

1. Einleitung

In Deutschland war der zahnärztliche Berufsstand im 20. Jahrhundert einem starken Wandel ausgesetzt. Der unterschiedliche wissenschaftliche Fortschritt in Ost und West sowie der Wandel in der Behandlung oraler Krankheiten führte zu Veränderungen sowohl in der Ausbildung als auch in den Zugangsbestimmungen zum Studium der Zahnmedizin sowie zu grundlegenden Unterschieden in der sozialen Herkunft bzw. der Ärzteschaft.

Schon ein Blick auf die Geschichte der Zahnheilkunde zeigt, dass es nicht weniger als 50 Jahre bedurfte - nämlich von 1859 bis 1909 - bis das Abitur Studienvoraussetzung für das Fach Zahnmedizin wurde.

In dieser Zeit galt der Zahnarztberuf eher als einfaches Handwerk. Die Kurierfreiheit von 1869 erlaubte jedem, der es nur wollte, die Zahnheilkunde auszuüben. Da in Deutschland noch immer das Studiumsverbot für Frauen bestand, entwickelte sich so das Berufsbild der Zahnbehandlerinnen und Zahnkünstlerinnen, die mit recht unterschiedlichen Methoden versuchten, die breite Bevölkerung von Zahnerkrankungen zu heilen. Oftmals traten Frauen die Nachfolge ihrer Ehemänner an, die früh verstorben waren. Die Chance einer freiberuflichen Tätigkeit konnte so auch von Frauen realisiert werden. Dass ihre damalige Beteiligung nicht unerheblich war, zeigt das Protokoll eines Medizinalkollegiums aus dem Jahre 1904, wonach von 503 nichtapprobierten Personen 157 Frauen als Krankenbehandlerinnen oder als Zahnbehandlerinnen tätig waren (Risch 1992, S. 127; Gabrys 1987, S. 42; Monse-Schneider 1991, S. 27; Stenzel 1991, S. 17).

Der ersten Zahnärztin in Deutschland, Henriette Hirschfeld-Pagelsen, die sich 1869 in Berlin niederließ, war das Studium in Deutschland verwehrt geblieben. Sie musste notgedrungen in den USA ihr Zahnmedizinstudium abschließen. Vergeblich kämpfte sie Jahrzehnte lang um die akademische Anerkennung und Gleichstellung mit ihren männlichen Kollegen, konnte aber ihr Examen in Deutschland trotz wiederholter Anläufe zur Zulassung nicht ablegen und praktizierte auf Grund der Gewerbeordnung genau wie jede andere Zahnbehandlerin in Deutschland (Gabrys 1987, S. 86f).

Henriette Hirschfeld-Pagelsen, die nie eine Schule besuchen durfte und nur von ihrem pädagogisch geschulten Vater unterrichtet wurde, lehnte sich schon Mitte des 19. Jahrhunderts gegen die bestehenden geschlechtsspezifischen Bildungs- und Erziehungssysteme auf (Balschbach 1990, S. 128).

Trotz solcher vereinzelter Pionierinnen gab es zu dieser Zeit viele, die bestritten, dass die vermeintlich schwächere Konstitution der Frauen zu einer gymnasialen Schulbildung bzw. einer universitären Ausbildung ausreiche:

„Die Aufnahme akademischer Studien (mit der notwendigen gymnasialen Vorbildung), die Vorbereitung auf einen wissenschaftlichen Beruf versetzt das junge Mädchen in die Notwendigkeit angestrenzter geistiger Arbeit bei ungenügender körperlicher Betätigung und Ausbildung gerade in den für die körperliche Entwicklung bestimmenden und wichtigsten Lebensjahren, in der Zeit der Pubertätsentwicklung (vom 12. – 20. Jahre etwa). Wir wissen, dass gerade in dieser Zeit die weibliche Jugend besonders häufig von Krankheiten heimgesucht wird (von Anämie, Chlorose, Nervosität, hysterischen Erscheinungen, allgemeiner Körperschwäche, den Anfängen der Lungenschwindsucht usw.). Wir sehen, dass die Disposition zu diesen Krankheitsformen, besonders zu den sog. Funktionellen Neurosen (Neurasthenie, Hysterie) ganz besonders unter der weiblichen Jugend der höheren Stände, weitverbreitet und nach der Ansicht der Kompetentesten Beurteiler in einer bedenklichen Zunahme begriffen ist.

Es kann kaum zweifelhaft sein, dass von angestrenzter geistiger Arbeit in dieser Lebens-epoche eine Schädigung für das Nervensystem sowohl wie für die allgemeine Entwicklung zu erwarten ist; ist schon bei kräftigeren Knaben diese Schädigung vielfach erkennbar, so wird sie es bei den empfindlicheren und weniger resistenten jungen Mädchen, die gerade während der Pubertät sich in einem Zustand gesteigerter Reizbarkeit befinden, gewiss in noch höherem Maße sein“ (Erb 1897, S. 127).

Die Annahme, dass Frauen keine ausreichende physische Kraft besitzen, teilten zahlreiche Professoren verschiedener Fachrichtung:

„Was nun den ärztlichen Beruf, der ja jetzt im Vordergrund des Interesses steht, so stellt er, wie gesagt, an die körperliche Tüchtigkeit von allen gelehrten Berufsarten die meisten Ansprüche und in dieser Beziehung ist er unter ihnen der am wenigsten für Frauen geeignete“ (Senator 1897, S. 87).

Trotzdem gesellten sich zu den Gegnern des Frauenstudiums langsam auch Befürworter. Speziell Professoren revidierten ihre Meinung nach Aufnahme von Studentinnen in verschiedene Studienrichtungen, wo sie praktische Erfahrungen mit dieser Gruppe sammelten (Balschbach 1990, S. 68/69). Dies veranschaulicht die folgende Aussage:

„Es ist schmerzlich wahrzunehmen, dass selbst geistig hervorragende und wissenschaftlich hochstehende Männer, wenn sie einmal auf die Frauenfrage zu sprechen kommen, zuweilen eine auffallende Verständnislosigkeit und einen betrüblichen Mangel an Vertiefung in die drängenden Fragen und Aufgaben der Zeit in ihren Äußerungen bekunden“ (Eulenburg 1897, S. 129).

Zwei Jahrzehnte nach der Zulassung von Studentinnen beurteilten einige Professoren deren Befähigung positiv:

„Für die Frauen der ersten Generation war schon der Weg, den sie bis zum Doktorexamen gegen Vorurteile und Hindernisse aller Art zurückzulegen hatten, oft eine Leistung, die ein Maximum von seelischer und geistiger Spannkraft verlangte, das sich nicht mit der Beanspruchung des auf gebahnten Pfaden wandelnden jungen Studenten vergleichen lässt“ (Zahn-Harnack 1928, S. 19).

Erst Ende des vorletzten Jahrhunderts, und zwar 1899, sorgte ein Reichstagsbeschluss dafür, Frauen in Deutschland unter anderem zum Studium der Zahnmedizin zuzulassen. Jedoch ließ die Umsetzung dieses Beschlusses im Deutschen Reich auf sich warten. Den Anfang machte Baden im Jahr 1899, die Schlusslichter bildeten Preußen (1908) und Mecklenburg (1909). Allerdings sorgte die Entscheidungsbefugnis der Professoren, nach ihrem persönlichen Ermessen Frauen von Vorlesungen ausschließen zu können, für erneute Diskussionen innerhalb des Standes. Auch wurden mancherorts höhere Qualifikationen zur Immatrikulation von Frauen verlangt als von ihren männlichen Kollegen. Beispielsweise mussten Frauen 1901/1902 in Heidelberg den Nach-

weis über bestandenes Abitur, die männlichen Bewerber hingegen nur den der Primärreife erbringen (Kuhlmann 1997, S. 87; Groß 2006, S. 191).

„Wenn auch für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung der Nachweis der Reife Prima genügt, so glauben wir doch auch den Studentinnen der Zahnheilkunde (wie auch der Tierarzneikunde und Pharmazie) gegenüber an den für Frauen festgesetzten strengen Immatrikulationsbedingungen festhalten sollen, als diese ganze Einrichtung nur den Charakter einer Versuchs- und Probeweisen Anordnung hat. Wir werden deshalb Ausnahmen künftig nicht mehr zuzulassen“ (Ministerialerlass, November 1901, Nauck 1953, S. 80).

Über die Geschichte und die methodischen Grundlagen der Zahnmedizin ist bereits relativ viel geforscht worden (Gabrys 1987; Monse-Schneider 1991; Groß 2006), jedoch weiß man über die Akteure dieses Standes noch immer wenig und die Wissenslücken insbesondere in Bezug auf Zahnärztinnen sind noch breiter. Ziel der vorliegenden Arbeit ist deshalb die vergleichende Untersuchung der unterschiedlichen Stellung und sozialen Herkunft sowie Mobilität von Zahnärztinnen in der DDR und in der BRD. Im Zentrum der Arbeit steht die Situation promovierter Zahnärztinnen, die mittels einer repräsentativen Stichprobe ausgewählt wurden.

Frauen profitierten in der Zahnmedizin lange von der meistens vorhandenen Unterbelegung der Profession. Dieser Umstand definierte über weite Phasen einen Unterschied zur Medizin, wo Frauen häufig z.B. aus Konkurrenzgründen aus der Ärzteschaft gedrängt oder ausgeschlossen wurden. In der Zahnärzteschaft war außerdem von Bedeutung, dass die akademisch ausgebildeten Frauen im Stand als Verstärkung gegen die Dentisten gewonnen wurden. Damit trafen die Zahnärztinnen auf eine deutlich moderatere und schwächer ausgeprägte Abwehr durch ihre männlichen Kollegen als in anderen akademischen Berufen (Kuhlmann 1997, S. 73; Groß 2006, S. 181).

Bis 1919 fanden die wichtigsten Professionalisierungsprozesse in der Zahnmedizin statt, so wurde etwa eine Prüfungsordnung eingeführt. Die Immatrikulation erfolgte nun an einer Medizinischen, statt bis dato an der Philosophischen Fakultät. Zudem erfolgte eine Angleichung des Studienaufbaus zum Medizinstudium. Die Reifeprüfung wurde als Studienvoraussetzung eingeführt und das Studium verlängerte sich auf sieben Semester. 1919 erhielt die Zahnärzteschaft das Promotions- und 1923 das Habilitationsrecht (Kuhlmann 1997, S. 64).

Retrospektiv liegt der Schluss nahe, dass die Zahnmedizin von Frauen bevorzugt gewählt wurde (Groß 2006, S. 187). So stellte Nauck nach einer Betrachtung der Zahnmedizin in Freiburg fest, dass neben der Staatswissenschaft und der Germanistik gerade die Zahnmedizin sehr stark frequentiert wurde (Nauck 1953, S. 19). Auch Hirsch stellte fest, dass sich übermäßig viele Frauen für die Zahnmedizin entschieden (Hirsch 1920, S. 45).

Nach dem Zweiten Weltkrieg war die akademische Ausbildung von Frauen, auch in der Zahnmedizin, als angehende Wissenschaftlerinnen an den Hochschulen nichts Außergewöhnliches. Sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland war es möglich, dass junge Frauen eine akademische Laufbahn in der Zahnmedizin einschlugen.

Das Hochschulrecht, in der BRD durch das Grundgesetz, in der DDR durch die Verfassung verbrieft, erwies sich für studierwillige Frauen in beiden Teilen Deutschlands dennoch als ein sehr steiniger Weg. Während in der DDR aber recht zügig mit der Umsetzung dieser Rechte an den Hochschulen begonnen wurde, ließ sich die BRD einige Jahrzehnte Zeit, bis die letzten Geschlechtsdiskriminierungen aufhörten (Maul 2001, S. 366f).

In der BRD war es zu dieser Zeit fast nur privilegierten Frauen möglich, ein Zahnmedizinstudium aufzunehmen. Diese Studentinnen kamen zu über 50 Prozent aus Akademikerfamilien (Dahl 1975, S. 11). Von Frauen in der BRD bevorzugte Fächer waren um 1950 Medizin- und Zahnmedizin, Lehramt, Germanistik und Sprachen. Der Anteil von Facharbeitertöchtern, die studierten, lag zu diesem Zeitpunkt unter 1 Prozent. Dies könnte zum einen durch das Fehlen von Stipendien als auch durch eine hohe Studienabbruchquote (über 50 Prozent) wegen Heirat und Familiengründung der Studentinnen bedingt sein. In der Zahnmedizin stieg der Anteil der niedergelassenen Zahnärztinnen im 20. Jahrhundert kontinuierlich an: Heute liegt dieser bei 35,81 Prozent für das gesamte Bundesgebiet (BZÄK 2005). In der DDR war, so die zu untersuchende Hypothese, ein höherer Anteil von Frauen pro Studienjahr in der Zahnmedizin zu erwarten (Maul 2001, S. 84f; Hoerning 2003, S. 123).

Auffällig bleibt, dass trotz dieser immensen Steigerung von weiblichen Zahnärzten der Prozentanteil der Hochschullehrerinnen in beiden deutschen Staaten immer um 10 Prozent blieb. Ähnlich sieht es bei der Promotionsrate von Zahnärztinnen in der BRD aus, die zwar stetig anstieg, jedoch immer deutlich niedriger ausfiel, als die ihrer männlicher Kollegen (Monse-Schneider 1991, S. XVI Tabellenanhang; Hoerning 2003, S. 136; Höhl 1995, S. 105).

Da nach allgemeiner Meinung der Forschungsliteratur eher Frauen aus höheren Schichten studieren, ist zu erwarten, dass die Auswertung der weiblichen Dissertationsschriften Differenzen zwischen beiden deutschen Staaten nachweist, nämlich eine stärkere soziale Ausdifferenzierung einerseits sowie die relative gesellschaftliche Egalität in der DDR andererseits. Neben den Unterschieden in der sozialen Herkunft ist auch eine sich immer heterogener entwickelnde familiale Struktur zu erwarten. Überproportional viele studierende Frauen und promovierte Stomatologinnen in der DDR waren verheiratet und hatten Kinder, während die bundesdeutschen Doktorandinnen in der Regel noch unverheiratet und fast immer kinderlos waren. Die vorhandenen Berufsangaben zum Ehepartner eröffnen die Möglichkeit, die in der Forschungsliteratur immer wieder geäußerte These von einer sozialen Abgeschlossenheit der Oberschicht in der Bundesrepublik bzw. einer wachsenden Selbstrekrutierung der Intelligenz in der DDR, welche die vorherige soziale Öffnung wieder limitierte, zu überprüfen.

Im Westen promovierten Zahnärztinnen nach bisherigen Erkenntnissen offenbar häufiger aus sozialen Gründen als im Osten. Dies soll in der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet werden.

Im Osten war mit der Aufnahme eines Hochschulstudiums die Erwartung verknüpft, dass eine Frau, die Zahnmedizin studieren „durfte“, als eine „Gegenleistung“ während ihrer Berufstätigkeit den Interessen des Staates „diente“ (Maul, S. 367). Die Berufstätigkeit von Frauen in der DDR förderte sicherlich die Gleichberechtigung der Geschlechter. So stieg der Anteil aller arbeitenden Frauen dort bis 1985 auf über 91 Prozent. Eine zentrale Doktrin der DDR soll in der vorliegenden Arbeit näher untersucht werden: Rekrutierte sich wirklich der größte Anteil der weiblichen Zahnmedizinerinnen aus den Arbeiter- und Bauernfamilien? Oder waren, wie in der BRD, die Akademiker doch bestrebt, ihren Kindern – trotz Umwege – überdurchschnittlich oft den Zugang zu einem Studium zu ermöglichen? (Maul 2001, S. 187; Armbruster 2002, S. 100ff; Rychlick 1983, S. 128ff; Ernst, A.-S. 1996, S. 116).

Die Untersuchung wird zeigen, in wieweit die aufgestellten Hypothesen bezüglich der Herkunft, Berufs- und Studienbedingungen gelten und welchen Beitrag diese Zahnärztinnen zum wissenschaftlichen Fortschritt leisteten.

Es gibt nur wenige biographische Einzelstudien zu diesem Thema und diese betreffen weitgehend nur männliche Zahnärzte. Die beim Prüfungsausschuss eingereichten Lebensläufe stellen eine wertvolle Quelle zur Klärung der offenen Fragen dar. Neben der möglichst detaillierten Aufbereitung von Lebensläufen der promovierten Zahnärztinnen in Bezug auf die gesellschaftli-

che Stellung, das Alter sowie die Lebensbedingungen, sollen Aussagen über zwei grundlegend verschiedene Staaten getroffen werden. Die untersuchten Biographien bilden die Basis für Aussagen über gesellschaftliche Strukturen und systemische Unterschiede im geteilten Deutschland. Die Biographieforschung befasst sich mit sozial-historischen Tatbeständen, die entweder nur Abschnitte betrachtet, z.B. Kindheit, Ausbildung, Erwachsenenalter oder Seniorenalter, die sich wiederum in verschiedene Kohorten aufspalten können, z.B. Heirats-, Bildungsabsolventen-, Arbeitsmarktkohorten und viele mehr. In dieser Arbeit wird der Lebensabschnitt der Zahnärztinnen vom Studienbeginn bis zum Abschluss der Promotion betrachtet. Seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts ist die Biographieforschung zu einem eigenständigen Bereich in der Soziologie geworden, wobei eine zweigleisige Betrachtungsweise vorherrscht, die die Sichtweise auf die Lebensverläufe in eine Makro- und eine Mikroebene teilt. Aufgabe der vorliegenden Arbeit wird es sein, beide Ebenen zu beleuchten, um die Unterschiede bezüglich der Zahnärztinnen, aber auch der verschiedenen Länder herausstellen zu können (Blaumeiser 1993, S. 36f; Egger 1989, S. 97; Mayer 1990, S. 11; Sorensen 1990, S. 304).

Weiterhin ist es aufschlussreich, die sozialen Mobilitätsmuster der beiden deutschen Staaten zu vergleichen. Im Falle der DDR, die auf marxistischem Gedankengut gründete, war eine viel stärkere Mobilitätsbewegung als in der BRD zu erwarten. Der Anteil von Arbeitertöchtern müsste größer sein als in Westdeutschland. Des weiteren müsste eine Verschiebung der Geschlechterverteilung in dieser Profession zu Gunsten der ostdeutschen Frauen zu konstatieren sein, da die Chancengleichheit in den marxistisch-sozialistisch orientierten Ländern eher gewährleistet war als in westlichen Industriegesellschaften. Das in der Verfassung der DDR festgelegte Recht auf Arbeit für beide Geschlechter garantierte Frauen eine höhere soziale Unabhängigkeit von der Familie als im Westen. Spät- oder Aufbaustudium waren für alle Frauen, die nach Weiterbildung strebten, möglich bzw. wurden gefördert. Die Auswertung dieser intergenerationellen Mobilitätsforschung, die sich mit sozialen Auf- und Abstiegsvorgängen in Familien beschäftigt, wird zeigen, inwieweit die Ergebnisse länderspezifisch voneinander abweichen (Strasser/Goldthorpe 1985, S. 181; Schmeiser 2003, S. 11; Flitner 1977, S. 27).

Die vorliegende Arbeit dient dazu, Wissenslücken in diesem Bereich zu schließen und einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Verständnisses der zahnmedizinischen Ausbildung zu leisten.