

Geschlechterstereotype in der Frauenheilkunde – Barrieren für junge Ärzte?

Barbara Buddeberg-Fischer

Abteilung Psychosoziale Medizin, Universitätsspital, Zürich, Schweiz

Schlüsselwörter

Frauenheilkunde · Feminisierung in der Medizin · Barrieren für junge Ärzte · Geschlechterstereotype · Geschlechtsrollen · Arzt-Patientin-Beziehung

Zusammenfassung

In den letzten Jahren zeichnet sich eine «Feminisierung» der Medizin ab, die in einigen Fachgebieten wie der Frauenheilkunde besonders ausgeprägt ist. In der vorliegenden Arbeit wird den Gründen für diesen Wandel anhand der Literatur und auf der Basis eigener Forschungsergebnisse nachgegangen. Im Jahr 2001 gingen von den neu verliehenen Facharztstiteln in Gynäkologie/Geburtshilfe in der Schweiz mehr als zwei Drittel an Frauen. Im Zuge der feministischen Frauenbewegung kam es in den letzten 20 Jahren zu einer Emanzipation der Frauen und der Forderung, dass sich Frauen nur von Frauen behandeln lassen sollten. Parallel zu dieser Entwicklung wandelten sich auch die Geschlechtsrollen: der Idealtyp für Frauen und Männer ist heute «androgyn». Junge Ärzte und Ärztinnen sind sowohl handlungsorientiert als auch emotionsbezogen. Die Angleichung der Geschlechtsrollen wirkt sich auf Lebensstil und Lebensplanung aus. Für eine immer grössere Zahl junger Ärzte und Ärztinnen hat der Beruf nicht mehr oberste Priorität. Junge Ärzte mit hoher Expressivität sind meist auch familienorientiert und entscheiden sich gerade deshalb nicht für eine Spezialisierung in der Frauenheilkunde. Andererseits finden sich unter den jungen Ärztinnen viele, die stärker handlungsorientiert sind und dem Beruf erste Priorität einräumen. Sollte es in den nächsten Jahren nicht gelingen, das Fachgebiet auch wieder für mehr junge Ärzte attraktiv zu gestalten, könnte es innerhalb der Frauenheilkunde zu einer «horizontalen Segregation» kommen: Ärztinnen werden im nichtoperativen, patientenzentrierten Bereich, ihre männlichen Kollegen im operativen und wissenschaftlichen Bereich tätig sein. Ein Fachgebiet lebt jedoch durch die Verschiedenheit und den Austausch der Geschlechter.

Key Words

Feminization in medicine · Obstacles for young male physicians · Gender stereotypes · Gender roles · Doctor-patient relationship

Gender Stereotypes in Gynecology and Obstetrics: Obstacles for Young Male Physicians?

Up to the mid 1990s, a 'feminization' of medicine took place that was especially pronounced in the field of gynecology. The present paper looks into the reasons for this change based on the literature and results from a study conducted by the author. In 2001, two thirds of the new qualifications in gynecology/obstetrics were awarded to women. The feminist movement has led to the emancipation of women and the assertion that women should be treated by female doctors only. Parallel to this development, gender roles also underwent a change: nowadays, the ideal woman or man is 'androgynous'. Young physicians are both highly instrumental and highly expressive. The increasing similarities between the sexes exert an influence on lifestyle and biographical planning. An increasing number of young physicians no longer prioritize their profession. Male physicians with high expressiveness are often family oriented and consciously refrain from choosing to specialize in gynecology/obstetrics because of the long hours and heavy workload. On the other hand, quite a few women physicians are more instrumental and prioritize their professional commitment. If more male physicians are not attracted into gynecology/obstetrics over the next few years, a process of 'horizontal segregation' could occur, with women physicians accomplishing the patient-focused work while their male colleagues take over the surgery and scientific part of the specialty. It is the very differences between the sexes, however, and the exchange between them, which allow a medical discipline to thrive.

Copyright © 2003 S. Karger AG, Basel

Stéréotypes en matière de sexe en gynécologie – une barrière pour le jeune médecin

On observe, au cours des dernières années, une féminisation de la médecine, particulièrement marquée dans certaines spécialités, dont la gynécologie. En s'appuyant sur la littérature et les recherches personnelles de l'auteur, la présente étude analyse les raisons de ce changement. En 2001, plus des deux tiers des nouveaux titres de gynécologues/obstétriciens attribués en Suisse l'ont été à des femmes. Les mouvements féministes ont conduit à une émancipation des femmes au cours des 20 dernières années et à la notion que les femmes ne devraient se faire traiter que par des femmes. Parallèlement à cette mutation, on assistait à une évolution dans la distribution des rôles entre la femme et l'homme: le «type idéal» pour les femmes et les hommes est aujourd'hui «androgyn». Les jeunes médecins – hommes ou femmes – sont des femmes et des hommes d'action tout en présentant des traits émotionnels. Le rapprochement des rôles féminins et masculins influe sur le style de vie et les projets de vie. Pour un nombre croissant de jeunes médecins des deux sexes, la profession n'est plus la priorité. Les jeunes médecins doués d'une forte expressivité sont généralement plutôt axés sur la famille et ne choisissent pas de se spécialiser en gynécologie précisément pour cette raison. Néanmoins, parmi les jeunes femmes-médecins, certaines sont plus fortement attirées par l'action et accordent à leur métier la priorité. Si, au cours des prochaines années, la gynécologie s'avérait incapable d'attirer de jeunes médecins de sexe masculin, elle connaîtrait une «ségrégation horizontale»: les femmes-médecins seraient engagées dans le domaine non chirurgical, axé sur les patientes, alors que leurs confrères travailleraient dans les domaines de la chirurgie et de la recherche. Or, une spécialité ne vit que par l'altérité et les échanges entre les deux sexes.

Ausgangslage

Bis Mitte der 90er Jahre nahm die Zahl der Medizinstudierenden in den deutschsprachigen Ländern kontinuierlich zu. Seither zeichnet sich ein Rückgang bei den Zugängen zum Medizinstudium ab, der bei den Männern ausgeprägter ist als bei den Frauen. Seit 1975 geht der prozentuale Anteil männlicher Medizinstudierender zurück. Er betrug in der Schweiz bei den Neuanfängern im Jahr 2001 weniger als 40%. Seit 1995 sind mehr als die Hälfte der Medizinstudierenden Frauen, aktuell machen sie fast zwei Drittel der Neuimmatrikulierten aus. Das Studium der Medizin ist in der Regel bei beiden Geschlechtern das Studium erster Wahl. Weibliche Studierende sind genauso erfolgreich wie ihre männlichen Kollegen [1, 2]. Sie brechen ihr Studium nicht häufiger ab und haben auch keine längere Studiendauer. Sie beträgt in der Schweiz bis zur Diplomierung (Approbation) als Ärztin bzw. Arzt durchschnittlich 6,68 Jahre [3].

Die Mehrzahl der jungen Ärztinnen und Ärzte durchlaufen heutzutage eine fachärztliche Weiterbildung. Von allen im Jahr 2001 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz hatten 50% der Frauen und 81% der Männer einen Facharztstitel. In Deutschland haben 56% der Medi-

Tabelle 1. Verleihung von neuen Facharztstiteln für Gynäkologie und Geburtshilfe nach Jahr und Geschlecht (FMH-Ärztstatistik 1960–2001)

Jahr	Frauen		Männer		Total
	n	%	n	%	
1960					8
1970					14
1980	?		?		34
1990	16	38	26	62	42
1997	16	43	21	57	37
1998	18	49	19	51	37
1999	18	45	22	55	40
2000	23	62	14	38	37
2001	27	61	17	39	44

zinerinnen und 72% der Mediziner eine Weiterbildungsqualifikation erworben. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich in Grossbritannien, Skandinavien und den USA ab. Dass bis jetzt nur etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen eine abgeschlossene Facharztweiterbildung aufweist, liegt an der Übervertretung von älteren Ärzten unter den insgesamt praktizierenden Medizinerinnen und Medizinerinnen. Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich immer noch für geschlechtstypische Fachgebiete. Frauen wählen vorwiegend eine Spezialisierung in der Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde, Pädiatrie und Psychiatrie [2].

Entsprechend der FMH-Statistik aus dem Jahr 2001 [4] sind derzeit in der Schweiz 927 Gynäkologinnen und Gynäkologen berufstätig, davon sind 30% Frauen und 70% Männer. In freier Praxis arbeiten 218 (26%) Gynäkologinnen und 607 (74%) Gynäkologen. Die prozentuale Geschlechterverteilung entspricht damit dem Durchschnitt *aller* im Jahr 2001 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Bei diesen Zahlen wundert es vielleicht auf den ersten Blick, dass man sich in der Frauenheilkunde nicht mehr so sehr über das Phänomen der «Feminisierung», sondern über die «Entvirilisierung» Gedanken macht. Wenn man die Entwicklung der Frauenheilkunde unter dem Aspekt betrachtet, wie sich das Geschlechterverhältnis bei der Verleihung neuer Facharztstitel in den letzten 10 Jahren entwickelt hat, lässt sich daraus ableiten, dass sich die Gynäkologie und Geburtshilfe ähnlich wie die Pädiatrie und Psychiatrie zu einem *Frauenfach* entwickelt.

Die FMH führt seit 1990 eine das Geschlecht berücksichtigende Ärztestatistik (Tab. 1). In den letzten 10 Jahren haben sich kontinuierlich weniger Männer im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe spezialisiert. Eine markante Trendwende findet sich zwischen 1999 und 2000. Seither sind unter den neuen Fachärzten und Fachärztinnen mehr als 60% Frauen, d.h. *das Geschlechterverhältnis hat*

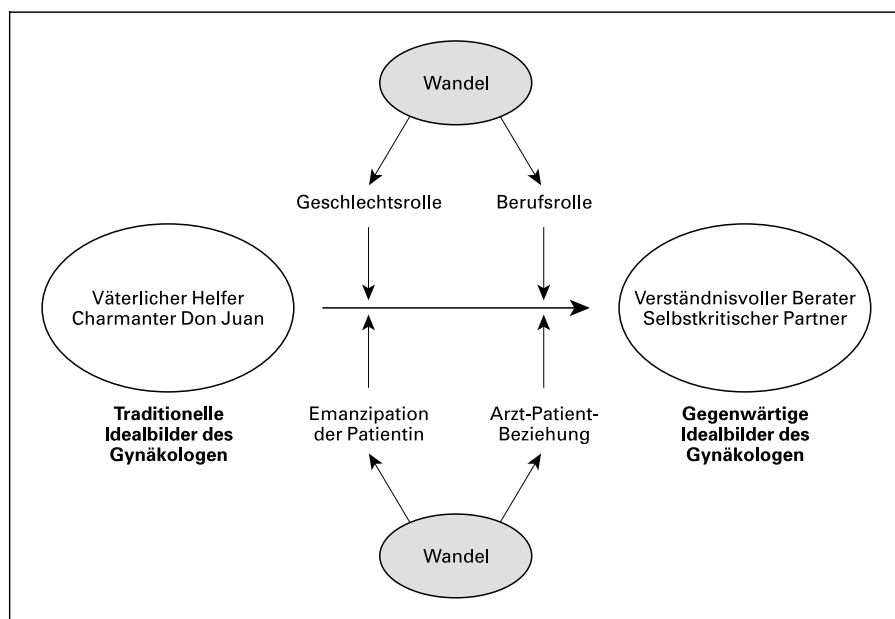


Abb. 1. Wandel des Gynäkologenbildes – soziokulturelle Aspekte.

sich in den letzten 10 Jahren spiegelbildlich entwickelt: 1990 waren es 1/3 Frauen und 2/3 Männer, im Jahr 2000 sind es 2/3 Frauen und nur noch 1/3 Männer mit neuem Facharztstitel. Wenn man heute von einer durchschnittlich 8jährigen Weiterbildungszeit in der Frauenheilkunde ausgeht, haben sich demnach seit Anfang der 90er Jahre deutlich mehr Frauen als Männer für eine Spezialisierung in diesem Fachgebiet entschieden. Wie verschiedene Untersuchungen zeigen, fällt die Wahl für die Weiterbildung in einem bestimmten Fachgebiet der Medizin häufig schon während des Studiums [5, 6]. Das heisst, dass bereits Ende der 80er Jahre bei den männlichen Medizinstudierenden das bis anhin sehr prestigeträchtige Fachgebiet der Frauenheilkunde nicht mehr in gleicher Weise geschätzt und gewählt wurde wie früher.

Gründe für den Wandel – soziokulturelle Aspekte

Welche soziokulturellen Aspekte könnten zu dieser Entwicklung beigetragen haben, dass sich die Ärzte in den letzten Jahren mehr und mehr aus der Gynäkologie und Geburtshilfe zurückgezogen haben? Klinikdirektoren berichten, dass sich heute auf eine freie Assistierendenstelle in der Regel 10 Frauen und nur 1 Mann bewerben. Die verschiedenen Aspekte des Wandels, welche im Folgenden ausgeführt werden, sind in Abbildung 1 dargestellt.

Historische Entwicklung

Die Frauenheilkunde galt in früheren Jahrhunderten lange Zeit als genuin weibliche Disziplin. Frauenkrankheiten wurden oft als Zeichen von Unreinheit verstanden.

Die Schwangerenbetreuung und der Beistand bei der Geburt wurden den «sages-femmes» übertragen, d.h. für Männer war es schlicht «nicht schicklich», sich um «Frauenprobleme» zu kümmern [7]. Sie traten erst dann in Erscheinung, wenn ein chirurgischer Eingriff notwendig war. Mit der Akademisierung und Professionalisierung des Arztberufes im 19. Jahrhundert begannen dann aber die Ärzte, ihr Behandlungsmonopol in der Heilkunde gegenüber den Hebammen durchzusetzen. Parallel zu den rasanten Fortschritten in der Medizin und der zunehmenden Spezialisierung entwickelte sich die Frauenheilkunde im 19. und 20. Jahrhundert zu einem eigenständigen und breiten Fachgebiet, in dem es eine klare Rollenaufteilung gab. Die Männer waren die ärztlich Handelnden, die Frauen ihr medizinisches Hilfspersonal und ihre Patientinnen. Dies entsprach durchaus dem traditionellen Rollenbild von Mann und Frau dieser Zeitepoche.

Stereotype des Gynäkologen

Üblicherweise suchen wir einen Arzt auf, wenn wir uns krank fühlen. Dies trifft für Konsultationen beim Frauenarzt nur teilweise zu. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts gehen die meisten Frauen von der Adoleszenz an regelmässig einmal jährlich zur gynäkologischen Untersuchung und Beratung. Fragen der Empfängnisverhütung, der Sexualität und des Kinderwunsches sind zentrale Themen, die in der Sprechstunde vorgebracht werden.

Wie sich eine Patientin präsentiert, wie sich der Frauenarzt in der Konsultation verhält und wie beide zusammen die Arzt-Patientin-Beziehung gestalten, wird u.a. von den jeweils gültigen soziokulturellen Geschlechtsrollen beeinflusst. *Geschlechtsrollen* sind definiert als normative Erwartungen der Gesellschaft, die am biologischen

Geschlecht anknüpfen. Sie beziehen sich auf die Arbeitsteilung, die hierarchische Beziehungsstruktur oder die Machtverteilung zwischen den Geschlechtern. Solange Frauen mehrheitlich von Frauenärzten behandelt wurden, präsentierten sich die Vertreter der beiden Geschlechtsrollen oft in polaren Rollen. Neben den Geschlechtsrollen sind für die Arzt-Patientin-Beziehung auch sogenannte Geschlechterstereotype von Bedeutung. *Geschlechterstereotype* beschreiben normative Einstellungen, welche Eigenschaften, Interessen und Fähigkeiten ein Mann oder eine Frau entsprechend dem aktuellen gesellschaftlichen Leitbild von Männlichkeit und Weiblichkeit haben sollen. Geschlechterstereotype werden schon früh in der Kindheit erworben und sind über die Zeit wesentlich stabiler als Rollenzuschreibungen [8]. In den letzten Jahrzehnten haben sich zwar die Geschlechtsrollen deutlich gewandelt, die Rollenträger wie z.B. die Patientin oder der Arzt haben hingegen oft noch rigide stereotype Vorstellungen von «männlich» und «weiblich».

In den *Unterhaltungsmedien* werden die Klischees des männlichen Arztes und der weiblichen Patientin in klassischer Weise auch heute noch entsprechend den tradierten Geschlechterstereotypen inszeniert. Mehrmals pro Woche flimmern Arztserien über den Bildschirm. Mit welchen Attributen werden besonders Frauenärzte in diesen Fernsehsendungen vermarktet? Der Gynäkologe wird entweder sportlich-charmant oder väterlich-gütig dargestellt. In diesen Filmen präsentiert er sich als kompetenter Kenner nicht nur des weiblichen Körpers, sondern auch der weiblichen Psyche. Interessiert, verständnisvoll und empathisch nimmt er sich seiner Patientin an. Er gibt sich diskret und souverän. In vielen Situationen ist er ein Garant der Vernunft, seine Rolle als Retter aus schwierigen Situationen macht ihn zum Vertrauten und zum Ritter der ärztlichen Kunst. Das heisst, Gynäkologen werden in den Filmen bis heute nicht selten zu Idollfiguren hochstilisiert (Beispiel «Frauenarzt Dr. Mertens»).

Betrachtet man die Geschlechtskonstellationen, wie sie in den visuellen Medien dargestellt werden, so wird hier ein *uraltet Klischee der Beziehung zwischen Mann und Frau* repetiert und sentimental inszeniert: Der Mann als Repräsentant für Kompetenz, Rationalität und Güte und die Frau als Verkörperung von Labilität, intellektueller Unterlegenheit und Falschheit, welche sie mit Lächeln und Augenzwinkern zu überspielen versucht.

Dies ist jedoch nur die eine Variante. Wesentlich anders wird die *Rolle der Frauenärzte in kritischen Informationssendungen* und Berichten dargestellt. Häufig werden ihnen dann mangelndes Einfühlungsvermögen, Arroganz, Geldgier und fragwürdige genitale Manipulationen oder gar Vergewaltigungen vorgeworfen. Hier wird der Strahlemann aus den Arztserien plötzlich zum Buhmann und bösen Täter, der seine Machtposition gegenüber einer

wehrlösen Frau rücksichtslos ausnützt. Die Rollen des Idols und des Buhmanns liegen oft nahe beieinander [9].

Emanzipation der Patientin – Wandel der Arzt-Patientin-Beziehung

Auch die Tradition der gesellschaftlich verankerten Geschlechterstereotype beeinflusste die Arzt-Patientin-Beziehung. Der Arzt war der Wissende und Handelnde und setzte seine ärztliche Kunst für die Behandlung von «schwachen» und kranken Frauen ein. Für seinen Einsatz und sein Können wurde er von den Frauen bewundert. Dies bestätigte ihn wiederum in seiner Männlichkeit und seinem Machtgefühl.

Die Entwicklungen der letzten 20 Jahre waren u.a. von der feministischen Frauenbewegung geprägt, die vor der Medizin nicht Halt machte. Die Frauen wollten sich von der Übermacht der Männer befreien. Dies betraf in besonderem Masse auch die Verantwortung für ihren eigenen Körper. Im Kontext der feministischen Aufbruchstimmung sprach man Frauenärzten schlichtweg die Fähigkeit ab, sich in Frauen einzufühlen [10]. Ausserdem wurde den Gynäkologen unterstellt, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit erotische Wünsche und Bedürfnisse befriedigen und alte Machtverhältnisse aufrecht erhalten wollten [11]. Diese einseitigen Zuschreibungen führten zu teils lautstark propagierten Forderungen, dass sich Frauen nur noch von Frauen behandeln lassen sollten.

Empirische Studien zur Arzt-Patientin-Beziehung in der Frauenheilkunde bestätigten teilweise die sich etablierenden «Urteile» gegenüber den Frauenärzten [12–14]: Gynäkologen nehmen sich im Vergleich mit ihren Kolleginnen weniger Zeit für das Gespräch mit ihren Patientinnen, verschreiben häufiger Psychopharmaka, neigen zur Medikalisierung sensibler Lebensphasen einer Frau wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt oder Wechseljahre und führen häufiger operative Eingriffe durch. Darüber hinaus wurden immer wieder sexuelle Übergriffe von Gynäkologen gegenüber ihren Patientinnen bekannt und in den Medien als Bestätigung interpretiert, dass Männer in der Frauenheilkunde fehl am Platz seien.

Die jahrzehntelang gesellschaftlich hoch geschätzten Frauenärzte sehen sich heute als Berufsgruppe einer mehr oder weniger offenen und permanenten Kritik ausgesetzt. Dies mag mit ein Grund dafür sei, dass sich junge Ärzte nicht mehr für eine Spezialisierung in diesem Fachgebiet entscheiden. Sie geraten unter einen *Legitimationsdruck*, wenn sie Frauenärzte werden wollen, einem Fach, welches die Frauen als ihre Domäne entdeckt und erobert haben.

Wandel in den Geschlechtsrollen

Auch wenn in den Medien immer noch die traditionellen Geschlechterstereotype inszeniert werden, zeichnet sich in den letzten 10 Jahren ein deutlicher Wandel der

Geschlechtsrollen ab. In der jüngeren Generation finden sich bei Männern zunehmend nicht mehr nur «typisch männliche» Verhaltensweisen wie aktiv, zupackend, selbstbewusst, gefühlsarm, aggressiv, ehrgeizig, sach- und berufsorientiert. Und entsprechend präsentiert sich eine grosse Zahl von Frauen nicht mehr nur als «typisch weiblich» mit Eigenschaften wie passiv, unselbständig, liebevoll, geduldig, einfühlsam, beziehungsorientiert [15]. Männer und Frauen, die eine gute Mischung von typischen Verhaltensweisen beider Geschlechter aufweisen, sind heute sowohl im persönlichen wie auch beruflichen Bereich geschätzter als «eindimensionale» Geschlechts-genossinnen bzw. -genossen. *Der neue Idealtyp für Frauen und Männer ist also «androgyn».* Dies gilt in ganz besonderer Weise auch für Ärztinnen und Ärzte [16].

Wandel der Berufsrolle

Der Wandel der gesellschaftlich verankerten Geschlechtsrollen findet parallel mit einem Wandel der Berufsrolle statt. Im letzten Jahrzehnt hat sich die Rolle des Arztes grundlegend gewandelt. Er ist nicht mehr der «Gott in Weiss» oder der sich aufopfernde, von humanistischen Idealen beseelte Helfer. Wie in vielen anderen Professionen bietet der Arzt heute sein Wissen und Können als Produkt an, und die Kundin prüft und vergleicht die Angebote [17]. Die *Entmystifizierung des Arztberufes* und die sinkenden Verdienstmöglichkeiten haben dazu beigetragen, dass junge Männer heutzutage sich eher den prestigeträchtigen Wirtschaftswissenschaften oder Berufen in den neuen Technologien zuwenden. Von den Studienanfängern im Fach Humanmedizin sind in der Schweiz in den letzten Jahren nur noch knapp 40% Männer [3]. Das schwindende Prestige des Arztberufes bringt es mit sich, dass die Motivation abnimmt, diesen Beruf zu ergreifen.

Persönlichkeitsmerkmale von Ärztinnen und Ärzten

Wie verschiedene Untersuchungen zum Idealbild eines Arztes und einer Ärztin zeigen, soll er oder sie ruhig, behutsam, einfühlsam, hilfsbereit, aufgeschlossen und verständnisvoll sein [18, 19]. Diese Persönlichkeitseigenschaften gelten als typisch weibliche Qualitäten. Um jedoch nicht nur ein guter Arzt oder Ärztin zu sein, sondern im Beruf auch Karriere machen zu können, bedarf es noch anderer Persönlichkeitszüge, wie aktiv, zielstrebig, unabhängig, selbstsicher, entscheidungsfreudig zu sein [20]. Diese mehr handlungsorientierten Eigenschaften werden üblicherweise als typisch männliche Merkmale bezeichnet.

Es stellt sich die Frage, ob junge Frauen und Männer, die sich heute für den Arztberuf entscheiden, diese Merk-

male aufweisen und wenn ja, ob es geschlechtstypische Unterschiede gibt. In einer eigenen Untersuchung [6] konnten wir bei jungen Ärztinnen und Ärzten der Deutschschweiz die erwarteten Unterschiede in den Geschlechtsrollen assoziierten Persönlichkeitsmerkmalen nachweisen, d.h. junge Ärzte waren handlungsorientierter bzw. wiesen eine höhere Instrumentalität auf, während junge Ärztinnen sich als emotionsbezogener und beziehungsorientierter einschätzten. Im Vergleich mit der Normalbevölkerung wiesen aber sowohl Ärztinnen wie auch Ärzte hohe Werte in den instrumentellen *und* expressiven Persönlichkeitszügen auf. Etwas pointiert kann man diese Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass sich *bei der jüngeren Ärztegeneration eine gewisse Angleichung der von der Gesellschaft zugeschriebenen Geschlechtsrollen abzeichnet.* Junge Ärztinnen sind selbstbewusst, aktiv, zielstrebig und autonom, während junge Ärzte bei sich auch mehr beziehungsorientierte Fähigkeiten erkennen, die sonst eher den Frauen zugeschrieben werden [21].

Lebensstil und Lebensplanung

Der Wandel in den Geschlechtsrollen zeichnet sich auch im Lebensstil und der Lebensplanung junger Ärztinnen und Ärzte ab. Die traditionelle Aufteilung in «breadwinner» und «caretaker» ist überholt. Man kann sich heute durchaus eine Frau als Chefärztin eines Spitals vorstellen, aber auch einen Mann, der um 18 Uhr die Arbeit in der Klinik beendet, weil er sein Kind von der Krippe abholt und den Abend mit seiner Familie verbringt, d.h. von beiden Geschlechtern wird ein breites Spektrum potenzieller Lebensstile praktiziert [21].

Wandel der geschlechtstypischen Berufsplanung

Eine zunehmende Zahl junger Ärzte ist heute eher familien- und freizeitorientiert als berufs- und karriereorientiert. Sie gehen u.a. deshalb nicht in die Frauenheilkunde, weil sie wissen, dass die hohe berufliche, vor allem zeitliche, Belastung ihnen wenig Zeit für Familie und persönliche Interessen lässt. Männer, die sich besonders gut für die Frauenheilkunde eignen würden, weil sie über hohe expressive Persönlichkeitsmerkmale verfügen, sind meist auch familienorientiert und entscheiden sich gerade deshalb gegen eine Spezialisierung in diesem Fachgebiet.

Andererseits entscheiden sich immer mehr Frauen für ein intensiveres berufliches Engagement und verzichten bewusst auf Partnerschaft und/oder Kinder [20]. Die Identifikation mit den Anliegen, Wünschen und Problemen einer Frau weckt bei ihnen das Interesse an der Frauenheilkunde. Unter den jungen Ärztinnen, die dem Beruf erste Priorität einräumen, finden sich viele, welche ausgesprochen handlungsorientiert sind. Gynäkologie und Geburtshilfe sind Fachdisziplinen, die jungen Ärztinnen vielfältige Karrieremöglichkeiten bieten, ohne dass sie dadurch in einen Konflikt mit den Geschlechtsrollen

geraten. Ein grosser Bereich der stationären Frauenheilkunde beinhaltet aber eine operative Tätigkeit. Streben Frauen in gleicher Weise wie ihre männlichen Kollegen auch hier eine hohe Kompetenz an, geraten sie nach wie vor in einen Konflikt zwischen ihren eigenen beruflichen Zielen und den Geschlechterstereotypen von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Die Rolle des Geschlechts bei der Arztwahl durch die Patientinnen

Inzwischen haben Frauen vor allem in grösseren Städten durchaus die Wahl zwischen einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin. Welche Bedeutung hat das Geschlecht des Frauenarztes bei der Wahl der Patientinnen? Wie verschiedene Untersuchungen [22] zeigen, wünscht sich etwa ein Viertel der Patientinnen ausdrücklich eine Frau als Gynäkologin. Darunter befinden sich vor allem junge Patientinnen. Etwa 15% bevorzugen einen Frauenarzt. Für eine Mehrzahl der Frauen ist jedoch die fachliche und psychosoziale Kompetenz das wichtigere Kriterium als das Geschlecht des Arztes. Als bedeutsam für die Zufriedenheit nennen die Befragten eine freundliche und respektvolle Behandlung, Kompetenz und Erfahrung.

In diesen Ergebnissen spiegelt sich die Einstellung einer Mehrzahl von Frauen, dass sie auch männlichen Gynäkologen das Vertrauen und die Chance geben, ihre weiblichen Patientinnen in kompetenter Art und Weise zu behandeln. Die Meinungen der Patientinnen sind jedoch nur ein Faktor, ob ein Gynäkologe heutzutage eine Praxis eröffnen kann. Wie Erfahrungen aus jüngster Zeit zeigen, *bahnt sich auf wirtschaftlicher Ebene eine bedenkliche Diskriminierung des Gynäkologen an*. Für die Eröffnung einer Praxis brauchen Frauenärzte in der Regel einen Einrichtungs- und Betriebskredit. Während eine junge Fachärztin für Gynäkologie/Geburtshilfe heute ohne grosse Garantien die notwendigen Bankkredite erhält, werden sie einem männlichen Kollegen mit dem Argument verwehrt, dass heutzutage der Erfolg und das Florieren einer gynäkologischen Praxis bei einem Mann nicht gesichert sei. Junge Gynäkologen sind somit aus ökonomischer Sicht «Risikopersonen».

Ausblick

Blicken wir 10 Jahre voraus. Wenn Medien, Patientinnen und Ärzte die alten Stereotype des Gynäkologen weiter repetieren und zementieren und dem Wandel der Geschlechts- und Berufsrollen nicht Rechnung tragen, könnten zwei kritische Entwicklungen für das Fachgebiet eintreten: Immer mehr Ärztinnen spezialisieren sich für Frauenheilkunde, ihnen werden aber überwiegend die beratenden Bereiche des Faches zugewiesen. Von Castalberg [23] bezeichnet dies als «Caring-Medizin» im Ge-

gensatz zur männlich dominierten «Curing-Medizin», d.h. dem operativen Bereich der Gynäkologie, den die wenigen verbleibenden Männer für sich beanspruchen. Dies könnte zur Folge haben, dass es innerhalb der Frauenheilkunde zu einer so genannten *horizontalen Segregation* [24] kommt. (Damit ist die Aufteilung eines Fachgebietes in prestigeträchtige und prestigearme Bereiche gemeint, welche in Abhängigkeit vom Geschlecht vergeben werden. Erstere werden den Männern, letztere den Frauen zugewiesen.) Ärztinnen werden in den prestigearmen nichtoperativen Bereich abgedrängt, und die leitenden Positionen in den Kliniken bleiben von operierenden männlichen Gynäkologen besetzt.

Auch das andere Szenario, dass sich die Männer ganz aus der Frauenheilkunde zurückziehen, wäre eine unglückliche Entwicklung. Ein Fachgebiet lebt durch die Verschiedenheit und den Austausch der Geschlechter. Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Natur belegen, dass Monokulturen krisenanfälliger sind als Mischkulturen.

Bleibt zum Schluss die Hoffnung, dass sich die Frauenheilkunde nicht zu einer weiblichen Monokultur entwickelt. Für den Erhalt dieses interessanten Fachgebietes sollten auch jungen Ärzten Chancen und neue Perspektiven eröffnet werden.

Dank

Die Arbeit entstand im Rahmen eines vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts: «Determinanten der Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte» (NF-Nr.: 3200-061906.00).

Literatur

- 1 Abele A, Nitsche U: Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2002;127:2057–2062.
- 2 Gjerberg E: Medical women – Towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med* 2001;52:331–343.
- 3 Bundesamt für Statistik: Statistik zu Studierenden der Humanmedizin in der Schweiz. Bern, Sektion Hochschulen und Wissenschaft, 2002.
- 4 Generalsekretariat der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte: FMH-Ärztetätigkeit. *Schweiz Ärztztg* 2002;83:871–890.
- 5 Zeldow PB, Prestin RC, Daugherty SR: The decision to enter a medical specialty: Timing and stability. *Med Educ* 1992;26:327–332.
- 6 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Vetsch E, Abel T, Buddeberg C: Studienerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. *Schweiz Ärztztg* 2002;83:1980–1986.
- 7 Beck L (Hrsg): Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Springer, 1986.
- 8 Alfermann D: Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Stuttgart, Kohlhammer, 1996.
- 9 Buddeberg C: Idol oder Buhmann: Phantasie- und Realbilder des Gynäkologen. *Arch Gynecol Obstet* 1996;259(Suppl):S33–S35.
- 10 Mitzdorf U, Beck K: Frauenspezifische Probleme in der Medizin aus feministischer Sicht; in Pöppel E, Bullinger M, Härtel U (Hrsg): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Weinheim, Chapman & Hall, 1994, pp 386–404.
- 11 Felder H: Imaginationen zwischen Patientinnen und Arzt/Ärztin in der gynäkologischen Praxis; in Kuhlmeier M, Rauchfuss M, Rosemeier HP (Hrsg): *Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive*. Berlin, Trafo, 1997.
- 12 Felder H, Scheer JW: Die Arzt-Patientin-Beziehung in der Frauenheilkunde; in Davies-Osterkamp S (ed): *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim, VCH, 1991, pp 1–8.
- 13 Vondruska-Benkert K, Steiner RA, Buddeberg C, Haller U: Die gynäkologische Untersuchung: Erfahrungen, Erwartungen und Befürchtungen von Poliklinikpatientinnen. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 1995;35:20–25.
- 14 Van Dulmen AM, Bensing JM: Gender differences in gynecologist communication. *Women Health* 2000;30:49–61.
- 15 Alfermann D: Androgynie; in Reigber D (Hrsg): *Frauen-Welten*. Düsseldorf, Econ, 1993, pp 147–200.
- 16 Abele AE: Arzt oder Ärztin 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 2001 der DGPF. Giessen, Psychosozial, 2002, pp 21–31.
- 17 Freidson E: The reorganization of the medical profession. *Med Care Rev* 1985;42:11–35.
- 18 Sieverding M: Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Z Arbeits Organisationspsychol* 1992;36:157–166.
- 19 Sieverding M: Frauenärztinnen in den Institutionen Krankenhaus und Universität; in Beckermann M, Perls FM (ed): *Textbuch Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe*. Basel, Schwabe, 2002, pp 181–193.
- 20 Augsburg Döller T, Frei R, Niklowitz M, Willi J: *Die Förderung der Einseitigkeit*. Bern, Huber, 1996.
- 21 Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R: Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen* 2002;64:353–362.
- 22 Fisher WA, Bryan A, Dervaitis KL, Silcox J, Kohn H: It ain't necessarily so: Most women do not strongly prefer female obstetrician-gynecologists. *J Obstet Gynaecol* 2002;24:885–888.
- 23 von Castelberg B: Ist die Zukunft der Medizin weiblich? Referat an der Vernissage des Buches; in Stauffacher W, Bircher J (Hrsg): *Zukunft Medizin Schweiz*. Basel, Schweizerischer Ärzteverband, 2002, pp 1–3.
- 24 Wetterer A: Professionalisierung und Geschlechterhierarchie: Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten. *Wissenschaft ist Frauensache, neue Folge*. Kassel, Jenior & Pressler, 1993.