

## „Zappelphilipp“ und ADHS

# Von der Unart zur Krankheit

Was bei Hoffmanns Zappelphilipp als Unart galt, wurde entlang seinem theoretischen Deutungsweg zur Neuropathie, zur Psychopathie, zur Neurasthenie, zum Hirnschaden oder zur Stoffwechselstörung.

Eduard Seidler



Foto: Staatliche Kunsthalle Karlsruhe

Man muss in der Medizingeschichte weit zurückgehen, um eine vergleichbar heftige Kontroverse wie die um Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) zu finden. Parallelen gibt es im 19. Jahrhundert bei den Auseinandersetzungen um die Impfpflicht oder bei den Schlachten um Nutzen und Nachteil der Homöopathie.

Die aktuelle ADHS-Diskussion zeigt zwei grundsätzliche Positionen: Unter der Annahme einer möglicherweise genetisch regulierten Störung im Neurotransmitter-Stoffwechsel – so die Vertreter einer somatisch bedingten Grunderkrankung – werden multimodale Therapiemaßnahmen, insbesondere aber eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat oder DL-Amphetamin als „zwingend indiziert“ angesehen. Mit der Klage „Eine Generation wird krankgeschrieben“ argumentiert die Gegenseite; die betroffenen Kinder seien in ihrem Kern völlig normale und gesunde menschliche Wesen, deren Verhaltensauffälligkeiten in Wahrheit aktive Reaktionen eines Kindes auf soziale, emotionale und erzieherische Missstände seien. Zu deren Behandlung gebe es genügend „drogenfreie“ Strategien.

Angesichts der sehr komplexen Diskussionslage stellt sich die Frage nach den historischen Ursachen für diese heftige Auseinandersetzung. Es müssen die jeweiligen theoretischen und praktischen Erklärungs- und Bewältigungsmodelle des Phänomens daraufhin untersucht werden, inwieweit sie für Form und Inhalt der gegenwärtigen Situation mitbestimmend sein könnten.

## Heinrich Hoffmanns Urfassung

Die Bezeichnung „Zappelphilipp-Syndrom“ ist inzwischen zum volkstümlichen Begriff geworden, in den USA wird vom „Fidgety Phil“ gesprochen. In fast allen Darstellungen ist zu lesen, der Frankfurter Nervenarzt Heinrich Hoffmann (1809–1894) habe 1844 mit der Figur des Zappelphilips in seinem Kinderbuch „Struwwelpeter“ die Erkrankung bereits in klassischer Weise beschrieben. An diesem Satz ist zweierlei zu relativieren: Weder war Hoffmann, als er das Bilderbuch zeichnete, ein Nervenarzt, noch hat er eine krankhafte Störung darstellen wollen.

Nachdem im Dezember 1844 der 35-jährige praktische Arzt und Geburtshelfer Heinrich Hoffmann vergeblich nach einem Weihnachtsgeschenk für

seinen dreijährigen Sohn gesucht hat, kauft er sich ein leeres Schreibheft und zeichnet Bilder, zu denen er Reime macht. In der eigenen Praxis, so berichtet er in seinen Lebenserinnerungen, habe er oft schreiende Kinder dadurch beruhigt, dass er aus seinem Notizbuch ein Blatt herausgerissen und kleine Zeichnungen gemacht habe, während er nebenbei erfolgreich Puls, Temperatur, den Leib und die Atmung prüfte.

Sechs Geschichten enthielt die Urfassung von 1845: den bösen Friederich, die schwarzen Buben, den wilden Jäger, den Suppenkaspar, den Daumenlutscher und den Struwwelpeter. Hoffmann ließ sich zum Druck überreden und wurde vom Erfolg fortgerissen: In der zweiten Auflage (1846) treten Paulinchen und der Zappelphilipp, in der fünften Auflage (1847) Hans-guck-in-die-Luft und der fliegende Robert hinzu. Für die 28. Auflage 1859 entwirft Hoffmann jene Druckfassung, die bis heute in nicht mehr zählbaren Auflagen und in nahezu allen Weltsprachen und Dialekten bekannt wurde.

Hoffmann war 1844 ein mäßig verdienender, niedergelassener Allgemeinarzt. Zur Psychiatrie gelangte er erst sieben Jahre später, als er 1851 die Leitung der Frankfurter „Anstalt für Irre und Epileptische“ übernahm und ein

erfolgreicher Nervenarzt wurde. Vorher hatte er nach eigener Angabe „noch nie eine Irrenanstalt besucht“.

Heinrich Hoffmann war ein sehr kommunikativer junger Arzt. Er gründete mehrere Vereine und war mit vielen Künstlern und Gelehrten befreundet, darunter mit einem jungen Maler namens Heinrich von Rustige (1810–1900), der 1838 an das Frankfurter Städelsche Kunstinstitut gekommen war. Rustige malte im gleichen Jahr ein Bild, das er „Unterbrochene Mahlzeit“ nannte und das eine ähnliche Szene zeigt, wie sie Hoffmann wenig später seinem Zappelphilipp zugrunde legte (*Abbildung 1*). Sicher ist, dass Hoffmann das Gemälde seines Freundes kannte.

Die drei Episoden des „Zappelphilipp“ zeigen eine Einkindfamilie des gehobenen bürgerlichen Standes, wie an der Kleidung und dem reichlich gedeckten Tisch zu erkennen ist. Nicht unerhebliche Unterschiede im Verhalten der drei Personen bestehen jedoch zwischen der bis heute gültigen Druckfassung von 1859 (*Abbildung 3*) und der 14 Jahre früher entstandenen Zeichnung von 1845 (*Abbildung 2*).

In der Urfassung zeigt schon das erste Bild eine deutlich andere Situation: Der Vater, mit erkennbar strengem Gesichtsausdruck, hebt den Zeigefinger und provoziert mit seiner Eingangsfrage die Dramatik des Geschehens: „Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ Zwischen Vater und Sohn besteht ein spannungsgeladener Blickkontakt, das Kind tritt gegen den Tisch und erhebt den Arm in Richtung des Vaters. In der späteren Fassung umfasst das Kind sein Knie, schaut nach unten und zappelt vor sich hin; der Vater klopft mit dem Messer auf den Tisch.

Im zweiten Bild verliert Philipp das Gleichgewicht und hält sich am Tisch fest; in der Urfassung kann jedoch

der emporgerückte Kopf, der trotzig vorgeschobene Unterkiefer und ein eher aktiver Griff nach dem Tischtuch durchaus auch einen gezielten Akt andeuten. Auch im Gesichtsausdruck des Buben in der zweiten Fassung ist weniger Schreck als ein Blick auf die Reaktion des Vaters zu erkennen. Dieser versucht, die vom Tisch gleitende Decke festzuhalten, die Mutter – dies ist der erstaunlichste Gegensatz zwischen den beiden Fassungen – macht in der ursprünglichen Zeichnung den Eindruck, dem Geschehen zwischen Vater und Sohn eher zurückhaltend zuzuschauen. Im letzten Bild dominiert sie dagegen die Bildmitte, blickt „auf dem ganzen Tisch herum“ und wehrt mit der rechten Hand den Zorn des Vaters ab. In der Urfassung hat sie mit ihm gemeinsam hilflos geklagt.

Nicht bekannt ist, warum Heinrich Hoffmann für die endgültige Fassung des Zappelphilipps die Szenen umgestaltet hat; daher hat man auch viel in diese Bilder hineininterpretiert. Die Urfassung hat tiefenpsychologische Interpretationen angeregt, aus der Attitude der weiblichen Figur auf eine Stiefmutter zu schließen und im Verhalten des Philipp einen ödipalen Konflikt zu sehen. Auch biografische Elemente aus Hoffmanns Kindheit sind in Betracht gezogen worden: der frühe Tod der Mutter, trübe Schulerfahrungen, die eigene Angabe in den Lebenserinnerungen: „Zerstreut, vergesslich, flüchtig, wie ich war, blieb nichts bei mir haften, alles verflüchtigte sich.“

Was Heinrich Hoffmann mit dem Zappelphilipp vor allem dargestellt hat, ist jedoch unübersehbar: einen offenen Konflikt zwischen dem Vater und seinem einzigen Sohn, dessen Verhalten bei Tisch eine Unart ist, die sich in einer bürgerlichen Familie des 19. Jahrhunderts nicht gehörte. Damit zählt die Ge-

schichte – wie überhaupt das ganze Struwwelpeter-Buch – zu den so genannten pädagogischen Warngeschichten, die damals sehr populär waren.

Es fällt nach all dem schwer, in der ursprünglichen Fassung des Zappelphilipps die Darstellung einer Erkrankung oder sogar eine erste – wenn auch anekdotische – Beschreibung des ADHS-Syndroms zu erkennen. Der Beitrag Hoffmanns beschränkt in diesem Zusammenhang auf die Popularisierung der Bezeichnung „Zappelphilipp“ für ein zappeliges Kind. Ein „Krankheitsbild“ hat er nicht beschrieben. Nicht gerechtfertigt ist es daher, für die heutige Diagnose „Zappelphilipp-Syndrom“ („Fidgety Phil“) Heinrich Hoffmann als „Erstbeschreiber“ zu zitieren oder gar in ihm den „ersten deutschen Kinderpsychiater“ zu sehen.

## Deutungen

Es ist folglich zu fragen, wann und wodurch das Phänomen des unruhigen Kindes Krankheitswert erlangt hat. Zu Hoffmanns Zeiten hatte die Medizin bereits den Schritt in die Organpathologie getan und damit begonnen, auch die psychischen und moralischen Phänomene des Kindes somatisch zu erklären. So bezeichnet der Berliner Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1869) 1845 das Gehirn als ein „psychisches Organ“ und seine Funktionsstörungen als „psychische Krankheiten“. Kinder, die „keinen Augenblick Ruhe halten... und gar keine Aufmerksamkeit zeigen“, haben eine „nervöse Konstitution“ und leiden unter einer gestörten Reaktion des Zentralorgans auf die einwirkenden Reize.

Ein Gegner der Gehirnpathologie Griesingers, der Breslauer Heinrich Neumann (1814–1884), führt die gestei-



Abbildung 2: Die Urfassung (1845) macht die Eskalation eines Vater-Sohn-Konfliktes deutlich.



Abbildung 3: Die Druckfassung (1859) zeigt einen auffälligen Unterschied im Verhalten der Mutter.

gerte Unruhe von Kindern auf eine vor-schnelle Entwicklung zurück, die er auch als „Hypermetamorphose“ bezeichnet. „Solche Kinder“, schreibt er 1859, „haben etwas Ruheloses, sie sind in ewiger Bewegung, höchst flüchtig in ihren Neigungen, unstet in ihren Bewegungen, schwer zum Sitzen zu bringen, langsam in der Erlernung des Positiven, aber oft blendend durch rasche und dreiste Antworten.“ Eitle Mütter würden diesen Zustand als geistreich, besorgte Mütter als aufgeregt bezeichnen.

Zwei frühe Kinderpsychiatrer versuchen, die Phänomene in die zeitgenössische allgemeine Psychiatriediskussion einzuordnen. Der Engländer Henry Maudsley (1835–1918) rechnet 1867 die unruhigen Kinder zur Krankheitsgruppe des „affektiven oder moralischen Irreseins“, der Deutsche Hermann Eminghaus (1845–1904) vermutet 1878 „Vererbung und Degeneration“.

Angesichts einer zunehmenden allgemeinen Hast, Unruhe und Ungeduld brachte der amerikanische Neurologe George Miller Beard (1839–1883) im Jahr 1869 die Bezeichnung „Neurasthenie“ für Zustände reizbarer Schwäche in die Diskussion. Beard wollte damit eine „predominantly American societal illness“ beschreiben; sie sei häufiger als alle anderen Nervenkrankheiten in den USA und beruhe auf fünf bedrohlich gewordenen Außenfaktoren: Dampfkraft, Tagespresse, Telegraf, Wissenschaften und der „mental activity of women“. Später sprach er von einer spezifischen „American nervousness“; sein Begriff der Neurasthenie fand in der Folge weltweit Verbreitung.

Auch in der deutschen Diskussion wird eine zunehmende Nervosität konstatiert und auf die fortschreitende Industrialisierung, die schlechten Arbeitsbedingungen und die soziale und politi-

sche Unruhe zurückgeführt. Außerdem orientierten sich Familie und Schule immer deutlicher an den Idealen des aufkommenden Imperialismus: Jetzt waren soldatische Tugenden wie Ordnung, Pünktlichkeit, Mäßigkeit, Selbstbeherrschung und Subordination gefragt. Daher findet sich jetzt ein breites gemeinsames Interesse von Ärzten und Pädagogen an den unruhigen, das heißt „nervösen“ Kindern, die diesen Anforderungen nicht entsprechen. Im System einer „Pädagogischen Pathologie“ oder die Lehre von den Fehlern der Kinder“, das 1890 der Leipziger Philosoph und Psychologe Ludwig Strümpell (1812–1899) vorlegte, finden sich Unruhe und Unaufmerksamkeit als konstitutionelle Charakterfehler.

### Unruhe als „moral defect“

Berühmt wurden die jahrzehntelang immer wieder aufgelegten Vorlesungen des Berliner Pädiaters Adalbert Czerny (1863–1941) vom „Arzt als Erzieher des Kindes“ aus dem Jahr 1908. Er orientiert sich an der Pawlowschen Physiologie und postuliert, dass der Charakter eines Kindes ausschließlich vom Gesundheitszustand und von der Erziehung bestimmt wird. Ein im strengsten Sinne normales Kind sei daher erstens richtig ernährt und verfüge zweitens über ein gut trainiertes Nervensystem. Als Zwischenstufe zwischen normalen und psychisch abnormen Kindern beschreibt Czerny eine Gruppe mit folgenden Merkmalen: „Großer Bewegungsdrang, mangelnde Ausdauer im Spiel und bei jeder Beschäftigung, Unfolgsamkeit und mangelhafte Konzentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit beim Unterricht.“ Unschwer ist hier der „Zappelphilipp“ wieder zu erkennen; bei Czerny fällt er

in die Gruppe der „schwer erziehbaren Kinder“ und gehört zur „neuropathischen Konstitution“.

Aus der Psychiatrie kommt zur gleichen Zeit der Begriff der „Psychopathie“; auch in diesem Konzept werden die unruhigen Kinder auf der Grenze zwischen dem Normalen und Krankhaften eingeordnet. Diskutiert wird eine ererbte oder intrauterin erworbene Veranlagung, die zu „angeborener Minderwertigkeit“ führe – auch dies ist ein Stigma, mit dem solche Kinder belastet wurden. Sehr nahe an der aktuellen Beschreibung des Syndroms ist die Beobachtung des englischen Pädiaters George Frederick Still (1868–1941) von 1902, der die Unruhe der Kinder zwar als „moral defect“ beschreibt, aber eine anormale Unfähigkeit zur ausdauernden Aufmerksamkeit bei normaler Intelligenz beschreibt. Viele amerikanische Autoren lassen die Geschichte des ADHS-Syndroms mit Still beginnen.

Sowohl die neuropathologisch als auch die psychopathologisch argumentierenden Untersucher dieser Zeit lehnten die parallel laufenden ersten Bemühungen, sich dem unruhigen Kind tiefenpsychologisch anzunähern, vorläufig ab. Dies blieb noch lange so; die Konzeption einer entwicklungs-geschichtlich bedingten Beziehungsstörung kam in Deutschland erst nach dem Zweiten Weltkrieg in die Debatte.

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts begannen sich viele Einzeldisziplinen am Kind voneinander abzugrenzen, die sich jeweils mit der physischen, psychischen und sozialen Problematik ihrer Patienten befassten. Bei allen finden wir Überlegungen über die unruhigen und unaufmerksamen Kinder, meist mit klar beobachteten Beschreibungen ihrer Symptomatik. August Homburger (1873–1930), einer der Wegbereiter der modernen

Kinderpsychiatrie, beschrieb im Jahre 1926 bei diesen Kindern die erhöhte Erregbarkeit, starke Ablenkbarkeit, das ruhelose Abwechslungsbedürfnis und die deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit. Da in den konkreten Einzelfällen Reizüberflutung und falsche Erziehungsmethoden die Realität des Geschehens bestimmen, müsse der Arzt vor allem „ein erziehender Berater der Eltern sein“. Ähnlich sehen dies zur gleichen Zeit auch Kinderärzte, wie der Karlsruher Pädiater Franz Lust (1880–1939), der die Behandlung solcher Kinder in jedem Lebensalter auch für den Arzt zu einer eher pädagogischen Aufgabe macht.

In Deutschland und Österreich haben wenig später Diskriminierung, Emigration und Deportation führender Kliniker und Wissenschaftler eine differenzierte Diskussion auf Jahre unterbrochen. Hier nahmen nunmehr anders ausgerichtete Fachvertreter das Problem in die Hand. So zählte 1939 der Wiener Ordinarius für Kinderheilkunde Franz Hamburger (1874–1954) die Unruhe der Kinder schlicht zu den neurotischen Unarten, gegen die man „einschreiten“ müsse; Therapieziel sei die Erlangung eines „freudigen Gehorsams“ beim Kind. Hierzu könne man den Eltern nicht genug empfehlen, „ihre Kinder vom elften Jahre an in die Hitler-Jugend zu geben. Die meisten Kinder verlieren ihre Neurosen, wenn sie den Betrieb in der HJ mitmachen.“

## Das Syndrom

Inzwischen hatte 1937 in den USA Charles Bradley im American Journal of Psychiatry von einem Zufallsbefund bei der Therapie verhaltensgestörter Kinder mit dem Stimulans Bazedrine berichtet. Bradley konnte zwar nicht erklären, wieso ausgerechnet ein Stimulans hyperaktive Kinder ruhiger macht, konnte aber die Tatsache überzeugend darstellen. Mit dieser Entdeckung be-

gann, was Lawrence H. Diller 1996 „The Run on Ritalin“ genannt hat. Methylphenidat, ein Derivat von Piperidin, wurde in den 1940er-Jahren synthetisiert und ab den 60er-Jahren als Ritalin® vermarktet. Seit 1948 erschienen Veröffentlichungen zum Thema „Hyperkinetisches Syndrom“, zunächst bezeichnet als „minimal brain damage syndrome“, 1957 als „minimal brain disorder“, wobei eine frühkindliche Hirn-



Das hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kind wird seit dem 19. Jahrhundert in gleicher Weise beschrieben.

schädigung angenommen wurde. In den 60er-Jahren entstand der Begriff „minimal brain dysfunction“, der die Hirnschädigung wieder in den Hintergrund stellte. Die Untersuchungen konzentrierten sich auf die Hyperaktivität der Kinder, der häufigsten Verhaltensstörung in den Praxen der Kinderpsychiater. Erst mit der Einführung von DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition) um 1980 wurden die Diagnosekriterien um Probleme bei der Aufmerksamkeit erweitert. Dabei gingen die Mutmaßungen, ob es sich um eine Erkrankung, eine Verhaltensstörung, eine Behinderung oder eine Variation der kindlichen Entwicklung handelt, vor allem in den USA lange hin und her.

Auch in Deutschland wurde – mit geringer Verzögerung – das motorisch unruhige und unkonzentrierte Kind, Störenfried in Familie und Schule, nunmehr diagnostisch eingrenzbar und therapeutisch fassbar. Die wissenschaftliche Diskussion ging von Anfang an quer durch alle Fachdisziplinen; sie war im theoretischen Bereich zunächst konservativer als in den USA, wo lange eher symptombezogen gedacht und gehandelt wurde. Je nach Standort wurde ab Mitte der 60er-Jahre postuliert, bei

ADHS handle es sich um eine Hirnschädigung, um genetisch im Kind angelegte Eigenschaften, um die Aktualisierung früher Beziehungserfahrungen oder lediglich um unangemessene Forderungen einer veränderten Umwelt an das Kind. Seit der Einführung der neurobiologischen Erklärungsmuster Anfang der 90er-Jahre hat die Theorie Diskussion eine neue, eher verschärfte Qualität bekommen.

Die wesentlichen Elemente der weiteren Entwicklung in der medizinischen Fachdiskussion sind bekannt; die gesellschaftlichen Probleme des Phänomens werden jedoch nicht weniger kontrovers diskutiert. Lawrence Diller beschreibt, wie zunächst in den USA mit Bekanntwerden der „short-time benefits“ bei Behandlung mit Methylphenidat in den 60er-Jahren ein großer gesellschaftlicher Druck auf Ärzte und Erzieher einsetzte. Offen ausgesprochen wurde, dass man sich in Zeiten der Arbeitslosigkeit, des Doppelverdienertums, der stressigen Lern- und Ausbildungssituation weder häusliche Katastrophen noch schulisches Versagen leisten könne. Viel einfacher sei es, ein solches Kind zu medikalisieren, als den zeitaufwendigen Weg zu gehen, sich um Familie und Schule zu kümmern.

## Pharmakon und Diagnose

Bereits Anfang der 70er-Jahre zeigten sich nicht nur in den USA beunruhigende Missbräuche; so zum Beispiel auch in Schweden, wo heute die rigidesten Einschränkungen der Medikation angeordnet sind. Methylphenidat wurde legal und illegal produziert, auf den Schulhöfen gedealt und prophylaktisch von Kindern und Erwachsenen aus den verschiedensten selbst diagnostizierten Gründen eingenommen. Das Überschwappen in die Drogenszene war unvermeidlich und führte auch hierzulande zu großen Problemen. Aus diesem Grund hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Mai 2002 dringend die Formulierung fachspezifischer Mindestanforderungen als Voraussetzung für die Erstverschreibung von Methylphenidat und die Erarbeitung entsprechender Leitlinien zur Diagnostik und Therapie angemahnt.

Scheinbar unbeirrt von allen Diskussionen stieg in Deutschland die Zahl der verordneten Ritalin-Tagesdosen von 1990 bis 2001 um mehr als das 60-fache und steigt weiter.

Womit also ist das Problem historisch beladen? Das Phänomen des hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindes hat unverändert Bestand. Was bei Heinrich Hoffmanns Zappelphilipp als Unart galt, wurde entlang seinem theoretischen Deutungsweg zur Neuropathie, zur Psychopathie, zur Neurasthenie, zum Kinderfehler, zum Hirnschaden, wurde zweierlei Neurosekonzepten unterworfen, als Krankheit, Störung und Behinderung bezeichnet und endet vorläufig bei den Genen und der Neurotransmitter-Chemie.

Was die Klinik des Phänomens betrifft, so findet man bei den sorgfältigen Beobachtern zu allen Zeiten die einzelnen Elemente des heutigen Syndroms: die Hyperaktivität, die Konzentrationschwäche, die Überreizung, die Überbürdung, die Familien- und Schulproblematik. War es erst die Wirkkraft eines Pharmakons, so muss der Historiker fragen, die diese Elemente zu einer neuen Diagnose zusammengeführt hat, um die jetzt so sehr gestritten wird? Ist es sinnvoll, bei einer solchen Vielzahl von Verhaltensweisen überhaupt nach einer einheitlichen Ursache zu suchen? Sagt dieser Streit nicht ebenso etwas aus über die Handlungszwänge der heutigen Medizin, über die Nöte heutiger Eltern, über die gewachsenen Leistungsanforderungen der Gesellschaft? Die Natur des Kindes ist offen in alle Richtungen. Um ihr gerecht zu werden, müssen diese Fragen immer neu gestellt werden.

Gekürzte Fassung eines Vortrags auf dem Expert Meeting on the Future of ADHD-Research, Hanse-Wissenschaftskolleg Delmenhorst, 30./31. Mai 2003

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 239–243 [Heft 5]



Literatur beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit0504](http://www.aerzteblatt.de/lit0504) abrufbar

Anschrift des Verfassers:

**Prof. Dr. med. Eduard Seidler**

em. Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Freiburg i. Br.  
Facharzt für Kinderheilkunde  
Bernhardstraße 1, 79098 Freiburg

## Frauen in Wissenschaft und Forschung

# Chancengleichheit stärken

Die Autoren geben einen Überblick über deutschlandweite und europäische Förderungsangebote von Frauen aus Wissenschaft und Forschung.

Julia Seifert<sup>1,2</sup>, Ute Glißmann<sup>3</sup>, Axel Ekkernkamp<sup>1,2</sup>

**A**uf die Frage, warum Frauen in Wissenschaft und Forschung einer staatlich-gesellschaftlich basierten Förderung bedürfen, lassen sich – statistischen Erhebungen zufolge (1) – mehrere Antworten finden: Obwohl die Mehrzahl der Studienanfänger weiblichen Geschlechts ist (52,9 Prozent), führen letztendlich weniger Frauen als Männer ihr Studium zu Ende (49,3 Prozent). Nur noch 33,3 Prozent der Promovenden sind weiblich, und unter den Habilitanden stockt die Frauenquote bei 17,7 Prozent. Darüber hinaus sind nur 6,3 Prozent der C-4-Professorenstellungen durch Frauen besetzt, und in den Führungspositionen der Hermann-von-Helmholtz-Gemeinschaft deutscher Forschungszentren, einer der größten deutschen Wissenschaftsorganisationen mit etwa 24 000 Mitarbeitern, sind nur 2,6 Prozent der Führungspositionen in weiblicher Hand. Im Bereich der Wirtschaft sieht es mit 11,4 Prozent von Frauen besetzten Führungspositionen nicht deutlich besser aus. Stellt man alles in allem den Anteil der Frauen dem der Männer gegenüber, lässt sich das in Form einer geöffneten Schere darstellen. Die Zahlen der wissenschaftlichen Erhebungen belegen, dass zwischen 1999 und 2002 keine Trendwende eingetreten ist (*Grafik*).

Obwohl Frauen herausragende wissenschaftliche Leistungen erbracht haben, sind sie weiterhin einem „männlichen Misstrauen“ ausgesetzt. Prof. Dr. Christiane Nüsslein-Vollhard, Nobelpreis-

trägerin für die Entdeckung grundlegender genetischer Steuerungsmechanismen in der Embryonalentwicklung, zu der Stellung der Frauen in der Wissenschaft: „Es ist nicht jedermanns Sache, Forschung zu machen. Aber den Frauen, die forschen wollen, sollten nicht dauernd Steine in den Weg gelegt werden. [...] Dieses Misstrauen, das einem als Frau immer entgegenkommt, ist unheimlich lästig [...]“

Auch Hohner und Mitarbeiter (2) konnten bei der Analyse geschlechtsspezifischer Berufsverläufe feststellen, dass Männer beruflich deutlich erfolgreicher als Frauen sind, wenn man den Aufstieg in mittlere und höchste Positionen als ersten Indikator für Berufserfolg betrachtet. Männer erzielten in dieser Untersuchung in sämtlichen Berufsverlaufsmustern ein höheres Einkommen. Sie fanden sich überproportional häufig in den attraktiven und prestigeträchtigen Fachgebieten.

Förderung von Frauen in Wissenschaft und Forschung ist also notwendig. Deutschland- und europaweit erfolgt sie bislang durch folgende Institutionen:

- das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF),
- die Bund-Länder-Kommission (BLK),
- die Europäische Kommission (in welche die Empfehlungen der jeweils zuständigen Ministerien der Mitgliedsstaaten eingehen).

Innerhalb des BMBF ist das Referat „Frauen in Bildung und Forschung“ im Rahmen des Haushaltstitels: „Strategien zur Durchsetzung von Chancengleichheit für Frauen in Bildung und Forschung“ zuständig. Das Referat hat die Aufgabe, den Handlungsbedarf in

<sup>1</sup>Abteilung für Unfallchirurgie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

<sup>2</sup>Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Unfallkrankenhaus Berlin

<sup>3</sup>Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern