



# Teil C

## Der Gender Gap in der Hochschulmedizin

1 Der Qualifizierungsweg und die Leaky Pipeline auf dem Weg zur Medizinprofessur	265
2 Gender-Profile: Medizinische Fakultäten und Universitätskliniken in NRW	278
3 Gleichstellung als Herausforderung: die Perspektiven der Gleichstellungsbeauftragten, Dekane und Ärztlichen Direktoren	325
4 Geschlecht und berufliche Orientierung: Erfahrungen von Assistenzärztinnen und -ärzten an Unikliniken in NRW	373

**E**in zentrales Ergebnis des Gender-Reports 2013 über den Verlauf von Wissenschaftskarrieren war der eklatante Verlust von Frauen in der Humanmedizin auf dem Weg zur Professur (vgl. Kortendiek et al. 2013: 83f.). Offen blieb die Frage, wie sich die enorme Diskrepanz zwischen dem sehr hohen Frauenanteil unter den Medizinstudierenden und dem sehr geringen an Professuren an den Unikliniken erklären lässt. Diese Diskrepanz in der Medizin wurde für den Gender-Report 2016 als Ausgangspunkt für weitergehende qualitative und quantitative Untersuchungen genommen.

„Mind the gap“ – der Sicherheitshinweis aus dem öffentlichen Personennahverkehr soll die Analysen und das Erkenntnisinteresse leiten: Wodurch entsteht der Gender Gap in der Hochschulmedizin? Wo tun sich „gefährliche“ Übergänge im Karriereverlauf auf? Wer steigt wann wo aus bzw. (wieder) ein? Schließen sich vor Frauen Türen oder steigen sie erst gar nicht auf den Karrierezug auf? Und welche Möglichkeiten gibt es, die Lücke, die sich insbesondere für Frauen in der medizinischen Wissenschaftslaufbahn auftut, zu schließen?

Eine geschlechtergerechte Hochschulmedizin lässt sich dabei in erster Linie, aber nicht ausschließlich an einer strukturellen Gleichstellung und an gleichen Chancen für Frauen und Männer messen. Sie umfasst darüber hinaus die Ausbildungsinhalte und Forschungen in der Medizin, die begrifflich als geschlechtersensible Medizin oder Gendermedizin gefasst werden. Die niedrige Anzahl von Professorinnen in der Medizin und von Wissenschaftlerinnen in der medizinisch-klinischen Forschung kann die Entstehung eines Gender Bias begünstigen.

Die medizinische Fachkultur und ihre Selektionsmechanismen, insbesondere in Bezug auf eine medizinisch-klinische Forschungslaufbahn bis zur Professur, standen bisher kaum im Fokus empirischer Untersuchungen. Der daraus resultierende Forschungsbedarf zum Gender Gap in der Hochschulmedizin wird im Teil C des Gender-Reports genauer analysiert.

### Untersuchungsdesign

Grundlage der empirischen Untersuchung ist ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Erhebungen und Recherchen. Im Mittelpunkt der quantitativen sekundärstatistischen Analysen stehen Hochschul-, Landes- und Bundesdaten sowie eigene

Datenerhebungen zu den Führungsebenen der Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken, die in die „Gender-Profile“ der sieben Medizinischen Fakultäten und sechs Unikliniken einfließen. Die Gender-Profile ermöglichen eine kompakte Übersicht über jede Fakultät/Uniklinik und in der Querschnittsanalyse eine empirisch fundierte Aussage über Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Darüber hinaus wurden qualitative ExpertInneninterviews geführt, in deren Zentrum mögliche geschlechtsdifferenzierte berufliche Chancen für eine Wissenschaftskarriere in der Hochschulmedizin und Erklärungsansätze aus unterschiedlichen Perspektiven stehen. Erfahrungen mit und Blickwinkel auf den hochschulmedizinischen Qualifizierungs- und Karriereweg aus Sicht der Assistenzärztinnen und -ärzte an den nordrhein-westfälischen Universitätskliniken werden mittels einer Online-Befragung erfasst.

### Multiperspektivität

Teil C des Gender-Reports 2016 gibt damit Einblick in die unterschiedlichen Perspektiven auf den Gender Gap in der Hochschulmedizin – die Perspektiven der Gleichstellungsbeauftragten, der Führungspersonen mit Leitungsfunktion in Fakultät und Universitätsklinik und die der Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung.

Um eine multiperspektivische Betrachtung – ähnlich den verschiedenen Seiten eines Würfels – zu ermöglichen, wurden für den Gender-Report 2016 folgende Personen/Gruppen befragt:

1. Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultäten und Unikliniken
2. Dekane oder Prodekaninnen der Medizinischen Fakultäten und Ärztliche Direktoren der Unikliniken
3. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der fachärztlichen Weiterbildung an den Unikliniken NRW

### Forschungsfragen

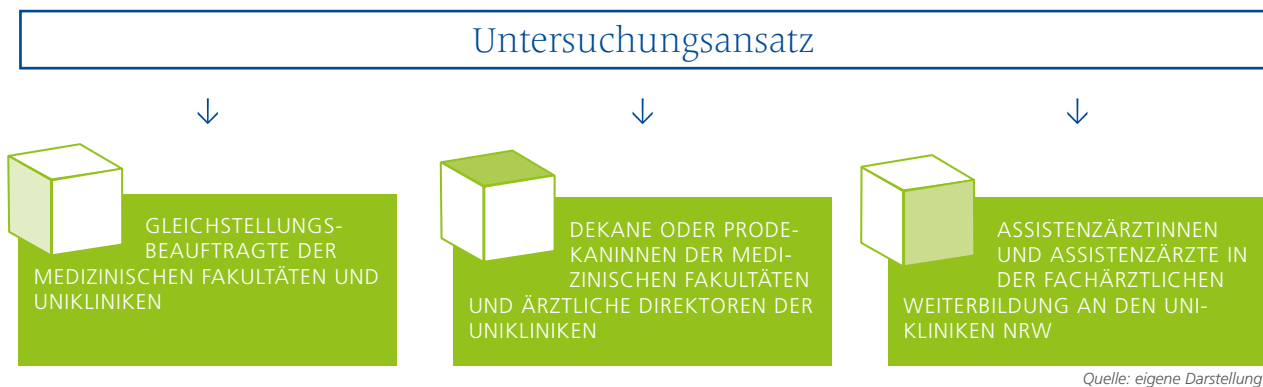
Geleitet durch das Untersuchungsdesign und die folgenden Forschungsfragen gliedert sich Teil C unter dem Titel „Der Gender Gap in der Hochschulmedizin“ in fünf verschiedene Bereiche:

1. Wie stellt sich der Forschungsstand über die Qualifizierungswege und die Leaky Pipeline auf dem Weg zur Medizinprofessur dar? Wie sind die

Abb. C 0.1: Untersuchungsdesign: Mixed-Methods-Ansatz



Abb. C 0.2: Untersuchungsansatz: der Gender Gap in der Hochschulmedizin aus verschiedenen Perspektiven



Frauen- und Männeranteile bei Studierenden und Professuren in der Fächergruppe Humanmedizin/ Gesundheitswissenschaften aktuell verteilt – gibt es eine Verschärfung, eine Stagnation oder eine Reduzierung des Gender Gaps? Wie steht NRW im Bundesländervergleich da? Der Weg zur Professur in der Medizin ist lang – wie entwickelt sich die Geschlechterverteilung im zeitlichen Verlauf und wie verhält es sich mit dem Time Lag in der Medizin auf dem Weg zur Professur? (Kap. 1)

2. Welche Erkenntnisse ermöglichen die Gender-Profile der sechs Universitätskliniken des Landes NRW (Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Münster, Köln) und welche Tendenzen lassen sich aus ihnen ableiten? Spiegelt sich der niedrige Frauenanteil an Professuren im Anteil an Führungspositionen innerhalb der Medizinischen Fakultät und der Leitungsebene der Uniklinik sowie ihrer einzelnen Kliniken und Institute wider? Worin liegt das Besondere des „Bochumer Modells“, demzufolge

das Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum als Klinikverbund Bochumer Krankenhäuser besteht? Welche Gleichstellungsprojekte sind vorhanden? Wo findet eine geschlechtersensible medizinische Lehre und Forschung (Genderprofessuren, Gendermodule) statt? Worin liegt das Spezifische der nordrhein-westfälischen Universitätskliniken – welche Unterschiede und welche Gemeinsamkeiten gibt es? (Kap. 2)

3. Welche Erklärungen und Kenntnisse für bzw. über den Gender Gap in der Hochschulmedizin haben die Dekanate der Medizinischen Fakultäten? Welche Erfahrungen machen die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten und der Unikliniken? Welche Handlungsempfehlungen geben die Ärztlichen Direktoren, um den Gender Gap zu reduzieren und eine geschlechtersensible medizinische Ausbildung und Versorgung zu ermöglichen? Welche Maßnahmen und Projekte müssten zur Erreichung des Ziels entwickelt werden?

- Diese und andere Fragen stehen im Mittelpunkt der ExpertInneninterviews. (Kap. 3)
4. Gibt es systematische Unterschiede in den beruflichen Orientierungen von Frauen und Männern, besonders im Hinblick auf eine Wissenschaftskarriere in der Medizin? Wenn ja, wie sind diese zu erklären? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbelastungen im klinischen Alltag, in Forschung und Lehre auf der einen Seite und den Unterstützungsstrukturen in den Kliniken, den Universitäten und im privaten Umfeld auf der anderen Seite? Werden Erfahrungen von Benachteiligung gemacht? Welche Unterstützungsstrukturen und Maßnahmen können den Weg zur Professur begünstigen? Welche Umstände können als hinderlich bewertet werden? Diesen Fragen geht die Online-Befragung der Assistenzärztinnen und -ärzte an den Unikliniken des Landes NRW nach. (Kap. 4)
  5. Was sind die zentralen Untersuchungsergebnisse? Welche Ursachen und Erklärungen konnten in den qualitativen und quantitativen Erhebungen zum Gender Gap gefunden werden? Wo lassen sich Stellschrauben ausmachen, an denen ange setzt werden muss, um die Diskrepanz zwischen hohen Studentinnenzahlen und sehr niedrigen Professorinnenzahlen in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften deutlich zu verringern? Wie kann ein Mehr an Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin erreicht werden und wie können Frauen für eine Wissenschaftskarriere gewonnen und entsprechend gefördert/unterstützt werden? (Zusammenfassung, Kap. 3.3)

## 1 DER QUALIFIZIERUNGSWEG UND DIE LEAKY PIPELINE AUF DEM WEG ZUR MEDIZINPROFESSUR

Neben der Herausforderung, den Frauenanteil bei Professuren zu erhöhen, besteht insgesamt Handlungsbedarf, die Medizin aus Sicht der Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler in den Blick zu nehmen und für diese attraktiv(er) zu gestalten, wie in der aktuellen Stellungnahme der Hochschulrektorenkonferenz<sup>1</sup> deutlich wird:

*„Die Universitätsmedizin steht bei der Rekrutierung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für die Grundlagenforschung und Klinische Forschung vor*

<sup>1</sup> Vgl. [https://www.hrk.de/uploads/tx\\_szconvention/HRK-Entschliessung\\_Universitaetsmedizin\\_10.5.2016.pdf](https://www.hrk.de/uploads/tx_szconvention/HRK-Entschliessung_Universitaetsmedizin_10.5.2016.pdf) [Zugriff am 06.06.2016].

*großen Herausforderungen. Viele Medizinerinnen und Mediziner entscheiden sich gegen die Forschung, weil sie dort weder aussichtsreiche Karrierewege noch berufliche Perspektiven oder eine attraktive Vergütung vorfinden. Die universitäre Laufbahn erscheint im Vergleich zu Alternativen vielen als unsicher.“ (HRK 2016: 10)*

Um diese Entwicklung genauer betrachten zu können, soll zunächst Einblick in den Forschungsstand in Bezug auf Berufsverläufe von Medizinerinnen und Medizinern, die Qualifizierungswege in der Hochschulmedizin und schließlich die Leaky Pipeline in der Medizin gegeben werden.

### 1.1 FORSCHUNGSSTAND: BERUFSVERLÄUFE VON MEDIZINERINNEN UND MEDIZINERN UNTER GENDERASPEKTEN

Aufgrund des hohen Frauenanteils unter den Studierenden wird in gesellschaftlichen Diskursen wiederholt von einer „Feminisierung der Medizin“ gesprochen (vgl. hierzu bspw. Schmacke 2013: 40ff.). Die Feminisierungsthese ist jedoch kritisch zu hinterfragen (Rothe et al. 2016), da mit steigender Qualifizierungs- und Hierarchiestufe der Frauenanteil dramatisch sinkt, insbesondere bei Professuren sowie auf Führungs- und Leitungspositionen sind Frauen unverkennbar in der Minderheit. Für eine Position als Chefärztin, als Universitätsprofessorin, als Klinikleiterin oder Institutsleiterin ist neben ausreichender fachlicher Qualifikation und Erfahrung die Habilitation notwendige Voraussetzung. Kennzeichnend für alle Leitungspositionen in der Medizin sind „in der Regel hohe Arbeitsbelastungen, eine ausgeprägte Berufsorientierung und hohe zeitliche Eingebundenheit in berufliche Aufgaben sowohl auf Managementebene wie auch in ärztlicher Funktion“ (Sewtz 2006: 115).

Als Hauptschwierigkeit für den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Medizin gilt die Vereinbarkeit von Krankenversorgung, Forschung und Lehre. In einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegebenen Studie zur „Situationsanalyse zum wissenschaftlichen Nachwuchs in der klinischen Forschung“ (Loos et al. 2014) wird deutlich, dass diese Vereinbarkeit durch hohe Arbeitszeiten und eine

schwierige Arbeitszeitorganisation für die Medizinerinnen und Mediziner zu einer Dreifachbelastung wird. Zudem verschärfe sich „diese Zeitkonkurrenz von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks auf die Kliniken in den letzten Jahren zulasten der wissenschaftlichen Tätigkeit“ (Loos et al. 2014: 143). Hinzu kommt, dass forschende Tätigkeiten in der Medizin schlechter bezahlt werden als die Krankenversorgung. Grund dafür ist der finanziell attraktivere Tarifvertrag für ÄrztInnen TV-Ä. Um in diesen eingruppiert zu werden, müssen Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler neben der Forschung mehr als die Hälfte ihrer Zeit für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aufwenden, andernfalls werden sie nach dem schlechter vergüteten und in der Wissenschaft üblichen Tarifvertrag TV-L/TVöD bezahlt.

Im Projekt „PROFIL. Professionalisierung und Integration in den Lebensphären“ sind die beruflichen und privaten Lebensstationen von MedizinerInnen und PsychologInnen retrospektiv über einen Zeitraum von 15 Jahren erfasst und geschlechtsspezifisch untersucht worden. Hohner et al. (2010) haben dabei fünf Muster von Berufsverläufen für Medizinerinnen und Mediziner herausgearbeitet – (1) kontinuierlicher Aufstieg, (2) Kontinuität in Institutionen, (3) zwei kontinuierliche Phasen, (4) Diskontinuität und (5) starke Diskontinuität –, wobei deutlich wurde, dass

Frauen seltener in höhere Positionen aufsteigen als Männer. Dabei zeigte sich u. a., dass das erste Berufsverlaufsmuster, „kontinuierlicher Aufstieg“, vorwiegend bei Männern (35,6 %) vorzufinden war, während Frauen (13 %) hier unterrepräsentiert waren. In der Gruppe 4, „Diskontinuität“, und der Gruppe 5, „starke Diskontinuität“, denen insgesamt 15 % der befragten Ärztinnen und Ärzte zuzuordnen waren, sind Frauen (24,3 %) dagegen häufiger vertreten als Männer (6,3 %). Männer erzielten in sämtlichen von Hohner et al. vorgefundenen Berufsverlaufsmustern ein höheres Einkommen und waren überproportional häufig in besonders prestigeträchtigen Fachgebieten zu finden.

In einer Untersuchung des Bayerischen Staatsinstituts für Hochschulforschung und Hochschulplanung wurden Ärztinnen und Ärzte befragt, die bei der bayerischen Landesärztekammer gemeldet waren und deren Approbation vier bis fünf Jahre zurücklag (vgl. Gensch 2013). Neben der Analyse der Arbeitsbedingungen standen die Berufsorientierungen der Medizinerinnen und Mediziner im Fokus, und es wurde der Frage nachgegangen, „welche Konsequenzen sich für die ärztliche Versorgung in Bayern ergeben, wenn der Anteil an Ärztinnen entsprechend den Absolventinnenzahlen in der kurativen Versorgung steigt“ (Gensch/Waltenberger 2006: 96). In der Befragung stellte sich heraus, dass für die befragten Ärztinnen intrinsische Motive bei der Wahl des Studienfaches Medizin entscheidender waren als bspw. Sozialprestige oder Karriereambitionen, d. h., die Motivation, kranken Menschen helfen zu wollen, stand für diese Medizinerinnen deutlich im Mittelpunkt. Die befragten Ärzte hofften hingegen in stärkerem Maße als ihre Kolleginnen, durch das Medizinstudium einen gesellschaftlich besonders anerkannten Status zu erlangen. Ausgeprägte Geschlechterdifferenzen zeigten sich zudem in Bezug auf das angestrebte oder das bereits realisierte Tätigkeitsfeld: Die Ärztinnen in der Untersuchung wollten seltener im Krankenhaus arbeiten, vielmehr zeigte sich die Tendenz, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungen in Bezug auf die Arbeitsplatzstrukturen im Krankenhaus auf eine Karriere im stationären Bereich eher verzichteten. Stattdessen nutzten sie verstärkt die Möglichkeit der flexibleren Zeiteinteilung als selbstständige niedergelassene Ärztinnen.

*„Für Befragte, die sich niederlassen wollen bzw. bereits niedergelassen haben, war der wichtigste Grund, selbstständig bei freier Zeiteinteilung arbeiten zu können,*

*gefolgt von dem größeren Handlungsspielraum, einer Arbeit ohne hierarchische Strukturen, dem direkten und kontinuierlichen Kontakt zu Patienten, dem Wegfall des Schichtdiensts und familienverträglichen Arbeitszeiten. Die letzten drei Gründe waren für Ärztinnen deutlich wichtiger als für ihre männlichen Kollegen“ (Gensch/Waltenberger 2006: 100).*

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Arbeitsverträge von Ärztinnen kürzere Laufzeiten als die der befragten Männer hatten, was sich auch auf die Erfüllung der vorgeschriebenen Leistungen in der fachärztlichen Weiterbildung auswirkt und die Qualifikationsphase von Frauen deutlich verlängern kann. Die Autorinnen der Studie vermuten, dass sich die längere Qualifikationsphase von Frauen auch auf die Möglichkeiten von Spezialisierungen und die Nutzung von wissenschaftlichen Weiterbildungen, wie bspw. die Habilitation nach Anerkennung als Fachärztin/Facharzt, auswirkt. So war der Unterschied zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf die Planung einer Habilitationsarbeit deutlich geringer ausgeprägt als bei deren tatsächlicher Durchführung. Während 13,7 % der Mediziner und 8,9 % der Medizinerinnen vorhatten, sich zu habilitieren, arbeiteten zum Befragungszeitpunkt 12,5 % der Männer, aber nur 2,4 % der Frauen konkret an ihrer Habilitation (vgl. auch Gensch 2013). Der Verzicht auf eine wissenschaftliche Karriere bedeutet laut Gensch und Waltenberger, dass sich der Anteil von Professorinnen an W3-/C4-Stellen oder Chefarztpositionen auch in den nächsten Jahren nicht entscheidend verändern und der Einfluss von Frauen auf Lehre und Forschung (speziell im noch jungen Bereich der medizinischen Forschung über Frauen) gering bleiben wird (Gensch/Waltenberger 2006: 106).

#### *Geschlechtsdifferente Wahl des Facharztgebietes*

Nicht nur in den verschiedenen Statusgruppen, sondern auch in den einzelnen Fachgebieten zeigt sich eine unterschiedliche Verteilung der Geschlechter: Während in Gebieten wie der Chirurgie, der Orthopädie oder der Urologie nur wenige Medizinerinnen arbeiten, gibt es andere, in denen der Frauenanteil verhältnismäßig hoch ist. Hierzu zählen die Kinderheilkunde, die Augenheilkunde, die Gynäkologie, die Psychiatrie, die Anästhesiologie, die Dermatologie und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (vgl. u. a. Dettmer et al. 1999: 17ff.). Gemeinsam ist diesen medizinischen Schwerpunktgebieten, dass sie eher geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle ermöglichen. Fachgebiete,

die eine starke gesellschaftliche Anerkennung erfahren, mit großem Ansehen und höherem Einkommen verbunden sind, werden überwiegend von Männern dominiert (vgl. BLK 2004: 13ff.). Auch die Auswertung der Meldedaten der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2015 zeigt, dass in den Fachgebieten Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendmedizin über 80 Prozent der ÄrztInnen weiblich, in den Fachgebieten Herzchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie dagegen 80 Prozent männlich sind (Wenning 2015: 7).

Eine Langzeitstudie in der Schweiz, in der StaatsexamensabsolventInnen der Jahrgänge 2001/2002 zu ihrem Karriereverlauf befragt wurden (vgl. Buddeberg-Fischer et al. 2008, 2009), hatte zum Ziel, die Entwicklung der Facharztspezialisierung vom Medizinstudium bis zum vierten Weiterbildungsjahr zu verfolgen. Es wurde erforscht, inwieweit sich die Verteilung der Facharztspezialisierungen, die von den AbsolventInnen angestrebt werden, von der Verteilung der Facharztgebiete aller berufstätigen ÄrztInnen unterscheidet und welche Faktoren für die Facharztwahl entscheidend sind. Bei der Wahl des Fachgebietes zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die befragten Frauen wählten – wie oben bereits aufgezeigt – häufiger die Anästhesiologie, die Frauenheilkunde und die Pädiatrie, während die Männer stärker in den chirurgischen Fächern vertreten waren. Auch wurde in der Untersuchung die Tendenz sichtbar, dass für Ärzte der wissenschaftliche Aspekt in der Medizin stärker im Mittelpunkt zu stehen scheint. Während die befragten Medizinerinnen den patientenbezogenen Aspekt ihrer ärztlichen Tätigkeit betonten, gaben ihre Kollegen an, sich öfter ins Labor oder an den Computer zurückzuziehen, um ihrer wissenschaftlichen Arbeit nachzugehen. Die AutorInnen vertreten vor diesem Hintergrund die Auffassung, dass Frauen vor allem deshalb seltener in medizinischen Leitungspositionen zu finden sind, weil sie diese als berufliches Ziel nicht anstrebten und nicht konsequent verfolgten und weil ihnen der Kontakt zu Patientinnen und Patienten wichtiger sei.

Bei der Frage nach förderlichen Faktoren für eine Karriere in der Medizin zeigten sich in der Studie keine signifikanten Geschlechterunterschiede. Sowohl für Ärztinnen als auch für Ärzte war die fachliche Unterstützung durch Vorgesetzte ausschlaggebend für ihren beruflichen Aufstieg. Ebenso nannten beide Geschlechter gute Kontakte/Netzwerke, konstruktives

Feedback, die Anerkennung der fachlichen Leistung, Beratung zu möglichen Karriereoptionen und Rollenbilder als wichtige externe Faktoren für Berufserfolg. Individuelle Leistungsmotivation und herausragende fachliche Qualifikationen wurden als zentrale interne Faktoren hervorgehoben. In Bezug auf hinderliche Faktoren für eine Medizinkarriere zeigten sich dagegen Unterschiede zwischen den befragten Frauen und Männern. So gaben Ärztinnen familiäre Verpflichtungen und mangelnde fachliche Unterstützung durch Vorgesetzte als entscheidende Hindernisse auf ihrem Karriereweg an, während Ärzten hauptsächlich die Arbeitsplatzbedingungen und gewisse Persönlichkeitsmerkmale hinderlich schienen. Kinder, Familie und Freizeit waren den Ärztinnen in der Untersuchung genauso wichtig wie ihre berufliche Laufbahn, daher könnten sich mangelnde Vereinbarkeitsoptionen negativ auf den Fortgang der Karriere auswirken.

In der Längsschnittstudie KarMed „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung“ (vgl. Reimann/Alfermann 2014; van den Bussche et al. 2014; Gedrose et al. 2012) wurden Medizinabsolventinnen und -absolventen von sieben medizinischen Fakultäten während ihrer fachärztlichen Weiterbildung begleitet und in quantitativen und qualitativen Erhebungen und mehreren Intervallen zu den Rahmenbedingungen ihrer fachärztlichen Weiterbildung, zu Karrierewünschen, zu beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen, zur Arbeitsmotivation und zur sozialen Unterstützung befragt. In der Untersuchung wurde wiederholt deutlich, dass der Wunsch nach einer Krankenhauskarriere mit der Wahl bestimmter Fachgebiete, dem Wunsch nach Vollzeitstätigkeit und nach einer Stelle in größeren Städten bzw. in einem Universitätsklinikum zusammenhängt (vgl. Gedrose et al. 2012). Es zeigte sich darüber hinaus, dass „Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten bei vielen als berufsrelevant geltenden Aspekten bereits zu Beginn der Weiterbildung im Rückstand sind“ (van den Bussche et al. 2014: e5). Befragt nach ihren Karrierezielen, gaben die Mediziner vorwiegend an, leitende Positionen anzustreben, während ihre Kolleginnen bereits am Ende des Medizinstudiums „bescheidenere“, niedrigere Karriereziele angaben: 1,5-mal mehr Männer als Frauen äußerten in der Studie den Wunsch, eine Oberarztposition erreichen zu wollen, in Bezug auf eine Chefarztposition war der Anteil der Männer sogar 5,4-mal höher (Gedrose et al. 2012: 1243). Demgegenüber planten 3,7-mal mehr

befragte Ärztinnen, „nur“ als Fachärztin im Krankenhaus tätig zu sein, und 1,3-mal mehr Frauen strebten eine Niederlassung als Gebietsärztin an (Gedrose et al. 2012: 1243). Diese ungleichen Karriereambitionen spiegelten sich auch in den Weiterbildungsstellen bzw. den Orten der Weiterbildungen der Befragten wider. So hatten mehr Männer Stellen im universitären Feld inne, während Frauen ihre Weiterbildung häufiger in einem kleinstädtischen oder ländlichen Krankenhaus begannen, wodurch ihre Startchancen für eine leitende Position schlechter sind (vgl. van den Bussche et al. 2014). Bei der Fachgebietswahl zeigten sich ebenfalls – und damit analog zu den bisher erwähnten Studien – deutliche Geschlechterunterschiede. Die befragten Ärztinnen entschieden sich häufiger für kontaktintensivere Disziplinen wie Frauenheilkunde und Kinderheilkunde oder Anästhesiologie; ihre Kollegen bevorzugten dagegen die sogenannten „schneidenden“ Disziplinen und die Innere Medizin (vgl. Gedrose et al. 2012), Fächer, die mit einem nach wie vor hohen Status, gleichzeitig aber auch mit einer stärkeren Entgrenzung der Arbeitszeiten und konkurrenzorientierten Teamsituationen verbunden sind (Gedrose et al. 2012).

In einer ersten Untersuchung zu den Karriereambitionen von Frauen in der Chirurgie konnte demgegenüber aufgezeigt werden, dass zunehmend mehr Ärztinnen chirurgische Fachgebiete als Tätigkeitsfeld wählen und dass die dort tätigen Medizinerinnen durchaus das Ziel haben, eine Führungsposition einzunehmen – neben dem Wunsch nach Familie und einer ausgewogenen Work-Life-Balance (vgl. Radunz et al. 2016). Dennoch scheinen dort weiterhin unsichtbare Barrieren oder homosoziale Kooptationsprozesse (vgl. Meuser 2014) zu wirken, die Frauen den Zugang zu höheren Positionen erschweren. Die AutorInnen der Studie haben die Hoffnung, dass sich die Geschlechterunterschiede innerhalb der Leitungspositionen der Chirurgie verringern, wenn sich zukünftig mehr Frauen für chirurgische Fächer entscheiden und die jetzigen Chirurginnen als Vorbilder und Role Models fungieren (Radunz et al. 2016: 6).

### *Geschlechtsdifferente Hindernisse im medizinischen Karriereverlauf*

Die Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen und ärztlicher Tätigkeit spielen in der Medizin im gesamten Qualifikationsverlauf eine entscheidende Rolle, die Frauen noch immer vor große Herausforderungen stellen und wiederholt als Erklärung für fehlende Ärztinnen in medizinischen

Führungspositionen genannt werden (vgl. BLK 2004; Dettmer et al. 2006). Berufstätigkeit und Familie lassen sich im ärztlichen Beruf schwerer miteinander vereinbaren als in anderen Berufsfeldern: Durch die intensive PatientInnenbetreuung, Schichtdienste, Überstunden durch Notfälle und Bereitschaftsdienste sind die Arbeitszeiten und der klinische Alltag von Medizinerinnen und Medizinerinnen kaum zu planen und die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in der Klinik umfasst nicht selten 55 Stunden. Dahinter steht zudem das vorherrschende „Präsenzdogma: ‚gute‘ Ärzte bzw. Ärztinnen zeigen ihr Engagement und ihre Arbeitsqualität durch hohe (sichtbare) Präsenzzeiten“ (Rapp-Engels et al. 2012: 2). Das bedeutet, dass Medizinerinnen und Mediziner mit Kindern ausreichend Kinderbetreuungsmöglichkeiten brauchen, um eine medizinische Karriere verwirklichen zu können. Durch eine fehlende 24-Stunden-Betreuung in Kindertagesstätten ist neben öffentlichen Betreuungsmöglichkeiten auch ein belastbares privates Unterstützungsnetzwerk notwendig, insbesondere in höheren Positionen. Denn „auch die Teilbarkeit von Führungspositionen wird vielfach noch angezweifelt: Je höher jemand in der Hierarchie steht, desto ungewöhnlicher werde die Vorstellung, er bzw. sie könnte in Teilzeit arbeiten“ (Rapp-Engels et al. 2012: 2). Hinzu kommen die Umsetzungen der Mutterschutzrichtlinien, die für schwangere Frauen oder stillende Mütter im medizinischen Bereich zum Problem werden können. Auf gesetzlicher Grundlage werden sie von den meisten ärztlichen Tätigkeiten ausgeschlossen, stattdessen werden ihnen häufig Verwaltungsaufgaben zugeteilt. Assistenzärztinnen dürfen in der Zeit ihrer Schwangerschaft/des Stillens die in der Weiterbildungsordnung geforderten operativen Eingriffe nicht vornehmen, sodass die Mutterschutzbestimmungen hier zu einem Berufsverbot werden können. Zwar kann die Weiterbildung in Teilzeit absolviert werden, diese muss jedoch mindestens die Hälfte der regulären Arbeitszeit betragen und hat eine zum Teil deutliche Verlängerung der Weiterbildung zur Folge. Zudem sind ÄrztInnen in dieser Karrierephase in der Regel befristet beschäftigt, weshalb eine Schwangerschaft und die damit verbundenen Schutzfristen dazu führen können, dass Frauen den für eine medizinische Karriere notwendigen Kontakt zu der Institution verlieren, in der sie ihre Weiterbildung begonnen haben, und aufgrund der Mutterschutzbestimmungen, die ihr Tätigkeitsspektrum einschränken, nur wenig Aussicht auf eine Anstellung in einer anderen Einrichtung haben.



Vor diesem Hintergrund liegen laut Kirchner (2006) die Hindernisse für Frauen im medizinischen Karriereverlauf auf dem Weg zu einer Führungsposition in folgenden Bereichen: sinkendes berufliches Selbstvertrauen, subtile Diskriminierung von Frauen,

stärkeres Engagement in der PatientInnenversorgung, schlechteres Netzwerk als Supportsystem sowie mangelnde Mobilität, verlängerte Ausbildungszeiten durch Mutterschutzbestimmungen und Probleme bei der Vereinbarkeit von Kindern und Karriere.

## 1.2 DER QUALIFIZIERUNGSWEG IN DER HOCHSCHULMEDIZIN

Die Besonderheit des Ausbildungs- und Karrierewegs in der Medizin liegt in der Doppelgleisigkeit der universitären Ausbildung durch die Medizinischen Fakultäten der Universitäten einerseits und der klinischen Ausbildung in Arztpraxen, Krankenhäusern oder Unikliniken andererseits. Diese fachkulturellen Bedingungen und Mechanismen beeinflussen möglicherweise den wissenschaftlichen Qualifizierungs- und Karriereweg hin zur Professur und entfalten eine geschlechtsspezifische Wirkung. Das Forschungsvorhaben im Rahmen des Gender-Reports 2016 bezieht sich auf den wissenschaftlichen Qualifizierungsverlauf in der Medizin bis zur Professur und auf die damit verbundenen förderlichen bzw. hinderlichen Bedingungen insbesondere für Frauen.

Der Karriereverlauf in der Medizin ist im Vergleich zu anderen Fächergruppen besonders lang und umfasst die theoretischen und klinisch-praktischen Ausbildungen<sup>2</sup>, wobei die Bedingungen des Studiums der Humanmedizin nur bedingt auf die Zahnmedizin übertragbar sind.<sup>3</sup> Zusätzlich zur wissenschaftlichen Qualifikation während des Studiums und der Promotion sowie einer eventuell anschließenden Habilitation kommen der ärztlichen Qualifizierung im Praktischen Jahr sowie der mehrjährigen Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt im Rahmen einer

Tätigkeit in der Krankenversorgung/im Krankenhaus eine besondere Bedeutung zu. Kennzeichnend für alle Qualifikationsabschnitte sind u. a. „hohe Leistungsanforderungen, hohe Anforderungen an den eigenen Profilierungs- und Durchsetzungswillen, Befristung“ (Färber 1995: 14) bei gleichzeitiger persönlicher Abhängigkeit in einem stark hierarchisch organisierten Arbeitskontext.

Der idealtypische Weg einer Wissenschaftskarriere (siehe Abb. C1.1) beginnt mit dem Medizinstudium um das 19. Lebensjahr, es folgen der Studienabschluss und die Approbation mit etwa 25 Jahren, der Dokortitel mit ca. 29 Jahren, der Abschluss der fachärztlichen Ausbildung mit gut 31 Jahren und eine lange Postdoc-Phase, die um das 40. Lebensjahr in eine Habilitation mündet. Das durchschnittliche Berufungsalter beträgt gut 42 Jahre<sup>4</sup>. Die Postdoc-Phase in der Medizin ist damit relativ lang, während die Zeitspanne zwischen erfolgreich abgeschlossener Habilitation und der Berufung auf eine Professur verhältnismäßig kurz ist. Der zeitliche Verlauf einer universitären und klinischen Wissenschaftslaufbahn, die in eine Professur mündet, umfasst in der Medizin von der Promotion bis zur Professur insgesamt durchschnittlich gut 13 Jahre, wie Abbildung C 1.1 verdeutlicht.

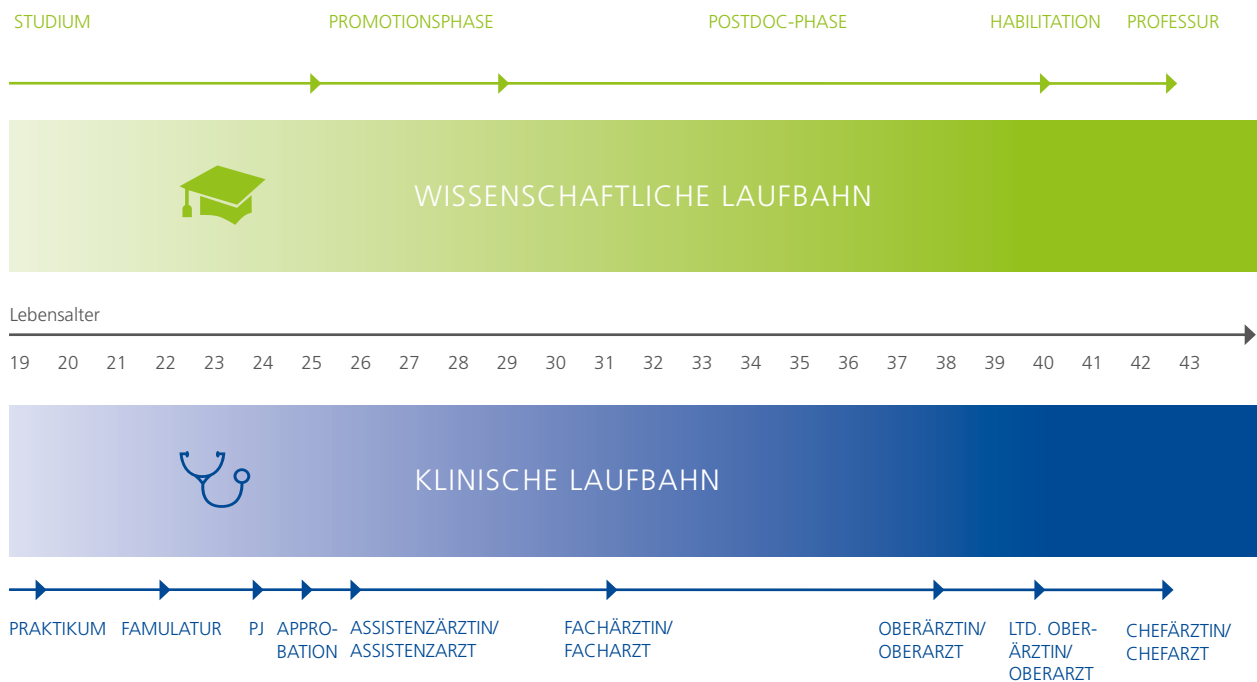
Für eine ärztliche Berufsausübung ist eine Promotion nicht erforderlich, trotzdem ist im Vergleich mit anderen Studienfächern die Promotionsrate in der Medizin sehr hoch, denn in Deutschland sind „die berufliche und gesellschaftliche Anerkennung als Arzt oder Ärztin eng mit dem Dokortitel verbunden“ (Beisiegel 2009: 491). Die große Heterogenität in Bezug auf die Qualität von medizinischen Dissertationen wird im wissenschaftlichen Umfeld kritisch bewertet. So hat der Wissenschaftsrat in verschiedenen Empfehlungen darauf hingewiesen, „den Doktorgrad in der Medizin nur für solche Dissertationen zu verleihen, die

<sup>2</sup> Die ärztliche Ausbildung umfasst im Regelstudium u. a. ein Studium der Medizin von sechs Jahren an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule, wobei das letzte Jahr des Studiums aus einer zusammenhängenden praktischen Ausbildung von 48 Wochen (Praktisches Jahr), einem Krankenpflagedienst von drei Monaten, einer Famulatur von vier Monaten und der Ärztlichen Prüfung besteht, die in drei Abschnitten abzulegen ist. Die Regelstudienzeit beträgt damit sechs Jahre und drei Monate.

<sup>3</sup> Das Zahnmedizinstudium ist in Deutschland durch die Approbationsordnung für Zahnärzte geregelt. Die Ausbildung umfasst im Regelstudium ein Studium der Zahnheilkunde von fünf Jahren an einer wissenschaftlichen Hochschule, eine naturwissenschaftliche Vorprüfung, eine zahnärztliche Vorprüfung und eine zahnärztliche Prüfung. Das Studium ist wie beim Humanmedizinstudium durch die Trennung in „Vorklinik“ und „Klinik“ sowohl wissenschaftlich als auch praktisch ausgerichtet. Nach bestandenen Staatsexamen können die AbsolventInnen die Approbation beantragen und als Zahnärztin/Zahnarzt tätig werden. Im Unterschied zur Humanmedizin ist eine fachzahnärztliche Weiterbildung in der Zahnmedizin nicht Voraussetzung, um als Zahnärztin/Zahnarzt (auch selbstständig) tätig zu sein.

<sup>4</sup> Vgl. Bundesbericht wissenschaftlicher Nachwuchs: 178, Tab. A3-10, [www.buwin.de/site/assets/files/1002/6004283\\_web\\_verlinkt.pdf](http://www.buwin.de/site/assets/files/1002/6004283_web_verlinkt.pdf) [Zugriff am 29.09.2016].

Abb. C 1.1: Verlauf einer Wissenschaftskarriere in der Medizin vom Studium bis zur Professur



Quelle: eigene Darstellung.

einen substanziellen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt leisten und deren Ergebnisse in einer international anerkannten Zeitschrift publiziert werden“ (Wissenschaftsrat 2011: 29).

Im Gegensatz zur Promotion ist die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt nach Abschluss des Medizinstudiums und der Erlaubniserteilung zur Ausübung des ärztlichen Berufs, der sogenannten Approbation, für eine Karriere in der Medizin unerlässlich.<sup>5</sup> Der Abschluss der fachärztlichen Ausbildung ist der „Türöffner“ für medizinische Laufbahnen. Dabei ist die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt keine Pflicht, aber Bedingung für die Niederlassung als Ärztin/Arzt in eigener Praxis und für akademische Karrieren in der Medizin; ohne abgeschlossene fachärztliche Weiterbildung kann keine Juniorprofessur und keine Habilitation in der Medizin absolviert werden (vgl. auch Sewtz 2006: 109ff.).

Im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen ist die Habilitation in der Medizin nicht nur für eine Wissenschaftskarriere notwendig, sondern auch eine wesent-

<sup>5</sup> Der Begriff der Weiterbildung ist möglicherweise missverständlich, da es sich hier nicht um eine Weiterbildung im engeren Sinne, sondern um eine fachspezifische vertiefende Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt handelt.

liche Voraussetzung, um die Position als Chefärztin bzw. Chefarzt an einem Krankenhaus zu erreichen. Sind die Frauen- und Männeranteile im Studium, in der Promotionsphase und in der Facharztausbildung noch annähernd gleich verteilt, öffnet sich die „Schere“ zwischen Medizinerinnen und Medizinern nach der Promotion (vgl. Abb. C 1.2). Habilitation und Juniorprofessur, die der weiteren wissenschaftlichen Qualifizierung auf dem Weg zur Professur dienen, stellen die wohl höchsten Hürden für Frauen in der wissenschaftlich orientierten medizinischen Laufbahn dar (vgl. z. B. BLK 2004: 15; Dahlhoff 2006: 12f.; GWK 2010: 3; Sewtz 2006). Die besondere Herausforderung für Habilitierende liegt darin, dass die Arbeit an der Habilitation neben der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt erfolgt. Die hohen zu erfüllenden Anforderungen in der fachärztlichen Weiterbildung und die zu leistende Krankenversorgung können die Zeit, die für die Forschung zur Verfügung steht, erheblich einschränken. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern werden wissenschaftliche Tätigkeiten nicht als Teil der fachärztlichen Ausbildung anerkannt, und auch die Weiterbildungsstrukturen in den Kliniken und Krankenhäusern lassen wenig Raum für wissenschaftliches Arbeiten (vgl. DFG 2008a: 10ff.). Die Einstellung und Unterstützung der Habilitations-

betreuenden bzw. der Vorgesetzten besitzen vor diesem Hintergrund eine besondere Relevanz. Denn „je nachdem, ob Vorgesetzte ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Freistellung für die Forschung gewähren, können sie die Phase der Habilitation stark erschweren oder auch erleichtern und damit in besonderem Maße steuern“ (Barzantny 2008: 143). Die Habilitationszeit in der Medizin beinhaltet somit eine Doppelbelastung für junge Ärztinnen und Ärzte. Neben der klinischen Weiterbildung und Qualifikation muss wissenschaftliche Forschungstätigkeit etabliert und kontinuierlich fortgeführt werden. Üblicherweise wird in der Medizin kumulativ habilitiert, d. h., es wird nicht eine einzelne umfangreiche Forschungsarbeit zum gewählten Thema verfasst, vielmehr müssen verschiedene Publikationen über durchgeführte Forschungsarbeiten in renom-

mierten nationalen und internationalen Fachjournals nachgewiesen werden.

Die Juniorprofessur als alternative Qualifizierungsstufe auf dem Weg zur Professur ist in der Medizin umstritten, da sie in der Regel eine abgeschlossene fachärztliche Weiterbildung voraussetzt und dadurch den ohnehin langen Qualifizierungsweg zur Professur erheblich verlängert. Ebenso qualifiziert eine Habilitation auch für eine Position als Chefarztin/Chefarzt an einem Krankenhaus außerhalb der Universitätsmedizin, während die Juniorprofessur ausschließlich für eine Wissenschaftskarriere förderlich ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Juniorprofessur in der Medizin bisher eher selten ist (vgl. u. a. Hartmer 2011: 234f.).

## Resümee

Die Qualifizierungsphase in der Medizin ist nicht nur langwierig, sondern auch durch eine Doppel- bzw. Dreifachbelastung geprägt. So folgt auf das lernintensive Studium und die dazugehörigen praktischen Klinikzeiten eine stark fordernde fachärztliche Weiterbildung, bevor junge Medizinerinnen und Mediziner ihre berufliche Ausbildung abschließen und als Fachärztin/Facharzt tätig werden können. Insbesondere wenn eine Führungsposition, z. B. eine Position als Chefarztin/Chefarzt, in einer Klinik angestrebt wird,

müssen die Medizinerinnen und Mediziner Möglichkeiten und Wege finden, um wissenschaftliche Qualifizierung, Lehre, Forschungstätigkeit, medizinisch-fachliche Ausbildung und Krankenversorgung miteinander zu vereinbaren. Die Dreifachherausforderung aus Klinik, Forschung und Lehre gilt als eine Erklärung, warum so wenige MedizinerInnen, insbesondere Medizinerinnen, eine Karriere in der Hochschulmedizin anstreben. Für Ärztinnen kann die Familiengründung, in die auch die Postdoc-Phase fällt, erschwerend hinzukommen und zu einer Vierfachbelastung führen.

### 1.3 DIE LEAKY PIPELINE IN DER MEDIZIN UND AN DEN UNIKLINIKEN IN NRW

Die aktuellen Frauenanteile auf den verschiedenen Stausebenen der sieben Medizinischen Fakultäten des Landes NRW machen sichtbar, dass sich der hohe Studentinnen- und Absolventinnenanteil – einschließlich der promovierten Medizinerinnen – nicht gleichmäßig auf der je nächst höheren Qualifizierungsebene fortsetzt.

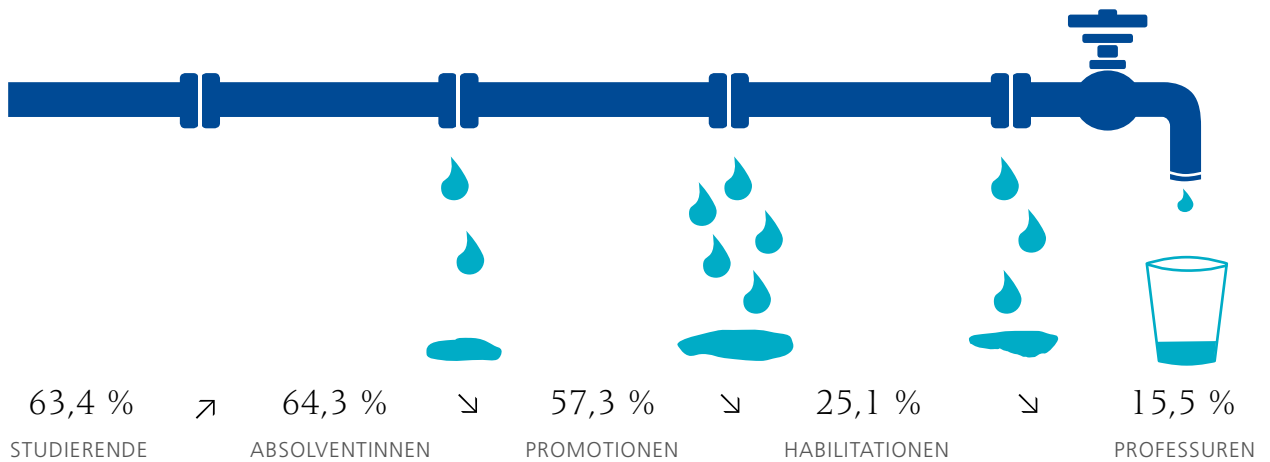
Gut 100 Jahre, nachdem Frauen zum Medizinstudium zugelassen wurden (Wilmanns 1995), haben sich die Geschlechterverhältnisse auf der Ebene des Studiums „gedreht“: Mittlerweile sind zwei Drittel der StudienanfängerInnen im Numerus-clausus-Fach Medizin weiblich; der NC/die Abiturbestenquote liegt in NRW bei 1,0.<sup>6</sup>

Obwohl das Potenzial an Ärztinnen damit groß und die Zulassung zur Habilitation für Frauen bereits seit 1920 möglich ist, holen Frauen auf der Ebene der Professuren nur langsam auf. Am stärksten „leckt“ die Pipeline an den Übergängen zur Habilitation und zur Professur. Hier kommt es zu einem rapiden Rückgang der Frauenanteile. Mit der Habilitation kehrt sich das Geschlechterverhältnis in der Medizin schließlich um, sodass 75 Prozent der Habilitierten und 84 Prozent der ProfessorInnen an den Universitätskliniken Männer sind.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen: Wie lässt sich diese Situation erklären? Gibt es geschlechtsspezifische Mechanismen und Regeln, die für eine Wissenschaftskarriere in der Medizin fördernd bzw. hemmend sind? Und wenn ja, *wo*, *wie* und *wo-*

<sup>6</sup> Vgl. hochschulstart.de [Zugriff am 24.06.2016].

Abb. C 1.2: Leaky Pipeline 2014 – Frauenanteile in der Humanmedizin an den Universitätskliniken in Trägerschaft des Landes NRW



Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016]; bei den Zahlen der promovierten und habilitierten Ärztinnen handelt es sich um Dreijahresdurchschnitte (2012, 2013, 2014).

durch wirken sie und wie sind geschlechtergerechte Wissenschaftskarrieren zu gestalten, die sich in geschlechterparitätischen Verteilungen niederschlagen? Bisherige Forschungen über den Zusammenhang von Medizin, Geschlecht und Karriere beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Erwerbsverläufe von Ärztinnen und Ärzten, auf die Arbeitsbedingungen insbesondere im Kontext der fachärztlichen Weiterbildung oder auf Karriereplanungen und Führungsstrategien, einschließlich der Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. Abele 2010; Alfermann/Stiller 2006a, 2006b; van den Bussche et al. 2014; Börchers/Kirchner/Trittmacher 2006; Dettmer/Kaczmarczyk/Bühren 2006). Die Frage, warum so wenige Wissenschaftskarrieren von Medizinerinnen in eine Professur münden, wurde dagegen bislang weniger erforscht.

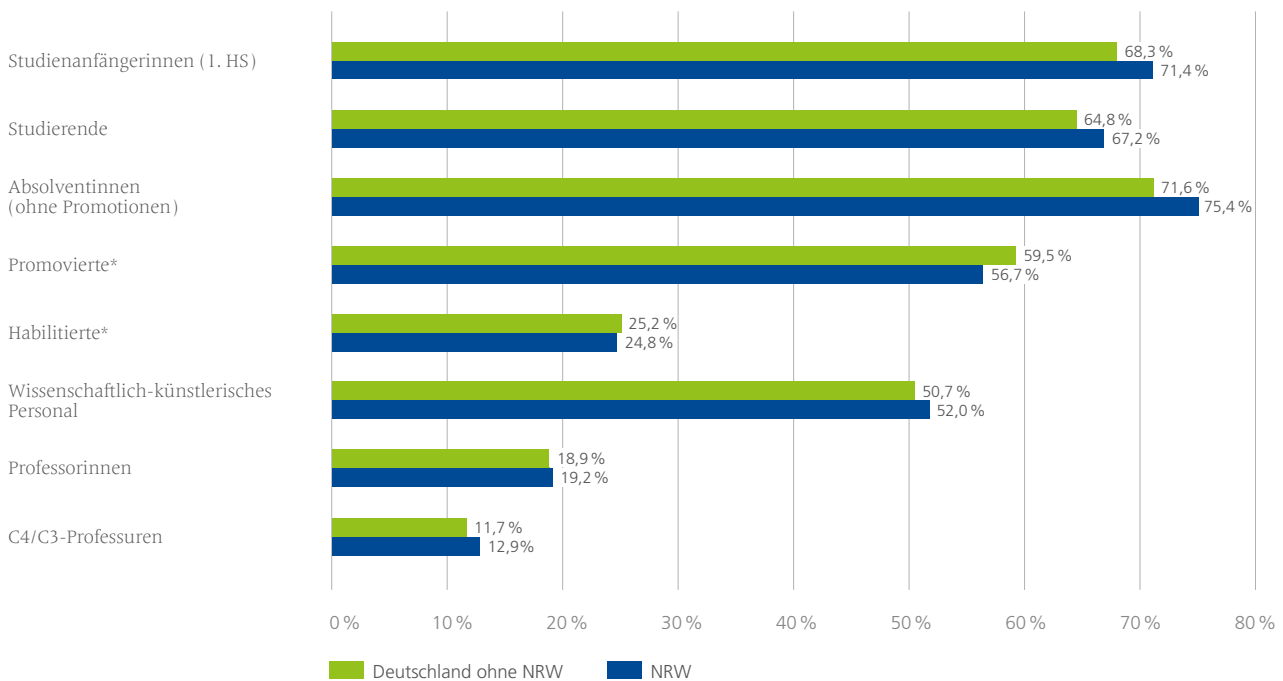
### 1.3.1 Wo steht NRW? Die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften im Bundesvergleich

Wird die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften in Nordrhein-Westfalen mit der Fächergruppe in den anderen deutschen Bundesländern verglichen, zeigt sich, dass sich die Frauenanteile innerhalb der Qualifizierungsstufen und Personalgruppen bis zur Professur ähneln und mit steigender Qualifikationsstufe die Leaky Pipeline sowohl in NRW als auch in den anderen Bundesländern (Deutschland ohne NRW) deutlich sichtbar wird (vgl. Abb. C 1.3).

Auffallend ist, dass in NRW, dem bevölkerungsreichsten Bundesland mit den insgesamt höchsten Studierendenzahlen, in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften die Frauenanteile unter den StudienanfängerInnen, den Studierenden und AbsolventInnen bei mehr als zwei Dritteln bzw. drei Vierteln liegen und damit jeweils leicht über dem Bundesdurchschnitt. In der Gruppe des wissenschaftlichen Personals, dem sogenannten Mittelbau, ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen. Auf der Ebene der höheren Qualifikationsstufen, den Promovierten und Habilitierten, weichen die Frauenanteile im Vergleich zum Durchschnitt aller Bundesländer ohne NRW leicht nach unten ab. Auch ist in diesem Zusammenhang der Einbruch der Frauenanteile mit der Habilitation deutlich zu erkennen und setzt sich in einem sehr niedrigen Frauenanteil an den Professuren fort. Zwar liegt NRW hier sehr leicht über dem Bundesdurchschnitt, trotzdem sind gerade einmal 12,9 Prozent der höchst dotierten Professuren mit Medizinerinnen besetzt. Die Unterschiede zwischen NRW und den anderen Bundesländern sind insgesamt nur graduell, daher kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse des Gender-Reports über den Gender Gap in der nordrhein-westfälischen Hochschulmedizin auch für die Hochschulmedizin in der Bundesrepublik Bedeutung haben.

Tabelle C 1.1 gibt einen Überblick über die Qualifizierungsstufen und Personalgruppen in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften für die nordrhein-westfälischen Hochschulen in

Abb. C 1.3: Frauenanteile in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften 2014 – NRW im Bundesländervergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt, FS 11, Reihe 4.3.1, Übersicht 18, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen.

Trägerschaft des Landes. Auch hier zeigt sich, dass die Frauenanteile auf Studierendenebene insgesamt sehr hoch sind, aber mit den weiteren Qualifikationsstufen abnehmen und Ärztinnen insbesondere auf Professuren deutlich in der Minderheit sind. Auffällig ist zudem ein deutlicher Unterschied zwischen den Frauenanteilen an Fachhochschulen einerseits und an Universitäten andererseits. So sind die Frauenanteile an den Fachhochschulen über alle Qualifizierungsstufen hinweg zum Teil deutlich höher als die an den Universitäten, insbesondere an denen mit angeschlossenen Kliniken. Diese Geschlechtersegregation hängt nicht zuletzt mit dem unterschiedlichen Ausbildungsangebot der Hochschulformen zusammen. Während die Fachhochschulen und auch die Universitäten ohne Klinik (Universität Wuppertal, Universität Bielefeld und Deutsche Sporthochschule Köln) vorrangig für die Ausbildung in den frauendominierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen zuständig sind, beheimaten die Universitäten mit eigener Klinik die medizinischen Studiengänge und sind Orte der ärztlichen Ausbildung. Hier liegen die Frauenanteile auf allen Qualifizierungsstufen und in den Personalgruppen sehr viel niedriger und bei Professuren teilweise sichtbar unter 20 Prozent. In Bezug auf die Frauen-

anteile in den Personalgruppen unterhalb der Professur lässt sich zwischen den Universitäten mit Klinik eine größere Nähe feststellen: Am niedrigsten sind sie mit 48,1 % an der Universität Münster und am höchsten an der Universität Duisburg-Essen mit 53,9 %. Auf Studierendenebene und bei Promovierten schwanken die Frauenanteile dagegen stärker. So liegen sie bei den Studierenden zwischen 59,0 % (Ruhr-Universität Bochum) und 68,8 % an der RWTH Aachen und bei den Promovierten zwischen 51,6 % (Ruhr-Universität Bochum) und 63,7 % an der RWTH Aachen.

### 1.3.2 Professorin oder Professor? Frauen- und Männeranteile an Unikliniken und Medizinischen Fakultäten in NRW

Dieser erste Überblick über die aktuellen Zahlen beschreibt den (ernüchternden) Ist-Stand. Wird hierbei eventuell eine positive Entwicklungstendenz nicht berücksichtigt? Wie haben sich die Frauenanteile an den Professuren der Unikliniken des Landes NRW innerhalb von zehn Jahren (2004 bis 2014) entwickelt? Auf wie viele Professorinnen treffen Studierende, Lehrende, Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten konkret, wenn sie eine Uniklinik

Tab. C 1.1: Qualifizierungsstufen und Personalgruppen – Frauenanteile auf Hochschulebene und Differenz zum NRW-Durchschnitt 2014 (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften)

Hochschule	Studierende			Promovierte			Ha. wiss. künstl. Personal (ohne ProfessorInnen)			ProfessorInnen			Ø- Abwei- chung
	Anzahl	Frauen- anteil	Diff. zu NRW	Anzahl	Frauen- anteil	Diff. zu NRW	Anzahl	Frauen- anteil	Diff. zu NRW	Anzahl	Frauen- anteil	Diff. zu NRW	
		%	%- Punkte		%	%- Punkte		%	%- Punkte		%	%- Punkte	
FH Münster	738	83,1 %	17,0	(-)	(-)	(-)	13	84,6 %	32,8	9	66,7 %	48,1	32,6
HS für Gesundheit	753	87,4 %	21,3	(-)	(-)	(-)	47	85,1 %	33,3	17	47,1 %	28,5	27,7
FH Bielefeld	631	81,0 %	14,9	(-)	(-)	(-)	4	50,0 %	-1,8	11	72,7 %	54,1	22,4
U Wuppertal	241	81,3 %	15,2	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	15,2
U Bielefeld	702	80,5 %	14,4	8	60,0 %	2,7	73	64,4 %	12,6	10	40,0 %	21,4	12,8
HS Niederrhein	816	71,9 %	5,9	(-)	(-)	(-)	11	54,5 %	2,7	10	30,0 %	11,4	6,7
DSHS Köln	104	63,5 %	-2,6	(-)	(-)	(-)	38	55,3 %	3,4	3	33,3 %	14,7	5,2
U Bochum	2.332	59,0 %	-7,1	127	51,6 %	-5,7	234	53,8 %	2,0	33	33,3 %	14,7	1,0
RWTH Aachen	2.908	68,8 %	2,7	178	63,7 %	6,4	1.668	50,9 %	-0,9	106	12,3 %	-6,3	0,5
U Duisburg- Essen	2.114	63,5 %	-2,6	132	54,9 %	-2,4	1.252	53,9 %	2,1	82	19,5 %	0,9	-0,5
U Köln	4.500	63,9 %	-2,1	217	58,5 %	1,2	1.929	53,4 %	1,6	91	15,4 %	-3,2	-0,6
U Düsseldorf	3.502	64,2 %	-1,9	114	53,9 %	-3,4	1.551	51,9 %	0,1	102	16,7 %	-1,9	-1,8
U Bonn	2.842	63,4 %	-2,7	160	58,7 %	1,4	1.579	50,9 %	-1,0	117	9,4 %	-9,2	-2,9
U Münster	3.117	59,9 %	-6,2	245	56,4 %	-0,9	1.737	48,1 %	-3,7	110	15,5 %	-3,2	-3,5
<b>Alle Hochschulen</b>	<b>25.376</b>	<b>66,1 %</b>	<b>(-)</b>	<b>1.181</b>	<b>57,3 %</b>	<b>(-)</b>	<b>10.140</b>	<b>51,8 %</b>	<b>(-)</b>	<b>704</b>	<b>18,6 %</b>	<b>(-)</b>	<b>(-)</b>

Quelle: Sonderauswertung IT.NRW, Referat 513, amtliche Hochschulstatistik/Personalstatistik/Prüfungsstatistik 2014 sowie Studierendenstatistik WS 2014/15, eigene Berechnungen. Geordnet nach dem Durchschnitt der Abweichungen vom Landesdurchschnitt der Fächergruppe. Promotionen: Dreijahresdurchschnitte (2012, 2013, 2014) der abgeschlossenen Promotionen, wiss.-künstlerisches Personal: ohne Professuren. Geordnet sind die einzelnen Hochschulen nach der Abweichung ihres Gesamt-Frauenanteils über alle untersuchten Statusgruppen hinweg vom nordrhein-westfälischen Durchschnitt (letzte Tabellenspalte). Hochschulen, in denen die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften nicht vertreten ist, werden nicht berücksichtigt. Außerdem werden Hochschulen, deren Studierendenzahl unter 100 beträgt, in der Tabelle nicht dargestellt, aber in die Summen und Durchschnitte (unterste Zeile) eingerechnet.

Tab. C 1.2: ProfessorInnen der Universitätskliniken in Trägerschaft des Landes NRW sowie Frauenanteile 2004 und 2014

Rang Professuren	Klinikum	ProfessorInnen			Frauenanteile			
		2004	2014	Veränderungsrate 2004–2014	2004	2014	Differenz 2004–2014	Differenz zu NRW 2014
		Anzahl	Anzahl	%	%	%	%-Punkte	%-Punkte
1	UK Bochum	17	33	94,1 %	29,4 %	33,3 %	3,9	10,8
2	UK Duisburg-Essen	63	84	33,3 %	4,8 %	21,4 %	16,7	-1,1
3	UK Düsseldorf	138	102	-26,1 %	9,4 %	16,7 %	7,2	-5,9
4	UK Köln	90	91	1,1 %	10,0 %	15,4 %	5,4	-7,2
5	UK Münster	104	111	6,7 %	12,5 %	15,3 %	2,8	-7,2
6	UK Aachen	74	107	44,6 %	8,1 %	12,1 %	4,0	-10,4
7	UK Bonn	87	117	34,5 %	1,1 %	9,4 %	8,3	-13,2
	<b>Alle Universitätskliniken</b>	<b>573</b>	<b>645</b>	<b>12,6 %</b>	<b>8,7 %</b>	<b>15,7 %</b>	<b>6,9</b>	<b>-6,9</b>
	<b>Alle Hochschulen</b>	<b>7.121</b>	<b>8.122</b>	<b>14,1 %</b>	<b>13,6 %</b>	<b>22,6 %</b>	<b>9,0</b>	<b>(-)</b>

Quelle: Sonderauswertung IT.NRW, Referat 513, Amtliche Hochschulstatistik/Personalstatistik 2004 und 2014; eigene Berechnungen.

betreten? Im Zeitverlauf ist nicht nur die Anzahl der Klinikprofessuren insgesamt gestiegen, sondern auch die Anzahl der Professorinnen, die diese innehaben. Zwischen 2004 und 2014 konnte der Frauenanteil fast verdoppelt werden, von 8,7 % auf 15,7 %. Gab es 2004 landesweit nur 50 Professorinnen, besetzen zehn Jahre später 101 Medizinerinnen Professuren.

Tabelle C 1.2 lässt sichtbar werden, dass diese Entwicklung von Hochschule zu Hochschule jedoch unterschiedlich verlaufen ist.

Während an der Uniklinik Bonn 2014 nur elf Professorinnen – aber 106 Professoren – lehren, forschen und heilen, sind es an der Universitätsklinik Essen 18 Pro-

Tab. C 1.3: KlinikprofessorInnen nach Besoldungsstufen und Frauenanteilen in 2004, 2009 und 2014 in NRW

Einstufung	2004			2009			2014		
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%
Insgesamt	573	50	8,7 %	545	57	10,5 %	645	101	15,7 %
W3/C4	288	15	5,2 %	277	20	7,2 %	346	43	12,4 %
W2/C2/C3	225	23	10,2 %	189	25	13,2 %	229	37	16,2 %
W1	(-)	(-)	(-)	6	1	16,7 %	19	9	47,4 %
Sonstige	60	12	20,0 %	73	11	15,1 %	51	12	23,5 %

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 1.4: Leitungsebene an den Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in NRW 2016 (ohne Bochum)

Unikliniken/ Medizinische Fakultäten	Dekanate					Leitungen in Universitätskliniken				
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen- anteil	Differenz zu NRW	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen- anteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Aachen	0	5	5	0,0 %	-10,3 %	8	71	79	10,1 %	-2,9
Bonn	0	4	4	0,0 %	-10,3 %	5	61	66	7,6 %	-5,5
Duisburg-Essen	0	4	4	0,0 %	-10,3 %	12	61	73	16,4 %	3,4
Düsseldorf	1	3	4	25,0 %	14,7 %	9	70	79	11,4 %	-1,7
Köln	1	6	7	14,3 %	3,9 %	12	55	67	17,9 %	4,9
Münster	1	4	5	20,0 %	9,7 %	13	75	88	14,8 %	1,7
<b>Insgesamt</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>10,3 %</b>	<b>(-)</b>	<b>59</b>	<b>393</b>	<b>452</b>	<b>13,1 %</b>	<b>(-)</b>

Quelle: eigene Erhebung (März 2016) und Berechnung. Vakante Positionen während des Erhebungszeitraums konnten nicht berücksichtigt werden.

fessorinnen und 66 Professoren (s. Kap. C 2). Diese Zahlen deuten auf spezifische Bedingungen an den einzelnen Standorten hin. Der extrem niedrige Professorinnenanteil an der Uniklinik Bonn ist jedoch nicht nur für die örtliche Klinik problematisch, sondern für NRW insgesamt, da das Uniklinikum Bonn über die meisten Medizinprofessuren verfügt und so den Landesdurchschnitt senkt. In Bonn sind insgesamt 106 Professoren beschäftigt, damit arbeiten allein an dieser einen Klinik mehr Professoren, als es in ganz Nordrhein-Westfalen Professorinnen gibt – an allen Universitätskliniken zusammen. Wird die Geschlechterverteilung auf den einzelnen Besoldungsstufen der Professuren genauer betrachtet, zeigt sich darüber hinaus, dass der Anteil von Medizinerinnen noch weiter abnimmt, je höher eine Professur besoldet ist. Im Zeitverlauf positiv zu bewerten ist dagegen der kontinuierliche Anstieg des Frauenanteils in den W1- bis W3-/C4-Besoldungsstufen und dass die neu geschaffenen W1-Professuren zunehmend mit Ärztinnen besetzt worden sind.

Vor dem Hintergrund des niedrigen Frauenanteils an den Professuren in den Universitätskliniken des Landes NRW ist die in gesellschaftlichen Diskussionen aufgestellte und verbreitete These einer „Feminisie-

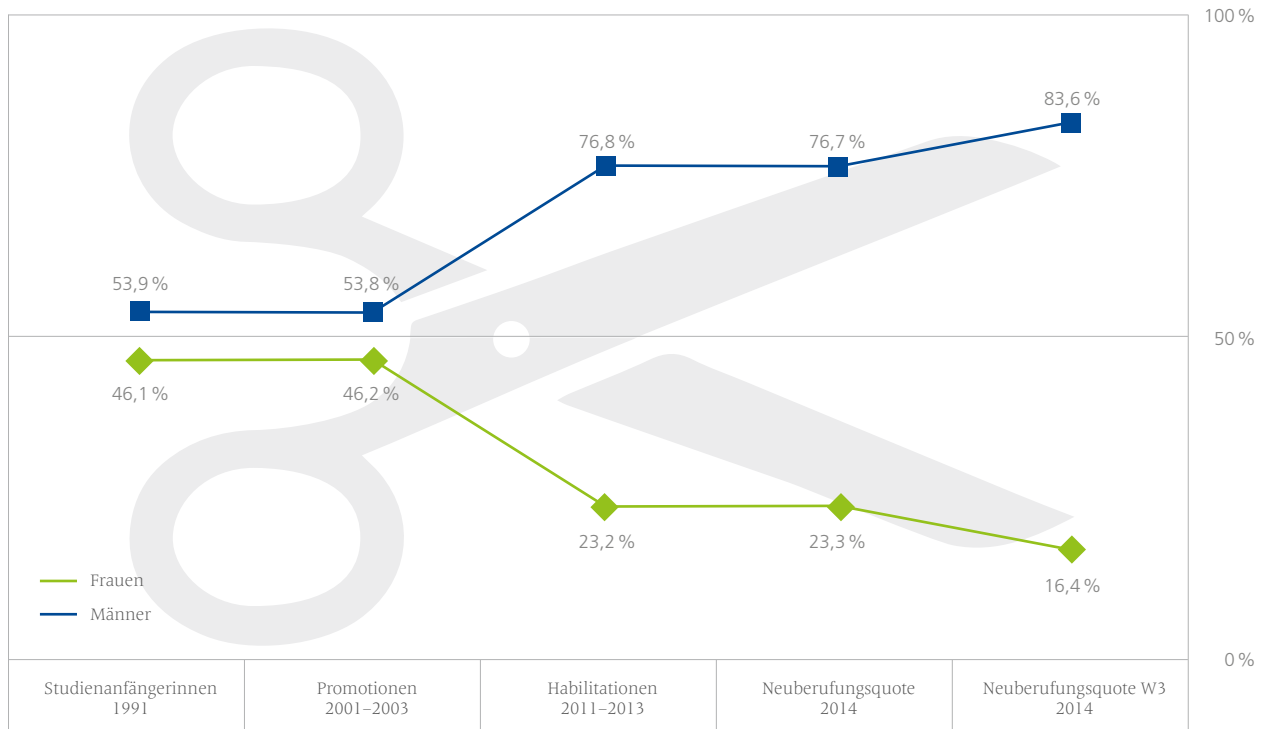
rung der Medizin“ (vgl. bspw. Schmacke 2013: 40ff.) kritisch zu betrachten, da sie den Sachverhalt – mit Blick auf die hier gewonnenen Ergebnisse – nicht adäquat beschreibt.

#### Leitungsebenen und Führungsaufgaben nach Geschlecht

Die Geschlechterverteilung auf den Führungs- und Leitungsebenen der Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken des Landes NRW zeigt, dass sich der niedrige Professorinnenanteil auch auf die zentralen Entscheidungsstellen in der Hochschulmedizin auswirkt und Frauen dort kaum vertreten sind.

Lediglich an drei Standorten haben Ärztinnen Positionen innerhalb der Dekanate der Medizinischen Fakultäten inne: So gibt es an der Universität Düsseldorf, der Universität zu Köln und der Universität Münster jeweils eine Frau, die das Amt der Prodekanin ausübt. Dadurch liegt der Frauenanteil in den Dekanaten insgesamt bei einem sehr niedrigen Wert, gerade einmal jeder zehnte Dekanatsposten ist mit einer Medizinerin besetzt (10,3 %). Auch der Frauenanteil an den Leitungspositionen der Universitätskliniken fällt mit 13,1 % insgesamt sehr gering aus. In die Be-

Abb. C 1.4: Time Lag im Qualifizierungsverlauf in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften 1991 bis 2014 in Deutschland



Quelle: GWK, Heft 45 sowie Statistisches Bundesamt, Reihe 4.2., Prüfungen an Hochschulen 2012 und Reihe 4.4. Personal an Hochschulen 2014 und Sonderauswertung, eigene Berechnungen.

rechnung sind die Leitungspositionen des Vorstands, des Aufsichtsrats sowie die einzelnen Klinik- und Institutsleitungen eingeflossen. Von den insgesamt 452 gezählten Leitungspersonen sind gerade einmal 59 weiblich. Die Universitätskliniken Münster, Essen und Köln weisen in diesem Zusammenhang zumindest einen Frauenanteil zwischen 14,8 % und 17,9 % auf, während die Universitätsklinik Bonn, die immerhin 117 Professuren beheimatet, mehr als jede andere Uniklinik in NRW, nur 7,6 % ihrer Führungspositionen mit Frauen besetzt hat und damit deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt.

### Der Time Lag in der Hochschulmedizin – Qualifizierungs- und Karrierestufen

Der niedrige Frauenanteil auf Medizinprofessuren kann möglicherweise durch einen Verzögerungseffekt erklärt werden, da eine wissenschaftliche Laufbahn in der Medizin einen langen Qualifizierungsweg umfasst, der zeitliche Verlauf von der Promotion bis zur Berufung auf eine Professur durchschnittlich gut 13 Jahre beträgt und das Erstberufsalter bei 42 Jahren liegt. Wer 2014 auf eine Medizinprofessur berufen wurde, hat im durchschnittlichen Fall zwischen 2001

und 2003 die Promotion und zwischen 2011 und 2013 die Habilitation abgeschlossen. Werden diese Daten zugrunde gelegt und zugleich die Neuberufungsquote hinzugezogen, zeigt sich, dass sich die „Schere“ zwischen den Frauen- und Männeranteilen bei den Habilitationen am stärksten öffnet. Positiv hervorzuheben ist, dass die habilitierten Medizinerinnen ihrem Anteil (23,2 %) entsprechend im Jahr 2014 auf Professuren (23,3 %) insgesamt berufen wurden. Hingegen liegt die Neuberufungsquote auf W3-Professuren insgesamt 6,8 Prozentpunkte niedriger.

Der größte Rückgang des Frauenanteils ist somit zwischen den Qualifizierungsstufen Promotion und Habilitation zu verzeichnen. Die Untersuchung von Cramer et al. (2016), die eine Befragung der Ärztinnen und Ärzte am „Klinikum rechts der Isar“ (TU München) durchgeführt haben, untermauert, dass sich Wissenschaftslaufbahn und Karriereambitionen an der Frage „Habil oder Nicht-Habil“ entscheiden. Dieses Ergebnis gilt auch für die Hochschulmedizin in NRW, auch wenn es Unterschiede von zehn Prozentpunkten zwischen den unterschiedlichen Hochschulstandorten gibt. Während der Anteil von Frauen an den Habilitier-



Tab. C 1.5: Habilitationen in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften<sup>7</sup>

Hochschule	Frauen	Gesamt	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
U Münster	21	68	30,9 %	5,7
RWTH Aachen	16	55	29,1 %	3,9
U Bonn	18	70	25,7 %	0,5
U Duisburg-Essen	16	66	24,2 %	-1,0
U Düsseldorf	10	45	22,2 %	-3,0
U Köln	19	86	22,1 %	-3,1
U Bochum	8	41	19,5 %	-5,7
<b>Alle Universitäten</b>	<b>109</b>	<b>432</b>	<b>25,2 %</b>	<b>(-)</b>

Quelle: Sonderauswertung IT.NRW, Referat 513, amtliche Hochschulstatistik/Habilitationsstatistik 2012–2014; eigene Berechnungen. Geordnet nach den Abweichungen vom Frauenanteil im Landesdurchschnitt.

ten an der Universität Münster bei 30,9 % liegt, sind in Bochum nicht einmal 20,0 % der Habilitierten weiblich (s. Tab. C 1.5). Vor dem Hintergrund, dass Habilitationen in der Medizin, wie bereits erwähnt, eine hohe Bedeutung haben, weil sie neben der Chance auf eine Professur auch Möglichkeiten eröffnen, auf eine Position als Chefarztin bzw. Chefarzt zu gelangen, scheint es besonders schwerwiegend, dass der Weg zu klini-

schen und wissenschaftlichen Führungspositionen nach wie vor sehr männerdominiert ist. Auf diese Weise bleiben Frauen von wichtigen Entscheidungen in der Hochschulmedizin ausgeschlossen.

<sup>7</sup> An der Universität Bielefeld gab es in den Jahren 2012 bis 2014 insgesamt nur eine Habilitation (die einer Frau). Diese wird nicht in der Tabelle aufgeführt, in der Gesamtsumme bleibt sie jedoch erhalten.

## Resümee

Während die (überwiegende) Mehrheit der Studierenden und AbsolventInnen in der Medizin – einschließlich der Promovierenden – inzwischen weiblich ist, kommt es beim Übergang von der Promotion zur Habilitation zu einem großen Rückgang des Frauenanteils. Mit der Habilitation in der Medizin kehrt sich das Geschlechterverhältnis um, sodass der Männeranteil deutlich überwiegt – 75 % der Habilitierten und 84 % der ProfessorInnen an den Unikliniken des Landes NRW sind männlich.

Trotz dieser insgesamt ausgeprägten männlichen Dominanz lassen sich an den einzelnen Medizinischen Fakultäten/Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen zum Teil starke Unterschiede erkennen, die erklärungsbedürftig sind. Zudem ist mit Blick auf Führungs- und Leitungspositionen, auf denen Medizinerinnen in NRW kaum vertreten sind (so liegt der Frauenanteil bei den Dekanaten der Medizinischen Fakultäten bei 10,3 % und bei den Leitungspositionen der Unikliniken bei 13,1 %), die These von der „Feminisierung“ der Medizin kritisch zu hinterfragen.

## 2 GENDER-PROFILE: MEDIZINISCHE FAKULTÄTEN UND UNIVERSITÄTSKLINIKEN IN NRW

In diesem Kapitel wird für jede Medizinische Fakultät und Uniklinik ein Gender-Profil erstellt, das nicht nur genauere Zahlen zum Personal und den Qualifizierungsstufen enthält, sondern auch eine Analyse der gleichstellungsbezogenen Aktivitäten mit Blick auf Wissenschaftskarrieren. Die Profile beinhalten jeweils eine getrennte Betrachtung der Medizinischen Fakultät und des Klinikums. Beide Einheiten werden sowohl quantitativ durch die amtliche Hochschulstatistik als auch anhand der Website-Präsenz ihrer Gleichstellungsaktivitäten analysiert und durch die Aussagen aus den ExpertInnengesprächen mit den Gleichstellungsbeauftragten, Ärztlichen Direktoren und Dekanen/Prodekaninnen ergänzt. Die quantitativen Analysen beziehen sich auf die Frauenanteile in den Personalgruppen und Qualifizierungsstufen und setzen jede Universitätsklinik zum NRW-Durchschnitt in Beziehung. Allen Profilen gemeinsam ist eine besondere organisatorische Verzahnung und enge Kooperation zwischen Medizinischer Fakultät und jeweiliger Uniklinik: Das Hochschulmedizingesetz (HMG) des Landes NRW gibt vor, dass die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum sowohl in enger Zusammenarbeit agieren als auch in Forschung und Lehre ihre Aufgaben gemeinsam erfüllen sollen. So ist die Fakultät Teil der Hochschule und das Universitätsklinikum agiert rechtlich eigenständig. Zugleich beruht das Kooperationsmodell auf einer engen Verwobenheit: Getrennte Leitungsgremien, wie das Dekanat auf Seiten der Fakultät bzw. der Hochschule und der Vorstand auf Seiten des Universitätsklinikums, sind klar diesen Organisationen zugeordnet. Dadurch, dass der Dekan stimmberechtigtes Mitglied im Vorstand der Universitätsklinik und der Ärztliche sowie Kaufmännische Direktor Mitglieder des Dekanats sind, gibt es einen engen Austausch über die Aufgaben Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Während die Hauptaufgabe der Fakultät in der Organisation und Durchführung von Forschung und Lehre liegt, steht am Universitätsklinikum auch die Krankenversorgung im Vordergrund.

### Aufbau der Gender-Profile

Die quantitativen Erhebungen beziehen sich auf folgende Definitionen und Datengrundlagen<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Da bei der Erstellung der Profile mit exakten Daten gearbeitet wurde,

**Erhebungszeitraum und Datenquellen:** Für die Profile gilt das Bezugsjahr 2014. Die Zahlen zu den Qualifizierungsstufen und Hochschulbeschäftigten stammen von IT.NRW für das Jahr 2014 (s. a. Einleitung). Die Erhebung der Leitungspositionen innerhalb der Kliniken (Vorstand, Aufsichtsrat, Klinikleitungen und Dekanate) wurde im März 2016 von der Koordinations- und Forschungsstelle durchgeführt, die Websiterecherche zu zentralen Daten des Klinikums und zur Gleichstellung im Klinikum und in der Medizinischen Fakultät von Ende 2014 bis Mitte 2016.

Bei den Statistiken zu Frauen- und Männeranteilen wird eine „**Kopfzählung**“ vorgenommen: Gezählt werden grundsätzlich Personen ohne Berücksichtigung des Arbeitsvolumens (Vollzeit/Teilzeit).

**Qualifizierungsstufen:** Eine statistische Isolierung der Medizinischen Fakultät ist bei den Qualifizierungsstufen anhand der Datengrundlage nicht möglich. Deshalb werden Studierende und AbsolventInnen der medizinischen Studiengänge sowie Habilitierte über die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften an der jeweiligen gesamten Universität identifiziert.

**Studierende:** Die Studierenden werden anhand der eingeschriebenen Studierenden (einschließlich Promotionsstudierende) erfasst. Gleiches gilt für die StudienanfängerInnen, die hier über das erste Fachsemester erfasst sind. Damit wird es möglich, auch Medizinstudierende zu dokumentieren, die vorher schon etwas anderes studiert haben.

**AbsolventInnen:** Hier handelt es sich um diejenigen, die im Berichtsjahr erfolgreich einen Abschluss abgelegt haben. Zusätzlich wird differenziert, ob es sich um promovierte oder nicht-promovierte AbsolventInnen handelt.

**Promovierte und Habilitierte:** Um die geringen Fallzahlen zu kompensieren, werden die Dreijahresdurchschnitte der Abschlüsse in den aktuellsten verfügbaren drei Jahren zugrunde gelegt, zurückgerechnet vom Berichtsjahr aus (2012–2014).

sind bei den Rundungswerten Abweichungen von 0,1 Prozent(punkten) von den tatsächlichen Werten möglich.

**Personal:** In den Tabellen zum Personal werden nur die Beschäftigten der Universität gezählt, die laut Hochschulstatistik (IT.NRW) dem Universitätsklinikum zugeordnet sind. Das kann im Einzelfall von der fachlichen Zuordnung zur Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften abweichen. Eine statistische Isolierung der Medizinischen Fakultät ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich, allerdings ist davon auszugehen, dass über die Zuordnung „Klinikum“ die Beschäftigten der Medizinischen Fakultät annähernd abgebildet werden.

**ProfessorInnen:** Zunächst werden alle ProfessorInnen erfasst, die laut Hochschulstatistik dem Klinikum zugeordnet sind. Für die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften erfolgt noch einmal eine Differenzierung nach Lehr- und Forschungsbereich sowie Besoldungsstufen.

**Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen):** Hierunter werden alle wissenschaftlichen (ggf. auch künstlerischen) Beschäftigten erfasst, die laut Hochschulstatistik (IT.NRW) dem Klinikum zugerechnet werden. Diejenigen, die der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet sind, werden noch einmal gesondert ausgewiesen.

**MTV:** Die MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung umfassen in der Hochschulstatistik die folgenden Untergruppen innerhalb der Hochschulen einschließlich der Universitätskliniken: Verwaltungspersonal, Bibliothekspersonal, Technisches Personal, Sonstiges Personal, Pflegepersonal, Auszubildende, PraktikantInnen. In den Profilen ist das Pflegepersonal noch einmal gesondert ausgewiesen.

**Vorstand:** Laut Hochschulgesetz besteht der Vorstand der Universitätskliniken aus vier stimmberechtigten Personen, als Kann-Bestimmung gibt es ein weiteres Mitglied: die Stellvertreterin oder der Stellvertreter des Ärztlichen Direktors.<sup>2</sup> Deshalb wird diese Funktion bei der Ermittlung des Frauenanteils mitgezählt, sofern in der Satzung bzw. der Außenpräsentation (Webseite) unter Vorstand ein entsprechendes Mitglied geführt wird.

<sup>2</sup> „Dem Vorstand gehören an: 1. die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor, 2. die Kaufmännische Direktorin oder der Kaufmännische Direktor, 3. die Dekanin oder der Dekan des Fachbereichs Medizin und 4. die Pflegedirektorin oder der Pflegedirektor. Die Satzung kann vorsehen, dass die Stellvertretende Ärztliche Direktorin oder der Stellvertretende Ärztliche Direktor als stimmberechtigtes Mitglied dem Vorstand angehört.“ (§ 31a HG NRW Abs. 5)

**Aufsichtsrat:** Dem Aufsichtsrat gehören laut Hochschulgesetz NRW (§ 31a) elf stimmberechtigte Mitglieder und die Gleichstellungsbeauftragte (nicht stimmberechtigt) an. Bei der Ermittlung des Frauenanteils in den Klinikprofilen werden nur die stimmberechtigten Mitglieder gezählt. Seit 2013 müssen die vier Posten der externen Mitglieder<sup>3</sup> geschlechterparitätisch besetzt sein.<sup>4</sup> Deshalb erfolgt in der Analyse auch die Aufschlüsselung in externe und interne Mitglieder im Hinblick darauf, ob die Quotierung umgesetzt ist.

**Klinikleitungen und Institutsleitungen:** Hier handelt es sich um die Leitungen aller Einzelkliniken und Institute innerhalb der Universitätskliniken einschließlich kommissarischer Leitungen und Doppelspitzen. Die Erhebung der Klinik- und Institutsleitungen basiert auf einer Websiterecherche im Frühjahr 2016. Zentren und Abteilungen wurden nicht mit einbezogen, außer sie wurden als Kliniken, Polikliniken oder Institute bezeichnet; dadurch kann es im Einzelfall zu einer abweichenden Anzahl von Kliniken/Instituten kommen. Es werden – abweichend von der sonstigen Vorgehensweise – Funktionen statt Köpfe gezählt, sodass im Einzelfall eine Person, die gleichzeitig zwei Leitungsfunktionen innehat, zweifach gezählt wird. Gezählt wird nur die oberste Leitungsposition ohne Stellvertretung. Doppelspitzen werden nur dann als solche erfasst, wenn die Leitung offensichtlich gleichberechtigt erfolgt.

### Besonderheiten des Gender-Profiles für Bochum

Das Bochumer Universitätsklinikum ist ein Klinikverbundmodell und aus diesem Grund nicht direkt mit den anderen Standorten der Hochschulmedizin in NRW vergleichbar. In der amtlichen Hochschulstatistik werden lediglich die Professuren, Qualifizierungsstufen und Personalgruppen im vorklinischen und klinisch-theoretischen Bereich, die an der Medizinischen Fakultät angesiedelt sind, erfasst. Die Statusgruppen an den einzelnen Kliniken des Bochumer Modells werden von der amtlichen Statistik nicht erfasst, sodass sich das Gender-Profil im Wesentlichen auch nur auf die Medizinische Fakultät beschränkt.

<sup>3</sup> Es handelt sich um je zwei externe Sachverständige aus dem Bereich der Wirtschaft und der medizinischen Wissenschaft (§ 31a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 und 4 HG NRW).

<sup>4</sup> Quelle: NRW-Universitätsklinikumverordnung (UKVO § 4 Abs. 3 Satz 3), [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=221&bes\\_id=11181&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#det283946](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=221&bes_id=11181&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#det283946) [Zugriff am 09.02.2015].

## 2.1 AACHEN: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIKLINIKUM

### 2.1.1 Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

Die Medizinische Fakultät Aachen hebt als ihre drei Forschungsschwerpunkte Medizin und Technik, Klinische Neurowissenschaften, Entzündung und Folgen hervor. Außerdem formuliert die Fakultät zwei weitere zentrale Entwicklungsbereiche, die Kardiovaskuläre Degeneration und Regeneration sowie die Onkologie.<sup>5</sup> Dem Bereich „Gender & Diversity“ spricht die Medizinische Fakultät innerhalb ihres Profils eine „strategisch entscheidende Rolle“ für „eine höhere Produktivität und Effektivität“ zu und weist in diesem Zusammenhang auch auf die Maßnahmen der Fakultät zur Förderung der Gleichstellung und Geschlechtergerechtigkeit hin.<sup>6</sup>

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.1)*

Die Medizinische Fakultät der RWTH Aachen liegt bis auf das wissenschaftliche Personal, das Pflegepersonal und die Professuren der klinisch-praktischen Humanmedizin mit ihren Frauenanteilen unter dem Landesdurchschnitt.

Das Dekanat der Medizinischen Fakultät ist neben dem Dekan mit vier Prodekanen besetzt: Ein Prodekan ist in der Funktion als ständiger Stellvertreter des Dekans tätig, aber auch für den Themenschwerpunkt Raum- und Bauangelegenheiten. Die weiteren Prodekane sind für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs sowie für Struktur und Finanzen zuständig, außerdem gibt es noch einen Studiendekan (Prodekan für Studium und Lehre). Alle fünf Positionen sind mit Männern besetzt, im NRW-Vergleich ist dies unterdurchschnittlich. Die Professuren in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften sind insgesamt nur selten mit Frauen besetzt und liegen somit im Vergleich mit den NRW-Universitätskliniken unter dem Durchschnitt. Bei der Betrachtung nach Lehr- und Forschungsbereichen fällt die Beteiligung von Frauen teilweise (bis auf den Bereich der klinisch-praktischen Humanmedizin) noch deutlich geringer aus. Die klinisch-theoretische Humanmedizin (inklusive Zahnmedizin) kann nur einen Frauenanteil von 9,4 % aufweisen, bei der vorklinischen Humanmedizin (einschließlich Zahnmedizin) liegt

der Frauenanteil bei den Professuren bei nur 9,1 %, was deutlich unter dem NRW-Durchschnitt von 20,9 % liegt. Das wissenschaftlich-künstlerische Personal (ohne ProfessorInnen) besteht zu etwas mehr als der Hälfte aus Frauen (51,7 %), der Anteil in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften liegt dabei mit 50,9 % etwas darunter und somit minimal unter dem NRW-Durchschnitt der Universitätskliniken. Bei den MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung sind zu drei Viertel Frauen beschäftigt (74,5 %), speziell beim Pflegepersonal ist ihr Anteil sogar noch höher. Damit liegen sie im MTV- und Pflegebereich in etwa im NRW-Durchschnitt.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.2)*

Im Zeitverlauf hat sich insbesondere die Anzahl der Klinikprofessuren, aber auch der Frauenanteil daran erhöht: So gab es im Jahr 2004 74 Professuren an der RWTH Aachen (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften), 2014 sind es bereits 107. Während 2004 sechs Professorinnen zur Fakultät zählten, finden sich hier im Zuge der Aufstockung 2014 13 Professorinnen, davon sind sechs W3/C4-Professorinnen und fünf W2/C2/C3-Professorinnen. Bei den Juniorprofessuren (W1) sind zwei Frauen und ein Mann vertreten. Mit Ausnahme der W1-Professuren (und den sonstigen Besoldungsstufen von ProfessorInnen) liegt der Frauenanteil in den höchsten Besoldungsstufen dennoch weiterhin unter dem NRW-Durchschnitt der Universitätskliniken.

#### *Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.3)*

Die Medizinische Fakultät der RWTH Aachen gehört mit ihren 2.908 Studierenden zu den mittelgroßen in Trägerschaft des Landes NRW. Im Landesvergleich schneidet die RWTH Aachen im Hinblick auf die verschiedenen Qualifizierungsstufen in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften mit ihren Frauenanteilen durchweg überdurchschnittlich ab.

Von den in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften eingeschriebenen Studierenden sind mehr als zwei Drittel Frauen (68,8 %). Bei den StudienanfängerInnen überwiegen sie im Berichtsjahr 2014 sogar mit einem Anteil von 71,2 % und liegen hier mit 5,6 Prozentpunkten über dem Durchschnitt der NRW-Universitätskliniken. Bei der Betrachtung der Frauenanteile bei den StudienanfängerInnen, den Studierenden, den Promotions-

<sup>5</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Forschung/Profil/~szf/Schwerpunkte/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Forschung/Profil/~szf/Schwerpunkte/) [Zugriff am 05.06.2015].

<sup>6</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/~ini/Gender-and-Diversity/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/~ini/Gender-and-Diversity/) [Zugriff am 05.04.2016].

Tab. C 2.1: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Aachen 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	5	0	5	0,0 %	-10,3
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	107	13	94	12,1 %	-3,5
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	106	13	93	12,3 %	-3,2
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	56	9	47	16,1 %	2,4
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	32	3	29	9,4 %	-6,8
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	11	1	10	9,1 %	-11,8
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	7	0	7	0,0 %	-8,7
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.753	906	847	51,7 %	0,1
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.668	849	819	50,9 %	-0,6
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	4.938	3.678	1.260	74,5 %	-1,1
darunter Pflegepersonal	2.078	1.648	430	79,3 %	1,4

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.2: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	74	6	8,1 %	84	8	9,5 %	107	13	12,1 %	-3,5
W3/C4	41	3	7,3 %	47	3	6,4 %	58	6	10,3 %	-2,1
W2/C2/C3	26	1	3,8 %	25	3	12,0 %	46	5	10,9 %	-5,3
W1	(-)	(-)	(-)	1	0	0,0 %	3	2	66,7 %	19,3
Sonstige	7	2	28,6 %	10	2	20,0 %	(-)	(-)	(-)	(-)

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.3: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Aachen (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	579	412	167	71,2 %	5,6
<b>Studierende insgesamt</b>	2.908	2.001	907	68,8 %	5,4
ohne Promotionsstudierende	2.508	1.731	777	69,0 %	5,6
Promotionsstudierende	400	270	130	67,5 %	4,3
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	488	317	171	65,0 %	3,0
ohne Promotion	323	213	110	65,9 %	1,6
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	178	114	65	63,7 %	6,4
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	18	5	13	29,1 %	4,0

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

studierenden und den Promovierten zeigt sich, dass diese nicht nur über dem NRW-Durchschnitt liegen, sondern auch jeweils den Spitzenwert der NRW-Universitätskliniken darstellen. Mit einem Frauenanteil von 29,1 % bei den abgeschlossenen Habilitationen liegt die Fakultät hier als eine der wenigen über dem Durchschnitt der NRW-Universitätskliniken, der 2012–2014 bei 25,1 % lag.

### Studium

Die Medizinische Fakultät Aachen bietet einen Modellstudiengang Medizin an. Der seit Wintersemester 2003/04 für StudienanfängerInnen eingeführte Studiengang wird von der Fakultät als Aushängeschild der Lehre beworben. Fokus dieses Modells ist es, die Lerninhalte organzentriert und nicht wie üblich fachzentriert zu lehren. Auch andere Studiengänge der

Fakultät besitzen einen in weiten Teilen modellhaften Charakter. Es handelt sich dabei um Zahnmedizin, Logopädie (B. Sc.), Lehr- und Forschungslogopädie (M. Sc.) sowie Biomedical Engineering (M. Sc.).<sup>7</sup> An der Medizinischen Fakultät gibt es außerdem die Möglichkeit, Psychotherapie (B. Sc.) (dual oder berufsbegleitend), Lasers in Dentistry (M. Sc.) (ein weltweiter Weiterbildungsstudiengang) und Laboratory Animal Science (M. Sc.) zu studieren.<sup>8</sup> Die Medizinische Fakultät der RWTH Aachen arbeitet mit 16 Lehrkrankenhäusern zusammen.<sup>9</sup>

### Nachwuchsförderung

An der Medizinischen Fakultät Aachen stehen jungen WissenschaftlerInnen verschiedene spezielle Fördermaßnahmen zur Verfügung.<sup>10</sup> Das Nachwuchsprogramm START unterstützt Forschungsprojekte durch Anschubfinanzierung. Durch das IZKF (Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung) haben NachwuchswissenschaftlerInnen die Möglichkeit zur Mitarbeit in „Forschergruppen“. Auch Rotationsstellen werden für junge WissenschaftlerInnen angeboten. Daneben gibt es an der Fakultät ein internes M.D./Ph.D.-Programm sowie speziell für Frauen Habilitationsstipendien und Habilitationszuschüsse. Zudem existieren verschiedene Mentoringprogramme für unterschiedliche Zielgruppen, wobei insbesondere die Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses im Vordergrund steht:<sup>11</sup> TANDEMmed richtet sich an Medizinstudentinnen nach der ärztlichen Basisprüfung; TANDEMpeerMED fördert ärztliche und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ersten Berufsjahren und Promovierende in der Medizin; TANDEMplusMED unterstützt promovierte ärztliche und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in der Medizin auf dem Weg zur Professur.

### Gender in Forschung und Lehre

An der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen ist die „AG Gender Medizin“ aktiv. Ziel ist „die Berücksichtigung der Kategorie ‚Geschlecht‘ in Forschung, Klinik und Lehre an der Medizinischen Fakultät der RWTH

Aachen, um langfristig die Qualität im Gesundheitswesen zu erhöhen.“<sup>12</sup> Koordiniert wird die AG durch die Sprecherin des Gleichstellungsbeauftragten-Teams der Fakultät, Dr. med. Michaela Weishoff-Houben, die Koordinatorin für die Qualifikationsprofile im Modellstudiengang Medizin, Gudrun Färber-Töller, die Referentin für Karriereentwicklung und Gender der Medizinischen Fakultät, Dr. phil. Henrike Wolf, sowie eine studentische Mitarbeiterin. Professorinnen und Professoren der Fakultät sind weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe. Derzeit nimmt die AG das Medizin-Curriculum in den Fokus, um den verschiedenen beteiligten Fachgebieten konkrete Vorschläge für eine stärkere Integration von Gender als Querschnittsthema in die Lehrveranstaltungen zu machen. Zudem organisiert die AG Gender Medizin eine regelmäßige Ringvorlesung zum Thema „Gendermedizin“, die für das ärztliche Personal als Fortbildung und für Studierende als Wahlpflichtveranstaltung für das Qualifikationsprofil „Public Health“ oder „Medizin und Ethik“ angerechnet werden kann.

### Gleichstellungsbeauftragte

Die Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät wird von drei Mitarbeiterinnen ausgeübt, die sich die Arbeit untereinander aufteilen. Sprecherin des Gleichstellungsbeauftragten-Teams und damit offiziell benannte dezentrale Gleichstellungsbeauftragte ist Dr. med. Michaela Weishoff-Houben<sup>13</sup>, Oberärztin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, die gleichzeitig auch als stellvertretende zentrale Gleichstellungsbeauftragte der RWTH Aachen tätig ist. Frau Prof. Dr. rer. nat. Catherine Dißelhorst-Klug, Leiterin des Lehr- und Forschungsgebiets Rehabilitations- und Präventionstechnik, und Frau Dr. med. Gertraud Gradl, Assistenzärztin in der Klinik- und Unfallchirurgie, unterstützen die dezentrale Gleichstellungsbeauftragte. Die drei Teammitglieder haben keine Freistellung für die Gleichstellungsarbeit in der Medizinischen Fakultät. Aufgrund ihrer Sonderposition als zugleich stellvertretende zentrale Gleichstellungsbeauftragte ist die Fakultätsgleichstellungsbeauftragte zu 80 Prozent von ihrer regulären Arbeitszeit für Gleichstellungsbelange freigestellt, mit den anderen 20 Prozent ist sie nach wie vor in der Klinik und in der Lehre tätig. Für die Gleichstellungsarbeit in der Medizinischen Fakultät haben die Gleichstellungs-

<sup>7</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/~ing/Ziele/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/~ing/Ziele/) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>8</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/~ijo/Studiengaenge/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/~ijo/Studiengaenge/) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>9</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/Modellstudiengang-Medizin/~vls/Lehrpraxen-und-Lehrkrankenhaeuser/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/Modellstudiengang-Medizin/~vls/Lehrpraxen-und-Lehrkrankenhaeuser/) [Zugriff am 08.06.2015].

<sup>10</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Forschung/Foerderung/~szs/Interne-Programme/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Forschung/Foerderung/~szs/Interne-Programme/) [Zugriff am 12.04.2016].

<sup>11</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/go/id/ds/jf](http://www.medizin.rwth-aachen.de/go/id/ds/jf) [Zugriff am 03.06.2015].

<sup>12</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/Gender-and-Diversity/~ctfb/AG-Gender-Medizin/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/Gender-and-Diversity/~ctfb/AG-Gender-Medizin/) [Zugriff am: 08.06.2015].

<sup>13</sup> [www.rwth-aachen.de/cms/root/Die-RWTH/Einrichtungen/Einrichtungen-A-Z/~wnu/Gleichstellungsbuero/](http://www.rwth-aachen.de/cms/root/Die-RWTH/Einrichtungen/Einrichtungen-A-Z/~wnu/Gleichstellungsbuero/) [Zugriff am 06.07.2015].

Tab. C 2.4: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Aachen

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
Habilitationsstipendium	Klinisch tätige Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Fakultät
Habilitationszuschuss	Klinisch und nichtklinisch tätige Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Fakultät
Mentoringprogramme	Studentinnen sowie ärztliche und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Medizinischen Fakultät
(Kostenlose) offene Kinderbetreuung („Kinderland“)	Beschäftigte und Studierende sowie BesucherInnen der Uniklinik mit Kindern zwischen einem und zehn Jahren
Betriebskindertagesstätte des Universitätsklinikums	Beschäftigte der Uniklinik mit Kindern zwischen acht Wochen und sechs Jahren
KidsBox, mobiles Eltern-Kind-Zimmer	Beschäftigte der Medizinischen Fakultät und der Uniklinik mit Kindern
Kurzzeit Kinderbetreuung	Beschäftigte der Medizinischen Fakultät und der Uniklinik mit Kindern
Beratung werdender Eltern (ausgeführt vom Familien-Service-Büro)	Beschäftigte der Medizinischen Fakultät und der Uniklinik
Karrierestudie ärztliches Personal; schriftliche Befragung über Karriereverläufe und Karrierehemmnisse	Ärztliches Personal an der Medizinischen Fakultät

beauftragten ein kleines Budget mit dem Dekanat ausgehandelt, von dem sie die AG Gender Medizin und die Ringvorlesung finanzieren können. Für die AG wird von diesen Mitteln bspw. eine studentische Hilfskraft für die Zuarbeit finanziert.

Das Dekanat hat darüber hinaus eine Referentinnenstelle für Karriereentwicklung und Gender eingerichtet, die seit 2005 mit Dr. Henrike Wolf besetzt ist.<sup>14</sup> Sie koordiniert vorrangig die verschiedenen Mentoringprogramme der Medizinischen Fakultät und die AG Gender Medizin.

#### *Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät*

Der Frauenförderplan der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen wird jeweils im Zweijahresturnus erstellt. Der aktuelle Frauenförderplan<sup>15</sup>, der über die Website öffentlich zugänglich ist, gilt von 2014 bis 2016. Hierin wird betont, dass besonders durch die Exzellenzinitiative gleichstellungspolitische Maßnahmen erfolgreich initiiert und insgesamt konzeptionell integriert wurden, woran auch die Medizinische Fakultät durch die Einführung von verschiedenen Maßnahmen zur Chancengleichheit beteiligt gewesen sei (S. 3). Angesichts der Frauenanteile bei den C4/W3- und den C3/W2-Professuren von rund 10 % kann von einer hohen Unterrepräsentanz und einem großen Entwicklungspotenzial gesprochen werden. Der Frauenförderplan hebt jedoch als eine Problematik die geschlechterparitäts-

sche Besetzung hervor: „Leider gibt es bundesweit in vielen Teildisziplinen der Medizin, vor allem in den operativen Fächern, nur wenige berufungsfähige Frauen. Da alle Standorte um diese Frauen konkurrieren, besteht immer die Gefahr, dass Kolleginnen einen Ruf an eine andere Hochschule annehmen“ (S. 4). Beim wissenschaftlichen Personal sind Frauen überrepräsentiert. Die Fakultät sieht es als Erfolg, dass sich der Frauenanteil in den Entgeltgruppen 9–12 (57 %) in den Jahren 2011–2013 an den Frauenanteil in den Entgeltgruppen 13–15 (58 %) angeglichen hat. Der Frauenförderplan führt weiter aus, dass die Promotionsrate der Frauen gestiegen ist, der Frauenanteil an den Habilitationen sich deutlich erhöht hat und dass auf der TV-Ä2-Facharztbene eine Geschlechterparität erreicht wurde. Die Zielvorgabe des letzten Frauenförderplans war, den Frauenanteil der Oberarztstellen auf 25 % zu erhöhen, dies ist mit 24 % fast gelungen. Im Zeitraum von 2011 bis 2013 wurden pro Jahr Frauenfördermittel der Medizinischen Fakultät von 490.000 € genutzt. Dabei nahmen mit 280.000 € Habilitationsstipendien den höchsten Posten ein (S. 26). Die gelisteten Aktivitäten im Gleichstellungsbereich beziehen sich auf Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf/Studium und Familie, zum Abbau der Unterrepräsentanz von Frauen, zur Qualifizierung und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. -gestaltung. Diese Maßnahmen finden sich in den Gleichstellungsprojekten wieder.

<sup>14</sup> [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Karriere/Mentoring-Programme/~dspk/Kontakt-und-Koordinationsbuero/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Karriere/Mentoring-Programme/~dspk/Kontakt-und-Koordinationsbuero/) [Zugriff am 16.12.2015].

<sup>15</sup> RWTH Aachen, Frauenförderplan 2014; [www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/Gender-and-Diversity/~cteq/Frauenfoerderplan/](http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/Gender-and-Diversity/~cteq/Frauenfoerderplan/) [Zugriff am 23.06.2015].

#### *Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.4)*

Unterstützung für den Weg zur Habilitation wird Wissenschaftlerinnen durch Stipendien und Zu-

Tab. C 2.5: Leitungsebene im Klinikum Aachen nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	4	1	3	25,0 %	14,7
Aufsichtsrat	11	2	9	18,2 %	-10,6
Klinikleitungen	37	4	33	10,8 %	1,3
Institutsleitungen	27	1	26	3,7 %	-7,6
<b>Insgesamt</b>	<b>79</b>	<b>8</b>	<b>71</b>	<b>10,1 %</b>	<b>-2,9</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

schüsse gewährt.<sup>16</sup> Dies erfolgt in Form einer Freistellung (durch die Finanzierung einer halben Stelle) und/oder einen finanziellen Zuschuss z. B. für Kinderbetreuung, Haushaltshilfen oder Kongresskosten. Mentoring speziell für Frauen findet im Rahmen der Nachwuchsförderung (s. o.) statt. Die Kinderbetreuungsmaßnahmen richten sich – neben dem Angebot der regelmäßigen Betreuung in der Betriebskindertagesstätte – insbesondere auf Fälle von kurzfristigem Betreuungsbedarf:<sup>17</sup> Bei der KidsBox handelt es sich um ein mobiles Eltern-Kind-Zimmer. Beschäftigte der Uniklinik, deren Kinderbetreuung kurzfristig ausfällt, können ihre Kinder mit ins Büro nehmen und sich eine KidsBox ausleihen, die Spielzeug für Kinder enthält; alternativ können sie über die Kurzzeit-Kinderbetreuung ihre Kinder in akuten Fällen bis zu fünf Stunden zu Hause oder im Kinderland betreuen lassen. In der Offenen Kinderbetreuung („Kinderland“) können Beschäftigte und Studierende sowie BesucherInnen der Uniklinik ihre Kinder kurzzeitig (kostenlos) beaufsichtigen lassen.

### 2.1.2 Uniklinik Aachen

Die Uniklinik RWTH Aachen präsentiert sich „als Supramaximalversorger [für] patientenorientierte Medizin und Pflege, Lehre sowie Forschung auf internationalem Niveau“.<sup>18</sup> Außerdem wird betont, dass die Klinik mit ihren etwa 6.000 MitarbeiterInnen Wert auf anerkannte Qualitätsstandards bei der Pflege und auf eine Medizin legt, die sich an den PatientInnen orientiert. Die Uniklinik verfügt über eine Anzahl von 1.240 Betten; jährlich werden 47.000 stationäre und 153.000 ambulante Fälle behandelt.<sup>19</sup> 1966 ging die Klinik aus den Städtischen Krankenhausanstalten

Aachens hervor, seit 2001 ist sie Anstalt des öffentlichen Rechts. Das Leitbild<sup>20</sup> der Uniklinik Aachen weist keinen Genderbezug auf.

#### Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.5)

Das Universitätsklinikum Aachen liegt mit seinen Frauenanteilen in Leitungspositionen im NRW-Vergleich der Universitätskliniken insgesamt im unteren Bereich.

Drei der vier Vorstandsstellen am Universitätsklinikum Aachen sind von Männern besetzt; dies entspricht einem Frauenanteil von 25 %. Im Aufsichtsrat sind zwei stimmberechtigte Frauen vertreten, die als externe Sachverständige aus der Wirtschaft bzw. aus der medizinischen Wissenschaft kommen. Der Frauenanteil liegt damit bei 18,2 % und somit weit unter dem Landesdurchschnitt. Das Universitätsklinikum Aachen besteht aus 37 Einzelkliniken und 27 Instituten, auf deren Leitungsebenen Frauen kaum vertreten sind. So wird nur gut jede zehnte Klinik von einer Frau geleitet. Bei den Instituten ist der Frauenanteil noch geringer; hier steht lediglich einem der 27 Institute eine Frau vor. Bei den Einrichtungen mit weiblicher Leitung handelt es sich um folgende: die Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie, die Klinik für Kieferorthopädie, die Klinik für Phoniatrie, Pädaudiologie und Kommunikationsstörungen, die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters sowie das Institut für Pathologie.

#### Gleichstellungsbeauftragte

Die Gleichstellungsbeauftragte der Uniklinik der RWTH Aachen, Rita Winkels, eine Gesundheits- und Krankenpflegerin (Oberschwester), übt das Amt seit 2004 aus und ist hierfür zu 100 Prozent von ihrer

<sup>16</sup> www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Karriere/~coex/Habilitationsstipendien/ [Zugriff am 21.04.2016].

<sup>17</sup> www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Die-Fakultaet/Profil/Gender-and-Diversity/~ctet/Kinderbetreuung/ [Zugriff: 08.06.2015].

<sup>18</sup> www.ukaachen.de/fuer-bewerber.html [Zugriff am 29.03.2016].

<sup>19</sup> www.ukaachen.de/fuer-bewerber.html [Zugriff am 29.03.2016].

<sup>20</sup> www.ukaachen.de/fileadmin/files/global/dokumente/Leitbild\_ffcf.pdf [Zugriff am 24.06.2015].



Arbeitszeit freigestellt.<sup>21</sup> Eine Stellvertreterin gibt es nicht. Die Gleichstellungsbeauftragte verfügt für die Gleichstellungsarbeit an der Uniklinik Aachen über ein Budget und ein öffentlich sichtbares und zentral gelegenes Büro. An der Uniklinik existiert zudem ein Familien-Service-Büro, das von einer Sozialarbeiterin, Andrea Münch, mit einer halben Stelle betreut wird und Beratung zu den Themen Mutterschutz, Elternzeit, Pflege kranker Angehöriger und Sonderurlaub sowie zu gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf anbietet. Die Stelle für das Familien-Service-Büro ist organisatorisch bei der Gleichstellungsbeauftragten angesiedelt, finanziert wird sie von der Uniklinik Aachen und der RWTH Aachen, weil die Mitarbeiterin sowohl nichtwissenschaftliche als auch wissenschaftliche Beschäftigte zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt.

#### *Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums*

Im Frauenförderplan der Medizinischen Fakultät wird für eine Betrachtung des nichtwissenschaftli-

chen Personals auf den Frauenförderplan der Uniklinik verwiesen (S. 9). Dieser ist jedoch öffentlich nicht auffindbar.

#### *Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen*

Der Schwerpunkt der Arbeit der Gleichstellungsbeauftragten liegt auf der individuellen Beratung der Beschäftigten des Uniklinikums (z. B. zu Arbeitszeitregelungen, Elternzeit, Mentoring oder sexueller Belästigung) sowie auf der aktiven Gremienarbeit (Aufsichtsrat, Vorstand etc.). Explizite Gleichstellungsprojekte werden – über die Unterstützung des Familien-Service-Büros (FSB)<sup>22</sup> hinaus – nicht angeboten. Die aufgeführten Gleichstellungsprojekte der Medizinischen Fakultät richten sich zum Teil auch an die Beschäftigten der Uniklinik – und fokussieren hierbei nicht nur das ärztliche Personal (bspw. Kinderland, KidsBox und Kinderkurzeitbetreuung).

<sup>21</sup> [www.ukaachen.de/uniklinik-rwth-aachen/interessenvertretungen-und-spezelle-dienste/gleichstellungsbeauftragte.html](http://www.ukaachen.de/uniklinik-rwth-aachen/interessenvertretungen-und-spezelle-dienste/gleichstellungsbeauftragte.html) [Zugriff am 08.06.2015].

<sup>22</sup> [www.ukaachen.de/uniklinik-rwth-aachen/interessenvertretungen-und-spezelle-dienste/gleichstellungsbeauftragte/familien-service-buero.html](http://www.ukaachen.de/uniklinik-rwth-aachen/interessenvertretungen-und-spezelle-dienste/gleichstellungsbeauftragte/familien-service-buero.html) [Zugriff am 08.06.2015].

## 2.2 BONN: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIVERSITÄTSKLINIKUM

### 2.2.1 Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Fünf Forschungsschwerpunkte lassen sich an der Medizinischen Fakultät Bonn ausmachen: Genetische Medizin und Genetische Epidemiologie, Neurowissenschaften, Immunologie und Infektiologie, Hepato-Gastroenterologie sowie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.<sup>23</sup> Die Fakultät wirbt in ihrem Leitbild damit, ein Umfeld für „herausragende, national und international bedeutsame, translationale Forschung“<sup>24</sup> zu bieten, und betont ihre Partnerschaften zur außeruniversitären Forschung.<sup>25</sup> Beim Medizinstudium wird die „Ausbildung der Studierenden zu kompetenten und verantwortlich handelnden Ärztinnen und Ärzten“ herausgestellt.<sup>26</sup> Ein inhaltlicher Genderbezug findet sich hier nicht.

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.6)*

Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn liegt mit ihren Frauenanteilen bei allen personalbezogenen Indikatoren unter dem Landesdurchschnitt, am stärksten bei den Professuren der Vorklinischen Humanmedizin.

Das Dekanat ist zum Stichtag ausschließlich mit Männern besetzt: Neben dem Dekan gibt es drei Prodekane für Forschung, für Lehre und Studium und für Finanzen. Damit liegt die Fakultät deutlich unter dem NRW-Durchschnitt.<sup>27</sup> Die ProfessorInnen der Medizinischen Fakultät gehören allesamt der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften an. Von insgesamt 117 Professuren sind im Berichtsjahr gerade einmal elf mit Frauen besetzt, was einem Anteil von 9,4 % entspricht. Dieser Anteil liegt 6,1 Prozentpunkte unter dem NRW-Durchschnitt der Fächergruppe und belegt damit den hintersten Platz. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als die Universität Bonn die meisten Medizinprofessuren in NRW-Landesträgerschaft stellt. Auf der Ebene der Lehr- und Forschungsbereiche fällt die vorklinische Humanmedizin dadurch auf,

dass hier von 19 Professuren lediglich eine mit einer Frau besetzt ist. Dies ist besonders bemerkenswert angesichts der Tatsache, dass dieser Bereich im Landesdurchschnitt mit 20,9 % den höchsten Frauenanteil aufweist. Auch die klinisch-theoretische Humanmedizin liegt mit einer Anzahl von drei Professorinnen, was einen Anteil von 7,7 % an den insgesamt 39 Professuren bedeutet, 8,5 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt. Den höchsten Frauenanteil und den geringsten Abstand zum Landesdurchschnitt weist die Universität Bonn gerade in der traditionell männerdominierten klinisch-praktischen Humanmedizin auf, wo immerhin sieben Professuren mit Frauen besetzt sind, was einem Anteil von 12,1 % entspricht. Das wissenschaftliche Personal (ohne ProfessorInnen), das zum allergrößten Teil der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet ist, liegt mit 50,8 % Frauen nahe am Landesdurchschnitt. Durch die annähernd paritätische Besetzung dieser Gruppe fällt die Differenz zu den Professuren umso größer aus. Im MTV-Bereich sticht der vergleichsweise niedrige – und damit stärker in Richtung der Geschlechterparität tendierende – Frauenanteil beim Pflegepersonal des Klinikums im NRW-Vergleich heraus: Einzig in Bonn liegt er mit 64,6 % unter dem Anteil an Frauen an der Gesamtgruppe der MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (73,8 %) und durchbricht damit den sonst typischen, sehr deutlichen Überhang an weiblichen Pflegekräften.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.7)*

Die Aufschlüsselung nach Besoldungsstufen zeigt, dass das Universitätsklinikum Bonn bei allen zahlenmäßig relevanten Stufen deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt.

Im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre hat sich der Frauenanteil an den Klinikprofessuren zwar erhöht: So war noch im Jahr 2004 von 87 Professuren nur eine einzige mit einer Frau besetzt. Im Zuge der Aufstockung der Professuren wurden dann zehn weitere Frauen berufen. Allerdings fanden diese Neuberufungen vor allem auf der Besoldungsstufe W2 statt. Im Berichtsjahr sind nur zwei der 50 W3-Professuren mit einer Frau besetzt, womit das Universitätsklinikum Bonn den Landesdurchschnitt am weitesten unterschreitet. Bei den vier relativ neuen Juniorprofessuren findet sich eine paritätische Verteilung auf Frauen und Männer.

<sup>23</sup> [www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/E0759C60F67AC94C42256D20004B88D3](http://www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/E0759C60F67AC94C42256D20004B88D3) [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>24</sup> Mit „translational“ wird ein Akzent auf die Verzahnung zwischen präklinischer und klinischer Medizin gelegt.

<sup>25</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/DFDCFD843DD4D18DC1257B73002FEE43> [Zugriff am 13.05.2015].

<sup>26</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/DFDCFD843DD4D18DC1257B73002FEE43> [Zugriff am 13.05.2015].

<sup>27</sup> Inzwischen wurde eine Prodekanin für Studium und Lehre gewählt (Stand: Sept. 2016).

Tab. C 2.6: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät 2014 Bonn (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	4	0	4	0,0 %	-10,3
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	117	11	106	9,4 %	-6,3
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	117	11	106	9,4 %	-6,1
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	58	7	51	12,1 %	-1,6
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	39	3	36	7,7 %	-8,5
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	19	1	18	5,3 %	-15,6
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	1	0	1	0,0 %	-8,7
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.581	803	778	50,8 %	-0,8
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.579	803	776	50,9 %	-0,6
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	3.563	2.630	933	73,8 %	-1,7
darunter Pflegepersonal	1.444	933	511	64,6 %	-13,3

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.7: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	87	1	1,1 %	95	5	5,3 %	117	11	9,4 %	-6,3
W3/C4	42	0	0,0 %	44	0	0,0 %	50	2	4,0 %	-8,4
W2/C2/C3	45	1	2,2 %	50	5	10,0 %	59	6	10,2 %	-6,0
W1	(-)	(-)	(-)	1	0	0,0 %	4	2	50,0 %	2,6
Sonstige	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	4	1	25,0 %	1,5

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.8: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Bonn (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	454	291	163	64,1 %	-1,5
<b>Studierende insgesamt</b>	2.842	1.802	1.040	63,4 %	0,0
ohne Promotionsstudierende	2.590	1.648	942	63,6 %	0,2
Promotionsstudierende	252	154	98	61,1 %	-2,1
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	480	274	206	57,1 %	-4,9
ohne Promotion	322	189	133	58,7 %	-5,6
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	160	94	66	58,7 %	1,4
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	23	6	17	25,7 %	0,7

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

### Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.8)

Das Universitätsklinikum Bonn als Ausbildungsstätte befindet sich mit einer Anzahl von 2.842 eingeschriebenen Studierenden im Mittelfeld der sieben NRW-Universitätskliniken. Die Frauenanteile an den Qualifikationsstufen bewegen sich größtenteils um den Landesdurchschnitt herum, fallen jedoch bei den Promovierten überdurchschnittlich aus, bei

den StudienanfängerInnen hingegen unterdurchschnittlich.

Unter den eingeschriebenen Studierenden der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften findet sich eine deutliche Frauenmehrheit (63,4 %), was exakt dem Landesdurchschnitt entspricht. Der Frauenanteil bei den StudienanfängerInnen liegt mit 64,1 % noch leicht darüber, der Anstieg erfolgt aber

in geringerem Maße als im NRW-Vergleich. Bei den AbsolventInnen fällt der Frauenanteil bei den Promovierten mit 58,7 % vergleichsweise hoch aus und liegt 1,4 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt. Damit befindet sich Bonn hinter Aachen an führender Position, was die Anteile von Frauen an den Promotionen betrifft, und hat zwischen den Qualifikationsstufen der AbsolventInnen und den Promovierten als einzige der Medizinischen Fakultäten in NRW keinen Rückgang in den Frauenanteilen zu verzeichnen: Hier scheint ein Loch der Leaky Pipeline – zumindest aktuell – gestopft zu sein. Die höhere Quote an promovierten Frauen in Bonn schlägt sich jedoch (noch) nicht in einem höheren Frauenanteil an den Habilitierten nieder: Nur jede vierte Habilitation wird von einer Frau abgeschlossen, was im NRW-Vergleich dennoch einen überdurchschnittlich hohen Anteil bedeutet.

### Studium

An der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn können neben Medizin und Zahnmedizin fünf Bachelor- und Master-Studiengänge belegt werden: Neurosciences (M. Sc.), Klinische Medizintechnik (M. Sc.), Molekulare Biomedizin (B. Sc.), Molekulare Biotechnologie (M. Sc.) und Mikrobiologie (M. Sc.).<sup>28</sup> Das Studium der Biomedizin, Biotechnologie und Mikrobiologie wird in Kooperation mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät angeboten. Den Studierenden der Medizinischen Fakultät Bonn stehen mit dem Universitätsklinikum 14 Lehrkrankenhäuser zur Verfügung.

### Nachwuchsförderung

Die Medizinische Fakultät bietet das BONFOR-Forschungsförderprogramm<sup>29</sup> an, das sich auch an NachwuchswissenschaftlerInnen richtet. Das Programm beinhaltet u. a. Stipendien, die jungen ÄrztInnen die Unterbrechung klinischer Tätigkeit zugunsten wissenschaftlicher Projekte ermöglichen, mit der Option einer anschließenden Nachwuchsgruppenleitung. Zur Zielgruppe gehören Frauen und Männer, aber spezifische Bedarfe von Frauen mit Kindern werden berücksichtigt: So führt u. a. Mutterschutz zu einer Verlängerung der Laufzeit und der Förderzeitraum kann flexibilisiert werden. Auch das mit Stiftungsmitteln eingerichtete „Else Kröner-Forschungskolleg Bonn“ zum Thema „Angeborene Immunität und chronische Organdys-

funktion“ zielt auf die akademische Weiterqualifizierung junger Ärztinnen und Ärzte ab.<sup>30</sup> Das Programm ermöglicht zeitliche Freiräume für die wissenschaftliche Arbeit durch Rotationsstellen und beinhaltet außerdem Mentoring, Veranstaltungen und Vernetzungsangebote.<sup>31</sup> In der Medizinischen Fakultät ist zudem das Exzellenzcluster ImmunoSensation angesiedelt.<sup>32</sup> Im Rahmen des Clusters, das Mentoring und Karriereberatung anbietet, wird auch eine Strategie mit Maßnahmen zur Geschlechtergleichstellung formuliert.<sup>33</sup> Außerdem gibt es zwei Graduiertenprogramme, die sich, wie auch die anderen Angebote, an Frauen und Männer richten.<sup>34</sup>

### Gender in Forschung und Lehre

An der Medizinischen Fakultät gab es bis 2015 eine Netzwerkprofessur<sup>35</sup> mit der Denomination „Gynäkologische Psychosomatik“, die mit Prof. Dr. Anke Rohde<sup>36</sup> als erste Professorin in NRW in der Gynäkologie besetzt war. Mit deren Pensionierung wurde die Netzwerkprofessur gestrichen, d. h., diese wurde nicht neu besetzt und es gibt derzeit auch keine andere Professur an der Medizinischen Fakultät, die eine Gender-(Teil-)Denomination aufweist. Der Arbeitsschwerpunkt in der Gynäkologischen Psychosomatik wird zwar beibehalten, aber es gibt keine explizite Genderausrichtung mehr, die durch eine Denomination festgeschrieben ist. In der medizinischen Ausbildung der Studierenden gibt es bisher kein Gender-(Teil-)Modul. Auch in den Querschnittsfächern werden Genderaspekte nicht als speziell ausgewiesenes Thema behandelt.

### Gleichstellungsbeauftragte

Das Gleichstellungsbüro der Medizinischen Fakultät wurde 2012 vom Dekanat eingerichtet.<sup>37</sup> Es gab bis zum Sommer 2016 an der Universität Bonn keine Gleichstellungsbeauftragten auf Fakultätsebene<sup>38</sup>, jedoch gehörte bis zu diesem Zeitpunkt eine der drei stell-

<sup>28</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/F6335E0D7EBD97EE42256D210036585C> [Zugriff am 18.05.2015].

<sup>29</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/B72A5EAAF5CFF627C1257658002584DA> [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>30</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/0145COD6163C80F2C12579520035F7B2> [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>31</sup> Rotationsstellen sollen klinischen ÄrztInnen durch die temporäre Freistellung vom Klinikbetrieb ermöglichen, sich intensiv der wissenschaftlichen Bearbeitung eines Forschungsvorhabens zu widmen.

<sup>32</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/3B5BA31F02AC20B5C1257C0E00349591> [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>33</sup> [www.immunosensation.de/career/gender\\_diversity.html](http://www.immunosensation.de/career/gender_diversity.html) [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>34</sup> [www.grk1873.uni-bonn.de](http://www.grk1873.uni-bonn.de) [Zugriff am 18.05.2015].

<sup>35</sup> Professur zur Geschlechterforschung, die dem Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW zugeordnet ist.

<sup>36</sup> [www.gleichstellung.uni-bonn.de/perspektive\\_wissenschaft/professorinnen/rohde](http://www.gleichstellung.uni-bonn.de/perspektive_wissenschaft/professorinnen/rohde) [Zugriff am 09.06.2015].

<sup>37</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/443143AAF48460F1C1257B73002E514C> [Zugriff am 18.05.2015].

<sup>38</sup> [www.gleichstellung.uni-bonn.de/ueber-uns](http://www.gleichstellung.uni-bonn.de/ueber-uns) [Zugriff am 17.06.2015].

vertretenden zentralen Gleichstellungsbeauftragten, Prof. Dr. Dagmar Dilloo, der Medizinischen Fakultät an – als Professorin und Klinikdirektorin des Zentrums für Kinderheilkunde (Pädiatrische Hämatologie und Onkologie) – und ist insbesondere für deren Belange zuständig. Seit dem Sommer 2016 ist Professorin Dilloo offizielle Fakultätsvergleichstellungsbeauftragte. Sie erhält für ihr Amt in der Medizinischen Fakultät keine Freistellung, d. h., sie übt dieses Amt neben ihrer Hauptfunktion als Klinikdirektorin aus. Zur Unterstützung und Entlastung der Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät finanziert das Dekanat jedoch eine Referentin für das Gleichstellungsbüro, Dipl.-Psychologin Tanja Banavas, die eine 75-Prozent-Stelle hat und deren Aufgabenspektrum die Gleichstellungsarbeit der Fakultät sowie das Gleichstellungscontrolling umfasst. Einen festen Etat zur Finanzierung der Gleichstellungsarbeit gibt es nicht. Anfallende Reisekosten, Büromaterial, Druckkosten für den Gleichstellungsplan etc. werden bei Bedarf über die Fakultät abgerechnet, für die Initiierung größerer Maßnahmen oder Projekte muss ein Antrag über die Medizinische Fakultät oder, bei Projekten, die Fakultät und Klinik betreffen, über den Vorstand gestellt werden. Die Aufgaben des Gleichstellungsbüros an der Medizinischen Fakultät werden wie folgt umrissen: „Es berät das wissenschaftliche und ärztliche Personal in Fragen der Gleichstellung und ist mit der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit an der Fakultät befasst.“<sup>39</sup> Die Fakultätsvergleichstellungsbeauftragte nimmt zudem an den Dekanatsitzungen teil und ist Mitglied im erweiterten Fakultätsrat sowie in der Finanz- und Strukturpersonalkommission. Zur Begleitung sämtlicher Berufungsverfahren an der Medizinischen Fakultät bereitet die Gleichstellungsreferentin die Verfahren aus Gleichstellungssicht für die Fakultätsvergleichstellungsbeauftragte vor.

### Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät

Der aktuelle Gleichstellungsplan ist online verfügbar<sup>40</sup> und von 2013 bis 2016 gültig. Als Ausgangspunkt wird „die insbesondere auf höheren Positionen der Wissen-

schaft und Klinik noch nicht erreichte Gleichstellung von Frauen und Männern“ genannt.<sup>41</sup> In der Bestandsaufnahme des Gleichstellungsplans 2013–2016 wird ein sinkender Frauenanteil bei steigender Qualifikationsstufe, Hierarchieebene und Entgeltgruppe konstatiert (vgl. S. 5f.). Außerdem wird eine starke Vollzeit-/Teilzeit-Differenz zwischen Männern und Frauen benannt. Für den wissenschaftlichen Bereich wird der geringe Frauenanteil bei den HabilitandInnen und ProfessorInnen herausgestellt, für den ärztlichen Bereich jener bei den OberärztInnen (29 %). Im Gleichstellungsplan werden auch die Fachgebiete einander gegenübergestellt. Als Fachgebiete mit hohen Frauenanteilen und „guten Karriereoptionen für Frauen“ werden Dermatologie, Frauen- und Kinderheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie herausgestellt, als Teilgebiet der inneren Medizin auch Onkologie (vgl. S. 6). Weniger gute Karriereoptionen für Frauen böten hingegen Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Bilanzierend werden die größten Schwachstellen in den Übergängen zu den höheren Qualifikations- bzw. Karrierestufen identifiziert: im Übergang von der Promotion zur Habilitation und von der Fachärztin zur Oberärztin. Als zentrale Zielvorgabe wird formuliert, „die Frauenanteile in jenen Bereichen zu erhöhen, in denen sie unterrepräsentiert sind“ (S. 8). Als solche werden Professuren, Habilitationen und oberärztliche Positionen benannt. Bei den Professuren „wird eine Steigerung des Professorinnenanteils um wenige Prozent als realistisch angesehen“ (S. 8). Dabei gehe es darum, die Entwicklung von akademischer und klinischer Qualifikation parallel zu betreiben:

*„Eine Besonderheit der akademischen Qualifikation in der Humanmedizin ist, dass die Habilitation in den klinischen Fachgebieten den Abschluss einer Facharztausbildung voraussetzt. Dieser dualen Herausforderung einer akademischen Karriereentwicklung in der Humanmedizin in Verbindung mit der Gewinnung klinischer Leitungskompetenz gilt es unter Gleichstellungsgesichtspunkten Rechnung zu tragen.“ (S. 8)*

Im Bereich klinischer Leitungspositionen soll der Frauenanteil auf den oberärztlichen Positionen und den „besser dotierten Stellen“ in der Wissenschaft erhöht werden, wobei angesichts des hohen Ausmaßes an unbefristeten Stellen die Realisierungschancen hier als begrenzt eingeschätzt werden. Allerdings wird auf Einzelpläne der Kliniken und Institute verwiesen,

<sup>39</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPages/ByID/443143AAAF48460F1C1257B73002E514C> [Zugriff am 18.05.2015].

<sup>40</sup> Gleichstellungsplan 2013–2016. Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Online verfügbar unter: [https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Gleichstellungsplan\\_der\\_Medizinischen\\_Fakultaet\\_Bonn\\_2013-2016.pdf/\\$FILE/Gleichstellungsplan\\_der\\_Medizinischen\\_Fakultaet\\_Bonn\\_2013-2016.pdf](https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Gleichstellungsplan_der_Medizinischen_Fakultaet_Bonn_2013-2016.pdf/$FILE/Gleichstellungsplan_der_Medizinischen_Fakultaet_Bonn_2013-2016.pdf) [Zugriff am 18.05.2015].

<sup>41</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPages/ByID/443143AAAF48460F1C1257B73002E514C> [Zugriff am 18.05.2015].

Tab. C 2.9: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Bonn

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
Forschungsförderprogramm BONFOR	Junge ÄrztInnen, unter besonderer Berücksichtigung von Frauen mit Kindern
Gleichstellungsfokus im Exzellenzcluster „ImmunoSensation“	Nachwuchswissenschaftlerinnen
Netzwerktreffen zur Förderung von Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen mit Leitungsfunktion	Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen

wo für aktuell freiwerdende Stellen die Besetzung mit Frauen geplant sei. Maßnahmen für den Übergang von der Promotion zur Habilitation zielen vor allem auf die Motivation von Nachwuchswissenschaftlerinnen. So gehe es darum, „die Transparenz und Attraktivität von Karrierewegen für hochqualifizierte Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen zu steigern“ (S. 9). Dabei soll sowohl die Vereinbarkeit zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre als auch die zwischen Familie und Beruf bedacht werden. Für die Konzeption der Maßnahmen wird außerdem die Vernetzung der Gleichstellungsarbeit zwischen Medizinischer Fakultät, Universität und Klinikum sowie der Personalbereichsleitung am Klinikum als wichtig erachtet (vgl. S. 9). Neben den hier unter Nachwuchsförderung und Gleichstellungsprojekten der Fakultät separat aufgeführten Maßnahmen und fakultätsübergreifenden Angeboten werden im Gleichstellungsplan weitere Projekte genannt (vgl. S. 10f.): Im universitätsübergreifenden Beratungsprojekt „klinik-PROgender“ beteiligen sich auch die Gleichstellungsbeauftragten von Klinik und Fakultät; hier werden „auf Basis einer umfassenden Potenzialanalyse Maßnahmen zur gendersensiblen Personalarbeit im Krankenhaus für die nächsten Jahre entwickelt“ (S. 11). Unter Berufung auf die Qualitätssicherung werden Berufungskommissionen zudem aufgerufen, geeignete Bewerberinnen auf eine Professur zu suchen und zur Bewerbung aufzufordern. Dies gilt auch für die Leitung von Nachwuchs- und Forschungsgruppen. Eine Reihe von Maßnahmen gilt daneben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So sollen bei der Vergabe von Kinderbetreuungsplätzen Wissenschaftlerinnen in Leitungspositionen sowie Fachärztinnen aus Fachgebieten, in denen Frauen unterrepräsentiert sind, bevorzugt berücksichtigt werden. Dies ist in einer Dienstvereinbarung geregelt. Verschiedene Arbeitszeitmodelle werden von der Fakultät unterstützt, unter anderem alternierende Telearbeit und Teilzeitarbeit, allerdings wird die Weiterentwicklung qualifizierender Teilzeitkonzepte als noch ausstehende Herausforderung benannt. Weitere Unterstützungsmaßnahmen zielen auf den Wiedereinstieg nach

und die Weiterbildung während der Elternzeit sowie auf die Ausgestaltung weiterqualifizierender Arbeitsplätze für schwangere Ärztinnen. Insgesamt wird im Gleichstellungsplan – vor allem bei der Karriereförderung – eine Reihe von bereits existierenden Programmen aufgeführt, die zum Teil nicht medizinspezifisch sind oder aber sich nicht speziell an Frauen richten. Zum Stand der Umsetzung des Gleichstellungsplans 2013–2016 hat das Gleichstellungsbüro bereits einen Zwischenbericht vorgelegt. Er enthält detaillierte Zahlen zur Veränderung der Frauen- und Männeranteile und zur Teilnahme von Frauen und Männern an Förderprogrammen und Unterstützungsmaßnahmen. Hervorzuheben ist das begleitende Datencontrolling zu den Berufungsverfahren:

*„Die seit Mitte 2012 monitorierten Berufungsverfahren an der Medizinischen Fakultät dokumentieren zunehmende Anteile der Kandidatinnen über die einzelnen Verfahrensphasen bis hin zu den Listenplätzen. Demnach beläuft sich der Kandidatinnenanteil an den Bewerbungen auf 22 %, an den Einladungen zum Probenvortrag auf 24 %, an den Listenplatzierungen auf 26 % und an den Listenplätzen 1 auf 38 %.“<sup>42</sup>*

#### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.9)

Alle Gleichstellungsprojekte der Medizinischen Fakultät sind ausschließlich aus dem Gleichstellungsplan ersichtlich. In den Projekten der Nachwuchsförderung (s. o.) wird ein spezieller Fokus auch auf Maßnahmen zur Gleichstellung und Frauenförderung gelegt: Zur Zielgruppe des Forschungsförderprogramms BONFOR gehören Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, aber spezifische Bedarfe von Frauen mit Kindern werden berücksichtigt: So führt u. a. Mutterschutz zu einer Verlängerung der Laufzeit

<sup>42</sup> Zwischenbericht zum Gleichstellungsplan 2013–2016 der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Dekanat der Medizinischen Fakultät. Bonn: S. 5, [http://ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Zwischenbericht\\_zum\\_Gleichstellungsplan\\_web.pdf/\\$File/Zwischenbericht\\_zum\\_Gleichstellungsplan\\_web.pdf](http://ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Zwischenbericht_zum_Gleichstellungsplan_web.pdf/$File/Zwischenbericht_zum_Gleichstellungsplan_web.pdf) [Zugriff am 29.09.2016].

Tab. C 2.10: Leitungsebene im Klinikum Bonn nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	5	0	5	0,0%	-10,3
Aufsichtsrat	11	3	8	27,3%	-1,5
Klinikleitungen	25	1	24	4,0%	-5,5
Institutsleitungen	25	1	24	4,0%	-7,3
<b>Insgesamt</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>61</b>	<b>7,6%</b>	<b>-5,5</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

und der Förderzeitraum kann flexibilisiert werden. Das (gemischte) Exzellenzcluster „ImmunoSensation“ stellt Finanzmittel und ein eigenes Gleichstellungskomitee zur Steigerung des Frauenanteils an den WissenschaftlerInnen bereit. Angeboten werden Mentoring und Karriereberatung. In regelmäßigen Abständen findet außerdem das Netzwerktreffen für Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen statt. Es fungiert als Plattform zum Kennenlernen, zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung. Ausgehend von dem dort artikulierten Bedarf der Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen werden Fördermaßnahmen vom Gleichstellungsbüro angestoßen, wie bspw. Coachingangebote für Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen in leitender Funktion.

## 2.2.2 Universitätsklinikum Bonn

Das Universitätsklinikum Bonn verfügt über 1.207 Betten. Fast 47.000 PatientInnen werden jährlich vollstationär und etwa 365.000 ambulant behandelt.<sup>43</sup> Im Klinikum sind über 5.000 MitarbeiterInnen tätig.<sup>44</sup> Die Vorläufer des Klinikums reichen bis ins 18. Jahrhundert zurück; seit 2001 ist es selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts. Das Klinikum betont: Die „besondere Leistungskraft beruht auf der Einheit und dem Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Grundlage exzellenter Hochschulmedizin.“<sup>45</sup> Zudem wird neben der universitären Aufgabe der Forschung und Lehre sowie der öffentlichen Aufgabe der Krankenversorgung die „Hochleistungsmedizin“ hervorgehoben.<sup>46</sup> In der Prä-

ambel des ausführlichen Leitbildes wird ein Bekenntnis gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und anderer Merkmale formuliert:

*„Die Würde des erkrankten und leidenden Menschen wird ebenso geachtet wie die aller Tätigen. Dies duldet keine Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Behinderung, Religion, Alter und sexueller Identität.“<sup>47</sup>*

### Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.10)

Das Universitätsklinikum Bonn liegt bei der Beteiligung von Frauen an Leitungspositionen bei allen Indikatoren unter dem NRW-Durchschnitt und bildet das Schlusslicht aller Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen.

Im fünfköpfigen Vorstand des Universitätsklinikums Bonn ist keine Frau vertreten.<sup>48</sup> Drei stimmberechtigte Positionen des Aufsichtsrats sind – mit zwei externen Sachverständigen aus dem Bereich Wirtschaft und der Vertreterin des wissenschaftlichen Personals – weiblich besetzt.<sup>49</sup> Damit ist die Quotierung der Externen nach dem novellierten Hochschulgesetz NRW umgesetzt, die besagt, dass die vier Positionen der Sachverständigen geschlechterparitätisch im Sinne der Rechtsverordnung (UKVO NRW) zu besetzen sind: „Die Bestellung der Mitglieder gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 und 4 Hochschulgesetz hat geschlechterparitätisch zu erfolgen“. Von den 25 Kliniken, die dem Universitätsklinikum angehören, wird nur eine von einer Frau geleitet – die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der Frauenanteil von 4,0 % liegt damit 5,5 Prozentpunkte unter dem NRW-Durchschnitt. Auch von den 25 Instituten wird lediglich eines (das Institut für Patientensicherheit)

<sup>43</sup> Vgl. Qualitätsbericht 2013: 32, [https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/MZ01201\\_Qualitaetsbericht2013\\_2015-03-06.pdf/\\$FILE/MZ01201\\_Qualitaetsbericht2013\\_2015-03-06.pdf](https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/MZ01201_Qualitaetsbericht2013_2015-03-06.pdf/$FILE/MZ01201_Qualitaetsbericht2013_2015-03-06.pdf) [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>44</sup> Vgl. Geschäftsbericht 2013: 61, [https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB\\_GB\\_2013.pdf/\\$FILE/UKB\\_GB\\_2013.pdf](https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB_GB_2013.pdf/$FILE/UKB_GB_2013.pdf) [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>45</sup> [www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/6682F48049A7F75C42256D21003AC181](http://www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/6682F48049A7F75C42256D21003AC181) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>46</sup> <https://www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/E0759C60F67AC94C42256D20004B88D3> [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>47</sup> [https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB\\_Leitbild\\_2011.pdf/\\$FILE/UKB\\_Leitbild\\_2011.pdf](https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB_Leitbild_2011.pdf/$FILE/UKB_Leitbild_2011.pdf) [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>48</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/ED830664B16E30B541256CEC0047BBEF> [Zugriff am 15.06.2015].

<sup>49</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/0E8481821DAD3589C12574F1003DEC27> [Zugriff am 15.06.2015].

von einer Frau geführt. Die Differenz zum Landesdurchschnitt beträgt damit 7,3 Prozentpunkte. Dieser Befund ist auch auf den sehr geringen Frauenanteil an den Professuren zurückzuführen (s. o.).

### Gleichstellungsbeauftragte

Das Universitätsklinikum Bonn verfügt mit Sabine Zander, einer Audiologieassistentin in der HNO-Heilkunde, über eine Gleichstellungsbeauftragte für das nichtwissenschaftliche Personal, die zu 100 Prozent für ihre Arbeit freigestellt ist.<sup>50</sup> Seit dem Sommer 2016 hat die Gleichstellungsbeauftragte zwei Stellvertreterinnen. Die Gleichstellungsbeauftragte bietet eine individuelle „Beratung und Unterstützung der Beschäftigten in Fragen der Gleichstellung“.<sup>51</sup> Als Gleichstellungsthemen werden verschiedene Bereiche aufgeführt: Chancengleichheit von Frauen und Männern im Beruf (wobei ein starker Anstieg an Beratungsbedarf für Väter zu verzeichnen ist), Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz sowie befristete Arbeitsverträge. Dem Thema sexuelle Belästigung ist eine eigene Broschüre mit der Angabe von AnsprechpartnerInnen gewidmet, die online verfügbar ist.<sup>52</sup> Für die Gleichstellungsarbeit am Universitätsklinikum Bonn steht kein speziell ausgewiesenes Budget zur Verfügung; Sach- und Projektausgaben werden aus zentralen Haushaltsmitteln finanziert.

### Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums

Aktuell gibt es keinen gültigen Gleichstellungsplan am Universitätsklinikum Bonn. Der letzte der seit 2005 regelmäßig erstellten Gleichstellungspläne hatte eine Laufzeit von 2011 bis 2013 und wurde 2012 in einem Zwischenbericht evaluiert.<sup>53</sup>

<sup>50</sup> [www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/1BCB257EA7B12C1FC12574BE003B55DD](http://www.ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/1BCB257EA7B12C1FC12574BE003B55DD) [Zugriff am 11.05.2016].

<sup>51</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwWebPagesByID/E003981887779189C1257CCA00407C73> [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>52</sup> [http://ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB\\_SexuelleBelaestigung\\_Flyerklein.pdf](http://ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/UKB_SexuelleBelaestigung_Flyerklein.pdf) [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>53</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/GSP-2011-2013netz.pdf> [Zugriff am 23.06.2015].

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen

Das Projekt klinik-PROgender ist am Universitätsklinikum Bonn auf Initiative der Gleichstellungsbeauftragten des Klinikums zustande gekommen und zielt in Kooperation mit dem Gleichstellungsbüro der Fakultät auf eine gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus.<sup>54</sup> Es handelt sich bei klinik-PROgender um ein im Rahmen des Wettbewerbs IuK & Gender Med.NRW des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen gefördertes Projekt, an dem fünf Krankenhäuser aus NRW partizipieren. Das Universitätsklinikum Bonn ist als einziges Universitätsklinikum am Projekt beteiligt. Neben dem Hauptziel des Projektes, gemeinsam einen Instrumentenkoffer für gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus zu entwickeln, werden in Bonn mehrere Vorhaben im Rahmen des Projektes verfolgt<sup>55</sup>: eine Analyse der Work-Life-Balance durch eine Blitzumfrage aller Beschäftigten des Universitätsklinikums, die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung eines lebensphasengerechten Arbeitens am Universitätsklinikum und die Erhöhung der Genderkompetenz von Führungskräften. Auf der Website der Gleichstellungsbeauftragten des Klinikums wird zudem die „Koordination von Projekten zu ‚Familienfreundliches Krankenhaus‘“ erwähnt<sup>56</sup>, es fehlen jedoch weitere Hinweise darauf, um welche Art von Projekten es sich handelt.<sup>57</sup> Außerdem findet sich als Betreuungsangebot für Mitarbeitende des Universitätsklinikums mit Kindern eine große Kinderkrippe am Klinikum (160 Plätze).

<sup>54</sup> [https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Gleichstellungsplan\\_der\\_Medizinischen\\_Fakultaet\\_Bonn\\_2013-2016.pdf](https://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/Gleichstellungsplan_der_Medizinischen_Fakultaet_Bonn_2013-2016.pdf) [Zugriff am 26.05.2015].

<sup>55</sup> [www.klinikprogender.de/projekt/projekt.html](http://www.klinikprogender.de/projekt/projekt.html) [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>56</sup> <http://ukb.uni-bonn.de/quick2web/internet/internet.nsf/vwUNIDLookup/1BCB257EA7B12C1FC12574BE003B55DD> [Zugriff am 23.06.2015].

<sup>57</sup> Möglicherweise bietet hier das Intranet weitere Informationen, die dieser Websiterecherche nicht zugänglich sind.



## 2.3 DÜSSELDORF: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIVERSITÄTSKLINIKUM

### 2.3.1 Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Die Medizinische Fakultät Düsseldorf präsentiert sich als forschungsorientiert, drittmittel- und publikationsstark.<sup>58</sup> In der Lehre werden die überfachlichen Kompetenzen hervorgehoben, mit denen gute „Ärzte“ hier ausgestattet werden. Die Forschungsschwerpunkte liegen in der Molekularen und Klinischen Hepatologie und der Herz-Kreislauf-Forschung.<sup>59</sup> Im Leitbild der Fakultät wird auf das familiengerechte Curriculum hingewiesen und die Gleichstellung von Frauen und Männern betont.<sup>60</sup>

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.11)*

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf liegt mit ihren Frauenanteilen am Personal insgesamt etwas unter dem Landesdurchschnitt, was vor allem auf die Gruppe des wissenschaftlichen Personals ohne ProfessorInnen zurückzuführen ist.

Im Dekanat der Medizinischen Fakultät findet sich neben dem Dekan und zwei Prodekanen eine Frau als Studiendekanin. Für die letztgenannte Position gibt es drei (hier nicht mitgezählte) Stellvertreter, die für drei Bereiche des Klinikums zuständig sind (Vorklinik, Klinik, Zahnmedizin). Von den insgesamt 102 Professuren – allesamt der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet – sind 17 mit Frauen besetzt. Der Anteil der Professorinnen liegt mit 16,7 % leicht über dem NRW-Durchschnitt. Bei der differenzierten Betrachtung nach Lehr- und Forschungsbereichen fällt auf, dass die vorklinische Humanmedizin mit einem Frauenanteil von einem Drittel deutlich über dem NRW-Durchschnitt liegt, während die Zahnmedizin – wie die meisten Universitätskliniken des Landes – ganz ohne Frauen auf Professuren auskommt. Das wissenschaftlich-künstlerische Personal (ohne ProfessorInnen) ist fast geschlechterparitätisch besetzt und entspricht damit in etwa dem Landesdurchschnitt. Ebenfalls vergleichsweise unauffällig liegen die Frauenanteile im MTV-Bereich mit drei Vierteln bzw. 78,5 % beim Pflegepersonal.

<sup>58</sup> [www.medicin.hhu.de](http://www.medicin.hhu.de) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>59</sup> [www.medicin.hhu.de/forschung.html](http://www.medicin.hhu.de/forschung.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>60</sup> [www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/leitbild-lehre.html](http://www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/leitbild-lehre.html) [Zugriff am 04.04.2016].

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.12)*

Das Universitätsklinikum Düsseldorf liegt vor allem hinsichtlich der W3/C4-Professuren mit seinen Frauenanteilen unter dem Landesdurchschnitt.

Ein Blick auf die Entwicklung der Professorinnenzahlen zeigt, dass sich der Frauenanteil in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt hat. Allerdings ist die absolute Zahl der mit Frauen besetzten Professuren im Zehnjahreszeitraum kaum gestiegen, vielmehr wurde die Gesamtzahl an Klinikprofessuren bis zum Ende der 2000er Jahre deutlich verringert. Die Teilhabe von Frauen an der höchsten Besoldungsstufe hat sich sogar verschlechtert: Waren 2004 noch vier Frauen (8,2 %) auf C4-Professuren, sind es 2014 nur noch zwei (5,1 %), womit das Klinikum nunmehr 7,3 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt liegt. Dafür konnte der Frauenanteil auf den Besoldungsstufen W2/C2/C3 von 0 % auf 12,5 % gesteigert werden, was in absoluten Zahlen jedoch nur drei von 24 Professuren und landesweit weiterhin einen unterdurchschnittlichen Anteil bedeutet. Die Besoldungsstufe W1 (Juniorprofessur) gibt es an der Düsseldorfer Medizinischen Fakultät nicht. Stattdessen sind relativ viele Professuren außerhalb der W- und C-Besoldung eingestuft, was sich im Zehnjahresrückblick noch deutlicher zeigt. Unter diesen ist der Frauenanteil mit fast einem Viertel am höchsten. Da es sich um eine heterogene Gruppe handelt, deren Verdienst sowohl über als auch unter den W-Besoldungsstufen liegen kann, können über den Status dieser Professorinnen keine weiteren Aussagen gemacht werden.

#### *Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.13)*

Die Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf bildet mit 3.502 Studierenden die zweitgrößte medizinische Ausbildungsstätte in Trägerschaft des Landes NRW. Die Frauenanteile in den unteren Qualifizierungsstufen liegen leicht über dem Landesdurchschnitt, nicht jedoch bei den Promovierten und den Habilitationen.

Von den eingeschriebenen Studierenden der Fächergruppe *Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften* sind fast zwei Drittel Frauen (64,2 %), von den AbsolventInnen (einschließlich der Promovierten) immer noch 63,2 %. Werden nur die Promovierten betrachtet, liegt der Frauenanteil mit 53,9 % schon deutlich niedriger und damit auch unter dem NRW-Durchschnitt. Wie

Tab. C 2.1.1: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	4	1	3	25,0 %	14,7
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	102	17	85	16,7 %	1,0
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	102	17	85	16,7 %	1,2
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	50	7	43	14,0 %	0,3
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	33	5	28	15,2 %	-1,0
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	15	5	10	33,3 %	12,4
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	4	0	4	0,0 %	-8,7
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.653	857	796	51,8 %	0,3
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.551	805	746	51,9 %	0,4
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	4.548	3.454	1.094	75,9 %	0,4
darunter Pflegepersonal	1.829	1.436	393	78,5 %	0,6

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.1.2: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	138	13	9,4 %	81	6	7,4 %	102	17	16,7 %	1,0
W3/C4	49	4	8,2 %	34	1	2,9 %	39	2	5,1 %	-7,3
W2/C2/C3	44	0	0,0 %	20	0	0,0 %	24	3	12,5 %	-3,7
W1	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	1	1	100 %	52,6
Sonstige	45	9	20,0 %	27	5	18,5 %	38	11	28,9 %	5,4

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.1.3: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	610	400	210	65,6 %	0,0
<b>Studierende insgesamt</b>	3.502	2.249	1.253	64,2 %	0,8
ohne Promotionsstudierende	3.216	2.063	1.153	64,1 %	0,7
Promotionsstudierende	286	186	100	65,0 %	1,8
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	446	282	164	63,2 %	1,2
ohne Promotion	317	210	107	66,2 %	1,9
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	114	62	53	53,9 %	-3,4
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	15	3	12	22,2 %	-2,8

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

die Betrachtung der StudienanfängerInnen zeigt, setzen sich die hohen Frauenanteile in den medizinischen Studiengängen fort (65,6 %). Ein deutlicher Nachholbedarf ergibt sich jedoch bei den abgeschlossenen Habilitationen. Hier liegt der Frauenanteil bei weniger als einem Viertel (22,2 %) und damit 2,8 Prozentpunkte unter dem NRW-Durchschnitt, die Leaky Pipeline macht sich hier also besonders stark bemerkbar.

### Studium

An der Medizinischen Fakultät Düsseldorf werden sechs Studiengänge angeboten: Humanmedizin und Zahnmedizin sowie vier weiterführende Masterstudiengänge in Public Health, Toxikologie, Endodentologie und Translational Neuroscience.<sup>61</sup> Neben dem

<sup>61</sup> [www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre.html](http://www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre.html) [Zugriff am 04.04.2016].

Universitätsklinikum Düsseldorf gibt es elf akademische Lehrkrankenhäuser, in denen die medizinische Ausbildung stattfindet.<sup>62</sup> Das Medizinstudium wird seit 2013 als Modellstudiengang („Düsseldorfer Curriculum Medizin“) angeboten<sup>63</sup>, der zunächst für eine Laufzeit von fünf Jahren eingerichtet und evaluiert wird und einen interdisziplinären Aufbau entlang von Krankheitsbildern und Organsystemen beinhaltet.<sup>64</sup> Neben dem Erwerb fachlicher Kompetenzen werden auch die „soziale und emotionale Kompetenz im Umgang mit anderen Menschen sowie eigenverantwortliches und an ethischen Grundsätzen orientiertes Handeln“ als Ziele der ärztlichen Ausbildung herausgestellt.<sup>65</sup>

### Nachwuchsförderung

Als Instanz der Nachwuchsförderung an der Medizinischen Fakultät fungiert die Medical Research School Düsseldorf (MedRSD).<sup>66</sup> Zielgruppe sind Promovierende, an die verschiedene Angebotsformate gerichtet sind, um sie „bei der Planung einer wissenschaftlichen Karriere zu unterstützen“ und die Betreuungssituation zu verbessern. Dazu werden Informationsveranstaltungen, ein jährlicher Kongress, Workshops, Vernetzungstreffen, Stellenbörsen und Sprechstunden organisiert. Die MedRSD bietet die Möglichkeit, sich zu einem strukturierten Ausbildungsprogramm anzumelden. Es beinhaltet „Fortbildungen zur guten wissenschaftlichen Praxis“, die „verpflichtende, aktive Teilnahme an einem Kongress“ sowie Veranstaltungen zu Kernkompetenzen und Schlüsselqualifikationen.<sup>67</sup> Auf der Website der MedRSD findet sich ein expliziter Genderbezug nur in dem Link auf die (externen) Veranstaltungen der Gleichstellungsbeauftragten.<sup>68</sup> Mentoring bietet die Medizinische Fakultät mit dem A<sup>2</sup> Mentoring-Programm in zwei Varianten an:<sup>69</sup> für Studierende und für Lehrende der Medizin und Zahnmedizin. Das SelmaMeyerMED-Mentoring richtet sich darüber hinaus explizit an Frauen aller Qualifizie-

rungsstufen in der Medizin (siehe Gleichstellungsprojekte).

### Gender in Forschung und Lehre

Mit der Entwicklung eines Genderbezugs in Forschung und Lehre beschäftigt sich die Arbeitsgruppe Männer, Frauen und Medizin (MFM)<sup>70</sup>. Sie wurde 2013 als „Initiative zur Curriculumsentwicklung an der Medizinischen Fakultät“ gegründet, um systematisch und auf verschiedenen Ebenen der Ausbildung Aspekte der geschlechtersensiblen Medizin aufzunehmen. Mittlerweile wird ein Wahlpflichtfach im Studium zum Thema „Gender und Diversity“ angeboten, wobei der Schwerpunkt auf Gendermedizin gelegt wird. Ebenso ist in der Medizinsoziologie im 1. und 3. Studienjahr ein Seminar zur Gendermedizin im Lehrplan verankert, um die Studierenden zu sensibilisieren. Darüber hinaus bietet das Forum Gender in der Medizin<sup>71</sup> regelmäßig Veranstaltungen (z. B. Symposien) an. Hierbei handelt es sich allerdings um Angebote außerhalb des regulären Studiums. Die Medizinische Fakultät verfügt seit 2004 über eine Netzwerkprofessur<sup>72</sup> in der Rechtsmedizin, die mit Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme besetzt ist. Das Fach Rechtsmedizin ist in die Bearbeitung gesellschaftlicher Problemfelder unmittelbar eingebunden, die wichtige Bezüge zum Geschlecht aufweisen. Diese sollen im Rahmen der Professur untersucht werden, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung von Gewaltopfern und die Prävention von Gewaltstraftaten. Über das Landesprogramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ fördert das MIWF NRW ab Januar 2016 zudem die Einrichtung einer Professur mit der Denomination „Gender-sensible Gewaltpräventionsforschung“, diese Professur wird an der Medizinischen Fakultät und dem Uniklinikum neu eingerichtet.

### Gleichstellungsbeauftragte

An der Medizinischen Fakultät arbeiten zwei Gleichstellungsbeauftragte: eine Professorin im Fach Klinische Neurowissenschaften und Medizinische Psychologie, Prof. Dr. Bettina Pollok, und die Medizinerin Dr. Jessica Höll.<sup>73</sup> Beide sind zu je 50 Prozent von ihrer

<sup>62</sup> [www.medicin.hhu.de](http://www.medicin.hhu.de) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>63</sup> [www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/medizin/studium.html](http://www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/medizin/studium.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>64</sup> [www.medicin.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische\\_Fakultaet/Studiendekanat/Dokumente/Medizin\\_Studium/131007\\_Studien-\\_und\\_Pruefungsordnung.pdf](http://www.medicin.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische_Fakultaet/Studiendekanat/Dokumente/Medizin_Studium/131007_Studien-_und_Pruefungsordnung.pdf) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>65</sup> [www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/medizin/studieninteressierte/medizin-studieren-in-duesseldorf.html](http://www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/medizin/studieninteressierte/medizin-studieren-in-duesseldorf.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>66</sup> [www.medrsd.hhu.de/ueber-die-medrsd.html](http://www.medrsd.hhu.de/ueber-die-medrsd.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>67</sup> [www.medrsd.hhu.de/promotion/anmeldung-medrsd/strukturiertes-ausbildungsprogramm-der-medical-research-school.html](http://www.medrsd.hhu.de/promotion/anmeldung-medrsd/strukturiertes-ausbildungsprogramm-der-medical-research-school.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>68</sup> [www.medrsd.hhu.de/veranstaltungen-kurse.html](http://www.medrsd.hhu.de/veranstaltungen-kurse.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>69</sup> [www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/mentoring.html](http://www.medicin.hhu.de/studium-und-lehre/mentoring.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>70</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medicinische-soziologie/forschung/maenner-frauen-und-medicin/netzwerk/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medicinische-soziologie/forschung/maenner-frauen-und-medicin/netzwerk/) [Zugriff am 04.05.2016].

<sup>71</sup> [www.medicin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/forum-gender-in-der-medicin.html](http://www.medicin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/forum-gender-in-der-medicin.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>72</sup> Professur zur Geschlechterforschung, die dem Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung des Landes NRW zugeordnet ist.

<sup>73</sup> [www.medicin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte.html](http://www.medicin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte.html) [Zugriff am 05.09.2016].

Tab. C 2.14: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
SelmaMeyerMentoring	Doktorandinnen der Medizin und naturwissenschaftlicher Fächer in der Medizin, Ärztinnen in Weiterbildung, promovierte Naturwissenschaftlerinnen
Forum Gender in der Medizin: Fachsymposien	Studierende und WissenschaftlerInnen
Professorinnen-Netzwerk	Professorinnen und habilitierte Wissenschaftlerinnen der Fakultät
AG Männer, Frauen und Medizin MFm	Lehrkräfte der Fakultät
Präsenz von Wissenschaftlerinnen in Datenbanken	Fakultätsangehörige in Berufungskommissionen und anderen Gremien
Teilzeit in Elternzeit	Frauen und Männer in Elternzeit
Finanzierung einer Vertretungskraft für werdende Mütter	werdende Mütter, entsprechende Bereiche in der Fakultät
Wiedereinstiegstipendien: Anschubförderung nach der Elternzeit	Wissenschaftlerinnen in Elternzeit
Studieren mit Kind	Studierende
Notfallbetreuung für Kinder	Beschäftigte mit Kindern
Ferienfreizeiten für Kinder	Beschäftigte und Studierende mit Kindern
Reisekostenbeihilfe	Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Eltern- oder Familienpflegezeit
Individuelle Kinderbetreuung und Silencium	Eltern in der Fakultät
Abrechnung Kinderbetreuungskosten	Eltern in der Fakultät

Tätigkeit befreit, um die Gleichstellungsaufgaben übernehmen zu können. Die Aufgaben, die damit verbunden sind, teilen sie sich paritätisch. Neben der Arbeit in Berufungskommissionen legen sie einen Schwerpunkt für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung. Zu diesem Zweck führen sie das von Professorin Henrich etablierte Professorinnen-Netzwerk fort und planen, ein Nachwuchswissenschaftlerinnen-Netzwerk in der Medizinischen Fakultät zu etablieren. Ziel ist die Vernetzung von Ärztinnen und nichtmedizinischen Wissenschaftlerinnen auf den verschiedenen Stufen der akademischen Weiterbildung. Eine genaue Übersicht, wie viel Budget den zwei Gleichstellungsbeauftragten für ihre Arbeit zur Verfügung steht, gibt es nicht.

### Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät

Der Frauenförderplan der Fakultät wurde vom Fachbereichsrat angenommen. Da er als Teil des FrauenförderRahmenplans der HHU noch vom Senat verabschiedet werden muss, ist er noch nicht in den Amtlichen Bekanntmachungen der HHU veröffentlicht (Stand 05.09.2016).

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.14)

Eine Reihe von Gleichstellungsprojekten bietet die Medizinische Fakultät Düsseldorf – zusätzlich zu den gesamtuniversitären Maßnahmen – an, über die die Gleichstellungsbeauftragte ausführlich informiert:<sup>74</sup>

<sup>74</sup> www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte.html [Zugriff am 27.04.2015].

Das SelmaMeyerMentoring-Programm für Nachwuchswissenschaftlerinnen hat seit 2009 auch eine medizinspezifische Programmlinie: SelmaMeyerMED.<sup>75</sup> SelmaMeyerMED-Start richtet sich an Doktorandinnen der Medizin ab dem 9. Fachsemester und naturwissenschaftlicher Fächer in der Medizin,<sup>76</sup> SelmaMeyerMED+ an „Ärztinnen in Weiterbildung und promovierte Naturwissenschaftlerinnen in der Medizin“.<sup>77</sup> Alle Programmlinien bestehen aus „One-to-one-“ bzw. Peer-Group-Mentoring, Seminaren „zum Ausbau der persönlichen Schlüsselqualifikationen“ und Netzwerkarbeit. Das Professorinnen-Netzwerk richtet sich an alle Professorinnen der Fakultät einschließlich der außerplanmäßigen sowie an habilitierte Privatdozentinnen und soll als Forum sowohl dem fachlichen Austausch als auch dem Erfahrungsaustausch dienen.<sup>78</sup> Des Weiteren ist ein Schreiben zur „Präsenz von Wissenschaftlerinnen in Datenbanken“ auf der Website verlinkt.<sup>79</sup> Darin werden die Fakultätsangehörigen auf mehrere Datenbanken hingewiesen,

<sup>75</sup> www.uni-duesseldorf.de/home/universitaet/strukturen/zentrale-universitaetsverwaltung-zuv/leiter-der-zentralen-universitaetsverwaltung/stabsstelle-gleichstellung-familie-und-diversity/selmameyermentoring-2014.html [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>76</sup> www.uni-duesseldorf.de/home/universitaet/strukturen/zentrale-universitaetsverwaltung-zuv/leiter-der-zentralen-universitaetsverwaltung/stabsstelle-gleichstellung-familie-und-diversity/selmameyermentoring-2014/mentoring-linien-2014/med-startgrad.html [Zugriff am 27.04.2015]

<sup>77</sup> www.uni-duesseldorf.de/home/universitaet/strukturen/zentrale-universitaetsverwaltung-zuv/leiter-der-zentralen-universitaetsverwaltung/stabsstelle-gleichstellung-familie-und-diversity/selmameyermentoring-2014/konzept-ziele-und-zielgruppen/zielgruppen.html [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>78</sup> www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/professorinnen-netzwerk.html [Zugriff am 29.06.2015]

<sup>79</sup> www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/praesenz-von-wissenschaftlerinnen-in-datenbanken.html [Zugriff am 29.06.2015].

die eine gezielte Suche nach Wissenschaftlerinnen ermöglichen, z. B. für die aktive Rekrutierung in Berufungsverfahren, aber auch als Kooperationspartnerinnen, Gutachterinnen, Gremienmitglieder etc. Neu berufene Professorinnen werden darüber hinaus vom Gleichstellungsbüro mit einem Anschreiben begrüßt, in dem die Gleichstellungsbeauftragten ihre Maßnahmen und Projekte vorstellen und erläutern, wie sie die Professorinnen unterstützen können. Neben der stärkeren Präsenz von Frauen auf höheren Positionen in der Medizin soll die fachliche Berücksichtigung von Genderaspekten in der Medizin gefördert werden. Das Forum Gender in der Medizin<sup>80</sup> veranstaltet Vorträge und ein jährlich stattfindendes Fachsymposium. Auch die AG Männer, Frauen und Medizin (siehe Gender in Forschung und Lehre) wurde mit dem Ziel gegründet, das Thema Gender inhaltlich in Studium und Lehre zu verankern. Daneben stehen mehrere Angebote für Fakultätsangehörige mit Kindern zur Verfügung: An Frauen und Männer in Elternzeit richten sich Informationen und Angebote zum Studieren mit Kind, zur Eltern(teil)zeit und Vertragsverlängerung. MitarbeiterInnen, die sich in der Fakultät engagieren und bspw. an Gremien teilnehmen, werden finanziell in der Kinderbetreuung unterstützt, ebenso wird eine temporäre Kinderbetreuung finanziert, wenn WissenschaftlerInnen in dieser Zeit Drittmittelanträge schreiben, Publikationen fertigstellen oder ihre Qualifikationsarbeiten zum Abschluss bringen wollen. Über die verschiedenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung und Erstattung von Kinderbetreuungskosten informiert eine Broschüre, die zum Download bereitsteht. Die verschiedenen Maßnahmen werden hier unter dem Titel „Chancengleichheit für Eltern in der Medizinischen Fakultät“ präsentiert, womit auf eine gemeinsame Initiative des Dekanats und der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät hingewiesen wird.<sup>81</sup> Die Fakultät bietet außerdem die Finanzierung einer Vertretungskraft für werdende Mütter an. An Frauen mit Kindern richten sich Wiedereinstiegsstipendien für Wissenschaftlerinnen.

### 2.3.2 Universitätsklinikum Düsseldorf

Das Universitätsklinikum Düsseldorf verfügt über 1.172 Betten und beschäftigt über 5.000 MitarbeiterInnen.

<sup>80</sup> [www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/forum-gender-in-der-medizin.html](http://www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/forum-gender-in-der-medizin.html) [Zugriff am 27.04.2015].

<sup>81</sup> [https://www.uni-duesseldorf.de/redaktion/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische\\_Fakultaet/Dekanat/Dok\\_Gleichstellungsbeauftragte/Chancengleichheit\\_in\\_der\\_Med.\\_Fakultaet\\_2013web.pdf](https://www.uni-duesseldorf.de/redaktion/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische_Fakultaet/Dekanat/Dok_Gleichstellungsbeauftragte/Chancengleichheit_in_der_Med._Fakultaet_2013web.pdf) [Zugriff am 29.06.2015].

Rund 49.000 PatientInnen werden jährlich vollstationär versorgt; etwa 242.000 werden ambulant behandelt.<sup>82</sup> Ihnen wird Hilfe mit „moderner medizinischer Versorgung und einem hervorragenden menschlichen Service“<sup>83</sup> zugesichert; zudem präsentiert sich das Universitätsklinikum als „ein modernes, innovatives Unternehmen“<sup>84</sup> mit „Spitzenleistungen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre“<sup>85</sup>. Das Klinikum basiert auf den 1907 gegründeten Städtischen Krankenanstalten mit der Akademie für praktische Medizin.<sup>86</sup> 1973 wurden die Städtischen Krankenanstalten als Universitätsklinik Düsseldorf in die Trägerschaft des Landes NRW übernommen, seit 2001 ist das Klinikum selbstständige Anstalt öffentlichen Rechts. Im Leitbild<sup>87</sup> des Klinikums werden die Maximen betont, den „Patientinnen und Patienten mit sozialer und fachlicher Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein, Freundlichkeit und Respekt“ zu begegnen und einen „kooperativen Führungsstil“ zu pflegen sowie mit den „Ressourcen sparsam und umweltschonend“ umzugehen (S. 10). Ein Genderbezug findet sich nicht.

#### *Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.15)*

Das Universitätsklinikum Düsseldorf liegt bezüglich der Anteile von Frauen in Leitungspositionen insgesamt leicht unter dem Landesdurchschnitt. Das ist vor allem auf die starke Unterrepräsentanz von Frauen im Vorstand und bei den Klinikleitungen zurückzuführen.

Der fünfköpfige Vorstand<sup>88</sup> ist ausschließlich mit Männern besetzt; keine Frau ist hier vertreten. Zu den elf stimmberechtigten Aufsichtsratsmitgliedern<sup>89</sup> zählen drei Frauen, was einem Frauenanteil von über einem Viertel entspricht (27,3 %). Die Quotierung der vier externen Sachverständigen ist umgesetzt: Zwei Frauen, davon eine Professorin, besetzen je eine Position der Sachverständigen aus Wissenschaft und Wirtschaft. Von den 30 Einzelkliniken, die zum Univer-

<sup>82</sup> Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität: Geschäftsbericht 2014, online verfügbar unter [www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/marketing\\_und\\_kommunikation\\_id212/Publikationen/Geschaeftsbericht\\_2014\\_Internet.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/marketing_und_kommunikation_id212/Publikationen/Geschaeftsbericht_2014_Internet.pdf) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>83</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten/) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>84</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/nc/karriere/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/nc/karriere/) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>85</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>86</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/geschichte/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/geschichte/) [Zugriff am 24.06.2015].

<sup>87</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/unternehmen\\_id2/dateien/leitbild\\_neu.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/unternehmen_id2/dateien/leitbild_neu.pdf) [Zugriff am 11.05.2016].

<sup>88</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/nc/unternehmen/vorstand/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/nc/unternehmen/vorstand/) [Zugriff am 24.06.2015].

<sup>89</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/aufsichtsrat/](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/aufsichtsrat/) [Zugriff am 24.06.2015].

Tab. C 2.15: Leitungsebene im Klinikum Düsseldorf nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	5	0	5	0,0 %	-10,3
Aufsichtsrat	11	3	8	27,3 %	-1,5
Klinikleitungen	30	1	29	3,3 %	-6,2
Institutsleitungen	33	5	28	15,2 %	3,8
<b>Insgesamt</b>	<b>79</b>	<b>9</b>	<b>70</b>	<b>11,4 %</b>	<b>-1,7</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

sitätsklinikum Düsseldorf gehören, wird nur eine – die Frauenklinik – von einer Frau geführt. Mit einem Frauenanteil von 3,3 % nimmt das Klinikum im NRW-Vergleich damit den letzten Platz ein. Allerdings gibt es in der Medizinischen Fakultät auch nur zwei Frauen in der Besoldungsstufe W3/C4. Bei den Institutsleitungen sind Frauen etwas stärker vertreten: Fünf Instituten (15,2 %) steht eine Frau vor: dem C. u. O. Vogt-Institut für Hirnforschung, dem Institut für Anatomie II, dem Institut für Humanogenetik und Anthropologie sowie dem Institut für Rechtsmedizin.

### Gleichstellungsbeauftragte

Die Gleichstellungsbeauftragte für das nichtwissenschaftliche Personal des Klinikums, Anna Manowski (Mitarbeiterin im medizinisch-technischen Dienst und ehemalige Sekretärin des Vorstands), ist mit einer eigenen Webseite präsent.<sup>90</sup> Ihre Position ist als Stabsstelle beim Vorstand angesiedelt und weisungsfrei. Mit Jutta Krahn gibt es eine Stellvertreterin.<sup>91</sup> Die Gleichstellungsbeauftragte ist zu 100 Prozent für ihr Amt freigestellt. Ein festes Budget für die Gleichstellungsarbeit gibt es nicht, sodass sie sich vorrangig als Ansprechpartnerin bei Stellenbesetzungen versteht und „insbesondere bei der Ausgestaltung von Ausschreibungen und Verfahren zur Besetzung von Stellen“<sup>92</sup> mitwirkt. Die Gleichstellungsbeauftragte sieht es dabei als ihre Aufgabe, die gesetzlichen Aufträge auszuführen und die „Ausführung des Landesgleichstellungsgesetzes NRW sowie aller Vorschriften und Maßnahmen, die Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frau und Mann haben

oder haben können“<sup>93</sup>, zu unterstützen. Konkret werden „soziale, organisatorische und personelle Maßnahmen“ sowie Stellenbesetzungsverfahren und Beurteilungsgespräche angeführt. Darüber hinaus wird ihre beratende und unterstützende Funktion hervorgehoben, sowohl gegenüber der Dienststelle und dem Aufsichtsrat als auch gegenüber Beschäftigten. Die Gleichstellungsbeauftragte überprüft zudem sämtliche Maßnahmen, die im Universitätsklinikum durchgeführt werden, auf die Berücksichtigung von Geschlechtergesichtspunkten (bspw. Baumaßnahmen, Personalmaßnahmen, Kündigungen, Einstellungen, Arbeitszeitänderungen etc.). Sie nimmt sowohl an den Vorstands- als auch an den Aufsichtsratssitzungen mit einer beratenden Stimme teil. Zu den Dekanatssitzungen wird sie ebenfalls eingeladen. Genuine Gleichstellungsprojekte kann sie nicht initiieren und durchführen, weil keine finanziellen Mittel hierfür bereitstehen.

### Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums

Ein Gleichstellungsplan für das nichtwissenschaftliche Personal des Universitätsklinikums für den Berichtszeitraum 2015–2017 wurde von der Personalentwicklung in Zusammenarbeit mit der Gleichstellungsbeauftragten erstellt und nach Vorstandsbeschluss im Intranet veröffentlicht.

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen

Aufgrund fehlender finanzieller Mittel gibt es keine expliziten Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen am Universitätsklinikum Düsseldorf. Es finden sich demzufolge Zielsetzungen wie die „Verhinderung künftiger Benachteiligungen wegen des Geschlechts“, der „Ausgleich bestehender Nachteile durch gezielte Maßnahmen der Frauenförderung“ oder „die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

<sup>90</sup> www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>91</sup> www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten/kontakt [Zugriff am 29.06.2015].

<sup>92</sup> www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten [Zugriff am 29.06.2015].

<sup>93</sup> www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten/aufgaben [Zugriff am 29.06.2015].

für Frauen und Männer (Work-Life-Balance)“, aber keine konkreten Projektdarstellungen<sup>94</sup>. In Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gibt es jedoch einen Kooperationsvertrag mit der Universität Düsseldorf. Die Kinder von Beschäftigten des Universitätsklinikums Düsseldorf können an der Ferienbetreuung der Universität teilnehmen; hierfür übernimmt das Universitätsklinikum die Verpflegungskosten und stellt Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Gleichstellungsbeauftragte des Uni-

versitätsklinikums arbeitet außerdem eng mit der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät zusammen, sodass einige Maßnahmen der Fakultät in Kooperation mit der Gleichstellungsbeauftragten des Klinikums angeboten werden. So ist es beispielsweise eine gemeinsame Aufgabe, Frauen und Männer in Elternzeit regelmäßig mit Informationen über Fortbildungen oder Besonderheiten am Universitätsklinikum zu informieren, damit diese auf dem aktuellen Stand bleiben können.

<sup>94</sup> [www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten/zielsetzungen](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/vorstand/stabsstellen-des-vorstandes/gleichstellungsshyangelegenheiten/zielsetzungen) [Zugriff am 29.06.2015].

## 2.4 DUISBURG-ESSEN: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIKLINIK

### 2.4.1 Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen

Ziel der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen ist eine „Wissenschaft und Forschung auf höchstem internationalem Niveau und eine herausragende, exzellente Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte“.<sup>95</sup> Der Forschungsfokus der Fakultät liegt auf den Bereichen Herz-Kreislauf, Onkologie, Transplantation sowie auf den übergreifenden Schwerpunkten Genetische Medizin, Immunologie und Infektiologie.<sup>96</sup> Ein Genderbezug findet sich in der eigenen Darstellung nicht.

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.16)*

Die Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen liegt mit ihren Frauenanteilen am Personal größtenteils über dem Landesdurchschnitt. Dies schlägt sich allerdings noch nicht auf der Leitungsebene der Fakultät nieder.

Das Dekanat der Medizinischen Fakultät ist außer dem Dekan mit drei Prodekanen besetzt: einem für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs, einem für Planung und Finanzen und einem für Studium und Lehre (Studiendekan). Alle vier Positionen werden von Männern eingenommen, womit die Fakultät noch einmal deutlich unter dem ohnehin bereits niedrigen NRW-Durchschnitt von 10,3 % liegt. Die Professuren in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften sind zu gut einem Fünftel (21,4 %) mit Frauen besetzt – ein für die Universitätskliniken in NRW vergleichsweise hoher Anteil. Bei der Betrachtung nach Lehr- und Forschungsbereichen wird allerdings eine starke interne Differenz deutlich: So findet sich der höchste Frauenanteil von 26,3 % in der vorklinischen Humanmedizin, während die klinisch-theoretische Humanmedizin anteilig deutlich weniger Professorinnen aufweist (14,3 %). Das wissenschaftlich-künstlerische Personal (ohne ProfessorInnen) besteht zu gut der Hälfte aus Frauen (53,9 %). Fast alle Beschäftigten sind der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet, in welcher der Frauenanteil gleichauf liegt. Als MitarbeiterInnen in Technik und

Verwaltung sind Frauen zu mehr als drei Vierteln beschäftigt (76,8 %), was in etwa dem NRW-Trend mit einer kleinen Abweichung nach oben entspricht; auch beim hohen Frauenanteil am Pflegepersonal wird der Durchschnitt leicht überschritten, was bedeutet, dass vier von fünf Pflegekräften am Universitätsklinikum Essen weiblich sind.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.17)*

Die Universität Duisburg-Essen liegt hinsichtlich der Frauenanteile an den Medizinprofessuren auf allen zahlenmäßig relevanten Besoldungsstufen über dem NRW-Durchschnitt. Das gilt in besonderem Maße für die niedrigere Besoldungsstufe W2 und vergleichbare Stufen.

Im Verlauf der letzten zehn Jahre ist die Gesamtzahl der Professorinnen von drei auf 18 gestiegen. Fand sich auf der höchsten Besoldungsstufe W3/C4 im Jahr 2004 noch keine einzige Frau, sind es im Jahr 2014 bereits neun (16,4 %). Die Universität Duisburg-Essen liegt damit 3,9 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt. Auf der niedrigeren Besoldungsstufe W2/C2/C3 sind Frauen mit neun von 21 Professuren mittlerweile fast paritätisch vertreten, womit ihr Anteil weit – 26,7 Prozentpunkte – über dem Landesdurchschnitt liegt. Die absolute Zahl der Professorinnen hat sich damit in den letzten zehn Jahren verdreifacht. Die Juniorprofessur spielt insgesamt noch kaum eine Rolle. Stattdessen hat sich in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Professuren, die außerhalb der C- und W-Besoldung eingestuft sind, verdreifacht. Aktuell werden sowohl die (wenigen) Juniorprofessuren als auch die sonstigen Professuren ausschließlich durch Männer besetzt.

#### *Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.18)*

Die Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen ist mit 2.114 Studierenden die kleinste in Trägerschaft des Landes NRW. Im Landesvergleich schneidet die Universität Duisburg-Essen mit ihren Frauenanteilen bei den Studierenden und AbsolventInnen (ohne Promotion) der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften leicht überdurchschnittlich ab, während sie hinsichtlich der Promotionen von Frauen unter dem Landesdurchschnitt liegt.

Von den in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften eingeschriebenen Studierenden

<sup>95</sup> <https://www.uni-due.de/med/de/organisation/index.shtml> [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>96</sup> <https://www.uni-due.de/med/de/organisation/index.shtml> [Zugriff am 04.04.2016].



Tab. C 2.16: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	4	0	4	0,0 %	-10,3
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	84	18	66	21,4 %	5,8
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	80	16	64	20,0 %	4,5
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	40	8	32	20,0 %	6,3
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	21	3	18	14,3 %	-1,9
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	19	5	14	26,3 %	5,4
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.280	690	590	53,9 %	2,3
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.250	674	576	53,9 %	2,4
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	5.347	4.105	1.242	76,8 %	1,2
darunter Pflegepersonal	1.911	1.541	370	80,6 %	2,8

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.17: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	<b>63</b>	<b>3</b>	<b>4,8 %</b>	<b>62</b>	<b>8</b>	<b>12,9 %</b>	<b>84</b>	<b>18</b>	<b>21,4 %</b>	<b>5,8</b>
W3/C4	44	0	0,0 %	41	2	4,9 %	55	9	16,4 %	3,9
W2/C2/C3	17	3	17,6 %	17	4	23,5 %	21	9	42,9 %	26,7
W1	(-)	(-)	(-)	1	1	100 %	3	0	0,0 %	-47,4
Sonstige	2	0	0,0 %	3	1	33,3 %	5	0	0,0 %	-23,5

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.18: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	341	221	120	64,8 %	-0,7
<b>Studierende insgesamt</b>	2.114	1.342	772	63,5 %	0,1
ohne Promotionsstudierende	1.973	1.253	720	63,5 %	0,1
Promotionsstudierende	141	89	52	63,1 %	-0,1
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	247	159	88	64,4 %	2,4
ohne Promotion	244	156	88	63,9 %	-0,4
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	132	72	59	54,9 %	-2,4
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	22	5	17	24,2 %	-0,8

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 23.03.2016].

sind fast zwei Drittel Frauen (64,8 %). Wie die Betrachtung der Studienanfängerinnen zeigt, bleibt der hohe Frauenanteil auch perspektivisch gleich. Bei den AbsolventInnen liegt der Frauenanteil mit 64,4 % nur geringfügig niedriger als bei den Studierenden, er fällt jedoch im Hinblick auf die Promovierten stark ab (54,9 %). Die Habilitation als wichtigste Qualifikation im Hinblick auf eine Wissenschaftskarriere wird nur noch zu einem knappen Viertel von Frauen ab-

geschlossen. Damit zeigt sich auch am Universitätsklinikum Essen sehr deutlich das typische Muster des sinkenden Frauenanteils bei steigender Qualifizierungsstufe.

### Studium

Die Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen bietet vier Studiengänge an: Humanmedizin, Medizinische Biologie (B. Sc./M. Sc./Promotion),

Medizinmanagement (M. A.)<sup>97</sup> und Pharmaceutical Medicine (M. Sc.)<sup>98</sup>. Die Fakultät kooperiert mit 17 Lehrkrankenhäusern (einschließlich des Universitätsklinikums). An der Fakultät Duisburg-Essen ist der Vernetzungsschwerpunkt „Simulationspatienten“ angesiedelt, der alle Simulations-Patienten-Programme der Medizinischen Fakultäten in NRW miteinander verbinden sowie Qualitätsfragen und Standards aufarbeiten soll.<sup>99</sup>

### Nachwuchsförderung

Die Nachwuchsförderung findet an der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen insbesondere über Mentoring statt: Die Mentoring-Programme MENTIZIN und MENTIZIN<sup>2</sup> sind für die Studierenden der Fakultät ausgelegt, das MENTIZIN-Programm richtet sich dabei explizit an StudienanfängerInnen.<sup>100</sup> Beim „Karriereförderprogramm“ MediMent handelt es sich um ein Bündel von Mentoring-Maßnahmen für die Postdoc-Phase, die den wissenschaftlichen Nachwuchs und die Karriere in der Medizin im Fokus haben.<sup>101</sup> Das Programm MediMent-Peer richtet sich an Frauen und Männer, MediMent 1:1 ausschließlich an Frauen. Ein spezielles Förderprogramm unterstützt zudem Habilitandinnen mit Kindern durch die Finanzierung einer studentischen Hilfskraft.<sup>102</sup> Das Promotionskolleg der Fakultät, ELAN (Essener Ausbildungsprogramm „Labor und Wissenschaft“), richtet sich an den ärztlichen Nachwuchs<sup>103</sup>; die Graduate School of Biomedical Science steht Doktorandinnen und Doktoranden aus Medizin und Biologie offen.<sup>104</sup> Außerdem unterstützt die „Stiftung Universitätsmedizin Essen“ Studierende der Medizinischen Fakultät durch die Vergabe von Stipendien.<sup>105</sup>

<sup>97</sup> Medizinmanagement wird in drei wirtschaftswissenschaftlich ausgerichteten Masterstudiengängen für verschiedene Zielgruppen angeboten (WirtschaftswissenschaftlerInnen oder MedizinerInnen/GesundheitswissenschaftlerInnen), kann aber auch als Schwerpunkt im Rahmen zweier wirtschaftswissenschaftlicher Bachelorstudiengänge gewählt werden.

<sup>98</sup> <https://www.uni-due.de/med/de/studium/studiengaenge.shtml> [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>99</sup> <https://www.uni-due.de/med/de/simpat/home.shtml> [Zugriff am 18.01.2015].

<sup>100</sup> <https://www.uni-due.de/med/de/studium/mentoring> [Zugriff am 18.01.2015].

<sup>101</sup> [https://www.uni-due.de/med/forschung/wissenschaftlicher\\_nachwuchs/mediment.shtml](https://www.uni-due.de/med/forschung/wissenschaftlicher_nachwuchs/mediment.shtml) [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>102</sup> <https://www.uni-due.de/med/gleichstellung/aktuelles.php> [Zugriff am 14.04.2015].

<sup>103</sup> <https://www.uni-due.de/med/promotionskolleg/index.shtml> [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>104</sup> [https://www.uni-due.de/med/forschung/wissenschaftlicher\\_nachwuchs/graduate\\_school.shtml](https://www.uni-due.de/med/forschung/wissenschaftlicher_nachwuchs/graduate_school.shtml) [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>105</sup> [www.universitaetsmedizin.de/foerderprojekte\\_einzel.php?id=84](http://www.universitaetsmedizin.de/foerderprojekte_einzel.php?id=84) [Zugriff am 25.03.2015].

### Gender in Forschung und Lehre

Im Frauenförderplan<sup>106</sup> findet sich der Anspruch, die „Geschlechterfrage als Element von Forschung und Lehre“ zu fördern. Für die Forschung wird vor allem auf die Kooperation mit dem Essener Kolleg für Geschlechterforschung (EKFG) verwiesen, einer fakultätsübergreifenden Einrichtung der Universität Duisburg-Essen, die bereits früh das Thema Gender in der Medizin aufgegriffen hat und in der verschiedene WissenschaftlerInnen der Medizinischen Fakultät Mitglieder sind. Diese stammen vor allem aus zwei Fachgebieten, der Pathologie und der Medizinischen Psychologie,<sup>107</sup> und rekrutieren sich aus dem Forschungscluster „Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung/Geschlechtergerechtes Gesundheitswesen“<sup>108</sup>. Für die Lehre findet sich im Frauenförderplan die Empfehlung, „insbesondere in Einführungs- und Überblickveranstaltungen“ Geschlechteraspekte zu berücksichtigen.<sup>109</sup> Ein explizites Gender-(Teil-)Modul oder eine Gender-Wahlveranstaltung gibt es jedoch bisher nicht. Über das Landesprogramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ fördert das MIWF NRW ab Januar 2016 die Professur von Prof. Dr. Sigrid Elsenbruch mit der Denomination „Experimentelle Psychobiologie unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten“ und von Prof. Dr. Anke Hinney mit der Denomination „Molekulargenetik von Adipositas und Essstörungen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten“.

### Gleichstellungsbeauftragte

Die Fakultät für Medizin hat – wie jede Fakultät an der Universität Duisburg-Essen – eine dezentrale Gleichstellungsbeauftragte, Prof. Dr. Ulrike Schara, stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinderheilkunde. Sie wird durch drei Stellvertreterinnen, PD Dr. Diana Arweiler-Harbeck (Ärztliche Leitung Cochlear Implant Centrum Ruhr), Prof. Dr. Sigrid Elsenbruch (Professorin für Experimentelle Psychobiologie unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten) und PD Dr. Stefanie Flohé (Leiterin AG Chirurgische Forschung-Unfallchirurgie), unterstützt, was im Vergleich zu einigen anderen Fakultäten eine zahlenmäßig starke Besetzung bedeutet.<sup>110</sup> Alle vier sind als Professorinnen oder Privatdozentinnen

<sup>106</sup> Frauenförderplan: 11f. <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/gleichstellungsbeauftragte/medizin.pdf> [Zugriff am 28.10.2014].

<sup>107</sup> <https://www.uni-due.de/ekfg/mitglieder.shtml> [Zugriff am 18.01.2015].

<sup>108</sup> [www.unidue.de/ekfg/gesundheit-geschlechtergerecht.shtml](http://www.unidue.de/ekfg/gesundheit-geschlechtergerecht.shtml) [Zugriff am 18.01.2015].

<sup>109</sup> Frauenförderplan: 11f. <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/gleichstellungsbeauftragte/medizin.pdf> [Zugriff am 28.10.2014].

<sup>110</sup> <https://www.uni-due.de/gleichstellungsbeauftragte/fachbereiche> [Zugriff am 08.04.2015].

tinnen in unterschiedlichen Kliniken und Institutionen tätig, drei davon in Leitungspositionen, so ist Prof. Dr. Schara leitende Ärztin im Bereich Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie und stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinderheilkunde I. Die vier Frauen agieren als ein Gleichstellungsbeauftragten-Team, d. h., Prof. Dr. Schara fungiert als Sprecherin und wird offiziell als dezentrale Gleichstellungsbeauftragte geführt, ihre drei Vertreterinnen sind jedoch gleichberechtigt. Die vier Gleichstellungsbeauftragten kommen aus unterschiedlichen Fachgebieten der Medizin, sodass sie differente Perspektiven und Interessen in die Gleichstellungsarbeit miteinbeziehen können. Sie teilen sich die Arbeitsschwerpunkte untereinander auf: Die offizielle Gleichstellungsbeauftragte fungiert als Ansprechpartnerin für das Dekanat, eine Stellvertreterin nimmt an allen Berufungsverfahren der Fakultät teil, eine weitere ist für die Berichterstattung im Senat zuständig und das vierte Teammitglied kümmert sich besonders um Vereinbarkeitsfragen von Familie und Beruf. Eine Freistellung für die Gleichstellungsarbeit hat keine der vier Gleichstellungsbeauftragten. Die Gleichstellungsbeauftragten vertreten die Gruppe der wissenschaftlichen Beschäftigten. Studentinnen werden nicht adressiert, im Frauenförderplan werden sie allerdings unter dem Thema „Vereinbarkeit“ als Zielgruppe angeführt. Auf der Website der Gleichstellungsbeauftragten findet sich die Hervorhebung der Frauenförderung mit dem Schwerpunkt auf Wissenschaftskarrieren:<sup>111</sup>

*„Die Medizinische Fakultät Essen sieht sich den Zielen der Gleichstellung verpflichtet und ist bestrebt, Frauen die notwendigen Hilfestellungen, insbesondere im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Entwicklung, zu geben. Ein Engagement, das zugleich eine wichtige Investition in die Zukunft der Medizinischen Fakultät darstellt, von der Forschung und Lehre unmittelbar profitieren.“*

Ein festes Budget steht den Gleichstellungsbeauftragten nicht zur Verfügung. Jedoch werden Projekte durch die Fakultät gefördert, so stellte sie beispielsweise für ein studentisches Hilfskraftprogramm für Habilitandinnen 90.000 € für den ersten Durchgang zur Verfügung.

#### **Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät**

Der aktuelle Frauenförderplan<sup>112</sup> gilt von Februar 2014 bis Februar 2017 und ist auf der Webseite der

Gleichstellungsbeauftragten abrufbar. Hinsichtlich der Frauenanteile am wissenschaftlichen Personal wird eine positive Entwicklung bilanziert. Innerhalb der letzten vier Jahre hat sich – laut interner Statistik der Arbeitsvolumina<sup>113</sup> – der Anteil der Frauen auf Professuren von 13,2 % auf 21,5 % erhöht, im wissenschaftlichen Mittelbau von 42,2 % auf 47,4 %. Das ursprüngliche Ziel, den Frauenanteil bei den gesamten Professuren auf mindestens 25 % zu steigern, wird mit 21,5 % bereits als „annähernd erreicht“ betrachtet. Das Ziel, den Frauenanteil zu steigern, wird deshalb nur für die C4/W3-Professuren spezifiziert: Hier soll der Frauenanteil von aktuell 15,5 % auf mindestens 20 % erhöht werden. Als Maßnahme wird im Frauenförderplan eine leistungsbezogene Quote für Neuberufungen angeführt: „Soweit es entsprechend qualifizierte Bewerberinnen gibt, wird versucht, die Frauenquote unter den Professoren mit jeder frei werdenden Stelle zu erhöhen“ (S. 9). Bei der Betrachtung des gesamten Hochschulpersonals wird konstatiert, dass sehr viel mehr Frauen in Teilzeit arbeiten sowie als wissenschaftliche und studentische Hilfskräfte beschäftigt sind. Handlungsbedarf wird bei den unbefristeten Stellen angezeigt, der sich allerdings nicht in den formulierten Zielen wiederfindet. Als Ziel wird festgehalten, dass der Frauenanteil in Leitungspositionen für verschiedene Personalgruppen erhöht werden soll. Bei den wissenschaftlichen Qualifizierungsstufen wird einzig die Postdoc-Phase als problematisch identifiziert – aufgrund des immer noch geringen Frauenanteils bei den Habilitationen – und daraus ein „erhöhter Förderbedarf von Frauen nach der Promotion“ abgeleitet (S. 9). Als Ziel wird eine Steigerung des Frauenanteils bei den Postdocs und bei den Habilitationen angestrebt. Der zu erreichende Frauenanteil bei den Postdocs orientiert sich am Kaskadenmodell und soll langfristig dem Frauenanteil bei den Promotionen entsprechen. Bei den Habilitationen wird ein Frauenanteil von einem Drittel angestrebt – ohne Angabe einer Bezugsgröße, aus der dieses Ziel abgeleitet ist. Für die Fakultät wird im Hinblick auf die Qualifizierungsstufen der Studierenden, AbsolventInnen und Promovierten kein Bedarf an weiteren Gleichstellungsmaßnahmen festgestellt, da deren Frauenanteile über 50 Prozent liegen. Dass bereits der Frauenanteil der Promovierten deutlich unter dem der Studierenden liegt, wird nicht thematisiert. Im Hinblick auf die Postdoc-Phase, für die der größte Handlungsbedarf

<sup>111</sup> <https://www.uni-due.de/med/gleichstellung> [Zugriff am 14.04.2015].

<sup>112</sup> Frauenförderplan, <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/gleichstellungsbeauftragte/medizin.pdf> [Zugriff am 28.10.2014].

<sup>113</sup> Die Berechnung erfolgt in Vollzeitäquivalenten und unterscheidet sich deshalb von der im Gender-Report vorgenommenen Kopfzählung.

Tab. C 2.19: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
Programm zur Habilitationsförderung durch eine studentische Hilfskraft	Wissenschaftlerinnen mit Kindern
Mentoring-Programm MediMent 1:1	Assistenzärztinnen und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Medizinischen Fakultät

konstatiert wurde, werden im Frauenförderplan verschiedene Maßnahmen angeführt: gezielte (individuelle) Ansprache von Wissenschaftlerinnen und Ermutigung zur Habilitation, Nutzung des Mentoring-Programms MediMent und des IFORES-Programms für KlinikerInnen (ein Programm der Fakultät zur internen Forschungsförderung) sowie Konzepte zur Sensibilisierung der direkten Vorgesetzten mit Schwerpunkt auf Vereinbarkeit – wobei eingeräumt wird, dass diese auch für Männer ein zunehmend wichtiges Thema sei. Dem Thema Vereinbarkeit ist auch der Vorschlag gewidmet, Frauen auf dem Weg zur Habilitation mit studentischen Hilfskräften zu unterstützen. Außerdem sollen die Gründe dafür, dass Frauen den Weg zur wissenschaftlichen Karriere in der Postdoc-Phase abbrechen, durch weitere Datenanalysen eruiert werden (vgl. S. 10f.). Bei den Maßnahmen, die das wissenschaftliche Personal betreffen, wird im Frauenförderplan mit Verweis auf die leistungsbezogene Quote für alle Qualifikationsstufen betont, dass Frauen grundsätzlich, „solange sie unterrepräsentiert sind, bei gleicher Eignung, Qualifikation und Befähigung“ bei Stellenbesetzungen bevorzugt werden (S. 9). Bei der Denomination neu zu besetzender Professuren soll ein möglicher Bezug auf Geschlechterverhältnisse geprüft werden. Im Berufungsverfahren sollen Erziehungs- und Pflegezeiten bei der Bewertung von Lebensläufen berücksichtigt werden, außerdem werden die Vorsitzenden zur gezielten und dokumentierten Suche nach Kandidatinnen aufgefordert. Maßnahmen zum Thema Vereinbarkeit sind im Frauenförderplan an mehrere Zielgruppen adressiert: „Die Fakultät setzt sich ausdrücklich für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Studium bzw. Beruf und Familie ein“ (S. 11). Für Beschäftigte sollen die bereits rechtlich gegebenen Möglichkeiten der Flexibilisierung von Arbeitszeit ausgeschöpft werden. Bei Studierenden geht es – ohne nähere Erläuterung – um Schutzbestimmungen, die verhindern, dass sich familiäres Engagement negativ auf das Studium auswirkt (vgl. S. 11). Weitere Maßnahmen betreffen die Verankerung von Geschlechterinhalten in Forschung und Lehre (siehe oben), den Schutz vor sexualisierter Gewalt und die geschlechterparitätische Besetzung von Gremien. Als

Maßnahme für die Erhöhung des Frauenanteils in Gremien ist eine gezielte Ansprache von Frauen aus den Gruppen des wissenschaftlichen Personals vorgesehen. Zunächst soll ein Frauenanteil erreicht werden, der „mindestens dem Anteil innerhalb der entsprechenden Statusgruppe entspricht“ (S. 12).

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.19)

Die Gleichstellungsprojekte beziehen sich im Wesentlichen auf die Nachwuchsförderung, teils kombiniert mit Maßnahmen der Vereinbarkeit. Das Habilitations-Förderprogramm löst eine im Frauenförderplan angekündigte Maßnahme ein. Die Zielgruppe bilden Wissenschaftlerinnen mit Kindern in der Postdoc-Phase, die dort personellen Support in Form einer studentischen Hilfskraft erhalten. Diese unterstützt für ein Jahr lang acht Stunden pro Woche die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung wissenschaftlicher Projektarbeiten. Daraus wird gefolgert: „So können sich die angehenden Privatdozentinnen auf wichtige Forschungsaufgaben konzentrieren, ohne dabei ihre familiären Verpflichtungen vernachlässigen zu müssen.“<sup>114</sup> Darüber hinaus richtet sich ein Teil des MediMent-Programms speziell an Frauen und bietet Mentoring für Nachwuchswissenschaftlerinnen: „MediMent 1:1 – Karriereförderung von Wissenschaftlerinnen in der Medizin“<sup>115</sup>. Zu diesem Programm findet sich allerdings kein Verweis auf der Website der Gleichstellungsbeauftragten der Fakultät. Anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Mentoring-Programms im Jahr 2015 wurde eine Bilanz veröffentlicht. Demnach wurden zehn Frauen habilitiert, die am Programm MediMent 1:1 teilgenommen haben, davon haben drei mittlerweile eine Professur. Zusätzlich wurden zwei Frauen habilitiert, die am MediMent-Peer-Programm für beide Geschlechter teilgenommen haben. Im gleichen Zeitraum wurden innerhalb von MediMent-Peer auch sechs Männer habilitiert, von denen zwei inzwischen eine Professur innehaben.<sup>116</sup>

<sup>114</sup> <https://www.uni-due.de/med/gleichstellung/aktuelles.php> [Zugriff am 14.04.2015].

<sup>115</sup> <https://www.uni-due.de/zfh/medimentonetoone> [Zugriff am 25.03.2015].

<sup>116</sup> [https://www.uni-due.de/imperia/md/content/mediment-peer/artikel\\_](https://www.uni-due.de/imperia/md/content/mediment-peer/artikel_)

Tab. C 2.20: Leitungsebene im Klinikum Essen nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	5	1	4	20,0 %	9,7
Aufsichtsrat	11	5	6	45,5 %	16,7
Klinikleitungen	33	4	29	12,1 %	2,6
Institutsleitungen	24	2	22	8,3 %	-3,0
<b>Insgesamt</b>	<b>73</b>	<b>12</b>	<b>61</b>	<b>16,4 %</b>	<b>3,4</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

## 2.4.2 Universitätsklinikum Essen

Das Universitätsklinikum Essen verfügt über 1.300 Betten; die rund 6.000 MitarbeiterInnen im Klinikum versorgen jährlich mehr als 50.000 PatientInnen stationär und etwa 195.000 ambulant.<sup>117</sup> In den Vordergrund rückt das Klinikum sein Ziel, „stets und zu allererst die Patientinnen und Patienten im Blick zu haben, ganz unabhängig von ihrer Erkrankung, ihrem Alter oder ihren persönlichen Verhältnissen“, was durch „eine exzellente und interdisziplinär angelegte Diagnostik und Therapie auf dem neusten Stand der Forschung“<sup>118</sup> erreicht werden soll. Das Klinikum basiert auf den 1909 eröffneten Städtischen Krankenanstalten. 1963 erhielt es erstmalig Universitätsstatus und wurde 1973 in die ebenfalls neu gegründete Universität-Gesamthochschule Essen (heute Universität Duisburg-Essen) überführt. Zugleich wurde das Universitätsklinikum Essen vom Land Nordrhein-Westfalen übernommen und ist seit 2001 selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts.<sup>119</sup> Das Leitbild stellt zwei Aspekte besonders heraus: „Spitzenmedizin und Menschlichkeit – Das Universitätsklinikum Essen lehrt, forscht und heilt“<sup>120</sup>. Hervorgehoben werden ein kooperativer Führungsstil, Gesundheitsförderung sowie eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ein Gleichstellungsbezug findet sich nicht.

### Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.20)

Das Universitätsklinikum Essen liegt mit seinen Frauenanteilen in den obersten Gremien insgesamt über dem NRW-Durchschnitt der Universitätskliniken.

Allein bei den Institutsleitungen weicht es nach unten ab.

Der fünfköpfige Vorstand des Universitätsklinikums besteht zu einem Großteil aus männlichen Mitgliedern; lediglich eine Frau ist hier vertreten. Diese hat die Position der Pflegedirektorin inne.<sup>121</sup> Der Frauenanteil liegt damit trotzdem über dem NRW-Durchschnitt. Die Gleichstellungsbeauftragte (UK) nimmt regelmäßig an den Sitzungen des Vorstandes teil. Der Aufsichtsrat ist fast paritätisch besetzt: Fünf der elf Posten sind hier mit einer Frau besetzt, wodurch das Klinikum Essen vom Landesdurchschnitt deutlich nach oben abweicht. Darüber hinaus werden sowohl die wissenschaftlichen als auch die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten jeweils durch Frauen vertreten. Das Universitätsklinikum Essen setzt sich aus 33 Einzelkliniken und 24 Instituten zusammen. Frauen haben hier nur wenige Leitungspositionen inne. So werden nur vier Kliniken (12,1 %) und lediglich zwei Institute (8,3 %) von Frauen geleitet. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, die Klinik für Kinderheilkunde I/Perinatalzentrum, die Klinik für Partikeltherapie, die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, das Institut für Neuro-pathologie und das Institut für Zelltherapeutische Forschung. Der Frauenanteil liegt damit bei den Kliniken leicht über (2,6 Prozentpunkte) und in Bezug auf die Institutsleitungen (3,0 Prozentpunkte) unter dem Landesdurchschnitt in Nordrhein-Westfalen.

### Gleichstellungsbeauftragte

Für den Klinikbereich sind insgesamt drei Gleichstellungsbeauftragte zuständig:<sup>122</sup> Die Gleichstellungsbeauftragte der Universität Duisburg-Essen, Ingrid Fitzek, die Gleichstellungsbeauftragte der Medi-

mediment-jubil%C3%A4um\_2015.pdf [Zugriff am 15.04.2015].

<sup>117</sup> www.uk-essen.de/de/unternehmen/zahlen-fakten2/leistungsdaten2 [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>118</sup> https://www.uk-essen.de/ [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>119</sup> Vgl. www.uk-essen.de/de/unternehmen/zahlen-fakten2/geschichte2 [Zugriff am 14.01.2015].

<sup>120</sup> www.uk-essen.de/unternehmen/leitbild-des-uk-essen [Zugriff am 14.01.2015].

<sup>121</sup> www.uk-essen.de/unternehmen/management2/vorstand13 [Zugriff am 21.04.2015].

<sup>122</sup> https://www.uk-essen.de/unternehmen/management2/gleichstellungsbeauftragte/[Zugriff am 26.05.2016].

zinischen Fakultät, Prof. Dr. med. Ulrike Schara, und die Gleichstellungsbeauftragte des Universitätsklinikums, Angelika Pietsch. Die Gleichstellungsbeauftragte des Universitätsklinikums (eine Medizinisch-technische Assistentin) ist seit 2006 bestellte Gleichstellungsbeauftragte und konnte über die Jahre ihre Ressourcen stetig mehr einfordern. Heute ist sie zu 100 Prozent für die Arbeit als Gleichstellungsbeauftragte freigestellt. Seit November 2014 hat sie zudem zwei Stellvertreterinnen, die jeweils mit drei Wochenstunden für die Gleichstellungsarbeit freigestellt sind. Einen festen Etat für die Gleichstellungsarbeit gibt es am Universitätsklinikum Essen nicht. Die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums kann Reisekosten und Fortbildungen abrechnen. Sie bietet „Beratung und Unterstützung zu allen Fragen der Gleichstellung“<sup>123</sup> wie Vereinbarkeitsfragen, Fortbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten, zu sexueller Belästigung oder Konflikten am Arbeitsplatz.

#### *Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums*

Einen aktuellen Gleichstellungsplan besitzt das Universitätsklinikum Essen nicht. Der bisherige Gleichstellungsplan galt von 2013 bis 2015 und bezog sich speziell auf die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten.<sup>124</sup> Er ist im Intranet einsehbar und wird auf der Grundlage eines Berichts über die bisherigen Entwicklungen fortgeschrieben werden. Der aktuelle Plan (2016–2018) befindet sich im Abstimmungsprozess (Stand 13.09.2016).

#### *Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen*

Das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf bildet den Schwerpunkt der Gleichstellungsarbeit am Universitätsklinikum:<sup>125</sup> Das MitarbeiterServiceBüro bietet speziell für MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums Beratung zu Vereinbarkeitsfragen und die Vermittlung von unterschiedlichen Betreuungsmöglichkeiten. Ergänzend wurde auf Initiative der Gleichstellungsbeauftragten das Amt des Väterbeauftragten geschaffen (das Amt des Väterbeauftragten gab es erstmalig an der Charité Berlin). Er kümmert sich speziell um Fragen von Männern, die in Elternzeit gehen möchten. Derzeitiger Väterbeauftragter ist Raphael Schwiertz, Arzt in der Kinderklinik und selbst Vater von drei Kindern. Die Arbeitsgruppe „Vereinbarkeit Beruf und

Familie“ ist eine AG, die vom Vorstand eingesetzt wurde. Die AG wird von der Gleichstellungsbeauftragten geleitet und trifft sich regelmäßig alle zwei Monate, um Maßnahmen zur Vereinbarkeit zu beraten und zu initiieren. Mitglieder sind u. a. die Gleichstellungsbeauftragte der Universität, eine Vertreterin des Gleichstellungsbeauftragten-Teams der Medizinischen Fakultät, der Väterbeauftragte, VertreterInnen aus den Abteilungen Kommunikation und Marketing, ein Vertreter aus der Med. Planung und strategischen Unternehmensentwicklung, die Leiterin der Betriebskindertagesstätte, die Leiterin und eine Mitarbeiterin des ServiceBüros und die stellvertretenden Gleichstellungsbeauftragten der nichtwissenschaftlichen Beschäftigten. Da die Gleichstellungsbeauftragte regelhaft an den Vorstandssitzungen teilnimmt, berichtet sie im Vorstand von der AG Vereinbarkeit Beruf und Familie. Die Bildungsakademie, ein Angebot für die Beschäftigten des Universitätsklinikums, umfasst u. a. Seminare zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das Klinikum verfügt über eine Kindertagesstätte mit 145 Plätzen für Kinder im Alter von vier Monaten bis zwölf Jahren und bietet seinen Beschäftigten für die Oster-, Sommer- und Herbstferien ein Programm zur Kinderbetreuung an. Die Ferienbetreuung findet in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen statt, eine halbe Stelle für die Ferienbetreuung wird dabei vom Universitätsklinikum finanziert. Es wird zudem auf verschiedene Arbeitszeitmodelle verwiesen, die von den unterschiedlichen Berufsgruppen in Anspruch genommen werden können. Das Universitätsklinikum Essen wurde im Zuge eines Audits im September 2014 mit dem Zertifikat „Familienfreundliches Unternehmen“ ausgezeichnet. Als Gründe für die Auszeichnung wurden die verschiedenen Angebote zur Vereinbarkeit angeführt:

*„[...] die Betriebskindertagesstätte, die Kinderferienbetreuung, der Väterbeauftragte sowie verschiedene Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung. Auch das MitarbeiterServiceBüro, das bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger hilft, sowie die Bildungsakademie, an der Beschäftigte Kurse und Seminare zur Balance zwischen Beruf, Familie und Freizeit und zur Gesundheitsförderung belegen können, bieten Unterstützung für die Beschäftigten.“<sup>126</sup>*

Darüber hinaus verfügt das Universitätsklinikum über die Arbeitsgruppe „Gleichstellungsplan und Controlling des Gleichstellungsplans“, in der auch

<sup>123</sup> <https://www.uk-essen.de/gleichstellungsbeauftragte/gleichstellungsgesetz/beratung/> [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>124</sup> [www.uk-essen.de/gleichstellungsbeauftragte/gleichstellungsgesetz/frauenfoerderplan/](http://www.uk-essen.de/gleichstellungsbeauftragte/gleichstellungsgesetz/frauenfoerderplan/) [Zugriff am 24.03.2016].

<sup>125</sup> [www.uk-essen.de/vereinbarkeit-von-beruf-und-familie](http://www.uk-essen.de/vereinbarkeit-von-beruf-und-familie) [Zugriff am 21.04.2015].

<sup>126</sup> [www.uk-essen.de/aktuelles/detailanzeige0/?tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=1790&cHash=2c3e01d838aed8897c5e4851794e3597](http://www.uk-essen.de/aktuelles/detailanzeige0/?tx_ttnews[tt_news]=1790&cHash=2c3e01d838aed8897c5e4851794e3597) [Zugriff am 21.04.2015].

der Personalrat vertreten ist. Gemeinsam mit der Gleichstellungsbeauftragten hat die AG einen Praxisleitfaden für Stellenausschreibungen maßgeblich vorangetrieben und hier zentrale zu berücksichtigende Gleichstellungsaspekte schriftlich verankert sowie eine Richtlinie gegen sexualisierte Diskriminierung und Gewalt am Universitätsklinikum erarbeitet. Weiterhin erarbeitet wurde ein umfangreicher Leit-

faden für Gespräche zu Schwangerschaft, Elternzeit und Wiedereinstieg nach Elternzeit und Beurlaubung (90 Seiten). Der Leitfaden<sup>127</sup> wird regelhaft an Schwangere ausgegeben.

---

<sup>127</sup> Leitfaden für Gespräche zu Schwangerschaft etc. <https://www.uk-essen.de/vereinbarkeitberufundfamilie/eltern-werden/schwangerschaft/> [Zugriff am 29.09.2016].

## 2.5 KÖLN: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIKLINIK

### 2.5.1 Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Die Medizinische Fakultät Köln bietet ein „praxisorientiertes Studium“ an und betont ihr Engagement „für Qualitätsverbesserungen in der Lehre und Reformen im Medizinstudium“<sup>128</sup>. Ihre bisherigen Forschungsschwerpunkte sind Gewebshomöostase, Metabolismus und Degeneration, Tumor, Infektion und Abwehr sowie Neuromodulation. Im Aufbau befinden sich die Schwerpunkte Pathomechanismen des alternden Herzens, Zelluläre Plastizität und Gesundheitskompetenz in komplexen Umwelten. Im gemeinsamen Leitbild des Klinikums und der Medizinischen Fakultät werden „Krankenversorgung, Forschung und Lehre“ als gesellschaftlicher Auftrag herausgestellt, der einen nachhaltigen Umgang mit Ressourcen einschließt.<sup>129</sup> Die Lehre soll „den Wissensdrang der Studierenden und die Leidenschaft junger Ärztinnen und Ärzte für ihren Beruf“ wecken. Ein Genderbezug findet sich im Leitbild nicht, jedoch beinhaltet die Selbstdarstellung der fakultäts-eigenen Webseite einen separaten Punkt zu „Gender“.<sup>130</sup>

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.21)*

Die Medizinische Fakultät liegt mit ihrem Frauenanteil auf der Leitungsebene deutlich über dem Landesdurchschnitt, hinsichtlich der Professuren jedoch etwas darunter. Beim wissenschaftlichen Personal ohne Professuren fällt der Frauenanteil hingegen leicht überdurchschnittlich aus.

Das Dekanat der Medizinischen Fakultät setzt sich aus einem Dekan und sechs Prodekanaten zusammen, von denen alle Ämter bis auf eins mit Männern besetzt sind. Eine Besonderheit besteht dabei darin, dass die Fakultät ein Prodekanat für „Akademische Entwicklung und Gender“ eingerichtet hat, das von einer Frau geleitet wird (siehe Gleichstellungsprojekte). Die Fakultät verfügt über 91 Professuren, allesamt der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet. Insgesamt 14 Professuren sind mit Frauen besetzt, was einen Frauenanteil von 15,4 % ausmacht, dieser entspricht, mit einer leichten Abweichung nach unten, dem landesweiten Durchschnitt. Den höchsten Frauenanteil weist die klinisch-

theoretische Humanmedizin mit über einem Viertel auf (26,9 %), was deutlich über dem NRW-Durchschnitt liegt. Hingegen liegt der anteilmäßig größte Lehr- und Forschungsbereich, die klinisch-praktische Humanmedizin, mit nur 10 % Frauen (in absoluten Zahlen: fünf von 50) merklich unter dem ohnehin niedrigen Landesdurchschnitt. In der Zahnmedizin ist gar keine Frau Professorin, was die Uniklinik Köln allerdings mit den meisten anderen Universitätskliniken in NRW gemeinsam hat. Beim wissenschaftlichen Personal (allesamt der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet) ist die Medizinische Fakultät mit einem Frauenanteil von 53,4 % leicht überdurchschnittlich aufgestellt. Die enorm hohen Frauenanteile im MTV-Bereich teilt die Klinik mit den anderen Universitätskliniken in NRW, wobei der Frauenanteil bei den Pflegekräften mit 80,3 % sogar nochmals über dem Durchschnitt liegt.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.22)*

Die Aufschlüsselung nach Besoldungsstufen zeigt, dass der im Landesvergleich unterdurchschnittliche Frauenanteil bei den Professuren in der Uniklinik Köln vor allem auf die geringe Teilhabe von Frauen an den W3-Professuren zurückzuführen ist.

Innerhalb der letzten zehn Jahre ist der Frauenanteil an den aktuell 91 Professuren leicht gestiegen, was vor allem auf Neubesetzungen in den letzten fünf Jahren zurückzuführen ist. Der Frauenanteil an den W3/C4-Professuren ist dabei zwar von 7,1 % auf 11,4 % gestiegen, er liegt damit aber immer noch unter dem landesweiten Durchschnitt und macht in absoluten Zahlen eine Steigerung von drei auf fünf Professuren – bei einer Gesamtanzahl von 44 – aus. Auf der Besoldungsstufe W2/C2/C3 wird mittlerweile fast jede fünfte Professur (19 %) von einer Frau besetzt. Die Juniorprofessur (W1) spielt in der Uniklinik Köln kaum eine Rolle, ist aber mit einer Professorin und einem Professor geschlechterparitätisch präsent. An dem zwischenzeitlich starken Anwachsen sonstiger Besoldungsstufen gegen Ende der 2000er Jahre hatten Frauen nur einen geringen Anteil.

#### *Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.23)*

Die Medizinische Fakultät der Universität Köln ist mit 4.500 Studierenden die größte in Trägerschaft des Landes NRW. Sie liegt mit ihren Frauenanteilen auf den Qualifizierungsstufen zum großen Teil (leicht)

<sup>128</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/105.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/105.html) [Zugriff am 13.07.2015].

<sup>129</sup> <https://www.uk-koeln.de/uniklinik-koeln/die-uniklinik/leitbild/> [Zugriff am 29.03.2016].

<sup>130</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/686.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/686.html) [Zugriff am 04.04.2016].



Tab. C.2.21: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Köln 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	7	1	6	14,3 %	3,9
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	91	14	77	15,4 %	-0,3
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	91	14	77	15,4 %	-0,1
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	50	5	45	10,0 %	-3,7
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	26	7	19	26,9 %	10,8
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	11	2	9	18,2 %	-2,7
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	4	0	4	0,0 %	-8,7
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.929	1.031	898	53,4 %	1,9
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.929	1.031	898	53,4 %	1,9
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	5.724	4.296	1.428	75,1 %	-0,5
darunter Pflegepersonal	2.021	1.622	399	80,3 %	2,4

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) (letzter Zugriff: 22.03.2016).

Tab. C.2.22: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	<b>90</b>	<b>9</b>	<b>10,0 %</b>	<b>88</b>	<b>8</b>	<b>9,1 %</b>	<b>91</b>	<b>14</b>	<b>15,4 %</b>	<b>-0,3</b>
W3/C4	42	3	7,1 %	33	3	9,1 %	44	5	11,4 %	-1,1
W2/C2/C3	47	6	12,8 %	27	3	11,1 %	42	8	19,0 %	2,9
W1	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2	1	50,0 %	2,6
Sonstige	1	0	0,0 %	28	2	7,1 %	3	0	0,0 %	-23,5

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) [Zugriff am 22.03.2016].

Tab. C.2.23: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Köln (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	1.007	673	334	66,8 %	1,3
<b>Studierende insgesamt</b>	4.500	2.877	1.623	63,9 %	0,5
ohne Promotionsstudierende	3.855	2.465	1.390	63,9 %	0,5
Promotionsstudierende	645	412	233	63,9 %	0,7
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	741	486	255	65,6 %	3,6
ohne Promotion	497	339	158	68,2 %	3,9
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	217	127	90	58,5 %	1,2
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	29	6	22	22,1 %	-3,0

Quelle: [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal) (letzter Zugriff: 22.03.2016).

über dem Landesdurchschnitt. Allerdings fällt der vergleichsweise niedrige Frauenanteil bei den Habilitationen auf.

Von den eingeschriebenen Studierenden der Fächergruppe *Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften* sind fast zwei Drittel Frauen, der Tendenz nach werden es noch mehr: Bei den StudienanfängerInnen ist die Marke von zwei Dritteln bereits erreicht. Der

Frauenanteil bei den AbsolventInnen ohne Promotion liegt bei 68,2 %. Bei den Promovierten fällt er bereits auf 58,5 % ab. Diese Differenz ist keine Besonderheit der Uniklinik Köln: Die Frauenanteile beider Abschlusstypen liegen zwar jeweils über dem Landesdurchschnitt, spiegeln aber in ihrem Verhältnis zueinander bereits die Anfänge der typischen Leaky Pipeline in der Medizin wider. Bei den abgeschlossenen

Habilitationen liegt die Uniklinik Köln mit 22,1 % sogar deutlich unter dem Landesdurchschnitt (-3,0 Prozentpunkte), womit sich der Trend der sinkenden Frauenanteile bei steigender Qualifikationsstufe fortsetzt.

### Studium

An der Medizinischen Fakultät Köln können die klassischen medizinischen Studiengänge Humanmedizin und Zahnmedizin sowie, in Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, Neurowissenschaften (B. Sc./M. Sc.), Gesundheitsökonomie (B. Sc./M. Sc.), International Master of Environmental Sciences (IMES) und Biochemie (B. Sc.) studiert werden. Darüber hinaus gibt es zwei interdisziplinäre Promotionsstudiengänge: „Molekulare Medizin“ (IPMM) und „Health Sciences“ (IPHS).<sup>131</sup> Das Studium der Humanmedizin kann im Winter- und Sommersemester aufgenommen werden.<sup>132</sup> Den Studierenden stehen in Köln und Umland neben der Uniklinik 22 Lehrkrankenhäuser zur Verfügung.

### Nachwuchsförderung

Verschiedene Forschungsförderprogramme werden für die Mitglieder der Medizinischen Fakultät Köln angeboten. Speziell auch an den wissenschaftlichen Nachwuchs – als eine von drei Zielgruppen – richtet sich das Programm „Köln Fortune“. Die Förderung soll insbesondere zur Vorbereitung von Drittmittelanträgen dienen.<sup>133</sup> Ein Genderbezug ist in den Förderprogrammen nicht erkennbar.

### Gender in Forschung und Lehre

In den Studiengängen der Medizinischen Fakultät ist Gender nicht als ein eigenständiges Modul integriert. Seit dem Wintersemester 2015/2016 gibt es ein Wahlpflichtfach für die Studierenden zum Thema „Gendermedizin“. Die Studierenden haben zudem über GeStiK – Gender Studies in Köln, eine zentrale Einrichtung der Universität, die Möglichkeit, im Studium Integrale ein Gender-Studies-Zertifikat zu erwerben und spezifische Gender-Lehrveranstaltungen zu besuchen.<sup>134</sup> Über GeStiK wurde darüber hinaus im Wintersemester 2014/2015 eine Ringvorlesung in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät zum Thema „Gendermedizin: Diskrimination oder Diskriminierung“ angeboten. Über das Landesprogramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ fördert das MIWF

NRW ab Januar 2016 die Professur von Prof. Dr. Elke Kalbe mit der Denomination „Medizinische Psychologie: Neuropsychologie und Gender Studies“.

### Gleichstellungsbeauftragte

Die Medizinische Fakultät hat zwei Gleichstellungsbeauftragte, die für unterschiedliche Bereiche Ansprechpartnerinnen sind.<sup>135</sup> Prof. Dr. Birgit Gathof, Leiterin der Zentralen Dienstleistungseinrichtung für Transfusionsmedizin, übernimmt die Funktion der Ansprechpartnerin für alle Gleichstellungsfragen innerhalb der Fakultät, d. h., sie hat die Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät insgesamt im Blick und kümmert sich bspw. um Beratungsanliegen oder ist in den Fakultätsgremien vertreten. Ihre Stellvertreterin, Prof. Dr. Ioanna Gouni-Berthold, Oberärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, vertritt die zentrale Gleichstellungsbeauftragte in allen Berufungsverfahren der Medizinischen Fakultät. Beide Gleichstellungsbeauftragte üben ihr Amt ohne eine Freistellung aus. Die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät haben keinen eigenen Webauftritt. Stattdessen finden sich alle gleichstellungsbezogenen Informationen auf den Seiten des Prodekanats für Akademische Entwicklung und Gender.<sup>136</sup> Dieses Prodekanat bildet eine übergeordnete Stelle, die Gleichstellungsaufgaben koordiniert, und ist in NRW eine Besonderheit (lediglich an der Medizinischen Fakultät Münster findet sich ein weiteres Prodekanat mit Gleichstellungsbezug). Ziel des Prodekanats ist es, „die akademische Entwicklung auf allen Entwicklungsebenen [zu] fördern und Ungleichgewichte zwischen den Geschlechtern im Bereich der medizinischen Forschung und der akademischen Ausbildung aus[zu]gleichen“<sup>137</sup>. Das Amt der Prodekanin wird von Prof. Dr. Christiane Woopen ausgeübt, unterstützt wird sie dabei von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und einer studentischen Hilfskraft.

### Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät

Über einen gültigen Gleichstellungsplan verfügt die Medizinische Fakultät Köln derzeit (Stand: 26.05.2016) nicht; die aktuellen Gleichstellungspläne der Fakultäten befinden sich noch im Abgleich mit den Ziel- und Leistungsvereinbarungen des Rektorats (Zeitraum 2016/2017). Der ausgelaufene Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät (2013–2015) ist über die Ver-

<sup>131</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/1012.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/1012.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>132</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/136.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/136.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>133</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/199.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/199.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>134</sup> <http://gestik.uni-koeln.de/15967.html> [Zugriff am 29.03.2016].

<sup>135</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/810.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/810.html) [Zugriff am 08.07.2015].

<sup>136</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/686.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/686.html) [Zugriff am 08.07.2015].

<sup>137</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/658.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/658.html) [Zugriff am 13.07.2015].

Tab. C 2.24: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Köln

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
MINT-Mentoring für Naturwissenschaftlerinnen <sup>139</sup>	Studentinnen oder Promovendinnen, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen oder Hilfskräfte in einem naturwissenschaftlichen Fachgebiet (auch Medizin)
Jenny-Gusyk-Stellen: Familienförderstellen	Forschende Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen
Familienfreundliche Medizinische Fakultät Köln	Angestellte WissenschaftlerInnen an der Uniklinik Köln oder der Medizinischen Fakultät
Kindertagesstätte	Beschäftigte der Uniklinik mit Kindern
Spieleland	Beschäftigte, PatientInnen und BesucherInnen der Uniklinik sowie Studierende mit Kindern
Großtagespflege	Beschäftigte der Inneren Medizin I mit Kindern
Räumlichkeiten zur Kinderbetreuung	Studierende der Fakultät mit Kindern
Eltern-Kind-Gesundheits-Zimmer	Beschäftigte der Uniklinik und der Medizinischen Fakultät mit Kindern

waltungsseite der Universität zugänglich, auf die das zentrale Gleichstellungsbüro per Link verweist.<sup>138</sup>

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.24)

Alle gleichstellungsbezogenen Projekte und Maßnahmen der Medizinischen Fakultät werden durch das Prodekanat für Akademische Entwicklung und Gender gebündelt dargestellt.<sup>140</sup> Ein Arbeitsschwerpunkt liegt auf der „Förderung wissenschaftlicher Karrieren auf dem Weg zu Führungspositionen“. Die Förderung von Wissenschaftskarrieren zielt demnach auf beide Geschlechter. Ein Teilaspekt solcher Karrieren, das Berufungsverfahren, soll allerdings mit Blick auf das Geschlecht angegangen werden: durch die „Entwicklung und Erprobung eines Best-Practice-Verfahrens bei Berufungen unter Berücksichtigung gendersensitiver Faktoren“. Zu dem anvisierten Verfahren finden sich keine näheren Erläuterungen. Speziell für Wissenschaftlerinnen gibt es ein „MINT-Mentoring“, an dem neben der Hauptzielgruppe Naturwissenschaftlerinnen auch angehende Medizinerinnen teilnehmen können. In diesem Rahmen werden One-to-one-Mentoring, Workshops und eine Vernetzung der Peer Group angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des Prodekanats für Akademische Entwicklung und Gender liegt in der Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Studium bzw. Beruf. Neben dem Verweis auf Angebote zur Kinderbetreuung für Studierende und Beschäftigte der Fakultät beinhaltet dies

die Programmatik „Familienfreundliche Medizinische Fakultät Köln“<sup>141</sup>. Ziel ist die „Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Karriere“ durch Informationen für Eltern – etwa zur Elternzeit und zu Betreuungsmöglichkeiten – und mit einem besonderen Fokus auf Frauen, weil diese besonders betroffen seien.<sup>142</sup> Zusätzlich gibt es seit 2014 zwei vom Dekanat eingerichtete 0,5-VK-Familienförderstellen, die sogenannten „Jenny-Gusyk-Stellen“, die jeweils für ein Jahr vergeben werden und die Freistellung von Nacht- und Wochenenddiensten beinhalten, „um Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, klinische und forschende Tätigkeit miteinander zu verbinden und familiären Pflichten in der Kindererziehung oder der Pflege von Angehörigen besser nachkommen zu können“<sup>143</sup>. Für eine (auch kurzfristige) Kinderbetreuung stehen die Kindertagesstätte (für Kinder zwischen vier Monaten und sechs Jahren) für Beschäftigte der Uniklinik bzw. das Spieleland (für Kinder zwischen zwei und neun Jahren) für Beschäftigte, PatientInnen und BesucherInnen der Uniklinik sowie für Studierende zur Verfügung. Speziell für Mitarbeitende der Inneren Medizin I gibt es zusätzlich eine Großtagespflege für Kinder zwischen sechs Monaten und drei Jahren.<sup>144</sup> Eltern-Kind-Gesundheits-(EKG-)Zimmer, die mit einem Arbeitsplatz und kindergerechten Angeboten ausgestattet sind, sollen es darüber hinaus MitarbeiterInnen der Fakultät und des Klinikums ermöglichen, in besonderen Situationen ihr Kind während der Arbeit selbst zu betreuen.

<sup>138</sup> [http://verwaltung.uni-koeln.de/abteilung11/content/frauenfoerderung/frauenfoerderplaene/index\\_ger.html](http://verwaltung.uni-koeln.de/abteilung11/content/frauenfoerderung/frauenfoerderplaene/index_ger.html) [Zugriff am 11.05.2016].

<sup>139</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/688.html?&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=609&cHash=63ae5542ce7a57b9d2f168db2a5748d6](http://www.medfak.uni-koeln.de/688.html?&tx_ttnews[tt_news]=609&cHash=63ae5542ce7a57b9d2f168db2a5748d6) [Zugriff am 13.07.2015].

<sup>140</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/658.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/658.html) [Zugriff am 13.07.2015].

<sup>141</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/804.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/804.html) [Zugriff am 13.07.2015].

<sup>142</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/804.html](http://www.medfak.uni-koeln.de/804.html) [Zugriff am 13.07.2015].

<sup>143</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/1130.html?&L=0](http://www.medfak.uni-koeln.de/1130.html?&L=0) [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>144</sup> <http://www.medfak.uni-koeln.de/806.html> [Zugriff am 13.07.2015].

Tab. C 2.25: Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	5	1	4	20,0 %	9,7
Aufsichtsrat	11	3	8	27,3 %	-1,5
Klinikleitungen	27	2	25	7,4 %	-2,1
Institutsleitungen	24	6	18	25,0 %	13,7
<b>Insgesamt</b>	<b>67</b>	<b>12</b>	<b>55</b>	<b>17,9 %</b>	<b>4,9</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

### 2.5.2 Uniklinik Köln

Die Uniklinik Köln verfügt über 1.396 Betten und beschäftigt 9.751 MitarbeiterInnen<sup>145</sup>, die jährlich etwa 57.000 stationäre und fast 258.000 ambulante Fälle behandeln.<sup>146</sup> Die Klinik lässt sich zurückverfolgen bis zur „Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkrankhe“, die 1871 von der Stadt Köln erworben wurde.<sup>147</sup> 1953 geht das Krankenhaus als Universitätsklinik in die Landesträgerschaft über, 2001 wird diese Anstalt des öffentlichen Rechts. Es wird hervorgehoben, dass die Uniklinik ein Teil der „Exzellenz-Universität Köln“ ist und Versorgung, Methoden, Forschung und Lehre auf dem aktuellsten Stand stattfinden. Alle Beschäftigten werden auf das gemeinsame Leitbild der Uniklinik Köln und der Medizinischen Fakultät verpflichtet, welches das Bekenntnis zu einem „teamorientierten Arbeitsstil“, zu „individuelle[r] Vielfalt“ und zur Förderung von „Neugier und Kreativität“ beinhaltet.<sup>148</sup> Führungskräfte sollen nicht nur Ziele definieren, sondern auch Potenziale fördern und dabei „individuelle Lebenslagen“ berücksichtigen. Ein Genderbezug findet sich hier nicht.

#### Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.25)

Die Uniklinik Köln liegt mit ihren Frauenanteilen in Leitungspositionen insgesamt über dem Durchschnitt der Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen.

Der fünfköpfige Vorstand der Uniklinik Köln setzt sich aus vier Männern und einer Frau zusammen; letztere hat die Position der Pflegedirektorin inne.

Der Frauenanteil beträgt damit 20 %. Im Aufsichtsrat sind drei stimmberechtigte Frauen vertreten, damit ist gut ein Viertel der Positionen weiblich besetzt. Mit diesen Frauenanteilen in den beiden obersten Gremien liegt die Uniklinik Köln leicht unter dem Landesdurchschnitt. Zu den externen Mitgliedern des Aufsichtsrats zählen zwei Frauen – eine Sachverständige aus dem Bereich der medizinischen Wissenschaft und eine aus dem Bereich der Wirtschaft. Die Quotierung ist damit an dieser Stelle umgesetzt. Darüber hinaus ist eine Vertreterin des Finanzministeriums des Landes NRW Mitglied im Aufsichtsrat der Kölner Uniklinik. Nur zwei der 27 Kliniken, die zur Uniklinik Köln gehören, werden von einer Frau geleitet, womit Köln 2,1 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt liegt. Es handelt sich dabei um die Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie sowie die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie. Bei sechs von 24 Instituten haben Frauen die Leitungsposition inne: beim Institut für Biochemie I, dem Institut bzw. Zentrum für Experimentelle Medizin, dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, dem Institut für Humangenetik, dem Institut für Neuropathologie und dem Institut für Vegetative Physiologie. Das entspricht einem Frauenanteil von einem Viertel und liegt deutliche 13,7 Prozentpunkte über dem Durchschnitt in NRW.

#### Gleichstellungsbeauftragte

Das Amt der Gleichstellungsbeauftragten übt seit 2005 die Sozialarbeiterin Sabine Schell-Dürscheidt aus. Sie ist für ihre Arbeit als Gleichstellungsbeauftragte zu 100 Prozent freigestellt und wird durch eine Stellvertreterin unterstützt, die eine 10-Stunden-Freistellung für die Gleichstellungsarbeit hat. Zusätzlich steht der Gleichstellungsbeauftragten inzwischen eine halbe Sekretariatsstelle zur Verfügung. Die Arbeitsschwerpunkte umfassen die Gremienarbeit, Bewerbungsverfahren und Bera-

<sup>145</sup> Uniklinik Köln, Jahresbericht 2013: 6, online verfügbar unter [www.uk-koeln.de/fileadmin/user\\_upload/jahresberichte/jahresbericht\\_2013.pdf](http://www.uk-koeln.de/fileadmin/user_upload/jahresberichte/jahresbericht_2013.pdf) [Zugriff am 07.07.2015].

<sup>146</sup> Uniklinik Köln, Strukturierter Qualitätsbericht für das Jahr 2013: 16, online verfügbar unter [www.uk-koeln.de/fileadmin/user\\_upload/qualitaetsberichte/qualitaetsbericht\\_2013.pdf](http://www.uk-koeln.de/fileadmin/user_upload/qualitaetsberichte/qualitaetsbericht_2013.pdf) [Zugriff am 07.07.2015].

<sup>147</sup> [www.uk-koeln.de/unsere-uniklinik/geschichte](http://www.uk-koeln.de/unsere-uniklinik/geschichte) [Zugriff am 07.07.2015].

<sup>148</sup> <https://www.uk-koeln.de/uniklinik-koeln/die-uniklinik/leitbild/> [Zugriff am 29.03.2016].

tungsgespräche. Ein festes Budget wird der Gleichstellungsarbeit an der Uniklinik Köln nicht zugeteilt, die Gleichstellungsbeauftragte hat aber bisher nach eigenen Angaben für alle entwickelten Projekte und Maßnahmen Unterstützung durch die Uniklinik erhalten, sodass sie diese realisieren konnte. Die Gleichstellungsbeauftragte der Uniklinik Köln verfügt über keinen Webauftritt.

#### *Frauenförderplan/Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums*

Aktuell verfügt das Uniklinikum Köln über keinen gültigen Frauenförderplan laut LGG.

#### *Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen*

Unterstützung für (werdende) Eltern und Beratung zu Fragen, die sich aus der Pflege von Angehörigen ergeben, bietet das FamilienServiceBüro der Uniklinik.<sup>149</sup> Das Eltern-Kind-Gesundheitszimmer richtet sich mit seiner Ermöglichung der Betreuung eines erkrankten Kindes am Arbeitsplatz an Beschäftigte der Uniklinik und der Medizinischen Fakultät mit Kindern. Da die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums auf den Webseiten des Klinikums nicht präsent ist, sind die Arbeitsschwerpunkte und Angebote schwer auffindbar.

<sup>149</sup> [www.medfak.uni-koeln.de/fileadmin/dateien/studium/downloads/FamilienServiceBuero.pdf](http://www.medfak.uni-koeln.de/fileadmin/dateien/studium/downloads/FamilienServiceBuero.pdf) [Zugriff am 26.05.2016].

## 2.6 MÜNSTER: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND UNIKLINIK

### 2.6.1 Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Ihre Forschungsschwerpunkte – Entzündung und Infektion, Vaskuläres System, Neurale Systeme sowie Zelldifferenzierung, Regeneration und Neoplasie<sup>150</sup> – bezeichnet die Medizinische Fakultät Münster als hochgradig interdisziplinär.<sup>151</sup> Betont wird auch die starke Vernetzung der Schwerpunkte, die „den organ- und fachdisziplinenübergreifenden Charakter“ deutlich machen. Im Leitbild der Fakultät wird die Bedeutung der Gleichstellungsarbeit herausgestellt:

*„Die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum Münster haben sich der Gleichstellung der Geschlechter verpflichtet und fördern eine Vielzahl von Maßnahmen zur Gleichstellung und für ein familienfreundliches Umfeld für Studentinnen und Studenten, Forscherinnen und Forscher, Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.“<sup>152</sup>*

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.26)*

Die Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster liegt mit ihren Frauenanteilen bei den ProfessorInnen und den MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung etwas über dem Landesdurchschnitt, beim wissenschaftlichen Personal darunter. Auf der Leitungsebene der Fakultät liegt der Frauenanteil jedoch deutlich über dem Landesdurchschnitt. Das Dekanat der Medizinischen Fakultät ist neben dem Dekan noch mit drei ProdekanInnen, darunter einer Frau, und einem Studiendekan besetzt.<sup>153</sup> Der Fokus der Prodekanate bezieht sich auf Infrastruktur- und Flächenmanagement, Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs sowie auf Struktur, Entwicklung und Gleichstellung, für letzteren Bereich ist die Prodekanin verantwortlich. Durch die Beteiligung einer Frau im Dekanat liegt die Fakultät hier über dem NRW-Durchschnitt. Die Professuren in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheits-

wissenschaften sind zu 15,5 % mit Frauen besetzt, was dem Durchschnitt der NRW-Universitätskliniken entspricht. Im zahlenmäßig stärksten Lehr- und Forschungsbereich, der klinisch-praktischen Humanmedizin, sind bei 60 Professuren nur sieben Professorinnen zu finden, womit der Landesdurchschnitt um 2 Prozentpunkte unterschritten wird. Auch in der vorklinischen Humanmedizin liegt der Frauenanteil von 17,6 % unter dem Durchschnitt. Ein überdurchschnittlicher Frauenanteil ist mit 19,2 % in der klinisch-theoretischen Humanmedizin zu finden. Mit zwei Professorinnen in der Zahnmedizin hat Münster als einzige Universität diesen Bereich auch mit Frauen besetzt. Der Frauenanteil des wissenschaftlich-künstlerischen Personals (ohne ProfessorInnen) liegt knapp unter 50 % (48,1 %) und somit unter dem NRW-Landesdurchschnitt. Der überwiegende Teil der Beschäftigten ist der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zugeordnet. Über drei Viertel (76,1 %) der MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung sind Frauen, bei den Pflegekräften sind es gut vier Fünftel (80,2 %), was – mit einer leichten Tendenz nach oben – dem Durchschnittswert der Universitätskliniken in NRW entspricht.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.27)*

Im Zeitverlauf hat sich nicht nur die Zahl der Klinikprofessuren, sondern auch der Frauenanteil daran erhöht: So gab es im Jahr 2004 104 Professuren an der Uniklinik Münster (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften), 2014 bereits 111. Während 2004 13 Professorinnen an der Klinik tätig waren, sind es im Zuge der Aufstockung 2014 17 Professorinnen. Das bedeutet allerdings immer noch einen Frauenanteil von lediglich 15,3 %, der damit noch leicht unter dem Landesdurchschnitt liegt. Auffällig ist bei der Betrachtung der Besoldungsstufen, dass sich vor allem die Zahl der Frauen auf W3/C4-Professuren und damit der höchsten Stufe deutlich erhöht hat, innerhalb von zehn Jahren in absoluten Zahlen von 3 auf 13. Dabei ist davon auszugehen, dass die 26 insgesamt hinzugekommenen Professuren in dieser Besoldungsstufe insbesondere auf Hochstufungen aus der W2/C2/C3-Stufe zurückzuführen sind, in welcher der Frauenanteil dementsprechend gesunken ist – zugunsten eines im NRW-Vergleich überdurchschnittlichen Anteils auf der höchsten Besoldungsstufe. Die Uniklinik Münster beschäftigt

<sup>150</sup> <http://campus.uni-muenster.de/ncen/fakultaet/forschung/profil/forschungsschwerpunkte/> [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>151</sup> [http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/fakultaet/MFM\\_Leitbild\\_deutsch\\_V2.pdf](http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/fakultaet/MFM_Leitbild_deutsch_V2.pdf) [Zugriff: 27.05.2015].

<sup>152</sup> [http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/fakultaet/MFM\\_Leitbild\\_deutsch\\_V2.pdf](http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/fakultaet/MFM_Leitbild_deutsch_V2.pdf) [Zugriff: 27.05.2015].

<sup>153</sup> Die Fakultät verweist darauf, dass es seit der Entstehung der Medizinischen Fakultät (1925) nur eine Dekanin gab (Prof. Ute Witting, 1989–1993). <http://campus.uni-muenster.de/fakultaet/fakultaet/fakultaetsgeschichte/dekane.html> (Zugriff: 25.06.2015).

Tab. C 2.26: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Münster 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Dekanat</b>	5	1	4	20,0 %	9,7
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	111	17	94	15,3 %	-0,3
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	110	17	93	15,5 %	0,0
Klinisch-praktische Humanmedizin (ohne Zahnmedizin)	60	7	53	11,7 %	-2,0
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	26	5	21	19,2 %	3,1
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	17	3	14	17,6 %	-3,3
Zahnmedizin (klinisch-praktisch)	7	2	5	28,6 %	19,9
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	1.895	912	983	48,1 %	-3,4
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	1.737	835	902	48,1 %	-3,4
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	6.322	4.808	1.514	76,1 %	0,5
darunter Pflegepersonal	2.170	1.740	430	80,2 %	2,3

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 22.03.2016].

Tab. C 2.27: Frauenanteile an den Klinikprofessuren 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	
<b>Insgesamt</b>	<b>104</b>	<b>13</b>	<b>12,5 %</b>	<b>111</b>	<b>15</b>	<b>13,5 %</b>	<b>111</b>	<b>17</b>	<b>15,3 %</b>	<b>-0,3</b>
W3/C4	58	3	5,2 %	63	6	9,5 %	84	13	15,5 %	3,0
W2/C2/C3	41	9	22,0 %	43	8	18,6 %	26	4	15,4 %	-0,8
W1	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Sonstige	5	1	20,0 %	5	1	20,0 %	1	0	0,0 %	-23,5

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016].

Tab. C 2.28: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Münster (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	505	317	188	62,8 %	-2,8
<b>Studierende insgesamt</b>	3.117	1.868	1.249	59,9 %	-3,5
ohne Promotionsstudierende	2.728	1.632	1.096	59,8 %	-3,6
Promotionsstudierende	389	236	153	60,7 %	-2,5
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	586	343	243	58,5 %	-3,5
ohne Promotion	328	201	127	61,3 %	-3,0
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	245	138	107	56,4 %	-0,9
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	23	7	16	30,9 %	5,8

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 22.03.2016].

keine Juniorprofessuren (W1) in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften.

#### Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.28)

Die Medizinische Fakultät der Universität Münster zählt mit ihren 3.117 Studierenden zu den größeren Medizinischen Fakultäten in Trägerschaft des Landes NRW. Im Landesvergleich schneidet die Universität

Münster mit ihren Frauenanteilen nur bei den abgeschlossenen Habilitationen (+5,8 Prozentpunkte) der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften überdurchschnittlich ab und liegt in allen Qualifizierungsstufen – teilweise deutlich – unter dem Landesdurchschnitt.

Studentinnen machen in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften einen Anteil

von drei Fünftel (59,9 %) an den Studierenden aus, was – ebenso wie ihr Anteil an den StudienanfängerInnen – unter dem NRW-Durchschnitt liegt. Auch unter den AbsolventInnen finden sich anteilig weniger Frauen als im Landesdurchschnitt (-3,5 Prozentpunkte). Bei der absoluten Zahl der Promovierten in den Jahren 2012–2014 (Dreijahresdurchschnitte) lässt sich feststellen, dass die Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften an der Universität Münster im NRW-Vergleich die meisten Promovierten (244,7) aufweist, der Frauenanteil liegt jedoch geringfügig unter dem NRW-Durchschnitt und hat sich auch im Vergleich zu den Absolventinnen der Fächergruppe nochmals verringert. Bemerkenswert ist der hohe Frauenanteil von 30,9 % und somit fast einem Drittel bei den abgeschlossenen Habilitationen. Damit nimmt die Universität Münster in diesem Bereich den Spitzenplatz in NRW ein – auch wenn sich selbst hier, in Relation zu den Promovierten, das typische Muster des sinkenden Frauenanteils bei steigender Qualifikationsstufe zeigt.

### Studium

Die Medizinische Fakultät der Universität Münster bietet zwei Studiengänge an: Humanmedizin und Zahnmedizin.<sup>154</sup> Neben dem Universitätsklinikum stehen den Studierenden der Fakultät 29 Lehrkrankenhäuser sowie ein Studienhospital mit SimulationspatientInnen für den praktischen Teil ihrer Ausbildung zur Verfügung.

### Nachwuchsförderung

Die Medizinische Fakultät Münster bietet dem wissenschaftlichen Nachwuchs vier Graduiertenkollegs und -schulen an.<sup>155</sup> Zudem existiert das Medizinerkolleg (MedK) als promotionsbegleitendes Kolleg für Studierende der Human- und Zahnmedizin.<sup>156</sup> Die Anfertigung einer experimentellen Doktorarbeit wird innerhalb des Kollegs ermöglicht und durch theoretische und praktische Kurse ergänzt. TeilnehmerInnen des Kollegs können innerhalb eines Wissenschaftssemesters ihre Arbeit anfertigen und werden dabei von MentorInnen und ExpertInnen unterstützt. Zudem ist die Nachwuchsförderung als spezieller Bereich in den zwei internen Förderinstanzen der Fakultät, dem IMF (Innovative Medizinische Forschung) und dem IZKF

(Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung), integriert.<sup>157</sup> Das IMF gewährt jungen WissenschaftlerInnen Anschubfinanzierungen für Projekte und Forschungsanträge und vergibt Promotions- und Austauschstipendien. Durch Rotationsstellen und Stipendien sowie die Einrichtung von Nachwuchsgruppen und eines DFG-Mentoring-Programms zielt das IZKF ebenfalls auf die Förderung von NachwuchswissenschaftlerInnen ab. NachwuchswissenschaftlerInnen haben im Rahmen der Frauenförderung zudem die Möglichkeit auf Übernahme der Gebühren für Seminarteilnahmen.

### Gender in Forschung und Lehre

Bisher gibt es keine expliziten Gender-(Teil-)Module in der medizinischen Ausbildung der Studierenden. Die Medizinische Fakultät Münster hat jedoch eine Arbeitsgruppe „Kognition und Gender“, die von Prof. Dr. Bettina Pfleiderer geleitet wird. Die Arbeitsgruppe forscht vorrangig zu geschlechtsspezifischen Merkmalen bei der kognitiven Verarbeitung im Gehirn. Sie führte in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen auch ein Forschungsprojekt zum Thema „Geschlechterspezifische Lehrmodule in der Medizin“<sup>158</sup> durch. So wurde anhand einer Online-Befragung „das vorhandene geschlechterspezifische Wissen bei Studierenden, wissenschaftlichen MitarbeiterInnen und Hochschuldozentinnen und -dozenten erfasst und analysiert“<sup>159</sup>. Basierend auf den Ergebnissen soll nun ein fächerübergreifendes medizin-didaktisches Lehrmodul erarbeitet und in einem Pilotprojekt erprobt werden. Aktuell arbeitet die Arbeitsgruppe an der Entwicklung einer offenen Austausch- und Wissensplattform zum Thema Gendermedizin, dem „GenderMed-Wiki“.<sup>160</sup> Die Medizinische Fakultät Münster verfügte zudem bis 2014 über eine Netzwerkprofessur<sup>161</sup>, die mit Prof. Dr. Irmgard Nippert besetzt war. Die Professur wurde 1996 als erste Professur für Frauengesundheitsforschung an einer Medizinischen Fakultät in Deutschland etabliert. Mit dem Ruhestand von Prof. Dr. Nippert im Jahre 2014 wurde die Genderdenomination der Professur gestrichen.

<sup>154</sup> <http://campus.uni-muenster.de/fakultaet/studium/> [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>155</sup> <http://campus.uni-muenster.de/de/fakultaet/fakultaet/wirueberuns/zahlenundfakten.html> [Zugriff: 01.09.2015].

<sup>156</sup> <http://campus.uni-muenster.de/fakultaet/forschung/profil/medk/> [Zugriff am 22.04.2016].

<sup>157</sup> <http://campus.uni-muenster.de/fakultaet/forschung/forschungsfoerderung/forschungsfoerderung-intern/> [Zugriff am 12.04.2016].

<sup>158</sup> <http://campus.uni-muenster.de/einrichtungen/aggslm/abgeschlossene-projekte/das-projekt/> [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>159</sup> <http://campus.uni-muenster.de/einrichtungen/aggslm/abgeschlossene-projekte/online-befragung-geschlecht-lehre/> [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>160</sup> <http://campus.uni-muenster.de/einrichtungen/aggslm/das-projekt/> [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>161</sup> Professur mit einer Gender-Denomination, die dem Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW zugeordnet ist.



### Gleichstellungsbeauftragte

Als Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät fungiert Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Petra Scheutzel, stellvertretende Direktorin und leitende Oberärztin am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.<sup>162</sup> In der Funktion der stellvertretenden Gleichstellungsbeauftragten ist Prof. Dr. Karin Hengst, Kommissarische Leiterin der Medizinischen Klinik B für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten, tätig. Das Amt der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät wird von Prof. Dr. Scheutzel im Nebenamt ausgeübt, d. h., sie erhält keine Freistellung für die Gleichstellungsarbeit. Auch wird sie nicht – etwa durch eine wissenschaftliche Hilfskraft – personell in ihrer Arbeit unterstützt. Für die Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät gibt es ein jährliches Budget von 120.000 €, wovon flexible Forschungszeiten für Habilitandinnen finanziert werden. Jedes Jahr können dadurch drei Frauen, die ihre Habilitation bereits zu mindestens einem Drittel fertiggestellt haben und in der Endphase der Habilitation eine Unterstützung benötigen, mit einem Drittel Stellenfreistellung gefördert werden. Auch erhält jede Klinik, in der eine Frau habilitiert wurde, 5.000 € als „Prämie“. Bleibt noch etwas Geld von dem festgelegten Budget übrig, so werden davon bspw. Seminare für Wissenschaftlerinnen organisiert oder Kongressteilnahmen von Wissenschaftlerinnen finanziert. Für die konkrete Unterstützung der Arbeit der Gleichstellungsbeauftragten werden jedoch keine finanziellen oder personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die Medizinische Fakultät Münster verfügt zudem mit Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer über eine Prodekanin für „Struktur, Entwicklung und Gleichstellung“. Dieses Prodekanat ist eine Besonderheit, da es NRW-weit lediglich an der Medizinischen Fakultät Köln noch ein Prodekanat mit einem expliziten Genderbezug gibt. Darüber hinaus gibt es an der Medizinischen Fakultät Münster bereits seit fast 20 Jahren eine Gleichstellungskommission, die sich für eine „Förderung und Weiterentwicklung einer geschlechtergerechten Infrastruktur“, die „Prüfung aller ausstehenden Reformprozesse“ und „für die Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses“<sup>163</sup> an der Medizinischen Fakultät einsetzt. Die Gleichstellungskommission wird von der Gleichstellungs-

<sup>162</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_mitglieder/](http://campus.uni-muenster.de/ffk_mitglieder/) [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>163</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_ziele.html](http://campus.uni-muenster.de/ffk_ziele.html) [Zugriff am 25.02.2016].

beauftragten geleitet und trifft sich zweimal im Semester.

### Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät

Derzeit gibt es keinen gültigen Frauenförderplan an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster: Der bisherige Frauenförderplan, der über die Website der Gleichstellungskommission der Medizinischen Fakultät öffentlich zugänglich ist, galt von 2013 bis 2015 und soll fortgeschrieben werden.<sup>164</sup> Die Fakultät bilanziert ihre Bemühungen im vergangenen Frauenförderplan kritisch:

*„Auch wenn sich im Berichtszeitraum der letzten 10 Jahre seit Etablierung von Frauenförderplänen für den FB Medizin der WWU eine positive Tendenz im Hinblick auf die Gleichstellung abzeichnet, ist der zur Zeit erreichte Zustand noch lange nicht befriedigend. Nach wie vor sind im Verlauf des Qualifikationsprozesses gravierende Verluste des Potenzials an Frauen zu konstatieren.“ (S. 7)*

Zentrales Ziel ist daher, die Frauenanteile auf der Ebene der (mittleren und höheren) Leitungspositionen, bei den Habilitationen und den Professuren zu erhöhen.

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.29)

Für einen Zeitraum von zwölf Monaten können promovierte Medizinerinnen an der Medizinischen Fakultät Münster auf die Fördermaßnahme der zusätzlichen flexiblen Forschungszeit während der Habilitation zurückgreifen, die bis zu maximal 75 Arbeitstage (= 1/3 Stelle) beträgt und für die Freistellung von Lehre, Krankenversorgung und administrativen Aufgaben gilt. Diese Maßnahme wird aus den Mitteln zur Frauenförderung der Medizinischen Fakultät finanziert und ermöglicht die Förderung von maximal drei Wissenschaftlerinnen pro Jahr.<sup>165</sup> Außerdem haben Wissenschaftlerinnen der Fakultät die Möglichkeit, Kostenübernahmen und Zuschüsse zur Qualifizierung, etwa für die Teilnahme an Kongressen oder Fortbildungen, zu beantragen.<sup>166</sup> Zudem gibt es eine konkrete Maßnahme zur Steigerung des Frauen-

<sup>164</sup> Fortschreibung des Frauenförderplans für den Fachbereich 5 der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (gemäß § 22 LGG NRW); [http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/ffkkommission/Downloads/ffpl\\_fb05\\_2013-2015.pdf](http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/ffkkommission/Downloads/ffpl_fb05_2013-2015.pdf) [Zugriff: 25.06.2015].

<sup>165</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_foerderungen.html](http://campus.uni-muenster.de/ffk_foerderungen.html) [Zugriff: 31.08.2015].

<sup>166</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_foerderungen.html](http://campus.uni-muenster.de/ffk_foerderungen.html) [Zugriff: 25.06.2015].

Tab. C 2.29: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Münster

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
Flexible Forschungszeit während der Habilitation	Promovierte Medizinerinnen, die habilitieren möchten
Qualifizierungsangebot (Seminare, Übernahme von Teilnahmegebühren (bis max. 400 €))	(Nachwuchs-)Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Fakultät
Bezuschussung/Anteile Kostenübernahme: Kongressreisen, fachspezifische Fortbildungsveranstaltungen	Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Medizinischen Fakultät
Steigerung des Frauenanteils an den Habilitierten durch eine „Prämie“	Institute bzw. Klinikleitungen
„MitKind“	Studierende der Medizinischen Fakultät

anteils an den Habilitierten: Die Kliniken und Institute, die es schaffen, Frauen erfolgreich zur Habilitation zu führen, werden mit einer „Prämie“ von 5.000 € bonifiziert. Ziel ist eine Frauenquote unter den HabilitandInnen von 30 Prozent.<sup>167</sup> An der Medizinischen Fakultät besteht darüber hinaus das Projekt „MitKind“, welches mit dem Frauenförderpreis 2015 der Universität Münster ausgezeichnet wurde. „MitKind“ zielt darauf ab, die Bedingungen zur Vereinbarung von Familie und Studium zu verbessern, und unterstützt Medizinstudierende mit Familienwunsch oder -planung, u. a. durch Beratung und Informationsveranstaltungen, damit sie einerseits ihr Studium bewältigen und andererseits dem Kind und der Familie genug Platz einräumen können.

### 2.6.2 Universitätsklinikum Münster

Das Universitätsklinikum Münster, das 1925 eröffnet wurde, beschäftigt heute rund 9.000 MitarbeiterInnen und verfügt über 1.457 Betten. Jährlich werden hier rund 58.000 PatientInnen stationär und 475.000 ambulant versorgt,<sup>168</sup> wobei auf einen „hohen Standard medizinischer Versorgung und ausgezeichnete Pflege“ Wert gelegt wird. Seit 2001 ist das Klinikum selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts. Das Universitätsklinikum betont: „Chancengleichheit spielt am UKM nicht nur im Hinblick auf Geschlecht oder Herkunft eine Rolle, sondern schließt insbesondere auch Menschen mit Behinderung ein.“<sup>169</sup> Im Leitbild des Universitätsklinikums werden eine „auf den einzelnen Menschen abgestimmte Förderung des Heilungsprozesses, persönliche Beratung und Begleitung“ als handlungsleitend sowie die Aufgabe hervorgehoben, „eine medizinische Versorgung auf höchstem

Niveau auch angesichts begrenzter Mittel zu gewährleisten“. Das Leitbild enthält zudem unter dem Punkt „Respekt und Gemeinsinn“ den folgenden Gleichstellungsbezug:

*„Im Umgang mit unseren Patienten und untereinander fördern wir Teamgeist, Sensibilität und gegenseitige Achtung. Die Gleichstellung von Mann und Frau in allen beruflichen Belangen ist uns ein wichtiges Anliegen.“<sup>170</sup>*

#### Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht (Tab. C 2.30)

Die Universitätsklinik Münster liegt mit ihren Frauenanteilen an Leitungspositionen insgesamt leicht über dem Landesdurchschnitt der Universitätskliniken in NRW.

Alle fünf Vorstandspositionen werden in Münster von Männern bekleidet, während zum elfköpfigen Aufsichtsrat drei Frauen als stimmberechtigte Mitglieder zählen: eine Universitätsrektorin sowie zwei externe Sachverständige aus den Bereichen medizinische Wissenschaft und Wirtschaft. Der Frauenanteil liegt damit bei 27,3 % und leicht unter dem Landesdurchschnitt in Nordrhein-Westfalen. Die Universitätsklinik Münster besteht aus 37 Einzelkliniken und 35 Instituten. Frauen sind auf der Leitungsebene kaum vertreten. So werden nur 16,2 % der Kliniken von Frauen geleitet, und der Anteil von Instituten, denen eine Frau vorsteht, ist mit 11,4 % noch geringer. Dabei handelt es sich um sechs Kliniken – die Klinik für Andrologie, die Klinik für Augenheilkunde, die Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Klinik für Kieferorthopädie, die Medizinische Klinik B (Allg. Innere Medizin sowie Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten) (kommissarische Leitung) und die Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie – sowie vier Institute – das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Me-

<sup>167</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_foerderungen.html](http://campus.uni-muenster.de/ffk_foerderungen.html) [Zugriff: 31.08.2015].

<sup>168</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=about> [Zugriff am 28.04.2016].

<sup>169</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=chancengleichheit> [Zugriff am 26.05.2016].

<sup>170</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=leitbild> [Zugriff: 03.06.2015].

Tab. C.2.30: Leitungsebene im Klinikum Münster nach Geschlecht im NRW-Vergleich (2016)

Leitungsebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
Vorstand	5	0	5	0,0%	-10,3
Aufsichtsrat	11	3	8	27,3%	-1,5
Klinikleitungen	37	6	31	16,2%	6,7
Institutsleitungen	35	4	31	11,4%	0,1
<b>Insgesamt</b>	<b>88</b>	<b>13</b>	<b>75</b>	<b>14,8%</b>	<b>1,7</b>

Quelle: Eigene Erhebung der KoFo Netzwerk FGF NRW, März 2016.

dizin, das Institut für Pathologie (Gerhard-Domagk-Institut), das Institut für Physiologische Chemie und Pathobiochemie und das Institut für Rechtsmedizin.<sup>171</sup>

### Gleichstellungsbeauftragte

Die Gleichstellungsbeauftragte des Universitätsklinikums Münster, Elisabeth Hoffmann, ist bereits seit 2001 im Amt.<sup>172</sup> Sie ist stellvertretende Klinikenpflegedienstleitung in der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie und für ihre Arbeit als Gleichstellungsbeauftragte zu 50 Prozent freigestellt. Über einen Etat für die Gleichstellungsarbeit verfügt sie nicht, sodass sich ihre Tätigkeit auf die Beratung der Beschäftigten, die Teilnahme an Stellenbesetzungsverfahren und Gremienarbeit konzentriert.

### Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums

Die Universitätsklinik Münster verfügt aktuell über keinen gültigen Frauenförderplan nach LGG.

<sup>171</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=leistungsangebote> [Zugriff: 31.08.2015].

<sup>172</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=6927> [Zugriff: 07.07.2015].

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen

Bei den konkreten Gleichstellungsmaßnahmen des Universitätsklinikums handelt es sich insbesondere um Kinderbetreuungsangebote. Diese werden durch das klinikeigene FamilienServiceBüro<sup>173</sup> koordiniert und richten sich an Beschäftigte von Fakultät und Klinikum gleichermaßen. Die Betriebskita „Niki de Saint Phalle“ bietet Betreuungsplätze für 150 Kinder ab vier Monaten bis zur Einschulung an, eine Ferienbetreuung steht in den Oster-, Sommer- und Herbstferien Kindern im Alter von fünf bis zwölf Jahren offen. Die UKM-Kinderinsel gewährleistet daneben eine kurzfristige Betreuung in Ausnahmefällen. Das FamilienServiceBüro bietet außerdem Informationen und Beratung für (werdende) Eltern sowie für Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen.

<sup>173</sup> <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=4893> [Zugriff: 26.05.2016].

## 2.7 RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM: MEDIZINISCHE FAKULTÄT UND KLINIKVERBUND

### 2.7.1 Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Die Medizinische Fakultät Bochum weist als zentrale Forschungsschwerpunkte die fakultätsübergreifenden Bereiche Neurowissenschaften und Proteinforschung auf.<sup>174</sup> Daneben liegt ein Fokus ihrer Forschung auf der Onkologie, der kardiovaskulären Medizin und HIV/AIDS. Betont wird die naturwissenschaftliche Fundierung sowie die psycho-soziale, medizinethische und gesundheitsökonomische Orientierung der Fakultät mit dem Ziel, „wissenschaftlich exzellente ausgebildete sowie erfahrungsbasierte, empathische und am Ende des Studiums sofort berufsbereite Ärztinnen und Ärzte“ auszubilden.<sup>175</sup> Ein Genderbezug findet sich in den allgemeinen Darstellungen nicht; die Gleichstellungsbeauftragten stellen ihre Arbeit jedoch ausführlich vor.

#### *Leitungsebene und Personal nach Geschlecht (Tab. C 2.31)*

Die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum liegt mit ihren Frauenanteilen beim Personal durchweg über dem Durchschnitt der Universitätskliniken in NRW. Die Zahlen beim Personal müssen aber differenziert betrachtet werden, da sie sich nur auf den vorklinischen Bereich beziehen. Die Daten aus den einzelnen Kliniken des Bochumer Verbundmodells werden in der amtlichen Statistik nicht erfasst.

Das Dekanat der Medizinischen Fakultät ist mit einem Dekan, einem Prodekan, einem Forschungsdekan und einem Studiendekan besetzt. Alle vier Positionen sind mit Männern besetzt. Die Professuren in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften sind insgesamt überdurchschnittlich hoch mit Frauen besetzt und erreichen mit Anteilen von durchweg einem Drittel im NRW-Vergleich deutliche Spitzenwerte. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es aufgrund der Besonderheiten des Bochumer Modells bei den vorliegenden Daten keine Zuordnungen zu den Zahlen der Professuren der klinisch-praktischen Humanmedizin gibt. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass in der klinisch-theoretischen Humanmedizin fünf von 15 ProfessorInnen Frauen sind, bei der vorklinischen Humanmedizin

finden sich bei insgesamt 18 Professuren sechs Frauen. Beim wissenschaftlich-künstlerischen Personal (ohne ProfessorInnen), das fast ausschließlich der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zuzuordnen ist, liegt der Frauenanteil von 53,8 % geringfügig über dem Landesdurchschnitt. Im MTV-Bereich wird der landesweit ohnehin hohe Frauenanteil nochmals weit überschritten, über vier Fünftel aller Mitarbeitenden in Technik und Verwaltung sind weiblich.

#### *Professuren nach Besoldungsstufen und Geschlecht im Zeitverlauf (Tab. C 2.32)*

Im Zeitverlauf haben sich sowohl die Zahl der Klinikprofessuren als auch der Frauenanteil insgesamt erhöht, so gab es im Jahr 2004 nur 17 Professuren an der Medizinischen Fakultät Bochum (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften), während es 2014 bereits 33 sind, wovon elf durch eine Frau besetzt werden. Bemerkenswert ist, dass insbesondere auf der höchsten Besoldungsstufe, den W3/C4-Professuren, der Frauenanteil außerordentlich gesteigert wurde und damit 25,1 Prozentpunkte über dem NRW-Durchschnitt liegt – mit 37,5 % nimmt die Universität Bochum hier einen deutlichen Spitzenwert ein. Auch auf den anderen Stufen (W2/C2/C3 und Juniorprofessuren) sind Professorinnen überdurchschnittlich stark vertreten, wenn auch die Aufstockungen im W2/C2/C3-Bereich (von insgesamt fünf auf elf Professuren) zu einer starken Reduzierung des 2004 noch sehr hohen Frauenanteils auf dieser Stufe geführt haben. Die – insgesamt wenigen – Juniorprofessuren sind mit drei Frauen und drei Männern paritätisch besetzt.

#### *Qualifizierungsstufen nach Geschlecht (Tab. C 2.33)*

Die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum gehört mit ihren 2.332 Studierenden zu den kleineren in Trägerschaft des Landes NRW. Im Landesvergleich schneidet sie mit ihren Frauenanteilen in sämtlichen Qualifizierungsstufen der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften unterdurchschnittlich ab.

In der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften sind 59,0 % der an der Medizinischen Fakultät Bochum eingeschriebenen Studierenden Frauen, an den StudienanfängerInnen haben sie einen Anteil von 60,2 %, womit sie in beiden Bereichen unter dem Landesdurchschnitt

<sup>174</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/forschung.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/forschung.html) [Zugriff: 04.04.2016].

<sup>175</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/) [Zugriff: 04.04.2016].

Tab. C.2.31: Leitungsebene und Personal an der Medizinischen Fakultät Bochum 2014 (Dekanat 2016)

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%
<b>Dekanat</b>	4	0	4	0,0 %
<b>ProfessorInnen insgesamt</b>	33	11	22	33,3 %
<b>ProfessorInnen Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften</b> davon Lehr- und Forschungsbereiche:	33	11	22	33,3 %
Klinisch-theoretische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	15	5	10	33,3 %
Vorklinische Humanmedizin (einschl. Zahnmedizin)	18	6	12	33,3 %
<b>Wissenschaftliches Personal (ohne ProfessorInnen) insgesamt</b>	236	127	109	53,8 %
davon Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	234	126	108	53,8 %
<b>MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung (Klinikum)</b>	265	224	41	84,5 %

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 22.03.2016].

Tab. C.2.32: Frauenanteile an den Professuren der Medizinischen Fakultät Bochum 2004, 2009 und 2014

Einstufung	2004			2009			2014			Differenz zu NRW
	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	Gesamt	Frauen	Frauenanteil	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>Insgesamt</b>	17	5	29,4 %	24	7	29,2 %	33	11	33,3 %	17,7
W3/C4	12	2	16,7 %	15	5	33,3 %	16	6	37,5 %	25,1
W2/C2/C3	5	3	60,0 %	7	2	28,6 %	11	2	18,2 %	2,0
W1	(-)	(-)	(-)	2	0	0,0 %	6	3	50,0 %	2,6

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 22.03.2016].

Tab. C.2.33: Qualifizierungsstufen an der Medizinischen Fakultät Bochum (Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften) 2014

Ebene	Gesamt	Frauen	Männer	Frauenanteil	Differenz zu NRW
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%	%-Punkte
<b>StudienanfängerInnen (1. Fachsemester)</b>	415	250	165	60,2 %	-5,3
<b>Studierende insgesamt</b>	2.332	1.376	956	59,0 %	-4,4
ohne Promotionsstudierende	2.189	1.297	892	59,3 %	-4,2
Promotionsstudierende	143	79	64	55,2 %	-8,0
<b>AbsolventInnen insgesamt</b>	374	223	151	59,6 %	-2,4
ohne Promotion	228	145	83	63,6 %	-0,7
<b>Promovierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	127	66	62	51,6 %	-5,7
<b>Habilitierte (Dreijahresdurchschnitte)</b>	14	3	11	19,5 %	-5,5

Quelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 22.03.2016].

liegen. Die AbsolventInnen (ohne Promotionen) sind zu 59,6 % Frauen – hier liegt die Universität Bochum mit nur 2,4 Prozentpunkten unter dem NRW-Durchschnitt, in den anderen Qualifizierungsstufen weicht sie deutlich stärker ab. Der Frauenanteil von 51,6 % bei den Promovierten an der Medizinischen Fakultät Bochum stellt im landesweiten Vergleich den niedrigsten Wert dar. Auch im Bereich der Habilitationen bildet Bochum das Schlusslicht, hier werden nur knapp ein Fünftel (19,5 %) aller Habilitationen von Frauen abgeschlossen, während es in den NRW-Universitätskliniken durchschnittlich 25 % sind.

### Studium

Seit dem Wintersemester 2013/2014 bietet die Medizinische Fakultät Bochum einen Modellstudiengang in der Medizin an: In dem „integrativen Reformstudiengang Medizin“ (iRM) werden Vorlesungen, Seminare und Praktika fächerübergreifend nach Organsystemen und Krankheitsbildern abgestimmt und nicht nach den einzelnen Fachgebieten.<sup>176</sup> Neben den sechs Kliniken, die gemeinsam das Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum bilden, stehen für den

<sup>176</sup> <http://medizinstudium.ruhr-uni-bochum.de/medidek/infoszumstudium/irm/> [Zugriff: 04.04.2016].

praktischen Teil der Ausbildung fünf weitere Lehrkrankenhäuser zur Verfügung.<sup>177</sup>

### Nachwuchsförderung

Die interne Forschungsförderung FoRUM der Medizinischen Fakultät Bochum zielt insbesondere auf den wissenschaftlichen Nachwuchs ab. In diesem Rahmen werden Stipendien und Anschubfinanzierungen gewährt; zudem ist es für NachwuchswissenschaftlerInnen möglich, eine Rotationstelle zu beantragen, um für ein Jahr für die Forschung freigestellt zu werden.<sup>178</sup> Diese Maßnahmen richten sich an Frauen und Männer gleichermaßen. Vom Fakultätsrat vorgesehene strukturelle Frauenfördermaßnahmen werden auf formlosen Antrag hin gesondert berücksichtigt.<sup>179</sup> Mit mQuadrat[at]RUB bietet die Fakultät zudem ein Mentoring speziell für promovierte Wissenschaftlerinnen an. Daneben gibt es für promovierte wissenschaftliche Mitarbeiterinnen mit (Klein-)Kindern über die Gleichstellungsförderung der Fakultät die Möglichkeit, ein Jahr lang durch eine studentische Hilfskraft unterstützt zu werden.<sup>180</sup>

### Gender in Forschung und Lehre

Bisher gibt es keine expliziten Gender-(Teil-)Module in der Ausbildung der Studierenden an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

### Gleichstellungsbeauftragte

An der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum gibt es dezentrale Gleichstellungsbeauftragte für (fast) jede Statusgruppe. Die dezentrale Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät für die Gruppe der Professorinnen ist Prof. Dr. Katrin Marcus, Institutsdirektorin des Medizinischen Proteom-Centers, für die Gruppe der wissenschaftlichen Beschäftigten ist es Dr. Caroline May, Leiterin der Arbeitsgruppe „Immune Proteomics“, und für die Gruppe der Verwaltungsangestellten Regina Küßner, Sekretärin im Medizinischen Proteom-Center.<sup>181</sup> Für die Gruppe der Studierenden gibt es keine eigene stellvertretende Gleichstellungsbeauftragte. Die dezentrale Gleichstellungsbeauftragte für die Gruppe der Professorinnen ist

mit einer Semesterwochenstunde für die Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät freigestellt. Zudem wird sie durch eine studentische Hilfskraft unterstützt. Für die Gleichstellungsarbeit an der Medizinischen Fakultät werden jährlich 15.000 € zur Verfügung gestellt. Der größte Anteil dieses Geldes wird für die Finanzierung der Mentoringprogramme verwendet. Von den übrigen finanziellen Ressourcen können Wissenschaftlerinnen mit Kindern durch die Einstellung einer studentischen Hilfskraft gefördert werden.

### Frauenförderplan/Gleichstellungsplan der Medizinischen Fakultät

An der Ruhr-Universität Bochum werden die Gleichstellungsmaßnahmen aller Fakultäten und somit auch der Medizinischen Fakultät statt in Frauenförderplänen in eigenen Zielvereinbarungen zur Gleichstellung zwischen Fakultät und Rektorat festgehalten. Im Hochschulentwicklungsplan 2014–2019 der Ruhr-Universität Bochum<sup>182</sup> werden diese „Zielvereinbarungen zur Gleichstellung“ zwischen dem Rektorat und den einzelnen Fakultäten festgeschrieben. Die Vereinbarungen werden mit einer Gültigkeit von drei Jahren abgeschlossen und enthalten „konkrete quantitative Zielwerte zur Erhöhung des Frauenanteils auf allen Karrierestufen“ (S. 8f.). In den Zielvereinbarungen zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Rektorat der Ruhr-Universität Bochum 2015–2018<sup>183</sup>, die nicht auf der Webseite der dezentralen Gleichstellungsbeauftragten der Fakultät, sondern über das Portal „Chancengleich“<sup>184</sup> der zentralen Universitätswebseite zu finden sind, wird betont:

*„Die Chancengleichheit von Frauen und Männern ist für die Ruhr-Universität ein zentrales strategisches Ziel einer zukunftsfähigen Hochschulentwicklung. Die gesamte Universität strebt danach, Chancengerechtigkeit auf allen Ebenen der Universität umzusetzen. [...] Die Fakultät kommt mit dieser Zielvereinbarung zugleich ihrer Verpflichtung zur Fortschreibung ihres Gleichstellungsplans nach.“ (S. 1)*

Unter den „Zielen und Leistungen der Fakultät“ heißt es: *„Die Gleichstellung von Frauen in der Medizin unterliegt im Vergleich zu anderen universitären Fächern besonderen Bedingungen. So sind Gleichstellung und*

<sup>177</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/kliniken/index.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/kliniken/index.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>178</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/foerdermassnahmen/index.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/foerdermassnahmen/index.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>179</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/richtlinien/foerdermassnahmen.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/forum/richtlinien/foerdermassnahmen.html) [Zugriff am 04.04.2016].

<sup>180</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/massnahmen.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/massnahmen.html) [Zugriff am 14.04.2016].

<sup>181</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/index.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/index.html) [Zugriff am 15.06.2015].

<sup>182</sup> Ruhr-Universität Bochum, Hochschulentwicklungsplan 2014–2019; <https://www.ruhr-uni-bochum.de/universitaet/pdf/RUB-Hochschulentwicklungsplan2014-2019.pdf> [Zugriff: 26.05.2016].

<sup>183</sup> Ruhr-Universität Bochum, Zielvereinbarungen Medizinische Fakultät; [www.ruhr-uni-bochum.de/chancengleich/pdf/zielvereinbarungen/ZV%20Endversionen%202015/ZV\\_20%20-%20Medizinische%20Fakult%C3%A4t%202015-04-27.pdf](http://www.ruhr-uni-bochum.de/chancengleich/pdf/zielvereinbarungen/ZV%20Endversionen%202015/ZV_20%20-%20Medizinische%20Fakult%C3%A4t%202015-04-27.pdf) [Zugriff: 26.05.2016].

<sup>184</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/chancengleich/](http://www.ruhr-uni-bochum.de/chancengleich/) [Zugriff am 30.06.2016].

Tab. C 2.34: Gleichstellungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Bochum

Projekt/Maßnahme	Zielgruppe
mQuadrat[at]RUB	Promovierte Wissenschaftlerinnen der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums
Mentoring für Doktorandinnen	Doktorandinnen auch der Medizinischen Fakultät
Gleichstellungsförderstipendium für Wissenschaftlerinnen	Promovierte wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Medizinischen Fakultät mit Kind(ern) unter 6 Jahren
Einrichtung eines Eltern- und Stillzimmers	Studierende und Mitarbeitende der Medizinischen Fakultät mit Kindern
Aushängetafeln zur Information über gleichstellungsrelevante Themen	Interessierte
Homepage der dezentralen Gleichstellungsbeauftragten mit Informationen zu Tagungen, Literatur und Links	Interessierte

*Chancengleichheit in den Qualifikationsebenen von Studierenden, Absolventen und Promotionen bereits erreicht. Bei Habilitationen, außerplanmäßigen Professuren und W1- bis W3-Professuren ist der Anteil an Frauen im Verhältnis noch zu steigern, wenn von Gleichstellung die Rede sein soll. Die Ursachen für diese Situation sind vielfältig. Die Fakultät setzt ihre unterschiedlichen Aktivitäten zusammen mit dem Rektorat fort, in den genannten Qualifikationsstufen auf Ausgleich hinzuwirken.“ (S. 1)*

Dies soll insbesondere mithilfe von Mentoring, Gleichstellungsförderstipendien zur wissenschaftlichen Weiterqualifizierung, Informationsangeboten für habilitierte Frauen sowie „einer gezielten Berufungspolitik mit besonderem Augenmerk auf Besetzung der Stellen mit Frauen, soweit möglich“ (S. 1) erreicht werden.

### Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen (Tab. C 2.34)

Das Mentoringprogramm mQuadrat[at]RUB richtet sich im Rahmen der Nachwuchsförderung an weibliche Postdocs und Habilitandinnen und wird gemeinsam von der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät und der Internen Fortbildungs- und Beratungsstelle der RUB organisiert. In dem Programm werden Frauen auf dem Weg in eine Wissenschaftskarriere gezielt für zwei Jahre durch ein One-to-one-Mentoring, Seminarangebote und Netzwerkabende unterstützt. Auch Doktorandinnen der Fakultät steht mit mentoring<sup>3</sup>, einem Kooperationsprojekt der Ruhr-Universität Bochum, der TU Dortmund und der Universität Duisburg-Essen, ein Mentoringangebot zur Verfügung. Zudem gibt es an der Medizinischen Fakultät Gleichstellungsförderstipendien für Wissenschaftlerinnen, in deren Rahmen promovierte Wissenschaftlerinnen, die sich in einem befristeten Tarifbeschäftigungsverhältnis be-

finden und Kinder unter sechs Jahren haben und betreuen, Mittel für die Einstellung einer studentischen Hilfskraft im Umfang von maximal fünf Stunden pro Woche für ein Jahr bereitgestellt bekommen können.<sup>185</sup> Für Studierende und Mitarbeitende der Fakultät mit kleinen Kindern wurde ein Eltern- und Stillzimmer eingerichtet. Darüber hinaus informieren die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät über gesamtuniversitäre Gleichstellungsangebote wie Kinderbetreuungseinrichtungen oder das Elternservicebüro.<sup>186</sup>

### 2.7.2 Klinikverbund Bochum

Das Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum verspricht mit seinen insgesamt 3.643 Betten „eine spitzenmedizinische Versorgung über das gesamte Spektrum der Disziplinen und schafft Höchstleistungen in Forschung und Lehre“.<sup>187</sup> Hervorgehoben werden „Kompetenz, Kooperation und Vielfalt im Dienst für den Menschen“. Im Klinikverbund sind ca. 8.000 MitarbeiterInnen beschäftigt, die jährlich rund 400.000 PatientInnen, davon etwa 124.000 stationär und 319.000 ambulant, betreuen.<sup>188</sup> Ein Genderbezug findet sich in der zentralen Darstellung nicht.

#### Allgemeine Informationen zum „Bochumer Modell“

Das Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum nimmt mit seiner Struktur eine Sonderstellung ein: Es ist ein Verbund aus Kliniken aus Nordrhein-Westfalen (Schwerpunkt Bochum und Ostwestfalen-Lippe). Da aus finanziellen Gründen keine eigene Campus-Klinik erbaut werden konnte, wurden 1977

<sup>185</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/massnahmen.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/massnahmen.html) [Zugriff: 15.06.2015].

<sup>186</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/weiter\\_info.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/gleichstellung/weiter_info.html) [Zugriff: 15.06.2015].

<sup>187</sup> [www.uk.rub.de/index.html.de](http://www.uk.rub.de/index.html.de) [Zugriff am 27.04.2016].

<sup>188</sup> [www.uk.rub.de/zahlen/index.html.de](http://www.uk.rub.de/zahlen/index.html.de) [Zugriff: 09.06.2015].

mit mehreren außeruniversitären Krankenhäusern in privater oder öffentlicher Trägerschaft aus der Bochumer Umgebung Kooperationsverträge abgeschlossen, um die Ausbildung der Medizinstudierenden gewährleisten zu können und um „langfristig tragfähige Strukturen für die Mediziner Ausbildung in Bochum zu schaffen“<sup>189</sup>. 1998 wurde diese „Bochumer Modell“ genannte Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Ruhr-Universität Bochum dauerhaft festgeschrieben. 2008 wurde der Verband Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum gegründet, in dem die Geschäftsführungen und Ärztlichen DirektorInnen der beteiligten Kliniken gemeinsame „Belange auf klinischem, wissenschaftlichem und didaktischem Gebiet koordinieren“.<sup>190</sup> Zum „Bochumer Modell“ gehören u. a. das BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum, das Herz- und Diabeteszentrum NRW, das Katholische Klinikum Bochum, das LWL-Universitätsklinikum Bochum, das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum und die Universitätsklinik Marienhospital Herne sowie die Auguste-Viktoria-Klinik in Bad Oeynhausen und das Klinikum Herford.<sup>191</sup> Durch das Kooperationsmodell finden sich die vorklinischen und die klinisch-theoretischen Fachgebiete der Medizin am Campus der Ruhr-Universität Bochum, während die klinisch-praktischen Fachgebiete an den verschiedenen beteiligten Kliniken und Lehrkrankenhäusern angesiedelt sind. Der Dekan der Medizinischen Fakultät erläutert im Expertengespräch die besondere Herausforderung, unter diesen institutionellen und strukturellen Bedingungen Kliniken, die nicht von der Universitätsverwaltung gesteuert und verwaltet werden, Teil der Universität werden zu lassen. Der Unterschied zu den ProfessorInnen am Campus besteht zunächst darin, dass die ProfessorInnen in den Trägerkliniken nicht verbeamtet sind. KlinikprofessorInnen durchlaufen ordentliche Berufungsverfahren, die von der Fakultät in Kooperation mit den Trägern durchgeführt werden. Nach der Auswahl in den Kommissionen schließen die KandidatInnen einen Chefarztvertrag mit dem Träger ab, in dem die Bedingungen für die Krankenversorgung geregelt sind, zusätzlich beantragen sie beim Rektorat der Universität die sogenannte „mitgliedschaftliche Rechtstellung“ nach § 9 HG NRW. Bezogen auf Gleichstellung bedeutet dies auch, dass die Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen

Fakultät Bochum lediglich für den vorklinischen und klinisch-theoretischen Bereich der Hochschulmedizin zuständig ist und nur dort agieren kann. Ob es in den einzelnen Kliniken und Lehrkrankenhäusern, die sich im Bochumer Modell zusammengeschlossen haben, Gleichstellungsbeauftragte gibt, hängt von den jeweiligen Trägern ab, da diese anderen rechtlichen Bedingungen unterliegen und nicht nach dem LGG dazu verpflichtet sind, Gleichstellungsbeauftragte zu bestellen. So weist die zentrale Gleichstellungsbeauftragte der Universität Bochum im Expertinnengespräch darauf hin, dass kein kontinuierlicher Austausch zwischen ihr und den an einigen Kliniken arbeitenden Gleichstellungsbeauftragten besteht. Durch das Verbundmodell hat die Universität in den Kliniken relativ wenig Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte, was in Bezug auf Gleichstellungsmaßnahmen eine große Hürde darstellt.

#### *Leitungsebene im Klinikum nach Geschlecht*

Der dreiköpfige Vorstand des Verbands Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum ist ausschließlich mit Männern besetzt, auch die drei Stellvertreter sind sämtlich männlich.<sup>192</sup> Klinik- und Institutsleitungen wurden aufgrund der Besonderheiten des Bochumer Modells nicht erhoben.

#### *Gleichstellungsbeauftragte*

Aufgrund des Verbundcharakters des Uniklinikums gibt es keine zentrale Gleichstellungsbeauftragte wie bei den anderen sechs Unikliniken des Landes NRW, sondern es obliegt den einzelnen Kliniken, eigene Gleichstellungsbeauftragte einzusetzen (die Kliniken fallen nicht unter das LGG). Aktuell gibt es bei den zum „Bochumer Modell“ gehörenden Kliniken jedoch in der Regel keine Gleichstellungsbeauftragte.

#### *Gleichstellungsplan des Universitätsklinikums*

Ein zentraler Gleichstellungsplan oder Gleichstellungspläne an den einzelnen Kliniken konnten nicht recherchiert werden.

#### *Gleichstellungsprojekte und -maßnahmen*

Gleichstellungsprojekte der zum Bochumer Modell gehörenden Kliniken konnten nicht auffindig gemacht werden. Zum Teil verfügen einige Kliniken über Betriebskindergärten (bspw. Augusta-Josefs-Gruppe: Betriebskindergarten „Sonnenschein“, St. Elisabeth-Gruppe: „Kinder in der St. Elisabeth-Gruppe“).

<sup>189</sup> [www.uk.rub.de/entstehung/index.html](http://www.uk.rub.de/entstehung/index.html) [Zugriff am 04.05.2016].

<sup>190</sup> [www.uk.rub.de/entstehung/index.html](http://www.uk.rub.de/entstehung/index.html) [Zugriff am 09.06.2015].

<sup>191</sup> [www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/kliniken/index.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/medizin/kliniken/index.html) [Zugriff am 16.06.2015].

<sup>192</sup> [www.uk.rub.de/orga/index.html](http://www.uk.rub.de/orga/index.html) [Zugriff am 26.05.2016].



### 3 GLEICHSTELLUNG ALS HERAUSFORDERUNG: DIE PERSPEKTIVEN DER GLEICHSTELLUNGSBEAUFTRAGTEN, DEKANE UND ÄRZTLICHEN DIREKTOREN

In diesem Kapitel stehen die Ansichten der Gleichstellungsbeauftragten, der Dekane und der Ärztlichen Direktoren zu gleichstellungspolitischen Fragen sowie ihre Perspektiven auf die Karrierewege in der Hochschulmedizin im Mittelpunkt. Es wurden mit den Angehörigen dieser Leitungs- und Funktionsgruppen sogenannte ExpertInneninterviews geführt. Dadurch konnte offengelegt werden, wie die Gleichstellungsbeauftragten, Dekane und Ärztlichen Direktoren den Gender Gap in der Hochschulmedizin erleben und wie ihrer Einschätzung nach eine geschlechtersensible medizinische Ausbildung und Versorgung ermöglicht werden kann. Dazu wurden alle drei Gruppen – Gleichstellungsbeauftragte, Dekane und Ärztliche Direktoren – um Empfehlungen und die Darstellung von Erfordernissen gebeten, die es Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern, den Hochschulen und

Unikliniken als Organisationen, aber auch der Politik ermöglichen, mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin zu erreichen.

In Kapitel 3.1 werden zunächst die Untersuchungsgruppe und die Befragungsmethode vorgestellt. In den sich anschließenden Unterkapiteln werden die Besonderheiten der Hochschulmedizin (Kap. 3.2), die Gleichstellungsarbeit an den Medizinischen Fakultäten und Unikliniken (Kap. 3.3), die Relevanz von Gender in Lehre, Forschung und Krankenversorgung (Kap. 3.4), Deutungen und Erklärungsweisen des Gender Gaps in der Hochschulmedizin (Kap. 3.5), der Blick auf die Wissenschaftskarriere aus Gleichstellungs- und Leitungsperspektive (Kap. 3.6) sowie Handlungsempfehlungen für mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin (Kap. 3.7) vorgestellt.

#### 3.1 EXPERTINNENBEFRAGUNG – ZU METHODIK UND UNTERSUCHUNGSGRUPPE

Um Erfahrungs- und Handlungswissen zum Gender Gap in der Hochschulmedizin und zum Zusammenhang von Organisations-, Fach- und Geschlechterkultur zu generieren, wurden Gespräche mit Expertinnen und Experten<sup>1</sup> aus dem Feld der nordrhein-westfälischen Hochschulmedizin geführt. Es wurden Expertinnen und Experten ausgewählt, die über ein funktional an ihre Position gebundenes spezifisches Wissen in Bezug auf das Feld der Hochschulmedizin verfügen, die kulturelle Praktiken und Spezifika der Institutionen widerspiegeln und Ansatzpunkte für mehr Geschlechtergerechtigkeit aufzeigen können. Dadurch wird ein möglichst umfassender Überblick über die Geschlechterverhältnisse und Gleichstellungsbestrebungen an den hochschulmedizinischen Standorten in NRW angestrebt.

Im ersten Befragungszeitraum wurden Gespräche mit den Gleichstellungsbeauftragten der sechs Universitätskliniken in NRW geführt. Die Gleichstellungsbe-

auftragten der Universitätskliniken sind für das nicht-wissenschaftliche Personal zuständig. Im Gegensatz zu den Gleichstellungsbeauftragten an den Hochschulen – und hier konkret an den Medizinischen Fakultäten – werden die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken nicht gewählt, sondern durch den Vorstand der Klinik bestellt. Die befragten Frauen arbeiteten bzw. arbeiten in unterschiedlichen Funktionen und Ebenen der Hochschulmedizin und üben alle bereits seit mehreren Jahren das Amt der Gleichstellungsbeauftragten an der jeweiligen Uniklinik aus. Durch ihre langjährige, kontinuierliche Tätigkeit in ihrem Amt haben sie umfangreiche Kenntnisse über die Abläufe und Begebenheiten in den verschiedenen Bereichen der Uniklinik. So können sie die Herausforderungen und Schwierigkeiten für Frauen in der medizinischen Kultur benennen und die Arbeitsbedingungen aus einer geschlechtersensiblen Perspektive beurteilen. Ebenso wurden die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten befragt. Diese sind zu einem großen Teil selbst Medizinerinnen und Professorinnen und unter anderem Ansprechpartnerinnen für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die Wahl dezentraler Gleichstellungsbeauftragter an den Hochschulen stellt – wie in Kapitel B 4 dargestellt – eine der Neuerungen des Hochschulgesetzes dar. Im

<sup>1</sup> Als ExpertInnen bezeichnet man Personen, die im Bereich des Untersuchungsgegenstandes agieren und aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihres beruflichen Amtes über ein spezifisches Kontextwissen in Bezug auf das zu untersuchende Forschungsfeld verfügen. Littig (2009) definiert dieses Sonderwissen, das sich vom normalen Alltagswissen unterscheidet, als „organisationsinternes Betriebswissen über Strukturen, Handlungsabläufe und Ereignisse“ (Littig 2009: 119).

Gegensatz zu den durch die Leitung bestellten Gleichstellungsbeauftragten der Universitätskliniken ist hier also nicht zuletzt aufgrund des Wahlamtes und der hohen Arbeitsbelastung der Professorinnen mit einem erhöhten Wechsel der Stelleninhaberinnen zu rechnen.

Im Mittelpunkt des zweiten Befragungszeitraums standen (die fast ausschließlich männlichen) Führungskräfte auf der Leitungsebene der Hochschulmedizin in NRW und deren Erfahrungen und Erklärungen zum Gender Gap sowie deren Problembewusstsein und Selbstverständnis in Bezug auf Geschlechter(un-)gerechtigkeit. Denn nach dem Landesgleichstellungsgesetz NRW gehört es zu den „besonderen Aufgaben der Dienstkräfte mit Leitungsfunktionen“, auf die Erfüllung und Umsetzung des in Artikel 3 Abs. 2 Grundgesetz festgelegten, staatlichen Auftrages, d.h. auf die „tatsächliche Durchsetzung der Gleichberech-

tigung von Frauen und Männern“ sowie „auf die Beseitigung bestehender Nachteile“, hinzuwirken (§ 1 Abs. 3 LGG). Somit sind Gleichstellung und die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Konzeptes auf allen Ebenen der Institutionen Leitungsaufgabe und „die für seine Implementierung zuständigen Leitungspersonen sind angehalten, in der Umsetzungsphase die Auswirkungen solcher gleichstellungspolitischen Aktivitäten antizipativ zu berücksichtigen, um eine tatsächliche Gleichstellung zu erreichen“ (Kamphans 2014: 19). Um zu eruieren, wie die Hochschulmedizin dieser Verantwortung nachkommt und den damit verbundenen Herausforderungen begegnet, wurden alle Ärztlichen Direktoren der Universitätskliniken, alle Dekane und an zwei Standorten die Prodekaninnen der Medizinischen Fakultäten an den Standorten der Hochschulmedizin in NRW befragt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die befragten Expertinnen und Experten:

Tab. C 3.1: Übersicht über die befragten Expertinnen und Experten

Expertinnen-Gespräche mit den Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten	
Prof. Dr. med. Dagmar Dilloo und Tanja Banavas	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. rer. nat. Katrin Marcus und Dr. phil. Beate v. Miquel	Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. med. Ulrike Schara	Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. med. dent. Petra Scheutzel	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Dr. rer. nat. Anja Vervoorts ( <i>Gleichstellungsbeauftragte bis 31.12.2015</i> )	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Dr. med. Michaela Weishoff-Houben	RWTH Aachen
Expertinnen-Gespräche mit den Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken	
Elisabeth Hoffmann	Universitätsklinikum Münster
Anna Manowski	Universitätsklinikum Düsseldorf
Angelika Pietsch	Universitätsklinikum Essen
Sabine Schell-Dürscheidt und Annelene Gäckle	Universitätsklinikum Köln und Universität zu Köln
Rita Winkels	Universitätsklinikum Aachen
Sabine Zander	Universitätsklinikum Bonn
Experten-Gespräche mit den Ärztlichen Direktoren der Unikliniken	
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA	Universitätsklinikum Bonn
Prof. Dr. med. Thomas Ittel	Universitätsklinikum Aachen
Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel ( <i>Ärztlicher Direktor bis 31.08.2015</i> )	Universitätsklinikum Essen
Prof. Dr. med. Benedikt Pannen ( <i>Stellv. Ärztlicher Direktor</i> )	Universitätsklinikum Düsseldorf
Prof. Dr. med. Norbert Roeder	Universitätsklinikum Münster
Prof. Dr. med. Edgar Schömig	Universitätsklinikum Köln
ExpertInnen-Gespräche mit den Dekanen und Prodekaninnen der Medizinischen Fakultäten	
Prof. Dr. med. Jan Buer	Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. med. Albrecht Bufe	Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. med. Heidi Pfeiffer ( <i>Prodekanin für Struktur, Entwicklung und Gleichstellung</i> )	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. rer. nat. Stefan Uhlig	RWTH Aachen
Prof. Dr. med. Nicolas Wernert	Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. med. Joachim Windolf	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Prof. Dr. med. Christiane Woopen ( <i>Prodekanin für Akademische Entwicklung und Gender</i> )	Universität zu Köln

Die ExpertInnengespräche wurden von Meike Hilgeman und Beate Kortendiek in der zweiten Jahreshälfte 2015 an den Universitätskliniken vor Ort durchgeführt, was auch dazu diente, den Interviewerinnen einen tieferen Einblick in das Feld der Medizin und insbesondere in die Unikliniken als Häuser der Maximalversorgung zu ermöglichen. Die Genderprofile der Medizinischen Fakultäten, die im vorherigen Kapitel bereits vorgestellt worden sind, dienten als Vorbereitung für die Gespräche. Umgekehrt sind auch die im Interview gewonnenen vertieften Erkenntnisse über die lokalen Gegebenheiten in die endgültige Fassung der Profile eingeflossen. Die Gespräche wurden als leitfadengestützte, nicht standardisierte Befragungen durchgeführt. Der Leitfaden mit offen formulierten Fragen diente als Orientierungsrahmen und Grundgerüst, um das Gespräch immer wieder auf die Forschungsfrage und das „interessierende Expertentum“ (Mayer 2009: 38) zu lenken und um nicht wesentliche Aspekte der Erforschung des Gender Gaps in der Hochschulmedizin zu übersehen. Der Leitfaden wurde dabei flexibel an die verschiedenen Funktionsbereiche der ExpertInnen angepasst und themenspezifisch in den einzelnen Gesprächen operationalisiert.

Die leitfadengestützten ExpertInnengespräche orientierten sich an den folgenden vier Themenfeldern: *Gleichstellung* (1), *Gender in Lehre, Forschung und Krankenversorgung* (2), *Wissenschaftskarriere* (3) sowie *Handlungsempfehlungen zur Reduzierung des Gender Gaps* (4). Zunächst wurden die Expertinnen und Experten darum gebeten, das Handlungsfeld *Gleichstellung* (1) bezogen auf die Spezifik ihrer Institution (Uniklinik oder Fakultät) zu erläutern. Die Gleichstellungsbeauftragten wurden eingeladen, einen Überblick über ihre Arbeitsaufgaben und ihre Zuständigkeiten zu geben und das Charakteristische der Gleichstellungsarbeit in der Hochschulmedizin im Vergleich zu anderen Fächerdisziplinen darzustellen. Dazu zählte auch die Benennung der zur Verfügung stehenden Ressourcen und bspw. eine Auflistung der Gleichstellungsprojekte<sup>2</sup>. Die Dekane und Prodekaninnen sowie die Ärztlichen Direktoren wurden in diesem Themenkomplex besonders danach gefragt, wie das Zusammenspiel von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät erfolgt. Neben den Einflüssen und Spannungsfeldern in den Gremien

<sup>2</sup> Ein Teil dieser Informationen über die Gleichstellungsarbeit an den verschiedenen Standorten der Hochschulmedizin ist auch in die Entwicklung der Gender-Profile der Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken aufgenommen worden (siehe Kap. C 2).

standen hierbei auch die Einstellungen der Leitungsebene zur Frauenförderung und zur Berücksichtigung von chancengleichheitsfördernden Maßnahmen im klinischen und wissenschaftlichen Alltag im Fokus. Die Befragungsergebnisse zum Themenkomplex *Gleichstellung* sind Gegenstand von Kap. 3.2, das die Besonderheiten der Hochschulmedizin darstellt, und Kap. 3.3, das die Gleichstellungsarbeit in der Hochschulmedizin vorstellt. Im Themenfeld *Gender in Lehre, Forschung und Krankenversorgung* (2), dargestellt in Kap. 3.4, erläuterten die Befragten, ob und wie genderspezifische Aspekte in der Ausbildung der Studierenden und der fachärztlichen Weiterbildung, in der wissenschaftlichen Qualifizierung und Forschung sowie in der klinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten jeweils berücksichtigt werden. Bezüglich der *Wissenschaftskarriere* (3) in der Hochschulmedizin wurde nach karriereförderlichen und karrierehinderlichen Faktoren und nach Ursachen für das Missverhältnis zwischen dem hohen Studentinnen- und dem sehr niedrigen Professorinnenanteil in der Medizin gefragt. Dabei werden in Kap. 3.5 die von den Expertinnen und Experten gegebenen Erklärungen für den Gender Gap in der Hochschulmedizin vorgestellt, während Kap. 3.6 die Wissenschaftskarriere in der Medizin aus einer Gleichstellungs- und Leitungssicht porträtiert. Abschließend wurden die Expertinnen und Experten gebeten, vor dem Hintergrund ihres Erfahrungswissens über die spezifischen Bedingungen im Feld der Hochschulmedizin konkrete *Handlungsempfehlungen zur Reduzierung des Gender Gaps* (4) zu benennen. Dabei formulierten sie auch Maßnahmen und dazugehörige Ressourcen, die für ihren Arbeitsalltag als Gleichstellungsbeauftragte oder als Dekan, Prodekanin oder Ärztlicher Direktor hilfreich wären, um ein Mehr an Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin erreichen zu können. Dies ist Gegenstand von Kap. 3.7.

Zunächst wurden die ExpertInnengespräche transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch in Anlehnung an die interpretative Auswertungsstrategie für leitfadengestützte ExpertInneninterviews nach Michael Meuser und Ulrike Nagel ausgewertet (vgl. Meuser/Nagel 1991, 2009). Ziel der Analyse ist es, die Aussagen der Expertinnen und Experten komparativ zu verdichten und gemeinsam geteilte Wissensbestände und Erklärungen aufzudecken. Im Fokus stehen die Identifikation der Spezifika der medizinischen Fachkultur und die Stellschrauben für Geschlechtergerechtigkeit auf dem Weg zur Professur

in der Medizin. Dementsprechend erfolgte die Auswertung aus dem Material heraus, sodass die Aussagen der ExpertInnen in darstellender Form präsentiert und kontextualisiert werden. Dies geschieht im Text in anonymisierter Form, da ein wertender Vergleich der Situation an den verschiedenen Standorten der Hochschulmedizin in NRW nicht Ziel der Untersuchung war. Anhand des dem wörtlichen Zitat

nachgestellten Kürzels bleibt allerdings ersichtlich, ob es sich um die Aussage einer Gleichstellungsbeauftragten einer Fakultät (GBF) oder eines Uniklinikums (GBUK), einer zentralen Gleichstellungsbeauftragten (GBZ), eines Dekans (D), einer Prodekanin (ProD) oder eines Ärztlichen Direktors (ÄD) handelt. Zudem wurde die Zeilennummer des jeweiligen Transkripts vermerkt (z. B.: Z.1 für Zeile 1).

## 3.2 „UNIKLINIKEN TICKEN ANDERS“ – BESONDERHEITEN DER HOCHSCHULMEDIZIN

Wie bereits im einleitenden Kapitel dargestellt, pflegt die Medizin als Disziplin eine eigenständige Fachkultur, mit der charakteristische Werthaltungen und Einstellungen einhergehen. Zugleich unterliegen NachwuchswissenschaftlerInnen, die innerhalb der Hochschulmedizin Karriere machen wollen, der Dreifachaufgabe aus wissenschaftlicher Qualifizierung, fachärztlicher Ausbildung und PatientInnenversorgung. Letztlich bewegen sich alle Forschenden in der Hochschulmedizin in einem steten Spannungsfeld zwischen der Erfüllung ihrer wissenschaftlichen Verpflichtungen in Lehre und Forschung sowie den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und den Erfordernissen der Krankenversorgung. Es ist diese enge Verzahnung von Forschung, Ausbildung und Praxis, die die Hochschulmedizin gegenüber anderen Fachdisziplinen auszeichnet, und die auch gezielt genutzt wird, um den medizinischen Bereich gesellschaftlich hervorgehoben zu positionieren.

### 3.2.1 Kooperation von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum als spezifische Herausforderung

Im Folgenden interessiert, wie die Gleichstellungsbeauftragten und Leitungsverantwortlichen diese Besonderheiten und Herausforderungen der Hochschulmedizin – insbesondere das Zusammenwirken von Universität, Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum – wahrnehmen und wie diese die Beschäftigten und Leitungsverantwortlichen gleichermaßen in der Erfüllung der Arbeitsaufgaben und -erwartungen erheblich fordern. So besitzen die Universitätskliniken einen Kooperationsvertrag mit den Universitäten, der nicht nur festlegt, dass die Medizinischen Fakultäten an den Kliniken beheimatet sind, sondern die Beschäftigten darüber hinaus zu lehrender und forschender Tätigkeit in den Universitäten verpflichtet. Die Universitätskliniken sind somit medizinische

Versorgungszentren, die als Krankenhäuser der sogenannten Maximalversorgung den höchsten Anforderungen nachkommen müssen und die durch ihre Anbindung an die Universitäten zugleich in besonderem Maße der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner, der Lehre und der Forschung verpflichtet sind. Die Leitung sowie das Führungspersonal eines Universitätsklinikums müssen die Dreifachaufgabe aus Krankenversorgung, Forschung und Lehre bewältigen. Diesbezüglich betonen einige ExpertInnen in den Gesprächen, dass die Reputation eines Klinikums vom reibungslosen und parallelen Funktionieren dieser drei Bereiche wesentlich abhängig ist. Sobald eines dieser Aufgabengebiete „schwächele“, habe dies immer auch negative Auswirkungen auf die anderen zwei Bereiche. Ein Ärztlicher Direktor hebt im Gespräch hervor, dass ein Universitätsklinikum nur dann funktionieren könne, wenn diejenigen, die in der Klinik die verschiedenen Ämter bekleideten, sowie die ProfessorInnen, die berufen würden, nicht nur in einem Bereich qualifiziert seien:

*„Die Person ist nicht geeignet für dieses Amt, wenn ein Defizit kriert wird, sie ist aber auch nicht geeignet, wenn die Forschungsproduktivität nicht hoch ist“ (ÄD, Z. 69–71).*

Leitende MedizinerInnen, die ein Institut oder eine Klinik übernehmen, erhalten sowohl einen Vertrag mit der Uniklinik als auch mit der Universität. Somit wird die zweifache Verantwortung für den ökonomischen Erfolg einerseits sowie für Forschungsproduktivität und Lehrverantwortung andererseits auch vertraglich festgeschrieben. Diese Komplexität der Anforderungen und Erwartungen macht aus Sicht vieler ExpertInnen das Besondere einer Universitätsklinik aus; andere Krankenhäuser hätten eine andere Struktur und dienten vornehmlich der PatientInnenversorgung. An der Uniklinik stehe hingegen die Forschung, die

Wissenschaft deutlich im Vordergrund. In einem Haus der Maximalversorgung müssten darüber hinaus komplexere Krankheitsbilder behandelt werden. Zusätzlich ist durch den Ausbildungsauftrag der Universitätskliniken die Unternehmenskultur eine besondere: Das ärztliche Personal besteht zu 80 Prozent aus Ärztinnen und Ärzten, die sich in der fachärztlichen Weiterbildung befinden, d. h., der Alltag ist durch eine hohe Fluktuation geprägt, da die MedizinerInnen vielfach nur für die Zeit der Ausbildung an der Universitätsklinik beschäftigt sind und im Anschluss an andere Krankenhäuser oder in andere Bereiche wechseln.

#### „Unterschiedliche Welten“ in einer Einrichtung

Zusammen mit den Ärztinnen/Ärzten und den Forschenden gibt es an Universitätskliniken viele verschiedene Personalgruppen, u. a. die Pflegekräfte als größte Beschäftigungsgruppe, die Funktionsgruppen, wie medizinisch technischer Dienst, Radiologie etc., das Verwaltungspersonal, die IT-Kräfte und die MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Logistik, wie das Reinigungspersonal, Verpflegungs- und Transportdienste. Jede von ihnen zeichnet sich durch eigene Beschäftigungssituationen und Bedarfe aus; Menschen aus „*unterschiedliche[n] Welten*“ (GBUK, Z. 157) treffen damit in der Uniklinik aufeinander, die „*miteinander arbeiten – wollen, müssen, können, dürfen*“ (GBUK, Z. 158). Sie lassen die Arbeit am Universitätsklinikum vielfältig und vielschichtig werden und stellen gleichzeitig eine besondere Herausforderung für das Personalmanagement dar. So bewertet ein Ärztlicher Direktor im Gespräch die Personalgewinnung, -bindung und -koordinierung als die größte Aufgabe in seiner Amtsausübung. Als Ärztlicher Direktor sei er „*Produktionsdirektor*“ (ÄD, Z. 532) der Uniklinik, d. h., er müsse stets im Blick halten, „*was produzieren wir, was bieten wir an als Gesundheitsleistung? Was brauchen wir dafür an Ressourcen? Räume, Personal, Geräte. Und wie bringen wir jetzt die Ressourcen und das, was wir machen, am besten in Übereinstimmung? [...] Was brauchen wir für Leute dafür? Wie können wir die Leute gewinnen?*“ (ÄD, Z. 533–540). Die Dekanin/der Dekan der Medizinischen Fakultät ist hingegen vorrangig für die Vertretung der wissenschaftlichen Perspektive und für die Exzellenz zuständig. An fast allen Standorten der Hochschulmedizin üben die Dekane ihre Funktion im Hauptamt aus, was im Vergleich zu anderen Fakultäten eine Besonderheit ist. Die Dekanin/der Dekan verwaltet die Zuführungsbeträge des Landes für Forschung und Lehre, die an die

Universitätskliniken ausgezahlt werden, und muss dabei entscheiden, wo Schwerpunkte gesetzt, Professuren eingerichtet und Forschungsbereiche vertieft oder gestrichen werden müssen. Unterstützt wird die Dekanin/der Dekan vom Fachbereichsrat und einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer. Im Gespräch mit den ExpertInnen wird deutlich, dass die Fakultät durchaus andere Interessen haben kann als das Klinikum. Das Klinikum müsse jedoch im Wettbewerb mit anderen Kliniken und Krankenhäusern bestehen, sodass im Einvernehmen zwischen Uniklinik, Fakultät und Universität stets die beste Lösung gefunden werden müsse, um Forschung, Lehre und Krankenversorgung maximal gut aufzustellen.

#### 3.2.2 Harmonie oder Dissonanz? Dreiklang von Lehre, Forschung und Krankenversorgung als Aufgabe der Hochschulmedizin

Das Spezifische bzw. Herausfordernde der Hochschulmedizin im Vergleich zu anderen Fächerdisziplinen liegt auch nach Aussage vieler befragter ExpertInnen im dual verlaufenden Qualifizierungsweg, auf dem die wissenschaftliche und die klinische Qualifizierung zeitgleich erfolgen müssen. Auf dem medizinischen Karriereweg absolvieren die Ärztinnen und Ärzte zunächst das Studium, legen ihr Examen ab, erhalten die Approbation, durchlaufen ihre fachärztliche Weiterbildung und erlangen schließlich ihre Facharztqualifikation. Erst danach bietet sich ihnen die Chance, eine Oberarzt- oder Chefarztposition zu erhalten. Die wissenschaftliche Weiterqualifizierung findet zusätzlich und „nebenbei“ statt, d. h., eine Promotion wird teilweise schon während des Studiums begonnen, sodass die Ärztinnen und Ärzte ihren Dokortitel häufig bereits tragen, wenn sie noch sehr jung sind. Wird eine Habilitation angestrebt, müssen die Ärztinnen und Ärzte die dazu notwendigen Forschungsleistungen während ihrer arbeitsintensiven fachärztlichen Weiterbildung erbringen, die im Durchschnitt sechs Jahre dauert. Zugleich sind sie durch die Krankenversorgung – im Gegensatz zu anderen Wissenschaften – permanent in die Praxis des Klinikalltags eingebunden, weshalb sie nur wenig Zeit für Forschung haben. In der Zeit der fachärztlichen Weiterbildung, in der die Arbeitsbelastung für die MedizinerInnen ohnehin sehr hoch ist, werden dieser Umstand und diese Konkurrenz um die begrenzte Ressource Zeit zu einer herausfordernden Aufgabe.

### *Gleichzeitigkeit als individuelle und strukturelle Überforderung*

Die Gleichzeitigkeit von wissenschaftlicher und klinischer Qualifizierung ist für viele ExpertInnen im Gespräch ein strukturelles Problem der Medizin, für das Lösungen gefunden werden müssten. Früher sei es häufig so gewesen, dass aufgrund fehlender Arbeitszeitgesetze AssistenzärztInnen gut 80 Stunden pro Woche für ihre Vorgesetzten in der Klinik gearbeitet hätten; und nur wer das habe „aushalten“ können, habe die Möglichkeit gehabt, Karriere zu machen. Heutzutage seien die AssistenzärztInnen nach Auffassung einiger ExpertInnen nicht mehr bereit, ihre Forschungen in diesem Maße außerhalb ihrer regulären Dienstzeit zu erledigen. Vor diesem Hintergrund stelle sich die Frage, so ein Dekan, wie es die Hochschulmedizin schaffen könne, dass klinische WissenschaftlerInnen auf ihrem Karriereweg nicht gegenüber reinen KlinikerInnen benachteiligt würden. Die fachärztliche Weiterbildung stelle für alle MedizinerInnen eine hohe Herausforderung dar; wissenschaftlich interessierte AssistenzärztInnen seien zwar bereit, mehr Zeit in die Weiterbildung zu investieren, aber nicht, ihre Facharztausbildung um drei bis fünf Jahre zu verlängern, um wissenschaftlich forschen zu können. Nach Ansicht eines Ärztlichen Direktors ist die berufliche Beanspruchung der MedizinerInnen in der fachärztlichen Weiterbildung ohnehin bereits extrem, komme dann noch die Entscheidung für eine akademische Karriere hinzu, erhöhe sich *„der Komplexitätsgrad dieser Aufgabe dramatisch, weil sie im Grunde dann sowohl zeitlich wie auch sequenziell mehrdimensional ihr Leben organisieren müssen“* (ÄD, Z. 222–224). Die MedizinerInnen müssen dann nicht nur fachliche Kompetenzen erwerben, sondern gleichzeitig ihre akademische Karriere in Form von Forschung weiterentwickeln, eine erhebliche Herausforderung.

In diesem Zusammenhang vertritt ein Experte die Auffassung, dass die *„Vereinbarkeit zwischen einer Facharztweiterbildung in geordneten Bahnen und der akademischen Laufbahn“* (ÄD, Z. 228–229) vonseiten der Hochschulen und Unikliniken bisher nicht optimal unterstützt und organisiert würde. An vielen Unikliniken seien aus diesem Grund Rotationsstellen eingerichtet worden, um für MedizinerInnen, die eine wissenschaftliche Karriere anstrebten, Zeit für Forschung zu schaffen. Diese Stellen werden in den Interviews als hilfreich bewertet, weil die NachwuchswissenschaftlerInnen für bestimmte Zeit (zumeist ein oder zwei Jahre) aus dem Klinikbetrieb freigestellt

würden, um an Forschungsvorhaben arbeiten zu können. Dabei wird jedoch kritisch angemerkt, dass die AssistenzärztInnen während dieser Freistellung bspw. keine Operationen durchführen könnten, die sie aber als Chirurgin/Chirurg für ihren Facharztkatalog brauchen. Ebenso müssten bestimmte Fertigkeiten stetig geübt werden, was im Labor nicht oder nur bedingt möglich sei. Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte betont, dass MedizinerInnen deshalb nicht nur fachliche Kompetenzen, sondern ebenso Zeitmanagement und Delegation von Aufgaben zu erlernen hätten, da die Arbeitsverdichtung in den Universitätskliniken besonders hoch sei und an vielen verschiedenen Stellen komplex agiert werden müsse:

*„Das Spezifikum der Universitätsklinik ist eine hohe Verdichtung von Arbeit, hohe Verdichtung von anderen Aufgaben, Management-Aufgaben, Wirtschaftlichkeit etc. und die Forschung und Lehre“* (GBF, Z. 187–189).

Auch zeichne sich der Klinikalltag durch eine spezifische Unplanbarkeit aus, die einer/m „den ganzen Tag killen kann“ (GBF, Z. 243). So komme es nicht selten vor, dass kurzfristig eine Krisensitzung für eine Patientin/einen Patienten einberufen werden müsse, von der die Beschäftigten erst kurz vorher erführen, oder dass ein Notfall die komplette Tagesplanung durcheinander bringe und alle Termine verschiebe. Nicht zuletzt dadurch verringert sich die verfügbare Zeit für Forschung und Wissenschaft innerhalb der regulären Arbeitszeit weiter. Diese hohe Berufsbelastung sehen viele der befragten ExpertInnen als einen der Gründe, warum es weniger Medizinerinnen gibt, die sich zusätzlich noch in der Wissenschaft engagierten und sich habilitierten, um sich im Anschluss auf eine Professur zu bewerben. Nach Auffassung einer Gleichstellungsbeauftragten gibt es zudem viele Frauen in der Hochschulmedizin, die eine Professur nicht anstrebten, weil sie in der Krankenversorgung aufgingen, im *„Drumkümmern“* (GBF, Z. 186), in der Fürsorge und Lehre. Sie erkenne bei sich selbst, dass es ihr schwerfalle, nein zu sagen, wenn jemand sie brauche; gleichzeitig komme sie dadurch aber an ihre Grenzen und müsse in der Forschung erzwungenermaßen Abstriche machen. In der Krankenversorgung sieht sie deshalb für Frauen eine *„Falle“* (GBF, Z. 192). Wenn es den Aspekt der Krankenversorgung nicht gäbe, wäre der Anteil von Frauen auf Professuren ihrer Meinung nach größer.

*„Ich glaube, dass es häufiger bei Frauen so ist, dass die sich dann selber zurückstellen und eher für die anderen*

*in der Lehre ackern und vor allen Dingen dann in der Krankenversorgung, das gibt es woanders nicht“ (GBF, Z. 204–207).*

### 3.2.3 Hierarchie und Macht als Spezifika der Fachkultur Medizin

Zusätzlich zur herausfordernden Vereinbarkeit von klinischen Aufgaben und wissenschaftlicher Qualifizierung benennen einige ExpertInnen in den Gesprächen Hierarchie und Macht als spezifische Merkmale der Fachkultur Medizin, die im klinischen Alltag stetig präsent seien und deren Umgang erlernt werden müsse. So habe es in der Medizin lange Zeit die klassische Aufgabenverteilung zwischen einer sorgenden und einer behandelnden Aufgabe gegeben, wie ein Ärztlicher Direktor im Interview erläutert. Historisch besehen sei alles, was mit Sorge und Zuwendung zu tun hatte, eine weibliche Aufgabe und alles, was mit der Intervention, der Entscheidung und der Übernahme von Verantwortung zu tun hatte, sei den Männern vorbehalten gewesen. Als Orte der Zuwendung seien Krankenhäuser lange Zeit stark von Frauen dominiert gewesen.

*„Im klassischen Krankenhaus hat die Oberin entschieden, nicht der Arzt“ (ÄD, Z. 282–283).*

Im Zuge der Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Medizin habe sich dies jedoch umgekehrt. Im gesamten letzten Jahrhundert sei die Medizin rational charakterisiert gewesen, als angewandte Naturwissenschaft, die eine entsprechende akademische Ausbildung benötige und eine klare Trennung zwischen den Fürsorgenden, den Pflegekräften, auf der einen Seite und den Handelnden, den Entscheidenden, auf der anderen herbeigeführt habe. Dies habe, so führt der befragte Ärztliche Direktor weiter aus, zu einer männlichen Entscheidungsdominanz im Krankenhaus, einer Entmachtung von Frauen und zudem zu einer „vollkommenen Überschätzung der Medizin im Hinblick auf ihre eigenen Fähigkeiten“ geführt, weil Menschen von den „Halbgöttern in Weiß“ nach wie vor beeindruckt sind, die Anfang des letzten Jahrhunderts „erstmalig nach Jahrhunderten in der Lage waren, in aussichtslosen Situationen Leben zu verlängern beziehungsweise Krankheiten zu heilen“ (ÄD, Z. 308–314).

In den Interviews wird in diesem Zusammenhang auch immer wieder hervorgehoben, dass die Medizin

ein stark hierarchisch geführtes System ist, das sehr viel autoritärer gestaltet sei als andere Disziplinen. Dies hänge damit zusammen, dass in der Behandlung von PatientInnen die Verantwortlichkeiten klar geregelt sein müssten. Die Medizin könne in diesem Zusammenhang mit anderen Hochsicherheitsbereichen, wie z.B. der Luftfahrt, verglichen werden, weil hier ebenfalls genau darauf geachtet werden müsse, was wer wie mache, da es andernfalls lebensgefährlich werden könne:

*„Ein Pilot arbeitet vorm Start eine Checkliste ab und es ist völlig klar, der Pilot hat die Verantwortung, wir gehen in die Luft oder nicht. Das ist streng hierarchisch“ (ÄD, Z. 252–254).*

Diese strenge Hierarchie in der Verantwortung, die sich auch in der Medizin zeige, wird mit der Verantwortung für das Leben von Menschen begründet, die unter Umständen ein schnelles, klares und arbeitsteiliges Eingreifen erfordere. Durch diese existentielle Arbeit am Menschen haben die Medizinerinnen und Mediziner nicht nur eine hohe Verantwortung, sondern sie üben zugleich auch eine bestimmte Macht aus. Die Gleichstellungsbeauftragte eines Uniklinikums verweist darauf, dass die Medizin etwas Existenzielles sei und bestimmte Dinge, auch Gleichstellungsfragen, dahinter zurücktreten, weil sie sich angesichts von „Sterben und Tod“ relativierten.

*„Und an manchen Stellen kann ich das auch nachvollziehen, also wenn ich gerade aus dem OP komme und hatte da eine extrem komplexe Herz-OP, also ich hab mal an so einer OP teilgenommen, um einfach mal zu gucken, wie so was abläuft, und man hat dann wirklich so ganz nah gerade die Grenze erlebt und auch die Wichtigkeit des eigenen Handelns. Dann ist es total schwierig, sich danach, glaube ich, mit Themen auseinandersetzen, wie sie in der Prio für einen erstmal nicht so hoch wirken. Also ich glaube, das gibt dann nach außen oft so ein Desinteresse. Was vielleicht nachvollziehbar ist, wenn man die Gesamtsituation kennt, aber von außen sind das Leute, die irgendwie egozentrisch nur auf sich bezogen sind“ (GBUK, Z. 61–71).*

Im Vergleich zu anderen Fakultäten sei die Medizin durch die Uniklinik gegenüber dem Rektorat der Hochschule „machtvoll-autark“ (GBUK, Z. 794) und könne sich den Gleichstellungsbestrebungen oder Kulturveränderungen widersetzen, weil einerseits

mit dem Leben bzw. dem Tod von PatientInnen argumentiert würde und andererseits damit, dass die MitarbeiterInnen in der Uniklinik funktionieren müssten, damit der Betrieb der Klinik aufrechterhalten werde und diese wirtschaftlich arbeiten könne.

*„Und wenn wir eben nicht diese funktionierenden Menschen haben, die diese Schichten einfach schieben, die können uns nicht ausfallen, weil sonst sind wir pleite und das ganze System geht morgen den Bach runter. [...] Also entweder sterben alle oder das ganze System kollabiert. Und deswegen wird dieser Druck aufrechterhalten, dieses System, komme, was wolle, zu unterstützen und es eben auch nie wirklich infrage zu stellen, weil sie dann Angst haben, dass es nicht mehr funktioniert“ (GBUK, Z. 794–803).*

Mit dem hierarchischen System und der stark ausgeprägten Machtorientierung könnten Männer, so äußern es einige ExpertInnen, in vielen Fällen besser umgehen als Frauen. Frauen müssten den Aussagen der Gleichstellungsbeauftragten zufolge den Umgang damit erst lernen oder wollten sich dieser Hierarchie und dem Machtgehabe nicht aussetzen. Sie verließen deshalb die Hochschulmedizin und ließen sich bspw. in einer eigenen Praxis nieder, wo sie sich niemandem unterordnen müssten. Eine Fakultätsvergleichungsbeauftragte berichtet, dass die Mentees zu Beginn des Mentoringprogramms der Fakultät ihre Teilnahme eher verschwiegen hätten, weil sie gegenüber ihren KollegInnen nicht den Eindruck hätten erwecken wollen, sie seien hilfebedürftig. Dies hänge mit dem hierarchischen System in der Medizin zusammen und

sei insbesondere für die weiblichen Mitglieder der Fachkultur typisch.

In den Gesprächen wird jedoch auch betont, dass sich Hierarchie und Machtausübung in den verschiedenen Fachgebieten der Medizin unterschiedlich stark zeigen. Laut einer Prodekanin sind z. B. die Chirurgie und alle operativen Fächer sehr machtorientiert, während die Innere Medizin und die Psychosomatik offener und flacher strukturiert seien, womit der höhere Frauenanteil in psychosozialen Fachgebieten der Medizin erklärt werden könnte. Die befragte Professorin vermutet, Frauen könnten das Gefühl haben, sich in diesen Fächern besser entfalten zu können, weil es mehr ihren Neigungen und ihrem Interesse entspreche. Eine Fakultätsvergleichungsbeauftragte stellt in der Befragung eher einen Zusammenhang zum kulturellen Wandel in der Medizin her, der durch die unterschiedlichen Bedingungen sowie Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster in den einzelnen Fachgebieten der Medizin unterschiedlich stark vorangeschritten sei. Sie vertritt die Auffassung, dass Frauen in der Kinderheilkunde bessere Chancen auf eine Leitungsposition hätten, weil der Habitus ein anderer sei als bspw. in den „schneidenden“ Fächern. Die „schneidenden“ Fächer seien traditionell stärker von Männern dominiert, sodass die heutigen Ärztinnen und Ärzte dort in einem sehr männlich dominierten Umfeld sozialisiert worden seien und ein Umdenken in diesen Fächern deshalb nur sehr langsam erfolge. Es liege nicht am Fach selbst, sondern vielmehr an den fachkulturellen Bedingungen und an den Menschen, die in diesen Fächern arbeiteten.

## Resümee

Innerhalb der Medizin, die sich durch ihr eigene Bedingungen, Einstellungen und Werte auszeichnet und von anderen Fächerdisziplinen abgrenzt, nimmt die Hochschulmedizin eine gesonderte Stellung ein. Sie ist durch eine enge Verzahnung mit der Praxis bestimmt, und die Akteurinnen und Akteure bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen der Erfüllung ihrer wissenschaftlichen Anforderungen und dem Nachkommen ihrer Verpflichtungen in Lehre und Forschung sowie der an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Krankenversorgung. Darüber hinaus, so wird in vielen Gesprächen mit Expertinnen und Experten deutlich, ist die Hochschulmedizin streng hierarchisch gegliedert.

Hierarchie und Macht seien zwar in unterschiedlichen Fachgebieten verschieden stark ausgeprägt, aber im klinischen Alltag stets präsent und der Umgang damit müsse – insbesondere von Frauen – erlernt werden, da nach Ansicht einiger ExpertInnen Männer diesen besser beherrschten.

Eine weitere spezifische Herausforderung der Hochschulmedizin liegt im dual verlaufenden Qualifizierungsweg; neben der klinischen Qualifizierung muss gleichzeitig die wissenschaftliche erfolgen. Gerade für Letztere bleibt, so wird in den Interviews vielfach betont, im Klinikalltag aber nur wenig Zeit und sie findet „nebenbei“ statt. Die hohe Berufsbelastung ist für viele Expertinnen und Experten eine der Hauptursachen, warum so wenige Ärztinnen in die Wissenschaft gehen und eine Professur anstreben.



Auch wird die Einschätzung geäußert, dass Medizinerinnen stärker in der Krankenversorgung engagiert seien als ihre Kollegen. Vor diesem Hintergrund sind die Befragten mehrheitlich der Meinung, dass strukturelle Lösungen gefunden

werden müssen, damit die wissenschaftliche Qualifizierung nicht zur unüberbrückbaren Belastung werde und Ärztinnen und Ärzte auch weiterhin einen wissenschaftlichen Karriereweg in der Medizin einschlägen.

### 3.3 GLEICHSTELLUNG AN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN UND UNIKLINIKEN: ZIELE, PRAXEN UND DISKURSE

Laut Hochschulgesetz NRW gehört es zu den Aufgaben der Hochschulen, den Gleichstellungsgedanken zu verwirklichen und an der Umsetzung des staatlichen Gleichstellungsauftrages mitzuwirken. In Bezug auf die Gleichstellung von Frauen und Männern im Beruf hat sich gezeigt, dass die Medizinischen Fakultäten stark zurückliegen: So sind aktuell 63 Prozent der Medizinstudierenden weiblich. Allerdings nimmt dieser hohe Frauenanteil mit steigender Hierarchiestufe rapide ab. Auf der Leitungsebene der Professuren sind mit einem Frauenanteil von 16 Prozent Medizinerinnen nur noch wenige Frauen vertreten. Trotz des hohen Studentinnenanteils sind Frauen also auf medizinischen Leitungspositionen nach wie vor stark unterrepräsentiert, sodass sie an relevanten Prozessen und richtungsweisenden Entscheidungen in der Medizin kaum beteiligt sind.

Insofern sind die Unikliniken und Medizinischen Fakultäten gefordert, ihre Arbeitsbedingungen und organisationalen Strukturen geschlechtergerechter zu gestalten. Es scheint, dass dies – nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden Frauenanteils an den Medizinstudierenden sowie einem wachsenden Fachkräftemangel in der Medizin – von der Leitungsebene erkannt und als Problem begriffen wird, auch um das Potenzial an qualifizierten Medizinerinnen nicht ungenutzt zu lassen. Im Folgenden wird dargestellt, wie die nordrhein-westfälischen Unikliniken und Medizinischen Fakultäten mit dem Gender Gap umgehen und wie die Gleichstellungsarbeit in der Hochschulmedizin in NRW strukturiert und organisiert ist.

#### 3.3.1 Gleichstellung als Chefsache? Zum Selbstverständnis der Leitungsebene

Deutschlandweit und auch in Nordrhein-Westfalen leiden die Kliniken zunehmend unter Personalmangel. Diese Situation führt nicht nur dazu, dass die Wahrnehmung des Gender Gaps in der Medizin steigt, auch

werden selbstverständlicher Gleichstellungsaspekte berücksichtigt sowie die Chancengleichheit fördernde Maßnahmen bedacht und umgesetzt. Das zumindest berichten einige der Gleichstellungsbeauftragten (sowohl aus den Fakultäten als auch aus den Unikliniken), die sich nach eigener Erfahrung und Selbsteinschätzung als relativ reibungslos in wichtige Gremien integriert und in die Prozesse zu Stellenbesetzungen eingebunden sehen. Anders als zu Beginn ihrer Tätigkeit würden sie heute vermehrt um ihre Einschätzung zu bestimmten Prozessen und Entscheidungen gebeten und erhielten einfacher Unterstützung der Führungspersonen für die Umsetzung von Ideen und Maßnahmen. Damit scheint der Fachkräftemangel in der Medizin auch eine Chance für die Gleichstellung in der Hochschulmedizin zu sein, weil es sich die Universitätskliniken nach Ansicht eines Ärztlichen Direktors mittlerweile schlichtweg nicht mehr leisten könnten, auf das Potenzial der Frauen zu verzichten – zu groß seien der enorme Leistungsdruck und die Konkurrenz um die besten Medizinerinnen und Mediziner, die eine Einstellung von ÄrztInnen vorwiegend aufgrund ihrer Qualifikation unabdingbar mache:

*„Wir haben mehr Frauen als Männer, die einen Abschluss im Medizinstudium, das Staatsexamen bekommen, wir haben auf Assistentenebene mehr Frauen als Männer, und wenn wir die besten Oberärzte und besten Chefärzte wollen, dann wäre es absolut schwachsinnig, hier nicht auch dieselben Zahlenverhältnisse herzustellen, alles andere wäre falsch“ (ÄD, Z. 450–454).*

Die ExpertInnen sind sich überwiegend einig, dass hierfür Veränderungen des Systems notwendig sind und neue Wege gegangen werden müssen. Denn die Hochschulmedizin sei, so erläutert es ein anderer Ärztlicher Direktor, ein sehr starres und traditionelles System, Gleiches gelte für die Gestaltung von Verantwortungs- und Leitungsfunktionen. Der Vorstand des Uniklinikums müsse sich daher von diesen alten

starrten Strukturen lösen und Frauen wie Männern in unterschiedlichen Lebenssituationen Arbeitsmöglichkeiten bieten, die deren Bedürfnissen entgegenkämen und gleichzeitig den Bedingungen in der Hochschulmedizin gerecht würden. Wenn es nicht gelänge, *„Rahmenbedingungen zu erzeugen, unter denen die Menschen, die gerade Arbeit suchen, auch bereit sind, zu arbeiten, dann steht mir diese Arbeitskraft nicht mehr zur Verfügung“* (ÄD, Z. 117–120). Wie jedoch die folgende Aussage eines Ärztlichen Direktors illustriert, erheben nicht alle Klinikleitungen die Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit zu ihrer obersten Priorität:

*„[...] muss ich gestehen, [dass ich ihn] nicht immer im Fokus habe, den Genderaspekt. Der spielt in meiner täglichen Arbeit, vielleicht ist es richtig, vielleicht ist es falsch, einen untergeordneten Aspekt“* (ÄD, Z. 55–58).

So war es dem Ärztlichen Direktor nach eigener Aussage gar nicht bewusst, dass die ihm direkt untergeordneten Stabsstellen und Zentralbereiche der Klinik paritätisch besetzt sind. Zugleich wird im weiteren Gesprächsverlauf deutlich, dass im Bereich der (Fach-)Klinikleitungen ein ausgesprochen asymmetrisches Geschlechterverhältnis vorherrscht – und somit also durchaus Handlungsbedarf besteht.

#### *Prodekanate für Gender, Gleichstellungskommissionen und Gleichstellungsreferentinnen*

In den Gesprächen zeigt sich, dass die Zeit für einen kulturellen Wandel an den Universitätskliniken gekommen ist und die Leitungsebene die Notwendigkeit erkannt hat, sich in diesem Zusammenhang zu positionieren, um einen Bewusstseinswandel auf allen Ebenen der Hochschulmedizin voranzutreiben. Das wird unter anderem auch daran deutlich, dass sich die Medizinischen Fakultäten und Unikliniken in NRW zunehmend bemühen, Frauen für Vorstandspositionen zu gewinnen, und Positionen im Dekanat oder in der Fakultät mit einem expliziten Genderarbeitschwerpunkt verankern. So gibt es an zwei Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen jeweils eine Prodekanin mit Genderbezug: An der Medizinischen Fakultät der Universität Münster hat eine Professorin seit 2009 das Amt der Prodekanin für Struktur, Entwicklung und Gleichstellung inne, und auch an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln wurde 2011 eine Professorin zur Prodekanin für Akademische Entwicklung und Gender ernannt. In den ExpertInnengesprächen wird wiederholt berichtet, dass an den Universitäten auf Rektoratsebene ein starker

Wille zur Förderung von Geschlechtergerechtigkeit vorhanden sei und teilweise deutliche Signale für den Einbezug von Genderaspekten gesetzt würden.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Münster gibt es neben der Fakultätsgleichstellungsbeauftragten und der Prodekanin für Gleichstellung seit zwei Jahrzehnten eine Gleichstellungskommission, die bislang landesweit einzigartig ist. Diese Kommission wurde vor zwanzig Jahren auf Initiative der damaligen Gleichstellungsbeauftragten eingerichtet. Kritisch wird in diesem Zusammenhang jedoch angemerkt, dass das Dekanat der Gründung dieser Kommission auch deshalb so problemlos zugestimmt habe, weil damit kein finanzieller Aufwand verbunden gewesen sei und die Frauen hätten „ruhig gestellt“ werden können: *„So nach dem Motto: Ach, lass die Frauen da mal ruhig sich treffen“* (GBF, Z. 97–98). Die Gleichstellungskommission ist dennoch eine gleichberechtigte Kommission der Fakultät und prüft insbesondere alle *„ausstehenden Reformprozesse an der Medizinischen Fakultät in Form und Inhalt im Hinblick auf die Auswirkungen für Frauen und Männer“*<sup>3</sup>.

An der Universität Bonn gibt es zum Befragungszeitpunkt keine dezentralen Gleichstellungsbeauftragten für die einzelnen Fakultäten. Aufgrund der Größe und der besonderen Bedingungen an der Medizinischen Fakultät widmet sich die stellvertretende zentrale Gleichstellungsbeauftragte, die gleichzeitig Klinikleiterin ist, jedoch vorwiegend den Belangen an der Fakultät. Zur Unterstützung in der Gleichstellungsarbeit hat das Dekanat eine Gleichstellungsreferentin eingestellt und sich damit in Sachen Gleichstellung positiv positioniert. Von der Gleichstellungsbeauftragten und der Gleichstellungsreferentin werden dem Dekanat regelmäßig Berichte zur Geschlechtergerechtigkeit vorgelegt; diese werden gemeinsam besprochen und daraus resultierende Handlungsmöglichkeiten diskutiert. Im Interview wird betont, dass die Entscheidung, eine Gleichstellungsreferentin für die Medizinische Fakultät einzustellen, ein wichtiger Schritt gewesen sei. Einerseits sei sie ein positives Signal dafür, dass die Medizinische Fakultät die Gleichstellungsproblematik erkannt habe und hier aktiv werden wolle, andererseits sei es auf diese Weise möglich, Statistiken zu erheben und diese regelmäßig zu analysieren.

<sup>3</sup> [http://campus.uni-muenster.de/ffk\\_ziele/](http://campus.uni-muenster.de/ffk_ziele/) [Zugriff am 27.04.2016].

Zudem werden an einigen Unikliniken in NRW die Gleichstellungsbeauftragten direkt der Vorstandsebene unterstellt und bspw. als Stabsstellen etabliert. Dies sind ebenfalls signalisierende Entscheidungen, die die Gleichstellungsverantwortung damit unmittelbar den Vorständen zuordnen. Auf diese Weise ist ein kontinuierlicher Einbezug und Austausch aller gleichstellungsrelevanten Informationen auf der Leitungsebene möglich.

### Frauenförderpläne/Gleichstellungspläne

Durch das Landesgleichstellungsgesetz sind alle öffentlichen Einrichtungen mit mindestens 20 Beschäftigten dazu verpflichtet, einen Frauenförderplan/Gleichstellungsplan für die Dauer von drei Jahren aufzustellen und fortzuschreiben (vgl. § 5a LGG NRW). Während an den Hochschulen durch die Vereinbarungen zwischen dem Wissenschaftsministerium und den Hochschulen Frauenförderpläne für die Fakultäten/Fachbereiche und zentralen Einrichtungen erstellt und verabschiedet werden, da sonst eine Malusregelung zum Tragen kommt und die finanziellen Zuschüsse des Landes an die Hochschulen gekürzt werden, scheinen die Universitätskliniken die Notwendigkeit der Festschreibung von Zielen in Frauenförderplänen bisher nicht durchgängig erkannt, zumindest aber nicht durchgängig umgesetzt zu haben. So geben viele Gleichstellungsbeauftragte der Unikliniken in den Interviews an, dass im Regelfall sie selbst die Gleichstellungspläne erstellen und fortschreiben, obwohl laut Gesetz die Dienststelle dafür verantwortlich ist. Eine Gleichstellungsbeauftragte berichtet, sie habe sehr viel Arbeit darauf verwandt, einen Gleichstellungsplan für das Universitätsklinikum zu entwerfen. Durch den Plan sei erstmalig ein Überblick über die Situation an der Uniklinik möglich gewesen, mit dem systematisch habe nachvollzogen werden können, in welchen Bereichen wie viele Frauen vorhanden seien, wie viel sie verdienten etc. Für die Gleichstellungsarbeit sei diese systematische Bestandsaufnahme sehr wichtig und hilfreich und sie habe gehofft, dass die Dienststelle dies ähnlich sehe. Der Vorstand der Uniklinik habe den Gleichstellungsplan jedoch nie offiziell veröffentlicht.

*„Wir haben einen Gleichstellungsplan geschrieben, wir haben den der Dienststelle vorgelegt, er ist aber nicht veröffentlicht worden, aus welchem Grund auch immer, das kann ich Ihnen nicht sagen. Das ist aber für mich, ich bin ganz froh, dass wir das gemacht haben, dadurch haben wir wenigstens für uns einen Überblick. [...] Ich hab gedacht, die Dienststelle wird das genau-*

*so sehen, aber naja. Also es gibt jetzt keinen Gleichstellungsplan. Also nicht offiziell und nicht öffentlich.“*  
(GBUK, Z. 400–413)

Während aus Sicht der Gleichstellungsarbeit die Bedeutung von Frauenförderplänen/Gleichstellungsplänen damit klar benannt ist, äußert ein Ärztlicher Direktor einer anderen Uniklinik in NRW im ExpertInnengespräch explizit, dass die Uniklinik aus seiner Sicht keinen eigenen Frauenförderplan benötige, da alle Ärztinnen und Ärzte auch einen Vertrag mit der Universität hätten und für sie somit der Frauenförderplan der Medizinischen Fakultät gelte. Bezogen auf die anderen Beschäftigten am Uniklinikum könne er sich nicht vorstellen, warum ein Frauenförderplan aufgestellt werden sollte, da bei der Gesamtstatistik des Klinikums insgesamt eine Frauendominanz vorzufinden sei. So betrage der Frauenanteil beim Pflegepersonal bereits 75 Prozent und auch im Bereich der Medizinisch-Technischen AssistentInnen sei er seiner Meinung nach hoch genug. Für Führungspositionen in der Verwaltung würden der kaufmännische Direktor und er gezielt Frauen ansprechen, sodass die Festlegung von konkreten gleichstellungspolitischen Zielen und Maßnahmen in einem offiziellen, veröffentlichten Gleichstellungsplan nicht erforderlich sei. Anstatt durch einen Gleichstellungsplan systematisch die Frauen- und Männeranteile zu erfassen, Ungleichgewichte aufzudecken sowie Maßnahmen und Zielsetzungen zum Ausgleich dieser Schieflagen verbindlich festzulegen, stehen für diesen Ärztlichen Direktor die langsame Sensibilisierung der Beschäftigten durch Gespräche und die Hoffnung auf eine Bewusstseinsänderung im Vordergrund:

*„Für mich ist einfach wichtig in dieser Zeit, wo ich hier im Vorstand bin, ich wollte die Kultur verändern und das habe ich zum Teil auch geschafft. Dazu muss ich das Bewusstsein in den Köpfen entsprechend verändern. Ich kann jetzt alles Mögliche vorschreiben über Dienstanweisungen, dann funktioniert das aber nicht. Um das zum Funktionieren zu kriegen, muss ich die Menschen verändern, sodass sie anders denken“*  
(ÄD, Z. 1851–1857).

### 3.3.2 Struktur der Gleichstellungsarbeit in der nordrhein-westfälischen Hochschulmedizin

Bereits in den Gender-Profilen der Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken (siehe Kap. C 2) wird sichtbar, dass es aktuell kein einheitliches

Modell für die Gleichstellungsarbeit in der Hochschulmedizin gibt. So verschieden die einzelnen Standorte in Nordrhein-Westfalen sind, so different sind auch die Gleichstellungsstrukturen – und das sowohl in Bezug auf die Medizinischen Fakultäten als auch in Bezug auf die Unikliniken. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Gleichstellungsarbeit an den Medizinischen Fakultäten von allen Gleichstellungsbeauftragten zusätzlich zu ihren regulären Aufgaben in Klinik und Wissenschaft erledigt wird. Während bei der Medizinischen Fakultät Bonn zur Entlastung eine Gleichstellungsreferentin eingestellt wurde und in Düsseldorf eine wissenschaftliche Mitarbeiterin zu 50 Prozent für alle gleichstellungspolitischen Aktivitäten verantwortlich ist, wird an anderen Standorten eine Arbeitsteilung nach Statusgruppen oder inhaltlichen Schwerpunkten praktiziert, um die Anforderungen erfüllen zu können und nicht „als Hülse“ zu fungieren, wie es eine Gleichstellungsbeauftragte formuliert:

*„Also mein Name soll schon mit Handlung verbunden werden“ (GBF, Z. 21–22).*

Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken sind dagegen für ihr Amt freigestellt – wobei auch bei ihnen der Umfang der Freistellung variiert. Hinzu kommt, dass ausschließlich die Gleichstellungsbeauftragten der Uniklinik Köln, der Uniklinik Düsseldorf und der Uniklinik Essen Stellvertreterinnen haben. Diese Stellvertretung sei, so wird betont, für das Amt jedoch keine Selbstverständlichkeit und habe teilweise sehr mühsam erkämpft werden müssen. Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken bleiben in ihrer Arbeit damit überwiegend auf sich gestellt, d.h., sie haben keine direkten Kolleginnen vor Ort, mit denen sie sich austauschen und an die sie bestimmte Arbeitsaufgaben delegieren können.

*„Was ich dringend brauche, ist eine Reflexionsfläche hier, bin ich hier auf dem Holzweg, was machen wir als Nächstes und, dass man sagt, so, es ist zäh, ja da fehlt einem dann auch ein Team. Das ist wirklich eine einsame Position. Und auch in den Runden zu sitzen, als Gleichstellungsbeauftragte, man kann dieses innere Augenrollen ja schon sehen, so nach dem Motto, was will die denn wieder“ (GBUK, Z. 281–287).*

#### **Aufgaben und Themen in der Gleichstellungsarbeit**

Sichtbar wird in den Gesprächen mit den Gleichstellungsbeauftragten auch, dass diese ihr Amt unterschiedlich gestalten und (zusätzlich zu ihren definier-

ten Aufgaben nach dem LGG) eigene Schwerpunkte setzen. Neben der Gremienarbeit konzentrieren sich einige Gleichstellungsbeauftragte bspw. besonders auf die Beratungsgespräche mit den Beschäftigten, während andere versuchen, möglichst alle Stellenbesetzungsverfahren für das nichtwissenschaftliche Personal zu begleiten. Daneben wird der Fokus auf die Entwicklung von Vereinbarkeitsmaßnahmen für Beruf und Familie gelegt. Eine Gleichstellungsbeauftragte gibt im Interview an, sich auch als politische Interessensvertreterin zu verstehen, auf den verschiedenen Ebenen der Klinik stetig ihren Bekanntheitsgrad auszubauen und sich die „Bühne“ (GBUK, Z. 261) zu nehmen, um Gleichstellungsthemen zu platzieren. Eine andere Gleichstellungsbeauftragte hat über die Jahre hinweg eine Weiterbildung absolviert und bietet nun zusätzlich ein spezielles Coaching für Frauen an.

Die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten berichten in den Gesprächen, dass sie stark in Berufungsverfahren und zentrale Kommissionen der Fakultäten eingebunden seien. Darüber hinaus initiierten sie Gleichstellungsprojekte oder -maßnahmen, die sich vorwiegend auf die Unterstützung der Vereinbarkeit einer klinischen und wissenschaftlichen Qualifizierung für Frauen konzentrieren, wie bspw. das Mentoringprogramm mQuadrat[at]RUB für promovierte Wissenschaftlerinnen, das Habilitandinnenförderprogramm in Essen oder das Netzwerktreffen für Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen in Bonn, und führten diese selbstständig durch. In Düsseldorf und Aachen gibt es zudem Ansätze der Verankerung von genderspezifischen Themen in der Lehre, durch Ringvorlesungen oder Curricula-Projekte, die von den Gleichstellungsbeauftragten angestoßen werden.

Die Beratungsfunktion scheint sowohl bei den Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken als auch bei den Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten unterschiedlich stark von den Beschäftigten in Anspruch genommen zu werden. So geben einige Gleichstellungsbeauftragte an, dass sie viele Beratungsanfragen erhielten, während andere äußern, nur selten vom wissenschaftlichen oder klinischen Personal aufgesucht und um Rat gefragt zu werden. Eine Gleichstellungsbeauftragte berichtet im Gespräch, sie habe ihren Bekanntheitsgrad in der Fakultät durch die ständige Präsenz in Fachbereichssitzungen und bspw. über Rundmails stetig ausbauen können und dadurch hätten auch die Beratungsfälle zugenommen. Eine andere Gleichstellungsbeauftragte formuliert den

Eindruck, bei Problemen der beschäftigten Frauen die letzte Ansprechperson zu sein:

*„Das ist irgendwie nicht so besonders ausgeprägt, dass man zur, also das ist meine Erfahrung, dass man zur Gleichstellungsbeauftragten geht. Wenn man ein konkretes Anliegen hat, geht man zum Personalrat, die haben ganz andere Instrumente. Ich kann ja auch immer nur mittelnd beraten, tätig sein, wenn die kommen, haben die, meine Erfahrung ist das zumindest, das antizipiere ich schon fast, man ist immer so die Letzte in der Reihe, so dann geht man auch noch mal eben zur Gleichstellungsbeauftragten. Ich habe mich jetzt in manchen Fällen schon sehr engagiert. Wenn man die Fragen nie gestellt hat, kriegt man das nicht unbedingt raus, wo waren Sie denn schon. Das frag ich jetzt früher, dann tut sich auf einmal so eine Kette auf und man hat schon alles versucht. Es ist auch keine schöne Situation“ (GBUK, Z. 177–189).*

Viele der Gleichstellungsbeauftragten betonen, dass sie sich für die Beratungsgespräche viel Zeit nähmen und versuchten, die Anfragen der Beschäftigten zeitnah zu realisieren, um dem Druck entgegenzuwirken, unter dem die Ratsuchenden stehen. Zu den Themen, die an sie herangetragen würden, zählten insbesondere Arbeitszeitregelungen, Fragen zu Elternzeit, Mutterschutz und berufliche Wiedereingliederung sowie Vertragsanliegen. Auch kämen Frauen zu ihnen, die den Wunsch hätten, mit ihnen ihre berufliche Laufbahn zu planen. Während in der Krankenpflege verschiedene Berufsmöglichkeiten sowie unterschiedliche Wege und Bedingungen durchdacht würden, bspw. ob ein Studium aufgenommen oder eine Fachweiterbildung absolviert werden könne etc., sei bei Ärztinnen der Weg klarer vorgegeben. Bei ihnen stünden eher perspektivische Fragen wie die Karriereplanung im Fokus. Nicht selten würden sich jedoch auch Frauen an die Gleichstellungsbeauftragten wenden, die Konflikte mit ihren Vorgesetzten oder ArbeitskollegInnen hätten, und nicht zuletzt seien auch sexuelle Belästigung oder Gewalt Themen im Klinikalltag.

### **Kooperationen, Vernetzungen und Abgrenzungen in der Gleichstellungsarbeit**

Es zeigt sich, dass es deutliche und grundlegende Unterschiede in Bezug auf die Rahmenbedingungen gibt, unter denen die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten und der Universitätskliniken tätig sind und die deren Arbeit beeinflussen. Auch ist die Arbeitsteilung zwischen den beiden

Gruppen relativ eindeutig durch die verschiedenen Zielgruppen geregelt: Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken sind für das nichtwissenschaftliche Personal zuständig, während sich die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten um die Belange der wissenschaftlichen Beschäftigten und ÄrztInnen kümmern. Die Auswertung der Interviews zeigt jedoch, dass sich die Gleichstellungsbeauftragten an fast allen Standorten untereinander austauschen und gegenseitig informieren (dies gilt in unterschiedlichem Maße auch für den Kontakt zu den zentralen Gleichstellungsbeauftragten der Universitäten). Wie die Gespräche zeigen, werden die Gleichstellungsbeauftragten in den Unikliniken von den Beschäftigten oftmals stärker wahrgenommen und als erste Anlaufstelle genutzt, sodass sie auch Beratungsanfragen vom ärztlichen Personal erhielten. Sie betonen in diesem Zusammenhang, dass sie die Anfragen aus dem wissenschaftlichen Bereich als Erstkontakt aufnahmen, die Ratsuchenden dann aber an die Gleichstellungsbeauftragten der Fakultät weitervermittelten, insbesondere wenn es um vertragliche Angelegenheiten ginge, da die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen rechtlich nicht vertreten dürfen.

Gerade bei übergreifenden Themen, die sowohl das wissenschaftliche als auch das nichtwissenschaftliche Personal betreffen (wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf), halten sich die Gleichstellungsbeauftragten gegenseitig auf dem aktuellen Stand. So weisen einige Gleichstellungsbeauftragte darauf hin, dass die zeitlichen Kapazitäten einen regelmäßigen Jour fixe zwar nicht zuließen, sie aber auf bedarfsorientierte Kooperation setzten und insbesondere bei der Durchsetzung von übergreifenden gleichstellungspolitischen Zielen zusammenarbeiteten.

*„Wir machen es auf dem kleinen Dienstweg nach Bedarf. Und wenn es gemeinsame Ziele zu vertreten gibt, dann sind wir das Duo infernale“ (GBUK, Z. 307–310).*

Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken sind zudem über die Landeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten der Hochschulen und Universitätsklinika des Landes NRW (LaKof NRW) miteinander vernetzt und im regelmäßigen Austausch. Alle sechs Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken in NRW heben diese Vernetzung als zentrale Stütze für ihre Amtsausübung hervor. Wie bereits erwähnt, gibt es für die Gleichstellungsbeauftragten an Uni-

kliniken nur vereinzelt Stellvertreterinnen, sodass sie sich in ihrem Aufgabenbereich sowie ihrem Handeln und Wirken vor Ort in einer relativ einsamen Position befinden. Über die LaKof NRW haben sich die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken zusammengeschlossen, um Austausch, Unterstützung und Reflexion der eigenen Arbeit zumindest über den eigenen Standort hinaus erhalten zu können. Denn die Probleme, die sie beschäftigen, unterscheiden sich in der Regel von denen, mit denen die Gleichstellungsbeauftragten für das wissenschaftliche Personal zu tun haben.

*„Also wir sechs, wir sind ja sechs Gleichstellungsbeauftragte, wir haben ganz engen Kontakt. Also wenn ich irgendein Problem habe, wenn ich irgendwas habe, mit wem soll ich denn hier reden, ich hab hier keine Kollegin, die im Nebenbüro sitzt. [...] Die Vernetzung ist für mich sehr wichtig. Ich bin von den sechs diejenige, die am kürzesten, glaub ich, im Job ist, alle anderen sind schon viel länger Gleichstellungsbeauftragte. Und ich hab meine Kolleginnen sehr gebraucht am Anfang und die standen mir wirklich mit Rat und Tat zur Seite und wir haben uns beraten, ausgesprochen“ (GBUK, Z. 437–450).*

Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken treffen sich regelmäßig, mindestens zwei Mal im Jahr, um sich auszutauschen und gegenseitig zu beraten. Zudem haben sie innerhalb der LaKof eine eigene Kommission gegründet, um gemeinsam politisch aufzutreten und Stellungnahmen, Forderungen o. ä. für die spezifische Amtsausführung an den Unikliniken zu erarbeiten. Das Amt der Sprecherin dieser Kommission rotiert jährlich unter den sechs Gleichstellungsbeauftragten. Über die Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten (BuKoF) gibt es darüber hinaus eine Arbeitsgruppe „Gleichstellungsarbeit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika“, in der neben den Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken in NRW auch einige Fakultätsvergleichstellungsbeauftragte vertreten sind. Eine Vernetzung der dezentralen Gleichstellungsbeauftragten in den Medizinischen Fakultäten gibt es auf Landes- und Bundesebene jedoch nicht.

Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken sind im Gegensatz zu den Fakultätsvergleichstellungsbeauftragten bestellt und nicht gewählt. Sie haben dadurch einen anderen Status, eine Freistellung für ihre Arbeit, sind unbefristet als Gleichstellungsbeauftragte ange-

stellt und üben das Amt häufig bereits seit vielen Jahren aus, sodass sie Kontinuität und Routine in ihrer Arbeit vorweisen können. Die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten werden dagegen alle zwei Jahre neu gewählt. Ihr Amt ist dadurch von einem steten Wechsel geprägt und die Arbeit wird zudem nicht selten auf mehrere Personen aufgeteilt, weil es bislang keine Freistellungen für das Amt der dezentralen Gleichstellungsbeauftragten gibt. An den Universitäten werden im Regelfall Treffen aller dezentralen Gleichstellungsbeauftragten durch die zentrale Gleichstellungsbeauftragte organisiert, was von den Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten in den Interviews mehrheitlich als wertvoll für ihre Arbeit angesehen wird. Insbesondere sehen sie den Erfahrungsaustausch der Gleichstellungsbeauftragten über die verschiedenen Fakultäten hinweg als Form kollegialer Beratung an. Dennoch sei dort nur ein Austausch zu übergreifenden, hochschulweiten Themen möglich und die Hilfestellung sowie der Austausch über bewährte oder nicht bewährte Strategien und Maßnahmen für das spezifische Feld der Hochschulmedizin fehlten.

In den Gesprächen mit den Gleichstellungsbeauftragten wird zudem deutlich, dass sich die Zusammenarbeit der Gleichstellungsbeauftragten mit den Personalräten sehr unterschiedlich gestaltet. Während einerseits eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Personalrat betont wird, kommen andererseits auch vielfältige Spannungen und wiederkehrende Diskussionen in den Interviews zur Sprache. Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken werden vom Vorstand für ihr Amt bestellt. Diese Bestellung scheint, so legen es die Aussagen nahe, bei manchen Personalräten zu der Auffassung zu führen, die Gleichstellungsbeauftragten seien keine Interessenvertreterin für die Beschäftigten, sondern agierten im Sinne des Vorstands.

*„Wenn man so eine schwarzweiße Brille auf hätte, sind wir Vorstand, damit sind wir Feind. Ich gehöre also in die Kategorie Feind“ (GBUK, Z. 215–217).*

Einige Gleichstellungsbeauftragte berichten, sie müssten bei Stellenbesetzungsverfahren mit den PersonalratsvertreterInnen diskutieren und letztlich auf das Gesetz verweisen, um die vorrangige Berücksichtigung von Frauen bei gleicher Qualifikation nach LGG NRW durchsetzen zu können.

### 3.3.3 Leitungspositionen, Gremien und Geschlechter(un)gerechtigkeit

Die Leitungspositionen und die verschiedenen Gremien in den Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten sind an allen nordrhein-westfälischen Standorten der Hochschulmedizin sehr männerdominiert. Viele der Expertinnen und Experten bewerten die gesetzliche Vorgabe, die Gremien zu mindestens 40 Prozent mit Frauen zu besetzen, in den Gesprächen als hilfreich, weil Kommissionen andernfalls nicht selten ohne Frauen besetzt würden. Faktisch gebe es aktuell jedoch zu wenige Frauen in der Medizin (insbesondere auf Professuren), um die Quote erfüllen zu können. Es dürfe nicht sein, dass die wenigen Frauen nun in allen Kommissionen und Gremien vertreten sein müssten, nur damit die Quote erfüllt werden könne, während sie gleichzeitig keine Zeit mehr für ihre eigentlichen Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung hätten. Ein Dekan betont in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, einen Mittelweg zu finden, um die einzelnen Frauen nicht zu sehr zu belasten und gleichzeitig den Frauenanteil in den Kommissionen zu erhöhen. Diese Einschätzungen spiegeln sich auch in den Befunden, die die Hochschulen bezüglich der Umsetzung der Gleichstellungsquoten in Gremien zurückgemeldet haben, die in Kapitel B 2 des Gender-Reports bereits ausführlich dargestellt wurden.

Da es nach Aussage einiger ExpertInnen wichtige und weniger wichtige Kommissionen und Gremien in der Hochschulmedizin gebe, wird an der Medizinischen Fakultät Essen z. B. versucht, in den zentralen Kommissionen der Fakultät, wie bspw. der Forschungskommission, der Strukturkommission, im Dekanat oder im Fakultätsrat, Frauen gezielt als Mitglieder zu gewinnen. Gleichzeitig werde darauf geachtet, dass diese Frauen nicht mit Aufgaben überhäuft und langsam für die verschiedenen Kommissionen und Ämter aufgebaut würden. In Bochum gibt es Bemühungen, die Frauenanteile in den Gremien in Anlehnung an das Kaskadenmodell umzusetzen. Trotzdem sei die Erhöhung der Frauenanteile in den Kommissionen, Gremien und Leitungspositionen ein langwieriger Prozess, der auch durch informelle Absprachen und zu wenige Stimmen für Frauen bei der Wahl verhindert werde. Eine Gleichstellungsbeauftragte berichtet, dass es bei den Kommissionen, bei denen wichtige Entscheidungen getroffen würden, wie in der Struktur- und Entwicklungskommission, zu einem „Hauen

und Stechen“ (GBF, Z. 109) komme, vor allem unter den Männern. Hier müsse sie besonders auf eine paritätische Besetzung hinwirken, damit Frauen als Mitglieder gewählt würden.

Die Arbeit in der Gleichstellungskommission schein für viele dagegen weniger attraktiv, sodass in den letzten Jahren fast immer dieselben Personen in die Kommission gewählt worden seien. Die Expertinnen und Experten äußern sich in den Gesprächen optimistisch, dass eine Erhöhung des Frauenanteils an Professuren in der Medizin auch zu einer Erhöhung der Frauenanteile in den Gremien führe und Medizinerinnen damit an wichtigen Entscheidungen beteiligt würden. Hierdurch würde sich aus ihrer Sicht auch das Klima in den Gremien insgesamt verändern. Gesetzliche Regelungen und politische Vorgaben von außen trügen dazu bei, dass sich in den Gremien niemand offen gegen Gleichstellung positionierte, auf der Hinterbühne gebe es jedoch nach wie vor Absprachen und informelle Seilschaften, sodass der Bewusstseinswandel nur langsam voranschreite. Nach Ansicht einer Gleichstellungsbeauftragten täte es Frauen persönlich nicht gut, wenn sie ausschließlich aufgrund ihres Geschlechts und nicht aufgrund ihrer Kompetenz in einem Gremium vertreten seien:

*„Und es kommt dann auch schon so ein bisschen dann die Idee, dass man auf irgendwas berufen wird, weil man Frau ist. Also berufen ist das falsche Wort, aber wird irgendwohin platziert, weil man Frau ist. Das tut einem ja auch nicht gut. Ich glaube, da kann man nur über Bewusstsein eine Änderung machen“ (GBF, Z. 134–137).*

Eine befragte Professorin berichtet, bei negativen, benachteiligenden Äußerungen gegenüber Frauen in Kommissionen oder Gremien diese an die Kommissionsmitglieder zurückzuspiegeln und ausdiskutieren. Sie wolle damit niemandem etwas vorwerfen, sondern diese Äußerungen vielmehr ins Bewusstsein holen. Denn häufig seien dies „unreflektierte Annahmen, die dann bei den sehr mächtigen Personen in einer Fakultät am Werke sind und die verfügen einfach über die Mittel, ihre Prioritäten und Präferenzen durchzusetzen. Und wenn man das nicht explizit macht, hat man keine Chance“ (ProD, Z. 171–175).

Einige Gleichstellungsbeauftragte formulieren in den Interviews die Forderung nach gesetzlichen Vorgaben zur Besetzung von Dekanaten, die in den

nächsten Jahren erfolgen sollten, weil sich hier nur wenig in Richtung eines Einbezugs von Frauen in Leitungspositionen tue und der Frauenanteil auf dieser entscheidenden Hochschulebene besonders gering sei. Dort, wo gesetzliche Regelungen in Kraft träten, „verursachen sie unglaublichen Unmut, aber sie werden größtenteils dann umgesetzt“ (GBZ, Z. 245). In Bezug auf die Zusammensetzung des Aufsichtsrates an den Unikliniken wurde durch das Wissenschaftsministerium in NRW die gesetzliche Vorgabe gemacht, die externen Mitgliedsposten geschlechterparitätisch zu besetzen (vgl. § 4 Art. 3 HMG NRW). Deren Umsetzung sei zunächst ebenfalls als große Herausforderung kritisiert worden, doch sei sie durch die Bestellung der Mitglieder durch das Ministerium mittlerweile an allen Unikliniken ohne größere Probleme erreicht worden. Die gesetzliche Vorgabe, eine Funktion im Dekanat mit einer Frau zu besetzen, wird deshalb vor allem von den Gleichstellungsbeauftragten als hilfreich bewertet, um einen Bewusstseinswandel in der Medizinischen Fakultät anzustoßen. Hierdurch müsse die Fakultät legitimieren und dokumentieren, warum sie keine Frau bspw. im Amt der Prodekanin habe, und es könnten Kommunikationsprozesse initiiert werden.

#### *Gleichstellung als Thema in den Gremien*

Durch das Hochschulmedizingesetz ist festgelegt worden, dass die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken als beratende Mitglieder in den Aufsichtsrat einbezogen werden müssen (vgl. § 31a Art. 1 HMG). Die Gleichstellungsbeauftragten aus den Universitätskliniken berichten mehrheitlich, sie hätten sich gegenseitig Mut gemacht, diese Position als beratendes Mitglied im Aufsichtsrat einzufordern. Dies sei zu Beginn eine große Herausforderung gewesen, die aber mittlerweile bei allen geglückt und insgesamt sehr wichtig für die Durchsetzung von Gleichstellungsbestrebungen sei. Durch die gesetzliche Vorgabe könne sie, so eine Gleichstellungsbeauftragte, für die Umsetzung ihrer Gleichstellungsbestrebungen im Aufsichtsrat kämpfen, wodurch die Gleichstellungsarbeit ein „*Eigenleben jetzt entwickelt hat*“ (GBUK, Z. 685).

*„Also wenn ich Schweißperlen auf der Stirn habe, dann im Aufsichtsrat. Wenn ich richtig gefordert bin, dann im Aufsichtsrat, wenn ich richtig für Frauen kämpfe, dann in den Findungskommissionen zu den Vorständen. [...] Und wenn ich, gerade, wo wir jetzt*

*in der Findungskommission kaufmännische Direktion härteste Kämpfe um Ausschreibungstexte, härteste Kämpfe mit Personalberatern haben, eins zu eins kommunizieren, sprachliche Gleichbehandlung durchzusetzen, da kommen Sie richtig, also wenn ich weiß, wofür ich gut bin, dann gucke ich mir meine Arbeit im Aufsichtsrat an“* (GBUK, Z. 689–702).

Bis auf eine Ausnahme konnten zudem alle Gleichstellungsbeauftragten durchsetzen, mit beratender Funktion auch an Vorstandssitzungen teilnehmen zu dürfen. Diese Teilnahme ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, daher ist eine regelmäßige Einladung, der damit verbundene Erhalt aller Informationen und der Einbezug in die Vorstandssitzungen keine Selbstverständlichkeit. Aus Sicht vieler Gleichstellungsbeauftragten besitzt die Teilnahme an den Vorstandssitzungen für die Gleichstellungsarbeit jedoch eine besondere Relevanz, weil sich der Vorstand regelmäßig (und auch deutlich häufiger als der Aufsichtsrat) trifft, da in den Sitzungen das operative Geschäft verhandelt wird und zentrale Entscheidungen getroffen werden. Kritisch merkt eine Gleichstellungsbeauftragte an, dass der Aufsichtsrat den Vorstand beurteile und sie durch ihre Teilnahme an den Vorstandssitzungen im Aufsichtsrat nicht so frei agieren könne, weil sie zu bestimmten Aspekten die Vorgeschichte aus dem Vorstand bereits kenne.

Die Gleichstellungsbeauftragten der Unikliniken und der Medizinischen Fakultäten sowie die Prodekaninnen für Gleichstellung oder Gender heben in den Gesprächen jedoch mehrheitlich hervor, dass sich der Frauenanteil in den Gremien und Kommissionen zwar zunehmend erhöhe, sie durch ihr Amt allerdings nur eine „*Duftmarke*“ (GBUK, Z. 789) in Bezug auf die Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten setzen könnten. Diese müsse immer wieder erneuert werden, d.h., nach wie vor würden gleichstellungsrelevante Fragestellungen und Perspektiven vorrangig durch die Gleichstellungsakteurinnen als Themen in die Gremien getragen. Viele Expertinnen betonen in den Gesprächen, dass sie zwar aktiv Gleichstellungsthemen in den Gremien platzieren und bei der Berücksichtigung von Frauen für bestimmte Positionen auch Grundsatzdiskussionen führen müssten, dennoch fänden in den Gremien und Kommissionen keine offensichtlichen Benachteiligungen oder sogar Diskriminierungen von Frauen statt.



### 3.3.4 Berufungsverfahren für eine medizinische Professur

Die Berufungsverfahren für eine medizinische Professur unterscheiden sich von Berufungsverfahren in anderen fachlichen Disziplinen durch das spezifische Zusammenspiel von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum sowie durch die Berücksichtigung von klinischer und wissenschaftlicher Reputation. Da eine Professur eine wissenschaftliche Position ist, hat die Medizinische Fakultät in den Verfahren den größeren Einfluss, trotzdem wird die klinische Perspektive durch die beratende Funktion des Ärztlichen Direktors sowie durch Kommissionsmitglieder einbezogen, die im Klinikum auf zentralen Positionen beschäftigt sind. Für die Berufungsverfahren gibt es vorgegebene Rahmenbedingungen und Standards durch die Universitäten, die insbesondere die Qualifikation in Lehre und Forschung berücksichtigen. Nach Aussage vieler befragter Dekane und Ärztlicher Direktoren ist die klinische Kompetenz bzw. die Qualität der Krankenversorgung schwieriger zu objektivieren und in den Berufungsverfahren zu überprüfen, in den meisten Fällen käme es jedoch zu einer gut durchmischten Berücksichtigung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Die Mitglieder der Berufungskommissionen seien „*schlau*“ genug, keine Direktorin oder keinen Direktor für die Chirurgie mit „*zwei linken Händen*“ (ÄD, Z. 664–665) zu berufen. Die klinische Erfahrung, die klinischen Fähigkeiten und auch klinische Arbeitsschwerpunkte würden in den Berufungsverfahren berücksichtigt und es werde darauf geachtet, dass diese mit den wissenschaftlichen Kompetenzen harmonierten. Letztlich könnten die Unikliniken Einspruch erheben, wenn sie die Auffassung verträten, die Kandidatin oder der Kandidat sei klinisch nicht für die Position geeignet, doch hätten sie diese „*Karte bisher kaum ziehen*“ (ÄD, Z. 670) müssen; in den meisten Fällen sei ein relativ gut abgestimmter Kompromiss zwischen Klinik und Fakultät gefunden worden.

An den meisten Standorten der Hochschulmedizin in NRW nehmen die Ärztlichen Direktoren als ständige Gäste an den Sitzungen der Berufungskommissionen teil, ihnen werden alle notwendigen Informationen mitgeteilt und sie werden um ihre Einschätzung gebeten, ob die Kandidatin/der Kandidat aus klinischer Sicht die notwendigen Kompetenzen für die ausgeschriebene Professur mitbringt. Lediglich die befragten ExpertInnen aus Münster geben an, dass die Berufsordnung der Universität vor einigen Jahren geändert

worden sei und die Berufungsverfahren seitdem sehr „*universitätsdominant*“ (ÄD, Z. 815) durchgeführt würden. Dadurch stehe die wissenschaftliche Exzellenz der KandidatInnen in den Berufungsverfahren deutlich im Vordergrund und es werde in den Verfahren erst sehr spät ein Einvernehmen mit dem Universitätsklinikum hergestellt. Der Vorstand der Uniklinik habe zur Prüfung der Eignung der Kandidatinnen und Kandidaten eine Art Assessment-Center entwickelt, an dem alle gelisteten BewerberInnen teilnehmen müssten. Diese späte Einbindung der klinischen Sichtweise in den Verfahrensprozess wird kritisch beurteilt, weil letztlich der Vorstand der Uniklinik mit den KandidatInnen über die Ressourcen und die Ausstattung verhandeln und die Klinik mit den ausgewählten ProfessorInnen später steuern müsse, daher sollte ein frühzeitiger, gemeinsamer Abstimmungsprozess über die KandidatInnen stattfinden.

*„Was nützt das, wenn ich einen tollen Chirurgen habe, der im Nasslabor immer schön geforscht hat, aber keinen Patienten operieren kann. Das geht nicht“ (ÄD, Z. 893–895).*

Die Berufungsverfahren stellen sich als Spannungsfeld zwischen Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum dar, dennoch belaste dies in anderen Kontexten nicht die Zusammenarbeit.

#### *Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten im Berufungsprozess*

An den Berufungsverfahren nehmen die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten in beratender Funktion mit Vetorecht teil. Auch der Gleichstellungsbeauftragten der Uniklinik Düsseldorf wurde seitens der Fakultät die Möglichkeit eingeräumt, die Verfahren zu begleiten. Von dieser Möglichkeit habe sie zu Beginn ihrer Amtszeit nach eigener Aussage auch Gebrauch gemacht und als Gast an den Verfahren teilgenommen, da sie jedoch für das nicht-wissenschaftliche Personal zuständig sei und Berufungsverfahren für ihre tägliche Arbeit daher weniger Relevanz besäßen, habe sie die Teilnahme schließlich wieder aufgegeben. Die Fakultätsgleichstellungsbeauftragten begleiten dagegen sämtliche Berufungsverfahren in der Medizinischen Fakultät und haben in diesem Zusammenhang viel Erfahrung gesammelt. Aufgrund der gut ausgearbeiteten Berufsordnungen und -leitfäden der Hochschulen sehen viele von ihnen Gleichstellungsaspekte zunehmend selbstverständlicher in den Verfahren berücksichtigt. Sie

müssten weniger eingreifen oder auf etwas hinweisen, vielmehr reiche ihre Präsenz in den Verfahren oftmals aus, damit Gleichstellungsvorgaben eigenständig berücksichtigt würden:

*„Ich gehöre aber auch zu denjenigen, ich sag in den Sitzungen wenig, ich muss ja nur gucken, ob das Verfahren sauber läuft, und wenn ich denke, da gibt's für mich nichts zu tun, sage ich auch nichts. Das führt dann manchmal dazu, das finde ich immer sehr gut und das passiert oft, gerade in den Kommissionen, wo viele Männer sitzen und gar nicht so viele Frauen, dass die Männer sich dann aufplustern und sagen, ja Frau [Name der Gleichstellungsbeauftragten], also jetzt erkläre ich Ihnen mal, wie Sie Ihren Job zu machen haben. Also eigentlich müssten Sie doch jetzt sagen, dass wir die und die Frauen berufen müssen und dass wir die einladen müssen, oder? Und dann sag ich immer, ja genau. So, und dann wird die auch eingeladen. D. h., ich muss in manchen Kommissionen gar nicht so viel tun, sondern muss einfach nur dasitzen und Pokerface ziehen und einfach da sein“ (GBF, Z. 146–155).*

Dennoch wird die Medizin vielfach nach wie vor als „eine Kultur der Auswahl“ (ProD, Z. 410) empfunden; so äußern einige Expertinnen den Eindruck, Bewerberinnen auf Professuren hätten es deutlich schwerer als Männer, zum Erfolg zu kommen. Es sei noch keine Selbstverständlichkeit, dass Frauen bei gleicher Qualifikation bevorzugt würden. Als Gründe hierfür werden unbewusste Mechanismen und Projektionen benannt, die vor allem bei männlichen Kommissionsmitgliedern greifen würden, wenn diese Mitglieder Bewerberinnen die Professur nicht zutrauten und Frauen unreflektiert nicht mit Männern auf einer Augenhöhe akzeptierten. Noch immer seien stereotype Denkweisen vorhanden – und dies häufig bei Personen, „die dann die Fäden in der Hand halten“ (ProD, Z. 429–430). Auch seien bestimmte Fachgebiete in der Medizin sehr klein; hier ließe es sich nicht vermeiden, dass sich die Kommissionsmitglieder und BewerberInnen untereinander kennen würden. Trotz Befangenheitskriterien komme es daher gerade in kleineren Fachbereichen zu Absprachen und Kontakten von Kommissionsmitgliedern mit KandidatInnen. Zudem wird, besonders von Gleichstellungsbeauftragten, die nicht selten vage Formulierung der Ausschreibungskriterien kritisch hervorgehoben, wodurch bei der Listenplatzierung z. B. das internationale Renommee weniger ausschlaggebend als die fachliche Passgenauigkeit der Bewerberin/des Bewerbers für die Uniklinik bzw. die Medizinische

Fakultät sei. In den Gesprächen beschreiben einige Gleichstellungsbeauftragte ihre Versuche, die Ausschreibungskriterien durch die Kommissionmitglieder näher definieren zu lassen. Dennoch bleibe häufig ein gewisser „Spielraum“ (GBF, Z. 181) in der Auslegung erhalten, sodass die Kriterien im Nachhinein angepasst werden könnten.

Um in den Berufungsverfahren ein anderes kulturelles Klima herzustellen und Frauen stärker am Berufungsgeschehen zu beteiligen, ist es insbesondere aus Sicht der Gleichstellungsbeauftragten wichtig, dass mehr Frauen als Mitglieder in die Kommissionen gewählt werden. Von einigen wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung des novellierten Hochschulgesetzes mit der geschlechterparitätischen Gremienbesetzung betont, da sich gerade bei hochkarätigen Professuren die Männer untereinander darum „kabbeln“ (GBF, Z. 432) würden, wer Plätze in den Kommissionen erhalte. Mit dem neuen Hochschulgesetz kämen Frauen, die an Berufungsverfahren teilnehmen und bei einer zentralen klinischen Professur mitentscheiden wollten, auf jeden Fall zum Zug. Eine Prodekanin würde als weiteren Schritt darüber hinaus gerne erreichen, dass Frauen zu einem bestimmten Anteil die Berufungskommissionen leiteten. Bei den wenigen Professorinnen in der Medizin sei es aktuell jedoch noch eine große Herausforderung, sowohl einen weiblichen Kommissionsvorsitz als auch eine geschlechterparitätische Besetzung der Kommission herzustellen, sodass momentan vorrangig versucht werde, die eher machtvollen Kommissionen zu gleichen Teilen mit Frauen und Männern zu besetzen.

Anhand von Statistiken zu den Berufungsverfahren an der Medizinischen Fakultät vertritt ein Dekan im Gespräch die Meinung, dass Frauen in den Berufungsverfahren nicht benachteiligt würden. Entgegen den Erfahrungen der Expertinnen, die für Medizinerinnen nach wie vor vielfältige Benachteiligungen und geringere Erfolgchancen bei Berufungen sehen, habe es in all den Jahren seiner Aussage zufolge nur zwei Verfahren gegeben, „wo die Frauenfrage strittig war“ (D, Z. 215). Die Zahlen zeigten, dass sich in 22 Verfahren überhaupt keine Frau auf die jeweils ausgeschriebene Professur beworben hätte, wodurch sie als Medizinische Fakultät seiner Meinung nach gar nicht die Möglichkeit gehabt hätten, eine Frau zu berufen. Vor diesem Hintergrund sehen viele der Gleichstellungsbeauftragten, aber auch der befragten Dekane eine proaktive Rekrutierungsstrategie als wichtige und zentrale

Maßnahme, um mehr Bewerbungen von Frauen zu erhalten und auch tatsächlich Professorinnen berufen zu können. Eine Gleichstellungsbeauftragte berichtet im Interview allerdings auch von der Einstellung vieler Kommissionsmitglieder, dass Frauen, die habilitiert und bereits mindestens klinische Oberärztin geworden seien, selbstbewusst genug sein müssten, um sich bei einer Ausschreibung zu bewerben, die auf ihr Fach zutrefte. Täten sie dies nicht, seien sie aus der Sicht dieser Kommissionsmitglieder für eine Professur nicht geeignet. Dass für Frauen Ermutigung und Spiegelung durch Dritte aber eine besondere Relevanz besitzen, wurde bereits im Gender-Report 2013 ausführlich dargestellt (Kortendiek et al. 2013: 257ff.). Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte hat zur aktiven Rekrutierung ein Schreiben entwickelt, das in den Berufungsverfahren über die Fakultät an geeignete Frauen verschickt werde und bisher sehr positive Resonanz erfahren habe:

*„Und dann hab ich ein Schreiben entworfen, und da waren sie dann alle begeistert, selbst unser Dekan: Ja, das nehmen wir jetzt immer und so, da hab ich dann drin formuliert, also dass wir nochmal nachfragen möchten, die Professur ist ausgeschrieben und wir haben Sie identifiziert als eben jemanden, der die Voraussetzungen der Ausschreibung erfüllt, und da es sich um ein Fach handelt oder dass unsere Fakultät eben bestrebt ist, weil der Frauenanteil so niedrig ist, das zu erhöhen, und in diesem Zusammenhang wären wir eben auf Sie aufmerksam geworden und wollten mal fragen, ob Sie Interesse an einer Bewerbung hätte, also jedenfalls, ich hab's noch schöner formuliert, dass klar wurde, es ist jetzt nicht so, dass wir Sie so rausgesucht haben nach dem Motto: Sie kommen auf die Liste, wir denken, Sie sind die Richtige. Aber auch nicht so plump da drinsteht, also wir brauchen einfach auf dem Papier drei Frauen, also wollen Sie denn mal?“ (GBF, Z. 389–403)*

Nach Auffassung vieler Dekane in den Gesprächen ist die Konkurrenz um die wenigen hochqualifizierten Medizinerinnen/Wissenschaftlerinnen in der Medizin groß: *„Wenn Sie eine ganz bestimmte Frau für die Stelle vor Augen haben, die Sie gerne für die Uniklinik gewinnen möchten, dann können Sie dies nicht dem Zufall überlassen“* (D, Z. 579–583), sondern müssten strategisch agieren. Denn nicht selten passiere es, dass Wissenschaftlerinnen, die einen Ruf erhielten, diesen nicht annähmen, weil sie von einem anderen Uniklinikum ein besseres Angebot bzw. von ihrer bisherigen Arbeit-

geberin/ihrer bisherigen Arbeitgeber ein Bleibeangebot erhielten oder es ihnen bspw. aus familiären Gründen nicht möglich sei, umzuziehen.

Die Gleichstellungsreferentin der Medizinischen Fakultät Bonn dokumentiert und analysiert zusammen mit der Gleichstellungsbeauftragten sehr systematisch die durchgeführten Berufungsverfahren. Hierbei hätten sie festgestellt, dass die Bewerbungszahlen von Frauen ausgehend von der Habilitationsquote zwar sehr gut seien und es in den letzten zwei Jahren einen deutlichen Anstieg von Frauen bis zur ersten Listenplatzierung gegeben habe, dies habe aber nicht zwangsläufig zu einer Rufannahme geführt. Mit zugesicherter Unterstützung des Dekans planten sie nun, die Rufnahmen und -absagen an der Medizinischen Fakultät Bonn zu erforschen und sich von Bewerberinnen und Bewerbern die Gründe für eine Rufannahme oder -absage mitteilen zu lassen. Anschließend sollten gemeinsam mit dem Dekanat Konsequenzen aus den Ergebnissen gezogen und Handlungsvorschläge zur Gewinnung von Frauen für Professuren erarbeitet werden. Eine solche Konsequenz kann in Double-Career-Angeboten gesehen werden. So berichten sowohl ein Dekan als auch ein Ärztlicher Direktor einer Uniklinik von zwei Professorinnen, die sie berufen und bei denen sie auch für deren Partner adäquate berufliche Positionen möglich gemacht hätten. Das sei nach Aussage der Professorinnen ein entscheidendes Kriterium für die Rufannahme gewesen.

### 3.3.5 Relevant oder irrelevant? Indikator Gleichstellung in der LOM der Medizinischen Fakultät

Seit 1999 wird ein Teil der Zuschüsse für Forschung und Lehre vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW leistungsbezogen an die sieben Medizinischen Fakultäten in NRW vergeben<sup>4</sup>. 20 Prozent der Haushaltsmittel werden seitdem nach leistungsorientierten Kriterien zugewiesen.

*„Das eingeführte System soll zu leistungsorientierten Verteilungsmechanismen führen, deren Ergebnisse im Zeitablauf durch die Medizinischen Fachbereiche selbst*

<sup>4</sup> Laut Website des Wissenschaftsministeriums sind dies für die sieben Medizinischen Fakultäten Mittel im Wert von insgesamt etwa 130 Millionen Euro (siehe [www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/hochschulmedizin/leistungsorientierte-mittel-lom-in-der-medicin/?L=tit](http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/hochschulmedizin/leistungsorientierte-mittel-lom-in-der-medicin/?L=tit)) [Zugriff am 03.05.2016].

*beeinflussbar sind. Die verwendeten Leistungsindikatoren honorieren bestimmte Leistungen und haben damit Anreizfunktion“ (MIWF)<sup>5</sup>.*

Die Parameter, nach denen die Leistung bemessen wird, sind Forschungsleistungen in Form von Drittmitteln und Publikationen, Lehrleistungen in Form des Studienerfolgs und der Ergebnisse von schriftlichen Abschlussprüfungen sowie seit 2002 die Fortschritte bei der Umsetzung des Landesgleichstellungsgesetzes. Die Indikatoren gehen nicht gleichgewichtig in die Berechnung ein. Von den Mitteln werden 5 Prozent nach den Fortschritten des Gleichstellungsauftrages vergeben. Zur Berechnung des Parameters wird der Durchschnitt der Stellen ermittelt, die in den vergangenen drei Jahren mit Frauen besetzt waren, und gewichtet. Professuren, die mit Frauen besetzt waren, werden fünffach gezählt.

In den ExpertInnengesprächen wurden die Fakultätsvergleichsbeauftragten und die Dekane/Prodekaninnen der Medizinischen Fakultäten um eine Einschätzung zur medizinspezifischen leistungsorientierten Mittelvergabe durch das Wissenschaftsministerium gebeten – insbesondere in Bezug auf die Relevanz des Gleichstellungsindikators für die Fakultät. Dabei zeigt sich, dass einigen Gleichstellungsbeauftragten und Dekanen der Gleichstellungsparameter in der LOM völlig unbekannt ist. Alle befragten ExpertInnen schätzen den Fünf-Prozent-Vorabzug für Gleichstellungserfolge zudem als sehr gering ein. In der Summe habe er für eine Medizinische Fakultät keine große Relevanz, sondern sei eher ein *„angenehmer Nebeneffekt“* (D, Z. 798). Insbesondere die Dekane, Prodekaninnen und Gleichstellungsbeauftragten der großen Medizinischen Fakultäten, wie Bonn, Aachen, Düsseldorf und Köln, bewerten die finanziellen Zuschüsse durch die LOM nicht als tatsächlichen finanziellen Anreiz für die Fakultät, vielmehr seien sie eher *„Peanuts“* (GBF, Z. 543). In Fakultäten, die finanziell schlechter dastünden, könne die Mittelzuweisung über die LOM einen höheren Stellenwert haben und ein Anreiz sein, mehr für Gleichstellung zu tun, in den Medizinischen Fakultäten werde hingegen über andere *„Summen“* (D, Z. 763) gesprochen, sodass die Mittel aus der LOM keine besondere Relevanz besäßen. Ein Dekan benutzt den Gleichstellungsparameter in der LOM jedoch nach eigener Aussage als Hebel, wenn

er begründen müsse, warum er sich in Berufungsverfahren am Ende für eine Bewerberin entschieden habe. Beim Gleichstellungsparameter bestehe jedoch das Problem, dass immer nach Köpfen, also absolut und nicht in Prozent, gezählt werde, was für kleinere Fakultäten ein Nachteil sein könne.

An einigen Medizinischen Fakultäten gibt es fakultätsinterne LOMs, d. h., nach dem Prinzip der Landes-LOM werden innerhalb der Fakultät 20 Prozent der Sachmittel ebenfalls nach den Indikatoren Publikationen, Lehre und Gleichstellung an die Institute und Kliniken verteilt. Eine Fakultätsvergleichsbeauftragte berichtet, es sei eine Zeitlang versucht worden, das Geld an die einzelnen Kliniken und Institute nicht pauschal zu verteilen, sondern bspw. ErstautorInnenchaften bei Frauen, Erstantragstellerinnen für Drittmittel etc. höher zu bewerten. Ebenso hätte sie sich bemüht, Frauen zu berücksichtigen, die wegberufen und in der Landes-LOM nicht miteinberechnet würden, obwohl *„ja jede Frau, die wegberufen wird, ist ja erstmal was Positives“* (GBF, Z. 409). Im Prozess der Berechnung hätten sie jedoch festgestellt, dass das Erheben und Ausrechnen bei einem großen Uniklinikum sehr aufwendig und sogar kontraproduktiv sei. Denn für eine große Klinik seien die Beträge, die am Ende ausbezahlt würden, viel zu gering, als dass sie etwas bewirken könnten. Aus diesem Grund würden die Mittel wieder pauschal verteilt. Die Hoffnung seitens der Gleichstellungsbeauftragten bestehe darin, dass es in Zukunft ein *„Forschungsinformationssystem“* (GBF, Z. 417) an der Fakultät gebe, in dem Publikationsleistungen, Drittmittelakquise oder -verausgabung erfasst würden, und dass diese Daten dann leichter automatisiert und gefiltert würden. Zurzeit sei die interne Verteilung nach der LOM und dem Indikator Gleichstellung für die Institute und Kliniken finanziell nicht attraktiv, sodass bspw. auch ein internes Ranking, also eine Liste der Top-Drei-Institute oder -Kliniken, die Gleichstellung aktiv fördern, noch nicht umsetzbar sei – auch wenn es aus Sicht vieler der befragten Gleichstellungsbeauftragten eine gute Möglichkeit wäre, um die Kliniken und Institute bei ihrer *„Ehre zu packen“* (GBF, Z. 426).

*„Es wird dann ganz wohlwollend zur Kenntnis genommen, dass wir ja doch einen relativ großen Betrag auch wieder zurückbekommen, aber wenn dann jedes Jahr oder alle zwei Jahre der Dekan im Fachbereichsrat dann berichtet, wo sie bei den Mitteln stehen, dann sind das natürlich, das muss man ja zugeben, nur Peanuts. Das*

<sup>5</sup> [www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/hochschulmedizin/leistungsorientierte-mittel-lom-in-der-medizin/?L=tit](http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/hochschulmedizin/leistungsorientierte-mittel-lom-in-der-medizin/?L=tit) [Zugriff am 03.05.2016].

*interessiert im Grunde genommen keinen. Das Einzige, Plätze, Rankings, das finden die toll, wenn sie sagen können: Wir stehen weit oben. Aber der Betrag, da lachen sich alle tot. Also da muss man sagen, im Verhältnis zu*

*dem, was über Forschung generiert wird, ist das lachhaft. Also für das Geld strengt sich da keiner an. Ich glaube, dass das überhaupt kein entscheidender Punkt ist, womit man die locken kann“ (GBF, Z. 538–549).*

## Resümee

Aktuell sind 63 Prozent der Studierenden in der Medizin weiblich, doch zeigt sich, dass dieser hohe Frauenanteil mit steigender Hierarchiestufe immer weiter abnimmt. Auf den Leitungspositionen und insbesondere den Professuren sind Frauen kaum noch vertreten (so sind nur 16 Prozent der Professuren mit Medizinerinnen besetzt), wodurch sie an entscheidenden Prozessen in der Medizin nicht beteiligt sind. Der zunehmende Personalmangel an den Kliniken in ganz Deutschland führt dazu, dass dieser Gender Gap stärker wahrgenommen wird, weil es sich insbesondere die Universitätskliniken schlicht nicht mehr leisten können, dieses große Potenzial ungenutzt zu lassen, wie auch in den ExpertInnengesprächen deutlich wird. Es wird sogar von einer Konkurrenz um die wenigen hochqualifizierten Medizinerinnen/Wissenschaftlerinnen gesprochen, auf die strategisch reagiert werden müsse. Zudem wird in den einzelnen Interviews erkennbar, dass die Leitungsebene die Notwendigkeit von strukturellen Veränderungen und eines Bewusstseinswandels auf allen Ebenen der Hochschulmedizin erkannt hat. Damit scheint die momentane Situation eine Chance für die Gleichstellung zu sein.

Ein einheitliches Modell für die Gleichstellungsarbeit gibt es an den Unikliniken in Nordrhein-Westfalen jedoch zurzeit nicht. Vielmehr sind die

Gleichstellungsstrukturen sowohl in Bezug auf die Medizinischen Fakultäten als auch in Bezug auf die Universitätskliniken sehr heterogen. Zwar wird die gesetzliche Vorgabe, nach der Gremien zu mindestens 40 Prozent mit Frauen besetzt sein müssen, von vielen ExpertInnen als hilfreich bewertet, da sich Kommissionen andernfalls nicht selten vollständig aus Männern zusammensetzten. Gleichzeitig gebe es jedoch noch zu wenige Frauen in der Medizin (insbesondere auf Professuren), um diese Quoten erfüllen zu können. Auch dürften die wenigen vorhandenen Medizinerinnen nicht übermäßig durch Gremienarbeit belastet werden, damit sie auch noch Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung hätten. Hier müsse ein Mittelweg gefunden werden, der angesichts der bestehenden Männerdominanz jedoch noch schwierig zu erreichen sei.

Nach Ansicht einiger ExpertInnen ist es für Ärztinnen außerdem schwerer, eine wissenschaftliche Karriere in der Medizin erfolgreich zu verfolgen, als für ihre Kollegen. Das habe vor allem mit starren Strukturen und Traditionen sowie unbewussten Mechanismen und Projektionen zu tun, durch die Medizinerinnen eine Leitungsposition vielfach noch immer nicht zugebilligt würde. Hier gilt es anzusetzen, um Ärztinnen selbstverständlich eine wissenschaftliche Laufbahn und den Zugang zu Führungspositionen zu ermöglichen und vorhandenes Potenzial auszuschöpfen.

### 3.4 RELEVANZ VON GENDER IN LEHRE, FORSCHUNG UND KRANKENVERSORGUNG

Der Kategorie Geschlecht hat die Medizin lange Zeit keine spezielle Berücksichtigung eingeräumt. Vielmehr wurde vom männlichen „Normpatienten“ ausgegangen, der etwa für die Entwicklung neuer Medikamente herangezogen wurde (vgl. Schiebinger/Klinge 2015: 30). Zunehmend wird jedoch die Wichtigkeit der Kategorie Geschlecht sowohl für die Forschung und Lehre als auch für den beruflichen Alltag der Ärztinnen und Ärzte diskutiert (vgl. Miemitz 2013). So findet die Kommunikation und Interaktion der MedizinerInnen mit den PatientInnen auch

vor dem Hintergrund der jeweiligen Geschlechterrollen statt. Darüber hinaus haben Geschlechterunterschiede Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten und müssen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten mitgedacht und mitberücksichtigt werden. In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, inwieweit die Medizinstudierenden – nach Einschätzung der Expertinnen und Experten – an den Standorten der Hochschulmedizin auf eine geschlechtersensible medizinische Versorgung vorbereitet und für eine Wahrnehmung sowie

einen aktiven Einbezug der Geschlechterperspektive in ihrem zukünftigen Handlungsfeld sensibilisiert werden. Ebenfalls soll geklärt werden, welchen Stellenwert die ExpertInnen dem Thema Gender in Lehre, Wissenschaft und Forschung sowie in der PatientInnenbetreuung an den Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken des Landes NRW zuweisen.

### 3.4.1 Geschlechtersensible medizinische Ausbildung

Seit den 1990er Jahren setzt sich zunehmend die Position durch, dass sich die individuellen gesundheitlichen Ausprägungen innerhalb der Bevölkerung ohne die Berücksichtigung von Genderaspekten nicht adäquat erfassen lassen. In der Folge wurde Geschlecht als relevante Variable in der Grundlagenforschung sowie in vorklinischen und klinischen Studien immer häufiger herangezogen. Dies führte u. a. dazu, dass geschlechtsdifferenzierte Ausprägungen von Krankheitssymptomen sichtbar wurden. So kündigt sich ein Herzinfarkt bei Frauen häufig anders an als bei Männern. Während man in der bisherigen Infarktprävention und -behandlung die bei Männern typischen Symptome im Blick hatte, wurden die davon abweichenden Anzeichen bei Frauen häufig nicht richtig gedeutet und diese somit oft nicht entsprechend behandelt (vgl. Hofmann 2014: 39f.). Auch der Einfluss des Geschlechts der Ärztin/des Arztes und der PatientInnen und damit der Bedarf eines geschlechtersensiblen Umgangs im Klinikalltag wurden deutlich. Neben allgemeinen Aspekten der sozialen Interaktion können Geschlechtereffekte in der medizinischen Versorgung weitreichende Folgen haben. So erhielten in einer Untersuchung Patientinnen, die wegen abdomineller Schmerzen eine Notaufnahme aufsuchten, „mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Schmerzmittel als Männer mit einer vergleichbaren Symptomatik“ (Icenhour/Elsenbruch/Benson 2015: 20). Das Merkmal Geschlecht wird dabei nicht nur in seinen biologischen Ausprägungen (etwa anhand der anatomischen, hormonellen oder genetischen Unterscheidung), sondern auch in seiner sozialen Dimension sowie in Bezug auf die Interaktion zwischen biologischen und sozialen Faktoren berücksichtigt, um ein komplexeres Bild zu zeichnen. Eine aus diesen Entwicklungen resultierende Forderung ist, Gender als Querschnittsthema in der medizinischen Ausbildung zu verankern und ins Curriculum zu integrieren.

Eine umfassende Gendersensibilisierung, die die Studierenden dazu befähigen würde, geschlechtsspezifische Unterschiede wahrzunehmen und diese Erkenntnisse als Beurteilungs- und Handlungsdimension für ihre Tätigkeit als Ärztin/Arzt zu nutzen, findet bisher nur vereinzelt und in noch nicht ausreichendem Maße statt. Von einer selbstverständlichen Verankerung von Genderaspekten als Querschnittsthema im medizinischen Curriculum sind die Medizinischen Fakultäten in NRW weit entfernt. Dort gibt es bislang nur vereinzelt Lehrveranstaltungen, die einen expliziten Genderbezug aufweisen. Zugleich legt die Befragung nahe, dass die Initiation von gendersensibilisierenden Maßnahmen in der medizinischen Ausbildung sehr stark vom Engagement der Fakultätsvergleichstellungsbeauftragten abhängig ist. Geschlechteraspekte werden in den Lehrveranstaltungen bisher vorwiegend oberflächlich abgehandelt: Wenn Krankheiten etwa bei Frauen und Männern unterschiedlich auftreten und die Prävention, Therapie und Diagnostik differente Ansätze erfordern, wird dies an die Studierenden in den Lehrveranstaltungen lediglich in ersten Ansätzen vermittelt. Dabei kommt der medizinischen Lehre insgesamt „eine Schlüsselrolle zu, indem sie die Studierenden befähigt, geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen und diese Erkenntnisse in der eigenen ärztlichen Tätigkeit zu nutzen. [...] Am Ende ihres Studiums sollen Studierende in der Lage sein, die Geschlechterperspektive als eine wichtige Beurteilungs- und Handlungsdimension in der ärztlichen Tätigkeit sicher nutzen zu können“ (Babitsch et al. 2012: 251).

An der Universität zu Köln gibt es ein übergreifendes, interfakultatives Zentrum für Gender Studies (GeStiK), das u. a. Lehrveranstaltungen mit Genderbezug organisiert. Die Gleichstellungsexpertinnen der Hochschulmedizin Köln berichten, dass über GeStiK Ringvorlesungen für die Medizinstudierenden angeboten würden. Diese seien in der Medizinischen Fakultät gut angenommen worden und hätten bei Studierenden und Lehrenden gleichermaßen zu einer Horizonterweiterung sowie zu vertieften Kenntnissen über geschlechtersensible Medizin geführt. Deshalb werde nun versucht, auf dieser Ringvorlesung aufbauend Veranstaltungsangebote in die Lehre zu implementieren und fortzuführen. Über GeStiK besteht zudem die Möglichkeit für Studierende, im Studium Integrale Gender-Studies-Veranstaltungen zu besuchen und ein Gender-Studies-Zertifikat zu erwerben, d. h., bei Interesse können die Medizinstudierenden an zusätzlichen

genderspezifischen Veranstaltungen teilnehmen. In die grundständige Ausbildung sind diese Veranstaltungen jedoch nicht integriert. An der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen und der Universität Düsseldorf sind auf Initiative der Fakultätsvergleichsbeauftragten Arbeitsgruppen entstanden, um die Kategorie Geschlecht in der Lehre, der Forschung und der Klinik voranzutreiben. So hat die Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät Düsseldorf zusammen mit einer Kollegin aus der Medizinsoziologie zur Verankerung der Geschlechterperspektive in der curricularen Lehre einen Runden Tisch initiiert, an dem interessierte Personen aus der Fakultät teilgenommen hätten. Gendersensibilisierung und die Teilnahme an der Entwicklung von genderspezifischen Maßnahmen sei, so wird berichtet, in der Fakultät ein schwierig zu bearbeitendes Handlungsfeld, das in der Regel nur über die direkte, individuelle Ansprache einzelner Personen und nicht über Arbeitsgruppen möglich sei. Am Runden Tisch hätten die Beteiligten zum Teil jedoch Schlüsselmomente gehabt:

*„Und es sind aber schon welche dabei, die dann gemerkt haben, dass sie implizit dieses Wissen nicht nur um das biologische Geschlecht haben, sondern auch um das soziale Geschlecht, die dann so Aha-Momente hatten und so ach ja, stimmt ja, mit einer Patientin rede ich ja ganz anders als mit einem Mann und bei einer Patientin schließe ich von vornherein manche Diagnosen schon automatisch aus, die dann so ganz zufrieden waren, dass sie implizit ja schon Wissen haben“ (GBF, Z. 638–643).*

Zudem sei es geglückt, Gender mit einigen Wahlveranstaltungen und einem Seminar in der Lehre im ersten und dritten Studienjahr zu verankern, um die Studierenden zu sensibilisieren. In diesem Zusammenhang hätten die Studierenden zurückgemeldet, dass sie das Thema Gender in Lehrveranstaltungen sehr interessant fänden, dafür aber nicht lernen würden, wenn es nicht prüfungsrelevant sei. Alles, was nicht prüfungsrelevant ist, sei zwar *„nice to have“* (GBF, Z. 657), werde von den Studierenden aber nicht als bedeutsam wahrgenommen, sodass Genderveranstaltungen mit Qualifizierungsmaßnahmen oder einem spürbaren Nutzen bzw. Vorteil für die Studierenden verbunden werden müssten.

Die von der Gender-AG der Medizinischen Fakultät Aachen organisierte Gender-Ringvorlesung kann sich das ärztliche Personal aus diesem Grund durch

die Ärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anrechnen lassen; auch die Studierenden können es als Wahlpflichtveranstaltung nutzen und durch dort gesammelte Punkte zu Prüfungen zugelassen werden. Die Mitglieder der Gender-AG planen zudem, das Curriculum für Medizin zu überprüfen, und wollen Vorschläge zur Integration von Genderaspekten in die Lehrveranstaltungen entwickeln. Den Dozierenden sollen dabei keine Vorschriften gemacht werden, wie sie Genderaspekte in ihre Lehrveranstaltungen zu integrieren hätten, Vorschläge seien jedoch ein Anfang zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema. An der Medizinischen Fakultät Münster wird in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen derzeit ein Projekt zum Thema *„Geschlechterspezifische Lehrmodule in der Medizin“* durchgeführt, in dessen Rahmen ein Workshop mit VertreterInnen aus Medizinischen Fakultäten aus ganz Deutschland stattgefunden hat, um gemeinsam zu erarbeiten, wie genderspezifische Inhalte in der Lehre verankert werden könnten. Zusätzlich wurde eine Online-Befragung unter Studierenden, wissenschaftlichen MitarbeiterInnen und ProfessorInnen durchgeführt, durch die das vorhandene geschlechtsspezifische Wissen erforscht und analysiert werden sollte, um auf diesen Ergebnissen aufbauend ein fächerübergreifendes medizindidaktisches Gendermodul zu erarbeiten. Zurzeit wird eine Online-Datenbank GenderMed-Wiki als Austausch- und Wissensplattform erstellt, in der deutschlandweit fächerspezifische Best-Practice-Beispiele für die Verankerung von Genderaspekten in medizinische Lehrinhalte gesammelt werden. Diese Online-Datenbank wird als ein erster wichtiger Schritt bewertet, um die *„Hürde“* (GBF, Z. 749) zur geschlechtergerechten Veränderung der medizinischen Ausbildung zu bewältigen und um Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der geschlechterspezifischen Medizin für die Verankerung von Genderinhalten in den einzelnen fächerspezifischen Curricula in der Medizin zu erhalten.

Die Gleichstellungsexpertinnen sind sich überwiegend einig, dass Gender als verpflichtender Bestandteil in das Studium integriert werden müsste, damit alle Studierenden eine genderkompetente medizinische Ausbildung erhielten. Bisher würden Genderaspekte jedoch nur vereinzelt durch Angebote der Gleichstellungsakteurinnen oder ProfessorInnen, die einen Genderbezug in ihrer Denomination hätten, in den Lehrveranstaltungen thematisiert.

### 3.4.2 Geschlechter- und diversitysensible Krankenversorgung

In den Gesprächen mit den ExpertInnen wird deutlich, dass es für den klinischen Alltag und den direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten weder in der medizinischen Ausbildung der Studierenden noch im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine explizite gender- und/oder diversitysensible Vorbereitung der MedizinerInnen gibt. Nach Auffassung einer Fakultätsvergleichsbeauftragten, die gleichzeitig Professorin am Uniklinikum ist, sind die geschlechterspezifische Ansprache sowie der differente Umgang mit Patientinnen und Patienten für professionelles Handeln im Klinikalltag zentral. Sie müssten jedoch in der berufspraktischen Erfahrung eigenständig erlernt werden. Am Beispiel ihres Fachbereichs, der Kinderheilkunde, hebt sie die Bedeutung der unterschiedlichen Ansprache von Vätern und Müttern hervor, da diese unter Umständen jeweils andere Einstellungen/Haltungen zur Krankheit ihrer Kinder hätten, mit der Diagnose anders umgingen und auch sie als Ärztin unterschiedlich wahrnahmen und akzeptierten. Wichtig sei es zudem, so äußern es einige der ExpertInnen, den kulturellen Hintergrund der PatientInnen zu beachten. So sei bei einigen türkischen Familien nicht jedes Familienmitglied entscheidungsberechtigt. Aus diesem Grund sei es wichtig, von Beginn an die Personen zu ermitteln, die in der Familie die Entscheidungen trafen, da man sich ansonsten „den Mund fusselig“ (GBF, Z. 806) rede. Auch ein Ärztlicher Direktor betont im Gespräch, dass interkulturelle Aspekte zunehmend im Fokus des klinischen Alltags in der Krankenversorgung stehen und bei der Betreuung der PatientInnen mitberücksichtigt werden müssten. So gebe es etwa kulturelle Unterschiede im Schmerzempfinden, die in der Behandlung von Krankheiten eine zentrale Rolle spielten. Zudem herrsche teilweise ein anderes Frauenbild vor, wodurch die Akzeptanz von Ärztinnen nicht immer gegeben sei. Wie dieser Konflikt zwischen dem Patientenwohl und den Interessen der betroffenen Ärztinnen konkret gelöst wird, bleibt in dieser Darstellung allerdings offen. Die Vergleichsbeauftragte eines Uniklinikums berichtet, dass immer mehr ExpertInnenkreise zu zentralen Themen am Uniklinikum eingerichtet würden, um die jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und Strategien zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang seien auch Interkulturalität und Gender als Herausforderungen in der PatientInnenbetreuung disku-

tiert worden, allerdings habe sie den Eindruck, dass sowohl das ärztliche als auch das pflegende Personal mit diesen Aspekten noch sehr unreflektiert umgingen. Zunehmend rücke ein sensibler Umgang jedoch ins Zentrum der Klinikbestrebungen und die Entwicklung von Handlungsoptionen werde angedacht.

### 3.4.3 Einbezug von Gender in die medizinische Forschung

In der medizinischen Forschung ist der Einbezug von Gleichstellungs- und Genderaspekten neben klinischen Studien, in denen die ProbandInnen nach Geschlechtern getrennt werden, häufig noch ein „weißer Fleck auf der Landkarte“ (GBF, Z. 707). Die medizinische Forschung ist, wie Meister/Kindler-Röhrborn/Pfleiderer (2015) feststellen, auf „beiden Augen geschlechterblind“.

Forschungsprojekte mit Genderbezug kommen, so zeigt sich in den Interviews, vielfach aus der Psychosomatik oder der Frauenheilkunde, Fachbereichen also, die sich im klinischen Alltag bereits mit Geschlechterfragen auseinandersetzen. Im Gespräch hebt ein Dekan hervor, dass Unterschiede zwischen den Menschen genetische oder epigenetische Ursachen hätten und das Geschlecht hierbei nur eine marginale Rolle spiele. Seiner Meinung nach entwickle sich die Medizin zunehmend zu einer personalisierten Medizin, in der die Behandlung speziell auf die biologischen Merkmale der jeweiligen Patientin/des jeweiligen Patienten zugeschnitten würden. Somit nehme auch die Forschung von der Einteilung in grobe Kategorien (wie das Geschlecht) mehr und mehr Abstand.

*„So aber in Wirklichkeit, was sie heute machen, sie sequenzieren im Grunde das gesamte Genom. Und darauf basierend treffen sie dann ihre Entscheidungen. [...] Also, ich glaube, es ist ja klar, diese Unterschiede, die haben ja Ursachen, die genetisch oder epigenetisch sind, also irgendwie kann man die ja nachvollziehen. Und je besser man die nachvollziehen kann, desto weniger braucht man so ein grobes Kriterium. Das ist ja wirklich extrem grob, Mann oder Frau. Sondern sie gucken sich dann einfach die ganzen Enzyme an, die zum Beispiel ein Arzneimittel metabolisieren, und dann können sie eben an der Sequenz genau sehen, diese Patienten können das Medikament gut oder schlecht metabolisieren, dann brauche ich davon mehr oder weniger, die vertragen das nicht, die vertragen das besser, weil bei Tumoren heutzutage, da weiß man, dass bestimmte*



*Medikamente nur bei bestimmten Mutationen wirken. Das heißt, da wird erst der Tumor sequenziert, und dann wird das Medikament danach ausgewählt. [...] Also das ist eigentlich die Zukunft, glaube ich, in fast allen Feldern“ (D, Z. 864–888).*

In Abgrenzung hierzu verweisen gerade Forschungen aus dem Kontext der medizinischen Geschlechterforschung darauf, dass eine personalisierte Medizin ohne Genderwissen nicht auskommt:

*„Geschlechtsspezifische biologische und soziale Faktoren wirken in einer komplexen Weise zusammen und beeinflussen Gesundheit, Prävalenz, Schweregrad, Verlauf, Behandlung und Therapie-Erfolg von Erkrankungen. Sie sollten daher Grundlage einer modernen personalisierten Gesundheitsversorgung sein.“ (Kindler-Röhrborn/Pfleiderer 2012: 151)*

Um (weitere) Forschungen im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin fördern zu können, bedarf es auch Professuren mit einer ausgewiesenen Genderdenomination. An den medizinischen Standorten in NRW gibt es aktuell lediglich vereinzelt Professuren mit einer Gender-(Teil-)Denomination, wodurch Genderaspekte in Forschung und Lehre selbstverständlicher mitberücksichtigt werden (siehe hierzu auch Kap.

B 6.2). An den Medizinischen Fakultäten Bonn und Münster wurden jedoch zwei Professuren, die eine Genderdenomination besaßen und dem Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW zugeordnet waren, mit dem Ruhestand der jeweiligen Professorinnen nicht mit einer Genderdenomination fortgeführt. Die ExpertInnen der Medizinischen Fakultät Münster begründen die Streichung der Genderdenomination damit, dass neu zu besetzende Professuren in die Hauptforschungsbereiche der Fakultät passen müssten; darauf werde in der Hochschulmedizin Münster strikt geachtet. In diesem Zusammenhang sei auch im Fachbereichsrat thematisiert und diskutiert worden, dass in jeder klinischen Forschung heutzutage Genderforschung eigentlich eine Rolle spiele, deshalb als Querschnittsthema in allen Professuren und Forschungsbereichen verankert sei und keine spezielle Professur dafür geschaffen werden müsse. Erfreulich ist dagegen, dass die Medizinischen Fakultäten Essen, Düsseldorf und Köln im Rahmen des Landesprogramms Geschlechtergerechte Hochschule des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW Genderprofessuren in der Medizin eingeworben haben und damit eine systematische und explizite Verankerung der Genderperspektive in der medizinischen Forschung auf- und ausbauen können.

## Resümee

In der Medizin und im Alltag von MedizinerInnen spielt das Geschlecht auf vielen Ebenen eine wichtige Rolle: in der Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient, in der medizinischen Versorgung und in der Erforschung von Krankheiten sowie in deren Diagnose und Prävention. Denn Geschlechterunterschiede haben Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten und müssen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten mitbedacht und mitberücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass MedizinerInnen in ihrer Ausbildung für die Wahrnehmung von geschlechtsspezifischen Unterschieden sensibilisiert werden und lernen, ihr Geschlechterwissen im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten anzuwenden.

Trotzdem gibt es an den Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen bislang nur vereinzelt Lehrveranstaltungen, die einen expliziten Genderbezug aufweisen, und die Initiation von gendersensibilisierenden Maßnahmen scheint noch stark vom Engagement der jeweiligen Fakultätsvergleichsbeauftragten abhängig zu sein. Zudem wird in den Gesprächen mit den ExpertInnen deutlich, dass es für den klinischen Alltag und den direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten weder in der medizinischen Ausbildung der Studierenden noch im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung eine explizit gender- und/oder diversitysensible Vorbereitung gibt. Auch in der Forschung ist der Einbezug von Gleichstellungs- und Genderaspekten, nach Aussage einiger Expertinnen und Experten, vielfach noch ein blinder Fleck. Hier gibt es erheblichen Nachholbedarf.

### 3.5 GENDER GAP IN DER HOCHSCHULMEDIZIN: DEUTUNGEN UND ERKLÄRUNGEN

Frauen sind auf den höheren Ebenen des Hochschul- und Wissenschaftsbereichs nach wie vor stark unterrepräsentiert. Je höher die Position, je besser ausgestattet die Stellen, desto geringer ist der Anteil von Wissenschaftlerinnen. Dabei ist die Leaky Pipeline in der Medizin besonders stark ausgeprägt und es scheint Mechanismen, Strukturen und Konstellationen in der medizinischen Kultur zu geben, die Frauen den Zugang zu höheren Positionen erschweren und einen Ausstieg von Frauen aus der Hochschulmedizin auf bestimmten Karriereebenen zur Folge haben. Die Statistiken für die einzelnen Standorte der nordrhein-westfälischen Hochschulmedizin spiegeln den Gender Gap alle (bis auf Bochum<sup>6</sup>) sehr deutlich wider. Statistisch betrachtet zeigen sich die Brüche in den Frauen- und Männeranteilen im wissenschaftlichen Qualifikationsverlauf in der Medizin am Übergang von der Promotion zur Habilitation und in der klinischen Qualifikation beim Übergang vom Facharzt- zum Oberarztniveau. An den Unikliniken und Medizinischen Fakultäten des Landes gibt es aus diesem Grund eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Frauenförderung, die genau an diesen zwei Schnittstellen ansetzen, wie bspw. Habilitationsstipendien, Mentoringprogramme für Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen in der Qualifikationsphase oder Rotationsstellen, die Zeit für die Forschung ermöglichen. Trotz dieser Förderprogramme sind die Frauenanteile an den Habilitationen und Professuren in der Medizin weiter gering und steigen nur sehr langsam.

In den ExpertInnengesprächen sollte deshalb der Frage nachgegangen werden, wie sich die Expertinnen und Experten aus dem Feld der Medizin das Missverhältnis zwischen dem hohen Studentinnenanteil und dem niedrigen Professorinnenanteil erklären. Im Folgenden werden die Faktoren dargestellt, die von den ExpertInnen als Ursachen des Gender Gaps in der Hochschulmedizin benannt wurden.

<sup>6</sup> Bochum hat im Landesvergleich den höchsten Frauenanteil auf Professuren in der Medizin, jedoch muss hierbei angemerkt werden, dass bei Bochum lediglich die Professuren im vorklinischen und klinisch-theoretischen Bereich in der amtlichen Statistik erfasst werden, die Professuren an den einzelnen Kliniken des Bochumer Modells dagegen nicht, weshalb der relativ hohe Frauenanteil relativiert werden muss (vgl. Kap. C 1).

#### 3.5.1 Vereinbarkeitsprobleme von Familie, klinischer Qualifikation und Wissenschaftskarriere

Die Hauptursache für den anhaltenden Gender Gap sehen Expertinnen und Experten in den Gesprächen nahezu übereinstimmend in der schwierigen Vereinbarkeit von Familie, klinischer Qualifikation und Wissenschaftskarriere, die sich nach wie vor als eine besondere Herausforderung für Frauen als Mütter erweise. Bezogen auf Familienfreundlichkeit sei der Arbeitsplatz Krankenhaus, auch ohne Wissenschaft, kein optimaler Bereich, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern. Die Beschäftigten in einem Krankenhaus haben sehr viele Wochenend- und Nachtdienste sowie lange Arbeitsschichten, bspw. in Form eines achtstündigen Berufstags mit einem nachgeschalteten Bereitschaftsdienst von weiteren zwölf oder 16 Stunden; erst danach erhalten sie Freizeitausgleich. Diese Arbeitsorganisation sei für die Gründung einer Familie eine Herausforderung. Mit einer Niederlassung habe man hingegen bessere Vereinbarkeitsmöglichkeiten des Berufs mit einer Familie, weil damit eine hohe Autonomie und Selbstbestimmtheit in der Arbeitszeitgestaltung einhergehen. Insbesondere die Möglichkeiten des „Arbeitsplatz-Sharing, des Job-Sharing“ (ÄD, Z. 132) seien in der Niederlassung viel größer als im Krankenhaus. Im Krankenhaus kommt es laut eines Ärztlichen Direktors mit verkürzten Arbeitszeiten in der stationären Versorgung häufig zu „Schnittstellenproblemen“ (ÄD, Z. 135) und „Informationsbrüchen in der Patientenbehandlung“ (ÄD, Z. 138–139). Er betont zwar, dass es im Krankenhaus durchaus möglich sei, Teilzeitstellen zu organisieren, der Organisationsaufwand und die Folgekosten aber deutlich höher seien als in der Niederlassung, dem Gesundheitsmanagement oder der Verwaltung.

Viele ExpertInnen bewerten eine Familiengründung während des medizinischen Karrierewegs für Frauen als Herausforderung, weil diese durch die lange Qualifikationszeit und die stetige Doppel-/Dreifachbelastung durch die Erfüllung der klinischen und wissenschaftlichen Anforderungen bereits belastet seien. Besonders durch die Krankenversorgung sei es kaum möglich, den eigenen Arbeitsalltag flexibel, bspw. durch Homeoffice, zu gestalten, sodass sehr genau abgewogen werden müsse, zu welchem Zeitpunkt eine Familie gegründet werden könne. Eine Fakultäts-

gleichstellungsbeauftragte und Professorin berichtet, sie sei erst als Oberärztin Mutter geworden und hätte „das Glück“ (GBF, Z. 713) gehabt, dass sich ihre Mutter um ihr Kind hätte kümmern können. Dadurch habe sie nach dem Mutterschutz direkt wieder in den Beruf einsteigen können. Sie erinnert sich, bei den ersten Nachtdiensten überfordert gewesen zu sein, weil entweder ihr Baby geschrien oder das Telefon geklingelt habe. Heute vermittle sie ihren Mitarbeiterinnen, dass die Vereinbarkeit des Klinikalltags mit einem Kind machbar, aber durchaus eine Herausforderung sei, die insbesondere körperlich an die Substanz gehe.

Die Anforderungen, die an Frauen und Männer in der Hochschulmedizin gestellt werden, sind sehr hoch und können durch Familiengründung, zeitliche Auszeiten oder Teilzeitbeschäftigungen zusätzlich erschwert und deutlich verlängert werden. Eine Familiengründungsphase und eine unter Umständen damit verbundene Teilzeitbeschäftigung sind, so wird es in den ExpertInnengesprächen deutlich, zudem ein Thema, das die Hochschulen alleine nicht lösen können, sondern das auch eine Frage der Anrechnung in der Fachweiterbildung durch die Ärztekammern ist. Momentan stelle es sich so dar, dass sich die Dauer der Facharztausbildung bei einer Teilzeitbeschäftigung von 50 Prozent verdoppele, sodass Frauen, die während dieser Zeit Kinder bekämen, alleine für die Facharztausbildung sehr viel länger bräuchten. Ein Dekan bewertet zudem die Kombination aus Familiengründung und Forschung als „desaströs“ (D, Z. 241), was nicht zuletzt mit den Mutterschutzregelungen zusammenhänge. Erst am Vortag des Gesprächs habe sich eine Doktorandin schwanger gemeldet und dadurch ihre Experimente, ihre Forschung direkt abbrechen müssen. Die Rahmenbedingungen in der Forschung sind seiner Meinung nach für Frauen ein Nachteil, weil diese Doktorandin nun für mindestens anderthalb Jahre in der Forschung ausfalle und ihre Experimente nicht mehr fortsetzen könne, sondern nach der Elternzeit neu anfangen müsse. In den meisten Fällen seien dann jedoch die finanziellen Mittel für die Forschung und die Stellenfinanzierung ausgelaufen. Von vielen ExpertInnen wird betont, dass Mutterschutz etwas Erkämpftes und sehr wichtig sei, weil Frauen ihre Schwangerschaft nicht verschweigen sollten und auch geschützt werden müssten. Es müsse jedoch eine strukturelle Auseinandersetzung mit den Mutterschutzregelungen stattfinden, damit sich diese nicht nachteilig für Frauen auswirken.

Dazu trägt auch das im gesamten Hochschulbereich weit verbreitete Befristungswesen bei, das in der Hochschulmedizin eine spezifische, für Frauen nachteilige Wirkung entfaltet. So hätten aus der Sicht des Dekans auch die großen Förderorganisationen wie die DFG hierfür noch keine guten Lösungen vorgelegt. Wenn in einem DFG-geförderten Graduiertenkolleg eine Doktorandin schwanger werde, könnten die Gelder nicht zurückgestellt werden, damit die Doktorandin nach ihrem Mutterschutz oder der Elternzeit weiterarbeiten könne. Die finanzielle Förderung laufe einfach aus. Besonders für Medizinerinnen, die eine naturwissenschaftliche Laufbahn absolvierten, sei dies ein schwerwiegendes Problem, weil der Großteil der kompetitiven Forschung in der Hochschulmedizin Drittmittelforschung sei. Bei internationalen Forschungsprojekten, die an der Uniklinik durchgeführt würden, sei es wichtig, dass Frauen ihre Schwangerschaft meldeten, weil in den Laboren vieles hochinfektiös sei. Von den ExpertInnen wird in den Interviews vielfach der Wunsch nach mehr Flexibilität in der Mittelvergabe und Mittelverwendung durch die Förderorganisationen und DrittmittelgeberInnen geäußert, damit Frauen keinen Nachteil dadurch hätten, dass sie in einem laufenden Forschungsprojekt schwanger würden. Familiengründungen seien in der Uniklinik vor allem ein administratives Problem. Vieles sei zwar gesetzlich geregelt, aufgrund der besonderen Arbeitsbedingungen würden diese Regelungen in der Medizin jedoch nicht greifen bzw. ließen sich nicht eins zu eins umsetzen.

Einige Expertinnen und Experten heben in den Gesprächen auch hervor, dass nicht alle Frauen einen Kinderwunsch hätten, sondern sich sehr bewusst für eine Karriere entscheiden würden. Häufig müssten sie sich dadurch aber mit Frauen messen lassen, die Kinder und Beruf miteinander vereinbart hätten. Im Gespräch berichtet ein Dekan von vielen Medizinerinnen, die es stresse, dass als Beispiel für erfolgreiche Frauen immer solche angeführt würden, die erfolgreich eine Karriere absolviert und Kinder bekommen hätten. In seinem näheren Umfeld kenne er drei Frauen, die Professorinnen seien und alle keine Kinder hätten. Diese Frauen sind seiner Erfahrung nach immer „schrecklich genervt, wenn alles immer auf diese Kinderschiene geschoben wird“ (D, Z. 366–367). Es sei für ihn egal, ob eine Frau Kinder haben möchte oder nicht. Frauen dürfe nicht unterstellt werden, sie seien nicht erfolgreich, nur weil sie es nicht geschafft hätten, eine Professur und Kinder unter einen Hut zu kriegen.

Es sei eine individuelle Entscheidung für einen bestimmten Lebensentwurf, die genauso akzeptiert und unterstützt werden müsse wie die Entscheidung für Kinder und Karriere. Diese Diskussion verweist letztlich auch auf die vergeschlechtlichte Wahrnehmung von Elternschaft. Diese macht Vaterschaft tendenziell unsichtbar – und damit kompatibel mit einer hochschulischen und medizinischen Laufbahn. Väter werden nicht als solche wahrgenommen, sondern als Männer, Wissenschaftler und Mediziner, während Frauen qua Geschlecht als – zumindest potenzielle – Mütter erscheinen. Dies hat zur Folge, dass auch die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie mit Wissenschaft und Beruf als ‚Frauenthema‘ verhandelt wird.

### 3.5.2 Abnehmende Attraktivität von Professuren in der Medizin

Neben der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf, Wissenschaft und Familie wird in den Interviews die generelle Attraktivitätsabnahme einer akademischen Laufbahn in der Medizin als weiterer zentraler Grund für den Gender Gap gesehen. So sei die akademische Medizin zwar intellektuell interessant, weil sie den *„Forschergeist befriedigt“* (ÄD, Z. 269), gleichzeitig sei mit Wissenschaft jedoch *„eine lebenslang anstrengende Phase“* (ÄD, Z. 276) verbunden. Eine Professur ermögliche einerseits z. B. durch Zeitautonomie gewisse Freiheiten, stelle durch den weltweiten fachlichen Austausch im Arbeitsgebiet eine Bereicherung dar und biete die Chance, durch einen Lehrstuhl in den entsprechenden Fachgesellschaften großen Einfluss zu nehmen. Andererseits sei eine Professur mit dem Anspruch verknüpft, als *„Leitfigur umfänglich vorbildhaft“* (ÄD, Z. 295) zu sein, sowohl fachlich als auch in der Sozial- und Führungskompetenz. Hinzu komme, dass eine Klinikdirektorin/ein Klinikdirektor nicht nur die akademische Medizin zu verantworten habe, sondern auch die Wirtschaftlichkeit der Klinik und die Qualität der Krankenversorgung. ProfessorInnen unterlägen im wissenschaftlichen Bereich permanenten wettbewerblichen Situationen, müssten also stetig unter Beweis stellen, dass sie zu den Besten gehörten.

*„Das heißt, mit einer erfolgreichen Tätigkeit kommen sie in eine zunehmende Spirale von Erfolgsdruck, diesen Erfolg auch fortzusetzen, der nicht unterschätzt werden darf [...]. Das ist etwas, was mit Sicherheit unterschiedlich stark den Einzelnen erreicht, aber auch das kann Lebenssituationen belasten“* (ÄD, Z. 308–317).

Die Attraktivität einer Professur in der Medizin hat aus Sicht vieler ExpertInnen besonders in den letzten Jahren abgenommen. *„Aus dem Halbgott in Weiß [...] ist ein Primus Inter Pares geworden“* (ÄD, Z. 318–321), d. h., mit einem ProfessorInnentitel ist zwar noch eine hervorgehobene Position verbunden, die aber mit einer Chefarztposition ohne akademische Komponente verglichen werden könne. Aus diesem Grund müsse man *„ein bestimmter Typus mit bestimmten Lebensentwürfen“* (ÄD, Z. 327–328) sein, um den wissenschaftlichen Karriereweg bis zur Professur wirklich gehen zu wollen. Der Personalmangel führe dazu, dass MedizinerInnen gute und finanziell attraktive Positionen auch ohne hohe akademische Grade erreichen könnten. Einem Dekan zufolge ist innerhalb der DFG eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich mit der Frage beschäftige, wie weiterhin Medizinerinnen und Mediziner für die Grundlagenforschung begeistert werden könnten. Seiner Meinung nach hatte die Wissenschaft früher einen höheren Stellenwert. Heute würden an den Universitätskliniken dagegen sehr viele MedizinerInnen zu FachärztInnen ausgebildet, die anschließend die Uniklinik verließen, weil sie lukrative Angebote mit teilweise doppelt so hohem Gehalt erhielten, d. h., für eine Karriere in der Medizin sei eine akademische Qualifizierung nicht mehr zwingend erforderlich und damit auch nicht mehr so attraktiv.

In der Zahnmedizin ist der Professorinnenanteil noch niedriger als im restlichen Feld der Hochschulmedizin. Aktuell haben in NRW lediglich zwei Wissenschaftlerinnen eine Professur in der Zahnmedizin inne (8,7 Prozent). Dieser ausgeprägte Gender Gap wird in den ExpertInnengesprächen vor allem damit erklärt, dass der Berufsweg in der Zahnmedizin generell deutlicher auf eine Karriere außerhalb der Universität, also in einer Niederlassung oder im Gesundheitsdienst, vorbereite. Ein Wechsel in ein anderes Krankenhaus, um dort eine Position als Chefarztin oder Chefarzt zu übernehmen, sei nur in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie möglich. Dafür sind jedoch wiederum zwei Studienabschlüsse – Humanmedizin und Zahnmedizin – erforderlich. Aus diesem Grund werde eine wissenschaftliche Karriere in der Zahnmedizin nur selten als Berufsmöglichkeit in Betracht gezogen und die Frauen und Männer müssten echtes *„Herzblut“* (D, Z. 1042) für Forschung/Wissenschaft haben, um diesen Weg gehen zu wollen. Eine Expertin verweist darauf, dass es in der Zahnmedizin nur wenige Vorbilder für eine

wissenschaftliche Karriere gebe, weder unter den Frauen noch unter den Männern. So werde an ihrer Klinik seit Jahren nach einer Promovendin oder einem Promovenden gesucht, die/der sich habilitieren wolle. In anderen Fachgebieten der Medizin sei das anders, weil dort wissenschaftliche Publikationen auch vorteilhaft seien, um außerhalb der Universitätsklinik an einem kleineren Krankenhaus eine Chefarztposition einzunehmen. Zudem könnten ZahnmedizinerInnen nach Aussage der ExpertInnen in der Niederlassung sehr viel mehr Geld verdienen als an einem Universitätsklinikum. Es gebe viele medizinische Fächer, in denen man als UniversitätsprofessorIn und/oder Chefärztin/Chefarzt mehr verdiene als mit einer Praxis, in der Zahnmedizin sei es genau umgekehrt. Hier betrage das Einkommen niedergelassener ÄrztInnen doppelt so viel wie das einer Professorin/eines Professors.

Die Lukrativität des zahnmedizinischen Berufswegs außerhalb der Universität kann jedoch nicht der einzige Erklärungsgrund für den Gender Gap in der Hochschulmedizin und die noch größere „Kluft“ zwischen den Geschlechteranteilen in diesem Bereich sein. In diesem Zusammenhang heben einige ExpertInnen die besondere Struktur in der Zahnmedizin hervor, die sich deutlich von der anderer Fachgebiete unterscheidet. So gebe es in der Zahnmedizin keine Schicht- oder Nachtdienste, was es durch eine flexiblere Arbeitszeiteinteilung leichter ermöglichen sollte, klinische und wissenschaftliche Aufgaben sowie Familie zu vereinbaren. Auch die geringe (finanzielle) Attraktivität einer Zahnmedizinprofessur könnte sich nach Auffassung einiger ExpertInnen eigentlich positiv auf den Frauenanteil auswirken. In diesem Zusammenhang verweist eine Gleichstellungsbeauftragte auf den „Winners among losers-effect“ (GBF, Z. 851), der sich laut Zimmer et al. (2007) bei Frauen im Hochschulbereich deutlich zeige; danach hätten Frauen immer dann die Chance auf eine Professur, wenn diese unattraktiv geworden sei („*wenn's dann unsexy wird, tauchen die Frauen plötzlich auf*“, GBF, Z. 850–851). Das scheint sich für den Bereich der Zahnmedizin jedoch nicht zu bestätigen. Es müssen in der Zahnmedizin vor diesem Hintergrund also besondere Mechanismen wirksam sein, die verhindern, dass Frauen den Weg zur Professur bestreiten, daher sollten Forschungen den Gender Gap in der Zahnmedizin zukünftig gesondert betrachten. Diese Ursachensuche kann im Rahmen dieses Reports nicht weiter ergründet werden.

### 3.5.3 Work-Life-Balance: Einstellungswandel der Generation Y

Als weitere Begründung für den Gender Gap in der Hochschulmedizin wird in den Interviews ein Einstellungswandel genannt. So zeichne sich die jüngere Generation der heutigen Medizinerinnen und Mediziner durch eine differente Einstellung bezüglich ihres Arbeitseinsatzes aus. Die „Generation Y“ versuche stärker, eine „*Kombination von Freizeit und Familie, individuellen und beruflichen Interessen*“ (ÄD, Z. 172–173) herzustellen. Nach Einschätzung eines Dekans sei es in der Vergangenheit der Fall gewesen, dass die MedizinerInnen zuerst ihren Verpflichtungen als Ärztin/Arzt in der Krankenversorgung nachgekommen seien „*und dann nach 16, 18 Uhr sind sie ins Labor gegangen und haben ihre Forschungen gemacht*“ (D, Z. 38–39). Diese Bereitschaft sei in der Form nicht mehr vorhanden und nehme weiter ab. Zudem müssten die MedizinerInnen heute unter enorm verdichteten Bedingungen arbeiten, wodurch es „*möglicherweise alles noch ein bisschen anstrengender ist, seine acht Stunden zu machen, als es früher war, weil man einfach mehr Entscheidungen treffen und mehr machen muss*“ (D, Z. 66–69). Die enorme Arbeitsverdichtung führe bei der Generation Y dazu, dass sich der Wille ändere, rund um die Uhr zur Verfügung zu stehen.

Gute Arbeitsbedingungen würden daher immer mehr zu zentralen Entscheidungskriterien für Nachwuchsärztinnen und -ärzte, was auch mit dem Fachkräftemangel in der Medizin zusammenhänge. Die jungen KollegInnen könnten sich dadurch aussuchen, wo sie gerne arbeiten möchten, und begehrt seien hier besonders die Kliniken, die gute Arbeitsbedingungen böten. Eine Fakultätsvergleichungsbeauftragte, die auch in Lehre und Krankenversorgung eingebunden ist, berichtet im Gespräch, dass sie in ihrer Lehrveranstaltung für Medizinstudierende im 10. Semester thematisiere, was die Studierenden nach Abschluss des Studiums als Ärztin/Arzt erwarte und was sie bräuchten, um eine angemessene Stelle zu finden. Sie weise die Studierenden darauf hin, dass sie sich die Weiterbildungsbedingungen anschauen und danach entscheiden sollten, welche Stelle sie annehmen wollten. Dabei stünden folgende Fragen im Mittelpunkt: Können in der Klinik alle notwendigen Weiterbildungsschritte erledigt werden? Können die erforderlichen Operationen durchgeführt werden? Wie sind die Arbeitsbedingungen? Gibt es Kinderbetreuungsmöglichkeiten? Welche Maßnahmen

zur Karriereplanung werden ergriffen? Gibt es Rotationsstellen? Das seien Kriterien, nach denen die Studierenden ihre Assistenzarztstelle auswählen sollten und nach denen die heutige Generation ihrer Erfahrung nach bereits auswähle. Jedes Fach habe gute Chancen, NachwuchsärztInnen zu bekommen, wenn es gute Arbeitsbedingungen biete. Die Studierenden könnten sich heutzutage die Assistenzarztstellen aussuchen und wüssten sehr genau, was gut für sie sei und worauf sie sich einlassen möchten und worauf nicht.

Nach Ansicht eines Ärztlichen Direktors drückt sich dies auch in einer veränderten Haltung in Vorstellungsgesprächen aus, in denen junge Ärztinnen und Ärzte öfter direkt fragen: „Was bieten Sie mir?“. Die Medizin sei jedoch eine besondere Berufskultur, die mehr persönlichen Einsatz erfordere als andere Fachdisziplinen. Zudem seien in der Medizin immer auch die persönlichen Beziehungen entscheidend. Letztlich führt in seinen Augen jedoch gerade die erhöhte Sensibilität für Fragen der Work-Life-Balance vonseiten der Nachwuchskräfte dazu, dass sich das System Hochschulmedizin reproduzieren kann: Die junge Generation vermeide hierarchische Strukturen eher, sodass es an den Universitätskliniken zu einer „Negativselektion“ (ÄD, Z. 424) komme – d. h., es gingen nur diejenigen Frauen und Männer den Karriereweg an den Universitätskliniken, die bereit seien, die dort vorherrschenden Rahmenbedingungen zu akzeptieren.

Vor diesem Hintergrund sind sich die befragten ExpertInnen überwiegend einig, dass nur die Institutionen, die bereit sind, ihre hierarchischen Systeme zu verändern, langfristig erfolgreich sein könnten, denn *„der Erfolg liegt sicherlich nicht in der Perpetuierung des alten Systems“* (ÄD, Z. 434–435). Es wird die Möglichkeit gesehen, dass der in den Kliniken und Fakultäten erlebte Einstellungswandel der jüngeren Generation auch einen generellen Kulturwandel anstoßen könnte, denn die jungen MitarbeiterInnen gingen anders mit der Kultur um als die älteren. So gebe es verstärkt jüngere KollegInnen (auch unter den ProfessorInnen), die partizipatorische Führungsmodelle anwendeten und versuchten, im Team zu führen, was sich letztlich positiv auf das Klima und die Kultur in der jeweiligen Klinik/dem jeweiligen Institut auswirke. Hierin liegt auch ein großes Potenzial für eine stärkere Verwirklichung von Gleichstellungszielen.

### 3.5.4 Geschlechterdifferente Berufsvorstellungen und Karrierebestrebungen

Neben Vereinbarkeitsproblemen, der abnehmenden Attraktivität einer medizinischen Laufbahn und den wandelnden Einstellungen der NachwuchsärztInnen führen viele der befragten Expertinnen und Experten den Gender Gap auch auf differente Berufsvorstellungen und Karrierebestrebungen von Frauen und Männern zurück. So würden Frauen den Karriereweg anders bestreiten als Männer und vor allem mit Macht anders umgehen. Macht sei mit vielen Auseinandersetzungen verbunden und für eine Führungsposition sei nicht nur die Qualifikation entscheidend, sondern genauso die Fähigkeit, Personal zu führen. In den Gesprächen wird die Meinung geäußert, dass sich viele Frauen nicht habilitierten, weil sie den Karriere- und Machtweg nicht gehen wollten. Ein Ärztlicher Direktor vermutet, dass möglicherweise die *„Frage der Competition und die Frage der Aggressivität in dieser Competition auch eine subtile Rolle“* (ÄD, Z. 613–614) spielten. Sie hielten Frauen davon ab, einen wissenschaftlichen Karriereweg zu gehen. Seiner Auffassung nach würden Frauen eher dazu neigen, sich nicht dauerhaft in *„spannungsgeladene Umfeldler“* (ÄD, Z. 617) zu begeben und sich dem *„Wegbeißwettbewerb“* (ÄD, Z. 622) nicht unbedingt stellen zu wollen.

In der Medizin sind der Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck aus Sicht vieler ExpertInnen unterschiedlich stark ausgeprägt. Die forschende Medizin habe heutzutage bereits eine starke Vernetzungskomponente, sodass verschiedene MedizinerInnen an differenten Standorten aus unterschiedlichen Disziplinen zusammenarbeiteten. Trotzdem bleibe auch bei einem interdisziplinären Ansatz in Krankenversorgung und Forschung letztlich immer die kompetitive Sicht erhalten. Nach wie vor gehe es darum, wer am Ende welchen Ressourcenzugang habe, wer es über einen Erfolg bei Drittmittelwerbungen und Publikationen auf welche Position schaffe, wer verstetigt werde und wer auf zeitlich befristeten Stellen verbleibe etc. Vor diesem Hintergrund äußern einige der Expertinnen und Experten die Vermutung, dass der „männliche“ Wesenszug eher von Risikobereitschaft gekennzeichnet sei und mit zeitlichen Befristungen besser umgehen könne, als dies bei Frauen der Fall sei. Es wird angenommen, dass viele Frauen keine Lust auf eine Professur in der Medizin hätten, weil sie sagen, *„das tue ich mir nicht an. Einfach auf den Punkt gebracht“* (GBF, Z. 916–917). Und zwar nicht nur,

weil sie sich nicht für oder gegen Kinder oder Karriere entscheiden wollten, sondern weil sie eine gute Work-Life-Balance anstrebten. Einige der Befragten berichteten, sie hätten es bereits mehrfach erlebt, dass Frauen eine Führungsposition angeboten worden sei, sie diese aber dankend abgelehnt hätten. Frauen würden sehr viel genauer abwägen, ob die Anforderungen und Verpflichtungen, die Arbeitsbedingungen und die kulturellen Strukturen auf den höheren Ebenen der Hochschulmedizin mit ihrem eigenen Lebenskonzept übereinstimmen.

*„Und dann kommen eben Unwägbarkeiten und auch eine gute Entscheidung hin zu Familien oder auch wie viele Ellenbogen möchte ich in meiner Karriere eigentlich nutzen müssen? Und ich finde es entspannt, dass Frauen da ein bisschen auch sagen, ich mach das nicht mit dem Brecheisen. Das ist es mir vielleicht dann auch nicht mehr wert.“ (GBUK, Z. 811–815)*

Zudem wird darauf hingewiesen, dass Führungspositionen relativ weit weg vom Menschen seien. Viele Frauen hätten ein Medizinstudium mit der Motivation begonnen, Menschen zu helfen bzw. sie zu heilen, sodass für sie der Umgang mit den Menschen in der täglichen Arbeit im Vordergrund stehe. Einige Gleichstellungsbeauftragte berichten aus Feedbackgesprächen mit Frauen, die auf der Karriereleiter aufgestiegen seien und eine Abteilungsleitung übernommen

hätten, dass diese häufig bedauern würden, dass sie kaum noch zu ihrer eigentlichen Arbeit kämen, weil sie 50 Prozent des Tages Konfliktberatung machten und die restliche Zeit in Gremien säßen. Ihrer Meinung nach hätten die Frauen häufig die Vorstellung, mit einer Führungsposition alles besser machen und über notwendige Ressourcen verfügen zu können; in der Realität sei es aber so, dass mit einer Führungsposition in erster Linie Personal- sowie Managementverantwortung einhergingen. Hier müssten die Frauen lernen zu delegieren.

Daneben wird von vielen der ExpertInnen allerdings auch betont, dass es in der Hochschulmedizin durchaus Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen gebe, die eine Professur für sich klar als Ziel sähen. Unter Umständen hätten diese Frauen das Problem, nicht wahrgenommen zu werden, da Frauen generell unterstellt werde, keine Professur anzustreben. Sie müssten ihr Karriereziel Wissenschaft und Professur deshalb umso lauter artikulieren, da ansonsten in der Regel auch die Unterstützung der Vorgesetzten ausbleibe.

In den Aussagen zeigen sich – sowohl bei den Leitungspersonen als auch den Gleichstellungsbeauftragten – damit sehr klare Vorstellungen von weiblichen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Vorlieben, die als Erfahrungswissen nicht selten unhinterfragt bleiben und verallgemeinert werden.

## Resümee

In vielen (Wissenschafts-)Bereichen lässt sich ein Gender Gap feststellen, doch in der Medizin ist der Unterschied zwischen den Frauenanteilen unter den Studierenden einerseits und der ProfessorInnenschaft andererseits besonders ausgeprägt. Die Hauptursache dafür sehen die Expertinnen und Experten in den Interviews in der schwierigen Vereinbarkeit von Familie, klinischer Qualifikation und Wissenschaftskarriere, die sich nach wie vor als eine besondere Herausforderung für Frauen als Mütter erweise. Die Anforderungen, die an Ärztinnen und Ärzte in der Hochschulmedizin gestellt werden, sind sehr hoch und können durch eine Familiengründung, durch zeitliche Auszeiten oder Teilzeitbeschäftigung nicht nur zusätzlich erschwert, sondern auch deutlich verlängert werden. Auch die Mutterschutzregelungen, die grundsätzlich richtig und wichtig seien, wie in den Gesprächen betont wird, stellten in ihrer

aktuellen Ausgestaltung einen erheblichen Nachteil für Frauen dar, weil sie dadurch zu einer langen Unterbrechung gezwungen wären, die eine Fortführung der eigenen Forschungen nicht selten unmöglich mache.

Daneben machen einige ExpertInnen die abnehmende Attraktivität der Professur als Karriereziel mit für den Gender Gap verantwortlich, weil sich dadurch viele ÄrztInnen für lukrative und aussichtsreiche Karriereoptionen außerhalb der Hochschulmedizin entscheiden würden. Auch wird in den Interviews insgesamt ein Einstellungswandel bei der jüngeren MedizinerInnengeneration festgestellt. Diese versuche, ihre berufliche Tätigkeit stärker mit Freizeit und Familie zu verbinden. Gute Arbeitsbedingungen würden für die Nachwuchsärztinnen und -ärzte immer mehr zu einem zentralen Entscheidungskriterium. Es läge nun an den Institutionen, auf diese Veränderungen zu reagieren, denn nur diejenigen, die ihre hierarchischen Systeme

reformierten, könnten langfristig erfolgreich sein. Darin liege jedoch gleichzeitig die Chance, durch den Einstellungswandel der jüngeren Generation auch einen generellen Kulturwandel anzustoßen, der Gleichstellungsaspekte stärker berücksichtigt. Einige Expertinnen und Experten vertreten zudem die Auffassung, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Berufsvorstellungen und Karrierebestrebungen unterscheiden würden. In diesem Zusammenhang wird die Meinung geäußert, Ärztinnen würden sich nicht habilitieren, weil sie

sich Auseinandersetzungen und Konflikten weniger stellen wollten. Sie würden mit Macht anders umgehen, Wettbewerb eher vermeiden und stärker eine gute Work-Life-Balance anstreben als ihre Kollegen. Außerdem hätten sie ihr Studium begonnen, um Menschen zu heilen. Daher stehe für sie der Umgang mit den Patientinnen und Patienten im Vordergrund, während Leitungs- und Managementaufgaben, die mit einer Führungsposition einhergehen, unattraktiv erschienen und ihrem beruflichen Selbstverständnis in geringerem Maße entsprächen.

### 3.6 WISSENSCHAFTSKARRIERE IN DER MEDIZIN AUS GLEICHSTELLUNGS- UND LEITUNGSSICHT

Die Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner orientiert sich vorrangig an der praktischen ärztlichen Tätigkeit. Die wissenschaftliche Orientierung und Qualifikation rückt im Studium und in der anschließenden fachärztlichen Weiterbildung sowie Spezialisierung mehr und mehr in den Hintergrund, während die Krankenversorgung und die Aneignung klinischer Kompetenzen im direkten PatientInnenkontakt im Mittelpunkt der Ausbildung stehen. Wer Interesse an Wissenschaft und Forschung hat und sich auch nach dem Studium wissenschaftlich weiter qualifizieren will, muss in der Medizin sehr viel Motivation und Eigeninitiative zeigen. Doch

den, die insbesondere Frauen auf dem Weg zu einer medizinischen Professur behindern.

#### 3.6.1 Karrierefördernde Faktoren

In den Gesprächen benennen die Expertinnen und Experten sehr unterschiedliche Faktoren, die ihrer Meinung nach für eine Karriere in der Hochschulmedizin insbesondere für Frauen förderlich sind bzw. sein können. Dabei zeigen sich viele Übereinstimmungen, daher sollen im Folgenden die zentralen Aspekte, die als Hauptfaktoren identifiziert werden können, näher erläutert werden.

*„die Doppelfunktion von Krankenversorgung und Forschung ist nötig: Denn die Forschungstätigkeit erleichtert das Verständnis von Krankheiten und steigert somit die ärztliche Kompetenz. Die Erfahrung als Arzt oder Ärztin wiederum ist wichtig, um in der klinischen Forschung – sei es grundlagen-, krankheits- oder patientenorientierte Forschung – die richtigen Fragen zu stellen und aus den Erkenntnissen geeignete Schlussfolgerungen für die Praxis zu ziehen. Aber die Vereinbarkeit von beidem ist schwierig, und forschende Ärztinnen und Ärzte sind zunehmend rar. Die Gründe dafür sind seit Langem bekannt: Es fehlt an Ausbildung für die medizinische Forschung, an Wertschätzung und an Honorierung.“ (DFG 2008b: 3)*

#### *Interesse und Leidenschaft für Forschung und Wissenschaft*

Die wichtigsten und förderlichsten Faktoren für eine Wissenschaftskarriere in der Medizin sind nach Auffassung der meisten ExpertInnen, das wird in den Interviews sehr deutlich, das Interesse einer Person an Wissenschaft und ihr Wille, diesen speziellen Weg zu gehen.

*„Erstmal muss das Interesse da sein so, das ist immer das Beste, was man tun kann, maximale Motivation ist für mich Interesse, das ist ja nicht bei jedem gegeben, bei Männern auch nicht, da gibt's ja auch welche, die eben sagen, Wissenschaft, Forschung ist einfach nicht mein Ding. Diese Fackel entzünden, das ist immer das ganz Entscheidende“ (D, Z. 569–573).*

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel geklärt, welche Faktoren die Expertinnen und Experten identifizieren, die ihrer Ansicht nach – insbesondere für Frauen – förderlich für eine Wissenschaftskarriere in der Medizin sind. Außerdem identifizieren sie Hür-

Daher sei es zentral, schon sehr früh für die Wissenschaft zu motivieren und das Interesse daran bereits im Studium zu vermitteln. Wissenschaft sei etwas, das



auch außerhalb der Universitätsklinik als praktisch tätige Ärztin/praktisch tätiger Arzt gebraucht werde, aber dafür müsse Leidenschaft geweckt werden. Niemand könne erfolgreich sein, die/der zwanghaft versuche, etwas zu erbringen, was ihr/ihm nicht liege und keinen Spaß mache. Der Weg bis zur Professur benötige viel Zeit und Engagement, erfordere aber auch sehr viel Glück. Für einen positiven Berufsweg sei das Identifizieren der eigenen Stärken hilfreich sowie eine kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Interessen und Fähigkeiten. Aus diesem Grund sehen es viele ExpertInnen als wichtig an, junge Menschen darin zu bestärken, ihre Begabungen zu entfalten. Ein Ärztlicher Direktor gibt im Interview an, sowohl den Nachwuchswissenschaftlerinnen als auch den Nachwuchswissenschaftlern zu raten, keine inakzeptablen Kompromisse einzugehen, es fände sich immer ein Weg. Seiner Meinung nach sind alle Frauen, die an seine Uniklinik berufen worden sind, Persönlichkeiten, die für ihr Thema „brennen“ (ÄD, Z. 449). Ihr gewählter Schwerpunkt sei das, wofür sie sich interessierten und einsetzten, und nur damit hätten sie sich erfolgreich entwickeln können.

#### *Spiel das Spiel mit – oder: neue Regeln für ein altes Spiel?*

In der Selbstwahrnehmung der ExpertInnen stellt die Hochschulmedizin ein besonderes wissenschaftliches Feld dar, das spezifischen Regeln unterliegt. Diese charakteristische Perspektive wird in den Gesprächen immer wieder deutlich gemacht – nicht zuletzt mit einer Forderung an Frauen, sich diesen Spielregeln der Medizin anzupassen, damit sie erfolgreich ihren Karriereweg bestreiten können. Eine Anpassung an den medizinischen Habitus und ein Funktionieren innerhalb der Hierarchieebenen werden von einigen ExpertInnen als zwingende Voraussetzungen für Akzeptanz und Erfolg in der Medizin gesehen. Eine Gleichstellungsbeauftragte hebt die Bedeutung für Wissenschaftlerinnen in der Medizin hervor, „dem Bild zu entsprechen“ (GBUK, Z. 722–723), weil die Medizin nach wie vor sehr hierarchisch strukturiert sei und Abweichungen von der Norm wenig akzeptiert würden. Wenn eine Doktorandin z.B. besonders gut und die „Starassistentin“ (GBUK, Z. 726) des Professors sei, sich dann aber für einen „Sonderweg“ (GBUK, Z. 727) entscheide oder dafür, Familienzeiten zu nehmen, und somit das System durcheinanderbringe, „dann fliegt man richtig gewaltig raus“ (GBUK, Z. 736). Sie berichtet von einem Gespräch mit dem Ärztlichen Direktor, das sie wegen einer Berufung geführt habe,

bei der eine Frau auf Platz zwei der Berufungsliste gesetzt worden sei, obwohl sie besser qualifiziert gewesen sei als der letztlich Erstplatzierte.

*„Und ich sprach nachher mit ihm und sagte, so geht es echt nicht mehr weiter in Ihrer Fakultät, und er kam dann ganz brav bei mir angefahren irgendwie und sagte dann in diesem ganzen Kontext [...]: Sie müssen das verstehen, als Resümee unseres Gespräches, sie hat dem Bild nicht entsprochen eines Chirurgen. Und dann gucke ich ihn an und sage: Was ist ein Bild eines Chirurgen? Ja, groß, weißer Kittel und graue Schläfen. Und sie war tatsächlich sehr klein und die haben sich gefragt, wie sie das hinkriegt. Ich mein nicht, dass sie so weit gekommen ist, sich nicht um eine W3-Professur bewerben zu können, aber das ist wirklich in der Medizin für mich unglaublich sinnbildlich. Das ist, wenn man da ein bisschen eine Eigenständigkeit hat und nicht im Mainstream denkt oder nicht im Mainstream funktioniert, das System spuckt einen aus, sofort, umgehend, wird sofort bestraft“ (GBUK, Z. 749–762).*

Während also einige ExpertInnen die Auffassung vertreten, Frauen müssten sich in gewisser Weise auf die Spielregeln in der Medizin einlassen und das Spiel mitspielen, um einen erfolgreichen Weg bestreiten zu können, sind andere der Meinung, dass Frauen vielmehr die Regeln der Hochschulmedizin sehr gut kennen und dann kreativ mit diesen umgehen müssten. Das sei ein sehr wichtiger Transformationsprozess, der stattfinden müsse.

*„Schau dir an, welche Regeln es gibt, und guck dir an, wie du damit umgehst, aber befolge sie nicht einfach“ (ProD, Z. 218–219).*

Eine befragte Professorin gibt in diesem Zusammenhang an, auf ihrem wissenschaftlichen Karriereweg mit Authentizität am besten weitergekommen zu sein. Sie würde Nachwuchswissenschaftlerinnen immer raten, authentisch zu bleiben, weil dadurch eine gewisse Sicherheit und auch innere Unabhängigkeit gegeben seien. Die innere Unabhängigkeit ist aus ihrer Sicht wichtig, auch wenn sie durch das hierarchische System in Medizin und Wissenschaft erschwert werde.

NachwuchswissenschaftlerInnen wird in den Interviews empfohlen, die informellen Regeln, die ungeschriebenen Gesetze der Fachkultur kennenzulernen, indem sie in Gremien mitarbeiteten und sich innerhalb der Fachcommunity vernetzten. Durch die Über-

nahme einer Position in einer Berufungskommission bekämen sie wichtige Einblicke in die Fakultät und ihnen würden die wesentlichen Punkte einer wissenschaftlichen Karriere in der Medizin aufgezeigt. Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte sieht vor diesem Hintergrund die Teilnahme an Berufungskommissionen als „kostenlose Anleitung“ (GBF, Z. 989), weil die dort gemachten Erfahrungen für sie sehr wertvoll und für ihre wissenschaftliche Karriere in der Medizin hilfreich gewesen seien.

In den Gesprächen wird die Ansicht geäußert, Frauen, die an der Uniklinik ihre Facharztausbildung absolvieren, seien sehr fleißig und scheuten keine Arbeit. In ihrem Umfeld würden sie aber vermutlich nicht laut genug artikulieren, dass sie zukünftig gerne eine verantwortliche Leitungsposition übernehmen möchten, und bei einer frei werdenden Stelle nicht den Anspruch erheben, „ich kann das, ich will das“ (GBF, Z. 497). Vielmehr warteten Frauen auf die Ermutigung durch Andere. Diese Ermutigung bleibe jedoch häufig gerade deshalb aus, weil die Vorgesetzten ihre Karriereambitionen so lange nicht wahrnahmen, wie die Frauen sie nicht artikulierten. Frauen müssten sich deshalb zunächst selbst darüber klar sein, was sie erreichen wollten, und dann im zweiten Schritt ihre Ambitionen öffentlich artikulieren. Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte betont, Studierende müssten ihr Verhalten in der Medizin mit Eintritt in die Berufswelt ändern, d. h., bis zum berufsbefähigenden Examen seien Studierende in der Medizin erfolgreich, wenn sie überaus fleißig seien, strukturiert lernten und die Anforderungen anderer bedienten. Nach vielen Jahren, in denen sie in dieser Form sozialisiert worden seien, kämen sie dann an den Kliniken in ein Umfeld, in dem das Bestehen in der Interaktion gefordert sei und zum beruflichen Erfolg unabdingbar dazugehöre, in dem die MedizinerInnen also nicht mehr nur das bedienen könnten, was andere an sie herantrügen. Sie erläutert, dass das Medizinstudium anders als ein geisteswissenschaftliches Studium nicht vom Diskurs geprägt sei, sondern sich durch das Üben von Fähigkeiten und das Lernen von Wissen auszeichne, das abgerufen und perfekt präsentiert werden müsse. In der Klinik müsse dann jedoch in den Dialog mit anderen getreten werden, in die Auseinandersetzung und auch in den Konflikt. Diese Umstellung sei eine große Herausforderung, die zum beruflichen Erfolg in der Medizin aber zwingend dazugehöre. Es sei entscheidend, nicht nur die äußeren Anforderungen zu bedienen, sondern selbst zu artikulieren, was man für sich will,

sich selbstständig Tätigkeitsfelder zu erschließen, eigene Stärken zu identifizieren und diese zu vertiefen, sich von Wegen abzugrenzen, die nicht den eigenen Zielen, Wünschen und Bedürfnissen entsprechen.

Nach Ansicht eines Dekans müssten sich Wissenschaftlerinnen zudem „eine eigene Story“ (D, Z. 793) erarbeiten, ein Thema, mit dem sie sich identifizierten und das sie von ihrer Chefin/ihrem Chef unterscheidet. Irgendwann müsse ein Profil entwickelt werden, das die Medizinerin/den Mediziner erkennbar mache. Gleichzeitig „hängt sehr viel vom Glück ab, ob jemand die Story hören will. Sie müssen Glück haben, dass das gerade passt. Sie können irgendwas Tolles machen, und dann haben Sie Pech, dann interessiert das jetzt keinen; oder Sie können Glück haben und plötzlich funktioniert es“ (D, Z. 802–806). Deswegen sei auch eine sehr hohe Frustrationstoleranz notwendig. Auch im Labor funktionierten viele Experimente erst mal nicht. Es gebe tolle Ideen, die aber nicht eins zu eins umgesetzt werden könnten, weil viele Rahmenbedingungen stimmen müssten, damit die Experimente funktionieren könnten. NachwuchswissenschaftlerInnen müssten lernen, dass sie viele Wege und Versuche umsonst machten, bis sie irgendwann ans Ziel kämen.

#### **Karriereplanung, Coaching- und Mentoringangebote**

Vor dem Hintergrund, dass Frauen nach Ansicht vieler ExpertInnen ihre Karriereambitionen ihren Vorgesetzten gegenüber deutlicher zum Ausdruck bringen müssten, sehen viele Befragte Coaching- und Mentoringangebote als gute Möglichkeit für Nachwuchswissenschaftlerinnen, „Selbstmarketing“ (GBF, Z. 805) zu erlernen. Insbesondere Mentoringprogramme seien hilfreich, um sich einerseits über die Besonderheiten der medizinischen Fachkultur auszutauschen sowie andererseits den eigenen Karriereweg zu planen und strategisch anzugehen. Die Frauen sollten „erst mal zu sich selber Kontakt kriegen, sich selber entwickeln, sich selber etwas zutrauen, sich auch über [ihr] eigenes Werteprofil im Klaren werden, dann in die Kommunikation gehen und dann eben institutionell zusammenhängend denken“ (ProD, Z. 91–94). An den Unikliniken in NRW gibt es zunehmend Mentoring- und Coachingprogramme für Nachwuchswissenschaftlerinnen und Ärztinnen, die speziell auf die Bedingungen in der Medizin und die Dimensionen der Führungskräfteentwicklung im klinischen Alltag zugeschnitten sind. Diese Mentoringprogramme können aus Sicht einiger ExpertInnen auch intern in der Medizinischen Fakultät und der Klinik zu einer Bewusstseinsbildung bei-

tragen, weil ProfessorInnen und Klinikleitungen als MentorInnen über die Mentees Einblicke in spezifische Hindernisse bekämen, die Frauen auf ihrem Weg der Karriereentwicklung sähen, und dann entsprechend gegensteuern könnten. Darüber hinaus sollten die Programme, so eine Expertin, auch für Männer und Frauen gemeinsam angeboten werden, weil es keinen Zweck habe, *„wenn wir inselmäßig fördern, sondern es muss diese Gemeinsamkeit da sein und ein gegenseitiges Verständnis, es kann ja nicht sein, dass nur Frauen lernen, Männer zu verstehen in ihrem Kommunikationsverhalten, sondern das muss ja umgekehrt auch so sein und das geht halt nur zusammen“* (ProD, Z. 99–103).

In den Interviews wird auch angesprochen, wie wichtig es sei, dass Vorgesetzte gemeinsam mit den jungen Assistenzärztinnen und -ärzten deren Karriere planen, indem sie fragten, welche beruflichen Ziele diese hätten, und zusammen ausloteten, wo Unterstützung möglich sei. Eine solche Betreuung, Begleitung und Weitergabe von Erfahrungswissen durch Vorgesetzte sei für den wissenschaftlichen Karriereweg förderlich. Ein Ärztlicher Direktor gibt in diesem Zusammenhang an, er versuche bei Neuberufungen, genau darauf Einfluss zu nehmen, indem er Gespräche mit den ProfessorInnen führe und ihnen sage, dass sie ihre Mitarbeitenden in verschiedene Gruppen einteilen sollten – in eine Gruppe von Mitarbeitenden, die wissenschaftlich arbeiten wollten und entsprechend gefördert werden müssten, in eine Gruppe von Mitarbeitenden, die vorwiegend klinisch tätig sein möchten, und eine Gruppe von vorwiegend klinisch Tätigen, die eventuell ein *„Optionspotenzial“* besäßen, um für Wissenschaft begeistert zu werden. Als förderlich werden zudem das konkrete Aufzeigen des wissenschaftlichen Karrierewegs in der Medizin und die klare Benennung von Möglichkeiten gesehen, wie sich junge MedizinerInnen in der Forschung weiterentwickeln könnten.

Nach Ansicht vieler ExpertInnen haben Frauen sehr gute Chancen, den Weg zur Professur erfolgreich zu meistern, wenn der wissenschaftliche Karriereweg transparent gemacht, gut organisiert und seitens der Uniklinik und der Medizinischen Fakultät unterstützt werde. Strukturierte Qualifizierungsprogramme mit Vereinbarungen und engmaschiger Betreuung seien hilfreich, um Frauen auf ihrem Karriereweg zu fördern. An den Unikliniken in NRW werden aktuell verstärkt Rotationsstellen eingerichtet. Damit sollen MedizinerInnen die Möglichkeit erhalten, sich bis zu einem Jahr aus der Arbeit in der Klinik zurückzu-

ziehen und stattdessen ihre wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeiten voranzutreiben. In den Gesprächen werden diese Rotationsstellen als sehr förderlich für eine Wissenschaftskarriere in der Medizin bewertet. Da sich Frauen und Männer gleichermaßen auf solche Stellen bewerben können, müssten Frauen jedoch auch hier präsent sein und deutlich machen, dass sie gerne ein Jahr forschungsfrei hätten. Darüber hinaus müssten die interessierten Nachwuchskräfte in die entsprechenden Netzwerke eingebunden sein, denn mit den Namen einer Wissenschaftlerin bzw. eines Wissenschaftlers müsse auch ein Gesicht verbunden werden können, damit sie/er gefördert und protegiert werde. In der Klinik sei dies eine besondere Herausforderung und die jungen ÄrztInnen müssten sich sehr genau überlegen, womit sie sich präsentierten und sich von den anderen vor der Chefin/dem Chef abheben könnten. Auch müssten sie deutlich sagen, dass sie forschen und sich habilitieren möchten, und Prioritäten setzen, indem sie z.B. einen Dienst nicht übernähmen, weil sie die Zeit für die Forschung bräuchten. Dies sollte klar formuliert werden.

Einige ExpertInnen weisen darauf hin, dass sich ein Teil der MedizinerInnen nach eigener Aussage habilitieren wolle, um mit einem ProfessorInnentitel eine Position als Chefärztin bzw. Chefarzt außerhalb der Uniklinik zu erreichen. Darin liegt ein großer Unterschied zu anderen Fachdisziplinen, in denen die Habilitation ausschließlich für eine wissenschaftliche Karriere qualifiziert. Bei den MedizinerInnen kann die Habilitation dagegen auch „nur“ Beiwerk für die klinische Karriere sein. Aus ExpertInnensicht ist die Habilitation in der Medizin nach wie vor der Hauptweg für eine Berufung auf eine Professur. Die Juniorprofessur habe in der Medizin keine hohe Bedeutung, und einen Ruf auf eine Professur durch habilitationsäquivalente Leistungen erhielten nur sehr wenige. WissenschaftlerInnen, die aus Deutschland kämen und keine Habilitation hätten, müssten sehr gute Publikationsleistungen vorweisen können, um ohne Habilitation eine Berufungschance zu erhalten. Aus diesem Grund rieten Gleichstellungsbeauftragte Frauen immer dazu, noch an einer Habilitation zu arbeiten, selbst wenn sie bereits eine Juniorprofessur innehätten.

#### *Die Bedeutung von Role Models und Oberarztstellen*

In den Interviews wird auf die Bedeutung von Role Models in den Kliniken für die medizinische Wissenschaftskarriere insbesondere für Frauen hingewiesen. Dies unterstreicht die Bedeutung von Professorinnen

oder Oberärztinnen, um ihre Erfahrungen an die jüngeren Ärztinnen weiterzugeben, diesen Mut zu machen, den Weg ebenfalls zu gehen, und sie entsprechend zu fördern:

*„Ja, da sind natürlich auch die Klinikdirektoren und -direktorinnen gefragt. Das sehe ich ja auch, oder Institutsdirektoren, -direktorinnen. Das beginnt ja schon an der kleinsten Weiterbildungsstufe. Man muss einfach auch die Doktorandinnen ermutigen, sich wissenschaftlich auch weiterhin zu engagieren, man [...] hat ja auch eine Vorbildrolle als Direktorin oder Direktor und man muss auch in Gesprächen klarmachen, dass auch Frauen fähig sind, solche Positionen anzunehmen und dass auch Frauen gut sind in der Forschung.“ (ProD, Z. 101–108)*

Zudem müssten Frauen aus Sicht einiger ExpertInnen durch das Uniklinikum als Arbeitgeber stärker darin unterstützt werden, sich nach dem Erreichen ihres Facharztstatus auf Oberarztstellen zu bewerben, da mit der Oberarztqualifikation die Möglichkeit bestünde, Chefärztin zu werden und sich auf einen Lehrstuhl zu bewerben. Seine Erfahrung zeige, so ein Ärztlicher Direktor, dass sich Frauen bei Oberarztstellen bisher weniger hartnäckig durchgesetzt hätten als Männer, deshalb sei es sehr wichtig, vonseiten der Klinik stärker darauf zu achten, auch Oberarztstellen mit Frauen zu besetzen, um einen wichtigen Beitrag zur Berufbarkeit von Frauen zu leisten. Eine paritätische Besetzung der Oberarztstellen sei für ihn ein Erfolgskriterium, damit mehr Frauen Chefarztpositionen und Professuren erreichten.

Von einigen der Expertinnen und Experten wird hervorgehoben, dass promovierte Medizinerinnen und promovierte Mediziner nicht nur gelernt haben sollten, wissenschaftlich zu arbeiten, sondern auch ein Team zu leiten, Menschen zu führen und zu motivieren. Diese Soft Skills müssten jedoch auch vermittelt werden. Es sei daher eine Kombination aus Wissensförderung einerseits und der Vorbereitung auf Führungspositionen andererseits notwendig. Das könnte dazu beitragen, dass sich auch Frauen Leitungspositionen eher zutrauten. Am Uniklinikum Münster wurde z. B. ein Managementprogramm entwickelt, das jede/jeder, die/der Oberärztin bzw. Oberarzt werden will, durchlaufen muss und in dessen Verlauf Schlüsselkompetenzen in Bezug auf Führung und Kommunikation vermittelt werden. Für die Oberarztternennung ist dieses Weiterbildungsprogramm Pflicht, es kann aber jede/jeder Mitarbeitende daran teilnehmen, wenn

sie/er von der/dem Vorgesetzten dafür freigestellt wird. Die ExpertInnen betonen, dass das Programm für Frauen und Männer sehr sinnvoll sei, weil es konkret auf Führungspositionen vorbereite. Der Ärztliche Direktor der Uniklinik ernennt keine Mitarbeitenden zur Oberärztin/zum Oberarzt, die dieses Programm nicht komplett durchlaufen haben.

### Vereinbarkeitsmaßnahmen für Familie und Wissenschaft/Beruf

Als förderlich werden in den Interviews auch Vereinbarkeitsmaßnahmen für Familie und Wissenschaft/Beruf benannt, wie bspw. flexible Arbeitszeitmodelle oder eine Kinderbetreuung außerhalb der regulären Betreuungszeiten, damit auch während Forschung und wissenschaftlicher Aktivitäten eine verlässliche Betreuung für die Kinder organisiert werden könne. Viele ExpertInnen betonen in diesem Zusammenhang jedoch, dass es nach wie vor von den Einzelnen abhängt und davon, welche Unterstützung diese im sozialen Umfeld hätten, so z. B., ob die Partnerin/der Partner akzeptiere, dass für die Karriere bestimmte Dinge verfolgt/durchgezogen werden müssten. Alles sei machbar, auch wenn es natürlich kein einfacher Weg sei. Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte äußert im Gespräch die Ansicht, dass es eine große und dauerhafte Belastung sei, wenn hinter den eigenen Wünschen zurückgeblieben werde.

*„Und irgendwann kommt der Satz, ich habe dafür alles aufgegeben“ (GBF, Z. 652–653).*

Sie persönlich habe für sich entschieden, den Stress auf sich zu nehmen, damit sie später nicht bereue, es nicht getan zu haben. Gleichzeitig habe sie jedoch erst lernen müssen, auf der Arbeit klar zu kommunizieren, dass sie bei wichtigen Ereignissen im Leben ihres Kindes dabei sein müsse und nicht arbeiten könne, egal was komme. Hierfür seien eine bewusste Entscheidung für die eigenen Prioritäten sowie die anschließende offene Kommunikation dieser Position nach außen notwendig. Das sei eine Haltung, eine Einstellung, die individuell entwickelt werden müsse.

### 3.6.2 Karrierehinderliche Faktoren (insbesondere für Frauen)

Neben förderlichen Faktoren für eine Karriere in der Hochschulmedizin wurden die Expertinnen und Experten in den Gesprächen auch nach Faktoren gefragt, die sich negativ auf die wissenschaftliche Karriereent-

wicklung insbesondere von Frauen auswirken und diese sogar verhindern können. Im Folgenden werden die zentralen Aspekte genauer beleuchtet, die von den ExpertInnen in diesem Zusammenhang als besonders relevant hervorgehoben wurden.

#### *Fehlende Netzwerke*

Als hinderlich für einen erfolgreichen Karriereweg in der Hochschulmedizin erweist sich aus Sicht vieler ExpertInnen eine geringe Präsenz in wichtigen Netzwerken. Hier sehen einige Befragte insbesondere bei Frauen einen Nachholbedarf und äußern die Ansicht, dass das Bewusstsein, Netzwerke zu knüpfen, von Frauen häufig erst im Laufe der Zeit und damit eigentlich zu spät entwickelt werde. Frauen seien eher in Frauennetzwerken zu finden; diese seien jedoch weniger förderlich für eine Karriere in der Medizin, sondern dienten vorwiegend der gegenseitigen Unterstützung und Kontaktpflege. Für eine Fakultätsvergleichsbeauftragte haben Frauen Hemmungen, Personen auf Tagungen/Kongressen anzusprechen und diese als „*Karrieremotor oder als Buddy oder als Mentor*“ (GBF, Z. 533) zu nutzen. Männer hingegen würden das selbstverständlicher tun und sich nicht davor scheuen, Kontakt zu anderen Personen aufzunehmen, wenn diese für ihre Karriere förderlich sein könnten. Zudem spielten einigen ExpertInnen zufolge in der Medizin nach wie vor Seilschaften und Old-Boys-Networks eine große Rolle, die es Männern eher erleichterten, den medizinischen Karriereweg zu gehen. Einige der Expertinnen vertreten die Meinung, dass die Förderung von Habilitanden und Nachwuchswissenschaftlern durch Vorgesetzte besser funktioniere.

#### *Informelle Mechanismen und Prozesse*

In den Gesprächen wird deutlich, dass es informelle Mechanismen und Prozesse zu geben scheint, die im Verborgenen geschehen und insbesondere den Karriereweg für Frauen erschweren. Eine Fakultätsvergleichsbeauftragte berichtet von einer jungen Ärztin, die im Kreise ihrer Kolleginnen und Kollegen erwähnt habe, dass sie eine Oberarztstelle anstrebe. Daraufhin sei sie von einem Kollegen verbal angegriffen und auf die Probe gestellt worden: „*Jetzt ist der Welpenschutz vorbei, jetzt kannst du mal sehen, wie hier der Ton zwischen den Oberärzten ist, das musst du jetzt erst mal aushalten*“ (GBF, Z. 578–580). Frauen müssten sich, das wird vor allem von den Gleichstellungsbeauftragten betont, in besonderer Weise auf ihrem Karriereweg unter Beweis stellen. In manchen Fällen sei es zudem so, dass sich die Frauen den Weg bis zur Pro-

fessur nicht zutrauten bzw. „*irgendwann den Biss verlieren, weil es dann doch schwieriger wird als gedacht*“ (GBF, Z. 561–562). Einen Grund für die fehlende Förderung von Frauen wird in bestimmten Vorurteilen gesehen, die in der medizinischen Kultur noch immer vorhanden seien und einen Perspektivwechsel sowie kulturellen Wandel verhinderten. Eine Gleichstellungsbeauftragte erinnert sich im Interview an ein Gespräch mit einem Professor, der als Grund für die Unterrepräsentanz von Frauen in den sogenannten „*schneidenden*“ Fächern angeführt habe, Frauen könnten die Arbeit körperlich nicht durchstehen, weshalb sie ihnen auch nicht aufgebürdet werden sollte. Darin zeige sich, so die Gleichstellungsbeauftragte, dass viele Professoren bestimmte Denkweisen heute zwar nicht mehr offen formulierten, trotzdem seien diese deshalb noch lange nicht aus den Köpfen verschwunden.

Darüber hinaus vertraten in den Gesprächen einige ExpertInnen die Auffassung, dass diejenigen Frauen, die es auf eine Professur geschafft hätten, stark seien. Um Strukturen und damit die medizinische Kultur verändern zu können, hätten jedoch aktuell zu wenige Frauen höhere Positionen inne. In der Uniklinik sei es wichtig, eine Klinik oder einen entsprechenden Bereich zu leiten, der viel Geld erwirtschaftet, da in der Medizin nicht nur die wissenschaftliche Reputation eine wesentliche Rolle spiele, sondern genauso der finanzielle Aspekt. Vielen Frauen, so die Ansicht vor allem der Expertinnen, seien die Schwierigkeiten einer weiblichen Karriere in der Medizin durchaus bewusst und sie wollten die Strukturen verändern, gleichzeitig hätten sie jedoch Angst, für Abweichungen vom System „*abgekanzelt*“ (GBUK, Z. 895) zu werden. Sie befürchteten, ihnen könnten Geld und erkämpfte Territorien weggenommen sowie ihr wissenschaftlicher Wirkungsbereich eingeschränkt und infrage gestellt werden. Vor diesem Hintergrund, betont eine Gleichstellungsbeauftragte, sei gerade bei den Professorinnen ein Bewusstsein für Geschlechterungerechtigkeiten des medizinischen Systems vorhanden. Da aber eine schützende Masse an Frauen fehle, seien diese aus Sorge vor Einbußen, z.B. in Bezug auf finanzielle Mittel, mit Protesten zurückhaltend und würden sich nicht zur Wehr setzen.

#### *Mangelnde Nachwuchsförderung*

Als weiteren hinderlichen Faktor für eine wissenschaftliche Karriere in der Hochschulmedizin identifizieren viele der ExpertInnen in den Interviews die mangelnde Nachwuchsförderung und die un-

veränderten Rahmenbedingungen in der Hochschulmedizin. So ist ein Ärztlicher Direktor der Ansicht, der Ärztemangel in der Medizin hänge auch damit zusammen, dass sich vor allem die Universitätskliniken und Krankenhäuser als ArbeitgeberInnen nicht um den Nachwuchs bemühten, sondern davon ausgingen, dieser komme nach, ohne dass sie dafür etwas tun müssten. Es gebe sogar noch Professoren, die keine Stellenanzeigen aufgeben wollten, obwohl ihnen mittlerweile die AssistenzärztInnen fehlten, weil ihre KollegInnen nicht sehen sollten, dass sie freie Stellen in ihrer Klinik hätten. Dabei würden sich viele ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner an den Unikliniken gar nicht erst bewerben, weil sie unter den dortigen Bedingungen nicht arbeiten wollten. Es würden zwar zunehmend Regeln eingeführt, wie eine Beschränkung von Nachtdiensten, die es in den vorherigen Generationen nicht gegeben habe, trotzdem sehen viele der ExpertInnen die Sozialverträglichkeit des Ausbildungsberufs in der Medizin nach wie vor problematisch. Diese Aussage legt nahe, dass sich die Nachwuchsförderung im Bereich der Medizin nicht alleine auf die wissenschaftliche Seite beschränken kann, sondern den Bereich der klinischen Ausbildung sowie die PatientInnenversorgung mitdenken muss. Will sie nicht ins Leere laufen, muss auch in diese Bereiche strukturverändernd eingegriffen werden. Dies bestätigen nicht zuletzt die Erfahrungen mit dem sogenannten Bochumer Modell (vgl. Kap. C 2.7): So wird in den Gesprächen hervorgehoben, dass die Entscheidung für die Wissenschaft an den Bochumer Kliniken seltener getroffen wird als an anderen Unikliniken, weil hier die Krankenversorgung stärker im Fokus stehe. Der Dekan sieht den starken Versorgungsauftrag als ein Grundproblem des Bochumer Modells, weil dadurch die Bindung der Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken an

die Universität nicht so stark sei wie z.B. an den Unikliniken Essen oder Bonn. Unter anderem hänge das auch mit der räumlichen Entfernung der Kliniken von der Universität zusammen. Durch diese spezifische Situation des Bochumer Modells bestehe eine besondere Hürde für Frauen, den nächsten Karriereschritt zu wagen und sich zu habilitieren.

### *Fehlende Transparenz und Standardisierung*

Als eine weitere Hürde für Frauen erweisen sich, das wird in den Gesprächen mit den ExpertInnen sichtbar, die fehlende Transparenz und Standardisierung der Vergabe von Stellen für Oberärztinnen und Oberärzte. Sie sind die ersten Positionen in der Medizin, die nicht rein durch fachliche Eignung erworben werden, sondern eine Beförderung darstellen. Hierfür müsste es, insbesondere den Aussagen der Gleichstellungsbeauftragten zufolge, verbindlichere, festgeschriebene Kriterien oder sogar öffentliche Ausschreibungen geben, damit nicht *„an den Frauen vorbei befördert wird“* (GBF, Z. 771). Oberärztinnenstellen seien *„die Sprungbretter“* (GBUK, Z. 879) für eine medizinische Karriere und für die notwendige Vernetzung; bisher sei deren Besetzung allerdings nicht einheitlich geregelt und transparent gestaltet. Die Gleichstellungsbeauftragte eines Uniklinikums vertritt die Position, die Stellenvergabe werde den Seilschaften und Netzwerken überlassen, und vielen Vorgesetzten sei nicht einmal bewusst, dass sie ihren Assistenzarzt bereits früh als Oberarzt sähen und ihm später die Stelle zuteilten, anstatt sich nach geeigneten Medizinerinnen umzusehen. Hier müssten ein Bewusstseinswandel in den Köpfen herbeigeführt und Stringenz eingefordert werden, damit die Besetzung von Oberarztstellen nicht zu einer unüberwindbaren Hürde für Frauen auf ihrem Karriereweg werde.

## Resümee

In der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte stehen die Aneignung klinischer Kompetenzen und die Krankenversorgung im Mittelpunkt, während die wissenschaftliche Orientierung und Qualifikation bereits im Studium, noch mehr jedoch in der fachärztlichen Weiterbildung in den Hintergrund geraten. Angesichts dessen wurden die Expertinnen und Experten in den Interviews nach ihren Empfehlungen an NachwuchsmedizinerInnen und insbesondere an Medizinerinnen gefragt und auch danach, welche Hürden sie gerade für Frauen auf dem Weg zur Professur sehen.

Grundlegende Voraussetzung für eine Karriere in der Hochschulmedizin ist nach Ansicht vieler ExpertInnen das Interesse an Wissenschaft und der Wille, diesen speziellen Weg zu gehen – ohne diese beiden Voraussetzungen wäre eine erfolgreiche wissenschaftliche Laufbahn kaum möglich. Die spezifischen Eigenheiten der Medizin und speziell der Hochschulmedizin als Feld mit eigenen Regeln werden von den ExpertInnen immer wieder betont. Für Akzeptanz und Erfolg sei es, so einige ExpertInnen, zwingend notwendig, diese Regeln zu kennen und sich ihnen anzupassen, während andere ExpertInnen die Auffassung vertreten, dass gerade Medizinerinnen die Regeln zwar kennen, aber

kreativ mit ihnen umgehen müssten. Auch müssten Ärztinnen, die an einer leitenden Position interessiert seien, sehr deutlich ihre Ziele kommunizieren. In diesem Zusammenhang werden in den Gesprächen wiederholt Coaching- und Mentoringprogramme angesprochen, die Frauen helfen könnten, ihre Karriereambitionen Vorgesetzten gegenüber deutlich zum Ausdruck zu bringen. Daneben sehen einige ExpertInnen aber auch die Kliniken in der Pflicht, die Assistenzärztinnen und -ärzte besser zu betreuen und zu begleiten sowie wissenschaftliche Karrierewege transparenter zu machen und besser zu organisieren. Auch eine erleichterte Vereinbarkeit von Familie mit Beruf und wissenschaftlicher Qualifizierung läge in ihrer Verantwortung.

Eine geringe Präsenz in Netzwerken, informelle Mechanismen und Prozesse, eine mangelnde Nachwuchsförderung sowie die fehlende Transparenz und Standardisierung der Vergabe von Stellen für Oberärztinnen und Oberärzte sehen viele ExpertInnen in den Interviews als hinderlich für eine Karriere in der Hochschulmedizin. Vor allem wird kritisch angemerkt, dass Universitätskliniken und Krankenhäuser als ArbeitgeberInnen noch nicht erkannt hätten, dass sie sich um den Nachwuchs bemühen müssten. Vielfach würde nach wie vor davon ausgegangen, dieser komme nach, ohne dass etwas dafür getan werden müsse. Angesichts des Ärztemangels müsse hier ein Umdenken stattfinden.

### 3.7 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR MEHR GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT IN DER HOCHSCHULMEDIZIN AUS GLEICHSTELLUNGS- UND LEITUNGSSICHT

Geschlechterungleichheiten in der Medizin sind, wie die Gespräche gezeigt haben, im klinischen und wissenschaftlichen Alltag präsent. Zwar nehmen die Frauenanteile auf den höheren Ebenen langsam zu, doch die Berechnung des Time Lags (s. Kap. C 1) lässt erkennen, dass sich das Ungleichgewicht zwischen Frauen und Männern nicht automatisch „auswächst“; vielmehr müssen Maßnahmen entwickelt werden, um eine Chancengleichheit in der Hochschulmedizin für alle Statusgruppen voranzutreiben, den Frauenanteil auf Professuren zügiger zu erhöhen und einen kulturellen Wandel bewusst anzuregen. Vor diesem Hintergrund wurden ExpertInnen in den Interviews gefragt, an welcher Stelle sie die Notwendigkeit sehen, mehr für die Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin zu tun. Ebenso wurden sie auf der Basis ihrer Expertise und ihrer spezifischen Sichtweise um Handlungsempfehlungen gebeten, mit denen sich der Gender Gap in der Hochschulmedizin reduzieren ließe und die dazu beitragen, eine hochschulmedizinische Professur häufiger als bisher zu einer erreichbaren Karriereoption für Frauen werden zu lassen.

#### 3.7.1 Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Als zentrale Verbesserungsempfehlung sprechen sich die Expertinnen und Experten mehrheitlich für einen weiteren Ausbau der Vereinbarkeitsmaßnahmen von Familie und Beruf am Uniklinikum und in der Medi-

zinischen Fakultät aus, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Hochschulmedizin gewinnen bzw. Beschäftigte halten zu können. Vereinbarkeit sei immer noch ein großer Punkt, *„der die Frauen belastet“* (GBF, Z. 507–508). Notwendig sei es, dass die Leitungsebene Offenheit für die Vereinbarkeit von Familie, Wissenschaft und Klinikalltag signalisiere und diese Haltung/Einstellung in einem Top-down-Prozess in die einzelnen Ebenen der Hochschulmedizin hineintrage bzw. an die Mitarbeitenden weitervermittele; die Notwendigkeit, eine Entscheidung zwischen Beruf und Familie zu treffen, *„ist von gestern“* (ÄD, Z. 553–554). Ein Ärztlicher Direktor vertritt im Interview die Meinung, dass es noch viele Führungspersonen gebe, die Gleichstellung nicht als Chefsache ansähen und stattdessen überzeugt seien, eine Teilzeitbeschäftigung sei nicht mit dem klinischen Betrieb zu vereinbaren, insbesondere in den operativen Fachgebieten der Medizin. Er habe die Erfahrung gemacht, dass Jobsharing in klinischen Fachgebieten sehr wohl praktiziert werden könne, wenn klare Regeln aufgestellt würden, die eingehalten werden müssten. Für ihn gehört es deshalb zu den zentralen Aufgaben, für Teilzeitmöglichkeiten zu werben und in den einzelnen Fachgebieten dafür zu sensibilisieren.

*„Was diese Vereinbarkeit angeht, Familie und Beruf, ich meine, da haben natürlich viele drüber nachgedacht [...]. Das ist einfach ein Problem, ich meine, die Kinder bekommen die Frauen, nicht die Männer, und das ist*

*schon mal mit einer Schwangerschaft verbunden, Geburt, vielleicht Stillzeit und so weiter, und da muss man ganz gute Konzepte haben, um das zu kompensieren. Ich hatte sehr, sehr viele Job-Sharing-Positionen in der Klinik, wo ich Vorsteher war, ich habe ein Jahr gehabt, wo elf Ärztinnen schwanger waren mit zwölf Kindern, das Jahr 2000, [...] und auch das ging, weil es gut organisiert war und die sind auch unendlich dankbar, die, die dann Modelle vorgefunden haben, wo sie das gut in Einklang bringen konnten. Und viele davon haben sich dann auch hervorragend akademisch entwickelt.“ (ÄD, Z. 322–338)*

In den ExpertInnengesprächen wird die Forderung erhoben, die Universitätskliniken müssten selbstbewusster auftreten und kommunizieren, dass die Dreifachstätigkeit aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung inhaltlich abwechslungsreich und attraktiv und eine Vereinbarkeit mit Familie durchaus machbar sei. Darüber hinaus sollten Frauen, die gute Erfahrungen in den Kliniken gemacht und ein attraktives Angebot bekommen hätten, das die Vereinbarkeit von Familie und Karriere in der Hochschulmedizin ermögliche, ihre persönlichen Erfahrungen an die nächste Generation weitervermitteln. Nach Ansicht eines Ärztlichen Direktors sei hierfür eine gesellschaftliche Kulturveränderung der familiären Vorstellungen vonnöten und eine Orientierung an funktionierenden Modellen in anderen westeuropäischen Staaten könne Anknüpfungsmöglichkeiten bieten. Vor allem müsse das gesellschaftliche Familienbild verändert werden, das ein sehr traditionelles sei und in dieser Form seit etwa 30 Jahren in einer „Sackgasse“ (ÄD, Z. 480) stecke. Er habe erlebt, dass zu Beginn der 1980er Jahre sehr viele Ärztinnen und Frauen aus der Pflege nach Belgien gezogen seien, „weil dort fraglos schon im ersten Jahr und auf jeden Fall danach eine funktionierende, eine einlösbare Garantie auf Kinderbetreuung bestand“ (ÄD, Z. 485–486). In Deutschland finde seiner Meinung nach langsam eine Veränderung statt, die sich an andere europäische Länder wie Belgien anlehne, eine Kulturveränderung brauche aber Zeit. In Belgien habe es nach seinen Erfahrungen bereits in den 1980er Jahren eine „über Generationen gewachsene Kultur“ (ÄD, Z. 491–492) mit stimmiger Kinderversorgung, Frauenakzeptanz im Beruf und differierten Lebensentwürfen gegeben, die in der Gesellschaft verankert gewesen sei. All dies sei in Deutschland noch nicht gesellschaftlich akzeptiert, sodass keine grundlegende Kulturveränderung diesbezüglich stattfindet, sondern diese auf Einzelmaßnahmen beschränkt bleibe. Diese

Auffassung wird von anderen ExpertInnen geteilt, die den wesentlichen Unterschied zwischen westeuropäischen Ländern ebenfalls in der gesellschaftlichen und politischen Akzeptanz der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehen und Deutschland in dieser Hinsicht einen großen Nachholbedarf bescheinigen.

#### **Kinderbetreuung ausbauen**

Für eine Steigerung der Attraktivität des Arbeitsortes Uniklinikum und für eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betonen viele Expertinnen und Experten in den Interviews die Bedeutung des Ausbaus von Kinderbetreuungsangeboten, denn „es steht und fällt, wir sehen das auch bei Männern zunehmend, weil die sich auch in der Familie engagieren, mit der Kinderbetreuung“ (GBF, Z. 949–951). Die Unikliniken in NRW besitzen eigene Betriebskindergärten, die ihre Betreuungsplätze in den letzten Jahren stetig erhöht haben. Diese Plätze deckten jedoch, so schildern es vor allem Expertinnen, nur einen Bruchteil des Bedarfs ab und seien letztlich „ein Tropfen auf den heißen Stein“ (GBF, Z. 965). Zudem müssten die Kinderbetreuungsmöglichkeiten an die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Beschäftigungsgruppen angepasst werden. In den Kitas müssten zum einem Plätze für die Beschäftigten aus der Pflege angeboten und in diesem Zusammenhang Rücksicht auf deren Drei-Schicht-System genommen werden. Zum anderen benötigten die wissenschaftlichen Beschäftigten ausreichend Kita-Plätze, die eine Vereinbarkeit von Familie, Forschung und Klinikalltag ermöglichen. Darüber hinaus müssten auch den nichtwissenschaftlichen Beschäftigten genügend Plätze in der Kinderbetreuung zur Verfügung gestellt werden. Diese Gruppe fände häufig wenig Beachtung, obwohl auch sie am Klinikum in der Regel keinen Nine-to-five-Job habe und somit ebenfalls auf flexible Betreuungsmöglichkeiten angewiesen sei, die über die Betreuungszeiten von Regelkindergärten hinausgingen. Hier deutet sich in den Gesprächen eine gewisse Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen an, denn

*„wenn wir zum Beispiel hier Kinderbetreuungsplätze für Professorinnen anbieten wollen, dann kriegen Sie das in diesem Unternehmen nicht hin, weil da wird der Personalrat sagen, nee, nee, da gibt es die Krankenschwester, die auch ein Kind hat, und das ist auch aus Sicht des Personalrats völlig nachvollziehbar, ist aber jetzt für uns als Medizinische Fakultät ein Riesennachteil“ (D, Z. 429–434).*



Auch seien die Betreuungsangebote in der Regel für Kinder bis sechs Jahre vorgesehen, für Schulkinder gebe es dagegen mit Ausnahme der Ferienbetreuungsprogramme in Kooperation mit den Universitäten keine Angebote. Den Befragten zufolge zeigten sich auch in bestehenden und eigentlich gut aufgestellten Strukturen (wie den Betriebskindergärten an den Unikliniken) immer wieder neue Problemfelder, die mit der Frage nach Vereinbarkeit verknüpft seien.

### Mutterschutz neu regeln

Ein weiterer zentraler Aspekt, auf den in den Gesprächen mit den ExpertInnen wiederholt eingegangen wird, sind die Arbeitsschutzregelungen für Schwangere. Diese müssten nach Ansicht vieler Befragter angepasst werden, damit Frauen in der fachärztlichen Weiterbildung oder klinischen Qualifizierung ihre Schwangerschaft nicht mehr verheimlichten, weil sie verhindern wollten, nicht mehr in bestimmten Arbeitsbereichen eingesetzt zu werden und ihre notwendigen Dienste, Operationen etc. für die Weiterbildung nicht erfüllen zu können. Die Mutterschutzregelungen in der Medizin seien wichtig und notwendig, dennoch sollten aus Sicht der ExpertInnen in einem akzeptablen Rahmen liberale Regelungen getroffen werden.

*„Ja, der Mutterschutz ist einfach desaströs [...] aus Sicht einer wissenschaftlichen Karriere. [...] Also früher hat man gesagt, erzählen Sie mir das nicht, machen Sie, was Sie wollen. Heute kann man so was nicht tun. Die Rahmenbedingungen sind für Frauen echt ein Nachteil.“ (D, Z. 241–249)*

Das Bundeskabinett hat am 04.05.2016 einen vom Familienministerium vorgelegten Gesetzentwurf zur Neuregelung des Mutterschutzrechts beschlossen. Diesem Entwurf nach dürfen Arbeitsverbote gegen den Willen der Schwangeren künftig nicht mehr ausgesprochen werden, weil geprüft werden müsse, ob eine „unverantwortbare Gefährdung“ (Gesetzentwurf § 8 MuSchG 2016) vorliege. Dies stellt eine Verbesserung für Ärztinnen dar, weil individuell geprüft werden kann, ob eine Gefährdung besteht, die Frauen ein Mitbestimmungsrecht über ihren weiteren Arbeitseinsatz erhalten und kein generelles Berufsverbot erfolgt. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass Medizinerinnen ihre Schwangerschaft nicht länger verheimlichen, sondern offen äußern und dadurch geschützt werden können. Das Gesetz ist 2016 verabschiedet worden, sodass es ab dem 01.01.2017 in Kraft treten kann.

### Aktive Vaterschaft unterstützen

Am Uniklinikum Essen gibt es einen Väterbeauftragten, der an den Standorten der Hochschulmedizin in NRW bisher einzigartig ist. In den Gesprächen wird betont, dass diese Einrichtung eine gute Möglichkeit sei, Männer zu unterstützen, die Familienverantwortung übernehmen, sowie als Organisation an die Mitarbeitenden gleichzeitig ein Signal für mehr Familiengerechtigkeit zu senden und zu einem Umdenken anzuregen. Männer hätten in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf andere Fragen und wenn sie in Elternzeit gingen, müssten sie das vor ihrem Chef vertreten und auch ihren KollegInnen mitteilen. Durch das Elterngeld habe sich einiges gewandelt, weil den Männern vonseiten der Familie empfohlen werde, die zwei Monate Elternzeit zu nehmen, die ihnen gesetzlich zustünden. Der jetzige Väterbeauftragte in Essen sei ein „Glücksfall“ (GBUK, Z. 837), weil er selbst Arzt sei, eine Frau habe, die ebenfalls Ärztin am Klinikum sei, und mit ihr drei Kinder. Er wisse also aus eigener Erfahrung, wie die Vereinbarkeit an der Uniklinik in Essen funktioniere und wie die Strukturen vor Ort seien. Er sei darüber hinaus in seiner Funktion als konkreter Ansprechpartner für Männer ein gutes Zeichen; dadurch würde deutlich, dass Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur „Frauengedöns“ (GBUK, Z. 827) sei, sondern die Uniklinik diese auch für Männer unterstützen wolle.

Die Vereinbarkeit für Ärztinnen und Ärzte sei auch deshalb sehr schwierig, weil diese viele Operationen durchführen müssten und jede Ärztin/jeder Arzt eine bestimmte Technik praktiziere. Eine Pause aufgrund von Elternzeit habe daher wirtschaftliche Konsequenzen für die Klinikleitungen. Wenn aber nicht mehr nur die Mütter ausfallen würden, sondern zukünftig auch die Väter, werde das für die Kliniken zu einem großen Problem. Vor diesem Hintergrund müssten Prozesse generell verändert und vorausschauender geplant werden, wer wo eingesetzt werden und welche Techniken durchführen könne. Es wird betont, dass mit dem Väterbeauftragten innerhalb der Klinik anders auf die Vereinbarkeitsproblematik hingewiesen werden könne, da Männer, die ein „Frauenthema“ verträten, von ihrer Arbeitgeberin/ihrer Arbeitgeber anders wahr- und ernstgenommen würden. Männer nähmen keine Bittstellung ein, wie es Frauen täten, sondern eine Anspruchshaltung. Männer, die Vaterschaft bewusst und deutlich für sich beanspruchten, könnten auch die starren Strukturen in der Klinik insgesamt zum

Positiven verändern, obwohl sie derzeit noch massiven Widerstand zu spüren bekämen.

#### *Haushaltsnahe Dienstleistungen fördern*

Auch die Bereitstellung von haushaltsnahen Dienstleistungen wird in den Gesprächen als Hilfestellung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin benannt. So berichtet eine Professorin aus eigener Erfahrung, dass sie mit ihren Kindern nur durch unterstützende Haushaltshilfen Karriere in der Medizin machen können. Wenn eine wissenschaftliche Karriere verfolgt werde, sei der Tag am Ende des Kliniktages nicht vorbei. Neben einkaufen, kochen, bügeln, für die Kinder da sein bleibe schlicht keine Zeit mehr. Sie halte es jedoch für notwendig, sich um die Familie zu kümmern und selbst zu entspannen, wenn man nach Hause komme. Das sei nur möglich, wenn eine andere Person die Aufgaben im Haushalt übernehme. Vor diesem Hintergrund weist die befragte Professorin auf die Wichtigkeit von haushaltsnahen Dienstleistungen und flexiblen Rahmenbedingungen hin, um Vertrauen in eine machbare Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu vermitteln. Ihre Idealvorstellung sei es,

*„drei Haushaltshilfen an der Klinik anzustellen und dann quasi ein privates individuelles Buchungssystem zu haben, also irgendwie zu sagen, ich brauche sie freitags nachmittags, ich brauche sie montags morgens, denn das kriegt man ja selber nicht hin, wenn ich mich jetzt irgendwo nach einer Haushaltshilfe umschaue für zweimal drei Stunden oder dreimal drei Stunden oder so“ (ProD, Z. 539–545).*

Damit seien allerdings nicht nur finanzielle Ressourcen, sondern auch rechtliche Probleme verbunden, weshalb dieser Plan aktuell noch nicht umsetzbar sei.

#### *Medizinische Fähigkeiten bei Auszeit erhalten*

Eine zentrale Fähigkeit für die Arbeit als Ärztin/Arzt ist manuelles Geschick, das in den verschiedenen Fachdisziplinen unterschiedlich stark ausgeprägt sein muss. Im Interview stellt ein Ärztlicher Direktor in diesem Zusammenhang einen Vergleich zum Sport (z. B. zum Tennis) her. Hier sei es ebenfalls nicht möglich, auf Weltrangnivea zu spielen, wenn über einen Zeitraum von drei Jahren nur wenig trainiert werde. In allen Bereichen, in denen besondere manuelle Fertigkeiten gefordert seien, stünde die Frage im Raum, wie ein zeitlicher Ausfall bspw. durch Erziehungszeiten kompensiert werden könne. So gebe es erste

Überlegungen in Bezug auf ein Simulatorentraining, durch das manuelles Geschick in virtuellen Welten und ohne direkten PatientInnenkontakt weiter eingeübt und verbessert werden könne. Ein solches Training sei jedoch mit sehr hohem investivem Aufwand verbunden und insbesondere für die chirurgischen Fächer aktuell noch unterentwickelt. Für ihn habe eine Herzchirurgin/ein Herzchirurg, die/der mit herausragendem manuellem Feingefühl operiere, große Ähnlichkeit mit einer Musikerin/einem Musiker:

*„Wenn Sie, wenn wir rübergehen würden und einem Herzchirurgen zuschauen bei dem, was er dort tut, das ist wie ein genialer Musiker, der mit einem manuellen Feingeschick Dinge tut. Das muss man in einer Dichte am Tag, in der Woche, im Jahr tun, sonst kann man das nicht auf diesem Niveau.“ (ÄD, Z. 346–350)*

Zudem seien exzellente OperateurInnen in der Medizin vor allem deshalb so gut, weil das Operieren für sie keine Arbeit, sondern eine Berufung sei.

*„Diejenigen, die exzellente Operateure sind, haben das bis zum Wahnsinn mit einer Besessenheit auch betrieben, bei denen verschmilzt auch die Grenze zwischen Beruf und Freizeit, für die ist das die Faszination wie für andere das Hobby, die merken das gar nicht. [...] Vielleicht ist die Analogie zum Musiker gut, der wird sich nicht über Arbeitszeitregelungen Gedanken machen, wenn er sich abends nochmal an den Flügel setzt und nochmal drei Stunden spielt, weil das für den auch Erfüllung ist“ (ÄD, Z. 392–399).*

Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Vorstellung von medizinischer Wissenschaft als Berufung nicht zugleich zutiefst männlich konnotiert – und damit vergeschlechtlicht – ist, indem sie auf die Vorstellung einer Person rekurriert, die – von jeglichen Anforderungen und Erfordernissen des Alltags befreit, sich leidenschaftlich einer einzigen Sache widmet.

### 3.7.2 Veränderungen in der Arbeitszeitgestaltung

Neben einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betonen viele Expertinnen und Experten in den Gesprächen die Notwendigkeit von flexibel gestaltbaren Arbeitszeiten. Einerseits müssten die Rahmenbedingungen, die an den Unikliniken derzeit existierten, weiterentwickelt und andererseits konkret neue geschaffen werden, um die Attraktivität des Arbeitsplatzes Uniklinik zu steigern und eine

Wissenschaftskarriere in der Medizin zu einer vorstellbaren Option für NachwuchsärztInnen werden zu lassen. Darin sehen einige ExpertInnen auch einen Schlüssel für mehr Frauen auf Leitungspositionen auf den verschiedenen Ebenen der Hochschulmedizin insgesamt.

#### *Homeoffice und flexible Arbeitszeiten ermöglichen*

In diesem Zusammenhang sprechen sich viele ExpertInnen in den Interviews für eine häufigere und leichtere Ermöglichung von Homeoffice aus, damit der Arbeitsalltag flexibler gestaltet und Arbeitsanforderungen besser mit Familienverpflichtungen vereinbart werden könnten. In den Bereichen, in denen direkter Kontakt mit Patientinnen und Patienten unabdingbar ist, sei dies natürlich schwer(er) zu realisieren, weshalb Homeoffice hier nicht in dem Maße eingerichtet werden könne, wie es von den Beschäftigten gewünscht sei. In anderen Fachgebieten, z.B. der Radiologie, aber auch in einzelnen Instituten stellten Homeoffice und damit eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung weniger Probleme dar. Es sei Aufgabe der Uniklinik als Arbeitgeberin, „die gangbaren Wege [zu] finden in diesem doch komplexen Gebilde“ (GBUK, Z. 622–623), um den Bedürfnissen der verschiedenen Beschäftigungsgruppen entgegenzukommen. Die Gleichstellungsbeauftragte einer Uniklinik berichtet, dass sie im Rahmen des Auditverfahrens für ein familiengerechtes Unternehmen eine Arbeitsgruppe eingerichtet habe, die sich mit dem Thema Homeoffice an der Uniklinik näher befasse. Ausgangspunkt seien Workshops mit den drei großen Beschäftigtengruppen der Uniklinik gewesen, den WissenschaftlerInnen, den NichtwissenschaftlerInnen und der Pflege, in denen notwendige Maßnahmen identifiziert werden sollten. Alle drei Gruppen hätten in diesem Zusammenhang Homeoffice als eine gewünschte Maßnahme benannt, sodass dies in den finalen Maßnahmenkatalog aufgenommen worden sei; damit müsse sich die Uniklinik nun konkret auseinandersetzen.

Um Homeoffice und neue Arbeitszeitregelungen zu ermöglichen, sind nach Ansicht vieler befragter ExpertInnen Organisationsvermögen und Fantasie gefordert. Ein Ärztlicher Direktor hebt zudem die Notwendigkeit von Ehrlichkeit und klaren Regeln hervor. Seiner Meinung nach dürfe es nicht sein, dass jemand bevorzugt werde, weil sie/er häusliche Aufgaben zu erledigen habe. Dies sei dem Team gegenüber nicht gerecht, weil die enormen Belastungen kollektiv von allen getragen werden müssten. Es müsse klar gere-

gelt sein, dass diejenigen, die zusätzlich häusliche Verpflichtungen hätten, nur halbtags arbeiteten und nicht eher gingen. Unterschätzt würden bislang die Möglichkeiten in der Forschung. Dort sei es leicht umsetzbar, zeitlich sehr flexibel zu arbeiten, denn der Forschungsbereich sei „teilweise genau die andere Welt zu der Klinikwelt, die ja extrem reglementiert ist, die auch extrem reglementiert sein muss, weil sonst die Patienten leiden“ (ÄD, Z. 604–606). Trotzdem können sich einige ExpertInnen, das wird in den Interviews deutlich, durchaus vorstellen, z.B. Sonderarbeitszeiten im klinischen Bereich für MitarbeiterInnen, die familiären Verpflichtungen und/oder wissenschaftlichen Forschungen nachgehen müssten/wollten, für eine bestimmte Zeit zu gewährleisten, bis sie wieder in den Schichtdienst integriert werden könnten. Hierfür sei jedoch auch das Verständnis der Kolleginnen und Kollegen wichtig.

#### *Lebensarbeitszeitkonten fördern*

In den Interviews betonen einige der ExpertInnen, dass der Beschäftigungsumfang in einem bestimmten Rahmen und in Absprache mit den MitarbeiterInnen grundsätzlich flexibel organisiert werden könne. Schwieriger werde es, wenn es um die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle für das Uniklinikum gehe, da es in diesem Zusammenhang zu Diskussionen zwischen den unterschiedlichen Statusgruppen und Professionen komme. Ein Ärztlicher Direktor schlägt im Gespräch die Einführung von Lebensarbeitszeitkonten für die Mitarbeitenden vor:

*„Ich kann mir gerade unter einem Genderaspekt hervorragend vorstellen, gerade auch, wenn ich das in meiner eigenen Familie, im Freundeskreis sehe, es gibt ja Lebensabschnitte, wo es in der Tat nicht viel Zeit für den Beruf mehr gibt, wo kaum noch was bleibt, aber natürlich auch wieder andere Arbeitsabschnitte, zum Beispiel, wenn die Kinder wieder aus dem Haus sind, dann auch wieder mehr leisten zu können, und dass das in einem Gesamtkontingent abgebildet werden kann, hervorragend.“ (ÄD, Z. 419–426)*

Dies wäre sowohl für die ArbeitnehmerInnen als auch die ArbeitgeberInnen von Vorteil. Mit Lebensarbeitszeitkonten könne nämlich besser gesteuert werden, wo Expertise aktuell gebraucht werde, um bestimmte Bereiche, in denen sich ein dringender Bedarf zeige, auszuweiten, andere dagegen (vorübergehend) eher zu verkleinern. Die MitarbeiterInnen könnten eine Auszeit aus ihrem Konto mitsteuern, ohne auf Dinge

verzichten oder einen neuen Arbeitsvertrag erhalten zu müssen.

Darüber hinaus sind einige ExpertInnen der Ansicht, dass die Struktur der Medizin und die Einteilung in einzelne Kliniken und Fachbereiche insgesamt überdacht werden müssten, um Veränderungen in der Kultur und damit auch in der Arbeitszeitgestaltung möglich zu machen. Durch die Etablierung einer interdisziplinären Departmentstruktur mit geteilten Verantwortlichkeiten im Klinikbereich könne eine Lösung für flexiblere Arbeitszeitgestaltungen gefunden und zugleich auf eine Reduzierung von Hierarchien in der Medizin hingewirkt werden. Eine eindeutige Zuordnung der Verantwortung sei in diesem Zusammenhang unabdingbar, gleichzeitig sei die Leitung eines kleinen Departments einfacher und könne mit geringerem Arbeitsumfang realisiert werden. Damit sei nicht zuletzt ein Wandel im Anspruch verbunden, eine Person müsse alle drei Bereiche, die Krankenversorgung, die Lehre und die Forschung, ein Leben lang auf höchstem Niveau vereinen. Aus Sicht eines Ärztlichen Direktors wären Modelle mit unterschiedlichen Professuren auf Augenhöhe für die Bereiche Lehre, Forschung und Krankenversorgung denkbar. Bisher stünde in der deutschen Hochschulmedizin jedoch immer eine Person für alle drei Bereiche bzw. müsse für alle stehen. Das sei kaum leistbar, daher wäre es seiner Meinung nach für die Medizin zukunftssträftig, wenn kleinere, überschaubarere Einheiten gebildet würden. Zudem müsse sich die Medizin von einer streng klinikbezogenen Behandlung der PatientInnen entfernen und stattdessen interdisziplinäre Strukturen herausbilden, mit deren Hilfe Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven und mit der Expertise aus verschiedenen Fachdisziplinen anlassbezogen behandelt werden könnten – auch außerhalb einzelner Klinikgrenzen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund seien die Kliniken gefordert, über bisherige Arbeitsbedingungen und -zeiten neu nachzudenken und optimalere Lösungen zu finden.

### 3.7.3 Bewusstseinsveränderung für notwendigen Kulturwandel in der Medizin

Als einen weiteren zentralen Verbesserungsaspekt heben viele der Expertinnen und Experten in den Gesprächen die Notwendigkeit eines Kulturwandels in der Medizin hervor, um die Geschlechtergerechtigkeit voranzutreiben und den Frauenanteil an Positionen der höheren Leitungsebenen in der Hoch-

schulmedizin deutlich zu steigern. Die erforderlichen Kulturveränderungen seien nach wie vor ein „*Problem im Kopf*“ (ÄD, Z. 218). Sie plädieren deshalb für eine Sensibilisierung der Beschäftigten an den Unikliniken und Medizinischen Fakultäten in NRW in Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit und den Gender Gap, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Eine Fakultäts-gleichstellungsbeauftragte betont, das Geschlechterungleichgewicht in der Medizin dürfe nicht auf die Aussage reduziert werden, „*wir sind die armen Frauen und ihr seid die bösen Männer, die uns nicht lassen*“ (GBF, Z. 981–982). Ihrer Meinung nach sei es wichtig, auch diejenigen durch GleichstellungsakteurInnen oder andere Personen, die über Gleichstellungswissen verfügten, zu begleiten, die bisher kein Gleichstellungsbewusstsein hätten, mit diesen Gespräche zu führen, sie zu sensibilisieren sowie ihnen Ideen und Anregungen dafür näherzubringen, wie sie ihr Handeln und Verhalten ändern könnten. Beide Geschlechter müssten verstehen, dass Männer und Frauen gleichberechtigt seien und dass auch Männer Vorteile davon hätten, wenn Frauen auf den verschiedenen Ebenen der Medizin genauso stark vertreten seien wie ihre Kollegen. Aktuell würden nach wie vor Unterschiede zwischen den Geschlechtern gemacht und Frauen als „*Quotenfrauen*“ (ProD, Z. 217) in Gremien angesehen. Es sei zurzeit noch eine ältere Generation von Männern an den Unikliniken tätig, die ihre Qualifizierung in Organisationsstrukturen absolviert hätte, in denen Gleichstellung politisch noch kein Thema gewesen sei, und die deshalb teilweise schlicht nicht wüssten und verstünden, dass z. B. Teilzeitstellen auch in Leitungspositionen möglich seien. Aus diesem Grund müssten Pionierinnenarbeit geleistet und Aufklärungsgespräche geführt werden, weil diesen Klinikleitern bestimmte Möglichkeiten bisher nicht bewusst seien.

Die Gleichstellungsbeauftragte einer Uniklinik spricht sich für die Anerkennung und Wertschätzung der Qualitäten beider Geschlechter aus, um den notwendigen Wandel in der Organisationskultur zu erreichen. Sie wolle keinen Wechsel der Geschlechteranteile, sondern eine „*gute Durchmischung*“ (GBUK, Z. 770), weil sowohl „*weibliche*“ als auch „*männliche*“ Qualitäten in der Klinikarbeit wichtig seien. Die Wertschätzung beider Qualitäten sei notwendig, damit alle davon profitieren könnten. Frauen und Männer sollten in Gremien zu gleichen Teilen vertreten sein, um bei wichtigen Entscheidungen die Perspektiven und Kompetenzen beider Geschlechter miteinfließen lassen zu können und eine andere Kommunikation

innerhalb der Gremien zu etablieren. Ein erster Sensibilisierungsschritt auf dem Weg zu einer chancengerechten medizinischen Kultur sei die Durchsetzung eines geschlechtergerechten Sprachgebrauchs. Damit könne viel bewegt werden, weil „*Sprache Wirklichkeit herstellt*“ (GBUK, Z. 714). Darüber hinaus vertreten einige ExpertInnen die Auffassung, dass sich die Einstellungen gegenüber Führungspositionen und gegenüber der Vereinbarkeit einer solchen Position mit einer Familie gesellschaftlich ändern müssten. Aktuell gebe es viele gut qualifizierte Frauen, die Lust hätten, eine Führungsposition zu übernehmen, denen jedoch der Preis dafür zu hoch sei.

Ein Ärztlicher Direktor vertritt im Interview zudem die Position, Kulturveränderungen könnten nur durch Impulse der Mitglieder der Kultur selbst in Gang gesetzt werden. Aus diesem Grund müssten Frauen das vorherrschende System in der Medizin hinterfragen und Dinge anders angehen, damit sich die Klinik zu ihren Gunsten entwickeln und verändern könne. Es komme darauf an, welche Aufgaben Frauen zukünftig in der Klinik und in der Fakultät übernehmen. Wenn die erste Internistin auf professoraler Ebene am Klinikum arbeite, würde es zunächst zu einem Aufschrei kommen, weil sie sich vermutlich nicht „*geräuschlos*“ (ÄD, Z. 711) in das System einfügen und alles so machen werde wie bisher. „*Wenn einer kommt und es hinterfragt, dann nervt das natürlich*“ (ÄD, Z. 720–721). Dennoch ist diese „*Nerverei*“ seiner Meinung nach notwendig, um das System zu verändern. Bei Männern werde selbstverständlicher akzeptiert, dass sie Dinge umwälzten und „*forsch*“ agierten, bei Frauen werde dagegen eher davon ausgegangen, dass sie zurückhaltend seien und sich anpassten. Eine Klinikleitung sollte jedoch froh sein, wenn Frauen oder Männer Gegebenes hinterfragten, weil sich nur dann etwas ändere und sich die Klinik weiterentwickeln könne.

### 3.7.4 Externe Einflussmöglichkeiten

In den Gesprächen mit den ExpertInnen wird, wie bereits deutlich wurde, vielfach die Notwendigkeit eines Kulturwandels hervorgehoben. Hier sehen einige Befragte auch die Politik in der Verantwortung, es brauche ein „*politisches Commitment*“ (ÄD, Z. 478). Nach Ansicht eines Ärztlichen Direktors sei die Scheu, die Universitäten in die Pflicht zu nehmen, in sozialdemokratisch regierten Ländern größer als in konservativen. In Bayern würden die Universitäten stärker staatlich kontrolliert und in diesem Zusammenhang

würden auch bestimmte Zielsetzungen festgelegt, die umgesetzt werden müssten. Bezogen auf die Gleichstellung ist er der Auffassung, dass sich nichts von selbst verändern werde und externe Vorgaben unabdingbar seien, denn

*„es ist alles biologisch, aber es gibt keine biologische Lösung. Man muss manchmal einfach handeln“* (ÄD, Z. 504–505).

Frauenförderung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf seien eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in einzelnen Bereichen durch flankierende Maßnahmen und Ressourcen unterstützt werden müsse. Wirksame Fördermechanismen müssten, so ein Experte im Interview, konsequent und konzentriert eingesetzt werden. Dafür sei es sinnvoll, sich an funktionierenden Modellen in Westeuropa zu orientieren und von diesen zu lernen. Ebenso brauche es Ressourcen zur Umsetzung, die nicht zuletzt von der Landes- oder Bundesregierung vergeben werden müssten.

*„Also Sie können nicht sagen, wasch mich, aber mach mich nicht nass, sondern es muss dann auch gesagt werden, wenn ich ein bestimmtes Ziel erreichen will, dann muss ich einen bestimmten Fahrplan haben mit Meilensteinplan und auch Mittel dafür einsetzen. Und dann funktioniert es auch.“* (ÄD, Z. 723–727)

Der Ärztliche Direktor eines anderen Uniklinikums betont, er wolle die Verantwortung der Klinikleitung für mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin nicht „*abwälzen*“ (ÄD, Z. 202). Ihm sei bewusst, dass sie Ideen und Möglichkeiten entwickeln müssten, wie flexiblere Arbeitszeitgestaltungen ermöglicht werden könnten. Er weist jedoch gleichzeitig darauf hin, dass Klinikleitungen ebenfalls bestimmten Rahmenbedingungen unterlägen, sodass sie ohne die Hilfe von außen, z. B. durch finanzielle Unterstützung aus der Politik, einiges nicht umsetzen könnten.

Finanzielle Anreize und gesetzliche Quotierungsvorgaben werden in den Gesprächen wiederholt als hilfreiche externe Steuerungsmittel bewertet, um strukturelle Veränderungen und damit letztlich einen Bewusstseinswandel in der medizinischen Kultur zu bewirken. Eine Gleichstellungsbeauftragte vertritt die Meinung, dass sich ohne eine Quote gerade in der Medizin strukturell nichts verändern werde. Frauen seien zwar da, aber sie würden nicht im System gehalten bzw. nicht auf höhere Positionen befördert.

An ihrer Universität habe sie seit drei Jahren ein Kaskadenmodell implementiert. Dabei zeige sich, dass die Neuberufungsquote von 22 Prozent, die der Dekan der Medizinischen Fakultät festgesetzt habe, nicht annähernd erfüllt worden sei. Sie befürchte eine weitere Verringerung des ohnehin niedrigen Frauenanteils an Professuren, wenn keine gesetzlichen Regelungen eingeführt würden. Intern würden mit jeder Fakultät Zielvereinbarungen getroffen, die im Anschluss mit der Prodekanin der Medizinischen Fakultät abgestimmt würden, damit diese innerhalb der Fakultät einerseits sensibilisieren und andererseits Druck ausüben könne. Gleichzeitig werde versucht, über finanzielle Anreize zu motivieren und zu honorieren. Die Rahmenbedingungen diesbezüglich müssten weiter geschärft werden; so sollte bspw. eine „extreme Honorierung“ (GBUK, Z. 1023) wie bei einem LOM-Vorwegabzug festgelegt werden und die Fakultät damit erst dann das Geld bekommen, wenn sie habe nachweisen können, dass sie die Zielvorgaben umgesetzt habe.

Nach Ansicht einiger Expertinnen sollten nicht nur individualisierte Maßnahmen entwickelt werden. Es würden zunehmend Gleichstellungsprojekte initiiert, aber diese seien jeweils mit befristeten Mitteln finanziert und ihr Output nicht nachweisbar. Aus diesem Grund sei eine Quote für alle Hochschulebenen vorteilhaft, die sich letztlich auch finanziell niederschläge. Dadurch könnten die Gleichstellungsbeauftragten ihre Arbeitskraft für neue Projekte sparen, die Hochschule müsste keine finanziellen Mittel in neue Gleichstellungsmaßnahmen investieren und die Frauen würden von den Plätzen profitieren. Zudem müsste aus Sicht vieler Gleichstellungsexpertinnen mit einer externen Quotierungsvorgabe innerhalb der Fakultät oder der Uniklinik nicht mehr diskutiert werden, weil die Quote schlichtweg vorgeschrieben wäre und die Fakultät/Uniklinik daran gebunden wäre. Damit würden sich letztlich auch die Strukturen in der Medizin verändern, weil die Frauen als größere Gruppe in der Folge gehört würden und auf einen Wandel hinwirken könnten. Die Organisation müsste dann umdenken, auch wenn es anfangs unbequem sei.

Eine Fakultätsgleichstellungsbeauftragte schlägt im Gespräch vor, die Attraktivität der vorhandenen Professuren zu steigern, Kooperationen zwischen den einzelnen Unikliniken in NRW anzuregen und mehr Entfristungen zu ermöglichen. Sie frage sich, ob es nicht sinnvoller wäre, die bereits ausgeschriebenen

Professuren besser auszustatten, anstatt ständig neue zu schaffen. Aktuell würden so viele neue Professuren geschaffen, dass man sich die Namen der einzelnen Denominationen schon gar nicht mehr merken könne, „von alldem, was jetzt noch kommt“ (GBF, Z. 714). So gebe es sehr viele W1-Professorinnen oder Professorinnen in anderen befristeten Verhältnissen, hier sollten die Möglichkeiten für Entfristungen verbessert werden. Bei W1-Professuren sollte versucht werden, die Medizinerinnen durch Kooperationen zwischen den Universitäten in Nordrhein-Westfalen zu halten. Davon würde auch das Land NRW profitieren, weil es durch qualifizierte Ärztinnen in der Hochschulmedizin gestärkt werde.

*„Wir verlieren jetzt im Juli eine exzellente, ganz tolle Frau, die nach Baden-Württemberg geht, die hier eine W1-Professur hat, ohne Möglichkeit der Verlängerung, und ich hätte mir sehr gewünscht, wir hätten die Chance gehabt, sie zu halten. Denn sie wird gehen, natürlich, ist klar. Und das ist dann bitter“ (GBF, Z. 729–733).*

### 3.7.5 Bedarfe der Gleichstellungsauftragten in der Hochschulmedizin

In den geführten Interviews geht es in Bezug auf Handlungsempfehlungen auch konkret um notwendige Veränderungen, die den befragten Gleichstellungsbeauftragten ihre Arbeit an den Medizinischen Fakultäten oder Universitätskliniken erleichtern und zu einer verbesserten Ausübung des Amtes beitragen würden. Im Zuge der Novellierung des LGG hoffen einige Gleichstellungsbeauftragte der Unikliniken, dass für sie eine Stellvertretung verbindlich festgelegt wird. Wie bereits gezeigt werden konnte, sind die Gleichstellungsbeauftragten in ihrem Amt oftmals isoliert und ihnen fehlen direkte Kolleginnen vor Ort, mit denen sie sich austauschen und Aufgaben untereinander aufteilen können. Nicht selten sind die Themen der Gleichstellungsarbeit zu vertraulich, um sie mit anderen MitarbeiterInnen aus dem Klinikum zu besprechen. Vielfach wird der Wunsch geäußert, dass durch das LGG eine Stellvertretung für das Amt der Gleichstellungsbeauftragten künftig gesetzlich geregelt werde, damit eine solche konkret eingefordert werden könne.

Viele Fakultätsgleichstellungsbeauftragte betonen einen Bedarf an klaren Rahmenbedingungen, z.B. für eine Freistellung. Für die dezentralen Gleichstellungsauftragten sei die Situation bisher „nicht Fleisch nicht

*Fisch*“ (GBF, Z. 1100–1101). Sie hätten nur wenig Zeit für die Gleichstellungsarbeit und wenn sie sich für Gleichstellung engagierten, ginge dies zu Lasten ihrer eigentlichen Arbeit in der Uniklinik oder in der Wissenschaft. Das dürfe nicht sein. Die Gleichstellungsbeauftragten haben nach eigener Aussage viele Ideen, die sie gerne in der Medizinischen Fakultät zur Förderung von Frauen oder zur Reduzierung des Gender Gaps initiieren würden. Aus Zeitmangel müssten sie sich jedoch auf einige wenige Maßnahmen beschränken, die aus ihrer Sicht erfolgversprechend seien und zeitnah umgesetzt werden könnten. Viele Frauen, die sich für Gleichstellung einsetzen, seien mit der Zeit frustriert, wenn sie aufgrund fehlender Ressourcen nicht viel bewegen könnten. Eine Expertin erinnert sich im Gespräch an eine Kollegin, die gut gearbeitet habe, aus Zeitmangel aber habe aufhören müssen. Zwar gebe es als Ersatz eine neue Kollegin, die ebenfalls gute Arbeit leiste, der jedoch die langjährige Expertise der ehemaligen Kollegin fehle. Aus diesem Grund seien Freistellungsregelungen für die Fakultätsgleichstellungsbeauftragten oder Unterstützungsleistungen in Form von Referentinnen oder wissenschaftlichen Hilfskräften für eine gute Gleichstellungsarbeit notwendig. Nur dadurch könnten Maßnahmen und Projekte umgesetzt werden, die zu mehr Geschlechtergerechtigkeit in den Medizinischen Fakultäten beitragen und eine wissenschaftliche Karriere in der Medizin für Frauen nachhaltig unterstützen könnten.

Darüber hinaus wünschen sich viele Gleichstellungsbeauftragte der Unikliniken und Fakultäten mehr Wertschätzung für ihre Arbeit. In ihrer Position würden sie häufig als „Störfaktor“ (GBUK, Z. 800) wahrgenommen, wenn sie z. B. in Gremien auf bestimmte zu beachtende Aspekte hinwiesen.

### 3.7.6 Bedarfe des nichtwissenschaftlichen Personals

In den Gesprächen wird betont, dass neben den Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils auf Professorinnen und der Gewinnung von mehr MedizinerInnen für eine wissenschaftliche Laufbahn ein Mehr an Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin nur dann erreicht werden könne, wenn auch das nichtwissenschaftliche Personal unterstützt und gefördert werde. Einige Gleichstellungsbeauftragte der Unikliniken verweisen darauf, dass sie nicht für das ärztliche und wissenschaftliche Personal zuständig

seien, sondern für viele andere MitarbeiterInnengruppen des Klinikums, in denen eine Frauenförderung ebenfalls wichtig sei. Deren Bedarfe gerieten oftmals in den Hintergrund, dabei bestehe auch hier hoher und konkreter Handlungsbedarf. So fänden sich auf höheren Positionen in den EDV-Abteilungen bspw. nur sehr wenige Frauen und in der Pflege seien zwar viele Stellen mit Frauen besetzt, die Führungspositionen hätten jedoch oft Männer inne. Auch hier zeige sich damit ein Gender Gap, der angegangen werden müsse. Es sei daher notwendig, eine nachhaltige Personalentwicklung für das nichtwissenschaftliche Personal zu etablieren, um dort den guten, engagierten, jungen Menschen ebenfalls eine Perspektive bieten zu können und sie nicht zu verlieren. Ein Universitätsklinikum müsse sich aus ihrer Sicht bewusst machen, dass sich die jungen Menschen in der Pflege, im EDV-Bereich, in den Laboren, im Reinigungssektor, in der Logistik ohne Zukunftsoptionen genauso umorientierten und die Klinik verließen wie ihre wissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen. Auch sei gerade das Thema Vereinbarkeit

*„ein großes überschneidendes Feld, wo man sehr klar in ähnliche Richtungen zielt, in einem Universitätsklinikum gerade vielleicht noch mehr, weil die nichtwissenschaftlichen Berufsgruppen ja auch diese unglücklichen Randzeiten haben. Sonst ist das ja auch so, dass das so die wissenschaftlichen Berufsgruppen unterscheidet von den nichtwissenschaftlichen, also anderen Bereichen, aber durch diese große Gruppe der Pflegekräfte, der medizinisch-technischen Laborantinnen, sind das alles Berufsgruppen, die auch dieses Problem haben, dass sie spät arbeiten, weil Schichtdienst, dass sie eigentlich sich wünschen, flexible Kinderbetreuungsoptionen über die normale Kitazeit hinaus zu haben, sodass dadurch eine große Schnittmenge vorhanden ist, und ich denke, dass das besonders im Universitätsklinikum eine Frage ist.“* (GBF, Z. 408–419)

Die Gleichstellungsbeauftragte eines Uniklinikums schlägt im Interview vor, einen internen Stellenmarkt an den Universitätskliniken einzurichten, um Stellenbesetzungen zu vereinfachen und der hohen Fluktuation beim nichtwissenschaftlichen Personal begegnen zu können. Insbesondere für Frauen sieht sie darin einen Vorteil, denn diese könnten sich schneller und leichter auf andere Stellen innerhalb der Uniklinik bewerben und in eine andere Abteilung wechseln, wenn z. B. das Kind eingeschult werde und die Schulzeiten nicht mehr mit den Arbeitszeiten zu vereinbaren

seien. Zudem gebe es in der Pflege viele Frauen, die ihren Beruf mit zunehmendem Alter aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben könnten. Diese Frauen wollten ihrer Erfahrung nach gerne weiter an der Uniklinik beschäftigt bleiben, daher sollte ihnen durch Fortbildungsmaßnahmen oder Umschulungen eine andere Tätigkeit ermöglicht werden. Innerhalb eines solchen internen Arbeitsmarkts sollten Beschäftigte ihre Wünsche äußern und zeitnah erfasst werden, wo es Vakanzen gebe oder in naher Zukunft eine Stelle frei werde, die passen könnte. Dadurch könnte Bürokratie abgebaut, die Fluktuation gesenkt und Menschen gehalten werden.

## Resümee

Um Chancengleichheit in der Hochschulmedizin für alle Statusgruppen voranzutreiben, den Frauenanteil auf Professuren zu erhöhen und einen kulturellen Wandel anzuregen, bedarf es der Entwicklung von konkreten Maßnahmen, denn die Analysen zeigen, dass sich das Ungleichgewicht zwischen Ärztinnen und Ärzten nicht mit der Zeit „auswachsen“ wird. Vor diesem Hintergrund wurden die Expertinnen und Experten nach Handlungsempfehlungen gefragt, damit der Gender Gap in der Hochschulmedizin verringert werden kann. Zentrale Empfehlung ist aus Sicht der meisten ExpertInnen eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Elternrolle wird also nach wie vor insbesondere für Frauen – als potenzielle Mütter – als Herausforderung gesehen. Es wird in den Gesprächen nicht nur der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten gefordert und die Veränderung von Arbeitsschutzregelungen für Schwangere benannt. Darüber hinaus wird vielfach hervorgehoben, dass die Leitungsebene eine offene Haltung gegenüber der Vereinbarkeit von Familie, Wissenschaft und Klinikalltag signalisieren und dies an die Mitarbeitenden weitervermitteln müsse. Auch sollten Ärzte unterstützt werden, die als Väter Fami-

Einige Gleichstellungsbeauftragte kritisieren ein Fehlen von Mentoring- oder Coachingprogrammen für das nichtwissenschaftliche Personal; dabei wären diese gerade für Frauen, die Karriere machen wollten und eine Leitungsposition in der Verwaltung oder der Pflege anstrebten, sehr hilfreich. Es gebe zwar interne Bildungszentren an den Unikliniken, die in der Regel Weiterbildungen für Führungskräfte anböten, ein Mentoringprogramm als Weitergabe von Erfahrungswissen und als Form der persönlichen Ermutigung für das nichtwissenschaftliche Personal gibt es aber bisher an keinem Standort der Hochschulmedizin in NRW.

lienverantwortung übernehmen. Nicht zuletzt wäre es notwendig, konkrete Möglichkeiten zu entwickeln, das manuelle Geschick, eine zentrale Fähigkeit in vielen medizinischen Fachdisziplinen, auch bei Arbeitszeitreduzierung oder familiär bedingten Auszeiten, weiterhin üben und verbessern zu können.

Daneben regen einige Expertinnen und Experten eine Veränderung und Flexibilisierung der Arbeitszeitgestaltung an, u. a. durch die Ermöglichung von Homeoffice oder Lebensarbeitszeitkonten, damit die Arbeitsanforderungen besser mit Familienverpflichtungen vereinbart werden könnten. Um den Frauenanteil an Positionen der höheren Leitungsebene zu erhöhen, muss nach Ansicht vieler ExpertInnen ein Kulturwandel vorangetrieben werden. In diesem Zusammenhang wird für eine Sensibilisierung der Beschäftigten plädiert, durch die ein Bewusstsein für Geschlechterungerechtigkeit geschaffen werden könne. In den Interviews wird aber auch die Politik in der Verantwortung gesehen. Externe Vorgaben, wie bspw. gesetzliche Quotierungsregelungen und finanzielle Anreize, werden wiederholt als hilfreiche externe Steuerungsmittel hervorgehoben, damit strukturelle Veränderungen und letztlich ein Bewusstseinswandel in der medizinischen Kultur bewirkt werden können.



## 4 GESCHLECHT UND BERUFLICHE ORIENTIERUNG: ERFAHRUNGEN VON ASSISTENZÄRZTINNEN UND -ÄRZTEN AN UNIKLINIKEN IN NRW

Wie bewerten Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Nordrhein-Westfalen ihre fachärztliche Weiterbildung? Wie stellen sie sich ihre berufliche Zukunft vor? Wer strebt eine wissenschaftliche Karriere bis zur Professur an und warum? Welche förderlichen und welche hinderlichen Faktoren werden für einen solchen Karriereweg deutlich? Und lassen sich in diesem Zusammenhang systematische Unterschiede in den beruflichen Orientierungen von Frauen und Männern, besonders im Hinblick auf eine Wissenschaftskarriere in der Medizin, identifizieren?

Um diesen und weiteren Fragen nachzugehen, wurden die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte an den sechs nordrhein-westfälischen Universitätskliniken (ausschließlich der Kliniken des „Bochumer Modells“/ der Ruhr-Universität Bochum) mithilfe einer Online-Befragung gebeten, Auskunft über ihre berufliche Situation und ihre beruflichen Ziele zu geben. Von besonderem Interesse war dabei die Frage, ob Ärztinnen

und Ärzte eine Professur als vorrangige Karriereoption für sich in Betracht ziehen und welche Gründe hinter einer Entscheidung für oder gegen dieses Berufsziel stehen. Die Befragung der AssistenzärztInnen ist an den Unikliniken durchgeführt worden; zum einen, da diese mit den Medizinischen Fakultäten und somit den Hochschulen des Landes NRW in unmittelbarer Beziehung stehen, zum anderen, weil die Entscheidung über berufliche Laufbahnen eng mit der Wahl der Weiterbildungsstätte – kleinstädtisches Krankenhaus oder großstädtische Uniklinik – zusammenhängen. Denn laut den AutorInnen der KarMed-Studie werden die Weichen für Führungspositionen in der Hochschulmedizin an den Universitätskliniken gestellt:

*„Eine Stelle in der Universitätsklinik ist das Tor zur Forschung, zur Habilitation und zur späteren Vergabe von Chefarztpositionen“ (van den Bussche et al. 2014: e5).*

### 4.1 ONLINE-ERHEBUNG – METHODIK UND UNTERSUCHUNGSGRUPPE

Bevor ausführlich auf die Ergebnisse der Online-Befragung eingegangen wird, soll zunächst das Forschungsdesign erläutert und um Informationen zur Erhebung und zur Auswertung ergänzt werden. Anschließend werden demografische Eckdaten zur Untersuchungsgruppe vorgestellt und ein Abgleich mit der Grundgesamtheit vorgenommen.

#### 4.1.1 Zur Befragung

Auf der Grundlage der Forschungsfragen wurde ein teilstandardisierter Online-Fragebogen „Berufliche Orientierung von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung an nordrhein-westfälischen Unikliniken“ entwickelt, der mit 27 Fragen die aktuelle berufliche und familiäre Situation von AssistenzärztInnen und deren berufliche Orientierungen, aber auch ihre familienbezogene Lebensplanung erfasst. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie der medizinische Nachwuchs eine Karriere in der Hochschulmedizin einschätzt, ob er eine solche für sich in Betracht zieht und welche Gründe für oder gegen eine Wissenschaftslaufbahn identifiziert werden können. Dazu wurden neben den Fragen mit vorgegebenen

Antwortalternativen<sup>1</sup> fünf offene Fragen gestellt. Um die Situation beider Geschlechter zu erfassen, wurde bewusst darauf geachtet, Männer und Frauen gleichermaßen anzusprechen. Um eine Selbstselektion der Befragten zu vermeiden, erfolgte die Ansprache in der Einladung und im Fragebogen, ohne das Thema „Geschlecht“ explizit zu erwähnen.

Die Zielgruppe der Befragung stellten AssistenzärztInnen dar, d.h. alle ÄrztInnen, die sich zum Befragungszeitpunkt in der fachärztlichen Weiterbildung an einer der sechs nordrhein-westfälischen Universitätskliniken in Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln oder Münster befanden oder diese im Befragungsjahr abgeschlossen hatten. Ausgenommen sind die Kliniken, die mit der Ruhr-Universität Bochum kooperieren, aufgrund der Besonderheiten des „Bochumer

<sup>1</sup> In der Online-Befragung reichen die skalierten Antwortmöglichkeiten der Item-Abfragen von „trifft voll und ganz zu“ (= 5 auf der Likert-Skala von 1–5) über „teils/teils“ (= 3) bis „trifft überhaupt nicht zu“ (= 1). In den Abbildungen des Gender-Reports werden die Ergebnisse 1 und 2 sowie 4 und 5 zusammengefasst, zudem sind die Ergebnisse nach Antworthäufigkeiten sortiert (Ranking nach Top-2-Werten); in der Online-Befragung wurden Reihenstellungseffekte durch eine Item-Rotation unterbunden.

Modells“.<sup>2</sup> Da es keinen öffentlich zugänglichen E-Mail-Datensatz von Ärztinnen und Ärzten in fachärztlicher Weiterbildung gibt, wurden die Adressen auf den Websites der Unikliniken recherchiert.<sup>3</sup> Als Grundlage der Befragung wurde ein Pool von 2.575 Adressen ermittelt. Nach dem Aussortieren von 33 nicht zur Zielgruppe gehörenden Personen und 190 unzustellbaren Adressen ergibt sich eine bereinigte Bruttostichprobe von 2.352 Personen. Die Durchführung der Online-Befragung (Adressrecherche und E-Mail-Versand, Layout und Bereitstellung des Fragebogens, Verschlüsselungstechnik, Verwaltung des Rücklaufs, erste Datenaufbereitung) wurde an TNS Emnid übertragen. Die Ansprache der Zielgruppe erfolgte per E-Mail mit einem direkten verschlüsselten Link zum Online-Fragebogen. Dessen Beantwortung erforderte etwa 15 bis 20 Minuten. Die Befragung war vom 12. Juni bis 21. Juli 2015 freigeschaltet. Nach der Einladung wurden drei Erinnerungsschreiben versendet, durch die der Rücklauf jeweils erheblich gesteigert werden konnte. 462 Personen nutzten den Link zur Befragung. Davon wurden 33 Befragungen systembedingt abgebrochen, weil die Personen nicht zur Zielgruppe gehörten. Von den verbleibenden 429 Personen, die einer Brutto-Rücklaufquote von 18,2 % entsprechen, füllten 85 den Fragebogen nicht vollständig aus. Insgesamt wurden nach der Datenkontrolle 344 vollständig ausgefüllte und damit auswertbare Fragebögen ermittelt, was einem Rücklauf von 14,6 % entspricht. Dieser Wert kann für die zeitlich stark beanspruchte Zielgruppe der AssistenzärztInnen als annehmbar betrachtet werden. So erzielte eine hinsichtlich der Zielgruppe vergleichbare Befragung eine nur wenig höhere Rücklaufquote von 17,9 % (vgl. Ärztekammer Nordrhein 2014: 4).

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu bewerten, wurde geprüft, ob zentrale Merkmale mit der Grundgesamtheit übereinstimmen. Zum recherchierten Adressenpool liegen Informationen vor, wie viele Personen an jeder Universitätsklinik angeschrieben wurden und wie viele geantwortet haben. Die Rücklaufquoten

<sup>2</sup> Die Universität Bochum verfügt – im Gegensatz zu den anderen Universitätskliniken in NRW – nicht über eine eigene Klinik, sondern die medizinische Versorgung und damit auch die fachärztliche Weiterbildung findet in verschiedenen Kliniken der Region statt (siehe Kap. C 2.7), deren Personal nicht der Universität zuzuordnen ist. Die Befragung zielte jedoch speziell auf die Universitätskliniken.

<sup>3</sup> Bei der Recherche stellte sich heraus, dass es auf den Websites der Universitätskliniken keine einheitliche Bezeichnung der ÄrztInnen in fachärztlicher Weiterbildung gibt. Zum Teil waren sie als „AssistenzärztInnen“ aufgeführt, zum Teil unter allgemeinen Bezeichnungen gelistet. Für die Befragung wurden Letztere im Zweifelsfall in den Adressenpool aufgenommen. Der Fragebogen enthielt direkt zu Anfang eine Filterfrage, mit der die Zugehörigkeit zur Zielgruppe eindeutig geklärt wurde.

aus den sechs Kliniken schwanken nur um +/-3 Prozentpunkte um den Durchschnitt – zwischen 11,1 % in Köln und 16,7 % in Essen. Trotz der im Vergleich niedrigen Rücklaufquote stellt die Uniklinik Köln 19,8 % der Antwortenden und damit den größten Einzelanteil. Damit ist sichergestellt, dass aus jedem Klinikum ein relevanter Anteil an AssistenzärztInnen geantwortet hat – mindestens jede/r zehnte – und das Spektrum der unterschiedlichen Kliniken repräsentiert ist. Ob die Daten auch hinsichtlich der Geschlechterverteilung und anderer demografischer Merkmale der Grundgesamtheit entsprechen, kann durch den Adressenpool nicht ermittelt werden, weil die Informationen entweder nicht vorliegen oder aufgrund des Datenschutzes keine Verknüpfungen vorgenommen werden konnten. Da es zudem keine zentrale öffentliche Statistik zu den AssistenzärztInnen an den NRW-Unikliniken gibt, müssen vergleichbare Daten aus anderen Studien herangezogen werden. Ein Abgleich mit Daten einer vergleichbaren Erhebung der Ärztekammer Nordrhein (2014) ergibt insgesamt, dass das Spektrum der Antwortenden hinsichtlich Geschlecht, Alter und Fachgebiet als annähernd repräsentativ betrachtet werden kann.

Die Auswertung erfolgte größtenteils quantitativ. Ergänzend zur zentralen Variable Geschlecht werden je nach Kontext weitere Variablen wie Fachgebiet und Familiensituation hinzugezogen. Um die spezifische Perspektive der AssistenzärztInnen möglichst umfassend abzubilden, wurden auch fünf offene Fragen gestellt. Diese Fragen wurden trotz des zusätzlichen Zeitaufwands von den meisten Befragten beantwortet, sodass sich neben der quantitativen Auswertung auch eine qualitative anbieten. Die Auswertung erfolgte durch eine Inhaltsanalyse (Mayring 2010), bei der die Antworten zu jeder Frage kategorisiert und interpretiert wurden. Das bislang für qualitative Fragestellungen noch wenig diskutierte Medium der Online-Befragung knüpft an eine im Alltag zunehmend attraktive Kommunikationsform an und bietet den Befragten die Chance, sich im Schutz der Anonymität offener und ungehemmter zu äußern als in Face-to-Face-Interviews (vgl. Schiek/Ullrich 2016). Die ausgewerteten Antworten der AssistenzärztInnen in unserer Studie liefern einen Beleg dafür.

#### 4.1.2 Die Untersuchungsgruppe – demografische Kennzeichen

Im Folgenden werden demografische und fachliche Eckdaten vorgestellt, die eine erste Kennzeichnung der befragten AssistenzärztInnen vermitteln und es

Tab. C 4.1: Untersuchungsgruppe nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Ärztinnen (n = 188)	Prozent	Ärzte (n = 149)	Prozent
25 bis 29 Jahre	74	39,4 %	36	24,2 %
30 bis 34 Jahre	87	46,3 %	84	56,4 %
35 bis 39 Jahre	22	11,7 %	19	12,8 %
40 Jahre und älter	5	2,7 %	10	6,7 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 17 und Frage 18.

Tab. C 4.2: Vier häufigste zusammengefasste Fachgebiete der Online-Befragung

Fachgebiete (zusammengefasst)	Ärztinnen (n = 86)	Ärzte (n = 148)	Gesamt (n = 334)
Innere Medizin	24,2 %	22,3 %	23,4 %
Anästhesiologie	11,8 %	21,6 %	16,2 %
Chirurgie	12,9 %	12,8 %	12,9 %
Neurochirurgie, Neurologie	10,2 %	6,8 %	8,7 %
<b>Zusammengefasste Fachgebiete insgesamt</b>	<b>59,1 %</b>	<b>63,5 %</b>	<b>61,1 %</b>
<b>Andere Fachgebiete</b>	<b>40,9 %</b>	<b>36,5 %</b>	<b>38,9 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 2: „In welchem Gebiet werden Sie zur Fachärztin oder zum Facharzt ausgebildet?“

erleichtern, die Befragungsgruppe in die Grundgesamtheit einzuordnen. Zur Absicherung der online erhobenen Daten wird zusätzlich punktuell eine Evaluation der Ärztekammer Nordrhein (2014) herangezogen, die hinsichtlich der Grundgesamtheit einige Überschneidungen aufweist.<sup>4</sup>

### Geschlecht und Alter

Wenig überraschend ist zunächst der Befund, dass sich die Befragungsgruppe der AssistenzärztInnen mehrheitlich aus Frauen zusammensetzt (55,2 %)⁵. Im Studium der Humanmedizin gibt es eine deutliche Mehrheit an Frauen, während der Frauenanteil auf den höheren Qualifikations- und Karrierestufen sinkt. Die Vergleichsdaten der Ärztekammer Nordrhein weisen einen noch etwas höheren Frauenanteil auf (60,4 %, vgl. Ärztekammer Nordrhein 2014: 68), der stärker den Frauenanteil im Medizinstudium abbildet. Das Geschlechterverhältnis in der hier vorgestellten Befragung kann auch als erster Hinweis auf eine Selektion bezüglich des Weiterbildungsortes interpretiert werden: Unter denjenigen, die ihre fachärztliche Weiter-

bildung an einer Universitätsklinik absolvieren, sind möglicherweise anteilig mehr Männer.<sup>6</sup> Abgesehen davon spiegelt der relativ hohe Männeranteil in der Befragungsstichprobe, dass sich – wie beabsichtigt – Männer von der Befragung „Berufliche Orientierung von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung an nordrhein-westfälischen Unikliniken“ angesprochen fühlten.

Da sich die fachärztliche Weiterbildung meist unmittelbar an ein Studium der Humanmedizin anschließt, ist es plausibel, dass der größte Teil der Befragten zwischen 25 und 34 Jahre alt ist (Tab. C 4.1). Die befragten Assistenzärztinnen sind im Schnitt jünger: 39,4 % der Frauen, aber nur 24,2 % der Männer sind unter 30 Jahre alt – möglicherweise auch ein Effekt der für die befragten Alterskohorten noch relevanten Wehrpflicht. Während zu den Altersklassen nach Geschlecht keine Vergleichsdaten vorliegen, lassen sich die Gesamtwerte annähernd vergleichen: In der hier vorgelegten Studie sind 32,6 % der Befragten unter 30 Jahre alt, in der Stichprobe der Ärztekammer Nordrhein sind 35,5 % bis einschließlich 30 Jahre alt (vgl. Ärztekammer Nordrhein 2014: 67). Dass der letztgenannte Wert etwas höher ist, erscheint angesichts der um ein Jahr erweiterten Altersklasse plausibel. Insgesamt zeigt sich auch bezüglich des Alters, dass ein breites Spektrum der AssistenzärztInnen durch die Befragung angesprochen wurde.

<sup>4</sup> Die Ärztekammer Nordrhein ist die berufliche Vertretung der Ärztinnen und Ärzte in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf, denen fünf der sechs in die Befragung einbezogenen Universitätskliniken angehören (außer Münster). Bei der im Folgenden zitierten Evaluationsstudie handelt es sich ebenfalls um eine Online-Befragung von ÄrztInnen in der fachärztlichen Weiterbildung. Im Unterschied zur hier vorgestellten Befragung wurden in der Evaluation AssistenzärztInnen an allen Kliniken und anderen Weiterbildungsorten (Praxen, Medizinische Versorgungszentren) im Gebiet befragt, nicht nur an den Universitätskliniken.

<sup>5</sup> An der Befragung haben 190 Frauen und 151 Männer teilgenommen, drei Personen haben keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht.

<sup>6</sup> In der Stichprobe der Ärztekammer Nordrhein absolvieren nur 22,2 % der Befragten ihre Weiterbildung an einer Universitätsklinik (vgl. Ärztekammer Nordrhein 2014: 58).

Tab. C 4.3: Dauer der fachärztlichen Weiterbildung nach Beschäftigungsverhältnis (Vollzeit/Teilzeit)

Voraussichtliche Dauer der fachärztlichen Ausbildung	Ärztinnen		Ärzte		Gesamt	
	Vollzeit (n = 157)	Teilzeit (n = 22)	Vollzeit (n = 135)	Teilzeit (n = 3)	Vollzeit (n = 292)	Teilzeit (n = 25)
Bis 4 Jahre	11,5 %	4,5 %	3,7 %	0,0 %	7,9 %	4,0 %
5–7 Jahre	78,3 %	54,5 %	85,2 %	33,3 %	81,5 %	52,0 %
8–14 Jahre	10,2 %	40,9 %	11,1 %	66,7 %	10,6 %	44,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 1: „Befinden Sie sich in der fachärztlichen Weiterbildung bzw. haben Sie diese gerade abgeschlossen (in 2015)?“, Frage 7a: „Wann haben Sie Ihre derzeitige fachärztliche Weiterbildung angefangen?“ und Frage 7b: „Wann werden Sie Ihre fachärztliche Weiterbildung voraussichtlich abschließen?“

### Gebiete der fachärztlichen Weiterbildung

Eine weitere Einordnung der Befragungsgruppe ist durch das Fachgebiet möglich. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass ein breites Spektrum an Fachgebieten mit der Stichprobe erfasst wurde. Die größte Gruppe der befragten AssistenzärztInnen absolviert ihre Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie (16,2 %, siehe Anhang). Auch in der Evaluation der Ärztekammer bildet die Anästhesiologie das größte Fachgebiet und weist mit 17,2 % der Befragten einen ähnlich hohen Anteil auf (Ärztekammer Nordrhein 2014: 56).<sup>7</sup> Ein Blick auf Geschlechterverhältnisse zeigt, dass die Anästhesiologie zwar für Frauen wie Männer das am häufigsten gewählte Fachgebiet ist, doch der Anteil der Männer fällt hier fast doppelt so hoch aus (21,6 % vs. 11,8 %). An zweiter und dritter Stelle folgt bei den Assistenzärzten die Orthopädie und Unfallchirurgie (8,8 %) sowie die Radiologie (6,1 %), bei den Assistenzärztinnen die Innere Medizin und Gastroenterologie (8,1 %) sowie die Neurologie (8,1 %).

Eine detaillierte Analyse ist aufgrund der teils geringen Fallzahlen nicht für alle Fachgebiete sinnvoll – mit Ausnahme der Anästhesiologie. Für die weiteren Analysen werden deshalb inhaltlich nahe Fachgebiete zu vier Haupt-Fachgebieten zusammengefasst (Tab. C 4.2).<sup>8</sup> Sechs von zehn befragten AssistenzärztInnen werden in den vier Fachgebieten Innere Medizin (mit Schwerpunkt), Anästhesiologie, Chirurgie sowie Neurochirurgie, Neurologie ausgebildet. Bei Männern ist die Konzentration auf diese vier Gebiete noch etwas

ausgeprägter. Die größte Gruppe stellen die Befragten mit einem Schwerpunkt in der Inneren Medizin mit fast einem Viertel, dabei besteht ein etwas größerer Anteil der Frauen als der Männer. Die chirurgischen Fachgebiete, in denen insgesamt 12,9% der Befragten ausgebildet werden, wurden zu gleichen Anteilen von den befragten Frauen und Männern gewählt (rund 13%), während die Fachgebiete aus dem neurologischen und neurochirurgischen Spektrum von einem etwas größeren Teil der AssistenzärztInnen gewählt wurden.

### Beschäftigungsverhältnis, Stand und Dauer der Weiterbildung

Der überwiegende Teil der Befragten durchläuft die Facharztausbildung in Vollzeit. Während dies auf Ärzte fast ausschließlich zutrifft (96,7 %, siehe Anhang), absolvieren Ärztinnen ihre Weiterbildung viermal häufiger in Teilzeit (13,2 %). In der Vergleichsstichprobe der Ärztekammer gibt es insgesamt einen höheren Anteil an AssistenzärztInnen in Teilzeit (14,1 %, vgl. Ärztekammer Nordrhein 2014: 61). Hier könnte eine Besonderheit der Universitätskliniken zum Ausdruck kommen, weil die ärztlichen MitarbeiterInnen hier – wie noch gezeigt wird – sehr stark mit der Norm einer Vollzeittätigkeit konfrontiert sind, während in anderen Orten der Weiterbildung, etwa in Praxen, auch flexiblere Arbeitszeitarrangements möglich sind.

Begonnen hat der größte Teil der Befragten die fachärztliche Weiterbildung zwischen 2010 und 2014. Somit befinden sich die meisten befragten Ärztinnen und Ärzte mindestens im zweiten Jahr ihrer Weiterbildung und können die Qualität der Weiterbildung grundlegend einschätzen. Die Gesamtdauer hängt vom Arbeitsvolumen (Vollzeit/Teilzeit) und darüber hinaus vom jeweiligen Fachgebiet ab.<sup>9</sup> Die weitaus

<sup>7</sup> Die Verteilung weiterer Fachgebiete in den beiden Stichproben weicht im Einzelnen voneinander ab, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass sich Universitätskliniken bezüglich des Leistungsspektrums von anderen Krankenhäusern unterscheiden.

<sup>8</sup> Die Kategorie Innere Medizin schließt die Schwerpunkte „Angiologie“, „Endokrinologie und Diabetes“, „Gastroenterologie“, „Hämatologie und Onkologie“, „Kardiologie“, „Nephrologie“, „Pneumologie“ und „Rheumatologie“ ein. Das zusammengefasste Fachgebiet Chirurgie setzt sich aus „Allgemeinchirurgie“, „Gefäßchirurgie“, „Herzchirurgie“, „Kinderchirurgie“, „Plastische und Ästhetische Chirurgie“, „Thoraxchirurgie“, „Viszeralchirurgie“ und „Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie“ zusammen. Darüber hinaus werden die Gebiete Neurochirurgie und Neurologie zusammengefasst.

<sup>9</sup> Um die Gesamtlänge der Weiterbildung abbilden zu können, wurde die individuelle Dauer der fachärztlichen Weiterbildung berechnet. Diese Dauer setzt sich zusammen aus den Angaben zum Beginn sowie

meisten Befragten (81,5 %) schätzen eine Dauer von fünf bis sieben Jahren für ihre Weiterbildung in Vollzeit, Assistenzärzte etwas häufiger als ihre Kolleginnen (Tab. C 4.3). Ärztinnen in Vollzeit schätzen hingegen häufiger die Gesamtdauer sehr viel kürzer ein: 11,5% wollen es in weniger als vier Jahren schaffen, was nur auf einen sehr kleinen Teil der Ärzte zutrifft (3,7%). Jede/r zehnte Befragte in Vollzeit rechnet dagegen mit einer sehr viel längeren Ausbildungsdauer von mindestens acht bis 14 Jahren, wobei hier von Unterbrechungen wie Auslandsforschungsaufenthal-

zum voraussichtlichen Ende der fachärztlichen Weiterbildung in Monaten und Jahren.

ten oder familienbedingten Auszeiten ausgegangen werden kann.

Eine Weiterbildung in Teilzeit ist häufig mit der Erwartung einer längeren Dauer verbunden. Vier von zehn Medizinerinnen in Teilzeit (40,9 %) kalkulieren für ihre Weiterbildung zwischen acht und 14 Jahre ein.<sup>10</sup> Dennoch erwartet immerhin etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen, ihre Weiterbildung in der auch von Vollzeitbeschäftigten am häufigsten geschätzten Zeit von fünf bis sieben Jahren abschließen zu können.

<sup>10</sup> Bei den befragten Männern können die Daten aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht interpretiert werden.

## 4.2 DIE FACHÄRZTLICHE WEITERBILDUNG AUS SICHT DER ASSISTENZÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Die spätere berufliche Orientierung von MedizinerInnen steht nicht von vornherein fest – so die hier zugrunde liegende Annahme, sondern ist auch ein Ergebnis der Erfahrungen und Rahmenbedingungen während der in der Regel langjährigen fachärztlichen Weiterbildung. Die Online-Befragung beleuchtet deshalb umfassend, wie die derzeitige Situation der fachärztlichen Weiterbildung von den Assistenzärztinnen und -ärzten an den Unikliniken in NRW wahrgenommen wird. Im Fokus stehen sowohl individuelle Bedingungen – persönliche Präferenzen und Kompetenzen, Partnerschaft und Familiensituation – als auch institutionelle Rahmenbedingungen und Unter-

stützungsstrukturen am Arbeitsplatz Universitätsklinik. Zentral ist dabei die Frage, ob und inwiefern sich die individuelle und institutionelle Situation bei Frauen und Männern unterscheidet.

### 4.2.1 Erste berufliche Weichenstellungen – Kriterien für die Wahl des Fachgebiets und einer Universitätsklinik

Zunächst geht es um die berufliche Orientierung vor Beginn der Weiterbildung – anhand der persönlichen Motivation für die Wahl des Fachgebiets und des Weiterbildungsortes. Um herauszufinden, welche

Tab. C 4.4: Kriterien für die Wahl des Fachgebiets

Welche Kriterien waren entscheidend für die Wahl Ihres Fachgebiets?	Ärztinnen (n = 188)	Ärzte (n = 150)	Gesamt (n = 338)
Bisherige praktische Erfahrungen im Fachgebiet	53,7 %	54,0 %	53,8 %
Wissenschaftliches Interesse/Forschungsinteresse	39,9 %	56,7 %	47,3 %
Patientenorientiertes Interesse	37,8 %	31,3 %	34,9 %
Gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf	26,1 %	18,7 %	22,8 %
Ermutigende Empfehlungen durch Vorgesetzte oder Kolleginnen/Kollegen	18,6 %	20,0 %	19,2 %
Voraussehbare zeitliche Belastung	16,0 %	18,7 %	17,2 %
Gute Arbeitsmarktchancen	10,6 %	19,3 %	14,5 %
Inhaltliches Interesse am Fachgebiet	9,0 %	2,7 %	6,2 %
Hohes Ansehen des Fachgebiets	4,8 %	6,7 %	5,6 %
Fachärztin/-arzt in der Familie	5,3 %	3,3 %	4,4 %
Hohes (späteres) Einkommen	1,1 %	8,7 %	4,4 %
Erkrankungen in der Familie oder im Bekanntenkreis	4,3 %	3,3 %	3,8 %
Sonstiges	3,2 %	0,7 %	2,1 %
Weiß nicht	0,5 %	0,0 %	0,3 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 3 (Mehrfachnennungen möglich).

Gründe für die eigene Spezialisierung ausschlaggebend waren, wurde zunächst nach den drei entscheidenden Kriterien für die Wahl des Fachgebiets gefragt, die aus einer Liste ausgewählt werden konnten.

Der am häufigsten genannte Grund für eine Spezialisierung ist die Vorerfahrung: Gut die Hälfte der Befragten gibt an, bereits vor der Weiterbildung über praktische Erfahrungen in dem gewählten Fachgebiet verfügt zu haben, was auf Frauen wie Männer gleichermaßen zutrifft (Tab. C 4.4). Als zweithäufigstes Motiv gibt fast die Hälfte der Befragten ein wissenschaftliches Interesse an (47,3 %) – vier von zehn Frauen und etwas über die Hälfte der Männer. Für gut ein Drittel ist ein patientenorientiertes Interesse ausschlaggebend gewesen – bei Frauen etwas stärker als bei Männern. Trotz dieser unterschiedlichen Akzentuierungen nennen sowohl Frauen als auch Männer diese drei Punkte am häufigsten. Eine Bedeutung für die Entscheidung hat darüber hinaus eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die mehr als ein Viertel der Assistenzärztinnen, aber auch fast ein Fünftel der Assistenzärzte anführt.

Die angeführten Gründe unterscheiden sich erwartungsgemäß je nach Fachgebiet. So war ein wissenschaftliches Interesse für zwei von drei Befragten in der Neurochirurgie und Neurologie ein Motiv für die Fachgebietswahl, aber auch in der Inneren Medizin, die quantitativ die größte Untersuchungsgruppe stellt, geben dies deutlich über die Hälfte der Befragten an (siehe Anhang). Ein ursprüngliches wissenschaftliches Interesse war hier bei zwei Dritteln der Männer und immerhin der Hälfte der Frauen mit ausschlaggebend. Für die Befragten in der Anästhesiologie hatte ein wissenschaftliches Interesse hingegen eine geringere Bedeutung, stattdessen war eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf für über die Hälfte ein wichtiges Kriterium. Das gilt für drei Viertel der befragten Frauen in diesem Fachgebiet, aber auch für fast die Hälfte der Männer.

Parallel zur Wahl des Fachgebiets muss die Entscheidung getroffen werden, wo man die Weiterbildung antreten möchte. Hier gibt es die Möglichkeit, kleine Krankenhäuser oder größere Kliniken bis hin zu Universitätskliniken zu wählen. Diese Entscheidung ist auch bedeutsam im Hinblick auf die spätere Berufsperspektive als Ärztin oder Arzt. Die Wahl einer Universitätsklinik als Ausbildungsort gilt als bewusste Entscheidung für besondere medizinische Fälle und

als nahezu unabdingbar, wenn eine wissenschaftliche Karriere angestrebt wird. Um zu prüfen, ob sich die Berufsplanung von AssistenzärztInnen und -ärzten in diesem Punkt unterscheidet, wurden sie nach den drei wichtigsten Gründen ihrer Entscheidung für eine Uniklinik gefragt (Abb. C 4.1).

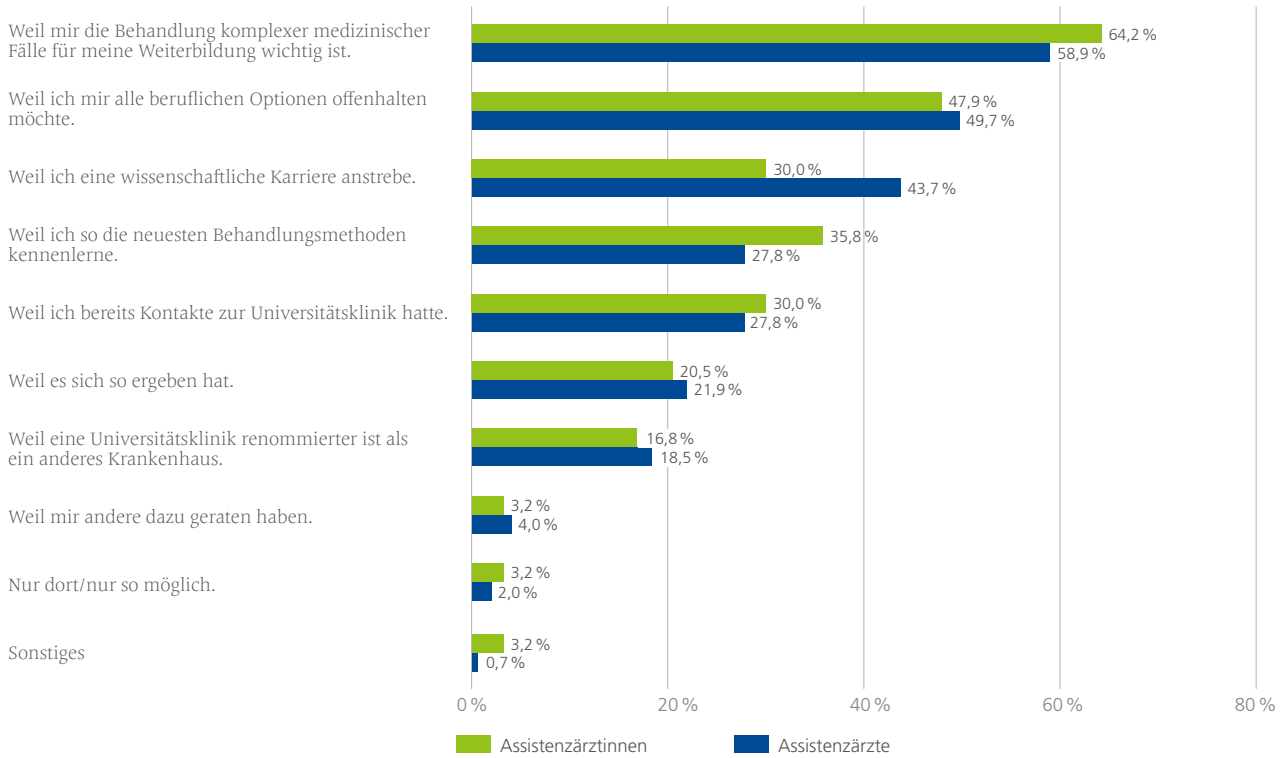
Der am häufigsten genannte Grund ist die Behandlung komplexer medizinischer Fälle. Assistenzärztinnen geben dies mit fast zwei Dritteln (64,2 %) noch etwas häufiger als Assistenzärzte an (58,9 %). Darüber hinaus wollen sich knapp die Hälfte der Befragten alle beruflichen Optionen offenhalten – Männer etwas häufiger als Frauen. Während mehr als vier von zehn Assistenzärzten (43,7%) an eine Universitätsklinik gegangen sind, weil sie eine wissenschaftliche Karriere anstreben, trifft dies nur auf drei von zehn Assistenzärztinnen zu (30,0%). Die befragten Assistenzärztinnen messen hingegen dem Kennenlernen neuester Behandlungsmethoden (35,8 %) mehr Bedeutung bei als ihre Kollegen (27,8 %). Damit zeigt sich, dass für die Assistenzärztinnen bei ihrer Entscheidung für die Universitätsklinik eine hohe fachliche Qualität der Weiterbildung stärker im Vordergrund stand, während den Assistenzärzten Karriereoptionen wichtiger erschienen. Darüber hinaus sind aber auch Gelegenheitsstrukturen relevant: Bereits bestehende Kontakte zur Universitätsklinik waren für jede dritte Assistenzärztin und für gut jeden vierten Assistenzarzt relevant – und für jede/n fünfte/n Befragte/n hat sich die Wahl schlicht so ergeben.

#### 4.2.2 Wissenschaftlicher Qualifizierungsweg – Promotion und Habilitation

Mit einem Abschluss in Humanmedizin ist die formelle Berufsfähigkeit als Ärztin/Arzt vollzogen. In der Regel folgt in der Humanmedizin (anders als in der Zahnmedizin) die fachärztliche Weiterbildung, die auch Optionen für eine wissenschaftliche Weiterqualifizierung – Dissertation oder Habilitation – bietet. Die Promotion und der mit ihr einhergehende Titel gehören für die Mehrheit der befragten HumanmedizinerInnen – spätestens als paralleles Ziel zur fachärztlichen Weiterbildung – dazu. So haben knapp zwei Drittel die Promotion bereits abgeschlossen (siehe Anhang). Obwohl die befragten Frauen im Schnitt jünger sind, sind sie anteilig genauso häufig bereits promoviert. Der hohe Anteil an Promovierten lässt sich auch damit erklären, dass die medizinische Promotion bereits im Studium erfolgen kann und

Abb. C 4.1: Gründe für die Wahl einer Universitätsklinik als Ort der fachärztlichen Weiterbildung

## Warum haben Sie sich für eine Universitätsklinik als Ort Ihrer fachärztlichen Weiterbildung entschieden?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 190 Frauen, 151 Männer). Frage 4.

Tab. C 4.5: Schwerpunkt der abgeschlossenen Dissertation

Meine Dissertation ist ...	Ärztinnen (n = 119)	Ärzte (n = 94)	Gesamt (n = 213)
eine experimentelle Arbeit	69,7 %	67,0 %	68,5 %
eine klinische Arbeit	17,6 %	23,4 %	20,2 %
eine statistische Arbeit	8,4 %	8,5 %	8,5 %
eine theoretische Arbeit	1,7 %	1,1 %	1,4 %
Sonstiges	2,5 %	0,0 %	1,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 10b.

Tab. C 4.6: Schwerpunkt der noch nicht abgeschlossenen Dissertation

Ich habe (noch) keine Promotion abgeschlossen, ...	Ärztinnen (n = 65)	Ärzte (n = 51)	Gesamt (n = 116)
aber ich arbeite an einer experimentellen Dissertation	32,3 %	37,3 %	34,5 %
aber ich arbeite an einer klinischen Dissertation	26,2 %	29,4 %	27,6 %
aber ich arbeite an einer statistischen Dissertation	15,4 %	13,7 %	14,7 %
aber ich arbeite an einer theoretischen Dissertation	4,6 %	0,0 %	2,6 %
aber eine Dissertation ist geplant	15,4 %	9,8 %	12,9 %
und eine Dissertation ist nicht geplant	3,1 %	3,9 %	3,4 %
Sonstiges	3,1 %	5,9 %	4,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 10c.

dass sich ein Großteil der Befragten in einem fortgeschrittenen Stadium der Weiterbildung befindet. Etwa ein Drittel hat noch keine Promotion abgeschlossen, aber nur ein sehr geringer Teil von ihnen plant auch keine (3,4 %, Tab. C 4.6); das bestätigt noch einmal die bestehende Norm, als Fachärztin oder -arzt einen Dokortitel zu haben.

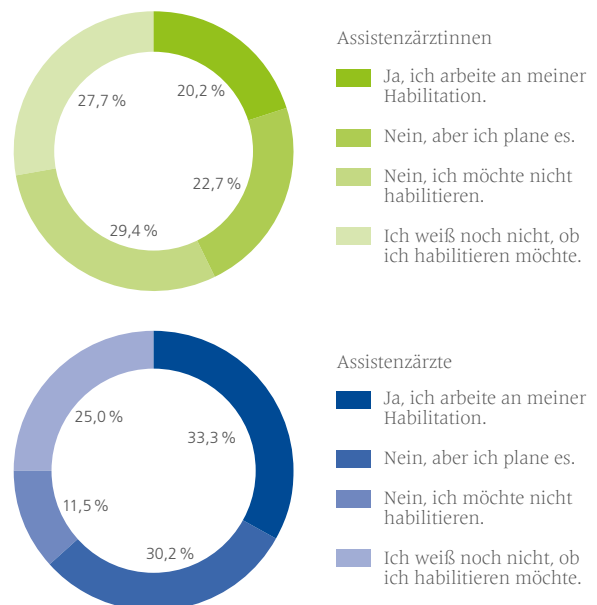
Auch der Ausrichtung der Dissertation kommt für die berufliche Zukunft der AssistenzärztInnen eine Bedeutung zu. So gilt für eine wissenschaftliche Karriere eine experimentelle Arbeit als entscheidend. Während theoretische, statistische und z.T. auch klinische Arbeiten schon während des Studiums gemacht werden können und es sich in der Regel um Beobachtungsstudien, klinische Interventionsstudien, Untersuchungen von medizinischen Tests oder durch Forschung an bereits existierenden Daten handelt, setzen experimentelle Dissertationen eigene Laboruntersuchungen voraus, die aufgrund des hohen Zeitaufwands nicht ohne Weiteres in die Studienzeit integriert werden können (vgl. Barzantny 2008: 140f.). Die ersten drei Varianten werden aufgrund des häufig geringen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnes nicht selten auch als „Pro-Forma-Forschung“ oder „Türschildforschung“ betitelt (vgl. Beisiegel 2009), letztere genießen höheres Ansehen und werden insbesondere Studierenden bzw. AbsolventInnen empfohlen „mit wissenschaftlichen oder noch unklaren Ambitionen [...], um sich alle Optionen offenzuhalten“ (Barzantny 2008: 141). Die Ausrichtung der Dissertation kann daher als Hinweis auf die weiteren beruflichen Ziele gelesen werden. Eine deutliche Mehrheit der bereits promovierten Befragten – mehr als zwei Drittel – hat eine experimentelle Arbeit abgeschlossen und damit die prinzipiellen Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Weiterqualifizierung in Richtung Habilitation geschaffen (Tab. C 4.5). Dass ein Großteil der Befragten mit experimentellem Schwerpunkt promoviert hat, erscheint folgerichtig, weil sich die Hälfte der Befragten durch die Entscheidung, an eine Uniklinik zu gehen, alle beruflichen Optionen offenhalten möchte. Überraschend ist hingegen der Befund, dass Frauen – obwohl sie ihre Weiterbildung seltener als Männer mit dem Ziel einer Wissenschaftskarriere angetreten sind – anteilig etwas häufiger mit einer experimentellen Promotion die Grundvoraussetzung dafür geschaffen haben (69,7 % vs. 67,0 %). Hingegen haben die bereits promovierten Männer häufiger als Frauen eine klinische Arbeit durchgeführt (23,4 % vs. 17,6 %).

Von denjenigen AssistenzärztInnen, die zum Befragungszeitpunkt noch keine Promotion abgeschlossen haben, arbeitet nur etwas über ein Drittel an einer experimentellen Dissertation (34,5 %). Im Gegensatz zu den bereits Promovierten sind unter den Promovierenden mit experimenteller Ausrichtung anteilig etwas mehr Männer. Hingegen ist bei einem größeren Teil der Ärztinnen (15,4 %) als der Ärzte (9,8 %) eine Doktorarbeit noch in Planung, was auch dadurch zu erklären ist, dass die befragten Frauen in der Erhebung tendenziell jünger sind. Insgesamt halten sich diejenigen angehenden FachärztInnen, die ihre Promotion noch nicht abgeschlossen haben, durch die Ausrichtung ihrer Dissertation weniger berufliche Optionen offen, indem sie mehrheitlich nicht auf eine spätere wissenschaftliche Tätigkeit fokussiert sind.

Wer eine wissenschaftliche Karriere für sich in Betracht zieht, strebt nach der Promotion die Habilitation an. Aber auch für eine klinische Karriere und somit für das Erreichen von OberärztInnen- und ChefärztInnenpositionen kann eine Habilitation hilfreich sein. In der Erhebung wurden die bereits promovierten AssistenzärztInnen deshalb gefragt, ob sie habilitieren möchten bzw. bereits an ihrer Habilitation arbeiten (Abb. C 4.2).

Abb. C 4.2: Habilitation während der Weiterbildung

### Habilitieren Sie?

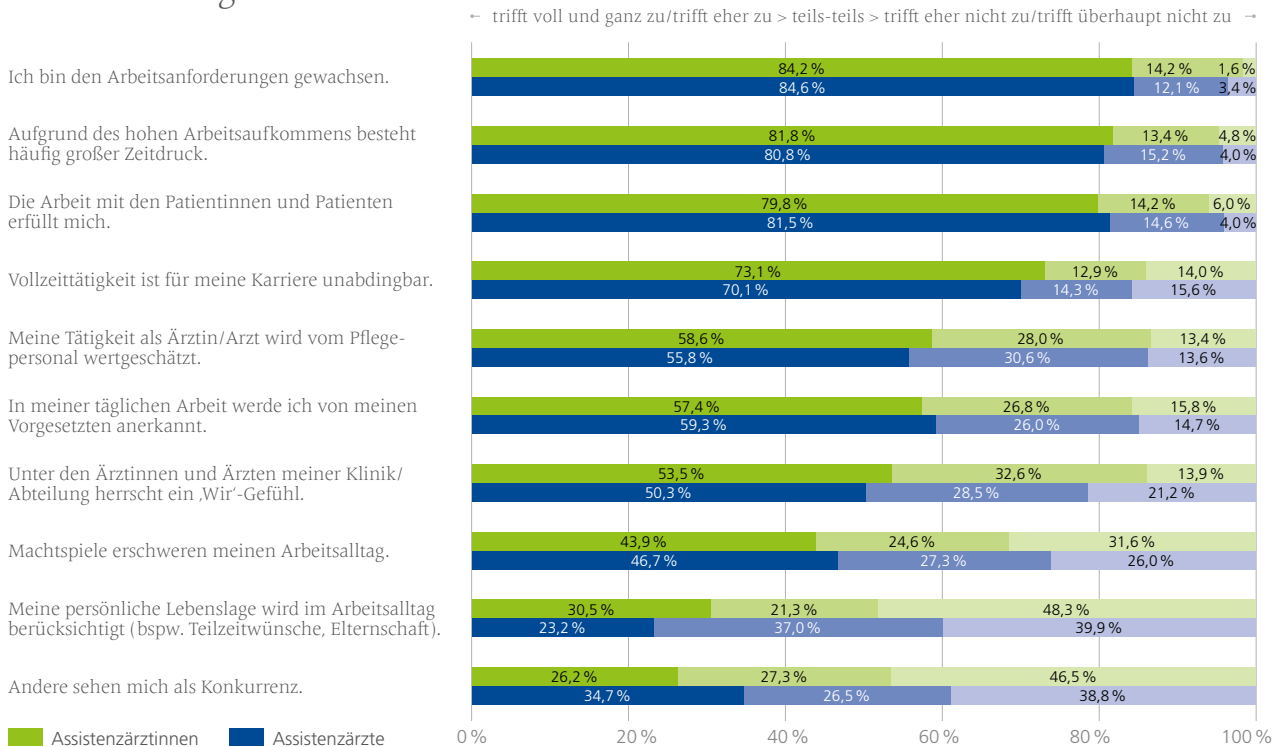


Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 119 Frauen, 96 Männer). Frage 11. Auswahl: Befragte mit abgeschlossener Promotion.



Abb. C 4.3: Alltägliche Arbeitssituation nach Wahrnehmung der AssistenzärztInnen

## Bitte bewerten Sie Ihre alltägliche Arbeitssituation in der fachärztlichen Weiterbildung<sup>12</sup>



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 5. Antwortmöglichkeiten reichen von „trifft voll und ganz zu“ (= 5 auf der Likert-Skala von von 1 bis 5) über „teils/teils“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ (= 1). In den Abbildungen werden die Ergebnisse 1 und 2 sowie 4 und 5 zusammengefasst, sortiert nach Häufigkeit (Top-2-Ranking) der Frauen.

Obwohl die befragten Frauen und Männer zum Zeitpunkt der Untersuchung zu gleichen Teilen bereits eine Promotion abgeschlossen haben, lassen sich in Bezug auf eine Habilitation deutliche Unterschiede erkennen: Während jede fünfte Assistenzärztin bereits an ihrer Habilitation arbeitet und fast jede vierte dies zumindest plant, haben knapp 30 % diesen Qualifizierungsschritt für sich ausgeschlossen. Ihre Kollegen streben eine Habilitation dagegen deutlich häufiger an. Ein Drittel arbeitet bereits daran, 30,2 % planen sie und nur jeder zehnte Assistenzarzt gibt an, nicht habilitieren zu wollen. Der Anteil der Befragten, die sich noch unsicher sind, ob sie habilitieren wollen, liegt bei etwa einem Viertel – bei den Frauen etwas höher als bei Männern. Damit ist für fast zwei Drittel der Männer die Habilitation ein wichtiges Ziel, das verfolgt oder zumindest geplant wird; bei Frauen gilt das für kaum mehr als 40 %. Zudem kommt für fast dreimal so viele befragte Ärztinnen wie Ärzte dieser Qualifizierungsschritt nicht in Betracht.<sup>11</sup>

### 4.2.3 Situation am Arbeitsplatz

In der täglichen Arbeit geht es für AssistenzärztInnen nicht nur um die fachliche Entwicklung und Verbesserung der eigenen Fähigkeiten, sie müssen sich auch mit Vorgesetzten, höher qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, mit Gleichgestellten, mit dem Pflege- und Supportpersonal sowie den Patientinnen und Patienten auseinandersetzen und unterschiedliche Anforderungen, Bedürfnisse und Interessen in Einklang bringen. In der vorliegenden Untersuchung wurde gefragt, wie sich diese Situation aus Sicht der Assistenzärztinnen und -ärzte darstellt und wie diese ihre alltägliche Arbeit in ihren verschiedenen Facetten bewerten (Abb. C 4.3).

<sup>11</sup> Weder Assistenzärztinnen noch -ärzte gaben die weiteren Antwortmöglichkeiten an, bereits eine Habilitation abgeschlossen zu haben oder eine Juniorprofessur anzustreben.

<sup>12</sup> Die Statements „Unter den Ärztinnen und Ärzten meiner Klinik/Abteilung herrscht ein ‚Wir‘-Gefühl“ und „Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck“ entstammen der KarMed-Studie. Wir danken Prof. Dr. Hendrik van den Bussche (UK Hamburg-Eppendorf) für sein Einverständnis.

Zunächst wird deutlich, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre alltägliche Berufssituation in vielen Punkten ähnlich einschätzen. Über 80 % der Befragten – Frauen wie Männer – fühlen sich den Arbeitsanforderungen an der Uniklinik gewachsen und fast genauso viele empfinden die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten als erfüllend. Fast 60 % haben den Eindruck, dass ihre Tätigkeit vom Pflegepersonal wertgeschätzt wird und sie von ihren Vorgesetzten anerkannt werden. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass der Alltag an einer Uniklinik auch von Stress und Macht geprägt ist: Mehr als vier Fünftel aller befragten AssistenzärztInnen verweisen auf ein hohes Arbeitsaufkommen, das zu großem Zeitdruck führt, und für fast die Hälfte erschweren Machtspiele den Alltag. Der Macht-Aspekt wird von Männern etwas stärker betont, ebenso wie die Konkurrenz: So ist jeder dritte Assistenzarzt, aber nur jede vierte Assistenzärztin überzeugt, von anderen als Konkurrenz angesehen zu werden. Hingegen hebt rund die Hälfte ein ‚Wir‘-Gefühl zwischen den Ärztinnen und Ärzten in ihrer Abteilung hervor. Frauen vertreten diese Einschätzung etwas häufiger, von Männern wird sie häufiger dezidiert abgelehnt, was auf die stärkere Verwicklung von Männern in Konkurrenzkämpfe verweisen kann.

Darüber hinaus können nur 30,5 % der befragten Frauen und 23,2 % der Männer von sich behaupten, dass ihre persönliche Lebenslage zum Beispiel in Bezug auf Teilzeit und Elternschaft im Alltag berücksichtigt wird, jede zweite Assistenzärztin und vier von zehn Assistenzärzten geben sogar an, dass dies bei ihnen nicht der Fall ist. Frauen antworten auf diese Frage in beide Richtungen entschiedener, Männer indifferenter (37,0 % mit teils-teils), was als Hinweis gelesen werden kann, dass Frauen sich mit dem Thema bereits mehr beschäftigt haben und häufiger Arrangements wie eine Weiterbildung in Teilzeit bereits getroffen haben oder in Erwägung ziehen. Ob diese Arrangements durchweg vorteilhaft für ihre Weiterbildung sind, kann allerdings bezweifelt werden, weil in den offenen Antworten deutlich wird, dass Frauen die Nachteile mangelnder Vereinbarkeit von Weiterbildung und Familie mehr zu spüren bekommen. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Einschätzung der Befragten, dass eine Vollzeittätigkeit für ihre Karriere unabdingbar ist, die von über 70 % und dabei von mehr Ärztinnen als Ärzten geteilt wird. Vollzeittätigkeit scheint in der Medizin damit (immer noch) die Norm zu sein und andere

Regelungen nur schwer zu ermöglichen, obwohl sich bei den Assistenzärztinnen und -ärzten andere Wünsche und Bedarfe andeuten.

#### *Unterbrechung der Weiterbildung*

Im Verlauf der fachärztlichen Weiterbildung kann es aus unterschiedlichen Gründen vorkommen, dass diese für einige Zeit unterbrochen wird, was bei jeder vierten Assistenzärztin (25,5 %) und fast jedem fünften Assistenzarzt (18,5 %) der Fall war (siehe Anhang). Damit betrifft eine Unterbrechung Frauen häufiger als Männer. Die Gründe dafür weisen ebenfalls einen deutlichen Gender Gap auf: Während über die Hälfte der Frauen, die ihre Weiterbildung unterbrochen haben, diese Entscheidung aufgrund von Elternzeit oder Kinderziehung getroffen hat, begründet der überwiegende Teil der Männer die Unterbrechung mit Forschungstätigkeiten (auch im Ausland); Elternzeit oder ein Stellenwechsel werden von ihnen nur vereinzelt angeführt. Während Assistenzärzte ihre Unterbrechungszeit größtenteils mit einer Tätigkeit verbringen, die sich positiv auf ihre weitere Karriere auswirken kann, ist eine Unterbrechung durch die Geburt und Erziehung von Kindern für Ärztinnen im Laufe der Weiterbildung oftmals mit Diskriminierungs- und Benachteiligungserfahrungen verbunden, wie in den noch folgenden Analysen sichtbar wird (Kap. C 4.3).

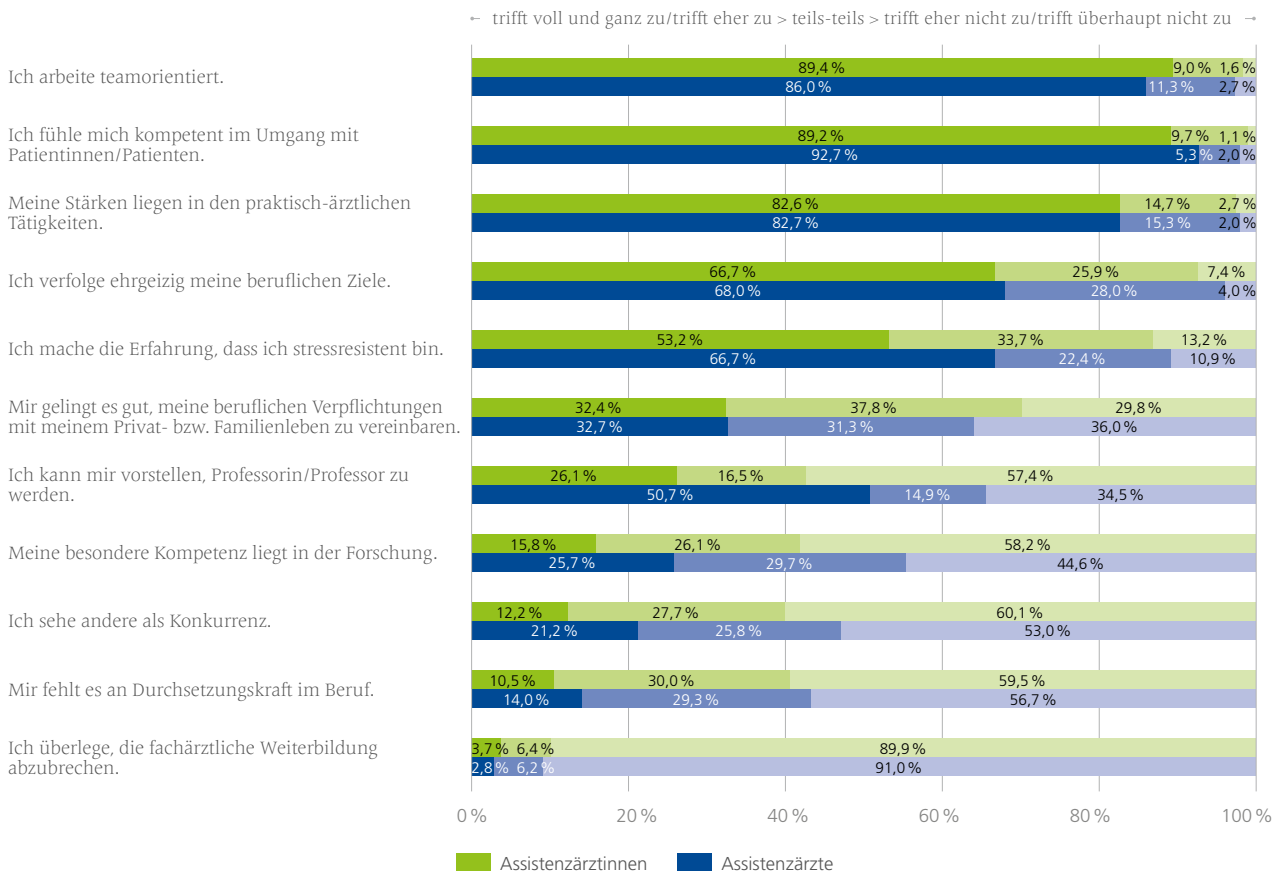
#### 4.2.4 Selbstwahrnehmung – Kompetenzen und Präferenzen

Neben den fachlichen Anforderungen, die examinierte HumanmedizinerInnen bereits durch ihren Abschluss erreicht haben, sind auch bestimmte persönliche Kompetenzen von Vorteil, um als Ärztin/Arzt erfolgreich sein zu können. Darüber hinaus werden bereits im Alltag der Weiterbildung bestimmte Präferenzen deutlich, die auch die weitere berufliche Orientierung beeinflussen können. Die Befragten wurden deshalb gebeten, sich anhand vorgegebener Aussagen selbst einzuschätzen (Abb. C 4.4).

Die befragten Assistenzärztinnen und -ärzte fühlen sich größtenteils kompetent im Umgang mit PatientInnen (90,8 %), sehen in den praktisch-ärztlichen Tätigkeiten ihre Stärken (82,6 %) und sagen über sich, dass sie teamorientiert arbeiten (87,8 %). Darüber hinaus halten sich die meisten von ihnen für durchsetzungsstark (nur etwas mehr als jede/r Zehnte sieht hier bei sich einen Mangel) und mehrheitlich auch für stress-

Abb. C 4.4: Selbsteinschätzung der Kompetenzen und Präferenzen

## Wie schätzen Sie sich selbst ein?



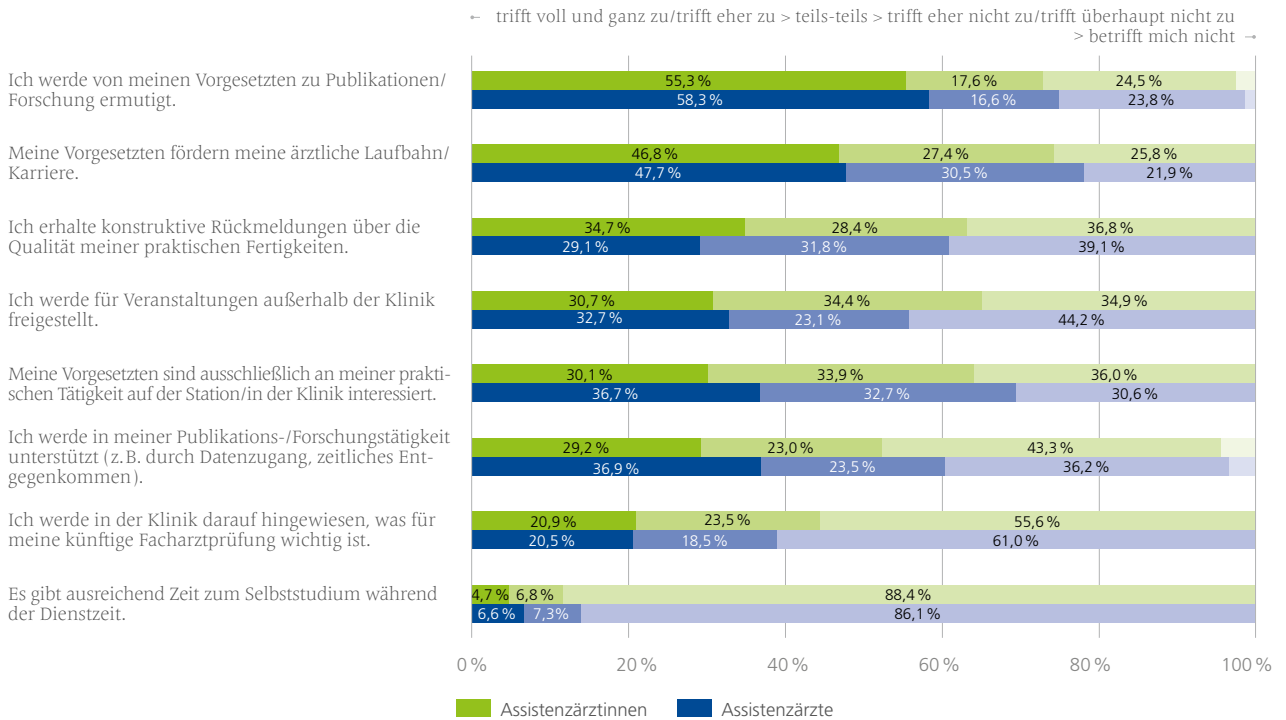
Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 8, sortiert nach Häufigkeit (Top-2-Ranking) der Frauen.

resistent. Während bei den ersten drei erstgenannten Selbsteinschätzungen nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennbar sind, schreiben sich zwei Drittel der befragten Männer Stressresistenz zu, jedoch nur knapp über die Hälfte der Frauen ist in diesem Punkt eindeutig. Hier stellt sich die Frage, ob Frauen tatsächlich weniger stressresistent sind als Männer, ob sie sich selbst kritischer einschätzen oder ob sie möglicherweise in der Klinik mit mehr Stress konfrontiert sind. Hinweise auf die letzte Deutungsmöglichkeit liefern die Antworten zur Benachteiligung (Kap. C 4.3). Die wenigsten AssistenzärztInnen überlegen, ihre fachärztliche Weiterbildung abzubrechen (kaum mehr als 3%), vielmehr verfolgen zwei Drittel der Befragten – Frauen wie Männer – nach eigener Aussage ehrgeizig ihre beruflichen Ziele.

Die eigene Fähigkeit zur Vereinbarkeit von Beruf und Privat- bzw. Familienleben wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Einem Drittel der Befragten gelingt es nach eigener Aussage gut, die verschiedenen Lebensbereiche in Einklang zu bringen, etwa ein Drittel bleibt in dieser Hinsicht unentschieden und das letzte Drittel sieht eine solche Vereinbarkeit bei sich als missglückt an. Während eine gelungene Vereinbarkeit von Frauen wie Männern gleichermaßen herausgestellt wird, äußern sich mit 36% sogar mehr Männer als Frauen (29,8%) kritisch über die Möglichkeit, berufliche Verpflichtungen mit ihrem Privatleben gut zu verbinden – ein überraschendes Ergebnis angesichts der verbreiteten Zuschreibung des Vereinbarkeitsproblems an Frauen.

Abb. C 4.5: Fachliche Unterstützungsstrukturen in der Universitätsklinik

### Wie bewerten Sie die Unterstützung in Ihrer fachärztlichen Weiterbildung?<sup>13</sup>



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 6, sortiert nach Häufigkeit (Top-2-Ranking) der Frauen.

Auffällig ist, dass ein Großteil der AssistenzärztInnen die eigenen Stärken nicht in der Forschung sieht; nur jede sechste Ärztin und jeder vierte Arzt schätzen sich anders ein. Bereits in Bezug auf die Planung bzw. Durchführung einer Habilitation wurde ein Unterschied zwischen den Geschlechtern deutlich. Dieser tritt hier ein weiteres Mal zutage, wenn die Befragten Auskunft darüber geben sollen, ob sie sich eine Professur vorstellen können. Während gut die Hälfte aller befragten Ärzte (50,7 %) diese Berufsoption für sich konkreter in Betracht zieht, findet sich eine solche Einschätzung nur bei einem Viertel der Ärztinnen (26,7 %). Darüber hinaus lehnen sogar fast 60 % der Frauen diese Möglichkeit für sich ab (bei Männern sind es lediglich 34,5 %). Wie lässt sich dieser Unterschied – vor allem vor dem Hintergrund einer sehr ähnlichen Bewertung der eigenen Kompetenzen – erklären? Was macht die Professur als Karriereoption für Assistenzärztinnen an Unikliniken so wenig attraktiv? Welche Gründe lassen sich identifizieren, die dazu führen, dass für viele Frauen dieses Berufsziel nicht infrage kommt? Dies wird in Kapitel C 4.5 weiter analysiert.

#### 4.2.5 Unterstützung, Förderung und Netzwerke

Eines der wesentlichen Ergebnisse der Online-Befragung von ProfessorInnen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Gender-Reports 2013 stellte die Erkenntnis dar, dass insbesondere Frauen erst durch Zuspruch, Unterstützung und Zuschreibung durch Dritte (meist in der Postdoc-Phase) – wie etwa durch ihre Vorgesetzten – eine Karriere bis zur Professur für sich als realistische Option wahrnehmen (vgl. Kortendiek et al. 2013: 292ff.). Von Interesse für die vorliegende Befragung war deshalb, welche Unterstützung die Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken während ihrer fachärztlichen Weiterbildung erhalten, in der sie nicht nur praktische Fertigkeiten erlernen, sondern die ihnen auch Möglichkeiten der Forschung und Vernetzung bieten soll.

<sup>13</sup> Die Statements „Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten“ und „Es gibt ausreichend Zeit zum Selbststudium während der Dienstzeit“ sind in wörtlicher oder leicht modifizierter Form aus der KarMed-Studie (Teilprojekt UK Hamburg-Eppendorf) übernommen.

Tab. C 4.7: Unterstützungsangebote der Universität oder des Klinikums

Nutzung der Unterstützungsangebote	Ärztinnen (n = 184)	Ärzte (n = 146)	Gesamt (n = 330)
Stipendien und Förderprogramme allgemein	17,4 %	24,7 %	20,6 %
Mentoring allgemein	8,2 %	11,0 %	9,4 %
Veranstaltungen/Workshops zur Karriereplanung	9,8 %	4,8 %	7,6 %
Beratungsangebote/Coaching	4,9 %	5,5 %	5,2 %
Kinderbetreuungsangebote	5,4 %	4,8 %	5,2 %
Mentoring für Frauen	7,1 %	0,0 %	3,9 %
Frauenförderprogramme für Doktorandinnen, Postdoktorandinnen, Habilitandinnen	6,0 %	0,0 %	3,3 %
Sonstiges	0,5 %	0,7 %	0,6 %
Nein, ich habe nichts davon genutzt.	68,5 %	58,9 %	64,2 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 26: „Haben Sie bereits eines der folgenden Unterstützungsangebote Ihrer Universität oder des Klinikums genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)“.

Insgesamt scheinen die Unikliniken in NRW keine Ausbildungsorte mit strategischer und einheitlicher Förderungskultur zu sein; vielmehr zeichnen die Einschätzungen der befragten AssistenzärztInnen ein sehr heterogenes Bild. So geben zwar mehr als die Hälfte an, von ihren Vorgesetzten zu Publikationen und Forschung ermutigt zu werden, und immerhin knapp die Hälfte fühlt sich von den Vorgesetzten in der ärztlichen Laufbahn bzw. Karriere gefördert (Abb. C 4.5). Konkrete Unterstützung in Form von Datenzugängen und zeitlichem Entgegenkommen oder die Freistellung für Veranstaltungen außerhalb der Klinik bleiben jedoch vielfach aus: Nur etwa ein Drittel aller AssistenzärztInnen hat hier positive Erfahrungen gemacht. Zudem haben 30,1 % der befragten Frauen und sogar 36,7 % der Männer den Eindruck, dass ihre Vorgesetzten ausschließlich an ihren praktischen Tätigkeiten in der Klinik interessiert sind. Auffällig ist auch, dass insbesondere das Erlernen praktischer Fertigkeiten und die Vorbereitung auf die Facharztprüfung – und damit wesentliche Bestandteile der Weiterbildung – von den Befragten negativ beurteilt werden. Gerade einmal gut jede und jeder Dritte erhält nach eigener Auskunft konstruktive Rückmeldungen über die Qualität der praktischen Fähigkeiten und nur jede/r Fünfte hat den Eindruck, in der Klinik darauf hingewiesen zu werden, was für die Facharztprüfung wichtig ist.

Förderung scheint immer dann besonders gering auszufallen, wenn der Unterstützungsaufwand mit den Anforderungen des Klinikalltags konkurrieren muss; dann nämlich wird Letzterem (so legen es die Einschätzungen der AssistenzärztInnen nahe, Kap. C 4.5.2) der Vorzug gegeben. Am deutlichsten wird dies in der Tatsache, dass mehr als vier Fünftel aller

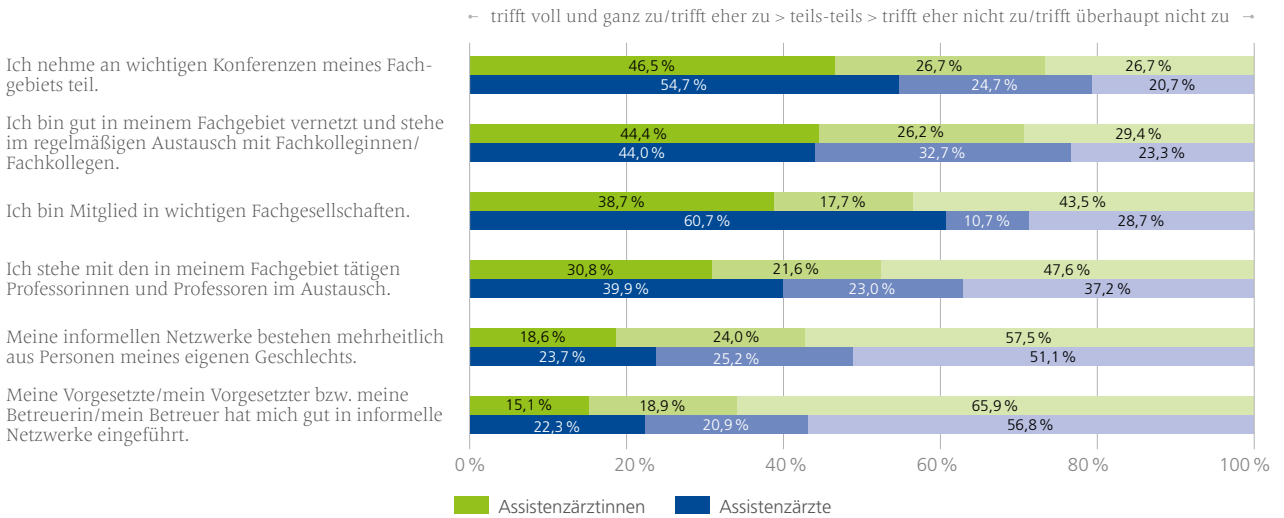
befragten Assistenzärztinnen und -ärzte angeben, während der Dienstzeit nicht ausreichend Zeit zum Selbststudium zu haben. Diese wäre jedoch dringend notwendig, um sich weiter zu qualifizieren (sei es in Bezug auf die Arbeit an der Promotion, das Vertiefen medizinischer Fälle oder das Publizieren für die Habilitation). Daraus folgt, dass diese Arbeiten in der Freizeit erledigt werden müssen – neben der Vollzeittätigkeit und zahlreichen Überstunden. Hierin deutet sich nicht nur eine zentrale Konkurrenzsituation zwischen klinischer Arbeit einerseits und Weiterqualifizierung und letztlich auch Privatleben andererseits an, sondern auch die besondere Relevanz der umkämpften Ressource Zeit. Beides wird im Verlauf der Analysen immer wieder und in verschiedensten Akzentuierungen von Bedeutung sein.

#### Interne Unterstützungsangebote

Neben der Förderung durch Vorgesetzte gibt es an den meisten Universitätskliniken allgemeine Unterstützungsangebote, die von Kinderbetreuungsangeboten über Stipendien bis zu Mentoring-Programmen reichen. In der Befragung sollte herausgefunden werden, welche dieser Angebote von den AssistenzärztInnen bereits in Anspruch genommen wurden (Tab. C 4.7). Dabei fällt zunächst auf, dass die Mehrheit der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung noch kein einziges Förderungsangebot genutzt hatte. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Frauen und Männern: Während 58,9 % der Assistenzärzte noch an keinem Angebot teilgenommen haben, sind es bei den Assistenzärztinnen sogar über zwei Drittel (68,5 %). Auch Stipendien und allgemeine Förderprogramme werden von ihnen seltener wahrgenommen als von ihren Kollegen. Wenn die befragten Frauen überhaupt Unterstützungsangebote

Abb. C 4.6: Vernetzung der Assistenzärztinnen und -ärzte

### Wie sind Sie derzeit vernetzt?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 25, sortiert nach Häufigkeit (Top-2-Ranking) der Frauen.

in Anspruch nehmen, sind es Veranstaltungen und Workshops zur Karriereplanung (9,8 %), aber auch spezielle Mentoring-Programme für Frauen (7,1 %) oder Frauenförderprogramme für Doktorandinnen, Postdoktorandinnen und Habilitandinnen (6,0 %). Kinderbetreuungsangebote werden noch seltener, aber von Assistenzärztinnen (5,4 %) und -ärzten (4,8 %) etwa gleich häufig genutzt.

#### Vernetzung

Wie für alle Karrieren – ob wissenschaftlich oder nicht – spielen Netzwerke auch für die berufliche Laufbahn von AssistenzärztInnen eine wichtige Rolle und können wesentlichen Einfluss auf das Gelingen oder Scheitern nehmen, aber auch darauf, ob bestimmte Berufsperspektiven überhaupt möglich erscheinen. In der Erhebung wurden die Assistenzärztinnen und -ärzte deshalb gebeten, verschiedene Aussagen zum Thema Vernetzung für sich zu bewerten (Abb. C 4.6).

Ein erster Überblick zeigt, dass sich die befragten Assistenzärztinnen in den meisten Punkten schlechter vernetzt fühlen als ihre Kollegen. Grundsätzlich sehen sich zwar gleich viele Frauen (44,4 %) wie Männer (44,0 %) in ihrem Fachgebiet gut vernetzt und stehen in regelmäßigem Austausch mit FachkollegInnen. Davon abgesehen tauschen sich jedoch

nach eigener Aussage vier von zehn Ärzten mit den in ihrem Fachgebiet tätigen Professorinnen und Professoren aus, während dies nur drei von zehn Ärztinnen von sich sagen. Auch haben fast zwei Drittel der Frauen (65,9 %) das Gefühl, von ihren Vorgesetzten bzw. BetreuerInnen nicht gut in informelle Netzwerke eingeführt worden zu sein; dies äußern zwar auch Männer mehrheitlich, aber mit 56,8 % sichtbar weniger. Den Befragten mangelt es keinesfalls an Eigeninitiative: Trotz Vollzeitätigkeit, Überstunden, Weiterqualifizierung in der Freizeit und selten gewählter Freistellung für Veranstaltungen außerhalb der Klinik sind 46,5 % der Assistenzärztinnen und sogar 54,7 % der Assistenzärzte auf Tagungen präsent. Ein ausgeprägter Geschlechterunterschied zeigt sich bei der Mitgliedschaft in Fachgesellschaften. Hier beteiligen sich 60,7 % der befragten Männer, bei den Frauen sind es lediglich 38,7 %.

#### 4.2.6 Partnerschaft, Familie und Familienplanung

Die fachärztliche Weiterbildung findet meist in einer Lebensphase statt, in der viele Assistenzärztinnen und -ärzte vor wichtigen Entscheidungen in Bezug auf Partnerschaft und Familienplanung stehen. Diese können Einfluss auf die Erwerbstätigkeit oder Karriereambitionen der einzelnen ÄrztInnen haben.

Tab. C 4.8: Untersuchungsgruppe nach Familienstand, Partnerschaft und Elternschaft

Familienstand	Ärztinnen (n = 187)	Ärzte (n = 150)
Ledig	63,6 %	56,7 %
Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft	35,8 %	42,0 %
Geschieden/verwitwet	0,5 %	1,3 %
Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft?	Ärztinnen (n = 184)	Ärzte (n = 148)
Ja	83,7 %	87,2 %
Nein	16,3 %	12,8 %
Partner/in lebt im Haushalt?	Ärztinnen (n = 153)	Ärzte (n = 128)
Ja	75,8 %	83,6 %
Nein	24,2 %	16,4 %
Minderjährige Kinder im Haushalt?	Ärztinnen (n = 189)	Ärzte (n = 148)
Ja	20,6 %	20,9 %
Nein	79,4 %	79,1 %
Anzahl der Kinder	Ärztinnen (n = 39)	Ärzte (n = 31)
Ein Kind	59,0 %	51,6 %
Zwei Kinder	33,3 %	41,9 %
Drei oder mehr Kinder	7,7 %	6,5 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Fragen 19 bis 21 sowie Frage 23a/b.

### Familienstand und Elternschaft

Die weitaus meisten Befragten – Männer noch etwas häufiger als Frauen – leben in einer Partnerschaft und zu einem überwiegenden Teil auch in einem gemeinsamen Haushalt (Tab. C 4.8). Dabei dominieren Partnerschaften ohne Tauschein: Nur etwas über ein Drittel der Assistenzärztinnen ist verheiratet bzw. lebt in eingetragener Partnerschaft, dies trifft bei Assistenzärzten etwas häufiger zu, möglicherweise ein Effekt ihres höheren Alters. Die Mehrheit der Befragten ist ledig – fast zwei Drittel der Frauen und etwas mehr als die Hälfte der Männer. Erst ein Fünftel der AssistenzärztInnen – Frauen wie Männer – hat bereits Kinder. Von diesen Befragten haben die meisten ein Kind; ein Drittel der Frauen und über 40 % der Männer haben bereits zwei Kinder.

Zunächst geht es um die Partnerschaftssituation der befragten AssistenzärztInnen, die sie anhand verschiedener Aussagen bewerten sollten (Abb. C 4.7). Die weitaus meisten Befragten, die in einer Partnerschaft leben – neun von zehn Frauen wie Männern –, fühlen sich von ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner in den beruflichen Plänen unterstützt. Auch haben sowohl die angehenden Fachärztinnen als auch die Fachärzte mehrheitlich den Eindruck, dass die Arbeit im Haushalt gerecht aufgeteilt ist. Wird die Unterstützung durch die Partnerin/den Partner jedoch „auf die Probe gestellt“, etwa wenn es um Mobilität geht, zeigen sich deutliche Unterschiede. Während über 60 % der befrag-

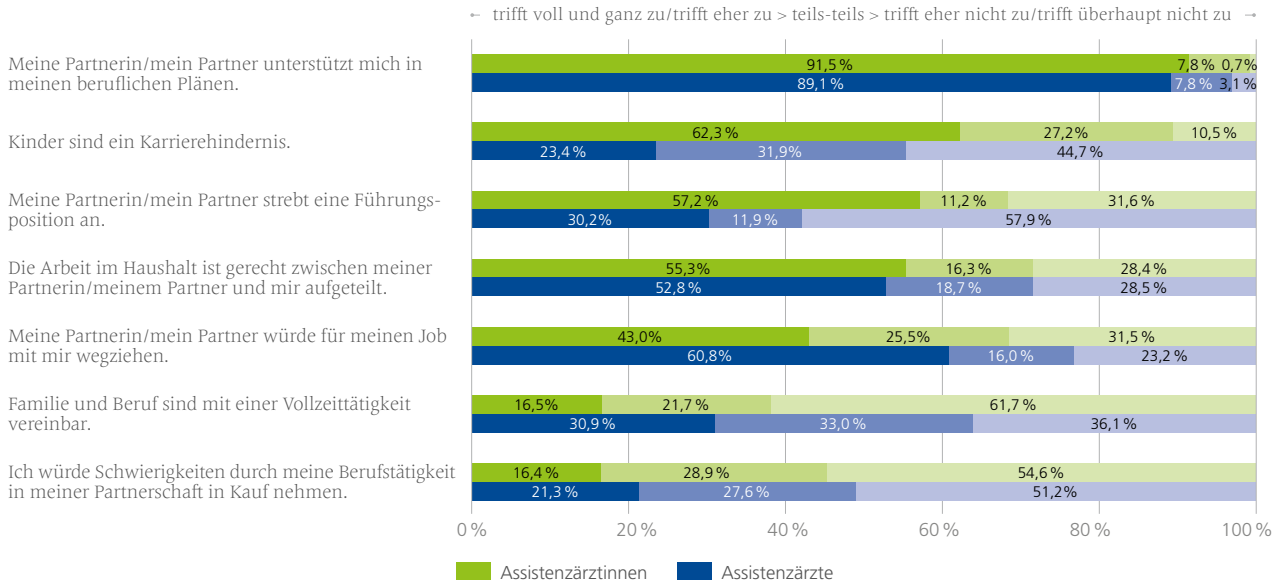
ten Männer angeben, dass ihre Partnerin (oder ihr Partner) bereit wäre, für ihren Job wegzuziehen, trifft dies nicht einmal auf die Hälfte der Frauen zu. Das kann in Verbindung zu der Tatsache gesehen werden, dass die Partner (und Partnerinnen) von Frauen (57,2 %) deutlich häufiger als die von Männern (30,2 %) eine Führungsposition anstreben. Ein (fremdbestimmter) Ortswechsel, der häufig mit beruflichen Einbußen verbunden ist, ist für zielstrebige Personen weniger hinnehmbar. Dazu passt der Befund, dass nur jede sechste Frau, aber mehr als jeder fünfte Mann Schwierigkeiten in der Partnerschaft in Kauf nehmen würde, die durch die eigene Berufstätigkeit bedingt wären. Dennoch ist auch knapp über die Hälfte der Männer dezidiert nicht bereit, die Partnerschaft für den Beruf aufs Spiel zu setzen.

### Familienplanung

Ein wichtiges Thema in der Lebensphase, die in der Regel mit der Weiterbildung zusammenfällt, ist die Entscheidung für oder gegen Kinder und die (vorgestellte) Konsequenz für die eigene Berufstätigkeit. Das betrifft zunächst kinderlose AssistenzärztInnen, die in einer Partnerschaft leben. Bei der Frage, ob eine zukünftige Familie als vereinbar mit einer Vollzeittätigkeit oder als hinderlich dafür eingeschätzt wird, äußern die befragten Frauen und Männer deutlich unterschiedliche Einschätzungen. So bewerten über 60 % der befragten Assistenzärztinnen ohne Kinder Familie und Beruf als unvereinbar mit einer Voll-

Abb. C 4.7: Aussagen der AssistenzärztInnen zu Partnerschaft und Familie

### Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie und Ihre Partnerin/Ihren Partner zu?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 24a, sortiert nach Häufigkeit (Top-2-Ranking) der Frauen. Auswahl: Befragte in Partnerschaft. Die Fragen zu Kindern und Familie wurden nur an Kinderlose gestellt.

Tab. C 4.9: Kinderwunsch bei AssistenzärztInnen mit und ohne Kinder(n)

Möchten Sie Kinder haben? (Befragte ohne Kinder)	Ärztinnen (n = 149)	Ärzte (n = 114)
Ja	89,3 %	81,6 %
Nein	3,4 %	5,3 %
Weiß noch nicht, ob ich Kinder haben möchte	7,4 %	13,2 %
Möchten Sie noch weitere Kinder? (Befragte mit Kind[ern])	Ärztinnen (n = 37)	Ärzte (n = 39)
Ja	56,8 %	62,1 %
Nein	27,0 %	31,0 %
Weiß nicht	16,2 %	6,9 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Fragen 23c und 23d.

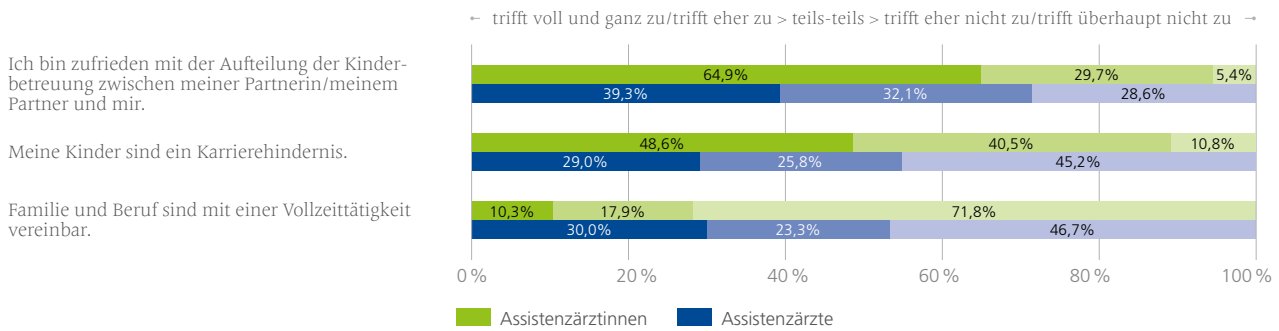
zeittätigkeit, aber nur etwas über ein Drittel der Assistenzärzte (Abb. C 4.7). Damit wird deutlich, dass von kinderlosen Frauen eine eigene Familie als Projekt angesehen wird, das einen großen Teil ihrer Zeit in Anspruch nehmen würde. Der Geschlechterunterschied tritt noch deutlicher hervor, wenn fast zwei Drittel der Frauen, aber lediglich knapp ein Viertel der Männer Kinder als Karrierehindernis bewerten. Für Assistenzärztinnen haben ein Kinderwunsch und die damit einhergehende Familienplanung also eine sehr viel stärkere Relevanz als Weichensteller für ihre berufliche Zukunft als für die meisten ihrer Kollegen. Sie sollen daher genauer betrachtet werden.

Dass die Familienplanung für die rund 80 % kinderlosen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte eine zentrale Frage ist, wird daran sichtbar, dass sich ein Großteil von ihnen ein Kind oder Kinder wünscht: 89,3 % der Frauen und 81,6 % der Männer (Tab. C 4.9). Aber auch die Mehrheit derjenigen, die bereits Eltern sind, hätte gern ein weiteres Kind bzw. weitere Kinder; hier liegen die Männer mit klarem weiterem Kinderwunsch (62,1 %) vor den Frauen (56,8 %). Bei den Frauen, die bereits Kinder haben, ist dagegen der Anteil der Unentschlossenen größer: Jede sechste Frau – ein mehr als doppelt so hoher Anteil wie bei den Männern – weiß noch nicht, ob sie weitere Kinder



Abb. C 4.8: Aussagen der AssistenzärztInnen mit Kindern zu Familie

## Aus der Sicht von Müttern und Vätern: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie und Ihre Familie zu?



möchte.<sup>14</sup> Nur für jede vierte Frau, aber für knapp ein Drittel der Männer ist die Familienplanung bereits abgeschlossen.

### Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich in der Einschätzung zu Partnerschaft und Familie Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Kinder finden lassen: Beurteilen Ärztinnen und Ärzte mit Kindern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufgrund eigener Erfahrungen vielleicht negativer? Oder ist die Sicht der bisher kinderlosen AssistenzärztInnen kritischer?

Der Vergleich zwischen AssistenzärztInnen mit (Abb. C 4.8) und ohne Kinder (Abb. C 4.7) zeigt, dass das Vorhandensein von Kindern für beide Geschlechter die Einschätzung leicht verändert. So sehen ebenfalls mehr angehende Fachärztinnen (48,6 %) als Fachärzte (29,0 %) ihre Kinder als Karrierehindernis, aber unter den Frauen sind es anteilig weniger, bei den Männern hingegen etwas mehr als bei den Kinderlosen, die dieses Hindernis betonen. Hingegen verstärkt das Vorhandensein von Kindern bei Frauen wie Männern die Einschätzung, dass Familie und eine Vollzeit-Berufstätigkeit unvereinbar sind. Unberührt davon bleibt die Relation bestehen, dass anteilig sehr viel mehr Frauen als Männer das so bewerten (71,8 % vs. 46,7 %). Trotzdem lässt sich hier eine Tendenz erkennen, dass Assistenzärzte mit Kindern diese

stärker als Karrierehindernis wahrnehmen und sich auch kritischer zu einer möglichen Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben äußern, als das ihre kinderlosen Kollegen tun.

Insofern können die Ergebnisse als Hinweis darauf gelesen werden, dass sich angehende Fachärzte, die bereits Väter sind, vermehrt aktiv in die Kindererziehung einbringen möchten und den Wunsch haben, ausreichend Zeit mit der Familie zu verbringen. Sie sind auch unzufriedener mit der Aufteilung der Kinderbetreuung zwischen sich und ihrer Partnerin/ihrer Partner: Nur zwei Fünftel erleben die Situation als zufriedenstellend (39,3 %), während fast zwei Drittel der befragten Frauen mit Kindern die Aufteilung als gelungen bewerten (64,9 %). Zwar kann anhand der Auswertung keine Aussage darüber getroffen werden, wie genau sich die zeitliche Aufteilung in den Partnerschaften darstellt. Die Unzufriedenheit der Assistenzärzte kann jedoch darauf hindeuten, dass sich die Väter mehr Zeit mit den Kindern wünschen, was sie jedoch aufgrund der Vollzeitätigkeit, die in der Medizin immer noch die Norm ist, als nicht realisierbar einschätzen. Weitere Hinweise darauf liefern die Antworten auf die offenen Fragen (Kap. C 4.6.2).

<sup>14</sup> Einschränkung muss hier auf die geringen Fallzahlen der Befragten mit Kindern hingewiesen werden.

## Resümee

Mit der Wahl einer Universitätsklinik als Ort der fachärztlichen Weiterbildung haben Assistenzärztinnen und -ärzte eigentlich optimale Voraussetzungen, um eine wissenschaftliche Karriere zu verfolgen. Immerhin 43,7 % aller Ärzte in der Online-Befragung geben dementsprechend an, dass sie ihre Entscheidung für die Uniklinik bewusst aus diesem Grund getroffen haben. Auf Ärztinnen trifft dies jedoch in geringerem Ausmaß zu (30,0 %). Für sie steht die Behandlung komplexer medizinischer Fälle im Vordergrund. Eine Position als Professorin gehört hingegen seltener zu den Optionen: Nicht einmal die Hälfte der befragten Frauen habilitiert zum Zeitpunkt der Erhebung oder plant

zumindest konkret eine Habilitation und gerade einmal jede Vierte kann sich vorstellen, Professorin zu werden (26,1 %). Bei ihren Kollegen sind es fast doppelt so viele (50,7 %). Gründe dafür scheinen nicht in der Selbsteinschätzung der angehenden Fachärztinnen zu liegen, denn sie erleben sich ähnlich kompetent, ehrgeizig und teamorientiert wie die Ärzte. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern liegt jedoch in den Einschätzungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Denn knapp zwei Drittel der kinderlosen Frauen sehen Kinder als Karrierehindernis (62,3 %) und geben an, dass Familie und Beruf nicht mit einer Vollzeittätigkeit vereinbar sind (61,7 %). Dies wird von deutlich weniger Männern geäußert (23,4 % und 36,1 %).

### 4.3 ERFAHRUNGEN VON BENACHTEILIGUNG AN DER UNIKLINIK

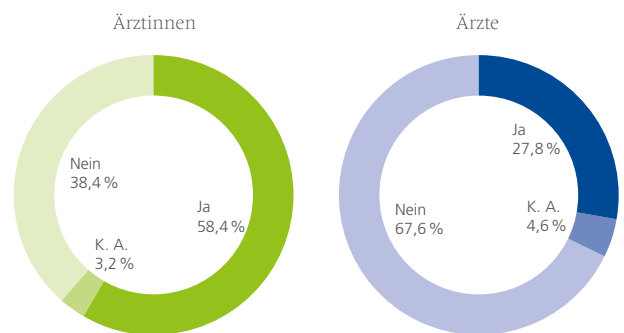
Zu den Rahmenbedingungen, die eine berufliche Orientierung beeinflussen können, gehören auch Erfahrungen von Benachteiligung. Für die Untersuchung wurden die Assistenzärztinnen und -ärzte daher auch dazu befragt, ob sie solche Benachteiligungserfahrungen in ihrer bisherigen fachlichen Weiterbildung gemacht haben. Die Ergebnisse zeigen, dass sich fast die Hälfte der AssistenzärztInnen während ihrer Weiterbildung schon einmal benachteiligt gefühlt hat (45,1 %, siehe Anhang). Das betrifft vor allem Frauen: Mehr als doppelt so viele befragte Frauen (58,4 %) wie Männer (27,8 %) haben bereits Benachteiligungen erfahren (Abb. C 4.9).

Als häufigster Anlass einer Benachteiligung wird dabei das Geschlecht angeführt (Abb. C 4.10): Jede zweite Frau hat sich während ihrer Weiterbildung schon einmal aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt gefühlt (52,6 %). Dieses Ergebnis überrascht in seiner Deutlichkeit, da es sich mehrheitlich um junge Frauen handelt, für deren Generation eine Geschlechterdiskriminierung häufig als bereits überwunden dargestellt wird. Bemerkenswert ist, dass eine Benachteiligung nach Geschlecht auch von Männern angegeben wird, wenn auch sehr viel seltener als von Frauen: Fast jeder zehnte befragte Assistenzarzt (9,3 %) hat sich schon einmal als Mann benachteiligt gefühlt. Für beide Ergebnisse sind die weiter unten ausgewerteten offenen Antworten aufschlussreich.

Auch aufgrund von Elternschaft und Alter haben die AssistenzärztInnen in der Online-Befragung bereits

Abb. C 4.9: Erfahrungen von Benachteiligung in der Weiterbildung nach Geschlecht

Haben Sie sich in Ihrer fachärztlichen Weiterbildung schon einmal benachteiligt gefühlt?



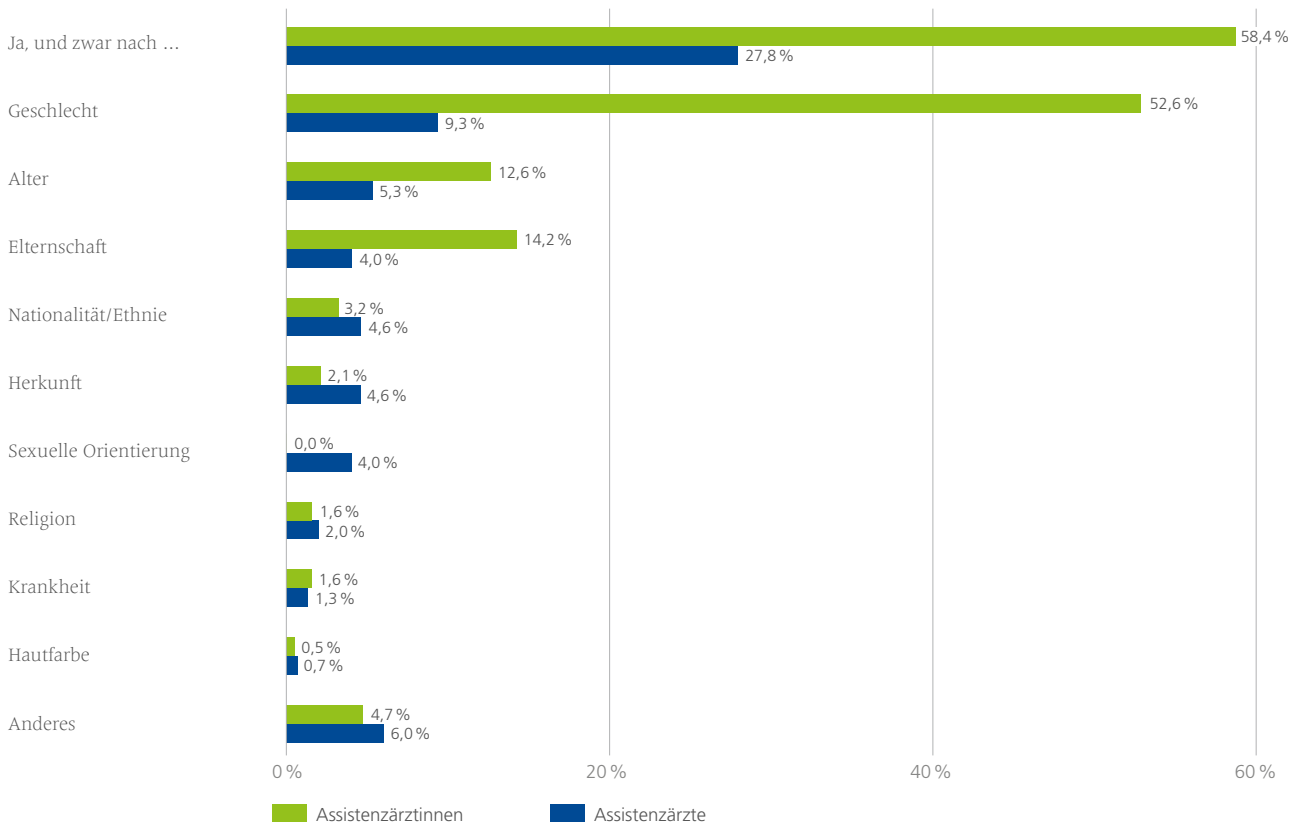
Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 190 Frauen, 151 Männer), Frage 9.

Benachteiligungen erlebt: Mit je 9,6 % wurden diese beiden Gründe am zweithäufigsten genannt. Allerdings unterscheiden sich die Antworten hier ebenfalls deutlich nach dem Geschlecht, denn in Bezug auf ihr Alter haben sich doppelt so viele Frauen wie Männer schon einmal benachteiligt gefühlt, in Bezug auf Elternschaft sogar mehr als dreimal so viele.

Dabei wird eine Benachteiligung aufgrund von Elternschaft erwartungsgemäß von denjenigen angegeben, die für die Betreuung minderjähriger Kinder zustän-

Abb. C 4.10: Erfahrungen von Benachteiligung in der Weiterbildung, aufgeschlüsselt nach Geschlecht

Haben Sie sich in Ihrer fachärztlichen Weiterbildung aufgrund eines der folgenden Kriterien schon einmal benachteiligt gefühlt?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 190 Frauen, 151 Männer). Frage 9 (Mehrfachnennungen möglich).

dig sind – und hier erneut vor allem von Frauen: 61,5 % von ihnen fühlen sich aufgrund ihrer Elternschaft benachteiligt (siehe Anhang). Demgegenüber gibt nur jeder fünfte Mann mit einem oder mehreren minderjährigen Kind(ern) an, aufgrund seiner Elternschaft Benachteiligungserfahrungen gemacht zu haben (19,4 %). Sie erleben sich zwar – verglichen mit Männern ohne Kinder – als etwas stärker benachteiligt, dennoch gibt über die Hälfte dieser Väter an, noch keine Benachteiligungen erfahren zu haben (54,8 %). Dieses Ergebnis zeigt deutlich, dass Elternschaft immer noch in erster Linie ein „Frauenproblem“ bzw. ein Problem für Frauen ist. Dazu passt auch der Befund, dass sich 59,0 % der Frauen mit minderjährigen Kindern aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt fühlen.

Das Kriterium Alter hat (nicht nur) in dieser Befragung zwei Seiten: Sowohl „zu jung“ als auch „zu alt“

zu sein, wird als Anlass für Benachteiligung genannt. Assistenzärztinnen machen Diskriminierungserfahrungen in beide Richtungen, am häufigsten jedoch als junge Frauen (17,6 % der Altersgruppe der unter 30-Jährigen), während Männer sich eher benachteiligt fühlen, wenn sie älter als 35 Jahre sind (siehe Anhang). Zu beachten ist jedoch, dass sich insgesamt ein sehr viel kleinerer Anteil der Männer aufgrund des Alters diskriminiert fühlt.

Ob durch Erfahrungen von Benachteiligung auch die berufliche Orientierung beeinflusst wird, lässt sich mit dem verwendeten Untersuchungsdesign zwar nicht feststellen; dennoch ist die Frage interessant, ob sich AssistenzärztInnen, deren berufliches Ziel eine Hochschulkarriere ist, häufiger oder seltener mit Benachteiligungen konfrontiert sehen. Hier differieren die Ergebnisse deutlich nach Geschlecht: Frauen, die eine

Professur unter ihren ersten drei Berufszielen zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung angeben, fühlen sich stärker benachteiligt als Frauen, die keine Professur anstreben (siehe Anhang). Männer, die eine Professur anstreben, fühlen sich hingegen seltener benachteiligt als Männer ohne dieses Berufsziel. Dies kann darauf hindeuten, dass Karriereambitionen von Ärzten in der Klinik als passfähiger wahrgenommen werden, weil sie stärker den Erwartungen entsprechen, die an Männer gestellt werden. Ähnlich könnten sich die häufigeren Benachteiligungserfahrungen der befragten Medizinerinnen mit dem Karriereziel Professur erklären lassen, weil sie eher das von den Erwartungen Abweichende darstellen, wie die Analyse der offenen Antworten zeigt.

Damit die erfahrenen Benachteiligungen noch genauer spezifiziert werden können, erhielten die betroffenen Befragten die Gelegenheit, sich konkreter in einer offenen Antwort zu ihren Erfahrungen zu äußern. Der größte Teil derjenigen, die eine Benachteiligung angegeben hatten, nahm diese Gelegenheit wahr, sodass verschiedene Aspekte von Benachteiligung differenziert werden können (Abb. C 4.11).<sup>15</sup>

#### *Männer werden gefördert, Frauen gehindert*

Die Antworten geben zunächst genaueren Aufschluss über die meistgenannte Benachteiligung – die nach dem Geschlecht, die in verschiedene Aspekte differenziert werden kann. Die insgesamt häufigste Erfahrung von Benachteiligung wird ausschließlich von Frauen artikuliert: Demnach erhielten ihrer Einschätzung nach Männer bessere Positionen und mehr (Forschungs-)Förderung, Frauen würden hingegen in ihren Karrieremöglichkeiten behindert (42,3 %, Abb. C 4.10). Eine Benachteiligung von Frauen wird sowohl bezüglich der Vertragssituation als auch im Hinblick auf Förderung und Karriereperspektiven konstatiert. Konkret wird eine Bevorzugung von Männern anhand schnellerer Rotationen sowie eines schnelleren Zugangs zu Operationen angeführt. Das führe zu Verzögerungen in der Weiterbildung von Frauen: *„Funktionsrotationen werden oftmals frühzeitig an männliche Kollegen vergeben, sodass die Facharztausbildung weiblicher Kolleginnen länger dauert“* (F/N)<sup>16</sup>. Männer

werden in der Wahrnehmung vieler Assistenzärztinnen auch wissenschaftlich stärker gefördert als sie selbst, wie eine Assistenzärztin aus der Inneren Medizin bemerkt: *„insgesamt tendenzielle Bevorzugung männlicher Kollegen hinsichtlich wissenschaftlicher Förderung“*. Die stärkere Förderung von Männern wird selbst für die Bereiche konstatiert, in denen Frauen als Ärztinnen zahlenmäßig in der Mehrheit sind – wie in der Gynäkologie und der Psychiatrie/Psychotherapie: *„Operationstätigkeiten werden am ehesten an die wenigen männlichen Kollegen verteilt; in Diskussionen hat die tiefe, laute Stimme immer mehr Kraft, gehört zu werden“* (F/G). Die beobachtete stärkere Förderung von Männern wird jedoch nicht nur – wie in diesem Beispiel – auf körperliche Durchsetzungskraft zurückgeführt, sondern auch auf das zahlenmäßige Überwiegen von Männern in der Leitungsebene: *„Größere Förderung der männlichen Kollegen bei hohem Frauenanteil im ärztlichen Team, leitende Ebene jedoch männerdominiert“* (F/P).

Auf der anderen Seite wird in Bereichen mit hohem Männeranteil die Minoritätssituation von Frauen als Benachteiligung wahrgenommen. Thematisiert werden Männernetzwerke als *„Zusammenhalt unter den männlichen Kollegen“* (F/O) und als für Frauen wenig zugängliche Räume: *„Es ist schwierig, mit männlich dominierten Arbeitsgruppen Kooperationen aufzubauen“* (F/W).

#### *Elternschaft und Teilzeitprobleme*

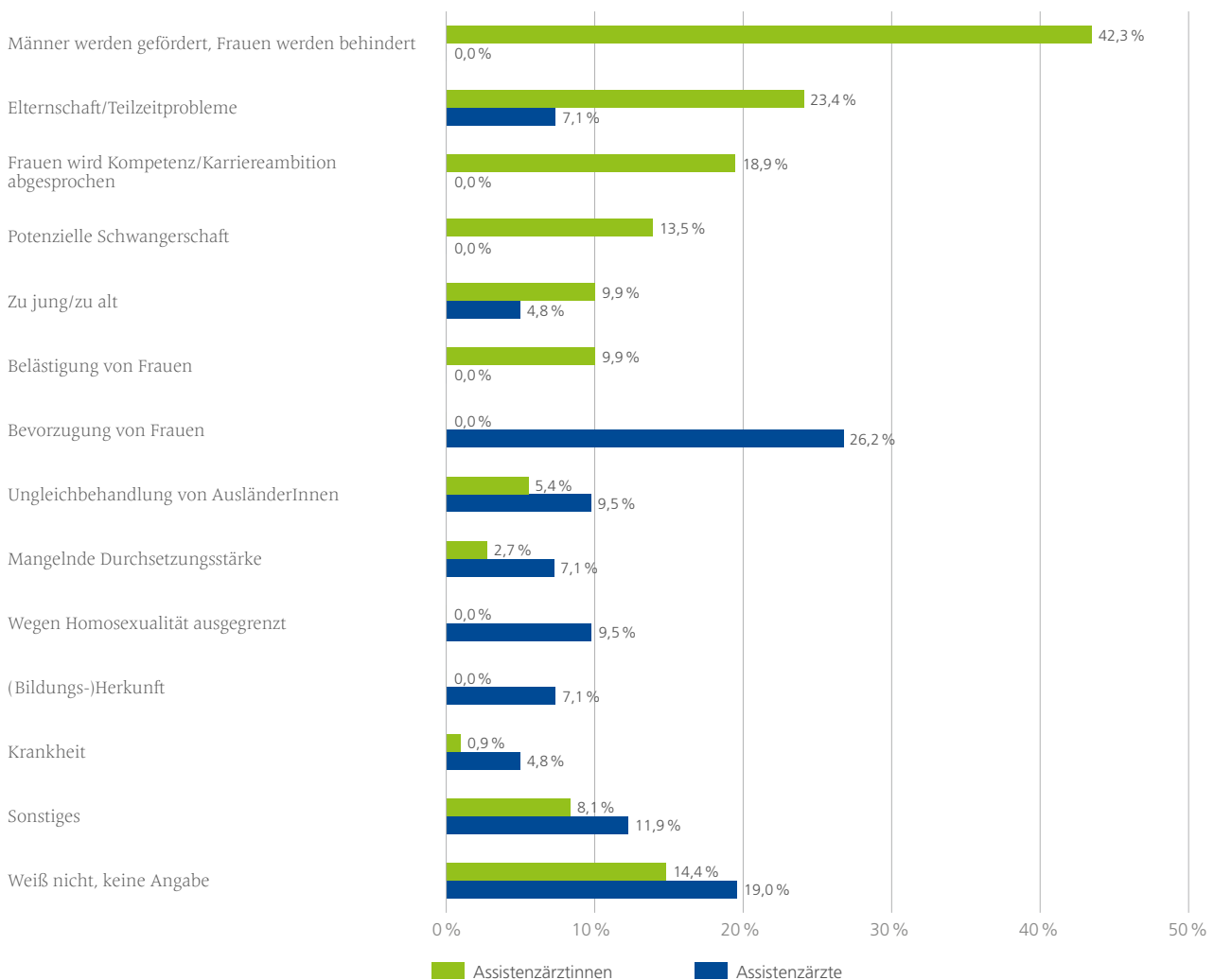
Insgesamt jede/r sechste von Benachteiligung betroffene Befragte benennt Elternschaft und damit zusammenhängende Probleme mit Teilzeitarbeit als Grund für Benachteiligung. Das betrifft, wie bereits die Auswertung der geschlossenen Frage gezeigt hat, vor allem Frauen – mit 23,4 % fast ein Viertel derjenigen, die eine Benachteiligung benannt haben. Aus den offenen Antworten ergibt sich insgesamt ein Bild, in dem Familienverpflichtungen einen Störfaktor im Klinikalltag darstellen. Die Benachteiligung betrifft alle, die diesen Verpflichtungen aktiv nachgehen (wollen), und wird zum einen als mangelnde Unterstützung erlebt: *„Als Frau/Mutter vollkommen ignoriert und gar nicht unterstützt“* (F/W). Zum anderen wird sie als direkte Behinderung in Form einer zeitlichen Verzögerung erlebt, etwa bei Rotationen. Die Erfahrung einer Benachteiligung machen auch Männer, die Elternzeit in Anspruch nehmen wollen: *„Elternzeit nicht gerne gesehen“* (M/I). Ausschließlich Frauen betrifft hingegen das Verbot, in der Schwanger-

<sup>15</sup> Die Antworten wurden kategorisiert und anschließend quantitativ und qualitativ ausgewertet. Lediglich 16,1 % derjenigen, die zuvor eine Benachteiligung angegeben hatten, ließen die offene Frage unbeantwortet.

<sup>16</sup> Das Kürzel am Ende des Zitates gibt im ersten Buchstaben das Geschlecht des/der Befragten an (F = Frau, M = Mann). Nach dem Schrägstrich folgt das Kürzel für die Richtung der Fachärztlichen Weiterbildung (siehe Abkürzungsverzeichnis Online-Befragung).

Abb. C 4.11: Erläuterungen der Benachteiligungserfahrung nach Geschlecht

Bitte beschreiben Sie, inwiefern Sie sich benachteiligt gefühlt haben.



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 111 Frauen, 42 Männer). Frage 9b (Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich, sortiert in der Reihenfolge der Nennungen der Benachteiligten insgesamt). Basis: diejenigen, die zuvor eine Benachteiligung angegeben haben.

schaft zu operieren, das als massiver Eingriff in die eigene Zeitplanung erlebt wird:

*„Zeitverlust durch Operationsverbot in der Schwangerschaft, Zeit im Mutterschutz (8 Wochen Berufsverbot) werden nicht zur Facharztzeit angerechnet“ (F/C).*

Hinzu kommt, dass die Organisation des Arbeitsalltags für Frauen und Männer mit Familienverantwortung erschwert ist. Im Klinikalltag wird flexible Einsatzbereitschaft gefordert, und pünktliches Gehen gilt als Störfaktor:

*„Schwierige OP-Planungen, weil man durch unflexible Kita-Öffnungszeiten einen engen Zeitrahmen hat und Kollegen nicht immer tolerant dafür sind, dass man u. U. ‚pünktlich‘ Feierabend machen muss“ (F/C).*

Auch Teilzeitarbeit scheint keine adäquate Abhilfe zu schaffen. Zum einen gibt es bereits Hindernisse, sie in Anspruch zu nehmen, da den AssistenzärztInnen vermittelt wird, dass sie unerwünscht ist. Dies führt zu dem „Gefühl, Vollzeitkräfte werden mehr gefördert“ (F/G). Zum anderen wird Teilzeit von Vorge-

setzen als Begründung herangezogen, bestimmte, für die Weiterbildung wichtige Einsätze zu verweigern:

*„Als Anästhesistin in Teilzeit ist laut meines Vorgesetzten ein Einsatz im Schichtbetrieb auf der Intensivstation nicht möglich“ (F/A).*

*„Werde ab und zu wegen meiner Teilzeittätigkeit als ‚Freizeitärztin‘ bezeichnet. Das ist ungerecht. Eine Rotation in den Notarzdienst wurde mir verweigert mit dem Argument, dass man das für eine halbe Stelle nicht einrichten könne.“ (F/A)*

Aus den letzten beiden Zitaten wird deutlich, dass Frauen, die Weiterbildung und Kinderbetreuung durch eine Teilzeittätigkeit vereinbaren, sich neben einer mangelnden Förderung auch mit abwertenden Kommentaren konfrontiert sehen.

### **Frauen werden Kompetenz oder Karriereambitionen abgesprochen**

Auch die nächsthäufige Form der Benachteiligung erweist sich als weitere Facette einer Geschlechterdiskriminierung: Mehr als ein Sechstel der Frauen, die sich benachteiligt fühlen, gibt an, Frauen würden Kompetenz oder Karriereambitionen abgesprochen oder sie müssten mehr leisten. Kernpunkt der Kommentare ist, dass Frauen das Interesse an einer Karriere erst ausdrücklich formulieren und beweisen müssten, da ihnen sonst automatisch unterstellt würde, keine beruflichen Ambitionen zu haben.

*„Karrierestreben wird bei Männern vorausgesetzt, als Frau muss man dieses erst unter Beweis stellen.“ (F/N)*

Gerade Frauen mit wissenschaftlichen Ambitionen werden von männlichen Führungskräften offen oder subtil entmutigt:

*„einige Kommentare, dass Frauen in der Universitätsmedizin keine Karrierechancen haben – der Drang wissenschaftlich zu arbeiten wird von vielen männlichen Oberärzten eher belächelt und nicht ernstgenommen“ (F/K).*

Die betroffenen Assistenzärztinnen schildern, dass ihnen – verglichen mit ihren Kollegen – mangelnde Kompetenz unterstellt werde und sie weniger Wertschätzung erfahren. Nach ihrer Wahrnehmung müssen sie während ihrer Weiterbildung mehr arbeiten, um den gleichen Erfolg oder die gleiche Anerkennung

zu erreichen – oder auch ohne Aussicht auf diesen Erfolg: *„weibliche Mitarbeiter werden eher als fleißige Arbeitsbienen gesehen und eingesetzt“ (F/I).* Dies kann im Zusammenhang mit den Frauen unterstellten geringeren Karriereambitionen gesehen werden: Der Arbeitseinsatz ohne gleichzeitige Förderung wird als Ausbeutung wahrgenommen.

### **Potenzielle Schwangerschaft als Diskriminierungserfahrung**

Als nächsthäufige wahrgenommene Benachteiligung wird – wiederum ausschließlich von Assistenzärztinnen – eine potenzielle zukünftige Schwangerschaft und Elternschaft angeführt (13,5 %). Im Unterschied zur tatsächlichen Schwangerschaft und Elternschaft geht es hier nicht um aktuelle Probleme in der Arbeitsorganisation. Vielmehr machen gerade jüngere Frauen in der Weiterbildung häufig die Erfahrung, dass ihnen eine Schwangerschaft in den nächsten Jahren auch ohne eigene Absichtserklärung quasi naturwüchsig unterstellt wird: *„Man ist Ende Zwanzig und wird als potentiell jeden Moment schwanger angesehen“ (F/W).* Die Unterstellung der Familienplanung ist an die Annahme gekoppelt, dass Frauen, sobald sie Kinder haben, ihre Priorität selbstverständlich auf die Familie legen:

*„Ich werde häufig gefragt, ob jetzt, wo ich als Frau Anfang 30 kurz vor dem Facharzt stehe, für mich nicht eher die Planung einer Familie im Vordergrund steht als meine berufliche Karriere.“ (F/A)*

Die häufig fraglos zugeschriebene Familienorientierung hat – nach Wahrnehmung der betroffenen Frauen – Folgen für die Qualität der Ausbildung und kann zu Verzögerungen bei der Zuteilung von Operationen und Rotationen führen. Auch die spätere berufliche Entwicklung bzw. Karriere wird durch die Unterstellung der Familienplanung beeinträchtigt: *„keine leitende Position angeboten bekommen, weil in gebärfähigem Alter“ (F/H).* Daraus ergibt sich eine Situation, in der die „Beweislast“ bei den Assistenzärztinnen liegt:

*„Als junge Frau muss man explizit sagen, dass man Karriere machen möchte. Ansonsten wird davon ausgegangen, dass man später halbtags arbeiten will, und man wird bei Forschungsprojekten übergangen.“ (F/W)*

Frauen müssen – nach ihren Schilderungen – sehr viel mehr als Männer in vergleichbarer Position dafür tun, um als beruflich ambitioniert wahrgenommen und gefördert zu werden. Das beinhaltet auch, sich von einem Kinderwunsch explizit zu distanzieren oder ihn zurückzustellen.

### Altersdiskriminierung

Eine weitere Form der Benachteiligung wird ebenfalls größtenteils von Frauen angeführt: die altersbezogene Diskriminierung. Jede zehnte Frau, die eine Benachteiligung angegeben hat, fühlt sich aufgrund ihres Alters diskriminiert (9,9 %). Dabei ist, wie bereits erwähnt, zweierlei möglich: Die Betroffenen fühlen sich entweder als „zu jung“ oder „zu alt“ attribuiert. Gerade die Kombination „Frau“ und „jung“ scheint für Abwertungen besonders prädestiniert. Dies äußert sich zum einen darin, dass sich junge Assistenzärztinnen im Kontakt mit PatientInnen weniger ernst genommen fühlen:

*„Patienten glauben, dass man zu jung und unerfahren ist, wollen lieber einen Mann, da sie oft glauben, dass diese kompetenter seien.“ (F/I)*

Zum anderen schildern junge Assistenzärztinnen, dass sie durch Vorgesetzte weniger gefördert würden:

*„Aufgrund meines jungen Alters wird mir weniger zgetraut. Ich habe das Gefühl, von einigen vorgesetzten Kollegen weniger ernst genommen zu werden als männliche Kollegen mit ungefähr gleicher klinischer Erfahrung.“ (F/O)*

Die Erfahrung, dass „jung“ mit „inkompetent“ gleichgesetzt wird, machen in der Online-Befragung auch Männer – allerdings sehr viel seltener als Frauen. Während diese Form der Benachteiligung bei Männern eine Ausnahme bleibt, bildet sie bei Frauen einen Bestandteil der erlebten Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Altersdiskriminierung „erledigt“ sich bei Frauen mit zunehmendem Alter jedoch nicht. So wird der „Vorzug jüngerer, männlicher Kollegen“ (F/I) registriert oder auch – ähnlich wie bei jüngeren Frauen – die Erfahrung mangelnder Förderung. Die Benachteiligung älterer Frauen wird zum Teil auf die übernommene Familienverantwortung zurückgeführt, die mit einer verzögerten Weiterbildung verbunden ist:

*„Teilzeitarbeit verlängert die FA-Weiterbildungszeit. Forschen ebenfalls. Verschiedene Förderungen sind bei*

*höherem Alter nicht mehr möglich. Für Leitungspositionen werden eher jüngere Ärzte eingestellt. Fazit: Nach Forschung und Kind ist man nach FA- und OA-Zeit zu alt für einen Lehrstuhl. Oder man bekommt die Kinder sehr spät.“ (F/I)*

Insbesondere Frauen, die wissenschaftlich ambitioniert sind und/oder eine Leitungsposition anstreben, überschreiten Altersgrenzen, wenn sie Konzessionen an ihre Familie machen. Aber auch ein zeitliches Engagement für die Forschung kann dazu führen, dass sich die Ausbildungszeit verlängert und die Karriereaussichten faktisch geringer werden (Kap. C 4.5.2).

### Unangemessener und sexistischer Umgang mit Frauen

Erfahrungen des unangemessenen Umgangs im Zusammenhang mit ihrem Geschlecht ziehen sich wie ein roter Faden durch die Aussagen von Assistenzärztinnen. Teils sind sie in den bereits angeführten Formen der Benachteiligung enthalten: als potenzielle oder tatsächliche Mütter, als junge Frauen, als ambitionierte Frauen. Darüber hinaus wird auch über sexualisierte Belästigung durch Vorgesetzte, Kollegen und Patienten berichtet: *„sexuell motiviertes übergriffiges Verhalten von Vorgesetzten“ (F/P)*. In Kombination mit weiteren Formen der Abwertung ergibt sich ein Bild der Benachteiligung über alle für AssistenzärztInnen relevanten Personengruppen in ihrer Arbeitsumgebung hinweg: *„regelmäßige Diskriminierung aufgrund des Geschlechts von Patienten (hier vor allem Anzüglichkeiten), männlichen Kollegen/Vorgesetzten (oft als Scherz getarnt) sowie durch das Pflegepersonal“ (F/P)*.

### Bevorzugung von Frauen als Benachteiligung von Männern

Obwohl die weitaus meisten Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts von Frauen angeführt werden, fühlen sich auch mehr als ein Viertel der Männer, die zuvor eine Benachteiligung angegeben haben, als Mann benachteiligt (26,2 %). Sie konstatieren eine Bevorzugung von Frauen bzw. einen weniger kritischen/sanfteren Umgang mit diesen. Zu beachten ist allerdings, dass insgesamt sehr viel weniger Männer als Frauen eine Benachteiligung angegeben haben und sich der hier aufgeführte Anteil ausschließlich auf diese Männer bezieht. Ein Teil der Aussagen rekurriert auf ein nicht näher spezifiziertes Gefühl der Benachteiligung: *„Weibliche Mitarbeiter werden bevorzugt“ (M/I)*. Dies lässt sich als Hinweis darauf verstehen, dass die verstärkten Bemühungen um Frauenförde-

rung in der Medizin ein Benachteiligungsempfinden bei Assistenzärzten hervorrufen können: *„Als Mann gibt es kein einziges Förderprogramm. Für Frauen 12!!“* (M/I). Eine weitere Aussage knüpft an Konzessionen im Hinblick auf Familienpflichten an, die gegenüber Frauen gemacht werden: *„Weibliche Kollegen werden bevorzugt in den Tagdiensten eingesetzt und bekommen u. a. deswegen eine bessere Ausbildung“* (M/A). Das Empfinden, dass Frauen bevorzugt werden, kann aber auch durch andere Formen der Benachteiligung verstärkt werden. So erlebt sich ein Assistenzarzt als benachteiligt *„durch das Gefühl, dass mein Vorgesetzter Homosexualität ablehnt und Frauen bevorzugt einstellt“* (M/k. A.); ein anderer, der Benachteiligungserfahrungen als Ausländer macht, sieht für sich *„weniger OP-Zeit als weibliche Kollegen“* (M/I).

Darüber hinaus fühlen sich einzelne Assistenzärzte im Vergleich zu ihren Kolleginnen von männlichen Oberärzten härter oder von Frauen als Oberärztinnen unfair behandelt. Auch nehmen einzelne Männer die Tatsache, dass sie in bestimmten Bereichen in der Minderheit sind – *„fast einziger Mann auf meiner Abteilung“* (M/H) – als Benachteiligung wahr. Insgesamt spiegeln die Aussagen der Männer, die sich als Mann benachteiligt erleben, die gewachsene Präsenz von Frauen in der Hochschulmedizin und zeigen auch, wie schnell diese als Konkurrenz und Bedrohung erlebt wird. Stellt man die Aussagen der Assistenzärzten den der Assistenzärztinnen gegenüber, die sich aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt fühlen, fällt nicht nur auf, dass letztere zahlenmäßig weit überwiegen, sondern dass bestimmte Kategorien von Benachteiligung bei Männern nicht vorkommen: Kein Mann beschreibt sexualisierte Belästigung und kein Mann sagt aus, dass ihm – als Mann – Kompetenz abgesprochen wird. Außerdem wird Männern nicht unterstellt, dass sie die Priorität auf eine spätere Familiengründung legen.

#### **Benachteiligung von Ausländerinnen und Ausländern**

Als eine weitere Form der Benachteiligung während der Weiterbildungszeit wird AusländerInnenfeindlichkeit angeführt (6,5 %), von Männern wie von Frauen.<sup>17</sup> Die empfundene Benachteiligung als AusländerIn weist dabei einige Ähnlichkeiten zur Benachteiligung von Frauen auf. So müssen ausländische AssistenzärztInnen nach eigener Wahrnehmung

<sup>17</sup> Dass ein größerer Anteil der Männer als der Frauen diese Benachteiligung angibt, ist darauf zurückzuführen, dass insgesamt sehr viel weniger Männer als Frauen eine Benachteiligung angegeben haben.

mehr arbeiten, sich mehr beweisen und werden weniger gefördert als deutsche KollegInnen: *„Ausländische Ärzte müssen sich noch mehr anstrengen“* (M/I). Auch hier potenziert sich – wie bereits beim Alter herausgestellt – die (wahrgenommene) Benachteiligung, wenn Geschlechterdiskriminierung hinzukommt:

*„Als Migrant und Frau habe ich weniger Chancen, was Forschung angeht, 99 % der Zeit wird an klinisch-praktische Arbeit aufgeteilt ohne Zeit für andere Tätigkeiten“* (F/I).

Ausschließlich von Frauen wird ein direkt diskriminierender Umgang erwähnt: *„diskriminierende Witze“* (F/A) sowie *„Ausländerfeindlichkeit unter Kollegen. Wurde durch den leitenden Oberarzt jedoch nicht ernst genommen und unter den Tisch gekehrt“* (F/C). Offene Diskriminierung von AusländerInnen/MigrantInnen scheint in der Klinik damit ebenso wie offener Sexismus zumindest partiell noch anschlussfähig zu sein.

#### **Benachteiligung aufgrund differenter Durchsetzungsstärke und fehlender Passfähigkeit**

Eine weitere Form der Benachteiligung wird von denjenigen angeführt, die sich im Klinikbetrieb aufgrund mangelnder Durchsetzungsstärke in einer ungünstigeren Position sehen. Auch hier gibt es eine deutliche Verbindung zur Diskriminierung als Frau: *„Weibliche Kolleginnen können sich schwerer durchsetzen, müssen ‚härter‘ werden, um anerkannt zu sein“* (F/I). Dass Frauen sich weniger durchsetzen, wird zum einen auf existierende Geschlechterstereotypen zurückgeführt, zum anderen schlicht auf körperliche Merkmale wie eine weniger tiefe und laute Stimme. Die Benachteiligung von Frauen wird darüber hinaus in Zusammenhang mit einem kooperativen Arbeitsstil gebracht, der in der Klinik abgewertet wird: *„teamorientiertes Arbeiten benachteiligt gegenüber Ellenbogen-Mentalität der männlichen Kollegen“* (F/I). Hier wird deutlich, dass es nicht (nur) um das Geschlecht geht, sondern um einen bestimmten Arbeits- und Kommunikationsstil, der weniger passfähig ist. So machen auch Männer, die nicht dem rücksichtslos durchsetzungsfähigen Typus entsprechen, Benachteiligungserfahrungen:

*„Bin ein freundlicher, zurückhaltender Charakter; an der Uni sind viele Kollegen (auch bereits die jungen) selbstsüchtig und überehrgeizig, so werden eigene Leistungen von ihnen übermäßig toll dargestellt und Fehler von anderen genauso übermäßig ausgeweidet.“*



*Ebenso wird oft nicht auf faire Reihenfolgen, Abwechslung o. ä. geachtet, sondern versucht, immer nur selbst in den Genuss eines Vorteiles zu kommen. Mein subjektives Empfinden ist auch, dass man von Oberärzten als vorsichtiger, zurückhaltender Mensch bei den vielen ‚Blendern‘ drumherum als inkompetent oder zumindest ‚langsam‘ eingeschätzt wird, obwohl erwiesenermaßen die gleichen Fehler genauso oft von mir gemacht werden wie von einem anderen Jungassistenten, der sich toller darstellt (als er ist).“ (M/A)*

Werden diese Aussagen mit den zuvor dargestellten Äußerungen zur Benachteiligung von Frauen in Beziehung gesetzt, wird deutlich, dass es nicht Männer generell sind, die im Klinikalltag die besseren Chancen auf eine Förderung und die Durchsetzung ihrer Karriereinteressen haben. Nach dem Konzept hegemonialer Männlichkeit (Connell 2015) erweist sich ein bestimmter Typus Mann als besonders passfähig: Übertragen auf Kliniken, verknüpfen zentrale Akteure (leitende Ärzte) ihre Männlichkeit mit einem privilegierten Zugang zu Macht. Wer diesem Typus nicht entspricht – als Frau, als AusländerIn, als Homosexuelle(r), als familienorientierter Mann oder einfach als zurückhaltender Mensch, sieht sich mit offenen und weniger offenen Benachteiligungen konfrontiert. Dieses Ergebnis deckt

sich mit den Ergebnissen aus der KarMed-Studie, nach der eine Medizinkarriere nicht im engeren Sinne durch männliche Ärzte repräsentiert wird, sondern durch einen „männlichen Habitus“, „denn ‚weich sein‘ wird zum unmittelbaren Gegenteil der ‚Härte‘ und ‚Männlichkeit‘ der ‚Herren der Schöpfung‘ mit unterstelltem Karrierestreben.“ (Rothe et al. 2016)

So herrscht an einigen Kliniken offensichtlich ein Klima, in dem männliche Homosexualität abgewertet wird: „blöde Witze über meine Homosexualität“ (M/I), „heteronormative Teamstruktur“ (M/P). Diese Form der Diskriminierung wird ausschließlich von Männern geäußert. Bei ihnen kann (offen gelebte) Homosexualität als Abweichung vom Konzept hegemonialer Männlichkeit verstanden werden, das entsprechend geahndet wird. Darüber hinaus fühlen sich Assistenzärzte aufgrund ihrer (Bildungs-)Herkunft benachteiligt, weil sie ihr Studium im Ausland absolviert haben oder aus Ostdeutschland kommen („ständige Ossiwitze“ (M/k. A.)). Auch Krankheit wird als Anlass für Abwertung und mangelnde Förderung angeführt. Diese Aussagen verdichten das Bild eines Klinikbetriebs, in dem jede Abweichung von einem unausgesprochenen Standard sanktioniert werden darf und in dem es keine Konzepte der Integration des „Anderen“ gibt.

## Resümee

Die Klinik ist für AssistenzärztInnen nicht nur ein Ort, an dem sie sich weiterbilden, dazulernen und ihre Fähigkeiten entwickeln. Es ist auch der Ort, an dem sie sich mit verschiedensten Benachteiligungen konfrontiert sehen. Dies trifft vor allem Frauen, die mehr als doppelt so häufig wie ihre Kollegen von Benachteiligungserfahrungen berichten (58,4 % vs. 27,8 %). Diese erleben sie – im Gegensatz zu den befragten Männern (9,3 %) – vor allem aufgrund ihres Geschlechts (52,6 %), was vielfach zusätzlich eng mit anderen Faktoren wie Alter (12,6 %) oder Elternschaft (14,2 %) verknüpft ist. Dabei zeigt sich, dass die Frauen in der Online-Befragung nicht nur aufgrund tatsächlicher Familienverantwortung benachteiligt werden, wenn eine Vereinbarkeit von Kindern und Klinikalltag

verunmöglicht und Teilzeitarbeit abgewertet wird. Bereits die Möglichkeit einer Schwangerschaft führt nach Erfahrung der angehenden Fachärztinnen dazu, dass ihnen jegliche Karriereambitionen abgesprochen werden, weil selbstverständlich davon ausgegangen werde, dass sie ihre Prioritäten zukünftig auf die Familie legen würden. Auch berichten Assistenzärztinnen von unangemessenem Umgang, übergriffigem Verhalten und sexualisierter Belästigung durch Vorgesetzte, Kollegen und Patienten. Damit erweist sich die Klinik für viele Frauen als Raum von Diskriminierungen, Herabsetzung und Grenzverletzungen. Jedoch sehen sich auch Männer, die aufgrund von Homosexualität, Herkunft, Arbeitsstil oder Charakter an diesem Ort hegemonialer Männlichkeit als nicht passfähig erscheinen, mit teils erheblichen Benachteiligungen konfrontiert.

## 4.4 ZENTRALE BERUFSORIENTIERUNGEN VON ASSISTENZÄRZTINNEN

Die Berufsorientierung von AssistenzärztInnen wird anhand von zwei Fragestellungen untersucht. Zum einen geht es um die Pläne, die unmittelbar nach Abschluss der Weiterbildung verfolgt werden, zum anderen um die längerfristigen beruflichen Pläne. Im Gender-Report interessieren diese Berufsorientierungen vor allem im Hinblick darauf, ob eine Hochschulkarriere angestrebt wird und inwiefern das Interesse an einer solchen Karriere bei Frauen und Männern unterschiedlich ausfällt.

### 4.4.1 Das Spektrum beruflicher Orientierungen direkt nach Abschluss der Weiterbildung

Zunächst wird eruiert, in welche Richtung sich die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte direkt nach Abschluss ihrer Weiterbildung orientieren wollen (Abb. C 4.12).

Obwohl den AssistenzärztInnen nach erfolgreicher Beendigung der Weiterbildung die verschiedensten Möglichkeiten einer (fach-)ärztlichen Berufstätigkeit offenstehen, wollen über 40 % erst einmal (weiter) an einer Uniklinik bleiben (siehe Anhang). Damit besteht das deutlichste Votum darin, sich zunächst alle Optionen – auch die einer klinischen und wissenschaftlichen Karriere – offenzuhalten. Das gilt für Frauen und Männer, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Während jeder zweite Assistenzarzt die weitere Tätigkeit an einer Uniklinik favorisiert, ist das nur bei jeder dritten Assistenzärztin der Fall. Die am zweithäufigsten, aber insgesamt sehr viel seltener in Betracht gezogene Option ist ebenfalls der Verbleib im klinischen Bereich, jedoch verbunden mit dem Wechsel an ein anderes Krankenhaus. Dabei können sich Männer etwas häufiger den Wechsel an ein großes Krankenhaus vorstellen, Frauen zu gleichen Anteilen den Wechsel an ein großes und ein mittelgroßes Krankenhaus; ein kleines Krankenhaus spielt für die Phase unmittelbar nach der Weiterbildung kaum eine Rolle.

Für jede/n Zehnte(n) geht es nicht nur um eine ärztliche Tätigkeit, sondern darum, eine Forschungstätigkeit mit klinischer Arbeit zu verbinden. Diese Option, die ein dezidiert wissenschaftliches Interesse offenbart, wird von Frauen sogar geringfügig häufiger favorisiert. Eine Niederlassung mit eigener Praxis steht direkt nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung noch nicht im Vordergrund – nur 7,2 % haben

einen solchen Plan; dieses Ziel ist erst für einen späteren Zeitpunkt von Bedeutung (Kap. C 4.4.2). Hingegen ist es zumindest für Frauen attraktiver, in ein Angestelltenverhältnis einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums zu wechseln: Rund 10 % der Assistenzärztinnen und damit dreimal so viele wie unter den Assistenzärzten formulieren dieses Ziel. Bei Männern gehört es dagegen fast dreimal so häufig zu den Plänen für die nahe Zukunft, als Facharzt im Ausland zu arbeiten oder zu forschen (7,3 %).

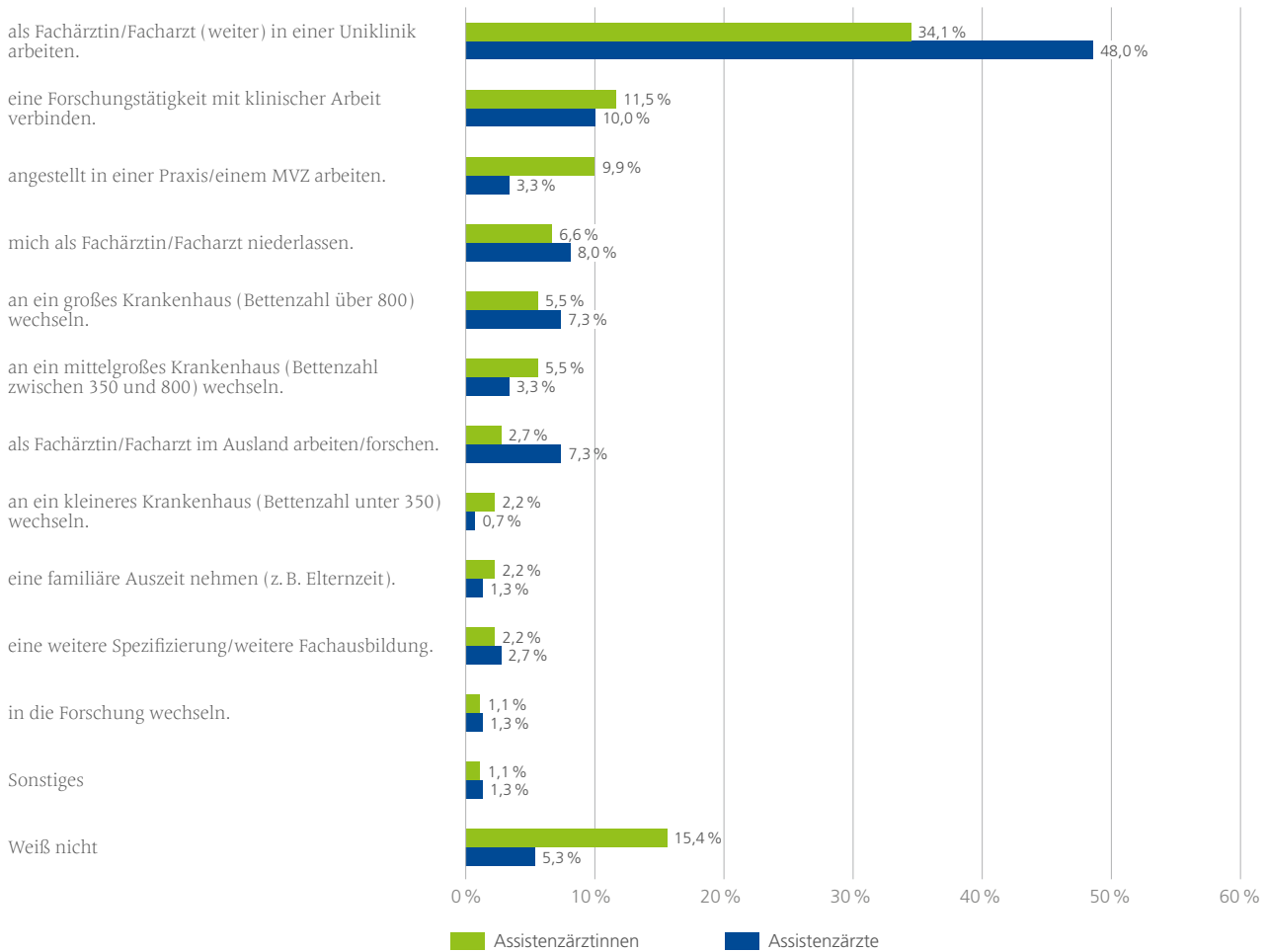
Auffällig ist, dass die befragten Frauen in sehr viel stärkerem Ausmaß noch unentschieden sind: Mit 15,4 % wissen dreimal so viele Frauen wie Männer noch nicht, wohin es für sie nach der fachärztlichen Weiterbildung geht. Das kann damit erklärt werden, dass die befragten Assistenzärztinnen im Durchschnitt jünger sind als ihre Kollegen – eine Konkretisierung der Berufsziele unter Umständen also noch aussteht. Auf der Basis der bisher gewonnenen Erkenntnisse könnte es aber auch ein Hinweis darauf sein, dass sich die angehenden Fachärztinnen in ihrer beruflichen Orientierung weniger unterstützt fühlen bzw. von Vorgesetzten das Signal erhalten, dass ihre spätere Berufstätigkeit hauptsächlich auf Familienvereinbarkeit ausgerichtet sein wird, wie die Auswertungen zur Benachteiligung zeigen (Kap. C 4.3). Auch die grundsätzlich kritischere Einschätzung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Kap. C 4.2.6) kann hier eine Rolle spielen und dazu führen, dass die Assistenzärztinnen (noch) unsicher sind, welche Berufsoption diese ggf. besser möglich macht. Deutlich wird jedoch, dass die allermeisten Frauen, die eine fachärztliche Weiterbildung absolvieren, berufstätig bleiben wollen: Nur ein sehr geringer Teil der Assistenzärztinnen (2,2 %) hat die Absicht, direkt nach der Weiterbildung eine familienbedingte Auszeit zu nehmen.

### 4.4.2 Berufliche Orientierungen zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung

Mit ihrer Entscheidung für das Fachgebiet, in dem sie die fachärztliche Weiterbildung absolvieren, haben sich die Assistenzärztinnen und -ärzte über ihre spätere Tätigkeit in der Regel bereits Gedanken gemacht bzw. haben eine Vorstellung, wohin dieser Weg führen kann. Deshalb wurden die Befragten auch gebeten, Auskunft darüber zu geben, welche Berufstätigkeit sie sich zehn Jahre nach Abschluss ihrer

Abb. C 4.12: Berufliche Orientierungen direkt nach Abschluss der Weiterbildung

## Welchen Plan verfolgen Sie unmittelbar nach Abschluss Ihrer fachärztlichen Weiterbildung? Ich möchte ...



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 182 Frauen, 150 Männer). Frage 7c.

Weiterbildung vorstellen können. Um noch unklare Entscheidungen und Unwägbarkeiten aufgrund des langen Zeitraums abzubilden, wurde hier kein einzelnes Berufsziel abgefragt, sondern die Befragten konnten ihre drei wichtigsten Berufsziele aus einer Liste auswählen (Tab. C 4.10).

Die wichtigsten Berufsziele der AssistenzärztInnen, die ihre Weiterbildung an einer Universitätsklinik absolvieren, spiegeln auch perspektivisch den Wunsch nach einem Verbleib im klinischen Bereich – vor allem als Oberärztin bzw. Oberarzt. Damit können sich drei Viertel der Befragten zehn Jahre nach Abschluss der

Weiterbildung eine mittlere Führungsposition vorstellen. Für die befragten Assistenzärztinnen erscheint die Position als Oberärztin am häufigsten mittelfristig realisierbar oder wünschenswert – mit weitem Abstand zu anderen klinischen Führungspositionen. Die befragten Assistenzärzte sehen sich zwar auch am häufigsten als Oberarzt, aber sehr viel häufiger als Frauen auch auf einer höheren Führungsposition: Eine Chefarztposition gibt mehr als jeder vierte Assistenzarzt an, aber nur jede zehnte Assistenzärztin; eine Klinikleitung kann sich jeder fünfte Mann vorstellen, aber nur jede zwanzigste Frau. Damit zeigt sich, dass die befragten Assistenzärzte insgesamt nach höheren

Tab. C 4.10: Wichtigste Berufsziele der Assistenzärztinnen und -ärzte zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung

Wo sehen Sie sich zehn Jahre nach Abschluss Ihrer fachärztlichen Weiterbildung?	Ärztinnen (n = 173)	Ärzte (n = 141)	Gesamt (n = 314)
Oberärztin/-arzt	79,8 %	67,4 %	74,2 %
Ärztin/Arzt mit eigener Praxis	42,2 %	40,4 %	41,4 %
Angestellte/r in einer Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum	38,2 %	27,0 %	33,1 %
Professorin/Professor	26,6 %	40,4 %	32,8 %
Forschungslaufbahn in der Hochschulmedizin (ohne Professur)	20,8 %	16,3 %	18,8 %
Chefärztin/-arzt	9,8 %	28,4 %	18,2 %
Ärztin/Arzt in einer internationalen Organisation (GIZ, Ärzte ohne Grenzen etc.)	19,7 %	8,5 %	14,6 %
Klinikleitung	4,6 %	22,0 %	12,4 %
Sonstiges	6,9 %	11,3 %	8,9 %
Ärztin/Arzt in einer Behörde (z. B. Gesundheitsamt)	5,8 %	3,5 %	4,8 %
Stationsärztin/-arzt	2,9 %	5,0 %	3,8 %
Institutsleitung	2,3 %	2,1 %	2,2 %
Betriebsärztin/-arzt	1,2 %	1,4 %	1,3 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 13.

Positionen streben als die Assistenzärztinnen bzw. diese als innerhalb der nächsten zehn Jahre realisierbare Berufsziele formulieren.

Eine Wissenschaftskarriere mit dem Ziel Professur ist für ein Drittel der Befragten eine Option (32,8 %), eine Forschungslaufbahn ohne Professur für weniger als ein Fünftel. Dabei sehen sich vier von zehn Assistenzärzten (auch) als Professor (40,4 %), demgegenüber mit knapp über einem Viertel deutlich weniger Frauen (26,6 %). Hingegen können sich Frauen anteilig etwas häufiger als Männer eine Forschungslaufbahn in der Hochschulmedizin vorstellen (20,8 % vs. 16,3 %). Auf das ungleiche Votum von Frauen und Männern im Hinblick auf Wissenschaftskarrieren wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

Außerhalb des klinischen Bereichs sehen sich vier von zehn angehenden FachärztInnen als Ärztin/Arzt in einer eigenen Praxis und ein Drittel als Angestellte in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Zwar haben etwa genauso viele Ärztinnen wie Ärzte vor, eine eigene Praxis zu eröffnen, aber nur für gut ein Viertel der befragten Männer kommt eine Anstellung in einer Praxis oder einem MVZ in Betracht. Für Assistenzärztinnen steht dieses Ziel mit 38,2 % dagegen an dritter Stelle. Die Arbeit in einer internationalen Organisation, wie der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit oder bei „Ärzte ohne Grenzen“, kann sich nicht einmal jeder zehnte Arzt vorstellen, während sich fast jede fünfte Ärztin hier sieht.

## Resümee

Mit dem Abschluss ihrer fachärztlichen Weiterbildung stehen Assistenzärztinnen und -ärzten zahlreiche berufliche Möglichkeiten offen. Vorrangiges Ziel der Befragten ist jedoch für die Zeit unmittelbar nach dem Abschluss eine weitere Anstellung als Fachärztin oder Facharzt an einer Klinik, vor allem einer Universitätsklinik: Dies äußert fast die Hälfte der angehenden Fachärzte (48,0 %) und ein Drittel der Fachärztinnen (34,1 %). Damit bleibt die grundsätzliche Möglichkeit einer Wissenschaftskarriere für einen wesentlichen Teil der Befragten offen, was auch darin zum Ausdruck kommt, dass jede/r Zehnte eine Forschungstätigkeit mit klinischer Arbeit verbinden will.

Eine weitere Option, die den wissenschaftlichen Weg eher ausschließt, ist der Wechsel an ein anderes Krankenhaus, den mehr als jede/r zehnte Befragte anvisiert. Die Anstellung in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (6,9 %) und die Niederlassung mit einer eigenen Praxis (7,2 %) haben als Berufsperspektiven für diesen Zeitpunkt insgesamt noch keine große Bedeutung, allerdings ist für Frauen die Perspektive einer Anstellung deutlich attraktiver als für Männer. 15,4 % der befragten – tendenziell jungen – Frauen wissen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht, welchen Weg sie nach Beendigung ihrer Weiterbildung einschlagen wollen – dreimal so viele wie ihre Kollegen (5,3 %).

In Bezug auf längerfristige berufliche Ziele zeigt sich nicht nur, dass die Mehrheit der MedizinerInnen – Frauen wie Männer – zehn Jahre nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine Stelle als Oberärztin/Oberarzt anstrebt (74,2 %), sondern dass Ärzte insgesamt höhere Positionen erreichen wollen als ihre Kolleginnen. Für die befragten Frauen gehen die Karriereperspektiven größtenteils nicht über den innerklinischen Aufstieg bis zur Oberärztin hinaus, den sich immerhin rund 80 % vorstellen können. Darüber hinaus sehen sie sich vor allem in einer eigenen Praxis (42,2 %) oder als Angestellte in einer Praxis bzw. einem Medizinischen Versorgungszentrum (38,2 %),

während die Männer zwar ebenfalls eine eigene Praxis (40,4 %), aber ebenso häufig eine Professur und – etwas seltener – eine Chefarztposition in Betracht ziehen (28,4 %).

Gerade einmal jede vierte Assistenzärztin gibt dagegen als Berufsziel Professorin an (26,6 %). Allerdings lässt sich aus diesen Präferenzen nicht ableiten, ob Assistenzärztinnen deshalb weniger eine Leitungsposition planen, weil sie glauben, dass diese schwer mit einem Kinderwunsch und Familienverantwortung in Einklang zu bringen ist, oder ob sie – aufgrund fehlender Unterstützung von Vorgesetzten, aber auch aufgrund von Benachteiligungserfahrungen – diese Karriereoptionen für sich als nicht realistisch bewerten.

## 4.5 KARRIEREFÖRDERNDE UND -HEMMENDE FAKTOREN FÜR EINE WISSENSCHAFTS-LAUFBAHN IN DER MEDIZIN

Den Ausgangspunkt der Online-Befragung bildete der sehr niedrige Anteil von Frauen an den Hochschulmedizinprofessuren (Kap. C 1.3). Ein besonderes Interesse gilt daher dem wissenschaftlichen Nachwuchs, also der potenziellen nächsten Professorinnen- und Professorengeneration, speziell denjenigen Assistenzärztinnen und -ärzten, die mit einem Universitätsklinikum als Ort ihrer fachärztlichen Weiterbildung optimale Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Karriere haben (sollten). Um die Einflussfaktoren auf eine Wissenschaftskarriere in der Universitätsmedizin genauer ermitteln zu können, werden im Folgenden zwei Gruppen miteinander verglichen<sup>18</sup>:

- **Ja-Professur:** Zu dieser Gruppe gehören die Ärztinnen und Ärzte, für die die Option Professur zehn Jahre nach Ende der fachärztlichen Weiterbildung an erster, zweiter oder dritter Stelle steht.
- **Nein-Professur:** In dieser Gruppe befinden sich diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die eine Professur nicht unter den ersten drei Zielen genannt haben.

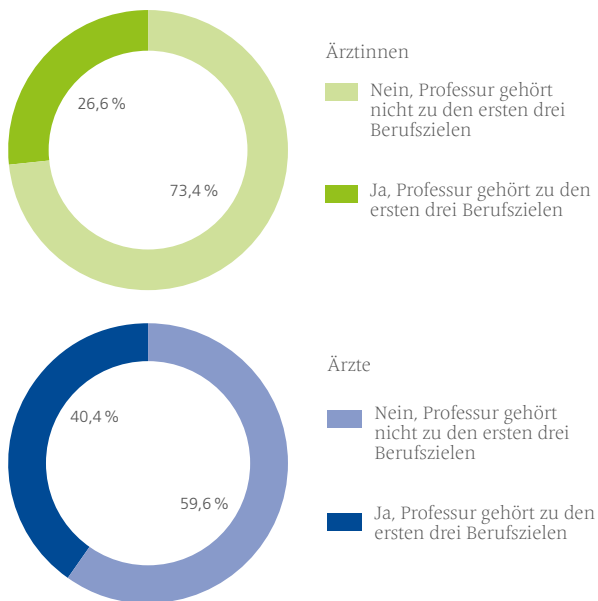
### 4.5.1 Professur – ja oder nein? Einflussfaktoren auf die Berufsorientierung Hochschulkarriere

Bei der Frage, ob eine Position als Professorin/Professor als berufliches Ziel überhaupt in Betracht kommt, ist zunächst festzustellen, dass der überwiegende Teil der Befragten, nämlich zwei Drittel, prioritär keine Professur anstrebt bzw. diese nicht zu den drei wichtigsten Zielen zählt (siehe Anhang). Auffällig ist dabei jedoch ein deutlicher Gender Gap: Während für gut zwei Fünftel der Männer eine Professorenstelle zu den Hauptzielen ihrer medizinischen Laufbahn gehört, ist es bei den befragten Frauen nur etwas mehr als ein Viertel (26,6 %, Abb. C 4.13).

Deutlich wird aber auch, dass in dem guten Viertel der Medizinerinnen, das sich vorstellen kann, zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung eine Professur innezuhaben und dies als eines der drei zentralen Ziele benennt, ein grundsätzliches Potenzial für eine Erhöhung des Frauenanteils an Medizinprofessuren liegt. Erklärungsbedürftig ist daher einerseits, warum trotzdem so wenige Ärztinnen dieses Ziel erreichen, und andererseits, wie der starke Unterschied zu den Assistenzärzten begründet ist. Im Folgenden soll deshalb nach Faktoren gefragt werden, die Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen das Berufsziel Professur nehmen können. Dafür werden zunächst der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Berufsziel bezogen auf soziodemografische Variablen – das Alter und die soziale Herkunft – sowie Präferenzen –

<sup>18</sup> Die zwei Gruppen Nein-Professur und Ja-Professur wurden anhand der zusammengefassten Antworten auf Frage 13 gebildet (Kap. C 4.4.2): Wenn eine Professur unter den ersten Berufszielen zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung angegeben war, wird die/der Befragte der Kategorie „Ja-Professur“ zugerechnet; für alle anderen wurde die Kategorie „Nein-Professur“ gebildet. Das gesamte Unterkapitel 4.5.1 bezieht sich auf diesen Vergleich.

Abb. C 4.13: Berufsziel Professur nach Geschlecht



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 173 Frauen, 140 Männer). Ausschnitt aus Frage 13.

die Wahl des Fachgebiets und der Universitätsklinik – genauer analysiert. Als weitere, kontextbezogene Einflussgrößen werden die Familiensituation einerseits und berufliche Unterstützungskonstellationen andererseits untersucht.

### Alter

Zunächst wird eruiert, ob die Entscheidung für oder gegen eine Professur auch eine Frage des Alters ist: Können sich z. B. Jüngere generell häufiger vorstellen, ProfessorIn zu werden, während Ältere nach Kennenlernen des Berufsfelds dieses Ziel für sich bereits verworfen haben? Insgesamt verhält es sich umgekehrt: In der Befragung sind es gerade die vergleichsweise älteren AssistenzärztInnen (35 bis 39 Jahre), die das Berufsziel Professur am häufigsten für sich verfolgen (39,5 %, Tab. C 4.11). Hinter diesem Befund verbergen sich jedoch gegenläufige Ergebnisse bei Männern und Frauen. So trifft der Befund vor allem auf Männer zu: Assistenzärzte geben das Berufsziel Professur anteilig am häufigsten an, wenn sie 35 bis 39 Jahre alt sind; in dieser Altersgruppe verfolgt sogar eine Mehrheit der Männer eine Professur (58,8 %). Unter den Assistenzärztinnen sind es hingegen die 30- bis 34-jährigen, die dieses Berufsziel vergleichsweise am häufigsten angeben (27,8 %), die älteren Ärztinnen hingegen seltener (23,8 %). Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass Männer, die sich mit über 34 Jahren noch in

der Weiterbildung befinden, auch deshalb so viel Zeit dafür benötigen, weil sie parallel ihre wissenschaftliche Qualifizierung (Habilitation) verfolgen, die in der Regel – wie auch die offenen Antworten ergeben – die Weiterbildungszeit verlängert. Bei Frauen ab 35 Jahren kann eine lange Weiterbildungszeit hingegen auch auf eine familienbedingte Unterbrechung oder eine Teilzeitbeschäftigung hindeuten, die bei Frauen deutlich häufiger vorkommen und die – ebenfalls ein Ergebnis der offenen Antworten – als unvereinbar mit einer Wissenschaftskarriere angesehen werden.

### Wahl des Fachgebiets und der Universitätsklinik

Um Aufschluss darüber zu erhalten, ob sich ÄrztInnen das Karriereziel Professur in bestimmten Fachgebieten eher vorstellen können als in anderen, wurden die Befragten in den vier häufigsten (zusammengefassten) Fachgebieten genauer betrachtet. Insgesamt wird ersichtlich, dass AssistenzärztInnen in der Chirurgie, dicht gefolgt von der Inneren Medizin, am häufigsten eine Professur anstreben (Tab. C 4.12). Dabei erweist sich die Innere Medizin mit ihren verschiedenen Schwerpunkten als das große Fachgebiet, in dem anteilig die meisten Frauen den Berufswunsch Professur entwickeln. Während in der Inneren Medizin der Anteil der Ärztinnen und der Ärzte, die sich eine Professur vorstellen können, gleich groß ist (je 41,9 %), fällt in den chirurgischen Fachgebieten der Anteil der Männer mit diesem Ziel fast doppelt so hoch aus (61,1 % vs. 31,8 %) und in der Neurochirurgie, Neurologie mehr als doppelt so hoch. In der Anästhesiologie finden sich – im Vergleich zu den anderen großen Fachgebieten – anteilig die wenigsten mit dem Berufsziel Professur, vor allem kann sich hier kaum eine Ärztin vorstellen, Professorin zu werden (5,6 %), was vor dem Hintergrund erklärt werden kann, dass dieses Fachgebiet häufig auch aus dem Motiv der Vereinbarkeit mit Familie gewählt wird, was auf Frauen noch stärker zutrifft (Kap. C 4.2.1).

Davon ausgehend wurde noch einmal untersucht, welche Kriterien für die Wahl des Fachgebiets entscheidend waren (Kap. C 4.2.1), je nachdem, ob AssistenzärztInnen eine Professur anstreben oder ob sie diese Option nicht in Betracht ziehen (Tab. C 4.13). Zunächst wird deutlich, dass sowohl bei Ärztinnen als auch bei Ärzten, die eine Professur als Berufsziel in Betracht ziehen, erwartungsgemäß das wissenschaftliche Interesse für die Wahl des jeweiligen Fachgebiets ausschlaggebend war – jeweils vier Fünftel der Befragten geben dies an. Überraschend ist in diesem Zusammenhang, dass auch vier von zehn Männern,

Tab. C 4.11: Berufsziel Professur nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	Berufsziel	25 bis 29 Jahre	30 bis 34 Jahre	35 bis 39 Jahre
Ärztinnen (n = 171)	Nein-Professur	74,2 %	72,2 %	76,2 %
	Ja-Professur	25,8 %	27,8 %	23,8 %
	Gesamt	100 %	100 %	100 %
Ärzte (n = 140)	Nein-Professur	54,3 %	64,1 %	41,2 %
	Ja-Professur	45,7 %	35,9 %	58,8 %
	Gesamt	100 %	100 %	100 %
Gesamt (n = 311)	Nein-Professur	67,3 %	68,2 %	60,5 %
	Ja-Professur	32,7 %	31,8 %	39,5 %
	Gesamt	100 %	100 %	100 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 18. Die Altersgruppe „40 Jahre und älter“ wird aufgrund der geringen Fallzahlen nicht dargestellt.

Tab. C 4.12: AssistenzärztInnen nach Fachgebiet und Berufsziel Professur

		Innere Medizin	Anästhesiologie	Chirurgie	Neurochirurgie, Neurologie
Ärztinnen (n = 97)	Nein-Professur	58,1 %	94,4 %	68,2 %	78,6 %
	Ja-Professur	41,9 %	5,6 %	31,8 %	21,4 %
Ärzte (n = 90)	Nein-Professur	58,1 %	74,2 %	38,9 %	50,0 %
	Ja-Professur	41,9 %	25,8 %	61,1 %	50,0 %
Gesamt (n = 187)	Nein-Professur	58,1 %	81,6 %	55,0 %	66,7 %
	Ja-Professur	41,9 %	18,4 %	45,0 %	33,3 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 2: „In welchem Gebiet werden Sie zur Fachärztin oder zum Facharzt ausgebildet?“ (zusammengefasst).

Tab. C 4.13: Kriterien für die Wahl des Fachgebiets nach Geschlecht und Berufsziel Professur

	Nein-Professur		Ja-Professur	
	Ärztinnen (n = 127)	Ärzte (n = 83)	Ärztinnen (n = 45)	Ärzte (n = 57)
Bisherige praktische Erfahrungen im Fachgebiet	52,0 %	47,0 %	53,3 %	63,2 %
Wissenschaftliches Interesse/Forschungsinteresse	28,3 %	41,0 %	80,0 %	78,9 %
Patientenorientiertes Interesse	40,2 %	34,9 %	31,1 %	26,3 %
Gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf	29,9 %	27,7 %	13,3 %	7,0 %
Ermutigende Empfehlungen durch Vorgesetzte oder Kolleginnen/Kollegen	19,7 %	20,5 %	17,8 %	17,5 %
Voraussehbare zeitliche Belastung	18,1 %	26,5 %	13,3 %	8,8 %
Gute Arbeitsmarktchancen	15,0 %	24,1 %	2,2 %	12,3 %
Inhaltliches Interesse am Fachgebiet	8,7 %	3,6 %	6,7 %	1,8 %
Hohes Ansehen des Fachgebiets	4,7 %	2,4 %	6,7 %	14,0 %
Fachärztin/-arzt in der Familie	5,5 %	2,4 %	2,2 %	3,5 %
Hohes (späteres) Einkommen	1,6 %	10,8 %	0,0 %	5,3 %
Erkrankungen in der Familie oder im Bekanntenkreis	3,1 %	2,4 %	8,9 %	5,3 %
Sonstiges	4,7 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
Weiß nicht	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 3: „Welche Kriterien waren entscheidend für die Wahl Ihres Fachgebiets? (Bitte wählen Sie die drei wichtigsten Kriterien aus).“ Sortiert nach Häufigkeit der Nennungen insgesamt (nicht abgebildet).

die keine Professur anstreben, und immerhin jede vierte Frau ohne das Ziel Professur ein wissenschaftliches Interesse angeben. Den individuellen Gründen, warum ein ursprüngliches wissenschaftliches Interesse nicht in das Berufsziel Professur übersetzt

wird, wird bei der Auswertung der offenen Antworten nachgegangen (Kap. C 4.5.3).

Das insgesamt bedeutsamste Kriterium – bisherige praktische Erfahrungen im Fachgebiet – ist für über die

Tab. C 4.14: Gründe für die Wahl einer Universitätsklinik nach Geschlecht und Berufsziel Professur

Warum haben Sie sich für eine Universitätsklinik als Ort Ihrer fachärztlichen Weiterbildung entschieden?	Nein-Professur		Ja-Professur	
	Ärztinnen (n = 127)	Ärzte (n = 84)	Ärztinnen (n = 46)	Ärzte (n = 57)
Weil mir die Behandlung komplexer medizinischer Fälle für meine Weiterbildung wichtig ist.	63,0 %	58,3 %	67,4 %	59,6 %
Weil ich mir alle beruflichen Optionen offenhalten möchte.	50,4 %	48,8 %	37,0 %	42,1 %
Weil ich eine wissenschaftliche Karriere anstrebe.	18,1 %	23,8 %	67,4 %	75,4 %
Weil ich so die neuesten Behandlungsmethoden kennenlerne.	33,9 %	29,8 %	39,1 %	26,3 %
Weil ich bereits Kontakte zur Universitätsklinik hatte.	31,5 %	31,0 %	21,7 %	22,8 %
Weil es sich so ergeben hat.	24,4 %	32,1 %	4,3 %	5,3 %
Weil eine Universitätsklinik renommierter ist als ein anderes Krankenhaus.	18,1 %	21,4 %	17,4 %	15,8 %
Weil mir andere dazu geraten haben.	3,1 %	7,1 %	2,2 %	0,0 %
Nur so/nur dort möglich.	3,9 %	2,4 %	2,2 %	1,8 %
Sonstiges	4,7 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung, Frage 4 (Mehrfachnennungen möglich). Sortiert nach Häufigkeit insgesamt (nicht abgebildet).

Hälfte der Frauen ausschlaggebend, unabhängig von ihrer Präferenz für das Berufsziel Professur. Für diejenigen Männer hingegen, die Professor werden wollen, sind bisherige Erfahrungen für die Wahl ihres Fachgebiets deutlich wichtiger gewesen. Ein patientenorientiertes Interesse, das insgesamt an dritter Stelle steht, war erwartungsgemäß stärker ausschlaggebend bei denjenigen, die keine wissenschaftliche Karriere anstreben, dabei in beiden Gruppen etwas stärker bei Frauen als bei Männern. Dennoch bestätigt dieser Befund das Bild der stärkeren Patientenorientierung von angehenden Ärztinnen nicht rundweg, sondern zeigt vielmehr auch deutliche Unterschiede zwischen Frauen, je nachdem, ob sie eine Wissenschaftskarriere anstreben oder nicht.

Erwägungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf waren insgesamt eher ausschlaggebend für diejenigen, die keine Wissenschaftskarriere anstreben, Ähnliches gilt für eine voraussehbare zeitliche Belastung, die eine Abgrenzung von Beruf und Privatleben ermöglicht. Interessant ist, dass unter denjenigen, die keine Professur anstreben, der Anteil der Frauen (29,9 %) und Männer (27,7 %) etwa gleich hoch ist, die von Anfang an Wert auf gute Vereinbarkeit gelegt haben. In dieser Gruppe ist der Anteil der Männer, denen bei ihrer Fachgebietswahl eine voraussehbare zeitliche Belastung wichtig war, sogar noch höher als der Anteil der Frauen (26,5 % vs. 18,1 %).

Die Überlegung, sich mit dem Fachgebiet gute Arbeitsmarktchancen zu erschließen, spielt insgesamt eher eine Rolle für diejenigen, die keine Wissenschaftskarriere anstreben, und hier vor allem für fast ein

Viertel der Männer. Aufschlussreich ist umgekehrt, dass für kaum eine Frau, die eine Professur als Option für sich im Blick hat, die Arbeitsmarktchancen bei der Fachgebietswahl eine Rolle gespielt haben.

Werden auch die Gründe für die Wahl einer Universitätsklinik als Ort der Weiterbildung nach den beiden Gruppen getrennt untersucht (Tab. C 4.14), zeigt sich, dass diejenigen MedizinerInnen, die das Ziel Professur verfolgen, diese Entscheidung insgesamt zielgerichteter getroffen haben. Während jede vierte Ärztin und sogar jeder dritte Arzt, die eine Professur nicht zu ihren vorrangigen Zielen zählen, angibt, dass sich die Wahl so ergeben hat, spielte das für die Gruppe mit einer Professur als prioritärem Ziel kaum eine Rolle. Auch das Offenhalten aller beruflichen Optionen war für Frauen und Männer in dieser Gruppe weniger wichtig als für diejenigen, die das Ziel Professur nicht prioritär verfolgen.

Eine Uniklinik bietet auch die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Karriere, und so ist es nur folgerichtig, dass eine deutliche Mehrheit der befragten AssistenzärztInnen, die eine Professur für sich als Option nennen, (auch) aus diesem Grund an eine Uniklinik gegangen ist. Männer, die eine Professur anstreben, benennen dieses Ziel noch etwas deutlicher: So haben sich drei Viertel der Männer und zwei Drittel der Frauen konkret für eine Uniklinik entschieden, weil sie eine wissenschaftliche Karriere anstreben. Interessant ist jedoch, dass auch jede sechste Frau und fast jeder vierte Mann, die/der eine Professur nicht als prioritäres Berufsziel angibt, eine Universitätsklinik gewählt hat, weil sie eine wissenschaftliche Karriere



Tab. C 4.15: AssistenzärztInnen nach privatem Umfeld, Geschlecht und Berufsziel Professur

Geschlecht		ÄrztInnen im privaten Umfeld	Keine ÄrztInnen im privaten Umfeld
Ärztinnen (n = 172)	Nein-Professur	76,5 %	68,6 %
	Ja-Professur	23,5 %	31,4 %
	Gesamt	100 %	100 %
Ärzte (n = 140)	Nein-Professur	62,9 %	52,9 %
	Ja-Professur	37,1 %	47,1 %
	Gesamt	100 %	100 %
Gesamt (n = 312)	Nein-Professur	70,2 %	62,0 %
	Ja-Professur	29,8 %	38,0 %
	Gesamt	100 %	100 %

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung basierend auf Frage 22: „Ist oder war in Ihrem Umfeld jemand Ärztin/Arzt? (Mehrfachnennungen möglich)“. Die Kategorie „ÄrztInnen im privaten Umfeld“ bezieht sich auf eine Zusammenfassung derjenigen, die ein ärztliches Umfeld angegeben haben.

anstreben. Das ergänzt den oben vorgestellten Befund, dass eine Professur nicht immer als prioritäres Berufsziel genannt wird, auch wenn ein wissenschaftliches Interesse am Fachgebiet vorhanden ist.

Ein weiteres überraschendes Ergebnis lautet: Die Erwartungen an die inhaltliche Qualität der Ausbildung unterscheiden sich weniger nach dem Karriereziel als nach dem Geschlecht der Befragten. Für die befragten Frauen war in beiden Gruppen das Interesse an der Behandlung komplexer medizinischer Fälle und – wenn auch seltener – das Kennenlernen neuester Behandlungsmethoden häufiger ausschlaggebend als für die befragten Männer. Der Unterschied in der Gruppe derjenigen, die sich eine Professur vorstellen können, ist sogar jeweils größer. Auch wenn Frauen ihren Wunsch nach einer wissenschaftlichen Karriere etwas weniger stark formulieren als die männlichen Befragten, stehen für sie damit klar die Möglichkeiten im Vordergrund, die eine Uniklinik für die eigene Entwicklung als Ärztin und für die weitere Karriere in der Medizin bietet.

### Ärztliches Umfeld

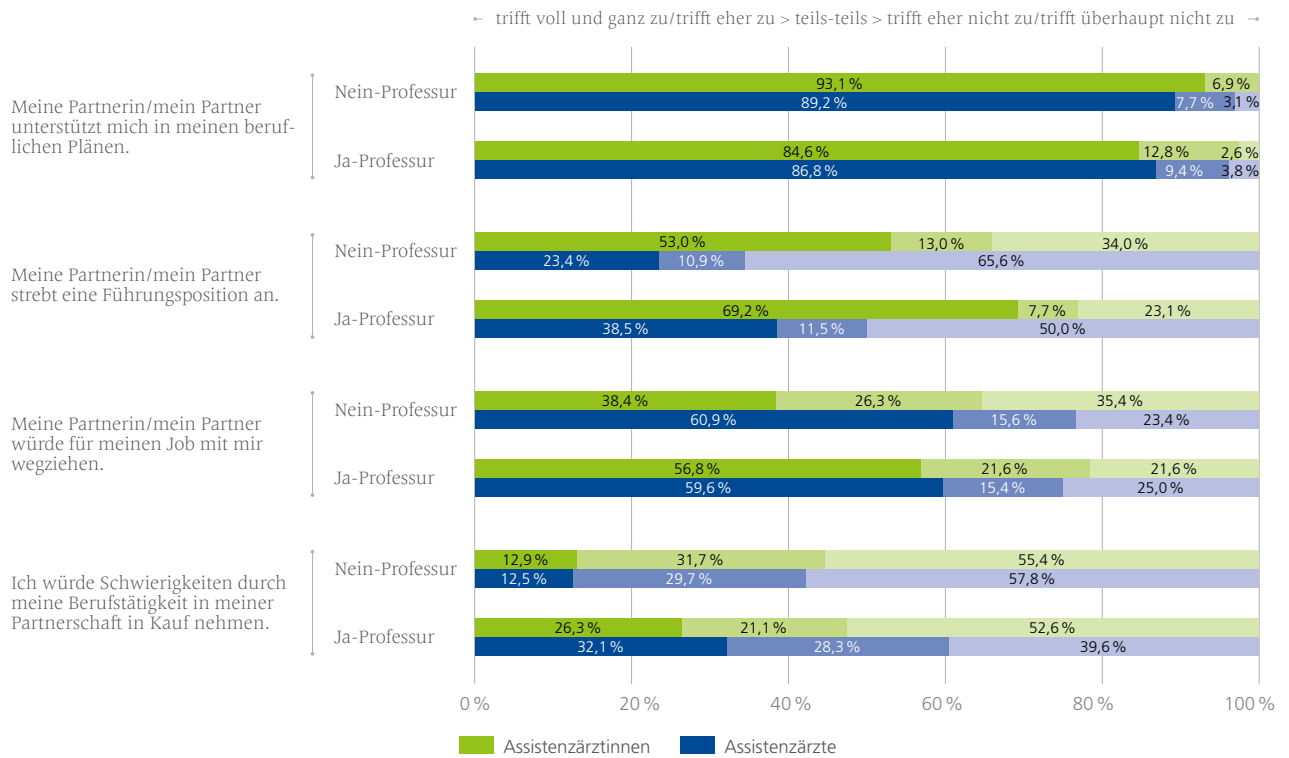
Nachdem der Zusammenhang zwischen den frühen beruflichen Weichenstellungen und dem späteren Berufsziel beleuchtet wurde, soll nun nach der Bedeutung gefragt werden, die dem sozialen Umfeld bei der Entscheidung für oder gegen eine Professur zukommt. Dabei geht es zunächst um die Frage, ob AssistenzärztInnen häufiger eine Professur anstreben, wenn sie aus einem Arztmilieu stammen bzw. sich durch ihre Partnerschaft dort bewegen, oder ob sich das Vorhandensein von ÄrztInnen im privaten Umfeld eher negativ auf eine wissenschaftliche Karriere in der Hochschulmedizin auswirkt. Grundsätzlich steigert zwar ein privates ärztliches Umfeld die Wahr-

rscheinlichkeit, selbst Ärztin oder Arzt zu werden. So kommen 62,1 % der befragten AssistenzärztInnen – und damit die Mehrheit – aus einer Familie, wo (meist) die Eltern, aber auch Großeltern oder andere Familienmitglieder ÄrztInnen waren bzw. sind oder sie leben in Partnerschaft mit einer (angehenden) Ärztin oder einem Arzt (siehe Anhang). Die Befragungsergebnisse zeigen indes deutlich, dass sich ein privates ärztliches Umfeld eher negativ auf den Berufswunsch „Professur“ auswirkt. Sieben von zehn Befragten, die sich in einem privaten ärztlichen Milieu bewegen, wollen nicht ProfessorIn werden (Tab. C 4.15). Ein Grund dafür kann die Möglichkeit sein, eine bereits vorhandene Praxis von Eltern oder Großeltern übernehmen zu können und demzufolge mittel- oder langfristig aus dem Krankenhaus auszuschneiden.

Der Blick auf die Geschlechterverhältnisse zeigt, dass der festgestellte Zusammenhang zwischen einem privaten ärztlichen Umfeld und dem Berufsziel Professur bei Frauen wie Männern erkennbar ist, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Während sich mehr als drei Viertel der befragten Assistenzärztinnen aus einem Arztmilieu gegen eine Professur entscheiden, kann sich immerhin fast jede dritte Ärztin ohne ein solches Umfeld vorstellen, Professorin zu werden (31,4 %). Der Unterschied fällt bei Männern noch etwas größer aus: Fast die Hälfte der Assistenzärzte ohne privates ärztliches Umfeld kann sich eine Professur vorstellen, dagegen nur etwas über ein Drittel derjenigen mit einem solchen Umfeld. Folgt man der Erklärung, dass in Arztfamilien häufig Praxen an die nächste oder übernächste Generation weitergegeben werden, scheint diese Möglichkeit auf Männer stärker zuzutreffen als auf Frauen.

Abb. C 4.14: Aussagen zur Partnerschaft nach Geschlecht und Berufsziel Professur

## Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie und Ihre Partnerin/Ihren Partner zu?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 24a. Antwortmöglichkeiten reichen von „trifft voll und ganz zu“ (= 5 auf der Likert-Skala von 1 bis 5) über „teils-teils“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ (= 1). In den Abbildungen werden die Ergebnisse 1 und 2 sowie 4 und 5 zusammengefasst, sortiert nach Häufigkeit. Auswahl: Befragte in Partnerschaft.

### Partnerschaft

Neben einem privaten ärztlichen Umfeld können auch die Partnerschaft insgesamt und eine bereits vorhandene oder geplante eigene Familie einen wesentlichen Einfluss auf die beruflichen Entscheidungen von angehenden FachärztInnen haben. An anderer Stelle konnte bereits gezeigt werden, dass sich eine deutliche Mehrheit der befragten ÄrztInnen von ihren Partnerinnen und Partnern in ihren beruflichen Plänen unterstützt fühlt (Kap. C 4.2.6). Wird dabei nach den Karriereambitionen der Befragten unterschieden, zeigt sich, dass vor allem Frauen, die eine Wissenschaftskarriere bis zur Professur für sich in Betracht ziehen, sich in geringerem Ausmaß unterstützt sehen als Frauen, die das für sich ausschließen (Abb. C 4.14).

Insgesamt lebt gut die Hälfte der Befragten mit Berufswunsch Professur in einer Partnerschaft, in der beide PartnerInnen beruflich sehr ambitioniert sind, d. h. eine Führungsposition anstreben, was nur auf vier von

zehn Befragte ohne den Berufswunsch Professur zu trifft (siehe Anhang). Dabei sind es unter denjenigen, die eine Professur anstreben, vor allem die befragten Frauen, deren PartnerInnen ähnlich ehrgeizige Berufsziele verfolgen wie sie selbst (69,2 %). Die Gruppe mit Berufswunsch Professur ist auch eher dazu bereit, Schwierigkeiten in der Partnerschaft, die durch ihre Berufstätigkeit entstehen, in Kauf zu nehmen. Das gilt für Frauen und Männer, aber bei den Männern zeigt sich eine noch deutlichere Bereitschaft dazu (32,1 % vs. 26,3 %). In der Gruppe, die eine Professur für sich ablehnt, gibt es hingegen kaum Geschlechterungleichheiten, sodass die Ablehnung einer Wissenschaftskarriere zugleich eine deutliche Priorität auf Partnerschaft (und möglicherweise Familie) erkennen lässt.

Darüber hinaus gehen Ärztinnen, die eine Professur anstreben, mehrheitlich davon aus, dass ihre PartnerInnen den Ort mit ihnen wechseln würden, wenn dies die eigene berufliche Situation erforderte (56,8 %);

Tab. C 4.16: Kinderwunsch der AssistenzärztInnen ohne Kinder nach Geschlecht und Berufsziel Professur

Möchten Sie Kinder haben?	Nein-Professur			Ja-Professur		
	Ärztinnen (n = 100)	Ärzte (n = 65)	Gesamt (n = 165)	Ärztinnen (n = 34)	Ärzte (n = 43)	Gesamt (n = 77)
Ja	91,0 %	73,8 %	84,2 %	82,4 %	93,0 %	88,3 %
Nein	4,0 %	9,2 %	6,1 %	2,9 %	0,0 %	1,3 %
Ich weiß noch nicht, ob ich Kinder haben möchte.	5,0 %	16,9 %	9,7 %	14,7 %	7,0 %	10,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 23d.

Tab. C 4.17: Kinderwunsch der AssistenzärztInnen mit Kind(ern) nach Geschlecht und Berufsziel Professur

Möchten Sie noch weitere Kinder?	Nein-Professur			Ja-Professur		
	Ärztinnen (n = 27)	Ärzte (n = 14)	Gesamt (n = 41)	Ärztinnen (n = 9)	Ärzte (n = 12)	Gesamt (n = 21)
Ja	51,9 %	57,1 %	53,7 %	77,8 %	58,3 %	66,7 %
Nein	33,3 %	35,7 %	34,1 %	11,1 %	33,3 %	23,8 %
Weiß nicht	14,8 %	7,1 %	12,2 %	11,1 %	8,3 %	9,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 23c.

Ärztinnen ohne dieses Berufsziel hingegen rechnen mehrheitlich nicht oder nur eingeschränkt damit. Hier stellt sich die Frage, ob sich auch die dadurch erschwerte Mobilität, die für eine Hochschulkarriere wesentlich ist, bei dieser Frauengruppe negativ auf eine Karriereoption „Professur“ ausgewirkt hat. Bei Ärzten hingegen macht das Berufsziel Professur keinen Unterschied: So gehen Männer mehrheitlich – jeweils sechs von zehn Befragten – davon aus, dass ihre Partnerin (oder ihr Partner) mit ihnen umziehen würde. Die meisten Assistenzärzte können sich auch darauf verlassen, in ihren beruflichen Plänen unterstützt zu werden – weitgehend unabhängig vom Berufsziel Professur. Das ist bei AssistenzärztInnen, die eine Wissenschaftskarriere anstreben, hingegen deutlich seltener der Fall als bei denen, die das für sich ausschließen.

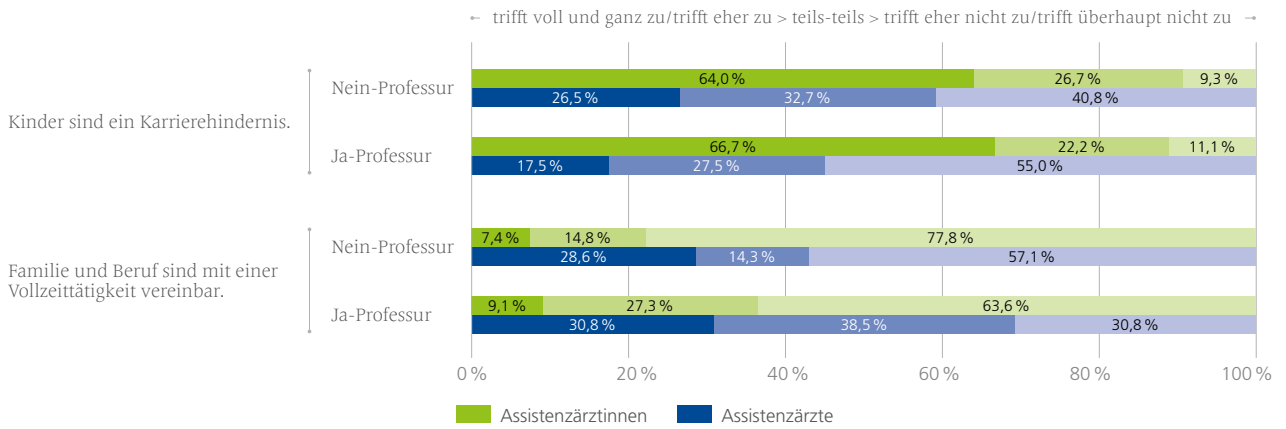
### Kinderwunsch und Familie

Um herauszufinden, wie das Berufsziel Professur mit der Familienplanung der befragten AssistenzärztInnen zusammenhängt, werden die Ergebnisse zum Kinderwunsch nach den beiden Gruppen Nein-Professur und Ja-Professur aufgeschlüsselt. Bei denjenigen ÄrztInnen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung kinderlos sind, ist zunächst kein Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Berufsziel erkennbar: Deutlich über 80 % geben dies in beiden Gruppen an (Tab. C 4.16). Dahinter verbergen sich allerdings gegenläufige Ergebnisse bei Männern und

Frauen. Assistenzärztinnen, die das Berufsziel Professur verfolgen oder als Option einbeziehen, haben etwas seltener einen klaren Kinderwunsch (82,4 %) als diejenigen, die eine Professur für sich ausgeschlossen haben (91,0 %). Vielmehr sind 14,7 % der potenziellen Professorinnen in der Kinderfrage noch nicht entschieden. Bei Assistenzärzten ist es umgekehrt: Der allergrößte Teil derjenigen, die sich eine Professur vorstellen können, will Kinder haben (93,0 %) und nicht einer gibt an, sich auf keinen Fall Kinder zu wünschen. Unter den Männern, die keine Professur anstreben, haben sich hingegen erst knapp drei Viertel klar für Kinder positioniert (73,8 %), während jeder sechste noch unentschieden ist und fast jeder zehnte definitiv keine Kinder will. Diese Ergebnisse lassen sich als Hinweis darauf deuten, dass die befragten Assistenzärztinnen insgesamt unsicherer sind, wie sich die Familienplanung mit einer wissenschaftlichen Hochschulmedizinkarriere verbinden lässt, und dass Ärztinnen mit klarem Kinderwunsch möglicherweise eher auf eine Professorinnenposition verzichten.

Unter den Befragten, die bereits Eltern sind, ist – wie bereits gezeigt – ein weiterer Kinderwunsch nicht so verbreitet wie bei den bislang kinderlosen ÄrztInnen (Tab. C 4.17). Interessant ist aber, dass auch hier anteilig mehr Befragte, die eine Professur anstreben, noch weitere Kinder möchten. Die Analyse nach

Abb. C 4.15: Aussagen zur Familie nach Geschlecht und Berufsziel Professur



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 24a. Auswahl: Befragte in Partnerschaft ohne Kind(er).

Geschlecht fördert nun – anders als bei den Kinderlosen – gerade in dieser Gruppe einen deutlicheren Kinderwunsch von Frauen zutage.<sup>19</sup> Möglicherweise trägt dazu die bisherige Erfahrung bei, Kinder und Weiterbildung bereits erfolgreich vereinbart zu haben. Allerdings muss betont werden, dass insgesamt sehr viel mehr Ärztinnen, die bereits Kinder haben, eine Wissenschaftskarriere für sich ausschließen.

Neben den konkreten Fragen zu ihrer partnerschaftlichen Situation und Familienplanung wurden die (kinderlosen) AssistenzärztInnen, die in einer Partnerschaft leben, gebeten, anhand ihrer eigenen Erfahrung etwas allgemeiner über die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben Auskunft zu geben (Abb. C 4.15). Werden die dabei gewonnenen Ergebnisse noch einmal nach dem Berufsziel getrennt betrachtet, zeigt sich zunächst, dass es hier weniger Unterschiede zwischen denjenigen gibt, die das Karriereziel Professur verfolgen, und denen, die dies nicht prioritär tun, als vielmehr zwischen Männern und Frauen. So sind ähnlich viele Ärzte, die eine Professorenposition anstreben, davon überzeugt, dass Familie und Beruf mit einer Vollzeittätigkeit vereinbar sind, wie diejenigen, die eine Professur eher nicht in Betracht ziehen: jeweils etwa 30 %. Bei ihren Kolleginnen aus beiden Gruppen äußert sich nicht einmal jede Zehnte auf diese Weise. Im Gegenteil gehen zwei Drittel der Assistenzärztinnen, die sich eine Professur vorstellen können, und sogar mehr als drei Viertel derjenigen, die das nicht als

Berufsziel angeben, von einer grundsätzlichen Unvereinbarkeit aus. Allerdings fällt auf, dass unter den Männern, die keine Professur anstreben, fast doppelt so viele sind, die eine Vereinbarkeit von Familie und Vollzeit-Berufstätigkeit klar bezweifeln (57,1 %), wie bei den Männern mit dem Karriereziel Professur (30,8 %). Dieser Befund kann als weiterer Hinweis gedeutet werden, dass Männer, die stärker familienorientiert sind, eine Wissenschaftskarriere für sich eher ausschließen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in Bezug auf die Frage, ob Kinder als Karrierehindernis wahrgenommen werden. Dem stimmen zwei Drittel aller befragten Medizinerinnen zu, unabhängig davon, ob sie eine Wissenschaftskarriere verfolgen. Bei den befragten Männern sind es deutlich weniger, wobei die angehenden Fachärzte mit dem Ziel Professur Kinder seltener als hinderlich bewerten als die Kollegen, die keine Professorenstelle erreichen wollen (17,5 % vs. 26,5 %). Dies ist ein sehr deutliches Zeichen dafür, dass die Familienverantwortung mehrheitlich (immer noch) Frauen zufällt und für sie die Frage der Familienvereinbarkeit als potenzielles Hindernis für eine Karriere eine stärkere Relevanz besitzt, auch und gerade bevor eigene Kinder vorhanden sind.

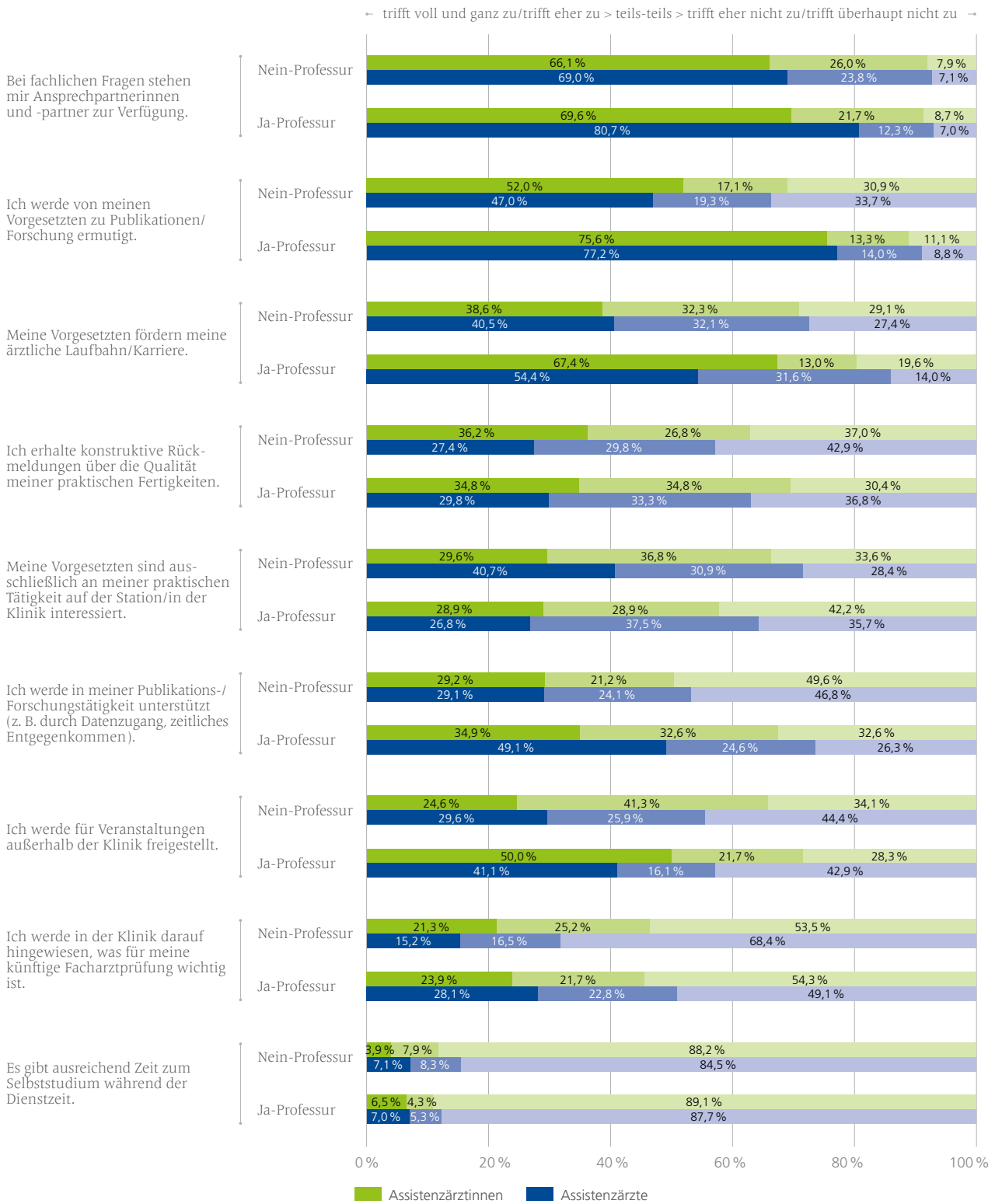
### Unterstützung und Förderung während der Weiterbildung

Da nicht nur individuelle Präferenzen und das private Umfeld für berufliche Entscheidungen von Bedeutung sind, wird im Folgenden der berufliche soziale Kontext – Unterstützungsstrukturen und Netzwerke

<sup>19</sup> Einschränkung muss auf die geringen Fallzahlen in dieser Gruppe verwiesen werden.

Abb. C 4.16: Fachliche Unterstützungsstrukturen in der Universitätsklinik

### Wie bewerten Sie die Unterstützung in Ihrer fachärztlichen Weiterbildung?



während der Weiterbildung – genauer analysiert. Zunächst geht es um den Zusammenhang von Unterstützung und Förderung im Klinikalltag und den beruflichen Plänen der Befragten (Abb. C 4.16).

Es konnte bereits herausgearbeitet werden, wie wenig Unterstützung die befragten AssistenzärztInnen in der täglichen Klinikarbeit von BetreuerInnen und Vorgesetzten nach eigener Aussage erleben (Kap. C 4.2.5). Werden diese Ergebnisse noch einmal mit Blick auf das Karriereziel Professur betrachtet, wird ersichtlich, dass diejenigen, die eine Professur als eines der drei Hauptziele für ihre berufliche Zukunft nennen, diese fehlende Förderung etwas weniger stark wahrnehmen. So sieht zwar auch bei ihnen eine überwiegende Mehrheit während der Dienstzeit nicht genug Zeit zum Selbststudium (siehe Anhang); gleichzeitig wird aber fast die Hälfte von ihnen für Veranstaltungen außerhalb der Klinik freigestellt, während das in der Gruppe ohne das Ziel Professur nur gut jede/r Vierte angibt. Etwas mehr Befragte, die eine Professur erreichen wollen, haben zudem den Eindruck, in der Klinik darauf hingewiesen zu werden, was für ihre künftige Facharztprüfung wichtig ist, und sind etwas weniger oft der Meinung, dass ihre Vorgesetzten ausschließlich an ihren praktischen Tätigkeiten in der Klinik interessiert sind. Auch äußern mehr MedizinerInnen aus der Gruppe „Ja-Professur“ das Gefühl, bei fachlichen Fragen eine Ansprechpartnerin/einen Ansprechpartner zu haben und bei Publikations- und Forschungstätigkeiten (z. B. durch Datenzugang oder zeitliches Entgegenkommen) konkret unterstützt zu werden. Besonders deutlich wird dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen, wenn mehr als sechs von zehn AssistenzärztInnen mit einer Professur als prioritärem Berufswunsch aussagen, ihre Vorgesetzten würden ihre ärztliche Laufbahn fördern; gleiches äußeren gerade einmal vier von zehn Befragten ohne das Karriereziel Professur.

Damit zeigt sich, wie wichtig die Unterstützung durch Vorgesetzte und BetreuerInnen für eine Karriere in der Hochschulmedizin bis zur Professur ist, da Förderungserfahrungen in unterschiedlichsten Ausprägungen in Zusammenhang damit stehen, dass diese Laufbahn als realistische Berufsoption wahrgenommen wird. Das gilt für die befragten Ärzte, noch mehr aber für die befragten Ärztinnen: Während sich nämlich nicht einmal 40 % der Medizinerinnen, die prioritär keine Professur erreichen wollen, in ihrer ärztlichen Karriere von ihren Vorgesetzten unterstützt fühlen,

trifft dies auf zwei Drittel aller Frauen zu, die eine Wissenschaftskarriere anstreben. Dieser Unterschied in der Förderung tritt bei Männern zwar ebenfalls zutage, jedoch nicht so deutlich wie bei den angehenden Fachärztinnen.

Allerdings ist Förderung differenziert zu betrachten, je nachdem, ob es sich um allgemeines Wohlwollen seitens der Vorgesetzten handelt oder um konkrete Unterstützung. Frauen, die Professorin werden wollen, werden zwar etwa genauso häufig wie Männer mit diesem Berufsziel zu Publikationen ermutigt – jeweils etwa drei Viertel der Befragten –, aber sie erhalten seltener den Zugang zu entscheidenden Ressourcen: So wird die Hälfte der Männer, aber nur ein Drittel der Frauen nach eigenen Angaben durch Datenzugang oder zeitliches Entgegenkommen bei Forschungen und Publikationen konkret unterstützt. Außerdem geben Frauen, die Professorin werden wollen, etwas seltener als Männer mit dem gleichen Berufsziel an, dass ihnen bei fachlichen Fragen AnsprechpartnerInnen zur Verfügung stünden (69,6 % vs. 80,7 %). Dieser Befund verweist auf das für Karrieren wichtige Thema der Vernetzung und Kontaktpflege.

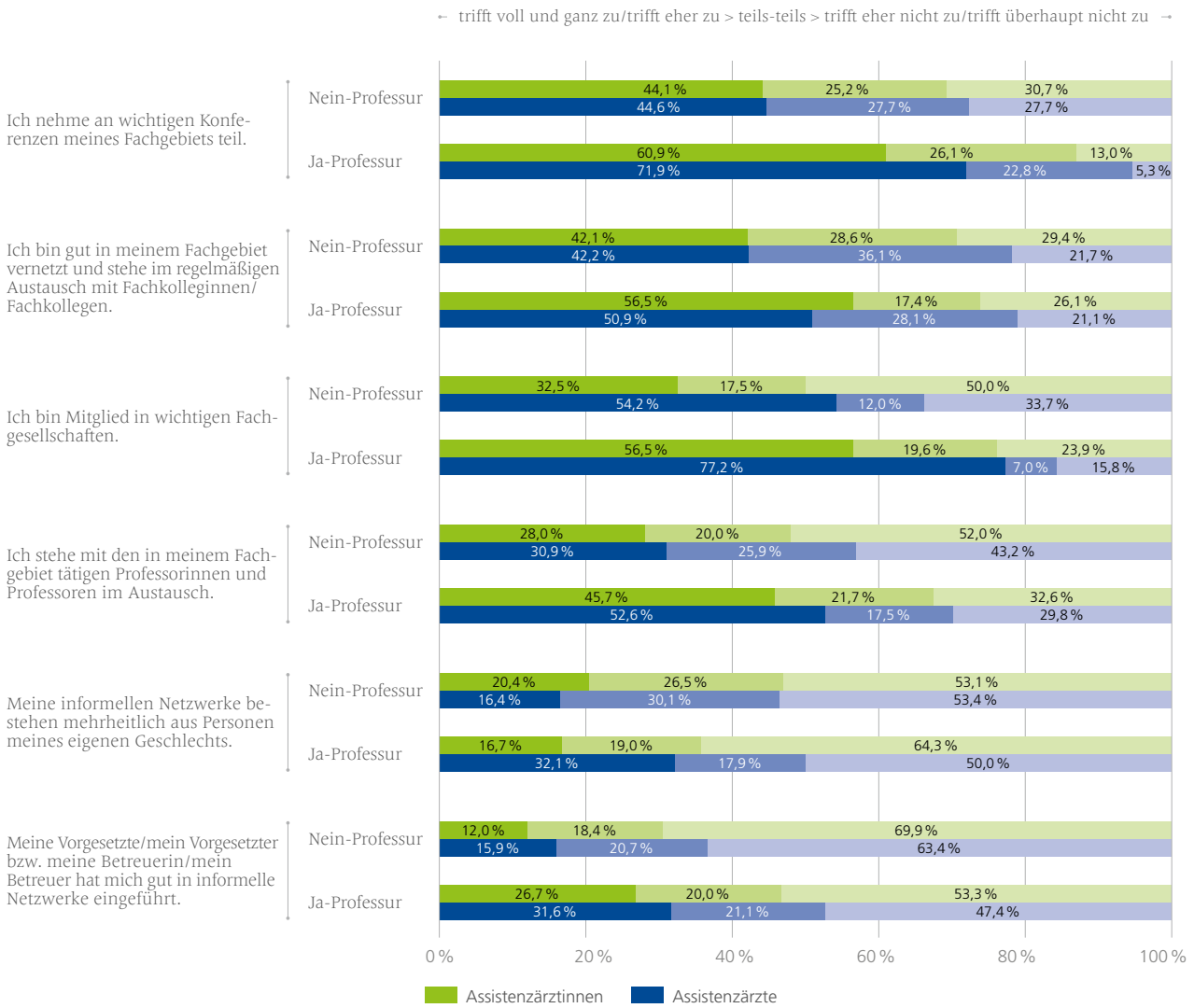
#### *Vernetzung während der Weiterbildung*

Zu den beruflichen Unterstützungsstrukturen gehört auch die Einbindung in Netzwerke – ob eher formell durch Mitgliedschaft in Berufsverbänden und die Teilnahme an Fachkonferenzen oder eher informell durch wichtige Kontakte. Deshalb wird untersucht, welche Verbindungen sich zwischen der Eingebundenheit in Netzwerke und dem Karriereziel Professur erkennen lassen.

Insgesamt zeigt sich, dass diejenigen AssistenzärztInnen, die eine Professur zu ihren drei zentralen Berufszielen zählen, ihre Vernetzung positiver einschätzen als ihre KollegInnen ohne Professur als prioritärem Karrierewunsch (Abb. C 4.17): Mehr als die Hälfte von ihnen fühlt sich gut im Fachgebiet vernetzt (siehe Anhang), je zwei Drittel sind nach eigener Angabe Mitglied in bedeutenden Fachgesellschaften und nehmen an wichtigen Konferenzen teil und fast 50 % stehen mit den Professorinnen und Professoren, die in ihrem Fachgebiet tätig sind, im Austausch. Eine Erklärung für die (gefühlte) bessere Vernetzung der befragten AssistenzärztInnen mit Karriereziel Professur kann die stärkere Unterstützung der Vorgesetzten sein: Drei von zehn Befragten, die eine Professur anstreben, fühlen sich von ihren Vorgesetzten gut in informelle Netz-

Abb. C 4.17: Vernetzung der Assistenzärztinnen und -ärzte nach Berufsziel Professur

### Wie sind Sie derzeit vernetzt?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung. Frage 25.

werke eingeführt – mehr als doppelt so viele wie aus der Gruppe ohne dieses Berufsziel (siehe Anhang). Auch wenn nicht einmal ein Drittel diese erweiterte Förderung erfährt bzw. als solche wahrnimmt, deutet sich darin die große Bedeutung von persönlicher Förderung im Klinikumfeld an.

Hier wird sichtbar, dass die befragten Assistenzärztinnen – über beide Gruppen hinweg – persönliche Unterstützung weniger oft und weniger deutlich erleben. Frauen mit dem Berufsziel Professur stehen seltener im direkten Austausch mit ProfessorInnen als

Männer mit diesem Ziel und sie werden auch seltener von ihren Vorgesetzten in deren Netzwerke eingeführt. Männer mit dem Berufsziel Professur äußern sich hier – mit Ausnahme der Vernetzung im Fachgebiet – meist positiver; vor allem geben sie häufiger an, Mitglied in wichtigen Fachgesellschaften zu sein, als dies ihre Kolleginnen tun (77,2 % vs. 56,5 %). Dieser Unterschied zieht sich mehrheitlich auch durch die Aussagen derjenigen, die vorrangig keine Professur anstreben; Frauen scheinen somit grundsätzlich weniger stark vernetzt zu sein bzw. ihre Eingebundenheit als schlechter zu bewerten.

Dazu passt der Befund, dass fast ein Drittel der männlichen Befragten, die eine Professur anstreben, angibt, ihre informellen Netzwerke würden mehrheitlich aus Personen ihres eigenen Geschlechts bestehen (32,1 %), während nur jede sechste ihrer Kolleginnen eine solche Aussage trifft. Das ist ein Hinweis darauf, dass sich Assistenzärztinnen, die sich für eine Professur interessieren, damit in einen stärker männlich dominierten Raum begeben. Die Netzwerke, die für eine Wissenschaftskarriere wichtig sind, bestehen

mehrheitlich aus Männern – zum einen, weil klinische Führungspositionen und insbesondere Professuren nach wie vor überwiegend mit Männern besetzt sind, zum anderen, weil die befragten Assistenzärzte, wie sich gezeigt hat, eine Professur deutlich öfter erreichen wollen als ihre Kolleginnen und dementsprechend auch in den notwendigen Netzwerken nicht zuletzt zahlenmäßig präsenter sind. Für Männer, die keine Professur anstreben, sind hingegen solche homo-sozialen Netzwerke deutlich weniger relevant.

## Resümee

Für gut ein Viertel der befragten Assistenzärztinnen gehört eine Professur zu den drei wichtigsten Karrierezielen zehn Jahre nach Beendigung ihrer fachärztlichen Weiterbildung. Hingegen können sich deutlich mehr Assistenzärzte – vier von zehn – eine Wissenschaftskarriere vorstellen. Die Analyse zielt auf mögliche Einflussfaktoren einer solchen Weichenstellung – demografische, individuelle und soziale – und auf den sichtbaren Gender Gap: Was hält insbesondere Frauen von einer Wissenschaftskarriere ab?

Die nächstliegende Erklärung – die soziale Herkunft – kann für die Karrieremotivation zur Professur für beide Geschlechter zurückgewiesen werden. Ein privates ärztliches Umfeld, etwa Eltern, die bereits Ärztin/Arzt waren oder sind, wirkt sich zwar positiv auf die Wahl eines Medizinstudiums und einer fachärztlichen Weiterbildung aus, aber auf das Berufsziel einer Medizinprofessur hat es einen eher hemmenden Einfluss. Ein Grund kann darin liegen, dass in Arztfamilien häufig Praxen an die nächste Generation weitergegeben werden. Gibt es diese Option der erleichterten Niederlassung nicht, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass eine Professur als Karriereziel infrage kommt.

Das Karriereziel Professur wird grundsätzlich häufiger in einem höheren Alter formuliert. Der vergleichsweise höchste Anteil an AssistenzärztInnen, die sich eine Professur vorstellen können, findet sich insgesamt in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass deutlich über die Hälfte der Männer, die in diesem Alter noch in der Weiterbildung sind, eine Professur als Ziel (mit) im Blick haben (58,8 %) und vermutlich auch aufgrund der dafür notwendigen Qualifizierungsschritte (Forschung, Publikationen) eine lange Weiterbildungszeit in Kauf nehmen, wie die offenen Antworten nahe-

legen. Frauen, die Professorin werden wollen oder sich das zumindest vorstellen können, finden sich dagegen am häufigsten in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen (27,8 %) und seltener in der Altersgruppe ab 35 Jahren.

Das größte Potenzial an Frauen als wissenschaftlicher Nachwuchs findet sich derzeit in der Inneren Medizin mit ihren verschiedenen Schwerpunkten. Hier können sich vier von zehn befragten Assistenzärztinnen (41,9 %) vorstellen, Professorin zu werden. Angesichts der auch zahlenmäßig großen Bedeutung dieses Gebiets findet sich hier ein Potenzial, das als hoch bis sehr hoch einzuschätzen ist.

Erwartungsgemäß hat das wissenschaftliche Interesse eine große Bedeutung für die Wahl des Fachgebiets bei denjenigen, die sich eine Professur vorstellen können – bei acht von zehn Frauen wie Männern. Ebenso erwartungsgemäß haben sich die meisten Befragten, die eine Professur anstreben, auch aus diesem Grund für die Weiterbildung in einer Universitätsklinik entschieden: Zwei Drittel der Frauen (67,4 %) und drei Viertel der Männer (75,4 %) hatten eine Wissenschaftskarriere bereits bei der Wahl ihres Ausbildungsortes im Blick. Allerdings haben auch gut ein Sechstel der Frauen, die keine Professur unter ihren ersten drei Berufszielen angeben (18,1 %), und fast jeder vierte Mann (23,8 %) ursprünglich eine Universitätsklinik gewählt, weil sie eine Wissenschaftskarriere angestrebt haben. Ähnlich zeigt sich, dass auch bei denen, die keine Professur unter ihren ersten drei Berufszielen angeben, ein wissenschaftliches Interesse bei der Wahl ihres Fachgebiets durchaus vorhanden war bzw. ist – bei vier von zehn Männern und fast drei von zehn Frauen. Hier stellt sich die Frage, was diese grundsätzlich motivierten AssistenzärztInnen davon abhält, das Berufsziel Professur weiter prioritär zu verfolgen.

Für Männer mit dem Berufsziel Professur sind eigene Kinder in der Regel Teil ihrer Zukunftspläne, bei Frauen mit dem gleichen Ziel ist das etwas seltener



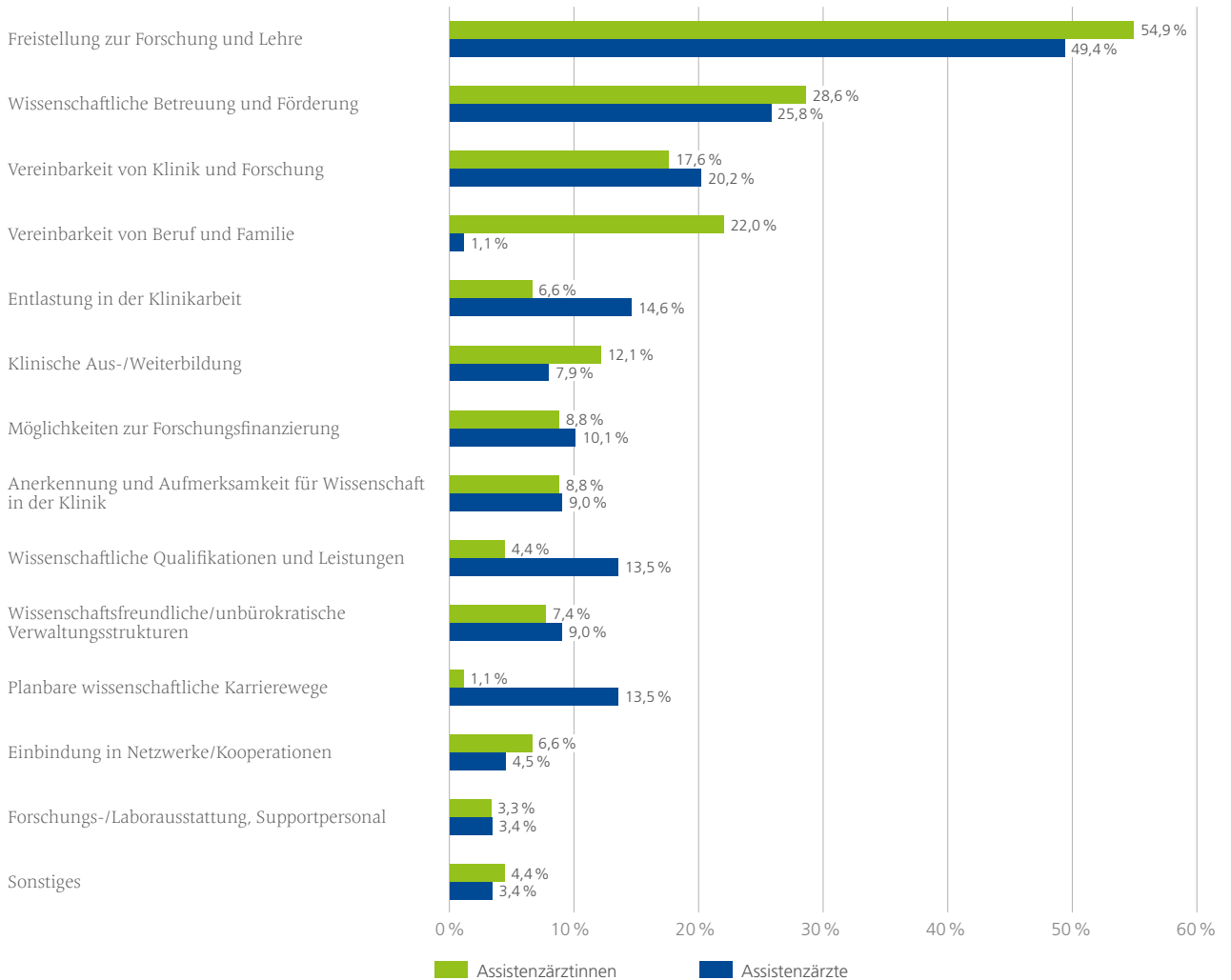
der Fall. Das liegt jedoch nicht daran, dass diese Frauen definitiv keine Kinder wollen, vielmehr befinden sich in dieser Gruppe mehr noch unentschlossene Frauen (14,7 %) als bei denjenigen, die keine Wissenschaftskarriere verfolgen (5,0 %). Frauen, die noch keine Kinder haben – und damit der allergrößte Teil der Assistenzärztinnen –, betrachten Kinder mehrheitlich als Karrierehindernis und haben eine deutlich stärkere Skepsis als Männer, was die Vereinbarkeit von Familie und einer (eigenen) ambitionierten Berufstätigkeit betrifft. Das Berufsziel Professur ändert bei Frauen an dieser Einschätzung nur wenig. Jedoch teilen Männer, die keine Professur anstreben, die Einschätzung, dass Familie und Vollzeit-Berufstätigkeit unvereinbar sind, in stärkerem Ausmaß als Männer mit dem Karriereziel Professur. Dazu passt der Befund, dass eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Fachgebietswahl eher eine Rolle für diejenigen spielte, die keine Professur anstreben, hier aber für Frauen und Männer nahezu gleichermaßen; der Akzent auf dem Privatleben, der sich in dem Wunsch nach planbaren Arbeitszeiten ausdrückt, wird sogar von Männern stärker geäußert.

Hier deuten sich Unterschiede zwischen karriere- und familienorientierten Männern an, die auch in den offenen Antworten noch einmal aufgegriffen werden.

Immerhin zwei Drittel der Assistenzärztinnen, die Professorin werden wollen, geben an, dass sie von ihren Vorgesetzten in ihrer ärztlichen Karriere gefördert würden – ein deutlich höherer Anteil als bei den Männern mit diesem Berufsziel, bei denen sich etwas mehr als die Hälfte von Vorgesetzten gefördert sehen. Frauen, die das Ziel Professur bewusst verfolgen, werden zwar genauso häufig wie Männer von Vorgesetzten zu den entscheidenden Voraussetzungen für eine Wissenschaftskarriere – Forschungen und Publikationen – ermutigt, aber wenn es um konkrete Unterstützung geht, erhalten Männer nach eigenen Angaben eher Zugang zu Ressourcen in Form von Daten oder zeitlichem Entgegenkommen. Männer mit dem Ziel einer Wissenschaftskarriere stehen auch häufiger im Austausch mit den (in der Regel männlichen) ProfessorInnen und werden von ihren Vorgesetzten in deren Netzwerke eingeführt. Das wirft die Frage nach der Existenz und Bedeutung homosozialer (Männer-)Netzwerke in der Medizin auf.

Abb. C 4.18: Förderliche Faktoren für eine Medizinprofessur

Was wäre für Sie förderlich, um Professor/Professorin in der Medizin zu werden?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 91 Frauen, 89 Männer). Frage 14 (Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich, Tabelle bezieht sich auf die Ja-Professur-Gruppe und/oder auf diejenigen, die eine Habilitation anstreben). Geordnet nach der Häufigkeit insgesamt (siehe Anhang).

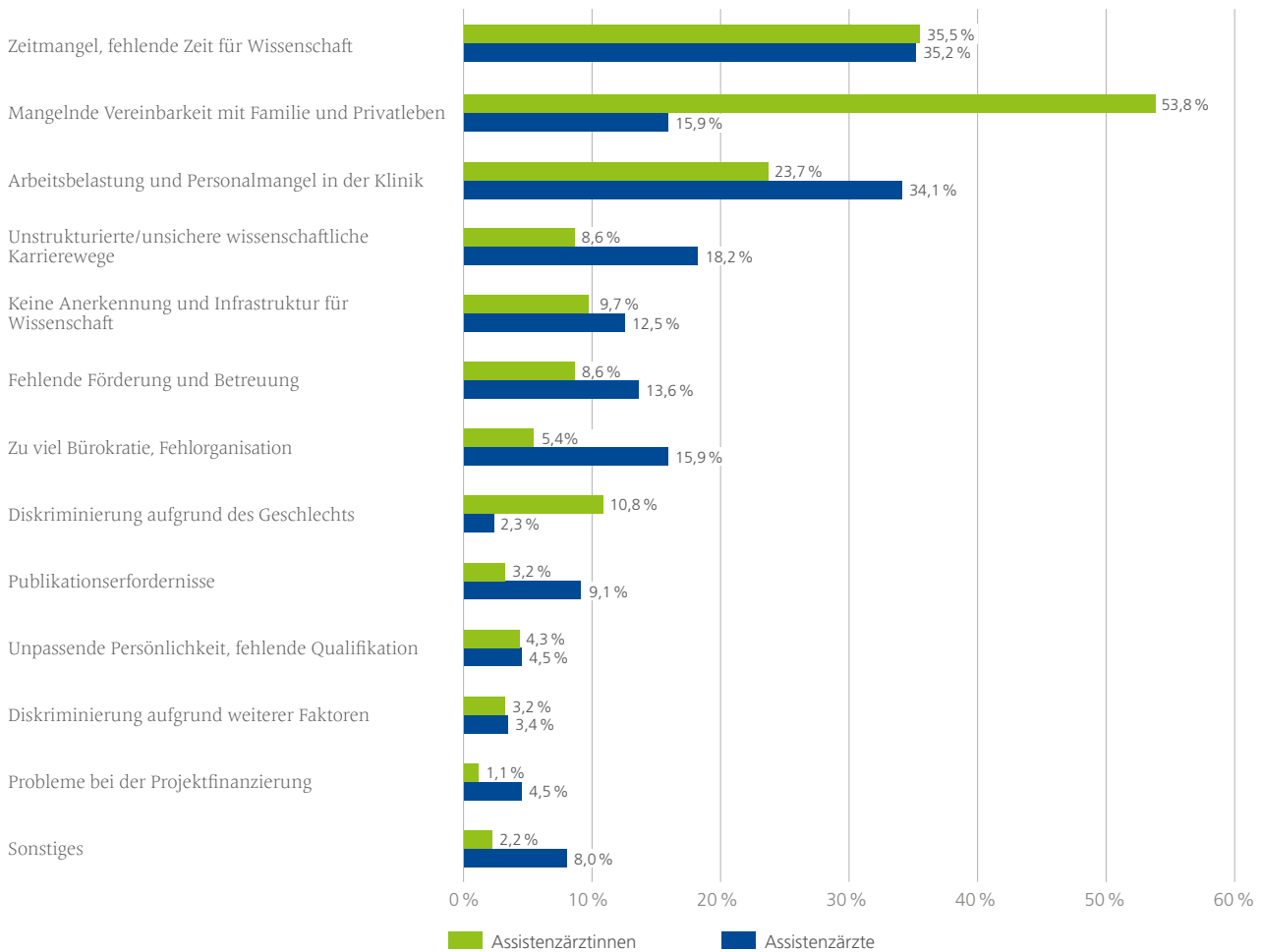
#### 4.5.2 Karrierefördernde und -hemmende Faktoren für eine Professur aus Sicht der AssistenzärztInnen

In den bisherigen Analysen wurde der Blick vor allem auf Faktoren gerichtet, die Einfluss auf berufliche Entscheidungen nehmen können. Diese wurden in Beziehung zur Professur als Karriereziel gesetzt, um Aufschluss darüber zu erhalten, was sich möglicherweise hemmend bzw. förderlich auswirkt. Dabei können lediglich Zusammenhänge eruiert werden, die Richtung der Kausalität kann mit dieser Untersuchungs-

anlage jedoch nicht geklärt werden. Deshalb ist es interessant zu erfahren, was die befragten Assistenzärztinnen und Assistenzärzte selbst – mit eigenen Worten – als förderlich oder hinderlich für den erfolgreichen Weg zur Professur benennen. Dazu wurden diejenigen befragt, die zuvor eine Professur oder eine Forschungslaufbahn unter ihren drei wichtigsten Berufszielen – zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung – angegeben hatten, außerdem alle, die eine Habilitation anstreben. Im Folgenden soll anhand dieser Antworten auf die offenen Fragen ein Einblick in karrierefördernde und -hemmende Faktoren für

Abb. C 4.19: Hinderliche Faktoren auf dem Weg zur Medizinprofessur

## Welche Faktoren können Ihrer Meinung nach auf dem Weg zur Professur hinderlich sein?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 93 Frauen, 88 Männer). Frage 15 (Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich, Tabelle bezieht sich auf die Ja-Professur-Gruppe und/oder auf diejenigen, die eine Habilitation anstreben). Geordnet nach der Häufigkeit insgesamt (siehe Anhang).

eine Professur aus Sicht der angehenden FachärztInnen gegeben werden (Abb. C 4.18 u. C 4.19).

### *(Fehlende) Zeit für Wissenschaft im Klinikalltag*

Als weitaus wichtigste Bedingung für eine gelingende bzw. eine nicht gelingende Wissenschaftskarriere benennen die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte den Faktor Zeit in unterschiedlichen Dimensionen. Mehr als ein Drittel der wissenschaftsinteressierten ÄrztInnen sieht sich bei der Arbeit in der Klinik mit Zeitmangel und fehlender Zeit für Wissenschaft konfrontiert. Konkret geht es um „zu wenig Zeit für Forschung“ (F/W), um „zeitliche Einschränkung der

Wissenschaftszeit durch Alltag“ (F/N). Wird der „Alltag“ genauer aufgeschlüsselt, der (zu) wenig Zeit für die wissenschaftliche Qualifizierung lässt, wird die starke Überbelastung durch die klinische Arbeit deutlich, der sich die Befragten ausgesetzt sehen. So benennen 28,6 % Arbeitsbelastung und Personalmangel in der Klinik als wesentlichen Hinderungsgrund für eine medizinische Wissenschaftskarriere (siehe Anhang). Dieser Punkt wird von deutlich mehr Männern (34,1 %) als Frauen angeführt (23,7 %, Abb. C 4.19). Der Rückschluss, dass Männer stärker durch die Klinikarbeit belastet sind, wäre jedoch voreilig, da die befragten Frauen den Zeitfaktor sehr viel häufiger

thematizieren, allerdings mit einem stärkeren Akzent auf der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Hier deutet sich an, dass Klinik und Wissenschaft als zwei weitgehend getrennte Bereiche wahrgenommen werden, die miteinander um Zeit und Dringlichkeit konkurrieren, ohne dass es eine regulierende Instanz gibt. Dabei ist es die wissenschaftliche Qualifizierung, die im klinischen Alltag zu kurz kommt, wie die Aussagen aus der Befragung in großer Übereinstimmung veranschaulichen: *„Die klinische Arbeit (ausschließlich für Station geplant) lässt oft wenig Zeit für Forschung“* (F/I). Die Fülle an klinischen Aufgaben erschwert nicht nur die Forschungstätigkeit, sondern lässt auch keine Zeit für eine wissenschaftliche Reflexion des klinischen Alltags: *„viel Arbeit im klinischen Alltag, viele Dienste und wenig Zeit, um die Erfahrung und Daten, die man im Alltag gesammelt hat, offenzulegen“* (F/I). Die Zitate verdeutlichen auch, dass im Rahmen der Arbeitszeit nicht nur die Forschung keinen Raum hat, sondern auch die klinische Ausbildung eine untergeordnete Rolle gegenüber dem Einsatz als Arbeitskraft auf der Station spielt. Selbst dieser Einsatz bleibt nicht auf die vertragliche Arbeitszeit beschränkt, sondern zeichnet sich durch eine stark ausgedehnte Arbeitszeit aus. Hinzu kommen Bereitschaftsdienste, geregelt durch *„54-h Opt-Out-Verträge“* (F/U). Mit dieser Art von individuellen Verträgen ist es möglich, die laut Arbeitszeitgesetz vorgeschriebenen maximal 48 Stunden zu überschreiten. Insgesamt geht aus den Antworten eine umfassende Überlastung der AssistenzärztInnen durch die Klinikarbeit hervor, die die zur Verfügung stehende Zeit für wissenschaftliches Arbeiten minimiert: *„zu viel Belastung durch die klinische Arbeit, zu wenig Zeit zum Publizieren und Forschen“* (F/N). Die Überlastung führt zu der Feststellung: *„Grundlagenforschung und Vollzeit-Klinikarbeit ist nicht vereinbar“* (F/I). Darin wird ein deutlicher Unmut über die verbreitete Praxis in den Kliniken erkennbar, wissenschaftliche Arbeit nicht als regulären Teil der Weiterbildungszeit anzuerkennen; vielmehr wird sie als Zusatz-Engagement in der Freizeit erwartet und auch geleistet, weil es angesichts des erheblichen Zeitmangels gar nicht anders möglich scheint. Dennoch scheinen Alternativen denkbar:

*„Forschung sollte nicht komplett in der Freizeit erwartet werden. Eine bessere Verknüpfung von klinischem Alltag und dem Weg zur Habilitation wäre schön.“* (M/N)

Als wichtigste Konsequenz aus diesen Erfahrungen äußert die Mehrheit derjenigen, die an einer Wissen-

schaftskarriere interessiert sind, den Bedarf nach einer Freistellung zur Forschung und Lehre (52,5 %) – mit weitem Abstand zu allen anderen förderlichen Bedingungen. Es geht darum, dass innerhalb der Weiterbildung *„mehr Zeit für Wissenschaft“* (F/I) eingeräumt wird, was zunächst einmal deren Anerkennung als Arbeitszeit voraussetzt. Als Grundlage dient die vertraglich festgelegte Arbeitszeit. Frauen, die an einer Wissenschaftskarriere interessiert sind, benennen die Bedingung einer Freistellung noch etwas häufiger (54,9 %) als Männer (49,4 %). Die Differenz könnte auf die Vereinbarkeit von Weiterbildung und Familie zurückzuführen sein, die für Frauen mit sehr viel größeren Zeitproblemen als für Männer verbunden ist. Abgesehen davon ähneln sich die Aussagen derjenigen, die mehr Zeit für die Forschung fordern, fächer- und geschlechterübergreifend sehr stark. Auffällig ist jedoch, dass die Forschung als Ziel der Freistellung gegenüber der Lehre sehr viel häufiger benannt wird.

Um sowohl die klinischen als auch die wissenschaftlichen Ausbildungsinhalte miteinander vereinbaren zu können, werden von den Befragten verschiedene Modelle vorgeschlagen – von Rotationsplänen bis hin zu fest zugeteilten Zeitkontingenten, etwa *„Arbeitszeitmodelle mit z.B. 70 % Klinik/30 % Labor“* (M/H). Ziel ist *„mehr Zeit während des Arbeitsalltages, um gehaltvolle Forschungsprojekte zu planen und durchzuführen. Z.B. einen Tag in der Woche oder eine Woche im Monat. Auch Lehre muss qualitativ gut sein und vorbereitet werden“* (M/O). Insgesamt wird deutlich, dass Zeit eine knappe und umkämpfte Ressource im Klinikalltag darstellt. Das Einräumen klar bestimmter und damit offizieller Zeiten für die wissenschaftliche Arbeit während der Weiterbildung wird deshalb nicht nur als eine Frage der Planung und Organisation reflektiert, sondern auch als eine Form der Wertschätzung von Wissenschaft im Klinikum.

Als Grund für die hohe Arbeitsbelastung wird von den befragten AssistenzärztInnen ein Personalmangel in den Kliniken angeführt: *„zu wenig klinisch tätige Kollegen, Notwendigkeit der Besetzung der Stationen“* (F/P). AssistenzärztInnen füllen nach eigener Einschätzung die Lücken, die dadurch entstehen – *„stetes Stopfen klinischer Versorgungsengepässe“* (M/I) – und kommen deshalb nicht zur wissenschaftlichen Arbeit: *„zu wenig ärztliches Personal, um klinisch und wissenschaftlich tätig zu sein“* (F/I). Offenbar muss also nicht nur die wissenschaftliche Tätigkeit größtenteils in der Freizeit

verrichtet werden; auch die klinische Arbeit ist in der regulären Arbeitszeit nicht zu schaffen. Das verdeutlicht auch die folgende Forderung: *„Freie Zeit zum Forschen, humanere Arbeitszeiten“* (M/I). Unter der gegebenen Personalsituation ist die Belastung der AssistenzärztInnen hoch. Die Möglichkeit, sich offen abzugrenzen oder zu entziehen, wird unter anderem aufgrund der Zuteilung lebenswichtiger Aufgaben nicht wahrgenommen. Als eine der Ursachen für die starke Belastung im klinischen Alltag wird deshalb auch ein Personalmangel im Klinikbereich identifiziert:

*„Es habilitiert sich schwer, wenn man durch den Klinikalltag bei zu vielen offenen Stellen verbrannt wird. Alles der Gier nach Geld verschuldet. Medizin hat auch etwas mit Wirtschaftlichkeit zu tun, aber wenn die oberen Herren es nur noch darauf reduzieren ...“* (M/N)

Auch wenn nicht alle Aussagen den Personalmangel mit dem Agieren leitender Männer unter Marktbedingungen assoziieren, besteht doch eine breite Übereinstimmung, dass aktuell ein Personalmangel herrscht. Als eine der wesentlichen Bedingungen für eine gelingende Wissenschaftskarriere wird eine Personalaufstockung im Klinikbereich benannt: *„mehr ärztliches Personal, damit mehr Zeit für Forschung ist und diese möglich wird“* (F/I), *„Entlastung auf Station, mehr Personal“* (M/I) sowie *„eine höhere Zahl an festen Stellen an Universitätskrankenhäusern“* (M/I). Der Aspekt der zeitlichen und personellen Entlastung von der Klinikarbeit wird häufiger von Assistenzärzten (14,6 %) als von Assistenzärztinnen benannt (6,6 %). Die Auswertung der anderen Aspekte gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass Frauen mehr Zeit für ihre wissenschaftliche Qualifizierung zur Verfügung hätten. Sie legen in ihren Aussagen nur den Schwerpunkt anders und fordern stärker eine Freistellung zur Forschung als eine Personalaufstockung. Vor allem aber betonen die befragten Ärztinnen sehr viel deutlicher den Aspekt der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

#### **(Mangelnde) Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben**

Die entgrenzte Arbeitszeit in der Klinik erschwert nicht nur die wissenschaftliche Weiterqualifizierung, sondern auch die Erziehung von Kindern und eine Vereinbarkeit mit dem Familien- und Privatleben. Im Unterschied zu den anderen die Arbeitszeit betreffenden Themen wird die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fast ausschließlich von Frauen (22,0 %) als förderliche Bedingung für eine Professur genannt.

Darüber hinaus stellt sie für die befragten Assistenzärztinnen sogar das Haupthindernis für eine Wissenschaftskarriere dar: Jede zweite Frau (53,8 %) mit entsprechendem Interesse, aber nur jeder sechste Mann (15,9 %) führt die mangelnde Vereinbarkeit als Hinderungsgrund an. Den Ausgangspunkt bildet auch hier die Erfahrung, dass diese Vereinbarkeit aktuell nicht gegeben ist. In der Weiterbildung wie auch im späteren klinischen und wissenschaftlichen Berufsleben sind betreuungsbedürftige Kinder nicht vorgesehen:

*„Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Momentan sieht es so aus, als müsste ich mich entscheiden, da sich klinische/wissenschaftliche Karriere nicht mit Familienplanung vereinen lassen.“* (F/I)

In vielen Aussagen werden nur die Stichworte „Kinder“, „Familie“, „Familienplanung“ und/oder „Vereinbarkeit“ angeführt, als ob es keiner näheren Erläuterung bedürfte, dass es sich hier um Hindernisse für eine Wissenschaftskarriere handelt. Vor allem die befragten Assistenzärztinnen rekurrieren auf eine gesellschaftliche Verortung von Familie und privater Sorgearbeit als Frauen zugeordneten Bereichen, die einem ambitionierten Berufsleben selbstverständlich entgegengesetzt sind und keinerlei Platz darin haben. Die konkreteren Aussagen setzen Familie in Kombination mit Zeitmangel und Überforderung und zeichnen das Bild einer dauerhaften Mehrfachbelastung:

*„Klinik + Wissenschaft + Kinderwunsch, zu wenig Zeit, um den Facharzt zu machen, eine Familie zu gründen und zu forschen. Forschung kann so nicht qualitativ sein. Es sind zwei Berufe auf einmal.“* (F/I)

Daraus ergibt sich eine Konkurrenz um Lebenszeit insbesondere zwischen Wissenschaft und Familie:

*„Vereinbarkeit Beruf und Familie. Eine angestrebte Professur ist mit sehr viel persönlichem Aufwand verbunden und kostet viel Lebenszeit, die woanders fehlt.“* (M/R)

*„Forschung und Lehre in der ‚Freizeit‘, die mit Familie praktisch nicht vorhanden ist“* (F/R).

Unter diesen Umständen – Arbeitsbelastung in der Klinik in Kombination mit Familie – erscheint auch für einige Männer die wissenschaftliche Qualifizierung als (vermeidbare) Zusatzbelastung: *„keine Zeit,*

keine Vereinbarkeit zwischen Beruf/Familie, insbesondere wenn Forschung als weitere Belastung hinzukommt“ (M/O), „Unvereinbarkeit von Belastung durch ‚Wochenend-Forschung‘ UND Familie“ (M/C). Teilzeitarbeit und Elternzeit lösen das Problem für wissenschaftsinteressierte AssistenzärztInnen nur eingeschränkt, sind sie doch im Klinikbereich assoziiert mit reduzierter Verfügbarkeit und mangelnder Förderungswürdigkeit, wie bereits bei der Auswertung der Benachteiligungserfahrungen deutlich wurde. Es geht um eine „vollständige und gleichwertige Anerkennung von Teilzeitarbeit. Forschung und Lehre in der Hauptarbeitszeit ohne zusätzliche Überstunden“ (F/R). Es wird kritisiert, dass es „keine attraktiven Halbtagsstellen (z. B. im Funktionsbereich)“ (F/I) gebe und dass Elternzeit zu Karrierenachteilen führe. Auch bei der Zeitplanung im Klinikalltag wird Kinderbetreuung nicht berücksichtigt: „meine Kinder bzw. deren Betreuung, die Tatsache, dass alle wesentlichen Besprechungen etc. am späten Nachmittag stattfinden“ (F/K). Dadurch geraten Eltern bzw. de facto vor allem Mütter als die Hauptzuständigen für die Kinderbetreuung in die Situation, sich ständig zwischen Beruf und Familie entscheiden zu müssen. Als förderliche Bedingung wird aus diesem Grund eine gute Kinderbetreuung angeführt. Assistenzärztinnen fordern eine „verbesserte Betreuungsmöglichkeit für Kinder“ (F/I), genauer eine „bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit sicheren Möglichkeiten der arbeitsplatznahen flexiblen Kinderbetreuung“ (F/N). Neben der Nähe zum Arbeitsplatz wird eine „flexiblere Kinderbetreuung“ (F/G) als wichtige Rahmenbedingung benannt, um für AssistenzärztInnen mit wechselnden Dienstplänen und unberechenbaren Überstunden hilfreich zu sein. In vielen Fällen wird das Vereinbarkeitsproblem bereits durch Vorgesetzte vorweggenommen:

*„Am hinderlichsten für die Karriere ist es, wenn die Vorgesetzten Familie und Karriere zusammen komplett ausschließen und so auch keiner Kandidatin die Chance auf beides geben!“ (F/G)*

Wie bereits die Auswertung der Benachteiligungserfahrungen ausführlich gezeigt hat, sehen sich insbesondere Frauen durch den ihnen selbstverständlich unterstellten Kinderwunsch mit daraus gefolgertem Vereinbarkeitsproblem in ihren wissenschaftlichen Karriereambitionen behindert. Die Befragten führen neben der mangelnden Vereinbarkeit mit Familie auch ganz allgemein die Unvereinbarkeit mit ihrem Privatleben als Hindernis für eine medizinische Hoch-

schulkarriere an. Auch hier ist es – wie beim Thema Familie – vor allem die Wissenschaftszeit, die mit der privaten Zeit in Konkurrenz tritt.

Zusammenfassend lässt sich zum Hinderungsfaktor „Zeit“ feststellen, dass die Belastung durch die Klinikarbeit als so dominant erlebt wird, dass für Forschung und andere wissenschaftliche Tätigkeiten de facto kaum persönliche Kapazitäten mehr mobilisierbar sind. Wissenschaft ist auf die „Freizeit“ verwiesen und tritt damit in Konkurrenz zu Familie, aber auch zu Freizeitinteressen und nicht zuletzt zu den eigenen Erholungszeiten.

#### *(Zu wenig) Betreuung, Förderung, Planbarkeit*

Neben Zeit erweist sich Qualifizierung als ein weiterer Komplex von Bedingungen, die von den befragten Assistenzärztinnen und -ärzten als förderlich oder hinderlich für eine medizinische Hochschulkarriere angesehen werden. Nach den Erfahrungen befragter Assistenzärztinnen und -ärzte existiert an den Kliniken ein „unstrukturiertes wissenschaftliches Umfeld“ (M/R) und – damit verbunden – eine „mangelnde Ausbildung im Bereich Forschung“ (F/G). Sie stellen eine „fehlende Förderung“ (M/N) fest, beispielsweise „keine Angebote für Projekte, keine Freistellung von der klinischen Tätigkeit, keine Planungssicherheit“ (F/N), „kein strukturiertes Programm zur Karriereentwicklung, Familie“ (M/I). Die unzureichende wissenschaftliche Förderstruktur wird auch beanstandet als „eher niedrige Forschungsaktivität an der Klinik“ (M/A). Die Befragten schildern ein tief verwurzeltes Ressentiment, das in ganzen klinischen Abteilungen vorherrscht:

*„meine Tätigkeit in einer kleinen kardiologischen Abteilung mit wenig Möglichkeit für Forschungsprojekte – viele Ideen werden von Oberärzten/Chefarzt blockiert und nicht gefördert – viele rein klinisch tätige Ärzte empfinden wissenschaftliches Arbeiten als Zeitverschwendung, welche zu Defiziten im Bereich der klinischen Arbeit führt => keine Unterstützung“ (F/K).*

Wie im letzten Zitat deutlich wird, wird die fehlende wissenschaftliche Förderstruktur auch den Führungskräften zugerechnet. Die eigenen Vorgesetzten werden im Hinblick auf die wissenschaftliche Qualifizierung als wenig unterstützend oder sogar hinderlich erlebt. Abgesehen davon sind es auch die – formellen und informellen – Machtstrukturen an Kliniken, die von den befragten AssistenzärztInnen als Hindernisse gerade für Wissenschaftsinteressierte angesehen werden:

*„Starre Hierarchien, Machtmissbrauch und eine restriktive, leider oft fehlgeleitete Forschungsmittelvergabe, wie dies an vielen deutschen Unikliniken noch üblich ist.“ (M/A)*

*„Dass es keine Strukturen in der Unterstützung für Forschung gibt. Es gibt keine Fairness. Es beruht alles nur auf Gefälligkeit und Seilschaften.“ (M/I)*

Vor diesem Hintergrund benennen mehr als ein Viertel der daran interessierten AssistenzärztInnen die wissenschaftliche Betreuung und Förderung als wichtige förderliche Bedingung für eine Wissenschaftskarriere (27,1 %), die damit an zweiter Stelle steht. Diese Bedingung wird von den befragten Frauen (28,6 %) zu einem etwas größeren Anteil angeführt als von den Männern (25,8 %). Inhaltlich geht es zunächst um die Planung eines Forschungsvorhabens:

*„Unterstützung bei der Themenfindung/Planung von Forschungsschwerpunkten am Anfang der klinischen Tätigkeit, da zu diesem Zeitpunkt die eigene Erfahrung begrenzt ist und zusätzlich viele neue Anforderungen an einen gestellt werden, sodass das Thema Forschung schnell in den Hintergrund geraten kann“ (F/P).*

Die Unterstützung wird vor allem als eine persönliche Anleitung und Betreuung im näheren Umfeld gewünscht, die vorzugsweise durch die Vorgesetzten, KollegInnen oder im Rahmen einer Arbeitsgruppe erfolgen soll. Als weitere wichtige UnterstützerInnen werden MentorInnen und TutorInnen angeführt. Dabei geht es nicht in erster Linie um Fachwissen, sondern vor allem um die Weitergabe von Erfahrungswissen im direkten persönlichen Kontakt wie die *„Anleitung durch in der Forschung erfahrene Oberärzte/Kollegen“ (M/C)* oder durch *„Tutoren, die einen bei der Planung der Habilitation unterstützen“ (F/P)*. Außerdem wünschen sich die AssistenzärztInnen konstruktive Rückmeldungen: *„mehr Feedback“ (F/C)*, *„persönlich orientierte Anleitung und konstruktive Kritik mit nachfolgender Förderung“ (M/I)*. Den Vorgesetzten kommt in den Aussagen eine besondere Bedeutung bei der Förderung einer Wissenschaftskarriere zu: Als förderliche Bedingung wird *„gute wissenschaftliche Führung“ (F/N)*, konkret die *„Unterstützung durch Chef- und Oberarzt“ (M/C)* genannt. Dass diese im Klinikalltag nicht selbstverständlich ist – wie bereits in vorherigen Analysen deutlich wurde –, zeigt der Wunsch nach *„wenigstens ein bisschen Unterstützung durch Vorgesetzte“ (M/I)*. Darüber hin-

aus werden auch kollegiale Formen der Unterstützung als wichtig erachtet. Abgesehen von der persönlichen Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Forschungsarbeiten wird eine methodische Qualifizierung als förderlich für eine Wissenschaftskarriere hervorgehoben. Gegenüber der Vermittlung von Forschungskompetenz spielen Lehr- und Führungskompetenzen in den Aussagen eine untergeordnete Rolle. Das verweist darauf, dass in der Vorstellung der meisten AssistenzärztInnen die Forschung als die entscheidende Qualifikation für eine Professur in der Medizin gilt. Neben der Hilfestellung durch Schlüsselfiguren, innerhalb einer Arbeitsgruppe oder in Kursen, wird eine systematische Unterstützung im Rahmen eines Förderprogramms als förderlich hervorgehoben:

*„Etablierung von strukturierten ‚Start-Up‘-Programmen für junge klinische Wissenschaftler zur Einführung wissenschaftlicher Standards in den Berufsstand – vergleichbar den Graduiertenschulen an manchen deutschen Universitäten.“ (M/A)*

Solche Programme stehen mit ihrer Standardisierung im Gegensatz zur verbreiteten personenabhängigen wissenschaftlichen Förderkultur (nicht nur) in der Medizin. Davon könnten Frauen als eine Gruppe profitieren, die bislang im Hinblick auf eine Wissenschaftskarriere benachteiligt ist: *„spezielle Förderprogramme bzw. Stipendien für Frauen mit dem Ziel der Habilitation“ (F/O)*. Andererseits wird gerade die Förderung von Frauen auf dem Weg zur Professur von einigen Assistenzärzten als unzulässige Privilegierung betrachtet, die nun ihrerseits *„Förderprogramme für Männer!!“ (M/I)* fordern. Damit wird Förderung – neben Zeit – zu einer weiteren umkämpften Ressource in der medizinischen Weiterbildung. Möglicherweise deutet sich hier auch eine neue Konfliktlinie zwischen Männern und Frauen an.

Nicht nur die wissenschaftliche Qualifizierung wird als förderlich für eine Wissenschaftskarriere angesehen, sondern auch die klinische Aus- und Weiterbildung, auch wenn sie seltener erwähnt wird (9,9 %); dieser Aspekt wird stärker von Assistenzärztinnen (12,1 %) als von -ärzten betont (7,9 %). Es geht darum, *„mehr Zeit für Forschung zu haben, aber parallel sich als Arzt weiter entwickeln zu können“ (F/I)*. Das beinhaltet etwa eine *„verstärkte chirurgische Ausbildung“ (F/G)*, die *„Unterstützung durch erfahrene Ärzte in der Klinik“ (F/N)* oder das Kennenlernen von Behand-

lungsmöglichkeiten auf dem neuesten Stand. Neben dem Erwerb klinischer und medizinischer Kompetenzen geht es auch explizit um die PatientInnen: *„ausreichend Zeit zur eigenen Forschung und zum intensiveren Literaturstudium zwecks besserer Patientenversorgung zu haben“* (F/N). Gewünscht wird eine Verbindung von Wissenschaft und klinischer Arbeit, etwa in Gestalt einer *„Integration von Forschung und Patientenversorgung (im Sinne des Physician-Scientist)“* (M/C). Die zitierten Aussagen verweisen auf eine solide klinische Ausbildung als notwendigen Bestandteil einer Qualifizierung zur medizinischen Hochschulkarriere, gleichrangig zur wissenschaftlichen Qualifizierung. Es gibt aber auch AssistenzärztInnen, die weniger an der wissenschaftlichen Seite interessiert sind, sondern die eine Professur eher als Eintrittskarte für eine klinische Karriere betrachten:

*„Ohne Professur erhält man in unserer Klinik keine Oberarztstelle.“* (F/I)

*„Forschung wird immer noch als der Heilige Gral verteidigt, dessen nicht jeder würdig ist. Die eigentliche Frage ist aber, warum man geforscht haben muss, um Chefarzt zu werden. Die klinische Kompetenz hat nichts mit der Forschung zu tun!“* (M/A)

Die Zitate verdeutlichen noch einmal die Konkurrenzen zwischen dem Klinik- und dem Wissenschaftsbereich, mit denen sich die an einer Professur interessierten AssistenzärztInnen konfrontiert sehen.

Ein weiterer Aspekt wissenschaftlicher Qualifizierung zielt weniger auf eine Förderung durch die Universitätsklinik, sondern eher auf eine wissenschaftspolitische Ebene: die Planung und Planbarkeit wissenschaftlicher Karrierewege. Dieser Aspekt wird – sowohl in Bezug auf förderliche als auch in Bezug auf hinderliche Faktoren – vor allem von Männern betont. Hier geht es zunächst einmal um die Transparenz der Voraussetzungen für eine Wissenschaftskarriere sowie um deren Vereinheitlichung bis hin zur Neudefinition: *„bundeseinheitliche Habilitationskriterien“* (M/R), *„fairere und klarere Definition der Voraussetzungen – transparente und planbare Verfahren zum Erlangen der Professur“* (M/O), *„Einheitliche Leistungsnorm für eine APL-Professur zwischen verschiedenen Zentren ist sinnvoll“* (M/R). Darüber hinaus wünschen sich die Assistenzärzte weniger Zeitdruck durch Befristungsregelungen und Altersgrenzen: *„kein Druck durch das Wissenschaftszeit[vertrags]gesetz“*

(M/I), *„weniger restriktive Ausschreibungsrichtlinien in Förderprogrammen (Altersgrenzen)“* (M/I).

Die allgemein breit diskutierte Prekarität von Wissenschaftskarrieren ist auch für diejenigen, die eine medizinische Hochschulkarriere anstreben, ein wichtiges Thema. Hinzu kommt der lange wissenschaftliche Qualifizierungsweg, der zum Eindruck der geringen Planbarkeit und des Kontrollverlustes beiträgt. Der Weg zur Medizinprofessur ist noch länger als zu einer klinisch-medizinischen Karriere, weil Forschungsinteressierte ihr Engagement in der Regel zusätzlich zur regulären Arbeitszeit und zu den klinischen Überstunden aufbringen müssen:

*„Ich kann mich nur in meiner Freizeit meiner Forschungstätigkeit widmen und das ist bei konstant zunehmender planmäßiger Belastung im Klinikalltag (ca. 60–70 h Arbeitswoche) nicht ausreichend möglich und führt dazu, dass die Forschung langsamer vorangeht als nötig, weniger Publikationen, weniger Drittmittel, zunehmende Konkurrenz, mein Alter (44)“* (M/I).

Die ausgedehnten klinischen Arbeitseinsätze führen gerade für forschungsinteressierte AssistenzärztInnen zu einer Verlängerung der Weiterbildung, die wiederum die Planung einer Familie erschwert:

*„unplanbare Arbeitszeiten in der Klinik [...]. Notwendigkeit, die Facharztausbildung längerfristig zu unterbrechen (falls man keine gute klinische Forschungsmöglichkeit bekommt – Grundlagenforschung und Vollzeit-Klinikarbeit ist nicht vereinbar), dadurch Verlängerung der Facharztausbildung mit hoher Nacht- und Wochenenddienstbelastung (Familienplanung schwierig)“* (F/I).

In den Aussagen wird deutlich: Es gibt keinen planbaren Weg zur Medizinprofessur, sondern das Interesse daran und die eigene Förderungswürdigkeit können nur individuell durch einen äußerst hohen persönlichen Einsatz unter Beweis gestellt werden. Auch diejenigen, die diesen Einsatz aufbringen, finden keine klaren wissenschaftlichen Förderstrukturen in den Kliniken vor.

#### **(Unzureichende) Infrastruktur und Finanzierung**

Als weitere förderliche Bedingungen für eine medizinische Hochschulkarriere werden von den befragten AssistenzärztInnen, die eine Professur anstreben,



finanzielle und infrastrukturelle Unterstützungen angesehen. Grundlage dafür ist die Kritik an zu viel Bürokratie und Fehlorganisation, die jede/jeder zehnte Befragte äußert und die dreimal so häufig von Männern (15,9 %) formuliert wird wie von Frauen (5,4 %). Zum einen geht es dabei um unflexible Strukturen und (Fehl-)Planungen, die keinen Raum mehr für wissenschaftliche Tätigkeit lassen: *„rigide Strukturen in der Personalplanung (Stellenschlüssel) [...] starre Dienstmodelle“* (M/C). Auch der Personal-mangel wird als Folge von Fehlplanungen dargestellt: *„schlechte Organisation in der Klinik mit zu wenig Personal und zu großer zeitlicher Einbindung“* (F/I). Zum anderen wird der zunehmende Verwaltungsaufwand – so die übereinstimmende Diagnose – als lästig und hinderlich für die wissenschaftliche Arbeit wahrgenommen. Dies gilt vor allem im Zusammenhang mit der ausgedehnten klinischen Tätigkeit. Insgesamt bemängelt wird ein *„hoher Aufwand für nicht-ärztliche, nicht-wissenschaftliche Verwaltungsaufgaben, die den Großteil der Arbeitszeit einnehmen und dadurch klinische und wissenschaftliche Arbeit erschweren und zum Teil unmöglich machen“* (M/I). Auch der Verwaltungsaufwand wird somit als Zeitfaktor beanstandet, der die Zeit für die wissenschaftliche Qualifizierung reduziert.

In der Online-Befragung wird daher die Forderung nach weniger Bürokratie erhoben, verbunden mit der eigenen Entlastung von Verwaltungsaufgaben: *„Unterstützung in Dokumentation und organisatorischen Belangen in der Patientenversorgung“* (M/AU). Dabei geht es auch um personelle Unterstützung: *„Bessere Organisation in der Klinik, Forschung; d. h. Einstellung von Hilfspersonal, Sekretärinnen, Study nurses, die u. a. bürokratische Tätigkeiten übernehmen können“* (F/N). Darüber hinaus werden Möglichkeiten zur Forschungsfinanzierung als hilfreich angesehen, vor allem was die Einwerbung von Drittmitteln betrifft, oder auch eine zeitliche Förderung in Gestalt von *„Freistellung zum Anträge schreiben“* (F/H). Es geht jedoch nicht nur um Zeit und Geld, sondern auch um Unterstützung: *„Förderung und Unterstützung, Anleitung zur Umsetzung der Forschungs-Ideen (jemand, der Tipps für Anträge, Fördermittel etc. gibt)“* (M/A). Auf der anderen Seite werden gerade Drittmittel auch als einschränkend erlebt und mehr frei gestaltbare Forschungsgelder gefordert: *„weniger Zeitdruck und Verflechtungen mit der Industrie und mehr freie und gemeinnützige Forschung“* (M/H). Von der Verwaltung wünschen sich die Befragten eine klare, aber auch flexible, wissenschaftsfreundliche Organisation.

Insgesamt treten die Themen Infrastruktur und Finanzierung in den Aussagen gegenüber den dominanten Rahmenbedingungen Zeit und Qualifizierung jedoch in den Hintergrund.

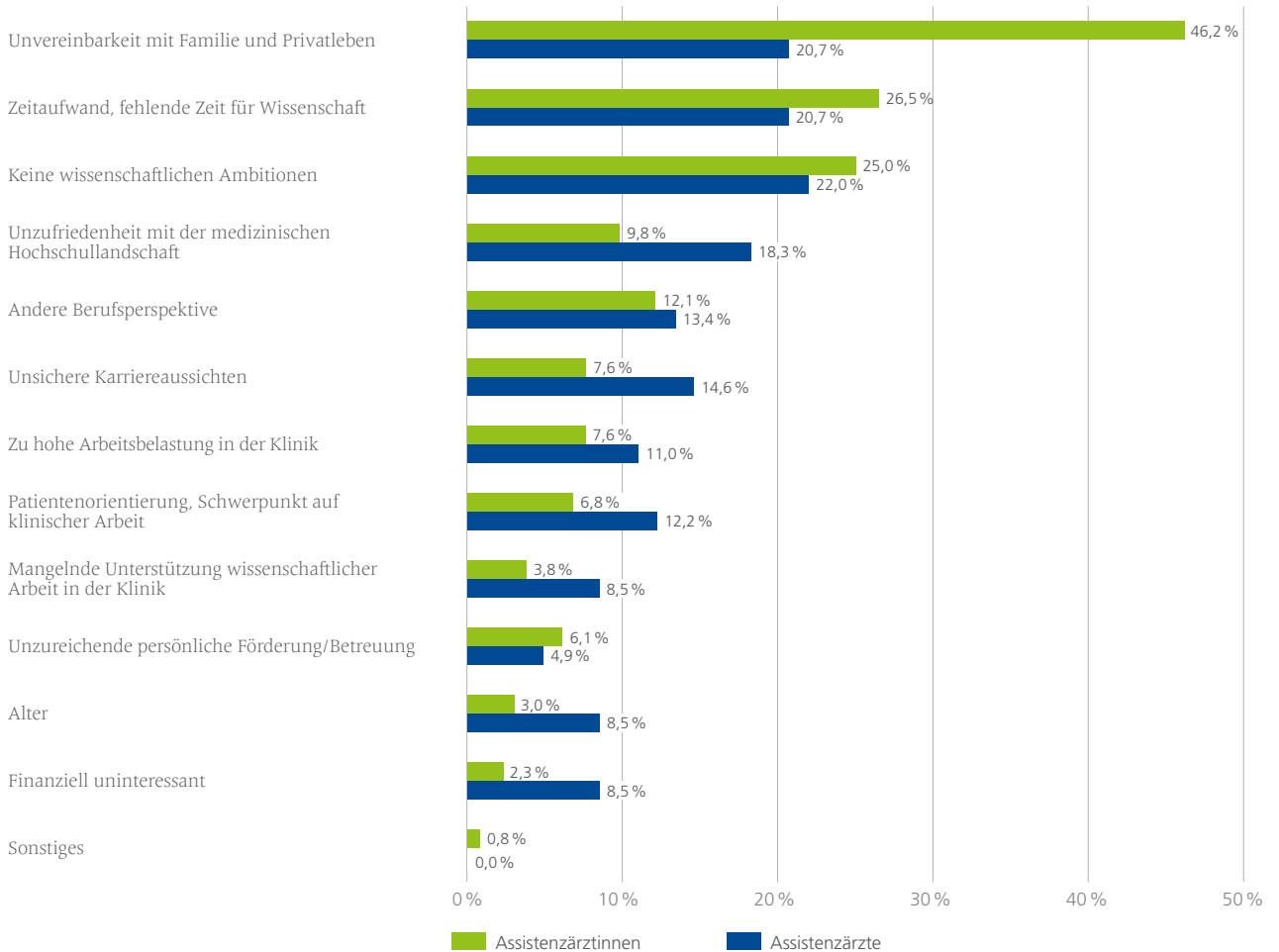
#### *(Kein) Schutz vor Diskriminierung*

Ein weiteres Hindernis für eine Wissenschaftskarriere in der Medizin wird von den befragten AssistenzärztInnen, die eine Professur als vorrangiges Berufsziel verfolgen, in Diskriminierung gesehen. Dabei wird vor allem auf eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts Bezug genommen, seltener aufgrund anderer Faktoren wie *„Homosexualität“* (M/I) und *„Nationalität“* (M/C). Geschlechterdiskriminierung wird in erster Linie von Frauen angeführt: Immerhin jede zehnte befragte Frau gibt dies als Hindernis für ihre Wissenschaftskarriere an. Die Analyse der Benachteiligungserfahrungen hat gezeigt, dass es – bezogen auf alle befragten AssistenzärztInnen – deutlich mehr Frauen sind (über die Hälfte), die sich aufgrund ihres Geschlechts während der Weiterbildung schon einmal benachteiligt gefühlt haben, und dass das auf Ärztinnen, die prioritär eine Professorinnenposition erreichen wollen, sogar noch etwas häufiger zutrifft (Kap. C 4.3). Eine direkte Zurechnung als Hindernis für eine Professur erfolgt jedoch sehr viel seltener. Assistenzärztinnen, die sich als Frau in ihrer Wissenschaftskarriere behindert fühlen, geben etwa die von Männern geprägte Wissenschaftsumgebung an – *„männlich dominierte Fachbereiche“* (F/W)–, aber auch explizit Behinderungen durch ihre (männlichen) klinischen Führungskräfte: *„Frauenfeindlichkeit und mangelnde Förderung durch Vorgesetzte“* (F/I).

Die Diskriminierungserfahrung erfährt in Kombination mit anderen Faktoren, die bereits als hinderlich thematisiert wurden (s.o.), eine Steigerung – vor allem im Zusammenhang mit fehlender Zeit für Wissenschaft und klinischer Überlastung: *„Zeit-mangel, Müdigkeit, Wunsch nach einer Familie, als Frau ist es schon schwieriger“* (F/C). Wie bereits bei den Benachteiligungen herausgestellt, sehen sich die Assistenzärztinnen in der Befragung vor allem mit der Assoziation von Frausein mit (potenzieller) Mutterschaft und einer daran geknüpften eingeschränkten Verfügbarkeit konfrontiert. Der Aspekt, dass Mutterschaft, selbst die potenzielle, ausreicht, um Frauen von wissenschaftlicher Förderung auszuschließen, wurde unter den Benachteiligungserfahrungen von Ärztinnen ausführlich thematisiert, sodass davon auszugehen ist, dass mehr Frauen dadurch in ihren wissenschaftlichen Ambitionen behindert werden als

Abb. C 4.20: Gründe für den Ausschluss einer Professur

## Warum kommt für Sie eine Professur als berufliche Option nicht in Betracht?



Quelle: Online-Befragung (n = 132 Frauen, 82 Männer). Frage 16 (Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich, Tabelle bezieht sich auf die Nein-Professur-Gruppe). Geordnet nach der Häufigkeit insgesamt (siehe Anhang).

diejenigen, die das explizit als Hindernis auf dem Weg zur Professur anführen.

### 4.5.3 Warum kommt eine Professur nicht in Betracht?

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Bedingungen für eine Wissenschaftskarriere aus Sicht der wissenschaftsinteressierten Assistenzärztinnen und -ärzte erläutert wurden, geht es nun um die Perspektive derjenigen, die Professur als Berufsziel *nicht* angegeben haben.<sup>20</sup> Sie wurden gefragt, warum eine

Professur für sie nicht in Betracht kommt, um einen Einblick in die Gründe zu erhalten, die mit dieser Entscheidung konkret in Zusammenhang stehen (Abb. C 4.20). Da sie in vielen Fällen den Faktoren, die bereits als hinderlich herausgearbeitet wurden, sehr ähnlich sind, sollen vor allem pointiert Unterschiede aufgezeigt werden.

Wie bei den Hindernissen für eine wissenschaftliche Karriere in der Medizin ist auch bei den Gründen,

<sup>20</sup> Überschneidungen sind möglich: So waren die beiden vorangehenden Fragen – nach den förderlichen und hinderlichen Bedingungen für eine Professur – auch an alle gerichtet, die eine Forschungslauf-

bahn in der Hochschulmedizin und/oder eine Habilitation als Ziel angegeben hatten, auch wenn sie sich zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung (noch) nicht auf einer Professur sehen. Einige Befragte betonten deshalb auch, dass eine Professur für sie in Betracht komme, oft in Verbindung mit den Hindernissen, die sie sehen.

warum keine Professur verfolgt wird, Zeit in all ihren Dimensionen der dominierende Faktor, allerdings wird er von den hier Befragten etwas anders akzentuiert: Im Unterschied zu denjenigen, die eine Professur als Berufsziel angeben, fällt die Unvereinbarkeit mit Familie und Privatleben bei denjenigen, die keine Wissenschaftskarriere planen, stärker ins Gewicht und wird zum Haupthindernis, das insgesamt von über einem Drittel benannt wird. An zweiter Stelle werden der Zeitaufwand und die fehlende Zeit für Wissenschaft von knapp einem Viertel der AssistenzärztInnen angeführt. Die Hintergrundfolie für beides bildet die hohe Arbeitsbelastung in der Klinik, die allerdings hier – im Vergleich zu den an einer Wissenschaftskarriere Interessierten – seltener explizit angeführt wird. Die Aussagen benennen häufig mehrere (Zeit-) Faktoren gleichzeitig und müssen deshalb im Zusammenhang betrachtet werden.

#### *Vereinbarkeit mit Familie nicht gegeben*

Auffällig ist auch in dieser Gruppe, dass die befragten Frauen (46,2 %) eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Privatleben mit dem Klinikalltag sehr viel häufiger als Grund dafür benennen, keine Professur anzustreben, als ihre Kollegen (20,7 %). Damit steht dieser Faktor bei den Ärztinnen mit weitem Abstand an erster Stelle, bei Männern liegt er mit anderen Ausschlusskriterien etwa gleichauf. Dennoch sind unter denjenigen, die keine Wissenschaftskarriere verfolgen, anteilig mehr Männer, die Familie und Privatleben als Begründung anführen, als unter denen, die sich grundsätzlich eine Professur als Option offenhalten. Klinik und Wissenschaft werden bereits als zwei Bereiche wahrgenommen, die die Zeit der Weiterbildung – Arbeitszeit wie ‚Freizeit‘ – komplett ausfüllen würden, deshalb sei kein Platz mehr für eine Familie: *„Dreifachbelastung Klinik, Forschung, Familie ist zu hoch“* (F/A). Schon die Qualifizierungsphase wird als besonders belastend erlebt:

*„Vereinbarkeit von praktischer Ausbildung (chirurgische Facharztausbildung), Familienwunsch und Habilitation erscheint unmöglich.“* (F/C)

In der Vorstellung der Assistenzärztinnen ist für eine Wissenschaftskarriere nicht nur eine begrenzte Phase starker Arbeitsbeanspruchung erforderlich, sondern eine kontinuierlich hohe Belastung, die auch perspektivisch keinen Platz für die Wahrnehmung von Familienaufgaben lässt. Daher werden auch Familienplanung oder schlicht der Wunsch nach einer Familie

bereits als Ausschlusskriterium für eine Wissenschaftskarriere benannt: *„weil ich Kinder haben möchte“* (F/A). Dass bereits der Wunsch nach einer Familie mit einer Wissenschaftskarriere kollidiert, wird ausschließlich von Frauen geäußert. Wenn eine Familie zu versorgen ist, wird eine Karriere erst recht als aussichtslos erlebt, was einige Assistenzärztinnen ihrem Geschlecht zurechnen: *„wegen Familie, als Frau nicht vereinbar, Karriere mit Geburt des ersten Kindes beendet“* (F/I), *„keine Vereinbarkeit von Habil. und Familie, zumindest nicht für eine Frau und zumindest nicht, wenn man auch etwas von seiner Familie haben möchte“* (F/A). Zudem wird noch einmal deutlich, dass die befragten Medizinerinnen nach eigener Erfahrung selbst dann, wenn sie an einer Wissenschaftskarriere interessiert sind, nicht weiter gefördert werden, sobald sie Mütter sind:

*„Erfahrung, dass man als Mutter in der Fachweiterbildung sofort aufs Abstellgleis geschoben wird. Vorher war eine Professur ein Ziel. Ohne Förderung durch Chef-/Oberärzte scheint eine Professur nicht erreichbar.“* (F/N)

Neben der mangelnden Förderung sind es traditionelle partnerschaftliche Geschlechterarrangements, die einer Wissenschaftskarriere von Frauen im Weg stehen. Hat der Partner bereits eine Wissenschaftskarriere gemacht, scheint es keinen Platz mehr für eine weitere Karriere zu geben: *„Mein Mann ist Professor und dadurch kümmere ich mich um die Familie“* (F/W). Der hergestellte Kausalzusammenhang scheint nicht weiter erklärungsbedürftig, weil er nicht nur auf eine immer noch abrufbare gesellschaftliche Selbstverständlichkeit rekurriert – die Zuständigkeit von Frauen für die Familie –, sondern auch, wie gezeigt, auf einem breiten Konsens innerhalb der Kliniken basiert. Daneben geben einige Befragte aber auch eine eigene Priorisierung der Familie als Grund an, keine Wissenschaftskarriere zu verfolgen: *„Familie vorrangig“* (F/C). Diese wird aber nicht nur von Frauen gesetzt, sondern ebenso von Männern, die Zeit für ihre Familie haben möchten: *„Vorrang von Familie und Privatleben, Sorge um zu hohe Arbeitsbelastung“* (M/A). Auch wenn es sich hier um eine persönliche Schwerpunktsetzung handelt, wird dennoch deutlich, dass es auch die klinischen Arbeitsbedingungen sind, die es erschweren, Wissenschaft, Klinik und Familie als gleichwertige Lebensbereiche zu vereinbaren.

### Keine Work-Life-Balance möglich

Diese Einschätzung wird auch von denjenigen Befragten geteilt, die ganz allgemein den Wunsch nach einem Privatleben äußern und „Work-Life-Balance“, verstanden als Ausgewogenheit zwischen Privatleben und Beruf, für sich beanspruchen. Zunächst ist es die aktuelle klinische Arbeitssituation mit ihren ausgedehnten Arbeitszeiten, die eine Wissenschaftskarriere schwer vorstellbar erscheinen lässt: *„Dann hätte ich überhaupt kein Privatleben mehr. Bei > 12 Std. klinischer Arbeit täglich“ (F/G)*, *„keine Zeit für das Verfassen einer Habil. und die damit verbundene wissenschaftliche Forschung. Ich arbeite 60 Std. pro Woche“ (F/P)*. Daraus ergibt sich die Besonderheit der Wissenschaftskarriere mit ihrer selbstverständlichen Ausdehnung in die Freizeit:

*„Weil sich Wissenschaft fast ausschließlich in der Freizeit abspielt und die Freizeit ist sowohl durch berufliche Belastung (Überstunden) als auch durch private Lebensumstände (Familie) extrem knapp. Oder anders: Irgendwann möchte ich auch mein Leben leben.“ (F/P)*

Die Zeit für die Familie wird – vor allem von Frauen – nicht als Teil der Freizeit erlebt, sondern als zusätzliche Belastung neben der Arbeit, gegenüber der das Recht auf ein Privatleben – „mein Leben“ – reklamiert wird. Die Vorstellung, dass eine Wissenschaftskarriere kein Privatleben ermöglicht, bezieht sich jedoch nicht nur auf die Qualifizierungsphase, sondern auch auf die Professur selbst. An den Kliniken finden die AssistenzärztInnen zahlreiche negative ‚Role Models‘:

*„In den wichtigsten Jahren des Lebens ist der Preis, der dafür zu zahlen ist, einfach zu hoch. Es lohnt sich in meinen Augen nicht, eine Position als Leiter einer Klinik anzustreben (die in der Regel mit einer Habil. verknüpft ist). Zu viele der Karriereristen an deutschen Krankenhäusern haben ein kaputtes Privatleben und trotzdem keine Yacht in Monaco vor Anker.“ (M/U)*

Mit der Aussicht auf langfristige private Entbehrungen erscheint eine Wissenschaftskarriere wenig attraktiv für AssistenzärztInnen.

### Zeit für Wissenschaft nicht vorhanden

Der Faktor Zeit wird – ob mit oder ohne Bezug auf Privatleben und Familie – als wichtiger Hinderungsgrund für eine Wissenschaftskarriere angeführt. Immerhin jede vierte Frau und jeder fünfte Mann geben an, dass ihnen der Zeitaufwand für eine Wissen-

schaftskarriere zu hoch ist. Forschung wird in der Regel außerhalb der regulären Arbeitszeit betrieben, wie zahlreiche Aussagen belegen und wie bereits die Antworten derjenigen gezeigt haben, die an einer Wissenschaftskarriere interessiert sind. Daher soll hier nur ein Aspekt herausgegriffen werden, der die Überlegungen in besonderem Maß verdeutlicht, die zur Entscheidung gegen eine Wissenschaftskarriere führen (können). Aufschlussreich ist, dass der übereinstimmend festgestellte hohe Zeitaufwand nicht per se ein Hemmnis darstellt, sondern dass Kosten-Nutzen-Rechnungen angestellt werden. Der zusätzliche Zeitaufwand für die wissenschaftliche Qualifizierung – außerhalb der Arbeitszeit – wird als Investition betrachtet, die sich auch lohnen soll und deshalb genau abgewogen werden muss. Das Modell der KollegInnen, die eine Wissenschaftskarriere verfolgen, dient (erneut) als abschreckendes Beispiel:

*„Der Einsatz, der für eine Professur notwendig ist, und der damit verbundene Zeitaufwand stehen für mich in keinem Verhältnis zu dem Gewinn durch eine Professur. Habilitation – wie man an Kollegen sieht – meist nur erreichbar durch großes Engagement (viel Opfern von Freizeit), andere Bereiche müssen hinten angestellt werden, z. B. Zurückstellen der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit (praktische Ausbildung und Arbeiten werden sekundär).“ (F/A)*

Vor allem für Frauen, die Kinder haben (wollen), wird der erhöhte Zeitaufwand für die Familie zum Selektionskriterium, womit die ‚Freizeit‘ bereits verplant ist und selbst die Wahlmöglichkeit für eine wissenschaftliche Qualifizierung ausgeschlossen scheint.

### Wissenschaftskarrieren sind wenig attraktiv und eine Förderung fehlt

In der Befragung nennen einige AssistenzärztInnen fehlende wissenschaftliche Ambitionen (23,5 %) oder andere Berufsperspektiven (12,8 %) als Gründe für ihre Entscheidung gegen eine Karriere in der Hochschulmedizin. Daneben heben andere ÄrztInnen stärker auf die Strukturen in der Hochschulmedizin und der wissenschaftlichen Qualifizierung ab, um ihr fehlendes Interesse an einer Professur zu begründen. So sind 13,0 % der AssistenzärztInnen unzufrieden mit der medizinischen Hochschullandschaft und 10,2 % kritisieren unsichere Karriereaussichten. Beides gilt für einen jeweils doppelt so großen Anteil der befragten Männer wie der Frauen. Ebenfalls sind es anteilig mehr Männer, die eine mangelnde Unterstützung

wissenschaftlicher Arbeit in der Klinik beanstanden. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass für Frauen, die eine Familie planen, der Zeitfaktor so vordergründig ist, dass weitere Überlegungen im Hinblick auf eine Professur gar nicht erst zum Tragen kommen. Auch die von Frauen erwähnten Erfahrungen von Benachteiligung – Frauen werden Kompetenz und Karriereambitionen abgesprochen, da ihnen generell Familienorientierung unterstellt wird – könnten dazu beitragen, dass viele Assistenzärztinnen das gängige Erklärungsmuster der Unvereinbarkeit einer Professur mit Familienarbeit für sich übernommen haben und andere Kritikpunkte ausblenden.

Die Unzufriedenheit mit der medizinischen Hochschullandschaft äußert sich teilweise diffus: *„kein Interesse daran, noch längere Zeit in den destruktiven universitären Strukturen zu verbringen“ (M/O)*. Die konkreter geäußerte Kritik richtet sich unter anderem auf das Berufsbild der Professur. So werden die klinischen und wissenschaftlichen Fähigkeiten von ProfessorInnen infrage gestellt und sie insgesamt als fremdbestimmt von außerfachlichen Interventionen und Abhängigkeiten wahrgenommen. Zu den wenig geschätzten Tätigkeitsfeldern zählt neben Verwaltungsarbeit vor allem die politische Ebene: *„zu viel Politik, zu viel Druck von Management und Krankenkassen, die eigentlich von klinisch-praktischer Erfahrung keine Ahnung haben“ (F/C)*. In den Aussagen werden jedoch verwaltende und politiknahe Aufgaben nicht grundsätzlich abgelehnt, vielmehr ist es die Fülle der Anforderungen, die als nicht bewältigbar wahrgenommen wird: *„Da Forschung, Klinikfähigkeit und betriebswirtschaftliche Tätigkeit als Professor meiner Meinung nach in der heutigen Form nicht vereinbar sind“ (M/I)*.

Unzureichende persönliche Förderung und Betreuung ist ein weiterer Grund, der als Argument gegen eine Wissenschaftskarriere bis zur Professur von den befragten AssistenzärztInnen angeführt wird. Zugleich wird beobachtet, dass Förderung zwar möglich ist, aber selektiv erfolgt: *„Mein Chef unterstützt nur be-*

*stimmte Mitarbeiter bei der Habilitation“ (F/A)*. Dabei wird die medizinische Wissenschaftskarriere als anfällig für die Benachteiligung von Frauen bzw. Müttern wahrgenommen: *„Der Weg zur Professur: Mit Familie kaum vereinbar, eher Männerdomäne, es zählen oft eher gute Kontakte, Gunst des Vorgesetzten und Ellenbogen statt gute Forschungsqualität“ (F/A)*.

Die selektive Förderung von Männern wurde von Assistenzärztinnen in der Online-Befragung bereits im Zusammenhang mit der Frage nach Benachteiligungen hervorgehoben. Jedoch beklagen auch Männer, dass sie wissenschaftlich nicht gefördert werden: *„Im Moment fehlt noch die Unterstützung (Anleitung, konkrete, konstruktive Einbindung in Arbeitsgruppen)“ (M/A)*. In einer Situation, wo Förderung ein knappes Gut ist und die Mechanismen ihrer Verteilung wenig transparent sind, erweist sich gerade der Zugang über die persönliche Ebene als entscheidend. Dass dieser Zugang bei Frauen häufiger blockiert wird – mit dem Argument ihrer potenziellen oder tatsächlichen Mutterschaft – bedeutet nicht, dass Männer automatisch und qua Geschlechtszugehörigkeit gefördert werden. Vielmehr findet auch bei Männern eine Selektion statt, die offensichtlich nicht nur am geäußerten wissenschaftlichen Interesse orientiert ist, sondern am Kriterium ihrer Passfähigkeit.

Hinweise dazu finden sich bei den Erfahrungen von Benachteiligungen: Hier sehen sich auch Männer, die nicht dem Typus des rücksichtslos Durchsetzungsstarken entsprechen, bereits in der fachärztlichen Weiterbildung benachteiligt. Erst recht dürfte das für den weiteren Karriereweg zur Professur gelten. Der unsichere, von zahlreichen Unwägbarkeiten bestimmte Karriereweg wird sogar in stärkerem Ausmaß von Männern als Argument gegen eine Professur angeführt: *„Der Weg dahin zu weit, zu steil, zu opferreich“ (M/A)*. Daraus ergibt sich eine *„nicht planbare Laufbahn“ (M/A)*. Im Ergebnis erscheint der Aufwand im Verhältnis zum möglichen Karriereerfolg zu hoch.

## Resümee

In der Online-Befragung wurden sowohl diejenigen ÄrztInnen, die eine Professur anstreben, als auch diejenigen, die das für sich (eher) ausgeschlossen haben, nach den Gründen für ihre Entscheidung und nach den aus ihrer Sicht hinderlichen und förderlichen Faktoren für eine Professur gefragt. Die zentralen Aspekte, die hier jeweils genannt wurden, weisen deutliche Überschneidungen auf. So sehen die angehenden FachärztInnen im arbeitsintensiven und durch zahlreiche Überstunden

geprägten Klinikalltag zum einen zu wenig Zeit für Forschung und wissenschaftliche Weiterqualifizierung sowie zu wenig Förderung und Unterstützung durch Vorgesetzte, Verwaltung und Klinikstrukturen. Zum anderen wird vor allem eine mangelnde Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere mit Familie und Privatleben hervorgehoben. Die Dreifachbelastung aus Klinik, Forschung und Familie führt für viele Assistenzärztinnen, aber auch viele Assistenzärzte dazu, dass sie eine Professur für ihren weiteren beruflichen Weg nicht in Betracht ziehen.

## 4.6 VERBESSERUNGSBEDARF IN DER FACHÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG AUS SICHT DER ASSISTENZÄRZTINNEN

Zum Abschluss der Befragung wurden die AssistenzärztInnen gebeten, in Form von drei Wünschen mit eigenen Worten zu äußern, was aus ihrer Sicht an der Weiterbildung verbessert werden sollte (Abb. C 4.21). Aus den Verbesserungsvorschlägen wurden Kategorien gebildet, die sich vier übergreifenden Themenkomplexen zuordnen lassen: (1.) der klinischen Ausbildung, (2.) Zeit, Entlastung und Vereinbarkeit, (3.) der wissenschaftlichen Qualifizierung und (4.) Kulturwandel und Wertschätzung. Da sich hier wieder ähnliche Themen und Themenfelder finden lassen wie in Bezug auf die förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine gelingende Hochschulkarriere in der Medizin, soll im Folgenden der Blick zwar auf wesentliche Aspekte, aber selektiv vor allem auf neue Akzentuierungen gerichtet werden.

### 4.6.1 Inhaltliche und organisatorische Verbesserung der klinischen Ausbildung

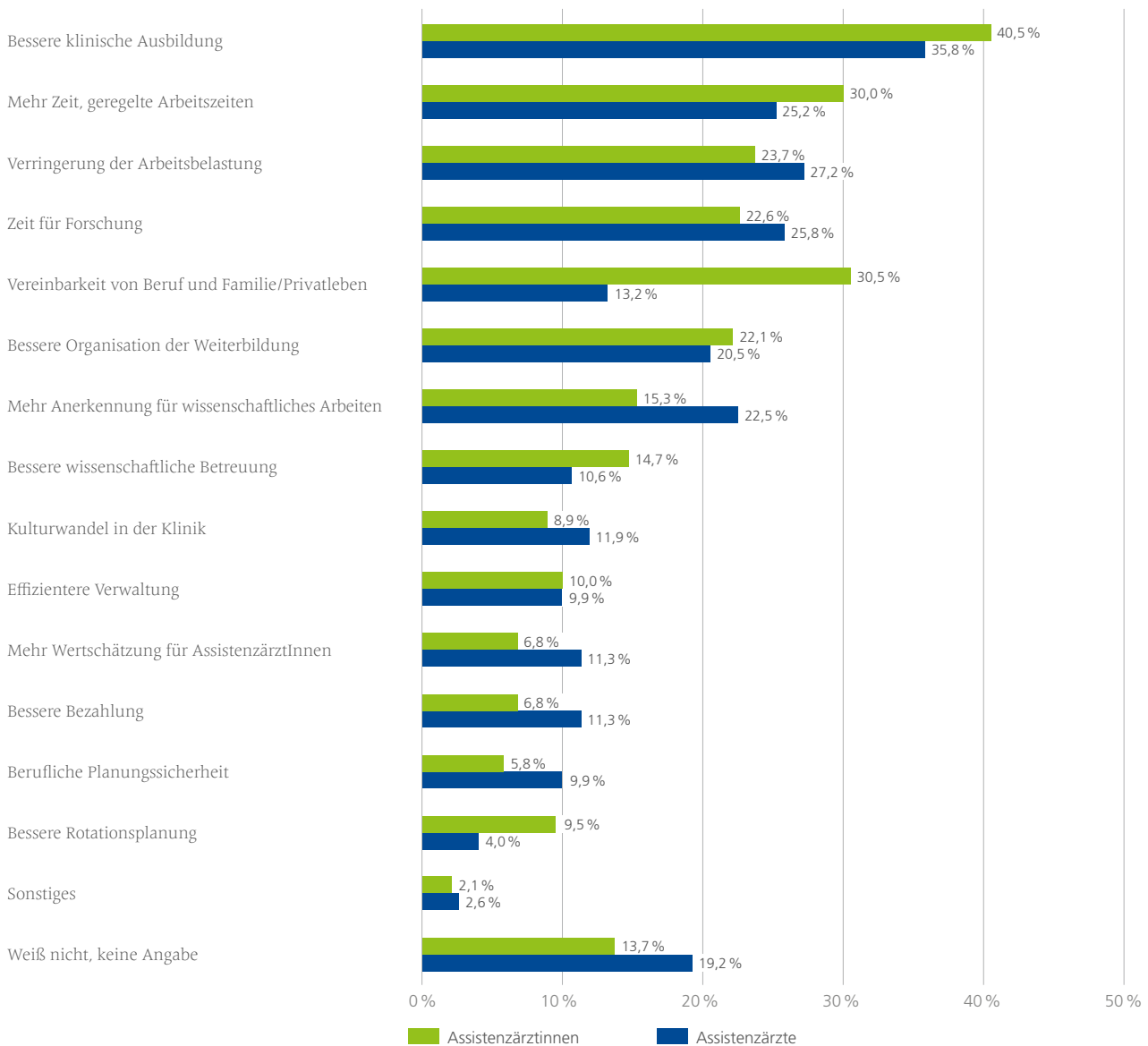
Die Verbesserungsvorschläge der befragten AssistenzärztInnen betreffen zu einem großen Teil die klinische Ausbildung und beziehen sich dabei sowohl auf inhaltliche als auch auf organisatorische Aspekte. Die insgesamt am häufigsten angeregte Verbesserung betrifft die inhaltliche Seite der Ausbildung: 38,4 % der Befragten wünschen sich eine bessere klinische Ausbildung – im Hinblick auf Lehre, Betreuung und Förderung sowie die Möglichkeit, an Fortbildungen teilzunehmen (siehe Anhang). Dieser Punkt ist für die befragten Ärztinnen und Ärzte am wichtigsten, wird von den Frauen (40,5 %) aber noch etwas häufiger als von den Männern angeführt (35,8 %).

### Lehre verbessern

In den offenen Antworten liegt ein Fokus auf der Lehre. Die Befragten wünschen sich insgesamt mehr Angebote. Lehre soll sich nicht nur – wie traditionell – an Studierende richten: *„mehr Lehre durch Oberärzte im klinischen Alltag auch für Ärzte und nicht nur für Studenten“ (F/I)*. Auffällig ist, dass hier nicht ProfessorInnen adressiert sind, sondern die vor Ort präsenten ÄrztInnen der mittleren und unteren Hierarchieebenen: *„echtes Teaching auf Station durch die Oberärzte/erfahrene Assistenten“ (F/I)*. Die Antworten zeigen einen deutlichen Bedarf an praxisnaher Lehre, die zugleich hilft, die fachlichen Anforderungen im Arbeitsalltag zu bewältigen. Dabei geht es nicht nur um frontale Lehrangebote, sondern auch um eine konkrete Anleitung. Häufig ist in diesem Zusammenhang von „teaching“ die Rede. Es geht darum, besser vorbereitet in den Dienst zu starten, die ÄrztInnen wollen *„nicht so allein gelassen werden“ (F/I)* und wünschen sich *„weniger häufig das Gefühl, ins kalte Wasser geworfen zu werden -> Überforderung“ (F/A)*. Voraussetzung dafür ist *„ein dem Ausbildungsstand angemessenerer Einsatz in der täglichen praktischen Arbeit“ (M/A)*. Abhilfe soll eine *„bessere strukturierte Einarbeitung“ (F/P)* schaffen, etwa *„eine bedingungslose (!!!) Einarbeitungszeit durch Altassistenten“ (F/P)*. Als eine Möglichkeit des praxisnahen Lernens wird die Besprechung von konkreten Fällen angeregt: *„Lehre für die Assistenzärzte (in Form von Fallvorstellungen, wo ein Patientenbeispiel detailliert von der Anamnese bis zur Diagnose und Therapie durchgegangen wird)“ (F/N)*. Dabei geht es auch um neue Lehrformate jenseits disziplinärer Grenzen: *„regelmäßiger, auch interdisziplinärer, Austausch bspw. in Case-Reports und medizinischer Patienten-Reevaluation“ (F/C)*.

Abb. C 4.21: Verbesserungsbedarf bei der Weiterbildung

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten: Was würden Sie sich von Ihrer Uniklinik oder Medizinischen Fakultät an Unterstützung wünschen, um Ihre beruflichen Ziele erreichen zu können? Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 190 Frauen, 151 Männer). Frage 27 (Offene Frage, Mehrfachnennungen möglich). Geordnet nach der Häufigkeit insgesamt (siehe Anhang).

**Fördern und Fortbilden**

Neben dem Wunsch nach einer praxisnahen Lehre wird in den Antworten ein hoher Bedarf an individueller Betreuung und Förderung deutlich. Dabei geht es um eine Unterstützung bei der persönlichen Entwicklung und Qualifizierung. Eine solche Unterstützung bein-

haltet auch das Fördern entlang der persönlichen beruflichen Orientierung und für einige AssistenzärztInnen entlang der bisherigen persönlichen Leistung:

*„Mehr Eingehen auf individuelle Fähigkeiten bzgl. Aus-/Weiterbildungsrotation: Hier wird oft nicht unter-*

*schieden, wie gut oder schlecht jemand arbeitet, ob er sich zusätzlich fachlich weiterbildet/engagiert, einen guten Ruf genießt, sondern hier wird bei uns vor allem rein pragmatisch nach Ausbildungsjahr verteilt, sodass schnell der Eindruck entsteht, es sei völlig gleichgültig, ob man besser/schlechter als der Durchschnitt ist oder nicht. Hier fehlt ein positives Feedback bzw. positive Belohnung.“ (F/A)*

Dieses Bedürfnis steht allerdings im Gegensatz zum üblichen bedarfsorientierten Einsatz:

*„Ich würde mir wünschen, dass man mir erlaubt, mich in den Bereichen meines Fachgebietes zu entfalten, in denen ich meine persönlichen Schwerpunkte setzen möchte, und nicht in denen, wo gerade Bedarf unserer Abteilung besteht.“ (M/O)*

Für eine individuelle Betreuung und Förderung wird die Beteiligung der Vorgesetzten als sehr wichtig erachtet. Voraussetzung ist der Aufbau einer Beziehung, *„ein persönlicheres Verhältnis zum Chef“ (M/I)*, was zunächst voraussetzt, als Assistenzärztin/-arzt überhaupt wahrgenommen zu werden. Deutlich wird der Wunsch nach Vorgesetzten, die weniger hierarchisch in Erscheinung treten, sondern sich persönlich für die Förderung der AssistenzärztInnen engagieren: *„Interesse des Chefs an individueller Qualifikation, Wahrnehmung der persönlichen Stärken und Interessen, Unterstützung in der Wahrnehmung von weiteren Qualifizierungsmöglichkeiten“ (F/K)*. Die Vorgesetzten werden in den Aussagen – explizit und implizit – als Instanzen für ein persönliches Feedback adressiert. Aus den Aussagen der AssistenzärztInnen geht ein hoher Bedarf nach individuellen Rückmeldungen zur eigenen Arbeit und zum persönlichen Fortschritt hervor.

Als ein Format der persönlichen Betreuung wird Mentoring benannt. Unklar bleibt allerdings, ob die Befragten unter Mentoring eher eine persönliche Zuwendung durch Vorgesetzte oder Erfahrenere verstehen oder eine systematische Einbindung in ein Programm. Auch die Ziele, die mit Mentoring verbunden werden, sind heterogen und reichen von konkreter Hilfe im klinischen Alltag – *„mehr praktisches Mentoring“ (F/A)* – bis hin zum Erwerb von Schlüsselqualifikationen: *„Mentoring: Sicheres und professionelles Auftreten“ (F/k. A.)*. Welchem Ziel Mentoring im Einzelnen auch dienen soll, das Interesse daran ist groß unter den Befragten.

Neben einer persönlicheren und individuelleren Förderung äußern die Befragten zudem einen großen Bedarf an Fortbildungen in Form standardisierter Angebote. Diese werden sowohl extern als auch intern gewünscht. Als entscheidend wird herausgestellt, *„dass die Teilnahme an Fortbildungen gefördert und geschätzt wird“ (M/k. A.)*. Zwei Voraussetzungen werden benannt, um Fortbildungen auch wahrnehmen zu können – Zeitfreistellung und Kostenübernahme. Zur praktischen Umsetzung gibt es Vorschläge, die Zeit für Fortbildungen in die Arbeitszeit zu integrieren. Inhaltlich geht es zum einen um medizinische Fortbildungen und zum anderen um Coaching und Schlüsselqualifikationen.

### **Weiterbildung besser organisieren**

Neben den Inhalten der klinischen Ausbildung ist auch die Organisation Gegenstand von Verbesserungsvorschlägen. Jede/r fünfte Befragte wünscht sich eine bessere Organisation der Weiterbildung (21,2 %), jede/r zehnte eine effizientere Verwaltung (9,9 %) und 7 % fordern eine bessere Rotationsplanung. In den Antworten zeigt sich ein deutliches Interesse an einer stärkeren Regulierung und Standardisierung der Weiterbildung. Die Forderung nach Strukturierung zielt dabei auf Transparenz, Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit. Häufig wird ein *„Ausbildungscurriculum“ (M/I)* gefordert, ein *„klares Fortbildungscurriculum für die Assistenzärzte (Klinikintern)“ (F/N)*. Neben einer einheitlichen klinikweiten Regulierung der Weiterbildungszeit werden auch bundesweite Regelungen oder das westeuropäische Ausland zur Orientierung herangezogen. Ziel ist es, eine breite Ausbildung sicherzustellen, die in einem definierten Zeitraum abgeschlossen werden kann. Dass dies in der fachärztlichen Weiterbildung nicht selbstverständlich ist, zeigen die Aussagen implizit durch die Forderung nach Regulierung; einige benennen aber auch explizit, gegen welche Praxis sich diese Forderung richtet:

*„Organisierte, planbare sowie einsehbare Facharztweiterbildung. Bei uns ist die Weiterbildung völlig willkürlich. Privatleben respektive Familie können so kaum mit eingeplant werden. Unterm Strich geht es dem Arbeitgeber um jährliche Steigerung der operativen Fallzahlen und Anzahl der Publikationen in namhaften Fachzeitschriften. All dies geht auf Kosten des kleinen Assistenzarztes, der Monat für Monat Dienste ‚ackert‘ (zum Teil immense Überstunden leistet), ohne wirklich weiterzukommen. Es findet null, null Ausbildung statt!“ (F/C)*



Es geht aber nicht nur um die Regulierung an sich, die häufig bereits existiert, sondern um eine Kontrolle ihrer Umsetzung:

*„Tatsächliche Erlangung der für die Facharztanerkennung erforderlichen Fertigkeiten entsprechend des Gegenstandskataloges (bzw. der Logbücher) der deutschen Ärztekammer und nicht nur Bescheinigung dieser auf Papier.“ (F/I)*

Durch eine gute Organisation sollen die für das Erreichen der Weiterbildungsziele notwendigen Freiräume ermöglicht werden, etwa für wissenschaftliches Arbeiten. Die Antworten zeigen, dass sich die organisatorische Seite der Weiterbildung nur bedingt von der inhaltlichen trennen lässt – soll eine bessere Organisation doch sicherstellen, dass die Ausbildungsinhalte vollständig und planbar aufgenommen werden können. Verbesserungswünsche richten sich jedoch nicht nur auf den Katalog der Lerninhalte, sondern auch auf die Ablauforganisation der Weiterbildung. Gewünscht wird eine bessere Planbarkeit bezüglich Zeit und Ort. Die Rotationsplanung als eine Möglichkeit der Ablauforganisation wird von mehr als doppelt so vielen Assistenzärztinnen (9,5 %) wie -ärzten (4,0 %) zum Thema gemacht. Eine Erklärung liegt in dem sehr viel stärker von Frauen benannten Bedarf nach Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie, der mit dem größeren Wunsch nach Planbarkeit einhergeht. Zugleich spiegeln sich in den Rotationswünschen die von Frauen bereits an anderer Stelle geschilderten Benachteiligungen, etwa aufgrund von Teilzeitarbeit. Darüber hinaus geht es um die Sicherheit, das vollständige Spektrum an Weiterbildung zu erfahren. Auch hier spiegeln sich Benachteiligungserfahrungen: Frauen geben sehr viel häufiger als Männer an, dass sie ungünstigere Rotationen bekommen hätten und nicht gefördert würden.

#### 4.6.2 Zeit – Entlastung und Vereinbarkeit

Ein zweiter wichtiger Themenkomplex, der in den offenen Antworten angesprochen wird, lässt sich mit Entlastung und Vereinbarkeit umschreiben: Hier geht es um die zeitliche und organisatorische Entlastung von der Klinikarbeit – zum einen, um Raum für Forschung zu schaffen, zum anderen, um Privatleben und Familie zu ermöglichen. Etwas mehr als ein Viertel der AssistenzärztInnen möchte mehr Zeit und geregelte Arbeitszeiten (27,9 %) und ein Viertel wünscht sich eine Verringerung der Arbeitsbelastung (25,3 %).

Für etwas mehr als ein Fünftel der Befragten ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben (22,7 %) ein wichtiges Anliegen. Während Vereinbarkeit von mehr als doppelt so vielen befragten Frauen (30,5 %) wie Männern (13,2 %) angesprochen wird, ist das Geschlechterverhältnis bei den anderen beiden Punkten ausgewogener: Etwas mehr Frauen wünschen sich mehr Zeit und geregelte Arbeitszeiten, etwas mehr Männer betonen, dass die Arbeitsbelastung verringert werden sollte. Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei Arbeitszeiten und Arbeitsbelastung um geschlechterübergreifende Themen handelt, bei denen die AssistenzärztInnen starken Veränderungsbedarf sehen.

#### *Zeitliche Entlastung schaffen*

Dem Thema Zeit kommt aus Sicht der AssistenzärztInnen eine so vordergründige Bedeutung zu, dass es in einigen Aussagen nur um „Zeit, Zeit, Zeit“ (M/R) geht, um „ausreichende zeitliche Ressourcen“ (M/HNO). Die befragten angehenden Fachärztinnen und -ärzte monieren, dass ihnen im Arbeitsalltag der Weiterbildung die Zeit fehlt, um sich mit ihrer klinischen Ausbildung, mit Forschung oder selbst mit PatientInnen zu befassen, und wünschen sich „regelmäßig Zeit zum Eigenstudium innerhalb der Arbeitszeit“ (F/I), „mehr Zeit für Forschung und operative Weiterbildung“ (M/C), „mehr Zeit für Patienten und Forschung“ (M/I). Den Hintergrund für den Zeitmangel bildet die hohe Arbeitsbelastung von AssistenzärztInnen mit klinischen Tätigkeiten. Deshalb wird „Entlastung im Stationsalltag“ (F/P) gefordert, verbunden mit „weniger Zeitdruck während klinischer Tätigkeit“ (F/N). Ziel ist die „Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit allgemein (Stressreduktion, weniger Arbeitsaufkommen ...)“ (F/HNO). Zur Entlastung werden „weniger Dienste“ (F/AU) vorgeschlagen, was auch „weniger Zeit in der reinen Patientenversorgung (kleinere Patientenzahlen)“ (M/H) impliziert. Die letzte Aussage macht deutlich, dass es nicht einfach darum geht, die mit den einzelnen PatientInnen verbrachte Zeit zu kürzen, sondern sie vielmehr zu erweitern:

*„Unterstützung bei der Weiterbildung durch mehr Zeit für den Patienten. [...] Reduzierung des Drucks durch die Verwaltung, immer mehr Patienten zu behandeln mit weniger Personal.“ (M/C)*

In den Wünschen der Befragten lassen sich grundsätzlich zwei Lösungsansätze zur Entlastung von AssistenzärztInnen ausmachen: die Aufstockung von Personal und die Regulierung von Arbeitszeit. Beide

hängen zusammen, denn Arbeitszeit lässt sich vor allem dann begrenzen, wenn auch Personal vorhanden ist, um die anfallenden Aufgaben zu übernehmen. Die Aufstockung von Personal wird daher von vielen Befragten unmittelbar als Lösung für die hohe Arbeitsbelastung präsentiert. Der Wunsch nach Personalaufstockung bezieht sich auf verschiedene Gruppen: „1. Mehr Personal seitens der Pflege zur Entlastung der Ärzte (Routinearbeiten) 2. Mehr Personal seitens der Ärzte zur Generierung mehrerer Forschungsplanstellen“ (M/U). Viele der von AssistenzärztInnen verrichteten Tätigkeiten werden als grundsätzlich delegierbar oder ohnehin als nichtärztliche Aufgabe wahrgenommen:

*„mehr Einstellung von Hilfskräften, Sekretärinnen, Studenten, sodass Tätigkeiten wie Fax versenden, Transporte bestellen, EKG schreiben, Blutabnahmen, Patienten an- und auskleiden (vor und nach Untersuchungen) etc. nicht mehr von ärztlichem Personal getätigt werden müssen. Würde hierdurch wertvolle Zeit gespart, wäre mehr Zeit für medizinische Versorgung auf Universitäts-Niveau und mehr Zeit für unsere wissenschaftliche Tätigkeit.“ (F/N)*

Neben der Möglichkeit, Verwaltungs- und Hilfstätigkeiten abzugeben, wünschen sich die Befragten mehr Pflegepersonal: Dabei geht es nicht nur um mehr, sondern auch um gut ausgebildetes Pflegepersonal. Das Anliegen insgesamt besteht darin, die anfallenden medizinischen und nichtmedizinischen Aufgaben von AssistenzärztInnen zu reduzieren, jedoch so aufzuteilen, dass sie kompetent erledigt werden.

Neben dem Fokus auf der Personalsituation liegt ein zweiter Fokus in den Aussagen auf Zeitregulierungen. Ziel ist es in beiden Fällen, Freiräume für Weiterbildungsinhalte zu gewinnen, die – wie in zahlreichen Aussagen deutlich wird – in der aktuellen Arbeitssituation nicht ermöglicht werden: *„geregelter Arbeitszeiten im klinischen Alltag, die eine Forschungstätigkeit ‚nebenher‘ ermöglichen“ (M/I)*. Konkret geht es um die Regelung von Beginn und Ende der Arbeitszeit, von Pausen und Urlaub. Vor allem aber stehen Überstunden im Vordergrund: *„Abbau der unfassbar hohen unbezahlten (!) Überstunden“ (M/O)*, *„Abbau der stetig steigenden Arbeitsbelastung, um zumindest geregelte Pausen und ein übersichtliches Maß an Überstunden zu haben“ (M/H)*. Falls Überstunden als unvermeidlich angesehen werden, wird eine Vergütung vorgeschlagen. Hauptanliegen ist jedoch die Begrenzung von Überstunden, entweder geregelt durch abgegrenzte

Arbeitszeiten oder durch den Abbau von Überstunden mithilfe eines zeitlichen Ausgleichs. So soll die hohe Belastung durch ausgedehnte Arbeitszeiten, die von den befragten Assistenzärztinnen und -ärzten aktuell erlebt wird, reduziert werden:

*„Eine geringere Auslastung in den Diensten. Wenn man das Wochenende arbeitet, dafür Ausgleich innerhalb der Woche, um sich zu erholen – im Einzelhandel/ Gastronomie wird das doch gemacht. D. h. insbesondere keine Minusstunden durch Dienste!“ (F/A)*

Dem steht zurzeit nicht nur der Personalmangel entgegen, sondern auch eine Kultur, in der Mehrarbeit auf individuelles Versagen zurückgeführt wird: *„Anerkennung von Freizeitausgleich als Anrecht und nicht als Faulheit sowie Mehrarbeit als Folge der Arbeitsverdichtung und nicht als Selbstverschuldung durch zu langsames Arbeitstempo“ (M/R)*. Die Befragten rechnen die Verantwortung für ihre ausgedehnten Arbeitseinsätze hingegen ihren Vorgesetzten zu: *„Mit der Realität vereinbare Vorstellungen der Klinikleitung bezüglich Arbeitspensum, aktueller Arbeitsdichte (im DRG-Zeitalter) und der aktuellen Arbeitsabläufe“ (M/I)*. Um den Wunsch nach Überstundenausgleich zu legitimieren, werden tarifliche und gesetzliche Vorgaben herangezogen; konkret wird eine Zeiterfassung angeregt. Dass die Kontroll- und Regulierungsebene von den befragten AssistenzärztInnen so stark angerufen wird, kann als Zeichen dafür gelesen werden, wie wenig sie im Klinikalltag präsent ist.

#### *Vereinbarkeit der Weiterbildung mit Familie und Privatleben ermöglichen*

Der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie/ Privatleben ist vor allem für die Assistenzärztinnen in der Online-Befragung ein dominantes Thema und steht an zweiter Stelle ihrer Verbesserungswünsche. Die Antworten zeigen jedoch, dass es sich keineswegs nur um ein „Frauenthema“ handelt, sondern dass auch Männer Bedarf anmelden und dass Privatleben und Elternschaft insgesamt in den Fokus rücken. Als Voraussetzung für eine Veränderung der Arbeitskultur wird ein anderer Blick auf die ärztliche Arbeit angeführt, das *„Verständnis, dass das Leben nicht nur aus Arbeit besteht“ (F/A)*. Die Ausgliederung von Privatleben im Allgemeinen und Familie im Besonderen ist derzeit ein konstitutiver Bestandteil der ärztlichen Arbeitskultur in den Kliniken und stellt für viele Befragte auch einen wichtigen Grund dar, keine medizinische Hochschulkarriere anzustreben.

Die weitaus meisten Verbesserungsvorschläge richten sich jedoch hier nicht auf das Privatleben allgemein, sondern auf die Vereinbarkeit der Weiterbildung und der späteren Berufstätigkeit mit einer Familie. Die Aussagen gehen dabei über eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie hinaus. Die befragten AssistenzärztInnen wollen mit und trotz Familie Karriere machen: *„definitiv bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, um z.B. eine Karriere möglich zu machen sowie Wertschätzung dem ‚Lebensmodell Familie‘ gegenüber“* (F/I). Vereinbarkeit beginnt damit bei der Akzeptanz. Die mangelnde Wertschätzung betrifft in der Weiterbildung vor allem Frauen, da ihnen in der Regel die Familienverantwortung und eine künftige Priorität auf Familie zugerechnet werden:

*„Gleiches Ansehen von Müttern und anderem ärztlichen Personal: Bei uns werden Kolleginnen mit Kindern nur noch als ‚Muttis‘ abgestempelt.“* (F/A)

Verbesserungsvorschläge richten sich hier konkret an die Vorgesetzten:

*„Umdenken der Chefärzte und Unterstützung der Chefärzte. Falls mein Chef für mich eingetreten wäre, hätte er eine sehr engagierte und loyale Mitarbeiterin behalten. Vorgeschriebene Modelle für Ärztinnen mit Kindern und Teilzeit, bevor eine Schwangerschaft eintritt, so dass eine Orientierung für alle vorliegt.“* (F/N)

Während Frauen, die schwanger werden oder Kinder haben, zwar die Hauptbetroffenen einer Arbeitskultur sind, in der externe Verpflichtungen wie Familienarbeit nicht vorgesehen und erwünscht sind, werden auch Männer ausgegrenzt, sobald sie deutlich machen, dass sie Sorgearbeiten wahrnehmen wollen: *„insgesamt eine bessere Akzeptanz von Männern, die Elternzeit nehmen oder zeitweise reduziert arbeiten, ohne die Befürchtung einer beruflichen Benachteiligung“* (M/I). Deutlich wird, dass für einige Männer der Fokus auf Frauen ein Problem darstellt: *„Familienförderung statt Frauenförderung“* (M/I). Das Bewusstsein, dass Frauen als Mütter benachteiligt sind, schließt es jedoch keineswegs aus, die Benachteiligung von aktiven Vätern wahrzunehmen. Auch Assistenzärztinnen plädieren dafür, diejenigen Männer zu unterstützen, die Sorgearbeiten übernehmen wollen:

*„mehr Frauen- und Familienförderprogramme, aber v. a. ein Umdenken der Vorgesetzten, dass zum einen Teilzeit auch für Väter ohne Probleme und Nachteile für*

*die Männer durchgesetzt werden kann und zum anderen auch Teilzeitarbeitende bei Beförderungen gleichwertig berücksichtigt werden.“* (F/R)

Die Wünsche der AssistenzärztInnen zielen insgesamt auf eine stärkere Akzeptanz aktiver Elternschaft in der Weiterbildungszeit und für das ärztliche Personal. Ein deutliches Anliegen besteht darin, Chancengleichheit von verschiedenen Lebensmodellen herzustellen und die Verantwortung für eine Familie im Vorhinein in die Arbeitsgestaltung einzuplanen, anstatt das traditionelle Modell unbegrenzter Verfügbarkeit der ÄrztInnen in den Kliniken weiterzuführen, bei dem alle privaten Engagements als störend gelten.

Die Forderung nach Vereinbarkeit beinhaltet nicht einfach die Vorstellung, einer reduzierten, wenig ambitionierten Berufstätigkeit nachgehen zu wollen, wie sie gerade Frauen häufig unterstellt wird. Vielmehr betonen einige der Befragten, dass sie auch wissenschaftliches Arbeiten mit Familie in Einklang bringen wollen. Insgesamt liegt der Fokus für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die Beruf und Familie vereinbaren wollen, auf Planbarkeit. Es geht darum, Arbeitszeiten einerseits so flexibel zu gestalten, dass sie an typische Familienereignisse angepasst werden können: *„Möglichkeit von unbezahltem Urlaub bei familiären Sondersituationen (Einschulung, Krankheit der Kinder), Einhaltung der Arbeitszeiten“* (F/I), *„ausreichendes Urlaubskontingent insb. in den (Schul-)Ferien“* (M/A). Zum anderen geht es um die Eingrenzung von Verfügbarkeit: *„Intensivstation ohne Schichtdienste (Bereitschaftsdienstregelung)“* (F/A), *„Änderung der Nacht- und Schichtdienste für Erziehende kleiner Kinder“* (F/I). Dabei geht es nicht grundsätzlich um festgelegte Arbeitszeiten, sondern um die Absprache von Arbeitsinsätzen.

Die Aussagen zeigen, dass sich die betroffenen AssistenzärztInnen zunächst überhaupt wünschen, in ihren individuellen Zeitbedarfen und privaten Erfordernissen zur Kenntnis genommen anstatt einfach nach Bedarfen der Klinik, d.h. in der Regel nach den Vorstellungen der Vorgesetzten, eingeplant zu werden.

**Benachteiligungen von Teilzeitbeschäftigung beseitigen**  
Besonders deutlich wird die Kluft zwischen den individuellen Bedarfen der AssistenzärztInnen in der Untersuchung und den Bedarfen der Kliniken beim Thema Teilzeit. Der Wunsch nach Teilzeitarbeit wird in der Regel von Befragten mit Familienverpflichtungen

geäußert. Allerdings beinhalten die meisten Aussagen bereits die möglichen oder erfahrenen Benachteiligungen, die mit einer Reduzierung der Arbeitszeit verbunden sind. So spiegelt sich in den Verbesserungsvorschlägen die verminderte Qualität der Weiterbildung – „*vollwertige/operative Ausbildung trotz Teilzeit*“ (F/AU) – oder der zur Verfügung stehenden Stellen wider. Auch die reduzierten Karrieremöglichkeiten sind ein Thema: „*Aufstiegschancen (Oberarzt etc.) in Teilzeit ebenso wie in Vollzeit*“ (F/G).

Die Benachteiligung aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung betrifft in der Regel Frauen, weil meist sie es sind, die den Wunsch nach Teilzeit äußern und weil ihnen ohnehin mangelnde Karriereambitionen aufgrund von Familienorientierung unterstellt werden. In der Befragung äußern jedoch gerade Frauen mit Kindern den Wunsch, trotz einer Teilzeitbeschäftigung in ihren Karriereambitionen unterstützt zu werden. Dies setzt voraus, zunächst einmal wahrgenommen und respektiert zu werden: „*mindestens eine geringe Unterstützung als Frau/Mutter in Teilzeitbeschäftigung, nicht totale Ignoranz*“ (F/W), „*allgemein verbessertes Ansehen von Frauen in der Medizin in Teilzeit*“ (F/U). Deutlich wird, dass Frauen in Teilzeit in den Kliniken offene Diskriminierung und mangelnde Förderung erfahren. Besonders der Weg in die Wissenschaft erscheint durch eine Teilzeitbeschäftigung geradezu unmöglich. Gefordert werden deshalb „*Teilzeitlösungen für Mütter, die neben der klinischen Tätigkeit auch eine wissenschaftliche Ausbildung beinhalten*“ (F/I). Darüber hinaus geht es um „*„kreativere“ Arbeitszeitpläne für Mitarbeiter in Teilzeit*“ (F/A) und neue Arbeitsmodelle wie „*Job-Sharing von z. B. zwei Müttern*“ (F/C).

#### **Kinderbetreuung verbessern**

Ein weiteres Anliegen von AssistenzärztInnen mit Kindern ist die Verbesserung der Kinderbetreuung. Gewünscht wird eine „*ausreichende Kinderbetreuung*“ (M/I), die nach übereinstimmender Einschätzung noch nicht gegeben ist. Konkret werden „*mehr Kita-Plätze*“ (F/C) gefordert. Die Anzahl der Plätze allein reicht jedoch nicht aus, denn AssistenzärztInnen haben aufgrund ihrer Schichtdienste auch in den Randzeiten des Tages einen Bedarf an Kinderbetreuung: Soll das Angebot auch für Vollzeitbeschäftigte nutzbar sein, geht es um „*gesicherte Vollzeit-Kinderbetreuung*“ (F/A), etwa „*eine Kita, die um 7 aufmacht und auch mal bis 21 Uhr offen hat, wenn die OP mal dauert oder ein Vortrag gehalten werden muss*“ (M/O). Solche Betreuungszeiten werden jedoch in der Regel von öffent-

lichen Einrichtungen nicht angeboten, nur von der hauseigenen Einrichtung: „*Es ist fast nicht möglich, einen Platz in der Uni-Kita zu bekommen. Andere Kitas haben Betreuungszeiten, die mit einer Vollzeit-Tätigkeit nicht vereinbar sind*“ (F/N). Die Einrichtung der Uniklinik zu nutzen, stellt für AssistenzärztInnen ein Problem dar, weil sie nicht zur Zielgruppe gehören:

„*Kita-Platz auch für Akademiker (O-Ton Kita: „Sie sind zu gut bezahlt, suchen Sie sich eine andere Kita.“)*“ (F/C).

Der erschwerte Zugang zur klinikeigenen Kinderbetreuung trifft de facto vor allem Frauen, weil sie es sind, die die Hauptverantwortung für die Betreuung übernehmen. Insofern stellt eine Vollzeittätigkeit von Assistenzärztinnen mit kleinen Kindern auch ein logistisches Problem dar, wenn keine andere Person vorhanden ist, die zu den entsprechenden Zeiten verfügbar ist und Betreuungsengpässe überbrücken kann. Teilzeitarbeit erscheint vor diesem Hintergrund weniger als Ausdruck einer geringen Karriereorientierung, sondern geradezu als Sachzwang.

#### **4.6.3 Verbesserung der wissenschaftlichen Qualifizierung**

Die Wünsche der AssistenzärztInnen nach Unterstützung, um ihre beruflichen Ziele zu erreichen, richten sich inhaltlich nicht nur auf die klinische Seite der Weiterbildung, sondern auch auf die wissenschaftliche Qualifizierung. Fast ein Viertel der Befragten wünscht sich mehr Zeit für Forschung und Wissenschaft (23,8 %; siehe Anhang). Als weitere Voraussetzungen für eine bessere wissenschaftliche Ausbildung werden mehr Anerkennung für wissenschaftliches Arbeiten im klinischen Umfeld (18,6 %) sowie eine bessere wissenschaftliche Betreuung (12,8 %) genannt. Dabei ist die Verbesserung der wissenschaftlichen Qualifizierung ein Anliegen sowohl für Frauen als auch für Männer.

#### **Mehr Zeit für Forschung bieten**

Der vordringliche Wunsch der Befragten, die an einer Verbesserung der wissenschaftlichen Qualifizierung interessiert sind, besteht darin, zunächst einmal mehr Zeit für diesen Teil der Qualifizierung zu haben. Den impliziten oder expliziten Hintergrund dieser Aussagen bildet die starke Beanspruchung der AssistenzärztInnen mit klinischen Aufgaben, bei der gerade die wissenschaftliche Seite der Qualifizierung häufig

zu kurz kommt. Die verbreitete Praxis, dass Forschung in der Freizeit nach durch ausgedehnte Arbeitszeiten geprägten Diensten stattfindet, ist ein Kritikpunkt für viele wissenschaftlich interessierte AssistenzärztInnen – und ein Grund, von einer medizinischen Wissenschaftskarriere Abstand zu nehmen. So ist es für die Befragten ein wichtiges Anliegen, mithilfe zeitlicher Freiräume innerhalb der Klinikarbeit ihre wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten voranzubringen. Bei den Vorschlägen, mehr Zeit für Forschung zu gewinnen, lassen sich zwei Akzentsetzungen unterscheiden: Zum einen geht es um die Freistellung, zum anderen um die Integration von Forschung/Wissenschaft in den klinischen Alltag. Beide Akzentuierungen zielen darauf, der klinischen Arbeitsbelastung Grenzen zu setzen. Der häufig geäußerte Wunsch nach einer Freistellung für Forschung richtet sich auf eine grundsätzliche Regelung, AssistenzärztInnen während der Weiterbildung Zeit für ihre wissenschaftliche Qualifizierung zur Verfügung zu stellen, etwa in Form einer Forschungsrotation. Dabei kann es auch um einen längeren Zeitraum gehen, in dem ausschließlich wissenschaftlich gearbeitet wird:

*„Patientenversorgung in Vollzeit und Feierabendforschung sind mit einer akademischen Karriere nicht vereinbar. An Universitätskliniken sollte ein Jahr in der Weiterbildung für Forschung zur Verfügung stehen und von der Klinik/dem Staat mitfinanziert werden.“ (M/N)*

Der zweite Akzent in den Verbesserungsvorschlägen liegt weniger auf einer längeren Forschungszeit als vielmehr auf der stärkeren Integration wissenschaftlicher Tätigkeit in den klinischen Alltag. Auch hierfür müssen zunächst Regulierungen getroffen und Grenzen gesetzt werden, was im klinischen Alltag nach den Erfahrungen der Befragten keineswegs selbstverständlich ist:

*„Bessere Vereinbarkeit von klinischer und Forschungsarbeit. Andere Abteilungen geben den Mitarbeitern frei für die Forschung. 1 Tag in der Woche oder irgendwie anders. Wir arbeiten 130 % allein in der Klinik und an Diensten. Das würde mir schon reichen, etwas mehr Zeit zu haben. Schließlich müssen wir forschen, um voranzukommen.“ (F/C)*

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Befragten eine klare Abgrenzung von Wissenschaftszeit innerhalb der Arbeitszeit wünschen. Dabei schließen sich wissen-

schaftliches Interesse und die Wahrnehmung von Familienpflichten nur im aktuellen Klinikalltag aus, in den Wünschen vieler AssistenzärztInnen – Frauen wie Männer – geht es aber darum, beide Bereiche zu vereinbaren.

#### *Wissenschaftsförderliches Umfeld schaffen*

Neben der Zeit für Forschung wünschen sich wissenschaftsinteressierte AssistenzärztInnen auch inhaltlich und strukturell ein förderliches Umfeld für Wissenschaft an den Kliniken. Als wichtige Faktoren werden die ideelle und finanzielle Förderung wissenschaftlichen Arbeitens und wissenschaftlicher Karrieren benannt. AssistenzärztInnen wünschen sich an den Kliniken insgesamt *„mehr Förderung von Wissenschaft“ (F/I)*, zum einen konkret projektbezogen – *„mehr Unterstützung für Forschungsvorhaben“ (F/G)* –, zum anderen in Form einer systematischen Grundlage für die Forschungsförderung: *„strukturiertes Konzept für Forschungswillige“ (M/A)*, *„ein Konzept, das Facharzt-ausbildung mit Forschungstätigkeit von Anfang an integriert und fördert“ (M/I)*. AssistenzärztInnen, die an Wissenschaft und Forschung interessiert sind, finden jedoch häufig ein wenig förderliches Umfeld vor. Zunächst geht es darum, wissenschaftliche Arbeit gegenüber der in der Regel dominanten klinischen Arbeit aufzuwerten:

*„Die Klinik muss den strukturellen Hintergrund bieten, dass eine Karriere aus Wissenschaft und Forschung möglich ist. Ich erwarte keine Voraussetzungen auf dem Silbertablett, aber das Bestreben, einem universitären akademischen Anspruch gerecht zu werden.“ (M/C)*

Die Vorgesetzten werden als diejenigen benannt, die für die Förderung von Wissenschaft zuständig sind und eine entsprechende Ausrichtung bewirken können: *„Förderung durch den Klinikleiter“ (M/I)*, *„bessere Förderung durch Arbeitgeber/Klinikvorstand“ (M/O)*. Die von den Befragten gewünschte Förderung ist vielfältig. Zunächst geht es darum, wissenschaftliches Interesse zu wecken und Interessierte zu fördern. Das bedeutet einerseits eine Einführung in den Forschungsstand auch während der Weiterbildungszeit. Andererseits geht es darum, konkrete Forschungsvorhaben wissenschaftlich zu begleiten: *„Beratung/Hilfe zum wissenschaftlichen Arbeiten“ (F/I)*, *„praktische Unterstützung bei Forschung“ (F/P)*. Dass Betreuung im Klinikalltag nicht selbstverständlich ist, schlägt sich unter anderem im Wunsch nach Regulierung und Standardisierung und der Forderung nieder: *„Ver-*

*„pflichtung der Mentoren/Doktorväter, die Absolventen zu betreuen!“ (M/C). Die gewünschte Unterstützung von Forschung umfasst neben der inhaltlichen Betreuung auch Hilfen bei der Finanzierung. Die gewünschte Größenordnung reicht von der „Finanzierung kleiner Projekte“ (M/N) bis hin zur „größere[n] finanzielle[n] Unterstützung bei wissenschaftlichen Vorhaben“ (M/C). Die Forschungsfinanzierung erweist sich als ein Nadelöhr für die Förderung von Wissenschaftskarrieren. In diesem Zusammenhang wünschen sich die Befragten eine unterstützende Verwaltung, etwa Hilfe bei Anträgen, sowie Infrastruktur und Support für ihre Forschung. Dazu zählen fachübergreifende Serviceeinrichtungen für Drittmittelanträge und Laborarbeiten:*

*„Übergeordnete Professionalisierung beim Einwerben von Drittmitteln (inkl. Unterstützung, Beratung, Editing vor Submission im Rahmen eines internen fachübergreifenden Drittmittelbüros). [...] Campusinternes Pooling von Forschungsressourcen durch Einrichten sog. Core-Facilities (Histologie, Zytologie etc.), [...] z.B. muss nicht jede Gruppe ihre Histo selbst machen, wenn es ein Core gibt, das es viel besser für alle in Auftragsarbeit erledigt (spart Geld, Zeit und Ressourcen).“ (M/N)*

Des Weiteren geht es schlicht um Arbeitsplätze für wissenschaftlich arbeitende AssistenzärztInnen:

*„ein eigener fest eingerichteter Arbeitsplatz mit PC, Telefon, Schrank!!!!!!! (Es ist furchtbar, wenn man sich als wissenschaftlich und klinisch tätiger Arzt regelhaft ‚irgendwo in der Klinik‘ einen freien PC suchen muss, so dass man am Ende mit eigenem Notebook an irgendeiner Laborbank neben einer Zentrifuge arbeitet).“ (F/N)*

Darüber hinaus wird als Maßnahme zur Unterstützung wissenschaftlichen Arbeitens häufig eine Personalaufstockung eingefordert. Dieses Anliegen wurde bereits ausführlich thematisiert.

#### **Berufliche Planungssicherheit ermöglichen**

Für AssistenzärztInnen, die an einer Wissenschaftskarriere interessiert sind, ist nicht nur die Unterstützung von Forschungsprojekten während der Weiterbildungzeit bedeutsam, sondern auch die Perspektive ihrer weiteren Karriere. Die mangelnde Planbarkeit und die unsicheren Aussichten wissenschaftlicher Karrieren wurden von den Befragten als hinderliche Faktoren für eine medizinische Wissenschaftskarriere und auch als Grund für den Ausschluss dieser Option

genannt. Deshalb zielen die diesbezüglichen Verbesserungsvorschläge auf *„klare Perspektiven für die Zeit der Habilitation und die Zeit danach“ (M/I)*. Das beinhaltet einerseits eine bewusste Planung der Karriereschritte und auch Hilfestellungen dabei: *„besseres Coaching zu den Karrieremöglichkeiten, mehr Unterstützung bei Auslandsaufenthalten“ (F/I)*. Zum anderen geht es den wissenschaftsinteressierten Befragten darum, die Vertragssituation zu verbessern, was vor allem bedeutet, die übliche kurze Befristungspraxis wissenschaftlicher Beschäftigungsverhältnisse zu verändern:

*„Freiheit vom WissZeitVG, weil meiner Meinung nach im Rahmen des WissZeitVG eine sinnvolle ärztliche Tätigkeit nicht mit einer sinnvollen Forschung vereinbar ist.“ (M/A)*

Das zielt darauf, der Erfahrung Rechnung zu tragen, dass medizinische Wissenschaftskarrieren länger dauern als klinische Karrieren und mit einer langen Phase der Unsicherheit verbunden sind. Ein Wunsch lautet daher, *„unbefristete Arbeitsverträge“ (F/W)* auch in der Qualifizierungszeit eingehen zu können. Die Befristungspraxis erweist sich insbesondere als unvereinbar mit der Familienplanung. Gerade Frauen sind aber nach Einschätzung auch von männlichen Befragten besonders von kurzen Verträgen betroffen: *„Ich wünsche für Frauen genau so gute (lange) Verträge, und nicht 3/6/9-Monats-Verträge“ (M/W)*. Möglicherweise ist seitens der Vorgesetzten hier die permanente Sorge ausschlaggebend, dass Frauen schwanger werden und ausfallen könnten, die bereits unter Benachteiligungen thematisiert wurde. Zudem werden Maßnahmen zur Frauenförderung vorgeschlagen, etwa *„spezielle Förderprogramme für Frauen in chirurgischen Fächern, die gerne habilitieren würden“ (F/O)* – unter Umständen als Reaktion auf die benannten Erfahrungen, dass sich Ärztinnen mit geringeren Karriereaussichten und geringerer Förderung konfrontiert sehen.

#### **4.6.4 Kulturwandel und Wertschätzung**

Die Verbesserungsvorschläge zur klinischen und wissenschaftlichen Ausbildung und der deutliche Fokus auf Zeit und Entlastung enthalten implizit bereits einen weiteren Ansatzpunkt zur Verbesserung, der in einigen Aussagen auch explizit angesprochen wird: den Wunsch nach einem Wandel der klinischen Arbeitskultur und nach mehr Wertschätzung für AssistenzärztInnen. Jede/r zehnte Befragte spricht

sich für einen Kulturwandel in der Klinik aus, jede/r elfte für mehr Wertschätzung und eine bessere Bezahlung von AssistenzärztInnen. Von Männern werden diese Aspekte etwas häufiger benannt, besonders die Themen Wertschätzung und Bezahlung. Die Befragten sehen Ansatzpunkte für einen Kulturwandel zunächst bei den Universitätskliniken insgesamt, die weniger ökonomisch und wieder stärker medizinisch ausgerichtet werden sollen: *„Fokussierung auf universitäre Medizin und weniger auf leistungsorientierte Steigerung der Fallzahlen“* (M/C), *„bessere Anerkennung der Patientenversorgung bzw. der gesamten ärztlichen Leistung. Medizin verkommt zur reinen Fallzahlenoptimierung mit rein ökonomischer Motivation“* (F/P). Damit verbunden ist eine Kritik an der Konkurrenzorientierung zwischen Kliniken und Abteilungen sowie an Führungskräften, die Konkurrenzen an die AssistenzärztInnen weitergeben. Bei den Leitungsebenen und -strukturen sehen AssistenzärztInnen einen starken Veränderungsbedarf. Die klinischen Hierarchien stehen in der Kritik: *„weniger starre Hierarchien“* (F/Allg.), *„ausgeprägte Hierarchie-Strukturen abbauen, teambildende Maßnahmen, um Mitarbeit zu fördern“* (M/I). Für die Befragten ist es ein wichtiges Anliegen, eine andere Kultur der Kommunikation zu etablieren, die eher auf Gleichheit basiert: *„die Reduktion von Hierarchien zur Verbesserung des Arbeitsklimas und des konstruktiven Austausches!“* (F/P). Die klinischen Führungskräfte werden als AkteurInnen adressiert, die eine solche Kultur voranbringen können:

*„Oberärzte zu besseren Führungskräften machen, z. B. mit Menschenführungseminaren, in denen respektvoller Umgang mit untergebenen Kollegen, Gesprächsführung, Motivieren, Umgang mit Fehlern von Assistenten etc. beigebracht wird“* (M/A).

Als Teil einer besseren Kommunikationskultur wird ein offener Umgang mit Fehlern angeregt. Die befragten AssistenzärztInnen wünschen sich zudem, dass ihre Arbeit und sie selbst wertgeschätzt werden – was auch

bedeutet, ihrem Arbeitseinsatz Grenzen zu setzen. Die hohe Arbeitsbelastung wird auch auf die mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte zurückgeführt:

*„Die Oberärzte sollten einen Tag mit mir laufen, um einmal das Arbeitspensum beurteilen zu können. Es wird viel Geld in Unternehmensberatungen und Umstrukturierungen gesteckt, die alle nichts bringen. Der Assistenzarzt wird nicht geschätzt und die Gratifikationskrise folgt nahezu zwingend.“* (F/P)

Ein Aspekt der Wertschätzung ist die Bezahlung. Befragte wünschen sich – vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung – entweder insgesamt ein *„besseres Gehalt“* (F/I) oder *„bezahlte Überstunden“* (F/C). Einigen wissenschaftlich tätigen AssistenzärztInnen geht es auch um eine *„adäquate Bezahlung von Forschung“* (M/I) oder um eine Änderung der Lehrvergütungspraxis – *„Lehre nebenbei“* – *keine bessere Bezahlung“* (F/W). Das Gros der Aussagen zur Bezahlung bezieht sich jedoch auf die Praxis der unbezahlten Überstunden, die starken Unmut erzeugt: *„geleistete Arbeit bezahlen! Keine Überstunden umsonst!“* (M/I). Dabei geht es um eine Entschädigung für die hohe Arbeitsbelastung und eine Form der Anerkennung und Wertschätzung als Arbeitskräfte. Auch das Thema Chancengleichheit wird konkret angesprochen: *„gelebte Chancengleichheit [...], Toleranz und respektvoller Umgang“* (F/C). Ziel ist es, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts oder der Herkunft zu vermeiden: *„keine Diskriminierung von Frauen, Chancengleichheit“* (F/I), *„Gleichwertigkeit zwischen den Mitarbeitern abgesehen von Staatsangehörigkeit“* (M/HNO). Die Aussagen sind vor dem Hintergrund der erfahrenen Benachteiligungen zu lesen. Hier wurde deutlich, dass in den Kliniken ein Klima des offenen Ressentiments verbreitet ist – gegenüber Frauen, aber auch gegenüber anderen, die die impliziten Normen nicht erfüllen. Die Wünsche der AssistenzärztInnen zielen auf einen anderen, wertschätzenden Kommunikationsstil ebenso wie auf Regulierungen, die eine tatsächliche Chancengleichheit ermöglichen.

## Resümee

Ausgehend von den hinderlichen und förderlichen Faktoren für eine Professur bzw. den Gründen für die Entscheidung gegen eine wissenschaftliche Karriere wurden die AssistenzärztInnen in der Untersuchung nach Verbesserungsvorschlägen für die fachärztliche Weiterbildung und das Gelingen von Wissenschaftskarrieren in der Hochschulmedizin gefragt. AssistenzärztInnen agieren nach eigenem Erleben in einer Situation des Mangels – an Zeit, an klinischem Personal, an praktischer Ausbildung, an wissenschaftlicher Qualifizierung. Verbesserungsvorschläge beziehen sich deshalb sowohl auf die Lehre, die Förderung und Fortbildung sowie eine bessere Organisation als auch auf mehr Zeit für Forschung, die Schaffung eines wissenschaftsförderlichen Umfelds und berufliche Planungssicherheit.

Ein anderer wesentlicher Bereich, in dem sich die MedizinerInnen Verbesserungen wünschen, ist die

zeitliche Entlastung, um eine Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben zu erreichen, etwa durch Teilzeitbeschäftigung, aus der sich keine Benachteiligung für die Karriere ergeben dürfe, sowie die Bereitstellung einer ausreichenden und für AssistenzärztInnen zugänglichen Kinderbetreuung. Die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte regen darüber hinaus einen Kulturwandel im Alltag der Universitätsklinik an, der von Wertschätzung geprägt sein sollte. Dass dies besonders hervorgehoben wird, deutet an, dass eine solche Arbeitsatmosphäre aktuell nicht oder nur bedingt erfahren wird. Die hier vorgestellten Ergebnisse besitzen für die Universitätskliniken eine besondere Relevanz, zeigen sie doch, dass das Thema Familie und die Frage nach deren Vereinbarkeit mit dem Klinikalltag für die ärztlichen Angestellten von großer Bedeutung sind. Hier sind die Kliniken gefordert, darauf zu reagieren und konkrete Modelle und Maßnahmen zu entwickeln, aber auch einen Kulturwandel voranzutreiben.