

Verhältnis von Geschlecht und Organisation in der Humanmedizin an NRW-Universitäten – zentrale Ergebnisse des Gender-Report

Beate Kortendiek

1. Entstehung vergeschlechtlichter Hochschulen

Universitätsgründungen im frühneuzeitlichen Europa hatten üblicherweise eine theologische, eine juristische, eine *medizinische* und eine philosophische Fakultät. Ein historischer Blick auf diese Gründungsphase zeigt, dass über Jahrhunderte unter Ausschluss von Frauen männliche Gelehrte eine spezifische Organisations- und Fachkultur entwickelten. Die Historikerin Bea Lundt spricht deshalb von der „Entstehung der Universität als Männerwelt“ (1996). In die Organisation der modernen Universität schrieb sich somit grundsätzlich das Geschlecht als konstitutiver Faktor ein. Erst 1908 wurde in Preußen das *Frauenstudium* per Gesetz ermöglicht. Legitimiert wurde dieser Ausschluss mit einer Geschlechterordnung, die Männern und Frauen unterschiedliche, aufeinander bezogene Funktionsbereiche zuwies, die mit der unterschiedlichen „Natur“ begründet wurde. „Geschlechtscharaktere“, so Karin Hausen (1976) schrieben sich ein – auch in die Organisation der Akademie als wissenschaftlicher Lehr- und Forschungsgemeinschaft.

Diese „Geschlechtscharaktere“ prägten und prägen die Hochschulmedizin nach wie vor – oder wie es eine Gleichstellungsbeauftragte einer Uniklinik im Interview ausdrückte: „Und es gibt auch immer noch diese gesellschaftliche Sicht von dem Arzt im weißen Kittel, der männlich ist und der alles regelt. Und die Schwester, die hilfsbereit danebensteht.“

Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Gender in Medicine – Gender Medicine“, Arbeitsbereich Geschlechtersoziologie, Fakultät für Soziologie in Kooperation mit dem Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung (IZG) der Universität Bielefeld (16.04.2018). Das Vortragsmanuskript beruht auf Projektergebnissen/Veröffentlichungen, die vom Forschungsteam des Gender-Reports gemeinsam erarbeitet wurden und die teilweise in direkter Form in das Manuskript eingeflossen sind, ohne dass dies gesondert gekennzeichnet wird – dies gilt ebenso für die Abbildungen. Vgl. 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. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen. Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016 – Kurzfassung. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 26. Essen. Gender-Kongress 2017. Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin. Dokumentation. Erstellt für und im Auftrag des MIWF NRW. Düsseldorf. Kortendiek, Beate. 2018. Hochschule und Wissenschaft: zur Verwobenheit von Organisations-, Fach- und Geschlechterkultur.

2. Organisationsgeschichte Hochschulmedizin

1898 hat sich der 26. Deutsche Ärztetag für die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium ausgesprochen. Die erste Zulassung zum Studium der Medizin erhielten Frauen zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts (Nagel 2017).

Eine aktuelle geschlechtsdifferenzierte Aufbereitung von Daten zeigt, dass die Geschlechterparität bei der akademischen Qualifizierung durch ein Studium fast erreicht ist: 110 Jahre nach der Einführung des Frauenstudiums sind fast annähernd so viele Studentinnen wie Studenten an den Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland eingeschrieben und in der Humanmedizin liegt der Studentinnen-Anteil sogar bei über 60 % – nicht zuletzt aufgrund der besseren Durchschnittsnoten von Abiturientinnen –, während es bei den aktuellen Steigerungsquoten noch ein weiteres halbes Jahrhundert dauert, bis voraussichtlich die Geschlechterparität bei den Professuren erreicht ist: In keiner anderen Fächergruppe ist jedoch die *Diskrepanz* des Frauenanteils – Studentinnen und Professorinnen – so groß wie in der Medizin.

Die Frage der Organisationsforschung, wie Birgit Riegraf sie zusammenfasst, ob „Organisationen als grundlegend vergeschlechtlicht anzusehen sind oder ob sie von ihren Grundstrukturen eher als geschlechtsneutral gelten können“ (Riegraf 2018), lässt sich nur aus sozialhistorischer Sicht beantworten: Die heutigen Hochschulen, ob Traditions- oder Reformuniversität, gründen sich auf eine lange, durch den *Ausschluss von Frauen geprägte (Kultur-)Geschichte*.

Diese Kulturgeschichte und Geschlechtergeschichte der Hochschulmedizin wird auch die Bielefelder Universität verändern – zugleich bietet die Gründung der medizinischen Fakultät auch die Chance, eine geschlechtergerechte(re) Hochschulmedizin zu initiieren.

3. Homosoziale Kooptation, Habitus und Organisation

Diese männlich dominierte Kulturgeschichte und Organisationskultur zu durchbrechen ist eine immense Herausforderung. Sie wird im Regelfall reproduziert und aufrechterhalten durch die damit zusammenhängende *homosoziale Kooptation*, die Personalauswahl neuer Mitglieder auf der Basis sozialer Ähnlichkeit. Vergeschlechtlichte Organisationen – und insbesondere die Hochschulmedizin – sind durch homosoziale Kooptation geprägt. Geschlecht ist ein zentrales Passungskriterium. „Dadurch“, so Michael Meuser „fällt die Wahl vor allem bei Führungspositionen oder in von Männern dominierten Berufen in der Regel gleichsam ‚wie von selbst‘ auf einen Mann“ (Meuser 2014).

Und um schon ein Ergebnis aus dem Gender-Report vorweg zu nehmen: Bisher wurde noch keine medizinische Fakultät von einer Dekanin und noch keine Uniklinik in NRW von einer ärztlichen Direktorin geleitet. In unserem Bundesland war es eher möglich, Ministerpräsidentin zu werden als ärztliche Direktorin.

Zur Erklärung dieses Phänomens sind die Studien zur Wissenschaft, die mit dem Konzept der Logik sozialer Felder nach Pierre Bourdieu (1996) arbeiten, hervorzuheben – dieses ist auch hilfreich, um die binären Zuschreibungen „Mann“ – „Frau“ zu durchbrechen. „Das wissenschaftliche Feld ist

„männlich dominiert“, so Sandra Beaufaÿs und Beate Kraus, „weil das Feld von Akteuren dominiert wird, die mit einem Habitus ausgestattet sind, dem ein männlicher Wissenschaftler am nächsten kommt“ (Beaufaÿs/Kraus 2005, S. 97). Das heißt auch, dass ein männlicher Habitus nicht unabdingbar an ein bestimmtes biologisches Geschlecht gebunden ist. Nicht nur Geschlecht, sondern auch die soziale Herkunft dienen als Platzanweiser – und dies gilt insbesondere für die Medizinprofessur. Obwohl die Führungsriege der Hochschulmedizin nahezu „frauenfrei“ ist, wird zugleich – nicht zuletzt aufgrund des hohen Studentinnen-Anteils – von einer „Feminisierung“ der Medizin gesprochen. Dieser Begriff ist nicht nur abwertend und frauenfeindlich, sondern trifft auch den Sachverhalt nicht.

4. Zentrale Ergebnisse des Gender-Reports 2016

Nun zu den zentralen Ergebnissen des Gender-Reports. Im Teil „Der Gender Gap in der (Hochschul-) Medizin“ wird erstmalig ein systematischer und vergleichender Blick auf die Hochschulmedizin, d. h. die Medizinischen Fakultäten und Unikliniken in Nordrhein-Westfalen gerichtet. Im Zentrum der Studie stehen die sieben Standorte in Trägerschaft des Landes NRW: die Unikliniken in Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster sowie die Medizinische Fakultät in Bochum. Das Bochumer Universitätsklinikum ist ein Klinikverbundmodell und aus diesem Grund nicht direkt mit den anderen Standorten der Hochschulmedizin in NRW vergleichbar. Das „Bochumer Modell“ besitzt aber für den Standort Bielefeld eine besondere Relevanz, da es sich bei der Hochschulmedizin Bielefeld ebenfalls um ein Verbundprojekt – ohne eigene Universitätsklinik – handeln wird.

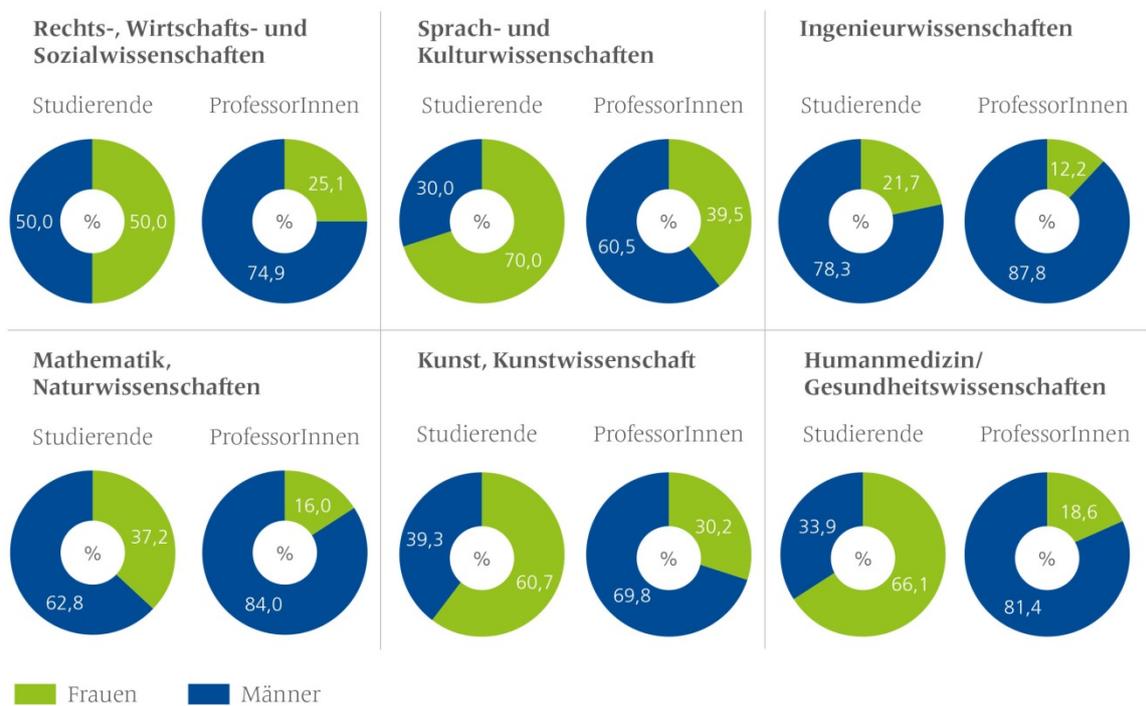
Die Studie besteht aus drei Erhebungsschritten:

- Erstens wurde für jeden Standort ein Gender-Profil erstellt: geschlechterdifferenzierte Daten zu Qualifizierung und Personal, angereichert mit Informationen zum Standort und insbesondere zur Gleichstellungsarbeit.
- Zweitens wurden Interviews mit Akteur_innen der Hochschulmedizin geführt: mit Ärztlichen Direktoren, Dekanen der Medizinischen Fakultäten, Prodekaninnen sowie Gleichstellungsbeauftragten der Kliniken und Fakultäten.
- Drittens wurde der ärztliche und wissenschaftliche Nachwuchs in der Medizin in den Blick genommen – anhand einer Online-Befragung von Assistenzärzt_innen.

4.1 Ausgangspunkt: Geschlechter(un)gleichgewichte in Fächergruppen

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die bereits erwähnte ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem sehr hohen Medizinstudentinnen-Anteil und dem sehr geringen Anteil von Professorinnen an den Medizinischen Fakultäten. In der Fächergruppe Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften sinkt der Professorinnenanteil auf lediglich 18,6 %, obwohl über 66 % der Studierenden Frauen sind. Wird nur das Studienfach Medizin 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 Gender-Reports.

Abbildung 1: Studierende und Professor_innen nach Fächergruppen – Frauen- und Männeranteile an Hochschulen in Trägerschaft des Landes NRW



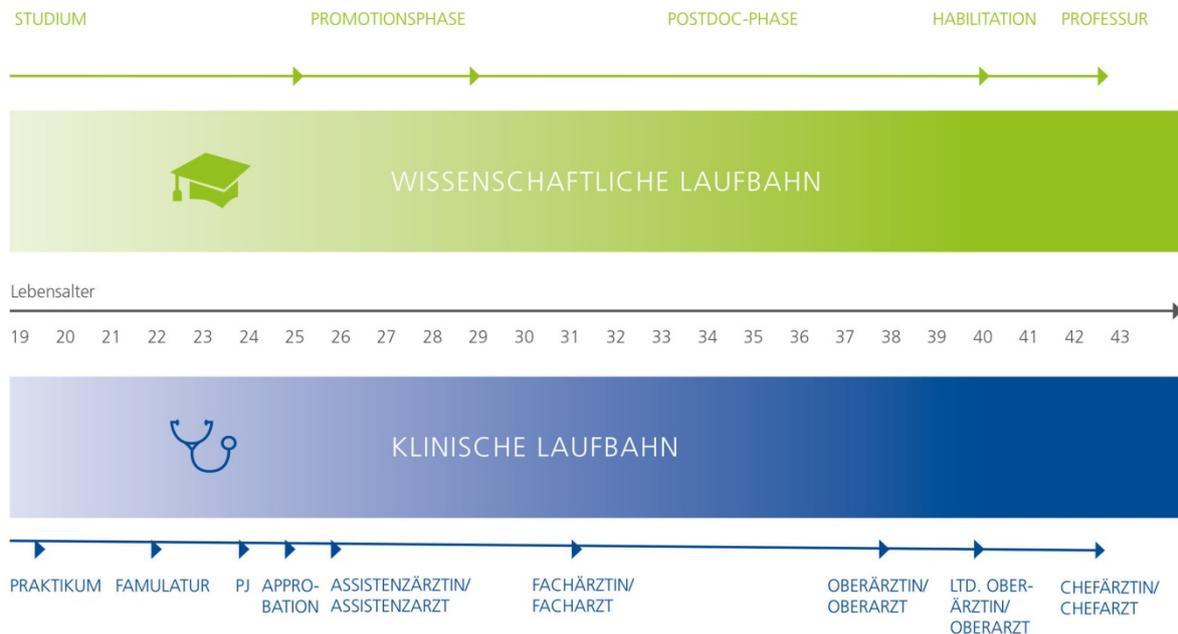
Die Abbildung 1 zeigt die Frauen- und Männeranteile nach Fächergruppen. Die Frauenanteile sind „grün“ und die „Männeranteile“ sind blau hinterlegt. Vergleichen wir die Fächergruppe der „Ingenieurwissenschaften“ mit der Fächergruppe „Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften“, wird das Problem deutlicher. Auch in den Ingenieurwissenschaften ist der Professorinnen-Anteil niedrig (12,2 %), aber setzen wir die Prozentzahl der Studentinnen in Relation (21,7 %), wird deutlich, dass eine Studentin, die ein ingenieurwissenschaftliches Studium absolviert, eine rechnerisch wesentlich höhere Chance auf eine Professur hat als eine Studentin in der Fächergruppe „Humanmedizin/ Gesundheitswissenschaften“.

4.2 Wissenschaftliche Laufbahn – Klinische Laufbahn

Die Karrieren von Frauen in der Hochschulmedizin sind bislang wenig erforscht und stehen deshalb im Fokus dieser Studie. Da wissenschaftliche Karrieren in der Regel an den Universitätskliniken vorbereitet werden, bilden diese die Grundlage der Untersuchung.

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 auf eine Chefärztinnenposition aufzusteigen. Für letztere ist jedoch ebenfalls eine erfolgreiche Habilitation Voraussetzung.

Abbildung 2: Wissenschaftskarriere und klinische Laufbahn in der Medizin vom Studium bis zur Professur/Leitungsposition

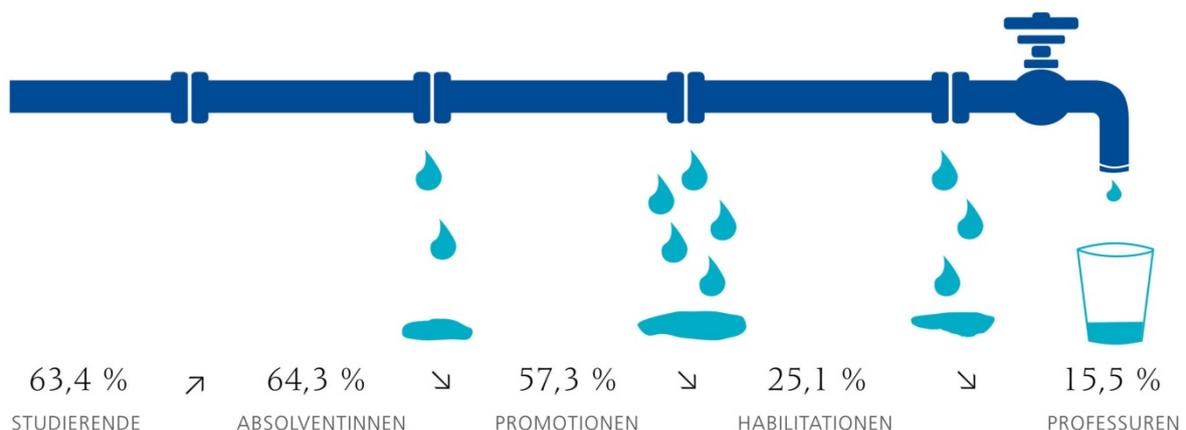


Unikliniken ticken anders: Ihre Besonderheit liegt in der Trias von Lehre, Forschung und Krankenversorgung. „Klinik + Wissenschaft + Kinderwunsch, zu wenig Zeit, um den Facharzt zu machen, eine Familie zu gründen und zu forschen. Es sind zwei Berufe auf einmal.“ (Assistenzärztin)

4.3 Die Leaky Pipeline in der Humanmedizin

Es sind auch diese zwei parallel verlaufenden Karrierewege, die für die sogenannte Leaky-Pipeline mit verantwortlich zu sein scheinen.

Abbildung 3: Leaky-Pipeline in der Humanmedizin – Frauenanteile in der Humanmedizin an den Universitäten in Trägerschaft des Landes NRW

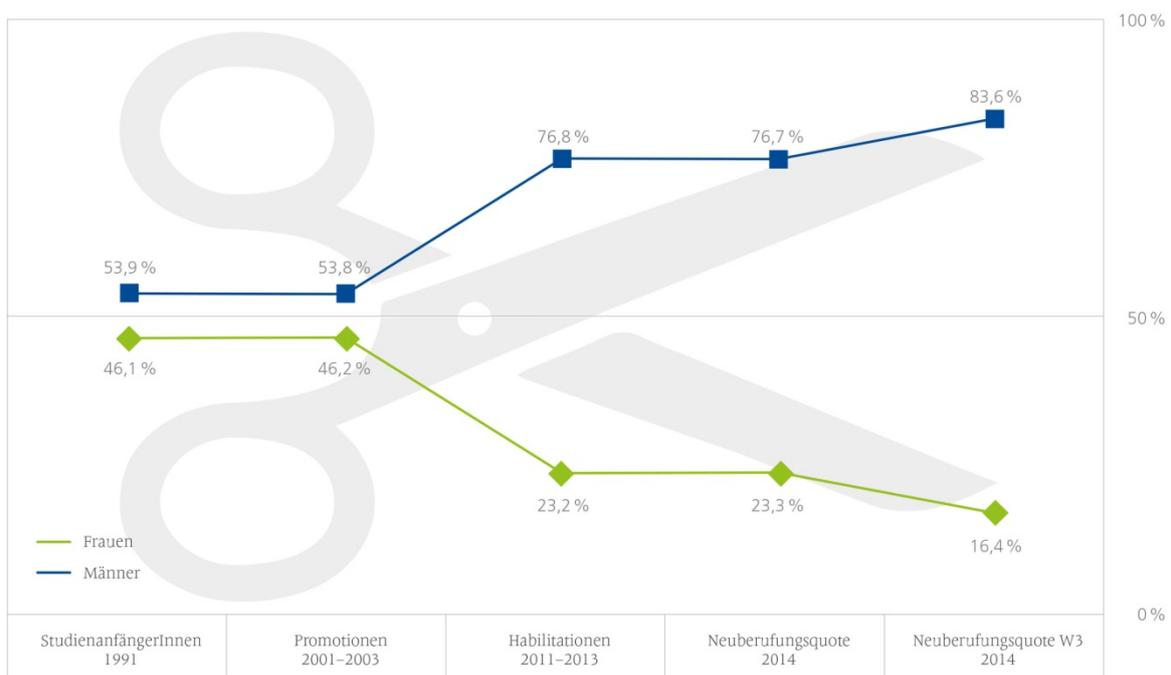


Die aktuellen Frauenanteile auf den verschiedenen Stausebenen der sieben Medizinischen Fakultäten des Landes NRW machen sichtbar, dass sich der hohe Studentinnen- und Absolventinnenanteil – einschließlich der promovierten Medizinerinnen – nicht gleichmäßig auf den nächsthöheren Qualifizierungsebenen 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: 75 % der Habilitierten sind Männer und 84 % der Professuren sind mit Medizinern besetzt.

4.4 Time Lag im Qualifizierungsverlauf

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.

Abbildung 4: Time Lag im Qualifizierungsverlauf in der Fächergruppe Humanmedizin/ Gesundheitswissenschaften 1991 bis 2014



Jedoch widerlegt ein Blick auf die Daten und Fakten der bundesdeutschen Entwicklung diese Argumentation: 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 der Medizinstudierenden bundesweit bereits nahe an der Geschlechterparität. Damit

gab es hier bereits vor gut fünfundzwanzig Jahren ein hohes Potenzial 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. Der größte Rückgang des Frauenanteils ist zwischen den Qualifizierungsstufen Promotion und Habilitation zu verzeichnen. Die „Gretchenfrage“ lautet somit: „Wie halten Sie es mit der Habil?“.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Frauenanteil an den Habilitierten (23,2 %) dem Frauenanteil bei den Neuberufungen (W2 und W3 zusammen) entspricht. Die Neuberufungsquote von Frauen auf W3-Professuren liegt dagegen 6,8 Prozentpunkte niedriger.

4.5 Unterschiede zwischen den Standorten der Hochschulmedizin in NRW

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, und zwar von 8,7 % auf 15,7 %. Gab es 2004 landesweit nur 50 Professorinnen, so sind es zehn Jahre später 101 Professorinnen.

Tabelle 1: Professorinnen an den Unikliniken bzw. Medizinischen Fakultäten in Trägerschaft des Landes NRW 2004 und 2014

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 %

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 %

Ein Vergleich aller Medizinischen Fakultäten in NRW anhand der Tabelle 1 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 durch 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. Setzen wir für Bonn (2014) das Verhältnis zwischen Professorinnen (11) und Medizinstudentinnen (1.800) in Beziehung, so lässt sich festhalten, dass die Studentinnen kaum Professorinnen als mögliche Vorbilder in ihrem Studium antreffen.

Diese Zahlen deuten auf spezifische Bedingungen an den einzelnen Standorten hin. Und das ist wirklich spannend: Häufig wird in der vergleichenden Sozialforschung – ebenso wie bei den von uns befragten Expertinnen und Experten (Ärztliche Direktoren, Dekaninnen und Dekane, Gleichstellungsbeauftragte) im Rahmen der qualitativen Interviews dieser Studie – 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 wird versucht, die geringen Karriereaussichten von Medizinerinnen im deutschen Hochschulbetrieb vor allem mit Problemen der Vereinbarkeit von Medizinprofessur und Familie 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.

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 Professorenschaft verweisen auf die Handlungsspielräume, die Medizinische Fakultäten und Universitätskliniken nutzen können, um den Gender-Gap in der Hochschulmedizin zu überwinden. Hier erweisen sich die Gleichstellungsbeauftragten als entscheidend für die Hochschulentwicklung. Hervorzuheben ist auch, dass das Aufgabenprofil der Prodekaninnen an den Medizinischen Fakultäten Köln und Münster einen Genderschwerpunkt aufweist – sie sind jeweils Prodekaninnen für Gender. Damit signalisieren die Fakultäten nach außen, dass Gleichstellung als Querschnitts- und Leitungsaufgabe eine hohe Bedeutung zukommt.

5. Die Hochschulmedizin hat ein strukturelles und ein inhaltliches Problem

Deutlich wird, dass bei der Steigerung des Professorinnen-Anteils an den Universitätskliniken des Landes NRW Handlungsbedarf besteht. Hinweisen möchte ich an dieser Stelle aus der Perspektive der Genderforschung darauf, dass der niedrige Frauenanteil an Professuren nicht nur ein Gleichstellungsproblem ist – denn dies wäre eine verkürzte Sichtweise –, sondern auch eines, das einen Gender Bias und die Geschlechtsblindheit in der medizinischen Forschung fördern kann. Neben

einer gezielten Erhöhung des Professorinnenanteils in der Medizin ist zudem eine Förderung der gendermedizinischen Forschung nicht zuletzt durch die Einrichtung von Genderprofessuren unerlässlich.

5.1 Gendermedizin – Hochschulmedizin NRW

Die Förderung der Gender-Medizin erfolgte insbesondere über die Professuren, die zum Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW gehören, und damit vom Land NRW an den Start gebracht wurden. Von den acht aktuellen Gender-Denominationen sind sechs über das Landesprogramm des Wissenschaftsministeriums gefördert worden. Geforscht wird beispielsweise zu Schmerz, Essstörungen und Demenz aus einer Geschlechterperspektive.

1. RWTH Aachen, Medizinische Fakultät/Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Neuropsychologische Geschlechterforschung: Prof. Dr. Ute Habel
2. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Ökologie und Biologie in den Gesundheitswissenschaften unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte: Prof. Dr. Claudia Hornberg
3. Universität Duisburg-Essen, Medizinische Fakultät/Institut für medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie. Experimentelle Psychobiologie unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten: Prof. Dr. Sigrid Elsenbruch
4. Universität Duisburg-Essen, Medizinische Fakultät/Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Molekulargenetik von Adipositas und Essstörungen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten: Prof. Dr. Anke Hinney
5. Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät/Institut für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin (Gewalt und Geschlecht): Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme
6. Universität Köln, Medizinische Fakultät/Medizinische Psychologie. Neuropsychologie und Gender Studies: Prof. Dr. Elke Kalbe
7. Universität Münster, Medizinische Fakultät/Institut für Klinische Radiologie. Cognition & Gender: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer
8. FH Dortmund, Angewandte Sozialwissenschaften. Sozialmedizin und Public Health mit Schwerpunkt Geschlecht und Diversität: Prof. Dr. med. Gabriele Dennert

Mit 0,9 % Gender-Professuren in der Medizin kann aktuell nur von einer homöopathischen Dosis gesprochen werden.

„Die Einführung der geschlechtssensiblen Medizin (GSM)“, so Sabine Oertelt-Prigione und Sarah Hiltner, „führt nicht nur zu einem relevanten Paradigmenwechsel in der Medizin, sondern sie steigert auch die Sensibilität des medizinischen Handelns und fördert einen Fokus auf die Bedürfnisse der Patient_innen“ (Oertelt-Prigione/Hiltner 2017). Die Geschlechterforscherinnen benennen folgende

Kernbereiche der geschlechtssensiblen Medizin: 1) Wissenschaft, 2) klinische Medizin, 3) Lehre und Curricula, 4) Abbau struktureller Hürden.

5.2 Strukturelle Hürden

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.

Abbildung 5: Welche Faktoren können Ihrer Meinung nach auf dem Weg zur Professur hinderlich sein?
(Abbau struktureller Hürden, offene Frage an befragte Assistenzärzt_innen, die eine Habilitation und/oder Professur anstreben)



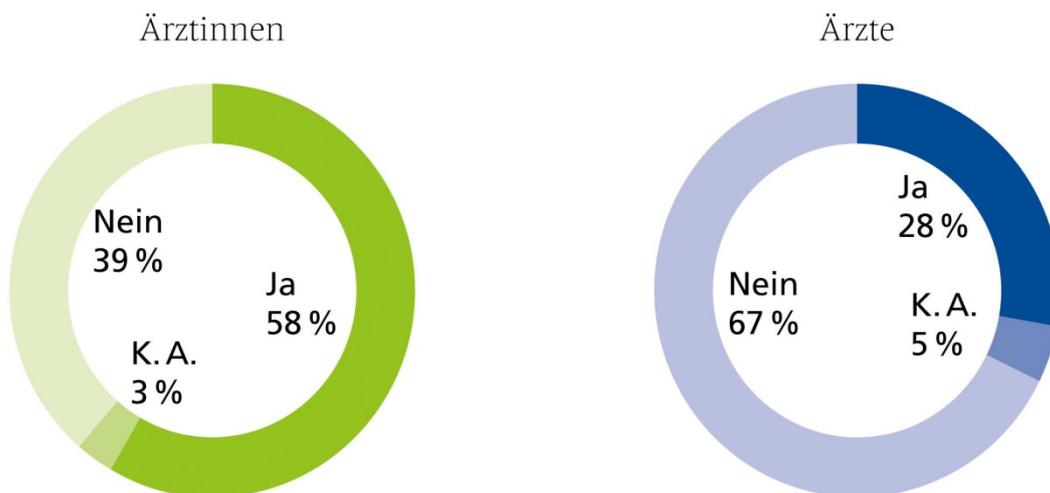
Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n=93 Frauen, 88 Männer). Frage 15 (offene Frage, Mehrfachnennungen möglich).

Die fehlende Zeit für die eigene wissenschaftliche Arbeit steht bei Männern und Frauen mit 35 % gleichauf; während bei Frauen die mangelnde Vereinbarkeit mit 54 % an erster Stelle steht und deutlich mehr Männer über die Arbeitsbelastung und 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 %).

Haben Sie sich während Ihrer fachärztlichen Weiterbildung schon einmal benachteiligt gefühlt? Insgesamt geben 45,1 % der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Online-Befragung an, während ihrer fachärztlichen Weiterbildung eine Diskriminierungserfahrung gemacht zu haben.

Abbildung 6: Diskriminierung nach Geschlecht



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 190 Frauen, 151 Männer), Frage 9.

Dabei ist diese Erfahrung sehr stark vergeschlechtlicht: Mehr als doppelt so viele befragte Frauen (58 %) wie Männer (27 %) 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, für deren Generation eine Geschlechterdiskriminierung häufig als bereits überwunden dargestellt wird.

5.3 Förderliche Faktoren, um Professor_in der Medizin zu werden

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 (Freistellung) an die erste Stelle setzen. Für Medizinerinnen steht an dritter Stelle die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. 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.“

Abbildung 7: Förderliche Faktoren auf dem Weg zur Professur

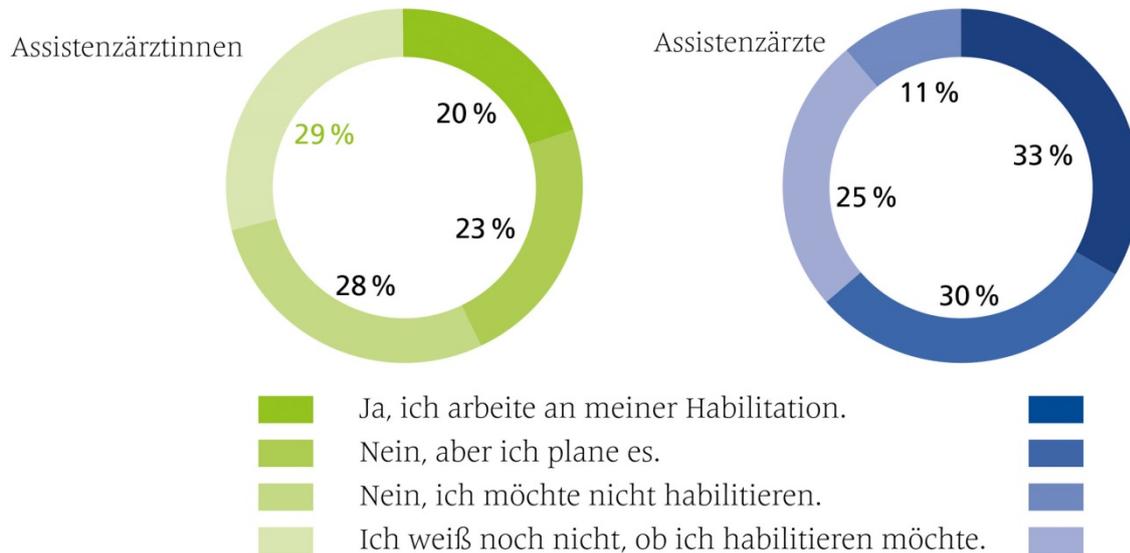
Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n=91 Frauen, 89 Männer). Frage 14 (offene Frage, Mehrfachnennungen möglich).

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.

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.

Abbildung 8: Habilitieren oder nicht? Die „Gretchenfrage“ in der Hochschulmedizin

Habilitieren Sie?



Quelle: Online-Befragung, eigene Berechnung (n = 119 Frauen, 96 Männer). Frage 11. Auswahl: Befragte mit abgeschlossener Promotion.

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 bereits daran, während dies auf weniger als die Hälfte der promovierten Frauen (43 %) zutrifft. Ein detaillierter Blick zeigt jedoch, dass nur 29 % der Assistenzärztinnen eine Habilitation für sich ausschließen, während 28 % in dieser Frage noch nicht entschieden sind. Daraus folgt, dass der Anteil an den befragten Assistenzärztinnen, die bereits an einer Habilitation arbeiten, diese beabsichtigen oder diese bis jetzt nicht ausgeschlossen haben, 71 % beträgt. Hieran gilt es aktiv anzuknüpfen – das Potenzial für die zukünftige Generation von Professorinnen in der Medizin ist vorhanden.

6. Hochschulmodernisierung und geschlechtergerechte Hochschulmedizin

Die Hochschulforscherin Ada Pellert benennt den Umgang mit Gender als „Seismograph“ für die Frage der Hochschulmodernisierung (2010, S. 262). Die Geschlechterfrage erweist sich dabei – aus historischer und aktueller Perspektive – als Dreh- und Angelpunkt für eine moderne Hochschule und Wissenschaftsentwicklung. 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. Hier gilt es, bezogen auf die Geschlechtergerechtigkeit, strukturelle Hindernisse abzubauen und bezogen auf die gendersensible Hochschulmedizin inhaltliche Defizite zu beheben.

In diesem Sinne wünsche ich der Universität Bielefeld gutes Gelingen beim Aufbau einer geschlechtergerechten Hochschulmedizin und verweise auf die forschungsbasierten Handlungs-

empfehlungen/Kriterien für eine geschlechtergerechte Hochschulmedizin. Eine geschlechtergerechte Gestaltung der Hochschulmedizin lässt sich an den folgenden Kriterien messen:

**Kriterien für eine geschlechtergerechte und gendersensible Gestaltung der Hochschulmedizin:
ein 10-Punkte-Programm**

- 1. Geschlechtersensible Ausbildung von Studierenden**
Maßnahmen: prüfungsrelevante Gender-Module in die Ausbildung der zukünftigen Mediziner_innen implementieren, gendersensible Medizin als Querschnittsthema stärken
- 2. Geschlechtersensible medizinische Forschung**
Maßnahmen: Professuren mit Gender-Denominationen einrichten, gendermedizinische Forschung fördern, Gender-Aspekte als explizites und als Querschnittsthema etablieren
- 3. Geschlechtersensible Gesundheitsversorgung von Patient_innen**
Maßnahmen: Genderkompetenz von Mediziner_innen stärken
- 4. Erhöhung des Frauenanteils auf Leitungsebenen und auf Professuren**
Maßnahmen: Erhöhung/Sichtbarmachung der Anteile von Frauen in der Professor_innenschaft, im Dekanat, an den Klinikleitungen, im Klinikvorstand
- 5. Verlässliche Planbarkeit von Wissenschaftskarrieren**
Maßnahmen: Habilitationsförderung, Stipendienprogramme mit Evaluation, Mentoring, Forschungsfreistellungen und -rotationen geschlechtergerecht einrichten, Entfristung von Arbeitsverträgen, Karrierewege in die Hochschulmedizin transparent gestalten
- 6. Geschlechtergerechte Besetzungs- und Berufungsverfahren**
Maßnahmen: Besetzung von Oberarztstellen mit Frauen, proaktive Rekrutierung von Wissenschaftlerinnen bei Berufungsverfahren, geschlechterparitätische Besetzung von Kommissionen, Berufscontrolling
- 7. Strukturelle Verankerung der Gleichstellung**
Maßnahmen: Prodekanat für Gleichstellung/Gender einrichten, Gleichstellungsbeauftragte für das Verbund-Universitätsklinikum einstellen
- 8. Grundlegend gute Arbeitsbedingungen**
Maßnahmen: Verbesserung der Personalsituation und der Arbeitskultur, Organisation der Arbeitszeit
- 9. Strukturelle Ermöglichung von Vereinbarkeit**
Maßnahmen: verbesserte Kinderbetreuung, Ausbau von Familienservice, neue Arbeitszeitmodelle, Ermutigung aktiver Vaterschaft, Elternzeit- und Teilzeitmodelle ohne Benachteiligung
- 10. Geschlechtergerechtigkeit im Leitbild**
Maßnahmen: im Leitbild der Medizinischen Fakultät und des (Verbund-)Uniklinikums, Bekenntnis und Dokumentation nach innen und außen

Literatur

- Beaufaÿs, Sandra/Krais, Beate. 2005. Doing Science – Doing Gender. Die Produktion von WissenschaftlerInnen und die Reproduktion von Machtverhältnissen im wissenschaftlichen Feld. In *Feministische Studien* 23, 1, S. 82–99.
- Bourdieu, Pierre. 1996. Die Logik der Felder. In *Reflexive Anthropologie*, Hrsg. Pierre Bourdieu und Loic Wacquant, S. 124–147. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gender-Kongress 2017. Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin. Dokumentation. Erstellt für und im Auftrag des MIWF NRW. Düsseldorf.
- Hausen, Karin. 1976. Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Neue Forschungen*, Hrsg. Werner Conze, S. 363–393. Stuttgart: Klett.
- 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. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.
- Kortendiek, Beate/Hendrix, Ulla/Hilgemann, Meike/Niegel, Jennifer/Bünnig, Jenny/Conrads, Judith/Mauer, Heike. 2016. Gender-Report 2016 – Kurzfassung. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 26. Essen.
- Kortendiek, Beate. 2018. Hochschule und Wissenschaft: zur Verwobenheit von Organisations-, Fach- und Geschlechterkultur. In *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*, Hrsg. Beate Kortendiek, Katja Sabisch und Birgit Riegraf. Wiesbaden: Springer VS.
- Lundt, Bea. 1996. Zur Entstehung der Universität als Männerwelt. In *Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung*, Hrsg. Elke Kleinau und Claudia Opitz, Bd. 1: Vom Mittelalter bis zur Aufklärung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Meuser, Michael. 2014. Homosoziale Kooptation – berufliche Karriere und männliche Vergemeinschaftung. In *Gender-Kongress 2014. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Wissenschaftskarrieren – Potenziale & Perspektiven*. Tagungsdokumentation, S. 4.
- Nagel, Eckhard. 2017. Unter Medizinmännern – gesellschaftliche und führungskulturelle Fragen in einer modernen Gesundheitsversorgung. In *Gender-Kongress 2017. Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin*. Tagungsdokumentation, S. 27.
- Oertelt-Prigione, Sabine/Hiltner, Sarah. 2017. Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition. In *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*, Hrsg. Beate Kortendiek, Katja Sabisch und Birgit Riegraf. Wiesbaden: Springer VS.
- Pellert, Ada. 2010. Frauen als Motor der Hochschulmodernisierung von heute. In *Der Weg an die Universität. Höhere Frauenstudien vom Mittelalter bis zum 20. Jahrhundert*, Hrsg. Trude Maurer, S. 262–275. Göttingen: Wallstein.

Riegraf, Birgit. 2018. Organisation und Geschlecht: wie Geschlechterasymmetrien (re)produziert und erklärt werden. In Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Hrsg. Beate Kortendiek, Katja Sabisch und Birgit Riegraf. Wiesbaden: Springer VS.

Dr. Beate Kortendiek

Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks
Frauen- und Geschlechterforschung NRW
Universität Duisburg-Essen
beate.kortendiek@netzwerk-fgf.nrw.de