

Marion Oberschelp

Erste Tagung zur Frauenförderung an Universitätsklinik

Am 29. und 30. Oktober 1992 veranstaltete die Arbeitsgemeinschaft „Klinika“ der Bundeskonferenz der Frauen und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen an der Justus-Liebig-Universität Gießen ihre erste Tagung zum Thema „Frauenförderung an Universitätsklinik“. Während der Eröffnungsveranstaltung wies Frau Prof. Dr. Helga Rheder, Vorstandsmitglied des Deutschen Ärztinnenbundes, auf die Benachteiligung von Frauen im Studium und in der Berufspraxis hin. Verstärkende frauenfördernde Maßnahmen forderten der Präsident der Universität Gießen, Prof. Dr. Heinz Bauer, und der Dekan und Ärztliche Direktor des Universitätsklinikums Gießen, Prof. Dr. Klaus Knorpp. Eine Aufwertung der Pflege und eine Stärkung der Frauenbeauftragten forderte Karin Hagemann, Mitglied des Hessischen Landtags.

Die Zahlen, die die Referentinnen und Referenten nannten, zeigen nach Ansicht der Organisatorinnen der Tagung, Marion Oberschelp, Frauenbeauftragte der Justus-Liebig-Universität Gießen, und Christine Färber, Frauenbeauftragte der Freien Universität Berlin, deutlich die Defizite, mit denen Frauen im Kliniksbereich konfrontiert sind. Das Medizinstudium ist für Frauen seit den 70er Jahren zunehmend attraktiver geworden. Der rapiden Zunahme des Anteils der Studentinnen in der Medizin steht jedoch die Tatsache gegenüber, daß der Anteil der praktizierenden Ärztinnen in den letzten zwanzig Jahren nahezu konstant geblieben ist, daß Ärztinnen in führenden Positionen hoffnungslos unterrepräsentiert sind, daß we-

niger als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen über eine abgeschlossene Fachärztinnenausbildung verfügt und daß gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland jede dritte Ärztin ihren Beruf überhaupt nicht ausübt (*Sieverding 1990*).

Den Organisatorinnen der Tagung fiel auf, daß die Thematik „Ärztinnen und Medizinerinnen“ gesellschaftsgeschichtlich – und speziell medizingeschichtlich – nur sehr lückenhaft aufgearbeitet ist. Es ist unbestreitbar, daß die Geschichtsschreibung und die Geschichtsdarstellung viel zu lange und viel zu einseitig „männlich“ ausgerichtet waren und daß die Rolle und die Erlebenswelt der Frauen – auch der medizinisch pflegerisch tätigen Frauen – in der Vergangenheit viel zu gering geschätzt wurde. Da das Verhältnis der Geschlechter neben der aus der täglichen Lebenserfahrung gewachsenen Praxis durch die jeweils vorherrschenden Lehren geprägt wird, ist bei Überwiegen einer frauenfeindlichen Tradition ungewöhnliches Durchsetzungsvermögen der einzelnen Frau unabdingbar. Nur so kann sie einen größeren Freiraum im Spannungsfeld zwischen Rollenbild und Rollenverhalten erkämpfen. Doch solche Frauen mit einem starken hartnäckigen Durchsetzungsvermögen gab es – auch schon im Mittelalter im Bereich der Medizin. Namentlich bekannte Frauen sind die Trotula, die in der Medizinschule von Salerno wirkte, sowie Hildegard von Bingen. Ihre Medizin war eine Mischung aus biblischen und kosmologischen Bezügen, der Säftelehre Galens, Benediktinertradition, Volksmedizin und eigenen Erfahrungen.

Mit wenigen Ausnahmen finden sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die ersten Ärztinnen – Frauen, die nach adäquater Vorbildung an den Universitäten Medizin studierten und dort approbierten. Während eine Zulassung für Frauen in den USA „schon“ 1853 bestand, wurde an Deutschlands Universitäten ein Medizinstudium für Frauen erst ab dem Wintersemester 1895/1896 möglich. Für die Aufnahme des Studiums benötigten Frauen eine Sondergenehmigung des Gesundheitsamtes.

In Deutschland sind Emilie Lehmus und Franziska Tiburtius als die Vorkämpferinnen im Ringen um die weibliche Besetzung des Berufsbildes „Arzt/Mediziner“ anzusehen. Die beiden Frauen waren 15 Jahre lang die einzigen Ärztinnen in Berlin. Charlotte Heidenreich von Siebold erlangte „schon“ 1817 an der Landesuniversität Gießen als erste Frau die Doktorwürde in der Entbindungskunst. Ihre Promotionsschrift „Ueber Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter und über eine Bauchhöhlenschwangerschaft insbesondere“ erschien 1817 in Darmstadt.

Im Zuge der bürgerlichen Frauenbewegung, die seit Mitte des 19. Jahrhunderts hartnäckig und mit Nachdruck für die Zulassung von Mädchen zu höheren Schulen und zur akademischen Berufsausbildung kämpfte, und besonders durch die Hochschulentwicklung im Ausland konnten selbst die wilhelminischen Universitäten den Frauen ein akademisches Studium nicht mehr verwehren. Ab 1894 wurden Frauen an medizinischen Fakultäten einiger deutscher Universitäten als Gasthörerinnen zugelassen. Eine endgültige Öffnung der deutschen Universitäten für Frauen erfolgte – vor allen Dingen aufgrund des Drucks, den die bürgerliche Frauenbewegung um Helene Lang ausübte – erst knapp vor der Jahrhundertwende,

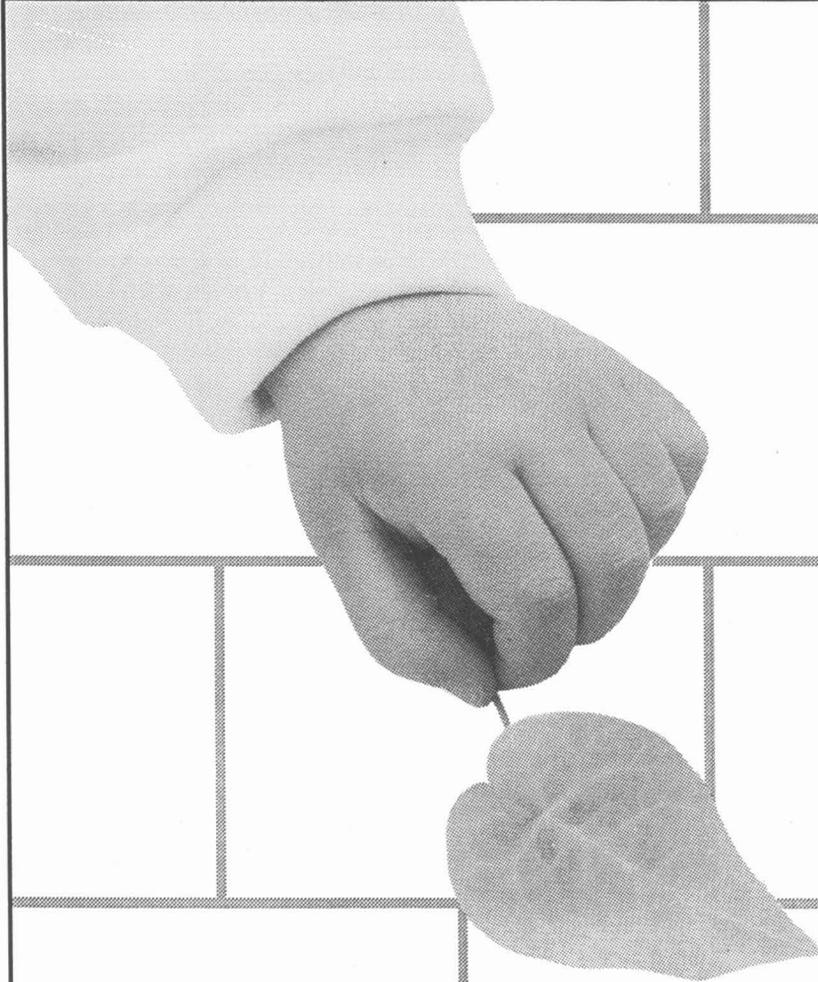
nach 1919 hat man einzelnen Frauen die Habilitation ermöglicht.

Ab 1933 erfährt das hart erkämpfte Frauenstudium einen empfindlichen Rückschlag. Dozentinnen und Professorinnen wurden aus dem Lehrkörper entfernt, ein geschlechtsspezifischer Numerus clausus verwehrte Abiturientinnen die Zulassung zu den Universitäten fast vollkommen. Ab 1934 wurde allen verheirateten Ärztinnen, deren Männer genug verdienten, die ärztliche Zulassung entzogen. In den Krankenhäusern herrschte durch behördliche Anordnung ein Einstellungsverbot für weibliche Ärzte.

Erst in den 60er Jahren treten Frauen in der Wissenschaft zunehmend häufiger auf. Sie profitierten von der Bildungsreform. Seit den 70er Jahren ist der Frauenanteil an den Medizinstudierenden ständig gestiegen und liegt seit 1988 bei 44%. Dieses Ergebnis mag auf den ersten Blick als ein ermutigendes Zeichen und als ein Indikator einer positiven Entwicklung des Medizinstudiums für Frauen interpretiert werden. Doch die Marginalisierung der Frauen im Wissenschaftsbetrieb findet weiterhin statt. Sie schlägt sich vor allem in der Stellenbesetzungspolitik nieder.

Obwohl bei Studienabschluß 97% der PJlerinnen den Abschluß einer Facharztausbildung anstreben (Befragung des Marburger Bundes, 1987), verfügen nur 40% der berufstätigen Ärztinnen über eine abgeschlossene Facharztausbildung. In führenden Positionen an Universitätskliniken liegt der Frauenanteil bei 5%. Unter den C-4-Lehrstuhlinhabern sind Frauen mit weniger als 1% vertreten. Überrepräsentiert sind Ärztinnen dagegen in Positionen, die in Prestige und Einkommen niedrig sind. Gemessen an der Zahl der Frauen, die ein Medizinstudium beginnen und abschließen, sind Frauen bei berufstätigen Ärzten jedoch nach wie vor unter-

SCHNEIDER STEINE



Natürlich gut.

AUS KALK SAND UND WASSER

SCHNEIDER STEINE GmbH · Postfach 100351 · 35333 Gießen
☎ 06 41/9 62 10-10 · Fax 06 41/9 62 10-53

repräsentiert. Eine auffallend große Zahl von Ärztinnen übt ihren Beruf nicht aus. 1990 waren in den alten Bundesländern 27% aller Ärztinnen nicht in ihrem Beruf tätig.

Wo sind die nach einem besonders anstrengenden Studium medizinisch ausgebildeten Frauen geblieben, warum können sie ihren Beruf nicht ausüben, und welche Hindernisse haben die Medizinerinnen täglich zu überwinden, die ihren Beruf ausüben und dies im besonders hierarchisch und patriarchalisch strukturierten Betrieb der Universitätsklinik? Welche Fördermaßnahmen können getroffen werden, damit Medizinerinnen in gleichem Maße und mit den gleichen Chancen wie ihre Kollegen eine wissenschaftliche Karriere anstreben können? Diese Fragen sollten während der Tagung „Klinika“ diskutiert werden mit dem Ziel, Alternativen und Perspektiven für Frauen in der Medizin zu entwickeln.

Als Minderheit in den Hochschulen zeigten die Frauen in den letzten 10 Jahren die scheinbare (Geschlechts-)Neutralität des Wissenschaftsbetriebs auf. Sie berichteten über Behinderungen, Diskriminierungen und Unterdrückungsmechanismen durch Hochschullehrer, Kollegen und durch die Hochschule als Institution. Die Existenz äußerer, sozialer, gesellschaftlicher oder institutioneller Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen ist unumstritten. Beispiele für die äußeren Barrieren sind manifeste und latente Diskriminierungen bei Einstellungen und Beförderungen, fehlende Motivierung und der Mangel an adäquaten Kinderbetreuungseinrichtungen bei gleichzeitiger Delegation der Sorge für die Kinder an die Frauen. Die biologische Konstitution, also die Fähigkeit zum Kinderkriegen, ist der gewichtigste Grund für die Benachteiligung von Frauen. Das oft beschworene Ziel der Vereinbarkeit von hochqualifiziertem Be-

ruf und Familie steht im Schatten einer Ideologie, derzufolge der private Lebensbereich die eigentliche Welt der Frau sei. Der Arbeitskreis Ärztinnen des Marburger Bundes berichtet, „daß Krankenhaus-träger, vor allem aber Chefärzte, aus der Befürchtung vor einer möglichen Schwangerschaft und den sich daraus ergebenden Problemen der Arbeitsorganisation innerhalb einer Abteilung in zunehmendem Maße Frauen als Mitarbeiterinnen ablehnen“.

Angesichts eines 36-Stunden-Dienstes in der Klinik traut man es Frauen nicht zu und fällt es vielen Frauen auch schwer, sich die Ausübung eines hochqualifizierten Berufs verbunden mit familiären Verpflichtungen vorzustellen. In diesem Zusammenhang erscheint die Forderung nach Berücksichtigung des weiblichen Lebenszusammenhangs – neben dem Beruf auch noch verantwortlich zu sein für eine Familie – nahezu kleinlich, zumal es an weiblichen Identifikationspersonen mangelt.

Aber allein mit den an Kliniken besonders ausgeprägten männlichen Machtstrukturen lassen sich die massiven Benachteiligungen von Medizinerinnen nicht erklären. Monika Sieverding, Psychologin an der Freien Universität Berlin, hat in ihrem Eröffnungsvortrag zur Tagung „Klinika“ über ihre Untersuchungen mit angehenden Ärzten und Ärztinnen im „Praktischen Jahr“ berichtet und insbesondere bei Frauen einen ausgeprägten „Berufseintrittsschock“ nach den ersten Erfahrungen in den Kliniken festgestellt. Dort dominierte plötzlich die Erkenntnis, an einem entfremdeten, verkrusteten und streßvollen System mitzuwirken. Frustriert stellen die angehenden Medizinerinnen fest, daß die sogenannten weiblichen Eigenschaften wie Hilfsbereitschaft, Einfühlsamkeit und Menschlichkeit auf dem Karriereweg nicht nur keine Priorität

genießen, sondern an letzter Stelle rangieren. In allen vier von Sieverding geleiteten Untersuchungsgruppen zeigt sich das gleiche Ergebnismuster: Für die berufliche Karriere in der Klinik gilt Leistungsstreben als am meisten förderlich, es folgt Instrumentalität, an dritter Stelle Selbstbehauptung und als am wenigsten förderlich werden expressive Eigenschaften eingeschätzt. Die PJlerinnen haben von allen Gruppen dabei das extremste Karrierekonzept. Sie halten Instrumentalität, Selbstbehauptung und Leistungsstreben für noch förderlicher und expressive Eigenschaften für noch weniger förderlich als die anderen Gruppen. Das Attribut „männlich“ gilt in allen Untersuchungsgruppen als signifikant förderlicher als „weiblich“. In ihren Studien fand Sieverding des weiteren heraus, daß Frauen meist zu idealistisch, zu ehrgeizig und mit zu hohen Erwartungen an den ärztlichen Beruf herangehen und an dieser Selbstüberforderung oft scheitern. Für den Umgang mit Frustration, Hierarchie und Konkurrenz fehlen die Strategien. Das Ergebnis ist – wie schon erwähnt – daß jede dritte Ärztin ihren Beruf nicht ausübt.

Um diese Situation zu verändern, um die genannten inneren Barrieren überwinden zu helfen, müßten zuallererst die äußeren Zwänge abgebaut werden. Zur Verbesserung der beruflichen Perspektiven von Medizinerinnen erarbeiteten die Frauenbeauftragten gemeinsam mit Expertinnen daher während der 1. Tagung zur Frauenförderung an Universitätsklinikum einen Musterplan zur Frauenförderung. Schwerpunkt des Frauenförderplans ist das Verfahren zur Vergabe von Stellen, Praktikums- und Weiterbildungsplätzen. Stellen und Ausbildungsplätze sollen gemessen am Frauenanteil der vorhergehenden Qualifikationsstufe und mit Hilfe der Festlegung von verbindlichen Zielvorgaben für die Einstellung von weiblichem

wissenschaftlichen und ärztlichen Personal vergeben werden. Die für zwei Jahre gültigen Zielvorgaben orientieren sich am Frauenanteil der jeweils vorhergehenden Qualifikationsstufen. So soll z. B. der Frauenanteil bei wissenschaftlichen Hilfskräften mindestens dem der Studentinnen entsprechen, d. i. mindestens 50%, bei akademischen Mitarbeiterinnen mit Aufgaben in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre mindestens dem der Absolventinnen des 3. Staatsexamens, d. i. ebenfalls mindestens 50% und bei Habilitationsstellen mindestens dem der promovierten Absolventinnen und Absolventen, d. i. mindestens 40%. Die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt soll durch Teilzeitmodelle mit entsprechend verlängerter Laufzeit ermöglicht werden. Weitere Forderungen beziehen sich auf die Vereinbarkeit von Beruf bzw. Studium und Familie für beide Geschlechter, z. B. die Forderung nach Einrichtung von klinikseigenen Kindertagesstätten und nach der Möglichkeit einer flexiblen Arbeitsgestaltung.

Eine weitere grundsätzliche Forderung gilt der Einrichtung und Ausstattung des Frauenbüros mit Personal- und Sachmitteln. Die Frauenbeauftragten fordern umfassende und wirksame Beteiligungs- und Einspruchsrechte, insbesondere bei Einstellungs-, Berufungs- und Beförderungsmaßnahmen und allen Belangen, die die Tätigkeiten der Bediensteten tangieren, denn ohne diese Mitwirkungsrechte werden die Frauenbeauftragten in eine Alibirolle gedrängt.

Diese Maßnahmen mit dem Ziel des Abbaus von überholten patriarchalischen Strukturen stellen eine Möglichkeit dar, die berufliche Situationen für Frauen zu verbessern. Die Frauenförderpläne sind ein erster Schritt, aber eben nur ein erster Schritt auf einem langen Weg.

Allerdings sind auch Zweifel und Ungeduld erlaubt. Können Frauenförderpläne die existierenden geschlechtsspezifischen Diskriminierungen tatsächlich in Frage stellen oder gar aufheben? Oder anders gefragt: Kann Frauenförderung ohne eine grundlegende gesellschaftliche Veränderung überhaupt wirksam sein? Um gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen, ist es notwendig, daß Frauen in allen Bereichen und auf allen Ebenen gemeinsam ihre Stimme erheben und „laut“ werden, daß Frauen selbstbewußt präsent sind und ihre weiblichen Ansprüche in den Berufsalltag einbringen. Es kommt darauf an, die Berufswelt an die Ansprüche und

Lebensinteressen von Frauen anzupassen – auch im Bereich der Medizin.

Literatur

Oberschelp, Marion u. Tanja Nickol: Begleitbroschüre der 1. Tagung zur Frauenförderung an Universitätsklinik der Arbeitsgemeinschaft „Klinika“ der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten der Hochschulen in Gießen am 29. und 30. Oktober 1992.

Oberschelp, Marion u. Christine Färber: Dokumentation der 1. Tagung zur Frauenförderung an Universitätsklinik der Arbeitsgemeinschaft „Klinika“ der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten der Hochschulen in Gießen am 29. und 30. Oktober 1992.

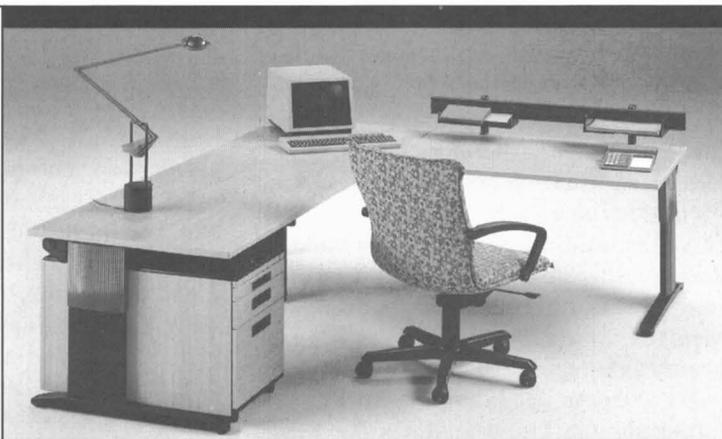
Sieverding, Monika: Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart 1990.

CEKA
isoform

Ergonomisch
Wirtschaftlich
Individuell



Bei uns.



Höhenjustierbarkeit und individuelle Neigbarkeit in Perfektion. Entspricht den Forderungen der einschlägigen EG-Richtlinien zur Sicherung der Gesundheit - und zur Förderung von Motivation und Produktivität.

isoform - Entlastung der Problem-

zonen des Körpers durch Öffnung des Sitzwinkels.

CEKA - Die Büroeinrichtung.

CEKA
Die Büro-Einrichtung

CEKA-Büromöbelwerke
Erich-Krause-Straße · D-36304 Alsfeld
Tel. (06631) 186-0 · Fax (06631) 186-150