



# *Zusammenfassung* Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin

1 Hochschulentwicklungen in Nordrhein-Westfalen im Spiegel geschlechterbezogener Daten	438
2 Gleichstellung – zur Umsetzung (rechtlicher) Interventions- und Steuerungsmaßnahmen	441
3 Der Gender Gap in der Hochschulmedizin – Fakten, Erfahrungen und Erfordernisse	445

# 1 HOCHSCHULENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN IM SPIEGEL GESCHLECHTERBEZOGENER DATEN

In Teil A des Gender-Reports 2016 wird die Geschlechterungleichheit an den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen anhand einer Analyse hochschulstatistischer Daten umfassend beleuchtet. Im Fokus steht die mittelfristige Entwicklung in den einzelnen akademischen Qualifizierungs- und Karrierestufen, beim Hochschulpersonal mit seinen verschiedenen

Statusgruppen und – quer dazu – in den neun Fächergruppen sowie in den verschiedenen Hochschularten. Da Nordrhein-Westfalen weiterhin das Bundesland mit dem höchsten Studierendenanteil im Bundesvergleich ist, haben die Ergebnisse, die für NRW erhoben werden, eine hohe Relevanz für das deutsche Hochschulsystem.

## 1.1 ENTWICKLUNGEN NACH QUALIFIZIERUNGSTUFEN

Bei der Betrachtung der Frauenanteile nach Statusgruppen und Qualifizierungsstufen vom Studienabschluss über die Promotion und Habilitation bis zur Professur wird die Leaky Pipeline – der abnehmende Frauenanteil auf den höheren Stufen einer Wissenschaftskarriere – sichtbar.

### *Studium und Studienabschluss:*

#### *annähernd ausgeglichenes Geschlechterverhältnis*

Nordrhein-Westfalen hat im Vergleich mit den anderen Bundesländern nach wie vor die größte Bedeutung als Studienstandort: Über ein Viertel der Studierenden und fast ein Viertel der StudienanfängerInnen in Deutschland waren zuletzt an einer Hochschule in NRW eingeschrieben. Trotz der Bedeutungszunahme privater Hochschulen studieren fast 90 % an den 14 Universitäten, 16 Fachhochschulen und 7 Kunsthochschulen in Trägerschaft des Landes NRW. Die folgenden Daten beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf diese 37 Hochschulen. Im Zuge eines anhaltenden Wachstums an *Studierenden* ist der Frauenanteil an diesen Hochschulen in den letzten zehn Jahren nur wenig gestiegen und liegt mit 46,7 % im WS 2014/15 etwas unterhalb der Geschlechterparität –im Bundesländervergleich ein unterdurchschnittlicher Wert. Unter den *internationalen Studierenden* (BildungsinländerInnen und -ausländerInnen) ist (fast) die Hälfte weiblich. An den nordrhein-westfälischen Universitäten und Kunsthochschulen ist die Geschlechterparität erreicht, bei den Fachhochschulen verweist der Frauenanteil von einem Drittel (36,5 %) jedoch auf ein Studienangebot, das mehrheitlich Männer anspricht. Die *AbsolventInnen* eines Erststudiums sind bereits seit Längerem mit knapper Mehrheit Frauen – in NRW wie bundesweit. Die im Rahmen des Bologna-Prozesses eingeführten Studiengänge haben zu einer Verdoppelung der Zahl

der Studienabschlüsse zwischen 2004 und 2014 geführt. Im Jahr 2014 haben rund 39.000 Frauen und 38.000 Männer ein Studium an einer Hochschule in Trägerschaft des Landes NRW erfolgreich beendet – die Promotionen nicht mitgerechnet. Die gestuften Abschlüsse Bachelor und Master haben dabei andere Abschlüsse weitgehend abgelöst – bei Männern etwas häufiger als bei Frauen, für die andere Abschlüsse noch eine größere Bedeutung haben. Nach einer anfänglich deutlichen Mehrheit an Männern mit einem Master-Abschluss ergibt sich mittlerweile eine fast paritätische Geschlechterverteilung bei beiden gestuften Abschlüssen. Dennoch absolvieren Frauen sowohl bei den universitären als auch bei den Fachhochschulstudiengängen zu geringeren Anteilen die höhere Qualifikationsstufe des Master-Abschlusses – und erwerben damit auch seltener die Voraussetzung für eine weitere akademische Laufbahn. Bei den künstlerischen und Lehramtsabschlüssen sind Frauen hingegen häufiger als Männer mit einem Master vertreten.

### *Promotion, Habilitation und Juniorprofessur:*

#### *Beginn der Leaky Pipeline*

Was die klassischen akademischen Qualifizierungsstufen Promotion und Habilitation betrifft, nimmt der Frauenanteil nach wie vor mit jeder höheren Stufe ab. Selbst die Steigerung des Frauenanteils an den Promovierten, wie sie im letzten Jahrzehnt zu beobachten war, setzt sich in diesem Jahrzehnt weder in NRW noch bundesweit fort. An den Universitäten in Trägerschaft des Landes NRW liegt der Anteil der Frauen an den jährlich rund 5.000 Promovierten mit 41,5 % noch unter der Geschlechterparität. Im Bundesländervergleich liegt NRW damit an vorletzter Stelle. Ohne Berücksichtigung der medizinischen Promotionen, die mehrheitlich von Frauen einge-

reicht werden, beträgt der durchschnittliche Frauenanteil sogar nur 36,8 %. Der Frauenanteil an den rund 800 in den letzten drei Jahren in NRW *Habilitierten* liegt mit knapp über einem Viertel (26,1 %) noch einmal deutlich darunter. Eine langsame Steigerung ergibt sich vor allem aus der abnehmenden Bedeutung der Habilitation für Männer: Während die Zahl der habilitierten Männer seit der Jahrtausendwende stark gesunken ist, bleibt die Zahl der habilitierten Frauen seit Mitte der 2000er Jahre relativ stabil. Die Kette des sinkenden Frauenanteils bei steigender Qualifizierungsstufe wird jedoch mittler-

weile durch die Juniorprofessur durchbrochen: Ihre Frauenanteile haben – zumindest in NRW – nicht nur die Frauenanteile unter den Habilitierten überholt, sondern auch die an den Promovierten. Unter den 361 JuniorprofessorInnen an den Universitäten in Landesträgerschaft sind im Jahr 2014 44 % Frauen – eine Erhöhung des Frauenanteils um 10 Prozentpunkte gegenüber 2011. Lag der Anteil von Juniorprofessorinnen in NRW im letzten Gender-Report noch unter dem der anderen Bundesländer, wurde der Bundesdurchschnitt (40,0 %) nun in einem kurzen Zeitraum übertroffen.

## 1.2 HOCHSCHULPERSONAL

Frauen bilden bereits die knappe Mehrheit der etwa 133.000 Hochschulbeschäftigten an den Hochschulen aller Trägerschaften in NRW (51,4 %) wie auch bundesweit. Allerdings fällt die Geschlechterverteilung innerhalb der Personalgruppen höchst unterschiedlich aus.

### *Professur: Verschärfung der Geschlechterungleichheit*

Der Frauenanteil an den *Professuren* der Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW liegt – trotz einer Steigerung um 9 Prozentpunkte im Vergleich zu 2004 – bei unter einem Viertel: Von den 8.122 ProfessorInnen sind 1.832 Frauen, was einem durchschnittlichen Anteil von 22,6 % entspricht. Die angesichts der stark gestiegenen Studierendenzahl nur moderate Personalaufstockung der Professuren (um 14,1 % gegenüber 2004) ist am stärksten den Fachhochschulen zugutegekommen, was dort jedoch nur zu einer – verglichen mit den anderen Hochschularten – geringen Erhöhung des Frauenanteils geführt hat. An den Universitäten hat sich der Frauenanteil seit 2004 fast verdoppelt (auf 24,1 %), während er sich an den Fachhochschulen, ausgehend von einem vergleichsweise höheren Niveau, weniger stark gesteigert hat und 2014 einen Anteil von lediglich 21,4 % erreicht. Frauen haben damit mittlerweile anteilig mehr Universitätsprofessuren als Fachhochschulprofessuren inne – ein umgekehrtes Verhältnis als noch zehn Jahre zuvor. Der Frauenanteil an den internationalen ProfessorInnen, die vor allem an den Kunsthochschulen einen hohen Anteil stellen, fällt mit insgesamt 25,8 % nach wie vor leicht überdurchschnittlich aus. Innerhalb der Professuren lässt sich – in NRW wie bundesweit – ein Gender Gap nach Besoldungsstufe beobachten: Von den ProfessorInnen auf der höchsten Besoldungsstufe

(C4/W3) sind nur 18,0 % Frauen, während diese bei den C3/C2/W2-Professuren einen Anteil von 23,6 % ausmachen.<sup>1</sup> Insgesamt zeigt sich damit gerade bei den Professuren ein großer Nachholbedarf, was eine angemessene Beteiligung von Frauen betrifft.

### *Wissenschaftliches und künstlerisches Personal – prekäre Befristungen*

Der Frauenanteil am *wissenschaftlichen und künstlerischen Personal* ist seit der Jahrtausendwende im Zuge einer hohen Personalaufstockung deutlich gestiegen, wobei Frauen nach wie vor in den statusniedrigeren Gruppen stärker vertreten sind: Im *hauptberuflichen wissenschaftlichen und künstlerischen Personal ohne Professur* stellen sie an den Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW inzwischen 41,6 %, während die Professuren erst zu 22,6 % mit Frauen besetzt sind. Bei den Stellen unterhalb oder jenseits der Professur handelt es sich zum allergrößten Teil um befristete Beschäftigungsverhältnisse, von denen Frauen überproportional betroffen sind – nur jede dritte der wenigen unbefristeten Stellen wird dagegen von einer Frau besetzt.

### *MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung – der Gender Pay Gap*

Von den rund 54.000 *MitarbeiterInnen in Technik und Verwaltung*, die 2014 an Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW arbeiten, sind zwei Drittel Frauen. Bis auf das technische Personal sind alle MTV-Personalgruppen mehrheitlich aus Frauen zusammengesetzt, der höchste Frauenanteil ist dabei beim Biblio-

<sup>1</sup> Die Daten zu den Besoldungsstufen beziehen sich auf Hochschulen aller Trägerschaften in NRW.

thekpersonal zu finden. Die Personalaufstockung im MTV-Bereich fällt im Vergleich zur stark gestiegenen Studierendenzahl sehr gering aus, vor allem an den Universitäten (+ 3,1%). Gerade in den vorrangig von Frauen besetzten Verwaltungsbereichen entstehen dadurch Engpässe. Eine erstmalig erfolgte Aufschlüsselung der Entgeltgruppen im MTV-Bereich zeigt, dass Frauen überproportional häufig in den niedrigeren Entgeltgruppen (vor allem Entgeltgruppen 6 und 8),

Männer hingegen vermehrt in den höheren (ab Entgeltgruppe 10) zu finden sind. Die Geschlechterunterschiede in der Eingruppierung lassen sich vor allem innerhalb des Verwaltungspersonals und des technischen Personals nachweisen. Ob es sich bei diesem Gender Pay Gap um Entgeltdiskriminierung handelt – wofür die Eingruppierung im MTV-Bereich ersten Analysen nach anfällig zu sein scheint –, muss in vertiefenden Untersuchungen geklärt werden.

### 1.3 ENTWICKLUNGEN IN DEN FÄCHERGRUPPEN

Im differenzierten Blick auf die Fächergruppen zeigen sich fachspezifische akademische Karrierewege, aber auch Gemeinsamkeiten über die verschiedenen Fächergruppen hinweg.

#### *Geschlechterunterschiede zwischen den Qualifizierungsstufen nach Fächergruppen*

Der Professorinnenanteil liegt in allen Fächergruppen unter dem der Studentinnen. Eine vertikale Segregation ist dabei insbesondere in den Fächergruppen deutlich zu erkennen, in denen Frauen einen großen Anteil an den Studierenden ausmachen. Dies zeigt, dass ein hoher Studentinnenanteil nicht automatisch zu einer hohen Beteiligung von Frauen auf den höheren Qualifizierungsstufen führt. Zwischen den Fächergruppen lässt sich auch weiterhin eine horizontale Segregation beobachten. So sind die Sprach- und Kulturwissenschaften mit einem Studentinnenanteil von fast 70 % nach wie vor ein frauendominierter Bereich, während die Ingenieurwissenschaften mit einem Frauenanteil von rund einem Fünftel klar männlich geprägt bleiben. Ein merklicher Anstieg des Studentinnen- und Absolventinnenanteils auf über zwei Drittel ist im Bereich Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zu verzeichnen, womit die Tendenz zu einer segregierten Fächergruppe erkennbar ist. In fünf der neun Fächergruppen in Deutschland bzw. vier der acht Fächergruppen in NRW haben zuletzt mehrheitlich Frauen promoviert. Dennoch liegen die Frauenanteile bei den Promovierten teilweise deutlich unter den Absolventinnenanteilen. Der Frauenanteil an den Habilitierten ist in allen Fächergruppen nochmals niedriger. Dabei fällt die Fächergruppe

Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften durch ihre kontinuierliche Steigerung des Frauenanteils auf, der trotzdem bisher noch unter einem Viertel liegt. Besonders deutlich sticht hier die Diskrepanz zur vorhergehenden Qualifikationsstufe, der Promotion, heraus, wo Frauen mit einem Anteil von beinahe 60 % noch die Mehrheit darstellen. Während die höheren Frauenanteile an den internationalen Studierenden in NRW in den MINT-Fächergruppen Ingenieurwissenschaften und Mathematik, Naturwissenschaften die Fächersegregation eher abmildern, erweisen sich die Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie die Sprach- und Kulturwissenschaften in dieser Studierendengruppe noch deutlicher als Frauendomänen.

#### *Personalgruppen und ihre Geschlechterverteilung in den Fächergruppen*

Seit Beginn des Jahrtausends ist in allen Fächergruppen und bezogen auf sämtliche Personalgruppen – in unterschiedlicher Intensität – ein Zuwachs des Frauenanteils zu verzeichnen. Besonders auffallend ist die Entwicklung in der Gruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften hin zu einer in Bezug auf das Personal insgesamt geschlechterparitätisch besetzten Fächergruppe. Dieser Befund teilt sich jedoch, wie auch in den übrigen Fächergruppen, in eine hohe Frauenbeteiligung auf MitarbeiterInnenebene und eine geringe Präsenz von Frauen als Professorinnen auf. In den übrigen vier größten Fächergruppen liegt die Beteiligung von Frauen am Personal trotz durchweg steigender Tendenz nicht über 40 %, in den MINT-Fächergruppen macht ihr Anteil insgesamt nur ein knappes Viertel aus.

## Resümee

Die Fortschreibung der Datenanalyse ergibt zunächst eine verstärkte Präsenz von Frauen an den Hochschulen: So ist die Beteiligung von Frauen auf allen akademischen Qualifizierungs- und Karriere-stufen wie auch im Hochschulpersonal im Verlauf der letzten zehn Jahre gestiegen. Seit Beginn dieses Jahrzehnts ist vor allem bei den Habilitierten und ProfessorInnen noch eine Steigerung erkennbar, während der Frauenanteil an den Promovierten stagniert. Hier wäre zu prüfen, ob die Promotion als Nadelöhr zur Wissenschaftskarriere wieder in den Fokus genommen werden sollte, vor allem angesichts der in den Fächergruppen stark unterschiedlichen Entwicklungen. Gleichzeitig hat sich der Frauenanteil vor allem an den Juniorprofessuren in NRW gegenüber dem Gender-Report 2013 sprunghaft erhöht (um 10 Prozentpunkte). Die Juniorprofessur ist damit für Frauen zu einer realen Einstiegsoption in eine Hochschulkarriere geworden, wenn auch die Zahl der Juniorprofessuren

insgesamt gering ausfällt. Dabei ist es interessant zu erfahren, inwieweit dieses Beschäftigungsverhältnis für Frauen auch zu einem dauerhaften Verbleib in der Wissenschaft führt. Wie sind Entfristungsmöglichkeiten bei Frauen und Männern beschaffen – und wann im Karriereverlauf wird die höchste Besoldungsstufe (C4/W3) erreicht? Darüber hinaus werden anhand der Juniorprofessur auch hochschulpolitische Gestaltungsmöglichkeiten sichtbar: So können mit der Förderung von Juniorprofessuren auch geschlechterpolitische Akzente gesetzt werden, wie beispielsweise durch das „Landesprogramm geschlechtergerechte Hochschulen“, das durch das Wissenschaftsministerium des Landes NRW eingerichtet wurde. Im Gegensatz zu den Qualifizierungsstufen, bei denen die Förderung von Wissenschaftlerinnen nur indirekt über strukturierte Programme zur Promotion und Habilitation erfolgen kann, deren Erfolg (auch) von wenig steuerbaren Rahmenbedingungen abhängt, kann mit der Förderung von Stellen speziell für Wissenschaftlerinnen ein direkter Gleichstellungserfolg erzielt werden.

## 2 GLEICHSTELLUNG – ZUR UMSETZUNG (RECHTLICHER) INTERVENTIONS- UND STEUERUNGSMASSNAHMEN

Mit dem 2014 verabschiedeten Hochschulgesetz macht die nordrhein-westfälische Landesregierung erweiterte gleichstellungspolitische Zielvorgaben. So wird die Verantwortung der Hochschulen betont, Geschlechtergerechtigkeit zu verwirklichen, aktiv zur tatsächlichen Erfüllung ihres Gleichstellungsauftrags beizutragen sowie diesbezügliche Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Im Rahmen des Gender-Reports 2016 wurde eine erste Evaluation der Umsetzung des gesetzlichen Gleichstellungsauftrags vorgenommen. Als Grundlage diente eine schriftliche Befragung aller Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW im Jahr 2016. Eine erste Bilanz der Gleichstellungspraxis an den Hochschulen offenbart Erfolge ebenso wie Ungleichzeitigkeiten: So haben viele Hochschulen ihre Gleichstellungspolitik gezielt weiterentwickelt. Insbesondere die Rückmeldungen der Fachhochschulen zeugen von deren Engagement für die Erhöhung des Frauenanteils auf Professuren, während die Universitäten die Bedeutung von Gleichstellungsarbeit durch die Einrichtung entsprechender Stabsstellen und Prorektorate zunehmend als Leitungsaufgabe verstehen und hervorheben. Während die Fachhochschulen den Frauenanteil in ihren Leitungsgremien im Vergleich

zu den anderen Hochschularten stark steigern konnten, stagniert jedoch die Umsetzung an den Kunsthochschulen.

### *Gleichstellungsquote bei der Berufung von Professorinnen und Professoren*

Eines der durch das neue Hochschulgesetz eingeführten Gleichstellungsinstrumente ist die Gleichstellungsquote zur Erhöhung des Frauenanteils bei den neu zu berufenden ProfessorInnen (§ 37a HG). Damit hat bundesweit erstmalig eine leistungsbezogene Quotenregelung für Stellenbesetzungen Eingang in ein Hochschulgesetz gefunden, nachdem die Quote bereits seit über drei Jahrzehnten Gegenstand einer wissenschaftspolitischen Debatte zur Erhöhung des Frauenanteils auf Professuren ist (vgl. Schlüter/Demes 1981). Nordrhein-Westfalen nimmt mit diesem Gesetz eine gleichstellungspolitische Vorreiterrolle ein, die auch in anderen Bundesländern als Beispiel herangezogen wird. Die Quote basiert auf einem fächerbezogenen Kaskadenmodell, d. h., die zu erreichende Zielquote wird anhand der nächstunteren Qualifizierungsstufe innerhalb einer zu definierenden Fächergruppe bestimmt. Für die Ermittlung der Ziel-

größe hat sich das Statistiktool<sup>2</sup> der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW als nützliches Hilfsmittel erwiesen, das in den Hochschulen zur Berechnung der Quoten oder zum Abgleich mit zuvor selbst ermittelten Quoten genutzt wird. Das Gesetz hat – wie die Rückmeldungen zur Befragung zeigen – bereits Wirkung entfaltet: Zum Stichtag der vorliegenden Erhebung am 01.02.2016 – rund eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des HG – hatte fast die Hälfte (47 %) aller nordrhein-westfälischen Hochschulen bereits Zielquoten verabschiedet; die andere Hälfte befand sich im Umsetzungsprozess. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Universitäten und Fachhochschulen: Während 57 % der Universitäten bereits Zielquoten verabschiedet haben, war dies nur an 38 % aller Fachhochschulen der Fall. Bislang hat lediglich eine Kunsthochschule konkrete, quantifizierte Gleichstellungsziele zur Erhöhung des Professorinnenanteils bestimmt – ein deutlicher Hinweis darauf, dass die abweichende Regelung im Kunsthochschulgesetz, bei der ein Gleichstellungsziel statt einer Quote vorgesehen ist (§ 30a KunstHG), nicht als bindende Vorgabe ausgelegt wird. Aus wissenschaftspolitischer Sicht wäre es empfehlenswert, die ungleichzeitigen Entwicklungen an den Universitäten und Fachhochschulen gegenüber den Kunsthochschulen verstärkt in den Blick zu nehmen.

Ein Vergleich der an den Hochschulen verabschiedeten Gleichstellungsquoten offenbart erwartungsgemäß Unterschiede zwischen den Fächergruppen der Natur- und Ingenieurwissenschaften einerseits sowie den Kunst-, Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits. An einzelnen Fachhochschulen wurden für Fächer wie Maschinenbau oder Elektrotechnik Quoten von 10 % und weniger verabschiedet, was zwar der korrekten Umsetzung eines Kaskadenmodells entspricht, nicht aber der gesetzgeberischen Absicht der Erhöhung des Frauenanteils. Es ist empfehlenswert, insbesondere in Fächergruppen mit sehr geringen Frauenanteilen Zielquoten mit weiteren Maßnahmen zu verbinden, wie beispielsweise Stipendien für Frauen, mit denen der Frauenanteil im gesamten Fach über alle Qualifikationsstufen hinweg erhöht werden kann. Für die Zukunft ist es wichtig, die Hochschulen zur Umsetzung einer aktiven Gleichstellungspolitik und zur Verabschiedung anspruchsvoller Zielquoten zu ermutigen. Zugleich wird deutlich, dass

es im Zuge der Umsetzung der Quoten einen erhöhten Bedarf an Gleichstellungsmonitoring und -controlling geben wird. Darüber hinaus liegt es auch in der gesetzgeberischen Absicht, dass sowohl die Festlegung der Quoten als auch deren Evaluation von einem „hochschulinternen Dialogprozess“ (MIWF 2014b: 3) begleitet sind. Denn es geht nicht nur um eine Erfolgskontrolle, um zu prüfen, ob die von den Hochschulen festgelegten Quoten tatsächlich erreicht wurden. Vielmehr müssen auch die Zielquoten selbst kritisch evaluiert werden. Hier muss geprüft werden, ob die Hochschulen realistische und zugleich anspruchsvolle Zielquoten formulieren, die tatsächlich zu einer signifikanten Steigerung des Professorinnenanteils führen. Das Gesetz lässt hier mit dem vorgesehenen Dialogprozess und den Maßnahmen zur Verbesserung der Berufungspraxis einen Spielraum, der noch nicht in allen Hochschulen ausgeschöpft wird. Dennoch wird deutlich, dass einige Hochschulen das Gesetz bereits im Sinne eines Gleichstellungsinstruments auslegen, indem sie die Zielquoten ambitioniert ansetzen oder auch Maßnahmen zur aktiven Rekrutierung von Bewerberinnen einbeziehen.

### *Geschlechtergerechte Besetzung der Leitungsgremien an Hochschulen in NRW*

Die Gremien der Hochschulen haben eine hohe Bedeutung für die Schaffung geschlechtergerechter Hochschulen. Nicht zuletzt deshalb stellt die paritätische Besetzung der Leitungsgremien ein wichtiges gleichstellungspolitisches Ziel dar, wie es auch das Hochschulgesetz in § 11c formuliert. Dies dient der gleichberechtigten Teilhabe von Frauen und Männern an der demokratischen Selbstverwaltung der Hochschulen und den damit verbundenen Entscheidungsprozessen. Allerdings zeigen die Befragungsergebnisse, dass die geschlechterparitätische Gremienbesetzung an den nordrhein-westfälischen Hochschulen unterschiedlich verwirklicht ist. Im Durchschnitt sind in den Hochschulräten der Universitäten und Fachhochschulen mit 42 % die meisten Frauen vertreten, während der Frauenanteil in den Dekanaten bei lediglich 16 % liegt. Hier zeigen sich innerhalb der einzelnen Hochschulen große Disparitäten. Vergleicht man hingegen die verschiedenen Hochschularten, wird sichtbar, dass die Fachhochschulen den Frauenanteil in allen Gremien am stärksten auf mittlerweile durchschnittlich 30 % steigern konnten, während die Universitäten und Kunsthochschulen deutlich geringere Zuwächse zu verzeichnen haben. Die Hochschulen müssen hier ihrer Verantwortung nachkommen und

<sup>2</sup> [www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal](http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal)

die Vorgaben des Hochschulgesetzes umsetzen. Ihre Bemühungen um mehr Geschlechtergerechtigkeit in den Gremien sind zu verstärken – insbesondere in den Gremien, die nach wie vor deutlich männerdominiert sind. Dem steht jedoch das Problem entgegen, dass viele Frauen (insbesondere Professorinnen), die Gremientätigkeiten übernehmen, über eine starke Arbeitsbelastung berichten, weil sich aufgrund ihrer geringen Anzahl die Aufgaben auf wenige Frauen verteilen. Hier sind die Hochschulen gefordert, in noch stärkerem Maß als bisher Möglichkeiten für einen Nachteilsausgleich zu schaffen. Zugleich ist es unerlässlich, den Frauenanteil des wissenschaftlichen Personals, insbesondere der Professuren, deutlich zu erhöhen, da die vermehrte Arbeitsbelastung von Professorinnen durch ihre Gremientätigkeit vor allem auf ihre Unterrepräsentanz zurückzuführen ist. Aus gleichstellungspolitischer Sicht ermöglichen Gremientätigkeiten die Beteiligung an wichtigen Entscheidungsprozessen, das Kennenlernen informeller Regeln und Abläufe der Hochschulkultur sowie Vernetzung und informellen Austausch. Allerdings trägt das Engagement in Gremien nur in sehr geringem Maße zum wissenschaftlichen Renommee bei. Deshalb wird Gremienarbeit teilweise auch als Hindernis für die eigene Karriereentwicklung wahrgenommen. Letztlich wird daher nur die Erhöhung der Frauenanteile insgesamt zu geschlechtergerechten Beteiligungsstrukturen und Entscheidungsprozessen sowie zu einer fairen Verteilung der mit Gremienarbeit verbundenen Arbeitsbelastung führen. Für eine kurzfristige Entlastung derjenigen, die sich zur Verfügung stellen, gibt es bereits Modelle – von Lehrdeputatsermäßigungen bis zur Schaffung zusätzlicher Stellen im wissenschaftlichen Mittelbau.

#### *Geschlechtergerechte Finanzierungsmodelle und Gender Budgeting*

Aus der Analyse der verschiedenen in Nordrhein-Westfalen zur Anwendung kommenden Instrumente einer geschlechtergerechten Hochschulfinanzierung wurden vier Modelle identifiziert: (1) Frauenförderprogramme als (Finanz-)Ausgleich, (2) monetäre Anreizsysteme zur Realisierung von Gleichstellung, (3) Forschungsförderung unter Offenlegung von Gleichstellungszielen und Genderexpertise sowie (4) Gender Budgeting als Integration der Geschlechterperspektive in die Mittelvergabe und den Haushaltsprozess. Die Hochschulen setzen diese Gleichstellungsinstrumente mit unterschiedlicher Intensität ein, um ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bei der Mittelvergabe

den Gleichstellungsauftrag angemessen zu berücksichtigen. Wichtigster Baustein für die Verwirklichung von (finanzieller) Geschlechtergerechtigkeit an den Hochschulen sind nach wie vor Frauenförderprogramme, die sich gezielt an Nachwuchswissenschaftlerinnen und Professorinnen richten, um sie in ihrer Karriereentwicklung zu unterstützen, gefolgt von der Berücksichtigung von Gleichstellungsparametern bei der leistungsorientierten Mittelvergabe sowie bei der Vergabe von Forschungsgeldern. Diese Instrumente werden auch durch die Implementierung neuer Steuerungs- und Governanceformen an den Hochschulen zukünftig an Bedeutung gewinnen. Gender Budgeting im engeren Sinne setzen die Hochschulen dagegen bislang nur in Teilen im Haushaltsprozess ein; hier sind es vor allem Controlling-Verfahren, mit denen die Hochschulen die Mittelvergabe in ausgewählten Budgets geschlechtsdifferenziert erfassen. Von einer vollständigen Integration der Geschlechterperspektive in den gesamten Prozess der Mittelvergabe und des Haushaltes sind die Hochschulen in NRW aktuell noch weit entfernt. Zukünftig wird es darauf ankommen, insbesondere das Modell der Frauenförderung nicht als konkurrierend zu einem umfassenderen Gender-Budgeting-Verfahren zu begreifen. Vielmehr sollten Gleichstellungsmittel auf der Basis einer geschlechtsdifferenzierten Analyse der Mittelverteilung gezielt dazu eingesetzt werden, Geschlechterungleichheiten zu begegnen – sowohl in Bezug auf die Mittelvergabe des Landes als auch innerhalb der Hochschulen.

#### *Gleichstellung: Steuerung, Verankerung und Maßnahmen*

Das aktuelle Hochschulgesetz stellt eine Stärkung, Erweiterung und zugleich Dezentralisierung der Gleichstellungssteuerung dar. Im Zentrum stehen die Gleichstellungsbeauftragte und die Gleichstellungskommission. Zukünftig soll die Gleichstellungsarbeit an den Hochschulen auch verstärkt dezentral und damit flächendeckend erfolgen. Das Gesetz verpflichtet die Fakultäten und Fachbereiche unter anderem zur Wahl eigener, dezentraler Gleichstellungsbeauftragter. Während mittlerweile an allen Universitäten und Fachhochschulen Gleichstellungskommissionen eingerichtet wurden, haben erst zwei Kunsthochschulen eine Gleichstellungskommission eingesetzt. Dies kann auf die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben zurückgeführt werden. Ähnliches lässt sich in Bezug auf die nach dem Landesgleichstellungsgesetz verbindlichen Gleichstellungs- bzw. Frauenförderpläne feststellen: Die Fachhochschulen haben in diesem

Zusammenhang stark aufgeholt und sind mittlerweile die Hochschulart mit den meisten fortgeschriebenen Plänen, während die Entwicklung bei den Kunsthochschulen stagniert. Vor allem an Universitäten lässt sich ein Wandel des Verständnisses von Gleichstellungsarbeit beobachten, und zwar hin zu Gleichstellungsarbeit als Leitungsaufgabe. Daraus resultieren verschiedene Arrangements und Kooperationen zwischen der Hochschulleitung und den institutionalisierten Strukturen der Gleichstellungsarbeit. So liegt die Verantwortung für Gleichstellungsarbeit an einigen Universitäten nicht mehr allein bei der Gleichstellungsbeauftragten, sondern zugleich in Prorektoraten und diesen zuarbeitenden Stabsstellen oder auch in Referaten und zentralen Koordinationsstellen in der Hochschulplanung. Inwieweit die teilweise komplexen Zuständigkeiten tatsächlich zu einer stärkeren lokalen, also dezentralen Verankerung von Gleichstellung führen, könnte zum Gegenstand einer zukünftigen Untersuchung gemacht werden. Auf diese Weise könnte eruiert werden, ob die Integration von Gleichstellung und Diversität als Querschnitts- und Leitungsaufgaben eher Teile einer Strategie der „rhetorischen Modernisierung“ (Wetterer 2003) sind oder ob sie bei der Förderung von Geschlechtergleichheit entscheidende Impulse setzen können. Zugleich ist bemerkenswert, dass viele Hochschulen auf die Frage nach ihrem Modell der Gleichstellungssteuerung ihre Bemühungen um eine Erhöhung des Frauenanteils bei Professuren rückmelden und die von ihnen ergriffenen Maßnahmen schildern, die auf ein geschlechtergerechtes Berufungsverfahren zielen. Eine Interpretation legt nahe, dies aus einer gleichstellungsorientierten Perspektive positiv zu bewerten, da ein erfolgreiches „Abdichten“ der Leaky Pipeline im Verlauf der wissenschaftlichen Karriereentwicklung auch an einigen anderen gleichstellungspolitischen „Baustellen“ für Entlastung sorgen würde.

#### *Vereinbarkeit von Familie und Wissenschaft, Beruf und Studium*

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie mit Wissenschaft, Beruf und Studium ist ein Kernthema von Gleichstellungspolitik an Hochschulen. Insbesondere die Bereitstellung von Betreuungsplätzen für Kleinkinder hat mit dem Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz für Kinder ab einem Jahr an den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen an Bedeutung gewonnen. Die Platzkapazitäten für Kleinkinder wurden in den letzten Jahren kontinuierlich ausgebaut, während die Anzahl von Betreuungsplätzen für Schulkinder deutlich gesunken ist. Ergänzend zu den Betreuungsange-

boten sind darüber hinaus vielfältige Beratungs- und Serviceangebote entstanden, die an den meisten Hochschulen durch die jeweiligen Familienservicebüros gebündelt und durchgeführt werden. Beide Entwicklungen deuten auf einen zunehmenden Wandel der Wissenschafts- und Campuskultur in Richtung einer stärkeren Familienfreundlichkeit hin, der sich unter anderem auch in Wiedereinstiegsprogrammen oder Regelungen zur Berücksichtigung von Familienverantwortung in Prüfungsordnungen und Dienstvereinbarungen widerspiegelt. Zukünftig wird es in diesem Bereich der Gleichstellungspolitik vor allem um eine Verstetigung der bestehenden Angebote und eine Weiterführung der Entwicklung hin zu mehr Familienfreundlichkeit gehen müssen. An einigen Fachhochschulen sowie den meisten Kunsthochschulen ist das Angebot zudem noch ausbaufähig. Insbesondere Hochschulen, die neue Standorte eröffnen oder weitreichende Sanierungsmaßnahmen durchführen, sollten grundsätzlich prüfen, ob neue Eltern-Kind-Arbeitszimmer sowie Still- und Wickelgelegenheiten oder neue Räumlichkeiten für die Kinderbetreuung geschaffen werden können. Seitens des Landes sollte kein Hochschulbau (mehr) genehmigt werden, der keine Räume zur Betreuung von Kindern bereitstellt. Darüber hinaus hat an allen Hochschulen die Frage der Finanzierung eine besondere Relevanz, da diese nicht selten aus Projektgeldern oder Sondertöpfen erfolgt, wodurch langfristige Planungen nicht zuletzt für die Mitarbeitenden verunmöglicht werden. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Daueraufgabe und in ihrer Bedeutung für die Hochschulen anzuerkennen, ist es notwendig, dass sie auch in der Grundfinanzierung der Hochschulen angemessen berücksichtigt wird. Mit Blick auf die Rückmeldungen der Hochschulen im Rahmen der durchgeführten Befragung, in denen vielfach von befristeten Projektfinanzierungen familienfreundlicher Maßnahmen berichtet wird, zeigt sich in diesem Zusammenhang noch erheblicher Handlungsbedarf seitens der Hochschulen, damit Familienfreundlichkeit dauerhaft gesichert werden kann. Zugleich müssen die Hochschulen dafür Sorge tragen, dass die Vereinbarkeit von Familie mit Wissenschaft, Beruf und Studium als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit an der Hochschule begriffen wird. So muss der prekären Situation von NachwuchswissenschaftlerInnen im Allgemeinen und von Frauen im Besonderen vor dem Hintergrund von befristeten Verträgen und dem Fehlen planbarer Karriereperspektiven für das Berufsziel Wissenschaft stärker entgegengewirkt werden.



### Gender in Lehre und Forschung

Der Gender-Report hat auch die Institutionalisierung von Geschlechterforschung an den Hochschulen in NRW untersucht. In Übereinstimmung mit der einschlägigen Forschungsliteratur wird dabei von einem komplexen Wechselverhältnis von Gleichstellungspolitik und Geschlechterforschung ausgegangen: So ist die Institutionalisierung der Frauen- und Geschlechterforschung Teil der Gleichstellungspraxis und unterfüttert diese zugleich mit Fachwissen. In NRW ist im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ein deutlicher Anstieg der Professuren mit Gender-(Teil-)Denomination von 53 auf nun insgesamt 72 Professuren zu verzeichnen. Allein 13 dieser Professuren gehen dabei auf die Förderung des „Landesprogramms für geschlechtergerechte Hochschulen“ des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW zurück. Daneben existieren

sechs interdisziplinäre Zentren für Geschlechterforschung sowie sechs disziplinär ausgerichtete Arbeitsstellen, die mit dem Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung und dessen Koordinations- und Forschungsstelle verbunden sind. Dies sind deutliche Zeichen dafür, dass die Hochschulen das Forschungs- und Wissenschaftsfeld ‚Gender‘ mittlerweile stark nachfragen. Trotz dieser positiven Entwicklung sind seit dem letzten Bericht fünf Professuren gestrichen worden, die nach der Pensionierung der Stelleninhaberinnen durch die Hochschulen nicht wiederbesetzt bzw. ohne Genderbezug neu ausgeschrieben worden sind. Möglicherweise kann zukünftig die gesetzliche Einführung von Fakultätsgleichstellungsbeauftragten dafür genutzt werden, dieser Einschränkung der Geschlechterforschung und dem damit zusammenhängenden Wissensverlust wirkungsvoll entgegenzutreten.

## Resümee

Eine erste Evaluation des Gesetzes über die Hochschulen des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.09.2014 unter Gleichstellungskriterien an den Hochschulen unterstreicht *erstens* die Bedeutung gesetzlicher Vorgaben als verbindlicher Rahmen für die Umsetzung von Gleichstellungszielen. Das Hochschulzukunftsgesetz hat hier mit den Quotenregelungen neue Maßstäbe gesetzt, die sich in verstärkten Gleichstellungsaktivitäten an den Hochschulen spiegeln. Dabei ist jedoch eine gleichzeitige gleichstellungspolitische Entwicklung an den Universitäten und Fachhochschulen einerseits und den Kunsthochschulen, für die das Kunsthochschulgesetz gilt, andererseits zu beobachten. *Zweitens* muss die Verwirklichung von Gleichstellungszielen als ein permanenter Prozess innerhalb der Hochschulen begriffen werden. Geschlechtergerechtigkeit ist damit kein zu erreichender Zustand, sondern muss durch eine gleich-

stellungssensible Praxis kontinuierlich hergestellt werden. Für die Umsetzung der gleichstellungspolitischen Vorgaben aus dem Hochschulgesetz bedeutet dies, dass die Hochschulen effektive Monitoring- und Controllingverfahren benötigen, mit denen Erfolge und Fehlschläge – etwa in Bezug auf das Ziel der Steigerung des Professorinnenanteils bei Neuberufungen – gemessen und gesteuert werden können. *Drittens* legen insbesondere die Rückmeldungen der Hochschulen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nahe, dass die Erhöhung des Frauenanteils am wissenschaftlichen Personal im Allgemeinen und bei den Professuren im Besonderen im Zentrum zukünftiger gleichstellungspolitischer Bemühungen stehen muss. Nur auf diese Weise lassen sich die gesetzlichen Vorgaben für eine geschlechterparitätische Gremienbesetzung oder eine geschlechtergerechte Hochschulfinanzierung langfristig umsetzen und damit die Geschlechtergerechtigkeit an Hochschulen in NRW insgesamt erhöhen.

## 3 DER GENDER GAP IN DER HOCHSCHULMEDIZIN – FAKTEN, ERFAHRUNGEN UND ERFORDERNISSE

Den Ausgangspunkt zum aktuellen Schwerpunktthema des Gender-Reports 2016 bildete die ausgeprägte Diskrepanz zwischen einem sehr hohen Medizinstudentinnenanteil und einer sehr geringen Anzahl von Professorinnen an den Medizinischen Fakultäten in NRW.

Die Frage, welche Bedingungen eine Wissenschaftskarriere von Frauen in der Hochschulmedizin begünstigen oder eher hemmen, ist bislang wenig untersucht. Diese Frage wurde in der vorliegenden triangulativen Studie aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

### 3.1 GLEICHSTELLUNG AN DEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN UND UNIKLINIKEN IM VERGLEICH

Die Unikliniken in Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster sowie die Medizinische Fakultät in Bochum<sup>3</sup> nehmen in Nordrhein-Westfalen die Aufgaben der Maximalversorgung wahr. Die Gender-Profile der Universitäten und Medizinischen Fakultäten in NRW zeigen, dass die einzelnen Standorte der Hochschulmedizin unterschiedliche Schwerpunkte setzen und in einem starken Wettbewerb bzw. einer großen Konkurrenz um die besten Medizinerinnen und Mediziner stehen. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus den Analysen der einzelnen Standorte und aus den ExpertInnengesprächen, insbesondere mit den Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten und der Unikliniken, vergleichend zusammengeführt.

#### *Gender (Pay) Gap und geschlechtersegregierte Arbeitsbereiche*

An allen Unikliniken und Medizinischen Fakultäten in NRW ist der Gender Gap und damit die rapide Abnahme der Frauenanteile mit steigender Karrierestufe stark ausgeprägt. Die nach Standort differenzierte Analyse der Statistiken macht in diesem Zusammenhang jedoch große Unterschiede sichtbar. So liegen die Frauenanteile an den Studierenden in ganz NRW zwar durchweg über der Geschlechterparität, variieren jedoch zwischen einem Anteil von 59,0 % in Bochum und einem sehr hohen Anteil von 68,8 % in Aachen. Im Karriereverlauf bis zur Ebene der Professur gehen diese überdurchschnittlichen Anteile an allen nordrhein-westfälischen Hochschulmedizinstandorten deutlich zurück. Während Frauen unter den Promovierten noch in der Mehrheit sind, liegt ihr Anteil an den Habilitierten an allen NRW-Kliniken bei nicht einmal einem Drittel. So kommt es gerade hier zur größten Geschlechterdifferenz im Verlauf der medizinischen Wissenschaftskarriere. Der weitere Blick auf die medizinischen Professuren in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass hier der Frauenanteil für 2014 noch einmal sinkt. Im zeitversetzten „Time Lag“ wird jedoch sichtbar, dass sich der Frauenanteil im Verlauf gar nicht so stark von der Habilitation zur Professur unterscheidet, der Bruch somit eher deutlich beim Übergang von der Promotion zur Habilitation stattfindet. Gemessen an den Studierenden- und ProfessorInnenzahlen liegen die kleineren Medizini-

schen Fakultäten Essen und Bochum<sup>4</sup>, bei denen die Professuren zu 21,4 % bzw. 33,3 % mit Frauen besetzt sind, im Vergleich der NRW-Unikliniken vorne; weit abgeschlagen ist Bonn, wo an der Medizinischen Fakultät lediglich 9,4 % Professorinnen lehren und forschen. Hinzu kommt für die Medizinprofessuren ein Gender Pay Gap: Anteilig mehr Professorinnen finden sich in den Besoldungsstufen W2/C2/C3 (16,2 %) als in den höchsten W3/C4-Stufen (12,4 %). Immerhin konnte sich der Anteil besonders in der höchsten Stufe von einem sehr niedrigen Niveau ausgehend steigern und auch die hohe Beteiligung von Frauen an den neu eingerichteten (allerdings sehr wenigen) W1-Professuren lässt auf einen weiteren positiven Trend in den nächsten Jahren hoffen. Die verschiedenen hohen Anteile von Frauen in den Hochschulkliniken deuten auf spezifische Bedingungen an den einzelnen Standorten hin. Betrachtet man die quantitativen Analysen der Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten, muss die verbreitete These der Feminisierung der Medizin, wenn es um Führungspositionen und hohe Leitungsfunktionen geht, verworfen werden.

#### *Gleichstellung in der Fakultät, in Leitungspositionen und im Leitbild*

Welche weitreichenden Auswirkungen ein geringer Professorinnenanteil für die Universitätskliniken haben kann, zeigt die Leitungsebene der Universitätskliniken und der Medizinischen Fakultäten. An den nordrhein-westfälischen Universitätskliniken sind hier Frauen deutlich in der Minderheit. An den meisten Medizinischen Fakultäten in NRW haben Frauen keine einzige der Dekanatspositionen inne. In Düsseldorf, Köln und Münster gibt es zumindest jeweils eine Studien- bzw. Prodekanin. Besonders hervorzuheben ist an den Medizinischen Fakultäten Köln und Münster, dass das Aufgabenprofil der Prodekaninnen einen Genderschwerpunkt aufweist. Diese Fakultäten signalisieren mit der Genderausrichtung der Prodekanate die hohe Bedeutung von Gleichstellung als Querschnitts- sowie Leitungsaufgabe. Der Blick auf die Klinikvorstände in NRW zeigt, dass auch hier Frauen stark unterrepräsentiert und deshalb an wichtigen Entscheidungen nicht beteiligt sind. Allein an

<sup>3</sup> Zur Besonderheit des Bochumer Modells siehe Kapitel C 2.

<sup>4</sup> Der hohe Frauenanteil in Bochum ist allerdings auf den vorklinischen und klinisch-theoretischen Bereich bezogen, weil die Professuren aus den Kliniken nicht unter die amtliche Hochschulstatistik fallen. Daher muss der verhältnismäßig hohe Frauenanteil relativiert werden.

den Kliniken in Aachen, Essen und Köln gehört dem Vorstand eine Frau an, womit jeweils ein maximaler Frauenanteil von einem Viertel erreicht wird. Auf der Ebene der Klinik- und Institutsleitungen zeigen sich zwischen den einzelnen Unikliniken stärkere Differenzen, allerdings beträgt der Frauenanteil hier im Durchschnitt nur etwa 10 %. Die Geschlechteranteile auf der Leitungsebene zeigen deutlich, dass hier ein hoher Handlungsbedarf herrscht. Um diesen Problembereich angehen und die Frauenanteile an Führungspositionen in den nächsten Jahren steigern zu können, muss zunächst an einer anderen Stellschraube gedreht werden: der Erhöhung des Frauenanteils auf Professuren in der Medizin. Erst dann kann auch die Leitungsebene, die sich aus dem Pool der ProfessorInnen bedient, zunehmend mit Frauen besetzt werden. Gleichstellung als Zielsetzung und Querschnittsaufgabe sollte an allen NRW-Standorten auch nach außen sichtbar formuliert und verfolgt werden. Als gutes Beispiel können die Medizinischen Fakultäten in Aachen, Düsseldorf und Münster sowie die Uniklinik Bonn angeführt werden, da sie in ihrer Profildarstellung bzw. in ihrem Leitbild zu Geschlechterfragen in Wissenschaft und Krankenversorgung Stellung nehmen. An den Universitätskliniken Düsseldorf und Bonn werden die Gleichstellungsbeauftragten für das nichtwissenschaftliche Personal zudem als eine Stabsstelle des Vorstands geführt.

#### *Unterschiedliche Ressourcen und Modelle für die Gleichstellungsarbeit*

Alle Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten verfügen über Gleichstellungsbeauftragte, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist; die personellen und finanziellen Ressourcen unterscheiden sich jedoch erheblich. Die Gleichstellungsbeauftragten an den Unikliniken fungieren als Interessensvertreterinnen für die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten, üben ihr Amt an fünf von sechs Universitätskliniken<sup>5</sup> hauptberuflich aus und werden dafür zu 100 % von ihren bisherigen Tätigkeitsfeldern an der Klinik freigestellt. Sie werden von den Vorständen der Uniklinik für ihr Amt bestellt und nicht – wie die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten – gewählt, was eine kontinuierliche(re) Arbeit ermöglicht. Eine Ausnahme bildet die Gleichstellungsbeauftragte der Uniklinik Münster, die für die Gleichstellungsarbeit nur zu 50 % freigestellt ist. Darüber hinaus haben le-

diglich die Gleichstellungsbeauftragten an den Unikliniken Essen, Bonn und Köln eine Stellvertretung für ihr Amt; alle anderen haben dadurch weniger Möglichkeiten, ihre Arbeit im gemeinsamen Austausch zu reflektieren und einzelne Aufgaben zu delegieren. Auch besitzt keine Uniklinik<sup>6</sup> in NRW ein festes Budget für die Gleichstellungsarbeit. Die Gleichstellungsbeauftragten können dadurch zwar an universitären Gleichstellungsmaßnahmen mitwirken, aber nur vereinzelt eigene Projekte initiieren, da ihnen die finanziellen und zeitlichen Ressourcen fehlen. Ihre Arbeit bleibt vorwiegend auf die Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben nach dem Landesgleichstellungsgesetz (§ 17) konzentriert.

Im Gegensatz zu den Gleichstellungsbeauftragten der Universitätskliniken werden die *Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten* für ihr Amt gewählt und sind in erster Linie für das ärztliche Personal und die wissenschaftlichen Beschäftigten zuständig. Ein einheitliches Modell für die Gleichstellungsarbeit gibt es an den Medizinischen Fakultäten aktuell nicht. An allen Medizinischen Fakultäten in NRW wird das Amt der Gleichstellungsbeauftragten als Zusatztätigkeit ausgeübt und die unterschiedlichen Modelle sind der Versuch, kompetente Gleichstellungsarbeit trotz großer Arbeitsbelastung in den Kliniken und Fakultäten möglich zu machen. Neben zeitlichen Ressourcen und engagierten Personen benötigt effektive Gleichstellungsarbeit, die Frauen gezielt fördert und in der Fakultät nachhaltig zu mehr Geschlechtergerechtigkeit beiträgt, darüber hinaus *finanzielle Mittel*. An einigen Unikliniken/Medizinischen Fakultäten werden für konkrete Projekte und Maßnahmen Mittel zur Verfügung gestellt. Feste Budgets für die Gleichstellungsarbeit und damit langfristige finanzielle Planbarkeit, jenseits von Projektförderungen, gibt es an den Medizinischen Fakultäten jedoch genauso wenig wie an den Universitätskliniken. Hier besteht deutlicher Handlungsbedarf. Auch die Art von Gleichstellungsmaßnahmen, mit denen speziell Frauen gefördert werden, variieren. So liegt der Fokus an einigen nordrhein-westfälischen Hochschulmedizinstandorten auf Mentoring- und Coaching-Angeboten und damit insbesondere auf der Karriereförderung von Frauen. An anderen geht es stärker um die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.

<sup>5</sup> Bochum wird bei dieser Betrachtung außen vorgelassen, da die einzelnen Kliniken des Bochumer Verbundmodells zum Teil in privater Trägerschaft sind und damit nicht dem Landesgleichstellungsgesetz unterliegen.

<sup>6</sup> Auch nicht die Unikliniken, die Gleichstellung als Stabsstelle etabliert haben.

Die Gleichstellungsbeauftragten der Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten sind sowohl online als auch konkret vor Ort unterschiedlich (stark) sichtbar. Beschäftigte, die Gleichstellungsmaßnahmen oder eine Beratung durch die Gleichstellungsbeauftragte in Anspruch nehmen möchten, müssen an einigen Standorten sehr gezielt danach suchen und werden nicht explizit auf die Angebote aufmerksam gemacht. Das kann nicht nur Interessierte hemmen, sich an das Gleichstellungsbüro zu wenden und um Rat oder Unterstützung zu bitten, sondern lässt sich auch als geringere Wertschätzung verstehen, die den Gleichstellungsbeauftragten und deren Arbeit seitens der Organisation entgegengebracht wird.

#### *(Un-)Gültige Frauenförderpläne – Unterschiede zwischen Medizinischen Fakultäten und Unikliniken*

In den ExpertInnengesprächen werden Gründe dafür benannt, warum nicht mehr Frauen in Leitungsgremien vertreten sind; dies ist demnach insbesondere auf den geringen Anteil von Frauen auf Professuren zurückzuführen. Dass nicht zuletzt vor diesem Hintergrund Gleichstellungs- und Frauenförderungsmaßnahmen verstärkt werden müssen, um den Anteil von Professorinnen zu erhöhen, liegt nahe. Die Schlussfolgerung, dass Frauen- und Gleichstellungspläne, mit denen Gleichstellungsziele festgesetzt und systematisch verfolgt werden können, notwendig sind, wird jedoch nicht gezogen. Dies zeigt sich auch im Fehlen dieser Pläne an fast allen nordrhein-westfälischen Unikliniken. Nach dem nordrhein-westfälischen Landesgleichstellungsgesetz (LGG) sind alle öffentlichen Einrichtungen mit mehr als 20 Beschäftigten angewiesen, einen Frauenförder- bzw. Gleichstellungsplan aufzustellen. Diese Pläne sind jedoch nicht nur rechtliche Verpflichtungen, sondern auch wegweisende gleichstellungspolitische Instrumente, um auch die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen geschlechtergerechter zu gestalten. Auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme aktueller Beschäftigtenzahlen sollen mithilfe der Frauenförder- bzw. Gleichstellungspläne die Gleichstellungsziele für Fakultäten und Unikliniken identifiziert sowie konkrete Maßnahmen zum Abbau der Unterrepräsentanz von Frauen für die Dauer von drei Jahren fortgeschrieben werden. Für die Unikliniken in NRW scheint die Festschreibung von Gleichstellungszielen in speziellen Plänen und damit die Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe aktuell wenig(er) Relevanz zu besitzen. So gibt es lediglich an der Uniklinik Düsseldorf zurzeit einen gültigen Gleichstellungsplan,

wobei sich aber die Pläne der Unikliniken Essen und Münster im Abstimmungs- oder Fortschreibungsprozess befinden. Die Medizinischen Fakultäten verfügen dagegen – mit Ausnahme der Fakultäten in Köln (im Abstimmungsprozess) und Münster – über Frauenförderpläne/Gleichstellungspläne. Hier scheint die Malusregelung in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen den Universitäten und dem Wissenschaftsministerium in NRW Wirkung zu zeigen und die Hochschulen auf die Erstellung und Verabschiedung von Gleichstellungsplänen in den Fakultäten positiven Einfluss genommen zu haben. Für die Universitätskliniken in NRW gilt eine solche Regelung nicht und die fehlende Verbindlichkeit führt offenbar dazu, dass weniger oder keine Notwendigkeit in der Erstellung von Frauenförder- bzw. Gleichstellungsplänen gesehen wird.

#### *Gendermedizin – erste Ansätze zur Implementierung in Forschung und Lehre*

Geschlechtergerechte (Hochschul-)Medizin lässt sich nicht allein an struktureller Gleichstellung und gleichen Chancen für Frauen und Männer messen; sie umfasst zudem medizinische Ausbildungsinhalte und Forschungen. Ein differenzierter Blick auf Frauen und Männer sowohl in Forschung und Lehre als auch im Klinikalltag gewinnt in Nordrhein-Westfalen zunehmend an Bedeutung. So werden an den nordrhein-westfälischen Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten Professuren eingerichtet oder Forschungsprojekte durchgeführt, in denen und durch die die Dimension Geschlecht Berücksichtigung findet. Über das Landesprogramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ des MIWF NRW konnten an den Medizinischen Fakultäten Essen, Köln und Düsseldorf im Jahr 2016 Genderprofessuren eingerichtet werden. Damit unterstreichen diese Fakultäten die Notwendigkeit, die Kategorie Geschlecht in der Forschung zu berücksichtigen und genderspezifische Fragestellungen in der Lehre zu verankern. An den Medizinischen Fakultäten Bonn und Münster wurden dagegen Professuren mit einer Genderdenomination, die bereits seit 1997 bestanden, mit dem Ruhestand der jeweiligen Lehrstuhlinhaberin gestrichen. Zudem werden Geschlechteraspekte in der Ausbildung der nordrhein-westfälischen Medizinstudierenden zurzeit eher selten thematisiert; es gibt jedoch in Aachen, Düsseldorf und Köln konkrete Genderlehrveranstaltungen oder Arbeitsgruppen in der Fakultät, die eine Verankerung von Gender in den Curricula prüfen. Die über das Landespro-

gramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ des MIWF neu eingerichteten oder umgewidmeten Professuren lassen zugleich hoffen, dass Genderaspekte in Forschung und Lehre zukünftig systematischer

berücksichtigt werden und die Relevanz der Genderforschung sowohl für die Ausbildung zukünftiger MedizinerInnen als auch für die Krankenversorgung erkannt wird.

### 3.2 ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN IN DER HOCHSCHULMEDIZIN: WISSENSCHAFTSKARRIERE, ARBEITSBEDINGUNGEN, VEREINBARKEIT

Die Erhebungen im Rahmen des Gender-Reports 2016 zielten auf unterschiedliche Gruppen von AkteurInnen im Feld der Hochschulmedizin: Die ExpertInneninterviews nehmen die Leitungsebene und die Gleichstellungsebene und damit (auch) eine Organisationsperspektive in den Blick, während die Online-Befragung der AssistenzärztInnen an den Unikliniken die Perspektive des ärztlichen und (potenziell) wissenschaftlichen Nachwuchses widerspiegelt. In diesen beiden Perspektiven finden sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Zusammenfassend lassen sich die folgenden Faktoren als zentrale Stellschrauben zur Reduzierung des Gender Gaps in der Hochschulmedizin benennen: Wissenschaftskarriere, Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeit.

#### *Wissenschaftskarriere in der Hochschulmedizin*

Die Ergebnisse des Gender-Reports 2016 zeigen auch in der nachwachsenden Generation noch einen deutlichen Gender Gap, was die Ambitionen für eine Wissenschaftskarriere betrifft. So können sich vier von zehn Assistenzärzten (40,4 %) vorstellen, zehn Jahre nach Abschluss der Weiterbildung Professor in der Hochschulmedizin zu werden, aber nur etwas über ein Viertel der Assistenzärztinnen (26,6 %) sieht sich auf dieser Position. Dennoch liegt bereits in diesem Viertel ein Potenzial für eine merkliche Erhöhung des Frauenanteils in der Hochschulmedizin. Die Aufstiegsambitionen enden für die meisten Frauen mittelfristig bei einer Position als Oberärztin, die sich immerhin acht von zehn Assistenzärztinnen vorstellen können. Hingegen sieht sich nur jede zehnte Frau als Chefärztin und nur jede zwanzigste als Leiterin einer Klinik, während Männer beide Positionen sehr viel häufiger zu ihren zukünftigen Optionen zählen. Allerdings würde selbst der Aufstieg eines Großteils der Assistenzärztinnen zur Oberärztin für die Universitätskliniken bereits eine deutliche Veränderung bedeuten: Zurzeit liegt der Anteil von Frauen an den OberärztInnen in Universitätskliniken bundesweit noch bei unter einem Drittel (31%), was auch für NRW gilt (vgl. Deutscher Ärztinnenbund 2016: 6).

Wird der Blick auf erste berufliche Weichenstellungen in Richtung Wissenschaft gerichtet, findet sich ein deutlich höherer Anteil an Frauen, die wissenschaftliche Ambitionen in ihre beruflichen Planungen einfließen lassen. So haben immerhin vier von zehn Frauen ihr Fachgebiet (auch) aus wissenschaftlichem Interesse gewählt und drei von zehn hatten bei der Wahl einer Universitätsklinik die Möglichkeit einer Wissenschaftskarriere im Blick. Von Männern wird beides in stärkerem Ausmaß geäußert. Insgesamt ist jedoch – bei Frauen wie Männern – ein (grundlegendes) wissenschaftliches Interesse weiter verbreitet als das konkrete Interesse an einer Wissenschaftskarriere. Männer beschäftigen sich konkreter mit den administrativen Hindernissen einer Wissenschaftskarriere – von der geringeren Planbarkeit wissenschaftlicher Karrierewege bis hin zu Problemen der Forschungsfinanzierung.

Bei den *Qualifikationsvoraussetzungen* für eine wissenschaftliche Karriere liegen Frauen und Männer zunächst gleichauf: Jeweils fast zwei Drittel der Befragten haben ihre Promotion bereits abgeschlossen und bei jeweils über zwei Dritteln davon handelt es sich um eine experimentelle Dissertation, die als ambitionierteste Form der medizinischen Promotion und als Voraussetzung für eine spätere Wissenschaftskarriere gilt. Einen Einbruch gibt es jedoch nach der Promotion: Während die Mehrheit der promovierten Männer an den Unikliniken eine Habilitation plant oder bereits daran arbeitet (63,5 %), verfolgen weniger als die Hälfte der promovierten Frauen diese Absicht (42,9 %). Diese Befunde sollten nicht vorschnell als Ausweis einer geringer ausgeprägten Karriereorientierung von Frauen gesehen werden. Möglicherweise beziehen Frauen nur ihre Erfahrungen von Benachteiligung und bislang geringeren Chancen auf eine klinische oder wissenschaftliche Karriere in der Medizin in ihre Zukunftspläne ein.

Die Hochschulmedizin zeichnet sich durch eine enge Verzahnung von Forschung, Ausbildung und Praxis

aus, wodurch NachwuchswissenschaftlerInnen, die eine Wissenschaftskarriere anstreben, die *Dreifachaufgabe* aus wissenschaftlicher Qualifizierung, fachärztlicher Ausbildung und PatientInnenversorgung bewältigen müssen. Die hier skizzierte Dreifachaufgabe unterscheidet die Hochschulmedizin nicht nur von anderen Wissenschaftsbereichen; in ihrer Gleichzeitigkeit wird sie von vielen ExpertInnen auch als der zentrale Grund für eine strukturelle und individuelle Überforderung der Ärzte und insbesondere der Ärztinnen gesehen. Dabei sei die berufliche Beanspruchung der MedizinerInnen in der fachärztlichen Weiterbildung ohnehin extrem hoch; mit der Entscheidung für eine akademische Karriere erhöhe sich der Komplexitätsgrad jedoch noch einmal dramatisch und habe zur Folge, so äußern es einige ExpertInnen, dass es weniger MedizinerInnen gebe, die sich in der Wissenschaft engagierten, sich habilitierten und auf eine Professur bewürben. Hier müssten strukturelle Lösungen gefunden werden, damit die zeitaufwändige wissenschaftliche Qualifizierung eine Karriere in der Wissenschaft nicht verhindere. Darüber hinaus ist die Hochschulmedizin stark hierarchisch geprägt; damit kämen, so eine häufig geäußerte Einschätzung, Frauen schlechter zurecht als Männer, einer Gleichstellungsbeauftragten zufolge gingen Frauen zudem vermehrt im „*Drumkümmern*“ (GBF, Z. 186) auf. Den Medizinerinnen wird ein stärkeres Interesse an Fürsorge zugeschrieben und demgegenüber ein Interesse an wissenschaftlicher Arbeit und die Fähigkeit zum Bestehen unter hierarchischen und belastenden Verhältnissen abgesprochen.

Auffällig viele der Expertinnen und Experten führen den Nachwuchsmangel, aber auch den Gender Gap in der Hochschulmedizin auf einen Einstellungswandel bei der jüngeren MedizinerInnengeneration zurück. Diese sei stärker bemüht, Freizeit und Familie mit ihrer beruflichen Tätigkeit zu verbinden. Vor dem Hintergrund anderer, nicht selten lukrativerer Karriereoptionen, die sich den Nachwuchsärztinnen und -ärzten böten, würden gute Arbeitsbedingungen zunehmend zu einem wichtigen Entscheidungskriterium bei der Berufswahl. Frauen würden, so äußern es einige ExpertInnen, viel genauer abwägen, ob sowohl die Anforderungen und Verpflichtungen als auch die Arbeitsbedingungen und kulturellen Strukturen auf den höheren Ebenen der Hochschulmedizin mit ihrem eigenen Lebenskonzept übereinstimmen. Sie hätten andere berufliche Ziele, seien weniger risiko- und konfliktbereit und könnten mit zeitlichen Befristun-

gen schlechter umgehen als Männer. Ärztinnen, die eine wissenschaftliche Karriere in der Medizin anstreben, wird von den ExpertInnen empfohlen, vor Vorgesetzten und KollegInnen ihre Ziele konkret zu äußern und auch ihre Prioritäten dementsprechend zu setzen, indem sie beispielsweise einen Dienst nicht übernehmen, wenn sie die Zeit für ihre Forschung bräuchten. Auch müssten sie die entsprechenden Netzwerke knüpfen, damit sie auf sich aufmerksam machen und dann auch gefördert und protegiert werden könnten. In diesen Aussagen werden auch die *Stereotype* sichtbar, die es Ärztinnen erschweren, in der Hochschulmedizin erfolgreich Karriere zu machen, und die von einigen ExpertInnen ebenfalls als Hindernisse in Form von Vorurteilen konkret benannt werden. Medizinerinnen müssten deutlicher artikulieren, dass sie eine wissenschaftliche Karriere anstrebten, da sie von ihren Vorgesetzten sonst nicht unterstützt würden. Bei Männern wird eine Hochschulmedizinkarriere selbstverständlicher als Berufsziel vorausgesetzt – das Bild des (männlichen) Medizinprofessors ist weiterhin äußerst wirkmächtig. Frauen, die dieses Ziel ebenfalls verfolgen, gelten noch als Ausnahme von der Regel. Hier wird ein Widerspruch deutlich: Einerseits wird diese Auffassung von einigen Führungskräften als Schwierigkeit und Hemmnis für Frauen erkannt und kritisiert – aber zugleich werden Frauen besonders in die Pflicht genommen. Andere befragte ExpertInnen äußern andererseits offen die Einschätzung, dass Medizinerinnen per se weniger an einer wissenschaftlichen Laufbahn interessiert, dafür aber (allein) für die Familie verantwortlich seien.

Zudem wurde von einigen befragten ExpertInnen betont, dass Universitätskliniken und Krankenhäuser vielfach noch zu wenig erkannt hätten, dass sie sich aktiv um den medizinischen Nachwuchs bemühen müssten. Angesichts des Mangels an Medizinerinnen und Medizinern könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass eine neue WissenschaftlerInnengeneration einfach „nachwachsen“; vielmehr müsse hier ein Umdenken stattfinden. Zentral sei es, dass Karrierewege transparenter gestaltet und AssistenzärztInnen in ihrer Ausbildung besser betreut und begleitet würden. In diesem Zusammenhang wird insbesondere von den Gleichstellungsbeauftragten nicht nur die Bedeutung von Coaching- und Mentoringprogrammen für Frauen, sondern auch von OberärztInnenstellen betont, die für Medizinerinnen ein Sprungbrett für eine Position als Chefärztin, aber auch für die Bewerbung auf einen Lehrstuhl sein könnten. Hier müssten

verbindliche Kriterien festgeschrieben werden – insbesondere Transparenz bis hin zur öffentlichen Ausschreibung, damit nicht „an den Frauen vorbei befördert wird“ (GBF, Z. 771).

Neben Handlungsempfehlungen, die sich an die Leitungsebenen der Unikliniken, und solchen, die sich vorrangig an die individuelle Ebene der Ärztinnen richten, sehen einige ExpertInnen auch die *Politik in der Verantwortung*. Diese müsste nicht nur die Arbeitsschutzregelungen für Schwangere (Mutterschutz) so gestalten, dass sie nicht zu einem Nachteil für Assistenzärztinnen werden, sondern auch durch externe Vorgaben Einfluss nehmen. So werden insbesondere von den Gleichstellungsbeauftragten gesetzliche Quotierungsregelungen und finanzielle Anreize als hilfreiche externe Steuerungsmittel hervorgehoben, um strukturelle Veränderungen und einen Bewusstseinswandel in der medizinischen Kultur zu bewirken. Die Ärztlichen Direktoren und Dekane führen darüber hinaus die notwendige Unterstützung des Ausbaus von Kinderbetreuungseinrichtungen an den Unikliniken durch das Land NRW an. Frauenförderung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf seien grundsätzlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die in einzelnen Bereichen durch flankierende Maßnahmen und Ressourcen unterstützt werden müssten.

#### *Arbeitsbedingungen an den Universitätskliniken*

Im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Qualifizierung werden auch die Arbeitsbedingungen an den Universitätskliniken problematisiert, denen sowohl von den ExpertInnen als auch von AssistenzärztInnen ein hoher Veränderungsbedarf attestiert wird. Die Diagnose ist klar: Überlange und unplanbare Dienste verunmöglichen nicht nur ein aktives Familienleben, sondern auch eine gute Work-Life-Balance. Hier offenbaren sich jedoch unterschiedliche Ansatzpunkte: Während AssistenzärztInnen ihre starke Belastungssituation sehr eindringlich schildern, stellen die ExpertInnen die Arbeitsbedingungen auch als eine Frage der Wahl dar: AssistenzärztInnen könnten mittlerweile durch ihre persönliche Entscheidung für einen Ausbildungs- und Arbeitsort Einfluss auf die Arbeitsbedingungen nehmen, denen sie sich aussetzen wollen. Das unterstellt, dass hier ein heterogenes Spektrum zur Auswahl steht. Aufgrund des Fachkräftemangels seien die Kliniken als Organisationen gezwungen, auf die Wünsche der AssistenzärztInnen einzugehen. Anhaltspunkte für ein solches Auswahlpektrum liefert die Online-Befragung der Assistenz-

ärztinnen und -ärzte jedoch nicht. Vielmehr schildern die befragten AssistenzärztInnen in großer Übereinstimmung ihre Unikliniken als Arbeitsorte, in denen ihre persönlichen Bedürfnisse so gut wie nicht berücksichtigt werden und es sowohl an struktureller Unterstützung als auch an persönlicher Wertschätzung fehlt.

In vielfältiger Weise wurden die spezifischen Gegebenheiten einer traditionell männlich geprägten medizinischen Fachkultur deutlich, die die Arbeitskultur an den Universitätskliniken und den Medizinischen Fakultäten maßgeblich steuern. Gepaart mit dem „Gebot“ der Vollzeittätigkeit und der fehlenden Rücksichtnahme auf persönliche Lebenslagen, wie etwa dem Wunsch nach Teilzeitmöglichkeiten oder der Rücksicht auf Familien, wird eine Kultur gefördert, die es nur bedingt zulässt, von der Norm abzuweichen. Auch von den ExpertInnen wird die klinisch-medizinische Arbeitskultur als starr, hierarchisch und unfreundlich gegenüber jeder Art von Privatleben dargestellt. Die Notwendigkeit eines Kulturwandels wird also allseits eingeräumt. Deutlich wird aber auch, dass die ExpertInnen von innen heraus wenige Veränderungsmöglichkeiten sehen. Als Hoffnungsträgerin gilt die nachwachsende Generation von ÄrztInnen, denen eine stärker hedonistische Arbeits- und Lebenseinstellung zugeschrieben wird. Einerseits soll diese „Generation Y“ einen überfälligen Kulturwandel in der Hochschulmedizin befördern, der ein anderes Führungsverständnis (partizipatorisch statt hierarchisch) beinhaltet und Gleichstellung befördert. Andererseits – und hier liegt der Widerspruch – wird gerade diese Generation für den Nachwuchsmangel in der Hochschulmedizin verantwortlich gemacht, da keine Bereitschaft zu privaten Opfern mehr vorhanden sei, die aber für eine Wissenschaftskarriere nötig seien. In den Aussagen der AssistenzärztInnen hingegen erscheint der ärztliche und wissenschaftliche Nachwuchs weniger hedonistisch, sondern eher kalkulierend: Persönliche Opfer (Einbußen im Privatleben, langer und unsicherer Qualifizierungsweg) werden aufgerechnet gegen den möglichen Gewinn durch eine Professur.

An den Kliniken in Deutschland herrscht ein zunehmender *Fachkräftemangel*, der dazu führt, dass es sich insbesondere die großen Universitätskliniken aktuell nicht mehr „leisten“ können, das Potenzial von gut ausgebildeten Medizinerinnen ungenutzt zu lassen. Diese Erkenntnis wird auch in den ExpertInneninter-

views deutlich; hier wird sogar von einer Konkurrenz um die wenigen hochqualifizierten Medizinerinnen/Wissenschaftlerinnen gesprochen. Deutlich erkennbar ist, dass einige der Führungskräfte die Notwendigkeit eines Wandels der Strukturen einerseits und des Bewusstseins andererseits sehen. Die momentane Situation scheint damit eine Chance für mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin zu sein. Dennoch fehlt an den Unikliniken in NRW zurzeit ein einheitliches Modell für die Gleichstellungsarbeit. Vielmehr gestalten sich die Gleichstellungsstrukturen sowohl an den Medizinischen Fakultäten als auch an den Universitätskliniken sehr heterogen, wie die Klinikprofile im Einzelnen zeigen.

Die genauere Untersuchung der Situation während der Weiterbildung zeigt: Die große Mehrheit der Assistenzärztinnen und -ärzte fühlt sich den klinischen Arbeitsanforderungen gewachsen, insbesondere kompetent im Umgang mit PatientInnen, und sieht die eigenen Stärken (auch) in den praktisch-ärztlichen Tätigkeiten. Die vorgefundene Arbeitssituation wird von Frauen wie Männern jedoch äußerst kritisch betrachtet: So stimmen acht von zehn Frauen und Männern der Einschätzung zu, aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens bestehe häufig großer Zeitdruck. Zeit bzw. *Zeitmangel* ist auch ein vorherrschendes Thema auf die Frage, welche Bedingungen für eine Wissenschaftskarriere förderlich oder hinderlich sind. Der von den meisten Befragten monierte Zeitmangel wird letztlich auch auf einen Personalmangel in den Kliniken zurückgeführt, eine Situation, die ihren Ausdruck in zahlreichen klinischen Überstunden von AssistenzärztInnen und im Verrichten zahlreicher nichtärztlicher, aber auch nichtwissenschaftlicher Tätigkeiten findet, um den Klinikbetrieb aufrechtzuerhalten. So ist „mehr Zeit“ die von Frauen und Männern am häufigsten genannte Forderung, wenn es um eine wissenschaftsförderliche Struktur während der Weiterbildung geht. Hier bietet sich nach Meinung etwa der Hälfte der ÄrztInnen eine Freistellung zur Forschung und Lehre oder eine bessere Vereinbarkeit von Klinik und Forschung an. Schaffen es die Universitätskliniken und die Hochschulmedizin, die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben durch flexible Arbeitszeitmodelle zu fördern, können Forschung und Wissenschaft an Attraktivität gewinnen.

Was die Förderung von Wissenschaft in der Klinik betrifft, ist die allgemein wohlwollende Unterstützung der Vorgesetzten weiter verbreitet als konkrete

Unterstützung. So fühlen sich zwar drei Viertel der an einer Professur interessierten Frauen wie Männer von ihren Vorgesetzten zu Forschung und Publikationen ermutigt, aber konkrete Unterstützung in Form von Datenzugang und zeitlichen Ressourcen erhalten nach eigener Aussage deutlich weniger: die Hälfte der Männer und nur etwas über ein Drittel der Frauen. Die Antworten liefern damit auch Hinweise auf unterschiedliche wissenschaftliche Förderpraxen nach Geschlecht. Diese zeigen sich ebenfalls beim Aufbau der für eine Wissenschaftskarriere so bedeutsamen Netzwerke: Frauen, die eine Professur anstreben, sind weniger häufig als Männer in Netzwerke eingebunden, die den hierarchieübergreifenden Austausch mit (in der Regel männlichen) ProfessorInnen ermöglichen – also in die für eine Karriere entscheidenden Netzwerke. An dieser Stelle muss betont werden, dass auch viele Männer, die eine Professur unter ihren wichtigsten Berufszielen angeben, sich wissenschaftlich nicht optimal gefördert fühlen. Die Befragungsergebnisse liefern Anhaltspunkte dafür, dass die wissenschaftliche Förderstruktur an den Universitätskliniken alles andere als einheitlich ist und nicht zuletzt stark von der Person der bzw. des Vorgesetzten und von der Kultur in der jeweiligen Klinik abhängt. Im Unterschied zu Männern berichten Frauen jedoch nicht nur über mangelnde zeitliche Ressourcen und fehlende Unterstützung für ihre wissenschaftliche Arbeit, sondern sehr viel häufiger über Benachteiligungen, die sie vor allem ihrem Geschlecht zurechnen: Knapp über die Hälfte der Assistenzärztinnen hat sich während ihrer Weiterbildung aufgrund ihres Geschlechts benachteiligt gefühlt. So geben Frauen häufig an, dass ihnen Karriereambitionen generell abgesprochen würden, weil ihnen eine spätere Priorität auf Familie unterstellt werde. Oftmals wird ihre fachliche Kompetenz angezweifelt, vor allem als jungen Assistenzärztinnen, und sie müssen sich abwertenden Kommentaren stellen. Eine Abwertung im Klinikalltag erfahren nach eigener Aussage auch Männer, die nicht der Norm entsprechen – als aktive Väter, als Ausländer, als Homosexuelle oder als Persönlichkeit, die sich nicht offensiv durchsetzen kann oder will. Die Aussagen zu den Benachteiligungen zeichnen das Bild eines Klinikalltags, der von der Norm unbegrenzter Verfügbarkeit und einer Selbstdarstellung auf Kosten anderer geprägt ist.

Möchte man die eigene Karriere beschleunigen, steht man in ständiger *Konkurrenz* mit weiteren ÄrztInnen,



sodass Machtspiele erschwerend hinzukommen. Besonders trifft dies auf die männlichen Befragten zu, die eine Hochschullaufbahn in Erwägung ziehen. Ansatzpunkte für einen Kulturwandel sehen die Ärztinnen und Ärzte durch eine weniger ökonomische Ausrichtung der Universitätskliniken und eine Fokussierung auf die medizinische Ausrichtung. Dadurch könnte auch der Abbau eines starren Hierarchiedenkens eingeleitet und eine Kommunikationskultur eingeläutet werden, die wertschätzend ist, was wiederum den Abbau der Arbeitsbelastung begünstigt.

#### *Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Hochschulmedizin*

Der Gender Gap zwischen dem Anteil von Frauen und Männern auf Professuren, der sich in vielen (Wissenschafts-)Bereichen feststellen lässt, ist in der Medizin besonders stark ausgeprägt. Als einen zentralen Grund benennt die Mehrheit der ExpertInnen die schwierige Vereinbarkeit von Familie, klinischer Qualifikation und Wissenschaftskarriere. Die ohnehin starke Arbeitsbelastung durch die Dreifachaufgabe aus wissenschaftlicher Qualifizierung, fachärztlicher Ausbildung und PatientInnenversorgung werde für Frauen durch eine Familiengründung noch verkompliziert. Durch Teilzeitbeschäftigung und Auszeiten (bedingt u. a. durch Mutterschutzregelungen, die zum Abbruch von Forschungsarbeiten führen) werde die Weiterbildung häufig erschwert und verlängert. In diesen Einschätzungen wird nicht nur deutlich, dass sich Frauen als Mütter nach wie vor mit großen Herausforderungen konfrontiert sehen, sondern dass sie in Bezug auf die Frage der Vereinbarkeit (von den Leitungskräften der Kliniken) vorrangig adressiert werden. Die Versorgung von Kindern wird selbstverständlich Frauen zugewiesen – Vereinbarkeit bleibt damit weiterhin vor allem ein Problem für Mütter und nicht für Eltern insgesamt.

Die Demonstration unbegrenzter zeitlicher Verfügbarkeit erweist sich als eine der wichtigsten Normen im Klinikalltag und als Ausweis der eigenen Förderungswürdigkeit. Daher besteht die am häufigsten vorgebrachte Erklärung, warum so wenige Frauen eine Klinikprofessur innehaben, in der mangelnden Vereinbarkeit dieser Position mit der (aktiven, zeitlichen) Verantwortung für Kinder. In der Tat sehen die meisten Assistenzärztinnen diese Vereinbarkeit als zentrales Problem, das jeglichen Karriereplänen entgegensteht. Das zeigen bereits die Einschätzungen der

(noch) kinderlosen Befragten, die den allergrößten Teil (rund 80 %) ausmachen: So bewerten 60 % der Assistenzärztinnen eine (zukünftige) Familie als unvereinbar mit einer Vollzeittätigkeit – noch immer ein ungeschriebenes Gesetz in der Medizin –, aber nur ein Drittel der Assistenzärzte. Außerdem sehen fast zwei Drittel der kinderlosen Frauen Kinder als Karrierehindernis, aber lediglich knapp ein Viertel der Männer. Für Assistenzärztinnen hat die Familienplanung damit eine sehr viel stärkere Relevanz – und zwar als Hindernis – für ihre berufliche Zukunft als für die meisten Assistenzärzte. Übereinstimmend wird also die mangelnde Vereinbarkeit einer medizinischen Hochschulkarriere mit einer Familie als entscheidendes Hindernis benannt – sowohl von den ExpertInnen als auch von einem Großteil der Assistenzärztinnen. Hier muss jedoch differenziert werden. Bei genauer Betrachtung geht es nicht um eine prinzipielle Unvereinbarkeit mit Familie, denn für viele Männer in klinischen und wissenschaftlichen Führungspositionen gehören Kinder selbstverständlich zu ihrem Leben und für die allermeisten Assistenzärzte, die eine Professur als ein Karriereziel nennen und noch keine Kinder haben, zu ihrem Lebensplan. Vielmehr geht es um die aktive, zeitliche Verantwortung für die Betreuung von Kindern, die sowohl mit dem Klinikalltag als auch mit einer wissenschaftlichen Karriere kollidiert. Dieses Vereinbarkeitsproblem wird grundsätzlich Frauen zugeschrieben – von ExpertInnen, von klinischen Führungskräften, aber auch von Assistenzärztinnen selbst. Dazu trägt bei, dass „mangelnde Vereinbarkeit“ als allgemein akzeptiertes Erklärungsmuster in den Kliniken gilt und Frauen immer wieder entgegengebracht wird. Nicht reflektiert wird dabei, dass solche Erklärungsmuster auch eine eigene Wirkungsmacht entfalten können, die Frauen davon abhält, eine Wissenschaftskarriere überhaupt für sich in Betracht zu ziehen.

Jede zweite Frau, die sich vorstellen kann, Professorin zu werden, benennt Vereinbarkeit als Hindernis für ihre Wissenschaftskarriere, aber nur jeder sechste Mann. Ist eine Familie bereits vorhanden, sind es vor allem Frauen, die über konkrete Benachteiligungen berichten: Die Benachteiligung von Teilzeitbeschäftigten – mangelnde Förderung bis hin zu direkter Abwertung – trifft de facto vor allem Frauen, weil sie viermal häufiger als Männer ihre Weiterbildung in Teilzeit absolvieren. Auch der mangelnde Zugang zu einer adäquaten flexiblen Kinderbetreuung, die auch ausgedehnte Arbeitszeiten abfangen kann, wird vor

allem von Frauen moniert, die sich hier in Konkurrenz zu anderen Personalgruppen um knappe Betreuungsplätze sehen. Diese Benachteiligung betrifft alle, die als Mütter und Väter zeitliche Verantwortung für die Kinderbetreuung übernehmen (wollen). Die ausgedehnten klinischen Arbeitszeiten (Schicht, Nacht- und Bereitschaftsdienste sowie unplanbare Überstunden) schließen jegliche externe Verpflichtung aus und sind – wie die Aussagen in großer Übereinstimmung verdeutlichen – nicht auf Familienverträglichkeit zugeschnitten. Hinzu kommen die lange Dauer und die mangelnde Planbarkeit einer Wissenschaftskarriere, die private Planungen auf lange Sicht erschweren. Dabei fördern die Ergebnisse auch Differenzen zwischen Männern zutage. Für Männer, die keine Professur anstreben, ist die Vereinbarkeit mit einer Familie ein entscheidender Grund, eine Wissenschaftskarriere für sich auszuschließen. Sie sind auch mehrheitlich nicht bereit, Schwierigkeiten in ihrer Partnerschaft auf sich zu nehmen, die sich aus ihrer Karriere ergeben, während die Männer, die eine Wissenschaftskarriere anstreben, diese Schwierigkeiten sehr viel häufiger bereits einkalkulieren oder in ihrer Haltung ambivalent sind. Die Aussagen machen deutlich, dass die Einschränkung des Privat- und Familienlebens, die gerade durch eine Wissenschaftskarriere in der Hochschulmedizin für einen unkalkulierbaren Zeitraum in Aussicht gestellt wird, auch für Männer nicht (mehr) durchgängig attraktiv ist. Insbesondere Frauen mit Kinder- und Professurwunsch unterliegen einer Vierfachbelastung, die mit den derzeitigen Arbeitszeitmodellen und Wegen in die Wissenschaft sowie einer starren medizinischen Fach- und Arbeitskultur kaum zu bewältigen ist.

Übereinstimmung zwischen den befragten ExpertInnen und AssistenzärztInnen besteht darin, dass in den Unikliniken Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit ergriffen werden müssten, um eine Wissenschaftskarriere attraktiv zu gestalten: von erweiterter Kinderbetreuung und flexiblerer Arbeitszeitgestaltung über Teilzeitbeschäftigung bis hin zu Möglichkeiten des Job Sharings auch in Leitungspositionen. Trotz aller Maßnahmen, die die Kliniken bieten sollten, wird Vereinbarkeit von ExpertInnen auch als eine Sache der klaren Entscheidung, der anschließenden Prioritätensetzung und der Unterstützung im persönlichen Umfeld dargestellt und damit individualisiert. Assistenzärztinnen sehen Handlungsbedarf hingegen weniger im Privaten: So sind selbst die Frauen, die bereits Kinder haben, mehrheitlich zufrieden mit der

privaten Arbeitsteilung zwischen ihnen und ihren Partnern. Vielmehr wird sehr deutlich die Organisationsebene adressiert: die für Ärztinnen und Ärzte unzugängliche Kinderbetreuung, die faktische Diskriminierung von Teilzeitbeschäftigten, starre Dienstpläne, unplanbare Arbeitszeiten und verständnislose Vorgesetzte und KollegInnen.

Um dem Ziel von mehr Chancengerechtigkeit in der Hochschulmedizin im Allgemeinen und einem höheren Frauenanteil an Führungspositionen, insbesondere Professuren, im Speziellen näher zu kommen, bedarf es konkreter Maßnahmen zur Reduzierung des Gender Gaps – diese fokussieren aktuell die Politik und die Ärztinnen, vor allem aber die Universitätskliniken als Arbeitgeberinnen. So sind für viele ExpertInnen der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten und die Flexibilisierung der Arbeitszeitgestaltung wichtige Schritte, damit Familienverpflichtungen besser mit den Arbeitsanforderungen in Einklang gebracht werden können. Von großer Bedeutung sei es, dass an den Kliniken vonseiten der Leitungskräfte eine offene Haltung gegenüber der Vereinbarkeit von Wissenschaft, Klinikalltag und Familienverantwortung signalisiert werde. Nur über die Vermittlung dieser Haltung an die Mitarbeitenden, eine grundsätzliche Sensibilisierung der Beschäftigten und die Schaffung eines Bewusstseins für Geschlechtergerechtigkeit könne ein Kulturwandel in der (Hochschul-)Medizin vorangetrieben werden, der für mehr Chancengleichheit notwendig, aber nach wie vor ein *„Problem im Kopf“* (ÄD, Z. 218) sei.

## Resümee

Zentral für die vorliegende Erhebung war die Frage, wie die geringe Repräsentanz von Frauen auf den höheren Stufen einer Wissenschaftskarriere in der Hochschulmedizin zu erklären ist. Fragen wir aktuell die jungen Assistenzärztinnen und -ärzte danach, was sie sich von ihrer Uniklinik und Medizinischen Fakultät an Unterstützung wünschen, heißt es auf den Punkt gebracht „Zeit, Zeit, Zeit“. Von den ungünstigen Arbeitsbedingungen in den Universitätskliniken sind allerdings Frauen in besonderer Weise betroffen. Zusammenfassend lassen sich aus dem Feld heraus zwei gängige Erklärungsmuster für den Gender Gap identifizieren:

*Differenzthese:* Nach dieser Begründung sind Frauen weniger karriereorientiert als Männer. Zum einen wird das auf eine grundsätzliche Aversion von Frauen gegenüber Macht und Konkurrenzkampf sowie auf ihren Wunsch nach guten Arbeitsbedingungen zurückgeführt. Zum anderen dominiere bei Frauen die Orientierung auf Familie, dementsprechend legten sie bei ihren beruflichen Präferenzen vor allem Wert auf eine gute Vereinbarkeit. Vor diesem Hintergrund scheidet eine Klinikprofessur, die mit ausgedehnten und unplanbaren Arbeitszeiten verbunden ist, auch längerfristig als Option für die meisten Frauen aus. Vereinbarkeit wird ausschließlich als Problem von Frauen thematisiert, berufstätige Väter tauchen in dieser Argumentation nicht auf. Ebenso wenig wird die Benachteiligung von Frauen thematisiert, wie sie sich aus der Perspektive vieler Assistenzärztinnen darstellt: Dass Frauen von ihren Vorgesetzten grundsätzlich Familienorientierung und eine baldige Schwangerschaft unterstellt werden, erscheint insofern als Strategie, um die mangelnde Förderung zu legitimieren.

*Gleichheitsthese:* Diese Argumentation basiert auf der Annahme, dass Frauen mittlerweile genauso karriereorientiert sind wie Männer – das Problem der geringen Repräsentanz von Frauen auf Medizinprofessuren werde sich daher erledigen, wenn jüngere Frauen nachrückten und entsprechend gefördert, aber auch selbst für ihre Karriere aktiv würden. Damit verbunden ist dennoch eine Defizitsicht auf Frauen: Frauen seien zu leise und machten zu wenig auf sich und ihre Karriereambitionen aufmerksam. Wenn Frauen deutlich zeigen würden, dass sie habilitieren wollen, fordernd auftreten und sich gegenüber klinischen

Anforderungen öfter abgrenzen würden, könnten sie genauso Karriere machen wie Männer, so die implizite Gleichheitsthese. In den Aussagen der Assistenzärztinnen wird genau diese Haltung jedoch als Diskriminierung benannt: Die Beweislast, dass sie Karriere machen wollten, liege bei ihnen. Der Normalfall bestehe darin, als Frau – ob beruflich ambitioniert oder nicht – übersehen und nicht gefördert zu werden.

Damit beinhalten sowohl die Gleichheits- als auch die Differenzthese einen selektiven Blick auf Frauen. Geschlechtergerechtigkeit als Prinzip zielt hingegen auf die gleichberechtigte Teilhabe, die sich in einer geschlechterparitätischen Beteiligung ausdrückt – und zwar unabhängig von einer konkreten Familienorientierung. Damit diese Geschlechtergerechtigkeit verankert wird, bedarf es konkreter Maßnahmen zur Reduzierung des Gender Gaps, in die alle Akteurinnen und Akteure der Hochschulmedizin einbezogen werden. Insofern geht es auch, aber nicht allein, um die Vermittlung einer bestimmten Haltung unter den Mitarbeitenden sowie einen Kulturwandel auf der Leitungsebene. Die Abkehr von traditionellen Geschlechterstereotypen sowie die Förderung egalitärer Geschlechterbilder und damit eines Kulturwandels erfordern ein Umdenken – nicht zuletzt auch mit Blick auf die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten, die nicht mehr dazu bereit ist, ihr gesamtes privates Leben dem Beruf unterzuordnen. Darüber hinaus – dies machen gerade die Rückmeldungen der Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler während ihrer fachärztlichen Weiterbildung deutlich – muss es auch um strukturelle Veränderungen auf der Ebene der Hochschul-, Gesundheits-, Gleichstellungs- und Finanzpolitik gehen, von denen die Hochschulmedizin unmittelbar betroffen ist. Diese richten sich an alle Ebenen und Gruppen.

Mithilfe solcher kulturellen und strukturellen Reformen in der Hochschulmedizin kann es gelingen, die vielfältigen Anforderungen im eigenen Lebensverlauf und in der alltäglichen Lebensführung zu bewältigen. Nach der Diagnose umfasst die Therapie zur Reduzierung des Gender Gaps in der Hochschulmedizin und zur Erhöhung des Professorinnenanteils in der Medizin zusammengefasst folgende Strategien: Wissenschaftskarrieren planbarer gestalten, Arbeitsbedingungen grundlegend verbessern und Vereinbarkeit strukturell ermöglichen.

### 3.3 ERFORDERNISSE UND EMPFEHLUNGEN ZUM ABBAU DES GENDER GAPS IN DER HOCHSCHULMEDIZIN UND ZUR ERHÖHUNG DES PROFESSORINNENANTEILS IN DER MEDIZIN

Nachdem die Hochschulmedizin aus der Perspektive verschiedener Akteurinnen und Akteure (Klinikleitung, Fakultätsleitung, Gleichstellungsbeauftragte, AssistenzärztInnen) umfassend beleuchtet wurde, geht es nun darum, diese Perspektiven in Empfehlungen zusammenzuführen. Die Grundlage dafür bilden die von den unterschiedlichen AkteurInnen selbst herausgestellten Ansatzpunkte für Verbesserungen, die nun gebündelt und zugespitzt werden. Die folgenden Empfehlungen schlagen die Verankerung von Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin anhand von drei Ansatzpunkten vor, die sich in den Gesprächen und Befragungsergebnissen als die zentralen Stellschrauben erwiesen haben: (1) eine verbesserte Planbarkeit von Wissenschaftskarrieren, (2) eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie (3) eine strukturelle Ermöglichung von Vereinbarkeit. Die Handlungsvorschläge richten sich an die Medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken, aber auch an die Politik auf Bundes- und Landesebene. Die drei Stellschrauben – Wissenschaftskarriere, Arbeitsorganisation, Vereinbarkeit – sind nur durch eine starke Gleichstellungsarbeit in Bewegung zu bringen, für die es bereits mehrere Beispiele an den Universitätskliniken gibt. Deren Erfahrungen können auch standortübergreifend nutzbar gemacht werden.

#### Wissenschaftskarrieren planbar gestalten

**Zur Reduzierung des Gender Gaps in der Medizin ist die proaktive Gestaltung und Begleitung von Wissenschaftskarrieren notwendig. Dies beinhaltet insbesondere die gezielte Erhöhung des Anteils von Professorinnen in der Medizin – nicht zuletzt durch eine aktive Gleichstellungsarbeit.**

*Notwendig ist seitens der Medizinischen Fakultäten und der Unikliniken, ...*

- ... **die Karrierewege in die Hochschulmedizin und zu einer Professur transparent und planbar zu gestalten.**

Das Interesse an Forschung ist ein Potenzial, das geweckt werden kann. Dazu können die Fakultäten aktiv beitragen, indem sie bereits im Studium,

spätestens aber zu Beginn der Promotionsphase, ihre Nachwuchsmedizinerinnen durch Veranstaltungen und Informationsangebote systematisch über den wissenschaftlichen Karriereweg zu einer Professur informieren.

- ... **deutlich mehr Frauen nach der Promotion zum erfolgreichen Abschluss einer Habilitation zu führen.**

Der Gender Gap in der Hochschulmedizin wird erst nach der Promotion sichtbar, d.h. bei der Entscheidung für oder gegen eine Habilitation. Um ihn zu schließen, fördern einzelne Medizinische Fakultäten insbesondere die Habilitationen von Frauen, etwa durch strukturierte Programme oder Zeitfreistellungen. Dieses wichtige Förderinstrument sollte deutlich ausgeweitet werden.

- ... **Wege in die Hochschulmedizin durch Mentoringprogramme und wissenschaftliche Karriereplanung zu unterstützen.**

Ein Großteil der Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten unterstützt Nachwuchswissenschaftlerinnen bereits während des Studiums durch Mentoringprogramme und Angebote zur Planung einer wissenschaftlichen Karriere. Mentoring als zentrales Gleichstellungsinstrument fördert angehende Forscherinnen bei ihrer Vernetzung und sollte möglichst flächendeckend in der Hochschulmedizin NRW angeboten werden. Mentoringprogramme sollten auch genutzt werden, um Rückmeldungen der Mentees zu ihrer Situation und den spezifischen Hindernissen systematisch aufzubereiten.

- ... **Geschlecht als Thema stärker in die Curricula der medizinischen Ausbildung einzubeziehen.**

In der medizinischen Ausbildung gewinnen sowohl im Rahmen des Studiums als auch der fachärztlichen Weiterbildung geschlechtersensible Module an Bedeutung – nicht zuletzt, um eine gendergerechte Behandlung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Gendermedizin befindet sich aktuell im Aufbau und von ihr sind neue Erkenntnisse im Kontext der Hochschulmedizin zu erwarten.

- ... **strukturelle Diskriminierungen in Berufungsverfahren offensiv abzubauen.**

Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin zu verwirklichen bedeutet perspektivisch, den

Frauenanteil an den Professuren zu steigern. Um dem subtilen Ausschluss von Frauen, etwa aufgrund ihrer schwächeren Einbindung in Netzwerke, zu begegnen, haben sich bei Berufungsverfahren proaktive Rekrutierungsstrategien als geeignetes Mittel bei der Suche nach qualifizierten Bewerberinnen erwiesen. Förderlich sind zudem eine möglichst geschlechterparitätische Besetzung von Berufungskommissionen – mit Entlastungsangeboten für mehrfach eingebundene Professorinnen – und Leitfäden für chancengerechte Berufungsverfahren.

... **auf der Ebene der Universitätskliniken die Stellenvergabe von Leitungspositionen geschlechtergerecht zu gestalten.**

Zukünftig gilt es, Frauen stärker auf den Leitungsebenen der Hochschulmedizin – als Oberärztinnen, Chefärztinnen oder Klinikleiterinnen – zu berücksichtigen. Die Universitätskliniken sollten bei den Besetzungen von Leitungsstellen überprüfen, ob aus dem internen Pool der hochqualifizierten Medizinerinnen geeignete Kandidatinnen berücksichtigt werden können.

... **Chancengleichheit als Thema sichtbar zu machen und aufzuwerten.**

Im Zusammenhang mit der Förderung von Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern haben einzelne Fakultäts- und Klinikleitungen eine Positionierung hierzu im Leitbild verankert sowie gezielte Gleichstellungsmaßnahmen und -projekte eingerichtet. Das ist für die Hochschulmedizin beispielgebend.

... **auf der Leitungsebene der Fakultät ein Prodekanat für Gleichstellung/Gender einzurichten.**

An zwei Medizinischen Fakultäten in NRW hat sich die Einrichtung eines entsprechenden Prodekanats bewährt, um die Bedeutung von Chancengleichheit als Organisationsziel zu stärken – daran orientiert könnten weitere Prodekanate an Medizinischen Fakultäten in NRW geschaffen werden.

... **Gleichstellungsbeauftragte und ihre Arbeit sichtbar zu machen.**

Für die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der Gleichstellungsbeauftragten ist es wichtig, deren Arbeit auf den Websites der Medizinischen Fakultät und der Uniklinik an prominenter Stelle darzustellen. Auch sollte ihr Büro als Anlaufstelle für alle Fragen von Geschlechtergerechtigkeit gut auffindbar sein.

... **ein Gleichstellungscontrolling einzuführen.**

Gleichstellungscontrolling ist eine Möglichkeit, die Gleichstellungsentwicklungen systematisch

zu beobachten und daraus Maßnahmen zu entwickeln. An einigen Medizinischen Fakultäten sind hierfür Referentinnen eingestellt worden; eine solche Professionalisierung mit dem Ziel, den Gender Gap in der Hochschulmedizin abzubauen, erscheint notwendig und zugleich erfolversprechend.

... **die Verbindlichkeit der Gleichstellungspläne nach dem LGG NRW insbesondere an den Unikliniken des Landes NRW zu erhöhen.**

Gleichstellungspläne machen bestehende Ungleichheiten sichtbar und Fortschritte überprüfbar und haben sich in vielen Wissenschaftsbereichen als Steuerungsinstrumente bewährt. Angesichts des weitgehenden Fehlens gültiger Gleichstellungspläne an den Universitätskliniken (im Gegensatz zu den Medizinischen Fakultäten) muss die Erstellung und Fortschreibung von Gleichstellungsplänen hier vorangetrieben werden. Da das LGG in dieser Hinsicht bereits für verbindliche Vorgaben sorgt, sind insbesondere die Universitätskliniken in der Umsetzung gefordert.

*Notwendig ist seitens der Landes- und Bundespolitik, ...*

... **die Karriereentwicklung von Medizinerinnen durch Förderprogramme zu unterstützen.**

Auch auf Landes- und Bundesebene können spezielle Förderprogramme entwickelt werden, die gezielt Wissenschaftlerinnen in der Hochschulmedizin finanziell fördern und vernetzen, etwa indem Habilitationsstellen ausgeschrieben werden, die von den Universitätskliniken eingeworben werden können.

... **eine einheitliche Vergütung von klinischer Forschung und klinischer Tätigkeit.**

Um die Attraktivität hochschulmedizinischer Forschung insgesamt zu erhöhen und ihre Qualität nachhaltig zu sichern, sollte für Nachwuchswissenschaftlerinnen eine Gleichstellung von klinischer Forschung und klinischer Tätigkeit gemäß dem Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte in Betracht gezogen werden.

... **die Gleichstellung monetär zu steuern und dem Indikator Gleichstellung in der LOM mehr Gewicht zu verleihen.**

Der Indikator Gleichstellung in der LOM und dessen Potenzial für die Medizin sind innerhalb der Hochschulmedizin noch nicht flächendeckend bekannt. Um das Potenzial dieses Instruments auszuschöpfen, ist zu empfehlen, dass ein Teil der

Mittel aus der LOM in Gleichstellungssteuerungsinstrumente – insbesondere spezifische Förderprogramme für Frauen in der Hochschulmedizin – fließt.

... **die Gleichstellungsarbeit in der Hochschulmedizin finanziell und personell zu stärken.**

Die Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultäten und Unikliniken benötigen dauerhafte finanzielle Ressourcen, die im Etat für die Entwicklung und Umsetzung von Gleichstellungsmaßnahmen ausgewiesen sind. Insbesondere für die Unikliniken ist ein Sockelbetrag analog zum Landesprogramm „Geschlechtergerechte Hochschulen“ zu empfehlen. Zugleich hat sich eine personelle Vertretung der Gleichstellungsbeauftragten oder die Erweiterung zu einem Gleichstellungsteam als sinnvoll erwiesen.

## Arbeitsbedingungen grundlegend verbessern

Zur Reduzierung des Gender Gaps in der Medizin müssen die Arbeitsbedingungen grundlegend verbessert werden. Dies umfasst eine deutliche Aufstockung des Personals und die nachhaltige Veränderung der Arbeitskultur.

*Notwendig ist seitens der Medizinischen Fakultäten und Unikliniken, ...*

... **die Personalsituation an den Unikliniken zu verbessern, um Nachwuchswissenschaftlerinnen zu entlasten.**

An den Universitätskliniken ist ein Stellenausbau notwendig, um die Überbelastung zu reduzieren und insbesondere Nachwuchswissenschaftlerinnen mehr Zeit für die Forschung bereitzustellen. Um die Dreifachbelastung aus Forschung, fachärztlicher Weiterbildung und PatientInnenbetreuung im Zuge einer Wissenschaftslaufbahn in der Hochschulmedizin abzumildern, ist eine klare Regelung für den Umgang mit Überstunden notwendig, was eine transparente Zeiterfassung voraussetzt.

... **den Nachwuchswissenschaftlerinnen verbindlich definierte Zeiträume für Forschung innerhalb der medizinischen Weiterbildung einzuräumen.**

Ziel ist es, Nachwuchswissenschaftlerinnen innerhalb ihrer regulären Arbeitszeiten die Ausübung

von Forschungstätigkeiten zu ermöglichen. Hierbei erweist sich eine längerfristige Freistellung durch eine Forschungsrotation bzw. Rotationsstellen oder die Integration von Forschung in den klinischen Alltag durch regelmäßige Zeiten innerhalb eines Monats oder einer Woche, die für Forschung zur Verfügung stehen, als hilfreich.

... **Arbeitsverträge zu entfristen, um Planungssicherheit für Nachwuchswissenschaftlerinnen zu schaffen.**

Entsprechend dem Rahmenkodex „Gute Beschäftigungsbedingungen für das Hochschulpersonal“ sollten befristete Verträge die Mindestlaufzeit von einem Jahr nicht unterschreiten. Angesichts der Praxis einer kurzen Befristung der Verträge vor allem von Frauen stellen entfristete Arbeitsverträge gerade für Nachwuchswissenschaftlerinnen auf dem Weg zur Professur auch eine konkrete Gleichstellungsmaßnahme dar, mit der sich die Planbarkeit hochschulmedizinischer Wissenschaftskarrieren erhöht.

... **die Einführung einer am Kaskadenmodell orientierten Zielvorgabe für die Besetzung von OberärztInnen- und ChefärztInnenpositionen zu prüfen.**

Auf der Basis eines Gleichstellungscontrollings erweisen sich an den Universitätskliniken realistische und doch anspruchsvolle Zielvorgaben für eine Erhöhung des Frauenanteils auf Leitungspositionen als nützliche Instrumente zur Verringerung des Gender Gaps.

... **eine gleichstellungsorientierte, diskriminierungsfreie und wertschätzende Arbeitskultur zu fördern.**

Eine neue Arbeitskultur in der Hochschulmedizin zeichnet sich auch durch eine Stärkung der Teamarbeit gegenüber Konkurrenzverhältnissen aus, in der sich eine wertschätzende Feedbackkultur entwickeln kann. Ebenso förderlich ist die Verankerung eines gleichstellungsorientierten und diskriminierungsfreien Führungsstils, der auf einem wertschätzenden Umgang mit den Beschäftigten beruht.

*Notwendig ist seitens der Landes- und Bundespolitik, ...*

... **die Einführung einer gesetzlichen Gleichstellungsquote für Führungspositionen zu prüfen.**

Die Landesregierung sollte prüfen, ob das Landesgleichstellungsgesetz ebenfalls um eine am Kas-

kadenmodell orientierte Stellenbesetzungsquote für Führungspositionen in der Hochschulmedizin ergänzt werden kann. Die ersten Erfahrungen mit der Gleichstellungsquote im Hochschulgesetz zeigen, dass Gleichstellungsziele – gestützt auf eine gesetzliche Vorgabe – organisationsintern besser verwirklicht werden können.

## Vereinbarkeit strukturell ermöglichen

**Zur Reduzierung des Gender Gaps in der Hochschulmedizin bedarf es der strukturellen Ermöglichung von Vereinbarkeit, der Förderung von aktiver Elternschaft und einer Verbesserung der Work-Life-Balance.**

*Notwendig ist seitens der Medizinischen Fakultäten und Unikliniken, ...*

### ... die Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere, Krankenversorgung und Familie zu gewährleisten.

Wenn Kliniken ihren hoch qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchs halten wollen, dürfen Familienplanung und -leben zu keinem Nachteil auf dem Karriereweg von Eltern führen. Hier ist es Aufgabe der Medizinischen Fakultäten und Unikliniken, dafür Sorge zu tragen, dass eine Wissenschaftskarriere mit aktiver Elternschaft und Care-Arbeit verbunden werden kann. Dabei sind – neben konkreten strukturellen Veränderungen – Vorgesetzte wichtig, die durch die Übernahme von Familienverantwortung eine Vorbildfunktion einnehmen und einen kulturellen Wandel der Hochschulmedizin mitgestalten.

### ... Ressourcen für die Entwicklung und Erprobung neuer vereinbarkeitsorientierter Arbeitsmodelle bereitzustellen.

Universitätskliniken und Medizinische Fakultäten sollten Mittel bereitstellen, um vereinbarkeitsorientierte Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsmodelle zu erproben (beispielsweise Teilzeit, Lebensarbeitszeitkonten, Job Sharing). Für die Weiterbildung gilt es vor allem, Teilzeitmodelle ohne Nachteile in der wissenschaftlichen Förderung zu entwickeln. Für AssistenzärztInnen mit Familienverantwortung bedeutet das, Zugang zu allen Weiterbildungs- und Rotationsmöglichkeiten zu erhalten – auch wenn sie zeitlich einge-

schränkt verfügbar sind. Wichtig sind einerseits geregelte Arbeitszeiten, andererseits Flexibilitäts-spielräume für Sondersituationen (Krankheit der Kinder etc.).

### ... die Vereinbarkeit nicht länger als alleinige Aufgabe von Frauen/Müttern zu verstehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Blick auf Frauen erweitert werden kann: So sollten Medizinerinnen nicht länger vorrangig als potenzielle Mütter gedacht werden, die aufgrund ihres tatsächlichen und unterstellten Kinderwunsches automatisch geringe Karriereambitionen hätten. Auch der Blick auf Männer sollte erweitert werden: Ein relevanter Teil der Assistenzärzte strebt heute eine aktive Vaterschaft an. Es braucht deshalb eine Anerkennung von Sorgearbeit als elterlicher statt mütterlicher Verantwortung. Nicht zuletzt setzen Väterbeauftragte an den Unikliniken hier ein Signal, dass Vereinbarkeit ein Thema ist, das Frauen und Männer gleichermaßen betrifft.

### ... schwangere Medizinerinnen durch konkrete Maßnahmen zu unterstützen.

Im Einzelfall ist genau zu prüfen, wie schwangere Medizinerinnen in ihrer Wissenschaftslaufbahn unterstützt werden können, zum Beispiel durch die Weiterführung begonnener Forschungsprojekte (etwa durch den Rückgriff auf Hilfskräfte für Laborarbeiten). Die Inanspruchnahme des Mutterschutzes darf weder zu einem „Berufsverbot“ noch zu einem „Karriereaus“ führen. Um negative Auswirkungen von Auszeiten abzumildern, gilt es darüber hinaus, Trainingsformate zu finden, um medizinische, etwa chirurgische, Fähigkeiten zu erhalten.

### ... den Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Familienserviceangebote zu fördern.

Der Ausbau der Kinderbetreuung an den Hochschulen und Universitätskliniken ist in den letzten Jahren verstärkt erfolgt, jedoch fehlt es nach wie vor an ausreichend Plätzen für die Kinder der Klinikmitarbeitenden und insbesondere der AssistenzärztInnen. Um NachwuchswissenschaftlerInnen mit Kindern zu fördern, müssen zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten mit erweiterten Öffnungszeiten geschaffen werden. Auch die Bereitstellung von haushaltsnahen Dienstleistungen und einer Notfall-Kinderbetreuung sind förderlich, um die Medizinerinnen und Mediziner zu unterstützen.

*Notwendig ist seitens der Landes- und Bundespolitik, ...*

**... die Auswirkungen der neuen Mutterschutzregelungen in der Hochschulmedizin zu evaluieren.**

Der gesetzliche Mutterschutz ist eine wichtige errungene Regelung, um (werdende) Mütter

vor Gefährdungen zu schützen. Auf Assistenzärztinnen wirkt er sich während ihrer Weiterqualifizierung jedoch nicht selten diskriminierend aus. Hier bietet es sich an, die diesbezüglich getroffenen Neuregelungen, die mit dem neuen Mutterschutzgesetz am 01.01.2017 in Kraft treten, anhand zukünftiger Praxiserfahrung zu evaluieren.

## Schlusswort

Der Gender-Report 2016 berichtete über Hochschulentwicklungen sowie Gleichstellungspraktiken vor dem Hintergrund des neuen Hochschulgesetzes für Nordrhein-Westfalen und widmete sich in einer multiperspektivischen Fallstudie der medizinischen Fachkultur aus einer Genderperspektive. Die Fortschreibung anhand hochschulstatistischer Daten und der Befragung zu Gleichstellungsmaßnahmen auf Hochschulebene sowie die Studie zum Gender Gap in der Hochschulmedizin zeigen: Geschlechterverhältnisse an den Hochschulen bewegen sich weiterhin zwischen Fortschritt und Stagnation. Trotzdem können Entwicklungen benannt werden, die – weiter fortgeführt – einen wichtigen Beitrag zur geschlechtergerechten Hochschule leisten. So hat sich der Frauenanteil an den Juniorprofes-

suren deutlich erhöht, was auf einen möglichen zukünftigen Ansatzpunkt für Gleichstellungspolitik verweist – auf Hochschul- wie auf Landesebene. Darüber hinaus konnten durch das neue Hochschulgesetz wichtige gleichstellungspolitische Akzente gesetzt werden, die an den Hochschulen bereits Wirkung entfaltet haben. Zu nennen ist hier vor allem die erstmalige Verankerung einer fächerbezogenen Gleichstellungsquote, die mittlerweile bundesweit Beachtung findet. Damit konnte gezeigt werden, wie wichtig gesetzliche Regulierungen sind, um in den Hochschulen gleichstellungspolitische Prozesse anzustoßen. „Wer sich seinen Optimismus bewahren will, muss sich immer wieder auch seiner Erfolge vergewissern“, so Jutta Limbach. Der (Kultur-)Wandel zur Reduzierung des Gender Gaps in Hochschule und Hochschulmedizin ist angestoßen und unumstößlich zugleich.