

Familiäre Idealvorstellungen und Realerfahrungen von Ärztinnen und Ärzten*

C. Buddeberg

Spannungsfeld Beruf – Familie

«32jährige Ärztin mit guten Karriereaussichten sucht zuverlässigen, sportlichen Partner bis 35 Jahre. Nach mehrjährigem beruflichem Engagement in der Gynäkologie und Geburtshilfe und zwei gescheiterten Beziehungen wünsche ich mir eine harmonische Partnerschaft mit einem verständnisvollen, intelligenten Mann. Sie sollten nicht gleich enttäuscht sein, wenn Sie die Hälfte unserer gemeinsamen Freizeit alleine sind, weil mich Notfälle, Nacht- und Wochenenddienste daran hindern, das zu tun, was ich eigentlich gerne tun würde: Mit Ihnen die Freizeit verbringen, Sport treiben, Kultur und Gastronomie geniessen und gelegentlich eine Familie gründen.»

Wahrscheinlich haben Sie in Ihrer Tageszeitung oder im Internet noch kein solches Partnerinserat gelesen. Der Inhalt dieses phantasierten Textes veranschaulicht aber recht gut die Situation einer jungen Ärztin, die mich vor einiger Zeit zur Beratung ihrer weiteren beruflichen und privaten Zukunft konsultierte. Die Kollegin schilderte in eindrucklicher Weise den für viele jüngere Ärztinnen typischen Konflikt zwischen der Realität ihres Berufslebens und ihres Wunsches nach einer glücklichen Zweierbeziehung.

Das Spannungsfeld zwischen familiären Idealvorstellungen und Realerfahrungen soll im folgenden aus vier Perspektiven beleuchtet werden:

- Aus einer beruflichen Perspektive: Welchen familiären Idealen und Realitäten begegnen Ärztinnen und Ärzte in ihrer klinischen und Praxistätigkeit?
- Aus einer institutionellen Perspektive: Mit welchen familiären Idealen und Realitäten sieht sich ein Chefarzt einer Klinik konfrontiert, dessen Assistierende je zur Hälfte Frauen und Männer sind?
- Aus einer familiären Perspektive: Welche Ideale streben Ärztinnen und Ärzte in ihren Paarbeziehungen an und wie sieht die Realität häufig aus?

- Aus einer soziokulturellen Perspektive: Was lässt sich sozusagen auf einer Metaebene zum Spannungsfeld von familiären Idealen und Realitäten in der heutigen Zeit sagen?

Berufliche Perspektiven

Bei der Familiengründung ist, nicht zuletzt dank der Fortschritte der Medizin, an die Stelle eines allgemeinen Kinderwunsches die Erwartung nach einem konkreten Wunschkind getreten. Dies gilt selbstverständlich nur für die hochentwickelten Länder, in welchen heute von der Befruchtung bis zur Geburt vieles machbar und steuerbar geworden ist. Das Durchschnittsalter von Frauen mit deutscher Muttersprache bei der Geburt des ersten Kindes ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen und liegt heute bei über 28 Jahren.

Angesichts der Verzichte, welche auf ein junges Elternpaar nach der Geburt eines Kindes zukommen, ist es nur allzu verständlich, dass sie in der Schwangerschaft die Hoffnung und Erwartung an eine problemlose Geburt und ein gesundes Kind haben. Am liebsten soll es ein sogenanntes «easy going child» [1] sein, d. h. ausgeglichen, flexibel, mit einem hohen Mass an Anpassungsfähigkeit und grosser Regelmässigkeit in seinen biologischen Rhythmen. Die statistische Wahrscheinlichkeit, einen solch «pflegeleichten Sprössling» zu bekommen, liegt, wie entwicklungspsychologische Studien zeigen, bei etwa 40%.

Die Wunschvorstellungen von Eltern, mit denen wir es als Ärztinnen und Ärzte während der Schwangerschaft oder in der ersten Zeit nach einer Geburt zu tun haben, kreisen um solche problemlosen Wunschkind. Vor allem dann, wenn eine Schwangerschaft komplikationsreich verläuft oder peri- oder postnatal Schwierigkeiten auftreten, werden die Wunschvorstellungen der Eltern mit einer nicht selten schmerzlichen Realität konfrontiert [2]:

- Wie sieht die Zukunft eines in der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommenen Frühgeborenen aus?
- Welche Lebenschancen und welche Lebensqualität wird es haben?
- Welche Belastungen kommen auf die Eltern zu?

* Überarbeitete Version eines Vortrages, gehalten am 24. Oktober 2002 auf dem 26. Dreiländertreffen – Ultraschall 2002, in Basel.

1 Buddeberg-Fischer B, Buddeberg C. Entwicklungspsychologie. In: Buddeberg C, Willi J (Hrsg.). Psychosoziale Medizin. 2. Auflage. Heidelberg, Berlin: Springer; 1998. S. 101-216.

2 Götzmann L, Schönholzer S, Kölbl N, Klaghofer R, Scheuer E, Zimmermann R, et al. Die Verdachtsdiagnose einer fetalen Entwicklungsstörung in der Ultraschall-Untersuchung: Auswirkungen auf das psychische Befinden schwangerer Frauen. Ultraschall in der Medizin 2002(23):33-40.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Claus Buddeberg
Psychosoziale Medizin
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

E-Mail: claus.buddeberg@psy.usz.ch

Diese oder ähnliche Fragen werden teils direkt angesprochen, teils unausgesprochen durch ängstliche Gesichter werdender Eltern kommuniziert. Situationen erschütterter Hoffnungen gehören zum ärztlichen Alltag. Besonders akzentuiert sind sie, wenn sich beim Neugeborenen Fehlbildungen zeigen, die nur teilweise behandelbar sind. Die schwierige Aufgabe, die dabei neben der Bewältigung der medizinisch-somatischen Probleme auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zukommt, könnte man vielleicht in folgender Weise formulieren: Beratung und Begleitung der Eltern von den Höhen ihrer familiären Wunschvorstellungen in ein unübersichtliches Gelände einer unsicheren familiären Zukunft.

Ich kenne mehrere Ärztinnen und Ärzte, die in bewundernswerter Weise mit den Eltern eines behinderten Neugeborenen diesen Weg gehen, nicht nur in den ersten Wochen nach der Geburt, sondern über Monate und nicht selten Jahre. Auch wenn heute dank des medizinischen Fortschrittes vieles machbar und lösbar geworden ist, eröffnen sich dank neuer diagnostischer Technologien immer wieder Spannungsfelder zwischen familiärer Wunsch- und Realwelt.

Institutionelle Perspektiven

Kehren wir zu der eingangs geschilderten 32jährigen Ärztin zurück. Auf ihr Partnerinserat hat sich ein 34jähriger Historiker gemeldet, den sie nach 12monatigem Kennenlernen heiratet. In der Klinik wird sie von ihrem Chef gefördert. Obwohl einige ihrer Kolleginnen wegen Mutterschaftsurlaub mehrere Wochen ausfallen und nur teilweise durch Vertretungen ersetzt werden, kann sie sich in der Hälfte ihrer Arbeitszeit der Forschung widmen. Sie ist erfolgreich, publiziert und wird in den häuslichen Arbeiten von ihrem Ehemann tatkräftig unterstützt. Schneller als erwartet wird sie schwanger.

Verlassen wir an diesem Punkt die weitere Entwicklung des freudigen Ereignisses aus der Sicht der jungen Ärztin und wenden uns ihrem 23 Jahre älteren Chefarzt zu. Er ist stolz darauf, in seinem Klinikteam etwa gleich viele Ärztinnen und Ärzte zu haben. Auch Teilzeitstellen bestehen, um den Kolleginnen und Müttern zu ermöglichen, ihr berufliches Engagement bei Bedarf zu reduzieren. Vor allem Pädiaterinnen, so weist die Statistik aus, sind häufiger verheiratet und haben mehr Kinder als ihre Kolleginnen aus anderen Fachgebieten.

Chefärzte von Kinderkliniken sind mit freudigen Ereignissen somit nicht nur in der Patientenbehandlung, sondern auch in ihrem Ärzteteam überdurchschnittlich häufig konfrontiert.

Es scheint, dass in der Pädiatrie für eine junge Ärztin die Geburt eines eigenen Kindes «weniger berufliche Sanktionen» zur Folge hat als in anderen Fachdisziplinen. Pädiatrische Chefärzte haben oft eigene Kinder, welche sie nicht nur aus dem Fotoalbum kennen, sondern als reale Väter. Von daher haben sie mehr Verständnis für die familiären Biographien ihrer Ärztinnen als z. B. Chefärzte aus den operativ-technischen Fächern.

Mehr in anderen Disziplinen als in der Pädiatrie gibt es allerdings das Phänomen einer sogenannten informellen Toleranzschwelle. «Ein Drittel Frauen im Kader der Assistenzärzte ist o.k.», berichtete mir kürzlich ein Chefarzt einer grossen Klinik. «Mehr führen zu Schwierigkeiten in der Organisation der Weiterbildung, der Dienstpläne und gelegentlich auch des Klinikalltags. Wären die Assistenzärzte ihren Kolleginnen gegenüber nicht so tolerant», so die Äusserungen des Chefarztes weiter, «so würde ich häufiger vor unlösbaren Situationen stehen.»

Der Konflikt, um den es hier geht, besteht zwischen den berechtigten familiären Interessen von Assistierenden beiderlei Geschlechts einerseits und der rauen gesundheitsökonomischen Realität einer Klinik andererseits. Chefärzte sprechen die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten nur selten und ungern an. Sie müssen sowohl den individuellen Interessen ihrer jungen Kolleginnen und Kollegen als auch den institutionellen Interessen ihrer Klinik gerecht werden.

Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sind zwar, was die Arbeitszeit und die Elternschaftsregelung anbelangt, familienfreundlicher geworden. Der Konflikt hat sich jedoch dahingehend verlagert, dass die Einkommen junger Ärzte sowie die Budgets der Kliniken immer mehr gekürzt werden und die Anforderungen der Spitzenmedizin hinsichtlich fachlicher Kompetenz und Komplexität der Fälle immer höher werden. Sigrist, ein Düsseldorfer Gesundheitssoziologe, spricht in diesem Zusammenhang vom Phänomen der «Gratifikationskrise»: Immer mehr Leistung bei immer weniger Anerkennung [3]!

Etwas überspitzt formuliert könnte man sagen: Aus der Sicht von Krankenhaus- und Versicherungsträgern sowie mancher Gesundheitspolitiker lebt eine junge Ärztin am besten im Zölibat, wird zwischen 32 und 35 Jahren schwanger und gibt ihr Kind nach der Geburt in eine Pflegefamilie. Am Wochenende werden beide von einem Lebensabschnittspartner betreut, der seinen Narzissmus dadurch befriedigt, dass er am Samstag während einiger Stunden den Hausmann spielt und am Sonntagabend wieder abreist.

3 Sigrist J. Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen, Bern: Hogrefe; 1996.

Der amerikanische Soziologe Sennett hat in seinem Bestseller «Der flexible Mensch» [4] die Problematik der heutigen Arbeitswelt – nicht nur in der Medizin – eindrücklich beschrieben. «Flexibilität» ist das Zauberwort unserer Zeit. Nicht nur der Unternehmer, auch der Arbeitnehmer muss ständig bereit sein für Veränderungen, muss immer aufs neue wagen und gewinnen. «Win-Win»-Situation ist heute ein Schlagwort in der Umgestaltung unserer Krankenhäuser. Es scheint, dass sich die angeblichen Gewinner mit immer mehr Beschränkungen abfinden müssen. Ist in einer solchen Situation die Gründung einer eigenen Familie ein Gewinn oder ein Verlust?

Die eigene Familie

Konflikte zwischen beruflichen und familiären Verpflichtungen, zwischen Anerkennung von Patienten einerseits und Kritik der Ehepartnerin andererseits, sind typisch für viele Ärzte. Sie leben über Jahre oder Jahrzehnte in einem Konflikt zwischen ihren Rollenverpflichtungen als Arzt, Ehepartner und Familienvater.

Die Tatsache, dass diese Thematik zunehmend Beachtung findet und diskutiert wird, signalisiert eine erfreuliche Entwicklung der letzten Jahre: Der kränkelnde Zustand von Arzteehe und Arztfamilien wird thematisiert, und mögliche Schritte hin zu einer besseren familiären Lebensqualität werden diskutiert. Zwei Strategien sind, aus meiner Erfahrung als Paartherapeut, für Arzt- und Arzteehe nach wie vor besonders typisch, um sog. Interrollenkonflikte zwischen beruflichen und familiären Verpflichtungen zu bagatellisieren: Die «Relativierung durch Vergleich» und die «Idealisierung der Zukunft».

Aus der Behandlung schwerkranker Patienten kennt jeder Arzt den Bewältigungsmodus: Relativierung durch Vergleich. Damit ist gemeint, dass man Unzufriedenheit über die eigene Lebenssituation dadurch relativieren und mildern kann, dass man sie mit der noch schwierigeren Lebenssituation anderer Personen vergleicht. Als Arzt erhält man nicht selten Einblick in grauenhafte Ehe- und Familiensituationen. Vergleicht man die eigene Unzufriedenheit mit dem von Patienten geschilderten Stellungskrieg eines ehelichen Machtkampfes, dann erscheint einem die eigene Ehesituation nicht so düster und dramatisch, wie sie vielleicht von der eigenen Frau gesehen wird.

Der Glaube und die Hoffnung auf eine bessere Zukunft der ehelichen Beziehung ist ein weiteres Motiv, welches aus dem Munde von Kollegen in Therapiegesprächen regelmässig zu hören ist. Wenn erst einmal die Ausbildung abge-

schlossen ist, die Schulden für die Praxiseinrichtung bezahlt sind und das Computerprogramm die Praxisadministration bewältigt, dann wird alles besser. Diese und ähnliche Versprechen finden bei nicht wenigen Arztfrauen erstaunlich schnell Verständnis und helfen über Beziehungskrisen wenigstens vorübergehend hinweg.

Ehen von Ärzten werden seltener geschieden als andere Ehen. Im Rückblick auf eine mehr als 20jährige Tätigkeit als Paartherapeut würde ich sagen, dass Ehebeziehungen von operativ tätigen Ärzten – Chirurgen und Gynäkologen – deutlich krisenanfälliger sind als die von Internisten und Pädiatern. Wenn ich meine Beobachtungen zu Ehebeziehungen von Kinder- und Frauenärzten zusammenfassen soll, komme ich zu folgenden Feststellungen:

- Kinderärzte zeigen in ihren Paarbeziehungen eine breite Palette von Beziehungsmustern. Neben der traditionellen Arzteehe mit einer Krankenschwester oder Physiotherapeutin als Frau gibt es eine Vielzahl von Konstellationen.
- Gynäkologen, eine «aussterbende Spezies», und ihre chirurgischen Kollegen leben sehr häufig in traditionellen Paarbeziehungen.
- Kinderärztinnen sind – sofern sie verheiratet sind – in erster Linie mit Ärzten liiert. Daneben kenne ich einige bewundernswerte Paarbeziehungen zwischen Ärztinnen und Historikern bzw. Gärtnern. Männer mit diesen Berufen scheinen sich in besonderer Weise für die Pflege des eigenen Familienlebens zu eignen, da sie in Konfliktsituationen die Lösungsform praktizieren, die in traditionellen Ehen für Frauen typisch ist: Anpassung an die Frau unter partieller Preisgabe eigener Wünsche und Rechte.
- Frauenärztinnen sind deutlich seltener verheiratet. Sie praktizieren häufig das Modell der sogenannten Lebensabschnittspartnerchaften, nicht selten ohne eigene Kinder.
- Frauen- und Kinderärzte leben oft in Ehen mit einer Mutter-Sohn- oder Vater-Tochter-Konstellation. Bei der Mutter-Sohn-Konstellation ist der Mann, etwas salopp formuliert, ältester Bruder seiner Kinder. Bei einer solchen Konstellation besteht vor allem dann ein erhöhtes Risiko für eine Beziehungskrise, wenn sich die Kinder in der Adoleszenz aus der Familie verabschieden und der ärztliche Vater diesen Entwicklungsschritt nicht mitvollzieht. Fixierte Mutter-Sohn-Beziehungen nach der Ablösung der eigenen Kinder sind eine Konstellation, welche zu ernsthaften Beziehungskrisen und Symptombildungen bei allen Beteiligten führen können.

4 Sennett R. Der flexible Mensch. 4. Auflage. Berlin: Berlin Verlag; 2000.

- Bei der Vater-Tochter-Konstellation ist die Ehefrau in der Rolle der ältesten Schwester ihrer Kinder, der Mann in der Rolle des Doppelvaters. Er fühlt sich zunächst wohl, da er sowohl von seiner Frau als auch von seinen Kindern als Vater geschätzt wird. Bei zu starker Polarisierung dieser Paarkonstellation besteht die Gefahr, dass sich die meist 5–10 Jahre jüngere Frau in der Adoleszenz mit ihren Kindern solidarisiert und aus der Ehe verabschiedet. Das typische Initialsymptom einer solchen Beziehungskrise ist die ausser-eheliche Beziehung der Frau, auf welche der Mann ratlos und gekränkt reagiert.

Frauenärzte leben nach meinem Eindruck häufig in Mutter-Sohn-Beziehungen oder auch in Prinzen- und Prinzessinnen-Konstellationen. Bei letzterer kaschiert die gegenseitige narzisstische Bewunderung lange Zeit den ehelichen Trott. Geschenke und guter Lebensstandard versöhnen und lassen manche Krise längere Zeit wie ein Dornröschen dahinschlummern.

Soziokulturelle Perspektive

Die Medizin durchläuft gegenwärtig tiefgreifende Veränderungen [5]. Parallel zum wissenschaftlichen Fortschritt und zur gesundheitsökonomischen Krise findet ein Wandel statt, den man als «Feminisierung der Medizin» charakterisieren könnte. Die Männer wenden sich vom Arztberuf ab, während eine zunehmende Zahl von Frauen die Medizin als ein für sie attraktives Berufsfeld entdeckt.

Besonders deutlich zeigen dies die Zahlen der Studienanfängerinnen im Fach Humanmedizin. Seit Mitte der 90er Jahre sind in den meisten westeuropäischen Ländern mehr als die Hälfte der Studienanfänger Frauen. Die Pädiatrie zählt wie die Frauenheilkunde zu denjenigen Fächern, in denen ein eigentlicher «Vormarsch der Frauen» stattgefunden hat.

Die zahlenmässige Gleichheit der Geschlechter darf jedoch nicht über nach wie vor bestehende Ungleichheiten hinwegtäuschen.

Sowohl in der Berufshierarchie wie auch im Privatleben besteht zwischen Ärztinnen und Ärzten eine eindruckliche Ungleichheit, die man mit folgenden Feststellungen charakterisieren kann: Die Männer besetzen mehrheitlich die Führungspositionen, während die Frauen häufig in Teilzeit in Gruppenpraxen tätig sind.

Auch Paar- und Familienbeziehungen haben sich in den letzten Jahrzehnten in einem Masse gewandelt, dass man – wie es die Soziologin Beck-Gernsheim genannt hat – von einer «kleinen nachfranzösischen Revolution» sprechen kann [6]. Die frühere Form der Kleinfamilie gerät immer mehr ins Wanken. Dies ist nicht überraschend, steht sie doch im Widerspruch zu der Idee von der Gleichheit der Geschlechter. Die Kleinfamilie identifiziert eine Frau mit Familie. Nicht nur in Form von Mutterschaft und Familienarbeit, sondern auch in der Rolle der «finanziell Unselbständigen» steht sie in einer weitgehenden Abhängigkeit von ihrem Ehemann.

Der gegenwärtige Trend zu einer «individualisierten Gesellschaft» [6] verändert die Formen von Partnerschaft zwischen Frau und Mann. Ihre Biographien lösen sich aus traditionellen Vorgaben und Sicherheiten, aus fremden Kontrollen und Sittengesetzen. An die Stelle langdauernder Ehe- und Familienbeziehungen treten Lebensabschnittspartnerschaften, Sequenzialfamilien, bilokale Ehen und sogenannte familiäre Patchworksysteme. «Normalbiographien» wandeln sich in «Wahlbiographien» mit allen Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten.

Ich denke, dass den Ärztinnen und Ärzten derjenigen Fachdisziplinen, in welchen heute schon ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis besteht, für die Zukunft eine wichtige Schrittmacherrolle zukommt. Innovation ist dabei auf verschiedenen Ebenen gefragt [7]: Institutionell durch neue Arbeitszeit- und Karrieremodelle, individuell durch Bereitschaft und Kreativität, neue Modelle von Partnerschaft und Familie zu entwickeln und zu erproben, und schliesslich interpersonell durch eine Infragestellung und Überwindung traditioneller Geschlechterstereotype.

- 5 Stauffacher W, Bircher J. Zukunft Medizin Schweiz. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag AG; 2002.
- 6 Beck U, Beck-Gernsheim E. Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1990.
- 7 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Vetsch E, Abel T, Buddeberg C. Studierenerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(38):1980-6.