Ministerium für Innovation,
Wissenschaft und Forschung
des Landes Nordrhein-Westfalen



GENDER-KONGRESS 2017

Von der Diagnose zur Therapie –
Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin

WISSEN SCHAFFT
CHANCEN.NRW

www.wissenschaft.nrw.de

Gender-Kongress 2017
Tagungsdokumentation
Von der Diagnose zur Therapie –
Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin
8. März 2017, Essen
SANAA-Gebäude, Gelände Zeche Zollverein

GENDER-KONGRESS 2017

Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin

Inhaltsverzeichnis

Grußwort



Svenja Schulze
Ministerin für Innovation, Wissenschaft und Forschung
des Landes Nordrhein-Westfalen 7

Keynotes



Dr. Beate Kortendiek
Der Gender Gap in Hochschule und Hochschulmedizin –
zentrale Ergebnisse des Gender-Reports 2016 10



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer
„Nicht die Frauen sind das Problem, sondern die Strukturen …“ 20



Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
(Beitrag verfasst mit Laura Gumbert und Michael Lauerer)
Unter Medizinmännern – gesellschaftliche und führungskulturelle Fragen
in einer modernen Gesundheitsversorgung 26

Podiumsdiskussion



**Von der Diagnose zur Therapie: Was braucht die Gleichstellung
in der Hochschulmedizin?**
Im Gespräch mit: Prof. Dr. med. Jan Buer, Prof. Dr. med. Dagmar Dilloo,
Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Rita Winkels, Moderation: Nina Lindlahr 34

Aus den Werkstätten

Werkstatt 1
Gleichstellung per Gesetz – Wirkungen und Nebenwirkungen des
Hochschulzukunftsgesetzes NRW 44



Statement
Prof. Dr. Joachim Goebel
Geschlechtergerechtigkeit per Gesetz. Lässt sich Gleichstellung verordnen? 44



Statement
Dr. Beate von Miquel
Neue Impulse für eine geschlechtergerechte Hochschulkultur –
das Hochschulzukunftsgesetz in NRW 46

Protokoll zu Werkstatt 1: Gleichstellung per Gesetz – Wirkungen und Nebenwirkungen des Hochschulzukunftsgesetzes NRW 50

Werkstatt 2
Wissenschaftskarrieren in der Medizin fördern 52



Statement
Prof. Dr. Dorothee Alfermann
(Beitrag verfasst zusammen mit Swantje Reimann)
„Also es gibt ja so Ausnahmefrauen, die das schaffen." Wie die Ausnahme zum Normalfall werden könnte. Schlussfolgerungen aus der KarMed-Studie 52



Statement
Dr. Renate Petersen
Mentoring – Benefits für Mentees, Mentorinnen und Mentoren und für die Institution 56

Protokoll zu Werkstatt 2: Wissenschaftskarrieren in der Medizin fördern 62

Werkstatt 3
Care-Arbeit und (Wissenschafts-)Karrieren – Vereinbarkeit verbessern 65



Statement
Prof. (i. R.) Dr. Sigrid Metz-Göckel
Faszination Wissenschaft und Karrierefaktor Kind – oder gibt es eine neue Normalität für Eltern in der Wissenschaft? 65



Statement
Silke Koppenhöfer
Was brauchen wir konkret? Erfahrungen aus den Hochschulen in NRW 76

Protokoll zu Werkstatt 3: Care-Arbeit und (Wissenschafts-)Karrieren – Vereinbarkeit verbessern 78

Werkstatt 4
Fachkultur Medizin – Spielregeln kennen und verändern 81



Statement
Prof. Dr. med. Ulrike Schara
Karriere – Klinik – Wissenschaft: Spielregeln sind wichtig! 81



Statement
Dr. Anja Vervoorts
(Beitrag verfasst zusammen mit Christine Kreißl und Selma Gündogdu)
Karriere in der Hochschulmedizin – gibt es messbare Hürden für Frauen? 86

Protokoll zu Werkstatt 4: Fachkultur Medizin – Spielregeln kennen und verändern 93





Abschluss

Susanne Graap
Schlusswort aus dem MIWF NRW 95

Impressionen
Gender-Kongress 98

Die Akteurinnen und Akteure des Gender-Kongresses
Angaben zur Person 100

Impressum 104



Grußwort

Svenja Schulze

Ministerin für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

es gibt leider immer noch ziemlich viele Positionen, in denen eine Frau die Erste sein kann. Es gab bis heute zum Beispiel noch keine deutsche Astronautin. Die USA haben zwar schon Frauen ins All geschickt, konnten sich aber noch nicht dazu durchringen, einer Frau die Geschicke des Landes anzuvertrauen. Stattdessen hat auf der anderen Seite des Atlantiks ein Mann die Präsidentschaft übernommen, dem im Wahlkampf unvorstellbar sexistische Äußerungen nicht geschadet haben und für den sogenannte „alternative Fakten" zählen und nicht etwa wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse.

In Nordrhein-Westfalen zählt wissenschaftliche Expertise. Sie hat bei uns ein besonderes Gewicht und sie ist uns im wahrsten Sinne auch etwas wert. Das gilt auch für das wichtige Thema der Geschlechtergerechtigkeit. Deshalb freue ich mich sehr, dass ich eben gemeinsam mit Ihnen, sehr geehrter Herr Prof. Radtke und Frau Prof. Schlüter, die Verstetigung der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung besiegeln konnte. Fast eine halbe Million Euro jährlich stellt das Land langfristig zur Verfügung, um den gewachsenen Bedarf an Information, Beratung und Forschung im Bereich Gender und Gleichstellung zu decken. Wir sind damit bundesweit Vorreiter und das wollen und werden wir auch bleiben. Denn es ist gut und richtig, dass wir uns in Nordrhein-Westfalen nicht mit dem Status quo zufriedengeben, sondern dass wir hinschauen, wo genau Schwierigkeiten bestehen, was gut läuft und was verbessert werden muss. Die Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung ist dabei ein wichtiger und verlässlicher Partner für die Hochschulen bei uns im Land. Mit ihren fundierten Analysen setzt sie immer wieder neue Impulse für weitere Maßnahmen und benennt besondere Baustellen.

Im Gender-Report 2016 hat sich die Hochschulmedizin als eine solche gleichstellungspolitische Baustelle herausgestellt. Zwar hat auch hier in den vergangenen Jahren eine positive Entwicklung stattgefunden, aber verglichen mit anderen Wissenschaftsbereichen scheinen die Herausforderungen hier besonders groß zu sein. Warum das so ist und mit welchen Maßnahmen wir auch hier einen notwendigen Kulturwandel beschleunigen können, soll heute ein Hauptthema unseres Kongresses sein.



Programm **Moderation:** Nina Lindlahr

Ab 9:00 Uhr Anmeldung & Stehcafé

10:00 Uhr **Grußwort** von Wissenschaftsministerin Svenja Schulze

10:15 Uhr **Der Gender Gap in Hochschule und Hochschulmedizin – zentrale Ergebnisse des Gender-Reports 2016**
Dr. Beate Kortendiek
Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW

10:45 Uhr **„Nicht die Frauen sind das Problem, sondern die Strukturen …“**
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer
Präsidentin des Weltärztinnenbundes, Universität Münster

11:15 Uhr **Unter Medizinmännern – gesellschaftliche und führungskulturelle Fragen in einer modernen Gesundheitsversorgung**
Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

11:45 Uhr **Von der Diagnose zur Therapie: Was braucht die Gleichstellung in der Hochschulmedizin?**

Im Gespräch mit:
Prof. Dr. med. Jan Buer, Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. med. Dagmar Dilloo, Universitätsklinikum Bonn
Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster
Rita Winkels, Universitätsklinikum Aachen
Prof. Dr. Christiane Woopen, Universität Köln

13:00 Uhr Mittagsimbiss

14:00 Uhr **Parallele Werkstätten**

15:15 Uhr Kaffeepause

15:30 Uhr **Abschlussplenum und Schlusswort aus dem MIWF NRW**

16:15 Uhr **Kultureller Ausklang zum Weltfrauentag**
mit Julia Meier, Gewinnerin des Bundeswettbewerbs Gesang (Musical/Chanson)

Eines steht für mich schon jetzt fest: Wenn es nur gut 15 Prozent Professorinnen an den Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten in NRW gibt, obwohl es zu weit über 60 Prozent Frauen sind, die erfolgreich ein Medizinstudium abschließen, dann muss sich etwas ändern. Und ich bin davon überzeugt, dass sich das nicht – wie oft angenommen wird – mit der Zeit von alleine ändern wird. Seit mehr als 20 Jahren studieren gleich viele Männer und Frauen Medizin. Die Zahlen auf den oberen Sprossen der Karriereleiter weisen aber immer noch ein krasses Missverhältnis auf.

Gerechtigkeit ist dabei nur die eine Seite der Medaille, Vernunft ist die andere. Denn es geht auch um die Frage: Können wir, können die Unikliniken und Medizinischen Fakultäten es sich leisten, im Wettbewerb auf einen großen Teil des wissenschaftlichen Potenzials zu verzichten? Ich möchte dazu einen ärztlichen Direktor aus dem Gender-Report 2016 zitieren: „Wir haben mehr Frauen als Männer, die einen Abschluss im Medizinstudium, das Staatsexamen bekommen, wir haben auf Assistentenebene mehr Frauen als Männer, und wenn wir die besten Oberärzte und besten Chefärzte wollen, dann wäre es absolut schwachsinnig, hier nicht dieselben Zahlenverhältnisse herzustellen.“ Er hat Recht.

Die Ergebnisse des Gender-Reports 2016 zeigen: Angehende Ärztinnen wollen wissenschaftlich arbeiten, auch in der Hochschulmedizin. Diesem Wunsch müssen wir entsprechen, das müssen wir fördern, wenn wir in der medizinischen Versorgung und Forschung weiterhin an der Spitze bleiben wollen. Dazu müssen wir uns zum Beispiel fragen, mit welchen Maßnahmen eine wissenschaftliche Karriere in der Hochschulmedizin besser mit Familie vereinbart werden kann. Der Titel des Vortrags von Frau Prof. Pfleiderer hat in dieser Hinsicht Aufforderungscharakter: „Nicht die Frauen sind das Problem, sondern die Strukturen …“ Wie können wir diese Strukturen also verbessern? Wie beschleunigen wir ein erforderliches Umdenken? Mit dem Gender-Report 2016 haben wir es noch einmal schwarz auf weiß: Wir haben in den vergangenen Jahren in NRW viel für die Geschlechtergerechtigkeit getan und viel erreicht, aber es bleibt weiterhin noch Luft nach oben.

Deshalb ist und bleibt die Geschlechtergerechtigkeit ein Kernanliegen der Hochschul- und Wissenschaftspolitik in NRW. In den vergangenen Jahren haben wir die rechtlichen, finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen dafür deutlich verbessert, etwa mit dem Hochschulzukunftsgesetz und dem Landesprogramm für geschlechtergerechte Hochschulen.

Die Autorinnen des Gender-Reports haben nun analysiert, ob diese Rechtslage Wirkung zeigt und wie gut die Umsetzung an den Hochschulen funktioniert. Details werden wir gleich im Vortrag von Frau Dr. Kortendiek erfahren. Aber so viel darf ich vorweg sicher verraten: Die Akzeptanz der Gleichstellungsquote für Berufungsverfahren ist groß, ebenso die Motivation zur geschlechtergerechten Gremienbesetzung an den Hochschulen. Bei den Hochschulräten



beispielsweise haben wir inzwischen einen Frauenanteil von 42 Prozent erreicht. Insgesamt ist die Dialogbereitschaft zum Thema Chancengerechtigkeit gewachsen, das höre ich in meinen Gesprächen mit Hochschulleitungen und Gleichstellungsexpertinnen immer wieder. Und auch das ist ein wichtiger Erfolg, denn das Thema muss oben auf der Agenda bleiben, wenn wir weiterkommen wollen.

Auch dazu dient dieser Kongress heute. Denn neben den Befunden des Gender-Reports sind es Ihre Erfahrungen und Ideen, die heute im Mittelpunkt stehen sollen. Sie alle bringen auf vielfältige Weise Expertise im Bereich der Gleichstellungsarbeit mit – und hoffentlich heute auch hier ein. Denn nur daraus können wir lernen und von der Diagnose auch zur Therapie kommen.

Bedanken möchte ich mich bei der Folkwang Universität der Künste und ihrem Kanzler, Herrn Fricke, dafür, dass sie uns die inspirierenden Räumlichkeiten für den heutigen Tag zu Verfügung stellen. Mein besonderer Dank gilt außerdem der Koordinations- und Forschungsstelle, insbesondere ihrer leitenden Koordinatorin Frau Dr. Kortendiek, für die Organisation des Kongresses. Ich freue mich, dass die ausgezeichnete Sängerin und Folkwang-Absolventin Julia Meier den Tag musikalisch beschließen wird. Genießen Sie später ihre ausdrucksstarke Stimme und die Lieder, die sie mitgebracht hat.

Bis dahin wünsche ich Ihnen einen erfolgreichen Kongress mit interessanten Debatten und vielversprechenden Ergebnissen.

Vielen Dank!



Keynote

Dr. Beate Kortendiek

Der Gender Gap in Hochschule und Hochschulmedizin – zentrale Ergebnisse des Gender-Reports 2016

Der Gender-Report ist eine wissenschaftliche Studie, in der in drei verschiedenen Teilstudien detaillierte Datenerhebungen und Analysen erfolgen (vgl. Kortendiek et al. 2016): Teil A des Reports setzt die Frauenanteile an den Hochschulen in NRW in Beziehung zu den anderen Bundesländern und beinhaltet zugleich ein Datenprofil für jede der 37 Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW. Teil B des Reports analysiert die Gleichstellungspolitik an Hochschulen und untersucht, welche Interventions- und Steuerungsmaßnahmen umgesetzt werden. Teil C betrachtet den Gender Gap in der Hochschulmedizin. Insbesondere dort wird deutlich, dass zwischen der ‚gefühlten' und der faktischen Gleichstellung Welten liegen.

Somit leistet der Gender-Report einen wichtigen Beitrag zu einem Fakten-Check in punkto Geschlechtergerechtigkeit an den Hochschulen. Gerade in den aktuellen gesellschaftspolitischen Kontroversen verbinden sich in rechtspopulistischen Bewegungen und Diskursen ‚alternative Fakten' und Verschwörungstheorien zu unguten Koalitionen, nicht zuletzt auch gegen Frauen. Und daher ist der Gender-Report – und damit der Blick auf die Fakten – vielleicht noch wichtiger geworden. Auch angesichts dieser gesellschaftlichen Situation freut es mich sehr, dass mit der heutigen Unterzeichnung des Hochschulvertrages zwischen Ihnen, Frau Ministerin Schulze, und Herrn Rektor Prof. Dr. Radtke die Verstetigung der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerkes Frauen- und Geschlechterforschung NRW gelungen ist. Damit ist auch zukünftig die detaillierte Datenerhebung und eine fundierte Analyse der Geschlechter(un)gleichheiten an den Hochschulen in NRW gesichert.

1. Die Diagnose: Die Entwicklung des Geschlechterverhältnisses an nordrhein-westfälischen Hochschulen (Gender-Report 2016, Teil A)

Um die Entwicklungen differenziert betrachten zu können, müssen die Frauen- und Männeranteile nach den jeweiligen Statusgruppen getrennt betrachtet werden. Wird auf die Gruppe der Studierenden fokussiert, so lässt sich feststellen, dass mit 46,7 % die jungen Frauen fast die Hälfte aller Studierenden stellen.[1] Aber auch hier ist ein detaillierter Blick wichtig, denn ob-

[1] Soweit nicht anders angegeben, basieren diese Zahlen auf eigenen Berechnungen zu den Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW anhand folgender Daten: Sonderauswertung IT.NRW 2014, Referat 513, amtliche Hochschulstatistik/Personalstatistik/Habilitationsstatistik/Studierendenstatistik

Zur Diagnose: Aktuelle Frauen- und Männeranteile an den NRW-Hochschulen

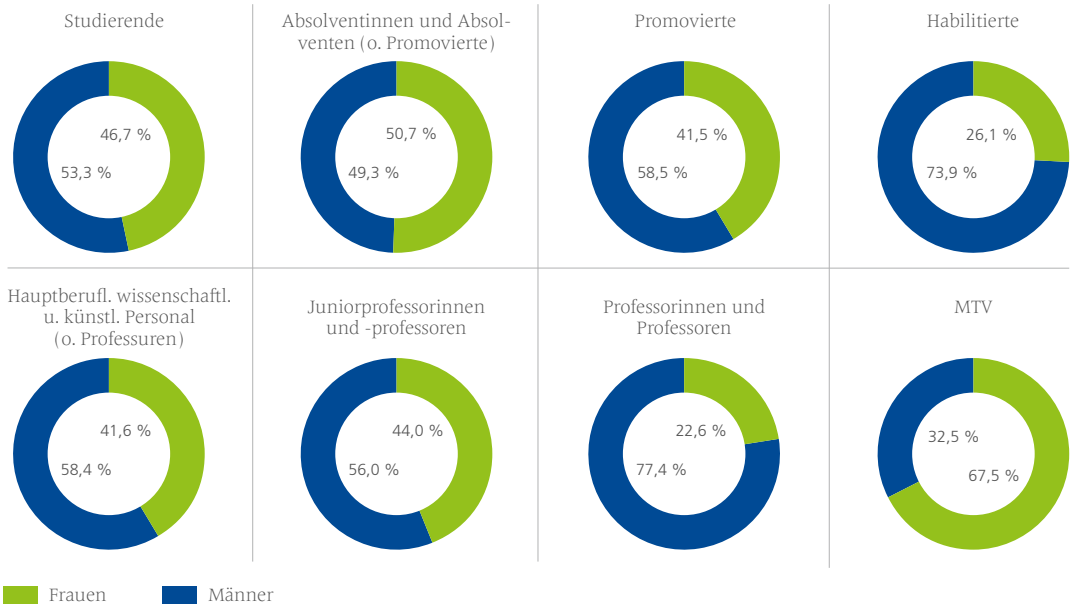


Abbildung 1: Datenquelle: Sonderauswertung IT.NRW 2014, Referat 513, amtliche Hochschulstatistik/Personalstatistik/Habilitationsstatistik/Studierendenstatistik; eigene Berechnung. Der Frauenanteil an den Promovierten und Habilitierten bezieht sich auf die Dreijahresdurchschnitte 2012, 2013, 2014.

wohl die Fachhochschulen seit Mitte der 2000er Jahre am stärksten gewachsen sind, hat sich dort der Frauenanteil nur wenig von 34,9 % im WS 2004/2005 auf 36,5 % im WS 2014/2015 erhöht (Kortendiek et al. 2016: 51ff). Während an den Universitäten mit einem Frauenanteil von 50,0 % die Geschlechterparität erreicht ist, verbleiben die Fachhochschulen mit etwas über einem Drittel Studentinnen noch deutlich unterhalb der 50-Prozent-Marke.

Betrachten wir die höchste Statusgruppe der Professorinnen- und Professorenschaft: An den 37 Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW gibt es gut 8.100 Professuren, darunter rund 1.800 Professorinnen. Hier hat sich im Berichtszeitraum – wir haben die Jahre 2004 und 2014 miteinander verglichen – einiges bewegt. So ist der Frauenanteil von 13,6 % im Jahr 2004 auf 22,6 % im Jahr 2014 gestiegen. Die Universitäten haben mit aktuell 24,1 % Professorinnen die Fachhochschulen im Zehnjahresverlauf überholt und die Kunsthochschulen fast eingeholt. In der Gruppe der Professuren kam es somit zu einer deutlichen Steigerung des Frauenanteils, aber die 25-Prozent-Marke wurde noch nicht erreicht, so dass die Geschlechterparität noch in weiter Ferne liegt (Kortendiek et al. 2016: 69ff).

Anlass zum Optimismus gibt der Blick auf die Statusgruppe der Juniorprofessur. Als alternative (oder auch ergänzende) Karriereoption zur Habilitation hat sich die Juniorprofessur ausgebreitet. Aktuell lehren und forschen 361 Juniorprofessorinnen und Juniorprofessoren an den nordrhein-westfälischen Hochschulen in Trägerschaft des Landes, davon 159 Frauen. Die Juniorprofessur hat – das ist der überraschende Befund – mit ihrem Frauenanteil von durchschnittlich 44,0 % nicht nur die Habilitation weit überholt, sondern auch die Promotion (ebd.: 63ff). Zukünftig muss sich hier allerdings noch zeigen, inwieweit diese Entwicklung tatsächlich zu einer Verbesserung weiblicher Karriereoptionen und einer Erhöhung des Frauenanteils an regulären Professuren führt. Dies wird maßgeblich an der Entwicklung des Tenure-Tracks und der Berufung von Juniorprofessorinnen auf ordentliche Professuren abhängen.

2. Die Therapie: Gleichstellungsmaßnahmen per Gesetz (Gender-Report 2016, Teil B)

Die Diagnose auf der Basis der statistischen Datenanalyse und -interpretation zeigt „Erreichtes“ und „Unerreichtes“ – das Erreichte ist Ergebnis vielfältiger gleichstellungs- und bildungspolitischer Bestrebungen der letzten hundert Jahre seit der Einführung des Frauenstudiums. An den Stellen, wo es ‚krankt‘ bzw. ‚schmerzt‘ – das sind nach wie vor die Bereiche der Habilitationen und der Professuren –, bedarf es therapeutischer Maßnahmen. Dies heißt unter anderem: Gleichstellung per Gesetz. In Teil B des Gender-Reports wurden die Instrumente der Gleichstellungsförderung, die das Hochschulzukunftsgesetz NRW aus dem Jahr 2014 den Hochschulen im Bereich Ge-

Gremienbesetzung – Frauen- und Männeranteil

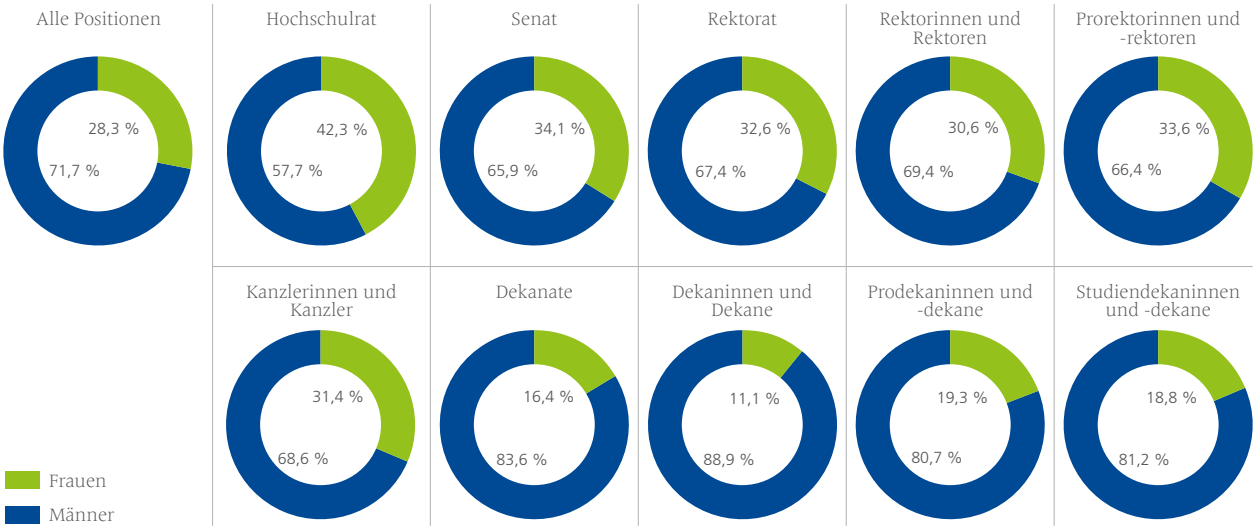


Abbildung 2: Quelle: Kortendiek et al. 2016: 207

schlechtergerechtigkeit bereitstellt, analysiert – mit allen entsprechenden Wirkungen und Nebenwirkungen.

Das Hochschulzukunftsgesetz NRW aus dem Jahr 2014 stellt eine Reihe von Instrumenten bereit, die die Gleichstellung der Geschlechter im Bereich Hochschule herstellen und sichern sollen:

- An erster Stelle ist hier die Gleichstellungsquote für die Berufung von Professorinnen nach § 37a HG, die sich am Kaskadenmodell orientiert, zu nennen.

- Außerdem besteht die Pflicht zu einer geschlechtergerechten Besetzung von (Leitungs-)Gremien gemäß § 11c HG.

- Zugleich sind die Hochschulen aufgefordert, den gesetzlichen Gleichstellungsauftrag bei der Mittelvergabe zu beachten (§ 24 Abs. 5 HG).

- Mittels § 24 HG erweitert und dezentralisiert das Hochschulgesetz zudem die Gleichstellungsbeauftragung, indem auf der Ebene der Fachbereiche dezentrale Gleichstellungsbeauftragte bestellt werden.

- Ebenso gehört es zu den gesetzlichen Aufgaben der Hochschulen, die Vereinbarkeit von Familie mit Wissenschaft, Beruf oder Studium insbesondere durch Kinderbetreuung zu fördern. Dies ist in § 3 HG NRW festgehalten.

- Schließlich sind die Hochschulen – nicht durch das HG, sondern durch § 5a des Landesgleichstellungsgesetzes – zur Fortschreibung von Gleichstellungsplänen verpflichtet.

Im Folgenden werden drei Bereiche der Gleichstellungspolitik laut Hochschulgesetz genauer betrachtet: die Gleichstellungsquote, die geschlechtergerechte Gremienbesetzung sowie die Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie, Wissenschaft, Beruf und Studium.

Die neue, mit dem Gesetz eingeführte Gleichstellungsquote für die Besetzung von Professuren hat bundesweit politische Anerkennung und mediale Beachtung gefunden (vgl. Kostrzewa 2017) und ist an den Hochschulen angekommen: Zum Stichtag der vorliegenden Erhebung am 01.02.2016 – rund eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des HG NRW – hatte fast die Hälfte (47 %) der Universitäten und Fachhochschulen in Trägerschaft des Landes NRW bereits Quoten verabschiedet, die anderen befanden sich im Umsetzungsprozess (Kortendiek et al. 2016: 199). Der Implementierungsprozess an den Fachhochschulen verläuft langsamer. Mit 57 % gegenüber 38 % der Fachhochschulen hatten deutlich mehr Universitäten Gleichstellungsquoten verabschiedet. Anlässlich des Gender-Kongresses 2017 wurde eine Nacherhebung durchgeführt. Die aktuellen Zahlen mit Stand vom 28.02.2017 zeigen weiterhin eine positive Entwicklung: Inzwischen liegt die Umsetzungsquote in Bezug auf alle Hochschulen bei 63 %. Dabei haben 79 % aller Universitäten, jedoch

erst die Hälfte – genau 50 % – der Fachhochschulen die Gleichstellungsquote für die Berufung von Professorinnen verabschiedet (eigene Recherchen und Berechnungen).

Betrachten wir die Gremien an den Hochschulen insgesamt, so kommen wir zu dem Ergebnis, dass in 2016 der Männeranteil bei ca. 72 % und der Frauenanteil bei 28 % lagen. Die gesetzliche Neuregelung, die geschlechterparitätische Besetzung von Gremien in den Hochschulen, zeigt insbesondere Wirkung bei der Besetzung der Hochschulräte – ein Gremium, dessen Mitglieder zu mindestens 50 % aus Externen der jeweiligen Hochschule bestehen. Im Schnitt sind die Hochschulräte zu 42,3 % mit Frauen besetzt. Auf der anderen Seite besteht in den Dekanaten mit nur einem Sechstel Frauen Handlungsbedarf. Wir haben nur 11,1 % Dekaninnen an den Hochschulen in NRW – hier kann als therapeutisches Mittel nur eine gezielte Erhöhung des Professorinnenanteils wirken.

Schon seit Langem stellt die Vereinbarkeit von Familie mit Wissenschaft, Beruf und Studium ein Kernthema von Gleichstellungspolitik an den Hochschulen dar. Der Gender-Report 2016 identifiziert hier folgende Entwicklungen und Tendenzen (ebd.: 240ff): Die Platzkapazitäten für Kleinkinder steigen deutlich und kontinuierlich. Aufgrund des Kita-Ausbaus stehen an den Hochschulen in NRW mittlerweile ca. 3.150 Plätze zur Verfügung. Parallel dazu ist die Schulkinderbetreuung stark rückläufig, dies hängt auch mit dem Ausbau des Offenen Ganztags an den Schulen zusammen (ebd.: 242f). Insbesondere die Universitäten sind Vorreiterinnen bei der Einrichtung von Familienservicebüros, die vielfältige Informations- und Beratungsangebote für Hochschulangehörige bereithalten. Dies zeigt den eingeleiteten Kulturwandel zu einer familienfreundlichen Hochschule. Negativ fällt allerdings ins Gewicht, dass die Hochschulneubauten für die neu gegründeten Fachhochschulen des Landes ohne Kitas gebaut wurden. Hier scheint also immer noch die Devise zu gelten: Wer eine Hochschule ohne Kinderräume baut, plant auch keine Kinder mit ein. Der in Gang gesetzte Kulturwandel hin zu familienfreundlichen Hochschulen scheint also gerade bei den ‚jungen Fachhochschulen' noch nicht angekommen zu sein.

Wie die folgende Abbildung illustriert, basieren viele ‚Schieflagen', d. h. Ungleichheiten zwischen Frauen- und Männeranteilen der Universitäten, Fachhochschulen, Kunsthochschulen und der Unikliniken, auf den Geschlechter(un)gleichgewichten in den Fächergruppen (ebd.: 92). Die

Geschlechter(un)gleichgewichte in Fächergruppen

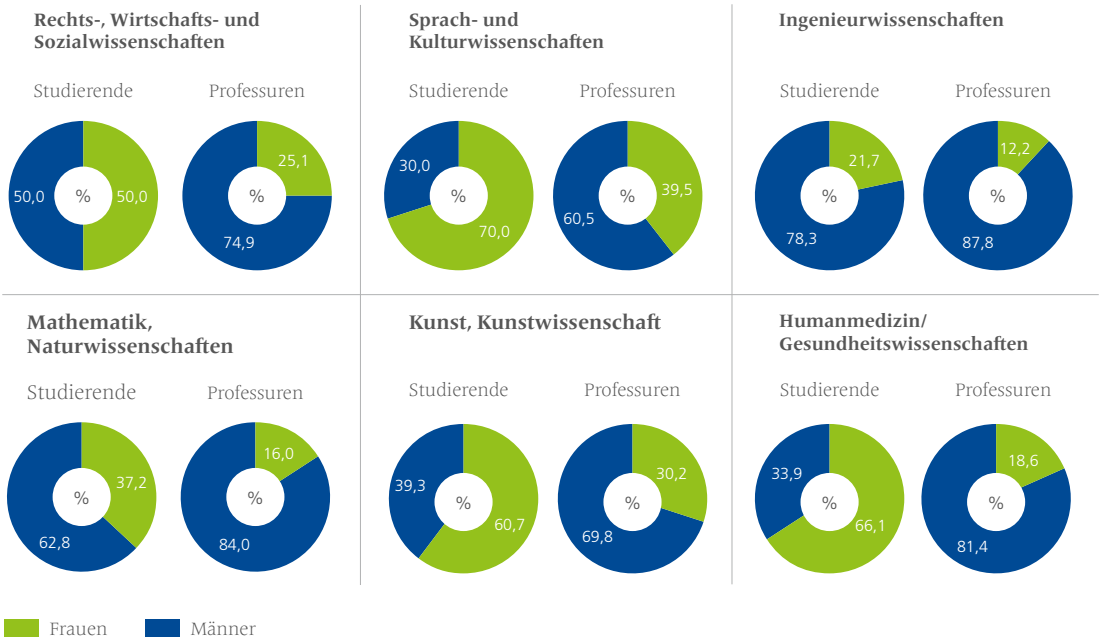


Abbildung 3: Datenquelle: Sonderauswertung IT.NRW, Referat 513, amtliche Hochschulstatistik/Personalstatistik 2014 sowie Studierendenstatistik WS 2014/15; eigene Berechnungen, vgl. Kortendiek et al. 2016: 92

unvoreingenommene Erwartung lautet, dass ein hoher Frauenteil bei den Studierenden sich in einem hohen Frauenanteil auf der Ebene der Professuren niederschlägt. Dies ist jedoch beileibe nicht so. Die geringste Diskrepanz besteht – bei einem allerdings insgesamt niedrigen Frauenanteil – in der Fächergruppe der Ingenieurwissenschaften und die größte in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften mit einem sehr hohen Frauenanteil unter den Studierenden und einem sehr niedrigen Frauenanteil an den Professuren.

3. Der Gender-Gap in der Hochschulmedizin (Gender-Report 2016, Teil C)

Die Hochschulmedizin steht im Fokus der eigenständigen und umfassenden Teilstudie des aktuellen Gender-Reports, mit der ein Aspekt von Gleichstellung an der Hochschule bzw. ein Teilbereich einer geschlechtergerechten Wissenschaft detailliert beleuchtet wird. Die Hochschulmedizin kristallisierte sich bereits im Gender-Report 2013 als Forschungsgegenstand heraus, da bereits damals die große Diskrepanz zwischen den

Die Leaky Pipeline in der Humanmedizin

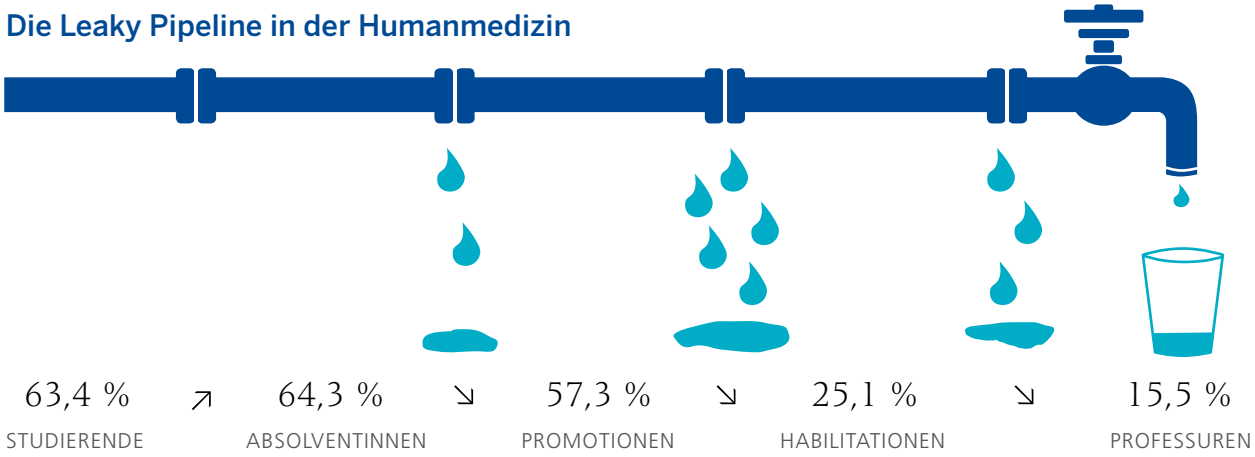


Abbildung 4: Datenquelle: www.genderreport-hochschulen.nrw.de/statistikportal [Zugriff am 23.03.2016]; bei den Zahlen der promovierten und habilitierten Ärztinnen handelt es sich um Dreijahresdurchschnitte (2012, 2013, 2014), vgl. Kortendiek et al. 2016: 272

Time Lag im Qualifizierungsverlauf

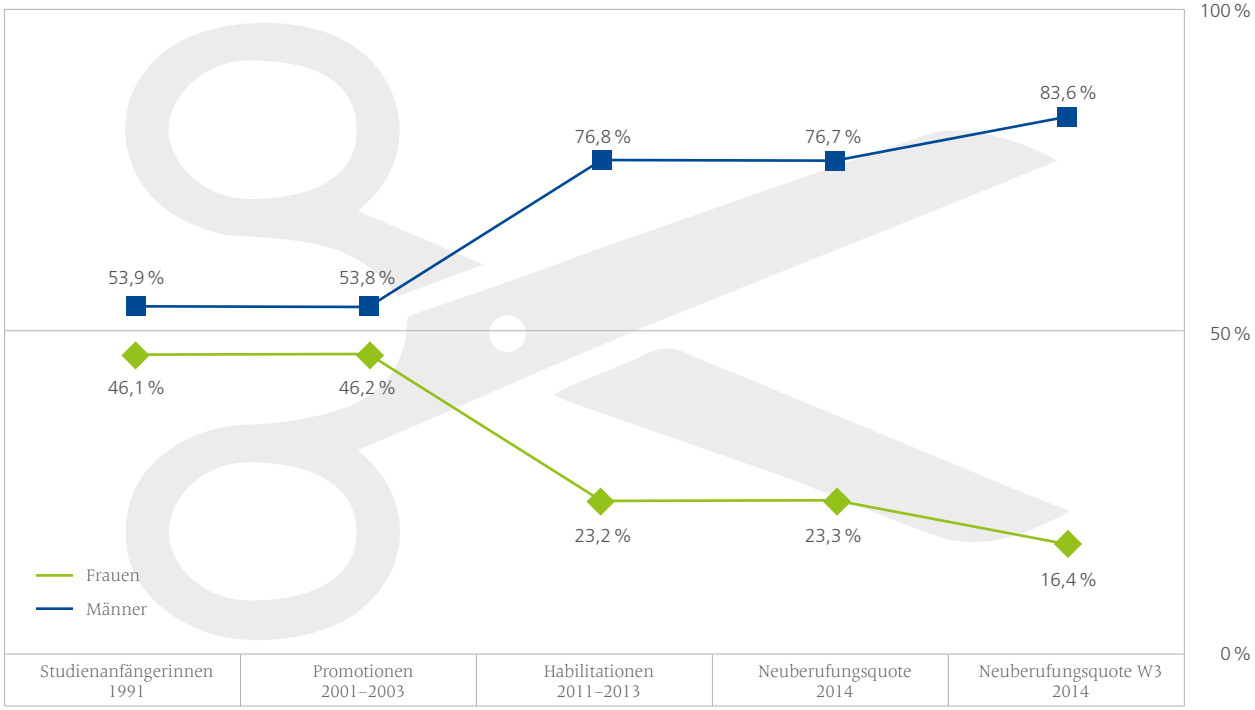


Abbildung 5: Datenquelle: GWK, Heft 45 sowie Statistisches Bundesamt, Reihe 4.2., Prüfungen an Hochschulen 2012 und Reihe 4.4. Personal an Hochschulen 2014 und Sonderauswertung, eigene Berechnungen, vgl. Kortendiek et al. 2016: 276

Frauenanteilen in der Studierendenschaft und den Professuren sichtbar wurde.

In der Fächergruppe Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften sinkt der Professorinnenanteil auf lediglich 18,6 %, obwohl 66,1 % der Studierenden Frauen sind. Wird nur die Humanmedizin betrachtet, so liegt der Professorinnenanteil sogar nur bei 15,5 %. Diese Diskrepanz bildet den Ausgangspunkt für die Teilstudie zum „Gender Gap in der Hochschulmedizin" im Rahmen des aktuellen Gender-Reports.

Ein wesentlicher Unterschied zu anderen Fachkulturen und Wissenschaftskarrieren liegt in der Doppelgleisigkeit von wissenschaftlicher Qualifizierung und klinischer Laufbahn. So sind nach dem Studium einerseits Promotion und Habilitation Voraussetzung für eine Professur, parallel dazu muss jedoch auch die Facharztausbildung absolviert werden, um über eine Stelle als Oberärztin/Oberarzt auf eine Chefärztinnen-/Chefarztposition aufzusteigen. Für letztere ist jedoch ebenfalls eine erfolgreiche Habilitierung Voraussetzung. Es sind auch diese zwei parallel verlaufenden Karrierewege, die für die sogenannte Leaky Pipeline mitverantwortlich zu sein scheinen (Kortendiek et al. 2016: 269ff).

Schauen wir zunächst wieder auf die Fakten und betrachten die Frauenanteile in der Humanmedizin an den Universitäten in Trägerschaft des Landes: Die aktuellen Frauenanteile auf den verschiedenen Statusebenen der sieben Medizinischen Fakultäten des Landes NRW machen sichtbar, dass sich der hohe Studentinnen- und Absolventinnenanteil – einschließlich der promovierten Medizinerinnen – nicht gleichmäßig auf der je nächsthöheren Qualifizierungsebene fortsetzt. Auffällig ist vor allem das Leck zwischen der Promotion (57,3 %) und der Habilitation (25,1 %) sowie zwischen der Habilitation und der Berufung auf eine Professur (15,5 %). Mit der Habilitation kehrt sich das Geschlechterverhältnis um, sodass der Männeranteil deutlich überwiegt: 74,9 % der Habilitierten sind Männer und 84,5 % der Professuren sind mit Medizinern besetzt (vgl. Abb. 4).

Oftmals wird eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Frage nach den Gründen für diesen Verlust von Wissenschaftlerinnen mit dem Argument abgewehrt, dass sich dieses Problem mit der Zeit und dem Aufholen der Frauen ‚von allein' erledigen wird. Der niedrige Frauenanteil auf Medizinprofessuren wird auf diese Weise vor allem mit einem Verzögerungseffekt (Time Lag) erklärt, da eine wissenschaftliche Laufbahn in der Medizin einen langen Qualifizierungsweg umfasse. Jedoch widerlegt ein Blick auf die Daten und Fakten der bundesdeutschen Entwicklung diese Argumentation (vgl. Abb. 5): Wer 2014 auf eine Medizinprofessur berufen wurde, hat im Durchschnitt die Habilitation zwischen 2011 und 2013 und die Promotion zwischen 2001 und 2003 abgeschlossen – und zählte somit in den 1990er Jahren zu den Medizinstudierenden. Anfang der 1990er Jahre lag der Frauenanteil an den Medizinstudierenden bundesweit bereits nahe an der Geschlechterparität. Damit gab es hier bereits vor gut fünfundzwanzig Jahren ein hohes Poten-

Unterschiede zwischen den Standorten der Hochschulmedizin in NRW

Rang Professuren	Klinikum/ Medizinische Fakultät	Professuren				Frauenanteile	
		2004		2014		2004	2014
		Gesamt	davon Frauen	Gesamt	davon Frauen	%	%
1	U Bochum (Med. Fak.)	17	5	33	11	29,4 %	33,3 %
2	UK Essen	63	3	84	18	4,8 %	21,4 %
3	UK Düsseldorf	138	13	102	17	9,4 %	16,7 %
4	UK Köln	90	9	91	14	10,0 %	15,4 %
5	UK Münster	104	13	111	17	12,5 %	15,3 %
6	UK Aachen	74	6	107	13	8,1 %	12,1 %
7	UK Bonn	87	1	117	11	1,1 %	9,4 %
	Alle UK/Med. Fak.	**573**	**50**	**645**	**101**	**8,7 %**	**15,7 %**
	Alle Hochschulen	**7.121**	**965**	**8.122**	**1.832**	**13,6 %**	**22,6 %**

Abbildung 6: Quelle: Kortendiek et al. 2016: 274. Das Bochumer Universitätsklinikum, das den höchsten Frauenanteil an den Professuren aufweist, ist ein Klinikverbundmodell und aus diesem Grund nicht direkt mit den anderen Standorten der Hochschulmedizin in NRW vergleichbar (vgl. Kortendiek et al. 2016: 279).

Habilitieren oder nicht?
Die „Gretchenfrage“ in der Hochschulmedizin

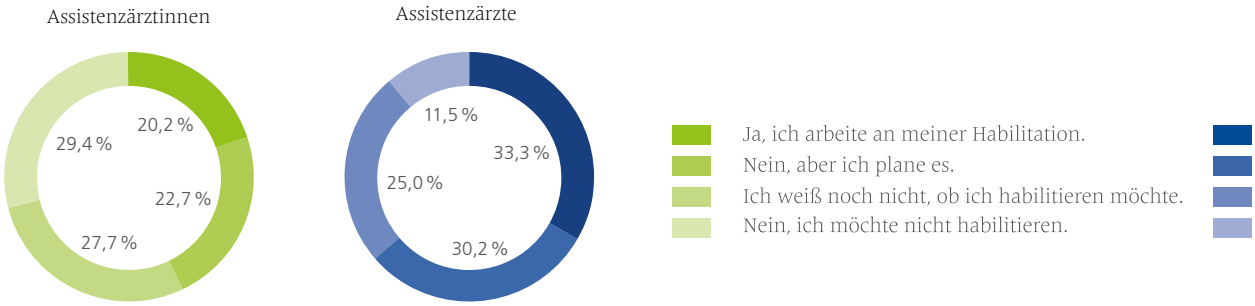


Abbildung 7: Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 119 Frauen, 96 Männer, Auswahl: Befragte mit abgeschlossener Promotion) vgl. Kortendiek et al. 2016: 380

zial an Frauen für Wissenschaftskarrieren in der Medizin, das jedoch nicht ausgeschöpft wurde. Die Schere zwischen den Frauen- und Männeranteilen öffnet sich bei den Habilitationen am stärksten. Positiv hervorzuheben ist, dass der Frauenanteil an den Habilitierten (23,2 %) dem Frauenanteil bei den Neuberufungen entspricht. Die Neuberufungsquote von Frauen auf W3-Professuren liegt dagegen 6,8 Prozentpunkte niedriger. Der größte Rückgang des Frauenanteils ist zwischen den Qualifizierungsstufen Promotion und Habilitation zu verzeichnen. Die „Gretchenfrage“ lautet somit: „Habil oder Nicht-Habil?“ (Ebd.: 276)

Eine Analyse der Situation in NRW zeigt, dass im Zeitverlauf nicht nur die Anzahl der Klinikprofessuren insgesamt, sondern auch die Anzahl der Professorinnen gestiegen ist. Zwischen 2004 und 2014 konnte der Frauenanteil fast verdoppelt werden, von 8,7 % auf 15,7 %. Gab es 2004 landesweit nur 50 Professorinnen, so sind es zehn Jahre später 101 Professorinnen. Ein Vergleich aller Medizinischen Fakultäten in NRW anhand einer Tabelle (Abb. 6) lässt sichtbar werden, dass diese Entwicklung von Hochschule zu Hochschule unterschiedlich verlaufen ist. Gemessen an den Professorinnenanteilen liegen die kleineren Medizinischen Fakultäten Essen und Bochum vorn, bei denen 21,4 % bzw. 33,3 % der Professuren mit Frauen besetzt sind; abgeschlagen ist hingegen die – gemessen an den medizinischen Professuren größte – Medizinische Fakultät der Universität Bonn, an der lediglich 9,4 % Professorinnen lehren und forschen.

Diese Zahlen deuten auf spezifische Bedingungen an den einzelnen Standorten hin. Und das ist wirklich spannend: Häufig wird in der vergleichenden Sozialforschung der Blick auf andere Länder gerichtet, insbesondere auf Skandinavien, die USA oder auch Frankreich, die dann bspw. in Bezug auf ihre ‚Geschlechterkulturen‘ oder ihre ‚Mütterbilder‘ von Deutschland abgegrenzt werden. Mittels dieses kontrastierenden Vergleichs, der auch von den von uns befragten Expertinnen und Experten (Ärztliche Direktoren, Dekaninnen und Dekane, Gleichstellungsbeauftragte) im Rahmen der qualitativen Interviews für den Gender-Report 2016 häufig gezogen wurde, wird versucht, die geringen Karriereaussichten von Medizinerinnen im deutschen Hochschulbetrieb zu erklären. Mit Blick auf die Situation in NRW muss allerdings festgehalten werden: Die Karriereaussichten sind für Frauen je nach Standort unterschiedlich gut oder schlecht. Und diese Unterschiede können gerade nicht mit unterschiedlichen gesetzlichen, politischen oder kulturellen Voraussetzungen erklärt werden – zwischen Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster befinden sich keine Ozeane, die Fakultäten liegen nicht auf unterschiedlichen Kontinenten – lediglich die Unterschiede zwischen dem Rheinland und Westfalen könnten in Stellung gebracht werden.

Dies ist ein irritierendes, aber auch durchaus ermutigendes Forschungsergebnis: Es zeigt, dass gleichstellungspolitische Erfolge und die gezielte Erhöhung des Professorinnenanteils in der Hochschulmedizin durchaus möglich sind: Denn die unterschiedlichen Frauenanteile in der Professorinnen- und Professorenschaft verweisen auf die Handlungsspielräume, die Medizinische Fakultäten und Universitätskliniken nutzen können, um den Gender Gap in der Hochschulmedizin zu überwinden.

Auf dem Weg zur Professur ist in der Medizin die Habilitation Voraussetzung. Von den an den Unikliniken befragten promovierten Medizinern planen fast zwei Drittel eine Habilitation oder arbeiten be-

reits daran, während dies auf weniger als die Hälfte der promovierten Frauen (42,9 %) zutrifft (vgl. Abb. 7). Ein detaillierter Blick zeigt jedoch, dass nur 29,4 % der Assistenzärztinnen eine Habilitation für sich ausschließen, während 27,7 % in dieser Frage noch nicht entschieden sind. Daraus folgt, dass der Anteil an den promovierten Assistenzärztinnen, die bereits an einer Habilitation arbeiten, diese beabsichtigen oder diese bis jetzt nicht ausgeschlossen haben, 70,6 % beträgt. Hieran gilt es aktiv anzuknüpfen – das Potenzial für die zukünftige Generation von Professorinnen in der Medizin ist vorhanden (ebd.: 380).

Die Gruppe, die eine Habilitation oder Professur anstrebt, wurde nach den für sie hinderlichen Faktoren auf dem Weg zur Professur befragt. Sehr deutlich wird: Assistenzärztinnen und -ärzte agieren nach eigenem Erleben in einer Situation des Mangels – an Zeit, an klinischem Personal, an wissenschaftlicher Qualifizierung. Die fehlende Zeit für die eigene wissenschaftliche Arbeit steht bei Frauen und Männern mit 35,5 % bzw. 35,2 % gleichauf; während bei Frauen die mangelnde Vereinbarkeit mit 53,8 % an erster Stelle steht und deutlich mehr Männer über die Arbeitsbelastung und den Personalmangel in der Klinik (Männer: 34,1 %; Frauen: 23,7 %), über unsichere und unstrukturierte Karrierewege in die Wissenschaft (Männer: 18,2 %; Frauen: 8,6 %) sowie über zu viel Bürokratie und Fehlorganisation (Männer: 15,9 %; Frauen 5,4 %) klagen. An insgesamt achter Position steht die Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes. Die Assistenzärztinnen nennen diesen Faktor mit 10,8 % an vierter Stelle und damit erheblich häufiger als ihre männlichen Kollegen (2,3 %) (ebd.: 415).

Insgesamt geben 45,1 % der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Online-Befragung an, während ihrer fachärztlichen Weiterbildung eine Diskriminierungserfahrung gemacht zu haben. Dabei ist diese Erfahrung sehr stark vergeschlechtlicht: Mehr als doppelt so viele befragte Frauen (58,4 %) wie Männer (27,8 %) haben nach eigenen Angaben während ihrer Weiterbildung bereits Benachteiligungen erfahren. Als häufigster Anlass einer Benachteiligung wird dabei das Geschlecht angeführt. Dieses Ergebnis überrascht in seiner Deutlichkeit, da es sich mehrheitlich um junge Frauen handelt,

Hinderliche Faktoren auf dem Weg zur Medizinprofessur
Die 10 häufigsten Antworten (offene Frage an diejenigen, die eine Habilitation und/oder Professur anstreben)

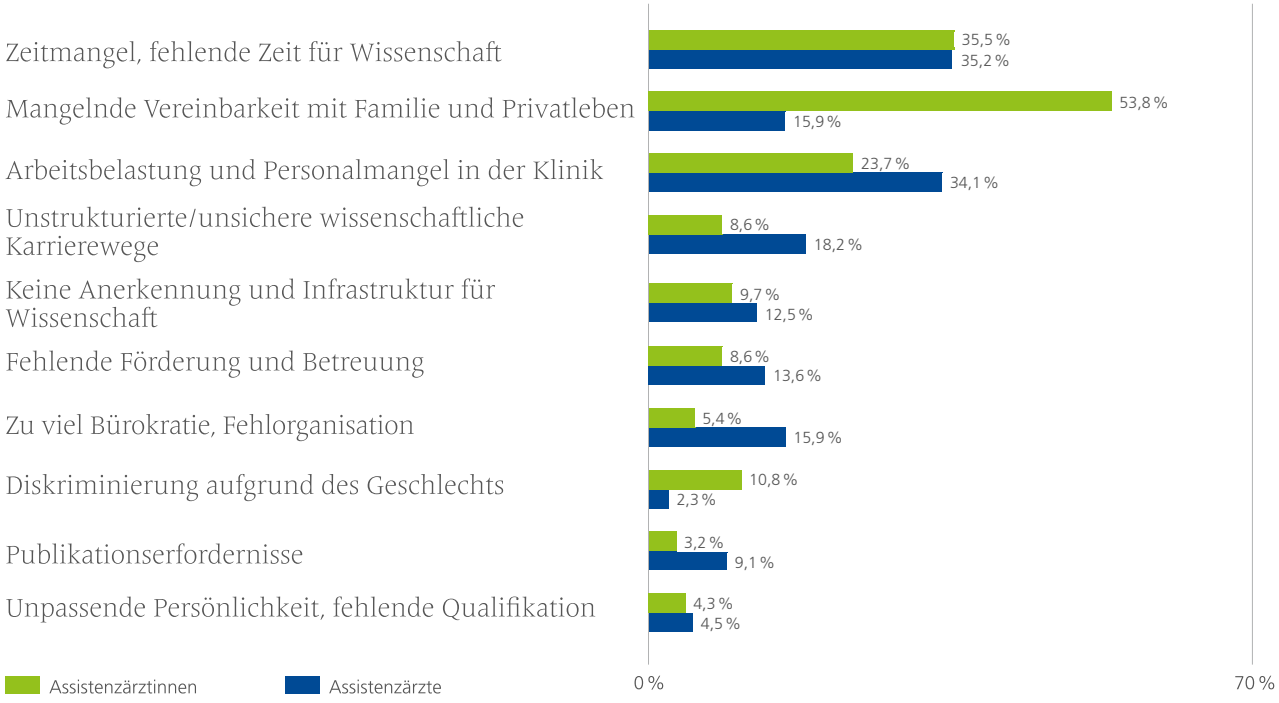


Abbildung 8: Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 93 Frauen, 88 Männer; offene Frage, Mehrfachnennungen möglich), vgl. Kortendiek et al. 2016: 415

Förderliche Faktoren, um Professor/Professorin in der Medizin zu werden?



Abbildung 9: Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 91 Frauen, 89 Männer; offene Frage, Mehrfachnennungen möglich), vgl. Kortendiek et al. 2016: 414

für deren Generation eine Geschlechterdiskriminierung häufig als bereits überwunden dargestellt wird (ebd.: 390).

Die Antworten auf die Frage nach den förderlichen Faktoren für eine wissenschaftliche Karriere in der Hochschulmedizin sowie für das Erreichen einer Professur machen deutlich, dass sowohl Mediziner (49,4 %) als auch Medizinerinnen (54,9 %) Maßnahmen zur gezielten Förderung der wissenschaftlichen Arbeit an die erste Stelle setzen. Für Medizinerinnen steht an dritter Stelle die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (ebd.: 414). In der Weiterbildung wie auch im späteren klinischen und wissenschaftlichen Berufsleben sind betreuungsbedürftige Kinder nicht vorgesehen. Eine Medizinerin berichtet:

„Momentan sieht es so aus, als müsste ich mich entscheiden, da sich klinische/wissenschaftliche Karriere nicht mit Familienplanung vereinen lassen." (F/I, vgl. Kortendiek et al. 2016: 417)

Vor allem die befragten Assistenzärztinnen rekurrieren auf eine gesellschaftliche Verortung von Familie und privater Sorgearbeit als Frauen zugeordneten Bereichen, die einem ambitionierten Berufsleben selbstverständlich entgegengesetzt sind und keinerlei Platz darin haben. Die konkreteren Aussagen setzen Familie in Kombination mit Zeitmangel und Überforderung und zeichnen das Bild einer dauerhaften Mehrfachbelastung (ebd.: 417f).

Vereinbarkeit wird – ganz traditionell – als ein Problem für Mütter und nicht als eine Herausforderung für Väter bzw. allgemeiner für die sozialen Eltern interpretiert. So lautet eines der wichtigsten Ergebnisse der Online-Befragung von Assistenzärztinnen und -ärzten: Unabhängig davon, ob Frauen Karriere machen wollen oder nicht, wird jungen Ärztinnen häufig unterstellt, dass sie zukünftig vor allem für die Familie da sein wollen. Mit diesem Argument werden sie vielfach von einer Karriereförderung ausgeschlossen. Während bei Frauen beständig eine potenzielle Mutterschaft und die Wahrnehmung von Familienverantwortung unterstellt werden, erscheint eine potenzielle Vaterschaft nicht als ein Karrierehindernis (ebd.: 394f).

Zugleich zeigen die Befragungsergebnisse auch auf, wo Veränderungen ansetzen können (vgl. ausführlich ebd.: 456ff). Drei Stellschrauben sind hier zentral:

- eine verbesserte Planbarkeit von Wissenschaftskarrieren (Stichworte sind hier Habilitationsförderung und Mentoring);

- eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen (zu nennen sind hier insbesondere Verbesserung der Personalsituation und der Arbeitskultur);

- eine strukturelle Ermöglichung von Vereinbarkeit (insbesondere durch eine verbesserte Kinderbetreuung und durch neue Arbeitszeitmodelle und nicht zuletzt durch aktive Vaterschaft).

Diese drei Stellschrauben sind nur durch eine starke Gleichstellungsarbeit in Bewegung zu bringen, für die es bereits Beispiele guter Praxis an den Universitätskliniken gibt und die – nicht zuletzt auf der Basis der vorliegenden Dokumentation des Gender-Kongresses – weiterentwickelt und fortgeführt werden muss. Die Hochschulmedizin ist dabei gefordert, konkrete Modelle und Maßnahmen zu entwickeln und zu verstetigen, aber auch einen Kulturwandel voranzutreiben, der es ermöglicht, ein Mehr an Geschlechtergleichheit für Frauen und Männer zu erreichen – dies gilt im Übrigen für den gesamten Hochschulbereich.

Dieser Kulturwandel schließt auch ein anderes Menschenbild ein: Wenn ausschließlich ein „Kampf um die besten Köpfe" stattfindet, werden wir keinen Fortschritt erreichen, da Frauen und zunehmend auch Männer ein ganzheitlicheres Leben leben wollen. Zum Weltfrauentag gehört das Lied „Brot und Rosen", in dem es heißt:

„Und wenn ein Leben mehr ist als nur Arbeit, wollen wir mehr: gebt uns das Brot, doch gebt uns die Rosen auch. Her mit dem ganzen Leben."

Literatur

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Kostrzewa, Anne (2017): Frauen an bayerischen Hochschulen sind meistens Studentinnen. In: Süddeutsche Zeitung vom 24.01.2017. http://www.sueddeutsche.de/bayern/hochschule-kaum professorinnen-an-bayerischen-hochschule-1.3345518 [Abgerufen am 27.04.2017].



Keynote

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer

„Nicht die Frauen sind das Problem, sondern die Strukturen …“

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist es, mehr Frauen in der Hochschulmedizin und insbesondere der Humanmedizin zu halten, um bereits jetzt einem zukünftigen Versorgungsmangel entgegenzusteuern. Hierzu sind eine korrekte Problemanalyse und politische Visionen notwendig. Um beides wird es im Folgenden gehen.

1. Der demografische Wandel als medizinische Herausforderung

Zukünftig wird eine höhere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten für die medizinische Versorgung in Deutschland, aber auch in anderen Ländern notwendig sein. Dies ist u. a. auf den globalen demografischen Wandel zurückzuführen: Laut dem Global Age Watch Index (2015a; 2015b) wird der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland bis 2050 auf über knapp 40 Prozent steigen – eine Entwicklung, die ebenso für die anderen Industrienationen (und in geringerem Maße auch für die meisten anderen Regionen der Welt) prognostiziert wird. Der medizinische Fortschritt sorgt dafür, dass die Menschen immer älter werden. In Deutschland erreichen die Menschen im Durchschnitt ein Lebensalter von 84 Jahren und bleiben 17,8 Jahre von diesen 24 Lebensjahren über 60 gesund. Ziel der Medizin ist es, die krankheitsfreie Lebenszeit zu erhöhen. Allerdings ist vorherzusehen, dass wir älter werden, dabei aber nicht gesund bleiben.

Auch wenn im internationalen Vergleich die Lage in Deutschland noch gut ist, müssen Gesellschaft und Medizin bereits jetzt darauf reagieren, denn die Alterung wird sich auf die führenden Todesursachen auswirken. Derzeit sind dies u. a. ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Tumore (insbesondere der Lunge). Diese Diagnosen nehmen im Vergleich zu Altersdemenzen bereits jetzt als Todesursachen ab (WHO 2017); ein Trend, der sich fortsetzen wird, da die Zahl der dementen Menschen mit einer zunehmend älteren Gesellschaft steigen wird. Und auch dies wiederum ist ein allgemeinerer Trend, der sich in vielen (europäischen) Ländern vollzieht.

2. Zur Berufssituation von Ärztinnen

Ärztinnen arbeiten immer noch bevorzugt in der Kinderheilkunde, der Gynäkologie und als Hausärztinnen. Es gibt eine ganz klare Präferenz von Ärztinnen für bestimmte Fächer, die zugleich mit Einkommens- und Prestigeunterschieden im Vergleich zu den von Männern gewählten Feldern verbunden sind. In der Radiologie exis-

tieren beispielsweise in den Niederlassungen sehr hohe Einkommen, der Frauenanteil dort ist allerdings gering. Auch der Gender-Report 2016 zeigt, dass die Zahl der Medizinstudentinnen und -absolventinnen seit Jahren zunimmt (Kortendiek et al. 2016: 34ff). Von der EU wurde berechnet, dass in den nächsten Jahren ungefähr eine Million Fachkräfte im Gesundheitsbereich fehlen (Europäische Kommission 2010: 10f). In Zukunft werden also mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt – auch in Deutschland.

Bereits seit einigen Jahren nimmt die Zahl der Ärztinnen zu, weil wir auch immer mehr weibliche Medizinstudierende haben. Im Jahr 2014 sind 45,5 Prozent aller praktizierenden Ärztinnen und Ärzte Frauen (Bundesärztekammer 2014). Im Verlauf der nächsten zehn Jahre wird dieser Anteil voraussichtlich auf 50 bis 52 Prozent steigen. Damit sind wir noch weit von einer oft postulierten ‚Feminisierung der Medizin' entfernt.

Derzeit lässt sich eine Abwanderung von deutschen Fachärztinnen und -ärzten ins Ausland beobachten. Die Schweiz und Österreich sind hierbei beliebte Auswanderungsländer. Deshalb stellt sich die Frage, warum die Kolleginnen und Kollegen nicht hierbleiben und was die Attraktivität der ausländischen Standorte ausmacht. Parallel migrieren Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern in die BRD. 2014 lag der Anteil der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland bei 11,0 Prozent, die meisten kamen aus Rumänen, Griechenland, Österreich und Polen (Bundesärztekammer 2014). Auch diese Entwicklungen müssen berücksichtigt werden, wenn es darum geht, Modelle für die Zukunft zu entwickeln und die Arbeitskultur sowie die Anforderungsprofile in den Kliniken zu verändern.

3. Für faktenbasierte Krisenanalysen statt Panikmache

Die soeben skizzierten Entwicklungen sind allseits bekannt. Teilweise lassen sich allerdings emotionale Reaktionen auf diese Veränderungen im Gesundheitswesen beobachten. So führt etwa ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt den Versorgungsmangel u. a. auch auf den hohen Frauenanteil in der Medizin zurück (Richter-Kuhlmann 2010). Medizinerinnen werden hier prinzipiell als ein Problem wahrgenommen. Zugleich wird nahegelegt, dass das weibliche Geschlecht allein für eine zukünftige Versorgungslücke von Patientinnen und Patienten verantwortlich sei. In einem aktuellen Artikel warnt ein Medizinprofessor vor einer „Feminisierung der Medizin" und fordert eine Männerquote für Ärzte (Freyschmidt 2017). Dabei ist bereits die genutzte Begrifflichkeit problematisch, indem eine bereits heute spürbare medizinische Unterversorgung vor allem auf die wachsende Zahl jüngerer Ärztinnen zurückgeführt wird, da diese eine höhere Work-Life-Balance anstrebten und zudem Arbeitsunterbrechungen durch Mutterschaft und Kindererziehung entstünden. Und damit nicht genug, brächen viele Frauen ihr Studium ab oder würden nach dem erfolgreichen Abschluss nicht oder lediglich halbtags praktizieren.

Betrachtet man allerdings die gegenwärtige Ärztedichte in Deutschland, so lässt sich der hier skizzierte Befund so nicht halten: Deutschland hat im Vergleich zu anderen europäischen Ländern immer noch eine der höchsten Ärztedichten, sodass von einem Mangel derzeit nicht gesprochen werden kann (OECD 2012). Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass bei diesen Zahlen Ärztinnen und Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, nicht berücksichtigt sind. Die wahre Ärztedichte ist wahrscheinlich etwas geringer. Dennoch ist die im Artikel gemachte Aussage in ihrer Verallgemeinerung so nicht haltbar. Ebenso konterkarieren die geforderten Veränderungen – eine ‚Männerquote' von 50 Prozent, die Einführung psychologischer Eingangstest und Sanktionen für selbstverschuldete Studienabbrüche – die Fakten und damit die reale Situation. Denn Frauen schließen ihr humanmedizinisches Studium durchschnittlich genauso oft erfolgreich ab wie Männer; und auch die Studienabbruchquote ist in der Medizin mit insgesamt vier bis sieben Prozent eher gering (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Die Behauptung ist also falsch, dass eine große Zahl von Frauen kostbare Medizinstudienplätze blockiert, um die Ausbildung dann abzubrechen oder bei ihrem Studienabschluss zu scheitern. Frauen schließen in der Regel ihr Studium ab und beenden es erfolgreich. Und auch die geforderten psychologischen Eingangstests werden an vielen Universitäten bereits im Zulassungsverfahren angewandt.

4. Benachteiligung beenden, Strukturen aufbrechen und Denkmuster verändern

Anstatt Frauen in der Medizin zu einem Problem zu erklären, sollten stattdessen vielmehr die (Denk-)Strukturen in den Kliniken und Fakultäten kritisch analysiert und verändert werden. Viele Barrieren existieren in den Köpfen und in den Denkmustern von Klinikleitungen, Vorgesetzten aber auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und lassen sich gar nicht unbedingt in konkreten Parametern messen. Diese Denkmuster führen allerdings gleichermaßen dazu, dass die bestehenden Strukturen nicht verändert werden. Beispielsweise zeigt es sich, dass Ärztinnen negativer bezüglich ihrer Arbeitsmotivation oder ihrer Identifikation mit dem Arbeitgeber beurteilt werden, sobald eine Schwangerschaft eintritt oder der Wunsch nach einer Reduktion der Arbeitszeit artikuliert wird. Nicht immer muss diese Benachteiligung bewusst erfolgen, aber sie erfolgt. Ebenso ist es für Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten, schwieriger, weiterhin in ihrer Karriere gefördert zu werden (Rothe 2012).

Hinzu kommen bewusste Vorurteile gegenüber Ärztinnen und ihrem vermeintlich geringen Arbeitseinsatz. Diese würden nur halbtags arbeiten und auch während ihrer Präsenzzeit zu wenig Engagement für die Medizin und bei der Patientenversorgung zeigen. Ärztinnen werden dann sogar als eine ‚Gefahr' für die Patientinnen und Patienten inszeniert. In gewisser Weise ist dies eine Parallele zur Diskussion um die ‚Rabenmütter', die sich hier wiederfindet. Arbeitende Mütter werden im beruflichen Kontext von ihrer Umwelt und auch von anderen Frauen negativ wahrgenommen. Hieran wird deutlich, wie wichtig es ist, im Arbeitsalltag Toleranz für unterschiedliche Lebensmodelle zu entwickeln.

Zugleich sollte das Thema Work-Life-Balance nicht auf Mutterschaft und Kinderbetreuung reduziert werden. Das Thema Work-Life-Balance betrifft alle Menschen, also auch Väter sowie Frauen und Männer ohne eigene Kinder. Frauen müssen keine Mütter sein und Mütter sind nicht alleinverantwortlich für die Organisation der Kinderversorgung. Es gibt viele Ärztinnen und Ärzte, die aus verschiedenen Gründen keine Kinder haben wollen, die jedoch auch nicht permanent arbeiten wollen, und die dies auch nicht müssen sollten. Hierfür werden Modelle benötigt, die diesen Bedürfnissen Rechnung tragen und für eine bessere Balance zwischen den verschiedenen Anforderungen sorgen – unabhängig davon, ob Kinder Teil eines Haushaltes sind oder nicht.

Selbstverständlich sind Kinder ein Faktor, der im Berufsleben berücksichtigt werden muss. Kinder sollten jedoch kein Alleinstellungsmerkmal für das Thema Work-Life-Balance oder die einzig legitime Begründung für eine Reduzierung der Arbeitszeit sein. Es ist erforderlich, traditionelle Familienbilder aufzubrechen und das eigene Rollenverständnis ebenso wie die eigene geschlechtliche Sozialisation zu reflektieren. Auch dies betrifft Frauen und Männer. Frauen benötigen möglicherweise mehr Mut, einen Karriereschritt zu gehen und ihre diesbezüglichen Wünsche zu äußern. Männer kostet es möglicherweise Überwindung, die Arbeitszeit zu reduzieren, um mehr Zeit für die Kinder oder die Privatsphäre zu haben.

Benachteiligung von Frauen findet in der Hochschulmedizin auch im Forschungsalltag und auf dem Weg zur Habilitation statt. Die Forschungsleistungen von Frauen werden oft unter-, während die von Männern überschätzt werden (Fridner et al. 2015). Es konnte gezeigt werden, dass Veröffentlichungen mit Frauen als Erstautorin oder Letztautorin – disziplinübergreifend – weniger Zitate erhalten. Offensichtlich werden Veröffentlichungen mit einer weiblichen Erst- oder Letztautorin als nicht so wichtig eingestuft, wie wenn es einen männlichen Erst- bzw. Letztautor gibt (Larivière 2013). Sind Frauen Erstautorin und ist der Letztautor der männliche Doktorvater, dann wird dem Letztautor die alleinige Denkleistung zugesprochen und die Erstautorin nicht als eigenständige Wissenschaftlerin wahrgenommen (Fridner et al. 2015). Zudem erhalten Männer höhere Mittel bewilligt, wenn sie die gleiche Geldmenge für Forschungsprojekte beantragen (Waisbren et al. 2008). Bei Forschungsanträgen von Frauen scheinen die Gutachter und Gutachterinnen anzunehmen, dass die Forschung mit weniger Geld gemacht werden kann oder eben einfach nicht so förderungswürdig ist.

Dies führt in der Konsequenz dann dazu, dass viele Ärztinnen diesem System den Rücken kehren, sich nicht habilitieren wollen und aus Frustration und Enttäuschung die Hochschul-

medizin ganz verlassen. Eine fehlende Work-Life-Balance ist hierfür nur ein Faktor, aber nicht immer die Hauptursache. Dies ist auch eines der Ergebnisse des Gender-Reports 2016. Gefragt nach den Erfolgsfaktoren, um eine Professur in der Hochschulmedizin zu erreichen, geben die befragten Assistenzärztinnen an erster Stelle die Faktoren „Freistellung zur Forschung und Lehre“ (54,9 %) und „Wissenschaftliche Betreuung und Förderung“ (28,6 %) an. Erst dann folgt die Vereinbarkeit (22,0 %) (Kortendiek et al. 2016: 414).

Dieser Befund führt erneut zu den erforderlichen Strukturveränderungen. Hier ist oft von der neuen Generation junger Ärztinnen die Rede, die andere Dinge wollen (Schmidt/Möller/Windeck 2013). Diese neue Generation sollte nicht als Bedrohung, sondern als Chance für die Gesundheitsversorgung verstanden werden, da sie eine Veränderung des medizinischen Systems erzwingen wird. Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten erzeugt Druck, weil in den kleineren Hospitälern bereits jetzt bestimmte Stellen nicht mehr besetzt werden können. Dies ist eine Chance für Ärztinnen, ihre beruflichen und privaten Lebenswirklichkeiten besser in Einklang zu bringen; eine Chance, die noch nicht oft genutzt wird. Aber hier ergeben sich positive Möglichkeiten zur Veränderung.

5. Weibliche Karrieren in der Hochschulmedizin sind möglich

Abschließend sollen einige konkrete Veränderungsvorschläge skizziert werden. Für diese Veränderungen sind positive Rollenmodelle unerlässlich. Auf diese Weise wird sichtbar: Es geht doch! Weibliche Karrieren in der Hochschulmedizin sind möglich! Dabei sollten Vorbilder und positive Wertvorstellungen nicht erst während des Studiums oder auf der Ebene der Chefetagen oder der Klinikleitungen vermittelt werden, sondern von Beginn an.

Lebenswirklichkeiten von Ärztinnen

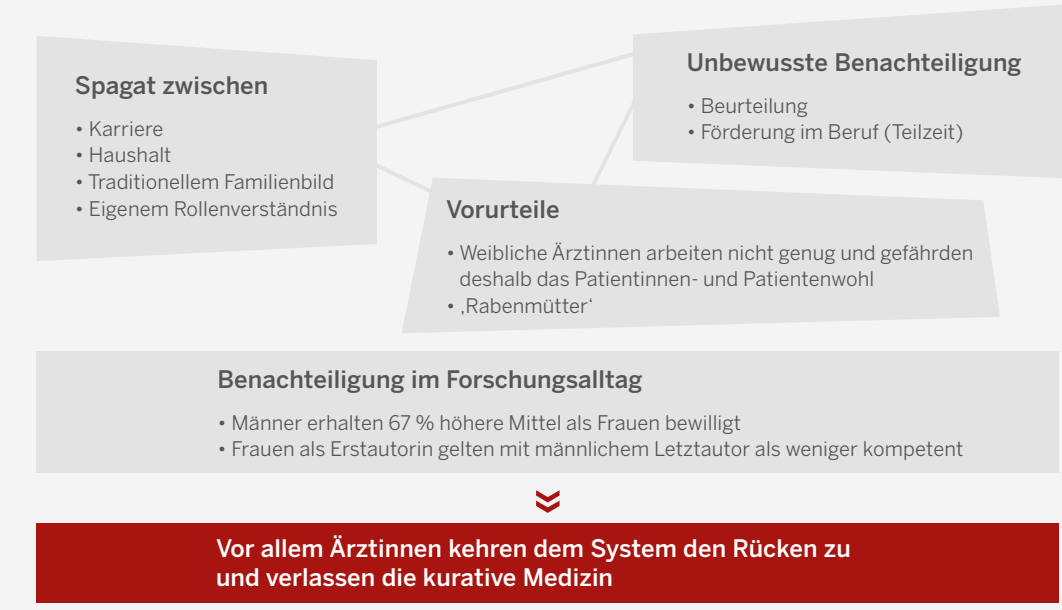


Abbildung 1: Vielfältige Herausforderungen und komplexe Anforderungen: die Lebenswirklichkeiten von Ärztinnen

Benötigt werden unter anderem Trainings- und Sensibilisierungsmaßnahmen auf allen Leitungsebenen. Auch Karrierecoachings für junge Kolleginnen und Kollegen sind hilfreich, Assistenzärztinnen und -ärzte auf dem Weg von ihren ersten Stationen hin zu einer Leitungsfunktion zu begleiten. Bei all diesen Maßnahmen ist es wichtig, alle Generationen ins Boot zu holen. Es zeigt sich immer wieder, dass die Ansprüche und Vorstellungen über Arbeit zwischen älteren und jüngeren Kolleginnen und Kollegen mitunter stark divergieren. Teilweise wird den jüngeren

Ärztinnen und Ärzten dann ein mangelnder Einsatz unterstellt, wenn sie auf ihrem Feierabend bestehen, um zu den Kindern zu gehen, oder wenn sie Urlaub und Freizeit einfordern. Hier ist eine generationenübergreifende Kommunikation notwendig: Es darf nicht der Mechanismus greifen, dass alle es schlecht haben müssen, weil die ältere Generation bestimmte Forderungen nicht erhoben hat oder damals gesellschaftliche Arbeit und Reproduktionstätigkeiten anders verteilt waren. Hier ist es wichtig, Lösungen zu finden, von denen ältere und jüngere Kolleginnen und Kollegen gleichermaßen profitieren.

Flexiblere Arbeitszeiten könnten etwa durch Clusterlösungen auf Stationen oder Kliniken ermöglicht werden. Konkret würde dies bedeuten, dass ein Pool von Ärztinnen existiert, die forschen möchten und die zugleich halbtags arbeiten und füreinander einspringen. So können Stationsdienste übernommen werden, wenn längere Forschungszeiten anstehen und Experimente begleitet werden müssen. Für große Abteilungen und insbesondere für die Unikliniken können solche Cluster und Pools gut funktionierende Lösungen darstellen. Dadurch würden auch Arbeitszusammenhänge verändert, indem die Besprechung im Pool die Zustimmung der Personaloberärztin bzw. des Personaloberarztes ersetzen würde. Ein weiterer wichtiger Baustein sind die Mentoring-Programme. Hierbei können auch neue Medien und Anwendungen – z. B. Facebook-Gruppen – eingesetzt werden. Dies ermöglicht einen Peer-to-Peer-Austausch, durch den Lösungen, aber auch Beschwerden ausgetauscht werden können und Support geleistet werden kann. Nicht zuletzt wird so der Blick über den eigenen Tellerrand ermöglicht.

Last but not least gehört auch eine Portion Selbstüberzeugung dazu: „Wir wollen es! Und wir machen es!“ Dabei sollte jedoch immer beachtet werden: Es geht um die Veränderung von Denkmustern und Strukturen und nicht darum, Frauen zu optimieren und an den Job anzupassen. Davon profitieren am Ende alle, die Ärztinnen und Ärzte, die (Hochschul-)Medizin und die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Literatur

Bundesärztekammer (2014): Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig. http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/ [Abgerufen am 10.04.2017].

Europäische Kommission (2010): Eine Agenda für neue Kompetenzen und neue Beschäftigungsmöglichkeiten: Europas Beitrag zur Vollbeschäftigung. http://www.eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0682&from=EN [Abgerufen am 10.04.2017].

Freyschmidt, Jürgen (2017): Wir brauchen eine Männerquote für Ärzte! In: FAZ vom 06.03.2017. http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/campus/zuviel-feminismus-brauchen-aerzteeine-maennerquote-14906675.html [Abgerufen am 24.03.2017].

Fridner, Ann/Norell, Alexandra/Åkesson, Gertrud/Gustafsson Sendén, Marie/Tevik Løvseth, Lise/Schenck-Gustafsson, Karin (2015): Possible reasons why female physicians publish fewer scientific articles than male physicians. A cross-sectional study. In: BMC Medical Education, (15) 67. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404646/ [Abgerufen am 10.04.2017].

Global Age Watch Index (2015a): Population Ageing Maps. http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/population-ageing-map/ [Abgerufen am 24.03.2017].

Global Age Watch Index (2015b): AgeWatch Report Card: Germany. http:// www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Germany [Abgerufen am 24.03.2017].

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/ Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Larivière, Vincent/Ni, Chaoqun/Gingras, Yves/Cronin. Blaise/Sugimoto, Cassidy R. (2013): Bibliometrics: Global gender disparities in science. In: Nature, (504) 7479, S. 211–213.

OECD (2012): Health Care Resources. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC [Abgerufen am 25.03.2017].

Richter-Kuhlmann, Eva (2010): Arztzahlstudie von BÄK und KBV: Die Lücken werden größer. In: Deutsches Ärzteblatt, 107 (36). http://m.aerzteblatt.de/printshow.asp?hid=3173&page=17 [Abgerufen am 25.03.2017].

Rothe, Andrea (2012): Karriere trotz Teilzeit. In: Deutsches Ärzteblatt, (109) 6, S. A 289–290.

Schmidt, Christian/Möller, Johannes/Windeck, Peter (2013): Vier Generationen unter einem Dach. In: Deutsches Ärzteblatt, (110) 5, S. A 928–A933.

Statistisches Bundesamt (2016): Bildung und Kultur. Erfolgsquoten 2014. Berechnung für die Studienanfängerjahrgänge 2002 bis 2006 nach Fachrichtung und Geschlecht. http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/Erfolgsquoten5213001147004.pdf;jsessionid=077DDC327D479CB684645CFD1C12B451.cae2?__blob=publicationFile [Abgerufen am 25.03.2017].

Waisbren, Susan E./Bowles, Hannah/Hasan, Tayaba/Zou, Kelly H./Emans, S. Jean/Goldberg, Carole/Gould, Sandra/Levine, Deborah/Lieberman, Ellice/Loeken, Mary/Longtine, Janina/Nadelson, Carol/Farkas Patenaude, Andrea/Quinn, Deborah/Randolph, Adrienne G./Solet, Jo M./Ullrich, Nicole/Walensky, Rochelle/Weitzman, Patricia/Christou, Helen (2008): Gender differences in research grants applications and funding outcomes for medical school faculty. In: Journal of Women‘s Health, (17) 2, S. 207–214.

World Health Organization (2017): Germany: WHO Statistical Profile. http://www.who.int/gho/countries/deu.pdf?ua=1 [Abgerufen am 24.03.2017].



Keynote

Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

(Beitrag verfasst mit Laura Gumbert und Michael Lauerer)[1]

Unter Medizinmännern – gesellschaftliche und führungskulturelle Fragen in einer modernen Gesundheitsversorgung

2017 ist ein Jahr vieler Jubiläen. Besonders herausragend sind dabei all jene, die an Ereignisse erinnern, die das Leben – vor allem das Zusammenleben – respektvoller, freier, gerechter und zuversichtlicher gemacht haben. Eines davon ist die Reformation vor 500 Jahren. Ihre wesentliche Tragweite liegt in der Wahrnehmung des Menschen als Individuum und der damit verbundenen Anerkennung einer Gleichheit zwischen allen Menschen. Auch die Würde, die diese Gleichheit begründet, erfährt über die Reformation eine solche zentrale Aufmerksamkeit, dass damit ein neues Zeitalter in der Menschheitsgeschichte angebrochen ist. Im Hinblick auf die Geschlechtergerechtigkeit bedeutete das vorerst keinen wesentlichen Schritt nach vorne – auch wenn bei Martin Luther in der Wahrnehmung Gottes auf den Menschen erstmalig kein Unterschied mehr postuliert wurde. Für die Gleichberechtigung innerhalb der Gesellschaft, speziell auch in Arbeitszusammenhängen, hat es vieler weiterer Jahrhunderte bedurft, um aus einer gleichen Wahrnehmung auch einen annähernd gleichen Alltag realisieren zu können. In der Wissenschaft tut sich dabei die Hochschulmedizin besonders schwer – was wohl im Zusammenhang steht mit dem Selbstverständnis der Medizin, so wie sie sich parallel zur Gesamtgesellschaft entwickelt hat. Bei aller inhaltlichen Fortschrittlichkeit ist sie in vielen organisatorischen Bereichen unverändert archaisch. Dass es 400 Jahre gedauert hat, bis sich in der Wissenschaft etwas bewegt hat, muss – nicht zuletzt im skizzierten Kontext der Hochschulmedizin – kritisch hinterfragt werden. Als ein aktuelles Zeichen dafür könnte etwa interpretiert werden, dass sich der Frauenanteil an den Professuren der Medizinischen Fakultäten in NRW deutlich unterscheidet (vgl. Kortendiek et al. 2016): An der Universität Duisburg-Essen etwa ist er deutlich höher als in Bonn. Im Folgenden wird es um den kulturellen Kontext gehen, der solche Befunde erklären kann.

[1] Laura Gumbert ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Schwerpunktmäßig befasst sie sich dort mit der Versorgungsforschung, vor allem im pharmazeutischen Kontext und im Bereich seltener Erkrankungen.
Michael Lauerer ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Er lehrt und forscht zu normativen und empirischen Fragen im Gesundheitswesen.



Abbildung 1: Dorothea Christiane Erxleben, Bildquelle: ullstein-bild

1. Dorothea Erxleben – eine Pionierin der medizinischen Wissenschaft

Fast kontradiktorisch, in jedem Fall aber auffällig ist die aktuelle Diskussion zur „Feminisierung der Ärzteschaft". Diese beschäftigt nicht nur die Medien, sondern ist seit nunmehr zwei Jahrzehnten Diskussionsgegenstand an Medizinischen Fakultäten, den Ärztekammern sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen – also bei denjenigen, die einen Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung haben. Dabei steht fest, dass junge Frauen bei den Bildungsabschlüssen erfolgreicher sind. Dementsprechend haben sie bessere Abiturnoten und durch das Zulassungsverfahren überwiegt folglich der Anteil der Frauen im Medizinstudium. Diese Situation wird sich, solange kein anderes Vergabesystem der Studienplätze existiert, auch nicht verändern. Deshalb formulieren nun die Medizinmänner ihre große Sorge – vor konkreten Auswirkungen auf sie selbst. Und tatsächlich ist eine Erstsemesterquote von über 65 Prozent weiblicher Studierender eine Entwicklung, die nicht zu antizipieren war – jedenfalls nicht, wenn man auf die Geschichte der ärztlichen Ausbildung schaut.

Die erste Zulassung zum Medizinstudium erhielten Frauen Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts. Es gab aber weit vorher eine Ärztin, die besonders zu erwähnen ist: Es handelt sich um die erste promovierte Medizinerin Deutschlands, Frau Doktor Dorothea Erxleben, geboren 1715 in Quedlinburg. Wie war das damals möglich? Dorothea Erxleben war die Tochter eines Arztes. Sie besaß keine Zulassung zu einem Studium. Dies war für eine Frau undenkbar. Aber sie hatte sich an Friedrich den Großen gewandt. Dieser wies die Universität von Halle an der Saale an, sie aufzunehmen. Das war eine Ausnahmesituation. Allerdings nahm Dorothea Erxleben erst Jahre später – nach dem Tod einer Patientin während der Behandlung – das Promotionsstudium auf. So ist sie am 12. Juni 1764 ohne ein Studium die erste promovierte Ärztin Deutschlands geworden.

2. „Feminisierung der Medizin" – eine Kulturgeschichte

Es ist wichtig, zu bedenken, dass die Kritik an der sogenannten „Feminisierung der Medizin" historisch weit zurückreicht. Gegenwärtig fordert nicht nur ein ehemaliger Professor der Medizinischen Hochschule Hannover eine Männerquote für das Medizinstudium (vgl. Freyschmidt 2017). Schon 1872 hat ein gewisser Herr Theodor Ludwig Wilhelm von Bischoff ein fragwürdiges Buch über dieses Thema geschrieben. Er kam damals zu dem Schluss, dass Ärztinnen keinen Nutzen haben könnten – weder für das weibliche Geschlecht, noch für die Patientinnen und Patienten, noch für das Wohlergehen des Volkes. Weniger als 150 Jahre ist es her, dass ein solches Buch auf Resonanz gestoßen ist. Es hat die damalige Diskussion über die Zulassung von Frauen zum medizinischen Beruf beeinflusst. Sich daran zu erinnern ist wichtig, wenn wir heute analysieren, wie sich die kulturelle Wahrnehmung und die Möglichkeiten von Frauen in der Wissenschaft entwickeln und wie diese Entwicklungen positiv beeinflusst werden können.

Die Diskussion über eine „Feminisierung der Medizin" ist viel tiefer in der medizinischen Kultur verankert, als dies gegenwärtig bei der Frage von Karrierechancen wahrgenommen wird. Nichtsdestotrotz hat sich der 26. Deutsche Ärztetag 1898 am Ende für die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium ausgesprochen. Dieser Entscheidung lagen verschiedene Aspekte zugrunde, von denen sich am Ende einer als wesentlich erwiesen hat:

Die Versammlung stellte fest, dass die allgemeine Zulassung von Frauen zum Studium nur



Theodor Ludwig Wilhelm von Bischoff (*1807; † 1882), ein Anatom und Physiologe, beeinflusst mit seinem Buch „Das Studium und die Ausübung der Medicin durch Frauen“ (1872) die Diskussion über das Frauenstudium:

„Es fehlt dem weiblichen Geschlecht nach göttlicher und natürlicher Anordnung die Befähigung zur Pflege und Ausübung der Wissenschaften und vor allem der Naturwissenschaften und Medicin. (...) Die Überladung des ärztlichen Standes mit unbefähigten halb-gebildeten weiblichen Handwerkern, wie sie allein von dem weiblichen Geschlecht zu erzielen sind, hemmt und stört die Fortbildung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst auf das Schädlichste. Diese Überladung mit weiblichen ärztlichen Handwerkern, unter gleichzeitig unausbleiblicher Verdrängung männlicher Ärzte, gefährdet das sanitäre Wohl des Staates im Frieden und im Krieg auf die bedenklichste Art.“

„Die Beschäftigung mit dem Studium und die Ausübung der Medicin widerstreitet und verletzt die besten und edelsten Seiten der weiblichen Natur, die Sittsamkeit, die Schamhaftigkeit, Mitgefühl und Barmherzigkeit, durch welche sich dieselbe vor der männlichen auszeichnet.“

Abbildung 2: Ein alter Hut: Die Furcht vor der „Feminisierung der Medizin“, Copyright: Universitätsarchiv Heidelberg, Lithographie L'Allemand, 1838

sehr geringe Auswirkungen haben würde, da gar nicht so viele Frauen aufgenommen würden: Die entsprechende schulische Ausbildung fehlte, da es erst einige Mädchengymnasien gab. Deshalb erschien den Ärzten ihre eigene Befürchtung, dass das ärztliche Ansehen durch die Zulassung von Frauen zu Studium und damit zur Berufspraxis tatsächlich leiden könnte, unbegründet. Weil die Ärzte also davon ausgingen, dass nicht viele Frauen medizinisch tätig werden würden, sahen sie keinen gewichtigen Grund, Frauen die Zulassung zu verweigern.

Es ist Bewegung notwendig, um solche tief verankerten Grundeinstellungen tatsächlich zu verändern und eine neue Betrachtungsweise der Partizipation von Frauen in Wissenschaft und Beruf zu ermöglichen. An der Berliner Charité wurde 1913 die erste Frau zur Professorin berufen: Rahel Hirsch, eine Pädagogin, die ihr Medizinstudium in der Schweiz absolviert und sich dann ausschließlich auf die Forschung konzentriert hatte. Rahel Hirsch ist die Entdeckerin des nach ihr benannten Hirsch-Effekts, der die Durchlässigkeit der Schleimhaut im Dünndarm für großkorpuskuläre Partikel und deren Übergang über das Blutgefäßsystem in den Harn beschreibt. Für diese Leistung, die einer Habilitation glich, hat man ihr 1913 die Professur verliehen. Ein Durchbruch? Nein! Frau Hirsch hat 1919 die Charité wieder verlassen, weil diese Professur weder mit einer medizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten, noch mit der Leitung einer Klinik, noch mit einer Bezahlung verbunden war. Sie hat dann eine freie Praxis eröffnet und eine entsprechende Tätigkeit aufgenommen. Insofern kann die Charité, die sich immer gerne mit Rahel Hirsch schmückt, in Bezug auf die Frage des tatsächlichen Umgangs mit ihr auch kritisch betrachtet werden.

3. Den Kulturwandel gestalten

Wie sieht es heute aus? Jüngst wurde ein Buch veröffentlicht, das gerade sehr stark in der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft beworben wird (Oldhafer 2016). Es stellt Frauen in medizinischen Führungspositionen vor. Das Buch enthält Biografien von Frauen, die derzeit besondere Funktionen eingenommen haben, Frauen, die Erfolg haben. Diese Erfolge spiegeln ein Stück weit auch die Zahlen wider, die heute präsentiert werden können: Frauen sind im Medizinstudium in der Mehrheit, sodass eine entsprechende Beteiligung an Führungspositionen in Zukunft wahrscheinlicher erscheint. Allerdings lassen die Probleme, die auch die Daten des Gender-Reports 2016 offenlegen, Zweifel aufkommen. Ein eventuell unterstellter Automatismus zur Verbesserung besteht sicher nicht. Ohne politische Unterstützung wird sich eine Gleichberechtigung bei der Besetzung von Führungspositionen nicht realisieren. Es ist deshalb

notwendig, gesellschaftliche Arbeit zu leisten, die eine entsprechende politische Unterstützung erfährt und durch Gesetzgebungsmaßnahmen flankiert wird.

Bei einem Angleichungsprozess spielt die Selbstwahrnehmung von Frauen und Männern eine wichtige Rolle. Wenn man etwa die positive Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen betrachtet, an der es zwischen 2004 und 2014 einen deutlichen Anstieg an berufenen Professorinnen gegeben hat, fallen eine Reihe von Punkten auf, die eine solche Veränderung innerhalb der letzten Jahre ermöglichten. Einen Anteil von vier auf 21 Prozentpunkte zu steigern ist kein Schneckentempo. Das ist durchaus ein struktureller Wandel. Solche positiven Veränderungen sind heute und auch in Zukunft möglich – wenn dieser Frage mit einer entsprechenden Aufmerksamkeit begegnet wird.

Eine politische Unterstützung dieses Wandels kann sich hierbei nicht allein auf die Gesetzgebung der Landesparlamente beschränken. An dieser Stelle sind auch die Wissenschaftsorganisationen gefordert. So ist etwa richtig, dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft – gerade auch in der Medizin – Anforderungen an frauenfördernde Maßnahmen stellt. Diese sind Voraussetzung für die Bewilligung bestimmter Fördermaßnahmen. An den Fakultäten und Universitätskliniken führt das zu einem Umdenken. Solche Anreize für einen Kulturwandel sind nötig.

Allerdings ist die im Gender-Report 2016 angesprochene Leaky Pipeline in der Medizin heute nicht mehr allein eine Frage der Geschlechtergerechtigkeit. Vielmehr ist auch fraglich, inwieweit die heutigen hierarchischen Führungsmodelle und die Kultur innerhalb der Medizin sich tatsächlich noch als zukunftsfähig erweisen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass Beziehungsmomente innerhalb der Strukturierung komplexer Arbeitsabläufe zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Diese setzten voraus, dass Kompetenz und Überzeugung parallel zur strukturellen Organisation einen adäquaten Stellenwert haben und dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert und nicht autoritär verpflichtet werden. In vielen Fällen impliziert dies, dass eine Arbeits- und Entscheidungsteilung immer stärker notwendig wird – also ein Aufbrechen der Trias von klinischer Versorgung, Forschung und Lehre. Hier müssen kooperative Modelle entwickelt werden, in denen Forschung durch qualifizierte, insbesondere naturwissenschaftlich ausgebildete Kolleginnen und Kollegen auf der einen Seite mit klinischer Versorgung von Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite zusammenfinden. Letztlich wird beides jedoch nicht mehr in einer Person zusammenfließen. Viele Kollegen haben mit dieser Perspektive erhebliche Schwierigkeiten, weil mit einer solchen Veränderung auch ein Machtverlust einhergeht.

Mehr Frauen in der Medizin, das heißt auch weniger Männer. Und dies ist ein Thema, das in Fakultäten, aber auch in Krankenhäusern oder anderen Strukturen nicht wirklich leicht zu bewältigen ist. Nicht zuletzt ist das Thema gerade dann eine Herausforderung, wenn man nicht annimmt, dass die Veränderungen allein durch die gewachsene Zahl an Frauen, die heute ein Medizinstudium beginnen oder Ärztinnen sind, initiiert werden, sondern tatsächlich eine Frage der Gleichberechtigung darstellen, die in den Kliniken und Fakultäten konkret gestaltet werden muss.

Zur Kultur und Selbstwahrnehmung gehört auch die Wahl des jeweiligen Fachgebietes. Gerade unter lebenstechnischen Gesichtspunkten ist es nicht überraschend, dass Frauen in den Fachgebieten wie Anästhesiologie oder Kinderheilkunde, die eine größere Variabilität bei der Arbeitszeitgestaltung erlauben, stärker vertreten sind als in der Chirurgie. Das in vielen Fällen unveränderte Rollenmodell bezüglich der besonderen Verantwortung von Frauen für die Familiengründung und -gestaltung kommt hier zum Tragen. Dies muss man aus Sicht der Chirurgie ausgesprochen bedauern. Denn natürlich ist der Mangel gerade an Auszubildenden hier ein gravierender. Es wäre wünschenswert, dass sich mehr Frauen für dieses Fachgebiet entscheiden und in der Chirurgie arbeiten. Allerdings entscheiden sich heute zunehmend nicht nur junge Frauen, sondern auch junge Männer oft gegen die Chirurgie, weil die Realisierung eines geregelten Lebensalltages in solchen Fachgebieten als besonders schwierig gilt. Dies unterstreicht, dass insgesamt innerhalb der Medizin organisatorische und strukturelle Veränderungen notwendig werden, die Ziele und Erwartungshaltungen der

	Durchschnittsstundenlohn Frauen	Durchschnittsstundenlohn Männer
Medizinische Fachangestellte	12,88 €	14,80 €
Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	32,30 €	52,83 €
Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin	35,04 €	45,05 €
Fachärztinnen und -ärzte für Chirurgie	37,76 €	48,20 €

Abbildung 3: Der Gender Pay Gap in der Medizin. Quelle: Bundesamt für Statistik (2014). Inwieweit z. B. Zuschläge für Überstunden die Unterschiede beeinflussen, ist nicht vollständig bekannt.

zukünftigen Generationen besser abdecken und somit Privat- und Arbeitsumfeld besser aufeinander abstimmen.

Zugleich zeigt sich, dass sich diejenigen Frauen und Männer, die in Zukunft die Welt der Medizin besonders gestalten werden, in ihren Wünschen nach einem Ausgleich von Arbeit und Familienleben nicht sehr stark unterscheiden. Es gibt allerdings Unterschiede bei der Realisierung der gemeinsamen Konstellationen in Arbeit und Familienleben. Ein wichtiges Charakteristikum der Wahrnehmungen des hochschulmedizinischen Alltags ist die Feststellung, dass Frauen und Männer nicht nur unterschiedlich bezahlt werden, sondern dass sich die Gehaltserwartungen der jungen Studierenden nach Geschlecht unterscheiden. Bereits junge Studentinnen haben offensichtlich eine andere Erwartungshaltung an ihr Einkommen als Männer (Gibis et al. 2012). Auch diese Einstellungen müssen sich verändern, damit sich der daran anschließende Teil – die entsprechende Bezahlung – wandeln kann. Laut Bundesamt für Statistik gibt es, ähnlich wie in allen anderen Berufen in der Bundesrepublik Deutschland, eine Differenz zwischen dem Durchschnittseinkommen von Frauen und Männern. Besonders ausgeprägt ist dies in einem Fachgebiet, in dem man das weniger erwarten würde – der Kinderheilkunde. Ob dort wirklich ein finanzielles Anreizsystem wirkt und dazu führt, dass mehr Männer in die Kinderheilkunde kommen, ist nicht belegt. Jedwede Form der geschlechterspezifischen Anreizsysteme scheint mit dem Grundgedanken der gleichen Bezahlung für gleiche Arbeit nicht kompatibel, was die einfache Schlussfolgerung zulässt, dass der bestehende Gender Pay Gap in der Medizin unbedingt überwunden werden sollte. Das könnte man sich natürlich für die Chirurgie genau umgekehrt vorstellen – mehr an Frauen zu zahlen, die in die Chirurgie gehen, als an Männer zu zahlen. Anzustreben aber ist Parität im Hinblick auf die entsprechende Einkommensentwicklung. Ein Vergleich des Bruttostundenverdienstes nach beruflichen Tätigkeiten im April 2014 zeigt, dass wir weit davon entfernt sind.

4. Neue Lebensmodelle ermöglichen

Welches Fazit lässt sich also ziehen, wenn man den Gap in der Hochschulmedizin unter kulturellen Gesichtspunkten am Weltfrauentag betrachtet? Die Geschlechterrollenstereotype, die in anderen Beiträgen des Reports dargelegt werden, spielen nicht nur in der Analyse, sondern auch in den Empfindungen und in der Wahrnehmung der Bevölkerung eine ganz wesentliche Rolle. Es gibt keine Hinweise dafür, dass Patientinnen und Patienten die Ärztinnen als eine weniger qualifizierte Gruppe im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen betrachten. Dies gilt allemal für die sogenannte Zuwendungsmedizin, die derzeit noch eine geringe Rolle spielt, jedoch innerhalb der medizinischen Versorgung immer stärker eingefordert wird. Etwa im Hinblick auf Qualitäten wie Verständnis, Mitgefühl und soziales Engagement füllen Frauen die Anforderungen an eine solche Medizin aufgrund ihrer Sozialisation ggf. besser aus, als Männer dies können. In bestimmten Fachgebieten und auch in der niedergelassenen Ärzteschaft lässt sich feststellen, dass diese Qualitäten bei der Konsultation von Ärztinnen häufig stärker ausgeprägt sind. Die Etablierung innerhalb der Medizin ist allerdings aufgrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für junge Frauen unverändert schwerer als für junge Männer. Die große Bandbreite und inhaltliche Schwierigkeit, klinische Versorgung, Forschung und Lehre zu verbinden, wurde wie-

derholt beschrieben. Wird diese Trias um das Thema Familie ergänzt, dann wird die Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen praktisch unmöglich. Eine inhaltliche Reduktion der Verantwortungstrias wird zwingend erforderlich, um Berufstätigkeit mit der Familienentwicklung zu verbinden. Dies bezieht sich gegenwärtig nicht mehr ausschließlich auf Frauen, sondern gilt für Männer und Frauen gleichermaßen.

Dabei ist die Erwartungshaltung, dass die ärztliche Wissenschaft uneingeschränkte Hingabe ohne familiäre Verpflichtungen erfordert, noch sehr stark in den Köpfen der heute leitenden Ärzte verankert. Allerdings sind langsam Veränderungen erkennbar: In den Neunzigerjahren galt die Geburt eines Kindes für einen Assistenzarzt zwar als mitteilungswürdiges, persönliches Ereignis. Konsequenzen für den Arbeitsalltag, die Dienstbelastung oder die Eingebundenheit in anderweitige Verpflichtungen der Klinik ergaben sich daraus aber keineswegs. Dies hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Die positiven Entwicklungen bei der Verteilung von Elternzeit auf Männer und Frauen ist auch in der Medizin erkennbar. Die Bereitschaft, junge Kolleginnen und Kollegen bei der Bewältigung von Herausforderungen in der Familie zu unterstützen, wächst. Dieses Wachstum ist allerdings in den hierarchischen Strukturen der Medizin unverändert stark gekoppelt an die Bereitschaft von Führungspersonen, die Veränderung selbst mit voranzutreiben. In einer Männerwelt ist dies gewöhnlich schwieriger als in sozialen Kontexten, in denen Männer und Frauen bereits ein zunehmend stärkeres Miteinander eingeübt haben; in einem stark hierarchischen System schwieriger als in stärker kooperativen Führungsstrukturen.

Das System, das in der Medizin noch sehr stark verankert ist, funktioniert unverändert von oben nach unten. Die Veränderung greift nur sehr langsam um sich. Allerdings ist die Entwicklung, die bei der Berufung von Frauen sichtbar wird, eine ausgesprochen positive. Sie bietet die Chance, eine andere Sichtweise auf die Rahmenbedingungen und die Lebensgestaltung zu entwickeln. Damit dies langfristig abgesichert und verstärkt wird, braucht es unverändert Anreize unterschiedlicher Art und eine entsprechende politische Unterstützung. Letztlich wird erst die Parität bei der Besetzung von Stellen die Veränderung des Denkens und der Strukturen ermöglichen.

Für Geschlechtergerechtigkeit bedarf es beherzter Handlungen. Im Kontext der Hochschulmedizin gehört das Nachstehende dazu:

- Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf darf nicht als alleinige Aufgabe von Frauen und Müttern verstanden werden.
- Schwangere Medizinerinnen müssen unterstützt werden, ohne dass dies zu einer unzumutbaren Belastung für die gesamte Abteilung und der Mutterschutz nicht zum „Karriere-Aus“ wird.
- Es sollten deutlich mehr Frauen nach einer erfolgreichen Promotion bei weiteren Qualifizierungsmaßnahmen, z. B. einer Habilitation, unterstützt werden.
- Klinische Forschung und klinische Tätigkeit müssen einheitlich vergütet werden.
- Arbeitsverträge müssen für mehr Planungssicherheit von Nachwuchswissenschaftlerinnen entfristet werden, wenigstens müssen aber planbarere Karriereoptionen auf der Basis von Fünfjahresverträgen geschaffen werden.
- Arbeitsleistungen müssen gerechter beurteilt werden.

Abbildung 4: Handlungsempfehlungen für eine geschlechtergerechte Hochschulmedizin

Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Medizin und dieser männliche Blick auf die Medizin in unseren Köpfen tatsächlich positiv veränderbar sind. Derzeit erleben wir gerade erschreckende politische Veränderungen und eine Rückwärtsgewandtheit unserer kulturellen Belange. Dies zeigt sich in einem aufkeimenden Nationalismus sowie in einem Aufkeimen traditioneller Geschlechterbilder. Diese Situation verdeutlicht, dass wir uns anstrengen müssen, die Errungen-

schaften unserer liberalen Gesellschaft – und damit die Grundvoraussetzung für die Gleichberechtigung – zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die derzeitigen Tendenzen sind leider besorgniserregend. Deshalb ist es so wichtig, dass wir an dieser Stelle nacharbeiten.

Gelingen kann dies, indem wir uns das Ziel von Gleichstellung noch einmal vor Augen führen. Johanna Dohnal, frühere Bundesministerin in Österreich, formulierte eine Vision des Feminismus, die sich der Hoffnung der Reformation unbekümmert anschließen kann: „Ich denke, es ist Zeit, daran zu erinnern: Die Vision des Feminismus ist nicht eine ‚weibliche Zukunft'. Es ist eine menschliche Zukunft! Ohne Rollenzwänge, ohne Macht- und Gewaltverhältnisse, ohne Männerbündelei und Weiblichkeitswahn." (SPÖ Frauen 2006: 16)

Dank

Besonderer Dank gilt Dr. Christine Kurmeyer, Zentrale Gleichstellungsbeauftragte der Berliner Charité, für die Durchsicht des Manuskriptes und persönliche Anregungen.

Literatur

Bischoff, Theodor Wilhelm von (1872): Das Studium und die Ausübung der Medicin durch Frauen. München. Theodor Riedel.

Bundesamt für Statistik (2014): Verdienststrukturerhebung 2014, Fachserie 16 Heft 1. Wiesbaden.

Freyschmidt, Jürgen (2017): Wir brauchen eine Männerquote für Ärzte! In: FAZ vom 06.03.2017. http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/campus/zuviel-feminismus-brauchen-aerzteeine-maennerquote-14906675.html [Abgerufen am 24.03.2017].

Gibis, Bernhard/Heinz, Andreas/Jacob, Rüdiger/Müller, Carl-Heinz (2012): Berufserwartungen von Medizinstudierenden. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Deutsches Ärzteblatt, (109) 18, S. 327–332, DOI: 10.3238/arztebl.2012.0327, http://www.aerzteblatt.de/pdf/109/18/m327.pdf [Abgerufen am 24.04.2017].

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Oldhafer, Martina (Hrsg.) (2016): Spitzenfrauen! Medizinerinnen in Führungsposition und Top-Management. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

SPÖ Frauen (2006): ABC der Frauenpolitik. Wien. echomedia Verlag.











Podiumsdiskussion

Von der Diagnose zur Therapie: Was braucht die Gleichstellung in der Hochschulmedizin?

Im Gespräch mit:
Prof. Dr. med. Jan Buer
Prof. Dr. med. Dagmar Dilloo
Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Rita Winkels

Moderation: Nina Lindlahr

Nina Lindlahr: Das Problem der Geschlechterungleichheit sowie die Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Familie existieren nicht nur in der Medizin, sondern in ganz vielen Branchen. Was macht die Situation in der Hochschulmedizin besonders? Was ist hier das Spezielle?

Norbert Roeder: Das Problem lässt sich leicht beschreiben. Es existiert aber keine einfache Lösung. In der Medizin haben wir im Unterschied zu anderen Wissenschaftsbereichen die Besonderheit, dass die Medizinerinnen und Mediziner zusätzlich zu ihrer akademischen Ausbildung noch eine fachärztliche Weiterbildung absolvieren. Diese dauert mindestens fünf Jahre, auch sieben sind möglich. Wird die Ausbildung halbtags absolviert, so verdoppelt sich die Ausbildungslänge. Arbeitet man nur ein Viertel der Zeit, sofern die Ärztekammer dies überhaupt zulässt, dann dauert sie viermal so lange. Dies stellt einen entscheidenden Unterschied zu einer Biologischen, Physikalischen oder Philosophischen Fakultät dar, wo eine solche Weiterbildung nicht absolviert werden muss. Zugleich ist die zeitliche Struktur dieser Weiterbildung sehr stark fremdbestimmt, weil ich ja Patientinnen und Patienten behandeln muss. Und da kann ich mir nicht aussuchen, ob ich das abends um 22:00 Uhr mache oder morgens um 4:00 Uhr. Vielmehr bin ich gezwungen, dies in den normalen Kernzeiten zu machen, in denen der Patient oder die Patientin erwartet, behandelt zu werden.

Es wurde heute bereits der Vorschlag gemacht, hier zeitlich flexibler zu agieren. Aus meiner Perspektive ist ein Abweichen von dieser zeitlichen Struktur – der Vorschlag lautete, die Visite könne auch später am Tag durchgeführt werden – sehr schwierig, weil die Kliniken mit der Visite den Tag strukturieren: Ich sehe die Patientin am Morgen und überlege dann, ob sie ein Röntgenbild braucht. Wenn ich die Visite jedoch erst um 14 Uhr abhalte, verkompliziert sich der Ablauf. Ich muss mein Vorgehen ja mit der Radiologie

[1] Ursprünglich sollte an dem Gespräch auch Frau Prof. Dr. Christiane Woopen teilnehmen, die allerdings kurzfristig verhindert war.





abstimmen, die das Röntgenbild erstellt. Und ich will nachmittags den Befund haben, um zu entscheiden, was ich mit der Patientin mache. Die starke zeitliche Fremdbestimmung der Arbeit ist der große Unterschied in der Medizin. Die Zeiten, wann welche Arbeiten erledigt werden müssen, ergeben sich aus den patientenseitigen Anforderungen.

Diese zeitliche Fremdbestimmung bei der Gestaltung der Arbeit erschwert auch die Organisation von Teilzeitarbeit – selbst wenn ich als Ärztlicher Direktor mehr Teilzeitstellen anbieten möchte. Noch sind an unserer Klinik überwiegend Frauen in Teilzeit. Es reduzieren jedoch zunehmend Männer ihre Stellen auf 70–80 Prozent, insbesondere wenn ihre Partnerinnen ebenfalls Ärztinnen sind oder in Berufen mit vergleichbar hohen Einkommen arbeiten. Diese Paare sagen, wir kommen auch mit weniger Geld aus. Hier haben sich die Ansprüche geändert. Anders als früher geht es nicht um immer mehr, immer mehr, immer mehr, sondern um ein anderes Lebensmodell.

Wenn ich nun zwei Teilzeitkräfte statt einer Vollzeitkraft einstelle, dann wirkt sich das auf alles aus – bis in den Krankenhausbau. Denn es muss geklärt werden: Wann wollen die beiden Teilzeitkräfte arbeiten? Vormittags, denn nachmittags wollen beide ihre Kinder betreuen. Ich kann also nicht sagen, ich habe morgens eine Teilzeitkraft und nachmittags die zweite und unter dem Strich geht das Ganze wieder auf. Nein, ich benötige auch zwei Untersuchungsräume, weil beide parallel untersuchen. Ich kann nicht einfach einen Raum auf zwei aufteilen. Und ich muss es schaffen, die ganzen Arbeitsbedingungen anzupassen, das ist nicht so einfach. Aber als Ärztlicher Direktor weiß ich, ich muss es schaffen. Denn wenn ich es nicht schaffe, habe ich ein Riesenproblem, weil diese Frauen mit 60–70 Prozent Anteil an den Medizinstudierenden zunehmend in der klinischen Versorgung ankommen.

Zugleich sind wir zunehmend mit einem Fachkräftemangel konfrontiert, nicht nur bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern auch in den nichtärztlichen Berufen, insbesondere im Pflegeberuf, der ja immer noch ein typischer Frauenberuf ist. Und dieser Fachkräftemangel führt dazu, dass wir uns alle – und gerade auch die Führungskräfte – mit der Frage auseinandersetzen müssen: Wie schaffe ich es, Arbeitszeitmodelle zu etablieren, damit Frauen gut in der Klinik arbeiten können?

Ein Ergebnis des Gender-Reports ist die Feststellung, dass Elternschaft in der Medizin häufig allein als Mutterschaft wahrgenommen wird. Was können die Medizinischen Fakultäten, was können Sie als Dekan tun, um einen Kulturwandel zu initiieren und Vaterschaft sichtbar zu machen?

Jan Buer: Ich weiß gar nicht, ob ich das als Dekan kann, denn dies ist eine Gesellschaftsfrage. Allein die Ungleichbehandlung bei der Bezahlung ist schon ein großes Problem. Ärztinnen – Professor Nagel hat die Zahlen gezeigt – verdienen weniger als die Männer, die den gleichen Job machen. Wenn sich dann ein Ehepaar entscheidet, wer auf die Kinder aufpasst, dann gibt das Geld relativ schnell den Ausschlag. An unserem

Uniklinikum haben wir seit vielen Jahren Väterbeauftragte – mittlerweile ein Team aus vier Personen –, die sich gemeinsam um dieses Thema kümmern und Vaterschaft ‚bewerben'. Ziel ist es auch, mehr Männer zu motivieren, eine aktive Vaterschaft zu leben. Hier stehen die Väterbeauftragten als Gesprächspartner bereit, um aufzuzeigen, wie dies gelingen kann. Zugleich wird dadurch ein Rückhalt durch Vorstand und Dekanat sichtbar.

Letzte Woche haben die Väterbeauftragten im Vorstand die aktuelle Situation geschildert: Es ist Realität, dass für Väter, die sich für eine Auszeit entscheiden, die finanzielle Lage das größte Problem darstellt. Nach wie vor ist auch – Herr Roeder hat dies angesprochen – die Flexibilität der Universitätskliniken schlecht. Wir bewegen uns nach wie vor in sehr starren Strukturen, die verändert werden müssen, um Verbesserungen zu erreichen.

Frau Dilloo, es existiert ein großes Potenzial an Frauen in der Hochschulmedizin. 70 Prozent der im Gender-Report befragten promovierten Ärztinnen wollen habilitieren oder haben die Habilitation für sich nicht ausgeschlossen. Schaut man sich jedoch den Frauenanteil an den erfolgreich Habilitierten in NRW an, so liegt dieser lediglich bei 25 Prozent. Hier scheint also eine Diskrepanz auf.[2]

Dagmar Dilloo: Das hat sicherlich viele Facetten, die sowohl in der Kultur als auch in den Strukturen verhaftet sind. Zunächst möchte ich kurz auf die Vereinbarkeitsthematik eingehen. Die Frage nach Teilzeitarbeit ist sehr wichtig, wenn die Habilitation parallel zur klinischen Weiterbildung erfolgt. Im Grunde muss beides gleichzeitig oder nacheinander erfolgen, weil die Habilitation in den klinischen Fächern erst nach der fachärztlichen Qualifikation eingereicht werden kann. Dieser doppelten Herausforderung gilt es ebenso zu begegnen wie dem Wunsch von Eltern – zunehmend auch von Vätern –, zumindest vorübergehend in Teilzeit zu arbeiten. Oftmals wird Teilzeitarbeit mit einer Halbtagstätigkeit in Verbindung gebracht. Dies trifft zumeist aber gar nicht zu. Es gibt sehr viele unterschiedliche Modelle, über die man nachdenken kann. Wir haben von dieser Cluster-Idee gerade gehört, also da gibt es ganz unterschiedliche Ansatzpunkte und ich kann für meine Abteilung sagen, dass inzwischen über alle Qualifikationsstufen hinweg in der klinischen Versorgung mehr Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit als in Vollzeit beschäftigt sind. Teilzeitmodelle sind also realisierbar und ein wichtiger Aspekt bei Fragen der Vereinbarkeit.

Angesichts der dualen Herausforderung in der universitären Medizin, also der klinischen Weiterbildung einerseits und der wissenschaftlichen Qualifikation andererseits, ist es nicht nachvollziehbar, dass im deutschsprachigen Raum nur ein geringfügiger Teil einer wissenschaftlichen Tätigkeit für die fachärztliche Weiterbildungszeit anerkannt wird, selbst wenn ein klarer Bezug zwischen Forschung und Klinik besteht. In der Regel wird maximal ein halbes Jahr angerechnet und oft basiert dies auf einer Einzelfallentscheidung. Ebenso problematisch ist es in Anbetracht zunehmender Teilzeitbeschäftigung, dass die Anerkennung einer Weiterbildungszeit erst bei einem Tätigkeitsumfang von mindestens 50 Prozent erfolgt. Hier sind die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer gefordert, die Weiterbildungsordnung neu zu konfigurieren.

Ich möchte noch auf diese 70 Prozent der befragten promovierten Ärztinnen zurückkommen, die habilitationswillig sind. Diese Zahl weist auf ein großes Potential für die Universitätskliniken hin. Klinikleitungen und Institutsleitungen müssen auf diesen Fundus aufmerksam gemacht werden, da bis heute die Zuschreibung von Karriereambitionen nicht für beide Geschlechter gleich ist. Genauso gilt es den Berufseinsteigerinnen deutlich zu machen, dass sie nach Jahren des Reüssierens in Systemen, in denen die Leistungsanforderungen definiert sind, und es klar ist, was gefordert wird, um Spitze zu sein, sich in dem Moment, in dem sie als Ärztinnen in die Hochschulmedizin einsteigen, der Bewertungsrahmen ändert.

[2] Hierbei ist allerdings zu beachten, dass sich die beiden Prozentangaben auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen: Bei den 70 Prozent handelt es sich um den Anteil der im Rahmen des Gender-Reports befragten, bereits promovierten Frauen, die entweder bereits habilitieren, eine Habilitation beabsichtigen oder sich noch nicht gegen eine Habilitation entschieden haben. Die Grundgesamtheit sind die befragten Frauen mit Promotion. Bei den 25 Prozent erfolgreich habilitierten Frauen umfasst die Grundgesamtheit Frauen und Männer – nämlich diejenigen, die sich in NRW erfolgreich habilitiert haben.



Rita Winkels, Gleichstellungsbeauftragte an der Uniklinik, erlebt immer noch Geschlechterdiskriminierung in Bewerbungsgesprächen.



Professorin Dagmar Dilloo, Gleichstellungsbeauftragte an der Medizinischen Fakultät, ermutigt junge Ärztinnen, ihre beruflichen Ziele klar zu artikulieren.

Hier ist Kommunikation gefragt, um gegenseitiges Verständnis zu schaffen und von den Strukturen her für Transparenz auf den unterschiedlichen Qualifikationsstufen zu sorgen. Das heißt zum Beispiel, Ausschreibungen für die nächste Qualifikationsstufe – z. B. für oberärztliche Stellen – zur Regel zu machen. Das heißt auch, Gespräche mit den Mitarbeiterinnen zu führen, in denen der jeweilige Karriereplan in einem formalen Rahmen angesprochen werden kann. Solche Dinge helfen, damit sich Struktur letztendlich in Kulturwandel übersetzt.

Wie können diese 70 Prozent habilitationsinteressierten, bereits promovierten Frauen wahrnehmbar und sichtbar gemacht werden?

Dagmar Dilloo: Ein Aspekt ist, den Berufseinsteigerinnen zu verdeutlichen, dass sie ihre Ambitionen artikulieren müssen. Anders als ihren männlichen Kollegen wird ihnen vielleicht nicht von vornherein unterstellt, dass ihr Eintritt in die Hochschulmedizin von einem entsprechenden Karrierewunsch begleitet ist. Es ist wichtig, sich als Ärztin im universitären Kontext zu der eigenen wissenschaftlichen Interessenslage zu äußern. Oft wird eine solche Aufforderung als Bringschuld interpretiert. Es geht aber letztlich darum, sich zu vergegenwärtigen, dass die Karriereziele, wenn artikuliert, auch wahrgenommen werden. So geht aus den Daten des Gender-Reports hervor, dass zwischen denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die sich klar für eine Professur entschieden haben, nur wenige Unterschiede in der persönlichen Wahrnehmung des institutionellen Förderverhaltens bestehen. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass sobald die Entscheidung für diesen Karriereweg, für eine Professur, getroffen wurde, diese Ambition auch öffentlich ist. Dadurch ändert sich das Förderverhalten der Institution und die persönliche Wahrnehmung dieser Förderung. Deshalb ist es so wichtig, sich selbst zu äußern. Die Daten des Gender-Reports dienen vor allem dazu, den Institutionen klarzumachen, was für ein ungeheures Potenzial da vor ihnen liegt. Durch Mentoring-Programme und Habilitationsförderung müssen jetzt die Strukturen geschaffen werden, um dieses Potenzial zu entfalten.

Frau Winkels, Sie arbeiten als Gleichstellungsbeauftragte in den Gremien der Universitätsklinik und bekommen ganz hautnah mit, mit welchen Wahrnehmungen oder Annahmen Frauen konfrontiert sind. Was begegnet Ihnen zum Beispiel in Bewerbungsgesprächen?

Rita Winkels: Leider erlebe ich immer noch, dass unzulässige Fragen gestellt werden. Auch von den Führungskräften. Ganz klassisch wurde in einem Gespräch letzte Woche gefragt: *„Ich sehe, Sie haben zwei Kinder, wer kümmert sich denn um die Kinder, wenn die krank sind?“* Das fragt die Führungskraft die Bewerberin. Ich habe da sofort interveniert, allerdings ist dann die Stimmung in so einem Gespräch immer ziemlich gedrückt. Im Nachgang erläutere ich den Führungskräften dann meine Argumente, aber in dem Fall war dies dem Herrn schwer rüberzubringen. Als ich dann sagte, das ist eine Geschlechterdiskriminierung, Sie diskriminieren die Frau aufgrund ihres Geschlechtes, da hat er das verstanden. Aber wir müssen das nächste Gespräch abwarten, ob hier ein Umdenken stattgefunden hat.

Wie ist das bei Ihnen im Haus, Herr Prof. Roeder? Haben Sie Erfahrungen damit, dass Frauen per se unterstellt wird, dass sie irgendwann Kinder bekommen könnten?



Prof. Jan Buer, Dekan, setzt sich mithilfe von Väterbeauftragten für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein.



Ärztlicher Direktor Prof. Norbert Roeder berichtet über geschlechtergerechte Arbeitsmodelle.

Norbert Roeder: Ja sicher wird das unterstellt. Ich finde, man darf das auch nicht wegreden, alles andere wäre falsch. Wenn in einer Kinderklinik der Frauenanteil bei 60 Prozent liegt, dann habe ich – und ich bitte darum, dies nicht falsch zu verstehen – aus Sicht des Arbeitgebers natürlich in Anführungszeichen ein Problem, weil ich mit Schwangerschaftsausfällen konfrontiert bin, die ich nicht voraussehen kann. Das kann bedeuten, dass plötzlich drei oder vier Kolleginnen, die wir gerade zu Fachärztinnen weitergebildet haben und die wir jetzt entsprechend einsetzen wollen, für eine gewisse Zeit ausfallen. Und damit gilt es einen Umgang zu finden. In unserer Anästhesie und der operativen Intensivmedizin arbeiten 190 Ärztinnen und Ärzte, die zum Teil auch andere Krankenhäuser unterstützen. In diesem Bereich haben wir einen hohen Frauenanteil, das ist ganz typisch für dieses Fachgebiet. Wir haben für uns die Lösung gefunden, dass wir zusätzliche Stellen geschaffen haben und mehr Personal einstellen, als wir brauchen. So haben wir netto dann die Arbeitskraft, die wir benötigen. Es bleibt allerdings die Herausforderung, einen guten Qualifikationsmix herzustellen, denn wir wissen ja nicht, welche Frau schwanger wird: die Weiterbildungsassistentin im ersten oder zweiten Fortbildungsjahr? Die Fachärztin? Dies planen wir glücklicherweise nicht mit und das ist auch gut so. Aber in den Köpfen der Chefärztinnen und Chefärzte spielt die Problematik natürlich eine Rolle, insofern sie diejenigen sind, die das Personal auswählen und die auf eine Planungssicherheit bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten achten müssen. Deshalb ist bei uns der hohe Frauenanteil in den Kliniken immer ein Diskussionsthema. Aber ich habe ja auch bereits einen Lösungsweg aufgezeigt, der zwar nicht jedes Problem lösen wird, aber der hilft, einer Lösung näher zu kommen.

Natürlich kann man Fragen nach der Kinderversorgung im Bewerbungsgespräch als diskriminierend einordnen, aber der Hintergrund solcher Fragen ist der Wunsch, Planbarkeit bei der Versorgung herzustellen. Meine Assistentin ist Mutter von zwei Kindern. Sie muss jedoch nicht jeden Tag am Patienten arbeiten, sodass sie auch spontan von zu Hause arbeiten kann, wenn ein Kind krank ist. Das ist ein anderes Arbeitsmodell. Wäre ich allerdings Chefarzt und hätte die Mitarbeiterin jetzt gerade für eine Ambulanz eingeplant, so müsste ich sehr kurzfristig nach Ersatz suchen. Das ist eine reale Herausforderung, die man nicht wegdiskutieren kann. Wir haben in der Medizin zwar viel erreicht. Wir haben es aber noch nicht geschafft, dass Männer die Kinder bekommen. Ob man dies nun Diskriminierung nennt oder nicht – wir haben Unterschiede in der Einsatzmöglichkeit zwischen Männern und Frauen. Auch Frau Dilloo hat in ihrem Statement ja eben von einer gewissen Grenze in Bezug auf die Teilzeitarbeit gesprochen.

Zugleich möchte ich noch ein positives Beispiel nennen: Unsere Unfallchirurgie hat einen Frauenanteil von 40 Prozent in der Ärzteschaft bzw. dem Vollkräfteanteil – obwohl ja bereits thematisiert wurde, dass die Chirurgie kein Frauenfach ist. Dies ist möglich, weil der Chefarzt dies gezielt fördert. Ich habe ihn gestern noch gefragt, wie kriegst du das denn hin, 40 Prozent Frauenanteil? Und er sagte, das habe auch etwas mit der Größe der Abteilung zu tun. In einer großen Abteilung wie der Unfallchirurgie müssen viele Aufgaben bewältigt werden, aber organisatorisch ist es leichter, auch einen höheren Anteil an Teilzeitkräften zu bewältigen, wobei er jetzt nur eine Teilzeitkraft unter den Frauen hat. Und dieser hohe Frauenanteil – 40 Prozent Vollkräfteanteil an der gesamten ärztlichen Arbeits-

leistung –, das funktioniert, weil er das so gefördert hat. Die Nachbarabteilung, die allgemeine Chirurgie, beschäftigt deutlich weniger Frauen. Die leitende Oberärztin in der Herzchirurgie – auch ein sehr stark männerdominiertes und ein sehr arbeitsintensives Fach – ist eine Frau. Sie verfolgt ein anderes Lebensmodell, ihr Mann ist zu Hause und kümmert sich um das gemeinsame Kind. Da hat man eine andere Aufteilung gefunden. Und das sind einfach die Unterschiede. Wir haben in den letzten Jahren sehr viele Frauen berufen in klinische Positionen, sieben, ich habe nochmal nachgezählt, in den letzten zehn Jahren – auch um ein bisschen aufzuholen. Unter den sieben Frauen sind aber nur zwei mit Kindern, die anderen fünf haben keine Kinder. Jetzt kann man da viel darüber philosophieren, warum dies der Fall ist, oder ob ihre Kinderlosigkeit ihnen ihre Karriere ermöglicht hat, weil sie ihre Qualifizierung lückenlos durchlaufen konnten. Wir wissen ja nicht, ob bei diesen Frauen ein Kinderwunsch bestand oder nicht.

Wie könnte den von Ihnen geschilderten Herausforderungen noch begegnet werden?

Dagmar Dilloo: Meines Erachtens sind die Teilzeitmodelle ein neuralgischer Punkt. Hier müssen wir noch sehr viel mehr Phantasie entwickeln und dabei auch die Vorstellungen derjenigen miteinbeziehen, die diese Teilzeit leben wollen. Es sind letzte Woche Assistentinnen auf mich zugekommen, die sich vorstellen können, ein Quartett zu bilden, das zusammen zwei klinische Stellen füllt. Ihre Beweggründe waren ganz unterschiedlich: Zwei Frauen wollten in Teilzeit forschen und wissenschaftlich tätig sein, während sich die beiden anderen mehr Freiraum für ihre Familien wünschen. Solche Modelle sind natürlich in kleineren Abteilungen schwieriger zu realisieren, aber prinzipiell möglich. Hier ist Kreativität gefordert. Teilweise haben wir sogar schon positive Modelle etabliert, ohne dass uns dies bewusst ist. Ich möchte hierfür ein Beispiel nennen: Wir haben kürzlich in unserem eigenen Controlling festgestellt, dass die Mehrzahl unserer Oberärztinnen, die 30 Prozent an unserem Klinikum ausmachen, in Teilzeit arbeitet. Offensichtlich ist die Klinik insgesamt mit dem Leistungsniveau dieser Kolleginnen zufrieden. Das ist also machbar. Aber wenn ich meine Kollegen fragen würde: *„Ist Führen in Teilzeit möglich?“*, würden sie dies zum Teil vehement in Frage stellen. Dabei wird dieses Modell bereits in der eigenen Institution erfolgreich realisiert. Hier geht es also um Wahrnehmung. Wie schauen wir auf die verschiedenen Arbeitszeitmodelle, wie integrieren wir die Konzepte in das eigene Wertesystem, was können wir tun, damit bestimmte Arbeitsmodelle, die bereits gelingen und eigentlich gar kein Problem darstellen, sondern im Grunde Erfolgsmodelle sind, auch als solche wahrgenommen werden?

Jan Buer: Ich möchte noch einen Punkt sehr klar betonen. Wir reden hier über die Hochschulmedizin, in der man nicht daran gemessen wird, ob man seinen Klinikalltag gut organisiert. Das wird sowieso vorausgesetzt. Was hier letztlich zählt, ist die Wissenschaft, die Sie auf einem internationalen Top-Level praktizieren müssen. Dazu gehört das Einwerben von Drittmitteln, die Ausbildung von Studierenden, das wissenschaftliche Publizieren. Wenn Sie Karriere in der Hochschulmedizin machen wollen, dann müssen Sie in diesen Bereichen erfolgreich sein. Zugleich ist es sehr schwierig, hierfür Rahmenbedingungen zu schaffen, weil die Konkurrenz beispielsweise in den USA oder in China sitzt und dort mitunter andere Vorstellungen von Arbeitszeitenmodellen herrschen. Für den Erfolg muss man also sehr ehrgeizig sein und sehr viel Zeit investieren. Und es ist schwierig, dies in Einklang mit den Anforderungen zu bringen, die eine Familie stellt. Und mein Lösungsvorschlag ist es, dass wir mehr Role-Models brauchen – Frauen, die das ganz toll hingekriegt haben. An unserer Fakultät gibt es ein Mentoring-Programm, durch das junge Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen solche Role-Models kennenlernen und mit ihnen in Kontakt kommen können. Auf diese Weise werden sie bereits früh in der Karriere abgeholt. Wir haben ein generelles Nachwuchsproblem, dies betrifft alle Geschlechter. Die Frauen haben ‚nur noch‘ das Problem, dass an sie die Erwartung gestellt wird, hauptverantwortlich für die Familie zu sein und dies gut organisiert zu bekommen, und dann am Ende auch noch exzellente Forschung aufweisen zu müssen. In den letzten Jahren sind sehr viele Frauen auf Lehrstühle berufen worden. Ich meine gar nicht allein unsere eigenen Lehrstühle an der Medizinischen Fakultät in Essen, sondern große andere Universitätskliniken. In den letzten vier Jahren kann ich mich an sieben W3-Professuren an großen Kliniken – Charité, Dresden, Leipzig, Düsseldorf – erinnern.

Diese Lehrstuhlinhaberinnen können auch als Role-Models für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen fungieren, die wir bei uns in Essen haben.

Sind diese Frauen Ausnahmeerscheinungen, die das alles unter einen Hut bekommen? Kann das die Lösung sein, dass Frauen Role-Models haben?

Jan Buer: Das ist nicht die alleinige Lösung, aber es ist ein Anfang. Wenn Sie sich den Professorinnenanteil angucken, dann zeigt der Gender-Report für ganz NRW ein relativ düsteres Bild. Wir dümpeln irgendwo bei 20 Prozent herum. Obwohl wir uns sehr viel Mühe geben, kommen wir da nur sehr langsam voran. Wir müssen für jede Professur kämpfen.

Norbert Roeder: Ich möchte ein bisschen Wasser in den Wein gießen bezüglich der Role-Models. Die wenigen Frauen, die derzeit in Führungspositionen sind – auf einer W3-Professur, die eine Klinik leiten –, die sind sehr spezifische und unterschiedliche Wege gegangen, die nur schwer zu kopieren sind. Deshalb ist es für uns – für die Dekane und die Ärztlichen Direktoren – wichtig, Strukturen zu schaffen, die den vermeintlichen Nachteil, das Kind auszutragen und es begleiten zu wollen, solange es klein ist, bei der Karriereentwicklung kompensieren.

Aber welche Strukturen sind das?

Norbert Roeder: Hier ist vor allem eine gute Unterstützung gefragt, das Kind groß zu bekommen – z. B. durch einen Betriebskindergarten. Wir haben einen Betriebskindergarten gebaut mit 150 Plätzen. Dies ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein, wir haben immerhin 10.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hierbei sind Kliniken in NRW benachteiligt, denn alle Betriebe – auch die Universitätskliniken – müssen ihre Kindergärten selber finanzieren, während öffentliche und konfessionelle Kindergärten gesetzlich gefördert werden. In Baden-Württemberg wird dies anders gehandhabt, dort wird jeder Betriebskindergarten genauso gefördert wie ein öffentlicher Kindergarten, da es letztlich egal ist, wo das Kind hingeht und die Plätze laut Landesgesetz zur Verfügung gestellt werden müssen. Hier sehe ich in NRW einen konkreten Handlungsansatz, wie die Universitätskliniken unterstützt werden könnten, noch mehr Betriebskindergärten zu bauen.

Warum brauchen wir überhaupt einen Betriebskindergarten? Zum einen, damit die Kinder nah dran sind, zum anderen, weil ein Betriebskindergarten andere Öffnungszeiten hat. Wir sind auf die Ärztinnen und Ärzte oder auf die Wissenschaftlerin eingestellt, die einen langen Versuch über zwölf Stunden machen muss. Aber wir diskutieren, dass es eine offizielle Maximalverweildauer im Kindergarten von neun Stunden gibt. Bleiben Kinder drei, vier Mal länger als neun Stunden in der Kita, dann müssen wir das dokumentieren und behördlich melden. Praktisch ist dies bei uns möglich, weil wir sehr früh aufmachen und spät schließen. Hier müssten wir ganz anders denken und auch Strukturen verändern, die wir gar nicht allein bewältigen können. Da brauchen wir politische Unterstützung.

Jan Buer: Das ist immer die gleiche Diskussion mit dem Kindergarten. Ich komme aus der MHH, der Medizinischen Hochschule Hannover, da haben wir schon vor 20 Jahren ein Programm aufgelegt, um das Thema anzugehen. Wir haben ein Habilitandinnenprogramm aufgelegt, sodass diese Frauen eine wissenschaftliche Hilfskraft bekommen können. Die Kinderbetreuung muss man sowieso organisieren. Jüngst haben wir eine exzellente Nachwuchswissenschaftlerin aus Baden-Württemberg berufen, eine alleinerziehende Mutter mit drei Kindern – eine Top-Wissenschaftlerin. Und sofort geht die Diskussion los, wo kriegt man ihre Kinder unter. Das ist trostlos. Selbst wenn der Vorstand einer Uniklinik dies unbedingt realisieren will, ist die Umsetzung schwierig. Die fehlenden Kindergartenplätze sind ein Basisproblem an allen Standorten, das schnell gelöst werden muss.

Aber wir benötigen noch mehr – vor allem eine Habilitationsförderung. Wenn eine Frau habilitieren will, muss man mit dem Chef gucken, dass das funktioniert. Es gibt Chefs bei uns, die habilitieren ganz viele Frauen. Es gibt jedoch andere, da haben es Frauen ausgesprochen schwer. Mit denen muss man sprechen, möglicherweise muss man sich auch mit diesem Chef zusammensetzen und nach einer individuellen Lösung suchen. Zugleich brauchen wir Beispiele, bei denen das gut geklappt hat. Das sind ja Juwelen – das gilt mittlerweile für Frauen und für Männer.

Wenn Sie in der Wissenschaft eine Person haben, die bereit ist, Forschung, Krankenversorgung und Lehre zu machen, dann müssen sie diese mittlerweile gut pflegen, da sie so rar geworden sind. Viele Kolleginnen und Kollegen verlassen die Hochschulmedizin, werden niedergelassene Ärztin oder Arzt oder gehen irgendwo anders hin. Die Universitätskarriere ist so holprig geworden und die Realität entspricht nicht mehr der Vorstellung eines Chefarztes in Weiß. Chefärztinnen und -ärzte sind Angestellte in einer Firma. Sie haben eine Art Abteilungsleitung inne und sind berichtspflichtig gegenüber den Vorständen und den Krankenkassen. Im Grunde ist eine Karriere in der Hochschulmedizin extrem unattraktiv geworden. Wir müssen die Männer abholen und noch viel mehr die Frauen.

Die mangelnde Attraktivität einer Hochschulkarriere kann also nicht auf die Problematik der Vereinbarkeit reduziert werden? Welchen anderen Hindernissen muss begegnet werden?

Dagmar Dilloo: Es geht vor allem darum, den Kulturwandel durch Strukturen zu befördern. Ein wichtiges Instrument ist dabei die sogenannte leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM). Es wäre ein Leichtes, die Habilitation von Frauen zu fördern, indem man z. B. die Erstautorinnenschaft bei Frauen durch die LOM höher bewertet.

Jan Buer: Das haben wir an der MHH eingeführt, mit einem Faktor 1,5. Das hat zu vielen Diskussionen geführt …

Dagmar Dilloo: Selbstverständlich, allein eine Thematisierung dieser Frage löst reflexartige Abwehrreaktionen aus. Aber das ist es bereits wert, denn es verändert das Bewusstsein. Denn warum sollte die LOM kein Instrument sein? Auf der Landesebene existieren hier bereits Gleichstellungsparameter. Warum wird das bei der leistungsorientierten Mittelvergabe nicht bis hin zu den einzelnen Kliniken, Abteilungen und Instituten durchdekliniert? Dies ist nur eine Möglichkeit. Aber manchmal lassen sich solche strukturellen Mittel einfacher realisieren, da Zahlen oft mehr als Worte sprechen. Dies ist ein Ansatz, um über Struktur Kultur zu verändern.

Rita Winkels: Ich möchte nochmal zurückgehen in der Thematik und auf die Frage der Vereinbarkeit zurückkommen. Mich stört an dieser Debatte, dass Frauen immer wieder diese Thematik – Teilzeit, Vereinbarkeit – angelastet wird. Immer muss sich die Frau um die Kinderbetreuung kümmern, um die Vereinbarkeit kümmern. Warum machen das die Männer nicht? Das haben Sie auch gesagt, Frauen bekommen die Kinder, Frauen müssen die Kinder betreuen. Nein, es gibt auch Väter und es gibt auch Männer. Das stört mich so ein bisschen.

Wie kann hier das Bewusstsein verändert werden? Beispielsweise bei den Chefärzten?

Norbert Roeder: Natürlich kann ich das Bewusstsein bei den Chefärzten ändern. Wenn ein Chefarzt einem jungen Vater, der zwei Monate Elternzeit nehmen möchte, sagt, dass seine wissenschaftliche Karriere dann vorbei sei, dann kann ich ihm widersprechen. Ich kann erwidern, wenn du weiter so kommunizierst, dann hast du bald niemanden mehr, dem du Vorschriften machen kannst. Aber ich kann das gewählte Familienmodell nicht beeinflussen. Es haben sich zwei Menschen überlegt, welche Rollen sie einnehmen wollen. Ich hatte ja das Beispiel genannt von einer Oberärztin, die eine andere Aufteilung praktiziert. Hierfür gibt es mehr Beispiele, wo Partner das entschieden haben. Aber ich als Arbeitgeber habe keinen Einfluss darauf, welche Lebensmodelle gelebt werden. Ich kann als Arbeitgeber nicht vorschreiben, dass der Mann jetzt das Kind betreuen soll.

Übrigens resultiert die ungleiche Bezahlung von Männern und Frauen aus der unterschiedlichen Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Wir haben einen Tarif. Es sind aber mehr Männer in Oberarztpositionen als Frauen. Und dadurch entsteht dann dieser Gap. Frauen werden an Hochschulkliniken ja nicht tariflich schlechter bezahlt.

Dagmar Dilloo: Es gibt allerdings ab einer gewissen Qualifikationsstufe außertarifliche Verträge, die ebenso in die Zahlen einfließen.

Norbert Roeder: Das ist richtig, da kann es Unterschiede geben, die sich auch konkret in Verhandlungen zeigen. Ich habe drei Männer und eine Frau gefragt, was sie verdienen wollen. Die Männer lagen mit ihren Vorstellungen deutlich über den von der Frau geäußerten Summen. Und da muss ich deutlich sagen, dass die Frauen

mehr Mut beweisen sollten. Ich habe das auch rückgemeldet und die Bewerberin gefragt, warum sie so zögerlich agiert. Natürlich will ich als Ärztlicher Direktor günstig Arbeitskraft einkaufen – von Männern wie von Frauen. Aber hier besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den Geschlechtern. Und hier sollten Frauen mehr Selbstbewusstsein und mehr Mut haben. Meine Frau vergleicht diese Situation mit einer Beobachtung vom Golfspielen: Männer suchen ihre Golfbälle immer 30 Meter zu weit entfernt, weil sie ihre Schlagkraft überschätzen, während die Frauen immer 30 Meter zu weit zurück suchen, weil sie sich unterschätzen. Und das illustriert die Situation sehr bildhaft. Frauen brauchen den Mut, die Dinge einzufordern, die sie erreichen wollen. Frau Dilloo hat die Notwendigkeit betont, zu sagen: *„Ich möchte habilitieren."* Woher sollte ich das als Chef erahnen? Ich könnte natürlich fragen und dazu soll das Mitarbeiterinnen- bzw. das Mitarbeitergespräch dienen. Hier sind wir gerade erst dabei, diese Gespräche so zu etablieren, dass sie auch akzeptiert werden. Es nützt niemandem, wenn der Chef sagt: *„Oh, die Personalabteilung hat sich ein Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräch ausgedacht, machen wir das mal kurz, haken wir ein paar Sachen ab."* Die Gespräche müssen ernsthaft geführt werden, sodass das Gespräch als ein Führungsinstrument dient, bei Männern und bei Frauen.

Wie kann denn das nichtwissenschaftliche Personal in den Kulturwandel eingebunden werden?

Rita Winkels: Im nichtwissenschaftlichen Bereich – ich spreche jetzt für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal – existiert ein ganz anderes Problem. Das Personal arbeitet nicht an der Universität, um die eigene Karriere voranzutreiben. Meistens sind diese Kräfte am Ende ihrer Berufsausbildung und wir sind mit dem großen Problem des Fachkräftemangels konfrontiert. Es geht darum, diese Pflegekräfte zu bekommen und sie langfristig zu halten. Hier müssen ebenfalls Strukturen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass wir die Pflegekräfte bekommen, dass sie bei uns bleiben und dass wir sie halten können. Dies ist ein ganz großes Problem.

Sehen Sie diesbezüglich Verknüpfungen in Bezug auf das wissenschaftliche Personal? Lassen sich gemeinsame Handlungsperspektiven entwickeln?

Rita Winkels: Ich hatte lange eine Stationsleitung auf einer internistischen Station inne. Sicherlich lassen sich auch Arbeitsabläufe miteinander abstimmen. Herr Roeder sagte eben, Visiten müssen morgens sein. Aber ist dies wirklich der Fall? Warum kann sie nicht um 14:00 Uhr sein? Ich kenne den Druck bezüglich der kurzen Liegezeiten. Das ist mir alles bekannt. Aber wir müssen uns der Situation stellen, sonst kriegen wir das nicht hin. Sie wissen auch, dass es den Fachkräftemangel gibt. Es gibt Stationen, die werden geschlossen, weil es kein Pflegepersonal gibt. Das muss man auch mal gegenrechnen.

Dagmar Dilloo: Darf ich versuchen, die Parallelen zu ziehen? In den Pflegeberufen, wo wir hochqualifiziertes Personal haben und halten wollen, ist ein Aspekt bedeutsam, nämlich zumindest in der Breite die eingeschränkten Perspektiven des Aufstiegs. Es gibt zwar auch in der Pflege Möglichkeiten der beruflichen Weiterqualifikation und Aufstiegsoptionen. Wir müssen aber generell begreifen, dass eine Triebkraft, sich Karrierewege jenseits der Hochschulmedizin zu suchen, die ganzheitliche Sichtweise der Mitarbeiterinnen auf ihre Work-Life-Balance ist. Dies gilt auch für Kolleginnen, die die Hochschulmedizin einmal spannend fanden und sich dann abwenden und sich andere Arbeitsbereiche suchen. Oft wägen sie sehr kritisch ab: Was will ich, bekomme ich das, was ich will – nicht nur beruflich, sondern auch privat. Diese Kolleginnen suchen sich genau das, was uneingeschränkt zu ihnen passt. Denn sie sind hochqualifiziert und sie finden mit ihren Qualifikationen, die sie mitbringen – ähnlich wie Pflegekräfte – überall einen Arbeitsplatz und haben tatsächlich die Wahl. Das müssen wir verstehen. Sowohl unsere Pflegekräfte, als auch unsere hochqualifizierten Ärztinnen in der Hochschulmedizin, haben die Wahl. Wir sehen dies ganz deutlich an der Berufungssituation: Unsere Quote der Rufer-teilungen an Frauen nähert sich inzwischen der 50 Prozent-Marke. Aber jede zweite Frau lehnt ihren Ruf ab, weil sie noch einen anderen Ruf hat oder weil sie überhaupt ein besseres Angebot woanders hat, das auch ganz anders gelagert sein mag. Wir müssen um diese hochqualifizierten weiblichen Fachkräfte – ob nun in der Ärzteschaft oder in der Pflege – kämpfen. Wir müssen wissen, was diese Kräfte wollen, und diese Vorstellungen in die Strukturen einfließen lassen. Ich stimme Ihnen aber auch zu, dass wir den

Kandidatinnen noch stärker vermitteln müssen, dass sie mehr fordern können, wenn sie ihre Expertise zur Verfügung stellen. Und dann werden sie auch anders in die Gehaltsverhandlungen einsteigen.

Welche Rolle spielt die Begleitung durch die Gleichstellung bei den Berufungsverfahren?

Dagmar Dilloo: Das Hochschulzukunftsgesetz schreibt eine paritätische Besetzung der Gremien – und damit auch der Berufungskommissionen – verpflichtend vor. Gelingt dies nicht, muss dies dokumentiert und begründet werden. Dies hat tatsächlich viel Bewegung bei der Besetzung von Kommissionen gebracht. Auch für eine Bewerberin ist es anders, ob sie in einen Interviewraum kommt, in dem die Gleichstellungsbeauftragte von Ferne grüßt, ansonsten aber nur männlichen Kollegen den fachlichen Austausch führen, oder ob sie da auf ein gemischtes Publikum trifft, einschließlich einer Studierenden. Dies verändert auch den Prozess der Entscheidungsfindung der Kommission. Ein Fortschritt sind auch die Formalisierung und die Strukturierung der Berufungsverfahren. Hierbei sind Kriterienkataloge wichtig, anhand derer man die Qualifikationen diskutiert. Ebenso sollte im Wesentlichen festgelegt sein, was gefragt wird, um dann auch allen Kandidatinnen und Kandidaten die gleichen Fragen zu stellen. Also, strukturelle Vorgaben und eine Dokumentation, dass letzteren entsprochen wird, kann ausgesprochen viel bewegen.



Aus den Werkstätten



Moderation:
Ingrid Fitzek

Werkstatt 1

Gleichstellung per Gesetz – Wirkungen und Nebenwirkungen des Hochschulzukunftsgesetzes NRW

Zahlreiche Neuerungen im Hochschulzukunftsgesetz zielen auf eine Stärkung von Gleichstellungsarbeit ab. So wurde eine Gleichstellungsquote für die Berufung auf Professuren verankert. Auch die geschlechtergerechte Zusammensetzung von Hochschulgremien und der Einsatz von dezentralen Gleichstellungsbeauftragten werden durch das Gesetz vorgegeben. Erste Ergebnisse weisen auf eine positive Wirkung dieser erhöhten Verbindlichkeiten hin. Wie können bisherige Erfolge gefestigt und ausgeweitet werden? Welche Erfordernisse bleiben weiterhin bestehen?



Statement

Prof. Dr. Joachim Goebel

Geschlechtergerechtigkeit per Gesetz. Lässt sich Gleichstellung verordnen?

Nach einem berühmten Bonmot von Julius von Kirchmann (1848: 23) aus dem Jahre 1848 genügen „drei berichtigende Worte des Gesetzgebers und ganze Bibliotheken werden zu Makulatur“. Das war natürlich schon damals nicht so ganz richtig. Aber es wäre sehr schön, wenn wir wenigstens behaupten könnten, drei berichtigende Worte des Gesetzgebers genügen und ganze soziale Praxen der Benachteiligung werden zu Makulatur. Wir alle wissen, dass es so einfach nicht ist und dass der mit dem Gesetz verbundene normative Geltungsanspruch allzu oft ein bloßer Anspruch bleibt und keine Geltung im Sinne einer sozialen Wirksamkeit entfaltet.

Womit wir beim Thema unserer Werkstatt wären.

Frau von Miquel wird die Details der neuen Regelungen des Hochschulzukunftsgesetzes erläutern. Ich werde mich im Folgenden auf das Thema der Voraussetzungen der sozialen Wirksamkeit unserer neuen Regelungen konzentrieren.

In der Tradition Max Webers (1922: 446) gedacht, gehorchen „die Gehorchenden aus dem Grunde, weil sie die Herrschaftsbeziehung für sich verbindlich auch subjektiv annehmen“. Die beste Regelung bewirkt mithin nur wenig, wenn sie nicht von einer sozialen Praxis der Akzeptanz und Legitimität unterfangen wird. Auch dort, wo kein Zwangsapparat lauert, können wir ja häufig massenhafte Normbefolgung beobachten. Die ordnungsstiftenden Leistungen des Rechts sind mithin von legitimationsbeschaffenden Randbedingungen der Implementation, der Mobilisierung etc. abhängig. Recht zehrt von Ressourcen, die es selbst nur bedingt garantieren kann.

Ich bin gespannt, ob es unserer Werkstatt gelingt, derartige Bedingungen einer Legitimationsflan-

kierung der neuen gleichstellungsrechtlichen Regelungen des Hochschulzukunftsgesetzes vor Ort in den Hochschulen aufzuzeigen. Nehmen wir die reine Textfassung der neuen Regelungen in den Blick, sind wir mit diesem „law in the books“ weit gekommen: Das Hochschulzukunftsgesetz umfasst Regelungen zur Gleichstellungsquote bei den Berufungen, zur geschlechterparitätischen Gremienbesetzung, zur Funktion der Gleichstellungsbeauftragten sowie zur Gleichstellung in der Hochschulsteuerung und dort insbesondere zum Gender Budgeting.

Wir sind also weit gekommen.

Ich erinnere nur daran, dass erst mit dem Vierten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die wissenschaftlichen Hochschulen vom 20. Oktober 1987 so etwas wie ein Gleichstellungsauftrag und die Funktion der Frauenbeauftragten, wie es damals noch hieß, gesetzlich überhaupt erst eingeführt worden sind. Dieses Jahr können wir also 30 Jahre hochschulgesetzlicher Gleichstellungsregulierung in den Hochschulen feiern. Im Jahre 1987 war die Zeit legitimatorisch sozusagen reif für eine Regulierung. Im Laufe der Jahrzehnte haben sich die rechtlichen Vorschriften immer stärker ausdifferenziert. Im Hochschulzukunftsgesetz hat Gleichstellung schließlich eine neue Qualität in ihrer regulatorischen Entfaltung gefunden. Und in dieser regulatorischen Entfaltung wirken die neuen Regelungen auch durchaus.

Doch wie können ihre Durchsetzungschancen noch mehr erhöht werden?

Es heißt häufig, Gleichstellung sei ja schön und gut, aber man müsse die Besten ganz unabhängig vom Geschlecht fördern – gleichsam so, als ob Lehre und Forschung als jenseits eines jeden sozialen Raumes stehend begriffen und als ob dort jegliche Geschlechterverhältnisse ausgeblendet werden könnten.

Es ist gerade anders herum: Wissenschaft und Geschlecht sind intern miteinander verschaltet.

Wir wissen ja mittlerweile, dass in einer gewissen Weise die wissenschaftliche Wissensproduktion durch die Geschlechterdifferenz mitproduziert wird und umgekehrt. Es handelt sich eben nicht mehr um ein Anliegen von Frauen, sondern um ein Anliegen der Gesellschaft. Insofern ist Gleichstellung als solche sicherlich legitim geworden. Und von dieser abstrakten Legitimationsressource können wir auch im Hochschulbereich zehren.

Im Landeshochschulentwicklungsplan hat die Landesregierung aus dieser Einsicht die Konsequenz gezogen, den Gedanken des Gender Mainstreamings nicht abstrakt als einen vereinzelten Baustein abzuhandeln. Das Thema Gleichstellung wird vielmehr dort abgehandelt, wo es hingehört, nämlich in den einzelnen Abschnitten, die sich mit Studium und Lehre, Forschung, mit wissenschaftlicher Karriere und mit Hochschulgovernance beschäftigen. Gleichstellung wird also in der Mitte der Hochschule, die sich in der Mitte der Gesellschaft befindet, verhandelt. Die Themen sind miteinander verschaltet und stehen sich gerade nicht getrennt gegenüber.

Ich erhoffe mir von der heutigen Werkstatt Anregungen zur Beantwortung der Frage, inwiefern die neuen Regelungen helfen, die Einsicht in die interne Verschaltung von Wissenschaft und Geschlecht voranzutreiben. Und ob nicht umgekehrt die neuen Regelungen umso stärker tatsächlich wirken, als Wissenschaft sich aus ihrem internen Geschlechterautismus mehr und mehr befreit. Was können wir tun, damit dieser Befreiungsakt gelingt? Und ist es gelungen, mit den neuen Regelungen den Dialogprozess zur Gleichstellung im Inneren der Hochschule positiv zu beeinflussen?

Literatur

Kirchmann, Julius von (1848): Die Werthlosigkeit der Jurisprudenz als Wissenschaft. Berlin. Verlag Julius Springer.

Weber, Max (1922): Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie. In ders.: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Hrsg. von Johannes Winckelmann. Tübingen. Mohr Siebeck, 1985, S. 426–474.



Statement

Dr. Beate von Miquel

Neue Impulse für eine geschlechtergerechte Hochschulkultur – das Hochschulzukunftsgesetz in NRW

Im Bereich Chancengleichheit ist es wie auf hoher See: Man kann versuchen, in einem klapprigen Kahn Gezeiten, Wind und Wetter zu trotzen, Klippen und Untiefen zu umschiffen. Man kann sich aber auch mit einem modernen Schiff und optimaler technischer Ausstattung aufmachen.

Nun war das bis Oktober 2014 geltende Hochschulgesetz in Sachen Gleichstellung glücklicherweise kein wirklich klappriger Kahn, aber wahrlich auch kein modernes Schnellboot. Die Gleichstellungsbeauftragten an den Hochschulen des Landes NRW begrüßten daher das Ziel, die Novellierung des Hochschulgesetzes auch dafür zu nutzen, im Bereich der Gleichstellung neue Akzente zu setzen. 2012 widmete sich der Gender-Kongress allein dem Thema Gleichstellungsrecht und umriss bereits verschiedene Aktionsfelder: Wie können Berufungsverfahren geschlechtergerecht gestaltet werden, welche Modelle sind für die Frauenförderung an Hochschulen sinnvoll und welche Bedeutung hat Personalentwicklung für eine gelingende Chancengleichheitspolicy an den Hochschulen? Dabei bildete der Gender-Kongress den Auftakt für einen intensiveren Austausch zwischen den Gleichstellungsbeauftragten, dem Ministerium für Wissenschaft, Innovation und Forschung sowie den verschiedenen Fraktionen des Landtages NRW. In den folgenden etwa 2,5 Jahren bis zum Abschluss des Novellierungsverfahrens wurde – sowohl mit den Gleichstellungsbeauftragten im Rahmen von LaKof-Tagungen als auch den Sprecherinnen – über Eckpunkte und Ausgestaltung einzelner Bausteine der neuen gleichstellungsrelevanten Regelungen diskutiert. Der Prozess verlief beispielhaft und sollte als Blaupause für künftige Vorhaben dienen.

Im Ergebnis sind die gesetzlichen Voraussetzungen, mehr Geschlechtergerechtigkeit an den Hochschulen des Landes NRW zu erreichen, deutlich verbessert worden. Selbst erfahrene Gleichstellungsbeauftragte rieben sich zuweilen erstaunt die Augen: So hielt etwa der Begriff der Quote Einzug in das Gesetz, wiewohl dieser jahrzehntelang eher als Kampfbegriff unverbesserlicher Feministinnen gehandelt worden war. Ähnliches gilt auch für die geschlechterparitätische Besetzung von Gremien. Sie ist im Hochschulgesetz nun verbindlicher als zuvor im Landesgleichstellungsgesetz geregelt und dies hat an vielen Hochschulen zu intensiven Diskussionen über Partizipationsmodelle geführt.

Nun ist das Hochschulgesetz also seit mehr als zwei Jahren in Kraft. Landauf, landab ist nach Wegen der Umsetzung gesucht worden. Da die Prozesse der Implementierung sich an vielen Standorten über längere Zeiträume erstreckten bzw. in Paketen bearbeitet wurden, scheint es für eine echte Bilanz noch zu früh. Interessierten Leserinnen und Lesern liefert der unlängst erschienene nordrhein-westfälische Gender-Report – unser wichtigstes Instrument, um die Entwicklung der Gleichstellungsaktivitäten an den Hochschulen nachzuzeichnen – aber schon erste Eindrücke in das komplexe Feld der Praxis vor Ort (Kortendiek et al. 2016: 193–240).

Eines zeigte die Umsetzungsphase neuer Regularien im Bereich der Gleichstellung bereits überdeutlich. Schon die schlichte Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren, die damit beschäftigt waren, den Gesetzesinhalt auf die jeweilige Hochschule konkret zuzuschneiden, belegt: Gleichstellung hat sich zu einem Themenfeld entwickelt, das zunehmend in den Alltag einer Hochschule eindringt und diesen prägt. Dies hat seine Ursache sicher auch darin, dass Gleichstellungsanliegen über die vergangenen Novellierungsprozesse hinweg immer stärkeren Eingang in das Hochschulgesetz gefunden haben. So wichtig die Existenz eines für den gesamten Bereich des öffentlichen Dienstes gültigen und wirksamen Landesgleichstellungsgesetzes auch ist: Die Aufmerksamkeit für Aspekte der Chancengleichheit hat sich auf diesem Weg in den Hochschulen NRWs merklich erhöht.

Ich möchte im Folgenden einige Schlaglichter auf ausgewählte Aspekte der Umsetzung des Hochschulgesetzes werfen. Einen Anspruch auf Vollständigkeit kann ich dabei – siehe oben – nicht geben.

1. Die Gleichstellungsquote

Die neu eingeführte Quote ist aus Sicht der Gleichstellung ein Kern des Hochschulgesetzes, vielleicht sogar der Kern. Dabei ist positiv zu vermerken: Offensichtlich wird an vielen Hochschulen die Tektonik der Gesetzesregelung weithin akzeptiert. Im Grundsatz orientiert sich diese am Kaskadenmodell der DFG und ist als Zielquotenmodell organisiert. So erwiesen sich vielfach geäußerte Befürchtungen, der § 37a HG könnte in den Hochschulen zu heftigen Debatten führen, bislang als unbegründet.

Allerdings lässt sich im wechselhaften Gleichstellungsalltag nach wie vor feststellen: Wenngleich ein „Big Reminder", so ist die Berufungsquote dennoch kein Selbstläufer. Noch zu vorschnell wird reklamiert, Gleichstellung bedeute einen Eingriff in die Freiheit der Wissenschaft; zu schnell steht die Behauptung im Raum, es gäbe im ausgeschriebenen Fachgebiet ohnehin keine geeigneten Bewerberinnen. Es wird daher sorgsam zu beobachten sein, wie sich die Frauenanteile auf Führungspositionen der Wissenschaft in den kommenden Jahren tatsächlich entwickeln. Zeigen die Gradienten eine schnellere Steigerung an als in den Jahren zuvor? Und erfüllt sich die Hoffnung, durch eine Quote auf der Ebene der Professur auch die vorangehenden Qualifikationsstufen förmlich mitzuziehen?

Von solchen Ergebnissen wird auch abhängen, ob es – im Fall des Falles – notwendig werden könnte, Erfolge nachhaltiger abzusichern. Wir müssen dann diskutieren, welche Wege hier erfolgversprechend sein könnten. Es gibt verschiedene Möglichkeiten: Dazu zählen verfahrenstechnische Maßnahmen, wie etwa der Stopp von Verfahren, wenn Gleichstellungsziele nicht erreicht werden, oder Neuausschreibungen, wenn keine Bewerbungen von Wissenschaftlerinnen vorliegen. Schließlich wären finanzielle Sanktionen – etwa analog zum SGB IX, ggf. durch Kopplung mit weiteren Steuerungsinstrumenten – zu erwägen.

2. Die geschlechterparitätische Besetzung von Gremien

Neben der Berufungsquote gehörte die geschlechterparitätische Besetzung von Gremien an den Hochschulen NRWs in den vergangenen Jahren sicherlich zu einem der heiß diskutiertesten Themen. Schon im Verlaufe des Novellierungsprozesses des Hochschulgesetzes hatte sich abgezeichnet, wie schwer es werden würde, dies auf allen Ebenen, vom Rektorat bis hin zur Promotionskommission, umzusetzen; und dies sind nur willkürliche Beispiele aus der Gremienvielfalt, mit der eine moderne Hochschule aufwartet. Objektiv fehlen etwa in einigen natur- und ingenieurwissenschaftlichen Fachbereichen Wissenschaftlerinnen, um schon jetzt in Reichweite der Geschlechterparität zu gelangen. Daher entwickelte sich der Hinweis von Gleichstellungsbeauftragten, der § 11c HG sei umzusetzen, mancherorts zu jenen Regelungen des Hochschulgesetzes, die das Diskussionsklima zum Thema Chancengleichheit enorm verschlechtern konnten und entsprechend heftige Widerstände provozierten.[1]

Um nicht missverstanden zu werden: Dies ist kein Plädoyer dafür, den „11c" bei der nächsten Gelegenheit auf den Müllhaufen der Hochschulgesetzgebung zu befördern. Im Gegenteil. Es ist in den letzten Jahren zugleich selbstverständlich(er) geworden, bei der Besetzung von hochschulleitenden Gremien nach geeigneten Wissenschaftlerinnen Ausschau zu halten. Das weitet den Blick für die disziplinäre Vielfalt einer Hochschule und stellt nach meiner Beobachtung zuweilen auch lieb gewonnene Traditionen oder Erbhöfe in Frage.

Es gilt hier daher Ähnliches wie für die Berufungsquote: Wir sollten die Entwicklung der geschlechtergerechten Gremienbesetzung in den kommenden Jahren auf den einzelnen Ebenen der Hochschulen sorgsam beobachten und begleiten. Wo gelingt die Umsetzung, wo gibt es weiterhin strukturelle Hürden und wo konkurrieren unterschiedlichste Mitwirkungsinteressen und führen letztlich zu Blockaden? Kreative Umsetzungen könnten als Best-Practice-Modelle dienen und auch entsprechende Würdigung finden. Dazu gehören etwa neuartige Zusammen-

[1] Zu diesem Effekt äußerte sich auch Susanne Baer (2012: 34).

schlüsse wie das „Women Professors Forum“ an der Ruhr-Uni Bochum, das sich jenseits der etablierten Gremienstruktur um eine bessere Vernetzung von Professorinnen bemüht und deren besondere Interessenslagen vertritt.

3. Das Amt der Gleichstellungsbeauftragten

Das Amt der Gleichstellungsbeauftragten gehört zu einem der komplexesten Ämter, die die Hochschullandschaft kennt, und stellt hohe Anforderungen an die Kompetenzen der jeweiligen Amtsträgerinnen. Erstmals schreibt ein Hochschulgesetz in NRW verbindlich die Einführung von dezentralen Gleichstellungsbeauftragten als „Stützpunkte“ und direkte Ansprechpartnerinnen für die Dekaninnen und Dekane in Fragen der Gleichstellung vor. Die damit verbundene, sichtbar verbreitete Akteursbasis ist im Gleichstellungsalltag kaum zu unterschätzen. Zu einer der wichtigsten Änderungen gehört schließlich die Öffnung des Amtes der Zentralen Gleichstellungsbeauftragten, das nun beim Nachweis einer entsprechenden Qualifikation auch Vertreterinnen aus dem MTV-Bereich sowie Studentinnen offensteht.

Wir sind damit aber noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt. Vielmehr scheint es dringend notwendig, das Gespräch über das Amt der Gleichstellungsbeauftragten fortzusetzen, das die LaKof NRW bereits seit einigen Jahren im Zuge der verschiedenen Novellierungsvorhaben der Landesregierung führt. Denn vielfach wird es noch als rein politisches Amt verstanden – mit weitreichenden Konsequenzen für die Gewinnbarkeit von Kandidatinnen und den gesamten „Life Cycle“ einer Gleichstellungsbeauftragten: von ihrer Wahl/Bestellung bis hin zur Planung der beruflichen Entwicklung im Anschluss. So findet noch zu wenig Berücksichtigung, dass Gleichstellungsbeauftragte als Teil des administrativen Hochschulmanagements über enormes Organisationswissen verfügen und damit wesentlich zur Weiterentwicklung der Hochschulen und zu ihrer Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Sie sollten daher gezielt in die Personalentwicklungskonzeptionen für das Wissenschaftsmanagement einbezogen werden.

Schließlich sei hier darauf hingewiesen, dass seit Einführung des Hochschulgesetzes (und nebenbei bemerkt: auch des Landesgleichstellungsgesetzes) Controlling-Aspekte in einem stärkeren Maße als in den Jahren zuvor den Arbeitsalltag einer Gleichstellungsbeauftragten bestimmen. Es ist ein enormes Pensum zu bewältigen, will eine Hochschule auch auf dem Feld der Gleichstellung Rechtssicherheit herstellen. So stiegen etwa durch die Einführung der Berufungsquote und der geschlechtergerechten Gremienbesetzung die Beratungsanfragen in den zentralen Gleichstellungsbüros stark an. Darin drückt sich sicherlich das deutliche Interesse aus, Unterstützung zu erhalten, um das Gesetzesziel der Chancengleichheit zu erreichen. Allerdings muss endlich auch die Ausstattung der Gleichstellungsbüros an diesen gestiegenen Bedarf angepasst werden, denn blickt man auf die Situation an den Hochschulen im Land, so lässt sich nur schließen: Die Lage ist durchaus prekär.

4. Gleichstellung in der Hochschulsteuerung

Das Themenfeld Gleichstellung hat sich in den vergangenen Jahren zu einem festen Bestandteil der Hochschulsteuerung entwickelt. Als sichtbarer Ausweis galten dafür in den vergangenen Jahren bereits die Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen dem Land NRW und den Hochschulen sowie die Leistungsorientierte Mittelverteilung, in die ein Parameter verankert ist, der Gleichstellungserfolge auf der Ebene der Professur würdigt.

Mit der Einführung des neuen Hochschulgesetzes wurde dies konsequent fortgesetzt. Ich möchte dies an zwei Beispielen illustrieren: Dazu gehört zum einen das neue Steuerungsinstrument des Landeshochschulentwicklungsplans. Bemerkenswert ist, dass es hier gelang, den Gedanken des Gender Mainstreamings auf der Ebene der Hochschulsteuerung umzusetzen. Vergebens sucht man daher einen einzeln ausgewiesenen Baustein zum Thema Gleichstellung. Vielmehr wird das Themenfeld in einzelnen Abschnitten, die sich mit Studium und Lehre, Forschung und wissenschaftlicher Karriere und last but not least Governance beschäftigen, verhandelt. Es wird spannend zu beobachten sein, ob und welche Auswirkungen diese Konstruktion auf die abzuschließenden Hochschulverträge und die kommenden (Zwischen-)Berichtsrunden der Hochschulen haben wird.

Mit dem zweiten Beispiel, das ich kurz anreißen möchte, betritt NRW endgültig Neuland im Bereich der Hochschulsteuerung. Es handelt sich dabei um das Gender Budgeting, das in § 5 Abs. 2 HG NRW mit dem Hinweis inkludiert wurde, die Wirtschaftsführung der Hochschulen sei dergestalt auszurichten, dass die „stetige Erfüllung ihrer Aufgaben gesichert sei". Dies beinhalte, so wird es in der Begründung des Gesetzes ausgeführt, auch die Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten im Rahmen der Aufstellung des Hochschulhaushaltes.

In Österreich bereits ein etabliertes Steuerungsinstrument, steckt das Gender Budgeting in Deutschland allerdings noch in den Kinderschuhen. Ziel ist es dabei, die Mittelverteilungsmechanismen und Ressourcenströme innerhalb einer Organisation gewissermaßen einem Gleichstellungs-Check zu unterziehen, um auch mittelbare Diskriminierungen aufdecken und entsprechend nachsteuern zu können. Man darf auch hier gespannt sein, ob und wie die Hochschulen sich diesem gänzlich neuen Themenfeld nähern. Einzelne Hochschulen, darunter die RWTH Aachen, haben bereits Pilotprojekte gestartet oder in ihren Rahmenplänen zur Gleichstellung entsprechende Vorhaben verankert. Es erscheint daher sinnvoll, kreative Umsetzungsideen im Bereich des Gender Budgetings zusammenzutragen und in einem größeren Zusammenhang zu diskutieren. Dies könnte dem Thema einen deutlichen Schub verleihen.

Literatur

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/ Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Baer, Susanne (2012): „Die Geschlechtergleichstellung hat eine etwas ambivalente Situation erreicht." Interview mit Prof.'in Dr. Susanne Baer, LL.M., Richterin des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe. In: Femina Politica, 21 (2), S. 24–37.





Protokoll zu Werkstatt 1:

Gleichstellung per Gesetz – Wirkungen und Nebenwirkungen des Hochschulzukunftsgesetzes NRW

Protokollantinnen: Judith Conrads, Dr. des. Jenny Bünnig (wiss. Mitarbeiterinnen, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW)

Vorbemerkung

Nach den Statements von Prof. Dr. Joachim Goebel und Dr. Beate von Miquel ging die Bitte an das Publikum, aus eigener Erfahrung über die Wirkungen des Hochschulzukunftsgesetzes NRW zu berichten. Es zeigte sich, dass über die grundsätzlich positive Wirksamkeit der neuen Aspekte des aktuell gültigen Gesetzes überwiegend Einigkeit bestand. In der Diskussion wurden jedoch auch Schwachstellen in der Umsetzung benannt, die einer Nachbesserung bedürfen.

Zentrale Themen

1. (Strukturelle) Diskriminierung
2. Gender Budgeting
3. Verbindlichkeit des Hochschulgesetzes

Zu 1: (Strukturelle) Diskriminierung

Ausgangspunkt für die Diskussion um Diskriminierungen und die Frage, wie diesen begegnet werden kann, war eine Rückmeldung aus dem Publikum. Dieser zufolge können sich die Praxisjahre außerhalb der Hochschule, die Voraussetzung für eine Professur an einer Fachhochschule sind, auf Frauen mit Kindern negativ auswirken. Aufgrund von Karriereunterbrechungen durch Erziehungszeiten werde dieses Qualifikationserfordernis zu einem Ausschlusskriterium für Bewerberinnen und besitze damit ein geschlechterdiskriminierendes Moment. Um dem entgegenzuwirken, sei auch die gesetzgebende Instanz in der Pflicht.

Ein weiterer diskutierter Aspekt waren strukturelle Diskriminierungen in Berufungsverfahren, die auf unterschiedlichen Ebenen eine große Rolle spielen. In den Beiträgen wurde deutlich, dass es schwierig und aufwändig, aber auch notwendig und lohnend ist, hier korrigierend einzugreifen. Als wichtige Mittel wurden in diesem Zusammenhang unter anderem die Vereinheitlichung von Berufungsgesprächen (wie etwa das Stellen derselben Fragen in gleichbleibender Reihenfolge) und die Transparenz von Kriterien genannt. Die Berufungsordnungen müssten sich dem annehmen, was jedoch auch kritisch als zunehmende Verrechtlichung bewertet werden könne.

Zu 2: Gender Budgeting

Ein zentraler neuer Aspekt im Hochschulzukunftsgesetz NRW ist das Gender Budgeting, also eine geschlechtergerechte Haushaltsplanung. Hier gab es in der Diskussion zum Teil kritische Rückmeldungen, die sich darauf bezogen, dass das Gesetz an dieser Stelle als wenig konkret bewertet wurde. Auch bei der Umsetzung neuer Modelle wurden Schwierigkeiten gesehen. Joachim Goebel hob hervor, dass es sich bei diesem Aspekt um experimentelle Gesetzgebung handle. Der Versuch eines Einbezugs der Geschlechterperspektive auch bei der Finanzierung sei als Prozess zu verstehen, bei dem sich zeigen müsse, was sich bewähre und an welchen Stellen sich dieser Einbezug als nicht vorteilhaft erweise. Wichtig sei es zunächst vor allem, eine Sensibilisierung für den Zusammenhang von Geschlechteraspekten und Finanzen zu schaffen. Um zu verhindern, dass sich einige Maßnahmen sogar zu Benachteiligungen von Frauen entwickeln, wurde von einigen Teilnehmenden auf die Bedeutung einer Evaluation der Umsetzung des Gesetzes sowie der von den Hochschulen konkret gewählten Instrumente zur Implementierung des Gender Budgetings hingewiesen.

Zu 3: Verbindlichkeit des Hochschulzukunftsgesetzes

Zentral war in der Werkstatt die Frage der Verbindlichkeit der gesetzlichen Grundlage, die wiederholt angesprochen wurde. Es ging vorrangig um Möglichkeiten, die ergriffen werden können, wenn die rechtlichen Vorgaben, z. B. bei Gremienbesetzungen, unterlaufen werden. Joachim Goebel betonte, dass das Recht in

vollem Umfang gelte, aber auch empirisch zur Wirkung gebracht werden müsse. Die Rechtsaufsicht an den Hochschulen liege beim Rektorat, sei also eine Führungsaufgabe. Er ermutigte die Anwesenden, an die Legislative heranzutreten und auf Missstände hinzuweisen, und sicherte die Rückendeckung durch das Ministerium zu. Beate von Miquel warf die Frage auf, ob Sanktionen oder Anreizsysteme stärker in die Steuerungselemente des Landes NRW verankert werden sollen. Als Beispiel führte sie Sanktionierungen an, die greifen, wenn die Beteiligung von Schwerbehinderten in der Hochschule unter fünf Prozent liegt.

Ingrid Fitzek wies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung von Evaluationen hin und fragte konkret nach den Monitoringstrategien des Ministeriums. Diese umfassten, so Joachim Goebel, zum einen das Erfahrungswissen der verschiedenen Referate innerhalb des Ministeriums, die in unterschiedlichen Zusammenhängen und auf verschiedenen Ebenen Rückmeldungen erhielten. Zum anderen sei auch der Kontakt mit den Gleichstellungsakteurinnen und -akteuren, insbesondere der Landeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten der Hochschulen und Universitätsklinika des Landes Nordrhein-Westfalen (LaKof NRW), ein wesentliches Monitoringinstrument, da die Mitglieder der LaKof ein legitimes Mandat besäßen, für andere zu sprechen. Zudem hob Goebel die Bedeutung des Gender-Reports hervor, der in regelmäßigen Zeiträumen Einblick in die Entwicklungen und damit nicht zuletzt auch in die Wirkungen des Hochschulzukunftsgesetzes gebe.

Zentrale Arbeitsergebnisse und Handlungsempfehlungen:

- Um Gleichstellungsbeauftragte, Hochschulleitungen und das Ministerium ins Gespräch zu bringen und damit Diskussionsorte über bilaterale Absprachen hinaus zu schaffen, sollte das Gleichstellungsforum NRW wieder aufgenommen werden.
- Die Einrichtung einer NRW-Datenbank promovierter Wissenschaftlerinnen wurde als Möglichkeit eingebracht, die Auffindbarkeit qualifizierter Frauen auch in Bewerbungs- und Berufungsverfahren zu erhöhen.
- Bislang stehen das Berichtswesen und die Steuerungsinstrumente verschiedener Akteure auf Bund- und Länderebene sowie Forschungsförderorganisationen zum Themenfeld Gleichstellung relativ unverbunden nebeneinander. Daraus resultieren – etwa an Universitäten und Hochschulen – unterschiedliche Geschwindigkeiten in der Umsetzung des Gleichstellungsauftrages, die durch eine verbesserte Synchronisierung des Berichtswesens und der Steuerungsinstrumente angeglichen werden sollten.
- Im Rahmen des Gender-Reports wird in einem dreijährigen Rhythmus die Gleichstellungssituation an den Hochschulen in NRW erhoben. Die Ergebnisse tragen auf allen Ebenen der Hochschulen – in Leitung, Verwaltung, Fachbereichen/Fakultäten und Fächern – zu einer Erhöhung von Genderkompetenz und Genderwissen bei. Zugleich bilden die Ergebnisse eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Gleichstellung auf Landesebene – sowohl im Rahmen von Gesetzesnovellierungen als auch etwa im Rahmen der durch das Land genutzten Steuerungsinstrumente.



Moderation:
Dr. Bärbel Miemietz

Werkstatt 2

Wissenschaftskarrieren in der Medizin fördern

Mehr Chancengleichheit, aber auch eine effektive Nutzung aller vorhandenen fachlichen Kapazitäten mit dem Ziel einer stetigen Verbesserung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind nur möglich, wenn es gelingt, eine größere Anzahl von Frauen in Leitungsfunktionen und auf Professuren einzubringen. Grundlegend ist es, Frauen während ihrer gesamten Wissenschaftskarriere zu fördern und Perspektiven innerhalb der Wissenschaft aufzuzeigen. Wie kann dies gelingen?



Statement

Prof. Dr. Dorothee Alfermann
(Beitrag verfasst zusammen mit Swantje Reimann)[1]

„Also es gibt ja so Ausnahmefrauen, die das schaffen." Wie die Ausnahme zum Normalfall werden könnte. Schlussfolgerungen aus der KarMed-Studie

Trotz der Tatsache, dass mittlerweile zwei Drittel aller Medizinstudierenden und dementsprechend auch zwei Drittel eines Absolventenjahrgangs Frauen sind, sowie einer annähernden Gleichverteilung der Geschlechter im ärztlichen Beruf ist der Anteil der Ärztinnen an Führungspositionen in Deutschland relativ gering (BÄK 2015). Im Hochschulbereich sind lediglich zehn Prozent der Medizinprofessuren mit Frauen besetzt. So kann im Laufe der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen ein typisches scherenartiges Muster beobachtet werden: Sie bleiben, trotz zunächst bester Voraussetzungen durch Ausbildung und Motivation, im Berufserfolg, bezogen auf Status und Einkommen, hinter ihren Kollegen zurück (Abele 2006). Besonders deutlich zeigen sich diese Unterschiede, wenn Ärztinnen Kinder haben, da die Elternschaft bei Frauen oft einhergeht mit der Bereitschaft zur Arbeitszeitreduktion, worauf meist ein Zurückstellen beruflicher Karriereorientierungen folgt. Demnach ist Elternschaft per se keine Beeinträchtigung für den Berufserfolg von Frauen, sondern die Teilzeittätigkeit stellt sich als entscheidendes Hemmnis heraus. Neben Schwangerschaft, Kinderbetreuung und Teilzeitbeschäftigung als Karrierehindernisse gibt es weitere psychologische, strukturelle und soziale Merkmale, die die Erwerbstätigkeit und den Berufserfolg von Ärztinnen hemmen, aber umgekehrt auch fördern können. In der folgenden Grafik (Abb. 1) sind diese Faktoren zusammengefasst und werden anschließend erläutert.[2]

Fallbeispiele für eine gelungene Karriereentwicklung zeigen neben *individuellen Determinanten*

[1] Swantje Reimann ist Diplom-Psychologin und promovierte über den ärztlichen Habitus. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin u. a. an der Universitätsklinik Halle-Wittenberg, der Universität Leipzig sowie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen in den Bereichen Professionalisierung, Sozialisation, Genderforschung und Rekonstruktive Sozialforschung.

[2] Die Darstellung wurde entnommen aus: Reimann/Alfermann (2016). Einflussfaktoren auf die Karriereentwicklung von Ärztinnen – oder was sie beruflich voranbringt. In: Ärztin, (63) 2, S. 8–9.

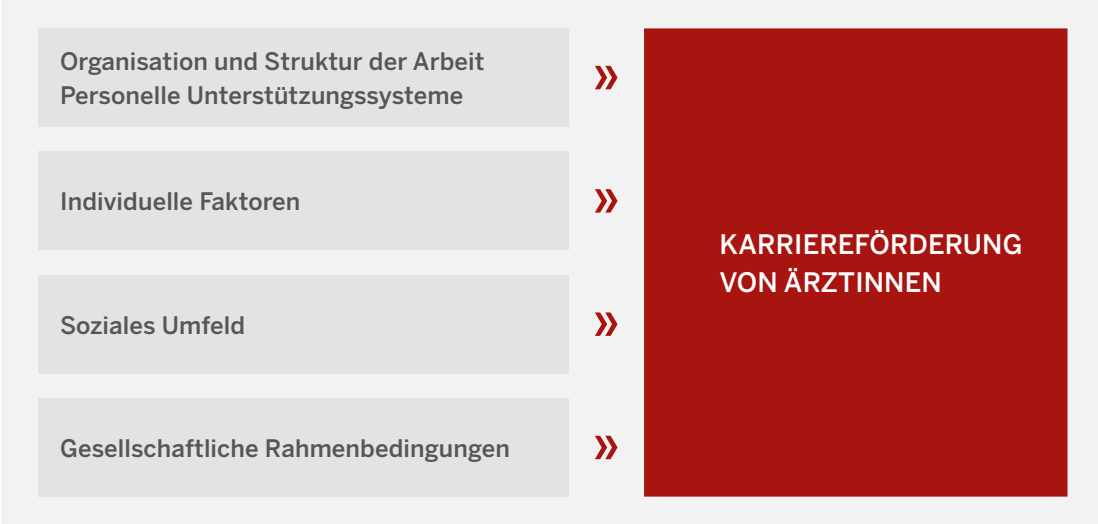


Abbildung 1: Vier Einflussfaktoren auf die Karriereentwicklung von Ärztinnen (entn. aus Reimann/Alfermann 2016: 8)

und *aktiv unterstützender Partnerschaft* insbesondere arbeitsstrukturelle und arbeitsorganisatorische Determinanten, wie z. B. Arbeitszeiten, Arbeitsideologie, Tätigkeitsmerkmale am Arbeitsplatz und Geschlechtsrollenerwartungen. Hinzu treten *gesellschaftliche Erwartungen* als Einflussgrößen (Abb. 1).

Wie lässt sich das vorstellen? Betrachtet man quantitative Längsschnittstudien mit Ärztinnen und Ärzten, so findet sich typischerweise schon am Ende des Studiums bei Ärztinnen seltener ein Interesse an einer Karriere im Arztberuf hin zu einer Führungsposition als bei Ärzten. Sie wollen seltener habilitieren und streben dafür häufiger als Ärzte eine Niederlassung in einer Praxis an (Alfermann/Stiller/Brähler 2006). Besonders charakteristisch ist die Tatsache, dass Frauen im Laufe ihrer Lebensentwicklung häufiger an Teilzeittätigkeit interessiert sind und im Falle von Kindern auch häufiger (zumindest phasenweise) aus dem Beruf aussteigen. Die Tatsache also, dass Frauen sehr stark an einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Kindererziehung interessiert sind, kann sie gerade im Arztberuf ins Hintertreffen geraten lassen. Denn die Arbeitskultur und die Ideologie des ‚guten Arztes' führen auf arbeitsstruktureller und -organisatorischer Ebene zu mit dem Vereinbarkeitsgedanken unvereinbaren Zuständen: Die langen Arbeitszeiten, Nachtdienste, nicht planbarer Arbeitsanfall, unflexible Dienstmodelle, die Kopplung von Leistung an Arbeitszeit, Erwartung von Überstunden, aber vor allem die immer noch stark maskulin geprägte Arbeitskultur der ständigen Verfügbarkeit für ärztliche Tätigkeit üben einen starken Einfluss auf die Karriereentwicklung von Ärztinnen aus. Ärztliche Führung wird auch heute noch geschlechtlich konnotiert und ist vorwiegend männlich. Teilzeittätigkeit, wie sie gerade von Frauen praktiziert wird, hat da keinen Platz. Und so verwundert es nicht, dass Kinder bei Frauen ein Karrierehindernis darstellen, während sie bei Männern karriereförderlich sind (Römer et al. 2016).

Im Leipziger Teilprojekt von KarMed haben wir qualitativ und längsschnittlich gearbeitet, indem über vier Erhebungszeitpunkte innerhalb von fünf Jahren Interviews mit Ärztinnen in unterschiedlichen Karrierephasen und deren Partnern stattfanden (insgesamt 150 Interviews). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stammten aus dem Raum Heidelberg, Leipzig, Hamburg/Bremen und Köln/Bonn. Zusätzlich fanden vier Mal Diskussionen mit Gruppen von entweder männlichen oder weiblichen Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung statt (insgesamt 20 Gruppendiskussionen).

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen lassen schon früh in der Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte erkennen, dass eine Karriere im Arztberuf eindeutig männlich konnotiert ist und während der fachärztlichen Weiterbildung keine/selten positiv besetzte/n Rollenbilder weiblicher Karrieren vorliegen. Es lässt sich ein „vorauseilender Gehorsam" der Ärztinnen erkennen, indem sie akzeptieren, keine eigene Karriere zu avisieren, weil diese als frauenuntypisch erscheint. Hinzu

tritt eine Antizipation der hauptsächlichen Familiensorge für Ärztinnen, genderunspezifisch und ohne individuellen Erlebnishintergrund (Reimann et al. 2017). Sollte es doch Chefärztinnen in ihrem Erlebnisbereich geben, so werden sie als Ausnahme betrachtet:

„Ja, wenn man wirklich Karriere machen will, ist es glaub ich sehr schwer mit Kindern. Also ich kenn so Beispiele, meine Doktormutter, wenn ich an die denke, die da irgendwie sehr viel geschafft hat plus Kinder. Also es gibt ja so **Ausnahmefrauen,** die das schaffen, aber ich hab da großen Respekt vor und die setzen dann aber schon auch die Priorität, dass dann Kinder weniger gesehen werden oder ja, man irgendwie auch die finanziellen Mittel haben muss, um 'ne Haushaltshilfe zu haben. Oder man braucht ja irgend 'ne Unterstützung, um das dann auch hinzukriegen."
(GD III Ärztinnen, A-Stadt; Reimann et al. 2017)

Die Ergebnisse der wiederholten Einzelinterviews mit Ärztinnen zeigen folgenden Erfahrungs- und Erlebnishintergrund (s. auch Reimann/Alfermann, 2017):

- Ein Normalarbeitsverhältnis im Krankenhaus besteht aus einer Vollzeitstelle, und nur wer Vollzeit arbeitet, leistet etwas (in den Augen der Chefs).
- Ein Karriereschritt ist deshalb an Vollzeittätigkeit gebunden (und somit meist auch an männliches Geschlecht).
- Karriere und Führung sind maskulin konnotiert („think manager think male").
- Es überwiegen männliche Rollenmodelle mit (mehr als) Vollzeit als Identifikationsfiguren eines idealen Karriereweges.
- Daraus folgt für die meisten Ärztinnen die Antizipation/Individualisierung der „Entscheidung", keine Karriere anzustreben: „Karriere ist nichts für mich."

Aufgrund der Arbeitsstruktur ergeben sich die folgenden Karrierenachteile bis hin zu Karrierekillern:

- Das weibliche Geschlecht erweist sich per se als Nachteil – insbesondere in Berufsfeldern mit vorwiegend männlichen Führungskräften, wie sie in Kliniken typisch sind. Hier wirken sich stereotype Zuschreibungen, die auch zur Erklärung von „Ausnahmen" herangezogen werden, besonders negativ aus.
- Ebenso wirken Schwangerschaften, insbesondere, wenn Beschäftigungsverbote bestehen;
- Elternzeit, wenn diese länger als zwei Monate nach dem Mutterschutz andauert;
- Teilzeittätigkeit bzw. der geäußerte Wunsch danach sowie eine
- fehlende Flexibilisierung der Arbeitszeiten.

Aus diesen Befunden resultieren u. a. die folgenden Handlungsempfehlungen, die die Karriereentwicklung von Ärztinnen fördern und dazu beitragen können, mehr Frauen in ärztliche Führungspositionen zu bekommen:

- Förderung der individuellen Determinanten (Motivation, Wille)
- aktiv unterstützende Partnerschaft sowie Kinderbetreuungseinrichtungen
- arbeitsstrukturelle und arbeitsorganisatorische Maßnahmen wie z. B. flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmöglichkeit (mindestens 30 Std.), Arbeitsideologie ist nicht an Vollzeit gebunden, Geschlechtsrollenerwartungen spielen keine/eine geringe Rolle.

Insgesamt zeigt es sich, dass der Abbau einer maskulinen Arbeitsideologie und die Akzeptanz (derzeit) femininer Ziele wie die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zur Unterstützung und Akzeptanz weiblicher Führungskräfte führen. Dementsprechend erweist sich die positive Wahrnehmung und Unterstützung von Ärztinnen als (potenzielle) Karrierefrauen als karriereförderlich. Hierbei spielen auch gesellschaftliche Erwartungen eine wichtige Rolle, die Frauen in Führungspositionen als positiv bis selbstverständlich ansehen.

Literatur

Abele, Andrea E. (2006): Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, Susanne/Kaczmarczyk, Gabriele/Bühren, Astrid (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg. Springer VS, S. 35–57.

Alfermann, Dorothee/Stiller, Jeannine/Brähler, Elmar (2006): Berufsziele und Karrierepläne nach dem Studium der Humanmedizin – Ein Geschlechtervergleich. In: Endepohls-Ulpe, Martina/Jesse, Anja (Hrsg.): Familie und Beruf – Weibliche Perspektiven im Wandel. Frankfurt/M. Lang, S. 35–48.

Reimann, Swantje/Alfermann, Dorothee (2016): Einflussfaktoren auf die Karriereentwicklung von Ärztinnen – oder was sie beruflich voranbringt. In: Ärztin, (63) 2, S. 8–9.

Reimann, Swantje/Alfermann, Dorothee (2017): Female doctors in conflict: How gendering processes in German hospitals influence female physicians' careers. In: Gender Issues. DOI 10.1007/s12147-017-9186-9.

Reimann, Swantje/Schacht, R./Sachse, C./Alfermann, Dorothee (2017): „Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will". Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. In: Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien, (23) 1, S. 1–18.

Römer, Farina/Ziegler, Stine/Scherer, Martin/Bussche van den, Hendrik (2017): Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und Assistenzärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. In: GMS, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZEFQ).





Statement

Dr. Renate Petersen

Mentoring – Benefits für Mentees, Mentorinnen und Mentoren und für die Institution

1. Einleitung

In der Wissenschaft haben informelle Förderbeziehungen eine lange Tradition. Mit dem Begriff „Mentoring“ wurde eine Bezeichnung etabliert, die die persönliche Beziehung zweier Menschen mit unterschiedlicher Lebens- und Berufserfahrung zum Zwecke der Unterstützung einer sich im beruflichen Aufstieg befindlichen Person beschreibt.

An Medizinischen Fakultäten gibt es inzwischen ein großes formelles Mentoring-Angebot für Postdoktorandinnen, da sich in vielen Untersuchungen gezeigt hat, dass die Kombination von Mentoring, Seminaren und Netzwerkaktivitäten geeignet ist, die Teilnehmenden vielfältig fortzubilden, ihre Selbstkompetenzen zu stärken und ihre Karriere zu befördern. Es besteht insbesondere für Ärztinnen ab dem ‚Postdoc-Status‘ besonderer Handlungsbedarf, da der Frauenanteil nach der Promotion auf dem Weg zur Habilitation bei gleichen und teils besseren Leistungen dramatisch abnimmt (vgl. Kortendiek et al. 2016: 261ff). Die fachärztliche Weiterbildung stellt dabei einen zentralen Abschnitt bei der Weichenstellung innerhalb der beruflichen Laufbahn dar und ist Voraussetzung für eine Habilitation. Derzeit setzen die meisten Mentoring-Programme in der Hochschulmedizin hier an; die differenzierte Weiterbildungsordnung (spezifische Curricula fachärztlicher Abschlüsse) erfordert die Kenntnis besonderer fachkulturspezifischer Strukturen und Spielregeln.

In NRW haben nahezu alle hochschulmedizinischen Standorte seit vielen Jahren One-to-one- oder Peer-Mentoring-Programme als festes Instrument der gendergerechten Personalentwicklung implementiert. Hierdurch soll einerseits der ungleichen Verteilung der Chancen für beide Geschlechter zur Bildung einer solch wertvollen Beziehung begegnet und andererseits dem drohenden Verlust von weiblichen Innovationspotenzialen entgegengewirkt werden.

In diesem Beitrag wird zunächst exemplarisch ein Mentoring-Konzept in der Hochschulmedizin vorgestellt. Anschließend werden auf der Grundlage vorhandener Evaluationsergebnisse des seit 2005 bestehenden Mentoring-Programms der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen die Benefits für Mentees sowie für die Mentorinnen und Mentoren zusammengefasst. Bereits nach kurzer Programmlaufzeit zeigte sich, dass die Medizinische Fakultät und das Universitätsklinikum ebenfalls in vielfältiger Weise von der Implementierung dieser individuellen Karriereunterstützungsmaßnahme profitieren. Sowohl bei den Teilnehmenden selbst als auch bei der Fakultätsleitung ist die Akzeptanz dieser Maßnahme im Sinne des Win-win-Gedankens groß.

2. Mentoring-Programm in der Hochschulmedizin

Auf der Grundlage der Qualitätsstandards des Bundesverbandes Mentoring in der Wissenschaft besteht ein Mentoring-Programm stets aus drei Modulen, die sich in ihrer Wirkungsweise komplementär zueinander verhalten:

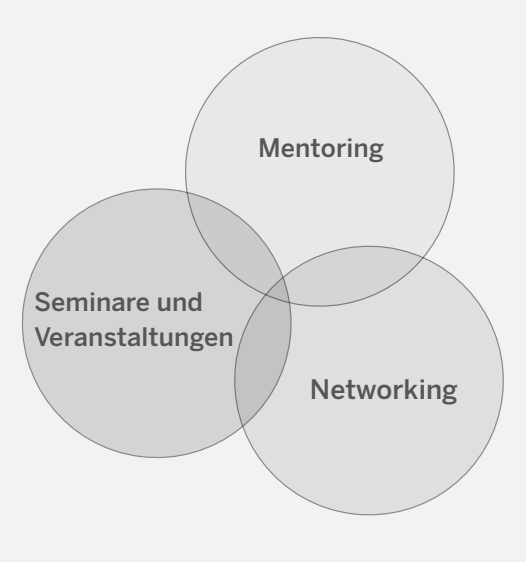


Abbildung 1: Mentoring-Struktur gemäß den Qualitätsstandards des Bundesverbandes Mentoring in der Wissenschaft

2.1 Modul: Mentoring

Im Mentoring gibt eine erfahrene Person (Mentorin/Mentor) für einen begrenzten Zeitraum ihr Erfahrungswissen an eine weniger erfahrene Person (Mentee) zur Unterstützung ihrer beruflichen und persönlichen Karriere weiter. Dies war in der traditionellen Form jedoch nur für jene Personen zugänglich, die von einer im Status höhergestellten Person informell hierfür erwählt wurden. Beziehungen dieser Art entstanden durch subjektive Selektionsprozesse und waren nicht selten durch paternalistische Mechanismen und Abhängigkeitsstrukturen geprägt. Mit einem formellen Mentoring-Konzept soll diesem selektiven Förderprozess sowohl in der Qualität der Förderbeziehung als auch durch die hieraus entstehenden neuen Netzwerke entgegengewirkt werden.

Mentoring für den weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchs wird nicht verstanden als Kompensation eines angenommenen Defizits in der weiblichen Konstitution, sondern als Überbrückung überalterter, institutioneller Konstruktionen im Rahmen eines sehr persönlichen Weges. „Dies bedeutet die Anpassung tradierter Strukturen an die neuen, ‚irgendwie anders' sozialisierten qualifizierten Nachwuchskräfte und umgekehrt – unter wechselseitiger Würdigung der Differenz" (Kurmeyer/Höppel 2017: 20). Durch den intensiven Austausch bietet das Programm gleichzeitig die Gelegenheit, Spielregeln der ‚hidden agenda' sichtbar zu machen und bestehende Strukturen kritisch zu hinterfragen.

Mentorinnen und Mentoren zeichnen sich den Mentees gegenüber insbesondere durch ein „Mehr" an spezifischem Erfahrungswissen in einem bestimmten Feld aus. Hierbei wird davon ausgegangen, dass „einzelne Erfahrungen, die ein Individuum im Laufe seines Lebens innerhalb des Rahmens bestimmter sozialer und historischer Bedingungen macht, (...) biografisch zu einem Wissensstand aufgeschichtet und zu einer Gesamtstruktur geformt (sind), die prägend ist für die Deutung und damit (für) die Handlungen in (weiteren) sozialen Situationen" (Schell-Kiehl 2007: 89). Für Mentorinnen/Mentoren und Mentees, die aufgrund von unterschiedlichem Alter und Status verschiedene biografische Ressourcen in den One-to-one-Mentoring-Prozess einbringen, bedeutet dies, dass die Form des Prozesses, die Themen, die zum Gegenstand gemacht werden, und die Ebenen des Lernens, die überhaupt in den Blick rücken, von sogenannten „Erfahrungsaufschichtungen" und den daraus resultierenden Verarbeitungsstrukturen und Wissensbeständen der Tandempartnerinnen und -partner abhängig sind (ebd.: 92).

Mentoring ermöglicht neben der Formulierung individueller Ziele, der beratenden und ermutigenden Unterstützung der Mentees zur Erreichung der nächsten Qualifikationsstufe zusätzlich die Entwicklung und Stärkung der persönlichen Selbstkompetenzen. Es beantwortet in der Hochschulmedizin darüber hinaus folgende grundlegende Fragen (Petersen/Sauerwein 2010: 2): Wie kann eine Entscheidung für eine akademische Laufbahn in der Medizin getroffen werden? Was gehört zu einer wissenschaftlichen Karriere in der Medizin? Was wird von jungen Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern erwartet? In welcher Weise ist klinische Arbeit mit Aufgaben in Forschung und Lehre vereinbar? Wie bildet sich die Kontur eines individuellen Forschungsprofils heraus? Wodurch werden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Fachcommunity sichtbar? Wie wird ein (internationales) wissenschaftliches Netzwerk aufgebaut? Welche Strukturen und Spielregeln gelten in der Hochschulmedizin? Gibt es Dos und Don'ts? Welche universitären Selbstverwaltungsorgane und Gremien gibt es und warum?

2.2 Modul: Networking

Zu jedem Mentoring-Programm gehören der Auf- und Ausbau karrierebezogener sozialer Netzwerke mit dem Ziel, positive Effekte auf die eigene berufliche Karriereentwicklung sowie auf die weiterer Mentoring-Akteurinnen und -Akteure zu erwirken. One-to-one-Mentoring, Peer- oder Gruppen-Mentoring sowie Netzwerkabende sind klassische Vernetzungsaktivitäten, die den Mentees gleichzeitig auch als Übungsfelder für erstes berufliches Netzwerken dienen. In der persönlichen Interaktion wird dies durch die Bereitschaft zu wechselseitiger Unterstützung, Informationsweitergabe oder durch die Bereitstellung weiterer Ressourcen signalisiert (Budde/Doebert 2017: 130). Im Mentoring besteht die Möglichkeit, kooperativ Wissen zu generieren. Neue Impulse können zu interdisziplinären Forschungskooperationen anregen.

Frauen in der Wissenschaft sollen mithilfe der intensiven Netzwerkarbeit und des Transfers informeller Wissensbestände im Rahmen persönlicher Mentoring-Partnerschaften unterstützt werden, einen adäquaten Einstieg in den Beruf zu finden, Perspektiven zu entwickeln und ihre Aufstiegswege entsprechend ihrer individuellen Talente und Fähigkeiten zu verwirklichen (Kurmeyer/Höppel 2017: 20).

Zentral organisierte oder informelle Netzwerktreffen aller am Programmdurchlauf beteiligten Mentees ermöglichen Kontakte zu Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in ähnlicher Lage. Networking-Dinner mit Mentorinnen/Mentoren sowie Mentees aus ehemaligen Programmlinien bieten weitere Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch und zur Knüpfung neuer Beziehungen.

2.3 Modul: Seminar- und Veranstaltungsprogramm

Die Programmteilnehmenden haben die Möglichkeit, im Rahmen verschiedener Qualifizierungsangebote ihre kommunikativen und strategischen Kompetenzen auszubauen. Die Themen werden an die Bedürfnisse und Anforderungen des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Hochschulmedizin angepasst. Sie liegen in den Bereichen: Persönlichkeitsentwicklung, Karrieregestaltung, Laufbahnplanung, Entwicklung von Schlüsselkompetenzen für künftige Führungsaufgaben in Klinik und Forschung. Zu jedem Programm gehören außerdem Rahmenveranstaltungen wie Einführung, feierlicher Auftakt, Zwischen- und Abschlussbilanz.

Beispielhaft wird nachfolgend ein Seminar- und Veranstaltungsangebot dargestellt:

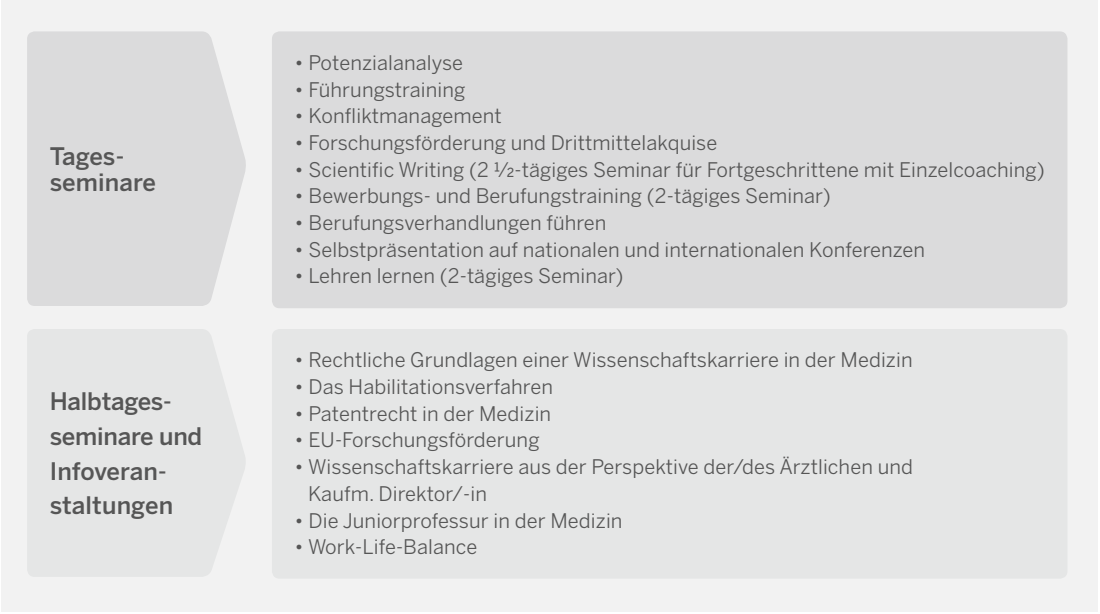


Abbildung 2: Seminar- und Veranstaltungsangebot (vgl. Petersen 2017: 461)

3. Benefits für Mentees

Wie Programmevaluationen zeigen, profitieren die an den Programmen teilnehmenden Frauen in vielfältiger Weise von dem Austausch mit ihren Mentorinnen/Mentoren, ihren Mit-Mentees und von der Mitwirkung am Seminar- und Veranstaltungsprogramm (vgl. Petersen 2015). Sie können sich in ihrer Persönlichkeit weiterentwickeln, mehr über Strukturen und Spielregeln erfahren und Skills erwerben.

Ein ganz persönlicher Benefit zeigt sich in der Zunahme an subjektiv empfundener Sicherheit, wie nachfolgende Aussagen verdeutlichen: „Das Programm hat mir einen riesigen Motivationsschub gegeben." – „Meine Mentorin hat mich ermutigt." – „Ich habe viel dazugelernt und bewege mich souveräner." – „Die Universität interessiert sich für mich." (!) – „Die Gespräche mit der Mentorin haben die Habilitation für mich entmystifiziert." – „Meine nächsten Schritte sind mir jetzt klarer." – „Ich fühle mich hier am Campus mehr zu Hause."

In der nachfolgenden Grafik werden in Anlehnung an Höppel et al. (2016) die Effekte der Mentoring-Beziehung auf die individuelle Fortentwicklung der Mentees in fünf Komplexen gebündelt, durch die sie Sicherheit gewinnen:



Abbildung 3: Auswirkungen auf die persönliche Weiterentwicklung (Inhalte vgl. Höppel 2016: 156)

Mentees können darüber hinaus thematisch ihr Profil schärfen, indem sie Mithilfe bei der Identifizierung des Forschungspotenzials erhalten und bei der Konturierung ihres wissenschaftlichen Profils beraten werden. Es wird als sehr unterstützend erlebt, praktische Empfehlungen zu erhalten, z. B. allgemeine Entscheidungshilfen bei unterschiedlichen Fragestellungen, und beraten zu werden bei der Planung und Einreichung von Veröffentlichungen.

In vielen Bereichen wird ein fachspezifisches Feldwissen gefordert, z. B. bei der Beantragung von Drittmitteln. So kann es bedeutsam sein, von erfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zu erfahren, worauf bei Forschungskooperationen zu achten ist. Insbesondere ältere Fakultätsmitglieder kennen die Gremien universitärer Selbstverwaltung gut und können zu der Frage beraten, wo und warum man welcher Kommission beitreten sollte.

Da alle Mentorinnen/Mentoren bereits das Habilitations- und Berufungsverfahren abgeschlossen haben, können sie aus eigener Erfahrung über Schwierigkeiten und Barrieren berichten. Insbesondere Mentorinnen fungieren als Rollenvorbilder und beweisen, dass sie den Weg nach oben trotz möglicher Hindernisse geschafft haben. Mentees profitieren auch insofern von der Mentoring-Beziehung, dass sie mehr Verständnis für die Hindernisse und Hürden entwickeln, die Frauen den Weg nach oben versperren oder zumindest verlangsamen (vgl. Höppel 2016: 162). Das kann dazu beitragen, negative Selbstzuschreibungen, wie persönliches Versagen, zu verhindern.

Im persönlichen Austausch sowie in Seminaren des Begleitprogramms besteht die Möglichkeit, Managementkompetenzen zu erwerben: Fragen zum Zeit- und Selbstmanagement, zur Prioritätensetzung, zu Formen der Teamarbeit und des Projektmanagements sowie zum Führungsverhalten werden erörtert.

Für unzählige weitere Themen im Kontext einer Wissenschaftskarriere besteht die Möglichkeit des Austauschs. Gerade für Ambivalenzen in der persönlichen Zielentwicklung bietet der Blick von außen durch Mentorinnen/Mentoren und/oder Mit-Mentees einen hilfreichen Perspektiv-

wechsel. Der Diskurs über den Stellenwert von Work-Life-Balance zur Erhaltung individueller Gesundheit, Lebensfreude und Arbeitskraft findet in Mentoring-Programmen eine Plattform. Der Umgang mit Konkurrenzen kann ebenso thematisiert werden wie das angemessene Lösen von Konflikten.

4. Benefits für Mentorinnen und Mentoren

Professorinnen/Professoren und Privatdozierende übernehmen die Rolle als Mentorin bzw. Mentor stets freiwillig. Befragungen zeigen (vgl. Petersen 2015), dass es als befriedigend erlebt wird, persönliches Erfahrungswissen bzgl. der eigenen Karriere weitergeben zu können. Frauen macht es Freude, Rollenmodell für eine junge Kollegin zu sein. Durch das hierarchiefreie Verhältnis und den dadurch bedingten offenen Austausch kann im Wege des Perspektivwechsels ein besseres Verständnis für die jüngere Generation entstehen. Eigene Werthaltungen können reflektiert werden. Männliche Mentoren erfahren im persönlichen Austausch mehr über Karrierehindernisse von Frauen, was ihr Verständnis für die Genderproblematik intensiviert. Durch Netzwerkaktivitäten von Mentees und Mentorinnen/Mentoren (z. B. feierliche Auftaktveranstaltungen und Networking-Dinner) kann ein Netzwerk der Mentorinnen und Mentoren entstehen.

5. Benefits für die Organisation

Ursprünglich mit dem Ziel der Förderung des weiblichen Führungsnachwuchses angetreten, wurde schnell sichtbar, dass die Institution ihrerseits sehr von der Implementierung dieser Personalentwicklungsmaßnahme profitiert. Organisationales Lernen geschieht über personale Lernprozesse von Individuen und wird über vielfältige Interaktionsprozesse und initiierte Handlungen in die Organisation rückgekoppelt (vgl. Macha 2007: 72).

In einem Inhouse-Mentoring (Mentees und Mentorinnen/Mentoren gehören zur selben Medizinischen Fakultät) werden folgende Gewinne für die Organisation sichtbar:

- Durch die Erschließung von weiteren Wissensressourcen im Wege des Mit- und Voneinanderlernens trägt das Mentoring zum Wissensmanagement der Fakultät bei.
- Durch die Wissenszirkulation zwischen den Generationen kann es zu einer Irritation von routinierten Handlungs- und Denkschemata kommen, die die Weiterentwicklung anregt.
- Kommunikationswege im Krankenhausalltag werden durch persönliche Kontakte gestärkt (z. B. im Konsiliardienst).
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch intensive Vernetzung gestärkt.
- Gemeinsame Drittmittelanträge von Mentees und Mentorinnen/Mentoren erhöhen das Forschungsfördervolumen.
- Durch kompetente Beratung kann die Fakultät mit einer höheren Publikationsdichte rechnen.
- Das Commitment der Mitarbeitenden und die Arbeitszufriedenheit werden durch höhere Identifikation mit der Organisation gesteigert. Befragte Mentorinnen und Mentoren sehen vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Personalführungserfahrungen Vorteile für die Organisationsentwicklung in motivierteren Mitarbeiterinnen, die durch diese Förderung ihren Platz in der Hochschule aufgewertet sehen.
- Es kann von geringeren weiblichen Drop-outs in der Wissenschaft und damit mittel- bis langfristig von einer Zunahme weiblicher Führungskräfte in der Hochschulmedizin ausgegangen werden.
- Durch die Thematisierung von Geschlechterfragen im Mentoring werden die Mitglieder der Organisation für Fragen der Chancengleichheit sensibilisiert.
- Da der Erfolg des Programms nach außen sichtbar wird, ergibt sich ein Standortvorteil. Für den weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchs ist es attraktiv, sich an dieser Medizinischen Fakultät zu bewerben.

6. Qualitätssicherung im Mentoring

Der Konzeption der Programme liegen die im ‚Bundesverband Mentoring in der Wissenschaft' (Forum Mentoring e. V.) erarbeiteten Qualitätsstandards zugrunde. Im Hinblick auf die spezifische Situation in der Hochschulmedizin hat sich

im Rahmen dieser Fachgesellschaft eine „Internationale Konferenz Mentoring in der Medizin“ etabliert, in der sich die Programmkoordinatorinnen aus den deutschsprachigen europäischen Ländern zusammengeschlossen haben. Ein regelmäßiger Austausch garantiert nachhaltig bestmögliche Qualität und trägt zur konzeptionellen Weiterentwicklung bei.

Vor Ort werden zur jeweiligen Programmhalbzeit Zwischenbilanztreffen für Mentees durchgeführt. Zum Abschluss jeden Durchlaufs wird mithilfe standardisierter Online-Fragebögen evaluiert, wie die Teilnehmenden die Programmbausteine beurteilen. Im Sinne einer entwicklungsorientierten Evaluation werden sie um Empfehlungen zur Verbesserung künftiger Programmlinien gebeten. Die Seminare werden im direkten Anschluss separat ausgewertet. Am Laufzeitende erhalten alle Mentorinnen und Mentoren einen Feedbackbogen. Aus den Ergebnissen erhält die Programmleitung ebenfalls wertvolle Impulse zur Weiterentwicklung der Programme.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Der erkennbare Erfolg dieser Form der strukturierten akademischen Personalentwicklung in der Hochschulmedizin zeigt die Notwendigkeit ihrer Institutionalisierung. Bisher blieb die Unterstützung in Karrierefragen informell und somit auch dem ‚Good Will‘ Einzelner überlassen. Es gilt, ein (neues) Beziehungsnetz zu generieren, das frühzeitig bei der Konturierung des individuellen wissenschaftlichen Profils unterstützt, die Sichtbarkeit in der medizinischen Community erhöht und damit den Karriereverlauf forciert.

Für die teilnehmenden Mentees ist Mentoring auf der individuellen Ebene in besonderem Maße geeignet, neben der Informationsvermittlung und dem Erwerb methodischer Qualifikationen ihre Selbstkompetenzen zu entwickeln und zu stärken. Hier ist im Sinne sozialer und emotionaler Unterstützung das persönliche Feedback zum Umgang mit Stärken und Schwächen sehr wertvoll. Es kann erwartet werden, dass es gleichzeitig die Ausbildung einer selbstreflexiven Haltung fördert.

Neben der Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit erzeugen die Programme auf der strukturellen Ebene durch soziale Lernkontakte zwischen Mentorinnen/Mentoren, ihren Mentees und den Peergroups eine Förderkultur, die transparenter, kooperativer, partnerschaftlicher und wertschätzender wird. Der strategische Nutzen der akademischen Nachwuchsförderung ist somit auch in den positiven Auswirkungen auf die Kommunikationskultur der Medizinischen Fakultät zu sehen. Gleichzeitig wird die Organisation durch die Thematisierung der Geschlechterperspektive im Rahmen dieser Programme für Fragen der Chancengleichheit sensibilisiert.

Nachwuchswissenschaftlerinnen werden durch die angebotenen Programme ausdrücklich eingeladen, ihre berufliche Zukunft als forschende Lehrende zu gestalten und sich zu vernetzen. Dieses Angebot nehmen die Nachwuchswissenschaftlerinnen gleichzeitig als Wertschätzung der Institution ihnen gegenüber wahr.

Literatur

Budde, Mechthild/Doebert, Gitta (2017): Modul Networking. Proaktives Netzwerken in Mentoring-Programmen als Handlungsprinzip. In: Petersen, Renate/Budde, Mechthild/Brocke, Pia/Doebert, Gitta/Rudack, Helga/Wolf, Henrike (Hrsg.): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft. Wiesbaden. Springer VS, S. 129–149.

Höppel, Dagmar (Hrsg.) (2015): Aufwind mit Mentoring. Baden-Baden. Nomos.

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/ Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Kurmeyer, Christine/Höppel, Dagmar (2017): Mentoring in der Wissenschaft. In: Petersen, Renate/Budde, Mechthild/Brocke, Pia/Doebert, Gitta/Rudack, Helga/Wolf, Henrike (Hrsg.): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft. Wiesbaden. Springer VS, S. 17–26.

Macha, Hildegard (2007): Transformation der Organisation durch Potenzialentwicklung und Netzwerkbildung. In: Tomaschek, Nino (Hrsg.): Die bewusste Organisation. Steigerung der Leistungsfähigkeit, Lebendigkeit und Innovationskraft von Unternehmen. Heidelberg. Carl-Auer Verlag, S. 63–79.

Petersen, Renate (2015): MediMent hat mich gestärkt, motiviert und die Habilitation entmystifiziert. Mentoring für PostDocs an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen. In: Hoffer-Pober, Angelika (Hrsg.): Mentoring in der Universitätsmedizin. Wien. Facultas-Verlags- und Buchhandels-AG, S. 114–132.

Petersen, Renate (2017): Vision trifft Realität. Mentoring und die fünf Disziplinen der Lernenden Organisation. In: Petersen, Renate/Budde, Mechthild/Brocke, Pia/Doebert, Gitta/Rudack, Helga/Wolf, Henrike (Hrsg.): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft. Wiesbaden. Springer VS, S. 457–473.

Petersen, Renate/Demming-Pälmer, Monika (2015): Internationale Konferenz Mentoring in der Medizin: Deutschland, Österreich und die Schweiz vernetzen Mentoring-Programme in der Hochschulmedizin. In: Hoffer-Pober, Angelika (Hrsg.): Mentoring in der Universitätsmedizin. Wien. Facultas-Verlags- und Buchhandels-AG, S. 105–113.

Petersen, Renate/Eggert, Angelika/Grümmer, Ruth/ Schara, Ulrike/Sauerwein, Wolfgang (2012): The mentoring of women for medical career development. In: International Journal of Mentoring and Coaching in Education, (1) 2, S. 155–168.

Petersen, Renate/Sauerwein, Wolfgang (2010): Innovative Ansätze zur Personalentwicklung in der Hochschulmedizin. Mentoring-Training-Networking für Postdoktorand/innen. In: Berendt, Brigitte/Voss, Hans-Peter/Wildt, Johannes (Hrsg.): Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten. Berlin. Raabe-Verlag, Teil J 1.6.

Schell-Kiehl, Ines (2007): Mentoring: Lernen aus Erfahrung? Biografisches Lernen im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse. Bielefeld. WBV-Verlag.

Protokoll zu Werkstatt 2:

Wissenschaftskarrieren in der Medizin fördern

Protokollantinnen: Ulla Hendrix (wiss. Mitarbeiterin, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW), Anne-Marie Engler (wiss. Hilfskraft, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW)

Zentrale Themen

1. Arbeitsbedingungen in der Hochschulmedizin
2. Wissenschaftskarrieren frühzeitig fördern und begleiten
3. Gender-Sensibilisierung
4. Berufungsverfahren: aktive Rekrutierung von Bewerberinnen

Zu 1: Arbeitsbedingungen in der Hochschulmedizin

In der Werkstatt bestand Einigkeit darin, dass (auch) die Arbeitsbedingungen in den Universitätskliniken verändert werden müssen, damit mehr Frauen den Weg einer Wissenschaftskarriere einschlagen. Als entscheidend wurde die Phase der fachärztlichen Weiterbildung identifiziert. Gefordert wurden längerfristige oder entfristete

Verträge insbesondere für Frauen, die sich häufig mit kürzeren Befristungszeiten als Männer arrangieren müssen. Ein weiteres Thema waren die ausgedehnten Arbeitszeiten an den Kliniken. Hier wurde eine Zeiterfassung angeregt, um den Umgang mit Überstunden überhaupt regeln zu können. Insgesamt wurde das Anliegen formuliert, die Anwesenheitskultur zu verändern, die derzeit einer „maskulinen Arbeitsideologie" verhaftet sei, die sich in einem „Wettlauf, wer am längsten da ist", spiegele. Um Arbeitsbedingungen systematisch verändern zu können, wurden Themenkreise angeregt, die sich etwa mit Arbeitszeitmodellen beschäftigen sollen (Vereinbarkeit mit Familienarbeit und insbesondere Möglichkeiten des Home-Office und einer Teilzeit ohne Benachteiligung). Für Elternzeiten sollten Vertretungskräfte und generell mehr Personal zur Verfügung stehen. Ein weitergehender Vorschlag zielte darauf, einen Modellversuch für alternative Klinikabläufe zu starten. Als wissenschaftsförderlich wurden auch Forschungsrotationen sowie eine Transparenz der Arbeitsaufteilung, etwa bezüglich Labor und Operationen, angeregt. Ebenso habe die Digitalisierung von Dokumentation und nicht-klinischer Arbeit das Potenzial, das Erledigen nicht-ärztlicher Tätigkeiten im Home-Office zu ermöglichen.

Schließlich ging es um das Thema Schwangerschaft, das sich immer wieder als Stolperstein für Frauen erweist, wie in der Untersuchung von Alfermann/Stiller/Brähler (2006) sowie im Gender-Report 2016 deutlich wurde. In beiden Studien zeigte sich, dass Ärztinnen sich aus Angst vor Karrierenachteilen nicht trauen, über Schwangerschaft zu sprechen. Als Ausweg wurden standardisierte Verfahren für den Umgang mit Schwangerschaft vorgeschlagen; als Beispiel guter Praxis wurde ein Leitfaden der Städtischen Kliniken Köln angeführt. Auch der Mutterschutz müsse neu geregelt werden, vorbereitet durch Gefährdungsanalysen für den Fall einer Schwangerschaft. Ziel sei eine Arbeitskultur, in der Schwangerschaft und Elternschaft nicht länger als Problemfälle gelten. Die berufliche Tätigkeit sollte durch Elternschaft aufgewertet und nicht behindert werden („Willkommenskultur").

Zu 2: Wissenschaftskarrieren frühzeitig fördern und begleiten

Die Vorschläge, wie Wissenschaftskarrieren in der Medizin gefördert werden können, erstreckten sich über die gesamte Qualifizierungsphase. Bereits frühzeitig – im Studium – sollte das Für und Wider einer Wissenschaftskarriere erörtert werden. Ein Vorschlag zielte darauf, Anreizsysteme in der Lehre zu schaffen, etwa durch Lehrforschungsprojekte eine Doktorarbeit in der Forschung zu ermöglichen. Die Habilitation sollte in ihren Anforderungen und ihrem Ablauf transparent sein; die Bereitschaft zu diesem Qualifizierungsschritt sollte früh identifiziert werden. Für diese Phase wurden auch Workshops zur Antragstellung sowie transparente Rechte und Pflichten einer Arbeitsgruppenleitung angeregt. Schließlich sollte geprüft werden, ob – ergänzend oder alternativ zur Habilitation – die Rolle der Juniorprofessur als Qualifikationsweg gestärkt werden kann.

Für alle Phasen einer Wissenschaftskarriere wurden begleitende Unterstützungsangebote vorgeschlagen. Zunächst ging es – in Anlehnung an das Statement von Renate Petersen – um Mentoring auf mehreren Ebenen: Studium, Promotion, Habilitation/Postdoc-Phase. Daneben wurden auch Treffen mit Role Models, etwa in Form von Biografie-Abenden, angeregt. Als längerfristige Unterstützungsstrukturen wurden Netzwerke hervorgehoben, zum einen auf der Peer-Ebene (z. B. Doktorandinnennetzwerk), zum anderen als intergenerationales Netzwerk mit dem Ziel des Erfahrungsaustauschs. Die Vorschläge zum Coaching richteten sich an Höherqualifizierte: Einzelcoaching „auf der Zielgeraden" (in der Habilitationsphase und danach), aber auch Coaching für neuberufene Professorinnen. In diesen Phasen könne auch der Umgang mit Benachteiligungen als Coaching-Thema bearbeitet werden. Als Instrument der Karriereplanung innerhalb der klinischen Arbeit wurden Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche angeregt, für die es standardisierte Verfahren geben sollte.

Zu 3: Gender-Sensibilisierung

Grundsätzlich bestand Einigkeit, dass eine Sensibilisierung – gerade auch der Führungskräfte – für Gender-Themen notwendig sei. Dies gilt insbesondere für die meist wenig beachtete Ebene der männlichen Oberärzte, für die karriereinteressierte Frauen auch als Konkurrentinnen gelten könnten. Dafür müssten jedoch Strukturen erst geschaffen werden – auch Mentoring sei noch keine Antwort auf Strukturprobleme. Als ein

Instrument wurden Gender-Trainings angebracht. Allerdings stellte sich die Frage der Motivation von Führungskräften, an einem solchen Training teilzunehmen. Dazu wurde der Vorschlag gemacht, Gender-Themen in Routineschulungen einzubauen und maximal 30 Minuten Zeit dafür zu veranschlagen. Eine weitere Möglichkeit bestehe darin, Gender-Themen „strukturell" in Führungsrunden einzubringen, etwa durch die Teilnahme der Gleichstellungsbeauftragten. Ebenfalls zur Sensibilisierung von Führungskräften wurden Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche hervorgehoben.

Zu 4: Berufungsverfahren: aktive Rekrutierung von Bewerberinnen

Ausgehend von der Diagnose „weibliches Geschlecht als Karrierekiller" (Alfermann) wurden anonyme Bewerbungen vorgeschlagen, um eine Diskriminierung von Frauen zu umgehen. Dem wurde jedoch entgegengehalten, dass gerade in kleinen Fachgebieten die Anonymität nicht gegeben sei. Als weiteres häufiges Problem in Berufungsverfahren wurde benannt, dass keine oder nur wenig Frauen sich auf eine Professur beworben haben. Nicht selten ergeht dann der Auftrag an die Gleichstellungsbeauftragte: „Besorgen Sie uns eine Frau". Eine proaktive Rekrutierung gestaltet sich jedoch gerade aus einer fachgebietsfremden Position heraus schwierig. Um einen allgemeinen Zugang zu qualifizierten Bewerberinnen zu ermöglichen, wurde an der Universitätsklinik Düsseldorf eine Internet-Plattform angelegt, auf der sich habilitierte Medizinerinnen anmelden und Stichworte zu ihren Qualifikationen und ihrem Lebenslauf eintragen können. Ziel ist es, diese Plattform auch mit anderen Universitätskliniken zu vernetzen, um einen bundesweiten Pool an Wissenschaftlerinnen bereitzustellen, die bei Berufungsverfahren aktiv rekrutiert werden können. Die Diskussion drehte sich darum, ob die Habilitation als Voraussetzung für eine Professur ausreicht: „Mit Habilitation allein kommt keine Frau auf eine Professur". Das gilt allerdings, wie präzisiert wurde, eher für Professuren, die an eine Klinikleitung gekoppelt sind und deshalb mehr Berufserfahrung voraussetzen. Demgegenüber könne für eine klinisch-theoretische oder vorklinische Professur eine Habilitation durchaus als hinreichende Voraussetzung gelten. Das Argument, eine Habilitation reiche nicht aus, rief grundsätzlichen Widerspruch hervor: „Wir müssen aufpassen, dass wir die (existierenden) Strukturen nicht als Norm setzen". Frauen würden sich selbst oft genug herabsetzen und hielten sich – im Gegensatz zu vielen Männern – für nicht qualifiziert genug, um sich auf eine Professur zu bewerben. Wichtig sei es vielmehr, Auswahlkriterien zu hinterfragen und zugleich die Qualifikationen von Frauen sichtbar zu machen.

Zentrale Arbeitsergebnisse und Handlungsempfehlungen:

- Die Arbeitsbedingungen in der fachärztlichen Weiterbildung sollten neugestaltet werden. Insbesondere sollten Regelungen zu Zeiterfassung und Überstundenausgleich, längerfristigen Verträgen, Zeitmodellen und Mutterschutz getroffen werden und eine Entlastung von nicht-ärztlichen Aufgaben angestrebt werden.
- Karrieren von Frauen können durch Unterstützungsangebote (Mentoring, Coaching, Role Models, Netzwerke) gezielt gestärkt und gefördert werden.
- Notwendig erscheint die Sensibilisierung von Führungskräften – etwa durch Trainings sowie Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche.
- Erstrebenswert ist der Aufbau einer bundesweiten Online-Plattform für habilitierte Wissenschaftlerinnen, um eine gezielte und proaktive Rekrutierung durch Berufungskommissionen zu ermöglichen.



Moderation:
Dr. Britt Dahmen

Werkstatt 3

Care-Arbeit und (Wissenschafts-)Karrieren – Vereinbarkeit verbessern

Noch immer ist die Übernahme von Familienaufgaben in den meisten Fällen mit einer Verlangsamung, wenn nicht gar Stagnation des wissenschaftlichen Karrierewegs verbunden. Dies bedeutet eine Herausforderung für alle Eltern und andere Personen mit Pflegeverantwortung, zugleich betrifft es nach wie vor in der Mehrzahl Wissenschaftlerinnen. Ansätze zu einem Umdenken, etwa in Form des Ausbaus der Kinderbetreuungsangebote, sind deutlich erkennbar, jedoch sind grundlegende strukturelle Veränderungen und ein kultureller Wandel notwendig. Wie können Schritte hierzu aussehen?



Statement

Prof. (i. R.) Dr. Sigrid Metz-Göckel

Faszination Wissenschaft und Karrierefaktor Kind – oder gibt es eine neue Normalität für Eltern in der Wissenschaft?

1. Einleitung

Eine Naturwissenschaftlerin, die als Postdoc aus der Universität ausgestiegen ist, sagt im Interview: „Ich glaube, ich hing einfach noch sehr an der Wissenschaft. Also das war einfach so diese Leidenschaft, die ich aufgeben musste." Und auf die Frage, warum sie die Universität verlassen hat, antwortet sie: „Diese Unsicherheit, die Perspektivlosigkeit, der Mangel an Vertrauensverhältnis, das ich nie aufbauen konnte zu meiner Chefin" (Metz-Göckel 2017: 37).

Im Wettstreit um Ressourcen und die ‚besten Köpfe' ist in der Auseinandersetzung um die unternehmerische Universität und Profilierung der einzelnen Universität (Binner et al. 2013, Clark 1998) ein widersprüchlicher Prozess zu beobachten: einerseits eine großartige Betonung der Humanressourcen und persönlichen Leistungsfähigkeit, andererseits eine Missachtung dieser Ressource durch eine prekäre Beschäftigung (Metz-Göckel et al. 2016). Dabei ist analytisch zu unterscheiden zwischen der epistemischen Dimension der wissenschaftlichen Arbeit und der sozialen Organisation, in der diese an den Hochschulen stattfindet, denn die wissenschaftliche Erkenntnisproduktion ist in soziale Kontextbedingungen und Gelegenheiten eingebunden, die unterschiedlichen Logiken folgen (Knorr-Cetina 2002).

Persönliches Erkenntnisinteresse und seine soziale Ermöglichung können auseinanderklaffen und hängen doch zusammen. In diesem Kontext expliziere ich die These, dass die Integration der Frauen in die Wissenschaft folgenreich ist sowohl für den Lebenszusammenhang der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, hier besonders für ihre Paarbildung und Elternschaft, als auch für die Universität als Arbeitgeber-Institution.[1] Diese Folgen sind nicht allein über ihre Anteile auf den jeweiligen Karrierestufen zu erfassen.

Ich erläutere zunächst die Faszination, die von wissenschaftlicher Arbeit auch für Frauen ausgeht, und analysiere die Anforderungen einer wissenschaftlichen Karriere unter dem Gesichtspunkt der Vereinnahmung der ‚ganzen Person', d. h. die ‚Gefräßigkeit' der Wissenschaft unter der Bedingung einer prekären Beschäftigung. Eine Folge der wissenschaftlichen Integration von Frauen ist die zunehmende Berücksichtigung subjektiver Relevanzstrukturen, die sich aus dem ‚weiblichen Lebenszusammenhang' ergeben. Theoretisch greife ich Giddens' (1995) Konzept der Handlungsmächtigkeit (agency) auf und einen ‚Eigensinn' von Frauen (Nickel et al. 2008), womit die Annahme einhergeht, dass es Wissenschaftlerinnen möglich ist, Einfluss auf soziale Strukturen zu nehmen. Entgegen der ermittelten hohen Kinderlosigkeit des wissenschaftlichen Mittelbaus und der Professorinnen zeichnen sich in der jüngeren Generation steigende Anteile von Müttern ab, gegenläufig zu einer steigenden Kinderlosigkeit von männlichen Wissenschaftlern – mit Auswirkungen auf die Paarbildung und die Vorstellung von der wissenschaftlichen Persönlichkeit.

2. Faszinierende Wissenschaft und der ‚Eigensinn' von Wissenschaftlerinnen

Das Faszinierende an der wissenschaftlichen Arbeit, ja das Glück, das sie vermitteln kann, besteht darin, dass die ‚Identifizierung mit den inhaltlichen Fragen' als persönliche Befriedigung und Lernprozess erlebt werden kann (Beaufaÿs 2015, Menz et al. 2015). Max Weber (1919: 589) benutzte dafür den Begriff Leidenschaft, „denn nichts ist für den Menschen als Menschen etwas wert, was er nicht mit Leidenschaft tun kann", und Bourdieu (1993: 55) nannte dies „die libido sciendi, die alle möglichen Entbehrungen, Versagungen und Opfer mit sich bringen kann." Leidenschaft sei nichts Flüchtiges, „sie ist ein fortbestehendes, mit hoher Energie und Ausdauer betriebenes Engagement" (Saum-Aldenhoff 2016: 66).

Frauen können sich wie Männer für ‚ihre Fachwissenschaft' begeistern, worauf ihre steigenden Anteile – allen widrigen Bedingungen zum Trotz – hinweisen (Kortendiek et al. 2016). Die überlieferte Vorstellung vom Wissenschaftler ist allerdings der einzelne Mann, der ganz und gar von dieser Leidenschaft für die wissenschaftliche Arbeit durchdrungen ist und frei von allen Sorgeverpflichtungen leben kann. Dieses Bild von der ‚freigesetzten' eminenten männlichen Einzelpersönlichkeit findet sich auch in der Hochschulmedizin. „[D]as Bild des (männlichen) Medizinprofessors ist weiterhin äußerst wirkmächtig. Frauen, die dieses Ziel ebenfalls verfolgen, gelten noch als Ausnahme von der Regel" (Kortendiek et al. 2016: 450). So äußert sich der Chefarzt einer Klinik zur Bewerbung eines geflüchteten syrischen Arztes: „Außerdem gefällt mir, dass Herr X einen Anzug zum Vorstellungsgespräch trägt. Anders als die deutschen Ärzte. Die fragen schon im ersten Gespräch nach Teilzeit und Work-Life-Balance. Herr X dagegen will noch gar nicht einmal Elternzeit" (Ahr 2017: 15).

Diese traditionsorientierte Sicht ist von stereotypen Geschlechter-Vorstellungen geprägt, die den wissenschaftlichen Potenzialen und Lebensentwürfen der Frauen nicht (mehr) gerecht werden, wie der Gender-Report 2016 nicht nur für die Hochschulmedizin belegt. Wissenschaftlerinnen sind keine Ausnahme-Frauen mehr und auch keine Außenseiter, sondern gehören zum Mainstream.[2] Mit der Genderbrille betrachtet zeigt sich vielmehr, dass die aktuellen Unterschiede in den Frauenanteilen zwischen den einzelnen Universitäten und Fächergruppen – und diese können ganz erheblich sein – mit den Fachkulturen und der sozialen Organisation der Beschäftigungsverhältnisse zusammenhängen und hier weiterhin politischer Unterstützungs- und Entwicklungsbedarf besteht.

Gleichwohl sind Frauen inzwischen auch Mitgestaltende und neue Subjekte in der Wissenschaft. Ihre wachsenden Anteile üben einen Druck auf die soziale Organisation der wissenschaftlichen Arbeit aus (vgl. DFG 2008), denn mit den Wissenschaftlerinnen kommen mehr und mehr auch ‚subjektive Relevanzstrukturen'

[1] Die These gründet auf Ergebnissen aus zwei Forschungsprojekten zum Ausstieg aus und Verbleib in der Wissenschaft: Das Projekt „Kinder und Kinderlosigkeit im wissenschaftlichen Karriereverlauf" (01.12.2007–30.03.2010, Veröffentlichung Sigrid Metz-Göckel et al. 2014 und das Projekt „Auf der Suche nach dem verlorenen Nachwuchs. Kurzform: Mobile Drop-Outs" (01.05. 2010–30.06.2013), Veröffentlichung Sigrid Metz-Göckel et al. 2016. Beide Projekte wurden als Teil des Programms „Frauen an die Spitze" durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Europäischen Sozialfonds gefördert.
[2] Wie die Künstler auch, Feuilleton zum Kunstmarkt in: Die Zeit vom 09.02.2017, S. 45.

(Nickel et al. 2008) ins Spiel. Diese äußern sich konkret als ‚weiblicher Lebenszusammenhang' mit Schwangerschaften, Mutterschutz, Elternzeit und sorgender Arbeit für Kinder und Angehörige (linked lives) sowie in der Vorstellung von einem ‚guten Leben' mit Brot und Rosen (Aulenbacher et al. 2010). Ihr Eigensinn äußert sich in dem hartnäckigen Bestreben, wissenschaftliche Arbeit auch im Zusammenleben mit Kindern zu vereinbaren, worauf die steigenden Mütteranteile unter den Wissenschaftlerinnen hindeuten. Ein Vereinbarkeitsinteresse betrifft inzwischen auch involvierte Väter (Klenner 2005, Oechsle/Reimers 2016, Kortendiek et al. 2016), wie ein junger Naturwissenschaftler, der aus der Forschung in die Wissenschaftsverwaltung umgestiegen ist und ein zweites Kind erwartet, seine Situation beschreibt: „Wo man hin muss im Laufe dieser zwölf Jahre, ist die Professur und das ist so ein Wettrennen, wo man sich wenig Pausen erlauben kann und wo man einen ziemlichen Einsatz bringen muss … Also bei uns … ist es sehr schwer, irgendwie Arbeitszeiten zu finden und zu sagen: ‚Ich komme um neun und muss aber um fünf gehen, weil ich meine Kinder aus der Kita holen muss.' … Ich sehe das, dass ziemlich viele Leute mit Kindern das Handtuch schmeißen auf halber Strecke, weil sie sagen, das geht so nicht." (Metz-Göckel 2017: 41)

Das Ausscheiden von Frauen in der Postdoc-Phase und von jungen Vätern, so die Schlussfolgerung hier, ist nicht primär auf ‚persönliche' Motive oder ihre Familienorientierung zurückzuführen, sondern auf eine generative Diskriminierung, die bisher in der Organisation der Universität quasi institutionalisiert war.[3]

Was haben wissenschaftliche Faszination und soziale Organisation der wissenschaftlichen Arbeit mit dem Eigensinn der Wissenschaftlerinnen zu tun und wie äußert sich dieser?

Um diese Frage zu beantworten, greife ich Anregungen aus der Arbeitssoziologie und der soziologischen Theorie auf. In der Arbeitssoziologie ist schon seit Längerem die Rolle des Subjekts Gegenstand einer kritischen Auseinandersetzung „zum einen durch ‚objektive', die Arbeitssituation strukturierende Faktoren und zum anderen durch ‚subjektive Relevanzstrukturen'" (Nickel et al. 2008: 37). In einem anderen Theorie-Kontext formulierte Giddens (1995) eine Handlungsmächtigkeit (agency) von Akteuren, die auf soziale Strukturen einzuwirken vermag. Soziale Strukturen, die sich in Beschäftigungsverhältnissen und ihrer gesamtgesellschaftlichen Verortung niederschlagen, wirken weder deterministisch auf die Akteure noch können sie voluntaristisch verändert werden, sie sind aber auch nicht als simple Wechselbeziehung zwischen Struktur und Handeln zu verstehen, weil Giddens zufolge Macht ungleich verteilt in den Strukturen eingelagert ist. Mit seinem Strukturations- und Agency-Konzept verleiht er jedoch der sozialen Praxis der Akteure ein eigenes Gewicht.

Giddens hat der Geschlechterdimension von sozialen Strukturen wenig Aufmerksamkeit gewidmet, während die organisationsbezogene Genderforschung gerade diese thematisiert (Müller et al. 2013). Für sie besitzt die organisationale Verfasstheit der Universität eine Genderdimension von eigener Relevanz. Dies ist nachzuvollziehen, wenn wir Revue passieren lassen, welche folgenreichen Zuschreibungen vor 100 Jahren, als Frauen erstmalig zum Studium zugelassen wurden, mit der Geschlechtszugehörigkeit als Mann oder Frau verbunden waren, und wenn wir diese Vorstellungen mit der gegenwärtigen Diskussion vergleichen. Wurde den Frauen lange Zeit ein Unvermögen zur wissenschaftlichen Arbeit, ja ein bedrohlicher Einfluss auf die ganze Wissenschaft unterstellt (Anger 1960), so werden Frauen zurzeit durchaus als erwünschte ‚Ressource' betrachtet (vgl. DFG 2008).

Wie weit die Veränderungen in der Situation von Wissenschaftlerinnen reichen, lässt sich einerseits am statistischen Ausmaß ihrer Präsenz auf den jeweiligen wissenschaftlichen Qualifikations- und Karrierestufen ablesen, das im Allgemeinen als formales Maß für die Integration von Frauen in den jeweiligen Kontexten dient. An den Promotionen sind Frauen inzwischen mit 44 %, an den Habilitationen mit 26 % beteiligt, im wissenschaftlichen Mittelbau sind sie mit ca. 40 % vertreten, an den Professuren dagegen nur mit 21 %.

[3] „Generative Diskriminierung drückt die strukturelle Rücksichtslosigkeit gegenüber Wissenschaftler/innen mit Kinderwunsch und (kleinen) Kindern aus und den Umstand, dass die ‚anderen' Lebensbedingungen und Lebensvorstellungen bisher wenig Berücksichtigung finden" (Metz-Göckel et al. 2014: 174).

Mehr oder weniger große Unterschiede zwischen Frauen und Männern manifestieren sich gegenwärtig in der unterschiedlichen Ausprägung von Karriereoptionen, Fächerwahlen und generativen Entscheidungen. Dass es überhaupt noch Unterschiede gibt, wird diskursiv auf eine tradierte ‚legitime Lebenspraxis' zurückgeführt (Beaufaÿs 2016). Diese ‚legitime Lebenspraxis' basiere auf einer dominanten homophilen Männlichkeit, die Frauen in den Hintergrund dränge oder gar ausschließe. Die männliche Vorherrschaft ist aber nicht mehr so exklusiv, wie Beaufaÿs aus Interviews im Kontext der Exzellenzinitiative rekonstruiert hat, denn Frauen drängen weiter in die wissenschaftlichen Arbeitsbereiche hinein, wenn auch langsam und keineswegs in einem sich selbst beschleunigenden Prozess.

Im Folgenden nehme ich einen Perspektivwechsel vor und untersuche Folgen der wissenschaftlichen Integration von Frauen für die Geschlechterkonstellationen und die Universitätsentwicklung, nicht dagegen die fortwährenden Behinderungen ihrer Integration, die es nach wie vor noch gibt. „So gesehen bezeichnet Eigensinn, sich die relative Eigenständigkeit der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unternehmerischen Handelns theoretisch und praktisch anzueignen und sie in kollektiven Verständigungsprozessen zur Grundlage des auch widerständigen Selbständigkeitsbedürfnisses in Arbeit und Leben zu machen" (Nickel et al. 2008: 43).

Zurück zur ‚Handlungsmächtigkeit' und zum ‚Eigensinn' von Wissenschaftlerinnen. Mit der Annahme, dass ihre Handlungsmächtigkeit strukturelle Wirkungen erzeugen kann, selbst wenn ihr enge Grenzen gesetzt sind, richte ich den Blick auf potenzielle Effekte eines ‚eigensinnigen' Verhaltens von Wissenschaftlerinnen. So zeichnen sich folgende Veränderungen ab:

- Eine Ressourcenumverteilung zwischen den Geschlechtern. Eine Umverteilung zugunsten der Frauen ist bei relativ konstanten Ressourcen mit ihrer Partizipation fast zwangsläufig verbunden und erfolgt nicht widerstandslos.

- Eine Modifizierung von Beschäftigungsregeln mit Rücksicht auf den weiblichen Lebenszusammenhang bzw. den von jungen Eltern, z. B. in Form von Maßnahmen zur Familienfreundlichen Hochschule (Kunadt et al. 2014).

- Potenzielle Revision der Vorstellung von der wissenschaftlichen Persönlichkeit.

3. Die ‚Gefräßigkeit' der wissenschaftlichen Karriereanforderungen und die Zumutungen eines perfekten wissenschaftlichen Lebenslaufs

In ihrer gegenwärtigen Organisationsform ist die Wissenschaft eine ‚gefräßige' Institution, dies folgert Lind (2013) auf der Basis einer bundesweiten Stichprobe von 8.680 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Sie kommt für den wissenschaftlichen Mittelbau zu dem Ergebnis: „Die Inhalte der Arbeit bedingen eine sehr hohe Eigenmotivation der Befragten. Die wissenschaftliche Tätigkeit wird von nahezu 81 % der befragten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als eher attraktiv bis vollkommen attraktiv eingestuft. (...) Dabei wird die Attraktivität der Beschäftigung an einer Hochschule von den Eltern höher eingestuft als von den kinderlosen Befragten. (...) Dieser Befund korrespondiert mit der sehr hohen Identifikation mit dem Arbeitsfeld Wissenschaft und der relativ guten Integration in die wissenschaftliche Community im Vergleich zu den kinderlosen Kolleginnen und Kollegen" (ebd.: 99). Frauen mit Kindern schätzen ihre Zukunftsperspektive in der Wissenschaft allerdings schlechter ein als die Kinderlosen und auch als die Männer (mit und ohne Kinder). Ein überraschendes Ergebnis ist die Häufigkeit der Erschöpfungssymptome. Frauen mit Kindern äußern diese seltener als die Kinderlosen, aber häufiger als die Männer (ebd.: 104). Im Kontrast zu ihrer wissenschaftlichen Identifikation erleben Wissenschaftlerinnen mit Kindern ihre konkrete Beschäftigungssituation und -perspektive auch als problematisch.

In Form überhöhter Ansprüche gilt die ‚Gefräßigkeit' der Karriereanforderungen in spezifischer Weise auch für die Hochschulmedizin, denn der Klinikalltag erschwert eine Identifizierung mit der Forschung, die zugleich in Konkurrenz mit der Patientenorientierung steht. Dies gilt zurzeit mehr für die Assistenzärztinnen als für die Assistenzärzte, denn die Frauen wägen genauer ab, ob die Anforderungen und Arbeitsbedingungen mit ihrem Lebenskonzept übereinstimmen (Kortendiek et al. 2016: 450), worin sich ihr Eigensinn zeigt. So präsentieren sich auch erfolgreiche Wissenschaftlerinnen der MINT-Fächer

auf dem Weg an die Spitze, die sich zustimmend und doch kritisch zu den Karriereanforderungen in ihren Fächern äußern. Auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen und sozialen Beobachtungen machen sie deutlich, dass eine erfolgreiche Karriere in ihren Fächern gegenwärtig nicht nur herausragende wissenschaftliche Leistungen, sondern auch bestimmte Auslandsaufenthalte, Publikationsformen und Vernetzungen verlangt, kurz: Sie erfasst die ganze Person, die im Wettbewerb um die privilegierten Positionen einen als perfekt interpretierbaren Lebenslauf präsentieren sollte (Metz-Göckel 2016). Mit diesem ‚Totalitätsanspruch' hinsichtlich zeitlicher Verfügbarkeit und regionaler Mobilität werden außerwissenschaftliche Kriterien zu einem Selektionsfilter, der Frauen und andere nichtpassfähige Personen diskriminiert, wenn sie eigensinnige Lebenspläne verfolgen, z. B. eine Wissenschaftskarriere im Zusammenleben mit Kindern anstreben.

Wie schaffen es die einzelnen Wissenschaftlerinnen als Mütter dennoch, den Anforderungen einer wissenschaftlichen Karriere nachzukommen?

Interviewte Wissenschaftlerinnen im Forschungsprojekt zum wissenschaftlichen Nachwuchs beschrieben eindringlich und ausführlich, dass sie in hohem Maße auf die persönliche Unterstützung durch Partner oder Partnerin sowie Mentoren und Mentorinnen angewiesen seien, um die Risiken und Belastungen einer prekären Beschäftigung zu kompensieren, indem sie als persönliche Stabilisatoren fungieren. Insbesondere wenn sie kleine Kinder haben oder Kinder planen, sind sie auf diesen persönlichen Support angewiesen. Und ein äußerst günstiger, aber längst nicht immer gegebener Umstand ist es, wenn die Wissenschaftlerinnen über rüstige Großeltern vor Ort für die Kinderbetreuung verfügen (ebd.). Dies ist ein problematischer Forschungsbefund insofern, als der wissenschaftliche Erfolg somit von externen Ressourcen abhängig ist, was dem genuinen Selbstverständnis der Wissenschaft und dem meritokratischen Prinzip widerspricht.

Ein anderer Aspekt ist, dass genuines inhaltliches Interesse und Freude an der Forschung auch zur Selbstausbeutung und letztlich zur Fremdbestimmung bis zum Drop-Out führen können, selbst wenn leidenschaftliches Interesse die prekäre Beschäftigungssituation eine Weile aushebeln kann.[4]

Worin besteht nun der Widerspruch zwischen der wissenschaftlichen Faszination und der befristeten Beschäftigung?

3.1 Der wissenschaftliche Lebenszusammenhang: privilegiert und prekarisiert zugleich

Mit den Inhalten der Arbeit hochgradig identifiziert zu sein, ist ein stilles Privileg von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, das nicht mit Geld oder Status entschädigt wird, sondern per se befriedigend sein kann. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehören in Deutschland sozial zu einer herausgehobenen Personengruppe, ihre konkreten Beschäftigungsbedingungen sind es aber mitnichten, solange sie sich auf dem Weg zu einer Professur oder einer sicheren Stelle befinden, denn die überwiegende Mehrheit der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist befristet und zwei Drittel der Frauen zudem in Teilzeit beschäftigt (Metz-Göckel et al. 2014). Befristete und teilzeitige Arbeitsverträge haben in den letzten Jahren nicht zuletzt durch die Drittmitteleinwerbung generell zugenommen und die Zukunftsaussichten der Beschäftigten in neoliberalen Arbeitsgesellschaften in vielen Berufsbereichen verunsichert. Die überwiegende Mehrheit der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist mit einer zunehmenden Konkurrenz um die sicheren Stellen konfrontiert, sodass sich die Belastungen und Reglementierungen für dieses wissenschaftliche Personal eher gesteigert als verringert haben (Rogge 2013). „Prekarisierung ist überall", nicht nur in der Universität, lautet eine Analyse von Bourdieu (1998). Flexibilisierung ist ein Kennzeichen der unternehmerischen Universität (Dörre/Neis 2008a und 2008 b), sodass es zu einer Verschiebung im Verhältnis von Sicherheit und Leistung gekommen ist (Aulenbacher et al. 2013).

[4] Aus einer anderen wissenschaftlichen Perspektive hat die Überforderung der Individuen in der neoliberalen Gesellschaft Alain Ehrenberg (2008) zufolge zum ‚erschöpften Selbst' und der Ausweitung von Depressionen und psychischen Krankheiten geführt.

			Kinderlos in %	1 Kind in %	2 Kinder in %	ab 3 Kinder in %
Mittelbau	unbefristet 16 % 2.464	Männer 1.740	48	19	23	10
		Frauen 724	64	17	16	3
	befristet 84 % 13.260	Männer 9.071	82	9	7	2
		Frauen 4.189	84	10	5	1
Professuren	unbefristet 99,8 % 3.307	Männer 2.863	24	16	39	22
		Frauen 444	58	19	19	4

Tabelle 1: Beschäftigungsdauer, Status und Geschlecht der Eltern und Kinderlosen an den Universitäten in NRW in 2006
Quelle: Landesamt für Besoldung und Versorgung des Landes NRW (LBV), eigene Berechnung 2009, Metz-Göckel et al. 2012: 283

Hochschule	Kinderlosigkeit wissenschaft. Mittelbau in %			Kinderlosigkeit Professorenschaft in %		
	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
Universitäten	**75** 13.945	**71** 26.322	**72** 40.267	**62** 1.048	**34** 3.271	**38** 4.319
Fachhochschulen	**53** 417	**47** 768	**49** 1.185	**54** 656	**33** 2.189	**36** 2.845

Tabelle 2: Status und Kinderlosigkeit an Universitäten und Fachhochschulen in 2006 (abs. und in %)
Quellen: Bezügestellen der Länder Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen, Berlin, eigene Berechnung 2010, Metz-Göckel et al. 2014: 111

3.2 Kein Platz für Kinder im tradierten wissenschaftlichen Lebenszusammenhang?

Eine unbedachte und unerwartete Nebenfolge der prekären Beschäftigung der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ihre hohe Kinderlosigkeit in einem Alter, in dem im Allgemeinen die generativen Entscheidungen getroffen werden. Neben Statuszugehörigkeit und Alter sind befristete Beschäftigung und Geschlechtszugehörigkeit wesentliche Einflussfaktoren für die Elternschaft bzw. Kinderlosigkeit.

Mit 72 % ist die Kinderlosigkeit des wissenschaftlichen Mittelbaus (über alle Altersgruppen hinweg) an Universitäten sehr viel höher als an den Fachhochschulen (49 %) und auch viel höher als bei der Referenzgruppe der akademisch Gebildeten in anderen Berufsfeldern.

Befristet beschäftigte männliche Wissenschaftler im universitären wissenschaftlichen Mittelbau in NRW sind zu drei Vierteln kinderlos, Frauen in dieser Position noch etwas häufiger.

Unbefristet beschäftigte Wissenschaftler haben dagegen mehrheitlich (52 %) Kinder und viel häufiger als die Wissenschaftlerinnen (36 %). Die Unbefristeten stellen aber nur eine Minderheit von 16 % dar.

Von den Professoren haben drei Viertel Kinder, jedoch weniger als die Hälfte der Professorinnen (42 %). Die Mehrheit der Professorinnen (58 %) war 2006 kinderlos.

Über alle Altersgruppen hinweg sind Professorinnen weit häufiger kinderlos als Professoren und Universitätsprofessorinnen und -professoren häufiger als ihre Pendants an den Fachhochschulen. Professoren und Professorinnen unterscheiden sich auch in der Anzahl ihrer Kinder. Erwartungsgemäß haben Professoren mehr Kinder als ihre Kolleginnen:

- Ein Kind haben 16 % der Professoren und 19 % der Professorinnen,

- zwei Kinder haben 39 % der Professoren und lediglich 19 % der Professorinnen,

- drei und mehr Kinder haben noch 22 % der Professoren, aber nur noch 4 % der Professorinnen (s. Tabelle 1).

In der Altersgruppe
- der 30- bis 42-Jährigen (n = 1.710) haben 60 % Kinder, (64 % der Professoren und 40 % der Professorinnen),

- von den 43- bis 53-Jährigen sind 67 % Eltern, (72 % der Professoren und 41 % der Professorinnen), und

- von den 54- bis 65-Jährigen haben 59 % Kinder, (63 % der Professoren und 30 % der Professorinnen).

Die Unterschiede zwischen den Universitäten und Fachhochschulen erklären sich aus der anderen Personal- und Beschäftigungsstruktur sowie den Rekrutierungskriterien des wissenschaftlichen Personals.

4. Karrierefaktor Kind – Eltern-Paare als Agenten eines sozialen Wandels

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler leben in vielfältigen sozialen Beziehungen als Paar, Eltern, Alleinerziehende, Singles u. a. m. Größtenteils haben Wissenschaftlerinnen auch einen beruflich engagierten Partner, etwa ein Drittel ist mit einem Wissenschaftler liiert. An den generativen Entscheidungen ist in der Regel ein hetero- oder gleichgeschlechtliches Paar beteiligt. Doppelberufstätige Partnerschaften begünstigen jedoch eher die Karriere des Mannes als die der Frau (Rusconi/Solga 2011). Dies bestätigt auch der Gender-Report (Kortendiek et al. 2016: 408): Befragte Assistenzärztinnen nehmen die Vereinbarkeit problematischer wahr als Assistenzärzte. Aber wenn sie bereits Kinder haben und eine Professur anstreben, sehen sie in ihren Kindern kein Hindernis (vgl. auch Metz-Göckel et al. 2014).

Zwar fühlt sich eine deutliche Mehrheit der befragten Ärztinnen von ihren Partnern unterstützt, aber diejenigen, die eine Professur für sich in Betracht ziehen, berichten von einem geringeren Ausmaß an Unterstützung als diejenigen ohne diese Orientierung (da der Partner nicht bereit ist mitzuziehen). Wenn sie aber bereits Kinder haben und eine Professur anstreben, äußern Ärztinnen häufiger den Wunsch, weitere Kinder zu haben.

Wissenschaftler sind inzwischen ebenfalls über ihre berufstätigen Partnerinnen und Partner in steigendem Maße mit Sorgeverpflichtungen und Vereinbarkeitsproblemen konfrontiert, auch wenn bei Vätern Einstellung und Verhalten auseinanderklaffen, weil sie ihre subjektiven Relevanzinteressen meist gegen ihr berufliches Umfeld durchsetzen müssen.

Die Folgerung ist hier, dass die ‚gefühlte Kinderfeindlichkeit' stärker ist, als diese von den Müttern (und Vätern) selbst erlebt wird. Dass sie sich auf ein Zusammenleben mit Kindern einlassen, können Mütter/Eltern auch als Bereicherung erleben. Damit setzen sie die Institution Universität unter Druck, auf die veränderten Lebenskonzepte und -wirklichkeiten ihres Personals zu reagieren. Wie die Berichte der Mitgliedsuniversitäten an die Deutsche Forschungsgemeinschaft zeigen, waren die Universitäten sehr einfallsreich darin, Einrichtungen zur Kinderbetreuung für alle möglichen Bedarfsfälle einzurichten, und sie präsentieren diese Innovationen mit Nachdruck und Interesse, was vor 30 Jahren noch unvorstellbar war.

Konträre Entwicklung der generativen Entscheidungen in der jungen Generation

In der zeitlichen Perspektive zeichnet sich (überraschenderweise) eine konträre Entwicklung in den generativen Entscheidungen zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ab, die insgesamt auf eine Konvergenz hinausläuft.

Die Frauen haben zwar seltener Kinder als Männer, in der zeitlichen Perspektive aber haben Wissenschaftlerinnen häufiger, die Wissenschaftler dagegen seltener Kinder als einige Jahre zuvor.

- Die Kinderlosigkeit der Professoren ist in 2006 gegenüber 1998 signifikant gestiegen (von 19 % auf 24 %), die der Professorinnen dagegen ist gesunken (von 63 % auf 58 %).

- Befristet beschäftigte Wissenschaftlerinnen waren 2006 seltener (84 %) kinderlos als in 1998 (88 %), bei den Wissenschaftlern blieb die Kinderlosigkeit unverändert (82 %).

In beiden Statusgruppen haben Frauen zwar seltener Kinder als Männer, in der jüngeren Generation aber viel häufiger als in der älteren Generation. Ich führe dies auf den subjektiven Eigensinn der Frauen zurück, die sich mehr und mehr auch als Subjekte artikulieren. Als eigensinnige Subjekte (Macha 2000, Nickel et al. 2008) konstituieren Wissenschaftlerinnen als Mütter und Wissenschaftler als involvierte Väter eine neue Normalität, indem sie veränderte Konstellationen von Partnerschaft und Elternschaft herstellen. Und dies dürfte auch die Vorstellung vom Wissenschaftler beeinflussen, der nicht (mehr) als unterstellte männliche Monade lebt.

Die Universitäten haben ihrerseits begonnen, auf diese Veränderungen mit Dual-Career-Services und Einrichtungen für die Kinderbetreuung einzugehen (Vedder 2004, Kunadt et al. 2014). Diese werden aber ihre Wirkung verfehlen, wenn nicht auch die prekären Beschäftigungsverhältnisse geändert werden.

5. Resümee

Als Wissenschaftlerinnen tragen Frauen zur Entstereotypisierung der Geschlechtervorstellungen im wissenschaftlichen Feld bei, indem sie zunehmend darauf bestehen, wissenschaftliche Arbeit auch im Zusammenleben mit Kindern zu ermöglichen.

Eine Differenzierung innerhalb der Geschlechtergruppe und eine Angleichung zwischen den Geschlechtern zeichnen sich wie folgt ab:

Männer gewinnen in akademischen Partnerschaften und als involvierte Väter durch eine erweiterte familiale Integration in sorgender und emotionaler Hinsicht, zugleich werden sie als alleinige Familienernährer entlastet.

Frauen gewinnen an Selbstwirksamkeit und Selbstkompetenz durch ihre wissenschaftliche Berufstätigkeit, allerdings um den Preis eines ständigen Zeitmangels und einer nach wie vor stärkeren Belastung.

Voraussetzung für eine ‚neue Normalität' ist allerdings ein verändertes Selbstverständnis als Mann und Vater und als berufstätige intellektuelle Mutter sowie eine entsprechende Fremdwahrnehmung und Verstetigung ihrer Beschäftigung.

Wissenschaftlerinnen sind keine Ausnahmen mehr und fordern eine Neugestaltung der wissenschaftlichen Arbeitsbedingungen und des Klinikalltags heraus. Die Vorstellung von der wissenschaftlichen Persönlichkeit repräsentiert nicht mehr der einzelne Mann, sondern auch eine Frau und ein Paar in vielfältigen sozialen Beziehungen und -verpflichtungen.

Die Universität ist im eigenen Interesse der Reproduktion ihres identifizierten Personals herausgefordert,

» für gute Arbeitsbedingungen zu sorgen – nicht nur für die Minderheit, die bereits Eltern sind,

» sondern auch für diejenigen, die es werden möchten, wenn die Beschäftigungsbedingungen stetiger und sicherer wären.

» Gute Arbeitsbedingungen werden immer mehr zum Entscheidungskriterium für den wissenschaftlichen Nachwuchs auch in der Hochschulmedizin.

» Ein Selbstläufer ist der Wandel aber nicht.

Literatur

Ahr, Nadine (2017): Der Musterflüchtling. In: Die Zeit, 16.02.2017, S. 15–17.

Anger, Hans (1960): Probleme der deutschen Universität. Bericht über eine Erhebung unter Professoren und Dozenten. Tübingen. Mohr Siebeck.

Aulenbacher, Brigitte/Binner, Kristina/Kubicek, Bettina (2013): Sicherheit durch Leistung … und die Frage der Geschlechtergleichheit. AssistenzprofessorInnen im Wandel der österreichischen Univer-

sitäten als GrenzmanagerInnen zwischen Wissenschaft und Familie. In: Binner, Kristina/Kubicek, Bettina/Roswandowicz, Anja/Weber, Lena (Hrsg.): Die unternehmerische Hochschule aus der Perspektive der Geschlechterforschung. Münster. Westfälisches Dampfboot, S. 171–191.

Beaufaÿs, Sandra (2015): Akademische Laufbahn und legitime Lebenspraxis. In: Beiträge zur Hochschulforschung, (37) 3, S. 40–58.

Binner, Kristina/Kubicek, Bettina/Roswandowicz, Anja/Weber, Lena (Hrsg.) (2013): Die unternehmerische Hochschule aus der Perspektive der Geschlechterforschung. Münster. Westfälisches Dampfboot.

Bourdieu, Pierre (1998): Prekarität ist überall. In: Ders. (Hrsg.): Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion. Konstanz. UVK-Verlagsgesellschaft, S. 96–102.

Clark, Burton, R. (1998): Creating entrepreneurial universities. Organizational pathways of transformation. Surrey, Emerald.

DFG 2008: Forschungsorientierte Gleichstellungsstandards. Bonn.

Dörre, Klaus/Neis, Matthias (2008a): Geduldige Prekarier? Unsicherheit als Wegbegleiter wissenschaftlicher Karrieren. In: Forschung und Lehre, (15) 10, S. 672–674.

Dörre, Klaus/Neis, Matthias (2008b): Forschendes Proletariat? Mögliche Beiträge der Prekarisierungsforschung zur Analyse atypischer Beschäftigungsverhältnisse in der Wissenschaft. In: Klecha, Stephan/Krumbein, Wolfgang (Hrsg.): Die Beschäftigungssituation vom wissenschaftlichen Nachwuchs. Wiesbaden. VS Verlag, S. 127–142.

Ehrenberg, Alain (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft der Gegenwart. Frankfurt/M. Suhrkamp.

Engels, Anita/Beaufaÿs, Sandra/Kegen, Nadine V./Zuber, Stephanie: Bestenauswahl und Ungleichheit. Eine soziologische Studie zu Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in der Exzellenzinitiative. Frankfurt/M. Campus.

Flaake, Karin (2014): Neue Mütter – neue Väter. Eine empirische Studie zu veränderten Geschlechterbeziehungen in Familien. Gießen. Psychosozial-Verlag.

Funken, Christiane/Hörlin, Sinje/Rogge, Jan Christoph (2013): Generation 35plus. Aufstieg oder Ausstieg? Hochqualifizierte und Führungskräfte in Wirtschaft und Wissenschaft. Berlin.

Giddens, Anthony (1995): Die Konsequenzen der Moderne. Frankfurt/M. Campus.

Kleemann, Frank/Matuschek, Ingo/Voss, Günter (2002): Zur Subjektivierung von Arbeit. Ein Überblick zum Stand der Diskussion. In: Moldaschl, Manfred/Voss, Günter (Hrsg.): Zur Subjektivierung von Arbeit. München. Hampp, S. 53–100.

Klenner, Christina (2005): Balance von Beruf und Familie – Ein Kriterium guter Arbeit. In: WSI Mitteilungen, (60) 4, S. 207–213.

Knorr-Cetina, Karin (2003): Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen. Frankfurt/M. Suhrkamp.

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/ Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Krais, Beate (2008): Wissenschaft als Lebensform: Die alltagspraktische Seite akademischer Karrieren. In: Haffner, Yvonne/Krais, Beate (Hrsg.): Arbeit als Lebensform? Beruflicher Erfolg, private Lebensführung und Chancengleichheit in akademischen Berufsfeldern. Frankfurt/M. Campus, S. 177–211.

Kunadt, Susann/Schelling, Anna/Brodesser, David/Samjeske, Kathrin (2014): Familienfreundlichkeit in der Praxis. Ergebnisse aus dem Projekt „Effektiv! – Für mehr Familienfreundlichkeit an deutschen Hochschulen. CEWS.publik. 18. Köln. GESIS.

Lind, Inken (2013): Wissenschaft als ‚greedy occupation'? In: Haller, Max (Hrsg.): Wissenschaft als Beruf. Bestandsaufnahme – Diagnosen – Empfehlungen. Wien. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, S. 95–110.

Lind, Inken (2010): Was verhindert Elternschaft? Zum Einfluss wissenschaftlicher Kontextfaktoren und individueller Perspektiven auf generative Entscheidungen des wissenschaftlichen Personals. In: Bauschke-Urban, Carola/Kamphans, Marion/Sagebiel, Felizitas (Hrsg.): Subversion und Intervention. Wissenschaft und Geschlechter(un)ordnung. Opladen. Barbara Budrich, S. 155–178.

Macha, Hildegard und Forschergruppe (2002): Erfolgreiche Frauen. Wie sie wurden, was sie sind. Frankfurt/M. Campus.

Menz, Simone/Wedel, Alexander/Rautenberg, Michael/Runge, Nicole/Köhler, Jan (2015): Studie zum Verhältnis von Wissenschaft, Fürsorge und Anerkennung. Wiedereinstieg von Frauen in Wissenschaftskarrieren – Forschungsbericht zum BMBF-Verbundvorhaben. Dresden.

Metz-Göckel, Sigrid (2016): Der perfekte Lebenslauf. Wissenschaftlerinnen auf dem Weg an die Spitze. In: Reuter, Julia/Berli, Oliver/Tischler, Manuela (Hrsg.): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Frankfurt/M. Campus, S. 101–130.

Metz-Göckel, Sigrid (2017): Zum Anspruch auf ein Stück gemeinsamen Lebens von WissenschaftlerInnen als Paar und Eltern. In: Menz, Simone/Wedel, Alexander/Köhler, Jan/Rautenberg, Michael/ Runge, Nicole (Hrsg.): KarriereSorgen. Wissenschaft zwischen Exzellenz und Fürsorge. Weinheim. Juventa, S. 28–51.

Metz-Göckel, Sigrid/Heusgen, Kirsten/Möller, Christina/Schürmann, Ramona/Selent, Petra (2014): Karrierefaktor Kind. Zur generativen Diskriminierung im Hochschulsystem. Opladen. Barbara Budrich.

Metz-Göckel, Sigrid/Schürmann, Ramona/Heusgen, Kirsten/Selent, Petra (2016): Faszination Wissenschaft und passagere Beschäftigung. Eine Untersuchung zum Drop-Out aus der Universität, Opladen. Barbara Budrich.

Müller, Ursula (1989): Warum gibt es keine emanzipatorische Utopie des Mutterseins? In: Schön, Bärbel (Hrsg.): Emanzipation und Mutterschaft. Erfahrungen und Untersuchungen über Lebensentwürfe und mütterliche Praxis. Weinheim. Juventa, S. 55–79.

Nickel, Hildegard/Hüning, Hasko/Frey, Michael (2008): Subjektivierung, Verunsicherung, Eigensinn. Auf der Suche nach Gestaltungspotentialen für eine neue Arbeits- und Geschlechterpolitik. Berlin. Edition Sigma.

Oechsle, Mechtild/Reimer, Thordis (2016): Väter zwischen Beruf und Familie. Handlungskrisen, Bewältigungsstrategien und gesellschaftliche Transformationsprozesse. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Suppl. 41, S. 213–237.

Rogge, Jan Christoph (2013): Wissenschaft als Karrierejob. In: Funken, Christiane/Hörlin, Sinje/Rogge, Jan-Christoph (Hrsg.): Generation 35plus. Aufstieg oder Ausstieg? Hochqualifizierte und Führungskräfte in Wirtschaft und Wissenschaft. Berlin, S. 30–52.

Saum-Aldenhoff, Thomas (2016): Voller Leidenschaft. In: Psychologie heute, (43) 9, S. 65–69.

Vedder, Günther (Hrsg.) (2004): Familiengerechte Hochschule. Analysen, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt/M. Campus.

Weber, Max (1919): Wissenschaft als Beruf. In: Ders: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Hrsg. von Johannes Winckelmann. Tübingen. Mohr Siebeck, 1985, S. 582–613.









Statement
Silke Koppenhöfer

Was brauchen wir konkret? Erfahrungen aus den Hochschulen in NRW

Seit 2005 werden an den Hochschulen und Unikliniken Familienservicebüros mit einem breiten Aufgabenportfolio rund um das Themenfeld Vereinbarkeit von Beruf/Wissenschaft/Studium und Familie eingerichtet. Auf Bundesebene sind viele von ihnen im BestPracticeClub Familie in der Hochschule (FidH) vernetzt. In NRW existieren 26 Familienservicebüros an den insgesamt 37 Hochschulstandorten (vgl. Kortendiek et al. 2016). Diese sind alle im HochschulNetzwerk-Familie NRW (HNF NRW) gemeinsam mit drei Familienservicebüros der Unikliniken Aachen, Essen und Münster vernetzt, um sich in der Entwicklung ihrer Maßnahmen und Angebote auszutauschen und Lösungen für die Herausforderungen in der Vereinbarkeit von Beruf/Wissenschaft/Studium und Familie zu entwickeln. Sie sind das Bindeglied zwischen den Bedarfen der Familien und den Strukturen und strategischen Entwicklungen der Hochschulen.

1. Arbeit der Familienservicebüros verstetigen, strukturell verankern und weiterentwickeln

Familienfreundlichkeit an den Hochschulen ist nicht nur ein wichtiger Standortfaktor bei der Entscheidung von studierenden Eltern und Beschäftigten für eine Hochschule. Vor allem ist die familienfreundliche Gestaltung einer Hochschule unabdingbar, um die auch politisch geforderte Chancengerechtigkeit und Diversität an den Hochschulen einlösen zu können. Das Aufgabenspektrum in den Familienservicebüros reicht von der Konzeption und Einrichtung von Betreuungseinrichtungen bis hin zur Thematik der Pflegeverantwortung. Die Anforderungen an die Familienservicebüros sind vielfältig.

Eine besondere Herausforderung stellen hierbei der oft noch vorhandene Projektcharakter der Familienservicebüros und die hohen Befristungszahlen der dort Beschäftigten dar. In einer im Frühjahr 2017 im Netzwerk HNF NRW durchgeführten Befragung stellte sich heraus, dass nur etwa 50 Prozent der Stellen in den Familienservicebüros entfristet sind und viele immer noch im Projektstatus arbeiten. Als Konsequenz kommt es zu hoher personeller Fluktuation, was der gerade im Aufbau und in der Vernetzung von Angeboten erforderlichen personellen Kontinuität entgegensteht.

Dies ist ein Bereich, in dem die Hochschulen klare Signale für ihre Familienfreundlichkeit durch Kontinuität setzen sollten. Mit etwa 50 Prozent entfristeten Stellen und fest installierten Familienservicebüros ist hier eine erfreuliche Tendenz sichtbar, dennoch: Seit Gründung des Netzwerks 2005 bleibt auch nach 12 Jahren weiterhin viel zu tun.

2. Kinderbetreuung weiter ausbauen und flexibilisieren

Kinderbetreuung ist an allen Standorten ein sehr wichtiges Thema. Immer noch gibt es bei Weitem kein bedarfsgerechtes Angebot für Kinder unter zwei Jahren. Nach spätestens einem Jahr Elternzeit wird der Wiedereinstieg von vielen Familien geplant und es sind immer noch in erster Linie Mütter, die in Elternzeit gehen. Politisch wird der Rechtsanspruch mit einem Jahr versprochen, real ist das Angebot aber oftmals nicht vorhanden bzw. nicht in dem für die Eltern erforderlichen zeitlichen Umfang. Die Hochschulen sind alle in der Schaffung von Angeboten aktiv, können mit ihren eigenen Ressourcen aber die existierenden Defizite in der kommunalen Versorgung nicht auffangen.

Ein ganz wesentliches Merkmal der Bedarfe an Hochschulen ist die Flexibilität, die sich aus den beruflichen Mobilitätserfordernissen etwa von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ergibt. Gerade für Familien, die neu an die Hochschulen und in die Kommunen hineinkommen, werden in der Regel zum Semesterbeginn, ab April oder Oktober, Plätze benötigt. Kommunale Einrichtungen und Träger von Kindertagesstätten nehmen Kinder vorrangig zum Start des

Kindergartenjahres am 1. August auf. Das heißt, die Familien kommen entweder zu früh oder zu spät mit ihren Betreuungsplatzwünschen, aber selten im richtigen Moment.

Viele Einrichtungen reagieren darauf nicht adäquat. Deshalb benötigen die Hochschulen eigene Betreuungseinrichtungen mit bedarfsgerechten Öffnungszeiten und einem höheren Personalstandard, um die Bedarfe dieser Familien abdecken zu können. Dies betrifft auch Gastwissenschaftlerinnen und Gastwissenschaftler, welche oft im laufenden Kindergartenjahr für z. B. einige Monate hinzukommen. Deren Kinder haben oftmals noch keine Deutschkenntnisse und das oft komplizierte Vergabesystem der Kita-Plätze ist für internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler schwer nachzuvollziehen.

Für diese Bedarfe sind flexible Angebote sehr wichtig. Einige Hochschulen haben zusätzliche flexible Notfall- und Randzeitenbetreuungsangebote oder sogenannte Di-Mi-Do-Angebote dreimal pro Woche geschaffen. Nicht nur die vorab beschriebenen Bedarfe werden darüber abgedeckt, sondern auch die Nachfrage von Studierenden, die z. B. mit ihren Kleinstkindern anteilig bereits Vorlesungen und Seminare besuchen oder Praktika absolvieren oder beim Ausfall der Regelbetreuung Alternativen suchen.

Alle diese zusätzlichen flexiblen Angebote müssen die Hochschulen aus ihren Budgets finanzieren. Das Kinderbildungsgesetz NRW bietet aktuell keinen Spielraum, solche Bedarfe einzubinden. Ebenso sind hierfür noch keine klaren Rahmenbedingungen seitens der Gesetzgebung geschaffen. Für die Hochschulen ist es notwendig, dass ihnen finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und der Projektcharakter, in denen diese Angebote aktuell häufig existieren, beendet wird. Es bedarf einer direkten Mittelzuweisung für Aufgaben im Kontext der Familiengerechtigkeit an Hochschulen. Auf diese Weise könnten nachhaltige Strukturen und Planungssicherheit geschaffen werden.

3. Kinderbetreuung auf Dienstreisen, Fortbildungen und Tagungen

In den Familienservicebüros treffen häufig Anfragen von Nachwuchswissenschaftlerinnen ein, die mit ihren Kindern z. B. zu Tagungen reisen möchten und finanzielle Unterstützungen suchen. Noch nicht an allen Hochschulstandorten ist es gängige Praxis, die Reisekosten notwendiger Begleitpersonen (z. B. bei stillenden Müttern) zu erstatten. Das Landesreisekostengesetz bietet dazu die entsprechenden Möglichkeiten. Es erscheint hilfreich, die Erstattungsmöglichkeiten und deren Regelungen in der Hochschule transparent zu kommunizieren, um den Familien den Zugang zu erleichtern und somit auch den weiteren wissenschaftlichen Karriereweg zu unterstützen.

4. Sich den Herausforderungen des demografischen Wandels stellen: Elder Care

Ähnlich ist die Situation im Bereich von pflegenden Angehörigen. Es gibt die gesetzliche Möglichkeit, aufgrund einer Pflegeverantwortung bis zu zehn Tage Arbeitsfreistellung zu beantragen. Hochschulen können als Arbeitgeberin die Möglichkeit prüfen, diese Arbeitsbefreiung aufgeteilt anzubieten. Die Pflegekassen prüfen gesondert, ob die Anspruchsvoraussetzung für den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen der kurzfristigen Arbeitszeitverhinderung gegeben ist. Manchmal reicht es den pflegenden Angehörigen aus, diese zehntägige Arbeitsverhinderung passend auf die Pflegeanforderungen verteilen zu können, und die finanzielle Ausgleichsleistung steht nicht im Vordergrund. An dieser Stelle könnten die Hochschulen bereits bestehende gesetzliche Spielräume weiter ausgestalten und anbieten und so auch die Vereinbarkeit mit Pflegeaufgaben unterstützen (z. B. zehn Tage flexible Freistellung bei nachgewiesener Pflegetätigkeit analog zu den Kinderkrankheitstagen).

5. Wiedereingliederungsprozesse fördern – Rolle der Führungskräfte darin stärken

Die Hochschulen brauchen zur Förderung der Familiengerechtigkeit Konzepte für die Einrichtung von Dauerstellen und familienfreundlichen Arbeitsbedingungen. Hierzu gehören auch flexible Arbeitszeitmodelle und die Förderung von Wiedereingliederungsprozessen. Letzteres setzt eine enge Begleitung während der Elternzeit und in der Wiedereingliederung voraus, damit weniger qualifizierte Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter während der Familiengründungsphase nicht verloren gehen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

in Veränderungs- und Entwicklungsprozesse eingebunden bleiben, sich willkommen fühlen und „ihr“ Platz erhalten bleibt. Dabei kommt auch den Führungskräften eine wichtige Rolle zu.

Die Entwicklung familiengerechter Führungsleitlinien kann den Kulturwandel an den Hochschulen stark stützen und dient den Führungskräften und Mitarbeitenden als Rahmen für ihr Handeln.

Bislang gibt es nur an wenigen Standorten Führungsleitlinien, wie Familienfreundlichkeit innerhalb der Hochschulen gefördert werden soll. Dabei könnte bereits bei Einstellungsprozessen und Berufungen den Menschen, die neu an die Hochschule kommen, das Förderkonzept präsentiert werden. Auf diese Weise würde ein Grundverständnis geschaffen, das sich querschnittsartig über alle Bereiche hinwegziehen kann. Vereinbarkeit und Familienfreundlichkeit müssen als Querschnittsthemen permanent eingebunden und zu einer Selbstverständlichkeit gemacht werden. Nur so wird Familienfreundlichkeit als Kulturwandel auf allen ‚Arbeitsebenen‘ der Hochschulen ankommen.

6. Kein Hochschulbau ohne Kinderräume

Ein weiterer wichtiger Punkt wurde bereits im Gender-Report 2016 (vgl. Kortendiek et al. 2016) angesprochen: „Kein Hochschulbau ohne Kinderräume“. Diese Maxime ist wichtig, da an jedem Hochschulstandort Flächen eine knappe Ressource sind.

Noch ist es allerdings eine Seltenheit, dass in den Baustandards der Hochschulen, die an die ausführenden Planerinnen und Planer sowie die Architektinnen und Architekten gehen, familienfreundliche Aspekte sowie Eltern-Kind-Bereiche gefordert und vorgesehen sind. Dabei könnten bereits in der Bauplanung von Beginn an entsprechende Flächen eingeplant werden. Noch gesicherter könnte dies umgesetzt werden, wenn familienfreundliche Bereiche und Standards auf Ministeriumsebene bei Neubauten verbindlich eingefordert würden. Dies wäre eine ganz konkrete Unterstützung für die Akteurinnen und Akteure, die sich an den Hochschulen für Familienfreundlichkeit einsetzen.

Literatur

Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/ Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/ Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.

Protokoll zu Werkstatt 3:

Care-Arbeit und (Wissenschafts-)Karrieren

Protokollantinnen: Dr. Heike Mauer (wiss. Mitarbeiterin, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW), Jeremia Herrmann (wiss. Hilfskraft, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW)

Vorbemerkung

Britt Dahmen bringt eine übergreifende Fragestellung in den Workshop ein: „Welche weiteren Schritte brauchen Hochschulen und Universitätskliniken für strukturelle Veränderungen und kulturellen Wandel im Zusammenhang mit Vereinbarkeit?“ Hierbei betont die Moderatorin, dass diese Frage über die Versorgung mit Kita-Plätzen hinausgeht und die Ideen in den Köpfen verändert werden müssen, um den Kulturwandel an den Hochschulen zu verstetigen.

Zentrale Themen

1. Räume für Kinder an Hochschulen
2. Leitbilder von Familie und Arbeit
3. Spezifische Probleme der Medizin

Zu 1: Räume für Kinder an Hochschulen

Die bereits im Impulsreferat von Silke Koppenhöfer eingebrachte Schwierigkeit Kita-Räume bei einem Hochschulneubau zu realisieren, werden von Seiten des Plenums bestärkt und erweitert. Insbesondere der Umgang mit dem Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW (BLB) gilt als problematisch, da in deren Vorlagen keine Kita-Räume vorgesehen sind. Kita-Neubauten können so in der Regel nur mit deutlichem Mehraufwand von Seiten der Hochschule ermöglicht werden, was schnell zu Unwillen in der Hochschulleitung führen kann. Ein Zugehen auf den BLB ist notwendig, um die Problematik zu erkennen und Lösungen zu finden. Die Teilnehmenden erachten es als unabdingbar, diese Situation nochmals ins Ministerium zu kommunizieren. Doch nicht nur die Räumlichkeiten für Kitas müssen eingeplant werden. Vielmehr wird es als wünschenswert angesehen, dass die Unsichtbarkeit von Kindern an Hochschulen abgebaut wird. Beispielsweise sind Spielplätze auf dem Campus, die Eltern und Kindern gegenüber eine Offenheit und Normalität suggerieren würden, weiterhin die Ausnahme.

Zu 2: Leitbilder von Familie und Arbeit

Als eine zentrale Thematik wurde der Umgang mit bestehenden Leitbildern von Familie und Arbeit diskutiert. Wie in beiden Impulsreferaten deutlich wurde, wandeln sich die Familienentwürfe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern; vermehrt treten Väter als Akteure auf. Zugleich lässt sich erkennen, dass spezifische Zuständigkeitsbereiche weiterhin bestehen bleiben und eine Form der Doppelbelastung für Frauen anhält. Diese Befunde wurden in der Diskussion aufgegriffen und betont, dass in beiden Bereichen (Hochschulkarriere und Familie) zusätzliche Anforderungen an Frauen gestellt würden: So berichteten auch die Teilnehmenden von ihren Erfahrungen, ihre beruflichen Ambitionen besonders betonen zu müssen, um ernst und wahrgenommen zu werden – und zugleich in der Familie als Hauptverantwortliche für das Wohl der Kinder auftreten zu müssen, um nicht als ‚Rabenmutter' zu gelten.

In der Diskussion wurde betont, dass diese Problematik nicht nur durch spezifische Vorstellungen von Familie bedingt ist, sondern auch stark durch ein neoliberales Leitbild von Arbeit geprägt sei. Aus letzterem resultiert eine doppelte Anforderungsstruktur, die gleichermaßen jederzeit reibungslos funktionierende Arbeitsprozesse und eine Reduktion von Arbeitskräften bzw. die Vermeidung von Leerläufen beinhaltet. Im Gegensatz dazu wurde im Plenum die Notwendigkeit formuliert, dass mehr Arbeitskraft vorhanden sein müsse, um plötzlich auftretende Lücken (durch Urlaub oder Krankheit) ausgleichen zu können. Ebenso erforderlich sei auch, eine Arbeitskultur zu entwickeln, die von den Arbeitnehmenden nicht jederzeit eine perfekte Einsatz- und Funktionsfähigkeit verlange.

Wie sehr diese Leitbilder bereits allseits internalisiert sind, zeigte sich, als Silke Koppenhöfer die Frage in den Raum stellte, ob Hochschulen eine Kinderbetreuung an Wochenenden und Feiertagen anbieten sollten, um die Teilnahme von Medizinerinnen an Weiterbildungen und Tagungen zu ermöglichen. So würde zwar den Frauen die Entwicklung ihrer wissenschaftlichen Karriere erleichtert, zugleich würde jedoch der Entgrenzung von Arbeitszeiten Vorschub geleistet, indem Arbeitsprozesse in die Freizeit verlegt und die Zuständigkeit von Müttern für die Kinderbetreuung festgeschrieben werden.

Zu 3: Spezifische Probleme der Medizin

Neben diesen die gesamten Hochschulen betreffenden Diskussionsbeiträgen wurden auch immer wieder Bezüge zu spezifischen Problemen innerhalb der Hochschulmedizin hergestellt und aufgegriffen. So wurde die Vereinbarkeit von Teilzeitarbeit mit einer qualitativ hochwertigen Patientinnen- und Patientenversorgung hinterfragt, da das vollständige Wissen über eine Patientin/einen Patienten nur zu erhalten wäre, insofern man möglichst viele Stunden im Krankenhaus verbringe. Dieser Zustand wurde in der Diskussion als ein organisationales Problem identifiziert, da beispielsweise durch eine elektronische Hinterlegung der Daten auch für Teilzeitkräfte der Zugang zu den entsprechenden Informationen geschaffen werden könnte. Zudem könnte auch die Fokussierung von Patientinnen und Patienten auf einzelne Ärztinnen und Ärzte aufgebrochen und so eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten ermöglicht werden.

Zudem wurde eine mangelhafte bis nicht vorhandene Nachwuchsförderung in der Hochschulmedizin angesprochen, die sich insbesondere dadurch auszeichne, nicht systematisch zu erfolgen. Besonders problematisch sei dabei die im zeitlichen Ablauf enge Verknüpfung von fachärztlicher Weiterbildung und Habilitation, die ohne eine entsprechende Förderung nicht parallel durchführbar erscheinen. Dahingehend wird vorgeschlagen, mithilfe eines spezifischen Förderprogramms nur für Habilitationen von Fachärztinnen einen „künstlichen Markt" zu schaffen, um deren Karrierewege zu ermöglichen.

Zentrale Arbeitsergebnisse und Handlungsempfehlungen:

- Grundlegend ist eine Auseinandersetzung und Veränderung der normativen Leitbilder im Zusammenhang von Familie und Arbeit erforderlich. Dies betrifft sowohl ein auf Mütterlichkeit fixiertes heteronormatives Familienideal als auch ein neoliberales Hochleistungsideal eines allzeit einsatzbereiten (männlichen) Forschers ohne persönliche Bindungen und familiäre Verpflichtungen.
- Es müssen gute Arbeitsbedingungen an den Universitätskliniken und Hochschulen geschaffen werden, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Die Entfristung von Arbeitsverträgen ist hierbei ein wichtiges – jedoch nicht das alleinige – Instrument.
- Die Möglichkeiten zum Forschen und Weiterbilden im Rahmen der Arbeitszeit müssen gewährleistet werden.
- Eine strukturelle Stärkung der Familienservicebüros ist notwendig, auch um auf gesetzliche Spielräume (z. B. Arbeitszeitverhinderung im Kontext von Elder Care oder Reisekostenübernahme für Kinder) hinweisen zu können.
- Um die Kontinuität ihrer Arbeit zu gewährleisten, ist die Einrichtung von Dauerstellen und die Verstetigung von Projekten in den Familienservicebüros unerlässlich.
- Die Sichtbarkeit von Kindern und Familien an Hochschulen soll gestärkt und dabei Kinderräume fest in Baukonzepte integriert werden.
- Ein Kulturwandel kann nur vonstattengehen, wenn die Führungskräfte als Verantwortungsträgerinnen und -träger adressiert und mobilisiert werden.



Moderation:
Prof. Dr. Katrin Marcus

Werkstatt 4

Fachkultur Medizin – Spielregeln kennen und verändern

Die Dreifachaufgabe aus wissenschaftlicher Qualifizierung, fachärztlicher Ausbildung sowie Patientinnen- und Patientenversorgung macht die Medizin zu einer Disziplin mit spezifischen fachkulturellen Bedingungen und eigenen Selektionsmechanismen, insbesondere in Bezug auf eine medizinisch-klinische Forschungslaufbahn bis zur Professur. Die hierarchisch und traditionell männlich geprägte Fachkultur mit ihren informellen Regeln entfaltet nicht zuletzt auch eine geschlechtsspezifische Wirkung. Wie können diese ‚Spielregeln' offengelegt und verändert werden?



Statement

Prof. Dr. med. Ulrike Schara

Karriere – Klinik – Wissenschaft: Spielregeln sind wichtig!

1. Mein/der Weg in die Hochschulmedizin

Heute werde ich Ihnen einige persönliche Eindrücke von meinen Erfahrungen als dezentrale Gleichstellungsbeauftragte an einer Medizinischen Fakultät schildern. Hierbei begegnet mir immer wieder die Frage, wie die eigenen Erfahrungen in Beziehung zu dem Wissen über benachteiligende Strukturen gesetzt werden können. Denn erstmal hört sich die eigene Berufsbiografie toll an: Ich bin Mutter, bin zu Hause zuständig, leite eine Abteilung, habe viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bin Vorgesetzte. Dann ist das Kind mal krank, die Wintermonate sind stressig oder Mitarbeitende fallen schwangerschaftsbedingt aus. Ich höre dann immer zwei Herzen in meiner Brust schlagen: Auf der einen Seite freut es mich zu sehen, dass es junge Familien in der Hochschulmedizin gibt, auf der anderen Seite sehe ich das organisatorische Chaos kommen.

Als ich 1991 mit meiner Facharztausbildung begann, war Gleichstellung kein dominantes Thema. Gestört hat mich, dass ich nicht sofort am Krankenhaus eine Stelle bekam, sondern die 18 Monate in einer Praxis ableisten musste. Das fand ich trotzdem besser, als ein ganz anderes Fach zu wählen. Es war schon immer mein Wunsch, Medizin zu studieren und mich in Kinderheilkunde zu spezialisieren – und dies habe ich auch durchgesetzt. Erstmals sensibilisiert für die Gleichstellungsproblematik haben mich Freunde und Kollegen meines Vaters, die ihm gegenüber offen ihr Unverständnis über mein Studium äußerten. „Was machst du denn da?" fragten sie. „Du setzt so viel Geld in den Sand und lässt deine Töchter studieren." Ich habe dies einerseits mitbekommen, andererseits aber auch ignoriert, indem ich trotzdem mein Studium aufgenommen und meine Facharztausbildung gemacht habe. In der Retrospektive habe ich einige kritische Situationen erlebt, in denen ich diese Unterschiede, die zwischen Männern und Frauen gemacht wurden, und die damit verbundenen differenzierten Erwartungshaltungen nicht als Ungleichbehandlung von Frauen reflektiert habe.

2. Wissen um die eigenen Stärken und Ziele

Was ich in der Retrospektive in diesen Situationen als hilfreich empfunden habe, sind positive Gedankenstrukturen und das *Wissen um die eigenen Stärken.* Wichtig ist eine gewisse Resilienz gegenüber dem Diskurs über die Geschlechterdifferenz, um die eigene Handlungsfähigkeit zu bewahren. Vieles lässt sich möglich machen, manchmal sind hierzu Umwege notwendig. Auch meine eigene Karriere war nicht immer gradlinig. Lange Zeit war dieser Wechsel aus einem städtischen Haus in eine Leitungsposition einer Universitätsklinik gar nicht denkbar. Ich musste immer wieder meine eigenen wissenschaftlichen Schwerpunkte und Interessen deutlich machen.

Diese Erfahrungen gebe ich auch an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiter: Wenn die Oberärztinnen und Oberärzte vor der Habilitation oder die jüngeren Medizinerinnen und Mediziner vor der Wahl ihres Fachgebietes stehen, benötigen sie ein besonderes Forschungsinteresse. Ansonsten fühlen sie sich auch in der Klinik nicht akzeptiert, denn dort ist man immer eine oder einer unter vielen. Deshalb ist es für alle – für Frauen und Männer – wichtig, sich über die *eigenen Ziele* Klarheit zu verschaffen. Hierbei geht es nicht um eine einmalig zu treffende Entscheidung, sondern um einen längeren Prozess. Es gibt immer wieder Phasen in der Karriereentwicklung, in denen ein Veränderungswunsch entsteht und die derzeitige (Arbeits- und Lebens-)Situation nicht mehr tragbar erscheint. Dann ist es wichtig, sich selbst den nächsten Schritt zu überlegen, den man gehen möchte. Das ist nicht immer einfach. Unter Umständen ist es hilfreich, mit Bekannten zu diskutieren oder sich coachen zu lassen. Aber irgendwann muss man den Schritt machen und die eigenen Vorstellungen mit dem oder der Vorgesetzten besprechen.

3. Karriereentscheidungen treffen und kommunizieren

Wie wichtig hierbei die eigene innere Klarheit über die eigenen Ziele bzw. die nächsten Schritte ist, weiß ich zum einen aus meiner persönlichen Erfahrung, aber auch aus vielen Gesprächen mit Frauen und Männern im Rahmen meiner Gleichstellungs- und Gremienarbeit. Erst eine solche *innere Klarheit* ermöglicht es, die eigenen Ziele einem Gegenüber zu kommunizieren. Es geht dabei nicht darum, alles minutiös bis zum Ende zu planen. Aber es gab mehrere Situationen auf meinem Weg, wo ich meiner Klinik meine Vorstellungen und Ideen für die Zukunft kommunizieren konnte und sagte, ich möchte dieses und jenes haben, um ein Projekt umzusetzen und etwas zu bewegen. Ich könnte weggehen, dies an anderer Stelle bekommen und umsetzen, aber das möchte ich gar nicht, denn hier fühle ich mich wohl. Zweimal ist mir das passiert, dass man mir unterschwellig signalisiert hat, dass ich das nicht bekommen werde. Ich habe mich entschlossen zu gehen, und war dann auch nicht mehr bereit, Bleibeverhandlungen zu führen. Das war dann irritabel für die Gegenüber, die Kommission, die infolgedessen auch ungehalten waren. Am Ende habe ich ihnen signalisiert, das ähnelt dem Spiel von Berufungsverhandlungen, wo man auch sagt: „Ich kann dann den Ruf abwehren, aber erstmal muss ich einen woanders haben."

4. Berufsziele mit der/dem Vorgesetzten besprechen

Für viele Kolleginnen und Kollegen ist es eine Hürde, Berufsziele mit der oder dem Vorgesetzten zu besprechen. Immer wieder berichten Kolleginnen von ihrer Unsicherheit, wie sie das Gespräch beginnen, ihre spezifischen Themen einbringen und den Gesprächsverlauf gut gestalten sollen. Ähnliche Rückmeldungen kommen aus dem studentischen Hilfskräfte-Programm für Habilitandinnen mit Kind(ern), das aus der Gleichstellungsgruppe heraus entwickelt wurde. Auch dort wird es teilweise von den Habilitandinnen als eine Hürde wahrgenommen, dass sie für ihren Antrag ein Statement und einen Unterstützungsbrief des Vorgesetzten vorlegen müssen. Die Postdocs müssen sich trauen, auf ihre Vorgesetzten zuzugehen und ihnen gegenüber klar zu formulieren, wie ihr Forschungsprojekt aussehen soll. Es sind nicht immer nur die bösen Vorgesetzten oder ‚die bösen Männer', die einen hemmen. Wenn man klare Ideen hat, die man ja auch mit Vertrauten vorformulieren kann, muss man sich überwinden, diese Ideen gegenüber den Vorgesetzten anzubringen. Oftmals stellt sich dies letztlich als hilfreich heraus, denn auch für die Vorgesetzten bringt dies Sicherheit.

5. Perspektivenwechsel und Selbstreflexion

Ich selbst versuche auch immer, die andere Seite durch die Arbeit in den Gremien zu sehen. In der Fakultät haben wir einmal im Monat Fakultätssitzung und wir haben einen Berichtspunkt ‚Gleichstellung' im Programm, da können wir unsere Themen anbringen. Auch wir überlegen, wie wir unsere Belange unserem Gegenüber kommunizieren – und auch wir müssen uns trauen, unbequeme Themen anzusprechen. Letztlich haben mir diese Erfahrungen aber immer geholfen, meine beruflichen Ziele und Wünsche klar zu formulieren. Im Rückblick hätte ich manche Stellen vielleicht eher wechseln sollen. Es gab eine Schlüsselstelle, da bin ich neun Jahre gewesen. Diese Station hätte ich, das sage ich heute, drei Jahre früher verlassen können. Es ist also kontinuierlich Selbstreflexion erforderlich. Zugleich will ich die jungen Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich ermutigen, ihre Vorstellungen zu äußern. Im Vergleich zu früher sind die Bedingungen hierfür heute besser. Damals waren die Kinderheilkundestellen extrem begrenzt. Heute bemerken wir hingegen bei unseren Ausschreibungen, dass sich viele eine Stelle aussuchen können.

6. Vereinbarkeit ermöglichen und Verschiedenheit berücksichtigen

Rückt die Familienplanung näher, ist es auch hier hilfreich, das Thema Vereinbarkeit mit Vorgesetzten zu besprechen. Dies hat mir damals gefehlt – eine Leitungsperson, die auch ein Kind hat, die Vereinbarkeit vorlebt und die auch vermittelt: Familie und Karriere sind machbar. Ich musste hingegen einen offiziellen Termin mit meinen Vorgesetzten vereinbaren und eröffnen, dass wir Nachwuchs bekommen. Er war da ganz nett mir gegenüber, aber an anderer Stelle ist das anders kommuniziert worden und das fand ich schlimm, das wollte ich so nicht haben. Dennoch kann ich immer nur jeden dazu auffordern: Besprechen Sie Ihre Vorstellungen. Ich habe aktuell eine sehr kompetente Kollegin, die demnächst Elternzeit nehmen wird. Sie hat ganz klar gesagt: „Ich möchte ein Jahr Elternzeit, aber ich möchte weiter wissenschaftlich arbeiten. Wie können wir das hinkriegen?" Diese Herangehensweise finde ich sehr gut. So können wir überlegen, ob sie z. B. versicherungstechnisch einen Vertrag für ein paar Stunden benötigt und wie dies möglich gemacht werden kann. Auch die Themenfindung kann abgesprochen werden. Ich habe ihr gesagt: „Überlegen Sie sich etwas, überlegen Sie sich das zu Hause. Überlegen Sie sich, wie das gehen kann, stecken Sie sich Ziele, die realistisch sind, übernehmen Sie sich nicht. Das ist ein Langstreckenrennen, sonst sind Sie nach zwei Monaten erschöpft, verlieren Ihre Lust und machen nicht weiter."

Dabei ist es wichtig zu bedenken, dass Elternschaft (Mutter- und Vaterschaft) ganz individuell und verschieden erlebt wird. Letztes Jahr haben zwei Kolleginnen gleichzeitig ihre Kinder eingeschult und dies ganz unterschiedlich gehandhabt. Es gibt Mütter, die sogar einen ‚Rabenmutter-Beschuss' aushalten, während andere das nicht können. Ungerecht ist der Vorwurf natürlich so oder so. Aber im alltäglichen Leben machen solche individuellen Reaktionen, Verarbeitungsweisen, aber auch die persönlichen Ressourcen einen großen Unterschied: Das eine Kind kann in die Nachmittagsbetreuung, einer anderen Familie steht diese Möglichkeit nicht offen. Dann ist es notwendig, realistisch zu diskutieren, welche Optionen bestehen.

Manche Frauen haben bereits klar, dass sie Vollzeit arbeiten wollen, während ihr Kind in die Betreuung geht. Andere hingegen erwarten, dass sie ihre Stelle an der Universitätsklinik verlassen müssen, wenn sie ihren Schwerpunkt wählen, weil sie denken, dass eine Teilzeitbeschäftigung als Oberärztin nicht möglich ist. Dann muss ich kommunizieren: „Wir setzen uns dafür ein, dass dies möglich ist." Ein offenes Miteinander zu schaffen, das ist mir wichtig, weil es mir selbst gefehlt hat und ich das im Rückblick vermisst habe. Denn auf diese Weise wird Frauen das schlechte Gewissen teilweise genommen – eine Entwicklung, von der letztlich alle profitieren.

7. Netzwerke schaffen und eigensinnig bleiben

Vor allem durch das Mentoring-Programm und die Gleichstellungsarbeit in der Fakultät wird die Bedeutung von Netzwerken deutlich. So ist es uns gelungen, im Dekanat und im Vorstand tatsächliche Akzeptanz für Gleichstellungsarbeit zu schaffen. Formal legen mittlerweile alle Institutionen Wert auf Gleichstellung. Umso besser ist es, dass wir tatsächliche Unterstützung erfahren und u. a. das Stellenprogramm aufgelegt

haben, mit dem Habilitandinnen mit Kind(ern) eine studentische Hilfskraft beantragen können. Hierfür haben wir finanzielle Unterstützung erhalten. Das war positiv, dies wird auch durch das Dekanat so gesehen. Hier zeigt sich, dass Gleichstellung tatsächlich gelebt werden kann, wenn wir die Diskussion darüber anstoßen. Zugleich muss ich jedoch auch deutlich sagen, dass auch in Bezug auf die Gleichstellung das Prinzip „Gleiches Recht für alle“ gelten muss. Kinder sind nicht prinzipiell ein Argument, um in allen Ferien immer frei zu haben oder um die Arbeitszeit einer Halbtagsstelle konsequent auf den Vormittag zu begrenzen. Dies sind Forderungen, die wir so nicht vertreten können, sonst führt dies auf die Dauer zu Unfrieden.

Selbstverständlich ist Elternschaft mit Anstrengungen verbunden – vor allem für Frauen. Ich selbst bin mit dem Säugling für Hintergrunddienste immer umgezogen, weil ich zu weit weg gewohnt habe. Wenn ich Wochenenddienst hatte, musste ich in der Nähe bleiben und das Kind mitnehmen. Entweder es klingelte nachts das Telefon, weil etwas in der Klinik war oder das Kind schrie. Dies war anstrengend, denn die Belastung ging über einen Acht-Stunden-Tag weit hinaus. Ich hatte auch keine zehn Stunden Schlaf und habe zusätzlich noch wissenschaftlich gearbeitet. Aber ich glaube, dass es geht. Noch besser würde es gehen, wenn wir die Probleme mit der Kinderbetreuung lösen oder zumindest verbessern könnten. Notwendig sind auch bessere Arbeitszeitmodelle. Es muss nicht immer alles von acht bis vier stattfinden, es sind auch andere Varianten denkbar.

Dabei ist es mir wichtig, zu betonen, dass vieles möglich ist und die bereits angesprochenen ‚bösen Herren‘ nicht immer alles blockieren. Hier spreche ich aus eigener Erfahrung. Um zu habilitieren, hatte ich beispielsweise in der Klinik eine Vier-Tage-Woche bei einer fünftägigen Bezahlung. Ich habe die Zeit genutzt, um viel zu publizieren. Dies hat mein Chef jedoch zum Teil gar nicht mitbekommen, da ich einen anderen Professor als Mentor an der Klinik hatte und wir dies oftmals nur mündlich gemeldet hatten. Als mein Chef mich auf meine Publikationen angesprochen hat, habe ich ihm schließlich auf zwei DIN-A4-Seiten eine Liste vorgelegt. Daraufhin war er beeindruckt, was mich gefreut hat. Nachdem er die Liste den anderen Oberärzten gezeigt hatte, bestellte er mich erneut ein und verlangte, dass ich von nun ab wieder fünf Tage die Woche präsent sein müsse. Die anderen Oberärzte sagten, dass ich nur wegen des Extra-Tages für die Forschung so viel publizieren konnte. Dies habe ich jedoch abgelehnt und von da an meine Stelle um 20 Prozent reduziert, um einen Tag zu Hause bleiben zu können. Mit der entsprechenden Rückendeckung funktioniert so ein Arrangement – auch wenn ich heute denke, dass meine Entscheidung in dieser Situation sehr mutig war. Letztlich durfte ich auf der Stelle trotzdem nicht habilitieren, weil der männliche Kollege noch nicht so weit war. Daraufhin habe ich mich entschieden, die Stelle zu wechseln, und die Klinik verlassen.

Letztlich war dies für meine Karriere ein Umweg, denn ich habe die Hochschulmedizin zunächst verlassen und eine städtische Einrichtung geleitet. Mit Kind war dies zunächst ruhiger und ich habe überlegt, mich gar nicht mehr zu habilitieren. Das war jedoch auch ein wenig Selbstbetrug. Schließlich kam ein Kollege auf mich zu und ich bin in die Hochschulmedizin zurückgekehrt, habe meine Habilitation abgeschlossen und konnte relativ zügig auf eine neu eingerichtete Professur berufen werden. Diese Entwicklung habe ich als sehr positiv empfunden, sie hat mich sehr motiviert und mir nochmal Schwung gegeben.

Abschließend möchte ich betonen, dass Medizinerinnen nicht denken sollten, dass sie sich zwischen Familie oder Karriere entscheiden müssen. Ansonsten wird man von diesem Dilemma immer wieder eingeholt. Dies vermittle ich auch in meinen Beratungen. Es geht mir hierbei nicht um diejenigen, die keinen Kinderwunsch haben. Wenn aber jemand sagt, ich möchte gerne Oberärztin oder Oberarzt werden und habe Kinder, dann müssen hierfür Lösungen und Wege gefunden werden, wenn diese Person fachlich für die Position geeignet ist. Dies ist auch unsere Überzeugung und unsere Arbeitsgrundlage, weil leitende Positionen mit Frauen besetzt sind, die auch Kinder haben. Wir haben viel mehr Oberärztinnen – die Männer sind mit einem Anteil von einem Drittel deutlich in der Minderheit. Hierbei unterstützen wir uns gegenseitig. Ich schicke auch meine Oberärztin zum Laternenbasteln. Genauso müssen die Personen, die eine alte Schwiegermutter pflegen,

auch einen Freiraum bekommen. Das ist immer anstrengend in der Organisation, weil wir die Person ersetzen müssen in der Zeit, aber es ist machbar. Diese wertschätzende Kultur schafft auch Motivation.

8. „Ja, es ist machbar" – Selbstzweifel überwinden

Wichtig ist es ebenso, sich über die eigenen Erfolge zu freuen und die eigenen Ängste und Selbstzweifel zu überwinden. Im Mentoring wird immer nach der beruflichen Situation in 10 Jahren gefragt und wo man sich dann sieht. Die Männer sagen: „Dann bin ich Chefarzt oder Ordinarius." Die Frauen äußern sich hingegen zweifelnd: „Ob ich das mit der Habilitation schaffen kann?" In den Beratungssituationen sage ich dann: „Ja, es ist machbar." Dazu braucht es natürlich bestimmte Voraussetzungen und vor allem Menschen, die einen mitziehen und führen. Mit unserer Gleichstellungsarbeit unterstützen wir diese Prozesse, damit am Ende nicht die Selbstzweifel oder die Ängste überwiegen. Dies schließt übrigens Selbstreflexion und -kritik nicht aus. Es gibt Leute, die stellen sich vor, in Vollzeit mit drei Kindern alles alleine zu machen und sich dabei zu habilitieren. Dies ist aber nicht realistisch und das muss man auch sagen. Stattdessen sollte man lieber einen Schritt zurückgehen und das eigene Netzwerk ergänzen – auch mit Hausangestellten. Wir hatten auch eine Zeitlang eine Angestellte, das war nötig und das war teuer, aber es hat seinen Sinn gehabt.

Wie gesagt: Wir alle sollten uns nicht wahlweise auf die Karriere oder die Elternschaft reduzieren und festlegen lassen. Mit einem klaren Ziel vor Augen, mit Selbstreflektion und einer klaren Kommunikation der eigenen Ziele kommen auch die Erfolge, über die wir uns dann freuen können – und sollten.





Statement

Dr. Anja Vervoorts

(Beitrag verfasst zusammen mit Christine Kreißl und Selma Gündogdu)[1]

Karriere in der Hochschulmedizin – gibt es messbare Hürden für Frauen?

Wir untersuchen am Beispiel einer Medizinischen Fakultät und des dazugehörigen Universitätsklinikums Personaldatensätze der verschiedenen Stufen der akademischen und ärztlichen Karriere auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem Merkmal „Geschlecht" und den Modalitäten der abgeschlossenen Arbeitsverträge, wie z. B. Wochenarbeitszeit, Vertragslaufzeit und Glasdecken-Index. Oftmals stellen spezifische Rahmenbedingungen, wie z. B. prekäre Beschäftigungsverhältnisse, ein signifikantes Karrierehindernis dar. Wir wollten prüfen, ob Frauen häufiger als ihre männlichen Kollegen betroffen sind. In einem zweiten Schritt analysieren wir die entsprechenden Daten der Inanspruchnahme von Elternzeit. Unsere Frage lautet: Kann das Geschlecht ein Karrierehindernis sein?

1. Datenerhebung und Methodik

Die Daten wurden im Rahmen des Gender-Monitorings der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät erhoben und von der Personalabteilung zur Verfügung gestellt. Für die Analyse wurden folgende Daten im Zeitraum von 2012 bis 2015 erhoben:[2]

	Analyse der Arbeitsverträge	Vereinbarkeit Familie und Karriere
	2012 – 2015	2013 – 2015
Vertragsart (Neueinstellung/Verlängerung)	+	
Geschlecht (m/w)	+	+
Akademischer Titel		+
Vertragslaufzeit in Monaten	+	
Wöchentliche Arbeitszeit in %	+	+
Tarifliche Eingruppierung	+	+
Alter	+	+
Mutterschutz (j/n)		+
Elternzeit ohne Beschäftigung (j/n)		+
Dauer der Elternzeit in Tagen		+

Tabelle 1: Übersicht über die erhobenen Daten

1.1 Glasdecken-Index (GDI)

Der Glasdecken-Index (GDI, oder glass-ceiling index, GCI) lässt einen direkten Vergleich zwischen den Aufstiegschancen von Männern und Frauen im Hinblick auf das Kaskadenmodell zu. Die Berechnung des GDI ist ein einfaches Mittel, um das Chancenverhältnis von Männern und Frauen, in Führungspositionen zu gelangen, und das Vorhandensein bzw. die Dicke einer gläsernen Decke einzuschätzen. Der GDI beschreibt das Verhältnis von Männern und Frauen in Führungs-

[1] Christine Kreißl ist Psychologin (B.Sc.) und dreifache Mutter. 2016 stellte sie ihre Bachelorarbeit mit dem Titel: „Einfluss von unerwarteten auditiven Distraktoren auf die serielle Reproduktionsleistung und das Arbeitsgedächtnis" fertig. Im Oktober wird sie ihr Studium fortsetzen, um den Mastertitel zu erlangen. Selma Gündogdu M. A. ist Projektkoordinatorin im Gleichstellungsbüro der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.

[2] Die in diesem Beitrag dargestellten Daten wurden bereits veröffentlicht:

- Vervoorts, Anja/Kreißl, Christine/Kalus, Anna/Henrich, Birgit (2013): HervorraGENDER fördern: Frauenförderung in der Medizin. In: Busolt, Ulrike/Weber, Sabrina/Wiegel, Constantin/Kronsbein, Wiebke (Hrsg.): Karriereverläufe in Forschung und Entwicklung. Bedingungen und Perspektiven im Spannungsfeld von Organisation und Individuum. Berlin. Logos, S. 287–306.
- Vervoorts, Anja/Kalus, Anna/Kreißl, Christine (2015): Karriere in der Hochschulmedizin – gibt es messbare Hürden für Frauen im akademischen Mittelbau? In: Klemisch, Michaela/Spitzley, Anne/Wilke, Jürgen (Hrsg.): Gender- und Diversity-Management in der Forschung. Stuttgart. Fraunhofer Verlag, S. 92–103.
- Vervoorts, Anja/Kreißl, Christine/Gündogdu, Selma (2016): Precarious Working Conditions: What you do not see in a Gender Equality Plan or Report. GenderTime International Conference, 2016, Paris, F, (accepted).

positionen auf der Basis der Gesamtzahl der Angestellten im Förderpool. Im Förderpool befinden sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aufgrund ihrer akademischen Laufbahn das Potenzial haben, in die mittlere Führungsebene aufzusteigen.

GDI = (Fpool * (Mm+Fm)) / ((Mpool+Fpool) * Fm)

F	=	Anzahl der Frauen
M	=	Anzahl der Männer
m	=	Anzahl Führungskräfte in der mittleren Führungsebene (Ä3, TV-L E 14, TV-L E 15)
pool	=	Anzahl möglicher Aufstiegskandidatinnen und -kandidaten (alle akademischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ä1–Ä3 bzw. promovierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nach TV-L 12–15 vergütet werden), d. h. Förderpool, aus dem die mittlere Führungsebene rekrutiert werden kann

Abbildung 1: Berechnungsweise des Glasdecken-Index (GDI)

Als mittlere Führungsebene wurden für die wissenschaftlichen Angestellten die Tarifgruppen TV-L E 14 und TV-L E 15 definiert. Für den Förderpool wurden hier jeweils nur die promovierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herangezogen. Für die Ärztinnen und Ärzte wird die Position mit Bezahlung als Oberärztin bzw. Oberarzt (Tarif Ä3) als mittlere Führungsebene definiert, da dies die erste Karrierestufe darstellt, in die man nicht durch fachliche Qualifikation, wie z. B. das Erlangen eines Facharztes, aufsteigt.

Ist der GDI = 1, dann sind Frauen und Männer in der jeweiligen Führungsebene gleichermaßen repräsentiert und hatten in der Vergangenheit die gleichen Aufstiegschancen. Ist der Wert kleiner als 1, dann haben Frauen die besseren Chancen auf eine Führungsposition. Ist der Wert größer als 1, haben Männer die besseren Chancen. Je höher der Wert, umso dicker ist die gläserne Decke für Frauen.

1.2 Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

Um herauszufinden, ob das Geschlecht Einfluss auf die Modalitäten des Arbeitsvertrags ausübt, wurde eine Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) mit der Testgröße Wilks' Lambda und den Faktoren Geschlecht und Vertragsart ausgeführt. Abhängige Variablen waren Vertragslaufzeit und Wochenarbeitszeit. Wir analysierten 2.774 Arbeitsverträge aus den Jahren 2012–2015. Aufgrund der explorativen Fragestellung wurde auf eine Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus verzichtet. Wir teilten die Verträge basierend auf der Variablen „Vertragslaufzeit" in zwei Gruppen [A: befristete Verträge mit einer Vertragsdauer < 70 Monate; B: unbefristete Verträge mit einer Vertragsdauer >70 Monate]. Die Stichprobe der ersten MANOVA für Gruppe A umfasste 2.650 Personen, von denen 1.530 Frauen und 1.120 Männer waren. Für die MANOVA der Gruppe B umfasste die Stichprobe 124 Personen, von denen 47 Frauen und 77 Männer waren.

1.3 Genderanalyse zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere

Wir haben für alle wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Fakultät erhoben, ob und wie die wöchentliche Arbeitszeit und die Dauer der Elternzeit vom Faktor Geschlecht beeinflusst ist. Die Analyse der Dauer der Elternzeit erfolgte mit ALSTAN auf der Basis von Excel. Für die Analyse der Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben wir 265 Datensätze über Elternzeit in Bezug auf Geschlecht, Alter, Dauer der Elternzeit und akademischen Status von 178 Personen gesammelt. Für die

Vertragsart	Frauen	Männer	Total
befristet A	1.530	1.120	2.650
	58 %	42 %	
unbefristet B	47	77	124
	38 %	62 %	

Tabelle 2: Datengrundlage für MANOVA

akademische und klinische Karriere haben wir verschiedene Gruppen definiert: Postgraduierte, Postdocs sowie habilitierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte sind in Assistenzärztinnen bzw. Assistenzärzte (Ä1), Fachärztinnen bzw. Fachärzte (Ä2) und Oberärztinnen bzw. Oberärzte (Ä3) unterteilt. Für einen Vergleich zwischen Männern und Frauen betrachteten wir nur die Elternzeiten (EZ) ohne Beschäftigungs- und Mutterschutzzeiten.

2. Ergebnisse

2.1 Glasdecken-Index und Anteil der Frauen in der mittleren Führungsebene

Seit 2013 ist das Geschlechterverhältnis auf der Ebene des Facharztes bzw. der Fachärztin ausgeglichen. Auf der Ebene der Oberärztinnen und Oberärzte (Vergütungsstufe Ä3) lag der Frauenanteil 2015 nur bei 27 %. Der Anteil der Frauen bei den Höhergruppierungen in die Stufe Ä3 lag bei nur 25 %, sodass hier kein Aufwärtstrend erkennbar wird. Der Frauenanteil in der Vergütungsgruppe TV-L E 14 lag bei gut 40 % und in der Vergütungsgruppe E 15 bei nur 15 %; das zeigt, dass auch im akademischen Mittelbau nur wenige Frauen in Führungspositionen zu finden sind (Abb. 2). So befinden sich nur 12,7 % (102 von 803) der Frauen in der mittleren Führungsebene (TV-L E 14, E 15, Ä3), während der Anteil bei den männlichen Beschäftigten bei 33,9 % (257 von 759) liegt.

Berechnet man auf der Basis dieser Daten die Glasdecken-Indices, so zeigt sich, dass die Aufstiegschancen der Frauen deutlich schlechter sind als die der Männer. Besonders schwer ist es für Frauen, die Eingruppierung in die Tarifgruppe TV-L E 15 zu erreichen (Tab. 3).

GDI TV-L E 14	**1,57**
GDI TV-L E 15	**3,94**
GDI Ä3 – Oberärztin	**1,73**

Tabelle 3: Glasdecken-Indices für den Aufstieg in die mittlere Führungsebene für weibliche wissenschaftliche Angestellte und Ärztinnen

Der Frauenanteil bei den Habilitationen liegt im langjährigen Mittel bei 24 %, ein Aufwärtstrend ist nicht zu erkennen.

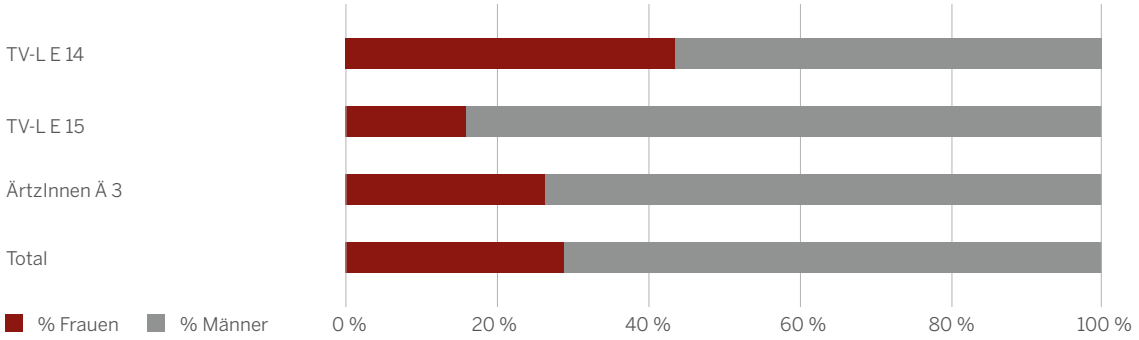


Abbildung 2: Prozentuale Anteile von Männern und Frauen in der mittleren Führungsebene (Ärztinnen und Ärzte und wissenschaftliche Angestellte)

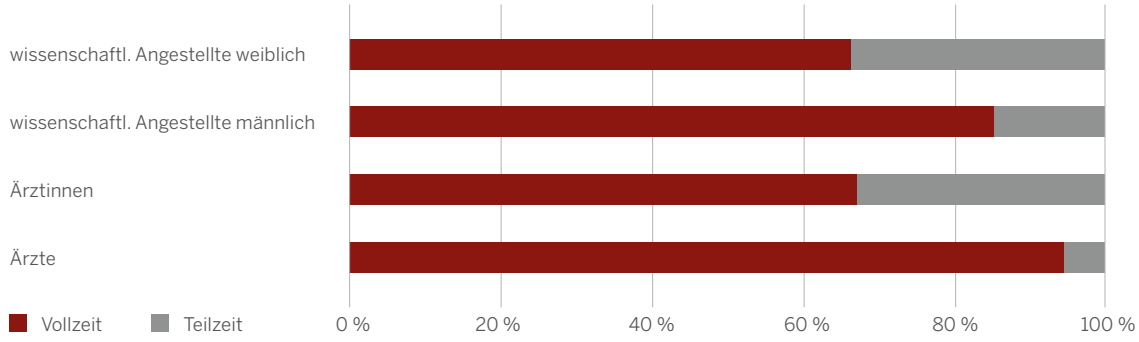


Abbildung 3: Prozentualer Anteil von Männern und Frauen, die in Teilzeit arbeiten

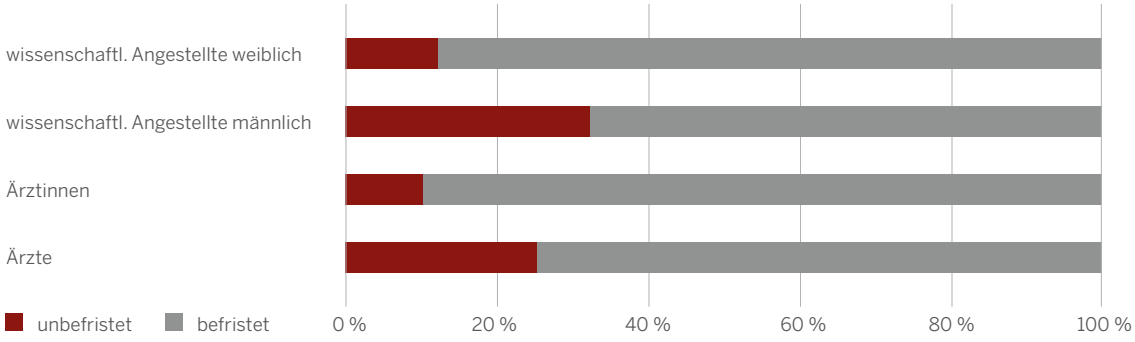


Abbildung 4: Prozentualer Anteil von Männern und Frauen in befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen

GDI Promotion	1,05
GDI Habilitation	2,36

Tabelle 4: Glasdecken-Indices für Medizinerinnen mit Promotion und Habilitation. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden für die Habilitationen die Gesamtwerte der Jahre 2012–2014 für die Berechnung herangezogen.

2.2 Der Zusammenhang von Geschlecht und Arbeitsvertrag

Bei den promovierten wissenschaftlichen Angestellten (TV-L) und Ärztinnen bzw. Ärzten arbeiten weniger Männer in Teilzeit.

Des Weiteren befinden sich weniger Männer in befristeten Arbeitsverhältnissen (Abb. 4).

Berechnet man die Glasdecken-Indices für das Erreichen eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses für die promovierten Angestellten, so haben auch hier die Frauen schlechtere Chancen, ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu bekommen. Hier stehen die Chancen für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Krankenversorgung besonders schlecht (Tab. 5).

GDI Entfristung für promovierte Ärztinnen	1,52
GDI Entfristung für promovierte wiss. Angestellte (w)	1,74

Tabelle 5: Glasdecken-Indices für promovierte Ärztinnen und wissenschaftliche Angestellte (w), um in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis an der Medizinischen Fakultät übernommen zu werden

Für die Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) wurde zwischen befristeten und unbefristeten Verträgen unterschieden und diese beiden Vertragsgruppen jeweils separat ausgewertet. Die MANOVA für befristete Verträge zeigt, dass ein Haupteffekt der Faktoren Geschlecht ($F(2/2645) = 12.647$; $p < .001$, $\eta 2 = .009$) und Vertragstyp ($F(2/2645) = 74.195$; $p < .001$, $\eta 2 = .053$) sowie eine Interaktion ($F(2/2645) = 3.184$; $p = .042$, $\eta 2 = .002$) existieren. Das Geschlecht hat keine Auswirkung auf die Vertragslaufzeit, aber auf die wöchentliche Arbeitszeit. Der Vertragstyp hat im Gegensatz zu früheren Erkenntnissen (Vervoorts 2013) einen Haupteffekt auf die Variable wöchentliche Arbeitszeit ($F(1/2645) = 25.207$, $p < .001$, $\eta 2 = .009$) und nicht mehr auf die Variable Vertragsdauer ($F(1/2645) = 1{,}627$, $p = 0{,}202$, $\eta 2 = 0{,}001$). Männer haben längere Wochenarbeitszeiten ($M = .838$, $SD = .008$) als Frauen ($M = .787$, $SD = .007$). Während der frühen akademischen und klinischen Karriere sind Männer und Frauen gleichberechtigt, wenn es um die Vertragsdauer befristeter Verträge geht. Aber Männer erhalten Verträge mit längeren Wochenarbeitszeiten als Frauen (Männer: 84 %, Frauen: 78 % WAZ).

Die MANOVA für unbefristete Arbeitsverträge zeigt ein abweichendes Resultat. Es fand sich nur ein Haupteffekt des Faktors Geschlecht ($F(2/119) = 8.132$; $p < .001$, $\eta 2 = .012$), *Vertragsart und Alter haben bei unbefristeten Verträgen keinen Einfluss auf Vertragslaufzeit und Wochenarbeitszeit* ($F(2/119) = 1.697$; $p = .188$). Der Haupteffekt Geschlecht wirkt sich auf die Variable Wochenarbeitszeit aus sowie auf die Variable Alter. Im Allgemeinen haben Männer längere Wochenarbeitszeiten ($M = .973$, $SD = .021$) als Frauen ($M = 888$, $SD = 0{,}026$) und sind zu Beginn ihrer unbefristeten Beschäftigung älter (Männer: $M = 42.565$, $SD = 0{,}651$; Frauen: $M = 39{,}708$, $SD = 0{,}789$).

Dies bedeutet, dass es für Männer doppelt so wahrscheinlich ist, einen unbefristeten Arbeitsvertrag zu bekommen, als für Frauen. Dies führt zu einer besseren Planbarkeit der Karriere- und Familiengestaltung für Männer. Die Zahlen

	Merkmal	Geschlecht	Vertragsart	Interaktion
befristet	VLZ	*p = .202*	**P < .001**	
	WAZ	**P < .001**	**P = .009**	
	total	**P < .001**	**P < .001**	P = .042
unbefristet	Alter	**P = .006**		
	WAZ	**P = .013**		
	total	**P < .001**	*P = .188*	P = .006

Tabelle 6: Ergebnisse der MANOVA mit den Faktoren Geschlecht und Vertragsart und den abhängigen Variablen Vertragslaufzeit (VLZ) und Wochenarbeitszeit (WAZ); p: α-Fehlerwahrscheinlichkeit, fett: signifikanter Effekt, kursiv: nicht signifikant

zeigen, dass der „Karriereknick" bei den Medizinerinnen und den weiblichen wissenschaftlichen Angestellten an einer Medizinischen Fakultät nach der Facharztreife auf dem Weg zur Oberärztin und nach der Promotion auf dem Weg zur mittleren Führungsebene und zur Habilitation manifest wird. Dort sinkt der Anteil der Frauen sprunghaft. Ebenso sind die Chancen auf ein entfristetes Arbeitsverhältnis geringer als für Männer. Für diese Stufen der akademischen und der ärztlichen Karriere (Oberärztinnen-/Oberärztestellen; Habilitation) besteht besonderer Handlungsbedarf. Bei der Gestaltung der Arbeitsverträge zeigt sich, dass Frauen sowohl bei befristeten als auch bei unbefristeten Arbeitsverträgen kürzere Wochenarbeitszeiten erhalten oder wählen.

Das Durchschnittsalter bei Abschluss der Habilitation lag seit dem Jahr 2000 bei 40 Jahren, die Höhergruppierung zur Oberärztin bzw. zum Oberarzt erfolgte im Schnitt mit 37 Jahren. Es gibt keine signifikanten Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen. Daraus kann geschlossen werden, dass eine Benachteiligung durch befristete Arbeitsverträge auf dem Weg zur Oberärztin bzw. zum Oberarzt und zur Habilitation Männer und Frauen gleichermaßen trifft.

2.3 Genderanalyse zur Elternzeit und akademischen Karriere

Im Zeitraum von 2013 bis 2015 haben Frauen 178 Mal und Männer 47 Mal Elternzeit (EZ) in Anspruch genommen. Im Durchschnitt haben Frauen 170 Tage und Männer 47 Tage EZ genommen (mittleres Alter für beide Geschlechter 35,5 Jahre). EZ wird am häufigsten im Alter zwischen 31 und 35 (m/w) genommen.

Wissenschaftler nehmen im Vergleich zu Wissenschaftlerinnen seltener und für kürzere Zeiträume Elternzeit. Die Dauer der EZ erhöht sich mit dem Alter bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die keine Promotion haben, und denjenigen, die habilitiert sind, aber noch keine Professur

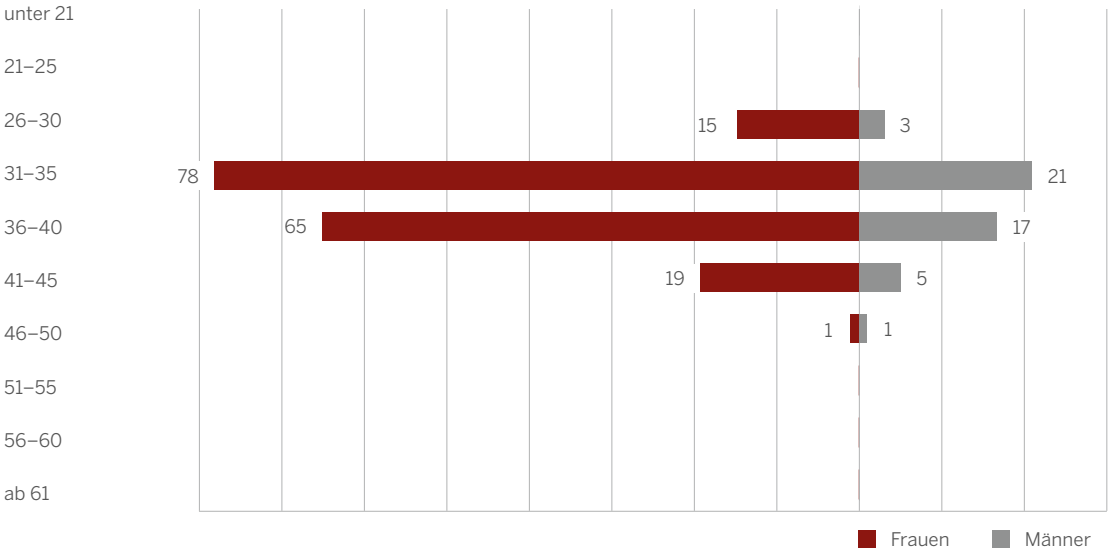
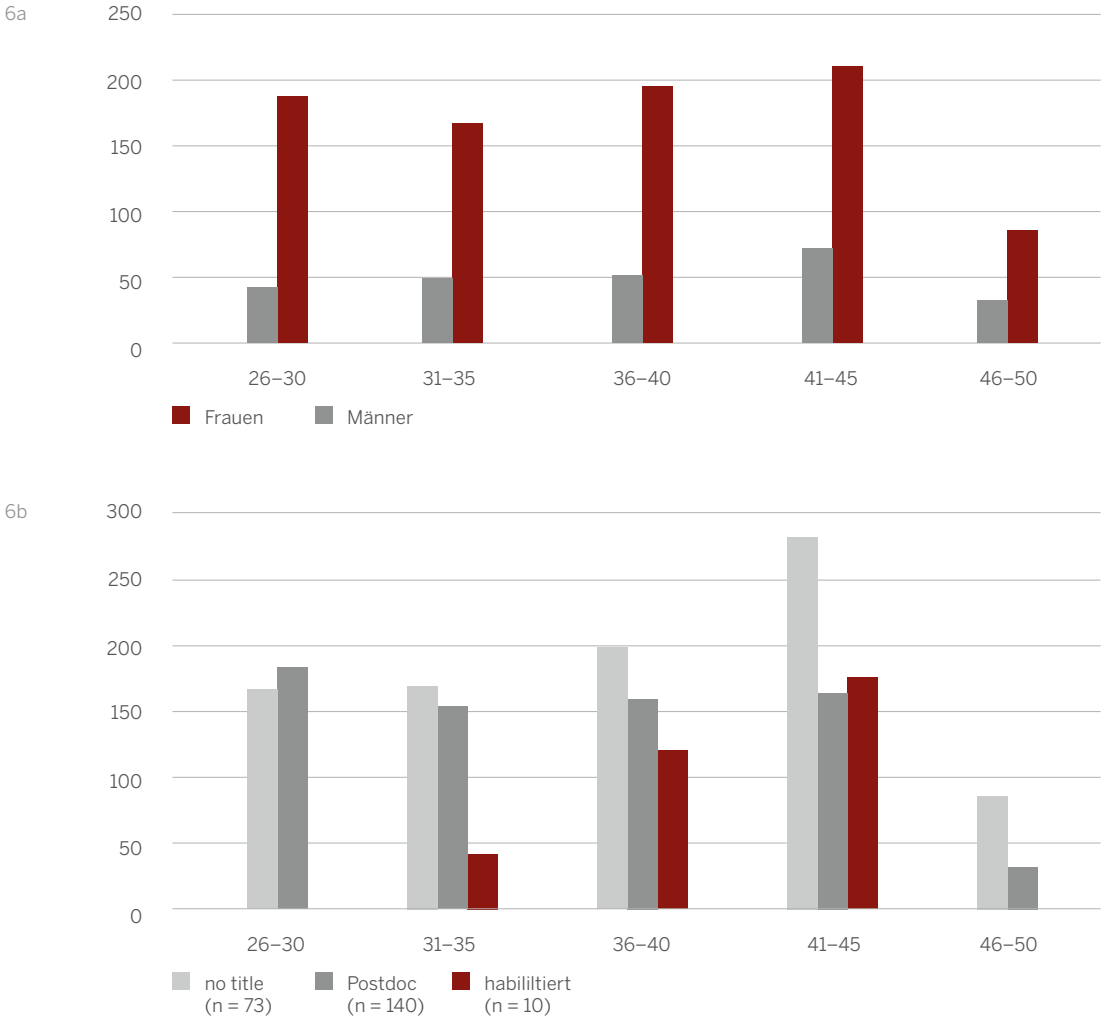


Abbildung 5: Anzahl der Angestellten in Elternzeit nach Altersgruppe und Geschlecht



Abbildungen 6a und b: Durchschnittliche Dauer der Elternzeit (Tage) in Abhängigkeit zu Alter (m/w) (a) und akademischem Status (m und w gesamt) (b)

innehaben. Während die letztgenannte Gruppe im Alter zwischen 31 und 35 Jahren (< 50 Tage) eine deutlich kürzere Elternzeit nimmt, dauert diese im Alter zwischen 41 und 50 Jahren durchschnittlich 175 Tage. Es gibt kaum einen Unterschied zwischen befristeten und festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder dem Stadium der klinischen Laufbahn in Bezug auf die Dauer der EZ. Demnach hat das Geschlecht von allen analysierten Faktoren den größten Einfluss auf die Inanspruchnahme und die Dauer der Elternzeit.

3. Diskussion der Ergebnisse

Die statistische Auswertung zeigt, dass die Bedingungen für eine Wissenschaftskarriere von Frauen an den Universitäten in Deutschland drastisch verbessert werden müssen, damit Frauen in Bezug auf den akademischen Karriereweg wirklich emanzipiert sind. Dabei stellt der Hochschulzugang in Deutschland für Frauen kein Karrierehindernis dar (Statistisches Bundesamt 2012). Auch der Abschluss des Studiums und die Promotion sind im Fach der Humanmedizin keine großen Hürden für Frauen. Problematisch wird erst der weitere Aufstieg. Hier zeigt sich anhand der ausgewerteten Daten ein Defizit an Frauen bei der Erreichung der nächsten Karrierestufen im akademischen Werdegang. Speziell für die Karriere im akademischen Mittelbau (Oberarztposition bzw. TV–L E 14 und 15) sind verbindliche Kriterien für die Leistungsbewertung sowie eine standardisierte und gendergerechte Personalauswahl und -beförderung erforderlich (Peus 2014, Welpe 2014). Dies soll zum einen zu einer größtmöglichen Transparenz führen, zum anderen dem Grundsatz der Bestenauslese gerecht werden.

Eine strukturelle Benachteiligung von Frauen verbirgt sich hinter den im Geschlechtervergleich kürzeren Wochenarbeitszeiten. Aus den vorliegenden Daten kann der Grund für die unterschiedlichen Wochenarbeitszeiten nicht abgelesen werden. Hierbei führt die geringere wöchentliche Arbeitszeit von Frauen zu einem insgesamt reduzierten Einkommen. Zwar ist dieses anteilige Einkommen bei der Inanspruchnahme von kürzeren Arbeitszeiten für Frauen und Männer grundsätzlich gleich. Jedoch führt die große Anzahl von Frauen mit reduzierter Wochenarbeitszeit dazu, dass sich der finanzielle Nachteil fast ausschließlich auf Frauen niederschlägt.

Bundesweit werden Akademikerinnen im Durchschnitt erstmals mit 31 Jahren Mutter (Statistisches Bundesamt 2012). Die Habilitationsdauer für erfolgreich abgeschlossene Habilitationen im Fach Humanmedizin betrug in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 1999 durchschnittlich 8,1 Jahre (Wissenschaftsrat 2002). Nimmt man diese Daten zusammen, fällt rein rechnerisch die achtjährige Habilitationsphase mit der Zeit der Familiengründung und den ersten Jahren der Kindererziehung zusammen. Am Ende dieser Phase stehen jedoch die Oberarztposition, die erfolgreiche Habilitation sowie eine mögliche Entfristung. Dort sind die größten Hürden für Frauen in der akademischen und ärztlichen Karriere, hier sinkt der Frauenanteil drastisch.

Die Daten zeigen, dass Akademikerinnen in erster Linie auf Kosten ihrer Karriere die Verantwortung für die Familienplanung und die Sorgearbeit tragen. Diese Tatsache wird durch unsere Erkenntnisse unterstützt: Wissenschaftlerinnen haben kürzere wöchentliche Arbeitszeiten, werden häufiger mit befristeten Verträgen eingesetzt und nehmen eine längere Elternzeit. Die ungleichmäßige Verteilung der EZ zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit familiären Pflichten hat das Potenzial, Akademikerinnen aus der Erwerbstätigkeit auszuschließen und damit ihren beruflichen Aufstieg zu verhindern.

Literatur

Statistisches Bundesamt (2012): Zeitpunkt der Familiengründung. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/AlterGeburtBildung.html?nn=50738 [Abgerufen am 20.04.2017].

Peus, Claudia/Hentschel, Tanja/Braun, Susanne (2014): Erfolgsfaktor Personalauswahl: Talente für die Wissenschaft gewinnen. In: Hille, Nicola/Langer, Beate (Hrsg.): Geschlechtergerechte Personalentwicklung an Hochschulen. Maßnahmen und Herausforderungen. Baden-Baden. Nomos, S. 173–195.

Statistisches Bundesamt (2012): Bildung in Deutschland 2012, Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungDeutschland5210001129004.pdf?__blob=publicationFile [Abgerufen am 20.04.2017].

Welpe, Isabelle M./Brosi, Prisca/Schwarzmüller, Tanja (2014): Wenn Gleiches unterschiedlich beurteilt wird. Die Wirkung unbewusster Vorurteile. In: OrganisationsEntwicklung, (23) 4, S. 32–35.

Wissenschaftsrat (2002): Eckdaten und Kennzahlen zur Lage. Bonn.

Protokoll zu Werkstatt 4:

Fachkultur Medizin – Spielregeln kennen und verändern

Protokollantinnen: Jennifer Niegel (wiss. Mitarbeiterin, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW), Laura Nagelschmidt (wiss. Hilfskraft, Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW)

Vorbemerkung

Durch die Inputs von Anja Vervoorts und Ulrike Schara wurde veranschaulicht, wie die tatsächliche Situation von Ärztinnen in der Hochschulmedizin quantitativ auf den verschiedenen Karrierestationen aussieht. Zugleich wurde auch aus einer narrativen Perspektive beleuchtet, mit welchen Benachteiligungen und Hürden Frauen auf ihrem Karriereweg konfrontiert werden.

Zentrale Themen

1. Handlungsbedarfe auf individueller Ebene
2. Handlungsbedarfe auf institutioneller Ebene

Zu 1: Handlungsbedarfe auf individueller Ebene

In der Diskussion des Publikums und der Referentinnen ging es hauptsächlich darum, was Frauen tun können, um für entsprechende Führungspositionen berücksichtigt zu werden. Welche Bedarfe entstehen dadurch? Aus Sicht von erfahrenen Medizinerinnen und Praktikerinnen ist es für die jungen Ärztinnen wichtig, selbst zu reflektieren: „Was will ich karrieretechnisch erreichen?“ Hat man lösungsorientierte Vorgesetzte, kann ein konstruktiver Dialog darüber erfolgen, welche Karrierepläne angestrebt werden und wie man diese in der Organisation verwirklichen kann. Dieses Vorgehen setzt nicht nur eine aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Karrierezielen voraus, sondern auch kommunikative Kompetenz und Selbstvertrauen, ebendiese in einem Gespräch mit der oder dem Vorgesetzten zielführend einzubringen. Dabei ist auffällig, dass gerade die Ärztinnen in leitender Funktion berichten, dass sie ihre Kolleginnen stark motivieren und bestärken müssten, um sie beispielsweise für eine Habilitation zu gewinnen. Dabei erleben sie, dass Männer teilweise anders agieren und sich zum Beispiel viel mehr zutrauen würden. Dies zeigt sich unter anderem in der klaren Formulierung von Karrierezielen und Positionen, die sie zukünftig besetzen wollen. Das Gespräch über die eigene berufliche Zukunft kann nicht nur für junge Ärztinnen und Ärzte ertragreich sein, auch Vorgesetzte profitieren von einem offenen Austausch und erhalten auf diese Weise mehr Planungs- und Handlungssicherheit in Bezug auf ihr Personal. Des Weiteren kann den Frauen geraten werden, Coachings und Mentoring-Programme zu nutzen, die zentral für die eigene Karriere und den beruflichen Werdegang sein können und die die eigene Vernetzung erhöhen. Hierzu scheint es im Vorfeld notwendig, die jungen Ärztinnen auf die entsprechenden Angebote hinzuweisen und ihnen nahezulegen, dass sie sich an diese Stellen wenden können, um beraten und unterstützt zu werden. Das Gefühl, als Frau für Kinder und Familie im besonderen Maße verantwortlich zu sein, scheint auch heute noch keine Seltenheit zu sein und schränkt Vorstellungs- und Handlungsspielräume der Frauen durchaus ein. Dieses Gefühl der Verantwortlichkeit bzw. der Zuständigkeit ist das Ergebnis von Sozialisationsprozessen, die sicher nicht nur auf individueller Ebene bearbeitet werden können. Für einzelne Akteurinnen scheint also der Verweis auf vorhandene Unterstützungs- und Beratungsangebote wichtig zu sein, um die verschiedenen Anforderungen einordnen und koordinieren zu können.

Zu 2: Handlungsbedarfe auf institutioneller Ebene

Um Ärztinnen in ihren Karrierebestrebungen zu unterstützen und ihnen den Zugang zu Führungspositionen zu ermöglichen, müssen diese nicht nur die entsprechenden Berufsziele haben und gewillt sein, diese zielgerecht zu verfolgen. Es ist ebenso notwendig, vorherrschende Strukturen in Frage zu stellen, damit die Institutionen Karrierewege unterstützen und nicht verstellen. Hierzu gab es im Publikum unterschiedliche Sichtweisen.

Zunächst wurde erörtert, dass es an Role Models fehle, also Vorbilder, die zeigen, dass es alternative Wege gibt und diese auch von Frauen beschritten werden. Diese Frauen könnten konkret zeigen, dass man eine Führungsposition in der Medizin

auch mit Familie managen kann. Voraussetzung dafür ist, dass alle Beteiligten (privat und beruflich) sich lösungsorientiert mit den Umständen auseinandersetzen, um so die bestmögliche und praktikabelste Lösung zu finden. Zudem scheint es sinnvoll, Strukturen zu schaffen, in denen solche Role Models auch als Mentorinnen agieren und ihre Erfahrungen mit anderen teilen können. Allgemein wurde zum Thema Coaching und Mentoring noch zu bedenken gegeben, dass die Teilnahme der Vorgesetzten an einem Programm voraussetzungsreich ist, da sie eine bewusste Reflexion der eigenen Situation erfordert und gezielt auf die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche sowie die offene Kommunikation vorbereitet. Der Forderung nach einer größeren Verbreitung und einem stabileren Informationssystem, welches über solche Angebote informiert, wurde allerdings entgegengesetzt, dass sich auf der Basis kompakterer und übersichtlicherer Strukturen nachhaltigere Ergebnisse erzielen lassen. Zudem wurde argumentiert, dass ein bestimmtes Alter sowie ein bestimmter Berufsstand sich positiv auf die Teilnahme an einem Coaching oder Mentoring-Programm auswirken, sodass „Niedrigschwelligkeit" als Kriterium nicht ohne Weiteres gelten sollte. Auch alternative Arbeitszeitmodelle für verschiedene Lebensvorstellungen wurden diskutiert. Hier müssten Vorgesetzte gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten an einem Strang ziehen und offen kommunizieren, was sie sich bezüglich ihres Arbeitsumfangs und ihrer weiteren Karrieremöglichkeiten vorstellen. Frau Schara ist als Vorgesetzte und auch als Gleichstellungsbeauftragte der Fakultät bestrebt, das so mit ihren Mitarbeitenden umzusetzen und damit eine Kultur zu schaffen, in der beides, wissenschaftliche Karriere- und Vereinbarkeitsziele, möglich ist. Dies funktioniert nur, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewillt sind, auch einmal flexibel Dienste zu übernehmen. Aus dem Publikum gab eine Ärztin zu bedenken, dass diese offene Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Ärztinnen zwar wünschenswert wäre, leider aber nicht bei jedem Vorgesetzten zu den gewünschten Ergebnissen führe, wie sie aus eigener Erfahrung zu berichten wisse. Offene Kommunikation als Teil einer Organisationskultur bleibt somit ein wichtiger Punkt, hat jedoch auch seine Grenzen. Stößt man auf eben diese, so votierte das Plenum dafür, immer eine weitere Instanz hinzuzuziehen, um trotzdem eine Lösung zu finden.

Zentrale Arbeitsergebnisse und Handlungsempfehlungen:

- Es sollte Coaching für Führungskräfte mit Themen wie Gleichstellung, Sensibilisierung, Kommunikation oder Karriereplanung angeboten werden.
- Coaching sollte als fester Bestandteil in den Prozess der Neuanstellung integriert werden, sodass Verbindlichkeiten geschaffen werden, damit Strukturen sich langfristig ändern, nicht nur einzelne Akteure und Akteurinnen.
- Ebenso könnte Coaching zum Bestandteil der Ziel- und Leistungsvereinbarungen werden, um die Verbindlichkeit zu erhöhen.
- Zugleich ist es wichtig, dass Coaching- und Mentoring-Programme breit gefächert sind und einem Evaluationssystem unterliegen.
- Ärztinnen sollten durch Vorgesetzte gezielt ermutigt und unterstützt werden, eine Karriere in der Medizin zu verfolgen.
- Es müssen neue Arbeitszeitmodelle für verschiedene Lebenslagen und Karrierewünsche entwickelt und umgesetzt werden.
- Es ist wichtig, die Gleichstellungsarbeit in den Kliniken zu strukturieren, um Ärztinnen gezielt unterstützen zu können.



Schlusswort aus dem MIWF NRW

Susanne Graap

Schlusswort Gender-Kongress 2017

Liebe Zuhörerinnen und Zuhörer,

es geht mir heute nach diesem spannenden Kongresstag wie bei den vergangenen Gender-Kongressen auch. Es ist Ziellinie und Startpunkt zugleich! Der aktuelle Gender-Report – er wird immer mit Spannung erwartet und ist stets fundierte Grundlage für eine weitere fachliche Auseinandersetzung mit Ihnen. Dann die Vorbereitung und Organisation des Kongresses, die Überlegungen über genaue Themensetzungen, Fragestellungen und Fokussierungen. Das Thema Medizin hat sich nach dem Gender-Report 2013 schon sehr früh herauskristallisiert, ja ehrlich gesagt sogar aufgedrängt. Es folgten die immer weiter in die Tiefe führenden Gespräche und Recherchen mit den Akteurinnen und Akteuren. Und heute dann endlich die erhellenden und aufschlussreichen Vorträge, Inputs und konzentrierten Diskussionen, für die ich Ihnen herzlich danken möchte.

Sie alle haben mit Ihrer ausgewiesenen Expertise und zumeist ja langjährigen Erfahrungen in den Bereichen Gender, Gleichstellung und im Bereich der Hochschulmedizin wirklich sehr viele Informationen und Fachwissen zusammengetragen, ausgetauscht und vernetzt. Nun neigt sich der Gender-Kongress also dem Ende zu, diese Ziellinie ist erreicht. Die Erträge unseres heutigen Austauschs sollten selbstverständlich nutzbar gemacht werden und insoweit ist der Abschluss des heutigen Kongresses hoffentlich auch wieder ein Startpunkt.

So systematisch und differenziert wie im aktuellen Gender-Report und im Rahmen des heutigen Tages haben eine Auseinandersetzung und ein Austausch über den Gender Gap in der Hochschulmedizin jedenfalls noch nie stattgefunden. Es ist schon fast Tradition, dass ich in meinem Schlusswort zum Gender-Kongress auf das jeweilige Schlusswort des aktuellen Gender-Reports Bezug nehme: Dort heißt es dieses Mal: „Der (Kultur-)Wandel zur Reduzierung des Gender Gaps in Hochschule und Hochschulmedizin ist angestoßen und unumstößlich zugleich“. Mir gefallen die Aufbruchstimmung und die Zuversicht auf einen unumkehrbar in Gang gesetzten Prozess, die dieses Zitat in sich trägt. Jede Menge – um im Bild des ins Rollen gebrachten Steins zu bleiben – Anstöße sind uns heute auf den Weg gegeben, weiter am Ziel der Geschlechtergerechtigkeit zu arbeiten – in den Hochschulen und an den Universitätskliniken.

Speziell für die Hochschulmedizin erhoffe ich mir, dass wir einem Teil der heutigen Impulse

Taten folgen lassen können, die dem Gender Gap entgegenwirken. Ob dies ein neues Landesprogramm werden wird, vermag ich heute natürlich nicht zu sagen.

Aber sagen möchte ich doch, dass mir die heutigen Ergebnisse Ansporn sind, weiter an diesem Thema zu arbeiten. Das gilt natürlich auch für das Dauerthema Geschlechtergerechtigkeit in nordrhein-westfälischen Hochschulen und in der Wissenschaft.

Es konnten heute vielfältige Ansatzmöglichkeiten für Verbesserungen schon mehr oder weniger konkret benannt werden. Diese Anregungen richten sich an verschiedenste Adressaten, letztlich also auch an uns alle, und es bleibt unsere Aufgabe, hieran mit Langmut zu arbeiten. Die Dokumentation, die auch für diesen Kongress geplant ist, wird dabei sicher hilfreich sein.

Mir bleibt an dieser Stelle, auch von meiner Seite noch einmal allen Teilnehmenden für die konstruktiven Diskussionsbeiträge und die wiederum sehr offene und freundliche Atmosphäre zu danken. Insbesondere gilt mein Dank den „Aktiven“ des Tages für ihre Beiträge, Inputs und Moderationen. Soweit noch anwesend also noch einmal ein herzliches Dankeschön an Frau Dr. Kortendiek, Frau Prof. Pfleiderer, Herrn Prof. Nagel und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiumsgesprächs für ihre wirklich inspirierenden Beiträge. Auch allen Mitwirkenden an den Werkstattgesprächen danke ich sehr herzlich für ihre versierte und tatkräftige Unterstützung.

Ich habe mich gefreut, dass der Kongress auch heute wieder ein breites Teilnehmerspektrum bis hin zur Leitungsebene der Hochschulen und Kliniken angesprochen hat.

Auch aus dem Wissenschaftsministerium waren viele Kolleginnen und Kollegen aus allen Abteilungen vertreten, für diese kollegiale Unterstützung danke ich herzlich und hoffe, dass dieser Kongress dazu beiträgt, das Genderthema weiter querschnittsmäßig zu verankern und umzusetzen.

An die Folkwang Hochschule gerichtet ein Dankeschön dafür, dass wir dieses außergewöhnliche und reizvolle Gebäude heute wiederum für den Gender-Kongress nutzen durften.

Mein ganz besonderer Dank gilt natürlich auch in diesem Jahr dem Vorbereitungsteam des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung insgesamt und insbesondere Frau Dr. Kortendiek, die diesen Kongress nun schon zum vierten Mal perfekt organisiert und inhaltlich spannend und stimmig mit Leben gefüllt haben.

Und auch ich möchte noch einmal ganz ausdrücklich sagen, wie sehr ich mich über die heute Morgen unterzeichnete Hochschulvereinbarung zur Verstetigung der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks freue! Und welcher Tag könnte dafür passender sein als der internationale Frauentag?

Die bundesweit anerkannte Expertise des Netzwerks steht damit auf solider Grundlage! Auch diese Entwicklung passt ja in das Bild des unumkehrbar ins Rollen gekommenen Steins. Meinen ganz herzlichen Glückwunsch an dieser Stelle und wie gesagt auch noch einmal das Dankeschön, es ist wirklich eine Freude, mit Ihnen zusammenarbeiten zu dürfen!

Ich freue mich, jetzt zum kulturellen Ausklang unserer heutigen Veranstaltung überleiten zu dürfen, und hoffe, dass möglichst viele von Ihnen noch die Gelegenheit haben, der Musik und der wunderbaren Stimme von Julia Meyer zu lauschen und ihre musikalische Sicht auf den Weltfrauentag zu genießen.

In diesem Sinne wünsche Ihnen und uns noch einen schönen weiteren Nachmittag und im Anschluss einen guten Heimweg.

Vielen Dank!



Impressionen



Ulrich Radtke, Rektor der Universität Duisburg-Essen, Svenja Schulze, Ministerin für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW, und Anne Schlüter, Sprecherin des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung, unterzeichnen den Hochschulvertrag zur Verstetigung der Koordinations- und Forschungsstelle







Das Gleichstellungsreferat des MIWF: Neslihan Kaymak, Ministerialrätin Susanne Graap, Dr. Friederike von Hugo (v. l. n. r.)





Das Team der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW













‚Brot und Rosen': der kulturelle Abschluss durch Sängerin Julia Meier



Die Akteurinnen und Akteure des Gender-Kongresses – Angaben zur Person

Alfermann, Dorothee, Prof. (i. R.) Dr. phil., Dipl. Psych.
ist seit dem 01.10.2016 pensionierte Professorin für Sportpsychologie an der Universität Leipzig. Vorherige berufliche Stationen waren eine Professur für Sportwissenschaft/Sportpsychologie an der Universität Gießen sowie Gastprofessuren an der Universität Innsbruck und der West Virginia University. Von 2001 bis 2005 war sie Direktorin des Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Leipzig. Sie leitete die KarMed-Studie, die von 2008 bis 2014 „Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung" erforschte. 2009 bis 2013 war sie Präsidentin der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs). Trägerin des Ema Geron Award der European Association of Sport Psychology.
Kontakt: alfermann@uni-leipzig.de

Buer, Jan, Prof. Dr. med.
ist Dekan an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und Institutsleiter der Medizinischen Mikrobiologie. Forschungsaufenthalte führten ihn u. a. nach New York und Paris sowie als Leiter einer BMBF-Nachwuchsforschergruppe an die Gesellschaft für Biotechnologische Forschung (GBF) nach Braunschweig. Die klinischen Schwerpunkte seiner Arbeit sind akute und chronische Infektionen bei Immunsuppression im Rahmen der Transplantationsmedizin, Molekulare Diagnostik, Borreliose und chronische Infektionen der Haut sowie tumor-assoziierte Infektionserkrankungen. Träger des Roche Applied Science Innovationspreises „Imagining the Future". Seit 2012 ist er Mitglied im Aufsichtsrat des Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung.
Kontakt: jan.buer@uk-essen.de

Dahmen, Britt, Dr.
ist Leiterin des Referats Gender & Diversity Management an der Universität zu Köln. Dort ist sie für die Strategieentwicklungen in den Bereichen Gleichstellung und Diversität verantwortlich. Zuvor war sie am Lehrstuhl für Geschlechterforschung im Sport an der DSHS beschäftigt und hatte dort u. a. die Geschäftsführung des Interdisziplinären Genderkompetenzzentrums in den Sportwissenschaften inne. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen Gender Mainstreaming und Diversity Policies, Mentoring und Frauenförderung.
Kontakt: b.dahmen@verw.uni-koeln.de

Dilloo, Dagmar, Prof. Dr. med.
ist Direktorin der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Zentrums für Kinderheilkunde am Universitätsklinikum Bonn und Gleichstellungsbeauftragte für die Medizinische Fakultät.
Kontakt: dagmar.dilloo@ukb.uni-bonn.de

Fitzek, Ingrid, Dipl. Soz.-Wiss.
ist diplomierte Sozialwissenschaftlerin und seit 2006 (derzeit kommissarisch) Gleichstellungsbeauftragte der Universität Duisburg-Essen. Sie war von 1995 bis 2000 als Landtagsabgeordnete in NRW tätig und ist die ehemalige Vorsitzende des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung NRW. An der Universität Duisburg-Essen war sie von 2002 bis 2006 zudem im Dezernat Controlling für den Aufgabenkomplex „Benchmarking, Wettbewerbsportfolios, vergleichende Informationen, Berichtswesen" tätig.
Kontakt: ingrid.fitzek@uni-due.de

Goebel, Joachim, Prof. Dr.
ist leitender Ministerialrat des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen im Bereich „Recht im Hochschulbereich und Diversity Management". Er ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Regensburg mit den Schwerpunkten Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Rechtsphilosophie und Rechtssoziologie.
Kontakt: joachim.goebel@miwf.nrw.de

Koppenhöfer, Silke
ist Koordinatorin des Kinderhauses und Abteilungsleiterin des Dual Career & Family Support der Universität zu Köln. Dort ist sie verantwortlich für die strategische Planung und Entwicklung familienfreundlicher Maßnahmen und Angebote unter besonderer Berücksichtigung der Exzellenzinitiative sowie der Gender- und Diversitystrategie. Sie ist Mitglied der Gleichstellungs- und der Baukommission und leitet die AG Familienfreundlichkeit in der Verwaltung. Zudem ist sie Sprecherin des HochschulNetzwerkFamilie NRW und des AK Hochschulen im Kölner Bündnis für Familie.
Kontakt: s.koppenhoefer@verw.uni-koeln.de

Kortendiek, Beate, Dr.
ist seit 1998 Koordinatorin für das Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW. Sie studierte Sozialwissenschaften und war Promotionsstipendiatin im Graduiertenkolleg „Geschlechterverhältnis und sozialer Wandel". Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Vernetzung von Frauen- und GeschlechterforscherInnen an den Hochschulen des Landes NRW; Hochschul- und Wissenschaftsforschung unter Gender-Aspekten; Transfer der Ergebnisse aus der Geschlechterforschung in die Fachöffentlichkeit. Sie ist Mitautorin der Gender-Reporte 2010, 2013 und 2016 sowie Herausgeberin der Journale des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW, der Zeitschrift GENDER und der Buchreihe „Geschlecht und Gesellschaft".
Kontakt: beate.kortendiek@netzwerk-fgf.nrw.de

Lindlahr, Nina
ist freie Autorin, Journalistin, Moderatorin und Sprecherin für den WDR und verschiedene Auftraggeber. Sie war als leitende Redakteurin für die „Sendung mit der Maus" und andere Kinderformate bei der Produktionsfirma tvision tätig und studienbegleitend als freie Journalistin und Medienschaffende. Ihr Studium „Medien-Planung, -Entwicklung und -Beratung" schloss sie in Siegen und Spanien mit dem Abschluss „Diplom-Medienwirtin", Schwerpunkt: Medienpädagogik, Medienkompetenz, Jugend, Medien und Politik ab. Nina Lindlahr ist als Moderatorin von Fachtagen u. a. für die Stadt Frankfurt, wikimedia Deutschland und die Bundeszentrale für Politische Bildung tätig. Zugleich ist sie Dozentin für Moderation an der Akademie für Publizistik in Hamburg und arbeitet als Sprech- und Kommunikationstrainerin.
Kontakt: hallo@ninalindlahr.de

Marcus, Katrin, Prof. Dr.
ist dezentrale Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät an der Ruhr-Universität Bochum und Professorin und Institutsdirektorin des Medizinischen Proteom-Centers und Leiterin der Abteilung „Funktionelle Proteomik". Zusammen mit der Stabsstelle „Interne Fortbildung und Beratung" (IFB) der RUB konzipierte sie 2007 das Mentoring-Programm „mQuadrat[at]RUB", ein Programm, das weibliche Nachwuchswissenschaftlerinnen in der Medizin auf dem Weg zur Habilitation fördert und begleitet. Katrin Marcus betreut „mQuadrat[at]RUB" und ist selbst als Mentorin aktiv. 2010 fand unter der Federführung von Frau Marcus der erste Workshop „Meet the female medical faculty – Vorklinik trifft Klinik" statt, im Rahmen dessen unter dem Motto „Informieren, Bewusstsein entwickeln, Grenzen überwinden" zukunftsorientierte Handlungsstrategien zur Stärkung weiblicher Führungskräfte und -positionen in der Medizin erarbeitet wurden. 2009 war sie eine der Preisträgerinnen des Lore-Agnes-Preises, dem Rektoratspreis für Projekte zur Gleichstellung von Frauen und Männern, der für die Mentoring-Programme der RUB verliehen wurde.
Kontakt: katrin.marcus@rub.de

Metz-Göckel, Sigrid, Prof. (i. R.) Dr.
forscht als pensionierte Professorin und „aktive Ruheständlerin“ an der TU Dortmund. Nach einem Studium der Soziologie und Volkswirtschaft in Mainz und Frankfurt promovierte sie in Gießen und erhielt anschließend den Ruf auf eine Professur in Dortmund. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Geschlechter- und der Hochschulforschung und umfassen u. a. Bildungs- und Wissenschaftskarrieren in geschlechterdifferenzierter Perspektive. Sie war bis 2005 Leiterin des Hochschuldidaktischen Zentrums der Universität Dortmund und wissenschaftliche Leiterin der Frauenstudien. 2014 hat sie das Buch „Karrierefaktor Kind. Zur generativen Diskriminierung im Hochschulsystem“ veröffentlicht, in dem u. a. untersucht wird, ob die Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse den Ausstieg junger WissenschaftlerInnen aus Hochschule und Forschung oder den Verzicht auf die Familiengründung fördert.
Kontakt: sigrid.metz-goeckel@tu-dortmund.de

Miemietz, Bärbel, Dr.
ist Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie hat an der Universität Bonn in Slavistik und Germanistik promoviert. Ihre Haupthandlungsfelder sind Programme für Nachwuchswissenschaftlerinnen, Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Studium/Beruf und Familie, Unterstützung geschlechtersensibler Medizin, Vernetzung sowie Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit. Sie ist Sprecherin der Kommission Gleichstellung an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika der BuKoF und Sprecherin des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin an der MHH.
Kontakt: miemietz.baerbel@mh-hannover.de

Miquel, Beate von, Dr.
ist als Postdoc Consultant an der RUB-Research School der Ruhr-Universität Bochum tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf den Feldern Kirchliche Zeitgeschichte, Unternehmensgeschichte und Geschlechtergeschichte. Sie war von 2011 bis 2016 Zentrale Gleichstellungsbeauftragte an der Ruhr-Universität Bochum. Zudem ist sie ehemalige Sprecherin der Landeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten der Hochschulen und Universitätsklinika des Landes Nordrhein-Westfalen (LaKof NRW).
Kontakt: beate.vonMiquel@uv.rub.de

Nagel, Eckhard, Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c.
ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth. Bis 2015 agierte er als Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum in Essen. Von 2008 bis 2016 war er Mitglied des Deutschen Ethikrates. Zudem ist er ein langjähriges Mitglied des Präsidiumsvorstandes des Deutschen Evangelischen Kirchentages und war 2010 Evangelischer Präsident des 2. Ökumenischen Kirchentages in München.
Kontakt: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de

Petersen, Renate, Dr.
ist promovierte Gesellschaftswissenschaftlerin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Science Support Centre (SSC) an der Universität Duisburg-Essen tätig. Dort koordiniert sie die Mentoring-Programme für Promovierende und Postdocs. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Durchführung von Promotionsorientierungs- und Begleitprogrammen, der Qualitativen Sozialforschung, der Klientenzentrierten Beratung sowie insbesondere des Promotionscoachings und der Personalentwicklung für den wissenschaftlichen Nachwuchs.
Kontakt: renate.petersen@uni-due.de

Pfleiderer, Bettina, Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
promovierte in Medizin und in Chemie und arbeitet als Professorin für Experimentelle Radiologie am Institut für Klinische Radiologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Dort leitet sie die beiden Forschungsgruppen Cognition & Gender und geschlechtersensible medizinische Lehre

in der Medizin. Seit 2016 ist sie die Präsidentin des Weltärztinnenbundes (MWIA). Zugleich ist sie Mitglied im Otto-Creutzfeldt-Center for Cognitive and Behavioral Neuroscience. Außerdem ist sie im Mentorinnennetzwerk des Deutschen Ärztinnenbundes tätig und fungiert als Vertrauensdozentin der Studienstiftung des Deutschen Volkes.
Kontakt: pfleide@uni-muenster.de

Roeder, Norbert, Prof. Dr. med.
war bis März 2017 Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster und ist seit Mai 2017 als Medizinischer Geschäftsführer des Klinikums Mittelbaden in Baden sowie als Berater im Gesundheitswesen tätig. In Münster war er seit 1991 zunächst als Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie tätig und verantwortete den Aufbau eines Qualitäts- und Informationsmanagements in der Herzchirurgie. 1995 folgte die Ernennung zum Oberarzt für Qualitäts- und Informationsmanagement und die Habilitation 1998 über das Thema „Entwicklung eines Systems für das Qualitäts- und Informationsmanagement in der Herz- und Thoraxchirurgie". Weiterhin führten ihn dort die Leitung einer neu geschaffenen Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumvorstandes, die Gründung und Leitung der DRG-Research-Group und seine Professur 2006 an die Spitze des Universitätsklinikums Münster.
Kontakt: norbert.roeder@roederpartner.de

Schara, Ulrike, Prof. Dr. med.
ist Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen. Sie ist leitende Ärztin im Bereich der Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie am Universitätsklinikum Essen. Dort fungiert sie zugleich als Stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinderheilkunde I. Seit 2014 ist sie Präsidentin der Gesellschaft für Neuropädiatrie. Darüber hinaus ist sie Mitglied im TREAT-NMD Advisory Committee for Therapeutics (TACT), ein internationales Expertengremium, das unabhängige Unterstützung bei der Entwicklung neuer Therapien für neuromuskuläre Erkrankungen bietet.
Kontakt: ulrike.schara@uk-essen.de

Vervoorts, Anja, Dr.
ist die Zentrale Gleichstellungsbeauftragte der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, promovierte Biologin und derzeit Mitglied des Sprecherinnengremiums der LaKof. Sie weist langjährige Erfahrungen in der Lehre sowie in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses auf. Außerdem bietet sie professionelle Karriere-Trainings für Promovierende und Postdocs an.
Kontakt: Anja.Vervoorts@uni-duesseldorf.de

Winkels, Rita
ist Gleichstellungsbeauftragte der Universitätsklinik Aachen. Die gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Oberschwester) übt diese Tätigkeit seit 2004 aus. In ihrer Funktion bietet sie individuelle Beratung der Beschäftigten des Uniklinikums an (z. B. zu Arbeitszeitregelungen, Elternzeit, Mentoring oder sexuelle Belästigung) und ist aktiv in der Gremienarbeit (Aufsichtsrat, Vorstand).
Kontakt: rwinkels@ukaachen.de

Kulturprogramm: Julia Meier
studierte mit Stipendium Schauspiel, Gesang und Tanz an der Folkwang Universität der Künste in Essen und ist Preisträgerin des Bundeswettbewerbs Gesang im Fach Chanson. Im Anschluss an ihr Studium ging sie ins feste Ensemble der Schauburg München. Seitdem arbeitet sie frei an verschiedenen Häusern, unter anderem als Gast am Schlosstheater Moers, am Theater Bielefeld, am Landestheater Schwaben, am Apollo Theater Siegen, und wirkte 2015 bei der Uraufführung des Musicals „Hammerfrauen" der bekannten Berliner Wühlmäuse mit. Julia Meier ist Sprecherin der WDR-Sprecherkartei und leiht, neben ihrer Theatertätigkeit und Konzerten, regelmäßig verschiedensten Hörbuchproduktionen ihre Stimme.
Kontakt: post@juliameier.com

Impressum

Herausgeber:
Ministerium für Innovation,
Wissenschaft und Forschung des
Landes Nordrhein-Westfalen
40190 Düsseldorf

Besucher- und Lieferanschrift:
Völklinger Straße 49
40221 Düsseldorf
Telefon: (0211) 896-04
Telefax: (0211) 896-4555
http://www.wissenschaft.nrw.de

© 05/2017 MIWF

Veranstaltungsorganisation & Tagungsdokumentation:
Netzwerk Frauen- und
Geschlechterforschung NRW,
Koordinations- und Forschungsstelle,
Universität Duisburg-Essen:
Dr. Beate Kortendiek
Dr. Heike Mauer
www.netzwerk-fgf.nrw.de

Gestaltung:
Bettina Steinacker

Lektorat:
Dr. Mechthilde Vahsen, Düsseldorf

Bildnachweis:
Marc Weber

Die Tagungsdokumentation kann bestellt werden unter:
info@netzwerk-fgf.nrw.de

Disclaimer
Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern und -werberinnen oder Wahlhelfern und -helferinnen während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt auch für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.
Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt davon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.