (67 Z) (28 Z)	Z	IV
Vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte, Frauen genauso erfolgreich wie alle Männer	(13 Z)	Z	IV
Während der Ausbildung keine Schwangerschaft möglich, ohne den Qualifikationsverlauf empfindlich zu stören.	(44M)	M	V

Tab 5 Innere Faktoren weibliche Persönlichkeit: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Vergleich bei Selbsteinschätzung	(63 QM) (14 Z)	QM	I
Frauen neigen eher zu Angst und Depressionen als Männer.	(50 QM)	QM	I
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	(13Z) (3 Z) (8 Z) (7 QF) (14 Z) (9 M)	QF	II
Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit bei Frauen	(13 M) (8 QF) (7 QF) (25 Z) (28 Z) (84 M)	QF	II
Frauen schätzen ihre Aufstiegswahrscheinlichkeit deutlich niedriger ein als Männer	(4 QF) (8 Z) (7 QF) (37 Z) (24 QF)	QF	II
Frauen nehmen gern die Elternzeit in Anspruch	(9 Z)(6 QF)(12 QF) (54 U) (7 QF)	QF	II

Frauen haben andere Vergleichsmaßstäbe	(12 QF) (78 Z)	QF	II
Frauen sind Multi-Tasking und Multi-Minding	(72 U)	U	III
Frauen verbringen mehr Zeit damit, an die Bedürfnisse anderer zu denken als an die eigenen	(72 U)	U	III
Frauen legen Wert auf geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle, künftig müssen drei junge Ärztinnen ausgebildet werden, um zwei in Pension gehende Ärzte zu ersetzen	(49 Z)	Z	IV
Starke Identifikation mit der Mutter-Kind-Ideologie oder eine zu bescheidene Selbsteinschätzung	(86Z) (8 Z) (22 Z) (24 Z) (51 Z) (80 Z) (85 Z)	Z	IV
selbstbewusste Selbstdarstellung wird als unwürdig oder als „unweiblich“ angesehen	(86 Z) (80 Z)	Z	IV
Daß Frauen strenger mit sich ins Gericht gehen, wenn ihnen etwas mißlingt liege an der Erziehung	(56 Z)	Z	IV
Viele Frauen wollen – und sollen – heute „alles“ ,	(3 Z) (9 Z) (13 Z) (4 Z)	Z	IV
Frauen haben niedrigere „Karriereorientierung“	(9 M) (8 Z) (48 M)	Z	IV
Fehlen von instrumentellen Eigenschaften bei Frauen könnte zu einer Entscheidung für die traditionelle weibliche Rolle in der Familie führen	(81 Z) (82 Z)	Z	IV

Anhang

Frauen schreiben ihren beruflichen Erfolg weniger ihren Fähigkeiten zu, als Männer	(78 Z)	Z	IV
Frauen passen sich an, sie spiegeln, was ihnen vorgelebt wird	(18 Z)	Z	IV
Frauen übernehmen häufiger die soziale und Männer häufiger die aufgabenorientierte Führungsposition	(14 Z) (78 Z) (14 M)	Z	IV
Frauen zeigen weniger von den Charakterzügen und der Motivation, die notwendig wäre um eine high-level Position zu erreichen und auszuführen	(42 Z)	Z	IV
Female physicians are more likely than male counterparts to engage patients as active partners in their care	(61 Z)	Z	IV
Female physicians offer more emotional support, encouragement, and reassurance to their patients and engage in more psychosocial discussion than male physicians.	(61 Z)	Z	IV
Ärztinnen begehen viermal weniger Kunstfehler als ihre männlichen Kollegen	(25 Z)	Z	IV
Ärztinnen verbringen mehr Zeit im direkten Kontakt mit ihren PatientInnen	(25 Z) (22 Z) (67 Z) (71 Z)	Z	IV
Mädchen haben die besseren Abiturnoten und bekommen so leichter einen Studienplatz	(73 Z) (28 Z) (53 M)	Z	IV

Medizinerinnen wollen eher gestalten, ihrem Leben einen Sinn geben und ihr Wissen ausbauen	(49 Z)	Z	V
Frauen wählen ihren Beruf eher nach Neigung, weniger nach Erfolgsaussichten	(57 M)	M	V
Viele Frauen kapitulieren vor der Mehrfachbelastung in Familie und Beruf	(69 M) (16M)	M	V
Frauen beurteilen ein Risiko grundsätzlich negativ	(48 M)	M	V
Identifikation mit typisch femininen Eigenschaften	(83 M) (85 M)	M	V
Praxisschock oder Berufseintrittsschock bei ehrgeizigen Studentinnen stärker als bei männlichen Kommilitonen	(85 M)	M	V

Tab 5 Innere Faktoren Verhalten der Frauen mit und gegenüber der Familie: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Ärztinnen haben häufiger Partner, die ebenfalls einen Hochschulabschluss aufweisen	(13 Z) (9 Z) (8 Z) (6 QF) (91 QM) (85 Z) (16 QM) (31 QF)	QM	I
Verheiratete Ärztinnen verzichten auf eigene Karrierevorteile zugunsten des Partners	(13 Z) (9 Z) (8 Z) (6 QF) (91 QM) (84 Z) (80 M) (31 QF) (80 Z)	QM	I

Ärztinnen mit Kleinkindern arbeiten weniger Wochenstunden als Ärzte	(93 QM) (61 Z)	QM	I
Die Mehrzahl der Frauen arbeitet Teilzeit aus familiären Gründen, Männer haben andere Gründe	(31 QF)	QF	II
Frauen stehen den „egalitären“ Geschlechtsrollen positiver gegenüber als Männer	(3 Z)	Z	IV
Frauen mit Kindern haben weniger Forschungsergebnisse, weniger Veröffentlichungen und weniger Karrierezufriedenheit	(17 Z)	Z	IV
Frauen mit höherer Bildung heiraten nicht nur seltener und später, sie gründen auch Familien später und bleiben wesentlich häufiger kinderlos	(53 M) (28 M) (55 M)	M	V
Kinderlose in Städten lebende Eheleute, sowie berufstätige Frauen werden wesentlich häufiger geschieden als kinderreiche auf dem Land lebende Ehepartner sowie Hausfrauen	(53 M)	M	V
Frauen heiraten seltener, weil sie befürchten müssen, dass eine Heirat und vor allem die Gründung einer Familie sie daran hindern werden, ihre hohe Qualifikation im Berufsleben entsprechend zu „verwerten“	(53 M)	M	V

Tab 6 Innere Faktoren Ansprüche an die Profession: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturangabe	Ergebnis	Validität
Frauen haben eine andere Definition von Erfolg	(69 Z) (15 Z) (81 Z)	Z	IV
Frauen und Männern haben unterschiedlichen Prioritäten	(49 Z) (84 M)	Z	IV
Female doctors are more likely to work part time than their male colleagues	(67 Z)	Z	IV
Fachbereiche in denen technische Fähigkeiten gefragt sind, scheinen für Frauen nicht so attraktiv zu sein	(67 Z)	Z	IV
Frauen sind unzufrieden mit den Möglichkeiten ihre beruflichen Ziele zu verwirklichen und dem Grad der finanziellen Entlohnung.	(17 Z)	Z	IV
Der wirtschaftliche Aspekt der weiblichen Erwerbstätigkeit ist aber auch positiv mit der Frage der Emanzipation der Frau verknüpft	(51 Z)	Z	IV
Wahl eines Faches wird neben dem inhaltlichen Interesse stark von den Rahmenbedingungen bestimmt	(81 Z)	Z	IV
Women Doctors concentrate in a few specialities regarded as family friendly (for example, primary care and psychiatry) and tend not to take up some specialities such as surgery.	(67 Z)	Z	IV
Wichtig sind die Sinnhaftigkeit der Arbeit und die Möglichkeit sozialer Kontakte am Arbeitsplatz. Berufliche Tätigkeit dient nicht der Überbrückung bis	(3 M)	M	V

zur Eheschließung			
-------------------	--	--	--

Tab 7 Innere Faktoren Arbeitgeber: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Frauen finden in viel beschäftigten Fakultäten weniger Mentoren als Männer	(17 Z)	Z	IV
Sie möchten ebenso wie ihre männlichen Kollegen gefördert und entsprechend ihren Leistungen honoriert werden	(69 M)	M	V

Tab 8 Innere Faktoren Ansprüche an den Staat: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Kinderbetreuungswünsche	(13 Z) (24 Z)	Z	IV

Tab 9 Nicht zuordenbar: Auswertung der Aussagen in den verschiedenen Literaturstellen und Zuordnung der Validitätsstufe

Aussage	Literaturstelle	Ergebnis	Validität
Ärztinnen reduzieren ihr Arbeitspensum	(93 QM)	QM	I

(Grafik!!) Bei Angestellten arbeiten Männer mehr Stunden pro Woche als Frauen	(16 QM)	QM	I
Auf den Entscheiderebenen in Universitäten und Kliniken sind Frauen gänzlich unterrepräsentiert	(69M) (96 QM) (37 Z) (22 M) (67 Z) (81 Z) (17 M) (82 Z) (80 Z) (61 Z)	QM	I
Nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials erreicht eine Führungsposition	(69 Z) (8 Z) (96 QM) (49 Z) (44 Z) (16 QM)	QM	I
Compared with their male counterparts, female physicians earn less money and work fewer hours per week	(91 QM) (27 QM) (92 QM) (61 Z) (29 Z)	QM	I
At every age , a much higher proportion of women physicians are living alone or with a spouse only. In contrast, more male physicians are living in families with children present	(91 QM)	QM	I
However, the proportion of women obstetricians and gynaecologists had increased from 20% to 32%	(79 QM)	QM	I
Anteil der weiblichen Habilitierten in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Unfallchirurgie am geringsten in der plastischen Chirurgie am höchsten	(20 QM) (28 Z)	QM	I
Anteil der Ärztinnen unter den intensiv wissenschaftlich Tätigen in chirurgischen Fächern an deutschen Universitätskliniken ist in der Unfallchirurgie am niedrigsten und in der Kinderchi-	(20 QM)	QM	I

rurgie am höchsten			
Instrumentalität als Erfolgsmaß	(10 Z) (11 QF) (12 QF) (2 QF) (25 Z) (82 U)	QF	II
Unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, haben Frauen und Höhergebildete positivere Einstellungen zur weiblichen Erwerbstätigkeit	(51 U)	U	III
Als am meisten förderliche Eigenschaften bei dem Konzept „ideale/r Arzt/Ärztin im Umgang mit Patienten“ gelten expressive Eigenschaften	(82 U) (85 U)	U	III
Ärztinnen schließen oft Facharzt Ausbildung nicht ab	(80 Z)	Z	IV
Personen, die sich richtig einschätzen können, sind intelligenter und standhafter, als andere	(63 Z)	Z	IV
Auf bestimmten Gebieten, wie der Chirurgie und der Orthopädie, sind Frauen ganz besonders selten vertreten	(69 Z) (17 M) (24 Z)	Z	IV
Laut aktueller Statistik der Bundesärztekammer sind von den 19.398 Chirurgen gerade mal 2.819 weiblich. Erst 2001 erlangte mit Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns die erste Frau in der Bundesrepublik eine C4-Professur für Visceral- und Transplantationschirurgie und wurde Klinikchefin an der Universitätsklinik Ulm.	(69 Z)	Z	IV
Ärztinnen in Wissenschaft und For-	(49 M) (8 Z) (28	Z	IV

schung unterrepräsentiert	Z)		
1899: Der deutsche Bundesrat beschließt am 20. April 1899, Frauen zum Medizinstudium und zu den Prüfungen zuzulassen	(75 Z)	Z	IV
Frauenanteil auf allen Qualifikationsstufen der Medizin nimmt zu Promotionshäufigkeit von Medizinerinnen nicht niedriger als die der männlichen Kollegen. Schereneffekt	(13 Z) (28 Z) (16 M)	Z	IV
Am Ende des Studiums, bei den weiblichen und männlichen Befragten keine Unterschiede in Leistung und Selbstvertrauen	(13 Z)	Z	IV
Frauen, die mehr „Familienarbeit“ leisten habe ungünstigere Voraussetzungen für Karriere	(5 Z) (22 Z)	Z	IV
Medizinerinnen sind seltener berufstätig, häufiger arbeitslos	(7 Z) (82 Z)	Z	IV
Als maskulin gelten „instrumentelle“ (auch „agentische“) Eigenschaften wie z.B. „selbstsicher“ oder „durchsetzungsfähig“, und als feminin gelten „expressive“ (auch „kommunale“ Eigenschaften wie z.B. „fürsorglich“ oder „einfühlsam“	(10 Z) (11 Z) (12 Z) (18 Z) (84 Z)	Z	IV
In summary, there must be mentors for women faculty members, and they must be promoted at a rate that is equitable to the rate for men. Otherwise we will waste halt our genetic pool of intelligence, creativity, and critical insights and experience. Medicine simply cannot afford that loss	(37 M) (26 Z)	Z	IV

2006 waren bereits 57% der Berufseinsteiger weiblich und bei den Erstsemestern sogar schon zwei Drittel	(23 Z)	Z	IV
Gründe für das Auswandern junger Ärzte in andere Gesundheitssysteme	(23 Z)	Z	IV
Zur Besetzung von zwei Vollzeitstellen müssen drei Ärztinnen oder Ärzte ausgebildet werden	(23 Z)	Z	IV
No significant differences between the sexes were seen for doctor without children	(67 Z)	Z	IV
Nach der Geburt eines Kindes sind die meisten Mütter ein Jahr nicht erwerbstätig. Bei Vätern werden keine Einschnitte in den Erwerbsbiographien verzeichnet	(52 Z)	Z	IV
Lernerfolg der Kinder hängt hierzulande stark vom Bildungsstand der Mutter ab	(55 Z)	Z	IV
Für Frauen sind Vorbilder hauptsächlich zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn wichtig, während Männer eine Karriereförderung eher zu einem späteren Zeitpunkt wünschen, wenn sie ihren Weg gefunden haben	(24 Z)	Z	IV
Frauenquote im ärztlichen Beruf, nicht zuletzt wegen der Vereinigung von West- und Ostdeutschland inzwischen recht hoch	(84 Z)	Z	IV

Von der „Feminisierung der Medizin“ zu sprechen scheint übereilt. Im Laufe der auf das Examen folgenden Berufsjahre scheiden immer mehr Frauen aus dem Arbeitsprozess aus. Es gibt unter den Berufsanfängern einen deutlich höheren Anteil von jungen Ärztinnen. Da das Alter in der Medizin „ von erheblicher Bedeutung für die jeweilige Position ist“	(16 Z)	Z	IV
In Russia and Estonia, where medicine has long been dominated by women, the profession is considered a low-status occupation	(61 Z)	Z	IV
Frauen arbeiten eher Teilzeit und in den Fächern der medizinischen Grundversorgung	(24 Z)	Z	IV
Ärztinnen sind überrepräsentiert in Positionen mit niedrigem Prestige und eingeschränkten Aufstiegsmöglichkeiten	(84 Z) (82 Z)	Z	IV
impact factor	(22 M)	M	V
Die Spezialgebiete mit höchstem Männeranteil sind zugleich die mit höchstem Einkommen	(49 M)	M	V
Frauen haben wegen Hausarbeit und Kinderbetreuung täglich etwa eine halbe Stunde weniger Freizeit als Männer	(53 M)	M	V
Frauen werden als Testpersonen bei der Erforschung diagnostischer und therapeutischer häufig ausgeschlossen	(28 M)	M	V

Tab 10 Auswertungstabelle: Anzahl der der Aussagen je Themenfeld und je Validitätsstufe

	I	II	III	IV	V	Summe
ÄF Gesetz	1	0	0	4	4	9
ÄF Gesellschaft	0	1	1	12	3	17
ÄF Beruf	1	5	3	16	6	31
ÄF Familie/ Partner	0	1	1	3	1	6
IF Die Persönlichkeit der Frau	2	5	2	16	6	31
IF Verhalten der Frau mit und gegenüber der Familie/ Partner	3	1	0	2	3	9
IF Ansprüche an Arbeitgeber/klinisches Umfeld	0	0	0	1	1	2
IF Ansprüche an die Profession	0	0	0	8	1	9
IF Ansprüche an den Staat	0	0	0	1	0	1
Nicht inneren oder äußeren Faktoren zuordenbare Aussagen	10	1	1	24	4	40
Summe	17	14	8	87	29	155

Danksagung

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Franz Porzsolt dafür, dass er mich im Laufe meiner Arbeit immer wieder auf den rechten Weg zurückgeführt und mich mit wertvollen Ratschlägen unterstützt hat. Weiter danke ich ihm dafür, dass ich durch ihn viele neue Erfahrungen in der Welt der Wissenschaft und Politik sammeln durfte, was meine Sichtweise für manche Dinge durchaus verändert hat.

Danke sage ich auch Silva Fischer, für das nicht immer einfache Terminmanagement und die vielen kleinen Dinge, in denen sie mich unterstützt hat.

Ganz großer Dank gilt meinen Eltern, die nicht nur meine Höhen und Tiefen während dieser Arbeit ertragen haben, sondern mich auch mit konstruktiver Kritik unterstützt und immer wieder neu motiviert haben.

