

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

Dr. Anja Vervoorts, Anna Kalus, Christine Kreißl

Abstract

Wir untersuchen Beschäftigungsverhältnisse des akademischen Mittelbaus in Bezug auf die Karrierechancen von Frauen und haben Daten zu Vertragslaufzeiten, Wochenarbeitszeit und tariflicher Eingruppierung unter den Diversity-Dimensionen „Alter“ und „Geschlecht“ an einer Medizinischen Fakultät analysiert.

Oftmals stellt das Geschlecht ein signifikantes Karrierehindernis dar, woraus prekäre Beschäftigungsverhältnisse für Frauen resultieren.

Der GDI lässt einen direkten Vergleich zwischen den Aufstiegschancen von Männern und Frauen im Hinblick auf das Kaskadenmodell zu.

Er bestätigt, dass Frauen bei der Vergabe von unbefristeten Arbeitsverträgen und Aufstiegschancen in die mittlere Führungsebene an der Hochschule benachteiligt sind.

Hürden in der ärztlichen und akademischen Karriere sowie die vertraglichen Rahmenbedingungen können so für beide Geschlechter beschrieben und verglichen werden. Es konnten spezifische Hürden für Frauen im akademischen Mittelbau identifiziert werden. Diese Erkenntnisse ermöglichen es, künftig zielgerichtete Maßnahmen zur Chancengerechtigkeit zu entwickeln.

1. Einleitung

Die Vertikale Segregation in der Wissenschaft zeigt, dass typische Schwellen bestehen, an denen vor allem Frauen überproportional häufig aus den Pfaden der Wissenschaftskarrieren aussteigen.

Knapp zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Humanmedizin sind Frauen doch beim Startschuss zur akademischen Laufbahn haben die Wenigsten bereits die Ziellinie vor Augen.

Denn Nachwuchswissenschaftler_innen müssen oft dann bereits Entscheidungen für erste/nächste Karriereschritte treffen, wenn ihr Informationslevel über das Wissenschaftssystem noch sehr gering ist (Mangematin 2000). Somit differieren die Karriereverläufe nicht nur dramatisch zwischen Wunsch und Realität, sondern besonders zwischen Männern und Frauen (s. Abbildung 1).

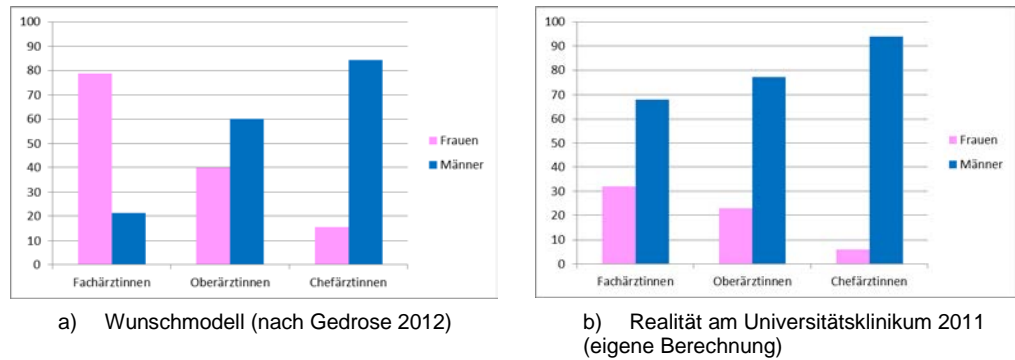


Abbildung 1 : Karrierewünsche von Medizinerinnen und Medizinerinnen und die erreichten Karrierestufen am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD, n=1162) (Vervoorts 2013)

Eine wissenschaftliche Karriere ist wegen der inhaltlichen Möglichkeiten attraktiv, weist aber viele strukturelle Probleme auf (Jaksztat 2011).

Die Ursachen für die Unterrepräsentanz von Frauen in wissenschaftlichen Karrieren sind vielfältig (Lariviere 2011). Ebenso unterschiedlich sind die Erklärungsansätze, die sozialisationstheoretisch das Individuum und seine Fähigkeiten untersuchen oder äußere Einflüsse sowie strukturelle und kulturelle Barrieren beleuchten (Krais 2009; Lind 2007; Scheidegger 2013).

Die Fähigkeiten zur Leistungserbringung werden in einem Hochschulstudium erworben und können als gegeben vorausgesetzt werden. Dies sind Zeugnisse, Ausbildung, Wissen, Fähigkeiten sowie Arbeitserfahrung als Ausprägungen des Humankapitals.

Oftmals stellen aber die Rahmenbedingungen wie z.B. prekäre Beschäftigungsverhältnisse ein signifikantes Karrierehindernis dar.

Der folgende Artikel beschreibt die Frauenanteile im akademischen Mittelbau an einer Medizinischen Fakultät und des dazugehörigen Universitätsklinikums auf den verschiedenen Stufen der akademischen und der ärztlichen Karriere sowie die damit verbundenen Beschäftigungsverhältnisse.

Wir untersuchen, ob es Zusammenhänge im akademischen Mittelbau zwischen dem Merkmal „Geschlecht“ und den Vertragsmodalitäten gibt. Kann das Geschlecht ein Karrierehindernis sein?

2. Datenerhebung und Methodik

Die Daten wurden im Rahmen des Gender-Monitoring der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fakultät erhoben und von der Personalabteilung zur Verfügung gestellt.

Für die Analyse der Arbeitsverträge wurden für Neueinstellungen und Vertragsverlängerungen folgende Daten im Zeitraum von 2012 bis 2014 für die Berechnung des Glasdeckenindex und der weiteren Analysen erhoben:

	Analyse der Arbeitsverträge 2012-2014	GDI zum 31.12.2014
Vertragsart (Neueinstellung, Verlängerung)	+	
Geschlecht (m/w)	+	+
Akademischer Titel		+
Vertragslaufzeit (VLZ) in Monaten	+	
Wochenarbeitszeit (WAZ) in %	+	+
Tarifliche Eingruppierung	+	+
Alter in Jahren	+	+
Jahr des Vertragsbeginns zur Altersberechnung	+	+
Mutterschutz Ja/nein		+
Elternzeit Ja/nein		+

Tabelle 1: Übersicht über die erhobenen Daten

2.1. Berechnung des Glasdecken Indexes GDI (Glas Ceiling Index GCI)

Der GDI lässt einen direkten Vergleich zwischen den Aufstiegschancen von Männern und Frauen im Hinblick auf das Kaskadenmodell zu.

$$\text{GDI} = (F_{\text{pool}} * (M_m + F_m)) / ((M_{\text{pool}} + F_{\text{pool}}) * F_m)$$

F = Anzahl der Frauen

M = Anzahl der Männer

m = Anzahl Führungskräfte in der mittleren Führungsebene (Ä3, TV-L E 14, TV-L E 15)

pool = Anzahl möglicher Aufstiegskandidaten und -kandidatinnen (alle akademischen Mitarbeiter_innen Ä1-Ä3 bzw. promovierte Mitarbeiter_innen, die nach TV-L 12-15 vergütet werden), d.h. Förderpool aus dem die mittlere Führungsebene rekrutiert werden kann

Vereinfachte Formel (She figures 2006):

$$\text{GDI} = f_{\text{pool}} / f_m$$

f_{pool} : Frauenanteil am gesamten Förderpool in Prozent

f_m : Frauenanteil an der betrachteten Führungsebene in Prozent

Die Berechnung des sogenannten Glasdeckenindex ist ein einfaches Mittel, um an die Chancenverhältnisse von Männern und Frauen in Führungspositionen zu gelangen und das Vorhandensein bzw. die Dicke einer gläsernen Decke einzuschätzen.

Der GDI beschreibt das Verhältnis von Männern und Frauen in Führungspositionen auf der Basis der Gesamtzahl der Angestellten im Förderpool. Im Förderpool befinden sich alle Mitarbeiter_innen, die aufgrund Ihrer akademischen Laufbahn das Potential haben, in die mittlere Führungsebene aufzusteigen.

Als mittlere Führungsebene wurden für die wissenschaftlichen Angestellten die Tarifgruppen TV-L 14 und TV-L 15 definiert. Für den Förderpool wurden hier jeweils nur die promovierten Mitarbeiter_innen herangezogen, da die Doktoranden und Doktorandinnen in der Regel befristete Teilzeitverträge haben und vor Abschluss der Promotion nicht für die mittlere Führungsebene rekrutiert werden.

Für die Ärzte und Ärztinnen wird die Position mit Bezahlung als Oberarzt bzw. Oberärztin, Tarif Ä3, als mittlere Führungsebene definiert, da dies die erste Karrierestufe darstellt, in die man nicht durch fachliche Qualifikation wie z.B. das Erlangen eines Facharztes, aufsteigt.

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

Der GDI bildet das Verhältnis zweier Zahlen zueinander ab.

Dieses Verhältnis kann kleiner werden, wenn der Zähler kleiner oder der Nenner größer wird.

Genauso kann die Chance größer werden, wenn der Zähler größer bzw. der Nenner kleiner wird (s. Abbildung 2).

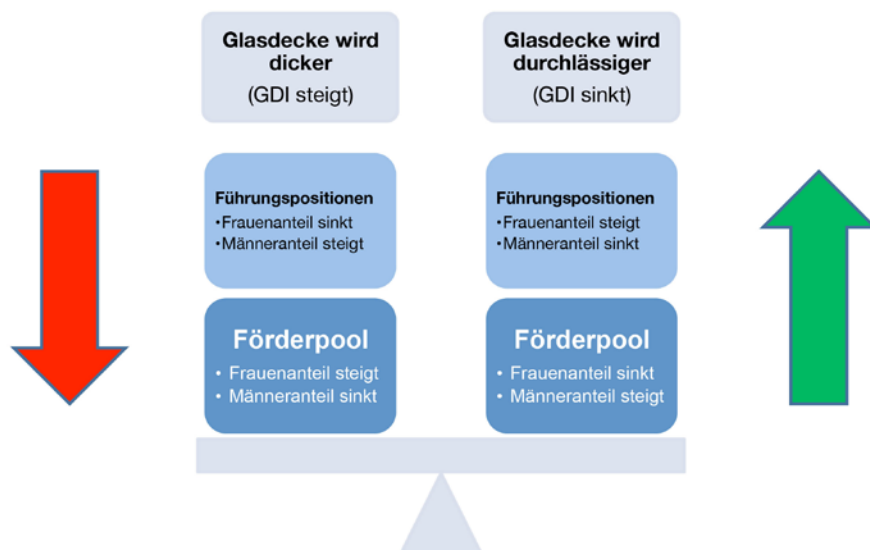


Abbildung 2: Einfluss der Anteile von Frauen und Männern in Führungspositionen und im Förderpool auf den Glasdeckenindex

2.2. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

Es wurden drei MANOVAs mit der Testgröße Wilks-Lambda und den Faktoren Geschlecht und Vertragsart ausgeführt. Abhängige Variablen waren Vertragslaufzeit und Wochenarbeitszeit. Auf Grund der explorativen Fragestellung wurde auf eine Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus verzichtet.

Die Stichprobe der ersten MANOVA umfasste die gesamte Stichprobe von 1873 Personen, von denen 1059 Frauen und 814 Männer waren.

Es wurde eine weitere MANOVA ausgeführt, jedoch wurden die Daten gefiltert, so dass nur Verträge mit Befristung in den Datenpool aufgenommen wurden (Vertragslaufzeit <75). Die Stichprobe umfasste 1794 Personen, von denen 1029 Frauen und 765 Männer waren.

Für die dritte MANOVA wurden die Daten so gefiltert, dass nur Verträge ohne Befristung in den Datenpool aufgenommen wurden (Vertragslaufzeit >75). Die Stichprobe umfasste 79 Personen, von denen 30 Frauen und 49 Männer waren.

3. Ergebnisse:

3.1 Glasdeckenindex und Anteil der Frauen in der mittleren Führungsebene

Der Frauenanteil beim Ärztlichen Personal lag bei den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten bei 55% (Vergütungsstufe Ä1), bei den Fachärztinnen und Fachärzten bei 49% (Vergütungsstufe Ä2). Seit 2013 ist das Geschlechterverhältnis auf der Ebene des Facharztes/der Fachärztin ausgeglichen. Dies kann bedeuten, dass diese Hürde nun nicht mehr existiert. Eine verstärkte Repräsentanz von Frauen kann aber auch dem „Winners Among Losers“-Effekt (Siemienska 2000) geschuldet sein. Dieser beschreibt, dass aufgrund der Feminisierung eines Faches oder Bereiches die Reputation der Institution und des Faches insbesondere bei Männern sinkt. Dies kann dazu führen, dass das Prestige einer Tätigkeit an einer Universität bzw. Universitätsklinik in der (männlichen) Wahrnehmung sinkt.

Auf der Ebene der Oberärztinnen und Oberärzte (Vergütungsstufe Ä3) lag der Frauenanteil nur bei 27%. Der Anteil der Frauen bei den Höhergruppierungen in die Stufe Ä3 lag bei nur 25%, so dass hier auch kein Aufwärtstrend erkennbar wird.

Der Frauenanteil in der Vergütungsgruppe TV-L E14 lag bei 40% und in der Vergütungsgruppe E15 bei nur 15%; das zeigt, dass auch im akademischen Mittelbau nur wenige Frauen in Führungspositionen zu finden sind (s. Abbildung 3). So befinden sich nur 12,7% (102 von 803) der Frauen in der mittleren Führungsebene (TV-L E14, E15, Ä3), während der Anteil bei den männlichen Beschäftigten bei 33,9% (257 von 759) liegt.

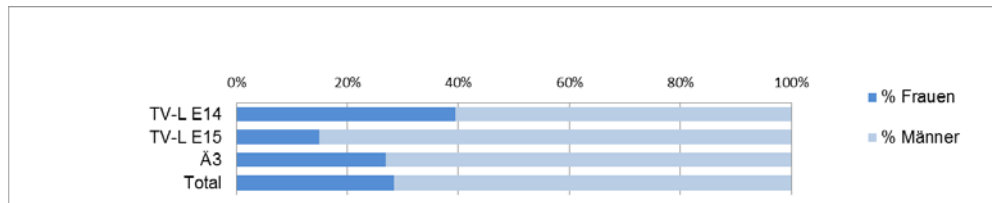


Abbildung 3: prozentuale Anteile von Männern und Frauen in der mittleren Führungsebene (Ärztinnen und Ärzte und Wissenschaftliche Angestellte)

Berechnet man auf Basis dieser Daten die Glasdeckenindices, so zeigt sich, dass die Aufstiegschancen der Frauen deutlich schlechter sind als die der Männer. Besonders schwer ist es für Frauen, die Eingruppierung in die Tarifgruppe TV-L E15 zu erreichen (s. Tabelle 2).

GDI TV-L E14	1,57
GDI TV-L E15	3,94
GDI Ä3 - Oberärztin	1,73

Tabelle 2: Glasdeckenindices für den Aufstieg in die mittlere Führungsebene für wissenschaftliche Angestellte und Ärztinnen

Der Frauenanteil bei den Habilitationen liegt im langjährigen Mittel bei 24%, ein Aufwärtstrend ist in den Jahren 2000 bis 2014 nicht zu erkennen.

GDI Promotion	1,05
GDI Habilitation	2,36

Tabelle 3: Glasdeckenindices für Medizinerinnen zu promovieren und zu habilitieren, aufgrund der geringen Fallzahlen wurden für die Habilitationen die Werte der Jahre 2012-2014 für die Berechnung herangezogen

Bei den promovierten wissenschaftlichen Angestellten (TV-L) und Ärztinnen bzw. Ärzten arbeiten weniger Männer in Teilzeit (s. Abbildung 4).

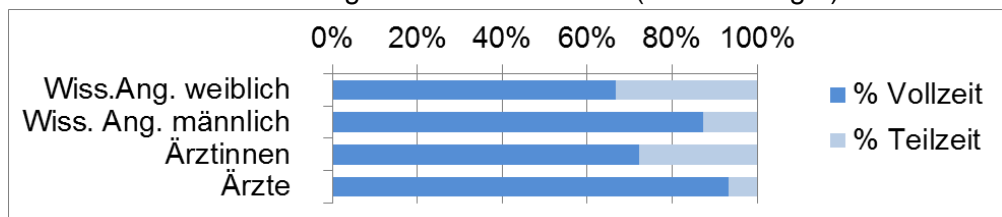


Abbildung 4: prozentualer Anteil von Männern und Frauen, die in Teilzeit arbeiten

Des Weiteren befinden sich weniger Männer in befristeten Arbeitsverhältnissen (s. Abbildung 5). Deutlich ist der Trend, dass sich die Schere bei den Wissenschaftlich Angestellten in den letzten Jahren weiter geöffnet hat, während die Unterschiede bei den Ärztinnen bzw. Ärzten sich langsam anzugleichen scheinen.

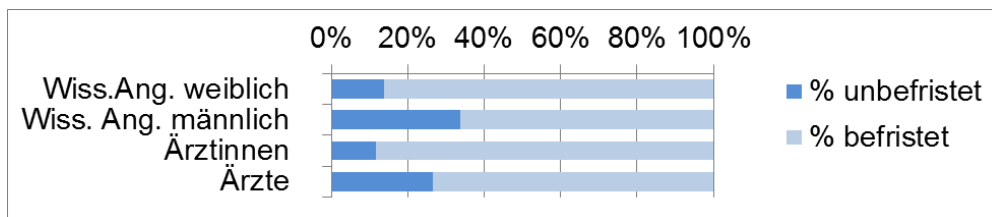


Abbildung 5: prozentualer Anteil von Männern und Frauen in befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen

Zum Stichtag 31.12.2014 befanden sich 2,5% der Frauen in Mutterschutz und 5,5% in Elternzeit, während sich nur 0,3% der Männer in Elternzeit befanden.

Berechnet man die Glasdeckenindices für das Erreichen eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses für die promovierten Angestellten, so haben auch hier die Frauen schlechtere Chancen, ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu bekommen. Hier stehen die Chancen für die wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen ohne Krankenversorgung besonders schlecht (s. Tabelle 4).

GDI Entfristung für alle Promovierten	1,55
GDI Entfristung für promovierte Ärztinnen	1,52
GDI Entfristung für promovierte wiss. Angestellte	1,74

Tabelle 4: Glasdeckenindices für promovierte Ärztinnen und wissenschaftliche Angestellte, um in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis an der Medizinischen Fakultät übernommen zu werden

3.2 MANOVA Gesamt (Alle)

Es fand sich ein Haupteffekt der Faktoren Geschlecht ($F(2/1868)=13.415$; $p<.001$, $\eta^2=.014$) und Vertragsart ($F(2/1868)=4.588$; $p=.01$, $\eta^2=.005$), jedoch keine Interaktion ($F(2/1868)=1.106$; $p=.331$).

Der Haupteffekt Geschlecht wirkt sich sowohl auf die Variable Vertragslaufzeit ($F(1/1869)=7.59$; $p=.006$, $\eta^2=.004$), als auch auf die Variable Wochenarbeitszeit aus ($F(1/1869)=23.104$, $p<.001$, $\eta^2=.012$).

Im Allgemeinen haben Männer eine längere Vertragslaufzeit ($M=37.295$, $SD=2.251$) **als auch eine längere Wochenarbeitszeit** ($M=.850$, $SD=.009$) als Frauen (Vertragslaufzeit: $M=29.114$, $SD=1.937$; Wochenarbeitszeit: $M=.794$, $SD=.008$)

Der Haupteffekt Vertragsart wirkt sich nur auf die Variable Wochenarbeitszeit aus ($F(1/1869)=8.698$, $p=.003$, $\eta^2=.005$), jedoch nicht auf die Variable Vertragslaufzeit ($F(1/1869)=1.455$, $p=.228$, $\eta^2=.001$).

Im Allgemeinen haben Neueingestellte eine längere Wochenarbeitszeit ($M=.839$, $SD=.009$) **als Weiterbeschäftigte** ($M=.805$, $SD=.007$). Es gibt keine Interaktion zwischen den Variablen.

3.3 MANOVA für befristete Verträge

Es fanden sich ein Haupteffekt der Faktoren Vertragsart ($F(2/1789)=55.830$; $p<.001$, $\eta^2=.059$) und Geschlecht ($F(2/1789)=8.818$; $p<.001$, $\eta^2=.01$). Es gibt keinen Interaktionseffekt.

Der Haupteffekt Geschlecht wirkt sich nur auf die Variable Wochenarbeitszeit aus ($F(1/1790)=17.279$, $p<.001$, $\eta^2=.01$), jedoch nicht auf die Variable Vertragslaufzeit ($F(1/1790)=.523$, $p=.47$, $\eta^2<.001$).

Im Allgemeinen haben Männer eine längere Wochenarbeitszeit ($M=.842$, $SD=.009$) als Frauen ($M=.792$, $SD=.008$). Es gibt keine Interaktion zwischen den Variablen.

Der Haupteffekt Vertragsart wirkt sich sowohl auf die Variable Vertragslaufzeit ($F(1/1790)=111.704$; $p<.001$, $\eta^2=.059$), als auch auf die Variable Wochenarbeitszeit aus ($F(1/1790)=10.07$, $p=.002$, $\eta^2=.005$).

Im Allgemeinen haben Neueingestellte eine längere Vertragslaufzeit ($M=25.78$, $SD=.65$) als auch eine längere Wochenarbeitszeit ($M=.836$, $SD=.01$) als Weiterbeschäftigte (Vertragslaufzeit: $M=17.225$, $SD=.482$; Wochenarbeitszeit: $M=.798$, $SD=.007$). Es gibt keine Interaktion zwischen den Variablen.

3.4 MANOVA für unbefristete Verträge

Es fand sich nur ein Haupteffekt des Faktors Geschlecht ($F(2/74)=5.407$; $p=.006$, $\eta^2=.127$). **Vertragsart und Alter haben bei befristeten Verträgen keinen Einfluss auf Vertragslaufzeit und Wochenarbeitszeit.** Es gibt keinen Interaktionseffekt.

Der Haupteffekt Geschlecht wirkt sich nur auf die Variable Wochenarbeitszeit aus ($F(1/75)=8.617$, $p=.004$, $\eta^2=.103$).

Im Allgemeinen haben Männer eine höhere Wochenarbeitszeit ($M=.982$, $SD=.024$) als Frauen ($M=.868$, $SD=.031$).

	Faktoren:	Geschlecht	Vertragsart	Interaktion
Alle	VLZ	p= .004	n.s.	n.s.
	WAZ	p =.012	p =.003	n.s.
	gesamt	p <.001	p =.01	n.s.
befristet	VLZ	n.s.	p <.001	n.s.
	WAZ	p<.001	p =.002	n.s.
	gesamt	P<.001	p <.001	n.s.
unbefristet	VLZ	n.s	n.s.	n.s.
	WAZ	p =.004	n.s.	n.s.
	gesamt	p =.006	n.s.	n.s.

Tabelle 5: Ergebnisse der drei MANOVA mit den Faktoren Geschlecht und Vertragsart und den abhängigen Variablen Vertragslaufzeit (VLZ) und Wochenarbeitszeit (WAZ) .

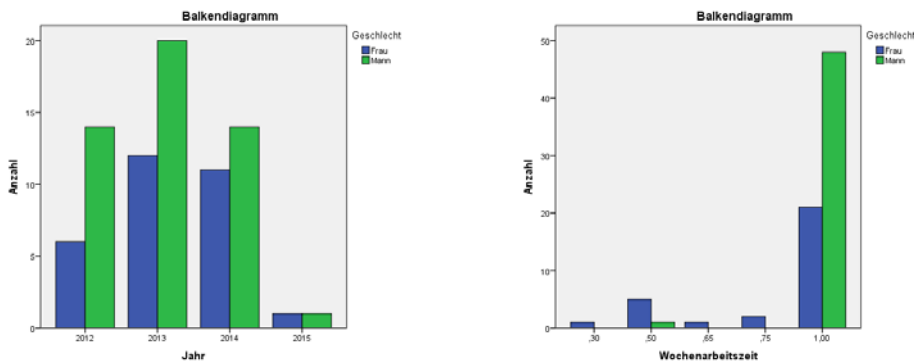
p: α -Fehlerwahrscheinlichkeit, grün: signifikanter Effekt, rot: nicht signifikant

Die Zahlen zeigen, dass der „Karriereknick“ bei den Medizinerinnen und den weiblichen wissenschaftlichen Angestellten an einer Medizinischen Fakultät nach der Facharztreihe, auf dem Weg zur Oberärztin und nach der Promo-

tion auf dem Weg zur mittleren Führungsebene und zur Habilitation manifest wird. Dort sinkt der Anteil der Frauen sprunghaft. Ebenso sind die Chancen auf ein entfristetes Arbeitsverhältnis geringer als für Männer.

Für diese Stufen der akademischen und der ärztlichen Karriere besteht besonderer Handlungsbedarf.

Bei der Gestaltung der Arbeitsverträge zeigt sich, dass Frauen sowohl bei befristeten als auch bei unbefristeten Arbeitsverträgen kürzere Wochenarbeitszeiten erhalten.



a) b) Abbildung 5: a) Anzahl aller unbefristet geschlossenen Arbeitsverträge nach Geschlecht und b) und die dazugehörige Verteilung der Wochenarbeitszeiten (1=100% WAZ, blau: Frauen, grün: Männer)

Bei Betrachtung aller Verträge gibt es zwischen den Geschlechtern Unterschiede bei den Vertragslaufzeiten. Dieser erklärt sich aus der Tatsache, dass wesentlich mehr Männer als Frauen (49 zu 30) unbefristete Arbeitsverträge im Beobachtungszeitraum erhalten haben. Diese unbefristeten Verträge erhöhen so den Wert für die Vertragslaufzeiten bei Männern.

Die Vergabe von unbefristeten Arbeitsverträgen erfolgt an Personen, die im Schnitt über 41 Jahre alt sind. Die Altersverteilung zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Vergabe von unbefristeten Arbeitsverträgen ist ähnlich. Das Durchschnittsalter bei Abschluss der Habilitation lag seit dem Jahr 2000 bei 40 Jahren, die Höhergruppierung zur Oberärztin bzw. zum Oberarzt erfolgte im Schnitt mit 37 Jahren. In allen drei Fällen gibt es keine signifikanten Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen.

Daraus kann geschlossen werden, dass eine Benachteiligung durch befristete Arbeitsverträge auf dem Weg zur Oberärztin bzw. zum Oberarzt und zur Habilitation Männer und Frauen gleichermaßen trifft.

Strukturell sind Frauen aufgrund der kürzeren Wochenarbeitszeiten benachteiligt.

4. Diskussion

Der Hochschulzugang stellt in Deutschland für Frauen kein Karrierehindernis dar (Statistisches Bundesamt 2012). Auch der Abschluss des Studiums und die Promotion sind im Fach der Humanmedizin keine große Hürde für Frauen.

Problematisch wird erst der weitere Aufstieg. Hier zeigt sich anhand der ausgewerteten Daten ein Defizit an Frauen bei der Erreichung der nächsten Karrierestufen.

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

Einzig die höhere Inanspruchnahme von Elternzeiten durch Frauen kann ein Hinweis für die Vielzahl von Teilzeitbeschäftigungen sein (Lind 2004).

Bundesweit werden Akademikerinnen im Durchschnitt erstmals mit 31 Jahren Mutter (Statistisches Bundesamt 2012). Die durchschnittliche Habilitationsdauer für erfolgreich angeschlossene Habilitationen betrug in Deutschland 1990–1999 im Fach Humanmedizin 8,1 Jahre (Wissenschaftsrat 2002). Nimmt man diese Daten zusammen, fallen rein rechnerisch die achtjährige Habilitationsphase mit der Zeit der Familiengründung und den ersten Jahren der Kindererziehung zusammen.

Am Ende dieser Phase stehen jedoch die Oberarztposition, die erfolgreiche Habilitation und eine mögliche Entfristung. Dort sind die größten Hürden für Frauen in der akademischen und ärztlichen Karriere, hier sinkt der Frauenanteil drastisch.

Mögliche Lösungsansätze im Bereich des akademischen Mittelbaus sind vielfältig und werden im Zusammenhang mit der geringen Repräsentanz von Frauen in den oberen Führungspositionen oft diskutiert.

Eine besonders relevante Maßnahme, um eine strukturelle Benachteiligung von Frauen überhaupt zu erkennen, ist die stetige Datenauswertung der Beschäftigungsverhältnisse in Bezug auf den akademischen Mittelbau, der den Pool für die spätere Besetzung von Chefarztpositionen bzw. W3-Professuren bildet. Ein Mangel aufgrund fehlender Förderung von Frauen auf dieser Stufe zieht sich bis in die letzte Karrierestufe hinein und lässt ein großes Potential ungenutzt. Durch die Auswertung der Beschäftigungsverhältnisse und die Anwendung des leicht zu ermittelnden GDI erhält man auf effektive Weise aufschlussreiche Daten über verdeckte Hürden für Frauen.

Für die Überwindung von Hürden im Bereich des akademischen Mittelbaus empfiehlt sich des Weiteren die Einrichtung einer individuellen Karriereplanung (Dettmer 2006) mit Betreuungsvereinbarung, die dem wissenschaftlichen Personal die Möglichkeit bietet, mit der Vorgesetzten oder dem Vorgesetzten die Karriereziele, deren Voraussetzungen und die individuelle Erreichbarkeit abzustecken. Grundsätzlich sollten hierzu

begleitend Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf eingerichtet bzw. ausgebaut werden.

Speziell für die Karriere im akademischen Mittelbau, d.h. das Erreichen einer Oberarztposition bzw. TV– L E14 und 15 sind verbindliche Kriterien für die Leistungsbewertung sowie eine standardisierte und gendergerechte Personalauswahl und –beförderung erforderlich (Peus 2014, Welpé 2014). Dies soll zum einen zu einer größtmöglichen Transparenz führen, zum anderen dem Grundsatz der Bestenauslese gerecht werden. Insbesondere bei Personen, die ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis erhalten und in der Regel älter als 40 Jahre sind, liegt der Schluss nahe, dass dieser Personenkreis nach Ablauf der Höchstbeschäftigungsdauer nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) unabhängig von ihrer individuellen Leistung übernommen werden. Um Transparenz und eine Bestenauslese zu erhalten, bietet sich daher eine turnusmäßige Mitarbeiterbewertung an, bei der mit Hilfe von Fragekatalogen die individuelle Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter evaluiert wird.

Um die genannten Maßnahmen zum Erfolg zu führen, bedarf es jedoch einer nachhaltigen Dachstruktur, wie z.B. einem Gendermonitoring, welche die Zahlen erhebt und transparent macht, Gründe für Unterschiede erforscht, wie z.B. die beobachtete geringere Wochenarbeitszeit von Frauen, Maßnahmen zusammenführt und bei verschiedenen Zielgruppen, d.h. den Fakultäten und Klinikleitungen, sichtbar macht. Die Reichweite von Einzelmaßnahmen ist als gering einzuschätzen.

5. Literaturverzeichnis

Dettmer, S.; Kaczmarczyk, G.; Bühren, A. (2006): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg. Springer

European Commission (2006): EUR 22049 – She Figures 2006 – Women and Science Statistics and Indicators, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, ISBN 92-79-01566-4.

Gedrose, B.; Wonneberger, C.; Jünger, J.; Robra, B.; Schmidt, A.; Stosch, C. et al. (2012): Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, S. 1242–1247.

Jaksztat, S.; Schindler, N.; Briedis, K. (2011): Die internationale Ausrichtung des wissenschaftlichen Nachwuchses. HIS: Forum Hochschule 10|2011. Hannover.

Kortendiek, B.; Hilgemann M.; Nielgel, J.; Hendrix, U. (2013): Gender-Report 2013. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen, <http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/fileadmin/media/media-genderreport/download/Gender->

Report_2013/netzwerk-fgf-nrw_gender-report2013-02_komplett.pdf (letzter Zugriff: 09.02.2015)

Krais, B. (2009): Wissenschaftskultur und Geschlechterrolle. In: Jutta Dalhoff und Jana Girlich (Hg.): Frauen für die Stärkung von Wissenschaft und Forschung. Konferenz im Rahmen des Europäischen Jahres für Kreativität und Innovation. Bonn.

Larivière, V.; Vignola-Gagne, E.; Villeneuve, C.; Gelinac, P.; Gingras, Y. (2011): Sex differences in research funding, productivity and impact: an analysis of Quebec university professors. In: *Scientometrics* 87: (87), 483–498.

Lind, I. (2004): Balancierung von Wissenschaft und Elternschaft im Spiegel der Forschung, soFid Frauen- und Geschlechterforschung 2004/2.

Lind, I. (2007): Ursachen der Unterrepräsentation von Wissenschaftlerinnen - individuelle Entscheidungen oder strukturelle Barrieren? In: Wissenschaftsrat (Hg.): Exzellenz in Wissenschaft und Forschung. Neue Wege der Gleichstellungspolitik. Dokumentation der Tagung am 28./29. November 2006 in Köln.

Mangematin, V.; Mandran, N.; Crozet, A. (2000): "The Careers of Social Science Doctoral Graduates in France: the Influence of How the Research was Carried Out," Grenoble Ecole de Management (Post-Print) hal-00424362, HAL.

Peus, C., Hentschel, T., & Braun, S. (2014). Erfolgsfaktor Personalauswahl: Talente für die Wissenschaft gewinnen. In: N. Hille & B. Langer (Hrsg.), Geschlechtergerechte Personalentwicklung an Hochschulen. Maßnahmen und Herausforderungen (pp. 173-195). Baden-Baden: Nomos.

Scheidegger, N. (2013): Karriere in der Wissenschaft- Wissenschaftliche Produktivität oder Netzwerkeinbindung? In: *Wissenschaftlerinnen-Rundbrief* (1), S. 8–11.

Siemianska, R. (2000): Women in Academe in Poland: Winners Among Losers, *Journal of Higher Education in Europe* 21(2), 163-172.

Statistisches Bundesamt (2012): Bildung in Deutschland 2012, Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf;
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungDeutschland5210001129004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 10.02.2015)

Statistisches Bundesamt (2012)
www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/AlterGeburtBildung.html?nn=50738 (letzter Zugriff: 10.02.2015)

Vervoorts, A.; Kreißl, C.; Kalus, A.; Henrich, B. (2013): HervorraGENDER fördern: Frauenförderung in der Medizin. In: STAFF (Hg.): STAFF-Symposium. Karriereverläufe in Forschung und Entwicklung - Bedingungen

und Perspektiven im Spannungsfeld von Organisation und Individuum.
Villingen-Schwenningen.

Welppe, I. M., Brosi, P., & Schwarzmüller, T. (2014). Wenn Gleiches unterschiedlich beurteilt wird. Die Wirkung unbewusster Vorurteile. [When the same is evaluated differently. How unconscious biases operate.]. *OrganisationsEntwicklung*, 23(4), 32-35.

Wissenschaftsrat (2002): Eckdaten und Kennzahlen zur Lage der Hochschulen von 1980 bis 2000.