

Heft 117

■ **Frauen in der Medizin**

**Ausbildung und berufliche Situation
von Medizinerinnen**

Bericht der BLK vom 5. Juli 2004

Materialien zur Bildungsplanung
und zur Forschungsförderung

Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK)
- Geschäftsstelle -
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Telefon: (0228) 5402-0
Telefax: (0228) 5402-150
E-mail: blk@blk-bonn.de
Internet: www.blk-bonn.de

ISBN 3-934850-55-3
2004

Frauen in der Medizin

**AUSBILDUNG UND BERUFLICHE SITUATION VON
MEDIZINERINNEN**

BONN, 2004

INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung	S. 6
A. Kurzfassung	S. 9
1. Ausgangslage	S. 10
2. Der Qualifikationsverlauf in der Medizin	S. 10
3. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten	S. 12
4. Barrieren im medizinischen Karriereverlauf	S. 14
5. Forschungsförderung	S. 15
6. Gleichstellungsmaßnahmen	S. 16
7. Frauen- und Geschlechterforschung	S. 17
8. Empfehlungen	S. 17
B. Langfassung	S. 23
1. Ausgangslage	S. 25
2. Der Qualifikationsverlauf in der Medizin	S. 30
3. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten	S. 43
3.1 Wissenschaftliche Tätigkeitsbereiche	S. 43
3.2 Sonstige Tätigkeitsfelder	S. 57
4. Forschungsförderung	S. 64
4.1 Deutsche Forschungsgemeinschaft	S. 64
4.2 Stiftungsprofessuren	S. 70

5. Gleichstellungsmaßnahmen	S. 71
5.1 Strukturelle Rahmenbedingungen	S. 71
5.2 Gleichstellungsrechtliche Instrumente an Hochschulen und Klinika	S. 77
5.3 Hochschulsonderprogramme	S. 79
5.4 Andere Maßnahmen	S. 81
6. Frauen- und Geschlechterforschung	S. 84
7. Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung	S. 90
8. Operationalisierung und Erfolgskontrolle	S. 99

Statistischer Anhang

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1	Beteiligung von Frauen und Männern in einem modellhaft dargestellten wissenschaftlichen Karriereverlauf in der Human- und Zahnmedizin sowie der Veterinärmedizin, historische Entwicklung (1983-2002)	S. 27
Abb. 2	Entwicklung der Frauenanteile in verschiedenen Qualifikationsstufen im Zeitverlauf in der Human- und Zahnmedizin (1980-2002)	S. 28
Abb. 3	Entwicklung der Frauenanteile in verschiedenen Qualifikationsstufen im Zeitverlauf in der Veterinärmedizin (1980-2002)	S. 29
Abb. 4	Frauenanteile an C3- und C4-Professuren 2002 an Universitäten und künstlerischen Hochschulen (alle Fächer und medizinische Fächer)	S. 47
Abb. 5	Frauenanteile am Berufungsgeschehen (C3- und C4-Professur) der medizinischen Fächer 1998-2002 an Universitäten, kumulierte Werte	S. 49
Abb. 6	Frauenanteile an den Habilitationen (1999-2001) und den Bewerbungen um eine C3-Professur (2002), sowie Frauenanteile an den C3-Professuren (1999-2001) und der Anzahl der Bewerbungen um eine C4-Professur an Universitäten (2002)	S. 50
Abb. 7	Frauenanteile am wissenschaftlichen Personal der außerhochschulischen Forschungseinrichtungen (2002) (ohne Geschäftsstelle / Generalverwaltung)	S. 56
Abb. 8	Fachärztinnen in ausgewählten Schwerpunktgebieten in Prozent aller Fachärzte (1989/1990)	S. 61
Abb. 9	Frauenanteile an gestellten und bewilligten Anträgen bei der DFG nach Verfahren in der Humanmedizin (2002)	S. 66
Abb. 10	Frauenanteile an beantragtem und bewilligtem Fördervolumen nach Verfahren in der Humanmedizin (2002)	S. 67

Vorbemerkung

Seit weit mehr als einem Jahrzehnt verfolgen Bund und Länder im Rahmen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) das Ziel, nachhaltig die Chancengleichheit von Mädchen und jungen Frauen in Schule, Beruf, Hochschule und außerhochschulischer Forschung durchzusetzen; Bund und Länder streben zur Erreichung dieses Ziels strukturelle Veränderungen an und haben dafür erhebliche Mittel bereitgestellt.

Grundlegende Empfehlungen zum Abbau von Benachteiligungen für Wissenschaftlerinnen im Bereich der Hochschulen und außerhochschulischen Forschung hatte die BLK bereits 1989 in ihrem ersten Bericht "Förderung von Frauen in der Wissenschaft" gegeben; dieser Bericht wurde wiederholt aktualisiert und weiterentwickelt sowie um neue Empfehlungen ergänzt. Ferner hat die BLK eine Vielzahl von Modellversuchen sowie die speziellen frauenfördernden Fördermaßnahmen des HSP II und III bzw. des Programms "Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre" des HWP beschlossen.

In dem vergangenen Jahrzehnt hat sich dadurch das Bewusstsein für die Situation von Frauen in der Wissenschaft allgemein geschärft. Der Anteil von Frauen ist in dieser Zeit auf allen Qualifikationsstufen in Hochschulen und außerhochschulischer Forschung kontinuierlich gestiegen.

Die BLK hat im Jahr 2000 den Bericht "Frauen in der Wissenschaft – Entwicklung und Perspektiven auf dem Weg zur Chancengleichheit"¹ vorgelegt; dieser Bericht dokumentiert einerseits den erreichten Fortschritt, andererseits sollen die darin enthaltenen Empfehlungen zu strukturellen Veränderungen der Durchsetzung gleichstellungspolitischer Maßnahmen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen dienen.

Kritisch betrachtet die BLK die trotz zahlreicher Fortschritte noch immer unzureichende Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen von Wissenschaft und Forschung. Im Jahr 2002 hat sich deshalb die BLK in dem Bericht "Frauen in den ingenieur- und naturwissenschaftlichen Studiengängen" erstmals fokussiert zu einem bestimmten Fachgebiet geäußert.

Die kritische Betrachtung weiterer Fachbereiche gilt, wie der vorliegende Bericht zeigen wird, in ganz besonderem Maße auch für die medizinischen Fächer. Der nachstehende Bericht

¹ Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2000): Frauen in der Wissenschaft – Entwicklungen und Perspektiven auf dem Weg zur Chancengleichheit – Bericht der BLK vom 30. Oktober 2000, Dezember 2000, Heft 87, BLK, Bonn, 2000, S. 23.

kommt der Aufforderung der Regierungschefs des Bundes und der Länder nach, die Daten zu Frauenanteilen an Führungspositionen systematisch zu erfassen.²

Zur Vorbereitung des Berichtes ist im November 2002 eine Fachtagung mit Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft und der Verwaltung durchgeführt worden, bei der insbesondere auch die Stellung der Frau als Agierende in der Medizin bzw. der medizinischen Forschung sowie die Stellung der Frau als Gegenstand der Forschung in der Medizin betrachtet wurde. Eine Vielzahl von Ergebnissen und Anregungen aus der Fachtagung ist in den Bericht eingeflossen. Entsprechend den Aufgaben der BLK beschränkt sich der nachstehende Bericht auf Frauen in den akademischen Bereichen der Medizin; das breite Spektrum der Pflegeberufe wird hier nicht behandelt.

Die Unterrepräsentanz von Ärztinnen, insbesondere in Führungspositionen von Wissenschaft und Forschung, in der medizinischen Versorgung und in der Selbstverwaltung mindert nicht nur die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Es müssen auch die qualitativen und quantitativen Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung der Gesellschaft und ein durch fehlende "Definitionsmacht" bedingtes Ausblenden genderspezifischer Aspekte in Forschung und Lehre erkannt werden. Neben der sinkenden Zahl (junger) Ärztinnen und Ärzte stellt die Abwanderung deutscher Medizinerinnen und Mediziner ins Ausland ein zusätzliches Problem dar.³

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes wird eine Bestandsanalyse vorgelegt, die Ursachen für die Unterrepräsentanz von Ärztinnen in der Phase der Qualifikation und in der Phase des Erreichens von Führungspositionen analysiert sowie die medizinspezifischen Charakteristika in diesem Zusammenhang darstellt. Die an die Analyse anschließenden Empfehlungen wurden kursiv gesetzt.

Ein Vergleich mit der Situation der Medizinerinnen und Mediziner in den Ländern der Europäischen Union konnte aufgrund der bisher noch unzureichenden Datenlage auf europäischer Ebene nicht vorgenommen werden.⁴

² BLK (2000), a.a.O..

³ Vgl. hierzu: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Brain Drain - Brain Gain. Eine Untersuchung über internationale Berufskarrieren, 2002.

⁴ Vgl.: Organisation for Economic co-operation and development: Main definitions and conventions for the measurement of research and experimental development (R&D). A summary of the Frascati Manual 1993, Paris 1994, Eurostat: Fields of Education and Training. Manual. Eurostat, 1999, 5th Meeting of the Helsinki Group on Women and Science Statistical Correspondents, 31 March 2003. Presentation of Statistical Publication and Draft Tables, Figures and Annex Tables for Statistical Publication. Women and Science, 2003; European Commission: The Helsinki Group on Women and Science. National Policies on Women and Science in Europe, 2002, European Commission (2002): Scientific and Technological Performance by Gender. A feasibility study on Patent and Bibliometric Indicators. Vol. I Statistical Analysis European Communities, 2002.

An der Erstellung des Berichts "Frauen in der Medizin" war maßgeblich das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS, Bonn, beteiligt.

Die BLK hat den vorliegenden Bericht am 5. Juli 2004 beschlossen und ausdrücklich die darin aufgezeigten strukturellen und inhaltlichen Folgerungen begrüßt sowie die in dem Bericht aufgezeigten Handlungsbedarfe und Empfehlungen als einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Voraussetzungen für eine gleichwertige Teilhabe von Frauen an Führungspositionen im Bereich der Medizin erachtet.

Die BLK hat vorgesehen, sich im Jahre 2008 mit der Frage zu befassen, in welchem Umfang die Empfehlungen umgesetzt worden sind.

A. Kurzfassung

1. Ausgangslage

In der Medizin sind seit den 1980er Jahren auf allen Ebenen der Qualifikation steigende Frauenanteile zu verzeichnen, allerdings auf unterschiedlichem Niveau. Während derzeit bei den Hochschulzugangsberechtigten, Erstimmatrikulierten und Studierenden die Frauenanteile über denen der Männer liegen und nahezu gleich viele Frauen wie Männer in einem medizinischen Fach promoviert werden, erreicht nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials eine Führungsposition. Dieses Phänomen zeigte sich auch in der Deutschen Demokratischen Republik. Die Barrieren liegen - heute - insbesondere zwischen Promotion und Habilitation. In den medizinischen Fächern ist dabei im Jahr 2002 ein besonders hoher Rückgang der Frauenanteile im Karriereverlauf festzustellen: Zwischen Promotion und Habilitation sinken die Frauenanteile in der Human- und Zahnmedizin um 30,5 Prozentpunkte, in der Veterinärmedizin um 33,4 Prozentpunkte und im Durchschnitt aller Fächer um 14,8 Prozentpunkte.⁵ Das vorhandene Qualifikationspotenzial von Frauen wird auf den verschiedenen Ebenen des wissenschaftlichen Qualifizierungsprozesses also nicht entsprechend ausgeschöpft.

2. Der Qualifikationsverlauf in der Medizin

Die absolute Zahl der **studienberechtigten Schulabgänger und -abgängerinnen** ist in Deutschland seit 1970 kontinuierlich gestiegen, eine Entwicklung, die vor allem auf die zunehmende Bildungsbeteiligung junger Frauen zurückzuführen ist. Eine repräsentative HIS-Umfrage (2002) ergab, dass im Jahr 1999 5 % der weiblichen und 3 % der männlichen Hochschulzugangsberechtigten planten, ein Studium der Medizin aufzunehmen. Dabei übersteigt die Zahl der Hochschulzugangsberechtigten mit dem Studienfachwunsch 'Medizin' dauerhaft das Studienplatzangebot.⁶ Geschlechtsdifferenzierte Daten zu den **Motiven der Studienfachwahl** liegen für die medizinischen Fächer nicht vor. Bisher bekamen Frauen – wohl aufgrund ihrer besseren Schulabschlüsse – unabhängig von der Anzahl der Studienplätze häufiger einen Studienplatz in der Human- und Zahnmedizin zugewiesen als Männer. Im Jahr 2002 lag der Frauenanteil an den **Studienanfängern und -anfängerinnen** (1. Fachsemester) in der Humanmedizin bei 63,7 % und in der Zahnmedizin bei 62,6 %. In der Veterinärmedizin waren im selben Jahr 83,9 % aller Studienanfänger weiblich.⁷ Um diese für Frauen positive Situation in den medizinischen Fächern zu erhalten, sollte bei der Einführung von Auswahlgesprächen in den Hochschulen darauf geachtet werden, dass diese ge-

⁵ Vgl.: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003; Vgl. auch: Anhang 1.4. sowie 2.1.2..

⁶ Vgl.: Anhang 1.1..

⁷ Vgl.: Anhang 1.2..

schlechtergerecht verlaufen; auch sollten in solchen Auswahlgesprächen die für den ärztlichen Beruf besonders notwendigen Qualifikationskriterien Berücksichtigung finden. Bereits jetzt bestehende Erfahrungen aus solchen Bewerbungsgesprächen sollten unter Einbeziehung genderspezifischer Aspekte evaluiert werden; positive Ansätze und Ergebnisse lassen sich in die Gestaltung eines Kriterienkatalogs für Auswahlverfahren einbinden und für einen Leitfaden für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber heranziehen.

Dem steigenden Anteil weiblicher Studienanfänger in den medizinischen Fächern entsprechend sind zwischen 1992 und 2002 auch die Frauenanteile an den **Studierenden** in der Medizin gestiegen. Im Jahr 2002 waren 56 % der Studierenden in der Humanmedizin weiblich, in der Zahnmedizin lag ihr Anteil im selben Jahr bei 54,5 % und in der Veterinärmedizin bei 82 %.⁸ Bei den **Absolventen und Absolventinnen** betragen die Frauenanteile entsprechend 52,3 % (Humanmedizin), 54,5 % (Zahnmedizin) und 79,1 % (Veterinärmedizin).⁹ Der Frage, weshalb die Frauenanteile in den medizinischen Fächern deutlich steigen, während die Männeranteile kontinuierlich sinken, sollte in Zukunft verstärkt nachgegangen werden. Die Klärung dieses Sachverhaltes ist von Bedeutung, weil die hohen Frauenanteile auch auf einem schwindenden Interesse am ärztlichen Beruf seitens männlicher Hochschulzugangsberechtigter basieren können. Trotz schlechter werdender Berufsaussichten praktizierender Ärztinnen und Ärzte ist die Neigung zu einem **Studienabbruch** in den medizinischen Fächern im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Fächer als unterdurchschnittlich zu bezeichnen (2001: 7 % zu 24 %). Gründe für den Studienabbruch in den einzelnen medizinischen Fächern sollten in Zukunft fach- und geschlechterspezifisch erhoben werden.

In dem für Humanmedizinerinnen und Humanmediziner nach Abschluss des Studiums folgenden Ausbildungsabschnitt "**Ärztin im Praktikum und Arzt im Praktikum**" (AiP) herrscht nahezu eine Gleichverteilung beider Geschlechter (2001: 50,7 % Frauen).¹⁰ Im Rahmen des AiPs werden oftmals Grundlagen für die Anfertigung einer Dissertation gelegt. Die Frauenanteile an den **Promotionen** sind – insbesondere in der Zahn- und Veterinärmedizin – zwischen 1992 und 2002 deutlich angestiegen. 46,2 % aller abgeschlossenen Promotionen in der Humanmedizin, 45,6 % aller erfolgreich beendeten Promotionen in der Zahnmedizin und 74,8 % aller abgeschlossenen Promotionen in der Veterinärmedizin wurden im Jahr 2002 von Frauen angefertigt.¹¹ Es zeigen sich also – auf einem insgesamt sehr hohen Promotionsniveau – kaum geschlechtsspezifische Differenzen in der Promotionsneigung in den medizinischen Fächern.

⁸ Vgl.: Anhang 1.3..

⁹ Vgl.: Anhang 1.4..

¹⁰ Daten zu Ärztinnen und Ärzten im Praktikum werden nach 2001 nicht mehr erhoben.

¹¹ Vgl.: Anhang 2.1.1..

Im weiteren Ausbildungsverlauf sinken die Frauenanteile jedoch deutlich ab. An den von den Ärztekammern ausgesprochenen **Anerkennungen von Schwerpunktgebieten**, die in der Humanmedizin für die Niederlassung als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt, für die Besetzung einer Juniorprofessur in der Medizin und auch für die Habilitation in einem medizinischen Fach Voraussetzung sind, lag der Frauenanteil im Jahr 2002 bei 38,9 %.¹² Humanmedizinerinnen einer Jahreskohorte schließen zum großen Teil wesentlich seltener eine Facharztausbildung ab als Humanmediziner desselben Jahrgangs.

3. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten

Der nach Abschluss der Promotion zu beobachtende Trend rückläufiger Frauenanteile setzt sich auf der Qualifikationsstufe der **Habilitation** fort. Die allgemeine Habilitationsrate von Wissenschaftlerinnen stieg zwischen 1992 und 2002 im Vergleich zu der gestiegenen Promotionsrate unterproportional an. Dies trifft für die Human- und Zahnmedizin in einem noch höherem Maße zu als für den Durchschnitt aller Fächer. In der Veterinärmedizin ist eine Aussage hierzu aufgrund der sehr geringen Fallzahlen und uneinheitlichen Entwicklung nicht möglich. Die Frauenanteile an den Habilitationen lagen in der Human- und Zahnmedizin im Jahr 2002 bei 15,5 %, in der Veterinärmedizin bei 41,4 %.¹³ In allen medizinischen Fächern zeigt sich eine deutlich höhere Habilitationsneigung der Männer: In der Human- und Zahnmedizin haben sich im Jahr 2002 etwa viermal so viele Männer wie Frauen habilitiert, in der Veterinärmedizin nahezu doppelt so viele.¹⁴ Das hier stark ausgeprägte Missverhältnis zwischen den Anteilen der Geschlechter verweist auf den besonderen Handlungsbedarf gleichstellungspolitischer Maßnahmen im Bereich der Medizin.

Auch an dem **hauptberuflich wissenschaftlich tätigen Personal** partizipieren Frauen in einem geringeren Ausmaß als Männer und dies mit steigender Hierarchiestufe zunehmend. Insbesondere in der Human- und Zahnmedizin sind Frauen bei den C3-Professuren (2002: 9,2 %) und in noch größerem Ausmaß bei den C4-Professuren (2002: 4,8 %) stark unterrepräsentiert.¹⁵ In der klinisch-praktischen Humanmedizin waren im Jahr 2001 sogar nur 2,8 % aller C4-Professuren, die dort mit der Übernahme einer Klinikleitung verbunden sind, mit Frauen besetzt.¹⁶ Im Jahr 2002 lag der Frauenanteil am gesamten Berufungsgeschehen an Universitäten¹⁷ bei der Besetzung von C3- bzw. C4-Professuren in allen Verfahrensschritten im Durchschnitt aller Fächer höher als in den medizinischen Fächern. Eine Aus-

¹² Vgl.: Anhang 2.2.2..

¹³ Vgl.: Anhang 2.1.2..

¹⁴ Vgl.: Anhang 2.1.3.

¹⁵ Vgl.: Anhang 2.1.4..

¹⁶ Vgl.: Statistisches Bundesamt Fachserie 11, R.4.4., 2001.

¹⁷ Ohne Kunst- und Musikhochschulen.

nahme bildet die Veterinärmedizin bei den Berufungen auf C3-Professuren sowie in allen Verfahrensschritten bei den C4-Professuren.¹⁸ In den vergangenen fünf Jahren wurde eine entsprechend qualifizierte Medizinerin (Human- und Zahnmedizin sowie Veterinärmedizin), wenn sie sich beworben hatte, mit großer Wahrscheinlichkeit auch berufen.

Die Situation der Medizinerinnen in den von Bund und Ländern geförderten **außerhochschulischen Forschungseinrichtungen**¹⁹ kann wegen des Fehlens einer verlässlichen Datengrundlage nicht dargestellt werden. Um eine präzise Bestandsaufnahme vornehmen zu können, sind geschlechtsdifferenzierte Daten erforderlich, die auch fächerspezifisch nach Studienabschluss und aktuellem Forschungsgebiet der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler differenzieren. Dies ist insbesondere für die medizinischen Fächer notwendig, da hier Positionen im medizinischen Bereich oftmals mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus medizinnahen Fächern, wie z.B. Biologie, Pharmazie, Chemie etc. besetzt werden. Bund und Länder haben sich in der Ausführungsvereinbarung Gleichstellung (AV-Glei) in § 1 Abs. 2, Satz 2, darauf verständigt, von den außerhochschulischen Forschungseinrichtungen regelmäßig (alle vier Jahre) geschlechtsdifferenzierte Berichte über die Situation und die Zahl der Beschäftigten anzufordern und die Ergebnisse der Bundesregierung für die nach dem Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erforderliche Berichterstattung zur Verfügung zu stellen.

Ärztinnen sind auch im berufspolitischen Bereich, in den **Kassenärztlichen Vereinigungen** und den **Ärztekammern**, nicht angemessen vertreten. In allen drei medizinischen Fachbereichen zeigt sich darüber hinaus eine deutliche Unterrepräsentanz der Frauen bei den Ärzten und Ärztinnen mit **eigener Praxis**, das medizinische Tätigkeitsfeld mit hohen Einkommensmöglichkeiten (2002: 33,7 % in der Humanmedizin, 34,8 % in der Zahn- und 32,9 % der Veterinärmedizin). Medizinerinnen sind hingegen überproportional häufig als Praxisangestellte oder -assistentinnen beschäftigt (2002: 68 % in der Human-, 53,8 % in der Zahn- und 72,4 % in der Veterinärmedizin).²⁰

Nicht nur in den ärztlichen Tätigkeitsfeldern, sondern auch in den einzelnen **Schwerpunktgebieten** zeigt sich eine geschlechtsspezifische Verteilung von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern. Mit zunehmendem Ansehen, höheren Einkommensmöglichkeiten und steigender gesellschaftlicher Anerkennung des jeweiligen Schwerpunktgebietes sinken die

¹⁸ Vgl.: Anhang 2.1.5..

¹⁹ Die von Bund und Ländern gemeinsam geförderten außerhochschulischen Forschungseinrichtungen sind in folgende Forschungsorganisationen gegliedert: Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft (HGF), Fraunhofer Gesellschaft (FhG), Max-Planck-Gesellschaft (MPG) und Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz (WGL).

²⁰ Vgl.: Anhang 2.2.1., 2.2.4. und 2.2.5..

Frauenanteile. Im Jahr 2002 waren nur 12,7 % aller berufstätigen Chirurgen, aber 49 % aller berufstätigen Kinderärzte weiblich.²¹ Diese geschlechtsspezifische Segregation²² in den Schwerpunktgebieten zeigte sich auch in der Deutschen Demokratischen Republik. In Gesamtdeutschland erzielten Männer in den von ihnen dominierten Fachgebieten ein höheres Einkommen.²³

4. Barrieren im medizinischen Karriereverlauf

Die statistischen Daten zeigen, dass die Barrieren für Frauen auf dem Weg zu Führungspositionen in Forschung und Lehre vor allem zwischen Promotion und Habilitation liegen. Die Ursachen hierfür sind mehrfach untersucht worden:

Die Studienergebnisse zeigen, dass das **berufliche Selbstvertrauen** von berufstätigen

Ärztinnen im Laufe der Zeit sinkt, während das ihrer männlichen Kollegen steigt.²⁴ Sowohl Frauen als auch Männer neigen dazu, Frauen unterzubewerten und Männer überzubewerten.²⁵ Eine Folge solcher zumeist unbewusster Verhaltensweisen kann eine Benachteiligung und subtile **Diskriminierung von Frauen** sein. Die Zuschreibung von Attributen bezüglich der Anforderungen in einem Beruf sowie der Befähigung, die erforderlichen Leistungen erbringen zu können, verstärkt die horizontale und vertikale Segregation. Das Engagement in der Patientinnen- und Patientenversorgung spielt in den meisten Fällen eine nachrangige Rolle. Ärztinnen, die sich um eine Professur bewerben, messen der Krankenversorgung, die häufig auf Kosten der wissenschaftlichen Tätigkeit geleistet wird, oftmals eine höhere Bedeutung bei als ihre männlichen Mitbewerber. Männer verfügen darüber hinaus in einer Bewerbungssituation um eine leitende Position meistens über ein Beziehungssystem, wobei die sich aus dem Status ergebende Autorität von den aktuellen auf die zukünftigen Professoren übertragen wird. Frauen verfügen in der Regel über kein vergleichbares **Netzwerk** als Supportsystem. Als problematisch wird auch eine geringere **Mobilitätsneigung** von Wissen-

²¹ Vgl.: Anhang 2.2.2..

²² Segregation bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Frauen und Männer in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, Berufen und Branchen (horizontale Segregation) sowie auf unterschiedlichen Hierarchieebenen (vertikale Segregation) beschäftigt sind. Vgl.: Leitner, Andrea (o.J.): Frauenberufe – Männerberufe: Zur Persistenz geschlechtshierarchischer Arbeitsmarktsegregation.

²³ Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 4 vom 24.01.2003, Seite A-166: Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. Vgl. auch: Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 1998.

²⁴ Abele-Brehm, Andrea E. (2002): Arzt oder Ärztin sein heute – zwischen Erwartung und Realität – Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E, in: Brandenburg, Ulrich et.al. (Hrsg.) (2002): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2002, S.21-32.

²⁵ Vgl.: Massachusetts Institute of Technology (1999): A study on the status of women faculty in science at MIT. MIT Faculty Newsletter, Vol. 11, No. 4. Cambridge, Mass, Massachusetts Institute of Technology, 1999.

schaftlerinnen angesehen. Diese sind tendenziell seltener bereit, für eine Anstellung in eine andere Stadt oder ein anderes Land zu ziehen, wenn dies z.B. nicht zusammen mit Partnerin bzw. Partner und / oder Familie möglich ist.

Die medizinischen Fächer bedürfen wegen ihres spezifischen Ausbildungsverlaufes und ihrer strukturellen Rahmenbedingungen besonderer Gleichstellungsmaßnahmen. Medizinerinnen sind z.B. in hohem Maße von den geltenden **Mutterschutzbestimmungen** betroffen. Insbesondere bei Ärztinnen im Praktikum und Assistenzärztinnen auf dem Weg zur Facharztanerkennung kann sich die Ausbildung durch Schwangerschaft oder Mutterschutz um mehrere Jahre verlängern oder sie wird aufgrund von Bestimmungen in der Weiterbildungsordnung (WBO) vorzeitig beendet.²⁶ Auch das Problem der **Vereinbarkeit von Kindern und Karriere** stellt sich in der Medizin aufgrund der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung als außerordentlich prekär dar. So hängt die geschlechtsspezifische Segregation in den Berufsfeldern und -positionen auch mit der unterschiedlichen Arbeitszeitbelastung zusammen: Die Tätigkeitsfelder und Schwerpunktgebiete, in denen Ärztinnen verstärkt vertreten sind, ermöglichen zumeist geregelte Arbeitszeiten, bieten häufiger die Option, einer Teilzeittätigkeit nachzugehen und erfordern eine geringere Zahl an Überstunden. Das konnte auch für andere Länder wie Frankreich und England gezeigt werden.²⁷ Die Kinderbetreuungssituation allgemein, aber insbesondere des wissenschaftlichen Personals an den Medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten, erweist sich bisher als äußerst defizitär.

5. Forschungsförderung

Bei der **Deutsche Forschungsgemeinschaft** (DFG) bewarben sich im Jahr 2002 anteilig mehr Wissenschaftlerinnen aus medizinischen Fächern um ein Forschungsprojekt als Wissenschaftlerinnen im Durchschnitt aller Fächer. Dennoch wurden 2002 insbesondere in der Praktischen Medizin prozentual mehr Anträge von Frauen als solche von Männern abgelehnt. Der Anteil von Frauen in den Fachausschüssen der DFG liegt in der Medizin zur Zeit noch unter dem Frauenanteil an den Professuren in der Medizin.

²⁶ Vgl.: Kapitel 5.1..

²⁷ Crompton, Rosemary / LeFeuvre, Nicky (2003): Continuity and change in the gender segregation of the medical profession in Britain and France, in: Blättel-Mink, Birgit / Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Health Professions, Gender and Society. Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change. International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 23, No. 4/5, 2003, S.36-56

6. Gleichstellungsmaßnahmen

Gleichstellungsbeauftragte²⁸ haben die Aufgabe, die Belange von Frauen an den Hochschulen wahrzunehmen und der strukturellen Benachteiligung von Frauen entgegen zu wirken. Gleichzeitig soll die individuelle Situation von Frauen an Hochschulen verbessert werden. Dies gilt insbesondere für soziale, organisatorische und personelle Maßnahmen und die Aufstellung von Frauenförderplänen. In solchen Frauenförderplänen sind im Jahr 2002 nur in 61 % der medizinischen Fakultäten konkrete personelle Zielvorgaben implementiert.²⁹

Ein Ziel des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms (HWP) und seines Fachprogramms zur Förderung von Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre ist die Überwindung bestehender struktureller Hemmnisse, um so die geschilderte Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen in Hochschulen und außerhochschulischer Forschung weiter abzubauen. Bund und Länder werden in der unlängst beschlossenen Verlängerung des HWP um eine zweite Phase (2004-2006) ihre Anstrengungen zur Überwindung bestehender struktureller Hemmnisse im Rahmen des Fachprogramms zur Förderung der Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre unvermindert fortsetzen.³⁰ Eine entsprechende Evaluation des HWP liegt noch nicht vor, so dass bisher keine Aussagen über die Partizipation von Wissenschaftlerinnen aus den medizinischen Fächern gemacht werden können. Einige Länder, wie z.B. Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein, haben mit Evaluationen auf Länderebene begonnen. Es wäre sinnvoll, wenn auch die übrigen Länder bzw. Hochschulen die Umsetzung der gleichstellungspolitischen Maßnahmen des HWP fächer- und geschlechtsdifferenziert evaluieren würden.

Das zum HWP flankierende und vom Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS konzipierte Bundesprogramm "**Anstoß zum Aufstieg** – Karrierestrategien für Frauen in der Wissenschaft" zeigte, dass habilitierte Medizinerinnen dieses Förderinstrument im Vergleich zu Wissenschaftlerinnen aus anderen Fächern unterproportional nutzen. Teilnehmerinnen aus den medizinischen Fächern berichten von besonderen Schwierigkeiten, für die Dauer der Fortbildung dem Klinikbetrieb fernbleiben zu können.

²⁸ Vgl.: BLK (2000), Heft 87, a.a.O..

²⁹ Vgl.: Kaczmarczyk, Gabriele / Schulte, Erika (Hrsg.) (2002): Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland. Erstellt im Auftrag der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen. Berlin, 2002.

³⁰ Bund und Länder haben die Verlängerung des HWP für die Jahre 2004 bis 2006 am 11. Dezember 2003 beschlossen, vgl. Bundesanzeiger vom 18. Dezember 2003, Seite 26 142 und www.blk-bonn.de/aktuelles.htm .

7. Frauen- und Geschlechterforschung

Die **Geschlechterforschung** (Gender Studies) hat sich auf der Grundlage der Erkenntnisse der Frauenforschung, die vor allem der Untersuchung der besonderen frauenspezifischen Belange in verschiedenen Gesellschaftsbereichen dient, entwickelt und stellt somit eine Ausdifferenzierung dieses Forschungsansatzes dar. Wesentlich für diesen Ansatz ist die Auseinandersetzung mit der sozialen Konstruktion der Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifischen Benachteiligungen. Genderforschung in Medizin und Naturwissenschaften fokussiert auch Auswirkungen von biologischen Geschlechterdifferenzen auf die Geschlechterverhältnisse sowie die Wechselwirkung zwischen biologischen und sozialen Faktoren. Frauen wurden und werden als Testpersonen bei der Erforschung diagnostischer und therapeutischer Methoden und insbesondere in der Pharmaforschung häufig ausgeschlossen. Auf der Basis von nationalen und internationalen Studiengängen wird die Notwendigkeit deutlich, eine Geschlechterdifferenzierung im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit vorzunehmen. Genderspezifische Forschungsergebnisse ermöglichen einen zielgenauen und ressourceneffizienten Einsatz von Heilverfahren und -methoden. Die Frauen- und Geschlechterforschung hat auch die Funktion einer Infragestellung der grundsätzlichen Annahme von Geschlechtsneutralität wissenschaftlicher Erkenntnisse, dies auch und gerade in den Naturwissenschaften und der Medizin.

Die Anforderungen der ärztlichen Praxis sind bis heute in ihren Lehrinhalten, Leistungskriterien, Forschungsmethoden und Arbeitsbedingungen an der männlichen Normalbiographie ausgerichtet. In den letzten Jahren wird jedoch der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in der Medizin auch in Deutschland Rechnung getragen. Die neue ärztliche Approbationsordnung bietet die Möglichkeit, geschlechtsspezifische Aspekte in die Lehr- und Lerninhalte aufzunehmen. Dabei ist auch die Anzahl der **Frauen- und Geschlechterforschungsprofessuren** ein Indikator für den Grad der Institutionalisierung von Frauen- und Geschlechterforschung an den Hochschulen. Zur Zeit sind in Deutschland vier von 97 solcher Professuren mit dem Schwerpunkt Frauen- und Geschlechterforschung mit Medizinerinnen besetzt (Stand: 5. Mai 2003).

8. Empfehlungen

Bund und Länder halten es für erforderlich, durch gezielte und verstärkte Anstrengungen auf allen Ebenen (Hochschulen, außerhochschulische Forschungseinrichtungen) und Bereichen (DFG) dazu beizutragen, das durch den hohen Anteil von Frauen bei den Studierenden zur Verfügung stehende Potenzial mehr als bisher für die qualitativ hochwertige Besetzung von Führungspositionen zu erschließen. Handlungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der

strukturellen Bedingungen sowie der gezielten Förderung von Frauen nach der Promotion. Die in diesem Bericht vorgelegten Empfehlungen sind ein Beitrag zur Qualitätssicherung, Leistungssteigerung und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit in der medizinischen Forschung und Lehre sowie in der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Der Qualifikationsverlauf in der Medizin

Frauen und Männer partizipieren in der Medizin von Studienbeginn bis zur Approbation quantitativ etwa zu gleichen Anteilen. Die durch die Kultusministerkonferenz am 6. März 2003 beschlossene Stärkung des Auswahlrechts der Hochschulen macht es jedoch notwendig, die geplanten Auswahlgespräche so zu gestalten, dass keine geschlechtsspezifische Benachteiligung entsteht. Nach erteilter Approbation sinken die Frauenanteile. An den Facharztanerkennungen liegt ihr Anteil nur noch bei gut 30 % (2002). Die sinkenden Frauenanteile an den Facharztanerkennungen sind in besonderem Maße auf das Fehlen von Teilzeitarbeitsplätzen, einer Verlängerung der Facharztausbildung durch Unterbrechungen und Teilzeitarbeit sowie auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Phase der Facharztausbildung und die Familienphase (30. bis 35. Lebensjahr) zusammenfallen.³¹

- (1) *Bund und Länder regen an, dass das Hochschul-Informationssystem (HIS) die Motive zur Studienfachwahl für den medizinischen Bereich fächerspezifisch erhebt und nach Geschlecht differenziert.*
- (2) *Bund und Länder werden dafür Sorge tragen, dass für den medizinischen Bereich an den Hochschulen nach Geschlecht differenzierte Daten bei Bewerbungen, Zulassungen und Einschreibungen erhoben und öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Angaben der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) sollten durch geschlechtsdifferenzierte Daten derer ergänzt werden, die sich nach Zuweisung eines Studienplatzes in den medizinischen Fächern auch tatsächlich für das entsprechende Fach immatrikulieren.*
- (3) *Bund und Länder halten das LOG BOOK, das zu einer größeren Transparenz und Vereinheitlichung der Weiterbildung führt, für ein geeignetes Beispiel zur Vereinheitlichung der fachärztlichen Weiterbildung, an dem sich die Länder orientieren können.*
- (4) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulklinika, Personalentwicklungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung durchgängig einzuführen.*

³¹ Vgl.: Kapitel 2, Langfassung.

- (5) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulklinika, eine geschlechtsdifferenzierte Bestandsaufnahme des Beginns, der Verweildauer und des Ausbildungsabschlusses bzw. -abbruches von Ärzten und Ärztinnen in der Assistenzzeit vorzunehmen.*

Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten

In den medizinischen Tätigkeitsbereichen zeigen sich in nahezu allen Berufsfeldern und -positionen geschlechtsspezifische Differenzen zu Ungunsten von Medizinerinnen. Frauen sehen sich in der Medizin strukturellen Barrieren und Diskriminierungen ausgesetzt, denen mit spezifischen Maßnahmen entgegen gewirkt werden kann.

- (6) *Bund und Länder begrüßen, dass an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen die Verteilung von Ressourcen im Sinne der Gleichstellung der Geschlechter überprüft wird.*
- (7) *Bund und Länder werden darauf achten, dass zur Sicherung von Qualität und Chancengleichheit alle Stellenbesetzungsverfahren im medizinischen Bereich in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen offen und nachvollziehbar gestaltet werden. Bereits bei der Ausschreibung ist das Stellenprofil zu definieren. Die anzuwendenden Auswahlkriterien sind bereits in diesem Stadium festzulegen; sie sollten keine Ausschlussmechanismen aufweisen, die insbesondere Frauen benachteiligen (d.h. z.B. keine Altersbegrenzung, kein Ausschluss von Teilzeittätigkeit). Änderungen im Laufe des Verfahrens im Hinblick auf konkrete Bewerbungen sind grundsätzlich auszuschließen.*
- (8) *Bund und Länder werden Bemühungen an Hochschulen unterstützen, mit denen Qualifikationskriterien in Berufungsverfahren im medizinischen Bereich objektiviert werden können.*
- (9) *Bund und Länder halten es für sinnvoll, dass in Berufungsverfahren im Bereich der Medizin neben der wissenschaftlichen Leistung auch Leistungen in der Krankenversorgung angemessen berücksichtigt werden.*
- (10) *Bund und Länder fördern Initiativen an wissenschaftlichen Einrichtungen, Netzwerke für Wissenschaftlerinnen aufzubauen.*
- (11) *Bund und Länder regen an, auch an wissenschaftlichen Einrichtungen die Möglichkeit zu prüfen, dass Paare gemeinsam an einer Einrichtung tätig sein können. Sollte ein Paar sich eine Stelle teilen, sollte die Gelegenheit gewährt werden, getrennt voneinander Drittmittel einzuwerben.*

- (12) *Bund und Länder fordern Universitätsklinika und medizinische Hochschulen auf, in Anlehnung an das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) adäquate Teilzeitmodelle sowohl für den medizinischen Aus- und Weiterbildungsverlauf als auch für berufstätige Ärztinnen und Ärzte auszugestalten und anzuwenden.*
- (13) *Bund und Länder unterstützen Bemühungen der medizinischen Hochschulen und Universitätsklinika, die Ärztinnenanteile in den von Medizinern dominierten Schwerpunktgebieten und Leitungspositionen zu erhöhen.*
- (14) *Bund und Länder empfehlen, an Hochschulklinika das Vergütungssystem im Hinblick auf die Gleichstellung der Geschlechter zu überprüfen.*
- (15) *Bund und Länder schlagen eine Reform der Weiterbildungsordnungen der medizinischen Fächer vor, welche die Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf, Schwangerschafts- und Kindererziehungszeiten verbessert.*
- (16) *Bund und Länder fördern Initiativen der Hochschulklinika zur Einrichtung von Stellenpools für Schwangerschaftsvertretungen und Vertretungen von Müttern und Vätern in Elternzeit.*
- (17) *Bund und Länder setzen sich dafür ein, die Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen dem aktuellen Stand der Technik anzupassen und die Umgestaltung des Arbeitsplatzes gemäß der modernen arbeitsmedizinischen Erkenntnisse vorzunehmen. Bei notwendigen Arbeitseinschränkungen sollte werden- den und stillenden Müttern eine qualifizierte Weiterarbeit ermöglicht werden.*
- (18) *Bund und Länder halten es für bedeutsam, an medizinischen Hochschulen und Klinika innovative Formen der Kinderbetreuung, die den Anforderungen der Ausbildung und des Berufes im medizinischen Wissenschaftsbereich entsprechen, zu fördern.*

Gleichstellungsmaßnahmen

Bisher können nicht alle Gleichstellungsmaßnahmen nach medizinspezifischen Notwendigkeiten ausgestaltet werden, da notwendige, nach Fach und Geschlecht differenzierte Daten als Grundlage für eine Analyse fehlen. Gleichstellungsmaßnahmen, die fächer- und geschlechtsspezifisch ausgewertet wurden, weisen jedoch auf die Notwendigkeit hin, dass Maßnahmen zur Chancengleichheit in der Medizin den spezifischen Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in der Medizin entsprechend zu gestalten sind.

- (19) *Bund und Länder fördern Initiativen der Medizinischen Fakultäten und Klinika zur Evaluation der bestehenden Steuerungsinstrumente mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit in den betreffenden Einrichtungen.*
- (20) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulen, insbesondere Hochschulklinika, außerhochschulischen Forschungseinrichtungen und freien Krankenhäusern, Mentoring-Programme für Frauen in der Medizin einzurichten und zu unterstützen.*
- (21) *Bund und Länder sehen vor zu prüfen, ob die Ergebnisse der Auswertung vorliegender nationaler Erfahrungen zur Reform von medizinischen Studiengängen die Integration geschlechtsspezifischer Themen in die reformierten Studiengänge fördern können.*
- (22) *Bund und Länder halten es für sinnvoll zu prüfen, ob im Rahmen der allgemeinen Reform der Studieninhalte sinnvolle Strategien zur Erreichung der Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin integriert werden können.*
- (23) *Bund und Länder erachten die Einrichtung weiterer Professuren für Frauen- und Geschlechterforschung in der Medizin sowie die Vernetzung der in der Frauen- und Geschlechterforschung tätigen Wissenschaftlerinnen für sinnvoll, um die Gender-Perspektive in die medizinische Forschung und Lehre stärker implementieren zu können.*
- (24) *Bund und Länder werden Sorge dafür tragen, dass in der von Bund und Ländern geförderten Gesundheitsforschung geschlechtsspezifische Aspekte auf allen Ebenen des Forschungsprozesses berücksichtigt werden.*

Operationalisierung und Erfolgskontrolle

- (25) *Bund und Länder regen an, die Empfehlungen z.B. in Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen aufzunehmen und ihre Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.*

B. Langfassung

1. Ausgangslage

Frauen in der Medizin haben in Deutschland eine lange Tradition: Seit dem Mittelalter werden Frauen als Ärztinnen erwähnt; die von der Äbtissin Hildegard von Bingen verfassten medizinischen Abhandlungen sind bis heute bekannt. Dabei darf der Begriff 'Medizinerin' in der klassischen Antike und dem Mittelalter nicht mit dem Inhalt des heutigen Begriffs gleichgestellt werden, da zu jener Zeit kein vorgeschriebener und verbindlicher Bildungsgang existierte. Erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurde Kompetenz im Heilberuf zunehmend mit akademischer und klinischer Ausbildung gleichgesetzt.³² Während die angelsächsischen Länder, Frankreich und die Schweiz Frauen ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zum Medizinstudium zuließen, öffnete sich in Preußen bis 1899 keine Institution für Medizinstudentinnen. Nur Dorothea Christiane Erxleben-Leporin (1715 - 1762) wurde mit einer Sondergenehmigung als erste und für lange Zeit auch einzige Frau an der Universität Halle im Fach Medizin promoviert. Erst ab 1905 war es Frauen erlaubt, an einer deutschen medizinischen Fakultät eine Dissertation anzufertigen, und erst nach 1920 erhielten sie das Recht zur Habilitation.³³ Die erste deutsche Ärztin Franziska Tiburtius (1842 - 1927) absolvierte ihr Medizinstudium an der Universität Zürich.

Im Jahr 1932 gab es 5.919 Studentinnen der Humanmedizin in Deutschland (19,8 %), 1.385 Studentinnen der Zahnmedizin (20,5 %) und 28 Studentinnen der Veterinärmedizin (1,4 %). Mit der Durchsetzung der nationalsozialistischen Ideologie wurde der Anteil an Studentinnen pro Fach auf 10 % beschränkt. Verheiratete Ärztinnen wurden aus dem öffentlichen Dienst entlassen und 1934 wurde ihnen die kassenärztliche Zulassung entzogen. Erst nach 1945 stieg der Anteil an Medizinstudentinnen wieder an.

Das Statistische Bundesamt hat Sonderreihen mit Beiträgen für die DDR veröffentlicht³⁴, in denen unter anderem Angaben zu dem Ärztinnenanteil an Professuren und Dozenturen zu finden sind.

Der Frauenanteil an der Ärzteschaft sank – ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland – auch in der DDR mit zunehmender Qualifikationsstufe: Der durchschnittliche Frauenanteil an den Dozenturen in der Medizin lag in der DDR zwischen 1982 und 1989 bei 13,2 %, an den

³² Vgl.: Marburger Bund (Hrsg.) (2002): Ärztinnen. Situation, Probleme, Chancen. Köln 2002.

³³ Vgl.: Ziegler, Beate (1993): Weibliche Ärzte und die Krankenkassen. Anfänge ärztlicher Berufstätigkeit von Frauen in Berlin 1893-1935. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1993, S. 12ff..

³⁴ Statistisches Bundesamt (1994): Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR. Heft 13 Hochschulen 1980 bis 1990. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt Wiesbaden, 1994; sowie: Statistisches Bundesamt: Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR. Heft 14 Erwerbstätige 1950 bis 1989. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt Wiesbaden, 1994.

Professuren in der Medizin bei 5,2 %. In dem alten Bundesgebiet betrug der Frauenanteil entsprechend 16 % an den Dozenturen und Assistenzstellen und 4 % an den Professuren.

Obwohl Ärztinnen in der DDR häufiger eine Facharztanerkennung erwerben konnten³⁵ als Medizinerinnen in der Bundesrepublik Deutschland, öffnete sich ihnen die Bastion 'Wissenschaft' auch in der DDR nicht. So stiegen die Frauenanteile in der DDR zwischen 1982 und 1989 an den Dozenturen und Professuren in der Medizin nur in geringem Maße: Von 13,6 % auf 14,2 % (Dozenturen) und von 5,4 % auf 5,5 % (Professuren). In dem alten Bundesgebiet stiegen die Frauenanteile im selben Zeitraum von 14,8 % auf 20,5 % (Dozenturen und Assistenzstellen), ihr Anteil an den Professuren betrug sowohl 1982 als auch 1989 4,4 %.

Dabei ist für die DDR zu berücksichtigen, dass die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium zwischen 1980 und 1981 von 65 % auf 55 % gesenkt wurde, da in einigen Krankenhausstationen Frauen bis zu 90 % des gesamten medizinischen Personals stellten und die Leitungen über zu viel Ausfall durch Schwangerschaften auch unter dem ärztlichen Personal klagten.³⁶

Obwohl im Gebiet der DDR die ganztägige Kinderbetreuung gesichert war und vor der Wiedervereinigung lediglich 0,5 % aller Frauen zugunsten ihrer Berufstätigkeit auf Kinder verzichteten – in der Bundesrepublik Deutschland waren es 33 %³⁷ –, zeigten sich auch hier berufliche Schwierigkeiten für Frauen und deutliche geschlechtsspezifische Differenzen bezüglich beruflicher Positionen und der Verteilung auf die Schwerpunktgebiete.³⁸ Ein Grund mag die alleinige Zuständigkeit der Frauen für die Vereinbarkeit von ganztägiger Berufstätigkeit und Familie gewesen sein. Mit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland verschärfte sich die Situation für die ostdeutschen Frauen: In den alten Ländern ist der Anteil der Ärztinnen von 29 % (1990) auf 35 % (1994) gestiegen, in den neuen Ländern ist der Anteil der Ärztinnen von 53,5 % (1990) auf 35 % (1994) gesunken.

Die nachfolgende Grafik (Abb. 1) zeigt die Beteiligung von Frauen und Männern in einem modellhaft dargestellten wissenschaftlichen Karriereverlauf der medizinischen Fächer von

³⁵ Vgl.: Kapitel 3.3.2.

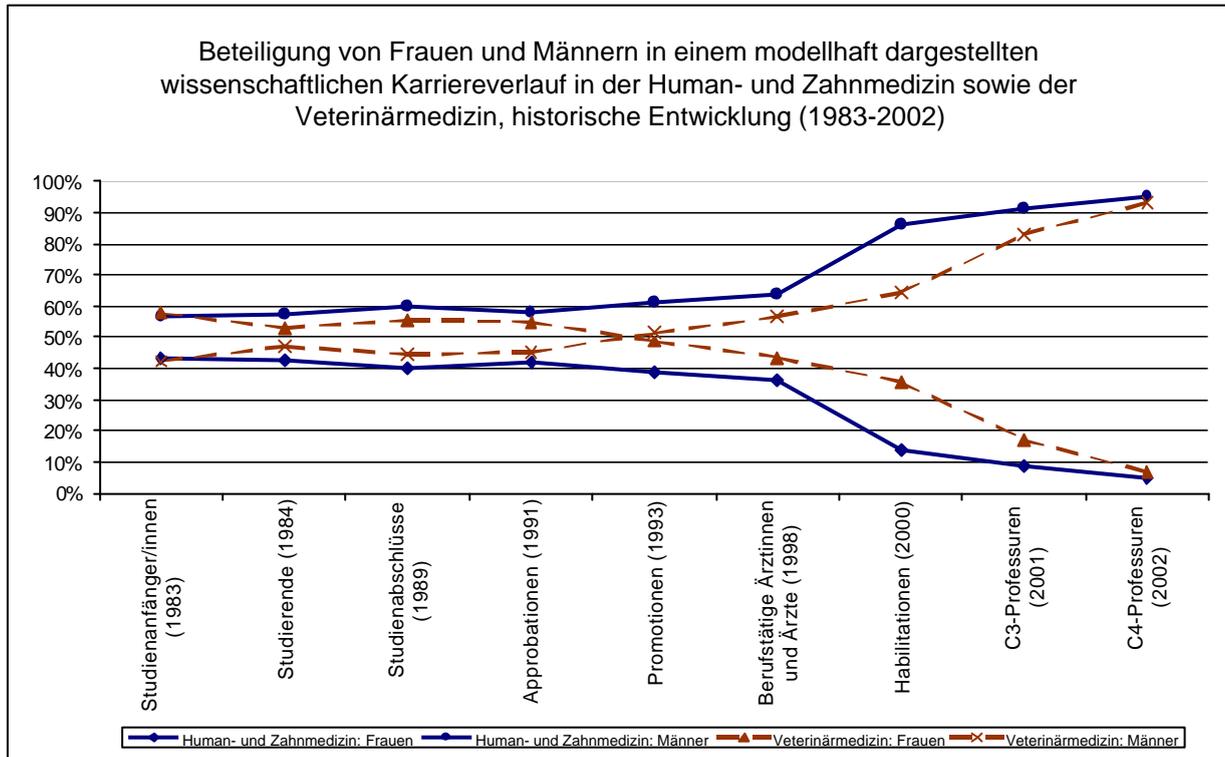
³⁶ Schagen, Udo (1996): Frauen im ärztlichen Studium und Beruf: Quantitative Entwicklung und politische Vorgaben in DDR und BRD, in: Meinel, Christoph / Renneberg, Monika (1996): Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Im Auftrag des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik, Stuttgart: Bassum: Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und Technik, 1996, S. 325-335.

³⁷ Lützenkirchen, Anne (1999): "Ich wäre so gern wieder Mediziner!" Die Veränderungen der beruflichen Situation von Ärztinnen in den neuen Bundesländern. Reihe: Gesundheit, Pflege, Soziale Arbeit, Hrsg.: Bartholomeyczik, Sabine et. al., Lage: Verlag Hans Jacobs, 1999.

³⁸ Schagen, Udo (1996), a.a.O., S. 331.

1983 bis 2002. Die Daten bis einschließlich 1990 beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet, die Angaben ab 1991 beziehen sich auf Gesamtdeutschland.

Abbildung 1

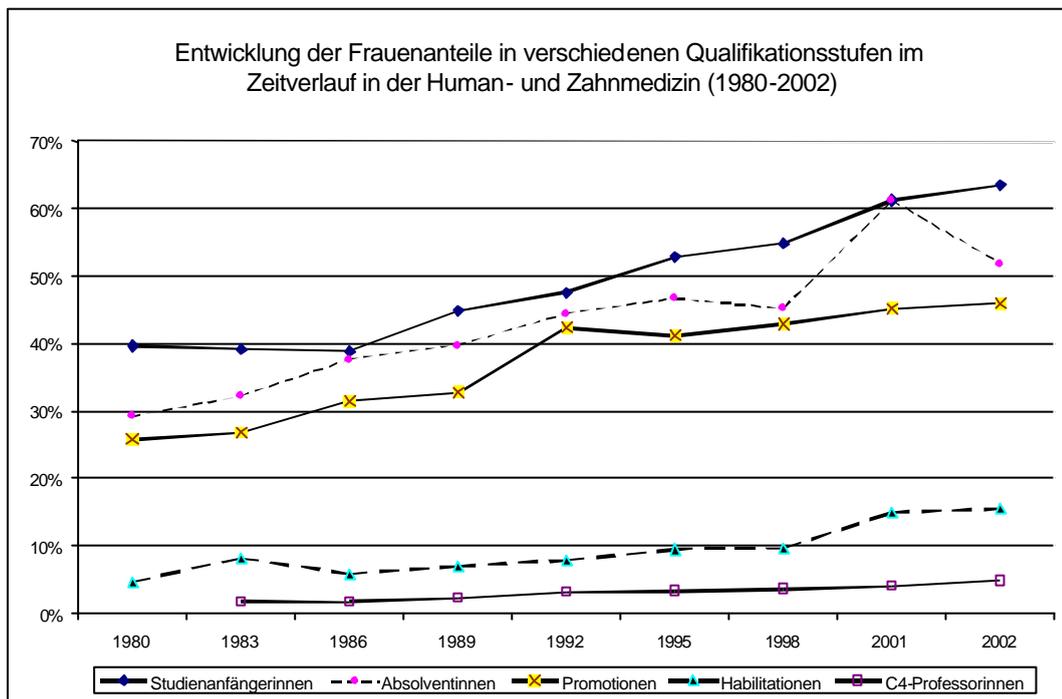


Quelle: Statistisches Bundesamt

In der Abbildung wird deutlich, dass vom Studienanfang bis hin zur Promotion bzw. bis zur ärztlichen Berufstätigkeit Frauen und Männer in den medizinischen Fächern noch annähernd gleich partizipieren, jedoch nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotenzials eine universitäre Führungsposition erreicht. Mit steigender Qualifikationsstufe ist ein Rückgang des Frauenanteils festzustellen. Die Abweichungen beginnen dabei insbesondere zwischen Promotion und Habilitation: Die Frauenanteile in der Human- und Zahnmedizin sinken zwischen diesen beiden Qualifikationsstufen um 25 Prozentpunkte, in der Veterinärmedizin um 13 Prozentpunkte. Der sinkende Anteil der Frauen mit akademischer Weiterqualifikation führt zu einer erheblichen Unterrepräsentanz von Frauen in Leitungspositionen.

Die Beteiligung von Frauen an Bildung und Wissenschaft steigt in den letzten Jahrzehnten im gesamten Bundesgebiet auf allen Ebenen, jedoch auf unterschiedlichem Niveau.³⁹ Die nachfolgenden Abbildungen (Abb. 2 und 3) verdeutlichen den unterschiedlich großen Zuwachs an Frauenanteilen in Abhängigkeit von der Qualifikationsstufe für den Zeitverlauf von 1980 bis 2002 in der Human- und Zahn- sowie der Veterinärmedizin.

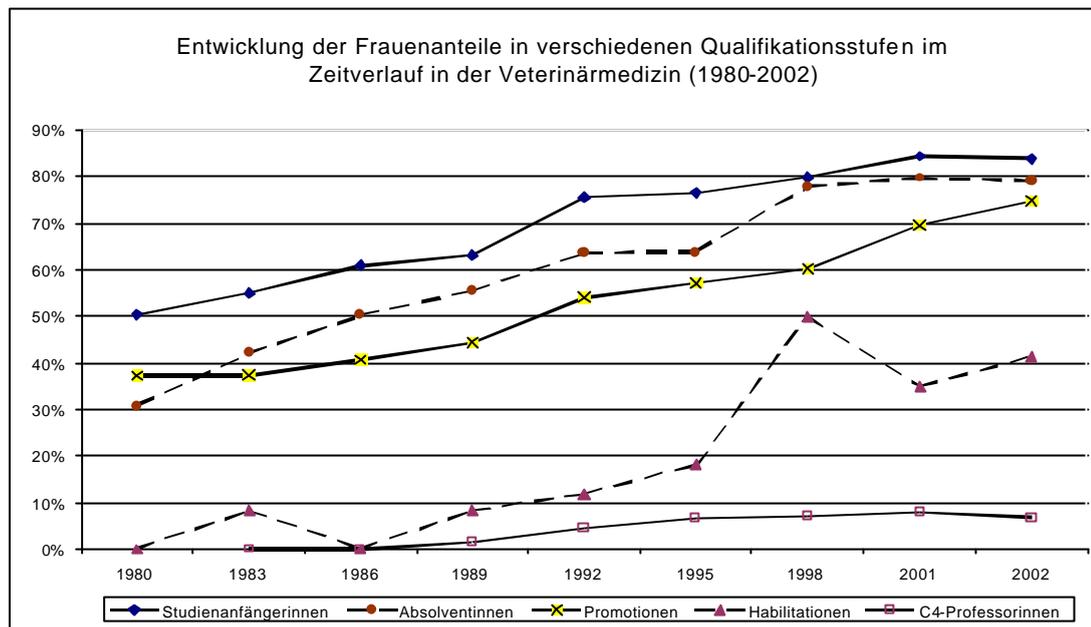
Abbildung 2



Quelle: Statistisches Bundesamt

³⁹ Vgl.: BLK (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003.

Abbildung 3



Quelle: Statistisches Bundesamt

In beiden medizinischen Fächergruppen zeigt sich ein deutlicher Zuwachs an den Frauenanteilen bei den Studienanfängern und -anfängerinnen, Absolventen und Absolventinnen und Promotionen, der sich jedoch nicht in entsprechendem Maße in den Qualifikationsstufen Habilitation und Professur fortsetzt. Der vergleichsweise hohe Frauenanteil an den Habilitationen in der Veterinärmedizin im Jahr 1998 ist auf die geringe Fallzahl an Habilitationen insgesamt zurückzuführen.⁴⁰ Festzuhalten ist, dass der quantitative Zuwachs der Frauenanteile an dem Ausgangspotenzial keine zahlenmäßige Entsprechung auf den jeweils nächst höheren Qualifikationsstufen findet. Das vorhandene Qualifikationspotenzial von Frauen wird auf den verschiedenen Ebenen des wissenschaftlichen Qualifizierungsprozesses nicht entsprechend ausgeschöpft. Möglicherweise wirken sich die Ausbildungsstrukturen und -bedingungen insbesondere ab dem Ausbildungsabschnitt Ärztin / Arzt im Praktikum aufgrund befristeter Ausbildungsverträge und fehlender Vorgaben, wann welche Anforderungen des Leistungskataloges in der Assistenzzeit zu erbringen sind, auf die Entfaltungsmöglichkeiten von Männern und Frauen unterschiedlich aus.

⁴⁰ Vgl.: ebd..

In den medizinischen Fächern ist für das Jahr 2002 darüber hinaus ein im Verhältnis zum Durchschnitt aller Fächer wesentlich stärkeres Absinken der Frauenanteile im Karriereverlauf festzustellen.⁴¹ Die Frauenanteile sinken im Jahr 2002 zwischen Promotion und Habilitation in der Human- und Zahnmedizin um 30,5 Prozentpunkte, in der Veterinärmedizin um 33,4 Prozentpunkte und im Durchschnitt aller Fächer um 14,8 Prozentpunkte. Das erworbene Bildungspotenzial wird – bedingt durch die herrschenden strukturellen Bedingungen – nicht voll genutzt.

2. Der Qualifikationsverlauf in der Medizin

Potenziale für das Studium

Die absolute Zahl der **studienberechtigten Schulabgänger und -abgängerinnen** in Deutschland⁴² ist seit 1970 kontinuierlich angestiegen, eine Entwicklung, die vor allem auf die stärker gestiegene Bildungsbeteiligung junger Frauen⁴³ zurückzuführen ist. Eine repräsentative HIS-Umfrage (2002)⁴⁴ ergab, dass im Jahr 1999 5 % der weiblichen und 3 % der männlichen Hochschulzugangsberechtigten planten, ein Studium der Medizin aufzunehmen.

Als **Motiv zur Aufnahme eines Medizin-Studiums** wird von Studierenden der Medizin im Vergleich zu den Studierenden anderer Fachrichtungen sozialen Motiven eine überdurchschnittlich hohe Bedeutung zugemessen.⁴⁵ Ob der hohe Anteil an weiblichen Studierenden in medizinischen Fächern zu diesem Gesamtergebnis beiträgt, kann nicht abschließend beantwortet werden, da nach Fach und Geschlecht differenzierte Daten nicht vorliegen.

Die **Verwirklichung des Studienwunsches Medizin** wurde bisher hauptsächlich von den Zulassungsbestimmungen der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) bestimmt.⁴⁶ Dabei übersteigt die Zahl der Hochschulzugangsberechtigten mit dem Studienfachwunsch 'Medizin' dauerhaft das Studienplatzangebot.⁴⁷

⁴¹ Vgl.: ebd..

⁴² Seit 1992 werden auch die Neuen Länder erfasst. Vgl.: HIS (2002): Ergebnisspiegel, Hannover, 2002.

⁴³ HIS (2002): Ergebnisspiegel, Hannover, 2002, S. 9.

⁴⁴ ebd..

⁴⁵ ebd., S. 106.

⁴⁶ Siehe: ZVS. Ein zusätzliches Vergabeinstrument, der TMS (Test für ein Medizinstudium), unter dessen Zugrundelegung zeitweilig 10 % der Studienplätze vergeben werden konnten, wurde aufgrund der rückläufigen Bewerberinnen- und Bewerberzahlen Mitte der 90er Jahre wieder abgeschafft. Der letzte TMS wurde im November 1996 durchgeführt und war für 1997 gültig. Zum Sommersemester 1998 fand das Vergabeverfahren erstmals ohne den TMS statt. Den Länder ist es zum Jahr 2005 möglich, den Staatsvertrag zwischen Hochschulen und der ZVS nach dem Gesetz zu dem Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen vom 3. Mai 2000 zu kündigen.

⁴⁷ Vgl.: Anhang 1.1..

Mitte der siebziger Jahre bewarben sich zwischen sieben und neun Studienberechtigte um einen Platz in der Humanmedizin.⁴⁸ Im WS 2003/04 konkurrierten dagegen nur noch 2,9 Hochschulzugangsberechtigte um einen Studienplatz in der Humanmedizin. Die Frauenanteile an den Bewerbungen um Studienplätze in der Humanmedizin erhöhten sich bisher kontinuierlich von 47,5 % (WS 1990/91) über 51 % (WS 1994/95) auf 59,2 % (WS 2003/04).⁴⁹

In der Zahnmedizin bewarben sich im WS 2003/04 3,2 Studienberechtigte um einen Studienplatz. Der Frauenanteil an den Bewerbungen um Studienplätze in der Zahnmedizin lag im WS 1989/90 bei 39,7 % und erreichte mit 58,7 % einen Höchststand im WS 2003/04.

In der Veterinärmedizin kommen seit dem WS 2000/01 etwa vier Bewerbungen auf einen Studienplatz (WS 2003/04: 4,5), im WS 1995/96 waren es noch 2,3 Bewerbungen pro Studienplatz. Der Frauenanteil unter den Bewerbungen ist zwischen dem WS 1989/90 und dem WS 2003/04 von 71 % (2.344 von insgesamt 3.300) auf 85,5 % (3.867 von insgesamt 4.524) gestiegen und liegt damit wesentlich höher als in der Human- und Zahnmedizin. Bei diesem Zahlenvergleich sollte jedoch die geringe Zahl an Studienplätzen in der Veterinärmedizin (1.004 im WS 2003/04) berücksichtigt werden.⁵⁰

Am 6. März 2003 hat die Kultusministerkonferenz eine weitere Stärkung des Auswahlrechts der Hochschulen und ein verstärktes Auswahlrecht der qua Notendurchschnitt bestqualifizierten Bewerber und Bewerberinnen beschlossen. Das allgemeine Auswahlverfahren sieht dabei zwei Modelle vor, zwischen denen die Länder entscheiden können.

Durch dieses verstärkte Auswahlrecht könnte erreicht werden, dass – anders als bei der Studienplatzvergabe durch die ZVS – neben dem Numerus Clausus auch andere Faktoren, wie z.B. Einsatzbereitschaft und soziale Kompetenzen, als Voraussetzungen für den Erhalt eines Studienplatzes in der Medizin gewertet werden.

Das zunehmende Auswahlrecht der Hochschulen macht es aufgrund unterschiedlicher Auswahlkriterien nötig, Auswahlgespräche so zu gestalten, dass keine geschlechtsspezifische Benachteiligung entsteht. Während die Auswahlkriterien der ZVS geschlechtsneutral und nach standardisierten Methoden gestaltet sind, gibt es für die Auswahlgespräche an den Hochschulen bisher keine fachspezifischen Richtlinien. Die Arbeitsgruppe Studienberatung,

⁴⁸ Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit – Arbeitsmarktinformationsstelle (AMS) – (2002): Arbeitsmarkt-Informationen für qualifizierte Fach- und Führungskräfte. Ärztinnen und Ärzte 3/2002, Bonn, 2002, S. 9.

⁴⁹ Der Datenbestand bezieht vom WS 1989/90 bis zum WS 2000/2001 Zahlen des 2. Nachrückverfahrens mit ein, vom SS 2001 bis zum WS 2003/04 sind die Angaben auf das Hauptverfahren beschränkt.

⁵⁰ Vgl.: Anhang 1.1..

bestehend aus Psychologinnen und Psychologen sowie Studienberaterinnen und Studienberatern der Freien Universität Berlin, hat einen Leitfaden zur Vorbereitung auf Auswahlgespräche an deutschen Hochschulen erarbeitet, in dem auch Entscheidungskriterien für Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer bezüglich Motivation und Eignung der Studierenden für Studium und Beruf dargelegt sind. Empfehlenswert wäre die Entwicklung eines Kriterienkatalogs für Auswahlgespräche in den medizinischen Fächern, der auch die für den ärztlichen Beruf besonders notwendigen Qualitätskriterien berücksichtigt. Bereits bestehende Erfahrungen einzelner Hochschulen aus solchen Bewerbungsgesprächen mit Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern sollten unter Einbeziehung genderspezifischer Aspekte evaluiert werden; die positiven Ergebnisse können in die Gestaltung eines Kriterienkatalogs für Auswahlverfahren eingebunden sowie für einen Leitfaden für potenzielle Bewerberinnen und Bewerber verwendet werden.

- (1) *Bund und Länder regen an, dass das Hochschul-Informationssystem (HIS) die Motive zur Studienfachwahl für den medizinischen Bereich fächerspezifisch erhebt und nach Geschlecht differenziert.*

Entwicklung an den Hochschulen

Die Zahl der **Studienanfängerinnen und Studienanfänger** in den medizinischen Fächern ist aufgrund der besonderen Bestimmungen der Zulassungsbeschränkungen und der dadurch begrenzten Anzahl an Studienplätzen nicht ohne Weiteres mit den Zahlen der Studienanfängerinnen und Studienanfänger aller Fächer zu vergleichen.⁵¹

Im Fach Humanmedizin findet man trotz einer sinkenden Anzahl an Studienanfängerinnen und -anfängern von 9.745 (1992) auf 9.455 (2002) im selben Zeitraum einen mit 16,7 Prozentpunkten mehr als 2,5fachen Zuwachs an weiblichen Studienanfängern wie im Durchschnitt aller Fächer (6,3 Prozentpunkte).⁵²

In der Zahnmedizin sank im gleichen Zeitraum die Anzahl der Studienanfängerinnen und -anfänger von 1.827 (1992) auf 1.567 (2002), der Zuwachs an weiblichen Studienanfängern betrug dabei dennoch 14,8 Prozentpunkte.⁵³

Im Fach Veterinärmedizin ist zwischen 1992 und 2002 ein Zuwachs an Studienanfängerinnen von 8,3 Prozentpunkten zu verzeichnen.⁵⁴ Hier lag der Anteil erstimmatrikulierter Stu-

⁵¹ Vgl.: BLK (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials. BLK, 2003.

⁵² Vgl.: Anhang 1.2..

⁵³ Vgl.: Anhang 1.2..

⁵⁴ Vgl.: Anhang 1.2..

dentinnen im Jahr 1992 bereits bei 75,6 % (706 von insgesamt 934), bis zum Jahr 2002 stieg diese Quote auf 83,9 % (973 von 1.160) an.

Setzt man die Frauenanteile an den Bewerbungen mit denen der Studienanfängerinnen in Beziehung, so fällt auf, dass Frauen seit dem WS 1995/96 häufiger einen Studienplatz in der Humanmedizin erhalten konnten als ihre Mitbewerber. In der Zahnmedizin lässt sich dieser Trend bereits seit dem WS 1992/93 beobachten. Lediglich in der Veterinärmedizin lag die Quote der weiblichen Studienanfänger unter der Quote weiblicher Bewerber.⁵⁵ Die Annahme, dass Frauen aufgrund ihrer besseren Schulabschlüsse eher einen Studienplatz zugewiesen bekommen, kann demnach für die Human- und Zahnmedizin bestätigt werden. Eine tiefgreifendere Analyse setzt die Kenntnis nach Geschlecht differenzierter Daten über die Zulassungs- und Einschreibungszahlen in den einzelnen medizinischen Fächern sowohl für die Auswahlverfahren der ZVS als auch die der Hochschulen voraus.

(2) *Bund und Länder werden Sorge dafür tragen, dass für den medizinischen Bereich an den Hochschulen nach Geschlecht differenzierte Daten bei Bewerbungen, Zulassungen und Einschreibungen erhoben und öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Angaben der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) sollten durch geschlechtsdifferenzierte Daten derer ergänzt werden, die sich nach Zuweisung eines Studienplatzes in den medizinischen Fächern auch tatsächlich für das entsprechende Fach immatrikulieren.*

Die absolute Zahl aller **Studierenden** an Hochschulen in Deutschland stieg zwischen 1992 und 2002 von 1.834.341 auf 1.930.923. Im Gegensatz dazu nahm die Zahl der Medizinstudierenden unabhängig von der Anzahl der Studienplätze ab (s.u.). Wie im Durchschnitt aller Fächer stieg im selben Zeitraum jedoch der Frauenanteil, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß:

In der Humanmedizin lag 1992 der Frauenanteil an den Studierenden mit 45,3 % bereits so hoch wie der Frauenanteil an Studierenden aller Fächer im Jahr 1999. Die Gesamtentwicklung der steigenden Beteiligung von Frauen an der Hochschulbildung wurde also im Fach Humanmedizin bereits vorweggenommen. 1998 überstieg der Frauenanteil in der Humanmedizin erstmals die 50 %-Marke und stieg bis zum WS 2002/2003 auf 56 %.⁵⁶ Die sinkende Anzahl Studierender der Humanmedizin von 93.198 (1992) auf 80.297 (2002) trotz einer ge-

⁵⁵ Ausnahmen bilden hier die Jahrgänge 1999/2000 und 2001/2002. 1999/2000 lag der Frauenanteil an den Bewerbungen im Fach Veterinärmedizin bei 83,7 %, an den Studienanfängern bei 84,7 %; im WS 2001/02 lag der Frauenanteil an den Studienanfängern 0,1 % über dem Bewerberinnenanteil. Quelle: ZVS.

⁵⁶ Vgl.: Anhang 1.3..

ringförmig gestiegenen Anzahl an den von der ZVS vergebenen Studienplätzen⁵⁷ seit 1992 (von 10.535 im Studienjahr 1992⁵⁸ auf 10.581 im Studienjahr 2002⁵⁹) wird auf den Schwund Studierender durch Studienabbruch oder Studienfachwechsel zurückgeführt.

In der Zahnmedizin stieg der Frauenanteil an den Studierenden zwischen 1992 und 2002 von 40,1 % auf 54,5 % und entspricht damit der Situation in der Humanmedizin.⁶⁰ Dabei überstieg der Frauenanteil 1999 mit 50,4 % erstmals die 50 %-Marke.

Mit einem Zuwachs von 14,4 Prozentpunkten weiblicher Studierender zwischen 1992 und 2002 liegt die Zahnmedizin damit deutlich über dem Durchschnitt aller Fächer.

An den fünf deutschen Hochschulen, die ein Studium der Veterinärmedizin anbieten, hatten 1992 8.067 Personen einen Studienplatz, davon 5.308 (65,8 %) Frauen.⁶¹ Bis zum WS 2002/2003 erhöhte sich der Anteil weiblicher Studierender auf 82 % (6.317 von 7.736). In der Veterinärmedizin ist damit zwischen 1992 und 2002 mit 16,2 Prozentpunkten der höchste Zuwachs weiblicher Studierender in den medizinischen Fächern zu verzeichnen.

Die Frage, weshalb die Frauenanteile in den medizinischen Fächern deutlich zunehmen, während die Männeranteile kontinuierlich sinken, kann nicht abschließend beantwortet werden. Die Klärung dieses Sachverhaltes wäre von Bedeutung, weil die hohen Frauenanteile durchaus auch auf einem schwindenden Interesse am ärztlichen Beruf seitens männlicher Hochschulzugangsberechtigter basieren könnten. Der Arztberuf verliert in den letzten Jahren aufgrund geringer werdender Verdienstmöglichkeiten, wachsender Schwierigkeiten bei der Niederlassung, der Risiken der mit einer Praxiseröffnung verbundenen hohen Kosten sowie der verschlechterten Arbeitsbedingungen und der hohen zeitlichen Belastung für Ärztinnen und Ärzte insbesondere in Krankenhäusern an Attraktivität.

Trotz der schlechter werdenden Berufsaussichten praktizierender Ärztinnen und Ärzte ist in den medizinischen Fächern die Neigung zum **Studienabbruch** im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Fächer als unterdurchschnittlich zu bezeichnen:

Während im Jahr 2002 an Universitäten 26 % der männlichen und 23 % der weiblichen Studierenden das Studium ohne Abschluss beendeten, brachen lediglich 7 % der Medizinstudenten und 8 % der Medizinstudentinnen ihr Studium vorzeitig ab; dieser Prozentsatz be-

⁵⁷ Vgl.: Anhang 1.1..

⁵⁸ Das Studienjahr umfasst das WS 1991/92 sowie das SS 1992.

⁵⁹ Das Studienjahr umfasst das WS 2001/2002 sowie das SS 2002.

⁶⁰ Vgl.: Anhang 1.3..

⁶¹ Vgl.: Anhang 1.3..

zieht sich auf die deutschen Studierenden. Zwischen den Fächern Human-, Veterinär- und Zahnmedizin bestehen dabei keine Unterschiede, wie das Hochschul-Informationssystem (HIS) in der Studienabbruchstudie 2002 feststellt.⁶²

Das Prüfungsversagen ist mit 19 % der am häufigsten genannte Grund bei den Medizinstudierenden, die im Jahr 2000/01 ihr Studium vorzeitig beendeten, gefolgt von Leistungsproblemen (16 %). Für alle Fächer liegen die entsprechenden Werte an Universitäten bei 8 % bzw. 11 %. Ein weiterer wichtiger Grund für den Studienabbruch in der Medizin stellten 2000/01 mit 14 % finanzielle Probleme dar, für alle Fächer sind es 16 %. Problematische Studienbedingungen rangieren bei den entscheidenden Gründen für einen Studienabbruch in der Medizin mit 11 % auf Platz vier, im Durchschnitt aller Fächer auf Platz sechs (9 %). Dabei stehen im Rahmen dieses Abbruchgrundes in nahezu allen Fächern und ganz besonders in der Medizin der fehlende Berufs- und Praxisbezug im Vordergrund.⁶³ Mangelnde Studienmotivation ist für alle Fächer an Universitäten mit 18 % der entscheidende Grund für einen Studienabbruch, in der Humanmedizin spielt er mit 10 % eine eher untergeordnete Rolle. Die berufliche Neuorientierung sowie familiäre Probleme stellen in der Humanmedizin mit jeweils 8 % einen nachrangigeren Abbruchgrund dar als im Durchschnitt aller Fächer (berufliche Neuorientierung: 16 %, familiäre Probleme: 10 %). Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Abbruchgründe in den einzelnen Fächern wurde in der Studie von HIS (2002b)⁶⁴ nicht vorgenommen.

Obwohl die Studienabbruchquote in den medizinischen Fächern relativ gering ist, steigt auch in diesen Fächern die Anzahl derer, die ihre Ausbildung nicht beenden. Laut HIS⁶⁵ lag die Erfolgsquote im Fach Humanmedizin in den 1980-er Jahren noch deutlich über 90 %, in den 1990-er Jahren sank sie auf 86 %. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, gilt es, den Zeitpunkten und Gründen für Ausbildungsabbrüche in der Medizin größere Beachtung zu schenken und mit den realen Gegebenheiten des medizinischen Qualifikationsverlaufs zu vergleichen.

⁶² Heublein, Ulrich et.al. (2002a): Studienabbruchstudie 2002. Die Studienabbrecherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen, Hannover: HIS, 2002, S. 28.

⁶³ Heublein, Ulrich et.al. HIS (2002b): Ursachen des Studienabbruchs. Analyse 2002, HIS Hochschul-Informationssystem, Hochschulplanung Band 163, HIS GmbH Hannover 2003.

⁶⁴ HIS (2002b), a.a.O..

⁶⁵ HIS (2002), a.a.O..

Die stärkere Berücksichtigung der Belange von Studierenden mit Kindern, wie es das Hochschulrahmengesetz (HRG) § 2 Absatz 4 vorsieht, würde Studentinnen und Studenten mit Kind(ern) die Vereinbarkeit erleichtern und es Studierenden ermöglichen, andere geschlechtsspezifische Rollenmodelle als das traditionelle zu leben. Auf diese Art und Weise könnte dem 'brain drain' und dem (befürchteten) Ärztinnen- und Ärztemangel entgegen gewirkt werden.

Im Jahr 2002 schlossen insgesamt 8.852 Studierende der Humanmedizin ihr Studium ab, darunter 52,3 % Frauen (1992: 44,2 %). Dieser Anteil liegt über dem Frauenanteil an **Absolventen und Absolventinnen**⁶⁶ aller Fächer an Hochschulen (48,2 %).⁶⁷ 93,9 % aller 4.932 Medizinstudentinnen und 97,3 % aller 4.340 Medizinstudenten, die sich 1995 immatrikulierten, beendeten im Jahr 2002 erfolgreich ihr Studium.⁶⁸

Einen Abschluss im Fach Zahnmedizin erzielten 1992 1.702 Studierende, davon 32,5 % Frauen.⁶⁹ Der Anteil der Absolventinnen stieg auf 54,5 % im Jahr 2002 und liegt mit 22 Prozentpunkten deutlich über dem prozentualen Zuwachs des Frauenanteils aller Fächer (8,6 Prozentpunkte). 82,1 % der 1996 erstimmatrikulierten Zahnmedizinistudentinnen und 90,5 % aller 1996 erstimmatrikulierten Zahnmedizinistudenten schlossen 2002 erfolgreich ihr Studium ab.⁷⁰

Im Vergleich zur Human- und Zahnmedizin sowie allen anderen Fächern ist der Anteil weiblicher Absolventen in der Veterinärmedizin als sehr hoch einzustufen: Bereits 1992 lag der Frauenanteil an Absolventen und Absolventinnen bei 63,7 % (557 von 875) und stieg bis 2002 auf 79,1 % (684 von insgesamt 865). Im selben Jahr schlossen 93,2 % der 1996 erstimmatrikulierten Veterinärmedizinistudentinnen (715 von 734) und 76,1 % der 1996 erstimmatrikulierten Veterinärmedizinistudenten (181 von 238) erfolgreich ihr Studium ab.⁷¹

Demnach schließen sowohl in der Human- als auch in der Zahnmedizin proportional betrachtet mehr Männer als Frauen ihr Studium erfolgreich ab, in der Veterinärmedizin hingegen sind es häufiger Studentinnen, die ihr Studium erfolgreich beenden.

⁶⁶ ohne "Promotion", "künstlerischer Abschluss" und "sonstiger Abschluss".

⁶⁷ Vgl.: Anhang 1.4..

⁶⁸ Errechnet anhand der durchschnittlichen Studiendauer von 13,4 Fachsemestern.

⁶⁹ Vgl.: Anhang 1.4..

⁷⁰ Errechnet anhand der durchschnittlichen Studiendauer von 12,1 Fachsemestern.

⁷¹ Errechnet anhand der durchschnittlichen Studiendauer von 11,5 Fachsemestern.

Übergang vom Studium zum Beruf

Zur Zeit schließt der Ausbildungsabschnitt "**Ärztin / Arzt im Praktikum**" (AiP) in der Humanmedizin an das Dritte Staatsexamen an. Der erfolgreiche Abschluss des AiP ist Voraussetzung für die Beantragung der Approbation. Für die Tätigkeit in dem 18-monatigen Praktikum wird eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt. Der Ausbildungsabschnitt "AiP" wird im Oktober 2004 abgeschafft werden, so dass das AiP zum WS 2004/05 entfällt.

Im Jahr 2001⁷² wurden 14.528 Ärztinnen und Ärzte im Praktikum registriert. Das entspricht 4,9 % der Gesamtärztinnen- und ärzteschaft in diesem Jahr. 10 % der Ärztinnen und 6,9 % der Ärzte im Praktikum waren im selben Jahr ohne ärztliche Tätigkeit, so dass die Anzahl der tatsächlich praktizierenden AiPler 11.584 (3,9 % der Gesamtärztinnen- und -ärzteschaft) betrug. Der Frauenanteil an praktizierenden AiPlern lag 2001 bei 49,3 %. Wie viele Absolventinnen und Absolventen nach dem Studium das AiP beginnen, kann nicht ermittelt werden, da die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum mehrere Abschlussjahrgänge umfasst.⁷³

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bezüglich der Tätigkeitsbereiche, in denen Ärztinnen und Ärzte im Praktikum diesen Qualifikationsabschnitt durchlaufen. Mit 67 % aller ambulant tätigen AiPler absolvierten Frauen das AiP im Jahr 2001 überproportional häufig in der Praxis einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes, das bedeutet eingeschränkte Weiterbildungsmöglichkeiten. Ihr Anteil an im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten im Praktikum lag bei 49 %. In Behörden und öffentlich-rechtlichen Körperschaften waren im Jahr 2001 44 % der AiPler weiblich, in sonstiger ärztlicher Tätigkeit 51 %.⁷⁴

Von 4.350 Humanmedizinerinnen, die 1999 ihr Examen beendeten, schlossen im Jahr 2001 3.374 (78 %) das Praktikum erfolgreich ab und erhielten die ärztliche **Approbation**.⁷⁵ Bei den Männern waren es entsprechend 3.639 von 4.964 (73 %). Diesen Trend spiegeln auch die steigenden Frauenanteile an den erteilten Approbationen wider, die 1991 bei 43 % und 2001 bei 48,1 % lagen. Insgesamt ist die absolute Zahl der erteilten Approbationen zwischen 1997 und 2001 jedoch von 8.794 auf 7.013 gesunken.⁷⁶

⁷² Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum wird seit 2002 nicht mehr erfasst.

⁷³ Vgl.: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, 2001.

⁷⁴ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002): Fachserie 12, Reihe 5: Gesundheitswesen. Berufe des Gesundheitswesens, sowie Anhang 2.4.1..

⁷⁵ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002): Fachserie 12, Reihe 5, a.a.O., sowie Anhang 1.5..

⁷⁶ Für die Jahre 1997-2001 gelten die Zahlen erteilter Approbationen für alle drei Fächer ohne die Länder Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Daher ist es unzulässig, weiter zurückliegende Jahrgänge mit in die Berechnung einzuschließen. Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002): Fachserie 12, Reihe 5., sowie Anhang 2.1..

In der Zahnmedizin ist zwischen 1997 und 2001 ein Rückgang an erteilten Approbationen von insgesamt 371 Fällen zu verzeichnen. Der Frauenanteil stieg im gleichen Zeitraum von 46,3 % auf 47,2 % und liegt damit nur geringfügig unter dem in der Humanmedizin.⁷⁷ Von 788 Zahnmedizinerinnen und 797 Zahnmedizinern, die 2001 ihr Studium erfolgreich abschlossen, erhielten im selben Jahr 592 Frauen (74 %) und 662 der Männer (83 %) die Approbation.

In der Veterinärmedizin ging zwischen 1997 und 2001 die Gesamtzahl erteilter Approbationen lediglich um 43 Fälle zurück.⁷⁸ Der Frauenanteil lag bereits 1987 mit 52,3 % (474 von insgesamt 907) etwas über dem Anteil der Männer. Bis zum Jahr 2001 stieg der Frauenanteil an den erteilten Bestellungen auf 69 % (663 von insgesamt 961). Die Quote derer, die nach erfolgreichem Abschluss des Veterinärmedizinstudiums die Approbation erhalten, kann aufgrund fehlender Angaben über die Dauer der Weiterbildung zwischen Studienabschluss und Approbation nicht ermittelt werden.

Seit 2002 werden die erteilten Approbationen nicht mehr vom Statistischen Bundesamt erfasst, so dass sich deren Darstellung schwierig gestaltet. Sieben aller Statistischen Landesämter konnten auf Anfrage Daten liefern: In den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen wurden im Jahr 2002 insgesamt 5.079 Approbationen in der Humanmedizin erteilt. Der Frauenanteil lag bei durchschnittlich 48,4 %. In der Zahnmedizin erhielten 445 Frauen (49,3 %) von insgesamt 902 erteilten Bestellungen im Jahr 2002 die Approbation, in der Veterinärmedizin lag ihr Anteil bei 78,6 % (407 von 518). Damit können die Angaben dieser sieben Länder den Trend bei der Verteilung der erteilten Approbationen in Deutschland widerspiegeln.

Der Rückgang der erteilten Approbationen in der Human- und Zahnmedizin zwischen 1997 und 2001 kann nur zum Teil auf den Rückgang der Absolventinnen- und Absolventenzahlen zurückgeführt werden. Gründe für eine mögliche berufliche Umorientierung angehender Medizinerinnen und Mediziner, die auch zu einem Ausbildungsabbruch während des AiP führen können, sind bisher nicht erhoben worden. Humanmedizinerinnen und -mediziner, die keine ärztliche Tätigkeit aufnehmen, nennen jedoch häufig die große Arbeitsbelastung und die sinkenden Verdienstmöglichkeiten als Motive für ihre Umorientierung. So können Ärztinnen und Ärzte zunehmend bereits nach Beendigung des Studiums auf Beschäftigungsmöglichkeiten in nichtkurativen Arbeitsfeldern, z.B. in der Pharmaindustrie, zurückgreifen.⁷⁹

⁷⁷ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002): Fachserie 12, Reihe 5, a.a.O., sowie Anhang 1.5..

⁷⁸ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002): Fachserie 12, Reihe 5, a.a.O., sowie Anhang 1.5..

⁷⁹ Vgl.: Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit – Arbeitsmarktinformativstelle (AMS) – (2002): a.a.O., S. 19.

Der Ausbildungsabschnitt "AiP" wird von angehenden Medizinerinnen und Medizinern oftmals für die Erhebung von Datenmaterial, das als Grundlage für die Anfertigung einer Dissertation dient, genutzt. In den medizinischen Fächern ist zu berücksichtigen, dass die Erlangung dieses akademischen Grades nicht vorrangig dem Einstieg in eine wissenschaftliche Laufbahn dient und die Dissertation im Fach Medizin in ihren Ansprüchen häufig nicht vergleichbar ist mit Dissertationen in anderen Fächern. Dennoch benötigen Medizinerinnen und Mediziner aller drei Fächer ebenso wie Promovenden aller Fächer durchschnittlich knapp vier Jahre für die Anfertigung einer Dissertation.

Insgesamt wurden im Jahr 2002 in Deutschland 23.838 Akademikerinnen und Akademiker promoviert, der Frauenanteil lag in dieser Qualifikationsstufe bei 36,4 %.⁸⁰ In der Humanmedizin waren bereits 1992 unter den insgesamt 6.204 **Promotionen** 39 % Frauen.⁸¹ Der Anteil der im Fach Humanmedizin promovierten Frauen stieg auf 46,2 % im Jahr 2002, die Steigerung liegt mit 7,2 Prozentpunkten geringfügig unter dem Wert im Durchschnitt aller Fächer (7,5 Prozentpunkte).

Von 4.245 Humanmedizinerinnen, die im Jahr 1998 erfolgreich ihr Studium absolvierten, wurden 3.237 (76,3 %) im Jahr 2002 promoviert. Bei den Humanmedizinern waren es entsprechend 73,8 % (3.777 Promotionen im Jahr 2002 bei 5.121 Absolventen im Jahr 1998).

In der Zahnmedizin lag der Frauenanteil an den Promotionen bis einschließlich 1993 unter dem Durchschnitt aller Fächer. Mit einer Steigerungsquote um 19,2 Prozentpunkte – von 26,4 % (1992) auf 45,6 % (2002) – weist die Zahnmedizin einen gut 2,5-fach höheren Zuwachs an Promotionen von Frauen auf als die Humanmedizin.⁸² Der Frauenanteil stieg in der Zahnmedizin auch dann, wenn die absolute Anzahl der Promotionsabschlüsse sank.

478 der 1998 erfassten 793 (60,3 %) Zahnmedizinabsolventinnen und 570 der 1998 erfassten 975 (58,5 %) Zahnmedizinabsolventen schlossen im Jahr 2002 ihr Promotionsverfahren erfolgreich ab. Damit liegt die Promotionsneigung der Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner deutlich unter der von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern.

In der Veterinärmedizin lag der Frauenanteil an den Promotionen mit 54 % (287 von insgesamt 531) bereits 1992 über dem der Männer und erhöhte sich bis 2002 auf 74,8 % (407 von

⁸⁰ Vgl.: Anhang 2.1.1..

⁸¹ Vgl.: Anhang 2.1.1..

⁸² Vgl.: Anhang 2.1.1..

insgesamt 544).⁸³ Mit diesem Höchstwert in der weiblichen Promotionsquote stellt die Veterinärmedizin einen Sonderfall dar.

Die Promotionsneigung der Veterinärmedizinerinnen lag für den Absolventinnenjahrgang von 1998 bei 59 %, die der Veterinärmediziner desselben Absolventenjahrgangs bei 70,3 %. (Frauen: 407 Promotionen im Jahr 2002, 689 Absolventinnen im Jahr 1998; Männer 137 Promotionen im Jahr 2002, 195 Absolventen im Jahr 1998).

Obwohl die Promotion in der Medizin keine notwendige Voraussetzung für die Weiterbildung darstellt, liegen die Promotionsquoten in den medizinischen Fächern über dem Durchschnitt aller Fächer.⁸⁴ Für Human- und Zahnmedizinerinnen und Human- und Zahnmediziner besteht bereits im Anschluss an die Approbation, auch ohne erfolgte Promotion, die Möglichkeit, sich in einem medizinischen Schwerpunktgebiet zur Fachärztin bzw. zum Facharzt weiterzubilden. In der Zahnmedizin ist laut Weiterbildungsordnung der Erwerb der Gebietsbezeichnungen 'Kieferorthopädie', 'Zahnärztliche Chirurgie' oder 'Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen' im Anschluss an den Erhalt der Approbation möglich. Hierzu liegen jedoch keine nach Geschlecht differenzierten statistischen Erhebungen vor⁸⁵, so dass sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf die Humanmedizin beziehen. Die Weiterbildungsordnung der Veterinärmedizin ermöglicht den Erwerb verschiedener Fachtierarztanerkennungen⁸⁶, die jedoch die Karrieremöglichkeiten weniger beeinflussen als es in der Humanmedizin der Fall ist.

Für die **Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt** in der Humanmedizin gibt es keine grundlegende, bundeseinheitliche Weiterbildungsordnung. Die Regelungskompetenz für die Weiterbildung liegt bei den Ländern, die diese wiederum in ihren Heilberufes-Kammergesetzen der Selbstverwaltung (Landesärztekammer) übertragen haben. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer dient lediglich als Empfehlung und bedarf der Umsetzung durch die Selbstverwaltung der Landesärztekammern in ihr jeweiliges Satzungsrecht. Aufgrund der Unterschiede in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern wäre eine größere Koordination begrüßenswert. Die Weiterbildung ist keine Pflicht, die Anerkennung Facharzt / Fachärztin ist in der Regel Voraussetzung für die Niederlassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt. Ohne die fachärztliche Anerkennung kann darüber hinaus keine akademische Karriere angestrebt werden, da diese die Voraussetzung sowohl für die Besetzung einer medizinischen Juniorprofessur als auch für die Habilitation darstellt.

⁸³ Vgl.: Anhang 2.1.1..

⁸⁴ Vgl.: Anhang 2.1.1..

⁸⁵ Quelle: Bundeszahnärztekammer, 2003.

⁸⁶ Vgl.: Bundestierärztekammer.

Das Statistische Bundesamt verzeichnet für das Jahr 2002 insgesamt 12.189 von den Ärztekammern ausgesprochene Anerkennungen von Schwerpunktgebieten in der Humanmedizin, davon entfielen 38,9 % auf Frauen. In Kapitel 3.3.2. erfolgt eine ausführliche Analyse der geschlechtsspezifischen Verteilung auf die Schwerpunktgebiete.

Aufgrund der unterschiedlich langen Dauer der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten ist ein direkter Vergleich der Frauenanteile zwischen den Ausbildungsabschnitten Approbation und Anerkennung als Fachärztin problematisch. Um trotzdem eine Tendenzaussage zur Entwicklung der Frauenanteile zwischen Approbation und Anerkennung der Schwerpunktgebiete vornehmen zu können, wird im Folgenden eine durchschnittliche Dauer der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt von fünf Jahren angenommen. Einer Grundgesamtheit von 17.631 Frauen, die in den Jahren 1994, 1995 und 1996⁸⁷ die Approbation erhielten, stehen 13.518 Ärztinnen (76,7 %) gegenüber, die nach fünf Jahren eine Fachärztin anerkannt erhielten. Von 22.448 Ärzten, die zwischen 1994 und 1996 approbiert wurden, erhielten nach fünf Jahren 20.675 (92,1 %) eine Anerkennung in einem Schwerpunktgebiet. Dies kann als ein Indikator für die längere Verweildauer von Ärztinnen in dieser Qualifikationsstufe angesehen werden. Unklar bleibt aufgrund dieser Zahlen allerdings die Zahl der Ärztinnen in Weiterbildung, die letztlich keine Fachärztin ausbilden. Hierzu liegt kein Zahlenmaterial vor.

Wie bereits dargestellt, sind Frauen während des Praktikums überproportional häufig in einer Praxis tätig. Für die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt hat die medizinische Einrichtung, in der das Praktikum absolviert wird, mit Blick auf die spätere Assistenzärztinnen- bzw. -arztausbildung eine besondere Bedeutung. In dieser Ausbildungsphase wurden und werden Absprachen getroffen, die der überwiegenden Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte einen Einstieg in ihre Weiterbildung ermöglichen.⁸⁸ Neben dem Erwerb institutioneller und personeller Kontakte ist zu berücksichtigen, dass die AiP-Tätigkeit auf die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt angerechnet werden kann. In Krankenhäusern und Kliniken, in denen Männer überproportional ihr Praktikum absolvieren, kann bereits während dieser Zeit ein breites Repertoire an ärztlichen Tätigkeiten erlernt werden. Zusätzlich bieten die Krankenhäuser / Kliniken in einer Reihe von Gebietsbezeichnungen eine Fachärztin- bzw. Facharzt-ausbildung an, während in einer Praxis überwiegend die Gebietsbezeichnung der Praxisärztin bzw. des Praxisarztes erworben werden kann. Diese Tatsache gewinnt auch insofern an

⁸⁷ Der Approbationsjahrgang 1997 wurde nicht berücksichtigt, da hier keine Angaben von Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen vorliegen. Vgl.: Statistisches Bundesamt (2001): Fachserie 12, Reihe 5.

⁸⁸ Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit – Arbeitsmarktinformationsstelle (AMS) – (2002): a.a.O., S. 13.

Bedeutung, als sich trotz der entspannten Arbeitsmarktsituation für Ärztinnen und Ärzte die Chancen, eine Weiterbildungsstelle zu finden, in den letzten Jahren offenbar verschlechtert haben. Außerdem sind Stellenangebote für Assistenzärztinnen und -ärzte, die die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit umfassen, die Ausnahme.⁸⁹ Die Problematik der befristeten Arbeitsverträge in der AiP-Phase setzt sich in der Assistenzzeit fort.

Diese Probleme spiegeln sich auch in den Ergebnissen einer aktuellen Umfrage unter den Weiterzubildenden im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe in Nordrhein-Westfalen wider.⁹⁰ Den größten Kritikpunkt stellt im Ergebnis die mangelnde inhaltliche und zeitliche Struktur der Weiterbildung dar. Dabei zeigten sich zwischen männlichen und weiblichen Weiterzubildenden deutliche Unterschiede:

Trotz ähnlicher Altersverteilung in der Stichprobe (148: 43 Männer und 105 Frauen) weisen Frauen längere Ausbildungszeiten auf, die unter anderem durch die deutlich schlechteren Konditionen ihrer Weiterbildungsverträge bedingt sein können. Die Zufriedenheit mit dem Beruf sank im Laufe der Weiterbildung bei 52 % der Frauen und 41 % der Männer.

Die fehlende Transparenz und Planbarkeit der individuellen Weiterbildung stand bei den Gründen für die Unzufriedenheit der Befragten mit ihrer Weiterbildung an erster Stelle. Auch der 104. Deutsche Ärztetag hat 2002 festgestellt, dass zum zukünftigen Qualitätsmanagement im Krankenhaus ein transparent strukturierter Weiterbildungsablauf gehört. Ein erster Schritt in diese Richtung kann nach Ansicht von Schmutzler, die die o.g. Umfrageergebnisse auch auf der Jahrestagung der Hochschulrektorenkonferenz im Mai 2003 vorgestellt hat, in jährlichen Personalgesprächen zwischen leitenden Ärztinnen und Ärzten und Assistenzärztinnen und -ärzten bestehen. In diesen Personalgesprächen sollen die beidseitigen Erwartungen und die Einschätzung der beruflichen Perspektiven konstruktiv besprochen und im Einvernehmen schriftlich dokumentiert werden. Eine solche Personalentwicklungsdokumentation wäre als Teil der Qualitätssicherung der ausbildenden Klinika anzusehen.⁹¹

Im Rahmen der anstehenden Novellierung der Weiterbildungsordnung wurde festgelegt, dass die Weiterzubildenden den Weiterzubildenden ein gegliedertes Programm aushändigen und mindestens einmal jährlich ein Gespräch über den Stand der Weiterbildung führen und dieses auch dokumentieren müssen.

⁸⁹ ebd., S. 15.

⁹⁰ Prof. Dr. med. Rita K. Schmutzler, Universitätsfrauenklinik Köln, und FA Dr. med. Volker Jung, Siegen, haben als Vertreter der Jüngeren Generation im Vorstand der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe diese Umfrage durchgeführt und den Rücklauf von 148 Fragebögen ausgewertet.

⁹¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 22: 1248-1256, 2001.

Auf europäischer Ebene wurden die Probleme der ärztlichen Weiterbildung ebenfalls erkannt und ein Lösungsmodell entwickelt. Das "European Board and College of Obstetrics and Gynaecology" hat ein LOG BOOK für eine standardisierte und evaluierte Weiterbildung erstellt.

Auf dieser Grundlage haben die Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bundesverband der Frauenärzte e.V. eine auf deutsche Verhältnisse abgestellte Weiterbildungsdokumentation und -evaluation entwickelt und den Entwurf für ein "LOG BOOK zur Grund-Weiterbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe" vorgelegt. Das LOG BOOK soll zu einer größeren Transparenz und Vereinheitlichung der Weiterbildung führen, eine Objektivierung der Leistungserfüllung der

Weiterzubildenden ermöglichen und auf diesem Weg der zunehmenden beruflichen und persönlichen Demotivierung der angehenden Fachärztinnen und Fachärzte entgegenwirken.

- (3) *Bund und Länder halten das LOG BOOK, das zu einer größeren Transparenz und Vereinheitlichung der Weiterbildung führt, für ein geeignetes Beispiel zur Vereinheitlichung der fachärztlichen Weiterbildung, an dem sich die Länder orientieren können.*
- (4) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulklinika, Personalentwicklungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung durchgängig einzuführen.*
- (5) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulklinika, eine geschlechtsdifferenzierte Bestandsaufnahme des Beginns, der Verweildauer und des Ausbildungsabschlusses bzw. -abbruches von Ärzten und Ärztinnen in der Assistenzzeit vorzunehmen.*

3. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten

3.1. Wissenschaftliche Tätigkeitsbereiche

Hochschulbereich

Eine wissenschaftliche Karriere im Hochschulbereich setzte bisher den erfolgreichen Abschluss der **Habilitation**⁹² voraus. In allen Fächern hat sich die Jahres-Gesamtzahl der abgeschlossenen Habilitationen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern an Hochschulen zwischen 1992 (1.311) und 2002 (2.302) deutlich erhöht. Der Anteil der Frauen lag im Jahr 1992 bei 12,9 % und stieg auf 21,6 % (2002).⁹³

⁹² Mit Inkrafttreten des 5. Gesetzes zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) im Februar 2002 wird die Habilitation als Regelvoraussetzung für eine Hochschullehrerlaufbahn abgeschafft und durch die Juniorprofessur ersetzt. Vgl.: S. 23.

⁹³ Vgl.: Statistisches Bundesamt, 2003.

In der Human- und Zahnmedizin stieg die absolute Zahl der Habilitationen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern von 442 im Jahr 1992 auf 849 im Jahr 2002. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Zahl der Habilitationen von Frauen von 35 (8 %) auf 132 (15,5 %)⁹⁴ und liegt damit unter dem Durchschnitt aller Fächer.

Aufgrund der geringen absoluten Zahlen schwankt der prozentuale Frauenanteil an den Habilitationen in der Veterinärmedizin erheblich: 1992 entfielen zwei der 17 (11,8 %) Habilitationen von Veterinärmedizinern und Veterinärmedizinerinnen auf Frauen, 2002 waren es zwölf von 29 (41,4 %).⁹⁵

Die allgemeine Habilitationsrate der Wissenschaftlerinnen stieg zwischen 1992 und 2002 im Vergleich zu der gestiegenen Promotionsrate unterproportional. Diese Feststellung trifft für die Human- und Zahnmedizin in einem noch höheren Maße zu als für den Durchschnitt aller Fächer. In der Veterinärmedizin ist eine Aussage aufgrund der geringen Fallzahlen und uneinheitlichen Entwicklung⁹⁶ kaum möglich. Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass Wissenschaftlerinnen aus medizinischen Fächern ihr Potenzial für eine akademische Weiterqualifikation sowohl im Vergleich zu Wissenschaftlerinnen im Durchschnitt aller Fächer als auch im Vergleich zu Wissenschaftlern aus ihrem eigenen Fach in einem geringeren Ausmaß nutzen.

Ein geschlechtsdifferenzierter Vergleich bezüglich der Habilitationsneigung in akademischen Disziplinen insgesamt und in den medizinischen Fächern zeigt insbesondere in der Human- und Zahnmedizin eine deutlich höhere Habilitationsneigung der Wissenschaftler. Für alle Fächer ist für die Promotionsjahrgänge 1992-1995 eine doppelt so hohe Habilitationsquote der Wissenschaftler festzustellen. In der Human- und Zahnmedizin habilitieren sich sogar viermal so viele Männer wie Frauen, in der Veterinärmedizin mehr als doppelt so viele.⁹⁷

Die Habilitationsneigung der Human- und Zahnmedizinerinnen ist im Vergleich zu der Habilitationsneigung der Wissenschaftlerinnen aller anderen Fächer als sehr gering zu bezeichnen, obwohl ein wesentlich größeres Potenzial an promovierten Wissenschaftlerinnen vorhanden ist. Das stark ausgeprägte Missverhältnis zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Habilitation verweist auf den besonderen Handlungsbedarf gleichstellungspolitischer Maßnahmen in der Medizin. Der vom Wissenschaftsrat (1998) erkannten Notwendigkeit, die

⁹⁴ Vgl.: Anhang 2.1.2..

⁹⁵ Vgl.: Anhang 2.1.2..

⁹⁶ Vgl.: Anhang 2.1.1..

⁹⁷ Vgl.: Anhang 2.1.3..

Karrieremotivation von Wissenschaftlerinnen kontinuierlich und nachhaltig zu stärken, kommt demnach in der Medizin eine besondere Bedeutung zu.⁹⁸

Bezüglich des **hauptberuflich wissenschaftlich tätigen Personals**⁹⁹ an Hochschulen zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede: Deren Gesamtzahl steigt seit 1980 kontinuierlich. 2002 verzeichnet das Statistische Bundesamt insgesamt 164.343 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der oben benannten Personalgruppe, davon waren 27,7 % Frauen.¹⁰⁰

Wie in allen Fächern stieg auch in der Human- und Zahnmedizin die Grundgesamtheit des hauptberuflich wissenschaftlich tätigen Personals: Zwischen 1992 und 2002 erhöhte sie sich von 30.600 auf 41.476 Personen¹⁰¹, darunter 36,4 % Frauen (2002). Bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen betrug ihr Anteil im selben Jahr 40 %, bei den Dozenturen und Assistenzstellen 28,3 %.

In der Veterinärmedizin waren im Jahr 2002 von den insgesamt 1.025 hauptberuflich wissenschaftlich tätigen Personen 45,7 % weiblich.¹⁰² Der Frauenanteil lag im selben Jahr bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bei 53,9 %, bei den Dozenturen und Assistenzstellen bei 47,9 %.

Der Qualifizierungsprozess befindet sich im Rahmen der Dienstrechtsreform in einer Umstrukturierungsphase, die die Abschaffung der Habilitation beinhaltet. Die seit 2002 gültige **Juniorprofessur** soll laut Hochschulrahmengesetz (HRG) ab 2010 Regelerfordernis für die Einstellung als Professorin bzw. Professor sein. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt die Einführung der ersten 3.000 Juniorprofessuren mit rund 180 Millionen € (Stand: März 2003). Bisher steht zur Personalkategorie der Juniorprofessur

⁹⁸ Wissenschaftsrat (1998) (Hrsg.): Empfehlungen zur Chancengleichheit von Frauen in Wissenschaft und Forschung. Drucksache 3534/98, Köln 1998, insb. S. 77.

⁹⁹ Das hauptberuflich tätige Personal umfasst Professuren, Dozenturen und Assistenzstellen, Wissenschaftliche und Künstlerische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Lehrkräfte für besondere Aufgaben. Im Folgenden werden nur die ersten drei Kategorien berücksichtigt. *Wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen*: Akademische Räte, Oberräte und Direktoren bzw. Direktorinnen, wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Angestelltenverhältnis, Ärzte und Ärztinnen im Praktikum, wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im unbefristeten Arbeitsverhältnis. *Dozenturen und Assistenzstellen*: Hochschuldozenturen, Universitätsdozenturen, Oberassistenten und -assistentinnen, Oberingenieure und -ingenieurinnen, Hochschulassistenten und -assistentinnen, wissenschaftliche und künstlerische Assistenten und Assistentinnen, akademische (Ober-)Räte auf Zeit, außerordentliche Hochschuldozenturen, Oberassistenten und -assistentinnen, wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im befristeten Arbeitsverhältnis. *Professuren*: C4-, C3-, C2-Professuren (auf Dauer und Zeit) sowie ordentliche und außerordentliche Professuren. Vgl.: BMBF (Hrsg.) (2002): Grund- und Strukturdaten 2000/20001.

¹⁰⁰ Vgl.: Statistisches Bundesamt, 2003, vgl. auch: Anhang 2.1.4..

¹⁰¹ Vgl.: BLK (2003), a.a.O..

¹⁰² Vgl.: ebd..

nur wenig statistisches Datenmaterial zur Verfügung, so dass hier nur auf erste Tendenzen eingegangen werden kann.

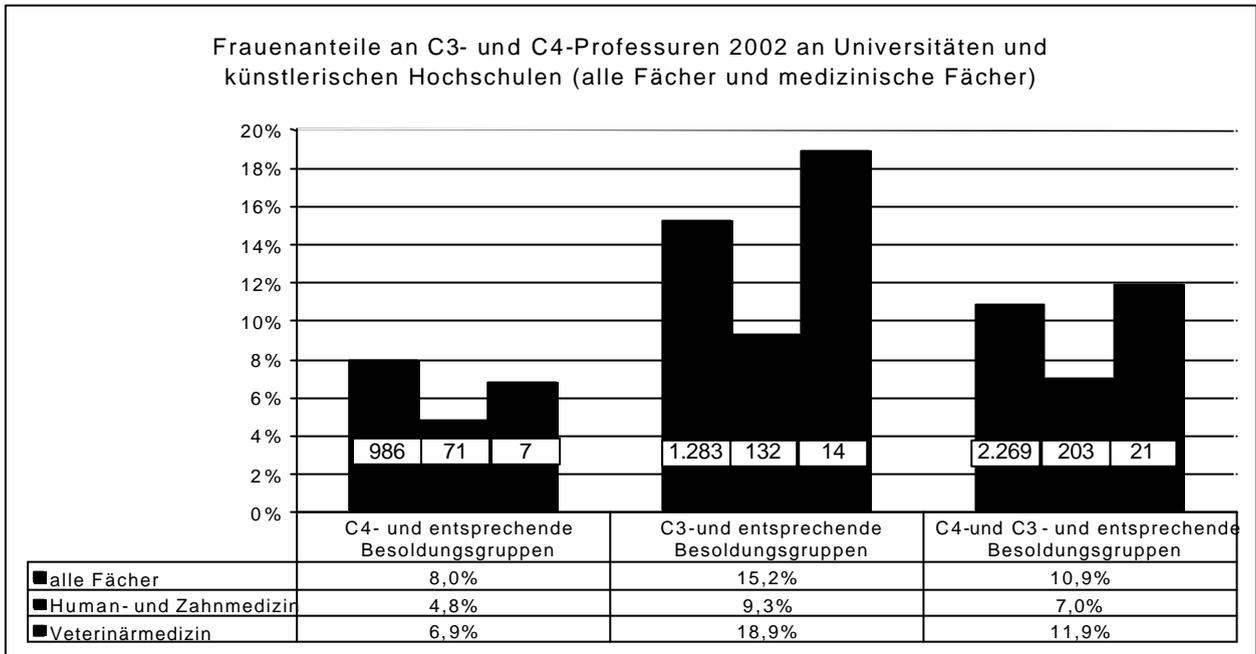
In der Medizin (Human-, Zahn- und Veterinärmedizin) betrug die Anzahl ausgeschriebener Juniorprofessuren 85, von denen 61 besetzt wurden. Der Frauenanteil beträgt dabei knapp 23 %. Aufgrund der unterschiedlichen Akzeptanz der Juniorprofessuren in der Medizin in den einzelnen Ländern kann keine weitere Analyse vorgenommen werden. In den klinischen Fächern zeigt sich jedoch die Neigung, nicht auf die Habilitation zu verzichten.

Ärztinnen und Ärzte liegen wegen der Notwendigkeit einer abgeschlossenen Fachärztin- bzw. Facharztausbildung bei einer möglichen Bewerbung um eine Juniorprofessur weit über dem Altersdurchschnitt der Bewerberinnen und Bewerber in anderen Fächern; sie sind neben ihren Aufgaben in Wissenschaft und Forschung auch für die Patientinnen- und Patientenversorgung zuständig. Nacht- und Wochenenddienste stellen eine zusätzliche Belastung dar. Daher erscheinen einige Sonderregelungen, wie eine gesonderte Freistellungsregelung für Ärztinnen und Ärzte, die in Forschung und Lehre tätig sind, und eine den Ausbildungsstrukturen angemessene Altersgrenze für den Zugang zur Juniorprofessur in der Medizin sinnvoll.

Im Jahr 2002 waren an Universitäten und künstlerischen Hochschulen in allen Fächern insgesamt 20.764 **Professorinnen und Professoren** in C3- und C4-Besoldungsgruppen tätig. 10,9 % der Stellen waren mit Frauen besetzt.¹⁰³

¹⁰³ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2003): Sonderauswertung, 2003.

Abbildung 4



Quelle: Statistisches Bundesamt (2003): Sonderauswertung, 2003

In der Human- und Zahnmedizin sind Frauen an den Professuren sowohl im Vergleich zum Durchschnitt aller Fächer als auch zur Veterinärmedizin stark unterrepräsentiert. Lediglich 9,3 % (absolut: 132) aller C3-Professuren in der Human- und Zahnmedizin¹⁰⁴ sind im Jahr 2002 mit Frauen besetzt. In der Veterinärmedizin liegt der Frauenanteil (C3) mit 18,9 % (absolut: 14) mehr als doppelt so hoch. Im Durchschnitt aller Fächer sind 15,2 % (absolut: 1.283) aller C3-Professuren an Universitäten und künstlerischen Hochschulen mit Wissenschaftlerinnen besetzt. Diese Unterrepräsentanz stellt sich in der Besoldungsgruppe C4 noch gravierender dar: Nur 986 der insgesamt 12.312 C4-Professuren an Universitäten und künstlerischen Hochschulen (alle Fächer) waren 2002 mit Frauen besetzt (8 %). In der Veterinärmedizin lag der Frauenanteil mit sieben von 102 C4-Professuren bei 6,8 %, in der Human- und Zahnmedizin lag der Anteil der Wissenschaftlerinnen an den 1.484 C4-Professuren bei 4,8 % (absolut: 71). Die Unterrepräsentanz von C4-Professorinnen zeigt sich in der Human- und Zahnmedizin also am deutlichsten.

¹⁰⁴ Professuren in den Zentralen Einrichtungen der Hochschulklinika sind eingerechnet.

Das Fach Humanmedizin wird in die vorklinische, klinisch-theoretische (einschließlich Zahnmedizin) und klinisch-praktische Humanmedizin unterteilt.¹⁰⁵ Die klinisch-theoretische Humanmedizin umfasst nicht-kurative Fächer, die klinisch-praktische Humanmedizin steht in Verbindung mit der Patientinnen- und Patientenversorgung. Die Besetzung einer C4-Professur in einem klinisch-praktischen Fach ist mit der Übernahme einer Chefärztin- bzw. Chefarztposition verbunden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es in der klinisch-praktischen Humanmedizin 790 C4- und 815 C3-Professuren (2001), von denen 2,8 % bzw. 6,6 % mit Frauen besetzt waren. In der klinisch-theoretischen Humanmedizin (einschließlich Zahnmedizin) betrug der Frauenanteil an den 381 C4-Stellen 5,3 % und an den 333 C3-Professuren 10,5 %. Die Positionen in der klinisch-theoretischen Humanmedizin werden jedoch nicht nur mit Medizinerinnen und Medizinern, sondern bisweilen auch mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus anderen Fächern, z.B. Biologen, besetzt. Dies wird durch das Statistische Bundesamt jedoch nicht differenziert erfasst.

Seit 1997 führt die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) eine jährliche Länder-Umfrage zu Bewerbungen, Platzierungen auf Listenplätzen, Berufungen/Ruferteilungen und Ernennungen auf Hochschulprofessuren durch. Im Jahr 2002 zeigt sich dabei an Universitäten¹⁰⁶, dass im gesamten **Berufungsgeschehen** bei der Besetzung einer C3- bzw. C4-Professur der Frauenanteil in allen Verfahrensschritten im Durchschnitt aller Fächer höher lag als in den medizinischen Fächern. Eine Ausnahme bildet die Veterinärmedizin.¹⁰⁷

Da das Berufungsverfahren einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt, wird im Weiteren der Zeitraum von 1997 bis 2002 zusammengefasst, da für diese Jahre verlässliches Zahlenmaterial vorliegt.¹⁰⁸ Insbesondere in der Medizin zeigt sich ein deutliches Absinken des Frauenanteils zwischen den Besoldungsgruppen "C3" und "C4", so dass diese im weiteren Verlauf getrennt betrachtet werden, um ein möglichst differenziertes Bild darzustellen.

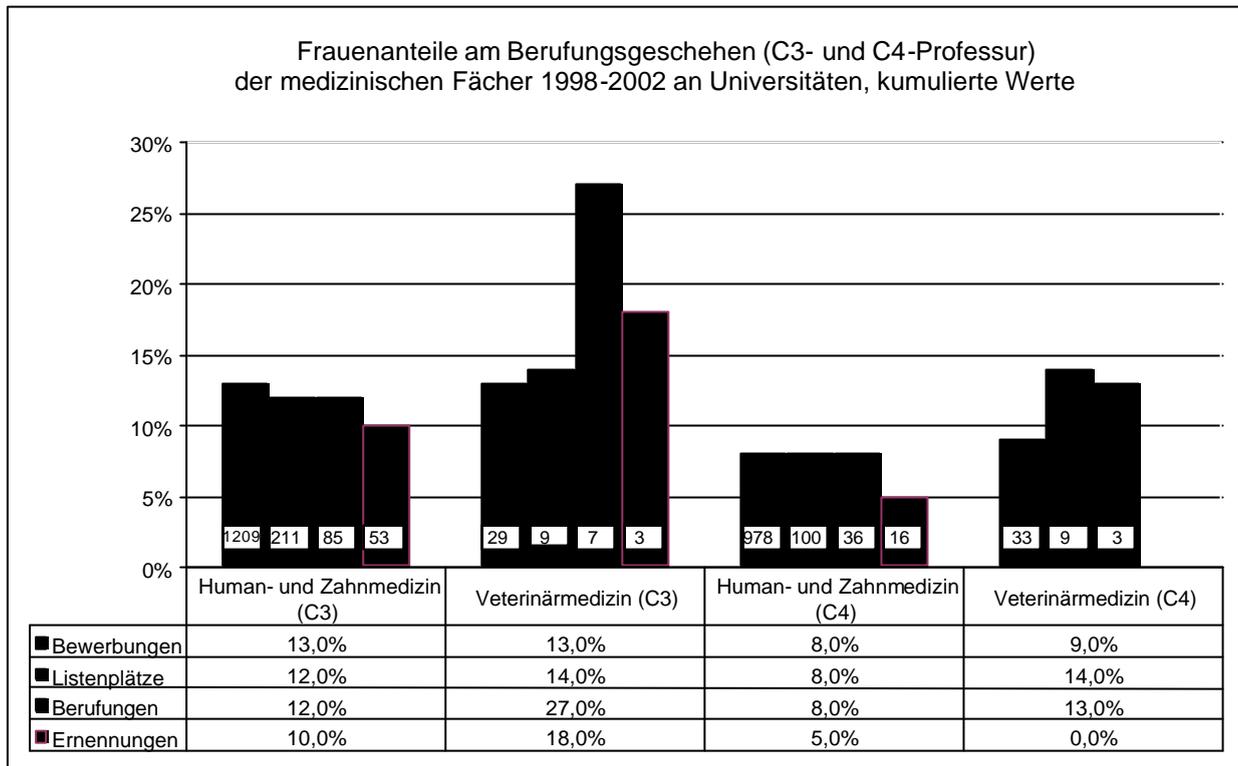
¹⁰⁵ Vgl.: Statistisches Bundesamt Fachserie 11, R.4.4., 2001.

¹⁰⁶ Ohne künstlerische Hochschulen und Musikhochschulen.

¹⁰⁷ Vgl.: BLK (2003), a.a.O..

¹⁰⁸ Vgl.: ebd..

Abbildung 5



Quelle: BLK (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003, eigene Berechnungen

Bei dieser Betrachtungsweise wird ein prozentual relativ ausgewogenes Verhältnis zwischen den Bewerbungen und den Berufungen von Human- und Zahnmedizinerinnen deutlich. In der Veterinärmedizin hingegen steigen die Frauenanteile zwischen Bewerbung und Berufung. Wissenschaftlerinnen, die sich um eine Professur in den medizinischen Fächern bewerben, haben demnach gute Aussichten auf eine Berufung.

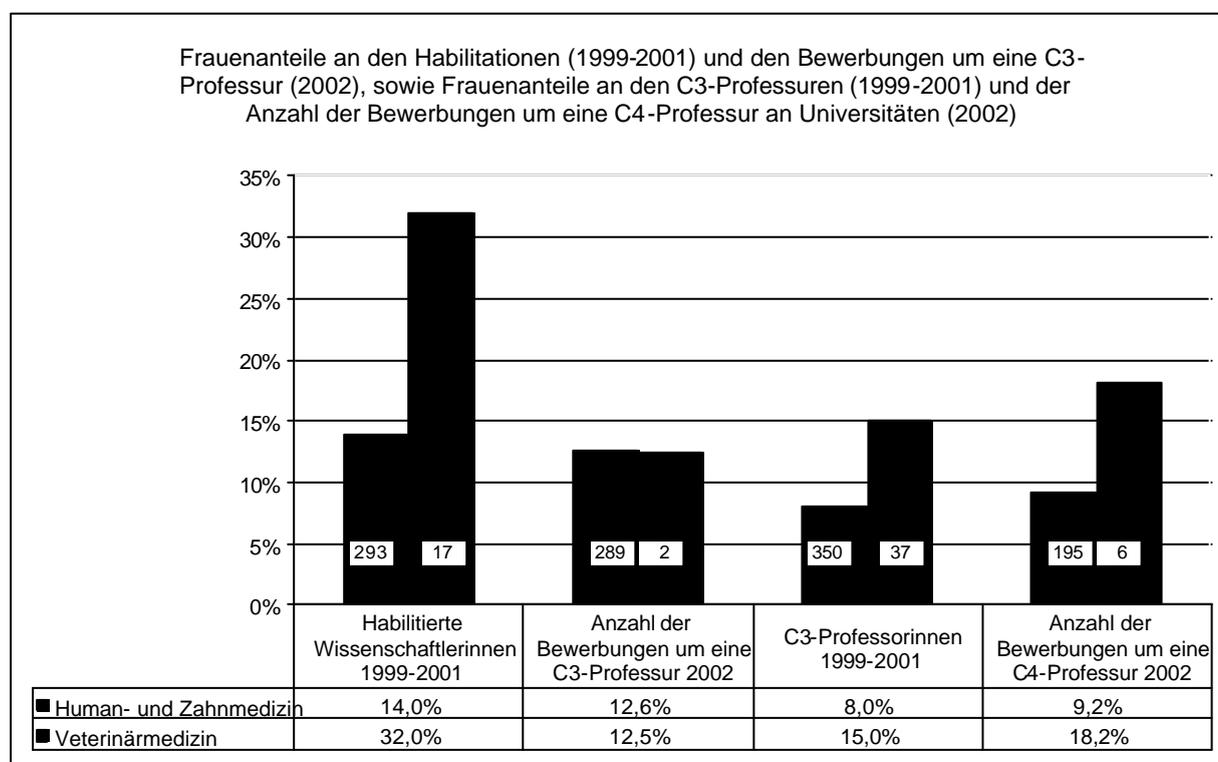
Dabei sollte berücksichtigt werden, dass in Deutschland lediglich fünf Hochschulen¹⁰⁹ ein Studium der Veterinärmedizin anbieten, wodurch die Option, eine Professur zu erhalten, in diesem Fach sehr viel geringer ist als in der Human- und Zahnmedizin. Die Tatsache, dass keine Veterinärmedizinerin einem Ruf auf eine C4-Professur folgte, kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass die Berufungen, die zwischen 1998 und 2002 erfolgten¹¹⁰, unter Umständen an ein und dieselbe Wissenschaftlerin gingen, die keinem der Rufe folgen konnte / wollte.

¹⁰⁹ Berlin, Gießen, Hannover, Leipzig und München; vgl. Studien- und Berufswahl 2003 / 2004, BLK u. BA (Hrsg.), Nürnberg, S. 230-231.

¹¹⁰ Vgl.: ebd..

Die Daten weisen jedoch darauf hin, dass in den vergangenen fünf Jahren, wenn eine entsprechend qualifizierte Medizinerin sich beworben hatte, sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch berufen wurde. Hinsichtlich des trotz dieser guten Chancen nach wie vor vergleichsweise sehr niedrigen Professorinnenanteils in der Medizin stellt sich die Frage, ob sich alle potenziellen Kandidatinnen auch um eine Professur bewerben. Dieser Frage geht die folgende Grafik (Abb. 6) nach. Hier werden die Frauenanteile an den Habilitationen der Jahrgänge 1999 bis 2001 mit den Bewerbungen um eine C3-Professur im Jahr 2002 sowie die Anzahl der zwischen 1999 und 2001 beschäftigten C3-Professorinnen und den Bewerberinnen um eine C4-Professur im Jahr 2002 verglichen. Anhand der Darstellung soll die Bewerbungsneigung der Human- und Zahnmedizinerinnen sowie der Veterinärmedizinerinnen um eine Professur überprüft werden. Dabei muss Berücksichtigung finden, dass dieser Vergleich nur eine Trendaussage zulässt, da sich mit Sicherheit auch Wissenschaftlerinnen früherer Habilitationsjahrgänge im Jahr 2002 auf eine Professur beworben haben. Andererseits findet nicht jährlich in allen medizinischen Fächern eine jeweils zur *venia legendi* "passende" Ausschreibung einer Professur statt, auf die sich frisch habilitierte Wissenschaftlerinnen bewerben können.

Abbildung 6



Quelle: BLK (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn 2003

In der Human- und Zahnmedizin ist zwischen Habilitation (1999-2001) und Bewerbung um eine C3-Professur ein Absinken des Frauenanteils um 1,4 Prozentpunkte, zwischen dem Wissenschaftlerinnenanteil an den C3-Professuren (1999-2001) und der Bewerbung um eine C4-Professur eine Steigerung des Frauenanteils um 1,2 Prozentpunkte festzustellen.

In der Veterinärmedizin sinken die Frauenanteile zwischen Habilitation und Bewerbung um eine C3-Professur um 19,5 Prozentpunkte, zwischen C3-Professur und Bewerbung um eine C4-Professur hingegen steigen sie um 3,2 Prozentpunkte.

Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Anzahl an Wissenschaftlerinnen unter den angegebenen Werten liegt, da sich die einzelnen Medizinerinnen auf mehr als eine Ausschreibung bewerben. Deshalb wurden die absoluten Zahlen in das Diagramm eingefügt. Für eine tiefergehende Analyse der absoluten Zahlen müsste die Anzahl der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler neben der Zahl der Bewerbungen erfasst werden.

Die Besetzung eines Lehrstuhls in der Medizin mit einer Frau stellte in den vergangenen fünf Jahren immer wieder eine Premiere dar. So wurde im Jahr 1999 an der Universität Rostock erstmals eine C4-Professur in der Anästhesie mit einer Wissenschaftlerin besetzt. Ebenfalls im Jahr 1999 wurde an der Technischen Universität München die erste Frau Inhaberin der Professur für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In der Chirurgie wurde im Jahr 2001 erstmals eine Frau zur C4-Professorin an der Universität Ulm ernannt. Ein Jahr später nahm eine Ärztin den Ruf auf die Professur für Pathologie an der Universität Halle an.

Dabei liegen die Barrieren für Frauen auf dem Weg zu Führungspositionen in Lehre und Forschung offenbar vor allem zwischen Promotion und Habilitation:¹¹¹

Kaczmarczyk (2002)¹¹² stellt in ihrer an der Berliner Charité durchgeführten Untersuchung fest, dass die notenbesten und promovierten Wissenschaftlerinnen ihre beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten pessimistischer einschätzten als die notenschlechtesten nicht promovierten Männer. Ihre Chancen auf einen sicheren Arbeitsplatz beurteilten die Medizinerinnen trotz gleicher Leistungen und Examensnoten signifikant schlechter als Männer (45 % zu 33 %). Wahrscheinlich sehen sich Frauen mit gutem Examen einer erheblich größeren Konkurrenz mit Männern um besonders attraktive Positionen ausgesetzt als letztere untereinander.

¹¹¹ Vgl.: S. 20.

¹¹² Vgl.: Kaczmarczyk, Gabriele / Schulte, Erika (Hrsg.) (2002): Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland. Erstellt im Auftrag der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen. Berlin, 2002.

Eine Längsschnittstudie von Abele-Brehm (2002)¹¹³ zeigt, dass das berufliche Selbstvertrauen von berufstätigen Ärztinnen mit der Zeit sinkt, während das ihrer männlichen Kollegen steigt. Mit steigender Qualifikationsstufe schätzen Frauen ihre Chancen auf eine erfolgreiche Bewerbung niedriger ein.

Eine mögliche Erklärung liefern die Ergebnisse der amerikanischen Studie des Massachusetts Institute of Technology (MIT) (1999)¹¹⁴: Die Studienergebnisse zeigen, dass sowohl Frauen als auch Männer dazu neigen, Frauen in ihren Leistungen unterzubewerten und Männer überzubewerten. Eine der Folgen solcher sicher unbewussten Verhaltensweisen kann eine Benachteiligung und subtile Diskriminierung von Frauen sein. In der Untersuchung des MIT wurde festgestellt, dass in der Medizin Professoren doppelt soviel Laborraum zur Verfügung hatten wie Professorinnen. Es zeigte sich, dass auch Professorinnen anderer Fakultäten diese Erfahrung teilten. Diskussionen ergaben, dass Wissenschaftlerinnen aller Fakultäten geschlechtsspezifische Benachteiligungen erfahren hatten, von wichtigen Informationen und Angelegenheiten ausgeschlossen waren und ihr durchschnittliches Einkommen trotz gleicher Qualifikation lediglich 78 % von dem der Männer betrug. Die als Konsequenz erfolgte Einrichtung eines Komitees, das Raumverteilung, Gehälter und Lehrverpflichtungen überwachen sowie Chancengleichheit für Frauen und Männer herstellen sollte, führte zu positiven Ergebnissen: Männer und Frauen erhielten in einigen Abteilungen nahezu gleich viel Raum, der Prozentsatz der am Institut beschäftigten Frauen erhöhte sich.

Eine weitere Erklärung für die horizontale und vertikale Segregation bei medizinischen Positionen und in den einzelnen Fachgebieten ist die Zuschreibung von Attributen bezüglich der Anforderungen in einem Beruf sowie der Befähigung, die erforderlichen Leistungen erbringen zu können.¹¹⁵ Derartige vorurteilsgenerierende Prozesse sind im Jahr 2001 in der Chirurgie untersucht worden. Befragt wurden 103 Lehrstuhlinhaber bzw. Abteilungsleiter der chirurgischen Fächer an allen deutschen Universitätskliniken. Die Frage, ob die Chirurgie männlich sei, wurde zum Teil bejaht. Als Begründung wurde angeführt, dass die Chirurgie einen kämpferischen Leistungswillen erfordere und männliche Dominanz überwiege. Frauen besäßen weniger Aggressivität und Ehrgeiz, Eigenschaften, die als Grundvoraussetzungen für ei-

¹¹³ Abele-Brehm, Andrea E. (2002): Arzt oder Ärztin sein heute – zwischen Erwartung und Realität – Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E, in: Brandenburg, Ulrich et.al. (Hrsg.) (2002): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2002, S. 21-32.

¹¹⁴ Vgl.: Massachusetts Institute of Technology (1999): A study on the status of women faculty in science at MIT. MIT Faculty Newsletter, Vol. 11, No.4. Cambridge, Mass, Massachusetts Institute of Technology, 1999.

¹¹⁵ Vgl. Geyer-Kordesch, Johanna (1987): Geschlecht und Gesellschaft: Die ersten Ärztinnen und sozialpolitische Vorurteile. Vortrag auf dem XXIV Symposium der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte "Sozialgeschichte der Wissenschaften", 8.-10. Mai 1986, in Lübeck, in: Ber.Wissenschaftsgesch. 10 (1987), S. 195-205, VCH Verlagsgesellschaft mbH, Weinheim.

ne medizinische Karriere angesehen werden. In der Unfallchirurgie werden Ärztinnen die physischen Fähigkeiten abgesprochen, der körperlichen Belastung standzuhalten. Darüber hinaus wird ihnen mangelnde Führungskompetenz unterstellt. Setzen sich Frauen jedoch energisch durch, gelten sie als "unweiblich". Auf diese Weise werden die Vorurteile erhalten: Frauen verhalten sich aufgrund der gesellschaftlichen Erwartungen nicht dominant, so dass ihnen in der Folge Durchsetzungsvermögen generell abgesprochen werden kann.¹¹⁶

Die skizzierten Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass Medizinerinnen wohl aufgrund demotivierender Prozesse und struktureller Bedingungen vermehrt auf eine wissenschaftliche Karriere verzichten. Ist die Habilitation jedoch erfolgreich abgeschlossen, bewirbt sich – zumindest in der Human- und Zahnmedizin – ein Großteil der Medizinerinnen um eine Professur.

Das dann folgende Berufungsverfahren setzt im Sinne der Chancengleichheit die Beurteilung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nach den gleichen Qualifikationskriterien voraus. Eine Objektivierung der Verfahren wäre durch das Erstellen allgemeingültiger und verbindlicher Kriterien zur präzisen Definition von "Qualifikation" möglich. Hauptkriterium zur Beurteilung der Qualifikation in Berufungsverfahren ist auch in den medizinischen Fächern die wissenschaftliche Leistung. Das Engagement in der Patientinnen- und Patientenversorgung spielt in den meisten Fällen eine nachrangige Rolle. Ärztinnen, die sich um eine Professur bewerben, messen der Krankenversorgung, die häufig auf Kosten der wissenschaftlichen Tätigkeit geleistet wird, oftmals eine höhere Bedeutung bei als ihre männlichen Mitbewerber. Eine angemessene Bewertung beider Kriterien, wissenschaftliche Leistung und Leistungen in der Krankenversorgung, wäre wünschenswert.

Bei den Stellenbesetzungsverfahren spielt nach wie vor das Prinzip der Kooptation nach Kriterien sozialer Homogenität eine große Rolle. Neben den Qualifikationskriterien finden subjektive Bewertungen Eingang, die vor dem Hintergrund der immer noch wesentlich von Männern geprägten Bewertungsstrukturen und -maßstäbe zu einer im Hinblick auf ihre Qualifikation unterproportionalen Berücksichtigung von Frauen führen. Für Männer besteht in der Bewerbungssituation um eine leitende Position meistens ein Beziehungssystem, während Frauen über kein vergleichbares Netzwerk als Supportsystem verfügen.¹¹⁷ Zwischen der Erfüllung formaler Aufgaben und der informellen Kommunikation erfüllen die Netzwerke den Zweck, innerorganisatorische Entscheidungen, insbesondere über mögliche zukünftige Or-

¹¹⁶ Bühren, Astrid: Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils, in: PANTA PEI Umdenken in der Chirurgie. Sonderband zum Chirurgenkongress 2001, hrsg. von Klaus Schönleben, München: Hans Marseille Verlag GmbH, 2001, S. 177-190.

¹¹⁷ Henne-Bruns, Doris: Jahresversammlung der HRK 2003.

ganisationsmitglieder herbeizuführen und zu kontrollieren.¹¹⁸ Dabei wird die aus dem Status resultierende Autorität in einem sogenannten old-boys-network von den aktuellen auf die zukünftigen Professoren übertragen.

Wissenschaftlerinnen sind darüber hinaus tendenziell seltener bereit, für eine Anstellung in eine andere Stadt oder ein anderes Land zu ziehen, wenn sie nicht zusammen mit Partnerin bzw. Partner und / oder Familie gehen können. Dabei ist die Mobilitätsneigung von Akademikerinnen wesentlich deutlicher vom Bestehen eines Partnerschaftsverhältnisses abhängig als die ihrer männlichen Kollegen. Ein "Anreiz" für Wissenschaftlerinnen, eine weiterqualifizierende Stelle – auch in einer anderen Stadt – anzunehmen, könnte das amerikanische Modell der "Dual-Career-Couples" sein. Zu den sogenannten "Dual-Career-Couples" liegen bisher keine spezifischen Ergebnisse für das Fach Medizin vor. Zum Thema allgemein und in Ansätzen zu der besonderen Situation von Paarbeziehungen, in denen beide eine wissenschaftliche Laufbahn anstreben, gibt es erste deutsche Untersuchungen.¹¹⁹

- (6) *Bund und Länder begrüßen, dass an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen die Verteilung von Ressourcen im Sinne der Gleichstellung der Geschlechter überprüft wird.*
- (7) *Bund und Länder werden darauf achten, dass zur Sicherung von Qualität und Chancengleichheit alle Stellenbesetzungsverfahren im medizinischen Bereich in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen offen und nachvollziehbar gestaltet werden. Bereits bei der Ausschreibung ist das Stellenprofil zu definieren. Die anzuwendenden Auswahlkriterien sind bereits in diesem Stadium festzulegen; sie sollten keine Ausschlussmechanismen aufweisen, die insbesondere Frauen benachteiligen (d.h. z.B. keine Altersbegrenzung, kein Ausschluss von Teilzeittätigkeit). Ände-*

¹¹⁸ Vgl.: Zimmermann, Karin (2000): Spiele mit der Macht in der Wissenschaft. Passfähigkeit und Geschlecht als Kriterien für Berufungen. Berlin: Ed. Sigma, 2000, Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 1998.

¹¹⁹ Vgl.: Schulte, Jürgen (2002): Dual-career couples. Strukturuntersuchung einer Partnerschaftsform im Spiegelbild beruflicher Anforderungen. Opladen: Leske und Budrich, 2002, Forschung Soziologie, Band 151; Rusconi, Alexandra / Solga, Heike (2002): Auswertung der Befragung deutscher Hochschulen zur "Verflechtung von beruflichen Karrieren in Akademikerpartnerschaften". Studie der Arbeitsgruppe Wissenschaftspolitik der "Jungen Akademie" an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Februar 2002.; sowie: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Brain Drain – Brain Gain. Eine Untersuchung über internationale Berufskarrieren. Durchgeführt von der GES, Backhaus, Beate / Ninke, Lars / Over, Albert; Draft Juni 2002. Vgl. auch: Lange, Diane: Probleme räumlicher Mobilität beruflich hochqualifizierter Paare. Personalkonzepte in Organisationen und individuellen Bewältigungsstrategien. Abschlussbericht des Forschungsprojektes "Coplacement", Ruhr-Universität Bochum, o. Jahresangabe.

rungen im Laufe des Verfahrens im Hinblick auf konkrete Bewerbungen sind grundsätzlich auszuschließen.

- (8) Bund und Länder werden Bemühungen an Hochschulen unterstützen, mit denen Qualifikationskriterien in Berufungsverfahren im medizinischen Bereich objektiviert werden können.*
- (9) Bund und Länder halten es für sinnvoll, dass in Berufungsverfahren im Bereich der Medizin neben der wissenschaftlichen Leistung auch Leistungen in der Krankenversorgung angemessen berücksichtigt werden.*
- (10) Bund und Länder fördern Initiativen an wissenschaftlichen Einrichtungen, Netzwerke für Wissenschaftlerinnen aufzubauen.*
- (11) Bund und Länder regen an, auch an wissenschaftlichen Einrichtungen die Möglichkeit zu prüfen, dass Paare gemeinsam an einer Einrichtung tätig sein können. Sollte ein Paar sich eine Stelle teilen, sollte die Gelegenheit gewährt werden, getrennt voneinander Drittmittel einzuwerben.*

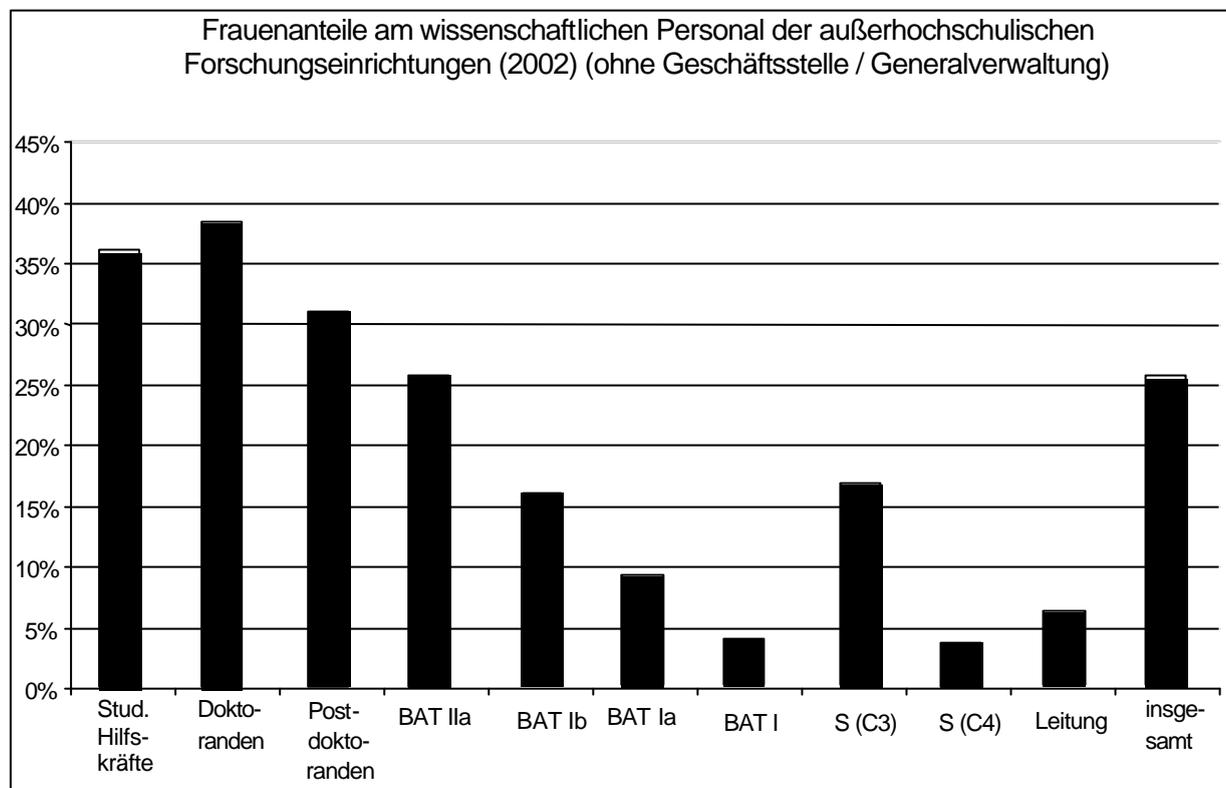
Medizinerinnen in von Bund und Ländern geförderten außerhochschulischen Forschungseinrichtungen

Die von Bund und Ländern gemeinsam geförderten außerhochschulischen Forschungseinrichtungen Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft (HGF), Fraunhofer Gesellschaft (FhG), Max-Planck-Gesellschaft (MPG) und Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz (WGL) tragen in Deutschland gemeinsam mit den Hochschulen einen Großteil des zukunfts-trächtigen Bereichs Forschung und Entwicklung und stellen damit, wie die Hochschulen, einen entscheidenden Wirtschaftsfaktor dar. Den Forschungsorganisationen standen im Jahr 2001 rund 5,2 Mrd. € für Forschung und Entwicklung zur Verfügung, den Hochschulen 8,5 Mrd. €¹²⁰ Da in diesen beiden Säulen der deutschen Forschung Karrieremöglichkeiten mit prestige- und einkommensreichen Positionen für Akademikerinnen und Akademiker zur Verfügung stehen, ist es notwendig, auch die außerhochschulischen Forschungseinrichtungen zu beleuchten.

¹²⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt.

Abbildung 7 gibt für das Jahr 2002 einen nach Besoldungsgruppen differenzierten Überblick der jeweiligen Frauenanteile am wissenschaftlichen Personal aller Einrichtungen.

Abbildung 7



Quelle: BLK (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003

Der Überblick zeigt eine deutliche Abnahme der Frauenanteile mit steigender Besoldungsgruppe. Beim Vergleich zwischen Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen zeigt sich eine erhebliche Differenz der Frauenanteile in den vergleichbaren Leitungspositionen: 6,1 % der Führungspositionen an Forschungseinrichtungen (2002) und 11,9 % der C4-, C3- und C2-Professuren¹²¹ an Hochschulen (2002) sind mit Frauen besetzt.¹²² Positive Ausnahmen bilden die C3-Professuren, die in außerhochschulischen Forschungseinrichtungen mit 16,7 % über dem Durchschnitt an Hochschulen liegen (2002: 12,1 %), während alle anderen Besoldungsgruppen unter diesen bleiben. Der erfreulich hohe Frauenanteil an den C3-Stellen ist auf entsprechende Sonderprogramme, z.B. das C3-Programm der Max-Planck-Gesellschaft zurückzuführen. Bei diesem MPG-Programm muss

¹²¹ C2-Stellen auf Dauer und auf Zeit.

¹²² BLK (2003), a.a.O..

allerdings berücksichtigt werden, dass im Vergleich zu normalen Professuren die im Rahmen dieses Programms mit Wissenschaftlerinnen besetzten C3-Positionen zeitlich befristet und geringer ausgestattet sind.

Bezüglich der spezifischen Situation von Medizinerinnen an außerhochschulischen Forschungseinrichtungen gibt es bisher keine verlässliche Zahlengrundlage. Um eine präzise Bestandsaufnahme vornehmen zu können, sind geschlechtsspezifische Daten notwendig, die nach Studienabschluss und aktuellem Forschungsgebiet der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler differenzieren. Dies ist insbesondere für die medizinischen Fächer notwendig, da hier Positionen oftmals mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus medizinischen Fächern, wie z.B. Biologie, Pharmazie, Chemie etc. besetzt werden.

In einer ersten Umfrage des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Januar 2002 wurden die 15 Forschungszentren der Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft (HGF) direkt sowie jeweils die Zentralverwaltungen der Fraunhofer Gesellschaft (FhG), der Max-Planck-Gesellschaft (MPG) und der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz (WGL) befragt. Bei den oben genannten Forschungsorganisationen konnten acht medizinische und medizinnahe Einrichtungen festgestellt werden, in denen insgesamt 170 Wissenschaftlerinnen mit einem Hochschulabschluss im Fach Human- oder Veterinärmedizin bzw. Pharmakologie tätig sind. Eine aussagekräftige Analyse ist anhand dieser Datengrundlage nicht möglich.

Bund und Länder haben sich aber in der Ausführungsvereinbarung Gleichstellung (AV-Glei) in § 1 Abs. 2, Satz 2, darauf verständigt, von den außerhochschulischen Forschungseinrichtungen regelmäßig (alle vier Jahre) geschlechtsdifferenzierte Berichte über die Situation und die Zahl der Beschäftigten anzufordern und die Ergebnisse der Bundesregierung für die nach dem Bundesgleichstellungsgesetz (BGleGG) erforderliche Berichterstattung zur Verfügung zu stellen.

3.2. Sonstige Tätigkeitsfelder

Selbstverwaltung und Krankenkassen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern nehmen großen Einfluss auf die Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit. Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) hat unter den Landesärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Umfrage zur Partizipation von Frauen in diesen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung durchgeführt. An der Umfrage beteiligten sich 16 der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen. Der prozentuale Anteil der Ärztinnen in den Gremien schwankt in den alten Bundesländern zwischen 23,2 % (Trier)

und 36,9 % (Rhein Hessen), in den neuen Bundesländern liegt der Frauenanteil in den Kasernenärztlichen Vereinigungen über 50 %.¹²³ Der Frauenanteil an den Delegierten schwankt zwischen 6 % (Pfalz) und 32,5 % (Mecklenburg-Vorpommern). In sieben Vorständen gibt es keine Ärztin, Berlin und Thüringen wählten jeweils eine Ärztin zur stellvertretenden Vorsitzenden, als Vorstandsvorsitzende ist ebenfalls keine Ärztin tätig.

Die Anfrage bei den 17 Ärztekammern zur Beteiligung von Frauen in deren Vorständen, Delegiertenversammlungen und Ausschüssen ergab, dass der Ärztinnenanteil in den Kammern der neuen Bundesländer bei 50 % und mehr, in den alten Bundesländern zwischen 33 % (Rheinland-Pfalz) und 38 % (Hamburg) liegt. In den Delegiertenversammlungen beträgt der Frauenanteil durchschnittlich nur 18 %. Eine von 17 Kammern hat eine Kammerpräsidentin, fünf Kammern haben eine Vizepräsidentin.

Ärztinnen sind dieser Umfrage zufolge in den genannten Gremien nicht angemessen vertreten. Die Unterrepräsentanz von Medizinerinnen in der ärztlichen Selbstverwaltung führt dazu, dass Frauen wenig Einfluss auf die grundsätzliche Gestaltung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten nehmen. Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Standes- und Ausbildungspolitik müssen jedoch in die Gremien der Selbstverwaltung eingebracht werden, um in der jeweiligen Regelsetzungsarbeit angemessen berücksichtigt zu werden.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein änderte im Jahr 1996 ihre Satzung dahingehend, dass auf allen Wahllisten so viele Kandidatinnen aufgestellt werden müssen, wie es ihrem jeweiligen Anteil bei den Kammermitgliedern entspricht. Diese Änderung zog eine Steigerung des Ärztinnenanteils in der Delegiertenversammlung bei den nächsten Kammerwahlen von 21,4 auf 32,9 % (1997) nach sich. Das entspricht nahezu dem Ärztinnenanteil von 35,8 % unter den Pflichtmitgliedern dieser Kammer.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Medizinerinnen und Medizinern steht nach der Fachärztin- bzw. Facharztanerkennung die Möglichkeit offen, in einer Praxis tätig zu werden. Im Jahr 2002 waren 40,9 % aller berufstätigen Humanmedizinerinnen und Humanmediziner in einer eigenen Praxis niedergelassen,

¹²³ DÄB (2001): Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes: Zentrale Stellen der Selbstverwaltung arbeiten ohne Kompetenz der Ärztinnen! DÄB, 2001.

darunter 33,7 % Ärztinnen. 2,7 % aller Humanmedizinerinnen und Humanmediziner waren in einer Praxis angestellt bzw. als Praxisassistentin oder -assistent tätig, davon 68 % Frauen.¹²⁴

Im Jahr 2002 übten in Deutschland 64.484 Zahnärztinnen und -ärzte ihren Beruf aus, darunter 37,4 % Frauen.¹²⁵ Ebenso wie in der Human- waren auch in der Zahnmedizin Frauen überproportional häufig (zu 53,8 %) als Praxisangestellte oder -assistentinnen oder in sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit beschäftigt (zu 41,5 %). Ihr Anteil an niedergelassenen Zahnärzten und -ärztinnen betrug nur 34,8 %. 38,6 % aller 15.801 Zahnärzte und -ärztinnen ohne zahnärztliche Tätigkeit waren Frauen (2002).

In der Veterinärmedizin lag der Frauenanteil an den 31.461 im Jahr 2002 bei der Tierärztekammer gemeldeten Veterinärmedizinerinnen und Veterinärmedizinern bei 43,6 %. 9.530 Tierärzte und -ärztinnen waren im selben Jahr ohne tierärztliche Tätigkeit, darunter 42,1 % Frauen.¹²⁶ Im Vergleich zu den Human- und Zahnmedizinerinnen hatten Tierärztinnen etwas seltener eine eigene Praxis (Frauenanteil: 32,9 %) und waren mit einem Anteil von 72,4 % an allen angestellten Assistenten bzw. Assistentinnen oder Vertretern bzw. Vertreterinnen niedergelassener Tierärztinnen und Tierärzte überproportional häufig im Angestelltenverhältnis beschäftigt.¹²⁷ Lediglich 27,9 % der Tierärzte und -ärztinnen mit Fachtierarzt- bzw. Fachtierärztinnenanerkennung waren 2002 weiblich.

Fachärztinnen und Fachärzte in der Humanmedizin

In der Humanmedizin zeigt sich nicht nur in den ärztlichen Tätigkeitsfeldern, sondern auch in den einzelnen Schwerpunktgebieten eine geschlechtsspezifische Verteilung. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Fachärztin- bzw. Facharztanerkennung in der Humanmedizin steigt seit 1986 und hat 2002 mit 203.810 einen Höchststand erreicht. Der Frauenanteil an berufstätigen Fachärzten und -ärztinnen lag im selben Jahr bei 32 % (absolut: 65.379).

Die einzelnen Schwerpunktgebiete haben, ebenso wie die verschiedenen medizinischen Tätigkeitsgebiete, ein jeweils unterschiedlich hohes gesellschaftliches Prestige: Die Frauenanteile sind in den Schwerpunktgebieten mit höherem Ansehen und hoher gesellschaftlicher Anerkennung geringer, wobei es sich dabei meist um unmittelbar lebensrettende und invasive Disziplinen wie die Chirurgie handelt.¹²⁸ Je höher die Position in Bezug auf Einfluss, Wei-

¹²⁴ Vgl.: Statistisches Bundesamt (2002), Fachserie 12, Reihe 5, a.a.O., sowie Anhang 2.2.1..

¹²⁵ Vgl.: Anhang 2.2.4..

¹²⁶ Vgl.: Anhang 2.2.5..

¹²⁷ Vgl.: ebd..

¹²⁸ Vgl.: Anhang 2.2.2..

sungsbefugnis und Ähnliches ist, desto seltener sind dort Frauen anzutreffen.¹²⁹ Männer hingegen erzielen darüber hinaus in den von ihnen dominierten Fachgebieten auch ein höheres Einkommen.¹³⁰

Die geschlechtsspezifische Segregation¹³¹ bei den Schwerpunktgebieten wird durch einen Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern belegt: Für die Jahre 1989/1990 ist ein deutlicher Unterschied in der Partizipation der Ärztinnen an verschiedenen Schwerpunktgebieten zu erkennen. Mit steigendem Ansehen des Schwerpunktgebietes sinken auch in den neuen Ländern die Frauenanteile deutlich ab. Dennoch wiesen Ärztinnen in den neuen Ländern insgesamt deutlich höhere Anteile in den jeweiligen Schwerpunktgebieten auf.

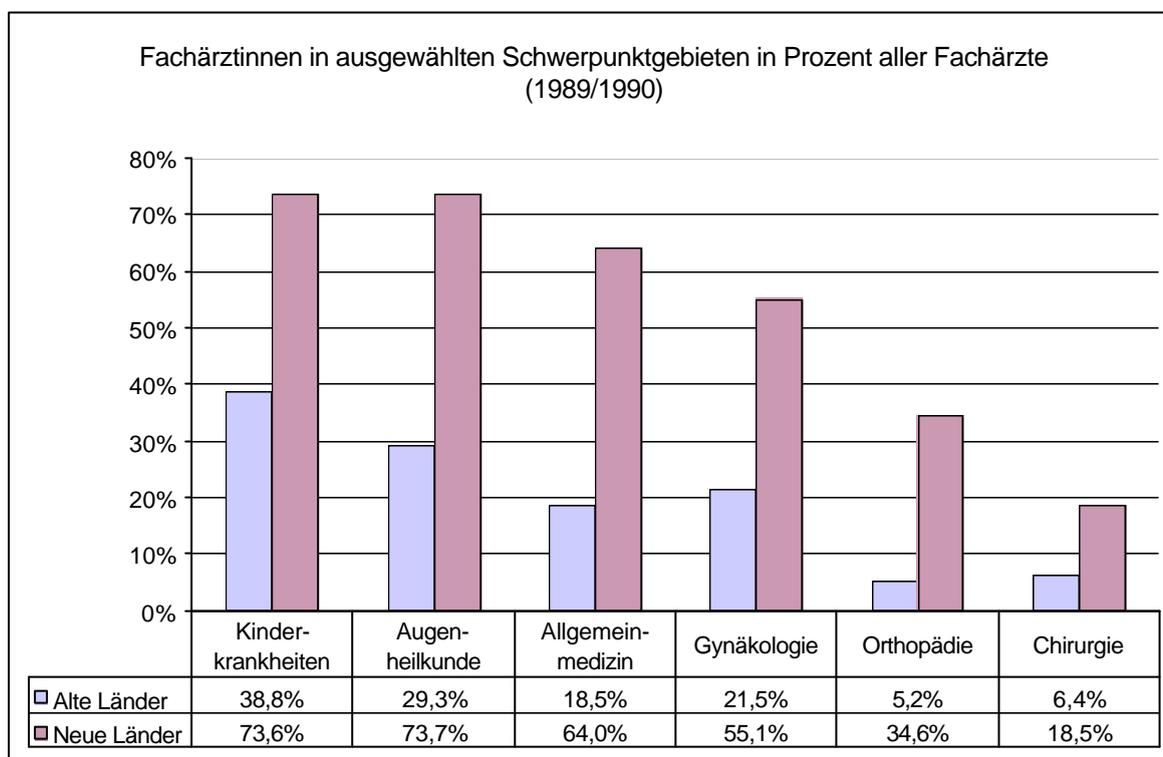
Dies kann zum großen Teil auf die gesicherte ganztägige Kinderbetreuung in den neuen Ländern zurückgeführt werden.

¹²⁹ Grote, Stefanie / Hoff, Ernst-H. / Wahl, Anja / Hohner, Hans-Uwe (2001): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hochqualifizierten Berufen. Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin (Hrsg. Hildebrand-Nilshohn, Martin / Hoff, Ernst-H. / Hohner, Hans-Uwe), Nr. 16, 2001.

¹³⁰ Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 4 vom 24.01.2003, Seite A-166: Geschlechterspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. Vgl. auch: Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 1998.

¹³¹ Segregation bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Frauen und Männer in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, Berufen und Branchen (horizontale Segregation) sowie auf unterschiedlichen Hierarchieebenen (vertikale Segregation) beschäftigt sind. Vgl.: Leitner, Andrea (o.J.): Frauenberufe – Männerberufe: Zur Persistenz geschlechtshierarchischer Arbeitsmarktsegregation.

Abbildung 8



Quelle: Schagen, Udo (1996), a.a.O.

Im gesamten Bundesgebiet sinken die Frauenanteile nicht nur mit steigendem Prestige des jeweiligen Schwerpunktgebietes, sondern auch mit steigender Hierarchiestufe: Während 37,9 % aller berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner im Jahr 2002 weiblich waren, betrug der Frauenanteil in leitenden Positionen der Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet 9,7 %. 2.302 der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte leiteten 2002 eine chirurgische Abteilung, davon 2,4 % (absolut: 56) Frauen. In der Urologie waren 1 % (vier von 376) der leitenden Positionen mit Frauen besetzt, in der Orthopädie 5,5 % (29 von 531), in der Pharmakologie und Toxikologie 4,5 % (zwei von 44). In den Fachgebieten, in denen Ärztinnen generell stärker vertreten sind, findet sich 2002 ein höherer Frauenanteil an leitenden Positionen im stationären Bereich. 24 % (19 von 79) der leitenden Ärzte und Ärztinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind Frauen, 15,2 % (zehn von 66) sind es in der Allgemeinmedizin und 17,5 % (sieben von 40) in der Arbeitsmedizin.¹³²

¹³² Vgl.: Bundesärztekammer (2003): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2002, Bundesärztekammer 2003.

Für alle drei medizinischen Fächer kann konstatiert werden, dass Frauen häufiger in einer Praxis angestellt sind als ihre männlichen Kollegen und proportional zu ihrem Gesamtanteil an allen berufstätigen Ärzten und Ärztinnen vermehrt in Behörden und Bereichen sonstiger ärztlicher Tätigkeit beschäftigt sind. 49,2 % aller 80.282 Humanmedizinerinnen und Humanmediziner ohne ärztliche Tätigkeit waren weiblich (2002). Darüber hinaus waren mehr Ärztinnen (3.655) als Ärzte (2.461) als arbeitslos gemeldet.

Deutlich unterrepräsentiert sind Ärztinnen in der Berufsgruppe der niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner. Die eigene Praxis stellt jedoch das Arbeitsfeld dar, in dem ein relativ hohes Einkommen erzielt werden kann und dies aufgrund der Tätigkeitsverteilung überwiegend von Männern.¹³³ In Krankenhäusern und Kliniken herrscht eine Gleichverteilung an Ärztinnen und Ärzten gemäß ihres Anteils an allen berufstätigen Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, Humanmedizinerinnen sind jedoch kaum in den einkommens- und prestigeträchtigen Spitzenpositionen zu finden.

Ein Grund für die überproportionalen Frauenanteile unter den ambulant angestellten Ärzten und Ärztinnen und den in Behörden und Körperschaften tätigen sowie die geschlechtsspezifische Segregation in den Berufspositionen kann die Arbeitszeitbelastung sein: Die Tätigkeitsfelder und Schwerpunktgebiete, in denen Ärztinnen vermehrt vertreten sind, ermöglichen geregelte Arbeitszeiten, bieten häufiger die Option, einer Teilzeittätigkeit nachgehen zu können und erfordern eine geringere Zahl an Überstunden.¹³⁴ Dabei zeigt sich, dass die wöchentliche Arbeitszeit der Ärztinnen mit Kind/ern deutlich niedriger ist als die der Frauen ohne Kind/er.¹³⁵ Dieser Zusammenhang zwischen Vereinbarkeit von Familienleben und Arbeitszeiten sowie den von Frauen gewählten Schwerpunktgebieten und der Art der ärztlichen Tätigkeit zeigt sich auch international, z.B. in Frankreich und Großbritannien.¹³⁶ Die Notwen-

¹³³ Grote, Stefanie / Hoff, Ernst-H. / Wahl, Anja / Hohner, Hans-Uwe (2001): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hochqualifizierten Berufen. Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin (Hrsg. Hildebrand-Nilshohn, Martin / Hoff, Ernst-H. / Hohner, Hans-Uwe), Nr. 16, 2001, S. 56.

¹³⁴ Vgl.: Grote, Stefanie / Hoff, Ernst-H. / Wahl, Anja / Hohner, Hans-Uwe (2001):): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hochqualifizierten Berufen. Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin (Hrsg. Hildebrand-Nilshohn, Martin / Hoff, Ernst-H. / Hohner, Hans-Uwe), Nr. 16, 2001. Vgl. auch: Sagebiel, Daniel (2001): Befragung zur Teilzeitarbeit und Arbeitszeitrealität bei im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten in Berlin, Berlin 2001, S. 57.

¹³⁵ Sagebiel, Daniel (2001): Befragung zur Teilzeitarbeit und Arbeitszeitrealität bei im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten in Berlin, Berlin 2001, S. 38.

¹³⁶ Crompton, Rosemary / LeFeuvre, Nicky (2003): Continuity and change in the gender segregation of the medical profession in Britain and France, in: Blättel-Mink, Birgit / Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Health Professions, Gender and Society. Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change. International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 23, No. 4/5, 2003, S. 36-56.

digkeit, auf familienfreundlichere Tätigkeitsfelder ausweichen zu müssen, stellt für Medizinerinnen mit Kind/ern demzufolge ein Hemmnis in der Karriereentwicklung dar.¹³⁷

Das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) sieht im § 5 für Krankenhäuser und Klinika Arbeitszeiten vor, die familienfreundlicher sind als bisher in der Praxis üblich. Eine Möglichkeit der Arbeitszeitreduzierung besteht darin, Ärztinnen und Ärzte von den täglich zu verrichtenden Verwaltungsaufgaben durch zusätzliches Personal zu entlasten. Grundlage für eine erfolgreiche Umgestaltung der Arbeitszeit kann eine Bestandsaufnahme der Belastungen und Beanspruchungen des Krankenhauspersonals und der Ausfallzeiten sein.

Mit Hilfe der Modifizierung bereits existierender Arbeitszeitmodelle könnten Teilzeitmodelle entwickelt werden, die die Möglichkeit einer Verlängerung der Vertragsarbeit beinhalten und sich nicht auf weniger qualifizierte Tätigkeiten beschränken sollten. Die Option einer Teilzeittätigkeit müsste während des gesamten Ausbildungsverlaufs (Approbationsordnung, Weiterbildungsordnung) gegeben sein. Eine Kalkulation von Sagebiel (2001) ergab, dass Teilzeitarbeit nicht bedeutend teurer ist als Vollzeitarbeit.¹³⁸ Ärztinnen und Ärzten, die in Teilzeit tätig sind, sollten die gleichen Karriereoptionen offen stehen wie den in Vollzeit tätigen Kolleginnen und Kollegen. Nach Verlautbarungen der Bundesärztekammer kann als ein 'good practice' Beispiel das seit 18 Jahren bewährte Teilzeitmodell der Anästhesie-Abteilung des Kreiskrankenhauses Sinsheim gelten.

(12) *Bund und Länder fordern Universitätsklinika und medizinische Hochschulen auf, in Anlehnung an das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) adäquate Teilzeitmodelle sowohl für den medizinischen Aus- und Weiterbildungsverlauf als auch für berufstätige Ärztinnen und Ärzte auszugestalten und anzuwenden.*

(13) *Bund und Länder unterstützen Bemühungen der medizinischen Hochschulen und Universitätsklinika, die Ärztinnenanteile in den von Medizinern dominierten Schwerpunktgebieten und Leitungspositionen zu erhöhen.*

(14) *Bund und Länder empfehlen, an Hochschulklinika das Vergütungssystem im Hinblick auf die Gleichstellung der Geschlechter zu überprüfen.*

¹³⁷ Vgl.: Kapitel 5.1..

¹³⁸ Sagebiel, Daniel (2001): Befragung zur Teilzeitarbeit und Arbeitszeitrealität bei im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten in Berlin, Berlin 2001, S. 100ff.

4. Forschungsförderung

4.1. Deutsche Forschungsgemeinschaft

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) ist die zentrale Förderorganisation für die Forschung in Deutschland. Sie finanziert Forschungsvorhaben an Universitäten und Forschungseinrichtungen und fördert Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler. Die DFG wird zu 58 % vom Bund und zu 42 % von den Ländern nach dem Königssteiner Schlüssel finanziert. Das Fördervolumen belief sich im Jahr 2002 auf 1.233,1 Mio. €

Auf die von der DFG zu einem Wissenschaftsbereich zusammengefassten akademischen Disziplinen Medizin und Biologie¹³⁹ entfiel mit 456,8 Mio. € im Jahr 2002 der größte Anteil aller bewilligten Forschungsgelder¹⁴⁰, davon 242,7 Mio. € auf die Human- und 5,5 Mio. € auf die Veterinärmedizin. Die Humanmedizin ist damit im Fächervergleich das Fach, für das im Jahr 2002 die höchste Fördersumme ausgeschüttet wurde.

21,2 % aller bewilligten **Fördermaßnahmen** (Einzelförderung, direkte Nachwuchsförderung, koordinierte Programme, Förderpreise) in dem Wissenschaftsbereich Medizin/Biologie gingen 2002 an Wissenschaftlerinnen. 18,8 % waren es bei den von der BLK initiierten Heisenberg-Stipendien.

Da die DFG die Fächer Medizin und Biologie in der Regel als einen Wissenschaftsbereich erfasst (s.v.), sind medizinspezifische Daten nur begrenzt erhältlich. Die Situation der Wissenschaftlerinnen in den medizinischen Fächern wird im weiteren Verlauf anhand der vorhandene Daten von 2002 behandelt.¹⁴¹

Es kann zunächst festgehalten werden, dass sich im Jahr 2002 anteilig mehr Wissenschaftlerinnen aus medizinischen Fächern um ein Forschungsprojekt bewarben als Wissenschaftlerinnen im Durchschnitt aller Fächer. Das Gleiche gilt für den Anteil am Fördervolumen. In den medizinischen Fächern entsprach der Frauenanteil an den beantragten Fördergeldern nahezu ihrem Anteil an den gestellten Anträgen. Tierärztinnen beteiligten sich prozentual gesehen in einem höheren Ausmaß an den Bewerbungen als Humanmedizinerinnen.

¹³⁹ Der Wissenschaftsbereich Biologie und Medizin umfasst die Fachgebiete Medizin, Biologie, Veterinärmedizin sowie die Agrar- und Forstwissenschaften, vgl.: ebd., S. 56.

¹⁴⁰ Vgl.: Einzelförderung, Direkte Nachwuchsförderung und Koordinierte Programme. Deutsche Forschungsgemeinschaft: Jahresbericht 2002, Aufgaben und Ergebnisse, Bonn, 2003, S. 56-58.

¹⁴¹ Vgl.: Anhang 3..

Sowohl im Durchschnitt aller Fächer als auch in den medizinischen Fächern lagen die Frauenanteile an den bewilligten Anträgen geringfügig unter ihrem Anteil an den gestellten Anträgen.¹⁴² Das bedeutet, dass im Jahr 2002 prozentual und absolut mehr Wissenschaftler bei ihrer Bewerbung erfolgreich waren und Anträge von Frauen etwas häufiger abgelehnt wurden. Das gilt in einem stärkeren Ausmaß für den Durchschnitt aller Fächer sowie für die Praktische Medizin, weniger für die Veterinärmedizin und die Theoretische Medizin. Wissenschaftlerinnen aus den beiden zuletzt genannten Disziplinen schnitten auch bei dem Fördervolumen geringfügig besser ab als Wissenschaftlerinnen aus der Praktischen Medizin und solche im Durchschnitt aller Fächer.

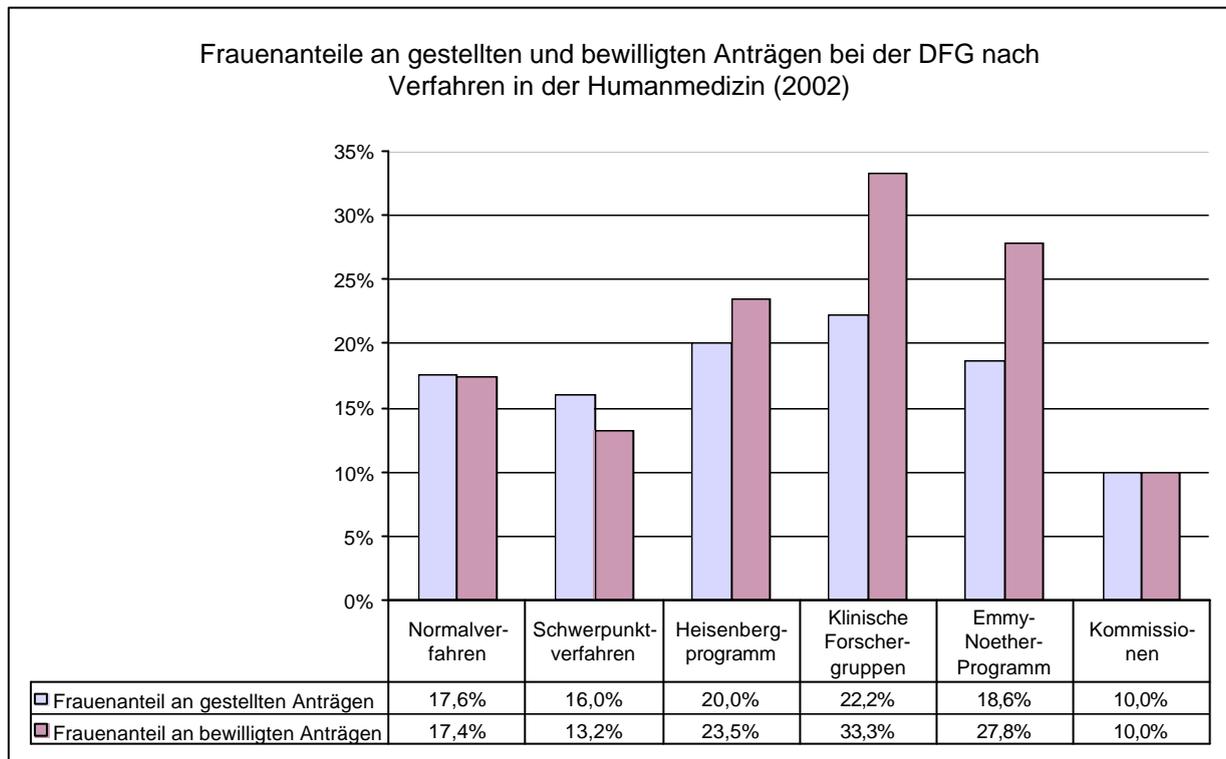
Für die Human- sowie die Veterinärmedizin liegen zu einigen Förderprogrammen ebenfalls geschlechtsdifferenzierte Daten bezüglich Antragstellung und Bewilligung vor. Da sich die Daten für die Veterinärmedizin auf wenige Verfahren (Normalverfahren, Emmy-Noether-Programm, Kommissionen, Habilitationsverfahren) beschränken, wird hier auf eine Darstellung verzichtet und auf den Anhang 3.5. verwiesen.

Im Folgenden soll geprüft werden, ob in den einzelnen Förderprogrammen die geringere Erfolgsquote von Frauen bei der Bewilligung von Förderanträgen und Fördergeldern bestätigt wird.¹⁴³ Es werden die Förderprogramme dargestellt, an denen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Jahr 2002 beteiligten.

¹⁴² Vgl.: Anhang 3.1..

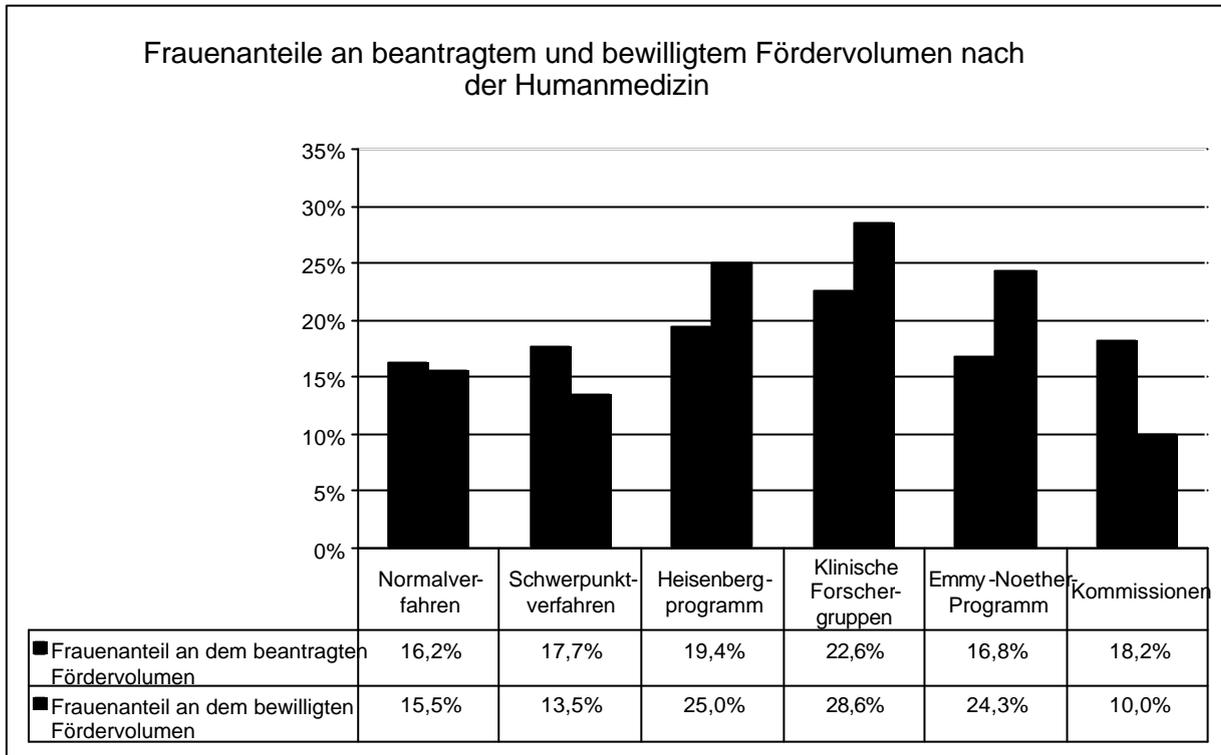
¹⁴³ Allmendinger, Jutta / Hinz, Thomas (2002) haben für das Fach Soziologie die Beantragung von Forschungsprojekten und deren Evaluation durch die DFG untersucht. Ergebnis der Analyse ist, dass Anträge von Frauen seltener gefördert werden als Anträge von Männern. Allmendinger, Jutta / Hinz, Thomas (2002): Programmierte (Un-)Gleichheit? Geschlechtsspezifische Chancen bei der Bewilligung von Forschungsanträgen. In: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 31, Heft 4, August 2002, S. 275-293. Eine derartige Untersuchung liegt für die medizinischen Fächer nicht vor.

Abbildung 9



Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

Abbildung 10



Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

Abbildungen 9 und 10 zeigen ein unterschiedliches Bild bezüglich der Bewilligungsquoten: In den Normalverfahren entsprach die Beteiligung der Medizinerinnen etwa ihrem Anteil an den Bewerbungen, ebenso in den Kommissionen. Zwischen beantragten und bewilligten Fördergeldern in den Normalverfahren sinkt der Frauenanteil geringfügig, in den Kommissionen hingegen deutlich ab.

In den Schwerpunktprogrammen sinken die prozentualen Frauenanteile sowohl zwischen gestellten und bewilligten Anträgen als auch zwischen beantragtem und bewilligtem Fördervolumen.

Im Heisenberg- und Emmy Noether-Programm sowie den klinischen Forschergruppen lagen die Anteile der Humanmedizinerinnen an den bewilligten Anträgen über dem Anteil an den gestellten Anträgen. In diesen Förderprogrammen wurden demnach Anträge von Männern häufiger abgelehnt als solche von Frauen. Das gilt auch für die Bewilligungsquoten bei den Fördergeldern in den genannten Programmen.

Im Fach Humanmedizin wurde demnach die Notwendigkeit, Wissenschaftlerinnen im Anschluss an ihre Habilitation besonders zu fördern, erkannt und entsprechend gehandelt.

Über die Bewilligung der Anträge entscheiden **Fachgutachterinnen und Fachgutachter** der DFG. Sie beurteilen die wissenschaftliche Qualifikation der Antragstellerin bzw. des Antragstellers sowie die wissenschaftliche Qualität des Projektes. Die Begutachtungsverfahren sowie die übrigen Antragsverfahren sollten im Hinblick auf Gerechtigkeit beobachtet werden.

Anstelle der bisherigen Fachausschüsse der DFG wurden die Fachkollegien als Nachfolgegremien eingeführt. In der Zeit vom 3. bis 14. November 2003 fanden erstmals Wahlen der Mitglieder dieser Fachkollegien statt. Insgesamt wurden 577 Mitglieder, darunter 69 Frauen (12 %) gewählt. Damit ist der Anteil der gewählten Wissenschaftlerinnen von 7,7 % (1999) auf jetzt 12 % gestiegen. Auch haben sich die Wissenschaftlerinnen prozentual besser durchgesetzt als die Wissenschaftler, nämlich mit 48,9 % (69 von 141 Kandidatinnen) gegenüber 42,8 % (508 von 1188 Kandidaten). Auf den Bereich Medizin im weitesten Sinne entfallen insgesamt 197 Mitglieder, darunter 22 Frauen (11,2 %). Es sollten auch weiterhin alle Maßnahmen mit dem Ziel, den Anteil der Wissenschaftlerinnen in den Fachkollegien zu erhöhen, unterstützt werden, auch um das vorhandene Potenzial an hochqualifizierten Wissenschaftlerinnen für Begutachtungen besser auszuschöpfen.

Für die Medizin sind die folgenden Fachkollegien relevant:

- Fachkollegium "Grundlagen der Biologie und Medizin" mit den Fächern: Biochemie, Biophysik, Zellbiologie, Strukturbiologie, Allgemeine Genetik, Entwicklungsbiologie, Bioinformatik und Theoretische Biologie, Ernährungswissenschaften, Anatomie, Physiologie. 46 Fachkollegiaten, davon neun Frauen (19,6 %).
- Fachkollegium "Mikrobiologie, Virologie und Immunologie" mit den Fächern: Stoffwechselphysiologie, Biochemie und Genetik, Mikrobielle Ökologie und Angewandte Mikrobiologie, Medizinische Mikrobiologie, Parasitologie, Mykologie und Hygiene, Molekulare Infektionsbiologie, Virologie, Immunologie. 19 Fachkollegiaten, davon zwei Frauen (10,5 %).
- Fachkollegium "Medizin" mit den Fächern: Epidemiologie, Medizinische Biometrie, Medizinische Informatik, public health, Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Humangenetik, Pathologie und Gerichtliche Medizin, klinische Chemie, Pharmazie, Pharmakologie und Toxikologie, Anästhesiologie, Innere Medizin mit Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Hämatologie/Onkologie, Gastro-Enterologie/Stoffwechsel, Nephrologie, Endokrinologie und Rheumatologie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dermatologie, Urologie, Gefäß- und Viszeralchirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Zahnheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie, Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie und Strahlenbiologie, Biomedizinische Technik und Medizinische Physik. 71 Fachkollegiaten, davon sieben Frauen (9,9 %).
- Fachkollegium "Neurowissenschaft" mit den Fächern: Molekulare Neurowissenschaft, Zelluläre Neurowissenschaft, Entwicklungsneurobiologie, Systemische Neurowissenschaft, Vergleichende Neurobiologie und vergleichende Sinnesphysiologie, Neuroetholo-

gie und Kognitive Neurowissenschaft, Neurogenetik und Psychiatrische Genetik, Klinische Neurowissenschaften I mit Neurologie, Neurochirurgie und Neuropathologie, Klinische Neurowissenschaften II mit Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Klinische Neurowissenschaften III mit Augenheilkunde, Klinische Neurowissenschaften IV mit Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Neuroimaging.

31 Fachkollegiaten, davon eine Frau (3,2 %).

- Fachkollegium "Agrar-, Forstwissenschaften, Gartenbau und Tiermedizin" mit den Fächern: Bodenwissenschaften, Pflanzenbau, Pflanzenernährung, Ökologie von Agrarlandschaften, Pflanzenzüchtung, Phytomedizin, Verfahrens- und Landtechnik, Agrarökonomie und -soziologie, Erfassung, Steuerung und Nutzung der Waldressourcen, Grundlagen der Waldforschung, Tierzucht, -haltung und -hygiene, Tierernährung und -ernährungsphysiologie, Grundlagen der Tiermedizin, Grundlagen von Pathogenese, Diagnostik und Therapie, Diagnostik und Therapie am lebenden Tier.
30 Fachkollegiaten, davon vier Frauen (13,3 %).

Der Senat der DFG hatte im Oktober 2002 mit Beschluss der neuen Wahlordnung neben der Anzahl der zu wählenden Fachvertreter eine fachliche Gliederung festgelegt. Die Fachkollegien sollen dafür Sorge tragen, dass die Begutachtung allein nach wissenschaftlichen Kriterien erfolgt und in allen Verfahren gleiche Qualifikationsmaßstäbe angelegt werden. Die Mitglieder der Fachkollegien werden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gewählt, die in den Mitgliedseinrichtungen der DFG und anderen wissenschaftlichen Einrichtungen tätig sind. Vor der nächsten Wahl im Jahr 2007 wird der Senat prüfen, ob die fachliche Gliederung positiv zu beurteilen ist.¹⁴⁴

In Schweden wurden offizielle Richtlinien für den gesamten Bewertungsprozess in der staatlichen Forschungsförderung ausgearbeitet. Nach dem skandinavischen 'Act of Information' ist es darüber hinaus der begutachteten Person möglich, das Gutachten einzusehen. Auf der Basis der Ergebnisse einer in Schweden gesetzlich vorgeschriebenen Datenerhebung untersuchten Wenneras und Wold¹⁴⁵ die Beurteilungsgrundlagen, auf denen Gutachten im Fach Medizin beruhen. Wenneras / Wold benannten drei für die Beurteilungen offenbar entscheidende Faktoren:

1. Die wissenschaftlichen Leistungen: Medizinerinnen mussten 2,6 mal so viele Beiträge in wissenschaftlichen Zeitschriften von guter Reputation veröffentlichen, um die gleiche gutachterliche Note wie männliche Antragsteller zu erhalten. Die geringere Förderquote der Wissenschaftlerinnen stellt sich als problematisch dar, weil sie sich negativ auf die Qualität und Quantität der Publikationen auswirkte.

¹⁴⁴ Vgl.: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

¹⁴⁵ Wenneras, Christine / Wold, Agnes (2000): A chair of one's own, in: Nature 408(6813): 647, 2000; Dies.: (2001): Nepotism and sexism in peer-review, in: Nature 387, 1997, S. 341-343.

2. Das Geschlecht der antragstellenden Person: Leistungen von Männern werden höher eingeschätzt und als Ausdruck von Fähigkeiten interpretiert, während gute Leistungen von Frauen abgewertet und oftmals auf Fleiß oder Glück zurückgeführt werden.
3. Die Existenz einer persönlichen Beziehung zur Gutachterin bzw. zum Gutachter: Vorteile ergeben sich für solche Bewerber und Bewerberinnen, die mit einem der Gutachter bzw. einer Gutachterin in persönlicher Beziehung stehen.

4.2. Stiftungsprofessuren

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft unterstützt Initiativen zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Hochschul- und Wissenschaftssystems.

In Kooperation mit dem Stifterverband werden zur Zeit 99 Stiftungsprofessuren gefördert (Stand: März 2002), davon sieben in den medizinischen Fächern. Der Stifterverband ist bemüht, auch Stifterverband-fremde Stiftungsprofessuren zu erfassen. Eine interne Liste des Stifterverbandes, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, erfasst 75 solcher Stiftungsprofessuren, von denen drei (4 %) in der Humanmedizin angesiedelt sind. Die Stiftungsprofessur "Frauenforschung und Osteologie" (vgl. Kapitel 6) an der Freien Universität Berlin wird von der Fa. Eli Lilly & Co. Company finanziert. Die Stiftungsprofessur in dem Fachgebiet Arteriosklerose-Forschung an der Universität Essen wird von Deichmann gefördert, bei der Stiftungsprofessur für Molekulare Hämatologie an der Medizinischen Hochschule Hannover handelt es sich um eine Madeleine-Schickedanz-Kinderkrebs-Stiftungsprofessur.

Zwischen 1987 und 2001 hat die Hermann und Lilly Schilling-Stiftung im Stifterverband für die deutsche Wissenschaft Mittel zur Einrichtung von 47 C3-Professuren auf dem Gebiet der theoretischen und klinischen Medizin zur Verfügung gestellt, von denen fünf (10,6 %) mit Frauen besetzt wurden. Die letzte dieser Professuren lief 2001 aus.¹⁴⁶ Die Stiftungsprofessuren waren auf einen Zeitraum von fünf Jahren befristet und räumten den Inhaberinnen und Inhabern eine 50-prozentige Freistellung von der Krankenversorgung ein; die "gewonnene" Zeit sollte zur wissenschaftlichen Weiterqualifikation genutzt werden. Das Programm wurde auf der Basis einer Umfrage unter den Schilling-Professorinnen und -Professoren ausgewertet. Während Humanmedizinerinnen und Humanmediziner im Schnitt zum Zeitpunkt der Habilitation 39,8 Jahre alt waren (2000), lag das Durchschnittsalter der Schilling-Professorinnen und -Professoren bei Abschluss der Habilitation bei 35,7 Jahren. Zum Zeit-

¹⁴⁶ Quelle: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Schilling-Professuren – eine Erfolgsgeschichte. Erfahrungen mit einem Nachwuchsförderprogramm in der medizinischen Grundlagenforschung. Positionen, Juli 2002.

punkt der Berufung waren zwei Drittel der Bewerberinnen und Bewerber um eine Schilling-Professur zwischen 36 und 40 Jahre alt. 56 % wechselten vor Ende der Laufzeit der Stiftungsprofessur auf eine C3- oder C4-Lebenszeitstelle, 44 % nahmen die gesamte Förderdauer in Anspruch. Nur fünf der Geförderten gingen ins Ausland. Diese Ergebnisse sollen nicht nur eine positive Gesamtbilanz widerspiegeln, sondern auch Aufschluss über sinnvolle Elemente zukünftiger Fördermaßnahmen geben.

5. Gleichstellungsmaßnahmen

5.1. Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen und ärztlicher Tätigkeit spielen in der Medizin im gesamten Qualifikationsverlauf eine entscheidende Rolle. Dieser ist an kurative Tätigkeiten gebunden, deren Ausführung bei **Schwangerschaft** und während der **Mutterschutzfristen** zum Teil gesetzlich untersagt ist.¹⁴⁷ Dadurch bedingte Ausfälle von Ärztinnen stellen insbesondere für Krankenhäuser und Klinika ein betriebswirtschaftliches Risiko dar, so dass die theoretische Möglichkeit einer Schwangerschaft für viele Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen nach wie vor ein wichtiges Entscheidungskriterium gegen die Einstellung von Medizinerinnen ist.

Gemäß § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) soll die Schwangere, sobald ihr der Zustand bekannt ist, dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin die Schwangerschaft und den voraussichtlichen Tag der Niederkunft mitteilen. § 8 MuSchG schränkt die Arbeitszeit von Schwangeren ein. So ist eine Tätigkeit an Sonn- und Feiertagen sowie zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr verboten. Unzulässig ist eine Beschäftigung in den letzten sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung.

Die in den Gesetzen vorgeschriebenen Beschäftigungsverbote und -einschränkungen gelten ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis etwa zwölf Monate nach Entbindung. In folgenden Bereichen dürfen werdende und stillende Mütter nicht eingesetzt werden:

- OP-Bereich
- Anästhesie- und Aufwachbereich
- Intensivstationen

¹⁴⁷ Diesbezüglich relevante Bestimmungen für werdende und stillende Mütter sind im Mutterschutzgesetz (MuSchG), der Mutterschutzrichtlinienverordnung (MuSchRiV), der Röntgenverordnung (RöV), der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie in den Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) festgelegt.

- Aufnahmestationen
- Infektionsstationen
- Dialyseeinheiten
- Onkologie und Strahlentherapie
- Pathologie
- Transfusionsmedizinische Abteilungen und Blutbanken
- Geschlossene Abteilungen der Psychiatrie
- Gynäkologie und Geburtshilfe.

Werdende und stillende Mütter werden demzufolge auf gesetzlicher Grundlage von der Mehrzahl ärztlicher Tätigkeiten ausgeschlossen und bekommen stattdessen häufig Verwaltungsaufgaben zugeteilt. Assistenzärztinnen dürfen in der Zeit ihrer Schwangerschaft / des Stillens die in der Weiterbildungsordnung geforderten operativen Eingriffe nicht vornehmen, so dass die Mutterschutzbestimmungen sich hier zu einem Berufsverbot ausprägen könnten. Das Erfordernis dieser Bestimmungen ist wissenschaftlich nicht abgesichert und dem heutigen Stand der Technik nicht mehr angemessen.

Ärztinnen im Praktikum und Assistenzärztinnen auf dem Weg zur Fachärztin anerkennt sind von den Mutterschutzbestimmungen besonders betroffen, da sich ihre Weiterbildung um Jahre verlängern kann. Die Weiterbildungsordnung in der Humanmedizin legt fest, dass Schwangerschaft und Erziehungszeiten nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. In der Weiterbildungsordnung für Humanmedizinerinnen und Humanmediziner § 4 ist festgeschrieben: Eine Unterbrechung der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst usw. kann grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als 6 Wochen im Kalenderjahr. Damit die Betroffenen die Facharztausbildung abschließen können, sollten verstärkt Möglichkeiten eröffnet werden, nach der Geburt des Kindes die wegen der Schwangerschaft ausgefallenen Ausbildungsinhalte nachholen bzw. den Kontakt zum Krankenhaus aufrecht erhalten zu können. Es sollten insbesondere alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Weiterbildungszeit vertraglich zu verlängern. Dazu gehören z.B. auch Regelungen, die bei befristeten Arbeitsverträgen eine Verlängerung um die Zeiten schwangerschaftsbedingter Beschäftigungsverbote gewährleisten.

Die Weiterbildung kann in Teilzeit absolviert werden, diese muss aber mindestens die Hälfte der regulären Arbeitszeit betragen. Die Dauer der Weiterbildung verlängert sich entsprechend. Auch die Weiterbildung in der Zahnmedizin kann in Teilzeit absolviert werden, darf jedoch nicht länger als vier Jahre in Anspruch nehmen. Unterbrechungen aufgrund einer Schwangerschaft werden nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet. Die Weiterbildungsordnung für Tierärztinnen und -ärzte sieht vor, dass die Weiterbildung in persönlich begrün-

deten Fällen in Teilzeittätigkeit abgeleistet werden kann, eine Unterbrechung der Weiterbildung infolge Krankheit, Sonderbeurlaubung u.Ä. von mehr als drei Monaten im Kalenderjahr jedoch nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet wird. Eine Unterbrechung der Weiterbildung in begründeten Fällen ist zulässig.

Sollten Aufgaben der Klinikführung sowie Verwaltungsaufgaben Relevanz für die ärztliche Weiterbildung besitzen, könnte deren Implementierung in die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten es schwangeren und stillenden Medizinerinnen ermöglichen, trotz der geltenden Mutterschutzbestimmungen weiterbildungsrelevante Tätigkeiten zu übernehmen.

Nicht nur die weiterbildungsverzögernden Folgen der Mutterschutzbestimmungen sind als gravierende Benachteiligung von Ärztinnen anzusehen, sondern auch das Risiko der Nichtverlängerung des in dieser Phase regelhaft befristeten Arbeitsvertrags während der genannten Schutzfristen. In der Folge verlieren Ärztinnen den für eine medizinische Karriere notwendigen Kontakt zu der Institution, in der sie ihre Weiterbildung begonnen haben, und haben aufgrund der Mutterschutzbestimmungen, die ihr Tätigkeitsspektrum einschränken, auch keine Aussicht auf eine Anstellung in einer anderen Einrichtung. Ärztinnen sehen sich nach einer Unterbrechung ihrer Weiterbildung vor der Schwierigkeit, einen Wiedereinstieg zu finden. Angebote zum Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten nach Kindererziehungszeiten in den Weiter- und Fortbildungsreferaten der Landesärztekammern könnten hier Abhilfe schaffen. Es ist jedoch nicht nur der Verlust des Kontaktes zu der jeweiligen Institution, der die Berufsrückkehr erschwert, sondern auch die Schwierigkeit, eine dem ärztlichen Berufsalltag angemessene Kinderbetreuung zu finden (siehe Seite 78ff.).

Eine differenzierte Auslegung der Mutterschutzgesetze wäre daher wünschenswert, um die Gefahr der Weiterbildungsverzögerung oder der vorzeitigen Beendigung der ärztlichen Weiterbildung von hochqualifizierten Medizinerinnen zu minimieren. Die befürchteten Folgen veranlassen Ärztinnen oftmals, ihre Schwangerschaft zu verschweigen. Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) müssen Frauen, die in einem Beruf tätig sind, der aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr (Krankenhaus, Labor) besonderen Mutterschutzbestimmungen unterliegt, ihrem (zukünftigen) Arbeitgeber bzw. ihrer Arbeitgeberin keine Auskunft mehr über eine bestehende Schwangerschaft geben. Bisher unterlagen beispielsweise Ärztinnen, Arzthelferinnen und Röntgenassistentinnen einer Ausnahme vom Recht auf "Unwahrheit". Nach Rechtsprechung des EuGH stellt es auch in diesen Tätigkeitsfeldern eine Diskriminierung von Frauen dar, wenn sie aufgrund ihrer Schwangerschaft nicht auf eine unbefristete Stelle eingestellt werden, nur weil sie für die Dauer der Schwangerschaft wegen

eines aus ihrem Zustand folgenden gesetzlichen Beschäftigungsverbotes auf dieser Stelle am Anfang nicht beschäftigt werden dürfen.¹⁴⁸

Dem Personalausfall aufgrund von Schwangerschaft und/oder Erziehungszeit soll z.B. im Rahmen eines geplanten Projektes an den Kliniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn mit einer veränderten Stellenberechnung begegnet werden. Der Frauenförderplan sieht vor, dass Einrichtungen, die nicht von einem solchen Personalausfall betroffen sind, über die Einrichtung eines Stellenpools anderen Einrichtungen mit einem solchen Personalausfall Arbeitskräfte zur Verfügung stellen. Das Konzept befindet sich zur Zeit (Stand: August 2003) in der Ausgestaltungsphase.¹⁴⁹

(15) *Bund und Länder schlagen eine Reform der Weiterbildungsordnungen der medizinischen Fächer vor, welche die Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf, Schwangerschafts- und Kindererziehungszeiten verbessert.*

(16) *Bund und Länder fördern Initiativen der Hochschulklinika zur Einrichtung von Stellenpools für Schwangerschaftsvertretungen und Vertretungen von Müttern und Vätern in Elternzeit.*

(17) *Bund und Länder setzen sich dafür ein, die Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen dem aktuellen Stand der Technik anzupassen und die Umgestaltung des Arbeitsplatzes gemäß der modernen arbeitsmedizinischen Erkenntnisse vorzunehmen. Bei notwendigen Arbeitseinschränkungen sollte werden- den und stillenden Müttern eine qualifizierte Weiterarbeit ermöglicht werden.*

Das Problem der **Vereinbarkeit von Kindern und Karriere** ist in jedem Berufszweig existent, stellt sich jedoch in den medizinischen Fächern aufgrund der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung als besonders prekär dar. In Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen erfordern die Forschungsaktivitäten Schichtarbeit. In Krankenhäusern und Klinika sind ebenfalls Früh-, Spät- und Nachtdienste zu absolvieren. Insbesondere in den von Männern dominierten, einkommensstarken Schwerpunktgebieten übersteigt die tatsächlich zu leistende Arbeitszeit die vertraglich vereinbarte: Eine Untersuchung von Sagebiel¹⁵⁰ bei 4 % aller Berliner Krankenhausärztinnen und -ärzte zeigt die Differenz zwischen den vertraglich vereinbarten und tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten in unterschiedlichen Schwerpunktgebieten. Danach werden in der Chirurgie tatsächlich die meisten Arbeitsstun-

¹⁴⁸ Vgl.: EuGH (AZ: C-207/98) zu MuSchG § 3 und § 4.

¹⁴⁹ Auskunft der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

¹⁵⁰ Vgl.: Sagebiel, Daniel (2001): Befragung zur Teilzeitarbeit und Arbeitszeitrealität bei im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten in Berlin. Berlin 2001, S. 35.

den geleistet (65,33 inkl. Dienste), die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit beträgt 38,11 Stunden (ohne Dienste). In der Gynäkologie beträgt die Differenz zwischen vertraglich und tatsächlich geleisteten Wochenstunden (inkl. Dienste) 27,31 Stunden, in der Inneren Medizin 22,59 und in der Anästhesie 19,68 Stunden.

Die geforderte Mehrarbeit bringt insbesondere für Frauen die Schwierigkeit, familiäre und berufliche Verpflichtungen zu vereinbaren. Dies belegt auch eine im Jahr 2002 von Grote et.al. durchgeführte Langzeitstudie¹⁵¹, die Berufsbiografien von Männern und Frauen in der Medizin untersucht hat. Die Befragung von 351 Medizinerinnen und Medizinern ergab, dass ein Zusammenhang zwischen den Berufsverlaufsmustern und der Einkommenshöhe, die wiederum mit der Anzahl der Arbeitsstunden korreliert, vorliegt: Ärztinnen mit dem niedrigsten Einkommen weisen meistens diskontinuierliche Berufsverläufe auf. Die Diskontinuität der Berufsverläufe von Ärztinnen hängt dabei signifikant mit der Elternschaft und der familiären Rollenaufteilung zusammen, die sich bei Männern anders auswirkt als bei Frauen. Beruflich erfolgreiche Ärzte werden durch eine Familie mit nicht oder nur reduziert erwerbstätiger (Ehe-) Partnerin gestützt. Beruflicher und privater Lebensstrang laufen ohne zusätzlichen Aufwand an Koordination. Umgekehrt stellen Frauen ihren Kinderwunsch zu Gunsten einer Karriere häufig zurück. Die wenigen Frauen in Spitzenpositionen haben oft auch beruflich erfolgreiche Lebenspartner, die sie nicht in gleicher Weise entlasten können wie die Ehepartnerinnen der erfolgreichen männlichen Mediziner.¹⁵² Human- und Zahnmedizinerinnen haben daher seltener Kinder als Human- und Zahnmediziner: Für das Jahr 2002 verzeichnet das Statistische Bundesamt 187.000 Humanmediziner und -medizinerinnen mit Kind/ern, darunter 38,7 % Ärztinnen und 61,3 % Ärzte. In der Zahnmedizin haben 37,5 % aller Ärztinnen und 62,5 % aller Ärzte mindestens ein Kind. In der Veterinärmedizin zeigt sich eine Gleichverteilung: Jeweils 5000 Tierärztinnen und Tierärzte haben mindestens ein Kind.¹⁵³

¹⁵¹ Vgl.: Grote, Stefanie / Hoff, Ernst-H. / Wahl, Anja / Hohner, Hans-Uwe (2001): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hochqualifizierten Berufen. Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin (Hrsg. Hildebrand-Nilshohn, Martin / Hoff, Ernst-H. / Hohner, Hans-Uwe), Nr. 16, 2001.

¹⁵² Presse- und Informationsstelle der Freien Universität Berlin (2003), Pressemitteilung vom 5. Februar 2003: Unterschiede auf dem Weg nach oben – Psychologen analysieren Berufsverläufe von Frauen und Männern, Mitteilung vom 5. Februar 2003.

¹⁵³ Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, 2003.

Für Medizinerinnen und Mediziner sind dem Berufsalltag angepasste, bedarfsgerechte Kinderbetreuungsangebote aufgrund der ungewöhnlichen Arbeitsbedingungen besonders unabdingbar. Während in den neuen Ländern eine flächendeckende und ganztägige Kinderbetreuung gesichert war¹⁵⁴, stellt sich die Situation an den Medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten heute äußerst defizitär dar: Von 31 medizinischen Fakultäten haben zwölf keine Hortplätze für Kinder unter drei Jahren, zehn haben keine Kindergartenplätze (für Kinder zwischen drei und sechs) und 21 keine Hortplätze für schulpflichtige Kinder. In der Hälfte aller Fälle dürfen die Kinder Studierender die Plätze nicht nutzen, ebenso wenig wie die Kinder von in Teilzeit Erwerbstätigen (13 % der Fälle). In nur zwei Einrichtungen decken die Plätze die Anfragen ab. Von den Kinderbetreuungseinrichtungen öffnen 30 % vor 7.00 Uhr, genauso viele schließen jedoch bis spätestens 17.00 Uhr. Eine Wochenendbetreuung bieten 17 %, die Hälfte davon jedes zweite Wochenende an. Eine stundenweise Betreuung ist für Kinder von Studierenden in 26 % der Einrichtungen, für solche von Beschäftigten in 19 % der Einrichtungen möglich. Flexible Kinderbetreuung in besonderen Situationen (Spätvorlesungen, Dienst) bieten zwei der 31 Fakultäten an.¹⁵⁵ Eine Umfrage der Ärztekammern in ihrem jeweiligen Kammerbereich zeigte, dass nahezu alle Kindergarten- und -hortplätze an Krankenhäusern und Universitätskliniken nur für das nichtärztliche Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

Wie Studien aus den USA belegen, sind Eltern, die sich auf stabile Betreuungsverhältnisse für ihre Kinder verlassen können, weniger gestresst. Das wirkt sich positiv auf die Produktivität am Arbeitsplatz aus. Ein Modell, die Betreuung für Kinder von Ärztinnen und Ärzten zu sichern, stellt die Kooperation zwischen dem Bereich Humanmedizin der Universität Göttingen und der Tagespflegebörse der Volkshochschule Göttingen dar. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums werden auf die Vorstellungen und Bedürfnisse zugeschnittene Betreuungsangebote gesucht, die Kosten trägt der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin.¹⁵⁶

Neben einer den Arbeitsanforderungen angepassten Kinderbetreuung könnte die berufliche Entwicklung von Ärztinnen durch eine stärkere Partizipation der Väter an der Erziehungsarbeit positiv beeinflusst werden. Laut einer Jahresstatistik der Bayerischen Landesärztekam-

¹⁵⁴ Vgl. Lützenkirchen, Anne (1999), a.a.O..

¹⁵⁵ Vgl.: Beschlussprotokoll 105. Dt. Ärztetag 2002: Ausreichende Kinderbetreuung an allen Universitätskliniken.

¹⁵⁶ Pressestelle der Universität Göttingen (2003), Pressemitteilung vom 17. Februar 2003: "Neuer Service für MitarbeiterInnen – Tagespflegebörse unterstützt bei Kinderbetreuung".

mer waren im Jahr 2001 950 Ärztinnen und neun Ärzte in Erziehungszeit. 1.142 Ärztinnen und sechs Ärzte gaben ihren Beruf wegen Haushalt und Erziehung ganz auf.¹⁵⁷

(18) *Bund und Länder halten es für bedeutsam, an medizinischen Hochschulen und Klinika innovative Formen der Kinderbetreuung¹⁵⁸, die den Anforderungen der Ausbildung und des Berufes im medizinischen Wissenschaftsbereich entsprechen, zu fördern.*

5.2. Gleichstellungsrechtliche Instrumente an Hochschulen und Klinika

Die Institution der Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragten¹⁵⁹ – die Bezeichnungen variieren – an Universitäten und Klinika ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich gestaltet und ausgestattet. Einen Überblick über die gleichstellungsrelevanten Regelungen in den Hochschulgesetzen sowie über die hochschulrelevanten Regelungen in den Gleichstellungsgesetzen des Bundes und der Länder bietet eine durch das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS im Jahr 2002 zusammengestellte Synopse.¹⁶⁰

Kaczmarczyk hat 2002 im Auftrag der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen (BuKoF) eine Umfrage zum Thema Chancengleichheit in den deutschen Medizinischen Fakultäten durchgeführt.¹⁶¹

Es wurden alle 37 Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen in die Umfrage einbezogen, 31 Einrichtungen (84 %) haben den Fragebogen beantwortet. Danach haben drei Medizinische Fakultäten (10 %) keine eigene Frauenbeauftragte, in mehr als der Hälfte der Medizinischen Fakultäten (55 %) wird das Amt der Frauenbeauftragten nebenamtlich wahrgenommen, wobei diese größtenteils (65 %) in keiner Weise von ihren hauptberuflichen Verpflichtungen freigestellt sind. Bis zu 50 % entlastet sind 24 % und zu mehr als 50 % freigestellt sind 18 % der nebenamtlich tätigen Frauenbeauftragten in diesen Institutionen.

¹⁵⁷ Vgl.: Deutsches Ärzteblatt Jg.99, Heft 23, 7. Juni 2002, S. 1563-1567: TOP III: Ärztinnen- Zukunftsperspektiven für die Medizin. Familie und Beruf – beides muß möglich sein, S. 1566.

¹⁵⁸ Entscheidend für die Rückgewinnung deutscher Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus dem Ausland und die Gewinnung ausländischer Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen ist auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Gute Betreuungsmöglichkeiten für Kinder vor Ort und berufliche Möglichkeiten auch für den Partner / die Partnerin sind für Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen wichtige Aspekte, die im Ausland – im Gegensatz zu Deutschland – zumeist gegeben sind. Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Brain Drain – Brain Gain. Eine Untersuchung über internationale Berufskarrieren. Durchgeführt von der GES, Backhaus, Beate / Ninke, Lars / Over, Albert, a.a.O..

¹⁵⁹ Vgl.: BKL (2000), Heft 87.

¹⁶⁰ Vgl.: cews.publik.no3, hrsg. vom Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS: Zum Gleichstellungsrecht an Hochschulen, Bonn, 2002.

¹⁶¹ Kaczmarczyk, Gabriele / Schulte, Erika (Hrsg.) (2002): Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland. Erstellt im Auftrag der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen. Berlin, 2002.

Sowohl eine haupt- als auch eine nebenamtliche Frauenbeauftragte haben sechs der 31 Fakultäten (19 %), wobei hier 50 % der nebenamtlichen Frauenbeauftragten auch noch zu mindestens 50 % freigestellt sind. Eine allein tätige hauptberufliche Frauenbeauftragte ist in fünf Fakultäten (16 %) tätig.

Die Arbeitsbedingungen und die Ausstattung dieser Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragten sind ausgesprochen heterogen; diese Tatsache lässt keine Beurteilung der Effektivität ihrer Arbeit zu. Deshalb seien hier nur die Faktoren genannt, die der Gleichstellungsarbeit in den Universitäten und Klinika besonders förderlich sind:

- Unabhängige Position einer professionellen, d.h. in der Regel hauptamtlichen Frauenbeauftragten; dies ist insbesondere angesichts der Arbeitsbedingungen und -zeiten der Medizinerinnen in Klinika wichtig.
- Gute personelle und materielle Ausstattung des eigenen Büros mit kontinuierlich beschäftigten Mitarbeiterinnen, mit angemessener technischer und etatmäßiger Ausstattung des Amtes.
- Funktionierende Einbindung der Frauenbeauftragten in alle Abläufe der akademischen Selbstverwaltung, d.h. Rede-, Antrags- und Vetorecht in allen Gremien.
- Weitgehende gesetzlich verankerte Rechte der Frauenbeauftragten insbesondere im Rahmen der Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren in der Medizinischen Fakultät.

Jedes Bundesland gibt inzwischen mindestens die Empfehlung, einen Frauenförder- bzw. Gleichstellungsplan für die einzelnen Fakultäten einer Hochschule zu erstellen. Nach der Umfrage von Kaczmarczyk (2002) haben dies aber nur 25 der 31 Fakultäten (81 %) bisher umgesetzt. Konkrete Zielvorgaben, also welcher Frauenanteil in den einzelnen Personalkategorien bis zu welchem Zeitpunkt erreicht werden soll, haben nur 19 der 31 Fakultäten (61 %) implementiert.¹⁶² Ein effektiver, der Situation einer Medizinischen Fakultät adäquater Frauenförderplan sollte auf der Grundlage verbindlicher gesetzlicher Vorgaben u.a. Fristen, Zielvorgaben, Berichtspflicht und wirkungsvolle Sanktions- und Gratifikationsmöglichkeiten enthalten.

(19) *Bund und Länder fördern Initiativen der Medizinischen Fakultäten und Klinika zur Evaluation der bestehenden Steuerungsinstrumente mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit in den betreffenden Einrichtungen.*

¹⁶² ebd., S. 12.

5.3. Hochschulsonderprogramme

Die Evaluationen des **Hochschulsonderprogramms II** (HSP II) machten deutlich, dass durch die personalbezogenen Maßnahmen der Frauenanteil an den Wissenschaftlerstellen entgegen der Zielsetzung nur geringfügig gestiegen ist.

Das **Hochschulsonderprogramm III (HSP III)**, das zum 1. Januar 1996 für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2000 in Kraft trat, löste das Hochschulsonderprogramm II (HSP II) und das für die neuen Länder geltende Hochschulerneuerungsprogramm (HEP) ab.¹⁶³

Das HSP III beschränkte sich bei der Förderung von Frauen nicht mehr hauptsächlich auf Nachwuchswissenschaftlerinnen mit familienbedingten Karrierebrüchen, sondern bezog auch Wissenschaftlerinnen ein, die aus anderen Gründen ihre wissenschaftliche Tätigkeit unterbrechen mussten. Die Instrumente des HSP II wurden in modifizierter Form fortgeführt. Evaluationen des HSP II und / oder III liegen nur für einige Bundesländer vor.¹⁶⁴

In der Laufzeit von HSP II und III von 1990 bis 2000 ist die Teilhabe von Frauen an Wissenschaft und Forschung insgesamt gewachsen.¹⁶⁵ Bei den Führungspositionen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen ist die Partizipation der Wissenschaftlerinnen nach wie vor nicht angemessen, so dass Bund und Länder die Anstrengungen zur

¹⁶³ Vgl.: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (1996): Informationen zum Gemeinsamen Hochschulsonderprogramm III (HSP III) des Bundes und der Länder, Bonn: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, 1996.

¹⁶⁴ Kort-Krieger, Ute (1995): HSP-II-Stipendiatinnen. Eine empirische Untersuchung der Motive und Erfahrungen von Stipendiatinnen an bayerischen Hochschulen im Auftrag der Frauenbeauftragten. München 1995; Erdmann, Regina I., Schlegel, Monika: Frauenfördernde Maßnahmen der Hochschulsonderprogramme II und III. Ein Evaluationsbericht für Niedersachsen. Hg. Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur, Hannover, o.J.; Mesletzky, Josephine / Oelkers, Susanne / Pasero, Ursula (1995): Frauenfördernde Maßnahmen im Hochschulsonderprogramm II. Analyse eines Konzepts. Auf Basis einer Befragung der bis März 1994 in Schleswig-Holstein geförderten Wissenschaftlerinnen, hg. von der Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein 1995; Landeskonzferenz der Hochschulbeauftragten des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2000): Hansen, Jutta: Umsetzung, Wirkung und Ergebnisse der besonders Frauen fördernden Maßnahmen des Hochschulsonderprogramms III in Schleswig-Holstein. Schriftenreihe der Landeskonzferenz der Hochschulbeauftragten des Landes Schleswig-Holstein. Flensburg, 2000; Dreass, Susanne A. (2001): Förderung von Frauen nach dem HSP III. Bericht zur Auswertung der Förderphase 1997-2000. Hochschule für Wirtschaft und Politik Hamburg, Sozialökonomischer Text Nr. 84, Hamburg 2001; Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur: Beitrag des Landes Brandenburg zum Abschlussbericht über die Verwirklichung des Hochschulsonderprogramms III (HSP III) in den Jahren 1996 bis 2000. Potsdam: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur, o.J.. Auf Anfrage lieferten Berlin, Bremen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Thüringen keine Angaben.

¹⁶⁵ Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2001): Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 95, Gemeinsames Hochschulsonderprogramm III. Abschlussbericht zum Gemeinsamen Hochschulsonderprogramm III des Bundes und der Länder. Bonn: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, 2001, S. 21.

besseren Durchsetzung der Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre im Rahmen des **Hochschul- und Wissenschaftsprogramms (HWP)** fortsetzen.

Für das HWP strebten Bund und Länder eine Laufzeit von sechs Jahren (2001-2006) an. Die Vereinbarung wurde zunächst für die Zeit vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen; in diesem Zeitraum stellten Bund und Länder insgesamt 972 Mio. DM (497 Mio. €) zur Verfügung. In dem Zeitraum der zweiten Förderphase (2004-2006) beträgt die Zuwendung insgesamt rd. 510 Mio. € (jährlich 170 Mio. €).¹⁶⁶

Für das Fachprogramm "Förderung der Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre" stehen für die gesamte Laufzeit jährlich mehr als 30 Mio. € zur Verfügung, die je zur Hälfte vom Bund und den Ländern getragen werden.¹⁶⁷

Das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS bietet auf seiner Homepage ein Webportal zum Fachprogramm Chancengleichheit im HWP an. Die Datenbank ermöglicht eine aktuelle, entweder länderbezogene oder auf die o.g. Förderschwerpunkte bezogene Recherche zu den gleichstellungspolitischen Maßnahmen und Projekten der Länder und einzelner Hochschulen im Rahmen des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms.

Das einzige medizinspezifische Projekt, das bisher im Rahmen des HWP durchgeführt wurde ist der seit 2002 an der Universität zu Köln organisierte "Studententag Medizin". Der Studententag Medizin bietet rd. achtzig Schülerinnen der Oberstufe aus Köln und Umgebung die Möglichkeit, sich über den Studienaufbau, die Vielfalt der medizinischen Fachbereiche sowie die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Medizinstudium zu informieren.

Evaluationen zum HWP mit dem speziellen Focus 'Chancengleichheit' liegen bisher nicht vor, so dass noch keine Aussage über die quantitative und qualitative Partizipation von Wissenschaftlerinnen gemacht werden kann. Das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS ist von den Ländern Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen mit der Evaluation der frauenfördernden Maßnahmen des HWP beauftragt worden. Es wäre sinnvoll, wenn auch die übrigen Länder bzw. Hochschulen die Umsetzung der gleichstellungspolitischen Maßnahmen des HWP fächer- und geschlechtsdifferenziert evaluieren würden.

¹⁶⁶ Bund und Länder haben die Verlängerung des HWP für die Jahre 2004 bis 2006 am 11. Dezember 2003 beschlossen, vgl. Bundesanzeiger vom 18. Dezember 2003, Seite 26 142, und www.blk-bonn.de/aktuelles.htm.

¹⁶⁷ Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2000): BLK-Informationen 2000, Bonn, 2000, S. 130.

Im Rahmen des vom BMBF geförderten und vom Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS durchgeführten Kongresses "Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre", der vom 5. - 6. November 2003 in Hannover stattfand, zogen Expertinnen und Experten nach den ersten drei Jahren HWP Bilanz. Auf dieser Grundlage sollen die gleichstellungspolitischen Instrumente im Hinblick auf zukünftige Programme, aber auch auf eine Institutionalisierung in den Ländern und an Hochschulen weiterentwickelt werden. In Vorträgen wurden insbesondere Evaluationsstudien vorgestellt, während die Diskussionen in der Form von open-space-Foren organisiert waren. Eine begleitende Posterpräsentation bot die Möglichkeit, die getroffenen Maßnahmen und Projekte des Fachprogramms zu präsentieren.

Das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS hat eine Broschüre "HWP-Fachprogramm Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre – Bilanz und Aussichten. Best-Practice-Beispiele"¹⁶⁸ publiziert, die Teil eines umfassenden Konzeptes ist zur Sichtbarmachung der zahlreichen Handlungen und Projekte, die innerhalb des HWP-Fachprogrammes realisiert werden.

5.4. Andere Maßnahmen

„Anstoß zum Aufstieg“ – Karrierestrategien für Frauen in der Wissenschaft

Das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS hat flankierend zum HWP das Bundesprogramm "Anstoß zum Aufstieg – Karrierestrategien für Frauen in der Wissenschaft" konzipiert, führt dieses seit Herbst 2001 durch und ist für seine Evaluation verantwortlich. Zielgruppe des Programms sind hochqualifizierte Wissenschaftlerinnen, die eine Juniorprofessur oder eine Professur an einer wissenschaftlichen oder künstlerischen Hochschule oder an einer Fachhochschule anstreben. Das Finanzvolumen des Programms beläuft sich auf rund 1,073 Mio. €

Insgesamt haben sich 1.050 Wissenschaftlerinnen in drei öffentlichen Ausschreibungen beworben. 70 % kommen aus Hochschulen, 18 % aus außerhochschulischen Forschungseinrichtungen und 12 % aus der Wirtschaft und Administration. 7,1 % der Bewerberinnen kommen aus der Human-, 0,05 % aus der Zahn- und 0,9 % aus der Veterinärmedizin. 706 Wissenschaftlerinnen haben bisher (Stand: Dezember 2003) an einem der 52 bundesweiten Präsenzseminare teilgenommen. Unter diesen Teilnehmerinnen befanden sich 53 Human-

¹⁶⁸ cews.publik.no6, hrsg. vom Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung CEWS: HWP-Fachprogramm Chancengleichheit für Frauen in Forschung und Lehre – Bilanz und Aussichten. Best-Practice-Beispiele, Bonn, 2003.

medizinerinnen, drei Zahnmedizinerinnen sowie vier Veterinärmedizinerinnen, insgesamt ein Anteil von 7,5 %. Dieser Medizinerinnenanteil rangiert weit unter dem in den beiden großen Habilitationsprogrammen für Wissenschaftlerinnen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, der bei 24,4 % bzw. 22 % lag. Habilitierte Medizinerinnen nutzen dieses Förderinstrument der Karrierestrategieberatung im Vergleich zu Wissenschaftlerinnen aus anderen Fächern also unterproportional. Medizinerinnen, die am Programm teilgenommen haben, berichteten häufig von besonderen Schwierigkeiten, für die Dauer der drei Seminartage, die dieser Fortbildung dienen, dem Klinikbetrieb fernbleiben zu können. Dies mag eine Erklärung für die Unterrepräsentanz von Medizinerinnen in dem Programm "Anstoß zum Aufstieg" sein und würde die in diesem Bericht bereits mehrfach konstatierte besondere Belastungssituation in der medizinischen Weiterbildung und Tätigkeit bestätigen. Es erscheint sinnvoll, ein für Medizinerinnen spezifiziertes Angebot zu entwickeln, das im Sinne des Programms "Anstoß zum Aufstieg" die besondere Situation und die spezifischen Arbeitsabläufe in der Medizin berücksichtigt.

Mentoring

Das Ziel von Mentoring-Programmen¹⁶⁹ ist, Nachwuchskräfte durch erfahrene, kompetente und erfolgreiche Vorbilder zu betreuen. Die Mentorinnen und Mentoren unterstützen Berufsanfängerinnen (Mentees) dabei, ihre persönliche und berufliche Entwicklung voranzutreiben und ihre Karriere zu planen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der gegenseitigen Kontaktvermittlung und des Erfahrungsaustausches. Erfahrungen zeigen, dass Mentoring-Programme eine geeignete Methode zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft sind und ihnen sinnvolle Hilfestellungen auf ihrem Karriereweg geben können.¹⁷⁰

Peer Mentoring ist ein neues Konzept zur Karriereförderung, das – anders als das one-to-one-Mentoring – auf Selbstorganisation, Vernetzung und gegenseitiger Unterstützung statutsgleicher oder -ähnlicher Wissenschaftlerinnen aufbaut. Durch den eigeninitiativen Zusammenschluss zu Peer Mentoring-Gruppen soll auch die Vernetzung mit Personen bzw. Institutionen aufgebaut und verbessert werden, die für die Karriereentwicklung entscheidend sind. Im Rahmen eines Pilotprojektes des BMBF werden Peer Mentoring-Gruppen in den durch den Bund institutionell geförderten außerhochschulischen Forschungseinrichtungen durch das CEWS angeboten. Zielgruppe sind hochqualifizierte Wissenschaftlerinnen

¹⁶⁹Vgl.: Haasen, Nele (2001): Mentoring. Persönliche Karriereförderung als Erfolgskonzept. München: Wilhelm Heyne Verlag, 2001.

¹⁷⁰ Vgl. auch: Löther, Andrea (Hrsg.): Mentoring-Programme für Frauen in der Wissenschaft. Bielefeld: Kleine Verlag, 2003.

(Postdocs). Aufgabe dieser Peer Mentoring-Gruppen ist es, ein Vernetzungskonzept zu entwickeln und zu erproben. Die Gruppen sollen nach Möglichkeit interdisziplinär sowie zentren- und institutsübergreifend (innerhalb der Forschungsorganisationen von FhG, HGF, MPG oder WGL) zusammengesetzt sein. Die Leitung einer Peer Mentoring-Gruppe wird von einer der beteiligten Wissenschaftlerinnen wahrgenommen. Ein von jeder Gruppe gewähltes Expertinnen- und Expertengremium von zwei Führungskräften bzw. Professorinnen und Professoren unterstützt und berät die Peer Mentoring-Gruppe bei der Planung von Karriereschritten und der gezielten und qualitativ anspruchsvollen Vernetzungsarbeit.

Die Bedeutung des Mentoring wurde auch für Medizinerinnen erkannt: Im Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages, der vom 28. - 31. Mai 2002 in Rostock stattfand, wird festgehalten, dass Mentoring-Programme geeignete Instrumente seien, um Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung zu fördern und ihnen auf ihrem Karriereweg Hilfestellung zu geben. Der Ärztetag fordert Bundesregierung und Krankenhäuser auf, Mentoring als Instrument der Personalentwicklung zu begreifen und an Universitätsklinika und Krankenhäusern zu initiieren und zu fördern.¹⁷¹

Der Deutsche Ärztinnenbund bietet seit Februar 2002 ein Mentorinnen-Netzwerk an, das zum Ziel hat, Frauen im Studium und in der Übergangsphase von der Hochschule in den Beruf und während der Assistenzjahre zu begleiten.

Das Klinikum Ludwigshafen, die Marburger-Bund-Stiftung und die Kliniken der Stadt Köln haben am 16. November 2002 ein Mentoring-Projekt für Ärztinnen im Gesundheitswesen gestartet.

Die Landesärztekammer und das Hessische Sozialministerium haben auf Anregung der Frauenbeauftragten für den ärztlichen Bereich am Klinikum Darmstadt ebenfalls ein Mentoring-Projekt für Ärztinnen initiiert.¹⁷²

Der Fachbereich Humanmedizin der Universität Göttingen hat ein Mentoring-Projekt ins Leben gerufen, in dem berufserfahrene Frauen berufsunerfahrenen Studentinnen in den Bereichen Karriereplanung, Rhetorik, Bewerbung und Forschungsförderung beratend und begleitend zur Seite stehen.

¹⁷¹ Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28. bis 31. Mai in Rostock, S. 46.

¹⁷² Hessisches Ärzteblatt 2/2003, S. 70.

(20) *Bund und Länder empfehlen den Hochschulen, insbesondere Hochschulklinika, außerhochschulischen Forschungseinrichtungen und freien Krankenhäusern, Mentoring-Programme für Frauen in der Medizin einzurichten und zu unterstützen.*

6. Frauen- und Geschlechterforschung

Die zunächst unter dem Begriff 'Frauenforschung' subsummierten vielfältigen Forschungsvorhaben dienen vor allem der Untersuchung der besonderen frauenspezifischen Belange in verschiedenen Gesellschaftsbereichen und zielen häufig auf eine bessere Berücksichtigung weiblicher Lebensrealitäten. Frauenforschung ist im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität und unterschiedlichste thematische Schwerpunktsetzungen gekennzeichnet.

Trotz unterschiedlicher Definitionen und fachlicher Abgrenzungen wird im Wesentlichen das Geschlecht als zentrale Analysekategorie aufgegriffen bzw. bestimmt das weibliche Geschlecht das Forschungsinteresse. Frauenforschung ist demnach die wissenschaftliche Analyse von sozial verursachten Unterschieden und Ungleichheiten von Frauen und zielt auf deren Beseitigung.

Die wissenschaftliche Bearbeitung von frauenspezifischen Fragestellungen kann bereits auf eine lange Tradition zurückblicken. Erste Vorläufer der Frauenforschung finden sich bereits im 19. Jahrhundert, in den 1920er und frühen 1930er Jahren wurden Frauen als 'Forschungsobjekte' von den Sozialwissenschaften entdeckt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden vor allem Studien zu weiblicher Erwerbsarbeit, zur Bildungsbeteiligung und zur Familienarbeit durchgeführt. Erst seit Beginn der 1970er Jahre und unter dem Einfluss gesellschaftlicher Strömungen konnte sich Frauenforschung innerhalb der Sozialwissenschaften in Deutschland etablieren. Seitdem hat sich das Themenspektrum kontinuierlich erweitert und der Umfang der Forschungsaktivitäten erheblich erhöht. Dabei ist eine Ausdifferenzierung der Frauenforschung sowohl hinsichtlich der beteiligten Disziplinen als auch hinsichtlich einer Ausdifferenzierung der Fragestellungen, Anwendungsbereiche und theoretischen Orientierungen festzustellen.

Innerhalb der Geistes-, Gesellschafts- und Kulturwissenschaften ist Frauenforschung inzwischen als eigenständiger Forschungszweig weitgehend verankert. Weniger etabliert sind frauenspezifische Fragestellungen bisher dagegen in der Bundesrepublik in der Medizin, aber auch in anderen Fächern wie den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften oder den Ingenieur- und Naturwissenschaften. Doch auch in diesen Disziplinen sind inzwischen eine

Reihe von innovativen Ansätzen zu verzeichnen.

In den letzten Jahren rückten verstärkt auch die Beziehungen zwischen beiden Geschlechtern in das Blickfeld; Unter dem Begriff Geschlechterforschung oder 'Gender-Studies' kann ein regelrechter Forschungsboom verzeichnet werden. Wesentlich für diesen Ansatz ist die Auseinandersetzung mit der sozialen Konstruktion der Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifischer Benachteiligungen. Dies beinhaltet Fragestellungen nach den Bedingungsfaktoren sozialer Unterschiede zwischen Frauen und Männern und deren Konsequenzen für beide Geschlechter. Mit der Verwendung des englischen Begriffs 'gender' wird die Unterscheidung zwischen dem sozialen Geschlecht und der biologischen Geschlechtszugehörigkeit betont.

Die Geschlechterforschung oder Gender-Studies hat sich auf der Grundlage der Erkenntnisse der Frauenforschung entwickelt und stellt somit eine weitere Ausdifferenzierung dieses Forschungsansatzes dar: Die weiterhin noch eigenständige Frauenforschung bezieht sich heute auf alle Fragen im Zusammenhang mit Rollenzuweisungen, Tätigkeitsfeldern und Lebenszusammenhängen von Frauen. Dazu gehören spezifisch weibliche Lebensbedingungen, beispielsweise in Familie und Arbeitswelt, innerhalb des Rechts- und sozialen Sicherungssystems, aber auch in Bezug auf materiell-dingliche Lebenswelten wie Gebäude- und Stadtentwicklung oder frauenspezifische Aspekte innerhalb des Umweltschutzes. Auch der geschlechtsspezifische Umgang mit Technik und Wissenschaft gehört zu den neueren Fragestellungen innerhalb der Frauenforschung. Die Gender Studies hingegen befassen sich mit der Konstruktion von 'Männlichkeit' und 'Weiblichkeit' sowie den Geschlechterverhältnissen.¹⁷³

Genderforschung in Medizin und Naturwissenschaften fokussiert auch biologische Geschlechtsdifferenzen, deren Auswirkungen sowie die Wechselwirkung zwischen biologischen und sozialen Faktoren. Frauenforschung und Geschlechterforschung sind also nicht als Synonyme zu verstehen, sondern fokussieren unterschiedliche Schwerpunkte, die sich gegenseitig ergänzen. Beide Forschungsperspektiven sind sinnvoll und notwendig, dies drückt sich auch darin aus, dass sich innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses eine Veränderung der Begriffsbestimmung in 'Frauen- und Geschlechterforschung' bzw. 'Frauen- und Genderforschung' weitgehend durchgesetzt hat.

¹⁷³ Wesely, Sabine (Hrsg.) (2000): Gender Studies in den Sozial- und Kulturwissenschaften. Einführung und neuere Erkenntnisse aus Forschung und Praxis. Bielefeld: Kleine Verlag, Wissenschaftliche Reihe Band 133, 2000.

Die Frauen- und Geschlechterforschung hat somit auch die Funktion einer Infragestellung der grundsätzlichen Annahme von Geschlechtsneutralität wissenschaftlicher Erkenntnisse, auch und gerade in den Naturwissenschaften und der Medizin.

Der jahrhundertelange aktive und passive Ausschluss von Frauen aus den medizinischen Professionen führte dazu, dass die Anforderungen der ärztlichen Praxis in ihren Lehrinhalten, Leistungskriterien, Forschungsmethoden und Arbeitsbedingungen an der männlichen Normalbiographie ausgerichtet sind.¹⁷⁴ Eine kanadische Studie bringt das Ergebnis dieses Prozesses auf den Punkt:

The history of medicine is predominantly about men and their health. In the past, medicine, and particularly medical research, has been "gender blind".¹⁷⁵

Frauen wurden bei der Erforschung diagnostischer und therapeutischer Methoden und insbesondere in der Pharmaforschung häufig ausgeschlossen. Grund hierfür waren und sind die Schwankungen im weiblichen Hormonhaushalt und die potentielle Einnahme von Verhütungsmitteln, die pharmakologische Tests in der Regel komplizierter, langwieriger und damit teurer als solche mit männlichen Probanden werden lassen. Durch den Ausschluss von Frauen wurde somit vermieden, dass Untersuchungsreihen zeitlich und finanziell aufwendig wurden. Eine möglicherweise in der Testphase auftretende Schwangerschaft und die damit zusammenhängende Gefahr für den Fötus wird auch heute noch aus ethischen Gründen als zulässiges Ausschlusskriterium gegenüber der Beteiligung von Frauen genannt.¹⁷⁶

Insbesondere der frühere Umgang mit 'Weiblichkeit' in der Medizin¹⁷⁷ und die auch heute noch vom männlichen Körper dominierten Darstellungen in Lehrmaterialien vermitteln unbewusst Inhalte, die Auswirkungen auf das Selbstbild der zukünftigen Ärzte und Ärztinnen sowie auf die Beurteilung von Beschwerdebildern haben können.¹⁷⁸

Dieser Fehlentwicklung wirkt z.B. ein Projekt an der Universität Basel im Rahmen der Reform des Medizinstudiums entgegen. Um angehende Ärztinnen und Ärzte mit geschlechts-

¹⁷⁴ Vgl.: auch Kapitel 7.

¹⁷⁵ Zelek, Barbara / Phillips, Susan / Lefebvre, Yvonne (1997): Gender sensitivity in medical curricula, in: Canadian Medical Association, May 1, 1997: 156; 1297-1300, S. 1298.

¹⁷⁶ Vgl. auch Kapitel 7, S. 96ff..

¹⁷⁷ Vgl.: Mixa, Elisabeth (1995): Zwischen den Sprossen. Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen und universitären Feld. Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr – Wien: Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr, Abt. 1/B1, 2000. Materialien zur Förderung von Frauen in Wissenschaft; Bd.10.

¹⁷⁸ Edler, Daniela / Dalizda, Astrid (1997): Geschlechtsstereotypen in der Medizindidaktik – Ein Ost-West-Vergleich, in: Begenaus, Jutta / Helfferlich, Cornelia (Hrsg.) (1997): Frauen in Ost und West – Zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheit. Freiburg: Jos Fritz Verlag, 1997, S. 132-141, S. 139.

spezifischen Äußerungsformen, Erscheinungsbildern, Diagnostik- und Therapieverfahren vertraut zu machen, werden u.a. 'thematische Tage' fächerübergreifend an zwei Nachmittagen angeboten. Zusätzlich gibt es als Blockseminar projektabhängige Themen mit praktischen Arbeiten zum Thema Frauengesundheit, die von den Studierenden zu bearbeiten sind. Die Implementierung solcher geschlechtsspezifischer Aspekte in die medizinische Weiterbildung soll für beide Geschlechter zu einer angemesseneren medizinischen Versorgung führen.

Der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in der Medizin wird inzwischen auch in Deutschland Rechnung getragen. Die Forschungsbereiche umfassen eine Vielzahl von Themengebieten.¹⁷⁹ Im Rahmen des 6. Forschungsrahmenprogramms der EU liegt der Schwerpunkt der thematischen Priorität "Biowissenschaften, Genomik und Biotechnologie im Dienste der Gesundheit" primär in der Genomik und ihre Anwendungen in der auf den Menschen gerichteten Medizin. Die Gleichstellung von Männern und Frauen soll in den Projekten grundsätzlich berücksichtigt werden.¹⁸⁰

Im Rahmen der am 26. April 2002 in Deutschland vom Bundesrat beschlossenen Reform der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) wäre eine Implementierung der geschlechtsspezifischen Forschungsthemen möglich. Die neue Approbationsordnung ist für alle gültig, die ab dem 1. Oktober 2003 mit dem Medizinstudium begonnen haben. Bereits im Wintersemester 2003/2004 sollen die ersten Studiengänge entsprechend der neuen Vorschriften beginnen. Zentrale Aspekte der neuen ÄAppO sind der vermehrte Praxisbezug durch mehr Unterricht am Patienten, die fächerübergreifende Lehre und die Stärkung allgemeinmedizinischer Inhalte. An einigen medizinischen Fakultäten wurden bereits Initiativen zur Reform der medizinischen Ausbildung ergriffen. Im Rahmen dieser praxisorientierten Ausbildungsreform wäre es u.a. möglich, geschlechtsspezifische Aspekte in die Lehr- und Lerninhalte aufzunehmen. Der "Unterricht am Patienten und an der Patientin" sollte von Beginn an geschlechtsspezifische Äußerungsformen von Gesundheit und Krankheit sowie deren differenzierte Therapien berücksichtigen.

Das Modellprojekt MedicMED, das vom BMBF für den Zeitraum vom 1. April 2001 bis 31. Dezember 2003 gefördert wurde, baut eine e-learning-Plattform für Medizinstudierende auf. Projektpartnerinnen sind die medizinischen Fakultäten der Universität Witten-Herdecke und der Universität Regensburg. MedicMED ist zwar ein vom Reformstudiengang Medizin unabhängiges Projekt, Medizinstudierende der Universitäten Witten-Herdecke und Regens-

¹⁷⁹ Vgl. auch Kapitel 7.

¹⁸⁰ Vgl.: BMBF (Hrsg.)(2002): Chance für Deutschland und Europa. Das 6. Forschungsrahmenprogramm. BMBF publik, Bonn, 2002.

burg können die e-learning-Plattform jedoch nutzen. Die Möglichkeit, Fallsimulationen am Computer zu bearbeiten, dient also als Ergänzung der Lehr- und Lerninhalte. Die via Internet zu bearbeitenden Fallsimulationen würden einen Vergleich geschlechtsspezifischer Symptome und Therapieformen bei derselben Krankheit ermöglichen. Ziel von MedicMED ist die vollständige Implementierung des e-learning in die medizinischen Reformstudiengänge an allen Hochschulen.

Die Einrichtung von Frauenforschungsprofessuren trägt einen großen Teil zur Implementierung von Geschlechterfragen in Wissenschaft und Forschung bei. Der heutige Etablierungsstand der Frauen- und Geschlechterforschung steht in engem Zusammenhang mit der Einrichtung von Frauenforschungsprofessuren. Zunächst hatten sich Frauenforscherinnen vorrangig in fachspezifischen Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen und Frauenforschungseinrichtungen sowie Archive aufgebaut. Darüber hinaus entwickelten sie Angebote für Frauen- und Geschlechterstudien.¹⁸¹ In den meisten Bundesländern sind inzwischen Professuren mit Frauenforschungsschwerpunkten in unterschiedlichen Fächern an Universitäten und Fachhochschulen eingerichtet worden oder geplant. In der Tendenz werden zunehmend weniger 'reine' Frauenforschungsprofessuren geschaffen, sondern der Schwerpunkt Frauen- und Geschlechterforschung wird in die Denominationen der zu besetzenden Professuren integriert. Derzeit (Stand: 5. Mai 2003) gibt es in Deutschland 103 Professuren mit einem Schwerpunkt Frauen- und Geschlechterforschung, von denen 97 besetzt sind.¹⁸² Vier dieser Professuren sind mit Medizinerinnen besetzt. Weitere zwei Frauenforschungsprofessuren sind den Gesundheitswissenschaften¹⁸³ zuzuordnen und mit Wissenschaftlerinnen aus diesem Fach besetzt. Da die Frauen- und Geschlechterforschung in den Gesundheitswissenschaften einen wichtigen Beitrag zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung leistet, werden die Frauenforschungsprofessuren aus diesem Bereich in die Tabelle integriert.

¹⁸¹ BLK (2000), a.a.O..

¹⁸² Vgl.: Zentraleinrichtung zur Förderung von Frauen- und Geschlechterforschung an der Freien Universität Berlin. Stand: 5. Mai 2003.

¹⁸³ Bei den Gesundheitswissenschaften handelt es sich um einen postgradualen Studiengang. Die Studierendenschaft setzt sich aus Absolventinnen und Absolventen folgender Fächer zusammen: Medizin (auch Zahn- und Veterinärmedizin), Pharmazie, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, Sozialwissenschaften, andere gesundheitswissenschaftlich relevante Studienrichtungen wie z.B. Planungs- und Ingenieurwissenschaften, Biologie, Wirtschaftswissenschaften, Verwaltungswissenschaften.

Denomination	Bemerkungen	Universität
Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislaufkrankungen, besetzt seit 2002	Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) in Deutschland	Humboldt-Universität zu Berlin, Deutsches Herzzentrum Berlin sowie Charité Berlin
C3-Stiftungsprofessur "Frauenforschung und Osteologie", besetzt seit 2000	Zielsetzung ist der Aufbau einer klinisch interdisziplinären Forschungsgruppe, die Forschungsprojekte bei Frauen in Klimakterium und Postmenopause durchführt	Freie Universität Berlin, Klinisches Forschungszentrum Frauengesundheit des UKBF, Klinik u. Poliklinik f. Radiologie u. Nuklearmedizin
C3-Professur für Frauengesundheitsforschung, besetzt seit 1997	Leitung des Instituts für Humangenetik / Frauengesundheitsforschung	Universitätsklinikum Münster, Zentrum für klinisch-theoretische Medizin
C3-Professur für Gynäkologische Psychosomatik, besetzt seit 1997	Leitung des Funktionsbereichs Gynäkologische Psychosomatik	Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Frauenforschungsprofessur Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt "Frauen und Gesundheit", besetzt seit 2000 (Gesundheitswissenschaften)	Enger inhaltlicher und personeller Zusammenhang mit dem Zentrum für Public Health	Universität Bremen, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften
Gesundheitsforschung: Umwelt und Gesundheit, besetzt seit 2001 (Gesundheitswissenschaften)	Thematisiert werden unter anderem geschlechtsspezifische Gesundheitsstörungen und Krankheitshäufigkeiten, ihre biologischen (z.B. Schadstoffkinetik und -dynamik, genetische Polymorphismen) und gesellschaftliche Ursachen sowie deren gesellschaftliche Perzeption	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Quelle: FU-Berlin

Mit der Einrichtung dieser Professuren wird eine institutionelle Weiterentwicklung der Frauen- und Geschlechterforschung sowie ein höheres Maß an kontinuierlicher diesbezüglicher Betreuung der Studierenden intendiert. Die Anzahl der Frauen- und Geschlechterforschungsprofessuren ist ein Indikator für den Grad der Institutionalisierung von Frauen- und Geschlechterforschung an den Hochschulen. Die Besetzung von Frauenforschungsprofessuren hat sich insgesamt als eine wesentliche Bedingung für die curriculare Verankerung der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den jeweiligen Forschungsbereichen in die Studienpläne erwiesen. Diese Tatsache ist aufgrund der androzentrierten Lehr- und Lerninhalte insbesondere für die medizinischen Fächer sehr bedeutsam.

- (21) *Bund und Länder sehen vor zu prüfen, ob die Ergebnisse der Auswertung vorliegender nationaler Erfahrungen zur Reform von medizinischen Studiengängen die Integration geschlechtsspezifischer Themen in die reformierten Studiengänge fördern können.*
- (22) *Bund und Länder halten es für sinnvoll zu prüfen, ob im Rahmen der allgemeinen Reform der Studieninhalte sinnvolle Strategien zur Erreichung der Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin integriert werden können.*
- (23) *Bund und Länder erachten die Einrichtung weiterer Professuren für Frauen- und Geschlechterforschung in der Medizin sowie die Vernetzung der in der Frauen- und Geschlechterforschung tätigen Wissenschaftlerinnen für sinnvoll, um die Gender-Perspektive in die medizinische Forschung und Lehre stärker implementieren zu können.*

7. Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung

Gesundheit ist ein hohes gesellschaftliches Gut, das es zu erhalten und/oder wiederherzustellen gilt. Die WHO definiert Gesundheit als Wohlbefinden in körperlicher, seelischer, sozialer, ökologischer und spiritueller Hinsicht.¹⁸⁴ Menschen können dann als gesund gelten, wenn sie im Laufe ihres Lebens immer die Balance zwischen inneren und äußeren Ressourcen sowie inneren und äußeren Anforderungen halten können. Sie müssen in der Lage sein, ihre jeweilige Lebensgestaltung den wechselnden Anforderungen durch ihr soziales Umfeld anpassen zu können. Auf der Basis von nationalen und internationalen Studienergebnissen wird die Notwendigkeit deutlich, eine Geschlechterdifferenzierung im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit vorzunehmen. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit muss Unterschiede in Risiken, biologischen Vorgängen, Ressourcen und Belastungskonstellationen beachten und sich an der Lebenssituation von Frauen und Männern ausrichten. Die Medizin muss von einem rein biomedizinischen Krankheits- und Körperbild abrücken und die Ergebnisse der Public-Health-Forschung über soziale Einflussfaktoren in ihre Analysen integrieren. Nur so ist eine sowohl ethisch als auch ökonomisch vertretbare Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung möglich.

Die Bundesregierung trägt dieser Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung unter Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren in ihrem mit etwa 100 Mio. €

¹⁸⁴ 15. Bundeskonferenz der kommunalen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten: Frauenrechte durch Frauenpolitik realisieren. Wortlaut der am 12. Juni 2002 in Berlin beschlossenen Erklärung der BAG), in: ZWD Nr. 184/2002, 16. Jahrgang, S. 22-26, S. 25.

geförderten Programm¹⁸⁵ "Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen" Rechnung. Im Rahmen dieses Programms wird auf den Nachholbedarf in der Frauengesundheitsforschung hingewiesen.

Handlungsbedarf bezüglich der geschlechtsdifferenzierten Gesundheitsforschung, -vorsorge und -versorgung ergibt sich aus einer Vielzahl von Gründen, von denen hier nur drei exemplarisch aufgegriffen werden sollen:

1. Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer biologischen Grundbedingungen (z.B. Hormone, Fett- und Wasserverteilung, Stoffwechsel). Dieser Tatsache muss vor allem in der klinischen Forschung Rechnung getragen werden, da die biologischen Differenzen Auswirkungen auf z.B. die Verstoffwechslung von Arzneimitteln haben. (Thema I)
2. Die bisherigen Methoden der Gesundheitsforschung werden nur unzureichend angewandt, um für beide Geschlechter Repräsentativität zu gewährleisten. Die bisher angewandten Messmethoden und Normen sind an der männlichen Spezies entwickelt worden und können nicht auf Frauen übertragen werden. (Thema II)
3. Ergebnisse aus der Frauengesundheitsforschung belegen die oben genannten Thesen: z.B. speziell auf Frauen abgestimmte Untersuchungen der Herzerkrankungen haben gezeigt, dass Frauen anders gesund und krank sind als Männer und auf die gleichen Behandlungsmethoden anders ansprechen als Männer. (Thema III)

Arzneimittelprüfungen (Thema I)

Arzneimittel wurden und werden vor allem oder sogar ausschließlich sowohl in klinischen als auch in Bioäquivalenz- und -verfügbarkeitsstudien an Männern erprobt. Die klinischen Prüfungen von Medikamenten laufen in der Regel folgendermaßen ab: In der Phase I der klinischen Prüfung werden Pharmakokinetik, Metabolismus und Ausscheidung (Bioverfügbarkeit) sowie die maximal verträgliche Dosis (Dosisfindung) eines Arzneimittels geprüft. Die Prüfung erfolgt in aufeinander aufbauenden Stufen mit jeweils 10-20 (gesunden) Probanden. Bei hochtoxischen Wirkstoffen, die z.B. in der Onkologie eingesetzt werden, sind es betroffene Patienten, bei denen das Arzneimittel erstmals eingesetzt wird. In der sich anschließenden

¹⁸⁵ Für die einzelnen Aufgabenfelder und Förderungshöhen siehe BMBF (2001) Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen, BMBF publik, S. 66ff..

Phase II werden schwerpunktmäßig die Wirkung und Nebenwirkung des zu prüfenden Arzneimittels an 30-300 Patienten getestet. Besonderes Augenmerk wird auf Nebenwirkungen und evtl. Interaktionen gelegt. In der Phase III wird das Arzneimittel bei einigen Hundert bis zu mehreren Tausend Patienten (und Patientinnen) auf Wirksamkeit und unerwünschte Nebenwirkungen überprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfung bilden die Grundlage für die Kosten-/Nutzen- bzw. Risikoabwägung, die maßgebend ist für die arzneimittelrechtliche Zulassung des Medikaments. In aller Regel sind Phase III-Studien auf mehrere Prüfzentren verteilt. In dieser Phase werden je nach Bedarf erstmals unterschiedliche ethnische Zugehörigkeiten, beide Geschlechter sowie verschiedene Altersgruppen in die Prüfung einbezogen. Ist es notwendig, den Effekt einer medikamentösen Behandlung auf die Gesamtbevölkerung zu überprüfen, schließt nach der Zulassung des Arzneimittels außerdem eine vierte Phase an. Zum Teil sind hier mehr als 10.000 Patienten (und Patientinnen) beteiligt.

Bioäquivalenzprüfungen bilden die wichtigste Grundlage für die Zulassung von Generika. Hier geht es um den Zeitpunkt des Wirkungseintritts, die Wirkungsdauer sowie Abbau- und Ausscheidungsgeschwindigkeit. Anstelle klinischer Prüfungen wird bei Arzneimitteln, die dem klinisch geprüften Originalpräparat vom Wirkstoffgehalt her gleich sind und über den Verdauungstrakt aufgenommen werden, die Verteilung des Wirkstoffs in der Blutstrombahn überprüft. Bei einer innerhalb einer gewissen Toleranz gleichen Verteilung (Pharmakokinetik) bezogen auf das Originalpräparat wird auf gleiche Wirksamkeit geschlossen.

Trotz des weitgehenden Ausschlusses weiblicher Probanden in den oben beschriebenen klinischen Prüfverfahren gelten die Dosierungs- und Einnahmeempfehlungen zu den einzelnen Arzneimitteln selbstverständlich auch für Frauen.

Biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich in der Genetik, in anatomischen Gegebenheiten (Gewicht, Fett- und Wasseranteile sowie deren Verteilung), bezüglich der Hormone und des Stoffwechsels (z.B. Enzyme, Pharmakokinetik, Rezeptorenfunktion) sowie bei den immunologischen Parametern. Diese Unterschiede können bei der Anwendung von Arzneimitteln, d.h. vom jeweiligen Arzneimittel abhängig zum Tragen kommen. Die Berücksichtigung der je unterschiedlichen physiologischen Prozesse beider Geschlechter ist in der klinischen Forschung daher unabdingbar, wurde und wird jedoch kaum beachtet.

So wurde z.B. 1982 eine Studie über den Zusammenhang von Aspirin und Erkrankungen der Herzkranzgefäße an 22.071 männlichen und keinem weiblichen Probanden durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen Blutdruck, Rauchen, Cholesterin und koronaren Herzerkrankungen wurde an 12.866 Männern und ebenfalls keiner Frau erforscht. Eine Studie über

Herzerkrankungen und Kaffeekonsum schloss 45.589 Männer und keine Frau in die Stichprobe ein. Die Resultate der medizinischen Studien an Männern sind jedoch üblicherweise auf Frauen übertragen worden¹⁸⁶, was dazu führt(e), dass bei Frauen oftmals die Gefahr einer Überdosierung bzw. Fehlversorgung besteht.

Anders als in den USA, in der seit 1993 aufgrund der Zulassungsbestimmungen neue Arzneimittel in der dritten klinischen Phase auch an Frauen erprobt und die Daten geschlechtsspezifisch ausgewertet werden müssen¹⁸⁷, wird die Einbeziehung (gebärfähiger) Frauen in die Prüfung von Arzneimitteln seitens der Industrie und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte abgelehnt.

Laut Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) möchte man bei nicht-frauenspezifischen Arzneimitteln die Metabolisierungs- oder Ausscheidungsdaten zunächst bei jungen, gesunden männlichen Probanden ermitteln. Hierbei erhält man z.B. anhand der ermittelten Stoffwechselwege, von denen bei einigen Arzneimittelgruppen ein geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Verlauf bekannt ist, bereits Hinweise darauf, ob mit geschlechtsabhängigen Unterschieden zu rechnen sei. Es folgen Untersuchungen an Frauen in nicht mehr gebärfähigem Alter. Entsprechend den hier wiederum gewonnenen Ergebnissen tastet man sich durch Einbeziehung auch gesunder Probandinnen im nicht gebärfähigen Alter und schließlich weiblicher Patienten im gebärfähigen Alter weiter vor. Als problematisch erweist sich die Tatsache, dass bisher nicht bekannte geschlechtsabhängige Unterschiede (z.B. in den Stoffwechselwegen) auf diese Weise nicht ermittelt werden können.

Der Ablauf der klinischen Prüfung ist in den Vorschriften und Richtlinien der Guten Klinischen Praxis (Good Clinical Practice) und im deutschen Arzneimittelgesetz geregelt. Mit der Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 4. April 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Anwendung der Guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln wird zwar ein EU-einheitliches Vorgehen vorgegeben, es ist jedoch keine Bestimmung über die Kriterien der Zusammensetzung der Untersuchungskohorte zu finden.

Allerdings enthält die Begründung des Entwurfes der 12. Arzneimittelgesetz-Novelle, die die Richtlinie 2001/20/EG in deutsches Recht umsetzen soll, entsprechende Ausführungen, die auf die Einbeziehung von Frauen in klinische Prüfungen hinweist:

¹⁸⁶ Schiebinger, Londa (2000): Frauen forschen anders. Wie weiblich ist die Wissenschaft? München: Beck, 2000.

¹⁸⁷ NIH guidelines on the Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research, 59 Fed. Reg. 14508-14513 (1994).

Die Richtlinie 2001/20/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln vom 4. April 2001 erfordert insbesondere Änderungen in den §§ 40 und 41 AMG. Dies betrifft vor allem das Verfahren für die Beteiligung der Ethik-Kommission und zuständigen Bundesbehörde [...]; dies betrifft auch klinisch-pharmakologische Besonderheiten von Arzneimitteln bei Kindern und älteren Menschen sowie die angemessene Einbeziehung von Frauen in klinische Prüfungen, insbesondere dann, wenn "geschlechtssensible" Arzneimittel zu prüfen sind. Damit wird Forderungen von Fachkreisen Rechnung getragen.¹⁸⁸

Die verpflichtende Einbeziehung von Frauen im Rahmen von klinischen Prüfungen von Arzneimitteln ist jedoch nicht geregelt. Auch die Frage, welche Kriterien hierbei zu berücksichtigen wären und welche Arzneimittel als "geschlechtssensibel" einzustufen sind, bleibt offen.

Die Dosierung bei weiblichen Patienten sollte jedoch spätestens in der dritten Phase der klinischen Prüfung bestimmt sein und ihr Anteil an der Untersuchungskohorte durch ihren Anteil an der zu behandelnden Krankheit repräsentativ bestimmt werden. Die Auswertung der klinischen Prüfung sollte auch konsequent auf geschlechts- und altersabhängige Besonderheiten abheben.

Nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wird Deutschland – im Interesse einer möglichst einheitlichen Behandlung dieser Frage im Rahmen von multizentrischen Prüfungen in der EU – im Pharmazeutischen Ausschuss der Europäischen Kommission initiativ werden, eine Leitlinie auf den Weg zu bringen, in der die Thematik einer (verpflichtenden) Einbeziehung von Frauen im Rahmen von klinischen Prüfungen von Arzneimitteln einer europäischen Regelung zugeführt wird.

Gesundheitsforschung (Thema II)

Die Ergebnisse der Gesundheitsforschung zeigen in vielen Bereichen ein uneinheitliches Bild. Neben inhaltlichen Aspekten ist die methodische Problematik von Bedeutung. Lediglich einige wenige Messinstrumente wie z.B. das SF-36 Health Survey sind so konstruiert, dass die Fragen für beide Geschlechter nutzbar sind. Allein die Fragestellungen reichen in der Methodik jedoch nicht aus, um für beide Geschlechter Repräsentativität zu gewährleisten. Es mangelt an theoretischen Erklärungsmodellen, welche Faktoren Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben, wie sie miteinander zusammenhängen und wo dabei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen liegen. Die Determinanten müssen in einem Forschungsprozess

¹⁸⁸ Entwurf eines 12. Gesetzes zur Änderung eines Arzneimittelgesetzes.

gewonnen werden, der für beide Geschlechter anwendbar ist. Die Entwicklungen beider Methoden bedingen und beeinflussen sich gegenseitig.

Forschung, die nicht beide Geschlechter gleichberechtigt einbezieht, führt zum sogenannten Gender Bias und zu Verzerrungen der Forschungsergebnisse.

Um die geschlechtergerechte medizinische Forschung voranzutreiben, müssen daher

1. neue Modelle konzipiert werden, die es erlauben, geschlechtsspezifische Variablen in Beziehung zu dem Gesundheitszustand zu setzen (geschlechtsspezifische Ansätze zur Strukturanalyse) und
2. parallel hierzu geschlechtergerechte Messinstrumente entwickelt werden.

Um beide Geschlechter angemessen in einem Forschungsprojekt zu berücksichtigen, gilt es, unter anderem folgende Kriterien zu befolgen:

- In der Untersuchungsstichprobe müssen beide Geschlechter repräsentativ vertreten sein.
- Das Konzept muss es ermöglichen, eine geschlechtsdifferenzierte Analyse durchzuführen.
- Das Projekt muss geschlechtsdifferenzierte Daten (Statistiken) erheben.
- Die Analysekriterien müssen für beide Geschlechter anwendbar sein.
- Zu berücksichtigen sind die Unterschiede zwischen sex und gender (biologische und soziale Unterschiede) sowie diversity-Ansätze (Unterschiede des Lebensstils etc.).

Die National Institutes of Health (NIH) in den USA richteten ein offizielles Büro für Frauengesundheitsforschung ein und änderten die Forschungsförderungsrichtlinien dahingehend, dass nur noch Forschungsanträge akzeptiert werden, in denen Frauen als zu untersuchende Population angemessen vertreten sind. Ist das nicht der Fall, wird dies seit 1990 als defizitäre Bearbeitung der Fragestellung durch den Antragsteller bzw. die Antragstellerin gewertet; es wird eine hieb- und stichfeste Begründung erwartet, warum Frauen in der Untersuchung nicht berücksichtigt werden.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Nippert, Irmgard (2000): Frauengesundheitsforschung und "gender based medicine", in: Cottmann, Angelika / Kortendiek, Beate / Schildmann, Ulrike (Hrsg.): Das undisziplinierte Geschlecht, Opladen: Leske und Budrich 2000, S. 51-65, S. 52f..

Beispiel Herzinfarkt (Thema III)

Bei nahezu jedem zweiten Verstorbenen (160.315 Männer und 231.412 Frauen) wurde im Jahr 2001 der Tod durch eine Erkrankung des Kreislaufsystems ausgelöst. Damit stellten im selben Jahr die koronaren Herzkrankheiten die Todesursache Nummer 1 dar.¹⁹⁰ Die höhere Todesrate der Frauen durch Kreislauferkrankungen im Vergleich zu der der Männer ist darauf zurückzuführen, dass Frauen etwa 10-15 Jahre älter werden und mit steigendem Alter das Risiko einer koronaren Herzkrankheit erhöht wird.¹⁹¹ Von den unter 65-jährigen der an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung Verstorbenen waren 29.692 Männer und 10.336 Frauen.

An einem Herzinfarkt verstarben im Jahr 2001 35.473 Männer und 29.755 Frauen. Das Infarkttrisiko sank zwar in den Jahren 1985 bis 1995 insgesamt, das Risiko der 35- bis 40-jährigen Frauen nahm im gleichen Zeitraum jedoch zu.¹⁹² Grund könnte die erhöhte Zahl junger Raucherinnen sein, denn Rauchen erhöht das weibliche Infarkttrisiko bei geringem Nikotinkonsum um das 1,7-fache, bei ausgeprägtem Nikotinkonsum um mehr als das 4-fache.¹⁹³

Bezüglich weiterer Risikofaktoren zeigte sich, dass für Frauen Diabetes Mellitus (36 % zu 23 %) und Adipositas (28 % zu 24 %) scheinbar höhere Risikofaktoren darstellen und diese häufiger als Männer bereits einen Infarkt hatten.¹⁹⁴ Bluthochdruck bedeutet für Frauen ein dreifaches Risiko.¹⁹⁵

¹⁹⁰ Vgl.: Statistisches Bundesamt, vorläufiges Ergebnis.

¹⁹¹ Vgl.: Stangl, Vera et.al. (2003): Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Frauen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003; 128: 1659-1664.

¹⁹² Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB), Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Herzkreislauferkrankungen bei Frauen.

¹⁹³ Vgl.: Stangl, Vera et.al. (2003): Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Frauen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003; 128: 1659-1664.

¹⁹⁴ Vgl.: Kallischnigg, Gerd (2002): Berliner Herzinfarktregister: Geschlechtsspezifische Aspekte des Herzinfarkts in Berlin. Deutsches Herzzentrum Berlin, Symposium "Hormone und Herzerkrankungen bei Frauen", 24. August 2002.

¹⁹⁵ Vgl.: Kongress des Deutschen Herzzentrums Berlin: Gender and cardiovascular disease. Deutsches Herzzentrum Berlin, Berlin, 5. bis 6. April 2003.

Bis zu den Wechseljahren soll das Hormon Östrogen Frauen relativ gut vor einem Herzinfarkt schützen. Mit den Wechseljahren lässt die Östrogenproduktion nach, die Gefahr von Fettstoffwechselstörungen und Herzerkrankungen steigt. Untersuchungen konnten bereits vor zehn Jahren zeigen, dass das weibliche Herz die Zahl seiner Herzmuskeln nicht reduziert, während es im männlichen Herzen zu einem kontinuierlichen Verlust kommt.¹⁹⁶

Die Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt liegen bei Frauen rund 10 % niedriger als bei Männern. Die höhere Mortalitätsrate in der Koronar- und Aorten Chirurgie konnte auch für andere Länder nachgewiesen werden.¹⁹⁷ Dies liegt unter anderem daran, dass das Zeitintervall zwischen Symptombeginn und Intervention größer ist als bei Männern, da bei Frauen der Herzinfarkt oftmals als Bronchitis, Magenschleimhautentzündung oder Verdauungsbeschwerden fehldiagnostiziert wird: Frauen klagen über Schmerzen im Oberbauch mit Ausstrahlungen in den Rücken, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot und Erschöpfung. Männer haben ein Engegefühl in der Brust sowie Schmerzen im linken Arm und der Schulter. Ärzte und Ärztinnen orientieren sich an männlichen Symptomen und diagnostizieren bei Frauen oftmals keinen Herzinfarkt. Da Frauen deshalb oftmals später im Krankenhaus eintreffen, kann bei ihnen seltener innerhalb der ersten drei bis sechs Stunden nach dem ersten Auftreten von Alarmzeichen eine Thrombolyse oder ein Katheder-Eingriff stattfinden, der den Schaden am Herzmuskel begrenzt.¹⁹⁸

Die Differenzialdiagnose einer koronaren Herzerkrankung wird bei Frauen als diffizil angesehen, da spezifische Diagnosekriterien für Frauen fehlen.¹⁹⁹ Arterielle Plaque-Erosionen sind z.B. die wichtigste klinische Auffälligkeit bei Frauen, die vor der Menopause an einer koronaren Herzkrankheit versterben, während Plaque-Rupturen häufiger bei älteren Frauen und Männern auftreten.²⁰⁰

Die niedrigere Überlebensrate der Frauen wird auch durch die unzureichende Untersuchung von Auswirkungen auf das geschlechtsspezifische Ansprechen auf die Pharmakotherapie²⁰¹ bedingt. Eine Untersuchung von Glaeske ergab darüber hinaus geschlechtsspezifische U-

¹⁹⁶ Regitz-Zagrosek, Vera (2003): Molekulare Mechanismen der Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen als Grundlagen der Therapie, oder: Sind Frauen (Herz-Kreislauf-)gesünder? Kongress des Deutschen Herzzentrums Berlin: Gender and cardiovascular disease. Deutsches Herzzentrum Berlin, Berlin, 5. bis 6. April 2003.

¹⁹⁷ Hetzer, Roland (2002): Koronar- und Aorten Chirurgie bei Frauen und Männern. Deutsches Herzzentrum Berlin, Symposium "Hormone und Herzerkrankungen bei Frauen", 24. August 2002.

¹⁹⁸ Herzinfarkt bei Frauen – das unterschätzte Risiko, hrsg. von der Deutschen Herzstiftung, Sonderdruck 28, Bad Krotzingen, 2001.

¹⁹⁹ Gesundheitsbericht NRW (2000): Gesundheit von Frauen und Männern, a.a.O., S. 186.

²⁰⁰ Härtel, Ursula (2002): Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems bei Männern und Frauen. In: Hurlimann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, S. 273-290.

²⁰¹ Vgl.: Regitz-Zagrosek, Vera (2003), a.a.O..

terschiede in der Behandlung von Herzpatientinnen und -patienten: Patientinnen mit Herzerkrankungen erhalten kürzer und seltener hochwirksame Arzneimittel als Männer. Die Analyse der Arzneimitteltherapie nach Herzinfarkt von 5.835 Männern und 4.615 Frauen zeigte gravierende Unterschiede. So erhielten Frauen z.B. deutlich seltener die nötigen Cholesterinsenker verordnet, obwohl Studien in diesem Fall eine Dauerbehandlung mit CSE-Hemmern empfehlen.

Die Auswertung des Berliner Infarktregisters²⁰² bestätigt anhand der Analyse von 1.216 (35,7 %) Frauen und 2.190 (64,3 %) Männern Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Infarktbehandlung: die Dreierkombination von ASS, ACE-Hemmern und Betablockern wurde bei Frauen seltener gegeben (33 % zu 39 %). Patientinnen erhielten darüber hinaus seltener eine Betablockade (60 % zu 72 %), dieser Unterschied bleibt auch nach Adjustierung für das Alter signifikant. Mehr Frauen als Männer (53 % zu 35 %) erhielten keine rekanalisierende Therapie. Bei 22 % der Frauen und 26 % der Männer fand eine Lyse statt²⁰³, bei 19 % der Frauen und 29 % der Männer eine PTCA.²⁰⁴ Eine Kombination beider Therapien wurde bei 5 % der Frauen und 10 % der Männer durchgeführt, was nicht durch den Altersunterschied erklärt werden kann.²⁰⁵ Auch Herztransplantationen werden bei Frauen seltener durchgeführt. Frauen erhalten seltener eine Rehabilitationsmaßnahme und brechen diese häufiger ab.

Um dem Defizit der Erforschung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen zu begegnen, wurde die Arbeitsgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie gegründet. Gründerin ist Prof. Regitz-Zagrosek, die seit 2001 die von der Charité in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) deutschlandweit erste Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen inne hat.

²⁰² Das Berliner Infarktregister dient der Erfassung und Verbesserung der Praxis der stationären Versorgung von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. Klinische Studien sollen auf ihre Gültigkeit in der alltäglichen Versorgung hin überprüft werden. Es dient der internen und externen Qualitätssicherung sowie der Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die Pilotphase des Herzinfarktregister begann 1998, im Dezember 2000 wurde der Verein Berliner Herzinfarktregister e.V. gegründet. Er hat 35 Vereinsmitglieder, wird durch die TU-Berlin und die Berliner Krankenhäuser getragen. Bisher wurden 5000 Fälle erfasst.

²⁰³ Unter Lyse ist hier die therapeutische Auflösung von Blutgerinnseln (Lysetherapie) zu verstehen. "Die systemische Thrombolysetherapie mit rt-PA (**R**ecombinant **t**issue **p**lasminogen **a**ctivator) ist zur Zeit nur für Patienten zugelassen, bei denen innerhalb von drei Stunden nach Symptombeginn mit der Behandlung begonnen werden kann. Wenn der Symptombeginn unklar ist, kommt eine solche nur dann in Frage, wenn man weiß, wann der Patient zuletzt ohne Symptome gesehen wurde und dieser Zeitpunkt nicht mehr als drei Stunden zurück liegt." (PD. Dr. Martin Grond, Ärzte Zeitung, Interview vom 30. April 2002).

²⁰⁴ Die PTCA ist die perkutane transluminale Koronarangioplastie, unter der die Erweiterung der Herzkranzarterien bei koronarer Herzkrankheit durch einen Ballonkatheder zu verstehen ist.

²⁰⁵ Vgl.: Kallischnigg, Gerd (2002), a.a.O..

(24) Bund und Länder werden Sorge dafür tragen, dass in der von Bund und Ländern geförderten Gesundheitsforschung geschlechtsspezifische Aspekte auf allen Ebenen des Forschungsprozesses berücksichtigt werden.

8. Operationalisierung und Erfolgskontrolle

Zur Verbesserung der Situation von Frauen in Führungspositionen im Bereich der Medizin kann auch eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen in den Wissenschaftseinrichtungen beitragen.

(25) Bund und Länder regen an, die Empfehlungen z.B. in Zielvereinbarungen mit den Klinikvorständen aufzunehmen und ihre Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.

Statistischer Anhang

Datenmaterial zu

Frauen in der Medizin

Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen

Inhalt

1. **Der Qualifikationsverlauf in der Medizin**
- 1.1. **Anzahl der Studienplätze und Bewerber in den medizinischen Studiengängen WS 1989/90 bis WS 2003/04, Frauenanteile**
- 1.2. **Grafik: Studienanfänger (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile**
- 1.3. **Grafik: Studierende (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile**
- 1.4. **Grafik: Absolventen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile**
- 1.5. **Grafik: Karrieremotivation der Humanmediziner am Ende des Studiums in Abhängigkeit von Elternschaft, Frauenanteile (2002)**
- 1.6. **An Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte erteilte Approbationen, Frauenanteile (1953 - 2001)**

2. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen

2.1. Medizinerinnen in Wissenschaft und Forschung

- 2.1.1. Grafik: Promotionen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile
- 2.1.2. Grafik: Habilitationen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile
- 2.1.3. Grafik: Habilitationsneigung der Promotionsjahrgänge 1992 - 1995 nach Fächern und Geschlecht
- 2.1.4. Grafik: Hauptberuflich tätiges wissenschaftliches Personal (2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile
- 2.1.5. Grafik: Berufungsgeschehen (C3- und C4-Professuren) an Universitäten (ohne Kunst- und Musikhochschulen) 2002, Frauenanteile

2.2. Sonstige Tätigkeitsfelder

- 2.2.1. Grafik: Ärzte nach Art der Tätigkeit, Frauenanteile (2002)
- 2.2.2. Fachärztinnen
 - 2.2.2.1. Grafik: Von den Ärztekammern ausgesprochene Gebietsanerkennungen, Frauenanteile (1992 und 2002)
 - 2.2.2.2. Grafik: Fachärztinnen in ausgewählten Schwerpunktgebieten (2002)
- 2.2.3. Ärztliches Personal nach funktioneller Stellung und Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen, Frauenanteile (2000)
- 2.2.4. Berufstätige Zahnärzte, Frauenanteile (2002)
- 2.2.5. Berufstätige Tierärzte, Frauenanteile (2002)

3. Frauenanteile an Fördermaßnahmen

- 3.1. Anträge und Bewilligungen, Frauenanteile (1997 - 2002)
- 3.2. Anträge und Bewilligungen in der Theoretischen Medizin, Frauenanteile (1997 - 2002)
- 3.3. Anträge und Bewilligungen in der Praktischen Medizin, Frauenanteile (1997 - 2002)
- 3.4. Anträge und Bewilligungen in der Veterinärmedizin, Frauenanteile (1997 - 2002)
- 3.5. Förder- und Bewilligungsquoten in den Fächern Medizin und Veterinärmedizin nach Verfahren, Frauenanteile (2002)

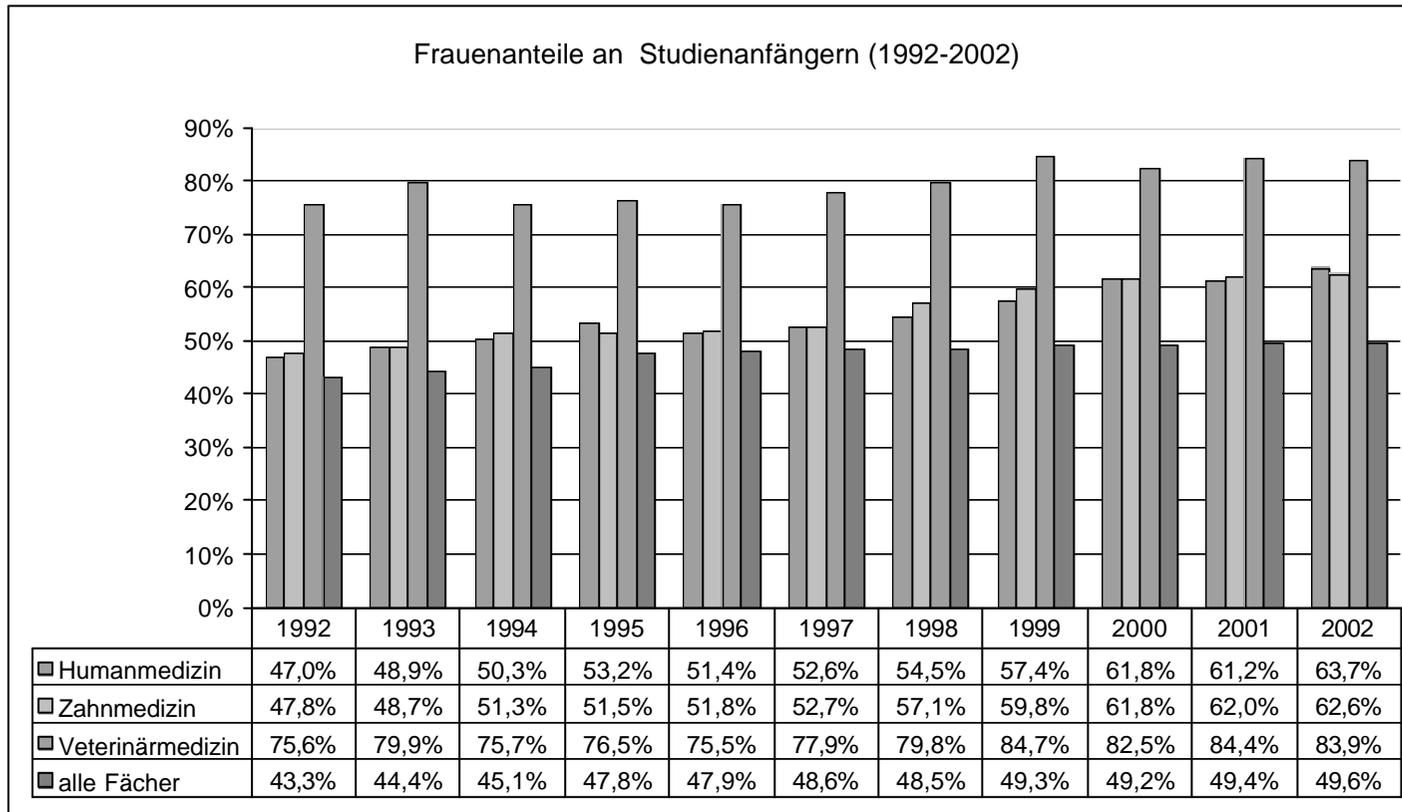
1. Der Qualifikationsverlauf in der Medizin

1.1. Anzahl der Studienplätze und Bewerber in den medizinischen Studiengängen WS 1989/90 bis WS 2003/04, Frauenanteile

ZVS	Studienplätze und Bewerber nach Geschlecht in den medizinischen Studiengängen								HV := Hauptverfahren		2. NRV := 2. Nachrückverfahren		18.9.03
	Medizin				Tiermedizin				Zahnmedizin				
Studienengang	Medizin				Tiermedizin				Zahnmedizin				
Vergabeverfahren	Plätze	Bewerber	davon weiblich		Plätze	Bewerber	davon weiblich		Plätze	Bewerber	davon weiblich		Datenstand
	gesamt	gesamt	absolut	%	gesamt	gesamt	absolut	%	gesamt	gesamt	absolut	%	
WS 89/90	6997	13907	6742	48,5	893	3300	2344	71,0	1128	2841	1127	39,7	2. NRV
SS 90	4040	10229	4625	45,2	-	-	-	-	846	2372	951	40,1	2. NRV
WS 90/91	5648	14257	6773	47,5	905	3156	2334	74,0	1049	2767	1141	41,2	2. NRV
SS 91	3215	12348	5732	46,4	-	-	-	-	825	2302	933	40,5	2. NRV
WS 91/92	7306	19711	9714	49,3	1036	3220	2390	74,2	1452	3690	1681	45,6	2. NRV
SS 92	3229	14280	6692	46,9	-	-	-	-	825	2613	1117	42,7	2. NRV
WS 92/93	7305	19456	9638	49,5	1047	2816	2201	78,2	1388	3682	1653	44,9	2. NRV
SS 93	3030	13621	6499	47,7	-	-	-	-	802	2444	1068	43,7	2. NRV
WS 93/94	7541	17572	8724	49,6	1044	2670	2094	78,4	1456	2903	1281	44,1	2. NRV
SS 94	2978	11288	5405	47,9	-	-	-	-	768	1768	722	40,8	2. NRV
WS 94/95	7366	15753	8035	51,0	1036	2570	2010	78,2	1380	2495	1121	44,9	2. NRV
SS 95	2913	9911	4656	47,0	-	-	-	-	734	1492	618	41,4	2. NRV
WS 95/96	7518	15184	7668	50,5	1094	2557	2042	79,9	1342	2523	1137	45,1	2. NRV
SS 96	2933	9360	4437	47,4	-	-	-	-	721	1624	681	41,9	2. NRV
WS 96/97	7521	15521	7970	51,3	1081	2582	2032	78,7	1309	2603	1229	47,2	2. NRV
SS 97	2923	9920	4906	49,5	-	-	-	-	694	1664	724	43,5	2. NRV
WS 97/98	7290	16615	8675	52,2	1076	2748	2219	80,7	1254	2727	1314	48,2	2. NRV
SS 98	3157	12036	6004	49,9	-	-	-	-	697	1980	896	45,3	2. NRV
WS 98/99	7398	21419	11406	53,3	1051	3738	3090	82,7	1245	3758	1935	51,5	2. NRV
SS 99	3148	11693	6001	51,3	-	-	-	-	718	2262	1099	48,6	2. NRV
WS 99/00	7614	20843	11453	54,9	1020	3719	3113	83,7	1275	3541	1900	53,7	2. NRV
SS 00	2960	10914	5721	52,4	-	-	-	-	717	1940	987	50,9	2. NRV
WS 00/01	7791	19871	11319	57,0	998	3923	3288	83,8	1304	3370	1904	56,5	2. NRV
SS 01	2821	9628	5030	52,2	-	-	-	-	737	1755	880	50,1	HV
WS 01/02	8126	19709	11486	58,3	992	3815	3216	84,3	1366	3240	1843	56,9	HV
SS 02	2455	9646	5123	53,1	-	-	-	-	698	1838	953	51,8	HV
WS 02/03	8311	23651	14186	60,0	997	4088	3460	84,6	1396	3493	2027	58,0	HV
SS 03	2226	12736	6804	53,4	-	-	-	-	684	2023	1059	52,3	HV
WS 03/04	8320	28663	16967	59,2	1004	4524	3867	85,5	1398	4507	2645	58,7	HV

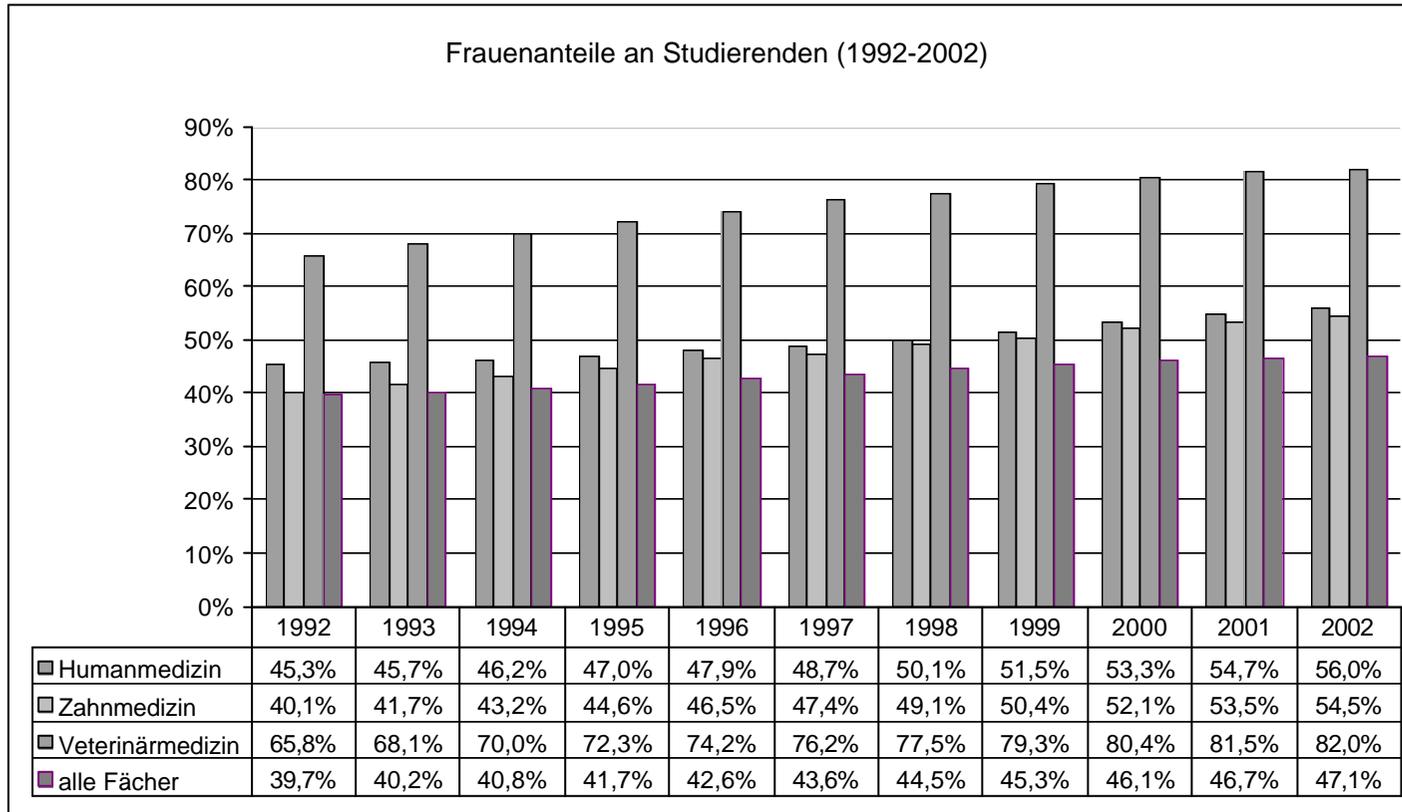
Quelle: ZVS, 2003

1.2. Grafik: Studienanfänger (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



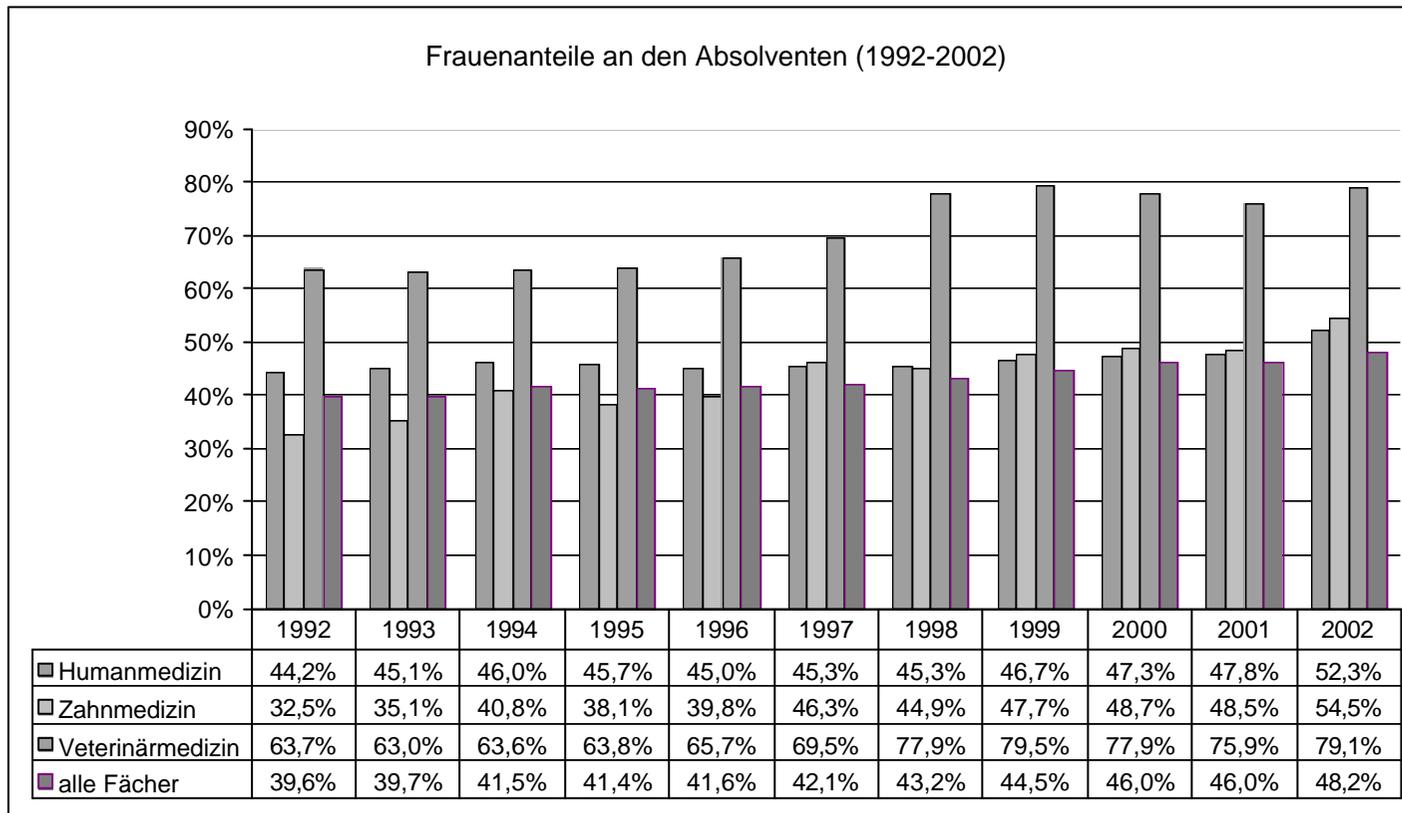
Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003.
 Statistisches Bundesamt, 2003

1.3. Grafik: Studierende (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



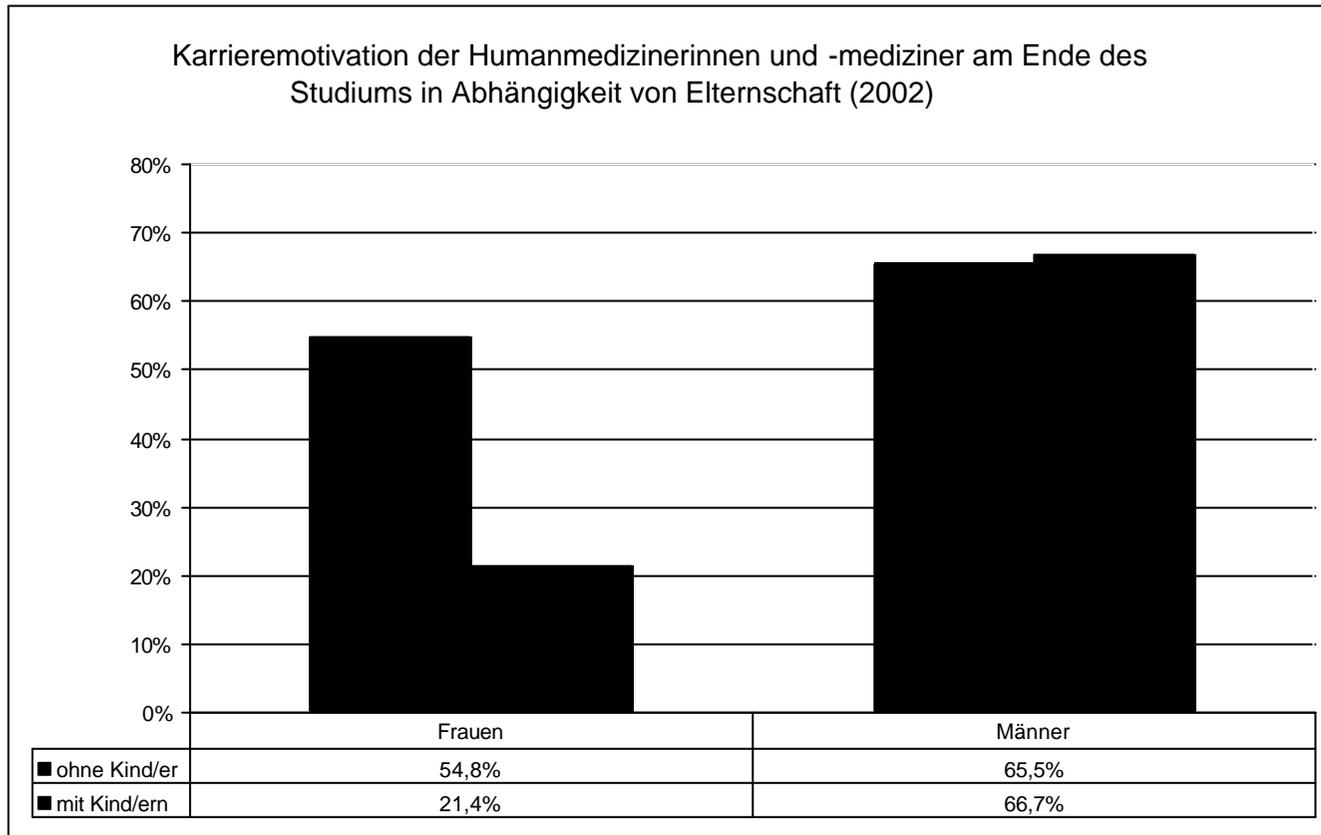
Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003.
 Statistisches Bundesamt, 2003

1.4. Grafik: Absolventen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003.
 Statistisches Bundesamt, 2003

1.5. Grafik: Karrieremotivation der Humanmediziner am Ende des Studiums in Abhängigkeit von Elternschaft, Frauenanteile (2002)



Quelle: Deutscher Ärztinnenbund, 105. Deutscher Ärztetag 2002

1.6. An Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte erteilte Approbationen, Frauenanteile (1953 - 2001)

Jahr --- Land	Ärzte/Ärztinnen			Frauen- anteil in %	Zahnärzte/Zahnärztinnen			Frauen- anteil in %	Tierärzte/Tierärztinnen			Frauen- anteil in %
	ins- ge- samt	davon			ins- ge- samt	davon			ins- ge- samt	davon		
		männ- lich	weib- lich			männ- lich	weib- lich			männ- lich	weib- lich	
Früheres Bundesgebiet												
1953	2 860	2 108	752	26,3	789	601	188	23,8	.	.	.	.
1954	2 248	1 662	586	26,1	630	483	147	23,3	.	.	.	.
1955	1 677	1 250	427	25,5	770	604	166	21,6	.	.	.	.
1956	1 038	824	214	20,6	645	478	167	25,9	.	.	.	.
1957	490	394	96	19,6	458	339	119	26,0	.	.	.	.
1958	585	454	131	22,4	366	249	117	32,0	.	.	.	.
1959	970	696	274	28,2	357	252	105	29,4	.	.	.	.
1960	1 183	841	342	28,9	289	195	94	32,5	.	.	.	.
1961	1 526	1 068	458	30,0	293	194	99	33,8	.	.	.	.
1962	1 969	1 369	600	30,5	382	257	125	32,7	.	.	.	.
1963	2 231	1 483	748	33,5	363	250	113	31,1	.	.	.	.
1964	2 413	1 613	800	33,2	466	300	166	35,6	269 a)	228 a)	41	15,2
1965	2 559	1 673	886	34,6	494	332	162	32,8	247 a)	215 a)	32	12,9
1966	2 768	1 836	932	33,7	518	367	151	29,2	278	233	45	16,2
1967	3 557	2 350	1 207	33,9	604	426	178	29,5	254	209	45	17,7
1968	4 353	3 009	1 344	30,9	769	532	237	30,8	259	212	47	18,1
1969	4 923	3 330	1 593	32,4	782	561	221	28,3	421	319	102	24,2
1970	9 722	6 513	3 209	33,0	850	682	168	19,8	287	241	46	16,0
1971	5 378	3 729	1 649	30,7	975	784	191	19,6	377	283	94	24,9
1972	4 930	3 656	1 274	25,8	1 075	876	199	18,5	399	296	103	25,8
1973	5 379	4 028	1 351	25,1	1 173	987	186	15,9	370	301	69	18,6
1974	5 124	3 728	1 396	27,2	1 183	999	184	15,6	350	269	81	23,1
1975	5 344	4 084	1 260	23,6	1 130	942	188	16,6	246 b)	177 b)	69	28,1
1976	5 559	4 231	1 328	23,9	1 171	979	192	16,4	234	159	75	32,1
1977	6 590	4 971	1 619	24,6	1 059	837	222	21,0	267	160	107	40,1
1978	9 669	7 203	2 466	25,5	1 286	1 031	255	19,8	305	202	103	33,8
1979	8 040	5 742	2 298	28,6	1 265	949	316	25,0	600	386	214	35,7
1980	8 092	5 649	2 443	30,2	1 334	998	336	25,2	544	368	176	32,4
1981	8 006	5 722	2 284	28,5	1 498	1 126	372	24,8	593	408	185	31,2
1982	8 997	6 338	2 659	29,6	1 756	1 274	482	27,4	573	361	212	37,0
1983 1)	9 848	6 512	3 336	33,9	1 819	1 346	473	26,0	715	449	266	37,2
1984 1)	10 682	6 986	3 696	34,6	2 115	1 524	591	27,9	751	402	349	46,5
1985	10 564	6 844	3 720	35,2	2 089	1 544	545	26,1	824	442	382	46,4
1986	11 573	7 363	4 210	36,4	2 177	1 588	589	27,1	812	421	391	48,2
1987	11 344	6 867	4 477	39,5	2 110	1 508	602	28,5	907	433	474	52,3
1988	7 653	4 490	3 163	41,3	2 174	1 501	673	31,0	760	319	441	58,0
1989	2 201	1 423	778	35,3	2 569	1 723	846	32,9	871	426	445	51,1
1990	7 664	4 863	2 801	36,5	2 580	1 618	962	37,3	839	338	501	59,7
Deutschland												
1991 2)	9 717	5 541	4 176	43,0	2 200	1 343	857	39,0	1 009	455	554	54,9
1992 2)	10 690	5 828	4 862	45,5	2 320	1 443	877	37,8	1 090	475	615	56,4
1993	12 241	6 675	5 566	45,5	2 329	1 423	906	38,9	1 076	450	626	58,2
1994	13 550	7 298	6 252	46,1	2 354	1 405	949	40,3	1 023	411	612	59,8
1995	12 608	6 820	5 788	45,9	2 107	1 270	837	39,7	1 086	431	655	60,3
1996	12 148	6 557	5 591	46,0	2 169	1 205	964	44,4	1 138	419	719	63,2
1997 3)	8 794	4 758	4 036	45,9	1 625	872	753	46,3	1 004	323	681	67,8
1998 3)	9 106	5 029	4 077	44,8	1 556	821	735	47,2	928	221	707	76,2
1999 3)	8 406	4 569	3 837	45,6	1 469	777	692	47,1	730	268	462	63,3
2000 3)	8 220	4 445	3 775	45,9	1 573	788	785	49,9	941	229	712	75,7
2001 2) 3)	7 013	3 639	3 374	48,1	1 254	662	592	47,2	961	298	663	69,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, 2001

1) Ohne Saarland

2) Ärzte / Ärztinnen, Zahnärzte /Zahnärztinnen ohne Hessen

3) Ohne Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein

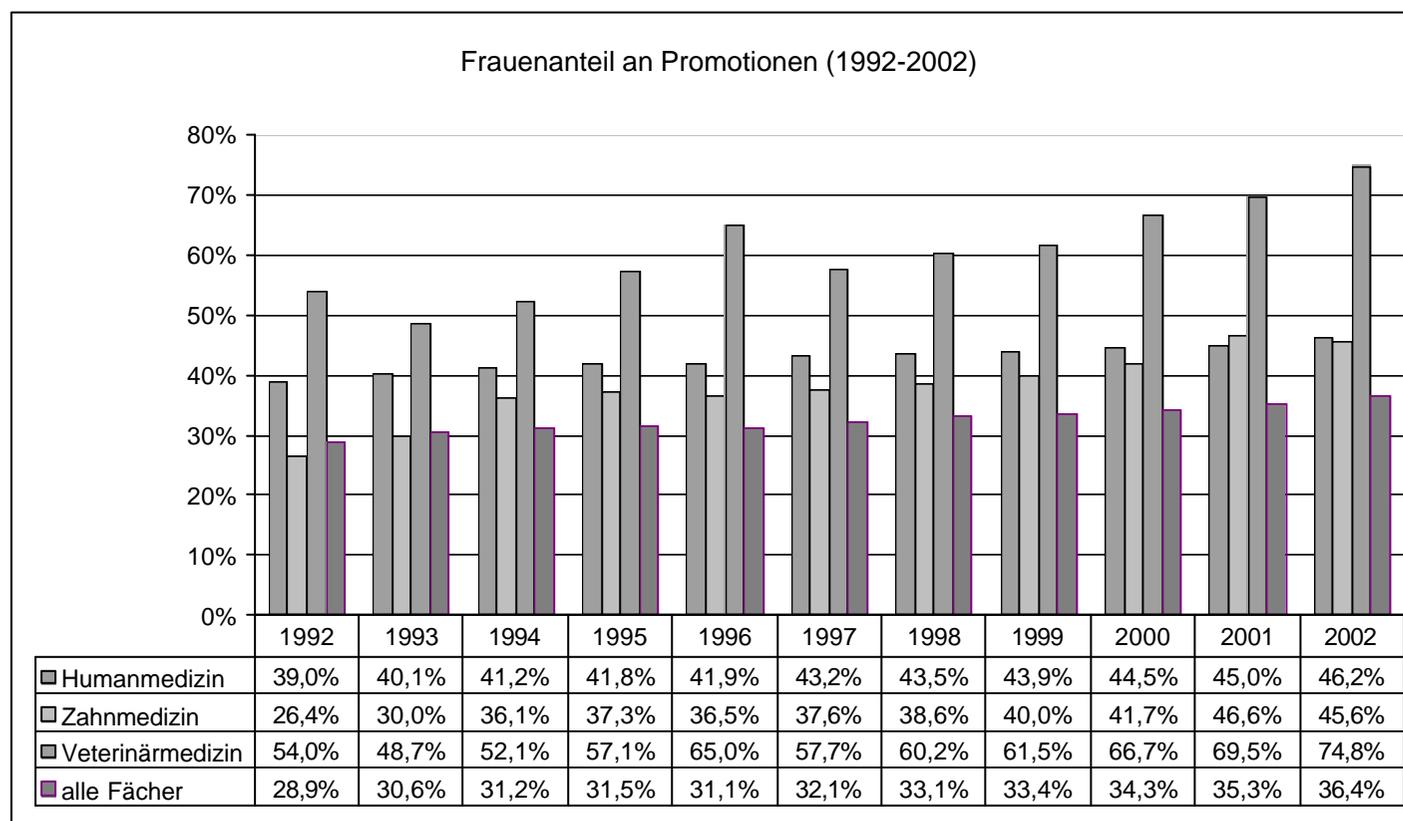
a) ohne Schleswig-Holstein

b) ohne Hamburg

2. Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen

2.1. Medizinerinnen in Wissenschaft und Forschung

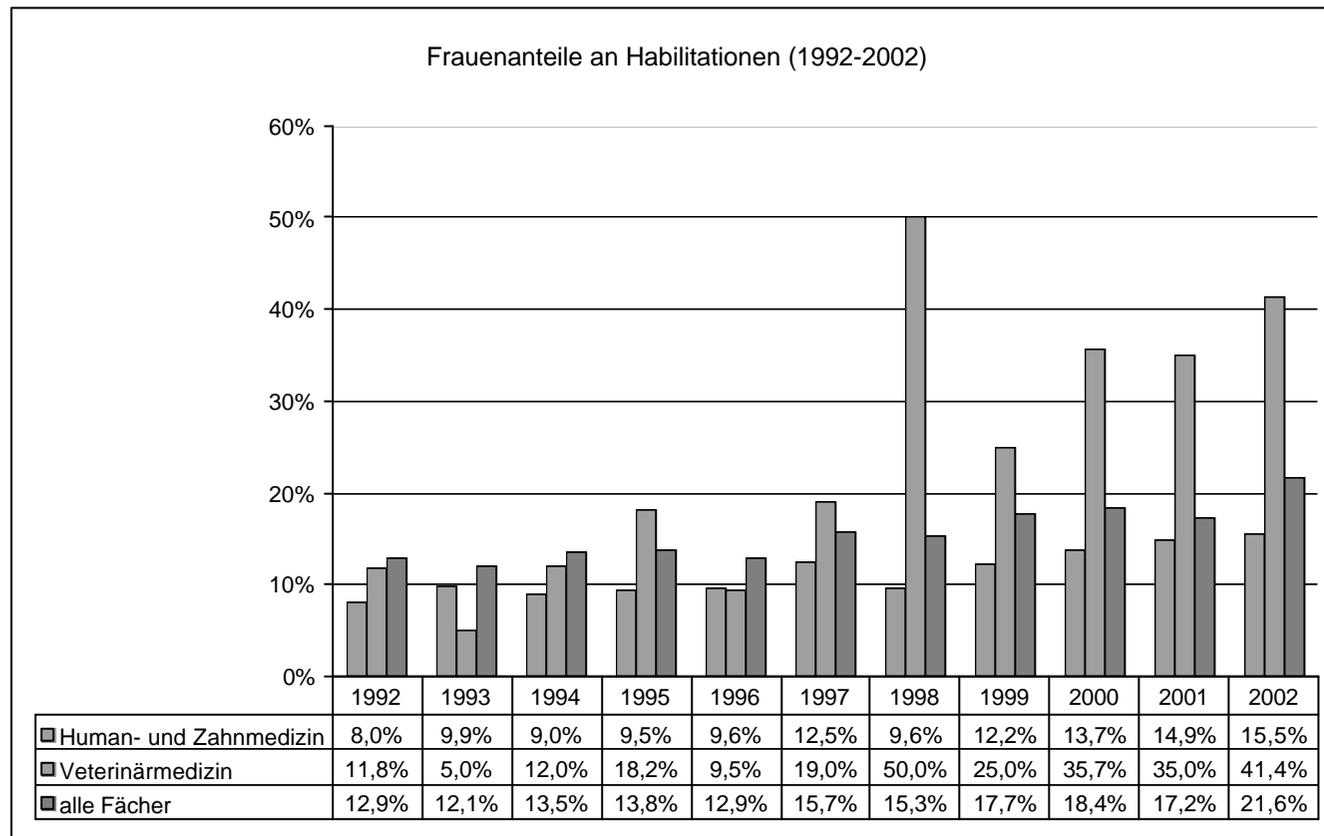
2.1.1. Grafik: Promotionen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin¹ sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003. Statistisches Bundesamt, 2003

¹ Die uneinheitliche Entwicklung der Frauenanteile in der Veterinärmedizin ist mit der relativ kleinen Fallzahl an Promotionen in diesem Fach zu erklären. Vgl.: BLK (2003), a.a.O.

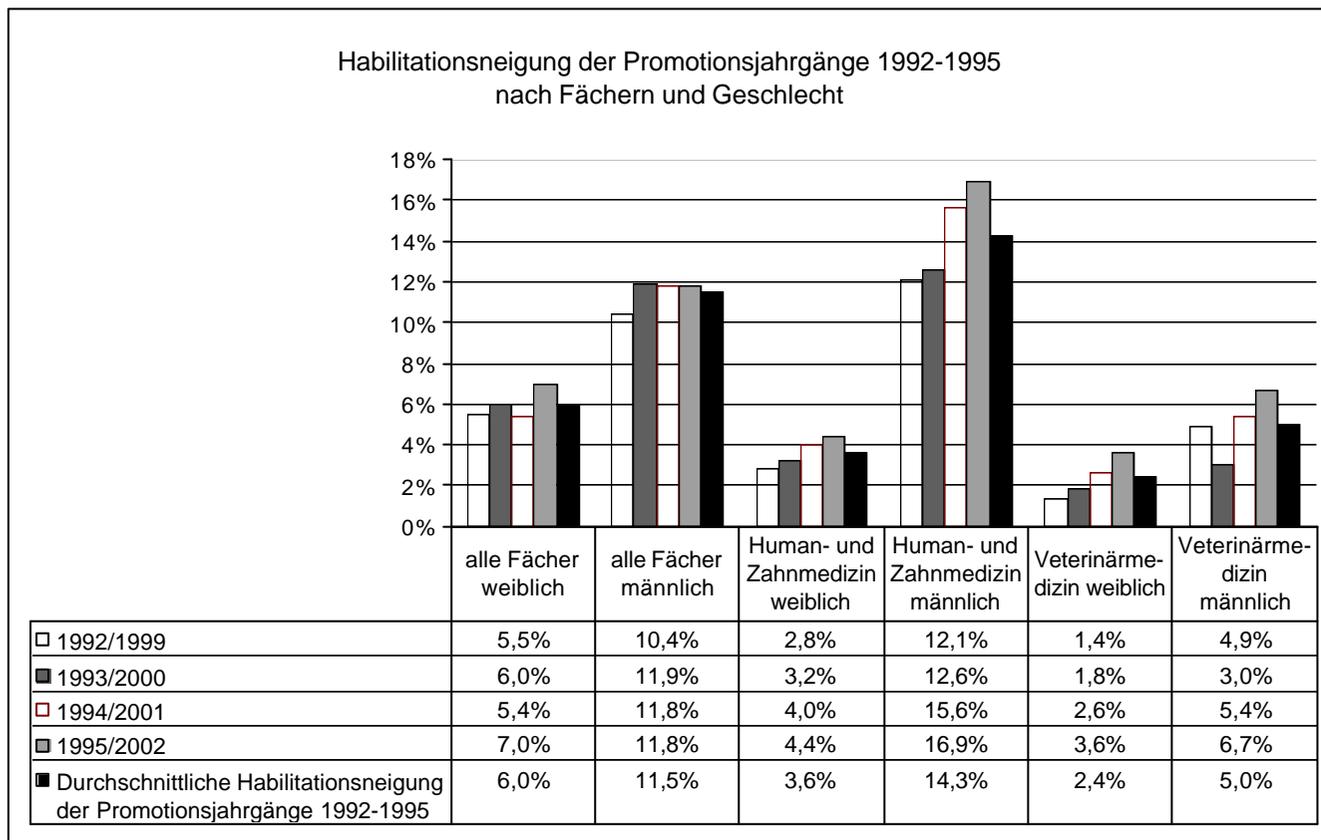
2.1.2. Grafik: Habilitationen (1992 - 2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin¹
sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003.
Statistisches Bundesamt, 2003

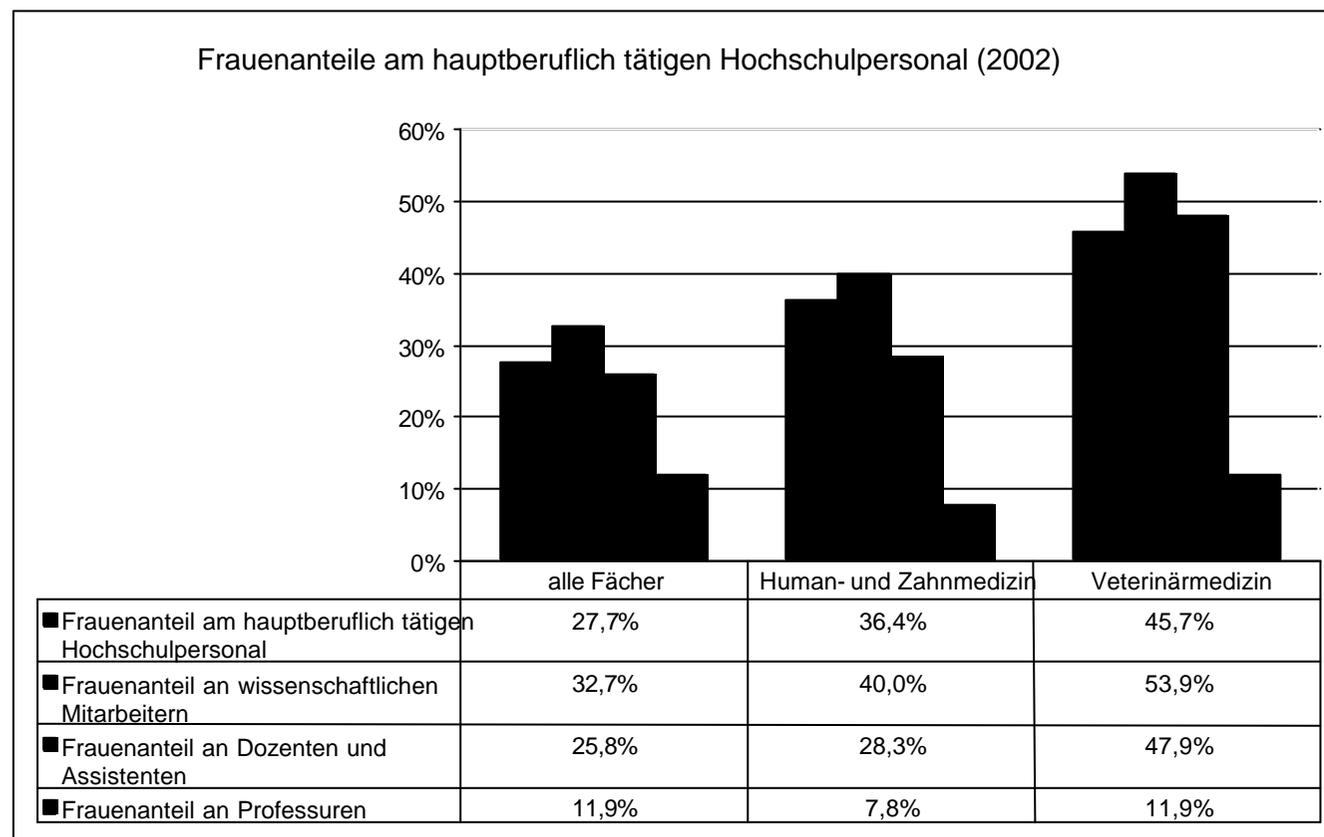
¹ Die uneinheitliche Entwicklung der Frauenanteile in der Veterinärmedizin ist mit der relativ kleinen Fallzahl an Habilitationen in diesem Fach zu erklären. Vgl.: BLK (2003), a.a.O.

2.1.3. Grafik: Habilitationsneigung der Promotionsjahrgänge 1992 - 1995 nach Fächern und Geschlecht



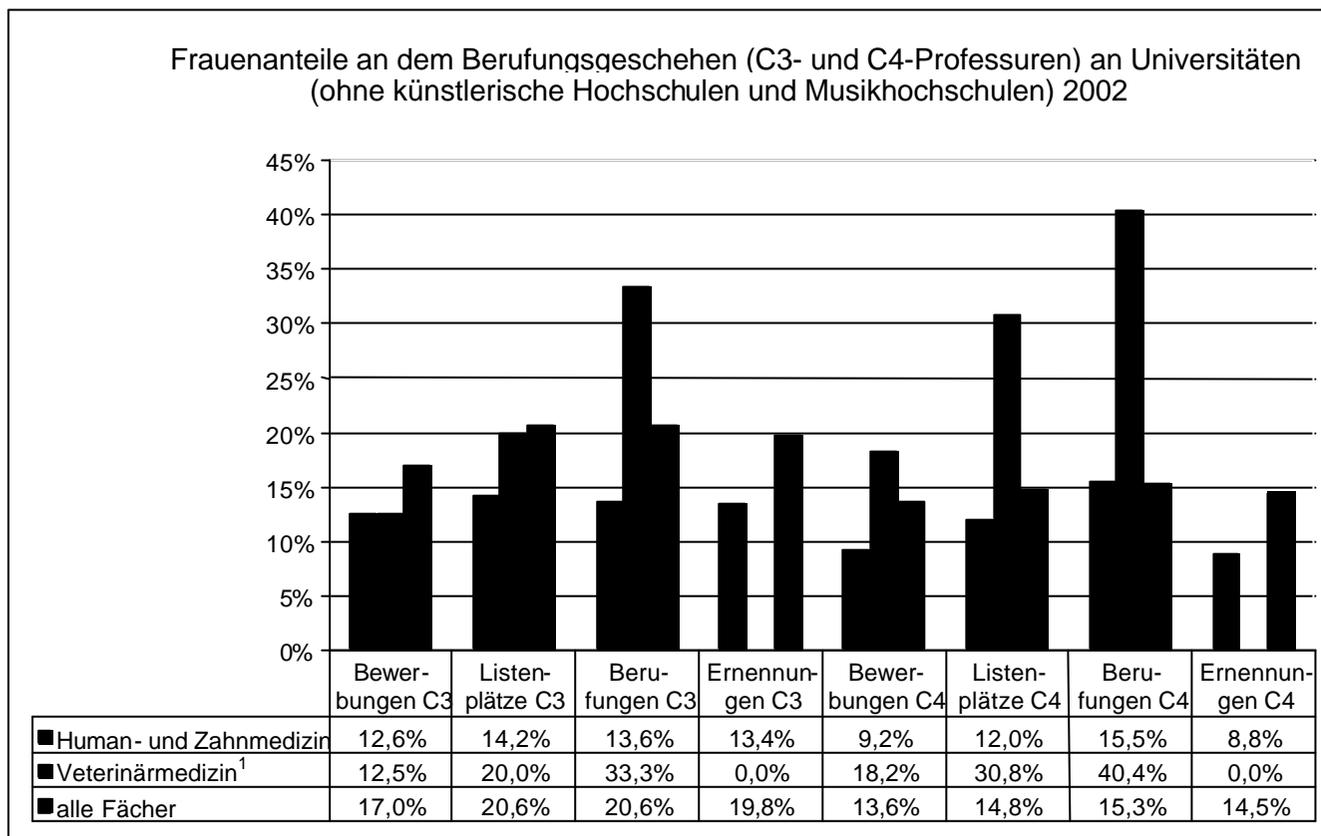
Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003. Statistisches Bundesamt, 2003.
Eigene Berechnungen

2.1.4. Grafik: Hauptberuflich tätiges wissenschaftliches Personal (2002) in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie im Durchschnitt aller Fächer, Frauenanteile



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003

2.1.5. Grafik: Berufungsgeschehen (C3- und C4-Professuren) an Universitäten (ohne Kunst- und Musikhochschulen) 2002, Frauenanteile

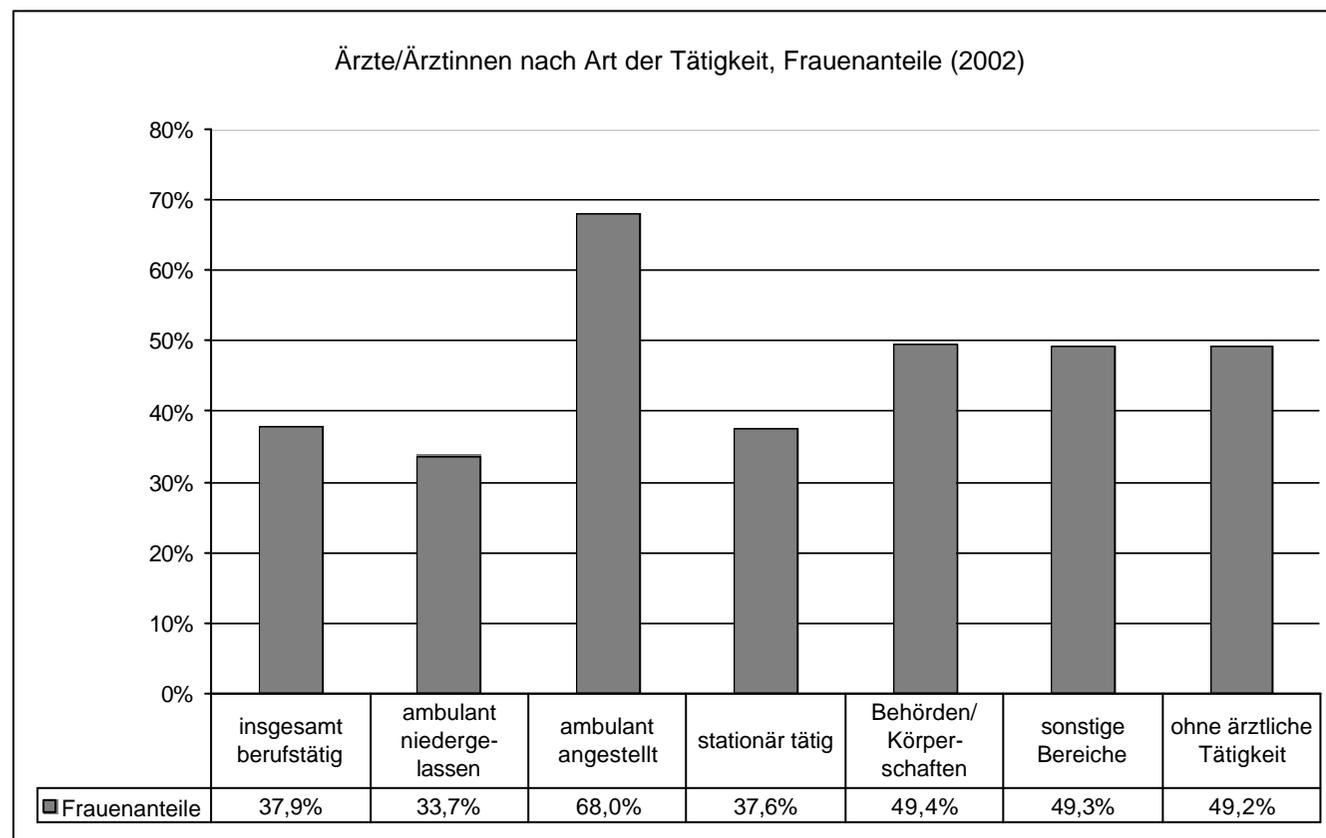


Quelle: Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) (2003): Frauen in Führungspositionen an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Siebte Fortschreibung des Datenmaterials, Bonn, 2003. Statistisches Bundesamt, 2003

¹ Die uneinheitliche Entwicklung der Frauenanteile in der Veterinärmedizin ist mit der relativ kleinen Fallzahl in diesem Fach zu erklären. Vgl.: BLK (2003), a.a.O.

2.2. Sonstige Tätigkeitsfelder

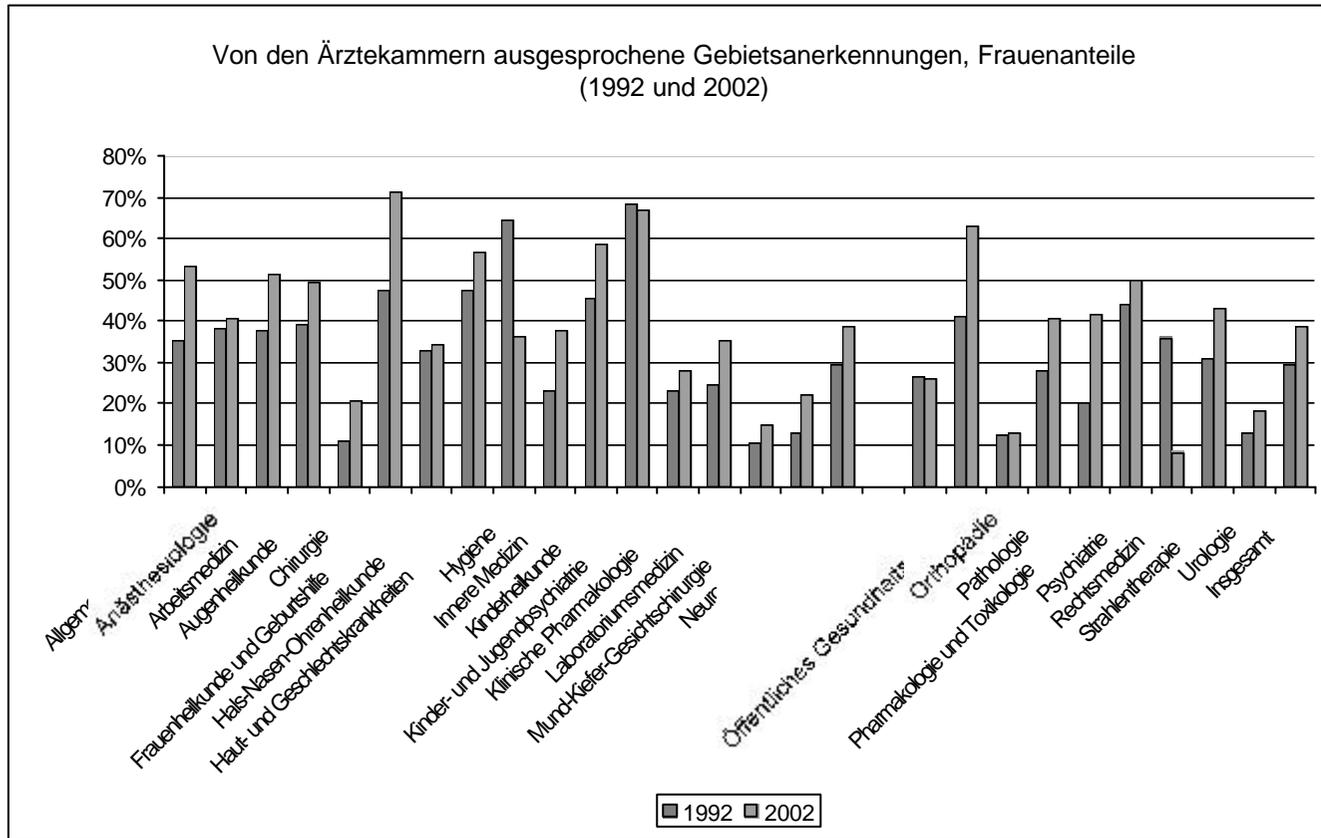
2.2.1. Grafik: Ärzte nach Art der Tätigkeit, Frauenanteile (2002)



Quelle: Bundesärztekammer, 2003

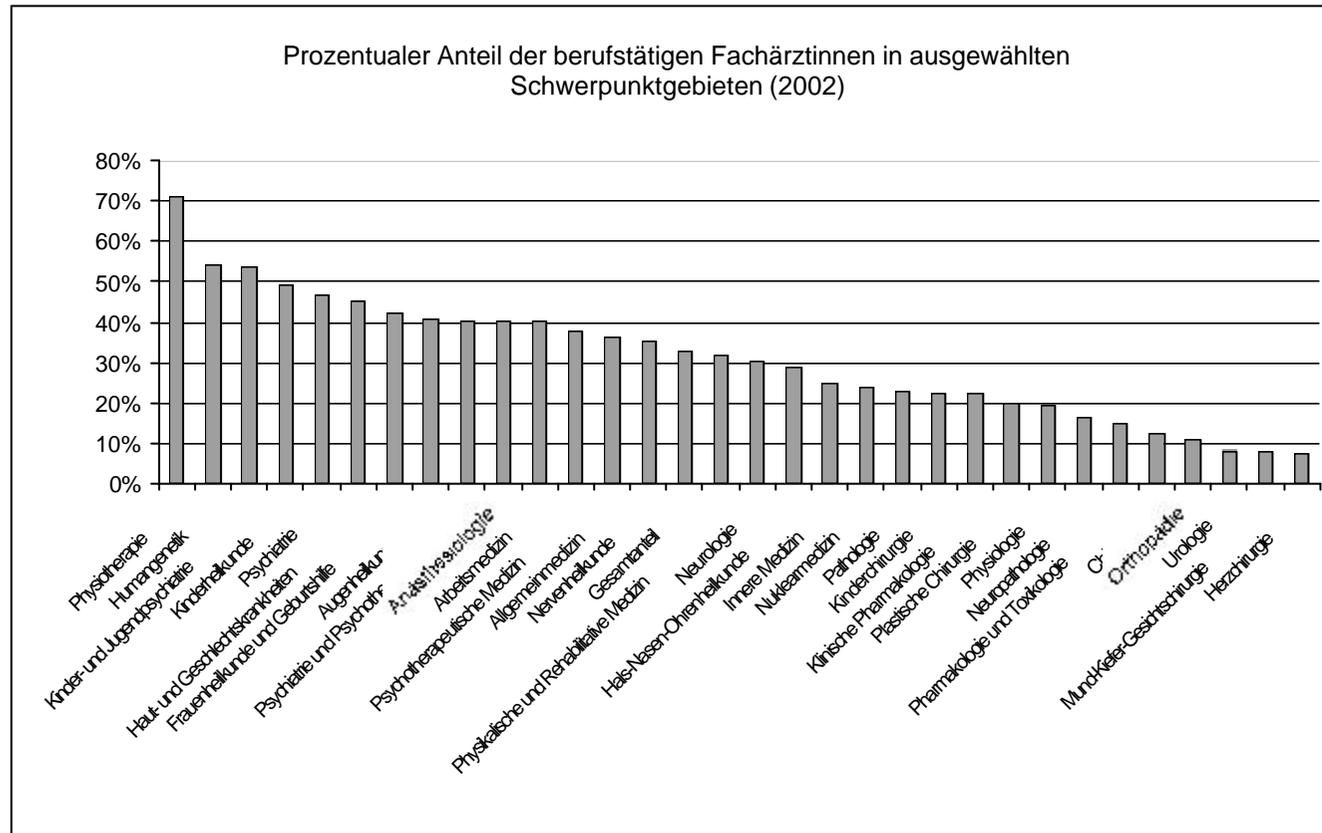
2.2.2. Fachärztinnen

2.2.2.1. Grafik: Von den Ärztekammern ausgesprochene Gebietsanerkennungen, Frauenanteile (1992 und 2002)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, 2001. Bundesärztekammer, 2003

2.2.2.2. Grafik: Fachärztinnen in ausgewählten Schwerpunktgebieten (2002)



Quelle: Bundesärztekammer, 2003

2.2.3. Ärztliches Personal nach funktioneller Stellung und Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen, Frauenanteile (2000)

Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung	Hauptamtliche Ärzte											
	Leitende Ärzte				Oberärzte				Assistenzärzte			
	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %
	Anzahl											
Allgemeinmedizin	54	44	10	18,5	61	41	20	32,8	209	102	107	51,2
Anästhesiologie	1.564	1.349	215	13,7	3.283	2.315	968	29,5	6.280	3.349	2.931	46,7
Anatomie	46	44	2	4,3	26	23	3	11,5	34	24	10	29,4
Arbeitsmedizin	51	35	16	31,4	31	18	13	41,9	198	70	128	64,6
Augenheilkunde	143	128	15	10,5	298	204	94	31,5	311	164	147	47,3
Biochemie	28	26	2	7,1	12	9	3	25,0	29	19	10	34,5
Chirurgie	2.066	2.039	27	1,3	4.420	4.093	327	7,4	4.125	3.305	820	19,9
darunter:												
Gefäßchirurgie	243	238	5	2,1	394	355	39	9,9	227	184	43	18,9
Thoraxchirurgie	63	63	0	0,0	97	89	8	8,2	97	81	16	16,5
Unfallchirurgie	467	466	1	0,2	913	880	33	3,6	621	545	76	12,2
Visceralchirurgie	129	129	0	0,0	208	191	17	8,2	109	86	23	21,1
Diagnostische Radiologie	687	624	63	9,2	1.076	803	273	25,4	1.131	649	482	42,6
darunter:												
Kinderradiologie	12	10	2	16,7	12	10	2	16,7	16	9	7	43,8
Neuroradiologie	32	30	2	6,3	46	38	8	17,4	47	36	11	23,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	842	805	37	4,4	1.685	1.192	493	29,3	1.571	616	955	60,8
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	181	177	4	2,2	325	243	82	25,2	375	226	149	39,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	127	112	15	11,8	230	161	69	30,0	247	127	120	48,6
Herzchirurgie	60	58	2	3,3	204	181	23	11,3	136	110	26	19,1
dar. Thoraxchirurgie	10	10	0	0,0	17	17	0	0,0	7	7	0	0,0
Humangenetik	31	27	4	12,9	20	14	6	30,0	34	13	21	61,8
Hygiene und Umweltmedizin	42	30	12	28,6	25	20	5	20,0	58	32	26	44,8
Innere Medizin	2.477	2.387	90	3,6	5.401	4.378	1.023	18,9	5.170	3.314	1.856	35,9
darunter:												
Angiologie	16	15	1	6,3	33	30	3	9,1	31	22	9	29,0
Endokrinologie	45	40	5	11,1	55	42	13	23,6	59	39	20	33,9
Gastroenterologie	274	266	8	2,9	410	347	63	15,4	167	115	52	31,1
Hämatologie, internist. Onkologie	134	126	8	6,0	220	172	48	21,8	185	116	69	37,3
Kardiologie	288	283	5	1,7	638	553	85	13,3	428	314	114	26,6
Nephrologie	94	93	1	1,1	184	152	32	17,4	109	70	39	35,8
Pneumologie	88	86	2	2,3	197	147	50	25,4	160	106	54	33,8
Rheumatologie	67	55	12	17,9	83	60	23	27,7	78	33	45	57,7
Kinderchirurgie	69	63	6	8,7	135	104	31	23,0	113	67	46	40,7
Kinderheilkunde	498	448	50	10,0	1.156	823	333	28,8	1.490	692	798	53,6
darunter:												
Kinderkardiologie	29	28	1	3,4	62	56	6	9,7	69	51	18	26,1
Neonatalogie	38	36	2	5,3	77	56	21	27,3	85	39	46	54,1
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	138	102	36	26,1	165	92	73	44,2	184	80	104	56,5
Klinische Pharmakologie	8	7	1	12,5	18	10	8	44,4	22	10	12	54,5
Laboratoriumsmedizin	149	137	12	8,1	100	70	30	30,0	142	86	56	39,4
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	55	53	2	3,6	64	50	14	21,9	120	57	63	52,5
Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie	105	99	6	5,7	129	116	13	10,1	113	92	21	18,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, 2001

Fortsetzung: 2.2.3. Ärztliches Personal nach funktioneller Stellung und Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen, Frauenanteile (2000)

Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung	Hauptamtliche Ärzte											
	Leitende Ärzte				Oberärzte				Assistenzärzte			
	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %	zusammen	männlich	weiblich	Frauenanteil in %
	Anzahl											
Nervenheilkunde	29	25	4	13,8	63	44	19	30,2	59	36	23	39,0
Neurochirurgie	145	140	5	3,4	331	297	34	10,3	262	211	51	19,5
Neurologie	407	383	24	5,9	765	591	174	22,7	593	352	241	40,6
Neuropathologie	17	16	1	5,9	16	15	1	6,3	13	8	5	38,5
Nuklearmedizin	115	106	9	7,8	128	92	36	28,1	112	69	43	38,4
Öffentliches Gesundheitswesen	7	7	0	0,0	5	4	1	20,0	9	4	5	55,6
Orthopädie	346	338	8	2,3	667	620	47	7,0	468	398	70	15,0
dar. Rheumatologie	37	37	0	0,0	24	24	0	0,0	16	15	1	6,3
Pathologie	189	180	9	4,8	228	176	52	22,8	230	141	89	38,7
Pharmakologie und Toxikologie	51	47	4	7,8	35	29	6	17,1	44	29	15	34,1
Phoniatry und Pädaudiologie	14	9	5	35,7	13	7	6	46,2	12	4	8	66,7
Physikalische und Rehabilitative Medizin	45	35	10	22,2	41	26	15	36,6	48	21	27	56,3
Physiologie	42	39	3	7,1	22	19	3	13,6	34	27	7	20,6
Plastische Chirurgie	88	82	6	6,8	101	83	18	17,8	73	54	19	26,0
Psychiatrie und Psychotherapie	604	538	66	10,9	1.232	807	425	34,5	1.417	642	775	54,7
Psychotherapeutische Medizin	65	60	5	7,7	100	64	36	36,0	77	34	43	55,8
Rechtsmedizin	31	29	2	6,5	28	24	4	14,3	45	29	16	35,6
Strahlentherapie	141	122	19	13,5	250	147	103	41,2	253	136	117	46,2
Transfusionsmedizin	42	29	13	31,0	42	25	17	40,5	101	48	53	52,5
Urologie	328	328	0	0,0	585	547	38	6,5	567	464	103	18,2
Ärzte (einschl. Assistenzärzte) mit abgeschlossener Weiterbildung	12.127	11.307	820	6,8	23.516	18.577	4.939	21,0	26.509	15.911	10.598	40,0
Ärzte (einschl. Assistenzärzte) ohne abgeschlossene Weiterbildung	40	38	2	5,0	16	12	4	25,0	49.372	28.623	20.743	42,0
Ärzte insgesamt...	12.167	11.345	822	6,8	23.532	18.589	4.943	21,0	75.881	44.540	31.341	41,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 5, 2001

2.2.4. Berufstätige Zahnärzte, Frauenanteile (2002)

	Insgesamt	männlich	weiblich	Frauenanteil in %
Zahnärzte insgesamt	80.285	50.292	29.993	37,4%
behandelnde Zahnärzte	64.484	40.589	23.895	37,0%
niedergelassene Zahnärzte	54.953	35.824	19.129	34,8%
Praxisassistenten / -vertreter	6.577	3.037	3.540	53,8%
Beamte und Angestellte außerhalb der ZA-Praxis	2.954	1.728	1.226	41,5%
ohne zahnärztliche Tätigkeit	15.801	9.703	6.098	38,6%

Quelle: Bundeszahnärztekammer, 2003

2.2.5. Berufstätige Tierärzte, Frauenanteile (2002)

	insgesamt	männlich	weiblich	Frauenanteil in %
Tierärzte insgesamt	31.461	17.744	13.717	43,6%
In Praxen tätige Tierärzte	14.612	8.200	6.412	43,9%
darunter:				
praktizierende Tierärzte	10.475	7.024	3.451	32,9%
Praxisassistenten / -vertreter	3.784	1.045	2.739	72,4%
Praxisvertreter	325	110	215	66,2%
Landwirtschaft	28	21	7	25,0%
Beamte / öffentlicher Dienst	4.991	2.823	2.168	43,4%
Industrie	1.240	716	524	42,3%
Bundeswehr	75	53	22	29,3%
ohne tierärztliche Tätigkeit	9.530	5.519	4.011	42,1%

Quelle: Bundestierärztekammer, 2003

3. Frauenanteile an Fördermaßnahmen

3.1. Anträge und Bewilligungen, Frauenanteile (1997 - 2002)

	Anträge				Bewilligungen					
	N	Frauenanteil in %	€	Frauenanteil in %	N	Frauenanteil in %	N% 1	€	Frauenanteil in %	€/€ 2)
2002										
männlich	12 748	85,6	1 617 731 687	87,7	7 174	86,4	56,3	670 511 008	88,6	41,4
weiblich	2 143	14,4	226 197 544	12,3	1 125	13,6	52,5	86 203 963	11,4	38,1
Insgesamt	14 891	100,0	1 843 929 231	100,0	8 299	100,0	55,7	756 714 971	100,0	41,0
2001										
männlich	13 294	86,8	1 624 619 434	89,0	7 510	87,3	56,5	646 118 973	89,5	39,8
weiblich	2 024	13,2	200 786 549	11,0	1 095	12,7	54,1	75 748 009	10,5	37,7
Insgesamt	15 318	100,0	1 825 405 983	100,0	8 605	100,0	56,2	721 866 982	100,0	39,5
2000										
weiblich	13 246	86,6	1 535 228 612	89,2	8 184	87,2	61,8	705 852 368	90,2	46,0
männlich	2 043	13,4	185 725 762	10,8	1 197	12,8	58,6	76 773 551	9,8	41,3
Insgesamt	15 289	100,0	1 720 954 374	100,0	9 381	100,0	61,4	782 625 919	100,0	45,5
1999										
männlich	13 160	87,6	1 411 345 488	90,3	8 457	88,1	64,3	699 398 086	91,2	49,6
weiblich	1 866	12,4	152 391 649	9,7	1 140	11,9	61,1	67 141 815	8,8	44,1
Insgesamt	15 026	100,0	1 563 737 138	100,0	9 597	100,0	63,9	766 539 901	100,0	49,0
1998										
männlich	13 875	87,8	1 502 872 493	89,9	8 289	88,5	59,7	615 502 225	90,7	41,0
weiblich	1 922	12,2	168 923 632	10,1	1 082	11,5	56,3	62 876 389	9,3	37,2
Insgesamt	15 797	100,0	1 671 796 125	100,0	9 371	100,0	59,3	678 378 614	100,0	40,6
1997										
männlich	12 772	88,6	1 423 787 923	90,5	7 875	89,3	61,7	580 356 525	92,1	40,8
weiblich	1 636	11,4	148 851 898	9,5	939	10,7	57,4	49 528 114	7,9	33,3
Insgesamt	14 408	100,0	1 572 639 820	100,0	8 814	100,0	61,2	629 884 639	100,0	40,1

Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

1) N% bezeichnet den prozentualen Anteil der gestellten Anträge die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. Z.B. wurden im Jahr 2002 56,3% der von Wissenschaftlern gestellten Anträge und 52,5% der von Wissenschaftlerinnen gestellten Anträge bewilligt.

2) €/€ bezeichnet den prozentualen Anteil der beantragten Fördergelder, die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. So wurden im Jahr 2002 41,4% der von Wissenschaftlern und 38,1% der von Wissenschaftlerinnen beantragten Fördergelder bewilligt.

3.2. Anträge und Bewilligungen in der Theoretischen Medizin, Frauenanteile (1997 - 2002)

	Anträge				Bewilligungen					
	N	Frauenanteil in %	€	Frauenanteil in %	N	Frauenanteil in %	N%	€	Frauenanteil in %	€/%
2002										
männlich	848	80,4	125 665 966	80,3	485	80,6	57,2	52 800 038	81,0	42,0
weiblich	207	19,6	30 783 580	19,7	117	19,4	56,5	12 360 758	19,0	40,2
Insgesamt	1 055	100,0	156 449 546	100,0	602	100,0	57,1	65 160 795	100,0	41,6
2001										
männlich	733	80,4	105 341 321	81,1	403	81,7	55,0	46 223 647	83,3	43,9
weiblich	179	19,6	24 545 697	18,9	90	18,3	50,3	9 262 025	16,7	37,7
Insgesamt	912	100,0	129 887 018	100,0	493	100,0	54,1	55 485 672	100,0	42,7
2000										
weiblich	762	82,2	101 335 002	82,6	459	83,2	60,2	48 962 637	84,3	48,3
männlich	165	17,8	21 376 510	17,4	93	16,8	56,4	9 119 987	15,7	42,7
Insgesamt	927	100,0	122 711 512	100,0	552	100,0	59,5	58 082 624	100,0	47,3
1999										
männlich	786	82,0	104 585 855	84,1	471	82,3	59,9	48 041 674	85,2	45,9
weiblich	172	18,0	19 775 590	15,9	101	17,7	58,7	8 315 582	14,8	42,0
Insgesamt	958	100,0	124 361 446	100,0	572	100,0	59,7	56 357 256	100,0	45,3
1998										
männlich	749	82,9	98 039 226	84,9	441	83,5	58,9	40 472 134	86,7	41,3
weiblich	154	17,1	17 372 557	15,1	87	16,5	56,5	6 214 860	13,3	35,8
Insgesamt	903	100,0	115 411 783	100,0	528	100,0	58,5	46 686 993	100,0	40,5
1997										
männlich	636	81,6	92 820 914	84,9	396	83,0	62,3	39 128 410	85,3	42,2
weiblich	143	18,4	16 569 474	15,1	81	17,0	56,6	6 731 959	14,7	40,6
Insgesamt	779	100,0	109 390 389	100,0	477	100,0	61,2	45 860 369	100,0	41,9

Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

1) N% bezeichnet den prozentualen Anteil der gestellten Anträge die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. Z.B. wurden im Jahr 2002 56,3% der von Wissenschaftlern gestellten Anträge und 52,5% der von Wissenschaftlerinnen gestellten Anträge bewilligt.

2) €/% bezeichnet den prozentualen Anteil der beantragten Fördergelder, die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. So wurden im Jahr 2002 41,4% der von Wissenschaftlern und 38,1% der von Wissenschaftlerinnen beantragten Fördergelder bewilligt.

3.3. Anträge und Bewilligungen in der Praktischen Medizin, Frauenanteile (1997 - 2002)

	Anträge				Bewilligungen					
	N	Frauenanteil in %	€	Frauenanteil in %	N	Frauenanteil in %	N%	€	Frauenanteil in %	€/€
2002										
männlich	1 450	83,7	234 928 163	85,2	660	84,4	45,5	77 625 096	86,6	33,0
weiblich	282	16,3	40 757 515	14,8	122	15,6	43,3	12 051 039	13,4	29,6
Insgesamt	1 732	100,0	275 685 678	100,0	782	100,0	45,2	89 676 135	100,0	32,5
2001										
männlich	1 589	85,3	282 368 404	87,9	715	84,9	45,0	78 131 696	85,8	27,7
weiblich	273	14,7	38 881 042	12,1	127	15,1	46,5	12 907 655	14,2	33,2
Insgesamt	1 862	100,0	321 249 445	100,0	842	100,0	45,5	91 039 351	100,0	28,3
2000										
weiblich	1 473	84,6	212 125 850	85,5	659	84,9	44,7	69 940 472	88,0	33,0
männlich	268	15,4	35 852 816	14,5	117	15,1	43,7	9 582 140	12,0	26,7
Insgesamt	1 741	100,0	247 978 667	100,0	776	100,0	44,6	79 522 612	100,0	32,1
1999										
männlich	1 439	87,4	190 719 388	90,3	700	87,2	48,6	65 983 834	90,8	34,6
weiblich	207	12,6	20 425 713	9,7	103	12,8	49,8	6 650 905	9,2	32,6
Insgesamt	1 646	100,0	211 145 101	100,0	803	100,0	48,8	72 634 739	100,0	34,4
1998										
männlich	1 386	85,6	197 490 935	88,4	705	85,8	50,9	70 178 155	89,3	35,5
weiblich	234	14,4	25 813 883	11,6	117	14,2	50,0	8 378 380	10,7	32,5
Insgesamt	1 620	100,0	223 304 819	100,0	822	100,0	50,7	78 556 536	100,0	35,2
1997										
männlich	1 374	87,0	195 184 808	90,1	668	86,2	48,6	63 655 385	90,2	32,6
weiblich	205	13,0	21 418 211	9,9	107	13,8	52,2	6 923 487	9,8	32,3
Insgesamt	1 579	100,0	216 603 020	100,0	775	100,0	49,1	70 578 873	100,0	32,6

Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

1) N% bezeichnet den prozentualen Anteil der gestellten Anträge die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. Z.B. wurden im Jahr 2002 56,3% der von Wissenschaftlern gestellten Anträge und 52,5% der von Wissenschaftlerinnen gestellten Anträge bewilligt.

2) €/€ bezeichnet den prozentualen Anteil der beantragten Fördergelder, die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. So wurden im Jahr 2002 41,4% der von Wissenschaftlern und 38,1% der von Wissenschaftlerinnen beantragten Fördergelder bewilligt.

3.4. Anträge und Bewilligungen in der Veterinärmedizin, Frauenanteile (1997 - 2002)

	Anträge				Bewilligungen					
	N	Frauenanteil in %	€	Frauenanteil in %	N	Frauenanteil in %	N%	€	Frauenanteil in %	€/€
2002										
männlich	59	79,7	6 436 492	79,0	34	81,0	57,6	3 029 654	79,8	47,1
weiblich	15	20,3	1 709 564	21,0	8	19,0	53,3	767 219	20,2	44,9
Insgesamt	74	100,0	8 146 057	100,0	42	100,0	56,8	3 796 873	100,0	46,6
2001										
männlich	45	75,0	4 643 574	74,8	23	71,9	51,1	1 846 439	74,0	39,8
weiblich	15	25,0	1 563 176	25,2	9	28,1	60,0	648 874	26,0	41,5
Insgesamt	60	100,0	6 206 750	100,0	32	100,0	53,3	2 495 313	100,0	40,2
2000										
weiblich	51	73,9	5 416 884	82,8	28	77,8	54,9	2 153 760	84,2	39,8
männlich	18	26,1	1 122 164	17,2	8	22,2	44,4	404 441	15,8	36,0
Insgesamt	69	100,0	6 539 048	100,0	36	100,0	52,2	2 558 201	100,0	39,1
1999										
männlich	55	80,9	5 087 003	88,1	28	82,4	50,9	2 361 608	90,8	46,4
weiblich	13	19,1	685 558	11,9	6	17,6	46,2	240 125	9,2	35,0
Insgesamt	68	100,0	5 772 561	100,0	34	100,0	50,0	2 601 733	100,0	45,1
1998										
männlich	50	68,5	4 395 320	74,8	19	65,5	38,0	1 269 108	70,7	28,9
weiblich	23	31,5	1 478 716	25,2	10	34,5	43,5	526 596	29,3	35,6
Insgesamt	73	100,0	5 874 036	100,0	29	100,0	39,7	1 795 704	100,0	30,6
1997										
männlich	50	79,4	5 762 813	88,1	26	83,9	52,0	1 930 121	90,5	33,5
weiblich	13	20,6	781 771	11,9	5	16,1	38,5	202 217	9,5	25,9
Insgesamt	63	100,0	6 544 585	100,0	31	100,0	49,2	2 132 339	100,0	32,6

Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

1) N% bezeichnet den prozentualen Anteil der gestellten Anträge die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. Z.B. wurden im Jahr 2002 56,3% der von Wissenschaftlern gestellten Anträge und 52,5% der von Wissenschaftlerinnen gestellten Anträge bewilligt.

2) €/€ bezeichnet den prozentualen Anteil der beantragten Fördergelder, die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. So wurden im Jahr 2002 41,4% der von Wissenschaftlern und 38,1% der von Wissenschaftlerinnen beantragten Fördergelder bewilligt.

3.5. Förder- und Bewilligungsquoten in den Fächern Medizin und Veterinärmedizin nach Verfahren, Frauenanteile (2002)

Verfahren	Medizin (Praktische und Theoretische Medizin)									
	Anträge				Bewilligungen					
	N	N Frauen- anteil in %	Mio €	Mio € Frauen- anteil in %	N	N Frauen- anteil in %	Mio €	Mio € Frauen- anteil in %	% N	% S
Normalverfahren										
männlich	1917	82,4	292,3	83,8	924	82,6	101,3	84,5	48,2	34,7
weiblich	410	17,6	56,6	16,2	195	17,4	18,6	15,5	47,6	32,9
insgesamt	2327	100,0	348,9	100,0	1119	100,0	119,9	100,0	95,8	67,5
Schwerpunktverfahren										
männlich	272	84,0	45,9	82,3	164	86,8	20,5	86,5	60,3	44,7
weiblich	52	16,0	9,9	17,7	25	13,2	3,2	13,5	48,1	32,3
insgesamt	324	100,0	55,8	100,0	189	100,0	23,7	100,0	108,4	77,0
Heisenbergprogramm										
männlich	24	80,0	2,9	80,6	13	76,5	1,5	75,0	54,2	51,7
weiblich	6	20,0	0,7	19,4	4	23,5	0,5	25,0	66,7	71,4
insgesamt	30	100,0	3,6	100,0	17	100,0	2	100,0	120,8	123,2
Klinische Forschergruppen										
männlich	14	77,8	2,4	77,4	6	66,7	0,5	71,4	42,9	20,8
weiblich	4	22,2	0,7	22,6	3	33,3	0,2	28,6	75,0	28,6
insgesamt	18	100,0	3,1	100,0	9	100,0	0,7	100,0	117,9	49,4
Emmy Noether-Programm										
männlich	57	81,4	15,9	83,2	26	72,2	5,6	75,7	45,6	35,2
weiblich	13	18,6	3,2	16,8	10	27,8	1,8	24,3	76,9	56,3
insgesamt	70	100,0	19,1	100,0	36	100,0	7,4	100,0	122,5	91,5
Kommissionen										
männlich	9	90,0	0,9	81,8	9	90,0	0,9	90,0	100,0	100,0
weiblich	1	10,0	0,2	18,2	1	10,0	0,1	10,0	100,0	50,0
insgesamt	10	100,0	1,1	100,0	10	100,0	1	100,0	200,0	150,0
BMZ-Förderung										
männlich	6	100,0	0,4	100,0	3	100,0	0,1	100,0	50,0	25,0
weiblich	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
insgesamt	6	100,0	0,4	100,0	3	100,0	0,1	100,0	50,0	25,0
Habilitationsförderung										
männlich	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
weiblich	2	100,0	0,1	100,0	1	100,0	0,1	100,0	50,0	100,0
insgesamt	2	100,0	0,1	100,0	1	100,0	0,1	100,0	50,0	100,0

		Veterinärmedizin									
Verfahren		Anträge				Bewilligungen					
		N	N Frauen- anteil in %	Mio €	Mio € Frauen- anteil in %	N	N Frauen- anteil in %	Mio €	Mio € Frauen- anteil in %	% N	% S 1)
Normalverfahren											
männlich		57	81,4	6,3	81,8	33	84,6	3,0	88,2	57,9	47,6
weiblich		13	18,6	1,4	18,2	6	15,4	0,4	11,8	46,2	28,6
insgesamt		70	100,0	7,7	100,0	39	100,0	3,4	100,0	104,0	76,2
Schwerpunktverfahren											
männlich		---		---		---		---		---	---
weiblich		---		---		---		---		---	---
insgesamt		---		---		---		---		---	---
Heisenbergprogramm											
männlich		---		---		---		---		---	---
weiblich		---		---		---		---		---	---
insgesamt		---		---		---		---		---	---
Klinische Forschergruppen											
männlich		---		---		---		---		---	---
weiblich		---		---		---		---		---	---
insgesamt		---		---		---		---		---	---
Emmy Noether-Programm											
männlich		0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
weiblich		2	100,0	0,3	100,0	2	100,0	0,3	100,0	100,0	100,0
insgesamt		2	100,0	0,3	100,0	2	100,0	0,3	100,0	100,0	100,0
Kommissionen											
männlich		1	100,0	0,2	100,0	0	0,0	0,0		0,0	0,0
weiblich		0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0		0,0	0,0
insgesamt		1	100,0	0,2	100,0	0	0,0	0,0		0,0	0,0
BMZ-Förderung											
männlich		---		---		---		---		---	---
weiblich		---		---		---		---		---	---
insgesamt		---		---		---		---		---	---
Habilitationsförderung											
männlich		1	100,0	0,1	100,0	1	100,0	0,1		100,0	100,0
weiblich		0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0		0,0	0,0
insgesamt		1	100,0	0,1	100,0	1	100,0	0,1		100,0	100,0

Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2003

1) %S = %Summe (Vgl.: 4.1.4. €%)

2) N% bezeichnet den prozentualen Anteil der gestellten Anträge die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. Z.B. wurden im Jahr 2002 56,3% der von Wissenschaftlern gestellten Anträge und 52,5% der von Wissenschaftlerinnen gestellten Anträge bewilligt.

3) €% bezeichnet den prozentualen Anteil der beantragten Fördergelder, die Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen bewilligt wurden. So wurden im Jahr 2002 41,4% der von Wissenschaftlern und 38,1% der von Wissenschaftlerinnen beantragten Fördergelder bewilligt.