

Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“, am  
Institut für Arbeits-, Organisations- und  
Gesundheitspsychologie an der FU Berlin  
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)

Nr. 13

**Susanne Dettmer, Stefanie Grote, Ernst-H. Hoff & Hans-Uwe Hohner**

**Zum Stand der Professionsentwicklung und zum  
Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie**

**1999**

Korrespondenzadresse:

FU Berlin, Institut für Arbeits-, Organisations-  
und Gesundheitspsychologie (WE 10)  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

im Internet: [www.fu-berlin.de/arbpsych](http://www.fu-berlin.de/arbpsych)

Dipl. Sozialwirtin Susanne Dettmer, [sdettmer@zedat.fu-berlin.de](mailto:sdettmer@zedat.fu-berlin.de)

Dr. Stefanie Grote, [grote.h@metronet.de](mailto:grote.h@metronet.de)

Prof. Dr. Ernst-H. Hoff, [ehoff@zedat.fu-berlin.de](mailto:ehoff@zedat.fu-berlin.de)

PD Dr. Hans-Uwe Hohner, [hohner@zedat.fu-berlin.de](mailto:hohner@zedat.fu-berlin.de)

## **Inhaltsverzeichnis:**

**Abstract**

**Zusammenfassung**

**Einführende Hinweise**

**Abbildungsverzeichnis**

### **1. Zur Professionsentwicklung in der Humanmedizin**

1.1 Zahlen zu Studium und Geschlecht

1.2 Zahlen zu Berufstätigkeit und Geschlecht

1.3 Zur Entwicklung der Profession und zu spezifischen Berufsfeldern von Medizinerinnen und Medizinern

### **2. Zur Professionsentwicklung in der Psychologie**

2.1 Zahlen zu Studium und Geschlecht

2.2 Zahlen zu Berufstätigkeit und Geschlecht

2.3 Zur Entwicklung der Profession und zu spezifischen Berufsfeldern von Psychologinnen und Psychologen

### **3. Vergleich der Professionen**

### **4. Literatur**

**Anhang**

## **Abstract**

Recent developments in the medical and psychological professions are characterised by a change in gender representation among both students and professionals. The proportion of women amongst both students and professionals has been rising steadily – this increase has been more marked in the field of psychology than in medicine. However, the proportional representation of women is still stronger amongst students than amongst professionals. Moreover horizontal segregation processes regarding the gender-specific distribution of employment can be observed in both medicine and psychology. Those occupational fields which are financially highly profitable and esteemed highly prestigious show a comparatively low proportional representation of women and are dominated by men. Vice versa women show a higher than average proportional representation in peripheral, less prestigious and financially less attractive professional domains. These disparities are amplified by gender-specific vertical segregation processes within these occupations, which means that leading positions, even in domains with proportionally high female representation, are generally occupied by men. Investigating the reasons for this marginalisation of women the question of how to reconcile family, household and profession catches the eye.

## **Zusammenfassung**

Die neuere Entwicklung der Professionen Humanmedizin und Psychologie ist durch eine Verschiebung des Geschlechterverhältnisses bei Studierenden und bei Berufsangehörigen gekennzeichnet. In beiden Studienfächern und Berufen ist der Anteil der Frauen stetig angewachsen - in der Psychologie auf einem noch höheren Niveau als in der Medizin. In der Berufstätigkeit sind die weiblichen Professionsangehörigen allerdings im Vergleich zu ihrem Anteil an den Studienabsolventen nicht angemessen vertreten. Darüber hinaus sind sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie horizontale Segregationsprozesse der geschlechtsspezifischen Besetzung von Berufsfeldern festzustellen. Finanziell besonders einträgliche und prestigereiche Berufsfelder weisen vergleichsweise niedrige Frauenanteile auf und werden von Männern dominiert. Umgekehrt sind Frauen überproportional in peripheren, mit geringerem Prestige und mit geringerer finanzieller Attraktivität ausgestatteten Berufsbereichen tätig. Verstärkt werden diese Disparitäten durch geschlechtsspezifische vertikale Segregationsprozesse innerhalb der Berufsfelder, die dazu führen, daß selbst in den Bereichen mit hohen Frauenanteilen Leitungsfunktionen mehrheitlich von Männern besetzt sind. Bei der Suche nach den Ursachen dieser Marginalisierung von Frauen fällt der Blick u.a. auf Probleme der Vereinbarkeit von Familie, Haushalt und Beruf.

## **Einführende Hinweise**

Der vorliegende Beitrag ist im Rahmen des von der DFG geförderten Forschungsprojekts „PROFIL“ („Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. - Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie“) an der FU Berlin unter der Leitung von Ernst-H. Hoff und Hans-Uwe Hohner entstanden. Auf der Grundlage von sekundärstatistischen Analysen wird der Versuch einer Bestandsaufnahme der Professionsentwicklung und des Geschlechterverhältnisses in Medizin und Psychologie unternommen. Der Schwerpunkt liegt auf Entwicklungen in den letzten beiden Jahrzehnten. Dieser Zeitraum ist insofern besonders relevant, als im Zusammenhang mit dem Projekt geschlechtsspezifische Berufsverläufe in beiden Professionen von 1983 bis 1999 detailliert untersucht werden sollen. Die in diesem Bericht skizzierten Entwicklungen bilden somit den Hintergrund, vor dem die Befunde unserer weiteren Untersuchungen interpretiert werden müssen; und umgekehrt sollen die weiteren Projektanalysen zur Erklärung der hier eher deskriptiv behandelten Professionsentwicklungen und des Zusammenhangs von Professionalisierung und Geschlecht beitragen.

Der Text untergliedert sich in die Darstellung der beiden Professionen Humanmedizin und Psychologie. Zunächst stehen neuere Zahlen zum Studium und zum Geschlechterverhältnis im Vordergrund. Dabei werden nur die eingeschriebenen Hauptfachstudierenden der Medizin bzw. Psychologie, nicht aber die Nebenfachstudierenden betrachtet. Das gilt für die Gesamtzahl der Studierenden aller Semester ebenso wie für die Erstsemester. Anschließend geht es um Angaben zum Berufsstand und dessen Entwicklung sowie um die interne Differenzierung der Berufsfelder. Auch dabei stehen die jeweiligen Geschlechterverhältnisse im Vordergrund. Abschließend folgt ein kurzer Vergleich der Professionen und ihrer internen Unterteilung in spezifische Berufsfelder.

## **Abbildungsverzeichnis:**

### **Übersichten im Text:**

- Übersicht 1:** Anteile nach Geschlecht bei Erstsemestern, 3. Staatsexamen und erteilten Approbationen in der Humanmedizin von 1980 bis 1997
- Übersicht 2:** Studierende der Medizin in den neuen und alten Bundesländern
- Übersicht 3:** Berufstätigkeit und beruflicher Status von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland
- Übersicht 4:** Historische Entwicklung des Frauenanteils an Berufstätigen in der Medizin
- Übersicht 5:** Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen (1998)
- Übersicht 6:** Anteile von Frauen und Männern an den wichtigsten Facharztgebieten in den neuen und alten Bundesländern (1993)
- Übersicht 7:** Geschlechterverhältnis bei Leitungsfunktionen im Krankenhaus nach Fachgebieten geordnet (1994)
- Übersicht 8:** Anteile nach Geschlecht bei Studierenden, Erstsemestern und Diplomprüfungen in der Psychologie von 1976 bis 1997
- Übersicht 9:** Berufstätigkeit und beruflicher Status von Psychologinnen und Psychologen in Westdeutschland
- Übersicht 10:** Berufsfelder in den alten und neuen Bundesländern im Vergleich
- Übersicht 11:** Entwicklung der Berufsfelder in der Psychologie (Prozentanteile von 1981 und 1991 im Vergleich)
- Übersicht 12:** Anteile der einzelnen Berufsfelder bei der Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern in der Psychologie (1991)
- Übersicht 13:** Mitglieder des BDP nach Fachgruppen und Geschlecht in Prozent (1998)
- Übersicht 14:** Mitglieder der DGPs nach Sektionen und Geschlecht in Prozent (1998)
- Übersicht 15:** Anteile von Frauen an Studierenden insgesamt, an Studierenden in der Medizin und an Studierenden der Psychologie
- Übersicht 16:** Berufstätigkeit und Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie (1998)
- Übersicht 17:** Frauenanteile bei Berufstätigkeit in Medizin und Psychologie

## **Anhang:**

**Tabelle:** Facharztgebiete nach Bezeichnungen und Anzahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte

# 1. Zur Professionsentwicklung in der Humanmedizin

## 1.1 Zahlen zu Studium und Geschlecht

Mitte der 70er Jahre konkurrierten noch sieben bis neun Bewerberinnen und Bewerber um einen Medizinstudienplatz; heute besteht mit zwei (zum Wintersemester) bis vier (zum Sommersemester) Bewerbungen auf einen Studienplatz zwar ein geringeres - aber ein nach wie vor großes Interesse am Medizinstudium (Arbeitsmarkt-Information, 5/1998). Seitdem Frauen der Zugang zu Universitäten eröffnet wurde, gehört das Medizinstudium zu den akademischen Ausbildungen, auf die sich ihr Hauptinteresse richtete (vgl. Mertens 1989, S.6), und das ist auch bis in die Gegenwart so geblieben.

Was die Entwicklung der Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger in der Medizin anbelangt (vgl. Übersicht 1), so sind einige Schwankungen der Zahlen festzustellen. Am deutlichsten fällt der Rückgang der Erstsemesterzahlen zwischen 1990 und 1991 von 8.725 auf 6.902 ins Auge. Dieser Rückgang innerhalb eines Jahres ist durch eine Verringerung der Ausbildungskapazität in den alten Bundesländern um ca. 22% zu erklären (vgl. Ärztliche Approbationsordnung vom 21.12.89).

**Übersicht 1: Anteile nach Geschlecht bei Erstsemestern, 3. Staatsexamen und erteilten Approbationen in der Humanmedizin von 1980 bis 1997**

Jahr	1. Sem.	Davon Männer (%)	davon Frauen (%)	3.Staats-examen	davon Männer (%)	davon Frauen (%)	Erteilte Approbat.	Davon Männer (%)	davon Frauen (%)
1980	7725	58	42	6362	70	30	8092	70	30
1981	8431	59	41	5578	70	30	7582	71	29
1982	7493	58	42	6648	68	32	8538	70	30
1983	6970	58	42	7795	66	34	9070	66	34
1984	6605	52	48	7444	64	36	10564	65	35
1985	7184	56	44	8820	62	38	9751	65	35
1986	7538	54	46	8811	60	40	11573	64	36
1987	7885	58	42	10066	60	40	11344	61	39
1988	8819	56	44	9189	58	42	7653	59	41
1989	8714	56	44	8913	58	42	2201	65	35
1990	8725	54	46	7999	55	45	7664	63	37
1991	6902	59	41	9081	56	44	9717	57	43
1992	6757	52	48	9222	56	44	10690	54	46
1993	8901	52	48	10656	55	45	12241	54	46
1994	8268	51	49	10165	54	46	13550	54	46
1995	8031	49	51	9459	54	46	12608	54	46
1996	8224	46	54	10507	55	45			
1997	8362	48	52	9434	55	45			

Quellen: Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 11, Bildung und Kultur, Reihe 4.1 und 4.2, 1975-1997; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, 1997.

Die weitere Entwicklung der Erstsemester in der Medizin zeigt, daß die Zahlen (abgesehen von dem deutlichen Anstieg 1993, der aus der erstmaligen Einbeziehung der Zahlen aus den neuen Bundesländern resultiert) etwa gleich bleiben. Die Wiedervereinigung hat also längerfristig kein deutliches Ansteigen der Erstsemesterzahlen nach sich gezogen. 1997 lag die Zahl mit 8.362 sogar noch unter dem Niveau von 1981 mit 8.431 Studienanfängerinnen und -anfängern.

Während der Anteil weiblicher Studienanfänger noch bis Mitte der 70er Jahre bei ungefähr einem Drittel lag, stieg er bis 1980 auf 42% und übertraf schließlich ab 1995 mit 51% erstmals den Anteil der männlichen Studienanfänger (vgl. Übersicht 1). Der Frauenanteil an den Studierenden der Medizin insgesamt ist seit der Wiedervereinigung nicht so stark gestiegen, wie zu vermuten war, denn in den neuen Bundesländern ist er von 56% in den Jahren 1988/89 wieder auf 50% in den Jahren 1990/91 zurückgegangen (vgl. Übersicht 2).

### Übersicht 2: Studierende der Medizin in Ost- und Westdeutschland

Jahr	DDR / neue Bundesländer		BRD / alte Bundesländer			
	Studierende insgesamt	davon Männer (%)	davon Frauen (%)	Studierende insgesamt	davon Männer (%)	davon Frauen (%)
1965/66	11590			33688	73	27
1970/71	7069	41	59	32870	77	23
1975/76	6869	35	65	43368	71	29
1980/81	9255	43	57	68773	64	36
1985/86	9986	45	55	84063	57	43
1987/88	10072	44	56	86217	56	44
1988/89	10211	44	56	86683	56	44
1989/90	10297	45	55	85091	55	45
1990/91	10524	48	52	84700	56	44
1991/92	11842	50	50	82868	55	45

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 1995: Daten des Gesundheitswesens

Bevor wir auf die Absolventenzahlen in der Medizin zu sprechen kommen, soll noch kurz auf den Ablauf des Medizinstudiums eingegangen werden: Die ärztliche Ausbildung besteht aus einem mindestens 6jährigen Universitätsstudium. Nach dem Studienabschluß mit dem 3. Staatsexamen folgt eine 18monatige praktische Tätigkeit als „Arzt im Praktikum“ (AiP). Die zur Berufsausübung berechtigende staatliche Approbation wird danach auf Antrag von der zuständigen Landesärztekammer erteilt.

Bei den absoluten Absolventenzahlen beziehen wir uns nun zuerst auf das 3. Staatsexamen. Die hiermit abgeschlossenen ärztlichen Prüfungen erreichten im Jahr 1987 mit 10.066 ihren Höchststand vor der Wiedervereinigung. Nach Einführung des „Arzt im Praktikum“ im Jahr 1988 nahmen die absoluten Zahlen deutlich ab (dies wirkte sich ebenso auf die Approbationszahlen aus) und blieben bis einschließlich 1992 in etwa auf dem gleichen Niveau. Ab

1993 stieg die Absolventenzahl durch die erstmalig vorgenommene statistische Einbeziehung der neuen Bundesländer wieder deutlich an und ist seither erneut leicht rückläufig.

Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses sind bei den Absolventenzahlen analoge Entwicklungen wie bei den Erstsemestern festzustellen (vgl. Übersicht 1). Hatten Frauen 1980 beim 3. Staatsexamen und bei der Approbation noch einen Anteil von 30%, so absolvieren seit Mitte der 90er Jahre Frauen und Männer ihre Ausbildung zu annähernd gleichen Anteilen. Dabei entspricht das Geschlechterverhältnis beim 3. Staatsexamen weitgehend der jeweiligen Relation bei den Approbationen (wenn man die dazwischen liegende AiP-Dauer von mindestens 18 Monaten berücksichtigt).

Obwohl der Frauenanteil bei den Absolventen in der ehemaligen DDR wesentlich höher lag (1989 mit 53%) als in der alten BRD (1989 mit 42%), hat er sich auch nach der Einbeziehung der neuen Bundesländer nicht deutlich vergrößert, sondern stieg wie bisher in den alten Bundesländern stetig leicht an (vgl. Übersicht 1). Dies ist durch die vergleichsweise geringen absoluten Zahlen der Absolventen in den neuen Bundesländern zu erklären (zum Geschlechterverhältnis in der Medizin der ehemaligen DDR siehe Schagen, 1996).

Nennenswerte Differenzen zwischen Erstsemesterzahlen und Zahlen des 3. Staatsexamens sind sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Studierenden nicht festzustellen. Legt man ein im Durchschnitt 6 Jahre dauerndes Studium zugrunde, so deckt sich der Anteil der Frauen und Männer, die das Studium mit dem 3. Staatsexamen abschließen in etwa mit dem jeweiligen Anteil an den Studienanfängern jeweils 6 Jahre zuvor. Der Frauenanteil bei den erteilten Approbationen ist ebenfalls nur geringfügig niedriger als der Anteil an den Studienabschlüssen.

Frauen brechen also ihr Studium nicht häufiger ab als Männer. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, daß Frauen im Studium keine Benachteiligungen erfahren. So zeigen Untersuchungen zu subjektiven Einschätzungen von Bargel & Ramm (1994), daß sich Medizinstudentinnen durch ihr Geschlecht im Fach Medizin durchaus benachteiligt fühlen: Eine teilweise oder sogar häufige Benachteiligung geben 46% der studierenden Frauen in der Medizin an (im Vergleich zu nur 28% der Studentinnen an den Universitäten insgesamt). Bei der Frage nach Unterstützung und Förderung durch Hochschullehrer tritt die wahrgenommene Benachteiligung noch deutlicher hervor: Hier fühlen sich sogar 60% der Medizinstudentinnen gegenüber ihren männlichen Mitstudenten benachteiligt. Unterstützt wird dieser Befund dadurch, daß immerhin 35% der männlichen Medizinstudenten ebenfalls eine Benachteiligung ihrer weiblichen Mitstudierenden feststellen (Bargel & Ramm, 1994, S. 143). In gleicher Weise lassen sich auch Befunde von Sieverding (1990, 1992) interpretieren: Sie stellt in ihren Untersuchungen fest, daß Frauen am Ende des Medizinstudiums eine größere

Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und (eher männlich-instrumentell geprägtem) Karrierekonzept aufweisen als Männer.

## 1.2 Zahlen zu Berufstätigkeit und Geschlecht

Betrachtet man nun den weiteren Übergang vom Medizinstudium in den Beruf nach der Approbation, so ist folgendes festzustellen: Männer sind entsprechend ihrem Anteil an den Studienabsolventen angemessen in der berufstätigen Ärzteschaft vertreten. Für Frauen gilt dies jedoch nicht. So waren viereinhalb Jahre nach dem Examen des Absolventenjahrgangs 1988/89 nur 3% der Mediziner, aber 22% der Medizinerinnen nicht in ihrem Beruf tätig. Von allen nicht erwerbstätigen Medizinerinnen sind 85% Frauen. Die Diskrepanz zwischen dem Anteil an Medizinerinnen, die ein entsprechendes Studium abgeschlossen haben, und ihrem Anteil an der berufstätigen Ärzteschaft hat nicht abgenommen (vgl. für den Zeitraum von 1980 bis 1994: Schagen, 1996).

Zur Erklärung dieser Diskrepanz gibt es keine Untersuchungen; man kann allerdings vermuten, daß die Differenz vor allem durch den Ausfall von Frauen durch Familien- und Kinderphasen erklärbar ist. Aber auch die gestiegene Arbeitslosigkeit innerhalb der Ärzteschaft, von der Ärztinnen stärker betroffen sind als ihre männlichen Kollegen, trägt vermutlich dazu bei, daß Frauen nach ihrem Studienabschluß nicht berufstätig werden.

Über die Entwicklung der Berufstätigkeit in der Medizin geben Zahlen des IAB Aufschluß, die für 1985, 1991, 1993 und 1995 zu den insgesamt erwerbstätigen Medizinerinnen und zu deren Status als Selbständige, Beamte, Angestellte sowie als Teilzeiterwerbstätige vorliegen (vgl. Übersicht 3). Die absolute Zahl der Erwerbstätigen in der Medizin stieg im Zeitraum von 1985 bis 1995 deutlich an; dies gilt für die alten Bundesländer noch stärker als für die neuen Länder. Angemerkt sei aber, daß trotz dieses Anstiegs der Anteil der berufstätigen Ärzteschaft an den Erwerbstätigen insgesamt relativ konstant bei 0,6 % blieb (Parmentier, IAB, 1993).

### Übersicht 3: Berufstätigkeit und beruflicher Status von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland

<b>Medizin- West</b>	1985	1991	1993	1995
Erwerbstätige	166.700	171.500	217.100	235.700
% Frauen an allen Erwerbstätigen	26	30	33	35
Beruflicher Status:				
Selbständige	42	39	38	40
Beamte	8	7	5	4
Angestellte	48	52	55	55
Teilzeiterwerbstätige in %	7	10	11	13
Arbeitslose	4.340	6.010	7.227	7.106

<b>Medizin- Ost</b>		1991	1993	1995
Erwerbstätige		44.100	50.100	52.600
% Frauen an allen Erwerbstätigen		54	54	53
Beruflicher Status:				
Selbständige		22	41	42
Beamte		-	-	1
Angestellte		78	59	55
Teilzeiterwerbstätige in %		7	2	5
Arbeitslose		1.019	1.038	1.122

Quelle: IAB MatAB 1.5/1998

Während in den alten Bundesländern der Selbständigenstatus von 1985 bis 1993 zunächst etwas abnahm, dann aber bis 1995 wieder leicht zunahm (von 38% auf 40%), verlor der Beamtenstatus weiterhin an Bedeutung. Der Angestelltenstatus nahm zunächst (von 48% auf 55%) zu und blieb dann auf gleichem Niveau (vgl. Übersicht 3). In den neuen Bundesländern nahm demgegenüber der Selbständigenstatus stark zu und stieg von 22% im Jahre 1991 auf 42% im Jahre 1995. Wie in anderen Berufen kann auch von einer „nachholenden Entwicklung„ zur Selbständigkeit in den neuen Bundesländern gesprochen werden, denn in der ehemaligen DDR arbeitete die große Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte in Kliniken bzw. Polikliniken und es gab kaum niedergelassene Ärzte. Die Angestelltenverhältnisse gingen hier im gleichen Zeitraum entsprechend stark von 78% auf 55% zurück, weil sich viele der vormals in Polikliniken angestellten Ärzte selbständig machten. (Diese Tendenz wird voraussichtlich aufgrund der schwierigen Haushaltssituation der Krankenhäuser auch noch etwas länger andauern.)

Bei der Betrachtung der Frauenanteile (die bei den Angaben des IAB zum Berufsstatus in Übersicht 3 fehlen), lassen sich folgende geschlechtsspezifische Segmentierungen erkennen: Frauen sind - gemessen an ihrem Anteil an der gesamten Ärzteschaft - bei den niedergelassenen Ärzten unterrepräsentiert, im Angestelltenbereich in etwa angemessen vertreten und in Behörden und sonstigen Bereichen deutlich überrepräsentiert (Schmitt, 1994, S.122).

Teilzeitbeschäftigungen bewegen sich in der Medizin im Vergleich zu den meisten Berufen insgesamt auf einem niedrigen Niveau. Für den Zeitraum von 1985 bis 1995 ist in den alten Bundesländern allerdings ein deutlicher Zuwachs der Teilzeitbeschäftigung von 7% auf 13% festzustellen (vgl. Übersicht 3). Die Teilzeitquote in den neuen Bundesländern liegt 1995 mit 5% noch deutlich niedriger als in den alten Bundesländern mit 13%. Den Anteil der Frauen an Teilzeitbeschäftigungen gibt der Mikrozensus für das Jahr 1995 mit 80,2% an, während der Männeranteil entsprechend bei 19,8% liegt. Insgesamt waren 85% aller Teilzeitbeschäftigten Frauen. Als Begründung für diesen hohen Frauenanteil werden immer wieder die Erleichterungen angegeben, die Teilzeitarbeit für eine Integration von Beruf und Familie mit

sich bringen. Gleichzeitig bedeutet Teilzeitarbeit in der Regel aber auch einen Verzicht auf Karriere, und es entstehen unter Umständen Probleme der sozialen Absicherung (detaillierte Darstellungen der vielfältigen Probleme im Zusammenhang mit Teilzeitarbeit finden sich z.B. bei Bäcker & Stolz-Willig 1996; Landenberger & Schreus 1995; Quack 1993).

Bevor wir auf die aktuelle Erwerbsstatistik und das Geschlechterverhältnis in der Medizin zu sprechen kommen, erscheint es uns sinnvoll, kurz auf die historische Entwicklung des Anteils von erwerbstätigen Medizinerinnen in Deutschland einzugehen, die von 1910 bis 1994 bei Schagen (1996) dokumentiert ist (vgl. Übersicht 4):

#### Übersicht 4: Historische Entwicklung des Frauenanteils an Berufstätigen in der Medizin

Jahr		Dt. Reich	
1910		0,3	
1925		5,3	
1935		7,0	
1942		12,4	
	BRD		DDR
1952	13,3		
1955	14,8		
1960	15,8		26,2
1965	17,2		38,6
1970	19,2		42,5
1975	20,2		47,6
1980	21,6		53,4
1985	24,7		52,6
1990	29,0		53,5
		Deutschland	
1994		35,2	

Quelle: Schagen, 1996, S. 328

Zwischen 1910 und 1942 gab es einen Anstieg des Frauenanteils an der berufstätigen Ärzteschaft von 0,3% auf 12,4%. Daß der stärkste Zuwachs zwischen 1935 und 1942 (mit 5,4%) stattfand, erscheint vor dem Hintergrund der damals herrschenden Ideologie der Nationalsozialisten, nach der Frauen ihren Platz am heimischen Herd und bei ihren Kindern hatten, erstaunlich. Diese Entwicklung ist aber durch die Abwesenheit der Männer im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg und den dadurch bedingten Bedarf an medizinischer Versorgung erklärbar.

Nach dem Krieg gab es dann sehr große Unterschiede bei der Entwicklung der Frauenanteile in beiden deutschen Staaten. So war in der DDR der Frauenanteil 1960 mit 26% bereits so hoch wie in der BRD erst zwischen 1985 und 1990. 1980 lag der Frauenanteil in der DDR bereits bei 53,4% - ein vergleichbarer Anteil konnte 1997 in Gesamtdeutschland (mit 52%) noch nicht einmal bei den Studienanfängern festgestellt werden (vgl. Übersicht 1). Diese Unterschiede fallen nach der Vereinigung allerdings kaum noch ins Gewicht, da die absoluten Erwerbszahlen in den neuen Bundesländer verglichen mit den alten Ländern viel geringer sind.

Aktuelle Daten zur Berufstätigkeit ermittelt die Bundesärztekammer: Für das Jahr 1997 wird eine Gesamtzahl von 350.854 bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzten angegeben. Davon sind insgesamt 282.737 Personen in ihrem Beruf tätig. Der Anteil der Frauen an den berufstätigen Ärzten liegt bei 36,1%. Zu den bei den Ärztekammern ge-

meldeten Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit zählen Professionsangehörige, die sich im Ruhestand befinden, die sich im Erziehungsurlaub befinden, die in anderen Berufen tätig sind sowie Arbeitslose. Diese Zahl der Professionsangehörigen ohne ärztliche Tätigkeit ist verglichen zum Vorjahr besonders angestiegen (um 6,1%), was mit erhöhtem Ausscheiden in den Ruhestand und vor allem mit der erhöhten Arbeitslosigkeit unter Medizinern erklärt werden kann. Der Frauenanteil an den Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit ist - gemessen an ihrem Anteil an der Berufstätigkeit - mit 48% überproportional hoch.

Die Arbeitslosenquote blieb 1997 mit 3,4% zwar deutlich unter der anderer Akademikergruppen (z.B. im Vergleich zur Psychologie mit 8,5%) stieg aber in den letzten Jahren stetig an. Der Frauenanteil an den arbeitslos gemeldeten Medizinern war 1996 mit 57% gemessen an ihrem Anteil an den Absolventen überproportional hoch (IAB, MatAB 1.5/1998). Die Arbeitslosenquote der Frauen unter den Medizinern ohne Gebietsbezeichnung (das bedeutet ohne Facharztausbildung) liegt im Vergleich zu den Männern noch höher (vgl. Schmitt, 1994, S.121).

### **1.3 Zur Entwicklung der Profession und zu spezifischen Berufsfeldern von Medizinerinnen und Medizinern**

Im Folgenden stehen weiterhin sekundärstatistische Deskriptionen im Vordergrund. Auf Erklärungsansätze zur Professionsentwicklung (wie z.B. innerhalb der Professionssoziologie) kann in diesem Rahmen nur am Rande eingegangen werden, obgleich solche Ansätze für unser Projekt leitend waren (vgl. Hoff, Hohner & Dettmer, 1998). Zunächst wird noch einmal kurz auf die historische Entwicklung des steigenden Frauenanteils in der Medizin eingegangen. Danach soll das Geschlechterverhältnis ausführlicher im Zusammenhang mit dem Endpunkt der Professionsentwicklung - nämlich mit der weit fortgeschrittenen Ausdifferenzierung in Spezialgebiete und Expertenrollen mit institutionalisierten Zugängen (Facharztausbildungen) - beschrieben werden. Die interne Entwicklung aller einzelnen Fachgebiete mit Bezug auf das Geschlechterverhältnis kann im Rahmen dieses Berichts nicht nachgezeichnet werden.

Die Medizin gehört zu den ältesten und immer schon wichtigsten Berufen, und sie entwickelte sich zu einer der angesehensten Professionen mit den höchsten Einkommen überhaupt. Auch für Frauen war der Beruf der Ärztin (neben dem der Lehrerin) einer der ersten attraktiven akademischen Berufe (vgl. Seemann, 1997).

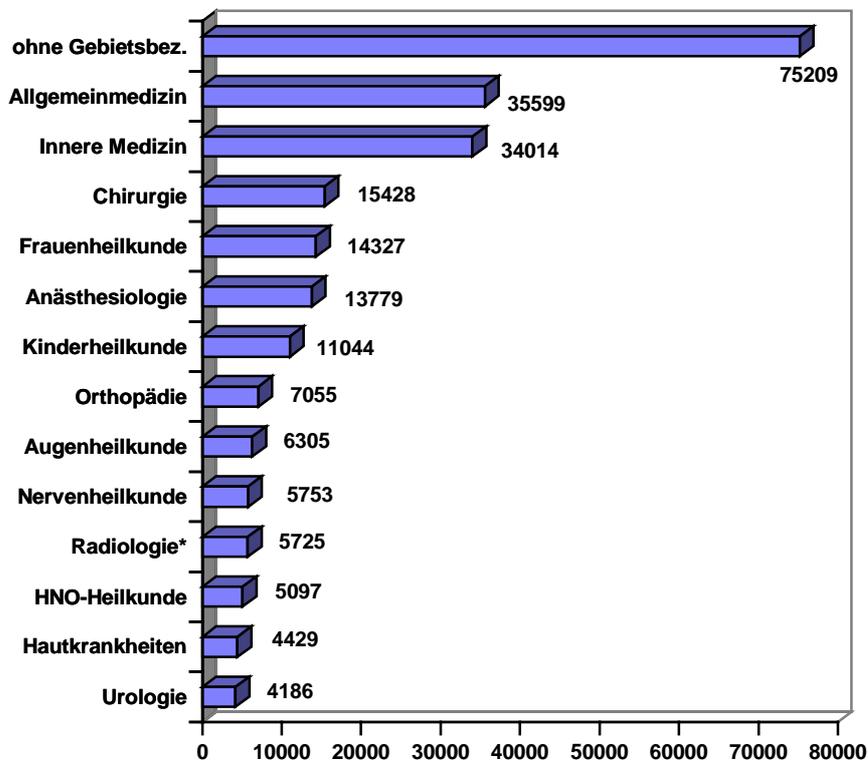
Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen war und ist die soziale Homogenität innerhalb der Ärzteschaft außerordentlich stabil. Dies zeigt sich daran, daß die Öffnung des Bildungssystems in den 60er Jahren zu keiner wesentlichen Veränderung des sozialen Herkunftsmilieus der Ärzteschaft geführt hat (Seemann, 1997). Auffallend ist, „daß Abiturientinnen aus

Elternhäuser mit sozial niedrigem Status eher in kurzen Studiengängen und am wenigsten im Medizinstudium zu finden sind“ (Schagen, 1996, S. 326). Die Expansion des Bildungssystems bringt zwar seit Mitte der 70er Jahre einen Abbau von Disparitäten im Geschlechterverhältnis mit sich. Mit dem schnell ansteigenden Frauenanteil verbinden sich aber kaum Veränderungen in der Sozialstruktur. In der Medizin gelingt es offensichtlich, über Mechanismen der Fachkultur, des Zulassungsverfahrens und über tradierte Muster der „Bildungsvererbung“ eine Konservierung der sozialen Herkunft der Studierenden aufrechtzuerhalten. Die sehr lange Dauer und die Kostenintensität eines Medizinstudiums stellte (und stellt) eine Barriere für die Ausbildung von Kindern aus Familien mit vergleichsweise geringem Einkommen dar. Für Akademiker- bzw. insbesondere für Ärztefamilien ist es jedoch selbstverständlich, ihren Kindern ein solches Studium zu ermöglichen (vgl. Seemann, 1997, S. 14).

Für die Berufsverläufe und für die Karrieremöglichkeiten der Professionsangehörigen ist die historisch einsetzende und vor allem in den letzten Jahrzehnten rapide zunehmende Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete von zentraler Bedeutung. Die Anzahl der Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen für Fachärzte stieg enorm von 14 im Jahre 1924 auf 81 im Jahre 1992 an. Diese Arbeitsteilung, Ausdifferenzierung von Expertenrollen und Spezialisierung (die möglicherweise bereits als „Überspezialisierung“ zum Problem wird) ist ein Hauptkennzeichen des Professionalisierungsprozesses und findet sich in solchem Ausmaß wohl in kaum einer anderen Berufsgruppe. Die ausbildungsfähigen Facharztgebiete sind in den Musterweiterbildungsordnungen der Ärztekammern festgelegt, die auch die zeitliche Einteilung der Weiterbildung regeln (vgl. Schagen, 1993, S.102). Die Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete erfolgt nach der Grundausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt (die Zeit des „Arztes im Praktikum“, kann bereits auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden). Seit 1994 muß in Deutschland nach dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin durchlaufen werden, um eine kassenärztliche Zulassung zu erhalten. Die Weiterbildungszeit dauert zwischen vier (z.B. für Allgemeinmedizin) und sechs Jahre (z.B. für Chirurgie) und erfolgt vor allem durch praktische Berufstätigkeit. In einigen fachärztlichen Gebieten ist außerdem eine wissenschaftliche Weiterbildung in Teilgebieten (z.B. Neurochirurgie, Mund- und Kieferchirurgie oder Plastische Chirurgie) möglich, die in der Regel weitere zwei Jahre dauert.

Die Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung stellen allerdings nach wie vor die größte Ärztegruppe dar (vgl. Übersicht 5):

## Übersicht 5: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen (1998)



\*Radiologie einschließlich diagnostischer Radiologie  
Quelle: Bundesärztekammer, Stand: 31.12.1998

Mit 47% sind Ärztinnen zu einem hohen Anteil an den Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (das heißt ohne die seit 1994 für die kassenärztliche Zulassung obligatorische Facharztausbildung) vertreten, und von der Arbeitslosigkeit in diesem Segment sind sie zudem mit 56% überproportional stark betroffen (vgl. Arbeitsmarkt-Information, 5/1998, S. 19). Frauen schließen also seltener als Männer eine Facharztausbildung ab; ihr Anteil an den Fachärzten beträgt lediglich 30%, und zugleich sind sie von der fachärztlichen Arbeitslosigkeit mit 57% deutlich überproportional betroffen.

Vergleicht man zunächst die Geschlechterverhältnisse bei den einzelnen Fachgebieten, so fallen folgende Punkte ins Auge: Die Gebiete mit der stärksten Präsenz von Frauen sind Kinderheilkunde, Dermatologie, Anästhesie, Augenheilkunde, Psychiatrie und in den neuen Bundesländern auch Gynäkologie sowie HNO (Hals-Nasen-Ohren). Trotzdem können diese Fachgebiete mit Blick auf das gesamte Bundesgebiet nicht im eigentlichen Sinne des Wor-

tes als „Frauengebiete“ bezeichnet werden, da der Anteil der Frauen insgesamt in keinem dieser Gebiete über 50% liegt (vgl. Übersicht 6):

**Übersicht 6: Anteile von Frauen und Männern an den wichtigsten Facharztgebieten in den neuen und alten Bundesländern (1993)**

Fachgebiete	Männeranteil (%)	Frauenanteil (%)	Gesamt Männer (absolut)	Gesamt Frauen (absolut)	Gesamt (absolut)	Ost-Anteil (%)	Frauen Ost (%)	Frauen West (%)
Kinderheilkunde	50,2	49,8	5102	5069	10171	29,1	74,6	39,7
Dermatologie	55,8	44,2	2115	1675	3790	20,4	65,5	38,7
Anästhesie	59,2	40,8	6243	4305	10548	13,9	48,8	39,5
Augenheilkunde	61,0	39,0	3464	2212	5676	18,7	71,9	31,4
Psychiatrie	62,0	38,0	1328	813	2141	1,2	50,0	37,8
Gynäkologie	68,9	31,1	8808	3977	12785	18,6	53,9	25,9
Neurologie	73,5	26,5	934	336	1270	2,5	46,9	25,9
Radiologie	74,5	25,5	2780	951	3731	18,0	47,2	20,7
HNO	75,4	24,6	3454	1128	4582	21,0	53,5	16,9
Innere	78,0	22,0	23408	6620	30028	17,0	47,3	16,9
Nuklearmedizin	82,4	17,6	434	93	527	13,5	26,8	16,2
Pathologie	83,5	16,5	959	190	1149	25,0	13,2	17,6
Orthopädie	89,9	10,1	5404	606	6010	14,5	33,9	6,0
Chirurgie	90,3	9,7	12320	1330	13650	21,8	16,8	7,8
Neurochirurgie	93,2	6,8	600	44	644	9,8	11,1	6,4
Mund/Kieferchirurgie	93,4	6,6	723	51	774	17,7	13,9	5,0
Urologie	94,6	5,4	3364	191	3555	16,5	12,9	3,9
Summe (ohne AiP)	73,3	26,7	81440	29591	111031	18,4	47,5	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>71,2</b>	<b>28,6</b>	<b>108.359</b>	<b>43.366</b>	<b>151.725</b>	<b>21,3</b>	<b>51,5</b>	<b>22,4</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Berufe im Gesundheitswesen, Reihe 5

Umgekehrt heißt das für die Männeranteile: Die Männer sind für das gesamte Bundesgebiet in sämtlichen Fachgebieten in der Überzahl; es gibt sogar Gebiete, in denen die Männer zu 90% und mehr vertreten sind - nämlich in der Urologie, in der Chirurgie und in den chirurgischen Teilgebieten sowie in der Orthopädie.

Vergleicht man die jeweiligen Geschlechterverhältnisse in Ost- und Westdeutschland, so lassen sich weitgehend parallele geschlechtsspezifische Segregationsprozesse feststellen, wobei allerdings der Frauenanteil in den neuen Bundesländern fast durchgängig höher liegt und in einigen Fachgebieten sogar den Männeranteil übersteigt (Kinderheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, HNO). Es gibt nur eine Ausnahme: Im Fachgebiet Pathologie übertrifft der Frauenanteil in Westdeutschland mit 17,6% den Frauenanteil in Ostdeutschland mit 13,2%, der dort mit dem Frauenanteil in der Mund- und Kieferchirurgie (13,9%) oder der Urologie (12,9%) vergleichbar ist. Angemerkt sei weiter, daß die Anästhesie in den alten Bundesländern an zweiter Stelle der Rangliste der Gebiete mit hohem Frauenanteil steht, in den neuen Bundesländern jedoch auf einem der mittleren Plätze angesiedelt ist. Abgesehen von diesen Besonderheiten, deren Erklärung in unserem Zusammenhang nicht möglich ist, kann man aber in Ost- und Westdeutschland von analogen „Frauen“- und „Männer-

domänen“ sprechen. Betrachtet man die absoluten Zahlen, so gehören die meisten Ärztinnen und Ärzte dem weitaus größten Fachgebiet -der Inneren Medizin- an. An zweiter Stelle steht bei den Fachärzten die Chirurgie und bei den Fachärztinnen die Kinderheilkunde.

Betrachtet man noch einmal gesondert nur die niedergelassenen Ärzte, so ergibt sich eine Besonderheit: Das für die Medizin neueste Facharztgebiet, die Psychotherapie, hat bei den niedergelassenen Ärzten den höchsten Frauenanteil (mit 63,8%) und ist das einzige Gebiet mit einer mehrheitlichen Besetzung von Frauen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998, S. 16). Gleichzeitig steht diese Ärztegruppe seit 1994 (Psychotherapeutengesetz) in Konkurrenz mit psychologischen Psychotherapeuten. Es handelt sich also um das einzige Facharztgebiet, für das die Ärzteschaft kein „Monopol“ besitzt - und eben in diesem Fach sind mehrheitlich Frauen vertreten. Auch bei den Psychologen haben Frauen den höchsten Anteil an diesem Berufsfeld, und insofern konkurrieren hier vor allem Frauen mit Frauen. Dies ist ein Beispiel dafür, daß Frauen leichter den Zugang zu neueren, weniger prestigereichen Berufsfeldern finden als zu traditionsreichen und mit hohem Status versehenen Arbeitsgebieten.

Wenn man nach Erklärungen einer derartigen horizontalen geschlechtsspezifischen Segregation innerhalb der Medizin sucht, stößt man in der Literatur auf sehr unterschiedliche Ansätze, die sich vor allem auf die Segregation zwischen verschiedenen („Frauen“- bzw. „Männer“-) Berufen beziehen. Ein immer noch häufig diskutierter differenztheoretischer Ansatz ist das Konzept vom "weiblichen Arbeitsvermögen" (vgl. Beck-Gernsheim & Ostner, 1978). Hier wird ein Zusammenhang zwischen dem im Sozialisationsprozeß ausgebildeten, an das Geschlecht gebundenen spezifischen „Vermögen“ (Fähigkeiten, Kompetenzen) einerseits und den Anforderungen auf Frauenarbeitsplätzen andererseits angenommen. Im Anschluß an diesen Ansatz würde man vermuten, daß die Facharztgebiete mit besonders hohem Frauenanteil Tätigkeiten umfassen, die dem „typisch weiblichen Arbeitsvermögen“ entsprechen. Auf den ersten Blick trifft dies vielleicht bei der Kinderheilkunde oder bei der Psychiatrie zu - hier besteht zumindest eine Affinität zu den sozialen und pflegerischen Kompetenzen, die Frauen zugeschrieben werden. Ein solcher Zusammenhang kann allerdings bei Gebieten wie Dermatologie oder Augenheilkunde schwerlich hergestellt werden. Darüber hinaus würde der Ansatz des „weiblichen Arbeitsvermögens“ nicht die Ost-West-Unterschiede in der Besetzung der ärztlichen Fachgebiete nach Geschlecht erklären. Gegen diesen Ansatz spricht im übrigen der historische „Geschlechterwechsel“ innerhalb von Arbeitsgebieten: Bevor z.B. die Geburtshilfe im Zuge der „Verwissenschaftlichung“ der Medizin in den Aufgabenbereich von Medizinern fiel und sich schließlich zu einem männlich dominierten Facharztgebiet entwickelte, handelte es sich um das Berufsbild der Hebammen und somit um eine Domäne von Frauen (vgl. u.a. Witz, 1992; Mies, 1989).

Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Segregation scheinen also andere, strukturelle Faktoren, wie z.B. die Dauer der Facharztausbildungen, die Apparateintensität (und damit die Kostenintensität bei einer Praxiseröffnung), das Prestige und nicht zuletzt die Höhe des Einkommens wesentlich wichtiger zu sein. Denn Frauen sind besonders häufig in jenen Facharztgebieten zu finden, die eine vergleichsweise kürzere Ausbildungszeit erfordern, die vergleichsweise geringeres Ansehen genießen und in denen ein vergleichsweise geringeres Einkommen erzielt wird - wie z.B. in der Anästhesie oder in der Psychiatrie (vgl. Schmitt, 1994). Die Chirurgie zählt demgegenüber mit einer Ausbildungszeit von 6 Jahren zu den Facharztgebieten mit der längsten Ausbildungsdauer und darüber hinaus zu den Gebieten mit höchstem Einkommen; hier ist der Frauenanteil außerordentlich gering. Ebenfalls sehr wenig Frauen gibt es in den Fachgebieten Urologie und Orthopädie - auch hier wird ein vergleichsweise hohes Einkommen erzielt, und die Ausbildungen dauern 5 Jahre. Dagegen erfordern vier der fünf Fachgebiete mit den höchsten Frauenanteilen (Dermatologie, Anästhesie, Augenheilkunde, Psychiatrie) eine vierjährige und nur die Kinderheilkunde eine fünfjährige Ausbildung.

Solche zeitlichen Barrieren werden vermutlich von vielen Frauen frühzeitig antizipiert. Sie beeinflussen besonders die Lebensplanung derjenigen Frauen, bei denen die Spezialisierung zur Fachärztin und der Berufseinstieg zeitgleich mit jener Phase verläuft, in die Geburten von Kindern und familiäre Belastungen fallen.

Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Faktor ist wohl die Dauer der Arbeitszeit in den unterschiedlichen Fachgebieten. Überstunden, Bereitschafts- und Schichtdienst sind z.B. für die Chirurgie kennzeichnend. Solche Arbeitsbedingungen erschweren eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und sie bewirken, daß sich Frauen häufiger als Männer entweder von vornherein gegen einen entsprechenden Berufsverlauf entscheiden oder später in andere Tätigkeitsbereiche wechseln. Solche und ähnliche Faktoren werden vermutlich von vielen Frauen antizipiert, und die subjektiven Vorstellungsmuster zur Relation von beruflicher und privater Lebenssphäre beeinflussen die (weitere) berufliche Entwicklung. Diese subjektiven Vorstellungsmuster sollen im Rahmen der weiteren Projektarbeit genauer untersucht werden.

Zur Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Facharztgebiete muß noch einmal betont werden, daß die horizontale geschlechtsspezifische Segregation gleichzeitig eine verdeckte „vertikale“ Segregation darstellt, denn Frauen sind in den prestigeträchtigen, mit höherem Einkommen verbundenen Facharztgebieten deutlich unterrepräsentiert. Darüberhinaus besteht in den einzelnen Facharztgebieten nicht nur eine verdeckte, sondern auch eine ganz offensichtliche vertikale Segregation: In den Spezialgebieten mit höchstem Einkommen und

Prestige, aber auch in allen anderen Gebieten gelangen Männer häufiger in höchste bzw. leitende Positionen (vgl. Übersicht 7).

### Übersicht 7: Geschlechterverhältnis bei Leitungsfunktionen im Krankenhaus nach Fachgebieten geordnet (1994)

Fachgebiet	Fachärzte und Fachärztinnen		Leitende Funktion			Quotient	
	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt	Männer (%)	Frauen (%)	Frauen	Männer
Anästhesie	61,2	38,8	1560	81,0	19,0	0,08	0,22
Kinderheilkunde	58,1	42,9	628	83,1	16,9	0,07	0,26
Psychiatrie	64,4	35,6	226	90,3	9,7	0,04	0,22
Dermatologie	79,1	20,9	117	89,7	10,3	0,05	0,26
Augenheilkunde	85,1	24,9	148	81,2	12,8	0,07	0,27
Radiologie	68,7	31,3	512	88,9	11,1	0,10	0,37
Neurologie	78,4	21,6	173	94,8	5,2	0,04	0,26
Gynäkologie	72,5	27,5	891	94,8	5,2	0,05	0,32
Pathologie	65,0	35,0	201	95,5	4,5	0,06	0,35
HNO	74,4	24,6	331	94,6	5,4	0,06	0,27
Chirurgie	90,5	9,5	2165	93,9	2,1	0,05	0,24
Orthopädie	89,0	11,0	450	96,4	3,6	0,09	0,31
Urologie	92,3	7,7	331	100,0	0,0	0,00	0,27
Innere	78,2	21,8	1983	91,6	8,4	0,06	0,18

Quelle: Zusammenstellung nach: Bundesärztekammer 1995 und Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Berufe im Gesundheitswesen, Reihe 5

Angaben zum Geschlechterverhältnis in Leitungsfunktionen liegen uns nur für die Krankenhäuser vor. Hier sind Frauen in der Anästhesie am häufigsten mit 19% in Leitungsfunktionen vertreten. Das bedeutet aber: auch hier haben Männer noch mit 81% den weitaus größten Anteil. In dem von Frauen am stärksten (mit 42,9 %) besetzten Fachgebiet der Kinderheilkunde, nehmen sie sogar nur 16,9% der Leitungsfunktionen ein. Schließlich gibt es Fachgebiete, in denen nach Angaben der Bundesärztekammer von 1995 gar keine Frau (Urologie: 0,0%) oder nur ein verschwindend geringer Anteil von Frauen leitend tätig ist (Orthopädie: 3,6% oder Gynäkologie: 5,2 %). Über alle Fachgebiete hinweg übersteigt der Anteil von Frauen in Leitungspositionen nie die Grenze von 10% (Quotient) aller in den Teildisziplinen beschäftigten Frauen, während im Durchschnitt 30% der Männer Leitungspositionen einnehmen. Wir vermuten aber, daß es analoge Disparitäten wie in Krankenhäusern auch in anderen Institutionen (wie z.B. in Gesundheitsämtern) gibt. Dies bedeutet eine Marginalisierung von Frauen in der Medizin, die sich durch fachliche Qualifikationen allein nicht erklären läßt.

Vergleicht man die uns vorliegenden Zahlen von 1994 mit entsprechenden Angaben vor der Wiedervereinigung aus dem Jahre 1989/90, so zeigt sich, daß während dieser Zeit ein z.T. erheblicher Zuwachs des Frauenanteils an Leitungsfunktionen im Krankenhaus stattgefunden hat. In allen Fachgebieten bis auf Urologie und Mund- sowie Kieferchirurgie sind die

Frauenanteile angestiegen. In der Kinderheilkunde ist der Frauenanteil in Leitungspositionen besonders stark angestiegen, denn 1989/90 lag der Anteil bei nur 5% gegenüber 16,9% im Jahre 1994. Die Entwicklung in diesem Fachgebiet ist allerdings vor allem auf den Zuwachs aus den neuen Bundesländern zurückzuführen, wo die Kinderheilkunde mit 74,6% einen viel höheren Frauenanteil hat als in den alten Ländern (vgl. Übersicht 5).

Die stärkste Marginalisierung von Frauen in der Medizin ist schließlich in einem weiteren (in Übersicht 5 nicht aufgeführten) Tätigkeitsbereich, nämlich in Forschung und Lehre, zu verzeichnen. Der Frauenanteil bei den Medizinprofessuren liegt lediglich bei 4,1% (vgl. Schmitt, S. 120, 1994). Frauen sind also an den Universitäten und in der Wissenschaft - das heißt dort, wo die Professionsentwicklung im Sinne einer immer stärkeren Verwissenschaftlichung der Berufe ihren Ausgang nimmt und wo die Kultur eines Faches maßgeblich geprägt wird - so gut wie nicht beteiligt (vgl. auch Seemann, 1997).

## **2. Zur Professionsentwicklung in der Psychologie**

### **2.1 Zahlen zu Studium und Geschlecht**

Bevor wir uns nun mit der Entwicklung der Studentenzahlen in der Psychologie beschäftigen, soll kurz auf die Attraktivität dieses Studiums eingegangen werden. Ein Indikator für die Attraktivität ist die Zahl der Bewerbungen auf einen Studienplatz. 1972 wurde für das Psychologiestudium ein bundesweiter Numerus Clausus eingeführt, und seitdem werden die Selektion und die Zuteilung der Studienplätze durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) geregelt. Ähnlich wie in den Jahren zuvor gingen bei der ZVS im Wintersemester 1995/96 drei Bewerbungen auf einen Studienplatz ein (Arbeitsmarkt-Information, 3/1996).

Während wir das Augenmerk beim Medizinstudium auf die Zeit ab 1980 sowie auf Schwankungen in den Zahlen der Studierenden gerichtet hatten, beginnen wir mit der genaueren Betrachtung des Psychologiestudiums bereits 1976, weil dadurch die längerfristige Kontinuität im Zuwachs absoluter Zahlen und in der Verschiebung des Geschlechterverhältnisses viel deutlicher hervortritt (vgl. Übersicht 8). Die Zahl der Studierenden stieg zwar schon zuvor seit den 50er Jahren stetig an, sie nahm dann aber seit der zweiten Hälfte der 60er Jahre noch einmal rapide zu bis es wieder zu jenem stetigen Anstieg kam, der in Übersicht 8 deutlich wird. Zwischen 1977 und 1997 gab es einen über diese 20 Jahre hinweg etwa gleichmäßigen Zuwachs von 13.109 auf 29.470 Studierende. Die Erstsemesterzahlen stiegen im selben Zeitraum von 976 auf 3.101 (vgl. Übersicht 8) an.

Ähnlich kontinuierlich wie der Anstieg der Gesamtanzahl der Studierenden und der Erstsemester ist die prozentuale Zunahme der Frauen von 48% im Jahre 1976 auf 68% im Jahre 1997 bzw. die entsprechende Verringerung des Männeranteils. Betrachtet man allerdings die (in Übersicht 8 nicht angeführten) absoluten Zahlen von Frauen und Männern, so wird Folgendes deutlich: Den größten Anteil an der Zunahme der Gesamtzahl der Studierenden haben die Frauen, während die absoluten Zahlen der männlichen Studierenden nur geringe Schwankungen aufweisen (vgl. Arbeitsmarkt-Information, 3/1996, S.6).

Die Psychologie ist ein Studienfach, das bereits Mitte der 50er Jahre eine hohe Attraktivität für Frauen besaß. Im Gegensatz zu älteren Professionen mit ihren tradierten Schließungsmechanismen gegenüber Frauen bestanden hier von Beginn an Zugangsmöglichkeiten für beide Geschlechter. Mit 39% lag der Anteil der Frauen bei Studierenden schon Mitte der 50er Jahre weit über dem Frauenanteil an allen Studierenden (18%). Noch stärker fällt dann die bereits erwähnte Entwicklung ins Auge: Während in der Medizin erst heute etwa die Hälfte der Studierenden weiblich sind, war dies in der Psychologie bereits 1976 der Fall und

bis 1997 ist deren Anteil bei den Studierenden kontinuierlich auf mehr als zwei Drittel (68%) im Jahre 1997 angestiegen (vgl. Übersicht 8).

**Übersicht 8: Anteile nach Geschlechtern bei Studenten insgesamt, Erstsemestern und bestandenen Diplomprüfungen (1976-1997)**

Jahr	Studenten insges.	Davon Männer (%)	davon Frauen (%)	1. Sem.	Davon Männer (%)	davon Frauen (%)	Best. Dipl.-prüfungen	davon Männer (%)	davon Frauen (%)
1976	12567	52	48	968	43	57	1393	53	47
1977	13109	50	50	976	43	57	1352	48	52
1978	14253	49	51	1651	42	58	1351	52	48
1979	15432	48	52	2114	43	57	1283	46	54
1980	16363	47	53	2082	41	59	1590	46	54
1981	17544	46	54	2070	42	58	1496	47	53
1982	18943	45	55	2195	36	64	1474	47	53
1983	19726	44	56	2081	36	64	1588	44	56
1984	20463	42	58	2052	35	65	1631	43	57
1985	20971	42	58	2102	34	66	1943	45	55
1986	21447	40	60	2112	32	68	1690	45	55
1987	21855	39	61	2099	31	69	2010	40	60
1988	22272	38	62	2190	30	70	2008	40	60
1989	22711	37	63	2203	31	69	1846	36	64
1990	22542	36	64	2102	30	70	2001	35	65
1991	23181	36	64	2065	30	70	2065	35	65
1992	23694	35	65	2041	28	72	1949	34	66
1993	25436	34	66	2432	29	71	2103	34	66
1994	27593	33	67	2731	26	74	2277	30	70
1995	28119	33	67	2659	24	76	2335	32	68
1996	28888	32	68	2902	24	76	2330	29	71
1997	29470	32	68	3101	26	74	2363	31	69

Quelle: Zusammenstellung der Zahlen auf Basis der Kleinen Hochschulstatistik 1975-1997: Statistisches Bundesamt (Hg.): Fachserie 11, Bildung und Kultur, Reihe 4.1 Studierende an Hochschulen und Reihe 4.2 Prüfungen an Hochschulen.

Bei der Betrachtung des immer noch wachsenden Frauenanteils an Erstsemestern wird deutlich, daß diese Entwicklung weiterhin anhält. Dieser hohe und wachsende Frauenanteil wurde in den letzten Jahren hinsichtlich der Auswirkungen auf das Prestige der Psychologie z.T. kontrovers diskutiert (vgl. Baumann, 1995; Abele-Brehm, 1995). Der Anteil der Frauen an den erwerbstätigen Psychologen stieg allerdings nicht entsprechend an (was im nächsten Abschnitt erläutert wird).

Wenn man für das Psychologiestudium im Durchschnitt eine Dauer von zwölf Semestern zugrundelegt, sind keine nennenswerten Differenzen zwischen Erstsemester- und Absolventenzahlen festzustellen (vgl. Übersicht 8). Dies gilt sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Studierenden, was darauf hinweist, daß es keine geschlechtsspezifischen Selektionen während des Studiums gibt. Studien zu Benachteiligungserfahrungen von Studentinnen in der Psychologie (ähnlich wie im Medizinstudium) sind uns nicht bekannt.

## 2.2 Zahlen zu Berufstätigkeit und Geschlecht

Die Datenlage und damit die Basis der gesamten folgenden Darstellung ist leider viel unbefriedigender als in der Medizin. Die verfügbaren Daten des Statistischen Bundesamtes beruhen auf einer 1%-Stichprobe des Mikrozensus - d.h. exakte Angaben, wie sie in der Medizin über die Ärztekammern ermittelt werden, liegen in der Psychologie nicht vor. Das bedeutet für die Zahlen zur Erwerbstätigkeit und zum beruflichen Status, daß keine gesonderten Angaben für die Psychologie in Ost- und Westdeutschland zur Verfügung stehen.

Für das Jahr 1998 wurden durch Mikrozensus für Deutschland 33.000 berufstätige Psychologinnen und Psychologen ermittelt. Die Psychologinnen hatten an der Erwerbstätigkeit einen Anteil von ca. 62,9% (Statistisches Bundesamt, 1998).

Die Arbeitslosenquote in der Psychologie für das Jahr 1998 liegt uns nicht vor; 1995 lag sie in den alten Bundesländern bei 8,5% (MatAB, 1.4./1998, S. 18). In den neuen Ländern lag die Quote vermutlich etwas höher, aber genaue Angaben können aus den bereits erwähnten Gründen nicht gemacht werden. Der Frauenanteil an allen arbeitslosen Psychologen war 1995 mit 66% in den alten Bundesländern verglichen mit ihrem Anteil von 50% an den Berufstätigen überdurchschnittlich hoch (MatAB, 1.4./1998).

Zur Verteilung der Erwerbstätigen auf die verschiedenen beruflichen Statusgruppen liegen Daten des IAB zu vier Zeitpunkten im Verlauf von 10 Jahren vor, so daß Aussagen zu Entwicklungsverläufen möglich sind. Leider beziehen sich die Zahlen aber nur auf Westdeutschland - und nicht auch auf Ostdeutschland wie in der Medizin -, weil hier für die Psychologie die Zahlen zu gering sind (sie liegen unter 5000).

Was die Gesamtzahl der erwerbstätigen Psychologenschaft angeht, gab es innerhalb von 10 Jahren einen hohen Zuwachs von 18.300 im Jahre 1985 auf 32.100 im Jahre 1995. Davon war die Mehrzahl der Psychologinnen und Psychologen im Angestelltenverhältnis tätig. Ihr Anteil unter den Berufstätigen nahm allerdings zwischen 1985 und 1995 von 69% auf 58% ab. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Gruppe der Selbständigen von 21% auf 30% an. Der Anteil der Beamten an den Erwerbstätigen blieb mit leichten Schwankungen weitgehend konstant bei 10% (vgl. Übersicht 9):

### Übersicht 9: Berufstätigkeit und beruflicher Status von Psychologinnen und Psychologen in Westdeutschland

Psychologie- West	1985	1991	1993	1995
Erwerbstätige	18.300	25.100	25.600	32.100
% Frauen an Erwerbstätigen	50	51	55	50

Beruflicher Status in %:				
Selbständige	21	24	24	30
Beamte	10	10	7	10
Angestellte	69	64	64	58
Teilzeiterwerbstätige in %	30	27	41	33
Arbeitslose	3.184	3.016	3.091	2.873

Quelle: IAB MatAB 1.4/1998

Der Anteil der Frauen an den Selbständigen (der in Übersicht 9 nicht angegeben ist) lag 1995 nach Berechnungen des Mikrozensus bei 65,3%. Somit ist der Anteil selbständiger Frauen in der Psychologie überdurchschnittlich hoch.<sup>1</sup> Es wird häufig vermutet, daß der Frauenanteil so hoch ist, weil die selbständige Tätigkeit eine besonders flexible Arbeitszeitgestaltung ermöglicht und damit eine Verbindung familiärer und beruflicher Interessen erleichtert (Arbeitsmarkt-Information, 3/1996, S.11). Es kann aber wohl auch davon ausgegangen werden, daß Frauen aufgrund der schwierigen Arbeitsmarktlage und ihrer überdurchschnittlichen Betroffenheit von Arbeitslosigkeit „aus der Not eine Tugend machen (müssen)“ und häufiger freiberuflich tätig sind als Männer, da es ihnen nicht gelingt, in ein Angestelltenverhältnis einzumünden.

Auffällig ist, daß der Frauenanteil an den Erwerbstätigen in den alten Bundesländern 1995 noch auf dem gleichen Niveau (mit 50%) liegt wie 1985 (vgl. Übersicht 8). Demgegenüber ist im selben Zeitraum der Frauenanteil bei den Studienabsolventen in der Psychologie von 55% auf 68% gestiegen (vgl. Übersicht 9), was sich also bei den Berufstätigen noch nicht entsprechend niedergeschlagen hat.

Verglichen mit anderen Berufsgruppen (wie z.B. der Medizin) ist die Teilzeitarbeit in der Psychologie stark ausgeprägt (vgl. Übersicht 9). So arbeitete 1995 ein Drittel (33%) aller Psychologinnen und Psychologen in entsprechenden Arbeitsverhältnissen, und die Frauen hatten daran einen Anteil von 85,9% (Statistisches Bundesamt, 1995). Wie schon zuvor erwähnt, liegt der Frauenanteil bei der Teilzeitarbeit insgesamt bei ca. 85% (zur Teilzeitarbeit z.B. Bäcker & Stolz-Willig 1996; Landenberger & Schreus 1995; Quack 1993).

Die Zahlen zur Berufstätigkeit haben sich nach der Wiedervereinigung aufgrund der geringen absoluten Häufigkeiten von Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern kaum verändert. Gleichwohl müssen einige Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland erwähnt werden, die in einer Studie von Schorr (1995) herausgearbeitet werden. Diese Untersuchung basiert auf einer Befragung von 1630 Mitgliedern des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) aus den alten Bundesländern und 154 Mitgliedern aus den

neuen Ländern. 1991/92 war in den neuen Bundesländern mit ca. 70% ein höherer Frauenanteil an den erwerbstätigen Psychologen zu verzeichnen als in den alten Bundesländern mit ca. 51%. Außerdem waren in den neuen Bundesländern zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Psychologinnen und Psychologen in freier Praxis tätig. Teilzeitarbeit gab es in den neuen Bundesländern damals praktisch nicht.

### **2.3 Zur Entwicklung der Profession und zu spezifischen Berufsfeldern von Psychologinnen und Psychologen**

Außerhalb der Universitäten entwickelte sich die Psychologie im Unterschied zu den klassischen Professionen (z.B. der Medizin oder der Jurisprudenz) erst spät - nämlich vom ersten Viertel dieses Jahrhunderts an - zu einem eigenständigen Berufsstand. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurden verstärkt Psychologen zur Auswahl geeigneter Personen für militärische Aufgaben eingesetzt, was zu einem Professionalisierungsschub der Psychologie führte (vgl. Geuter, 1984). Nach dem 2. Weltkrieg konsolidierten sich die Hauptbereiche psychologischer Berufstätigkeit bis Ende der 60er Jahre und expandierten in der Folgezeit zusehends. 1946 wurde der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) gegründet. Schon lange zuvor hatte es eine Institutionalisierung der wissenschaftlichen Psychologie in Form der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) gegeben. Mit der Entwicklung eines eigenständigen und anwendbaren Wissens innerhalb des Systems der Wissenschaften formierte sich ein zunehmend eigenes Fachprofil und - durch berufsständische Aktivitäten unterstützt - gelang die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen (Maikowski et al., 1976). Die Zahl der berufstätigen Psychologinnen und Psychologen in der BRD nahm sprunghaft zu und stieg von 3.300 im Jahre 1968 auf die schon erwähnte Zahl von ca. 33.000 im Jahre 1998 an. In Verbindung mit der Expansion des gesamten Bildungssystems wandelte sich auch das Beschäftigungssystem für Psychologinnen und Psychologen. Das Berufsbild wurde immer stärker durch das klinisch-therapeutische Tätigkeitsfeld bestimmt, zu dessen Ausweitung das wachsende Repertoire an psychologischen Therapietechniken beitrug. Neben den psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Schulen traten vor allem die im anglo-amerikanischen Raum entwickelte Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie. Es konstituierten sich auch entsprechend spezialisierte berufsständische Verbände wie die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) oder die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).

Als neuere Entwicklung zeichnet sich ab, daß sich Psychologinnen und Psychologen im Gebiet der Arbeits- und Organisationspsychologie zunehmend neue Berufsfelder erschließen.

---

<sup>1</sup> Der Frauenanteil an allen Selbständigen lag zu Beginn der 90er Jahre im Durchschnitt bei 25%. Davon waren 7% der selbständigen Architekten weiblich, 16% der Rechtsanwälte, 22% der Steuerberater und 27% der niedergelassenen Ärzte (vgl. Arbeitsmarkt-Information, 3/1996, S. 11).

Leider liegt uns kein neuerer Überblick über alle Berufsfelder vor. Die unzureichende und ungenaue Dokumentation der Professionsentwicklung kann selbst als Indikator für den im Vergleich zu älteren Professionen nicht sehr weit fortgeschrittenen Stand der Professionalisierung der Psychologie gelten. Denn erst dann, wenn sich Spezialgebiete und Expertenrollen mit entsprechenden Ausbildungsgängen wirklich etabliert haben, wenn sich klare Bezeichnungen dafür durchgesetzt haben und wenn es institutionalisierte Formen der Interessenvertretung gibt, wird die fortlaufende Dokumentation der Entwicklungsprozesse für die Legitimation der Existenz und für die rationale Steuerung der Zukunft von Professionen und ihren Teilgruppen unabdingbar.

Zu den unterschiedlichen psychologischen Berufsfeldern in den alten und neuen Bundesländern gibt folgende Übersicht aus der Untersuchung von Schorr (1995) Auskunft, die allerdings auf Daten zu Beginn der 90er Jahre basiert (vgl. Übersicht 10):

### Übersicht 10: Berufsfelder in den alten und neuen Bundesländern im Vergleich

	alte Bundesländer (N= 1630) 1990/91 in Prozent	neue Bundesländer (N= 154) 1991/92 in Prozent
Klinische Psychologie	81,5	70,9
Arbeits- u. Organisationspsychologie	11,2	7,1
Schul- u. Pädagogische Psychologie	4,0	16,2
Forensische u. Kriminalpsychologie	0,9	1,9
Verkehrspsychologie	0,9	/
Sportpsychologie	/	1,4
Markt- u. Kommunikationspsychologie	0,7	/
sonstige	0,8	2,6

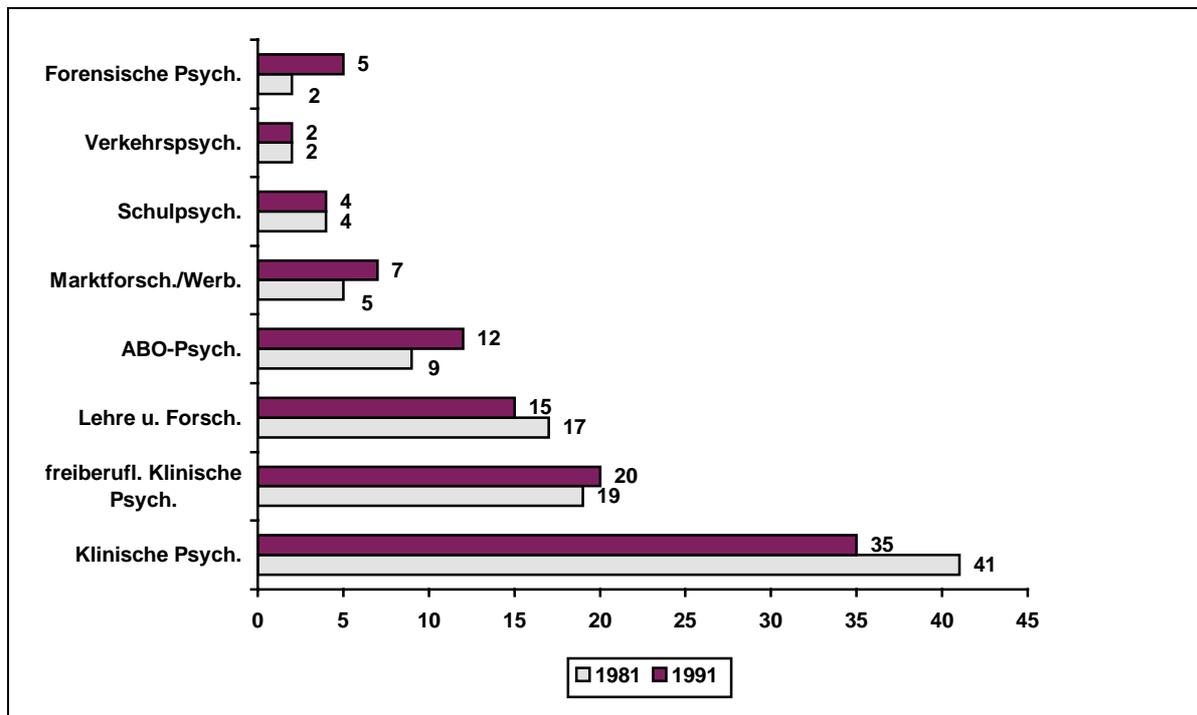
Quelle: Schorr, 1995, Report Psychologie, 20 (1/95)

Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern ist die Klinische Psychologie mit Abstand das größte Tätigkeitsfeld für Psychologinnen und Psychologen. In den alten Bundesländern ist der Anteil der Klinischen Psychologie mit 81,5% deutlich höher als in den neuen Bundesländern mit 70,9%. Der zweitgrößte Tätigkeitsbereich in den alten Bundesländern ist die Arbeits- und Organisationspsychologie (mit 11,2%), in den neuen Ländern dagegen die Schul- und Pädagogische Psychologie (mit 16,2%).

Über alle anderen Berufsfelder in den neuen Bundesländern können angesichts der kleinen Stichprobe (n=154) kaum Aussagen gemacht werden. Trotzdem kann an dieser Stelle bereits festgehalten werden, daß es 1991 eigentlich nur drei Hauptbereiche gibt, in die sich die Berufsfelder in der Psychologie einordnen lassen. Im Vergleich zur Medizin mit ihrem großen Spektrum an Spezialgebieten scheint die Entwicklung der inneren Ausdifferenzierung der Psychologie und die Institutionalisierung von speziellen Fachausbildungsgängen noch ganz am Anfang zu stehen. Denkbar ist allerdings auch, daß es in der Psychologie stärker als in anderen Berufen inhaltlich begründete Grenzen einer sich ständig fortsetzenden Spezialisierung - bzw. Probleme einer Überspezialisierung gibt (vgl. Hoff, 1998).

Die einzigen verfügbaren Zahlen zur Entwicklung der unterschiedlichen Berufsfelder für Psychologinnen und Psychologen stammen vom BDP und beziehen sich auf den Zeitraum von 1981 bis 1991. Hier werden die prozentualen Anteile der Psychologinnen und Psychologen, die in bestimmten Berufsfeldern arbeiten, an ihrer Gesamtanzahl bestimmt und miteinander verglichen (vgl. Übersicht 11):

## Übersicht 11: Entwicklung der Berufsfelder in der Psychologie von 1981 bis 1991 (in Prozent)



Quelle: Zusammengestellt nach Angaben des BDP

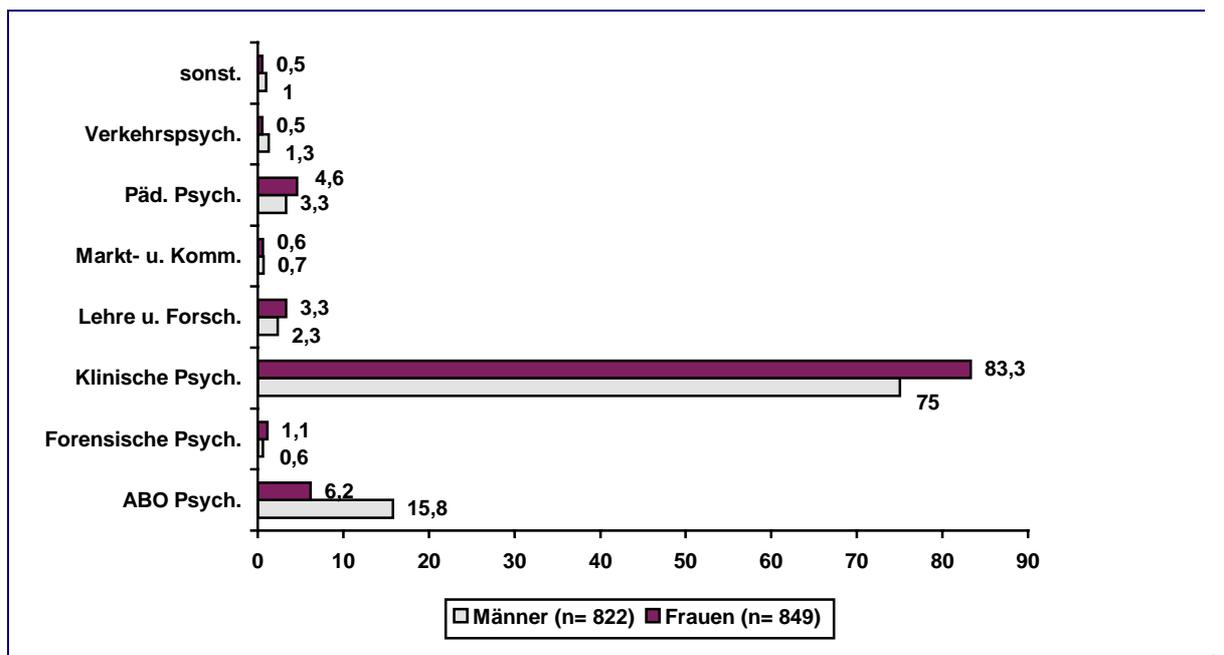
Während die prozentualen Anteile der Berufsfelder Verkehrspsychologie und Schulpsychologie gleich geblieben sind (bei 2% und bei 4%), stiegen die Anteile in der Forensischen Psychologie, in der Marktforschungs- und Werbepsychologie, in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie sowie in der freiberuflichen Klinischen Psychologie an. Den größten Zuwachs hatten die Forensische Psychologie und die Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie mit jeweils 3%. Deutlich abgenommen hat der Anteil der in der Klinischen Psychologie Berufstätigen (um 6%); auch im Bereich Lehre und Forschung sank der Anteil um 2%.

Zahlen zum Geschlechterverhältnis in den einzelnen Berufsfeldern liegen nur für die alten Bundesländer vor. Auch hier ist die Untersuchung von Schorr (1991) die einzige Datenquelle. Für die neuen Bundesländer kann lediglich gesagt werden, daß der Frauenanteil an den berufstätigen Psychologen insgesamt deutlich höher liegt als in den alten Bundesländern. Die Frage, ob sich in den neuen Bundesländern eine ähnliche horizontale Segregation wie in den alten Bundesländern herausgebildet hat, kann nicht beantwortet werden.

Betrachtet man nun das Geschlechterverhältnis auf der Basis der uns vorliegenden Zahlen in den alten Bundesländern, so wird deutlich, daß sich Frauen und Männern zu sehr unterschiedlichen Anteilen auf die drei Hauptberufsfelder aufteilen. In der nun folgenden Über-

sicht werden abweichend von der bisherigen Darstellungsform die prozentualen Anteile der in einem Berufsfeld tätigen Frauen und Männer an der Gesamtzahl pro Geschlecht gewählt. Das heißt für die Klinische Psychologie: 83% aller Psychologinnen, aber nur 75% aller Psychologen sind in diesem Bereich tätig (vgl. Übersicht 12).

### Übersicht 12: Anteile der einzelnen Berufsfelder bei der Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern in der Psychologie (1991)



Quelle: Daten zusammengestellt nach Schorr (1991)

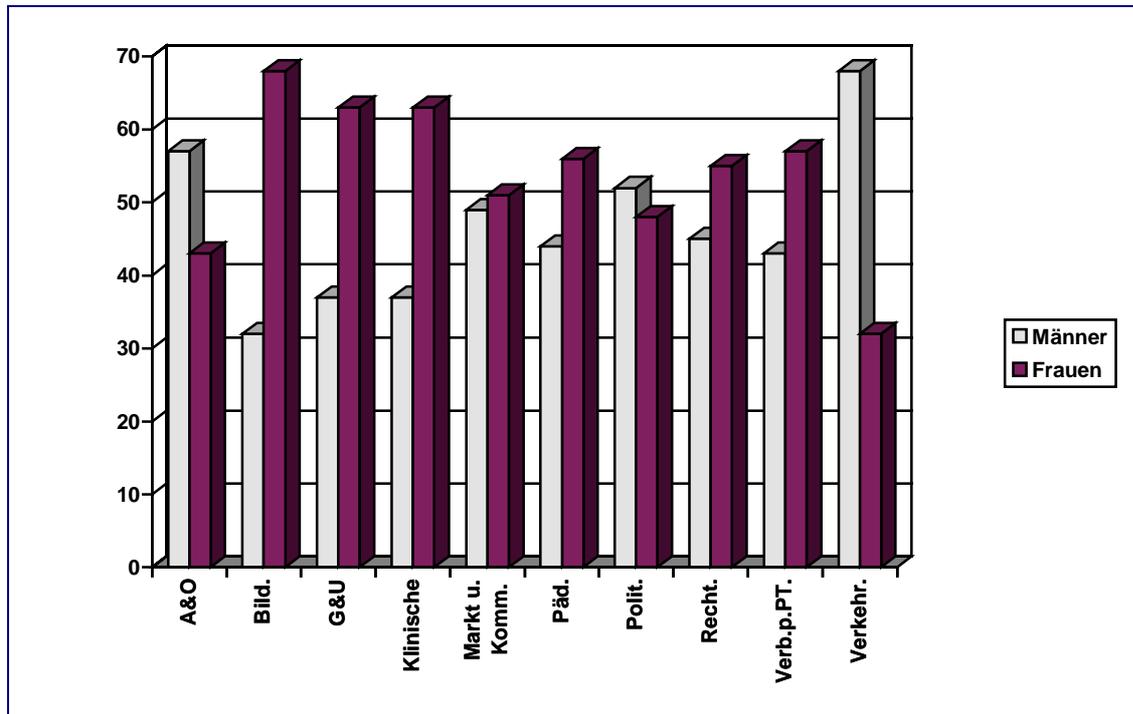
In der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie sind 6,2% der Frauen und 15,8% der Männer tätig, und schließlich sind es in der Pädagogischen Psychologie 4,6% der Frauen gegenüber 3,3% der Männer. Die Klinische Psychologie, in der die Anzahl der erwerbstätigen Psychologen nach der zunächst enormen Expansion bereits in den achtziger Jahren wieder rückläufig war, wies zugleich den höchsten Frauenanteil auf. Umgekehrt profitierten die Männer (mit 15,8%) stärker als die Frauen (mit nur 6,2%) von dem starken Zuwachs in der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (vgl. Übersicht 11 und 12).

Alle weiteren Berufsfelder erscheinen im Vergleich zu den drei genannten Bereichen marginal. Eine Anmerkung ist allerdings noch zu dem Bereich Lehre und Forschung notwendig, da hier die Verteilung nach Geschlecht (mit einem Frauenanteil mit 3,3% gegenüber einem Anteil der Männer mit 2,3%) im Widerspruch zu anderen Untersuchungen (z.B. Zieger & Fisch, 1994 oder Wermuth, 1992) steht. Diese Untersuchungen kommen nämlich zu dem Ergebnis, daß Frauen im Bereich Forschung und Lehre deutlich unterrepräsentiert sind. So wurde in der Untersuchung von Wermuth bei Promotionen in der Psychologie ein Frauenanteil von 34,1% und bei Habilitationen von nur 17,4% ermittelt (zur historischen Entwicklung des An-

teils von Frauen an psychologischen Dissertationen vgl. Jaeger, 1998). Bei den Professuren in der Psychologie liegt der Frauenanteil sogar nur noch bei 9%. Der Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte in dem speziellen Sample der Untersuchung von Schorr liegen, das sich ausschließlich aus BDP-Mitgliedern zusammensetzt. Viele der Psychologinnen und Psychologen, die in Lehre und Forschung an den Universitäten arbeiten, sind jedoch nicht Mitglied im BDP sondern in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Auf die bemerkenswerten Unterschiede zwischen BDP- und DGPs Mitgliedschaft bezüglich der Zusammensetzung nach Geschlecht gehen wir im Folgenden noch genauer ein.

Die aktuelle Verteilung (von 1998) der 21.126 Mitglieder des BDP auf die verschiedenen internen Sektionen gibt leider keinen exakten Aufschluß über die Häufigkeiten der tatsächlich in den Spezialgebieten tätigen Psychologinnen und Psychologen; denn zum einen sind auch Studierende unter den Mitgliedern und zum anderen kann sich jedes Mitglied des BDP drei Sektionen zuordnen (so daß die Anzahl der Nennungen von Fachgebieten die Anzahl der Personen übersteigt). Gleichwohl kann man aus der folgenden Übersicht ablesen, daß neben den drei zuvor genannten beruflichen Hauptgebieten andere fachliche Schwerpunkte an Bedeutung gewinnen und daß die interne Differenzierung der Psychologie zunimmt. Vor allem sind jedoch die Unterschiede der fachlichen Spezialisierung von Frauen und Männern bemerkenswert (vgl. Übersicht 13).

**Übersicht 13: Mitglieder des BDP nach Sektionen und Geschlecht (1998)  
in Prozent**



Erläuterung:

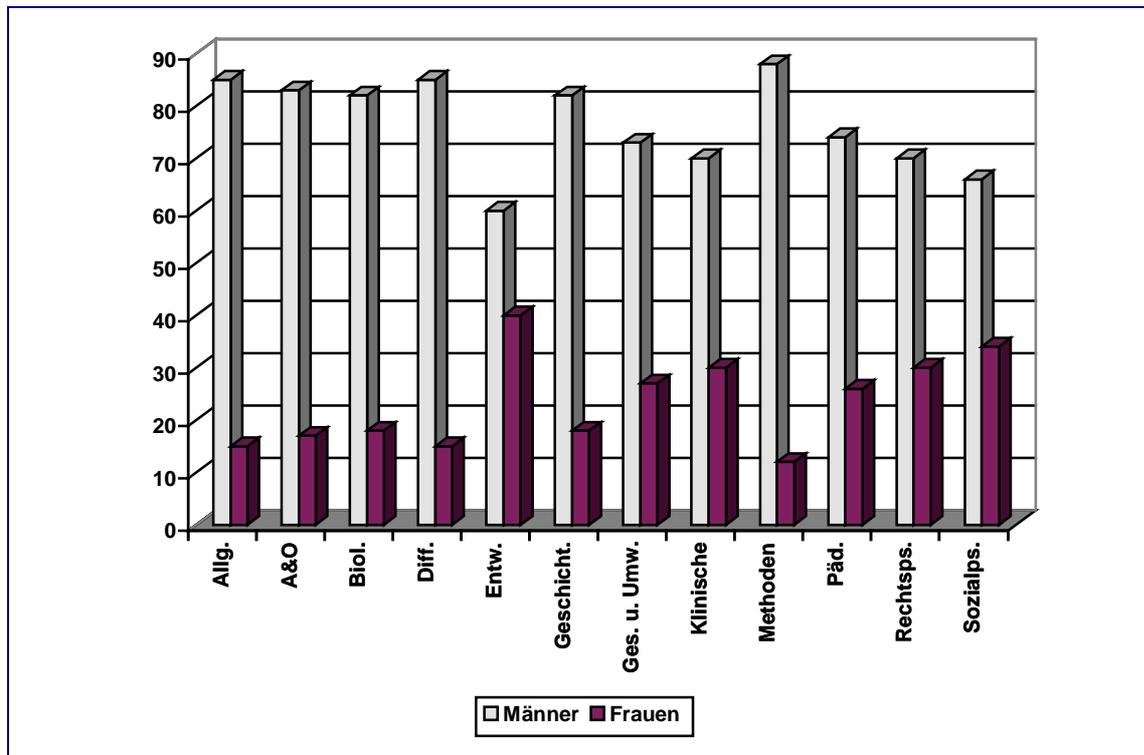
A&O:	Arbeits- und Organisationspsychologie	Polit.:	Politische Psychologie
Bild.:	Aus-, Fort- u. Weiterbildung	Recht.:	Rechtsspsychologie
G&U.:	Gesundheits-u. Umweltpsychologie	Verb.p.P.T.:	Verband psychologischer Psychotherapeuten
Klinische	Klinische Psychologie	Verkehr.:	Verkehrspsychologie
Markt- u. Komm.:	Markt- u. Kommunikationspsychologie		
Päd.:	Pädagogische-u./Schulpsychologie		

In zwei Sektionen sind die männlichen Mitglieder deutlich in der Mehrheit: in der Arbeits- und Organisationspsychologie und in der Verkehrspsychologie. Weiterhin gibt es zwei weitere Sektionen, in denen das Geschlechterverhältnis annähernd ausgeglichen ist: die Markt- und Kommunikationspsychologie und die Politische Psychologie. Eine deutliche Mehrzahl von Frauen gibt es dagegen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in der Gesundheits- und Umweltpsychologie, in der Pädagogischen Psychologie, der Rechtspsychologie und vor allem in der Klinischen Psychologie sowie in dem sich damit fachlich überschneidenden Verband psychologischer Psychotherapeuten.

Dieses Bild deckt sich also von der Tendenz her weitgehend mit den Angaben zu den Berufsfeldern nach Geschlecht in Übersicht 12.

Bei den 2.146 Mitgliedern der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), ergibt sich dagegen zum gleichen Zeitpunkt (1998) ein ganz anderes Bild hinsichtlich der Geschlechterverhältnisse in den Fachgruppen (vgl. Übersicht 14).

**Übersicht 14: Mitglieder der DGPs nach Fachgruppen und Geschlecht (1998) in Prozent**



Erläuterung:

Allg.:	Allgemeine Psychologie	Ges. u. Umw.:	Gesundheits-u. Umweltpsych.
A&O:	Arbeits- und Organisationspsychologie	Klinische	Klinische Psychologie
Biol.:	Biologische Psychologie	Päd.:	Pädagogische Psychologie/ Schulpsychologie
Diff.:	Differentielle Psychologie	Rechtssps.	Rechtspsychologie
Entw.:	Entwicklungspsychologie	Sozialp.	Sozialpsychologie
Geschicht.:	Geschichte der Psychologie		

Alle Fachgruppen sind überwiegend von Männern besetzt. Die geringste Differenz im Geschlechterverhältnis gibt es in der Entwicklungspsychologie - aber auch hier ist der Anteil der Psychologen noch um ca. 20% höher als der Anteil der Psychologinnen. In der Sozialpsychologie sind die Frauen mit einem Anteil von etwas über 30% und in der Klinischen Psychologie - also genau in dem Fachgebiet, das in der Berufspraxis die „Domäne„ der Frauen ist - mit einem Anteil von nur knapp 30% vertreten. Auch in der Sektion Rechtspsychologie liegt der Frauenanteil bei knapp unter 30% und in der Gesundheits- und Umweltpsychologie bei ca. 25%. In den Fachgruppen, die zugleich zentrale Fächer im Grundstudium an den Universitäten repräsentieren (Allgemeine Psychologie, Differentielle Psychologie, Biologische Psychologie und Methoden) ist der Frauenanteil am geringsten bzw. der Männeranteil mit über 80% am höchsten. In den zwei Fachgruppen, die neben der Klinischen Psychologie zugleich die wichtigsten Fächer im Hauptstudium darstellen - nämlich der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie der Pädagogischen Psychologie - sieht es nicht wesentlich anders aus.

Für die Medizin ist darauf hingewiesen worden, daß die horizontale mit einer vertikalen Segregation einhergeht - d.h., daß in Fachgebieten mit stärkstem Männeranteil auch Einkommen und Prestige am höchsten sind. Die Frage, in welchem Maße sich möglicherweise auch in der Psychologie „hinter“ der horizontalen eine solche vertikale Segregation „verbirgt“, muß hier offen bleiben. Ebenso können aufgrund fehlender Daten keine Angaben zum Geschlechterverhältnis bei Leitungsfunktionen innerhalb der psychologischen Berufsfelder gemacht werden. Man kann aber wohl davon ausgehen, daß es hier - wie in anderen Berufsgruppen auch - eine vertikale Segregation gibt, die vereinfacht folgendermaßen beschrieben werden kann: Je höher die Position, desto weniger Frauen sind vertreten (vgl. Wetterer, 1992). Eindeutig belegt ist dies in der Psychologie bislang nur für den Wissenschaftsbereich, in dem die Frauen nicht nur insgesamt, sondern umso stärker unterrepräsentiert sind, je höher Status, Gehalt und Prestige sind. Schließlich kann der deutlich höhere Männeranteil bei der Mitgliedschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaft (DGPs) gegenüber dem Berufsverband (BDP) selbst im Sinne einer vertikalen Segregation interpretiert werden.

### **3. Vergleich der Professionen**

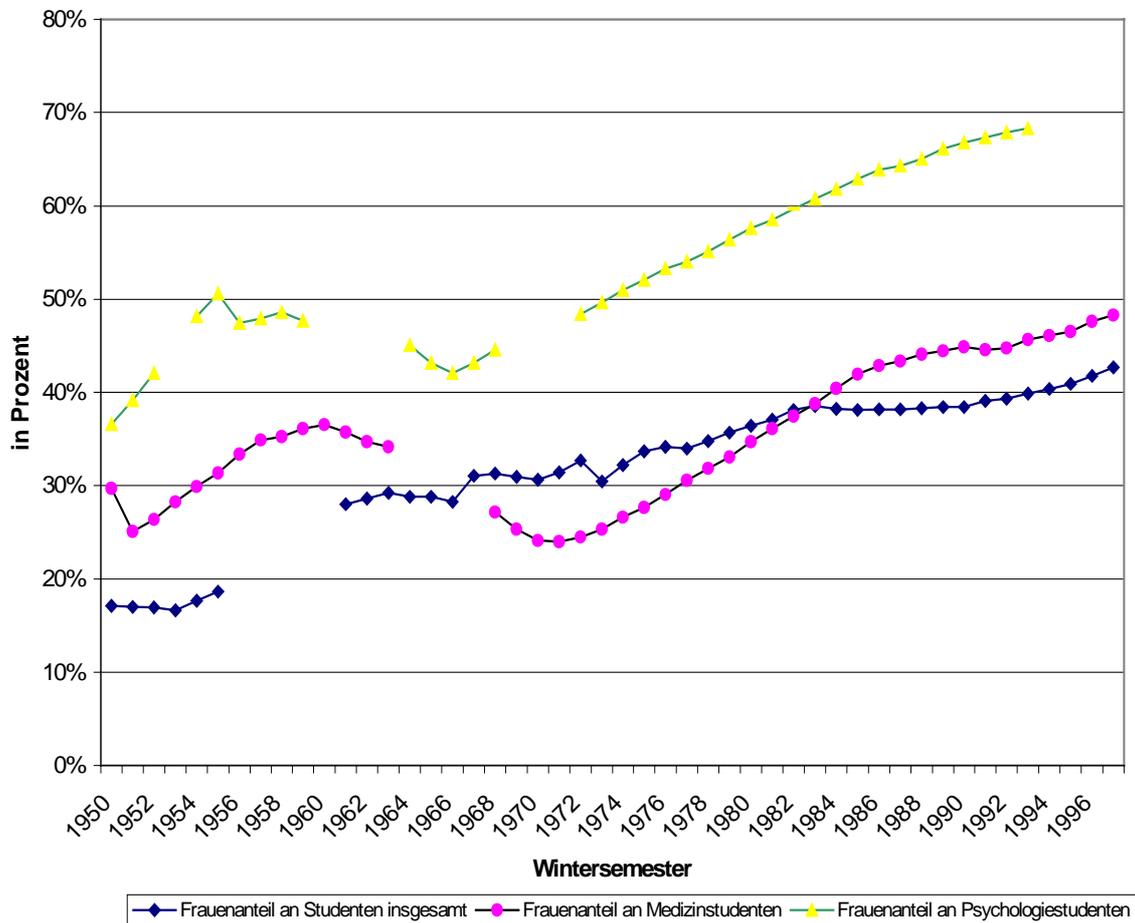
Zusammenfassend sollen nun noch einmal die prägnantesten Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Studiums, der Berufstätigkeit und der Professionsentwicklung in Medizin und Psychologie herausgearbeitet werden. Zuvor muß noch darauf hingewiesen werden, daß beide Berufe mit ihren größten Teilbereichen dem Gesundheitswesen zugeordnet werden können und sich inhaltlich teilweise (z.B. in Bereichen von Psychotherapie und Klinischer Psychologie) überschneiden. In diesen Überschneidungsbereichen gibt es Zusammenarbeit - aber es entsteht teilweise auch Konkurrenz. Zugleich besteht ein gravierender Unterschied darin, daß die Medizin zu den ältesten und am besten etablierten Berufen gehört, während sich die Psychologie erst im Laufe dieses Jahrhunderts zu einer eigenständigen Profession entwickelte und mit Blick auf die Zahl der Professionsangehörigen erst innerhalb der letzten vierzig Jahre wirklich bedeutungsvoll geworden ist. Schließlich ist die gegenwärtige Zahl der Professionsangehörigen in der Medizin um über das Achtfache höher als in der Psychologie.

#### **Medizin- und Psychologiestudium im Vergleich**

Sowohl das Medizin- als auch das Psychologiestudium erfreuen sich großer Beliebtheit - so kamen 1995 für beide Studiengänge durchschnittlich 3 Bewerbungen auf einen Studienplatz. Die Zahlen der Studierenden haben sich im Zeitraum von 1975 bis 1997 in der Humanmedizin knapp verdoppelt - in der Psychologie mehr als verdoppelt. 1997 waren 75.783 Studierende in der Humanmedizin und 29.470 Studierende in der Psychologie eingeschrieben. Seit den 90er Jahren halten sich die Studentenzahlen in der Humanmedizin etwa auf gleichem Niveau, und der Anteil an allen Studierenden nimmt sogar ab. Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist der Abbau der Ausbildungskapazität als Reaktion auf den zunehmend gesättigten Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte. Demgegenüber sind die Zahlen der Studierenden im Fach Psychologie auch in den 90er Jahren weiterhin angestiegen, und es läßt sich kaum angeben, wann hier der Arbeitsmarkt gesättigt erscheint - bzw. wann es hier zu einer Stagnation der Studierendenzahlen kommen wird.

Die Psychologie hat sich mit einem Frauenanteil von inzwischen zwei Dritteln zu einem Studienfach vor allem für Frauen gewandelt, während das Geschlechterverhältnis im Medizinstudium paritätisch ist. Vergleicht man die Entwicklung in Medizin und Psychologie für den Zeitraum von 1975 bis in die 90er Jahre, so wird deutlich, daß der Anstieg in beiden Studiengängen ähnlich kontinuierlich verläuft, daß jedoch der Frauenanteil in der Psychologie grundsätzlich höher liegt als in der Medizin (vgl. Übersicht 15).

## Übersicht 15: Frauenanteil an Studierenden insgesamt, an Studierenden in der Medizin und in der Psychologie (1950-1996)



Während 1952 der Anteil von Frauen an allen Studierenden ca. 18% betrug, waren es im Medizinstudium bereits 26%, 1960 waren 22% der Studierenden insgesamt Frauen und im Medizinstudium waren es 36%. Nach einer Zeit des Rückganges übertrifft dann seit Mitte der 80er Jahre wieder der Anteil der Frauen in der Medizin denjenigen aller Frauen unter den Studierenden (vgl. Schücking, 1998, S. 56). Im Vergleich dazu lag der Frauenanteil unter den Studierenden des Fachs Psychologie über alle Zeiträume hinweg sehr viel höher als im Durchschnitt.

Betrachtet man die von Frauen am häufigsten besetzten Studienfächer und bildet man hier eine Rangreihe, so nahm die Medizin 1960 den ersten Platz und die Psychologie den elften Platz ein (vgl. Mertens, 1991, S. 136). 1995 kam die Medizin bei den Frauen auf Platz vier und die Psychologie auf Platz neun der am stärksten von Frauen besetzten Studienfächer. Bei den Männern rangierten beide Fächer dagegen auf niedrigeren Rangplätzen (vgl. Statistisches Bundesamt, Datenreport 1997).

### Berufstätigkeit in Medizin und Psychologie im Vergleich

Bei einem Vergleich der Berufstätigkeit in Medizin und Psychologie fallen zunächst wieder die Größenunterschiede ins Auge. Während 1998 ca. 283.000 Professionsangehörige der Medizin erwerbstätig sind, gibt es in der Psychologie insgesamt 33.000 Erwerbstätige. Das Geschlechterverhältnis bei den Erwerbstätigen beider Professionen ist dabei genau umgekehrt - das heißt: in der Medizin ist das Verhältnis von Frauen zu Männern ein Verhältnis von 38% zu 62%, in der Psychologie dagegen von 63% zu 37%. Der Anteil der abhängig Beschäftigten übersteigt in beiden Berufen den Anteil der Selbständigen. Höchst unterschiedlich ist hier jedoch auch hier das Geschlechterverhältnis: In der Medizin haben die Frauen mit 41% einen höheren Anteil an den abhängig Beschäftigten als an der Gruppe der Selbständigen mit 34%. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich in der Psychologie: Hier sind die Frauen mit 69% selbständig berufstätig und nur 59% sind abhängig beschäftigt (vgl. Übersicht 16):

**Übersicht 16: Berufstätigkeit und Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie (1998)**

	MEDIZIN*	PSYCHOLOGIE*
<b>Erwerbstätige (absolut)</b>	<b>283 000</b>	<b>33 000</b>
<i>davon Frauen</i>	<i>38%</i>	<i>63%</i>
<i>davon Männer</i>	<i>62%</i>	<i>37%</i>
<b>Selbständige</b>	<b>120 000</b>	<b>13 000</b>
<i>davon Frauen</i>	<i>34%</i>	<i>69%</i>
<i>davon Männer</i>	<i>66%</i>	<i>31%</i>
<b>Abhängig Beschäftigte</b>	<b>163 000</b>	<b>20 000</b>
<i>davon Frauen</i>	<i>41%</i>	<i>59%</i>
<i>davon Männer</i>	<i>59%</i>	<i>41%</i>
<b>Teilzeitquote</b>	<b>10%</b>	<b>33%</b>
<i>davon Frauen</i>	<i>78%</i>	<i>87%</i>
<i>davon Männer</i>	<i>22%</i>	<i>13%</i>

\*gerundete Zahlen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1998

Dieser hohe Anteil selbständig tätiger Frauen in der Psychologie ist nicht nur im Vergleich zur Medizin-, sondern auch im Vergleich zu anderen freien Berufen (z.B. dem der Architekten

oder der Juristen) besonders auffällig. Wahrscheinlich ist trotz aller Belastungen im Zusammenhang mit der selbständigen Tätigkeit eher eine flexible Arbeitszeitgestaltung (im Sinne einer stärker selbstbestimmten Zeiteinteilung) realisierbar als bei abhängiger Erwerbstätigkeit - und dies erleichtert eine Vereinbarung von Beruf und Familie. Und vermutlich ist die Selbständigkeit in der Psychologie nicht mit so hohen Investitionskosten verbunden wie beispielsweise in der Medizin oder der Architektur.

Was die Beteiligung der Ärztinnen an der Erwerbstätigkeit anbelangt, läßt sich feststellen, daß sie gemessen an ihrem Anteil an den Professionsangehörigen unterrepräsentiert sind. Dies liegt unter anderem an ihrer überproportional starken Betroffenheit von Arbeitslosigkeit und an ihren häufigeren familienbedingten Erwerbsunterbrechungen im Vergleich zu den Männern. So sind Frauen 1997 von der Arbeitslosigkeit unter den Ärzten ohne Gebietsbezeichnung mit 56% gegenüber ihrem Erwerbsanteil von 47% überproportional stark betroffen. An der Arbeitslosigkeit unter der Fachärzteschaft sind sie sogar mit 57% aller Arbeitslosen beteiligt - während ihr Anteil an der berufstätigen Fachärzteschaft bei sogar nur 30% liegt. Auch der hohe Anteil der Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit mit 48% verweist auf die insgesamt ungünstigere Arbeitsmarktlage von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten (vgl. Arbeitsmarkt-Information, 5/1998).

Für die Psychologinnen sieht die Beteiligung an der Erwerbstätigkeit demgegenüber günstiger aus. Sie sind gemessen an ihrem Anteil an den Absolventen (69% im Jahre 1997, vgl. Übersicht 8) fast ebenso stark an der Erwerbstätigkeit beteiligt (die Erwerbsquote der Psychologinnen lag 1998 bei 63%, vgl. Übersicht 15). Verglichen mit den Bewerberzahlen gab es nach Angaben der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung auch bei der Vermittlung arbeitsloser Psychologen keine nennenswerten Unterschiede bezüglich des Geschlechts. Im Gegensatz zur Medizin zeigt sich hier also, daß Psychologinnen ebenso gut in neue Beschäftigungsverhältnisse einmünden konnten wie ihre männlichen Kollegen (vgl. Arbeitsmarkt-Information, 3/1996, S.15).

Beim Vergleich beider Fächer wird besonders deutlich, daß in der Medizin Schließungsmechanismen gegenüber Frauen greifen, die es in der Psychologie so nicht gibt. Dabei dürfte die starke Reglementierung der fachärztlichen Weiterbildung ausschlaggebend sein, die bisher z.B. Teilzeitarbeit für Frauen oder auch Unterbrechungen durch Erziehungsurlaub ausschließt. Dadurch wird eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen während dieser Zeit besonders schwierig. In der Psychologie ist dagegen Teilzeitarbeit viel stärker verbreitet (33% in der Psychologie gegenüber 10% in der Medizin). 87% der in Teilzeitarbeit beschäftigten Psychologen sind Frauen.

Aber auch in der Medizin ist - ebenso wie in der Psychologie - ein stetiger Zuwachs des weiblichen Anteils an den Berufstätigen zu verzeichnen - allerdings auf höchst unterschiedlichem Niveau (vgl. Übersicht 17).

### Übersicht 17: Frauenanteile bei Berufstätigkeit in Medizin und Psychologie

Jahr	Frauenanteil bei berufstätigen Ärzten (ab 1995 Gesamtdeutschland)	Frauenanteil bei berufstätigen Psychologen (ab 1995 Gesamtdeutschland)
1985	26%	50%
1991	30%	51%
1993	33%	55%
1995	37%	61%
1998	38%	63%

Quelle: IAB, MatAB 1.5./1998, 1.4./1998; Mikrozensus 1995, 1998

Die Medizinerinnen haben 1998 mit 38% noch nicht einmal annähernd den Erwerbsanteil der Psychologinnen von 1985 (mit bereits 50%) erreicht.

In den neuen Bundesländern ist sowohl in der Medizin als auch in der Psychologie der Frauenanteil an den Erwerbstätigen höher als in den alten Ländern. In der Humanmedizin lag er 1995 in den neuen Ländern bei 52% (gegenüber 35% in den alten Ländern). In der Psychologie lag die Erwerbsquote der Frauen in den alten Ländern im gleichen Jahr bei 50%. Für die neuen Bundesländer liegen keine Angaben für das Jahr 1995 vor; zu Beginn der 90er Jahre lag die Quote nach Untersuchungen von Schorr (1995, S.20) bei ca. 70%.

## Professionsentwicklung im Vergleich

Ein wichtiger Indikator für die Professionsentwicklung ist - wie erwähnt - der Stand der (institutionalisierten) Spezialisierung und Ausdifferenzierung von Berufsfeldern. In der Medizin ist diese Spezialisierung enorm weit fortgeschritten (zur Auflistung der Facharztgebiete vgl. Tabelle im Anhang) und wird z.T. bereits als „Überspezialisierung“ in der öffentlichen Diskussion problematisiert. In diesem Zusammenhang ist auch schon von einem Bedarf an „Spezialisten für den ganzen Menschen“ die Rede (als Beispiel kann hier die gegenwärtige Diskussion zur Stärkung der Allgemeinmedizin oder der Umweltmedizin genannt werden).

In der Psychologie ist das Ausmaß der Spezialisierung überhaupt nicht mit dem in der Medizin vergleichbar. Spezialisierung bedeutet für Medizinerinnen und Mediziner, daß sie sich im Verlauf ihrer Berufsbiographie zunehmend einengen bzw. ihr Wissen und ihre Kompetenzen immer stärker vertiefen, womit sie sich zugleich von den anderen Berufswegen außerhalb ihres Spezialgebiets ausschließen. In der Psychologie bedeueten Zusatzqualifikationen (z.B. im therapeutischen Bereich) dagegen häufig eine Verbreiterung des Spektrums an beruflichen Optionen. „Überspezialisierung“ erscheint hier für viele Professionsangehörige noch viel offensichtlicher als Problem als in der Medizin (vgl. Hoff, 1998).

Betrachtet man die an vorheriger Stelle ausführlich dargestellten geschlechtsspezifischen Segmentierungen auf horizontaler und vertikaler Ebene in der Medizin (vgl. unter Punkt 1.3, S. 17 ff.), wird deutlich, daß Frauen zu höheren Anteilen vor allem in jenen Facharztgebieten zu finden sind, die mit weniger Prestige und Einkommen verbunden sind. Männer dagegen überproportional in Gebieten tätig sind, die hohes Prestige und Einkommen genießen. Diese horizontale Segregation stellt somit gleichzeitig eine „verdeckte“ vertikale Segregation dar. Die Geschlechterhierarchie in der Medizin wird durch die (nicht verdeckte) vertikale Segregation innerhalb der Berufsfelder zusätzlich verstärkt, indem Männer häufiger als Frauen in Leitungsfunktionen tätig sind - was auch für Facharztgebiete gilt, die einen vergleichsweise hohen Frauenanteil aufweisen (z.B. die Kinderheilkunde).

Was die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Berufsfelder in der Psychologie angeht, so gibt es zwar auch hier - wie in der Medizin - eine horizontale Segregation (vgl. Übersicht 12). Es kann aber für die Psychologie nicht eindeutig beurteilt werden, ob sich „hinter“ dieser horizontalen auch eine vertikale Segregation verbirgt. Trotzdem muß aber auch hier festgehalten werden, daß Männer gegenüber Frauen z.B. stärker im Bereich Arbeits- und Organisationspsychologie vertreten sind und entsprechend auch stärker von dem dort zu verzeichnenden Erwerbszuwachs profitieren. Frauen sind im Gegensatz dazu über-

proportional vom Abbau des Beschäftigungsanteils im Bereich der Klinischen Psychologie betroffen (vgl. Übersicht 11 und 12).

Untersuchungen zur vertikalen Segregation liegen für die Psychologie nicht vor, eine solche Segregation ist aber auch in der Psychologie zu vermuten. Das lässt sich zumindest für die psychologische Forschung und Lehre nachweisen (vgl. z.B. Wermuth, 1992; Jaeger, 1998). In diesem Bereich sind Frauen also auch innerhalb einer Profession mit überwiegenderem Frauenanteil marginalisiert - und das um so stärker, je höher die berufliche Position ist.

## Literatur:

- Abele-Brehm, A. (1995) Braucht das Psychologiestudium eine Männerquote? Kommentare, in: *Psychologische Rundschau* Nr. 3 / 1995, S. 200-206.
- Arbeitsmarkt-Information (3/1996). Qualifizierte Fach- und Führungskräfte. *Psychologinnen und Psychologen*, hrsg. von der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, Frankfurt/M.
- Arbeitsmarkt-Information (5/1998). Qualifizierte Fach- und Führungskräfte *Ärztinnen und Ärzte*, hrsg. von der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, Frankfurt/M.
- Bäcker, G. & Stolz-Willig, B.(1996). Optionale Arbeitszeitverkürzung und -gestaltung und Defizite sozialer Sicherung. In: Beckmann, P.; Engelbrech, G. (Hrsg.): *Frauenerwerbstätigkeit 2000. Ein Schritt vor und ein Schritt zurück?* - Kompendium zur Erwerbstätigkeit von Frauen, in: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 179. Nürnberg.
- Bargel, T.; Ramm, M. (1994). Das Studium der Medizin in: BMBW (Hg.) *Schriftenreihe Studien zu Bildung und Wissenschaft*, Bd. 118. Bonn.
- Baumann, U. (1995). Bericht zur Lage der deutschsprachigen Psychologie 1994 - Fakten und Perspektiven, in: *Psychologische Rundschau* 1/1995, S. 3-17.
- Beck-Gernsheim, E. & Ostner, I. (1978). Frauen verändern - Berufe nicht? Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von „Frau und Beruf“. In: *Soziale Welt* 3, S. 257-287.
- Bundesministerium für Gesundheit (1997). *Daten des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Gesellschaft.
- Geuter, U. (1984). *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verl.
- Geuter, U., Mattes, P. (1994) in: Asanger, R. (Hg.): Professionalisierung, in: *Handwörterbuch Psychologie*, Weinheim: Beltz.
- Hoff, E.-H. (1998). Probleme der Psychologie als Profession. *Report Psychologie*, 23(1/98), S. 18-25.
- Hoff, E.-H.; Hohner, H.-U.; Dettmer, S. (1998). Projektskizze PROFIL: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. *Bericht aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie*. Nr.12.
- Huerkamp, Claudia (1980): Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. In: *Geschichte und Gesellschaft*, 6/1, S. 349-382
- Institut f. Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (Hg.). *Berufsspezifische Struktur- und Entwicklungsdaten 1980-1991*.
- Institut f. Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (Hg.) (1998). *Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Gesellschaft und Soziales* (MatAB 1.4/1998).

- Institut f. Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (Hg.) (1998). *Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung . Medizin* (MatAB 1.5/1998).
- Jaeger, Siegfried (1998). Das „Eindringen der Frauen in die Wissenschaft,, am Beispiel psychologischer Dissertationen. In: Janhnke, Fahrenberg & Bauer (Hrsg.) *Psychologiegeschichte - Beziehungen zu Philosophie und Grenzgebieten*. Passauer Schriften zur Psychologiegeschichte, hrsg. von Institut für Geschichte der Neueren Psychologie der Universität Passau Bd. 12. München / Wien Profil Verlag. S. 209-232.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (1998). *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Maikowski, R., Mattes, P./, Rott, G. (1976). *Psychologie und ihre Praxis*. Materialien zur Geschichte und Funktion einer Einzelwissenschaft in der BRD. Frankfurt/M.: Fischer
- Landenberger, M.; Schreus, M. (1995). *Teilzeitarbeit auf dem Prüfstand*. Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Frauen und Arbeit, Band 22. Berlin: BBJ-Verlag.
- Mertens, L. (1991). *Vernachlässigte Töchter der Alma Mater*. Berlin: Duncker und Humblot.
- Mesletzky, J. (1995). *Geschlechterverhältnisse in der Medizin. Eine Strukturanalyse*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Mesletzky, J. (1996). *Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinern*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Mies, M. (1989). *Patriarchat und Kapital, Frauen in der internationalen Arbeitsteilung*. Zürich: Rotpunktverlag.
- Parmentier, K.; et al. (1993). *Berufsspezifische Struktur- und Entwicklungsdaten. 1980-1991*, hrsg. vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg.
- Quack, S. (1993). *Dynamik von Teilzeitarbeit. Implikationen für die soziale Sicherung von Frauen*. Berlin: Ed. Sigma.
- Seemann, S. (1997). *Die berufliche Situation von Medizinerinnen. Ausbildung, Weiterbildung und Arbeitsmarkt*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Schagen, U. (1996). Frauen im ärztlichen Studium und Beruf: Quantitative Entwicklung und politische Vorgaben in DDR und BRD. In: Meinel, Christoph und Renneberg, Monika (Hrsg.) (1996). *Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik*. Bassum, Stuttgart: Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und Technik.

- Schagen, U. (1993). Die ärztliche Weiterbildungsordnung. In: Habeck, D.; Schagen, U.; Wagner, G.: *Reform der Ärzteausbildung*, Berlin, S. 102.
- Schmitt, J. (1994). Unterschiede auf den zweiten Blick: „weibliche„ und „männliche„ Fachgebiete in der Medizin. In: Stein, Ruth Heidi/ Wetterer, Angelika (Hg.): *Studierende und studierte Frauen. Ein ost-west-deutscher Vergleich*. Kassel: Verlag Jenior & Preßler, S. 115-138.
- Schorr, A. (1991). *Psychologen im Beruf. Qualifikationsmerkmale, Tätigkeitsfelder, Perspektiven. Unter besonderer Berücksichtigung der Berufssituation angestellter und verbeamteter Psychologen*, Bonn.
- Schorr, A. (1995). Psychologen Ost und West - Zwei Gesichter einer Profession? Ergebnisse einer empirischen Studie. Teil I und Teil II. *Report Psychologie 20*, 1995, Nr. 1 und 2, S. 18-28 und S. 28-37.
- Schücking, Beate, (1998): Die Frau das immer noch unbekannte Wesen? Frauen und Frauenerforschung in der Medizin. In: *Dr. Mabuse, Nr. 111*, Ja./Febr. 1998, 23. Jg., S. 56-60
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Enke Copythek.
- Sieverding, M. (1992). Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36 (4), 157-166.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998). Datenreport. 1997. *Schriftenreihe Band 340. Bundeszentrale für politische Bildung*. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Hg.): (1950-1975) Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 10, *Bildungswesen und Hochschulen*.
- Statistisches Bundesamt (Hg.): (1975-1997) Fachserie 11, Bildung und Kultur, Reihe 4.1 Studierende an Hochschulen und Reihe 4.2 Prüfungen/ Hochschulen.
- Wermuth, N. (1992). *Frauen an den Hochschulen. Statistische Daten zu den Karrierechancen*. Hrsg. Vom Bundesminister für Bildung und Wissenschaft. Bad Honnef: Bock.
- Wetterer, A. (1992). Hierarchie und Differenz im Geschlechterverhältnis. Theoretische Ansätze zur Analyse der Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. In: Wetterer, A. (Hg.) *Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen*. Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Wetterer, A. (Hg.) (1995). Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen. Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Witz, A. (1992). *Professions and Patriarchy*. London, New York.: Routledge.
- Zieger, S. & Fisch, R. (1994). Die Stellensituation im Fach Psychologie und Ansatzpunkte für eine langfristige Nachwuchspolitik. *Psychologische Rundschau*, 45, 99-108.

# Anhang

**Tabelle:** Facharztgebiete nach Bezeichnungen und Anzahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.1998)

Gebietsbezeichnungen	Berufstätig
Praktische Ärztin/ Praktischer Arzt	9 227
Allgemeinmedizin	35 599
Anästhesiologie	13 779
Anatomie	134
Arbeitsmedizin	2 614
Augenheilkunde	6 305
Biochemie	93
Chirurgie	15 428
Diagnostische Radiologie	2 729
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14 327
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	5 097
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4 429
Herzchirurgie	207
Humangenetik	151
Hygiene und Umweltmedizin	289
Immunologie	30
Innere Medizin	34 014
Kinderchirurgie	245
Kinderheilkunde	11 044
Kinder- und Jugendpsychiatrie	665
Kinder- und Jugendpsychiatrie u.-psychotherapie	245
Klinische Pharmakologie	162
Laboratoriumsmedizin	924
Lungen- u. Bronchialheilkunde	639
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	587
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1 048
Nervenheilkunde	5 753
Neurochirurgie	867
Neurologie	1 961
Neuropathologie	53
Nuklearmedizin	724
Öffentliches Gesundheitswesen	1 072
Orthopädie	7 055
Pathologie	1 231
Pathologische Physiologie	30
Pharmakologie und Toxikologie	330
Phoniatrie und Pädaudiologie	75
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1 141
Physiologie	119
Physiotherapie	162
Plastische Chirurgie	178
Psychiatrie	2 881
Psychiatrie und Psychotherapie	879
Psychotherapeutische Medizin	2 841
Psychotherapie	31
Radiologie	2 996
Rechtsmedizin	220
Sozialhygiene	122
Sportmedizin	122
Strahlentherapie	457
Transfusionsmedizin	381
Urologie	4 186
sonst. Gebietsbezeichnungen	29
Insgesamt	195907

Quelle: Bundesärztekammer

**Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie der FU Berlin  
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)**

Bisher sind in dieser Reihe erschienen:

- Nr. 1 Thomas Lecher, Ernst-H. Hoff, Elisabeth Distler & Michael Jancer (1992). Zur Erfassung des ökologischen Verantwortungsbewußtseins. Ein Interview-Leitfaden mit Erläuterungen.
- Nr. 2 Hans-Uwe Hohner (1993). Personalentwicklung, berufliche Autonomie und konsensorientierte Diagnostik.
- Nr. 3 Barbara Grüter (1993). Begriffsbildung und Softwareentwicklung. Konzepte und Modelle zur Untersuchung der Begriffsbildung von Männern und Frauen in der Softwareproduktion.
- Nr. 4 Thomas Lecher & Ernst-H. Hoff (1993). Ökologisches Bewußtsein. Theoretische Grundlagen für ein Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 5 Hans-Uwe Hohner (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischer Perspektive. Das Beispiel Arztpraxis.
- Nr. 6 Martin Hildebrand-Nilshon & Chung-Woon Kim (1994). Kommunikationsentwicklung und Kommunikationsförderung. Zwei Arbeitspapiere aus dem Projekt „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“.
- Nr. 7 Michael Jancer & Ernst-H. Hoff (1994). Ökologische Moralvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 8 Ernst-H. Hoff, Jens Walter, Daniela Galetto, Michael Jancer, Thomas Lecher & Matthias Trénel (1995). Zwischenbericht zum Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 9 Martin Hildebrand-Nilshon (Hrsg.). (1995). Wege und Umwege der Kommunikationsförderung. Interventionsstrategien, Evaluation und Technik. Arbeitspapiere aus dem Projekt „Augmentative and Alternative Communication (AAC)“.
- Nr. 10 Ernst-H. Hoff & Jens Walter (1996). Ökologische Kontrollvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt „Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein“.
- Nr. 11 Hans-Uwe Hohner (1997). Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik.
- Nr. 12 Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner & Susanne Dettmer (1998). Projektskizze PROFIL: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie.
- Nr. 13 Susanne Dettmer, Stefanie Grote, Ernst-H. Hoff & Hans-Uwe Hohner (1999). Zum Stand der Professionsentwicklung und zum Geschlechterverhältnis in Medizin und Psychologie.