Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005

Ergebnisse der Umfrage zu:

- Frauenanteilen in der Personalstruktur
- Frauenförder- bzw. Gender Action Pläne und Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte
- Frauen in der Akademischen Selbstverwaltung
- Frauenanteilen und Frauenförderung in Forschung und Lehre
- Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit
- Kinderbetreuung

Erstellt im Auftrag der Kommission Klinika der
Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen
Berlin 2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

1. Befragung 5

1.1. Fragebogen und Durchführung 5
1.2. Rücklauf 5
1.3. Methodik 6

2. Ergebnisse 7

2.1. Frauenanteil in der Personalstruktur 7
2.2. Frauenförder - bzw. Gender Action Pläne und Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte 8
2.3. Frauen in der Akademischen Selbstverwaltung 9
2.5. Studium und Lehre 11
2.6. Schwangerschaft und Elternzeit 13
2.7. Familienfreundlichkeit 14

3. Rangbildung 16

3.1. Methodik der Rangbildung 16
3.2. Ergebnisse der Rangbildung 16

4. Vergleich 2001 – 2005 18

4.1. Frauenanteil in der Personalstruktur 18
4.2. Frauenförder - bzw. Gender Action Pläne und Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte 19
4.3. Frauen in der Akademischen Selbstverwaltung 19
4.4. Frauenanteil und Frauenförderung in der Forschung 20
4.5. Studium und Lehre 21
4.6. Schwangerschaft und Elternzeit 22
4.7. Familienfreundlichkeit 23

5. Vergleich der Fakultäten hinsichtlich der erreichten Gesamtpunktzahlen 2001 – 2005 25

6. Anhang 26

6.1. Tabellarische Darstellung der Ergebnisse 26
6.2. Scores zur Rangbildung 66
6.3. Ranglisten 74
6.4. Fragebogen 82
6.5. Anschreiben 92

Vorwort

Frauen in der Universitätsmedizin:
An welcher Uni möchte ich studieren ? Wo würde ich gerne arbeiten?

Vorgeschichte und Ziel der vorliegenden Umfrage

Vor 5 Jahren wurde auf Beschluss der Kommission Klinika (eine für die Medizin zuständige Unterkommission der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten an deutschen Hochschulen, kurz BuKoF genannt) eine Umfrage an den 35 deutschen medizinischen Fakultäten durchgeführt. Das Ziel war, ein möglichst zeitnahes Bild von Chancengleichheit und Familienfreundlichkeit, Beteiligung von Frauen an Entscheidungsprozessen und von Frauen in Führungspositionen in der deutschen Universitätsmedizin zu erhalten. Bereits bei der Durchführung der Umfrage wurde die Fortschreibung der Fragebogenaktion in einer angemessenen Frist geplant, so dass Entwicklungs-tendenzen und Handlungsbedarf in Sachen „Gender Mainstreaming" aufgezeigt werden können. Die Ergebnisse der zweiten Umfrage liegen Ihnen nun in dieser Dokumentation vor.
Beide Fragebögen enthielten jeweils ca. 60 Fragen zu 7 Themenbereichen.
Durch hartnäckige „nachgehende Fürsorge" gelang es sowohl 2001 als auch 2006, den Rücklauf der Fragebögen auf über 80% zu erhöhen.

An (gutgemeinten) Vorschlägen, Projekten und Programmen, die das Ziel haben, der Chancengleichheit und Familien-freundlichkeit an deutschen medizinischen Fakultäten näher zu kommen, fehlt es nicht. Sollten diese vielen verschiedenen Maßnahmen wirksam sein, wäre zu erwarten, dass in den letzten 5 Jahren Teilerfolge erzielt worden sind. In der Tat sind einige Verbesserungen zu verzeichnen, die vor allem die Kinderbetreuung betreffen, wenngleich in fast der Hälfte der medizinischen Fakultäten keine Betreuung für Kinder studierender Eltern angeboten wird.
Die Quintessenz heißt jedoch:
„Es hat sich, abgesehen von Verbesserungen der Kinder-betreuung, in den letzten 4-5 Jahren fast nichts geändert!"
So stagniert z.B. der Anteil der Professorinnen an der Medizin-Professorenschaft und beträgt insgesamt nur 7,6 % , bei den attraktiven C4/W3-Stellen nur 5,7 % und bleibt damit weit hinter den von politischer Seite angepeilten Anteilen zurück. Ein gleiches Bild ergibt sich bei der Besetzung von einflussreichen Kommissionen.
Gab es 2001 in **einer (!)** von über 30 Fakultäten eine Dekanin (Universität Münster), so gibt es auch im Jahre 2005 nur eine einzige Dekanin (Universität Rostock) - trotz zwischenzeitlich erfolgter z.T. mehrmaliger Neuwahlen der universitären Leitungsgremien. In Prodekanaten sind 2005 geringfügig mehr Frauen vertreten, meist mit der wichtigen Aufgabe Nachwuchsförderung und/oder Lehre und Studium - eine Aufgabe, die traditionell frauenbetont ist. In der Regel verfügt ein Lehrdekanat allerdings über erheblich weniger Ressourcen als ein Forschungsdekanat.
Das Angebot von Genderaspekten in der medizinischen Lehre kann nur als „dürftig" bezeichnet werden - hier ist sicherlich noch an einigen Stellen viel Einsatz notwendig, um die Verantwortlichen darüber zu informieren, dass Frauen und Männer, wie seit langem bekannt, anders krank und anders gesund sind und dass diese Tatsache inhaltlich in fast alle Lehrveranstaltungen hineingehört!

Man könnte die Prognose wagen, dass der Abbau struktureller Diskriminierung in der Medizin (durch mehr Familienfreundlichkeit, Vertretungsmittel, etc.) wahrscheinlich nicht ausreichen wird, Chancengleichheit herzustellen : die unsichtbare, subtile Diskriminierung von Frauen bleibt bestehen, daran wird auch der leichter verfügbare Kindergartenplatz nichts ändern. Es ist es an der Zeit, die Institution „Medizinische Fakultät" und ihre traditionellen (?) Strukturen ins Visier zu nehmen und den tatsächlichen Ursachen einer allseits beklagten Situation mit den Methoden der modernen Psychologie auf den Grund zu gehen!

Einschränkungen in der Beurteilung einiger Antworten

Die deutsche Universitätsmedizin ist nicht einheitlich strukturiert: neben den klassischen Fakultäten mit der Trias Lehre, Forschung und Krankenversorgung in *einer* Institution gibt es zunehmend Modelle, bei denen die Krankenversorgung (z.B. durch Privatisierung) getrennt von Forschung und Lehre geführt und gestaltet wird. Diese Tatsache erschwerte die Vergleichbarkeit zwischen den Fakultäten. Darüber hinaus sind während der langen Zeit, die verging, bevor eine ausreichende Zahl von Fragenbogen ausgefüllt eingegangen waren, möglicherweise positive Entwicklungen in Gang gesetzt worden (z.B. die Einrichtung eines Forschungsstipendiums für in den Beruf zurückkehrende Wissenschaftlerinnen in Berlin oder die noch ausstehenden Eröffnungen von Kindertagesstätten in Leipzig und Greifswald), die nicht mehr berücksichtigt werden konnten.
Ebenso hat die Rangbildung eine Schwäche: sie beruht auf der Einschätzung und der Erfahrung von langjährig tätigen Frauenbeauftragten, die übereinkommend zu der Vergabe der Punktzahlen gekommen sind. Man kann sicher darüber streiten, welche Faktoren für die Herstellung von Chancengleichheit am wichtigsten sind. Wir sind gerne bereit, die Diskussion darüber aufzunehmen!

Die vorliegende Umfrage wurde in der Trägerschaft des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.) durchgeführt und von mehreren Seiten finanziell unterstützt. Wir danken der Edith- Grünheit- Stiftung des Deutschen Ärztinnenbundes, dem Marburger Bund, und besonders den Frauenbeauftragten und/oder den Universitäten von Leipzig, Berlin, Hannover, Hamburg, Göttingen, Münster, Essen und Aachen für ihre Unterstützung.

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Dipl. Psych. Karen Ludwig

September 2007

1. Befragung

1.1. Fragebogen und Durchführung

Im Winter 2001/2002 wurde aufgrund eines Beschlusses, der auf der 8. Jahrestagung der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen 2001 in Hannover gefasst wurde, eine Befragung zur Bestandsaufnahme hinsichtlich der Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern an medizinischen Fakultäten durchgeführt. Schon bei der Durchführung der Umfrage wurden die Fortschreibung dieser Fragebogenaktion und die erneute Befragung geplant. Die Ergebnisse 2005 (Stichtag 31.12.05) können vor dem Hintergrund der Daten aus dieser ersten Befragung reflektiert und das Gelingen der Umsetzung der Gleichstellung von Frauen und Männern interpretiert werden.
Um diesen Vergleich realisieren zu können, blieben die Themen der ersten Befragung erhalten: Personalstruktur, Frauen - und Gleichstellungsbeauftragte, Akademische Selbstverwaltung, Forschung, Studium und Lehre, Schwangerschaft und Elternzeit sowie Familienfreundlichkeit. Mit den zurückliegenden Erfahrungen sind die Fragen teilweise konkreter formuliert und überarbeitet worden.
Im November 2006 wurden die Fragebögen an die Dekanate von 35 Medizinischen Fakultäten verschickt. Anschreiben (im Wortlaut) und Fragebogen sind dem Anhang zu entnehmen.

1.2. Rücklauf

Eine Woche nach Verschickung der Anfrage am 15.11.2006 wurden die Dekanate telefonisch kontaktiert, um sicherzustellen, dass die Fragebögen zur Bearbeitung an den entsprechenden Stellen angekommen waren. Auf Wunsch erhielten die Dekanate diese zusätzlich in elektronischer Form, weil dadurch die Beantwortung zum Teil eher gewährleistet war.
Fragebogen und Anschreiben wurden wie bei der ersten Umfrage bewusst zunächst an die Dekanate und nicht an die Frauen - und Gleichstellungsbeauftragten gesandt, da die Frauenförderung Aufgabe der gesamten Medizinischen Fakultät bzw. der Hochschule ist und damit den Dekanen obliegt. Erst nach einer Ablehnung durch die Dekanate oder einer verzögerten Bearbeitung erhielten die jeweiligen Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragten noch einmal direkt den Fragebogen und die Information, dass der Fragebogen in den Dekanaten vorliegt.
Die Daten wurden dann jedoch zum überwiegenden Teil von den Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragten zusammengetragen: offensichtlich schätzen die Dekane deren Kompetenz und Sachkenntnis und delegierten die Bearbeitung des Bogens.

Bis zum Ablauf der angegebenen Frist Mitte Dezember gingen die Fragebögen der Universitäten München, Mainz, Jena und Regensburg per Post bzw. auf dem elektronischen Weg ein. Das heißt 4 der 35 angeschriebenen Einrichtungen (11%) antworteten innerhalb der erbetenen Zeit.
Ab Januar 2007 wurden die Universitäten erneut schriftlich bzw. telefonisch kontaktiert. Der Rücklauf verlief schleppend und bedurfte teilweise mehrfacher Erinnerungen. Durchschnittlich dauerte es 9 Wochen bis der Fragebogen beantwortet wurde. Der Eingang ist in **Abb. 1** dargestellt.

Bis Mitte Mai haben insgesamt 29 von 35 Universitäten geantwortet, damit wurden **83% der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen in Deutschland** erfasst. Die Reihenfolge des Eingangs ist in Tab. 7 des Anhangs dargestellt - hier sind ebenso die Universitäten erkennbar, die den Fragebogen nicht beantwortet haben.

Bei Durchsicht der Tabelle fällt auf, dass die medizinischen Fakultäten der Universitäten Würzburg, Freiburg und der TU München sich trotz wiederholter Bitte abermals nicht an der Umfrage beteiligten.

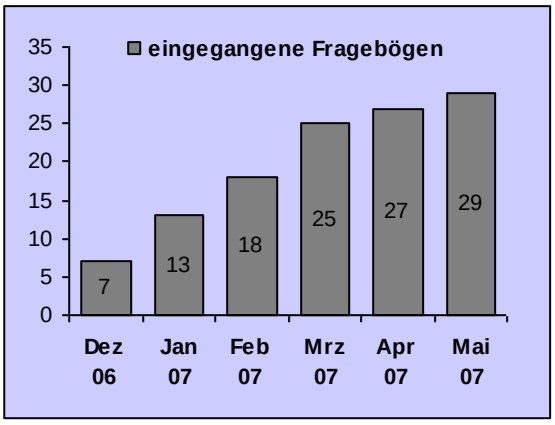


Abb. 1: Kumulative Darstellung des Eingangs der Fragebögen

1.3. Methodik

Der validierte Fragebogen[1] der ersten Befragung aus dem Jahr 2001 wurde im Oktober 2006 zunächst an die Frauen - und Gleichstellungsbeauftragten geschickt mit der Bitte um Rückmeldung und eventuelle Verbesserungsvorschläge. Die eingehenden Hinweise wurden diskutiert und ergänzend in den Fragebogen für die geplante Umfrage mit aufgenommen.
Die Datenerfassung und - auswertung erfolgte entsprechend der Regeln des **wissenschaftlichen Datenmanagements**. Die Fragebögen sind sofort nach Erhalt auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft worden. Fehlende oder unplausible Daten wurden entweder telefonisch oder per Email nacherhoben.

Wie schon bei der ersten Befragung bestand das Problem der unterschiedlichen Rechtsformen von Universitätskliniken und Medizinischen Fakultäten, wobei in den vergangenen Jahren noch weitere Trennungen und der Übergang der Universitätskliniken in (freie) Trägerschaften stattfanden. Es wurde versucht, getrennte Daten für die Auswertung zusammenzufügen: einerseits, um ein Gesamtbild von der „medizinischen Einrichtung" zu bekommen, andererseits aber auch, um den direkten Vergleich mit den Ergebnissen der ersten Befragung 2001 zu ermöglichen. Wenn keine Zusammenführung möglich war, die Daten z.B. nur vom Uniklinikum oder nur von der Medizinischen Fakultät vorliegen, wird dies gesondert erwähnt.

Die Daten wurden vorwiegend über deskriptiv - statistische Verfahren ausgewertet mittels SPSS für Windows (Version 14). Für den Vergleich der Daten 2001 und 2005 kamen nichtparametrische Verfahren (z.B. Wilcoxon t-Test, Binomial Test) zur Anwendung, um eventuelle signifikante Veränderungen festzustellen.
In der aktuellen Umfrage wurden im Gegensatz zur Umfrage 2001 absolute Zahlen erfasst, welche die Grundlage für die Berechnung der Frauenanteile in Prozent darstellten.
Damit ist gewährleistet, dass einerseits ein Gesamtbild für Deutschland aufgezeigt werden kann, andererseits können Medianwerte der einzelnen Fakultäten berechnet werden, die den Vergleich mit der ersten Umfrage ermöglichen.

Im Kapitel 2 sind die Ergebnisse in der Form dargestellt, dass Aussagen zum Gesamtbild getroffen werden können. In Kapitel 4 erfolgt ein Vergleich zwischen der aktuellen Umfrage und der Befragung 2001. Hier wurden für die betreffenden Teilbereiche die Mediane der Prozentangaben der einzelnen Fakultäten zu Grunde gelegt. Das heißt, es wird jeweils der Wert angegeben, der im Durchschnitt am wenigsten von den übrigen Werten abweicht.

Eine **detaillierte Übersicht in tabellarischer Form** im Anhang ermöglicht zusätzlich den direkten Vergleich der Universitäten.

[1] Unser besonderer Dank gilt Frau Katja Hermann, wissenschaftliche Mitarbeiterin Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung.

2. Ergebnisse

2.1. Frauenanteil in der Personalstruktur

86.833 der insgesamt 125.220 in der Befragung erfassten Beschäftigten an medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika sind Frauen. Somit wird das Arbeitsaufkommen in diesen Einrichtungen zu 69% von Frauen getragen.
Der überwiegende Teil dieser Frauen ist in nichtwissenschaftlichen Bereichen beschäftigt, 13% der Frauen arbeitet im wissenschaftlichen Bereich. Das Verhältnis Frauen/Männer beträgt hier etwa 1:2 (Frauenanteil 37%).
Dabei ist zu berücksichtigen, dass besonders zu Beginn des wissenschaftlichen Qualifizierungsprozesses Einstellungen vorrangig auf Grundlage befristeter Verträge erfolgen. In der aktuellen Umfrage stehen insgesamt 19368 befristete Arbeitsverhältnisse 7599 unbefristeten gegenüber, wobei geringfügig mehr Frauen als Männer auf befristeten Stellen arbeiten.

Im Studium der Humanmedizin sind Studentinnen zu 60%, im zahnmedizinischen Studium zu 57% vertreten.

Trotz des hohen Anteils an Studentinnen fällt auf, dass der Frauenanteil im weiteren Verlauf des Qualifizierungsprozesses kontinuierlich abnimmt.
So beträgt dieser zu Beginn der medizinischen Laufbahn, d.h. bei Assistentinnen noch 40%, bei Fachärztinnen 32%, bei Oberärztinnen 24%. Er fällt ab bei den C3 bzw. C4 Professuren auf 8% bzw. 5% , beträgt bei den Juniorprofessuren 32% und bei den W2/W3 Professuren 8% und 13%. Insgesamt sind **7,6%** aller **Professorenstellen** (C3/W2, C4/W3, Juniorprofessuren) in den medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland von Frauen besetzt.
In **Tab. 1** sind die Anzahl der Frauen und Männer in den einzelnen Qualifizierungsstufen nachzulesen sowie der Frauenanteil in Prozent.
Hierbei muss darauf hingewiesen werden, dass besonders die Daten zur Personalstruktur schwierig zu ermitteln waren, aufgrund der sich teilweise noch im Prozess befindenden Trennungen von Klinikum und Fakultät. Nicht jede Einrichtung konnte Angaben zu den Stellen machen, so dass den Berechnungen die jeweils angegebene Stichprobengröße (n) zu Grunde liegt.

	Frauen	Männer	Frauen-anteil%
WiMi/ Assistenzärzte/ innen (n = 21)	7865	11647	40
Fachärzte/ innen (n = 17)	1898	4044	32
Oberärzte/ innen (n = 13)	362	1151	24
C1/C2 Stellen (n = 21)	410	913	31
C3 Professuren (n = 25)	80	914	8
C4 Professuren (n = 25)	56	1005	5
Junior-professuren (n = 24)	22	47	32
W2 Stellen (n = 24)	6	74	7,5
W3 Stellen (n = 23)	9	61	13
Außerplanm. Professuren (n = 19)	113	1082	9,5
Außertarifl. Verträge mit Chefärzten/ innen (n = 17)	8	105	7

Tab. 1: Vergleich der Anzahl von Frauen und Männern sowie der Frauenanteile in % bei verschiedenen wissenschaftlichen Qualifikationsstufen, Daten von n = 13 - 25 medizinischen Fakultäten in Deutschland

2.2. Frauenförder - bzw. Gender Action Pläne und Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte

Ein Frauenförderplan (oder auch Aktionsplan für Chancengleichheit = Gender Action Plan) stellt ein wichtiges Instrument zur Herstellung von Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern dar und sollte entsprechend der Empfehlungen der Länder[2] in jeder medizinischen Fakultät vorliegen.

20 von 29 Fakultäten (69%) gaben an, einen eigenen **Frauenförderplan** verabschiedet zu haben. 3 Einrichtungen nutzen den Plan der Gesamtuniversität bzw. der Stadt.
Die Pläne der Fakultäten werden überwiegend von den Gleichstellungsbeauftragten in Zusammenarbeit zum Beispiel mit Wissenschaftler/innen, den Personalabteilungen, Gleichstellungskommissionen oder dem Dekanat erstellt (65%). 3 Beauftragte (15%) sind allein verantwortlich für die Erstellung der Pläne. In 4 Einrichtungen (20%) übernehmen die Dekanate/Vorstände bzw. der Fakultätsrat die Verantwortung für den Frauenförder - bzw. Gender Action Plan.
15 der 20 Fakultäten geben an, konkrete Zielvorgaben in den Plänen zu formulieren, die überwiegend teilweise erfüllt werden. Positive oder negative Sanktionen sind in keinem der Pläne enthalten.

An einer Fixierung von Gender Mainstreaming in den Leitlinien der Hochschule oder anderen Grundordnungen ist unter anderem ersichtlich, ob eine konsequente **Gleichstellungspolitik** an den Universitäten verfolgt wird. So geben 13 der 29 Universitäten Gender Mainstreaming als einen grundsätzlichen Bereich in ihren Hochschulleitlinien an.

Wie schon beschrieben, haben die **Frauen - und Gleichstellungsbeauftragten** der Fakultäten einen wichtigen Anteil an der Erstellung der Förderpläne und sollten bei der Durchsetzung dieser eine entscheidende Rolle spielen. Oft beschäftigt die Universität eine hauptamtliche Beauftragte, die sich auch um die Belange der einzelnen Fakultäten kümmert - eine Regelung die den besonderen Arbeitsverhältnissen der medizinischen Fakultäten (z.B. Krankenversorgung, Nacht- und Schichtdienste) nicht gerecht wird.

So arbeiten in 13 der 29 Fakultäten/ Universitätsklinika hauptberufliche Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte direkt in der Fakultät. Nebenamtlich tätige Beauftragte wurden in 24 Fakultäten erfasst. Viele der Frauen üben dieses Amt ohne Freistellung aus (42%), die meisten sind zu 50% oder weniger freigestellt (54%).

Alle Universitätsklinika haben jedoch mittlerweile entweder eine haupt - und/oder nebenamtlich tätige Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte **(Abb. 2)**, die in 69% der Fälle auf eine Urlaubs oder Krankheitsvertretung zurückgreifen kann.

[2] Beispiel Land Berlin: Berliner Universitätsgesetz § 1

Im Durchschnitt ist eine Frauenbeauftragte für etwa 2300 Beschäftigte bzw. für 1600 Frauen zuständig.

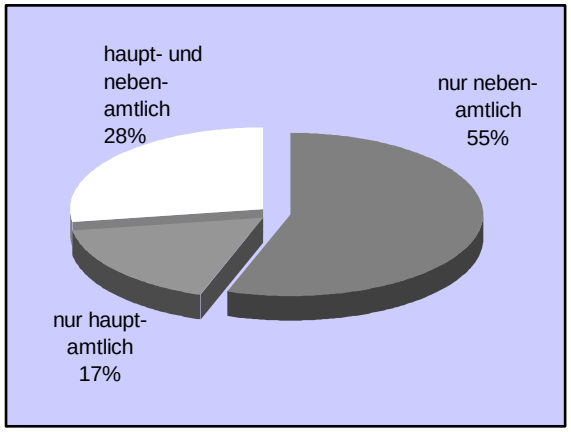


Abb. 2 : Frauen - bzw. Gleichstellungs-beauftragte an n = 29 medizinischen Fakultäten in Deutschland, Status 2005

Grundlage für die Arbeit als Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte ist eine ausreichende **personelle und materielle Ausstattung**.
12 Beauftragte erhalten Unterstützung durch eine/n wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in und/oder eine/n nicht-wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in und/oder eine studentische Hilfskraft.
Die genaue Wochenarbeitszeit dieser Mitarbeiter/innen ist im Anhang (Tab. 20) dargestellt. Demzufolge erhalten 41% der Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragten Unterstützung durch eine/n oder zwei Mitarbeiter/innen.
In einem eigenen Büro mit moderner Ausstattung arbeiten zum Zeitpunkt der zweiten Umfrage 13 Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte. Einen eigenen, unabhängigen Etat gaben 6 der 29 Fakultäten/Klinika (21%) an.

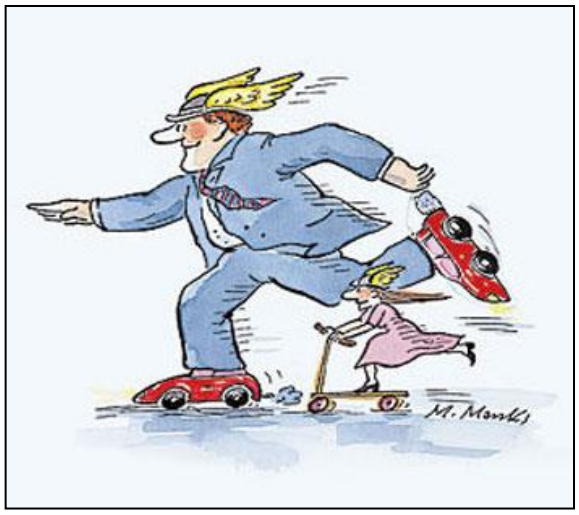
2.3. Frauen in der Akademischen Selbstverwaltung

In den letzten 3 Wahlperioden wurde in einer von 29 Universitäten eine Frau zur **Dekanin** gewählt und in 7 Einrichtungen entweder eine oder zwei Frauen zu **Prodekaninnen.**
Somit übte in 24% der erfassten Einrichtungen eine Frau das Amt der Prodekanin aus, vorwiegend in der Lehre.
Auffallend gering ist der Frauenanteil in den verschiedenen **Kommissionen** der medizinischen Fakultäten. So sind an 28 Universitäten insgesamt 35 Professorinnen im Gegensatz zu 439 Professoren in den Fachbereichs-/Fakultätsräten bzw. im Konvent vertreten. **Das entspricht einem Frauenanteil von 7%.**
Der Frauenanteil sowie die Anzahl von Frauen und Männern in den einzelnen Kommissionen der Fakultäten sind in **Tab. 2** dargestellt.

	Frauen	Männer	Frauen-anteil %
Fachbereichsrat/ Fakultätsrat/Konvent (n = 28)	35	439	7
Ständige Habilitations-kommission (n = 21)	24	192	11
Forschungs-kommission/ Forschungsausschuss (n = 25)	41	279	13
Ethikkommission (n = 26)	66	272	20
Studien-/Ausbildungs-kommission - inklusive Studentinnen (n = 25)	99	316	24

Tab. 2. Vergleich der Anzahl von Frauen und Männern sowie der Frauenanteile in % in den einzelnen Kommissionen, Daten von n = 21 - 28 medizinischen Fakultäten in Deutschland (wechselnde Größe für n, da die Kommissionen nicht in der gleichen Form in jeder Einrichtung vorhanden sind

Hier muss beachtet werden, dass die Kommissionen nicht in der gleichen Form in jeder Fakultät vorhanden sind. So ersetzen beispielsweise **ad hoc Kommissionen** zunehmend die ständigen Habilitationskommissionen.
Die Frage nach einem festgeschriebenen Frauenanteil in diesen Kommissionen beantworteten 5 Einrichtungen mit „Ja".



19 von 29 Universitäten geben einen festgeschriebenen Anteil an stimmberechtigten Frauen in **Berufungskommissionen** an.

Ein erschwerender Faktor für Wissenschaftler/innen mit familiären Verpflichtungen ist oft die Anwesenheit bei späten oder abendlichen Kommissionssitzungen. Um die Teilnahme an den Sitzungen der oben genannten Kommissionen zu gewährleisten, wäre eine **Kostenerstattung** für die zusätzliche Kinderbetreuung in dieser Zeit denkbar.
Diese Möglichkeit der Unterstützung ihrer Kommissionsmitglieder nutzt keine der angeschriebenen Fakultäten.

Im Rahmen von Einstellungsverfahren sollte die Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte bereits zum Zeitpunkt der **Stellenausschreibung** beteiligt sein. Dieses ist bei 80% der 29 Universitäten gegeben. In 5 Einrichtungen wird die Beauftragte erst zur Sichtung der Bewerbungsunterlagen hinzugezogen.

In den Jahren 2000-2005 ist die berufende Instanz in **Berufungsverfahren** 4 mal zugunsten einer Frau von der Berufungsliste abgewichen.

2.4. Frauenanteil und Frauenförderung in der Forschung

Der Frauenanteil bei internen Anträgen auf **Forschungsförderung** außerhalb spezieller Frauenförderprogramme liegt bei 26% (Median) mit einer durchschnittlichen Mittelzuwendung von 23,8%. (Die Angaben zu diesen Fragen unterliegen einer starken Schwankungsbreite, da der Bewilligungszeitraum von den Einrichtungen unterschiedlich weit gefasst wurde, deshalb werden die Daten als Medianwerte angegeben.)
Bei der ersten Stufe der wissenschaftlichen Qualifikation, der **Promotion** betrug in den Jahren 2001 - 2005 der Frauenanteil 49%, bei der **Habilitation** 17% **(Tab. 3)**. Diese sind verteilt in den Fächern Innere Medizin (13%), Chirurgie (8%), Gynäkologie/Geburtsmedizin (28%), Neurologie/Psychiatrie (15%), Pädiatrie (20%) und anderen Fächern (20%).

	Frauen	Männer	Frauen-anteil %
Promotionen 2001 - 2005 (n = 27)	14097	14888	49
Habilitationen 2001 - 2005 (n = 27)	534	2607	17

Tab. 3: Vergleich der Anzahl von Frauen und Männern und der Frauenanteile in % bei Promotionen und Habilitationen 2005, Daten von n = 27 medizinischen Fakultäten in Deutschland

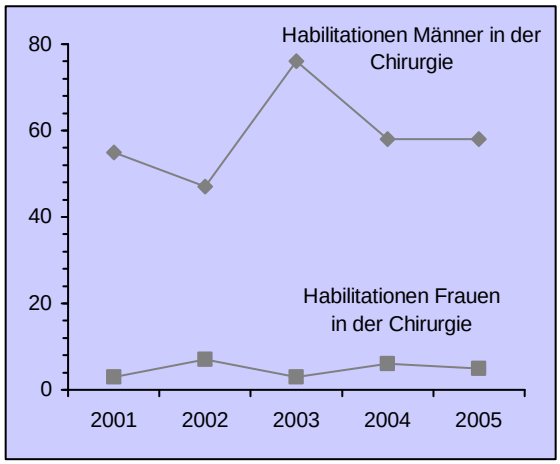


Abb. 3: Absolute Zahlen der Habilitationen von Frauen und Männern im Fach Chirurgie 2001 - 2005, n = 25 Fakultäten

Spezielle Programme zur Förderung der Nachwuchswissenschaftlerinnen werden selten an den Fakultäten angeboten. Nur 4 (14%) Fakultäten/Universitätsklinika bieten **Promotionsstipendien**, 9 (31%) **Habilitationsstipendien** und 5 (17%) **Freistellungen** von der klinischen Tätigkeit an. Andere Anreize zur Habilitation gibt es in 7 (24%) Einrichtungen **(Abb. 4)**.

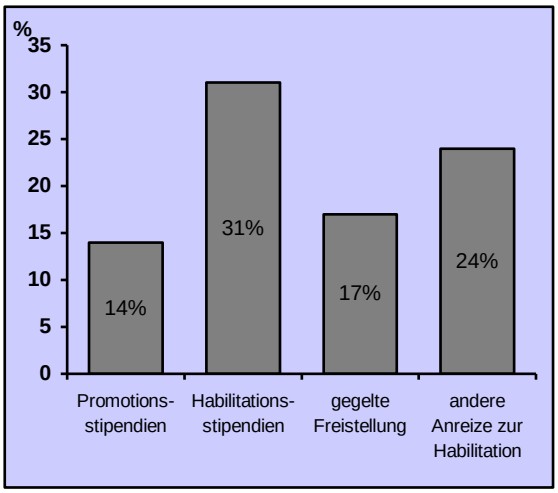


Abb. 4: Spezielle Förderprogramme aus eigenen universitären Mitteln, n = 29 medizinische Fakultäten

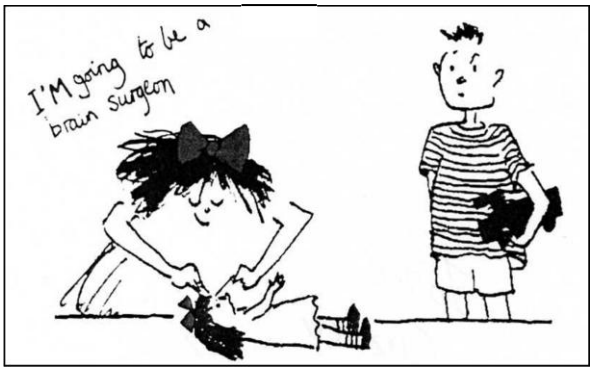
Ein Zeichen für die Umsetzung von Gender Mainstreaming und Frauenförderplänen ist z.B. die Einladung von Bewerberinnen im Zuge von W2/W3 Ausschreibungen. 8 der Dekanate geben an, dass (gegebenenfalls nach Absprache mit der Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragten) jede Frau eingeladen wird, welche die formalen Kriterien erfüllt. 7 Einrichtungen beziehen alle Bewerberinnen in die Begutachtung für W2/W3 Stellen ein.

2.5. Studium und Lehre

Neben der Verteilung von Studienplätzen durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) haben die Universitäten zunehmend die Möglichkeit, Studienplätze im Rahmen eines **hochschuleigenen Auswahlverfahrens** zu vergeben. In den Satzungen müssen daher entsprechend Auswahlkriterien festgelegt werden und durch eine Auswahlkommission zur Anwendung kommen.
So geben 86% der Fakultäten an, über die Möglichkeit einer hochschuleigenen Auswahl von Studierenden zu verfügen. Dazu schriftlich festgelegte Kriterien sind die Abiturnote (86%), gewichtete Einzelnoten (10%), fachspezifische Studierfähigkeiten (10%), Berufsausbildung/-tätigkeit (35%), Auswahlgespräche (28%) und andere (35%) wie Ortspräferenz, Motivationsschreiben oder soziales Engagement (s. Tab. 34 im Anhang).

Die Sicherstellung von Chancengleichheit ist vor allem im Rahmen von **Auswahlgesprächen** zu beachten, die im Median bei 48% (n = 8 Fakultäten) der Studienanfänger zur Anwendung kommen.

Hier liegt im WS 06/07 der Anteil der angenommenen Bewerberinnen deutlich höher als der Anteil der angenommenen Bewerber (etwa 2:1).



Allerdings fällt auch hier wieder ein äußerst geringer Frauenanteil in den **Auswahlkommissionen** auf. Hier sind Frauen zu 15% vertreten. Auch die Frauenbeauftragte bzw. eine Vertretung hat nur in 4 von 8 Fällen das Recht, an den Auswahlgesprächen teilzunehmen. In den restlichen Fällen wird jedoch die Chancengleichheit durch andere Verfahren sichergestellt.

2.5.1. „Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt" als Thema in Lehre und Weiterbildung

Eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Lebenssituation von Frauen in Deutschland weist darauf hin, dass bereits jede vierte Frau in Deutschland körperliche oder sexuelle Gewalt durch eine/n Beziehungspartner/in erlebt hat[3].
Fast jede Frau, die von ihrem Mann oder Partner misshandelt wird, sucht früher oder später eine Einrichtung des Gesundheitswesens auf. Eine Sensibilisierung der Helfenden ist daher im Kontext sozialpolitischer Verantwortung für alle humanmedizinischen Berufe notwendig.

Das Modellprojekte S.I.G.N.A.L.[4] der Charité Berlin (seit 1999) zeigt beispielhaft, wie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Umgang mit Betroffenen geschult werden können.

Lehr - und Fortbildungspläne sollten daher diese Aspekte beinhalten und zur Diskussion und Aufmerksamkeit anregen.
48% der befragten Fakultäten gaben an, diesen Gesichtspunkt in der humanmedizinischen Lehre an die Studierenden weiterzugeben.
Im zahnmedizinischen Studium, welches 24 der 29 Universitätsklinika anbieten, wird dieser Aspekt in nur 4 Einrichtungen angesprochen.
Abb. 5 zeigt, dass ebenso bei den an die Fakultät angeschlossenen Lehreinrichtungen z.B. für Pflegeberufe bzw. in der Fort - und Weiterbildung der Beschäftigten Handlungsbedarf besteht.

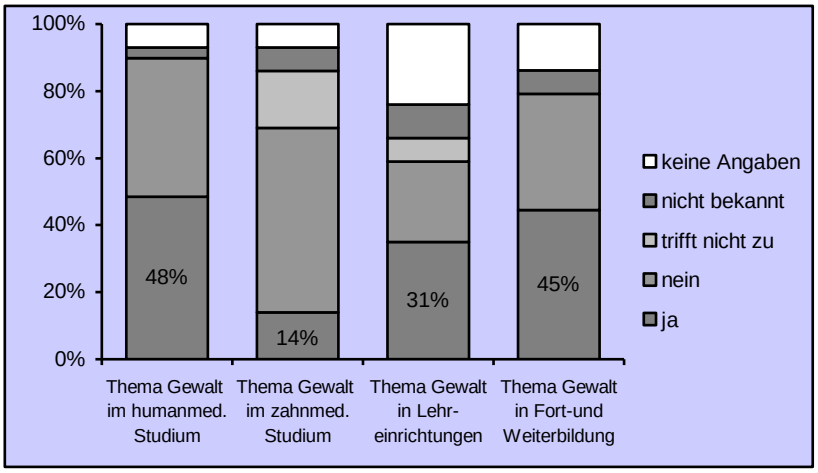


Abb. 5: Systematische Einbeziehung des Themas „Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt" in die Lehr- und Weiterbildungspläne von n = 29 medizinischen Fakultäten/ Universitätsklinika

2.5.2. „Gendermedizin"

Eine Sensibilisierung für **geschlechtsspezifische Aspekte von Krankheiten** ist unersetzlich für den Arztberuf und muss vor allem in den Hauptstudienfächern Innere Medizin, Chirurgie, Pharmakologie und Psychiatrie durch entsprechende Gestaltung der Lehrpläne systematisch erfolgen.
55% der Fakultäten geben an, dass in der vorklinischen oder klinischen Lehre im Fach Innere Medizin geschlechtsspezifische Unterschiede in den Lehrplan einbezogen werden. Hier kommen die Aspekte besonders in der psychosomatischen Medizin (37% der Einrichtungen), der Kardiologie (31% der Einrichtungen), der Onkologie (24% der

[3] Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Verfügbar unter www.bmfsfj.de (Gleichstellung → Publikationen)
[4] Quelle: UKBF - Charite Berlin (1999). Modellprojekt zur Intervention bei Gewalt gegen Frauen – S.I.G.N.A.L. Verfügbar unter www.signal-intervention.de

Einrichtungen) und anderen Fächern der Inneren Medizin wie Naturheilverfahren, Geriatrie, Endokrinologie (14% der Einrichtungen) zum Tragen.
Im Rahmen des Faches Pharmakologie geben (41%) der Einrichtungen an, auf Geschlechterdifferenzen hinzuweisen, im Fach Psychiatrie 45% und im Fach Chirurgie (24%).
Etwa die Hälfte der Fakultäten (48%) gibt Fächer an, in denen die Aspekte außerhalb der Hauptfächer angesprochen werden.
Dazu zählen zum Beispiel: Anatomie, medizinische Psychologie/Soziologie, Zahnmedizin, Rechtsmedizin, Urologie.
Die Universität Lübeck bietet fachübergreifend den Kurs „Gender in der Medizin" an. In der Charité Berlin werden im „Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin" Forschung und Lehre zum Thema Gender durchgeführt.
Einige Einrichtungen bemerkten, dass Genderaspekte bei den jeweils typischen Krankheitsbildern angesprochen werden, jedoch nicht systematisch in den Unterricht einfließen.

2.6. Schwangerschaft und Elternzeit

Im Mutterschutz und Bundes-erziehungsgesetz (MuSchG und BerzGG) sind die beruflichen Belange von Schwangeren und Eltern festgeschrieben. 72% der Dekanate gaben an, dass die **Umsetzung von Schwangeren auf geeignete Arbeitsplätze** in der Praxis ausreichend geregelt ist. Über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehende Maßnahmen wie beispielsweise die Bereitstellung von **Vertretungsmitteln in der Zeit des Mutterschutzes** stellen jedoch nur 11 von 29 Einrichtungen bereit **(Abb. 6)**.

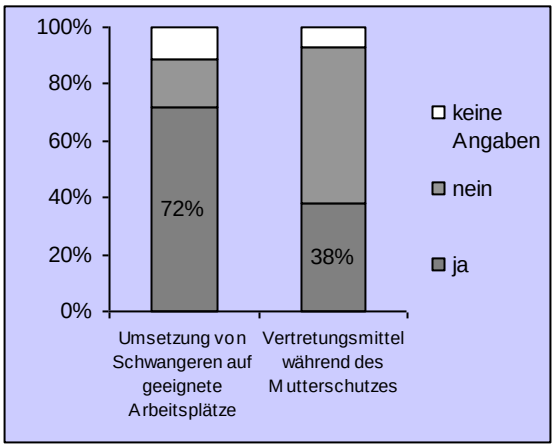


Abb. 6: Fakultätsinterne Regelungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz von Arbeitnehmerinnen an n = 29 medizinischen Fakultäten in Deutschland

Die Möglichkeit den **Kontakt** zu den Beschäftigten während der Elternzeit zu halten und diesen somit den Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erleichtern nutzen 55% der Fakultäten bzw. Universitätsklinika. **Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen** erhalten nur die Eltern von 48% der Fakultäten/Klinika in der Zeit ihrer Abwesenheit. 13 der Dekanate verneinen die Möglichkeit der **Übernahme von Vertretungen** z.B. im Urlaubs - oder Krankheitsfall während der Elternzeit ebenso wie das Vorhandensein von **Konzepten zur Teilzeitarbeit** (41%).
Bei allen Fragen dieses Kapitels ist anzumerken, dass ein Institut oder eine Klinik im Einzelfall sicherlich Kontakt mit der/dem Mitarbeiter/in hält oder ihr/ihm eine entsprechende Teilzeitstelle anbietet. Dieses sind jedoch individuelle Regelungen und abhängig vom Engagement des/der Abteilungsleiters/in.

Ein praktisches Signal zur Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von familiären Aufgaben und Beruf bzw. Studium ist das Vorhandensein von **Still - und Wickelmöglichkeiten**. Diese relativ leicht einzuführende Maßnahme können 17% der Fakultäten für Mitarbeiterinnen und 35% für Besucherinnen vorweisen **(Abb. 7)**.

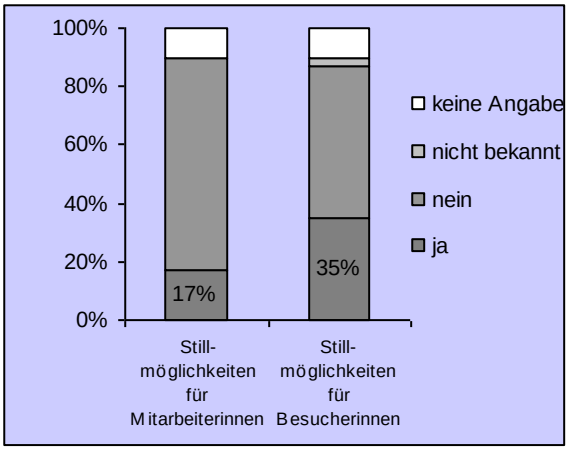


Abb. 7: Still- und Wickelmöglichkeiten für Mitarbeiterinnen und Besucherinnen in n = 29 medizinischen Fakultäten bzw. Universitätskliniken in Deutschland

Der Anteil der Studierenden mit Kind(ern) an den Hochschulen in Deutschland liegt bei ungefähr 7 %[5]. Schwangerschaft und Elternzeit während des Studiums kann für die Studierenden zu vielfältigen Problemen führen. Studium, Kindererziehung, Haushalt und eine eventuelle Erwerbstätigkeit unter einen Hut zu bekommen, erfordert einen großen Zeit - und Kraftaufwand - dieses Thema wird an den meisten medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika weiterhin vernachlässigt.
Die Frage, ob in der Studienordnung spezielle Regelungen diesbezüglich vorhanden sind, wird auf dem Hintergrund der Approbations-ordnung größtenteils mit „nein" beantwortet.
Viele Fakultäten/Universitätsklinika merkten jedoch an, dass es oft individuelle Regelungen gibt, die auf Anfrage der Studierenden als Einzelfallentscheidungen getroffen werden.
So geben 18 Einrichtungen an, dass Studierende im Fall von Schwangerschaft/ Elternzeit **Seminare oder Kurse** austauschen oder nachholen können.
Ebenso gestaltet sich die Situation beim Verschieben von **Prüfungen**, die entweder durch eine entsprechende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder individuelle Absprachen mit dem Instituts - bzw. Klinikleiter oder - bei Staatsexamina - mit dem zuständigen Landesprüfungsamt geregelt werden (möglich in 17 Einrichtungen).
Schwieriger gestaltet sich die Situation im **praktischen Jahr**, da hier eine ganztägige Anwesenheit vorgesehen ist.
69% der Dekanate gaben an, dass eine Unterbrechung des praktischen Jahres bei Schwangerschaft und Elternzeit vorgesehen ist; in 51% der Einrichtungen ist die Absolvierung des Jahres in Teilzeit möglich **(Abb. 8)**.

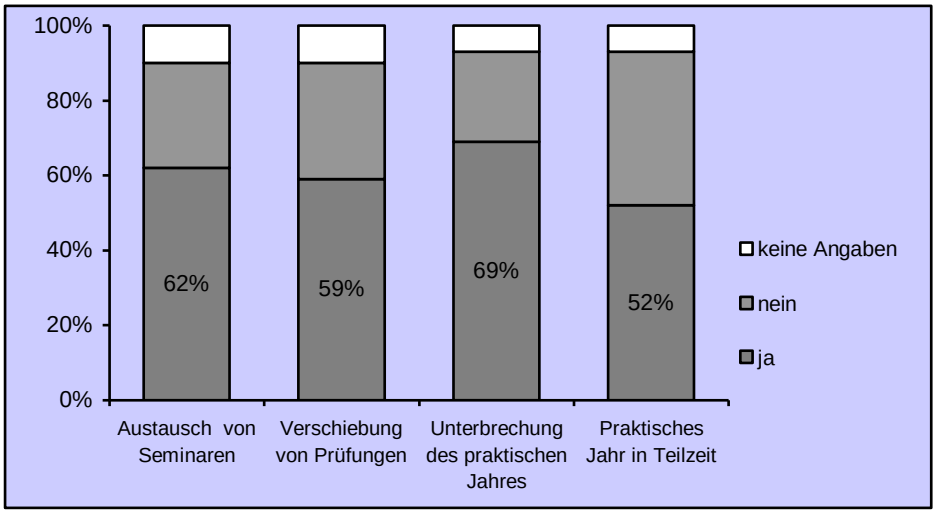


Abb. 8: Flexibilität während des Studiums bei Eintreten von Mutterschutz und Elternzeit, n = 29 medizinische Fakultäten in Deutschland

2.7. Familienfreundlichkeit

Von den 29 Universitäten haben 20 eine **eigene Kindertagesstätte**. 90% dieser Kindereinrichtungen bieten eine Kinderbetreuung für Kinder unter 3 Jahren (Krippe) an, 86% betreuen Kinder

[5] Quelle: Deutsches Studentenwerk (2004). 17. Sozialerhebung. Verfügbar unter www.Sozialerhebung.de

zwischen 3 und 6 Jahren (Kindergarten) und 48% haben eine Betreuungsmöglichkeit für über 6-jährige (Hort).

Die Plätze stehen vorwiegend dem ärztlichen - und Pflegepersonal und dem Medizinisch - Technischem Personal bzw. dem Verwaltungspersonal zur Verfügung. 60% bieten auch Studenten/innen eine **Unterbringungsmöglichkeit** für ihre Kinder an.

Ähnlich dem Klinikum Mannheim, welches zu 100% die kommunale Kindertagesstätte nutzt, haben 13 weitere Klinika Vereinbarungen mit Kommunen bzw. externen Trägern (z.B. Vermittlungsservices). Diese bieten ebenfalls Krippenplätze (69%), Kindergartenplätze (85%) sowie Hortplätze (39%) an, so dass auch hier eine Betreuungsmöglichkeit besteht.
5 Universitätsklinika, welche über keine eigene Kita verfügen, stellen im Rahmen dieser Vereinbarungen ebenfalls eine Betreuung der Kinder ihrer Beschäftigten und Studenten sicher, so dass insgesamt 86% der angeschriebenen 29 Klinika eine Betreuungsmöglichkeit in der einen oder anderen Form anbieten **(Abb. 9)**.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Regel nicht genügend Kitaplätze vorhanden sind bzw. dass es **mehr Anmeldungen als Plätze** gibt (Angabe von 66% der Einrichtungen). Daher planen 8 der Einrichtungen einen **Ausbau des Betreuungsangebotes**. Auch 7 der 9 Universitäten, welche nicht über eine eigene Kindereinrichtung verfügen, berichten über ihr Vorhaben, eine entsprechende Einrichtung zur Verfügung zu stellen.

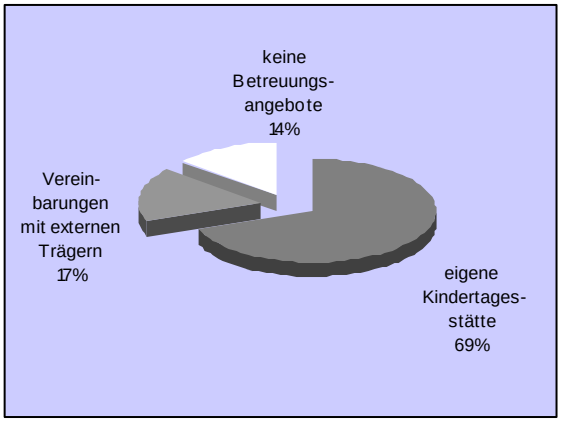


Abb. 9: Betreuungsangebote von n = 29 medizinischen Fakultäten in Deutschland

So sind an den Universitäten Leipzig und Greifswald die Planungen soweit fortgeschritten, dass bereits 2007 bzw. Anfang 2008 eine eigene Kita für alle Personengruppen zur Verfügung stehen wird.

Auf die unregelmäßigen und häufig ungewöhnlichen Arbeitszeiten des Personals eines Klinikums sollte die Kindereinrichtung mit **flexiblen Öffnungszeiten** reagieren können. 90% der Einrichtungen öffnen daher vor/um 7.00 Uhr, die Hälfte schließt jedoch bereits vor oder um 17.00 Uhr. Eine regelmäßige bzw. 14tägige **Wochenendbetreuung** bieten 4 Kitas **(Abb. 10)**.

Eine stundenweise Betreuung wird an 11 Einrichtungen für Studierende und an 8 Einrichtungen für Beschäftigte gewährleistet. Außerhalb dieser Angebote bestehen leider kaum Betreuungsmöglichkeiten. Bei **Spätvorlesungen, Notdiensten oder bei Veranstaltungen** sehen 14 Einrichtungen eine Unterbringung der Kinder vor. Bei größeren **wissenschaftlichen Veranstaltungen** bieten 5 von 25 Universitäten eine Kinderbetreuung an.

3. Rangbildung

3.1. Methodik der Rangbildung

Die Rangbildung erfolgte zur besseren Vergleichbarkeit der Universitäten entsprechend der Methodik der ersten Umfrage 2001. Der möglichen Beantwortung der einzelnen Fragen wurden wiederum Punktwerte zugeordnet. Diese Punktwertskala ist entstanden aufgrund der Erfahrungen der Frauenbeauftragten der Kommission Klinika , die sehr genau einschätzen können, welche Faktoren zur Herstellung von Chancengleichheit besonders wichtig sind. Die Zuordnung der Punkte ist im Kapitel 5.2. nachzuvollziehen.
Für einige Angaben wurden Tertile gebildet, das heißt die Verteilung der Daten wird gedrittelt. Das Vorgehen findet besonders dann Anwendung, wenn man davon ausgehen muss, dass die Daten nicht normalverteilt sind. Jedes Drittel erhält einen Punktwert, so dass die Angaben der Universitäten dementsprechend bewertet werden können.
Diejenigen Fragen, zu denen zu wenige Angaben vorliegen oder welche sich in der Diskussion als unzureichend valide auswertbar erwiesen, wurden ausgeschlossen.
Insgesamt liegen **242 einzelne Punktwerte** vor. Der Gesamtpunktwert ergibt sich aus der Addition der Einzelpunktwerte.
Zusätzlich wurden Subskalen entsprechend der Themenkomplexe (Personalstruktur, Frauen - und Gleichstellungsbeauftragte, Akademische Selbstverwaltung, Forschung/ Lehre, Schwangerschaft/ Elternzeit und Familienfreundlichkeit) gebildet, was eine differenziertere Betrachtung erlaubt. Die Ergebnisse dieser Subskalen berechnen sich ebenso aus der Addition der Einzelpunktwerte des jeweiligen Bereiches.

3.2. Ergebnisse der Rangbildung

Bei der Gesamtwertung liegt die Universitätsmedizin Göttingen der Georg August Universität mit 163 von 242 möglichen Punkten auf dem ersten Rang. Der hohe Vorsprung resultiert aus kontinuierlichen Leistungen in allen Teilbereichen.
Auf Platz 2 und 3 behaupten sich die Fakultäten/Universitätsklinika der Universitäten Hamburg (141 Punkte) und Hannover (133 Punkte).
Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss jedoch beachtet werden, dass die Universitätsmedizin Göttingen mit 163 Punkten auch nur 67% der höchst möglichen Punktzahl erreicht hat. Mit 121 Punkten ist die Hälfte der möglichen Punkte erreicht. Somit liegen 5 Einrichtungen in der oberen und 24 in der unteren Hälfte.

Zu den unteren Rängen ist zu bemerken, dass die Platzierung gelegentlich durch fehlende Angaben in den Fragebögen zustande kommt. Ebenso konnten einige Angaben, die sich nicht auf das Jahr 2005 beziehen, noch nicht in die aktuelle Auswertung einfließen.

Abb. 10 zeigt die Rangverteilung der Gesamtwertung. Die Ränge der einzelnen Teilbereiche sowie die Gesamtwertung in Tabellenform sind im Anhang dargestellt.

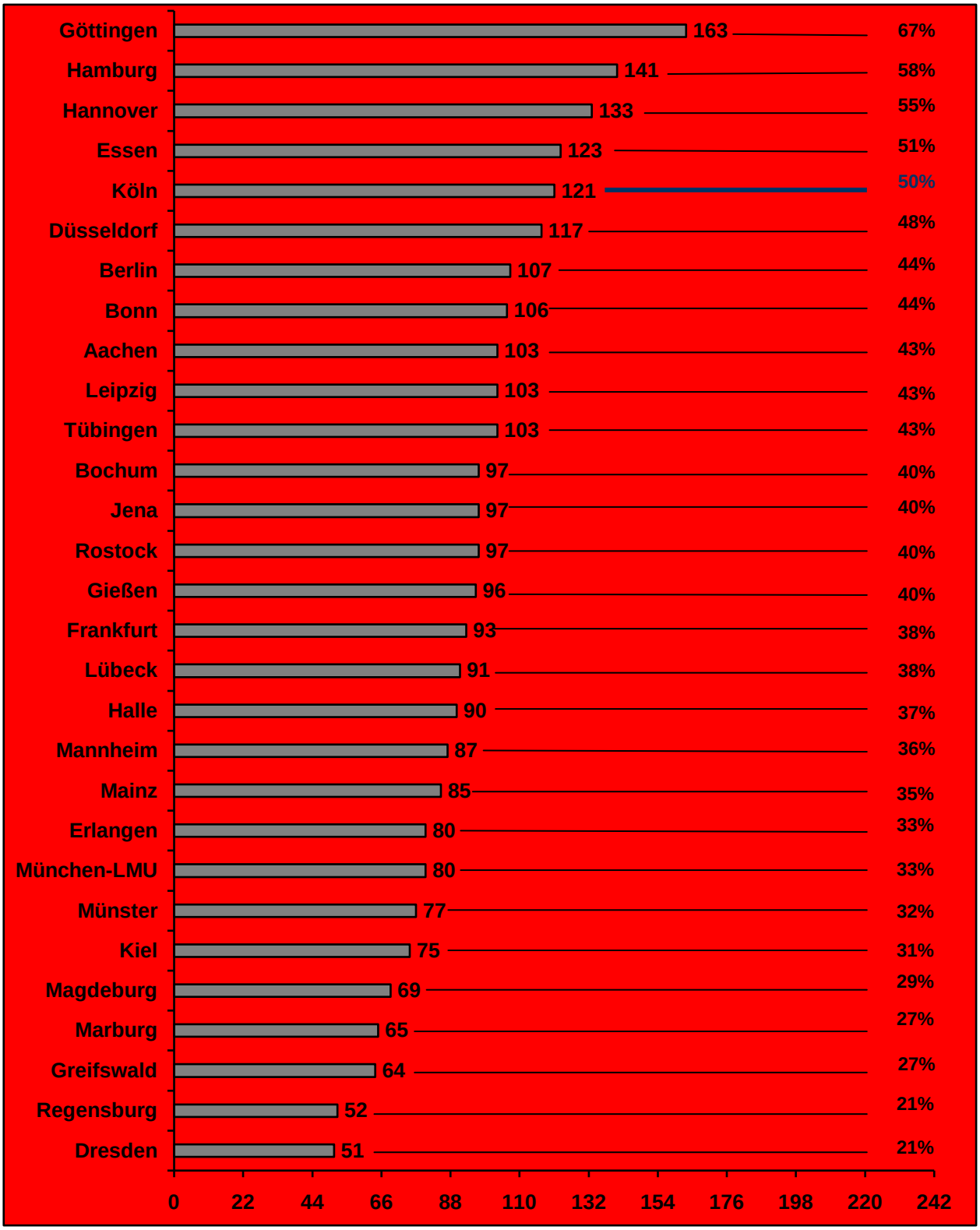


Abb. 10: Ränge der 29 medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland hinsichtlich der Verwirklichung von Chancengleichheit

4. Vergleich 2001 – 2005

4.1. Frauenanteil in der Personalstruktur

Abb. 11 zeigt die Mediane der Frauenanteile von Studentinnen (Humanmedizin und Zahnmedizin), wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen/ Assistenzärztinnen, Fachärztinnen, C3 und C4 Professuren an den befragten Einrichtungen im Vergleich 2001-2005. Deutlich zu erkennen ist, dass sich der Frauenanteil (mit Ausnahme der Studentinnen) während der letzten 5 Jahre in keiner Qualifikationsstufe signifikant erhöht hat.

Eine Empfehlung der Bund - Länder - Kommission lautet: „Bund und Länder streben bis 2005 eine 40%-ige Beteiligung von Frauen auf allen Ebenen des wissenschaftlichen Qualifikationsprozesses (von der Vergabe von Stipendien bis zur Besetzung von Stellen) an.

Darüber hinaus soll bei den Professuren und Führungspositionen in außeruniversitären Forschungseinrichtungen durch Neubesetzung ein Anteil von 20% erreicht werden".[6]

Wir sehen in unserer Umfrage, dass dieses Ziel nur partiell erreicht wurde.

	Frauenanteil % 2001			Frauenanteil % 2005		
	Med	Min	Max	Med	Min	Max
WiMi/ Assistenz-ärztinnen	40	35	56	41	14	49
Fachärztinnen	30	18	50	33	19	48
Oberärztinnen	-	-	-	22	0	33
C1/C2 Stellen	-	-	-	29	0	47
C3 Professuren	6,5	0	21	5,9	0	29
C4 Professuren	4,5	0	13	5,6	0	13
Junior-professuren	-	-	-	29	0	100
W2 Stellen	-	-	-	0	0	100
W3 Stellen	-	-	-	0	0	50
Außerplanm. Professuren	9	1	33	12	3	30
Außertarifl. Verträge mit Chefärztinnen	-	-	-	0	0	17

Tab. 4: Frauenanteil in % (Median, Minimal, Maximal) bei verschiedenen Qualifikations-stufen, Daten von n = 14 – 24 Einrichtungen

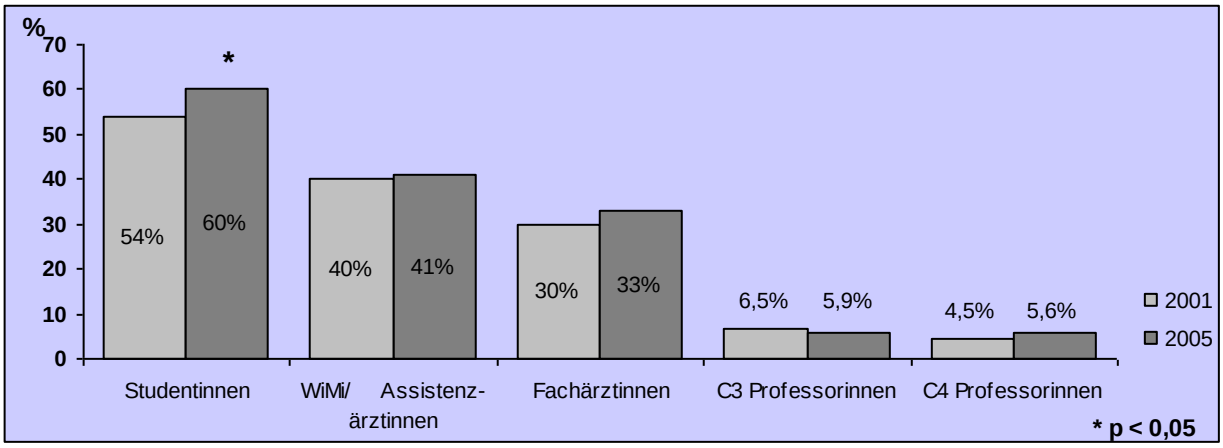


Abb. 11: Vergleich der Medianwerte in % bei verschiedenen Qualifikationsstufen 2001/2005, Daten von n = 18 - 28 medizinischen Fakultäten in Deutschland

[6] Quelle: BLK (2000). Heft 87: Frauen in der Wissenschaft – Entwicklungen und Perspektiven auf dem Weg zur Chancengleichheit. Verfügbar unter www.blk-info.de

4.2. Frauenförder - bzw. Gender Action Pläne und Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte

25 Fakultäten verfügten im Jahr 2001 über einen Frauenförderplan. Das waren 81% der angeschriebenen Einrichtungen. Bis zum Jahr 2005 lief der Plan der medizinischen Fakultät Lübeck aus, 3 weitere Einrichtungen nutzen externe Pläne zum Beispiel die der gesamten Universität oder der Stadt **(Abb. 12)**.

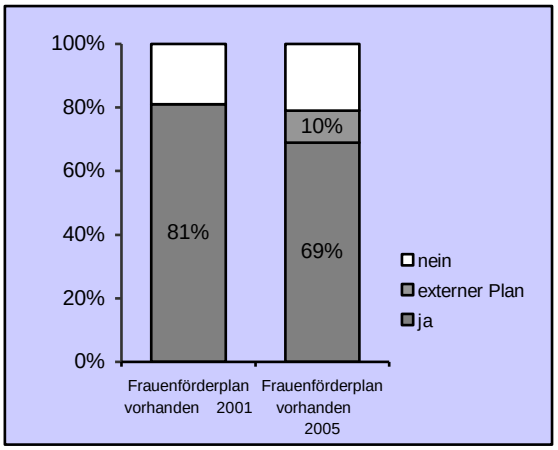


Abb. 12: Frauenförderpläne 2001/2005

Die Notwendigkeit der Arbeit einer Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragten für jede Fakultät und besonders für ein Universitätsklinikum ist unumstritten. Dass diese Tatsache anerkannt und umgesetzt wurde, zeigt dass mindestens eine Beauftragte an allen 29 Einrichtungen tätig ist. Noch im Jahr 2001 arbeiteten in 3 Einrichtungen keine Gleichstellungsbeauftragten. Zum Zeitpunkt der zweiten Umfrage übt in allen 29 befragten Fakultäten mindestens eine Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte das Amt aus.

Während im Jahr 2001 noch 35% Fakultäten/Universitätsklinika eine finanzielle Unterstützung für ihre Gleichstellungsbeauftragten bereitstellten, waren es 2005 nur noch 28%.
Auf ein eigenes Büro oder einen Arbeitsplatz können nach wie vor 48% der Frauen - bzw. Gleichstellungsbeauftragte zurückgreifen.

Die personelle Unterstützung zeigt einen positiven Trend. 41% Einrichtungen beschäftigen im Jahr 2005 (36% in 2001) eine/n wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in oder eine/n nichtwissenschaftliche/n Mitarbeiter/in und/oder eine/n studentische Hilfskraft im Gleichstellungsbüro.

4.3. Frauen in der Akademischen Selbstverwaltung

Wir fragten 2001 und 2005, ob in den vergangenen Wahlperioden eine Frau das Amt der Dekanin oder Prodekanin ausübte. **Tab. 5** zeigt, dass die Anzahl der Fakultäten (7) gestiegen ist, welche mindestens eine Prodekanin gewählt haben. Diese waren größtenteils verantwortlich für die Lehre (50%).
Trotz geringfügig steigender Tendenz sind Frauen in diesen Führungspositionen dementsprechend weiterhin stark unterrepräsentiert.

	Dekanin		Prodekanin	
Einrichtung	**2001**	**2005**	**2001**	**2005**
Charité Berlin	-	-	ja	nein
Bonn	-	-	-	ja (2)
Düsseldorf	-	-	nein	ja (1)
Essen	-	-	ja	ja (1)
Göttingen	-	-	ja	ja (1)
Hamburg	-	-	ja	ja (2)
Jena	-	-	ja	nein
Lübeck	-	-	nein	ja (2)
Münster	ja	keine Angabe	nein	keine Angabe
Rostock	nein	ja	nein	ja (1)

Tab. 5: Dekanin/Prodekanin 2001 und 2005

„Männer fördern Männer."[7] Studien zeigen, dass Entscheidungen oftmals auf Grundlage impliziter Geschlechterrollenmodelle getroffen werden. Vor diesem Hintergrund ist besonders die Anwesenheit von Frauen als Entscheidungsträgerinnen in Kommissionen ein Faktor zur Herstellung von Chancengleichheit.

[7] Quelle: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (2006). Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Der Frauenanteil in den verschiedenen Kommissionen der medizinischen Fakultät war und ist jedoch weiterhin auffallend niedrig (trotz geringer Steigerung). Während 2001 Frauen nur zu 8% bzw. 9% in Forschungs - bzw. Habilitations-kommissionen vertreten waren, sind es 2005 13% in Forschungs - und 10% in Habilitationskommissionen (Mediane).
In Fachbereichs -, Fakultätsräten gibt es einen signifikanten Abbruch von 14% im Jahr 2001 auf 8% im Jahr 2005 **(Abb. 13)**.

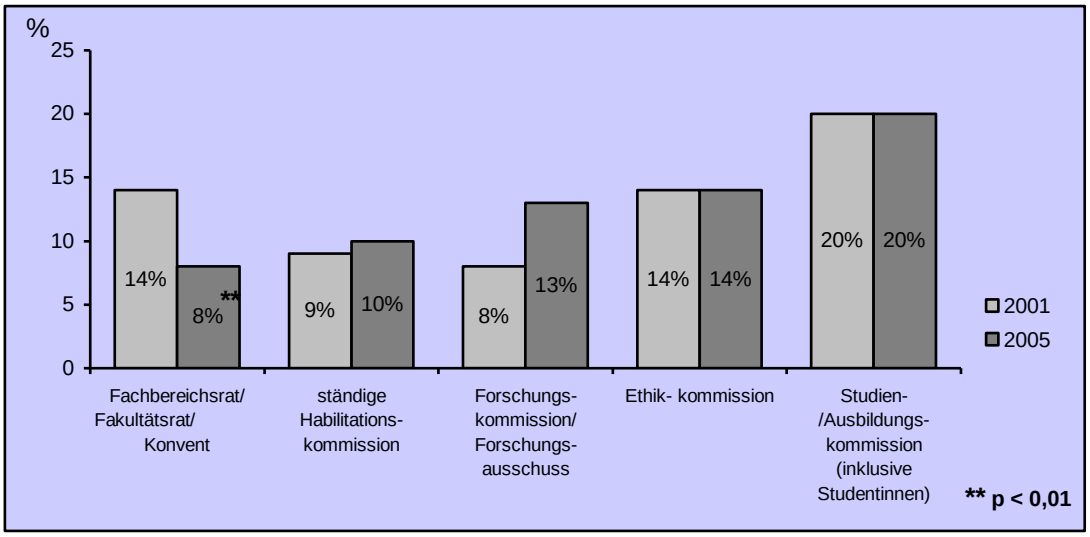


Abb. 13: Vergleich der Medianwerte in % der verschiedenen Kommissionen in den medizinischen Fakultäten in Deutschland 2001/2005, Daten von n = 21 - 28 Einrichtungen (wechselnde Größe für n, da die Kommissionen nicht in jeder Einrichtung in der Form vorhanden sind)

Nepotism and sexism in peer-review

In the first-ever analysis of peer-review scores for postdoctoral fellowship applications, the system is revealed as being riddled with prejudice. The policy in evaluation must be abandoned.

Christine Wenneras and Agnes Wold

"Our study strongly suggests that peer-reviewers can not judge scientific merit independent of gender. They overestimated male achievements and/or underestimated female performance, as shown by multiple regression analysis of the relation between defined parameters of scientific productivity and competence scores."

Nature 387: 341-343, 1997

4.4. Frauenanteil und Frauenförderung in der Forschung

Der Frauenanteil bei internen Anträgen auf Forschungsförderung außerhalb spezieller Frauenförderprogramme steigerte sich zwischen 2001 und 2005 signifikant von 20% auf 26% (p< 0,01).
Ähnliches gilt für Promotionen (47%/50%) und Habilitationen (14%/18%). Die Veränderung des Frauenanteils bei Promotionen und Habilitationen in den Jahren 2001 bis 2005 ist in **Tab. 6** dargestellt.

	2001	2002	2003	2004	2005
Promotionen	47	47	49	49	50
Habilitationen	14	17	15	15	18

Tab. 6: Frauenanteil in % (Mediane) bei Promotionen und Habilitationen in den Jahren 2001-2005

Eine Förderung von jungen Wissenschaftlerinnen außerhalb spezieller Förderprogramme z. B. im Rahmen von Stipendien scheint zunehmend Anwendung zu finden.
Besonders bei der Vergabe von Habilitationsstipendien zeigt sich ein deutlicher Zuwachs von 19% der anbietenden Fakultäten im Jahr 2001 auf 31% im Jahr 2005 (p< 0,05).
Eine geregelte Freistellung wird immer noch zu selten angeboten (plus 4%). Stipendien zur Promotion bieten weniger Fakultäten an (minus 2%).

4.5. Studium und Lehre

Die Fragen zu Gender und Gewaltaspekten in Lehr - bzw. Fortbildungsplänen wurden aufgrund ihrer hohen aktuellen Relevanz für die vorliegende Befragung differenzierter gestaltet.
Die Umfrage 2001 ermittelte, dass 36% der medizinischen Fakultäten das Thema „Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt" in die Lehrpläne integrierten.
Für das Jahr 2005 gaben 48% der Fakultäten an, das Thema in die Lehrpläne des humanmedizinischen Studiums systematisch einzubeziehen. Jedoch nur 4 der 24 Fakultäten (17%), welche Zahnmedizin lehren, integrieren das Thema in den Unterricht.
Wenn man bedenkt, dass Gewaltübergriffe oft auch dentale Schäden verursachen, ist diese Zahl zu gering!
Die Frage, in welchem Umfang Gewaltaspekte in Lehr - und Weiter - bildungspläne einbezogen werden, fiel durch eine hohe Missing Rate auf. Hier scheint es (weiterhin) Informations - und Analysebedarf zu geben.
Abb. 14 zeigt den Unterschied 2001/2005. Zugunsten der Vergleichbarkeit wurden die Angaben zum human - und zahnmedizinischen Studium bzw. zu den Lehreinrichtungen unter einen Punkt subsumiert. Es zeigt sich eine positive Veränderung, die jedoch aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen in den beiden Umfragen statistisch nicht ausreichend abgesichert werden kann.

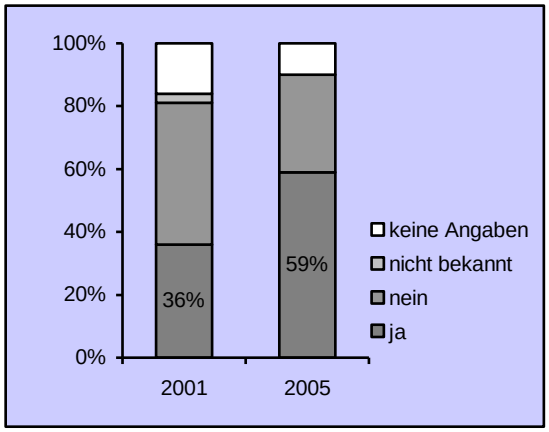


Abb. 14: Integration des Themas „Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt" in die Lehrpläne 2001/2005, Daten von n = 29 medizinischen Fakultäten

68% der Fakultäten gaben 2001 an, geschlechtsspezifische Aspekte in die Lehre zu integrieren. Für die zweite Umfrage interessierte uns, in welchen Fächern diese besonders zum Tragen kommen. **Abb. 15** zeigt, in welchem Umfang das Thema in den Hauptfächern Innere Medizin, Pharmakologie, Chirurgie und Psychiatrie angesprochen wird.
In der unten angeführten Abbildung sind nicht diejenigen Universitäten aufgeführt, welche angaben, Genderaspekte zwar im Unterricht anzusprechen, jedoch nicht systematisch einbeziehen.
Wenn diese zugunsten der Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen von 2001 mit aufgenommen werden, gaben 69% der befragten Fakultäten die Integration geschlechtsspezifischer Differenzen in mindestens einem Hauptfach an. Somit konnten in diesem Bereich weder positive noch negative Veränderungen ermittelt werden.

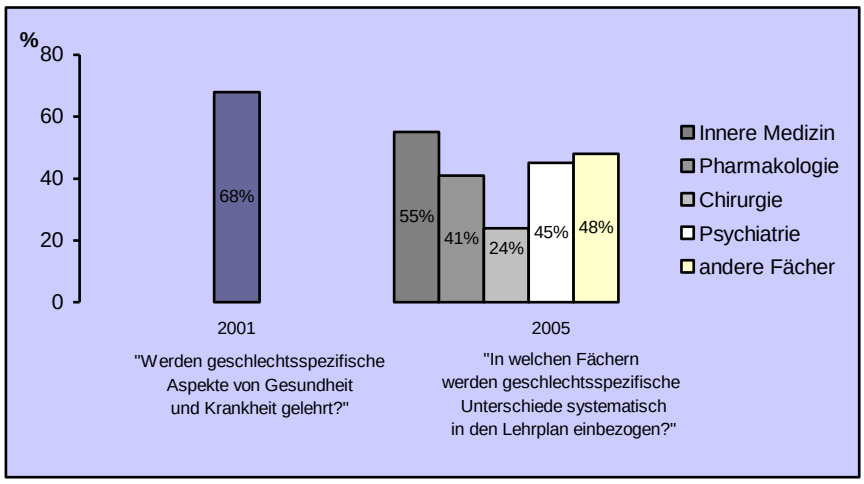


Abb. 15. Integration des Themas „Geschlechtsspezifische Unterschiede in die Lehre" 2001/2005, Daten von n = 29 medizinischen Fakultäten

4.6. Schwangerschaft und Elternzeit

Die Umsetzung des Mutterschutzes im betrieblichen Alltag ist eine organisatorische Aufgabe, mit der sich viele Unternehmen schwer tun. Unter den besonderen Arbeitsbelastungen und -bedingungen in einem Klinikum ist es die Pflicht der Arbeitgeber, die Mütter und die ungeborenen Kinder vor Gefahren und Belastungen zu schützen. Daher sieht das Gesetz die Schaffung geeigneter Arbeitsplätze vor. Auch eine Bereitstellung von Vertretungsmitteln schon in der Zeit des Mutterschutzes ist zur Entlastung der Schwangeren denkbar.
Hier zeichnet sich ein positiver Trend ab. Deutlich mehr Klinika stellen Vertretungsmittel zur Verfügung **(Abb. 16)**. Dabei wird jedoch leider noch einschränkend hinzugefügt, dass diese Regelung manchmal nur teilweise oder nicht für das medizinische Personal gilt. Schwangerenarbeitsplätze werden 2005 von 21 Kliniken angeboten (2001 von 19 Kliniken).

Erwerbstätige Väter und Mütter haben bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes einen Rechtsanspruch auf Elternzeit. Da es während dieser Zeit - besonders im medizinischen Bereich - notwendig ist „auf dem Laufenden zu bleiben" ist es für Arbeitgeber und -Arbeitnehmer sinnvoll, den Kontakt aufrecht zu erhalten. Während 2001 nur ein Drittel der angeschriebenen Fakultäten diese Möglichkeit nutzte, erhalten 2005 etwa die Hälfte der Einrichtungen den Kontakt zu ihren Mitarbeitern/innen aufrecht z.B. in Form von Rundschreiben oder über regelmäßige Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen.
Auch die Angebote der Übernahme von Vertretungen oder der Arbeit in Teilzeit während der Elternzeit wurden ausgeweitet.

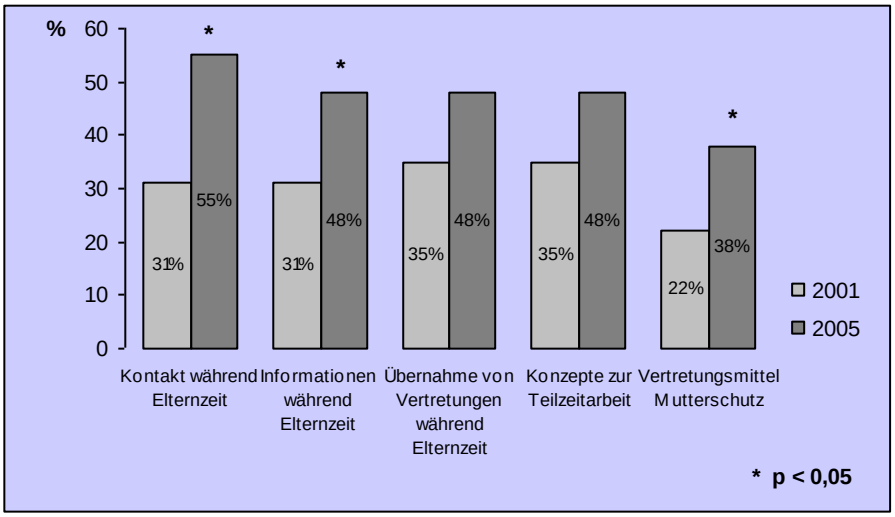


Abb. 16: Regelungen während der Elternzeit, Daten von n = 29 medizinischen Fakultäten/Universitätsklinika in Deutschland 2001/2005

Schwangerschaft und Elternzeit fallen aufgrund der langen Ausbildungszeiten in der Medizin nicht selten noch ins Studium oder in die ersten wichtigen Berufsjahre.
Der Studienbetrieb und die Prüfungsordnungen sind jedoch eher nicht auf eine Vereinbarkeit von Studium und Familie ausgerichtet. Da die Approbationsordnung keine besonderen Regelungen für Schwangerschaft, Elternzeit und Mutterschutz beinhaltet, sind die Fakultäten gefordert, individuelle Vereinbarungen zu treffen.
Es zeigte sich jedoch, dass 2005 weder Seminare und Prüfungen noch die Absolvierung des praktischen Jahres bei Bedarf flexibler gestaltet werden können als zum Zeitpunkt der ersten Umfrage 2001.

4.6. Familienfreundlichkeit

„Ein familienfreundliches Krankenhaus kann nicht nur ein wichtiger Baustein für die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und für Kostenersparnisse durch geringere Fluktuation von Personal sein, sondern auch zur Reputation des Hauses beitragen."[8]

Die Tatsache, dass sich familien - freundliche Maßnahmen grundsätzlich rechnen, zeigen neben der oben zitierten Untersuchung bereits mehrere Kosten - Nutzen - Analysen[9].

Neben der Vermeidung von Wiederbeschaffungs -, Überbrückungs - oder Wiedereingliederungskosten sind Vorteile hinsichtlich erhöhter Motivation und Leistungsfähigkeit zu verzeichnen.

Da Universitätskliniken zukünftig immer häufiger in freie Trägerschaften überführt werden, ist auch hier das Thema der Kinderbetreuung ein finanzieller Faktor, der zunehmend Berücksichtigung finden wird.

In den Jahren letzten 5 Jahren wurden jedoch keine zusätzlichen Kinder-tagesstätten von den Universitäts-klinika/Fakultäten eingerichtet. Im Jahr 2001 verfügten 71% der Universitäts-klinika über eine eigene Kindertagesstätte. Zum Zeitpunkt der zweiten Umfrage bieten 20 der 29 (69%) Einrichtungen eine Kinderbetreuung an. Allerdings existieren (besonders für die Universitäten in den neuen Bundesländern) feste Verein-barungen mit Ländern und Kommunen, so dass 86% der Universitäten eine Kinderbetreuung in der einen oder anderen Form anbieten können.

Vielfach wurde außerdem angegeben, dass die Kliniken eine eigene Betreuungseinrichtung in Planung haben bzw. diese noch in diesem Jahr eröffnen.

Allerdings besteht weiterhin ein Platzdefizit und die Notwendigkeit einer den Erfordernissen angepassten Flexibilisierung der Öffnungszeiten der Kitas **(Abb. 17)**.

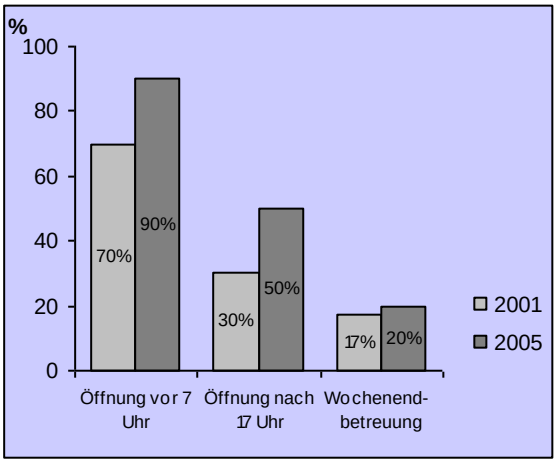


Abb. 17: Öffnungszeiten der universitätsinternen Kindertagesstätten 2001/2005

[8] Quelle: Bühren, A. & Dettmer, S. (2006). Das familienfreundliche Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt.

[9] Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003). Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen. Verfügbar unter www.bmfsfj.de (Publikationen → Familie)

Das Betreuungsangebot richtet sich weiterhin vorwiegend an das Pflegepersonal. **Abb. 18** zeigt uns jedoch, dass die Einrichtungen dass Betreuungsangebot für Studenten/innen und Teilzeitkräfte ausgeweitet haben.

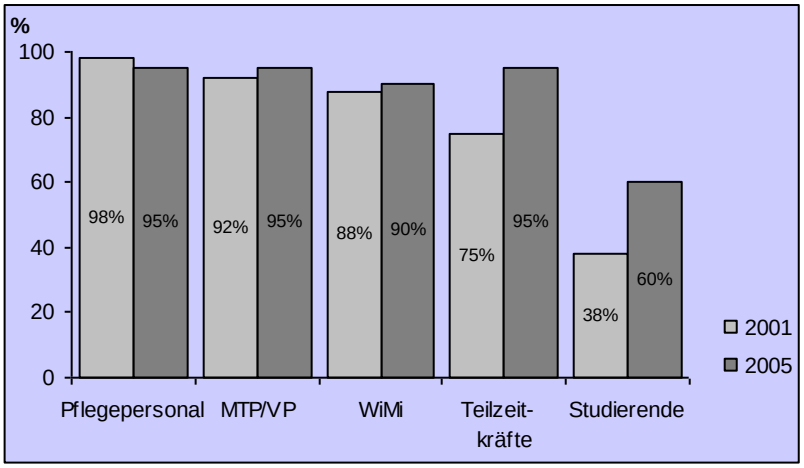


Abb. 18: Nutzungsmöglichkeit der Kindertagesstätten in n = 20 medizinischen Fakultäten für verschiedene Berufsgruppen

Angebote der Kinderbetreuung außerhalb der Kindertagesstätten konnten in den letzten 5 Jahren erweitert werden. **Abb. 19** zeigt die Zunahme der stundenweise Betreuung der Kinder, der Betreuung in besonderen Situationen wie Spätvorlesungen und das Angebot der Unterbringung bei wissenschaftlichen Veranstaltungen der Universität.

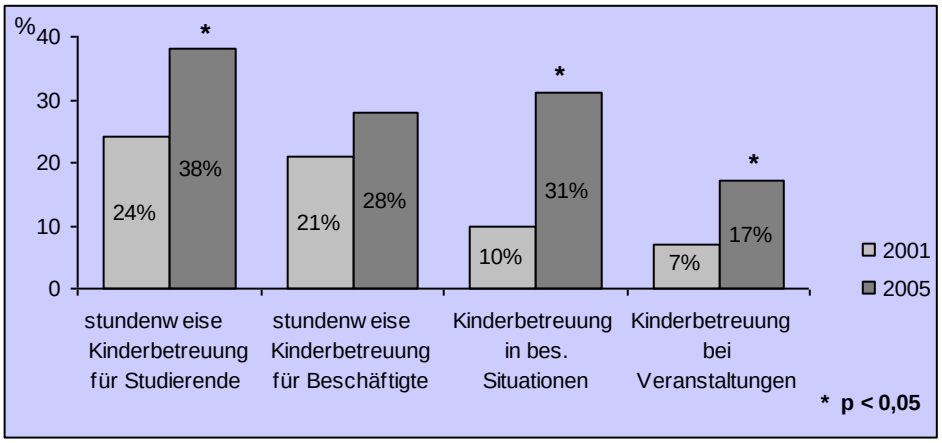


Abb. 19: Angebote zur Kinderbetreuung außerhalb der Kindertagesstätten 2001/2005 von n = 29 Fakultäten/Universitätsklinika

5. Vergleich der Fakultäten hinsichtlich der erreichten Gesamtpunktzahlen 2001 – 2005

Abb. 20 zeigt, um wie viel Prozentpunkte sich die medizinischen Fakultäten im Jahr 2005 im Vergleich zum Jahr 2001 verbessert oder verschlechtert haben.

Es wurden jeweils die erreichten Prozentwerte der maximal möglichen Gesamtpunktzahl zu Grunde gelegt.
An beiden Befragungen nahmen 26 Einrichtungen teil.
Es ist offensichtlich, dass sich mehr Einrichtungen mit einer höheren Prozentpunktzahl verschlechtert haben. 12 medizinische Fakultäten/Universitätsklinika verbesserten sich prozentual, 14 Einrichtungen hingegen verschlechterten sich.

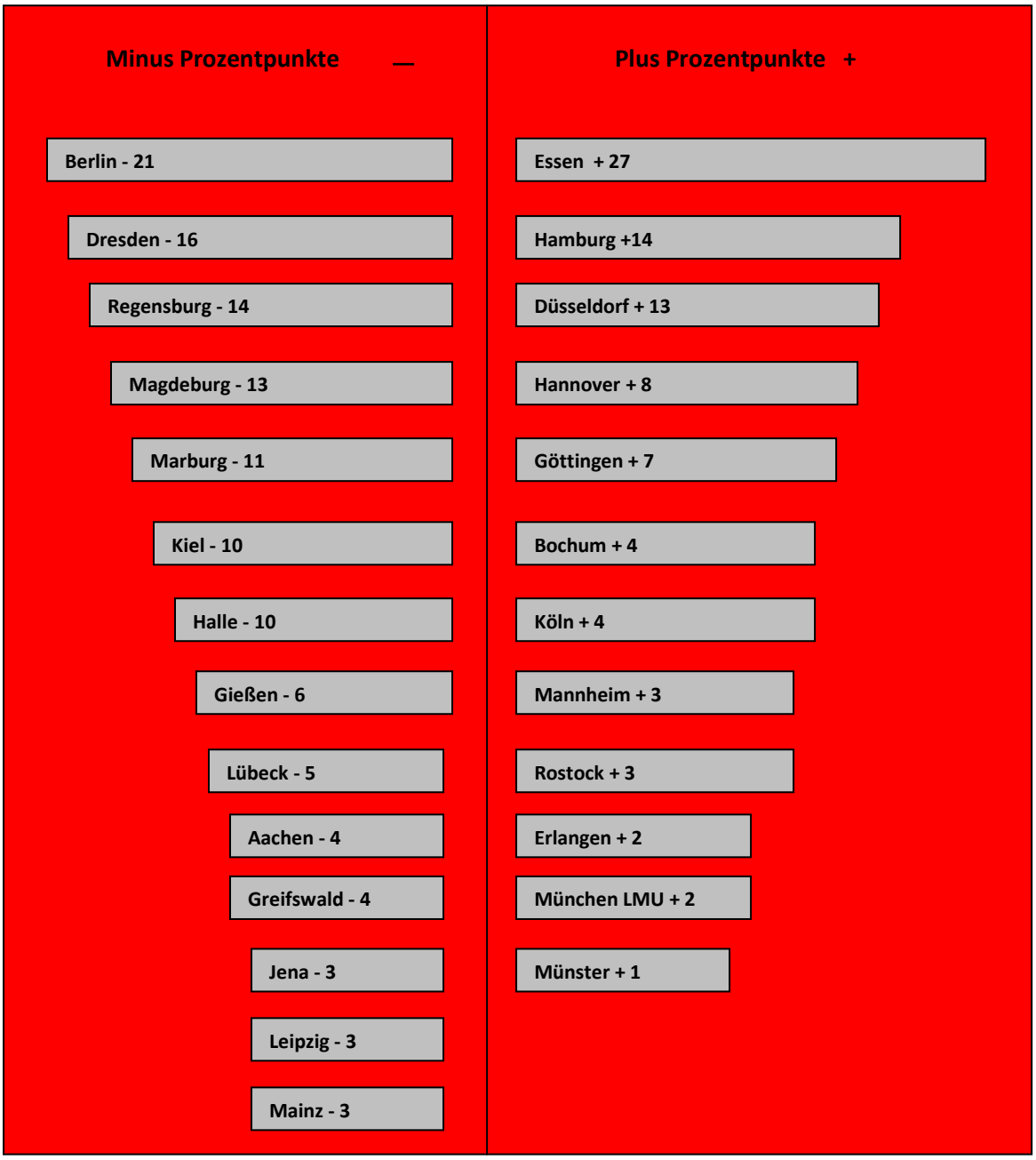


Abb. 20: prozentuale Verschlechterungen und Verbesserungen von 26 medizinischen Fakultäten/Universitätsklinika hinsichtlich der Umfrage zur Chancengleichheit 2001/2005