

Frauen im Arztberuf

Birgit Blättel-Mink und Caroline Kramer

Bereits im Mittelalter waren Frauen in Arzt- und Pflegeberufen tätig. Als „heilkundige Frauen“ mit großem Wissen über Kräuter und Arzneien besaßen sie beim Volk z.T. sogar höheres Ansehen als ihre männlichen Kollegen. Im Zuge der Professionalisierung der Berufe und des für weibliche Bewerber zunächst eingeschränkten Hochschulstudiums wurden Frauen aus den prestigeträchtigen Positionen verdrängt. Erst in jüngerer Zeit verändern sich die Geschlechterrelationen erneut.

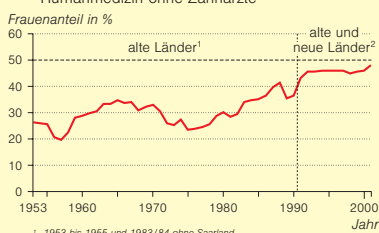
Im Studium in der Mehrheit, im Beruf in der Minderheit

Der Anteil der Studienanfängerinnen in der Humanmedizin an deutschen Universitäten überschritt zu Beginn der 1990er Jahre erstmals seit der Zulassung zum Medizinstudium für Frauen im Jahr 1900 die 50%-Marke und liegt seit Beginn des neuen Jahrtausends bei über 60%. Die – zwar ebenfalls steigenden – Anteile der an Frauen erteilten Approbationen liegen jedoch immer noch unter 50% ².

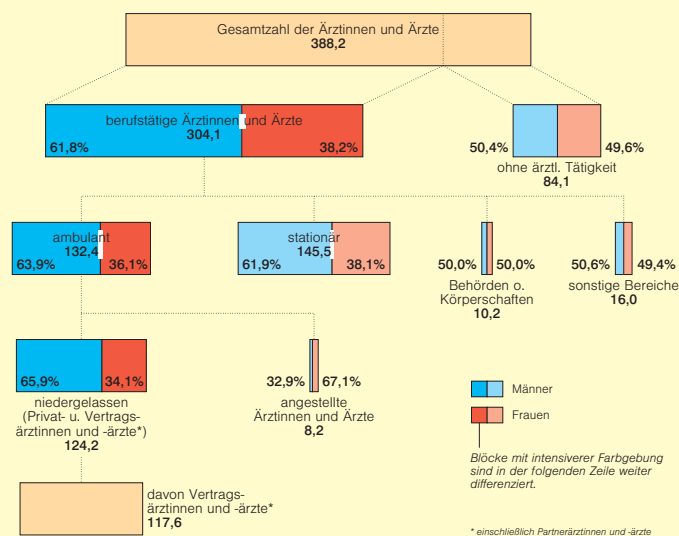
Unter den berufstätigen Medizinerinnen lag der Frauenanteil 2003 insgesamt nur bei 38% und unter den niedergelassenen (ambulanten) Ärzten sogar nur bei ca. 34% ¹. Noch gravierender werden die Unterschiede, wenn man die Führungspositionen in diesem Berufsfeld betrachtet, denn der Anteil der Frauen an leitenden Positionen bei Krankenhausärzten beträgt ca. 10%, bei Professoren ca. 6%. In Ostdeutschland liegt der Frauenanteil an den berufstätigen Ärzten insgesamt immer noch auf einem deutlich höheren Niveau (ca. 49%) als im Westen, allerdings mit sinkender Tendenz.

Eine zentrale Ursache für dieses Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern liegt unverändert darin, dass die Problematik der (Un-)Vereinbarkeit

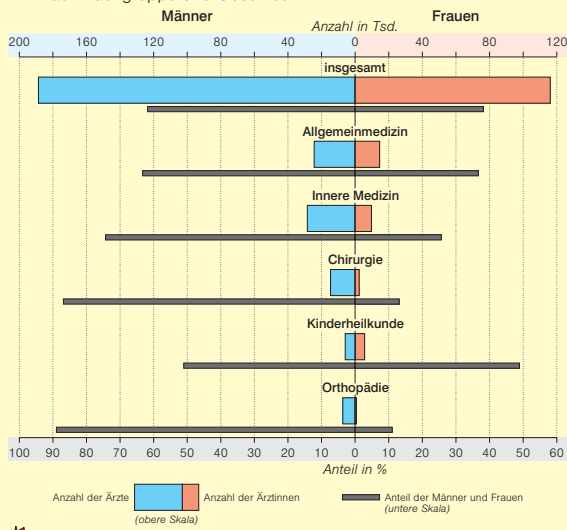
2 Anteil der an Frauen erteilten Approbationen 1953-2001 Humanmedizin ohne Zahnärzte



3 Struktur der Ärzteschaft 2003 Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Tsd., Frauen- und Männeranteile nach Berufsfeldern in %



1 Berufstätige Ärztinnen und Ärzte 2003 nach Fachgruppe und Geschlecht



von Familie und Beruf Frauen noch immer in deutlich höherem Maße trifft als Männer. Zudem zeigt sich, dass berufstätige Männer in der Humanmedizin mehr verdienen als ihre weiblichen Kollegen. Sie arbeiten länger und fördern damit ihre Karriere, sie nehmen in höherem Maße als ihre Kolleginnen an Weiterbildungsmaßnahmen teil, und ihre Forschungsprojekte werden stärker gefördert. Schließlich weisen sie ein höheres berufliches Selbstvertrauen auf und sind – bis auf einige wenige Fachgebiete wie z.B. die Zahnmedizin – mit ihrem Berufsleben zufriedener als ihre Kolleginnen (vgl. BESTMANN u.a. 2004; BLK 2004; KOPETSCH 2003; KÜHLMANN 1999).

Ärztinnen – auch in anderen Ländern benachteiligt

Betrachtet man Ärztinnen und Ärzte im internationalen Vergleich, so differieren vor allem die professionsinternen Hierarchien von Fachgebieten und deren geschlechtliche Konnotation in Abhängigkeit von den nationalen Gesundheitssystemen (vgl. BLÄTTEL-MINK/KÜHLMANN 2003). Die Regulierung und die Struktur von Versorgungssystemen, so auch das Verhältnis von ambulantem und stationärem Sektor, sind wichtige Indikatoren für die Beteiligungschancen von Frauen. Marktorientierung und **Korporatismus** (z.B. USA, Deutschland, Frankreich) scheinen sich eher

hemmend, staatliche Regulierung (Großbritannien) eher fördernd auf die Beteiligung von Frauen auszuwirken.

Ambulante Versorgung im Osten immer noch Frauendomäne

Markante Unterschiede zeigen sich zwischen Ost- und Westdeutschland. In den neuen Ländern ist der Frauenanteil an den niedergelassenen Ärzten deutlich höher (54,6%) als in den alten Ländern (30,3%), wobei sich beide Werte in den letzten Jahren aufeinander zu bewegen. Bei den Krankenhausärzten zeigen sich ähnliche Beziehungen (Frauenanteil Ost: 41,9%; Frauenanteil West: 36,9%). Bemerkenswert erscheint, dass in den alten Ländern der Anteil der Frauen unter den Krankenhausärzten höher ist als unter den niedergelassenen, und in den neuen Ländern umgekehrt die Versorgung der Patienten im ambulanten Bereich immer noch eine Frauendomäne ist. Diese gegensätzlichen Tendenzen lassen sich auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in der DDR und der alten Bundesrepublik zurückführen. Die Versorgung der Kranken erfolgte in der DDR weitgehend ambulant in Ambulanzen, Ambulatorien und Polikliniken mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Die Selbstständigkeit als Arzt bzw. Ärztin ist demzufolge in den neuen Ländern eine relativ neue Beschäftigungsform,

oftmals als Reaktion auf schlechte Arbeitsmarktchancen im stationären Bereich.

Fachbereiche entsprechen rollenspezifischen Mustern

Die Betrachtung der einzelnen Fachgebiete innerhalb der Humanmedizin in Deutschland offenbart weitere geschlechtsspezifische Unterschiede ①.

So wenden sich Frauen verstärkt der Kinderheilkunde (Frauenanteil 49%) und der psychotherapeutischen Medizin (Frauenanteil 48,2%) zu. Der Anteil der Frauen in der Allgemeinmedizin entspricht ungefähr ihrem Anteil in der Ärzteschaft insgesamt (36,8%). Deutlich seltener hingegen sind Frauen in der Inneren Medizin (Frauenanteil 25,6%), der Chirurgie (13,1%) oder der Orthopädie (11%) anzutreffen. Dies ist nicht zuletzt auch auf Effekte geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung in unserer Gesellschaft zurückzuführen. Besonders die heilenden und pflegenden Berufe gelten als spezifisch weibliche Domänen. Umgekehrt werden aus einer handwerklichen Tradition entstandene

medizinische Bereiche, wie z.B. die Orthopädie oder die Chirurgie, eher als männliche Arbeitsfelder eingeschätzt.

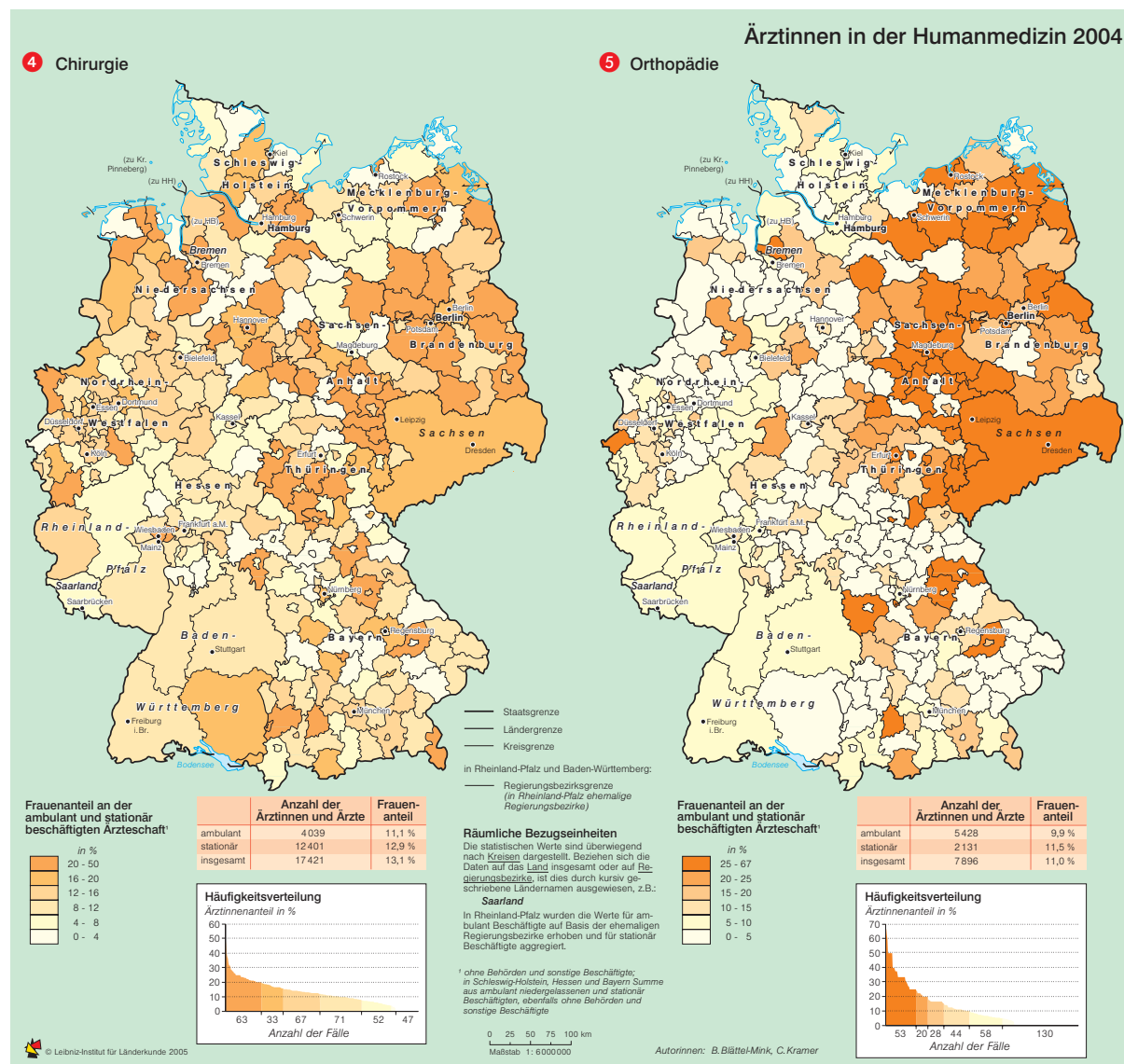
Regionale Disparitäten auch kleinräumig erkennbar

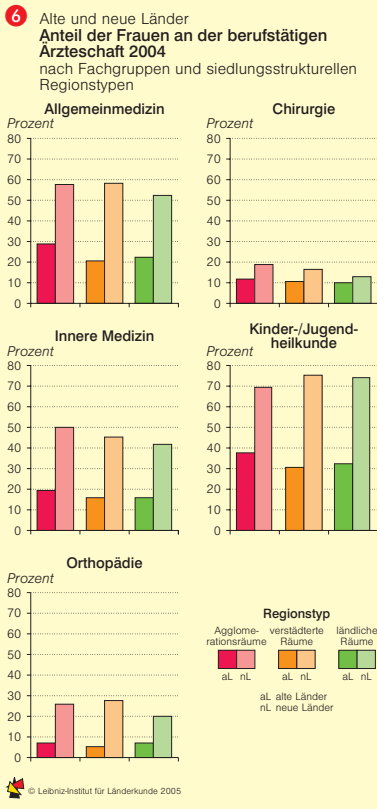
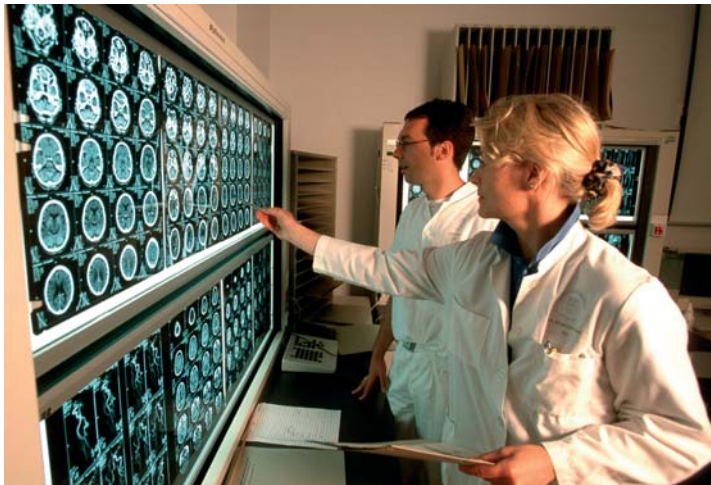
Die unterschiedlichen Berufs- und Wissenschaftskulturen in Ost- und Westdeutschland führten in der jüngeren Vergangenheit dazu, dass Frauen in ganz unterschiedlicher Weise an freien Berufen partizipieren. Eine These lautet, dass sich in der Peripherie eher die familienbetonten Lebensformen konzentrieren, während in den Zentren und zentrumsnahen Städten die Individualisierung und De-Standardisierung des Lebenslaufes voranschreiten. Es kann

daher vermutet werden, dass der Anteil von Frauen an karriereorientierten und einkommensstärkeren Positionen in den Städten höher ist als auf dem Land, was sich z.B. in unterschiedlichen Anteilen von Frauen in den Fachgebieten niederschlagen könnte. Allerdings könnte auch umgekehrt die Gelegenheit für Frauen günstiger sein, in den

Approbation – eine von der zuständigen Landesbehörde zusätzlich zum Studienabschluss erteilte Genehmigung, den Arztberuf selbstständig ausüben zu dürfen

Korporatismus – die Einbindung gesellschaftlicher Organisationen in die Politik





weniger beliebten und gleichzeitig weniger karriereförderlichen Landklinken und -praxen zum Zuge zu kommen, während sich Männer eher auf prestigeträchtige (Universitäts-)Kliniken konzentrieren. Zudem könnte sich die suburbane Wohnsituation als weiterer Anziehungspunkt für ein familienfreundliches Umfeld erweisen.

Aus diesem Grund wurden die fünf von Frauen sehr unterschiedlich besetzten Fachgebiete Allgemeinmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Orthopädie auf der Ebene der Stadt- und Landkreise analysiert. In der Allgemeinmedizin zeigt sich das Gefälle der Frauenanteile zwischen den neuen und alten Ländern sehr deutlich **7**. Außerdem ist zu erkennen, dass die Maxima in den Agglomerationsräumen (und Kernstädten) erreicht werden, gefolgt von den ländlichen Regionen, und dass dann erst die verstärkten Regionen folgen. Dieses Muster besitzt für die Mehrzahl der betrachteten Fachgebiete Gültigkeit **6**. Bei der Chirurgie **4**, ein Bereich, der zum einen insgesamt weniger Personen umfasst als die Allgemeinmedizin und zum anderen relativ geringe Frauenanteile aufweist, ist erkennbar, dass im Osten die Frauenanteile eher in den verstärkten Kreisen innerhalb der großen Agglomerationen hoch sind, wohingegen im Westen die höchsten Frauenanteile in den Kernstädten selbst anzutreffen sind. Generell gilt hier, dass die Ärztschaft zu einem sehr hohen Anteil stationär beschäftigt ist (ca. 70%), was in Verbindung mit der eher geringen Zahl dazu führt, dass die regionale Verteilung der Ärztinnen in diesem Fachgebiet in hohem Maße von den Standorten der Kliniken abhängig ist. Auch bei der Inneren Medizin gibt es einen deutlichen Ost-West-Gegensatz **8**. In diesem Bereich sind rd. 26% der berufstätigen Mediziner weiblich und gleichzeitig nur 44% stationär tätig, so dass die Vorherrschaft der Ärztinnen im ambulanten Bereich in den neuen Ländern – und dort besonders in

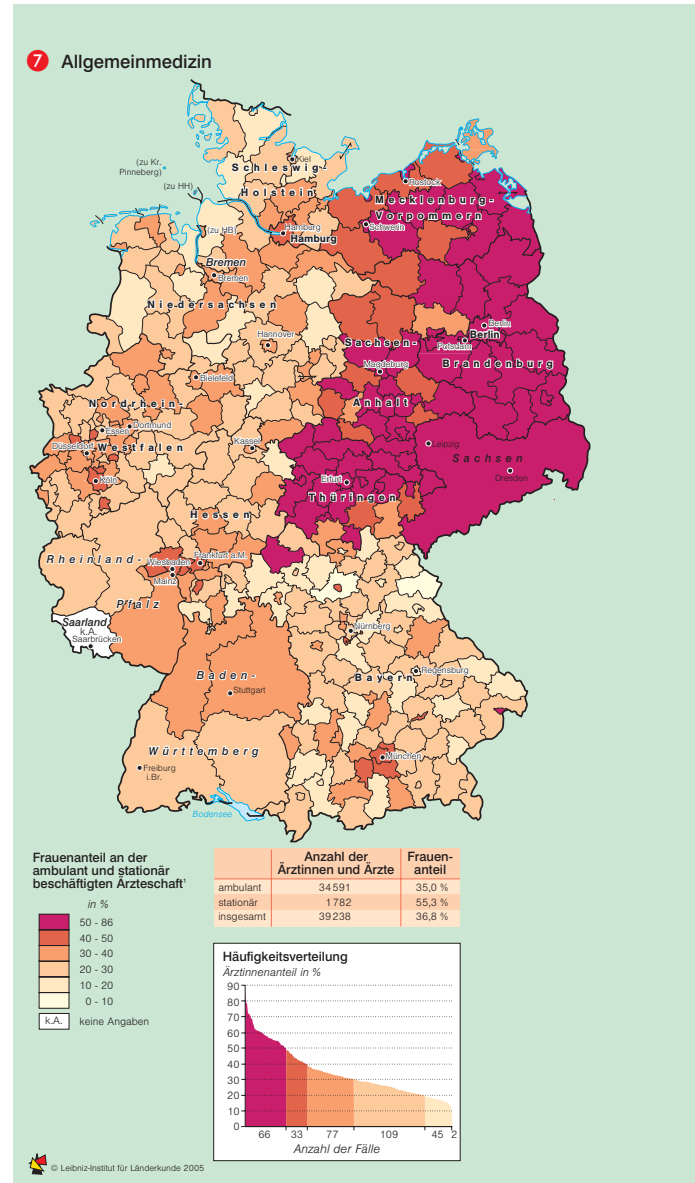
Der Frauenanteil an leitenden Positionen bei Krankenhausärzten beträgt lediglich rd. 10%.

den Agglomerationsräumen – überdeutlich zu Buche schlägt. In der Kinderheilkunde **9** liegt der Anteil der stationär Beschäftigten bei rd. 36%. Auch in diesem Fachgebiet liegen die höchsten Anteile von Ärztinnen in den neuen Ländern Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, aber auch in ländlichen Kreisen in Bayern, wie Amberg-Land oder Hof-Land. Das Fachgebiet

mit dem geringsten Frauenanteil unter den hier näher betrachteten, die Orthopädie, welche auch den geringsten Anteil an stationär Beschäftigten (ca. 27%) aufweist **5**, lässt erneut die neuen Länder und die ländlich geprägten Landkreise der alten Länder (z.B. in Bayern) als relativ stark feminisierte Regionen erscheinen.

Frauen im Arztberuf – stabile Muster der Ungleichheit

Insgesamt zeigen die regionalen Muster eine deutliche Persistenz der früheren Ost-West-Gegensätze. Noch fünfzehn Jahre nach der Wende lässt sich ein



der gute Infrastruktureinrichtungen (wie in den Städten) noch unumkämpfte kassenärztliche Zulassungsbereiche (wie in den ländliche Regionen) verfügbar, und demzufolge weisen diese Regionen insgesamt niedrigere Frauenquoten auf. Für Ost- und Westdeutschland gilt: Die karriereträchtigen und besser bezahlten Tätigkeiten liegen weitestgehend in den Händen der Männer. Aus den verbesserten Startchancen im Studium ergibt sich also bisher noch keine verbesserte Situation für Frauen im Arztberuf, und der Osten nähert sich – wie in vielen Bereichen – den Entwicklungen im Westen an. ♦

deutlich höherer weiblicher Anteil an der Ärzteschaft in den neuen Ländern feststellen. In den alten Ländern liegt der Frauenanteil in den Kernstädten und in den ländlichen Regionen höher als in den verstädterten Regionen. Die Gründe hierfür scheinen vor allem in der Übereinstimmung von weiblichen

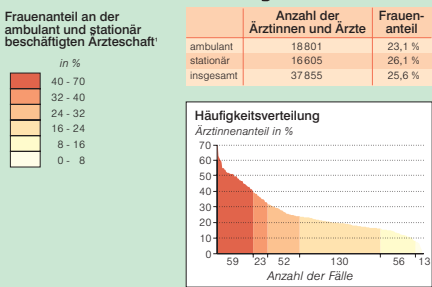
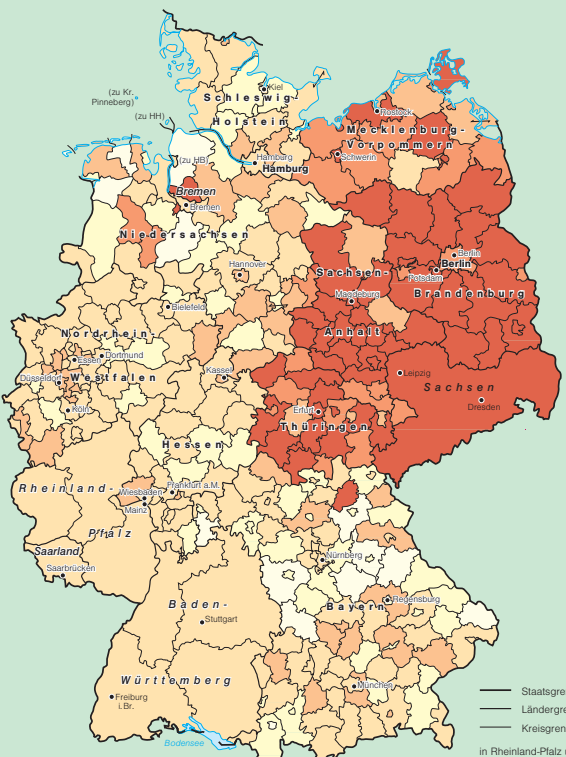
Lebensentwürfen und infrastrukturellen Gegebenheiten zu liegen. Bestimmte lebensweltliche Arrangements (z.B. gute Möglichkeiten der Kinderbetreuung, Pluralisierung der Lebensläufe) werden eher in Kernstädten bedient, obschon die Konkurrenz (oftmals auch für die kassenärztliche Niederlassung gesperrte

Bezirke) eine Selbstständigkeit erschwert. In ländlichen Gebieten hingegen sind zwar die Barrieren für eine Praxistätigkeit weitaus niedriger, aber sowohl Modernisierungs- als auch Karrierechancen sind ebenfalls geringer. In den dazwischen liegenden eher mittelbis kleinstädtischen Regionen sind we-

Ärztinnen in der Humanmedizin 2004

8 Innere Medizin

9 Kinderheilkunde



Räumliche Bezugseinheiten
Die statistischen Werte sind überwiegend nach *Kreisen* dargestellt. Beziehen sich die Daten auf das *Land* insgesamt oder auf *Regierungsbezirke*, ist dies durch kursiv geschriebene Ländernamen ausgewiesen, z.B.: *Saarland*
In Rheinland-Pfalz wurden die Werte für ambulant Beschäftigte auf Basis der ehemaligen Regierungsbezirke erhoben und für stationär Beschäftigte aggregiert.
¹ ohne Behörden und sonstige Beschäftigte; in Schleswig-Holstein, Hessen und Bayern Summe aus ambulant niedergelassenen und stationär Beschäftigten, ebenfalls ohne Behörden und sonstige Beschäftigte

0 25 50 75 100 km
Maßstab 1: 6000000
Autorinnen: B. Blättel-Mink, C. Kramer

