

Zwischen traditionellen Rollenbildern und Geschlechterstereotypen

Frauen und Karriere in der Medizin

Jeanne Moor

Inselspital Universitätsspital Bern, Bern

Trotz zunehmendem Frauenanteil in der Medizin sind in den höheren Kaderpositionen Frauen in geringer Anzahl anzutreffen. Die Literatur nennt dafür häufig Gründe wie ungenügende Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Fehlen von Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, flexiblen Arbeitszeiten, Rollenmodellen oder Mentoring sowie unbewusste Vorurteile durch stereotype Denkmuster oder auch Diskriminierung. Dieser Artikel fokussiert auf einige biologische und soziokulturelle Geschlechterunterschiede sowie deren berufliche Bedeutung auf die Karriere einer Frau in der Medizin.

Gemäss US-Daten hat sich die Lücke der fehlenden Frauen in Kaderposition trotz zunehmendem Frauenanteil in der Medizin in den letzten 35 Jahren nicht geschlossen [1]. In der Schweiz gab es 2021 gemäss FMH-Statistik einen leichten Anstieg des Frauenanteils in den Kaderpositionen über alle Fachrichtungen im Vergleich zu 2010: Bei der Assistenzärzteschaft war der Frauenanteil 2021 59,5% (2010: 54,3%), bei der Oberärzteschaft 49,8% (2010: 40,1%), bei der Leitenden Ärzteschaft 29,5% (2010: 20,3%) und der Chefärzteschaft nur 15,3% (2010: 9,9%) [2, 3].

Sind Frauen weniger ambitioniert als Männer?

Eine Studie bei 200'000 Angestellten aller beruflichen Sektoren in 189 Ländern zeigte, dass die Ambitionen zu Karrierebeginn vergleichbar sind zwischen den Geschlechtern [4]. Später in der Karriere sinken die Ambitionen der Frauen, aber nur, sofern gleichzeitig ein Arbeitsumfeld besteht, welches Frauen bei ihrem Karrierefortschritt hemmt [4]. Ein vergleichbares Muster

Konflikte zwischen dem Berufs- und Familienleben erleben Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten deutlich mehr.

zeigte sich bei Medizinstudierenden in Deutschland: Während im 1. Studienjahr Frauen und Männer ähnlich hohe Karriereambitionen angaben, wiesen Studentinnen in höheren Semestern und Ärztinnen weniger hohe Karriereambitionen auf als Männer [5].

In den folgenden Abschnitten soll auf einige mögliche Erklärungen für die im Zeitverlauf abnehmenden Ambitionen der Frauen sowie Lösungsansätze eingegangen werden.

Die «Rush hour» des Lebens: ein Wettlauf zwischen Berufsambitionen und der biologischen Uhr

Um das 30. Lebensjahr stehen oft zentrale berufliche und private Lebensziele in Konflikt miteinander. Neben dem Anstreben eines oder mehrerer Facharztstitel, dem möglichen Einstieg in eine Praxis oder dem Durchführen von Forschung und Lehre stellt sich gleichzeitig für viele auch die Frage der Familiengründung. In der Schweiz besteht bei 91% aller (noch) kinderlosen Personen zwischen 20 und 29 Jahren ein Kinderwunsch und das Durchschnittsalter der Erstgebärenden beträgt 31 Jahre [6].

Diese Konflikte zwischen dem Berufs- und Familienleben erleben Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten deutlich mehr [7]. Zwei Drittel der befragten Ärztinnen in einer US-Studie gaben zudem an, wegen ihres Geschlechts oder der Mutterschaft im Berufsumfeld benachteiligt worden zu sein [8]. In einer Umfrage des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) im Jahre 2020 mit 2944 Teilnehmenden erwähnten Ärztinnen als häufigsten Diskriminierungsgrund das Geschlecht, dies vor allem aufgrund von Schwangerschaft und Elternschaft [9]. Dabei war die Diskriminierung mit Benachteiligungen bei den Arbeitseinsätzen, Arbeitszeiten und der Beförderung verbunden [9].

Aus Sicht des Arbeitsgebers können schwangere Frauen und stillende Mütter kurzfristig einen Aufwand und höhere Kosten verursachen, unter anderem weil eine Maximalarbeitszeit von neun Stunden pro Tag gesetzlich nicht überschritten werden darf [10]. Zudem möchten viele Mütter ihren Beschäftigungsgrad reduzieren [6]. Dies kann einerseits direkt zu beruflichen Benachteiligungen von Schwangeren oder Müttern führen [9]. Andererseits können bereits kinderlose Frauen wegen ihrer potentiellen zukünftigen Mutterschaft negative Erfahrungen am Arbeitsplatz machen, wie eine Studie mit Akademikerinnen in der Schweiz zeigte [11]. Kinderlose Frauen berichteten häufiger über eine negative Behandlung am Arbeitsplatz als kinderlose Männer und dies war ein Jahr später mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für den Berufsausstieg verbunden [11].

Das traditionelle Rollenbild in der Schweiz

Wenn eine Frau Mutter wird, wird sie in der Schweiz, wo eher eine traditionelle Rollenteilung gelebt wird, eher die hauptverantwortliche Person für die Kinderbetreuung. Gemäss Bundesamt für Statistik arbeiteten im Jahr 2020 59% der erwerbstätigen Frauen Teilzeit, im Vergleich zu lediglich 14% der Männer [12]. Die Frauen waren auch für einen grossen Teil der Kinderbetreuung alleine verantwortlich: Die Kinder in die Kindertagesstätte zu bringen war in 47% alleinige Aufgabe der Mutter, gegenüber in 9% alleinige Aufgabe des Vaters und die Unterstützung bei den Hausaufgaben in 55% alleinige Aufgabe der Mutter, gegenüber 9% alleinige Aufgabe des Vaters [12].

Bei der grundsätzlich bereits hohen Arbeitsbelastung im ärztlichen Beruf (durchschnittliche Arbeitszeit von 56 Stunden pro Woche bei einem 100%-Beschäftigungsgrad) lassen sich aber Zusatzaufgaben wie die Kinderbetreuung oder die Hausarbeit schwer mit höheren beruflichen Ambitionen vereinbaren [9, 13]. Dies zeigte auch die COVID-19-Pandemie: Die Unterrepräsentation von Autorinnen bei Studien zu COVID-19 ist ein Hinweis auf die ungleiche Verteilung von privaten Zusatzaufgaben zwischen den Geschlechtern [14–16]. Zudem sind die Jahre nach der Geburt eines Kindes für Frauen in einigen wissenschaftlichen Disziplinen insgesamt mit einer Abnahme der jährlichen Publikationsrate verbunden [17].

Traditionelle Rollenbilder sind tief in unserer Kultur verankert. Diese Rollenbilder könnten sich einerseits durch strukturelle oder gesellschaftliche Veränderun-

gen beeinflussen lassen, aber andererseits auch bereits auf individueller Ebene (z.B. in der Paarbeziehung).

Geschlechterstereotypen

Bereits Kinder sind früh den gängigen Stereotypen der Geschlechterrollen ausgesetzt, so ordnen sie z.B. Betreuungsaufgaben eher einer Frau zu, jedoch den Pilotenberuf eher einem Mann [18]. In der Medizin wird Männern eher Fachkompetenz oder Forschungstätig-

Gemäss Bundesamt für Statistik arbeiteten im Jahr 2020 59% der erwerbstätigen Frauen Teilzeit, im Vergleich zu lediglich 14% der Männer.

keit, hingegen Frauen eher Attribute wie Fürsorglichkeit oder die Lehre zugeordnet [19–21]. Frauen männlichen Stereotypen anzunähern, z.B. durch Training von Rhetorik oder Verhandlungs-Skills, ist dabei jedoch kontraproduktiv [20]. Mehr Erfolg haben strukturelle Massnahmen, welche darauf ausgerichtet sind, eingeschlechtsneutrales und stereotypenfreies Arbeitsklima zu fördern, so dass z.B. weibliche Attribute wie «Schüchternheit» im Jobinterview nicht per se als negativ bewertet werden oder dass eine Diversität auf Führungsebene angestrebt wird [20]. Eine solche positive Kultur und Einstellung zur Geschlechtervielfalt in einem Unternehmen bewirken, dass alle Frauen - auch Mütter - langfristig gleich ambitioniert bleiben wie Männer [4].

Frauen und Männer sind nicht gleich, gleiche Chancen sollen jedoch geschaffen werden

Obengenannte biologische und soziokulturelle Geschlechtsunterschiede können zu ungleichen beruflichen Chancen zwischen Frauen und Männern führen. Viele Initiativen versuchen jedoch, durch festgeschriebene Regeländerungen für bessere Chancengleichheit der Geschlechter zu sorgen. Der Schweizerische Nationalfonds und andere Förderinstitutionen der wissenschaftlichen Forschung erlauben eine Verlängerung des Zeitfensters für Teilnahmen an Förderprogrammen, wenn ein Kandidat oder eine Kandidatin diese entsprechend begründen kann, wie z.B. mit Mutter- oder Vaterschaftsurlaub oder betreuungsbedingter Reduktion des Beschäftigungsgrads [22, 23]. Die wissenschaftlichen Leistungen einer Person werden anhand des sogenannten «akademischen Alters» und nicht nach dem biologischen Alter oder der Anzahl Jahre nach dem Staatsexamen gemessen [24].

Fortsetzung auf Seite 219

Fortsetzung von Seite 216

Doch solche Normen gelten nicht in allen Bereichen. Beförderungsentscheide oder die Entscheidungen zur Verlängerung von Arbeitsverträgen können subjektiv gefärbt sein, z.B. bei schwierig zu vergleichenden Qualifikationen [25, 26]. Bei solchen Entscheidungen können Kaderpersonen beteiligt sein, welche aufgrund von (un)bewussten Stereotypen eher den stets verfügbaren, hochprozentig arbeitenden Mann ohne/ mit wenig betreuungsbedingten Abwesenheiten bevorzugen und als den risikoarmen Kandidaten für eine Beförderung oder Vertragsverlängerung einschätzen [9, 27–29]. Solche Entscheidungen können dazu beitragen, dass die Geschlechterverteilung der oberen Hierarchiestufen unverändert bleibt.

Gute Mentorinnen bzw. Mentoren und Vorgesetzte zu finden, ist unerlässlich

Rollenmodelle und Mentoren oder Mentorinnen können essenziell sein für die Karriere, für Mann oder Frau. Die aktuellen Chefetagen bestehen mehrheitlich aus Männern [30]. Ärztinnen treten aber selten 1:1 in die Fussstapfen der heutigen Chefärzte. Sie benötigen oftmals eigene neue Wege, für welche teils noch nicht

viele Rollenmodelle existieren. Hierfür ist es unentbehrlich, Vorgesetzte, Mentorinnen und Mentoren zu finden, welche auch Frauen ohne den typischen geradlinigen Lebenslauf auf einer ambitionierten beruflichen Laufbahn mitbegleiten. Auch die vorgesetzte Person, die Mentorin oder der Mentor selbst kann aufgrund des besseren Verständnis von Hürden einer Ärztin offener dafür sein, neue Wege zu erarbeiten und dadurch zu mehr Chancengleichheit und Diversität im Betrieb führen [31–33]. Mentoringprogramme werden zunehmend angeboten, unter anderem an SGAIM-Kongressen oder an Universitätsspitalern [34–37]. Insgesamt gibt es gegen einige mögliche berufliche Hürden bei Frauen bereits unterstützende Bestrebungen (wie z.B. die Berechnung des «akademischen Alters» oder Mentoringprogramme), um die Chancengleichheit zu verbessern. Die Feminisierung der Medizin ist mit einem gewissen Bedarf an Anpassungen verbunden, diese bringen aber auch viele Chancen, topmotivierte Mitarbeitende jedes Geschlechts langfristig im Betrieb zu halten.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Dr. med. Jeanne Moor
Inselspital Universitätsspital
Bern
Universitätsklinik für
Allgemeine Innere Medizin
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
[Jeanne.moor\[at\]insel.ch](mailto:Jeanne.moor[at]insel.ch)