GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Karrierehindernis Geschlecht? Zum Verbleib von Frauen in der Hochschulmedizin

Hendrix, Ulla; Mauer, Heike; Niegel, Jennifer

2019

https://doi.org/10.25595/2809

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hendrix, Ulla; Mauer, Heike; Niegel, Jennifer: *Karrierehindernis Geschlecht? Zum Verbleib von Frauen in der Hochschulmedizin* , in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 11 (2019) Nr: 1, 47–62. DOI: https://doi.org/10.25595/2809.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v11i1.04

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY SA 4.0 Lizenz (Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY SA 4.0 License (Attribution - ShareAlike). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Ulla Hendrix, Heike Mauer, Jennifer Niegel

Karrierehindernis Geschlecht? Zum Verbleib von Frauen in der Hochschulmedizin

Zusammenfassung

Dieser Beitrag untersucht, warum Frauen nur selten Professorinnen in der Hochschulmedizin werden, obwohl Medizinstudentinnen mittlerweile deutlich in der Mehrheit sind. Anhand einer Online-Befragung von Assistenzärzt_innen sowie von Interviews mit Akteur_innen in Schlüsselpositionen der Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten in NRW werden zwei zentrale Erklärungsansätze aus dem Feld herausgearbeitet: die Annahme, dass die mangelnde Vereinbarkeit von Hochschulmedizin und Familie für den geringen Frauenanteil auf den Professuren verantwortlich ist (1), sowie die Vermutung, dass Frauen wissenschaftliche Karriereambitionen durch falsche Strategien nicht realisieren können (2). Beide Erklärungsansätze operieren jedoch mit essentialistischen Geschlechterbildern, die für die Aufrechterhaltung ungleicher Geschlechterverhältnisse in der Hochschulmedizin zentral sind.

Schlüsselwörter
Hochschulmedizin, Wissenschaftskarriere, Frauen, Geschlechterdiskriminierung, Universitätsklinik

Summary

Gender as a barrier to advancement? Why women get lost on their career paths in university medicine

The article examines why women rarely become professors in university medicine even though the majority of medical students are female. Based on an online survey of assistant physicians as well as interviews with key actors in university hospitals and medical faculties in North Rhine-Westphalia in Germany, we present two central explanations from the field of medicine: the assumption that the lack of effective opportunities to reconcile work and family life is responsible for women being underrepresented at professorship level (1) and the assumption that women do not have successful career strategies (2). However, both explanations draw on essentialist gender images which are crucial to the persistence of the gender gap in university medicine.

Keywords
university medicine, scientific career, women, gender discrimination, university hospital

1 Einleitung

Trotz eines hohen Absolventinnenanteils ist der Anteil von Frauen in den Spitzenpositionen der Hochschulmedizin gering (Kaczmarczyk 2016). In Deutschland weist die Medizin den höchsten Gender Gap im Vergleich zu allen anderen Fächergruppen auf. Wie Kortendiek et al. (2016) zeigen, findet der Drop-out der Medizinerinnen an nordrhein-westfälischen Hochschulen vor allem in der Postdoc-Phase statt. Über zwei Drittel der bereits promovierten Assistenzärztinnen – ähnlich viele wie Männer – haben eine experimentelle Dissertation abgeschlossen und so die prinzipiellen Voraussetzungen für eine weitere wissenschaftliche Laufbahn geschaffen. Jedoch sind bei den Habilitationen – dem Qualifizierungsschritt, der Ambitionen auf eine Professur oder höhere (klinische) Führungspositionen erkennen lässt – bereits deutliche Geschlechterungleichheiten zu

erkennen: Während fast zwei Drittel der promovierten Assistenzärzte ihre Habilitation planen oder bereits an ihr arbeiten (64 %), trifft dies noch nicht einmal auf die Hälfte der promovierten Assistenzärztinnen zu (43 %). Hingegen schließen letztere eine Habilitation mehr als doppelt so häufig wie Männer für sich aus (29 % vs. 12 %) (Kortendiek et al. 2016: 380).

Im Zentrum des vorliegenden Beitrags steht die Frage, warum so wenige Frauen Professorinnen in der Hochschulmedizin werden. Bisherige Forschungen zeigen, dass dies nicht auf Leistungsunterschiede in Studium und Promotion zurückzuführen ist. Einigkeit besteht in der Diagnose eines bereits in der Assistenzzeit sichtbar werdenden „Schereneffekts zuungunsten von Frauen" (Abele 2003: 39). Dafür werden in der Literatur zwei Erklärungsstränge herangezogen.

Der erste Erklärungsstrang setzt bei den Ärztinnen selbst an: Verbreitet wird von einer geringeren Karrieremotivation von angehenden Ärztinnen aufgrund einer stärkeren Familienorientierung ausgegangen. Dies führe bereits in der Qualifizierungsphase zu einer an Vereinbarkeit ausgerichteten Berufsorientierung (vgl. Gedrose et al. 2012). Diskutiert werden u. a. die Auswirkungen von Elternschaft sowie die damit verknüpften Paar- und Familienarrangements auf die Karriereorientierung von Frauen (vgl. exemplarisch Reimann/Alfermann 2014; Rothe et al. 2013). In diesen Beiträgen werden zwar auch diskriminierende Strukturen am Arbeitsplatz (Universitäts-)Klinik benannt, stehen jedoch nicht im Fokus.

Ein zweiter Erklärungsstrang identifiziert spezifische Ausschlussmechanismen innerhalb des medizinischen Feldes selbst. So wird herausgestellt, dass Ärztinnen Familie und Karriere in Vollzeit zwar vereinbaren wollen, dabei jedoch diskriminiert werden (Radunz et al. 2016). Rothe et al. (2016) sprechen sogar von der Allgegenwart einer „maskulinen Norm" in der Medizin. Bereits in der fachärztlichen Weiterbildung trage das Ideal der ständigen Verfügbarkeit und Verausgabung dazu bei, die Medizin als ein Feld „hegemonialer Männlichkeit" zu konstituieren, das keine Zeit für Familienverpflichtungen lasse (Reimann et al. 2017). Spiegelbildlich werde Frauen aufgrund ihrer potenziellen Mutterschaft eine geringere Leistungsfähigkeit zugeschrieben.

Trotz einer Reihe von Studien über Medizinkarrieren ist die *Hochschul*karriere aus einer Geschlechterperspektive noch wenig erforscht. Sichtbar wird in den vorhandenen Studien eine Auseinandersetzung mit „Vereinbarkeit" als der dominanten Erklärung für den geringen Professorinnenanteil. Jedoch hält Färber (1995) dies nicht für das zentrale Problem. Vielmehr führten Männernetzwerke und Ausschlussmechanismen innerhalb der Professor_innenschaft zum geringen Anteil von Medizinprofessorinnen. Beaufaÿs (1999) kritisiert, dass sich gerade die einseitige Zuschreibung einer Vereinbarkeitsproblematik als marginalisierend auf Medizinerinnen in Führungspositionen auswirke. Auch neuere Befunde legen nahe, dass sich die Hochschulmedizin durch eine Exklusion von Frauen aus männerdominierten Karrierenetzwerken auszeichne (Cramer/Hanika/Diehl-Schmid 2016). Zugleich erfahren Medizinerinnen bei ihrem wissenschaftlichen Handeln (Publizieren, Laborarbeiten, Drittmitteleinwerbung) strukturelle Benachteiligungen, die dazu beitragen, dass Frauen keine Professur erreichen (Radunz et al. 2016; Pfleiderer 2017: 22f.). Insgesamt bleiben die bisherigen geschlechterbezogenen Erkenntnisse zur Karriere in der Hochschulmedizin fragmentarisch. Umgekehrt steht in den geschlechterbezogenen Studien zur Medizinkarriere die Hochschulmedizin nicht im

Fokus. Auch in der Längsschnittstudie KarMed zur Berufsorientierung angehender Ärztinnen und Ärzte spielt die Berufsoption ‚Professur' keine Rolle (vgl. van den Bussche et al. 2013).

Dieser Beitrag beleuchtet, welche Ursachen verschiedene Gruppen von Akteur_innen innerhalb der Hochschulmedizin (Nachwuchs, Leitung, Gleichstellung) für den geringen Professorinnenanteil identifizieren. Hierbei lassen wir uns von einer konstruktivistischen Perspektive des Doing Gender (West/Zimmerman: 1987) leiten, die davon ausgeht, dass Geschlechterdifferenzen interaktiv im alltäglichen Handeln hergestellt werden und – einmal konstituiert – zu ihrer eigenen Aufrechterhaltung beitragen. Auch professionelle Settings – wie die Organisation von Hochschulkarrieren – sind einer kontinuierlichen (Re-)Konstruktion unterworfen. Professionalisierungsprozesse ‚übersetzen' jedoch nicht einfach bestehende Differenzen in Geschlechterhierarchien. Vielmehr bringen hierarchische Arbeitskontexte und Professionalisierungsprozesse Geschlechterdifferenzen immer wieder neu hervor (Wetterer 1995: 19).

Mit dieser Forschungsperspektive untersuchen wir *erstens*, wie in der Hochschulmedizin Geschlechterungleichheiten produziert werden. *Zweitens* zeigen wir auf, dass die soziale Organisation der Hochschulmedizin als ‚Antwort' auf vermeintlich bereits bestehende Geschlechterdifferenzen erscheint – und zugleich als deren machtvolle Verstärkung und Legitimierung wirkt. Dies führt – so unsere These – zu einer Normalisierung von Männlichkeit und zu einer ‚Besonderung' von Ärztinnen, die nicht nur ihre Geschlechtlichkeit hervorhebt, sondern diese zugleich abwertet (vgl. Honegger 1991).

Empirisch knüpfen wir an eigene Befunde des Gender-Reports 2016 an (vgl. Kortendiek et al. 2016: 261–436).[1] Multiperspektivisch liefert dieser erstmalig Daten zum Gender Gap in der Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen und sucht nach Erklärungsansätzen für dessen Ursache. Die Sicht des potenziellen wissenschaftlichen Nachwuchses wurde durch eine Online-Befragung der Assistenzärztinnen und -ärzte aller Universitätskliniken in NRW erhoben (Rücklauf 14,6 %, n = 344). Die Ergebnisse wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet und liefern erstmals geschlechterdifferenzierte Daten über den hochschulmedizinischen Qualifizierungs- und Karriereweg, den Berufswunsch Professur und die Hindernisse auf dem Weg zur Hochschulkarriere (Kortendiek et al. 2016: 373f.).

Durch 25 Expert_inneninterviews an allen Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten in NRW wurden zudem die Perspektiven der Leitungsebene (Ärztliche Direktoren und Dekane) sowie der Gleichstellungsebene (Gleichstellungsbeauftragte der Fakultäten, Universitätskliniken und partiell der Universitäten sowie Prodekaninnen) analysiert. Im Fokus stand die Frage, warum so wenige Frauen Professorinnen werden und welche Handlungsperspektiven diese Akteur_innen sehen (Kortendiek et al. 2016: 325ff.). Für den vorliegenden Beitrag greifen wir zudem auf bislang unveröffentlichtes, im Rahmen des Gender-Reports generiertes Material zurück.

Auf dieser Basis arbeiten wir im Folgenden zwei im Feld dominante Erklärungsmuster für den geringen Frauenanteil auf der professoralen Ebene heraus: *Erstens* diskutieren wir die verbreitete Annahme, dass die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie für den geringen Frauenanteil an den Professuren der Hochschulmedizin ver-

1 Projektmitarbeiterinnen: Meike Hilgemann, Jenny Bünnig, Judith Conrads sowie die Autorinnen des vorliegenden Beitrags, Leitung: Beate Kortendiek.

antwortlich sei (2). *Zweitens* setzen wir uns mit der Unterstellung auseinander, Frauen wählten ‚falsche', nicht-erfolgversprechende Karrierestrategien (3). Dabei werden jeweils die unterschiedlichen – bisweilen ambivalenten – Perspektiven der Leitungsebene, der Gleichstellungsakteurinnen und der Assistenzärzt_innen kontrastiert. Abschließend werden anhand der Widersprüche zwischen den Perspektiven die Geschlechterkonstruktionen in der Hochschulmedizin sowie die Möglichkeiten und Hindernisse eines Kulturwandels diskutiert (4).

2 Hauptproblem ‚Vereinbarkeit'? Wie Elternschaft zu Mutterschaft wird

Die vordergründig zentrale Erklärung dafür, dass so wenige Frauen den Karriereweg in der Hochschulmedizin bis zur Professur gehen, ist der Verweis auf dessen mangelnde Vereinbarkeit mit der aktiven Verantwortung für eine Familie. Zunächst scheint es, als stimmten dieser Erklärung sowohl die befragten Leitungs- und Gleichstellungsakteur_innen als auch die Assistenzärzt_innen unumschränkt zu. Insbesondere die Rahmenbedingungen des Klinikalltags – die ausgedehnten Arbeitszeiten mit Bereitschafts-, Wochenend- und Nachtdiensten – erwiesen sich als ungünstig. Die genauere Analyse offenbart jedoch unterschiedliche Akzentuierungen und Widersprüche.

2.1 Mangelnde Vereinbarkeit als Strukturproblem der Hochschulmedizin

Die Leitungsebene benennt zunächst strukturelle Hindernisse außerhalb der Kliniken: Die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Karriere werde durch die gesetzlichen und hochschulpolitischen Rahmenbedingungen erheblich erschwert. So wirkten sich die bisherigen Mutterschutzregelungen als Karrierenachteil für Schwangere aus, da viele Labortätigkeiten aus Gründen des Arbeitsschutzes untersagt seien und deshalb Forschungsprojekte abgebrochen würden. Dies führe zu einem Verfall von Drittmitteln, da diese zeitlich gebunden sind und aufgrund von Mutterschutz oder Elternzeit nicht zurückgestellt werden könnten. Die Kombination aus Familiengründung und Forschungstätigkeit wird dementsprechend von einem Dekan als „desaströs" bewertet (Kortendiek et al. 2016: 351).

Demgegenüber betont eine Gleichstellungsakteurin, dass Vereinbarkeit zwar aufwändig, jedoch nicht das Haupthindernis einer Hochschulkarriere von Frauen sei: „alles machbar, aber es ist kein Kinderspiel" (Gleichstellungsbeauftragte [GB] 6, 721). Zudem wird die Vermutung geäußert, dass die Kliniken den Aspekt der Vereinbarkeit auch deshalb nach vorne bringen, weil etwa der Ausbau von Kita-Plätzen gut quantifizierbar sei und damit eine Auseinandersetzung mit „unbequemer[en]" Themen, d. h. mit „Machtfragen" wie etwa Entscheidungen in Gremien, vermieden werden könne (GB 4, 338f.).

Für die betroffenen Assistenzärztinnen stellen die Operationsverbote und die damit einhergehende Verlängerung der Facharztausbildung Benachteiligungen dar (Kortendiek et al. 2016: 393). Ebenso berichten Frauen, die bereits Mütter sind, von der Schwierigkeit, angesichts „unflexible[r] Kita-Öffnungszeiten" pünktlich Feierabend machen zu müssen und bei Kolleg_innen dafür Akzeptanz zu erhalten (Kortendiek et al 2016: 393).

Insofern bestätigt zunächst auch die Befragung der angehenden Fachärzt_innen, dass die Vereinbarkeit von Elternschaft mit einer wissenschaftlichen Karriere vor allem für Frauen eine Herausforderung darstellt, mit der sie sich bereits in einem frühen Karrierestadium auseinandersetzen: Jede zweite Frau (54 %), die sich vorstellen kann, Professorin zu werden, benennt Vereinbarkeit als Hindernis für eine Wissenschaftskarriere, aber nur jeder sechste Mann (16 %) (Kortendiek et al. 2016: 415). Noch deutlicher zeigt sich der Gender Gap bei der Frage nach förderlichen Bedingungen für eine Professur: Hier thematisieren fast ausschließlich Frauen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Voraussetzung für eine Wissenschaftskarriere bis zur Professur. Allerdings offenbaren sich auch Differenzen zwischen Männern mit Karrierefokus und Männern, denen ihr Privatleben und eine aktive Vaterschaft wichtig sind. So geben Männer, die keine Professur anstreben, häufig die mangelnde Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben als Grund an (Kortendiek et al. 2016: 422). Aktive Elternschaft wird auch für Väter zum Nachteil. Immerhin geben 19 % der Männer, die minderjährige Kinder betreuen (Frauen dagegen zu 62 %), an, deshalb benachteiligt worden zu sein (Kortendiek et al. 2016: 391). Auf der Leitungsebene werden Väter hingegen nicht thematisiert: Vereinbarkeit erscheint als spezifische Problematik von Müttern (Kortendiek et al. 2016: 350).

2.2 Vereinbarkeit zwischen Kulturwandel und Privatisierung

Alle befragten Expert_innen sehen es als Aufgabe der Kliniken an, für Verbesserungen der Vereinbarkeit durch Kinderbetreuungsangebote und flexible Arbeitszeitmodelle zu sorgen. Die Akteure der Leitungsebene erachten zwar einen solchen Kulturwandel an den Universitätskliniken für notwendig, verstehen sich jedoch selbst nicht als Initiatoren dieses Prozesses, der aufgrund ökonomischer Notwendigkeiten als Automatismus vorgestellt oder in den Wirkungsbereich der nachfolgenden Ärzt_innengeneration verlegt wird: Befördert durch den Fachkräftemangel könne die jüngere Generation ihre gesteigerten Ansprüche auf eine Work-Life-Balance durchsetzen und so den Klinikalltag verändern (Kortendiek et al. 2016: 354).

Die Positionen der Gleichstellungsakteurinnen sind ambivalent: Zum einen halten sie einen Kulturwandel für unabdingbar, der das Ermöglichen von Vereinbarkeit als Führungsaufgabe begreift (GB 6, 908–932). Ebenso wird bemängelt, dass Teilzeittätigkeiten zu einer deutlichen Verlängerung der Ausbildungszeiten führen, ein Umstand, der letztlich nur durch die Ärztekammern verändert werden könne (GB 1, 493–517). Zum anderen wird die Vereinbarkeitsproblematik auch als eine Frage der persönlichen Entscheidung, individuellen Prioritätensetzung und privaten Unterstützung gesehen (Kortendiek et al. 2016: 360).

Hingegen sehen die Assistenzärztinnen kaum Handlungsbedarf im Privaten (Kortendiek et al. 2016: 389). Stattdessen wünschen sich die Befragten – Frauen und Männer – spürbare Veränderungen des Klinikalltags sowie der Arbeitsorganisation; vor allem eine bessere Planbarkeit der Arbeitszeiten, etwa durch flexible Arbeits(zeit)modelle, die an die Bedarfe von Ärzt_innen mit Familienverantwortung angepasst sind und Sondersituationen (Urlaub, Krankheit der Kinder etc.) berücksichtigen. Zugleich wünschen sich die Ärzt_innen eine Begrenzung der Allzeitverfügbarkeit durch Nacht-, Schicht- und Bereitschaftsdienste sowie ein Angebot flexibler Kinderbetreuung auch während der Randzeiten

(Kortendiek et al. 2016: 431f.). Unabhängig von eigener Elternschaft kritisieren die angehenden Fachärzt_innen die gegenwärtige Organisation von Arbeit. Die Vielfachbelastung durch Forschung, Klinikalltag und Ausbildung sowie die damit einhergehende Zeitnot führen sie vor allem auf den Personalmangel in den Kliniken zurück, weshalb sie eine Aufstockung des medizinischen und nicht-medizinischen Personals fordern (Kortendiek et al. 2016: 434f.).

2.3 Stolperstein Vereinbarkeit – zwischen Realität und Konstruktion

Die Befragung der Assistenzärztinnen verdeutlicht, dass die (mangelnde) Vereinbarkeit ein doppelbödiges Karrierehindernis darstellt: *Erstens* stehen der Klinikalltag – Krankenversorgung und Weiterbildung – und erst recht das Verfolgen einer Wissenschaftskarriere einer Übernahme von Care-Arbeit diametral entgegen: Abende und Wochenenden sind häufig bereits mit Schichtdiensten oder Forschungstätigkeiten verplant. Das betrifft Frauen *und* Männer, die zu gleichen Teilen die fehlende Zeit für die wissenschaftliche Weiterqualifikation als großes Hindernis benennen (Kortendiek et al. 2016: 415). Insofern stellt eine Wissenschaftskarriere bereits für Kinderlose eine Herausforderung dar. Das erklärt jedoch noch nicht, warum insbesondere Frauen seltener eine Professur erreichen.

Zweitens offenbaren die Ergebnisse eine weitere Benachteiligungsdimension, die ausschließlich Frauen betrifft: Assistenzärztinnen wird grundsätzlich ein Vereinbarkeitsproblem unterstellt, ohne dass sie überhaupt einen Kinderwunsch artikulieren: „Man ist Ende Zwanzig und wird als potenziell jeden Moment schwanger angesehen", beklagt eine angehende Fachärztin (Kortendiek et al. 2016: 394). Junge Frauen gelten als familienorientiert und müssen selbst den Beweis erbringen, Karriereambitionen zu haben und über wissenschaftliche Kompetenzen zu verfügen. Werden sie tatsächlich Mütter, sehen sie sich von jeder Förderung ausgeschlossen: „Als Frau/Mutter vollkommen ignoriert und gar nicht unterstützt" (Kortendiek et al. 2016: 392).

Mit der Disqualifizierung von Müttern gehen institutionell weit verbreitete Vorurteile gegenüber einer Teilzeittätigkeit einher, die nach herrschender Auffassung unvereinbar mit einer wissenschaftlichen Karriere ist. So berichten teilzeitbeschäftigte Assistenzärztinnen mit wissenschaftlichen Ambitionen von einer fehlenden Förderung, ihrem Ausschluss von bestimmten Operationen und Rotationen sowie von direkten Herabsetzungen, etwa als „‚Freizeitärztin'" (Kortendiek et al. 2016: 394).

Die mangelnde Vereinbarkeit von hochschulmedizinischer Karriere und Familie stellt sich als eine zentrale Dimension heraus, durch die Frauen zu ‚Anderen' gemacht werden. Einigkeit besteht darin, dass die spezifische Kombination von Klinik und Forschung mit ihren entgrenzten Arbeitszeiten eine grundsätzliche Herausforderung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie darstellt. Gleichzeitig wird Elternschaft geschlechterdifferent zugewiesen, was sich in einer Frauen unterstellten Familienorientierung, mangelnder Förderung und direkten Abwertungen äußert. Während die ‚Besonderung' von Frauen in der klinischen Arbeitskultur maßgeblich durch ihre Versämtlichung als Mütter geschieht, wird Vaterschaft von der Leitungsebene dethematisiert und von der Organisation von Vereinbarkeit entkoppelt. Dadurch wird ausschließlich Mutterschaft als inkompatibel mit einer Hochschulkarriere in der Medizin konstruiert. Gleich-

stellungsakteurinnen durchbrechen diese Zuschreibung partiell: Einerseits fordern sie strukturelle Änderungen, andererseits betonen sie, dass Vereinbarkeit durch individuelle Anpassungsleistungen von Müttern möglich ist.

3 Hochschulkarrieren zwischen Automatismus und Defizitsicht auf Frauen

Neben dem Fokus auf das Frauen zugewiesene Problem der mangelnden Vereinbarkeit existiert ein zweites Erklärungsmuster für den Gender Gap in der Hochschulmedizin, das von modernisierten Entwürfen gleichberechtigter Karrieren ausgeht. Im Mittelpunkt stehen Vorstellungen von ‚richtigen' und ‚falschen' Karrierestrategien von Frauen.

3.1 Frauenkarrieren als Selbstläufer …

Eine gängige Hoffnung bezüglich des Gender Gap knüpft an den hohen Studentinnenanteil an, der sich – quasi automatisch – positiv auf die Spitzenpositionen auswirken werde. Insbesondere die Ärztlichen Direktoren machen sich diese Perspektive zu eigen, die auf Selbstregulierung vertraut. In diesem Zusammenhang werden das zahlenmäßige Missverhältnis zwischen Studentinnen und Professorinnen und eine – partiell eingeräumte – Diskriminierung als Hindernisse verstanden, die zukünftig aufgrund ihrer ökonomischen Dysfunktionalität von selbst verschwinden. Nachwuchsärztinnen werden als Humanressource verstanden, deren unausgeschöpftes Potenzial angesichts des ‚Fachkräftemangels' für unabdingbar gehalten wird (Kortendiek et al. 2016: 333). Für diese Integration von Frauen in die Hochschulmedizin werden Reformen, die Vereinbarkeit ermöglichen, z. B. flexible Arbeitszeitmodelle oder Kinderbetreuungsmöglichkeiten, partiell als notwendig erachtet. Dementsprechend werden Gleichstellungbeauftragte inzwischen als wichtige Akteurinnen angesehen und in Prozesse und Gremien eingebunden (Kortendiek et al. 2016: 333f.).

Aus Leitungssicht erscheint der Fachkräftemangel als Chance für junge Ärzt_innen: Sie könnten sich ihre Klinik bereits jetzt anhand der Arbeitsbedingungen aussuchen (Kortendiek et al. 2016: 353f.). Die Aussagen der Assistenzärzt_innen bestätigen jedoch nicht, dass es solche Wahlmöglichkeiten gibt. Wie in Kapitel 2.3 geschildert, klagen Frauen *und* Männer über eine hohe Arbeitsbelastung und verstehen diese als großes Hindernis für eine Wissenschaftskarriere, weil zu wenig Zeit für die eigene Forschung und Qualifizierung bleibe. Doch warum schlagen weniger Frauen als Männer den wissenschaftlichen Karriereweg ein?

3.2 … oder ‚differente' Karriereambitionen von Frauen?

Im Widerspruch zu der von ihnen selbst ins Spiel gebrachten Vision eines Selbstläufers weiblicher Karrieren in der Hochschulmedizin gehen die befragten Akteur_innen auf der Leitungs- und auf Gleichstellungsebene zugleich davon aus, dass sich viele Frauen bewusst gegen eine Karriere in der Hochschulmedizin entschieden: Sei es, wie ein Ärztlicher Direktor resümiert, weil Frauen dazu neigten, „spannungsgeladene Umfel-

der“ und einen „Wegbeißwettbewerb“ zu meiden (Kortendiek et al. 2016: 354f.); sei es, weil Frauen die Erfordernisse einer Führungsposition genauer mit ihren eigenen Bedürfnissen und privaten Lebenszielen abglichen. Beide Interpretationen betonen eine Geschlechterdifferenz: Männer – so die implizite Annahme der Leitungsebene – bewegen sich gerne in Konkurrenzsituationen und sind deshalb auch erfolgreich. Gleichstellungsakteurinnen sind hier jedoch ambivalent und verweisen darauf, dass Berufsorientierungen auch durch das männlich geprägte System der Hochschulmedizin entstehen. Die Karrieredistanz von Frauen wird weniger durch ein quasi natürliches Anderssein erklärt, sondern auch durch ihren Ausschluss von Förderung und Netzwerken:

„Aber dieser Ausschluss ist enorm. Und dann kommen eben Unwägbarkeiten und auch eine gute Entscheidung hin zu Familien oder auch: Wie viele Ellenbogen möchte ich in meiner Karriere eigentlich nutzen müssen? Und ich finde es entspannt, dass Frauen da ein bisschen auch sagen, ich mach das nicht mit dem Brecheisen.“ (GB 2, 810)

Die Annahme geschlechterdifferenter Karriereorientierungen wird zunächst durch die Befragung der Assistenzärzt_innen gestützt: Während sich 40 % der Assistenzärzte vorstellen können, zehn Jahre nach Abschluss ihrer Weiterbildung Professor in der Hochschulmedizin zu sein, liegt dieser Anteil bei den Frauen bei knapp über einem Viertel (27 %) (Kortendiek et al. 2016: 400). Allerdings muss dieser Befund mit Vorsicht interpretiert werden: So artikulieren deutlich mehr Frauen Interesse an einer Professur, als dies dem gegenwärtigen Professorinnenanteil entspricht. Möglicherweise schätzen die befragten Frauen auch realistisch ein, dass für sie eine Professur innerhalb von zehn Jahren nach Abschluss ihrer Weiterbildung nicht erreichbar ist (Kortendiek et al. 2016: 375).

Nicht bestätigt wird die verbreitete Vermutung, dass Frauen eine hochschulmedizinische Karriere seltener anstrebten, weil sie vor allem caritativ und patient_innenorientiert arbeiten wollen (Kortendiek et al. 2016: 355). Die befragten Assistenzärztinnen geben etwa genauso häufig an, ihr Fachgebiet aus wissenschaftlichem Interesse gewählt zu haben (40 %) wie aus patient_innenorientiertem Interesse (38 %), der Unterschied zu Männern ist zudem nicht groß genug, um die Differenz in den Karriereverläufen zu erklären (Kortendiek et al. 2016: 377). Außerdem geben immerhin 30 % der befragten Assistenzärztinnen an, sich aus Interesse an einer wissenschaftlichen Karriere für ein Universitätsklinikum entschieden zu haben (Kortendiek et al. 2016: 379). Somit bleibt die Frage bestehen, warum Frauen trotz ihres wissenschaftlichen Interesses so selten eine Professur in der Hochschulmedizin erreichen.

3.3 Karriereempfehlungen – Selbstoptimierung statt Strukturveränderung

Übereinstimmend betonen die befragten Expert_innen der Leitungs- und Gleichstellungsebene, dass eine Wissenschaftskarriere Leidenschaft, Zeit und Engagement erfordere. Karrierewege eröffneten sich, sobald Nachwuchswissenschaftler_innen ein Thema haben, für das sie „brennen“ (Kortendiek et al. 2016: 356f.). Dabei werden Unterschiede in den Karrierestrategien von Männern und Frauen identifiziert, die sich für Frauen negativ auswirkten. Medizinerinnen an den Universitätskliniken, so die Einschätzung, seien zwar fleißig, würden ihr Interesse an einer Leitungsposition jedoch nicht deutlich

genug bekunden (Kortendiek et al. 2016: 358). So betont ein Dekan, dass Nachwuchswissenschaftler_innen ein Profil und „eine eigene Story" benötigen (Kortendiek et al. 2016: 358). Eine Gleichstellungsbeauftragte konzediert, dass es für eine Medizinkarriere nicht ausreiche, „emsig", „fleißig" und „korrekt" zu sein – Eigenschaften, die sie zugleich als weiblich konnotiert und abwertet (GB 6, 405f.). Trotz des Eingeständnisses, dass die Karriereinteressen von Frauen bisweilen nicht wahrgenommen würden (Kortendiek et al. 2016: 355), drücken auch die Gleichstellungsakteurinnen die Überzeugung aus, dass Frauen, die Präsenz zeigen und ihre Karriereziele klar kommunizieren, die entsprechende Förderung erhalten und ihre beruflichen Ziele erreichen können. Während eine Akteurin rät, dass Frauen „erstmal zu sich selber Kontakt kriegen" sollten (Kortendiek et al. 2016: 358), reflektiert eine weitere, dass es für Frauen – im Gegensatz zu Männern – unabdingbar sei, die eigenen Karriereziele „umso lauter" zu artikulieren, da ihr Umfeld – und gerade die Klinikleitungen – Frauen zunächst prinzipiell Ambitionslosigkeit unterstellen (GB 1, 763f.).

In dieser Empfehlung offenbart sich dennoch ein meritokratisch geprägtes Verständnis von Karriere: Leistung wird belohnt und Ambitionen – einmal deutlich artikuliert – werden unterstützt, ohne Ansehen des Geschlechts. Dementsprechend können Hindernisse auf dem Karriereweg – wie etwa die fehlende Zeit für Forschung im Klinikalltag – durch individuelle Verhaltensoptimierung gemeistert werden. So sei es für Frauen wichtig, sich Raum für die eigene Forschung zu verschaffen und an sie herangetragene Aufgaben (z. B. Übernahme von Klinikdiensten) gelegentlich abzulehnen (Kortendiek et al. 2016: 359).

Doch die Empfehlungen sind widersprüchlich: Frauen sollen sich abgrenzen und zugleich den fachkulturellen Spielregeln anpassen. Dies betrifft ihren Habitus, die Anerkennung von Hierarchien, aber auch ihren unbegrenzten zeitlichen Einsatz, u. a. durch zusätzliches Engagement in Gremien (Kortendiek et al. 2016: 357f.). Damit zielen die Ratschläge für eine erfolgreiche Selbstbehauptung als Medizinerin auf Selbstoptimierung, sodass Klinikhierarchien, Machtgefälle, Benachteiligungen sowie die Normalisierung von Männlichkeit unveränderlich erscheinen.

Dennoch sind es vor allem die Gleichstellungsakteurinnen, die neben solchen individualisierenden Empfehlungen eine Strukturveränderung für notwendig erachten. Sie betonen das Erfordernis, transparente, gut organisierte Aufstiegswege zu schaffen, da dies die Chancen für eine Hochschulkarriere von Frauen deutlich verbessere. Hierbei sprechen sich einzelne Akteurinnen für rechtsverbindliche Gleichstellungsregelungen aus: „Wir müssen die Strukturen verändern … [i]ch bin eine Verfechterin der Frauenquote, anders geht das nicht" (GB 7, 976–978). Zugleich setzen sie auf Mentoring-Programme. Diese könnten nicht nur dazu genutzt werden, Frauen bei der Habilitation zu unterstützen, sondern auch für die Gestaltung eines Kulturwandels, indem das Erfahrungswissen der Mentees für den Abbau der Hindernisse, mit denen Frauen im Karriereverlauf konfrontiert sind, eingesetzt wird (Kortendiek et al. 2016: 358f.).

3.4 Zu wenig, zu spät und mit den Falschen? Netzwerken als Element der Karrierestrategie

Neben der Diagnose mangelnder Anpassung von Frauen behindert eine unzureichende und verspätete Vernetzung nach Ansicht der Expert_innen den Erfolg von Medizinerinnen. Frauen hätten Hemmungen, wichtige Personen auf Konferenzen anzusprechen und sie als „Karrieremotor oder als Buddy oder als Mentor" zu nutzen, wie es eine Gleichstellungsakteurin ausdrückt (Kortendiek et al. 2016: 361). Doch die Einschätzungen der Gleichstellungsakteurinnen sind auch hier ambivalent: So verweisen sie zugleich auf die Existenz von Seilschaften und ‚Old Boys Networks' – kurzum von Ausschlussmechanismen, die es Frauen erschweren, überhaupt in solche Netzwerke aufgenommen zu werden und von ihnen zu profitieren (Kortendiek et al. 2016: 361).

Eine Gleichstellungsbeauftragte rekurriert auf ihre Erfahrung, dass Männer und Frauen im System der Hochschulmedizin nicht nach gleichen Maßstäben gefördert werden und Männer häufig gar nicht mit dem Problem konfrontiert sind, sich aktiv in ein Netzwerk einbringen zu müssen:

„Und damit fehlt [Frauen] dann das wichtige Element, was in den Netzwerken für die Unterstützung von männlichen Bewerbern dann auch in Berufungsverfahren da ist, dass da dann doch ganz viel so Rückenwind von den Heimatuniversitäten auch oft mit dabei ist und wenn es nur das Coaching ist vor so einem Berufungsgespräch" (GB 1, 771f.).

Dass sich karriereorientierte Frauen in einem männlich dominierten Kontext arrangieren müssen, zeigt sich etwa daran, dass jeder dritte angehende Facharzt mit dem Ziel Professur angibt, seine informellen Netzwerke bestünden mehrheitlich aus Personen des eigenen Geschlechts, während dies nur bei jeder sechsten Frau der Fall ist (Kortendiek et al. 2016: 412). Zugleich erhalten wissenschaftsinteressierte Assistenzärztinnen nur erschwert Zugang zu einem – für Karrieren entscheidenden – hierarchieübergreifenden Austausch mit Professor_innen und sie sind seltener Mitglieder in den Fachgesellschaften (Kortendiek et al. 2016: 386). Unabhängig von dem Berufsziel Professur erleben Frauen weniger persönliche Unterstützung als ihre männlichen Kollegen (Kortendiek et al. 2016: 410f.). Insofern profitieren Männer derart von einer homosozialen Kooptation (Meuser 2014), dass eine explizite Kommunikation eigener ambitionierter Karriereziele häufig nicht erforderlich ist.

3.5 Wettkampf und Konkurrenz unter ungleichen Bedingungen

Entgegen diesen Befunden, die auf Benachteiligungen von Ärztinnen bei entscheidenden Förderstrukturen hindeuten, erscheinen Frauen den leitenden Akteuren als ‚weniger passfähig' – oder als weniger gewillt, diese Passfähigkeit herzustellen, sodass sie die sozialen und fachkulturellen Erfordernisse einer medizinischen Hochschulkarriere seltener erfüllen. Darunter fällt die ‚Lust am Wettbewerb', etwa im Hinblick auf die Akquise von Drittmitteln und das Platzieren von Publikationen – Prozesse, deren Erfolg nicht kalkuliert werden kann und die deshalb mit einem hohen Unsicherheitsfaktor verbunden sind. Frauen, so der Tenor, scheuten es tendenziell, solche Risiken einzugehen (Kortendiek et al. 2016: 354f.).

Auch die Befragung der Assistenzärzt_innen bestätigt, dass Männer eher in Konkurrenzkämpfe verwickelt sind als Frauen: Jeder dritte Mann, aber nur jede vierte Frau wird nach eigener Einschätzung von anderen als Konkurrenz wahrgenommen. Jeder fünfte Mann, aber nur jede achte Frau sieht selbst andere als Konkurrenz (Kortendiek et al. 2016: 382f.). Während Konkurrenzverhalten von den Assistenzärzt_innen als ‚passfähiges' Verhalten in der Hochschulmedizin geschildert wird, erfahren Menschen mit teamorientiertem Arbeitsstil Benachteiligungen, die geschlechtlich codiert werden: „teamorientiertes Arbeiten benachteiligt gegenüber [der] Ellenbogen-Mentalität der männlichen Kollegen" (Kortendiek et al. 2016: 396). Benachteiligungen erfahren jedoch auch Männer, die nicht der Norm entsprechen: „[…] dass man von Oberärzten als vorsichtiger, zurückhaltender Mensch bei den vielen ‚Blendern' drumherum als inkompetent oder zumindest ‚langsam' eingeschätzt wird" (Kortendiek et al. 2016: 396). Dies deutet darauf hin, dass nur eine bestimmte Form von Männlichkeit, die sich forsch und zielstrebig inszeniert, in der hochschulmedizinischen Arbeitskultur als förderungswürdig wahrgenommen und belohnt wird.

Trotz dieser Einschränkung sind es mit großer Mehrheit Frauen, die im Wettbewerb um eine Medizinkarriere zurückbleiben. Assistenzärztinnen geben mit 59 % nicht nur mehrheitlich, sondern mehr als doppelt so häufig wie Assistenzärzte (28 %) an, Benachteiligungen erfahren zu haben. Eine entscheidende Rolle spielen Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts, die etwas mehr als die Hälfte der Frauen (53 %) erlebt hat – gegenüber knapp einem Zehntel der Männer (9 %) (Kortendiek et al. 2016: 390f.).[2]

42 % der Ärztinnen mit Benachteiligungserfahrungen gaben an, dass Frauen in ihrer Karriere behindert, Männer hingegen bevorzugt würden, u. a. durch einen ungleichen Zugang zu Rotations- und Forschungsstellen und eine intransparente Vergabepraxis. Zugleich berichtet knapp jede fünfte Frau, dass Ärztinnen fachliche Kompetenzen und eigene Karriereambitionen abgesprochen würden; jede zehnte Frau, die Diskriminierung erlebt hat, war mit sexualisierter Belästigung in Form von Herabsetzungen oder ‚Witzen' konfrontiert (Kortendiek et al. 2016: 392f.). Auch die Gleichstellungsakteurinnen berichten von Diskriminierungen, die sich etwa in Gestalt von stereotypen Bildern des idealtypisch männlichen Arztes und Professors äußern (Kortendiek et al. 2016: 361). So gaben männliche Mitglieder einer Berufungskommission offen zu, dass sie sich unter einem ‚Chirurgen' einen großen, älteren Mann mit grauen Schläfen vorstellen (Kortendiek et al. 2016: 357). Die hier hervortretende androzentrische Norm von Professorabilität trägt entscheidend dazu bei, dass Frauen in der Hochschulmedizin als ‚Andere' konstruiert werden.

Die Befunde zeugen von Wettbewerb unter ungleichen Bedingungen: Frauen sind oft keine Konkurrenz ‚auf Augenhöhe' für Männer, da ihnen von vornherein Karriereambitionen und die dafür nötige Kompetenz abgesprochen werden. Frauen, die eine Karriere in der Hochschulmedizin verfolgen (wollen), sind nicht nur mit subtilen Zugangsbarrieren zu Netzwerken und wissenschaftlicher Förderung konfrontiert, sondern auch mit direkter Benachteiligung in Form von herabsetzender Ansprache. Zugleich

2 Die genauere Analyse zeigt, dass Männer beginnen, Frauen als Konkurrenz wahrzunehmen, sobald diese explizit gefördert werden. Frauenförderprogramme werden von einigen Assistenzärzten als Zurücksetzung wahrgenommen, denn Förderung ist ein knappes und umkämpftes Gut im Klinikalltag (Kortendiek et al. 2016: 400).

werden diese vor allem von den Assistenzärzt_innen benannten strukturellen Benachteiligungen von den befragten Akteur_innen der Leitungsebene kaum aufgegriffen. Als widersprüchlich erweisen sich die Positionen der Gleichstellungsakteurinnen, die Benachteiligungen identifizieren und dennoch zumeist eine Optimierung individueller Karrierestrategien von Frauen empfehlen.

4 Fazit

Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags war die Frage, warum so wenige Frauen Professorinnen in der Hochschulmedizin werden. Auf der Datenbasis des Gender-Reports 2016 analysierten wir die Einschätzungen unterschiedlicher Akteur_innen aus dem Feld. Aus der Gegenüberstellung der Perspektiven der Leitungsebene, der Gleichstellungsakteurinnen sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses wurden zwei zentrale Erklärungsmuster herausgearbeitet, die im Feld in ambivalenter Form verhandelt werden.

Das erste Erklärungsmuster, die *mangelnde Vereinbarkeit* einer hochschulmedizinischen Karriere mit einer Familie, knüpft an die ausgedehnten und unplanbaren klinischen Arbeitszeiten an, die dazu führen, dass Assistenzärzt_innen ihre wissenschaftliche Qualifizierung in ihrer Freizeit betreiben müssen. Elternschaft und Vereinbarkeit werden jedoch einzig im Zuständigkeitsbereich der Ärztinnen verortet. Hier öffnet insbesondere die Befragung der Assistenzärzt_innen den Blick auf diskriminierende Praxen: Frauen wird generell und unabhängig von ihren eigenen Plänen eine Orientierung an Familie und Mutterschaft unterstellt, hinter die etwaige wissenschaftliche Karriereambitionen zurücktreten. Daran gekoppelt sind mangelnde Förderung und eine Benachteiligung von Teilzeittätigen. Verstärkt wird dieses Phänomen auch dadurch, dass (potenzielle) aktive Väter eine Karriere innerhalb der Hochschulmedizin häufig für sich ausschließen. Vaterschaft wird von der Leitungsebene dethematisiert und bleibt unsichtbar. Diese Kultur der „internalisierten Fraglosigkeit tradierter Familienmodelle“ (Reimann et al. 2017: 92) scheint in allen Erhebungen auf – jedoch mit unterschiedlichen Akzentuierungen. Während vor allem Akteur_innen auf der Leitungsebene die Realisierung eines Kulturwandels in die nächste Generation verlegen, betonen Gleichstellungsakteurinnen die Herausforderung, aber auch die Machbarkeit von Vereinbarkeit.

Die zweite im Feld dominante Erklärung für die Ursachen des Gender Gap fokussiert auf vermeintlich *‚falsche‘ Karrierestrategien* von Frauen. Dieses auf der Leitungsebene, aber zum Teil auch auf der Gleichstellungsebene verbreitete Argumentationsmuster setzt auf der individuellen Ebene an, indem das Handeln von Frauen – im Gegensatz zu dem von Männern – als defizitär (weniger wettbewerbs- und netzwerkorientiert) beurteilt wird. Ärztinnen müssen individuell beweisen, eine Ausnahme im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossinnen darzustellen, und sich an den (männlichen) ‚Normalfall‘ anpassen, indem sie sich Strategien der Dominanz aneignen. Dementsprechend zielen viele Handlungsempfehlungen der befragten institutionellen Akteur_innen darauf, Frauen für das System der Hochschulmedizin zu ‚optimieren‘. Dabei wird allerdings kaum reflektiert, wer in diesem System Gehör findet und welche ‚Stories‘ passfähig erscheinen. Hierdurch bleiben hegemoniale Formen von Männlichkeit (Rothe et al. 2016) und daran gebundene Normen von Professionalität und Professorabilität unsicht-

bar. Die Arbeitskultur in Kliniken bevorzugt einen Typus von Männlichkeit, der durch Selbstdarstellung, Konkurrenzverhalten sowie eine allumfassende Orientierung an Erwerbsarbeit und folglich durch das Ausblenden von Care-Aufgaben gekennzeichnet ist. Dadurch weist die soziale Organisation von Wissenschaftskarrieren einen Geschlechterbias auf, der Frauen systematisch entmutigt, sich dem wissenschaftlichen Wettbewerb zu stellen, und der sie aktiv in ihrem Karriereerfolg behindert.

Zusammengenommen können die beiden Erklärungsmuster, die vonseiten der Leitungsebenen für den Gender Gap gegeben werden, als ‚geschlechterstereotype Individualisierung' bezeichnet werden, die Frauen versämtlicht *und zugleich* individualisiert: Als Hauptursachen für den Gender Gap werden geschlechterspezifische Präferenzen von Frauen benannt – Familienorientierung, ‚falsche' Karrierestrategien und ihr vermeintlich mangelnder Wille zu Macht. Handlungsansätze werden dementsprechend vor allem bei den Frauen selbst verortet: bei einer Veränderung ihrer Motivlagen und ihres Verhaltens. Dies bedingt umgekehrt eine Defokussierung von Männern – als Vorgesetzte, als Konkurrenten, aber auch als Väter: So werden Männer zu denjenigen gemacht, die die Spielregeln kennen, sich im Wettbewerb zu platzieren wissen, gut vernetzt sind und die ihnen daraus erwachsenden Karrierevorteile unabhängig von ihrer Familiensituation nutzen können.

Diese Sichtweise blendet fachkulturelle, soziale, organisationale und institutionelle Rahmenbedingungen, wie sie von den Gleichstellungsakteurinnen und den befragten Assistenzärzt_innen benannt werden, als potenzielle Ursachen des Gender Gap aus und immunisiert die Hochschulmedizin zugleich gegen den Vorwurf der Geschlechterdiskriminierung. Aus Sicht der Leitung ‚erledigt' sich der Gender Gap durch den hohen Anteil junger Medizinerinnen von selbst – zugleich werden Frauen jedoch Karrierestrategien unterstellt, die ihren Erfolg verhindern. Ebenso schwanken die Einschätzungen der Gleichstellungsakteurinnen zwischen einer individualisierenden Zuschreibung der Erfolgsverantwortung an Frauen und der Benennung von Diskriminierungen. Die befragten Assistenzärzt_innen benennen die Mechanismen am deutlichsten, die Frauen einen Ausstieg aus einer hochschulmedizinischen Karriere nahelegen.

In den heterogenen und ambivalenten Einschätzungen spiegeln sich die unterschiedlichen sozialen Positionen, die die Befragten im System der Hochschulmedizin und in der Hierarchie einnehmen: Führungskräfte, die Schlüsselpositionen der Arbeitgeber_innenseite besetzen, Gleichstellungsakteurinnen, die häufig selbst Medizinprofessorinnen sind und deshalb sowohl um Diskriminierungen als auch um die Möglichkeiten individueller Karriereerfolge wissen, und Assistenzärzt_innen als Neulinge im Feld, die es vom unteren Ende der ärztlichen Hierarchie aus kennenlernen.

Wir haben zudem aufgezeigt, dass am Doing Gender, an der Konstruktion einer Differenz zwischen Frauen als den ‚Anderen' (weniger Karriereorientierten), ‚Besonderen' (potenziellen Müttern) oder ‚Defizitären' (schlechter Vernetzten) und einer androzentrischen Norm die befragten Akteur_innen der Leitungs- und auch der Gleichstellungsebene selbst beteiligt sind. Offene Geschlechterdiskriminierung erscheint inzwischen jedoch als dysfunktional, auch angesichts eines ‚Fachkräftemangels' und der abnehmenden Bereitschaft von Männern zur medizinischen Hochschulkarriere. Von daher entwickelt sich zurzeit mit Blick auf die Karrieren von Frauen – parallel zur nach wie vor dominierenden ‚Logik der Differenz' – eine ‚Logik der Gleichheit'.

Die hier herausgearbeiteten Strategien der Leitungsebene bleiben einem Universalismus verpflichtet, der sich als Androzentrismus entpuppt, indem er männliche Normen verallgemeinert und Gleichbehandlung an soziale Ähnlichkeit knüpft. Andrea Maihofer (1990) hat dies als „Gleichheit nur für Gleiche" kritisiert, deren Logik die Ungleichbehandlung von Ungleichen legitim erscheinen lässt. Wir haben gezeigt, wie in der Hochschulmedizin Hierarchien mit ‚Geschlechterdifferenzen' aufgeladen werden (Wetterer 1995) – die nicht essentialistisch zu verstehen sind, sondern vielmehr durch die Akteur_innen im Feld hervorgebracht werden. Insofern ist es fatal, wenn die Strategien zur Verminderung des Gender Gap in der Hochschulmedizin auf der individuellen Ebene verbleiben und nicht auf eine grundlegende Veränderung der sozialen Organisation der Hochschulmedizin zielen. Denn auf diese Weise bleibt die Norm hegemonialer Männlichkeit unangetastet. Dies stellt das politische Ziel, Geschlechtergerechtigkeit in der Hochschulmedizin herzustellen, vor ein Gleichheits- und Differenzdilemma (vgl. Maihofer 1997): ‚Gleichheit' verspricht nur ‚Angleichung' an männliche Standards, während die Differenzperspektive als Bestätigung essentialistisch aufgefasster Unterschiede zwischen Männern und Frauen missverstanden wird. Ein Kulturwandel kann nur gelingen, wenn die Hochschulmedizin die bislang nicht-hegemonialen Perspektiven unabhängig von einer geschlechtlichen Zuordnung integriert.

Literaturverzeichnis

Abele, Andrea E. (2003). Ärztinnen und Ärzte vom zweiten Staatsexamen bis zur Facharztausbildung. In Andrea E. Abele, Ernst-H. Hoff & Hans-Uwe Hohner (Hrsg.), *Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg* (S. 29–42). Heidelberg: Asanger.

Beaufaÿs, Sandra (1999). Mit freiem Kopf arbeiten: Familie und Beruf aus der Sicht von Medizinerinnen in Führungspositionen. In Ayla Neusel & Angelika Wetterer (Hrsg.), *Vielfältige Verschiedenheiten: Geschlechterverhältnisse in Studium, Hochschule und Beruf* (S. 305–326). Frankfurt/Main: Campus.

Cramer, Barbara; Hanika, Monika & Diehl-Schmid, Janine (2016). Küche, Kinder, Professur? Die wissenschaftliche Karriere von Ärztinnen in der Hochschulmedizin. *Beiträge zur Hochschulforschung, 38*(1–2), 190–219.

Färber, Christine (1995). Wo bleiben die Professorinnen der Medizin? Karrierehemmnisse für Frauen im ärztlichen Beruf. *Jahrbuch für Kritische Medizin* (Frauen. Gesundheit), (24), 14–27.

Gedrose, Benjamin; Wonneberger, Carsten; Jünger, Jana; Robra, Bernt-Peter; Schmidt, Anita; Stosch, Christoph; Wagner, Richard; Scherer, Martin; Pöge, Kathleen; Rothe, Katharina & van den Bussche, Hendrik (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137*(23), 1242–1247.

Honegger, Claudia (1991). *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib (1750-1850).* Frankfurt/Main: Campus.

Kaczmarczyk, Gabriele (2016). *Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin*. Berlin. Zugriff am 25. Juli 2018 unter https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf.

Kortendiek, Beate; Hendrix, Ulla; Hilgemann, Meike; Niegel, Jennifer; Bünnig, Jenny; Conrads, Judith & Mauer, Heike (2016). *Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an*

nordrhein-westfälischen Hochschulen. Hochschulentwicklungen. Gleichstellungspraktiken. Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW (Nr. 25), Essen.

Maihofer, Andrea (1990). Gleichheit nur für Gleiche? In Ute Gerhard, Mechthild Jansen, Andrea Maihofer, Pia Schmid & Irmgard Schultz (Hrsg.), *Differenz und Gleichheit. Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht* (S. 351–367). Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.

Maihofer, Andrea (1997). Gleichheit und/oder Differenz. Zum Verlauf einer Debatte. In Birgit Sauer & Eva Kreisky (Hrsg.), *Geschlechterverhältnisse im Kontext politischer Transformation* (S. 155–176). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Meuser, Michael (2014). Homosoziale Kooptation – berufliche Karriere und männliche Vergemeinschaftung. In Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW (Hrsg.), *Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Wissenschaftskarrieren – Potenziale und Perspektiven* (S. 20–27). Düsseldorf.

Pfleiderer, Bettina (2017). Nicht die Frauen sind das Problem, sondern die Strukturen ... In Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW (Hrsg.), *Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin* (S. 20–25). Düsseldorf.

Radunz, Sonia; Hoyer, Dieter; Kaiser, Gernot; Paul, Andreas & Schulze, Maren (2016). Career intentions of female surgeons in German liver transplant centers considering family and lifestyle priorities. *Langenbeck's Archives of Surgery, 402*(1), 143–148. https://doi.org/10.1007/s00423-016-1434-z

Reimann, Swantje & Alfermann, Dorothee (2014). Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen. Eine Fallrekonstruktion. *Zeitschrift für Familienforschung, 26*(2), 169–198. https://doi.org/10.3224/zff.v26i2.16525

Reimann, Swantje; Schacht, Robert; Sachse, Catherina & Alfermann, Dorothee (2017). „Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will". Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien, 23*(1), 87–104.

Rothe, Katharina; Deutschbein, Johannes; Wonneberger, Carsten & Alfermann, Dorothee (2016). Zwischen ‚Arzt spielen', ‚Work-Life-Balance' und ‚Highend-Medizin'. Wird ‚hegemoniale Männlichkeit' in der Medizin herausgefordert? *Forum Qualitative Sozialforschung, 17*(1), Zugriff am 27. August 2018 unter http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1601159.

Rothe, Katharina; Pöge, Kathleen; Wonneberger, Carsten & Alfermann, Dorothee (2013). „Na ja, ist ja per se keine Krankheit." Schwangerschaft, Mutterschaft und Karrierebrüche bei Ärztinnen. *Journal für Psychologie*, *21*(2), 1–26.

Van den Bussche, Hendrik; Jünger, Jana; Robra, Bernt-Peter; Schmidt, Anita; Stosch, Christoph; Wagner, Richard; Scherer, Martin; Pöge, Kathleen; Alfermann, Dorothee; Wonneberger, Carsten & Gedrose, Benjamin (2013). Berufsvorstellungen, berufliche Lage und soziale Situation von Ärztinnen und Ärzten am Studienende und zu Weiterbildungsbeginn – erste Ergebnisse der KarMed-Studie. In Christoph Fuchs, Thea Koch & Peter C. Scriba (Hrsg.), *Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung* (S. 149–161). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

West, Candace & Zimmerman, Don H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, *1*(2), 125–151.

Wetterer, Angelika (1995). Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen. Einleitung. In Angelika Wetterer (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen* (S. 11–28). Frankfurt/Main: Campus.

Zu den Personen

Ulla Hendrix, Dipl.-Soz.-Wiss., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: geschlechterbezogene Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Arbeits- und Organisationssoziologie.
E-Mail: ulla.hendrix@netzwerk-fgf.nrw.de

Heike Mauer, Dr., Politikwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Gleichstellungsforschung, Intersektionalitätsforschung, Antifeminismus und Rechtspopulismus.
E-Mail: heike.mauer@netzwerk-fgf.nrw.de

Jennifer Niegel, Dipl.-Soz.-Wiss., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: geschlechterbezogene Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Sozialforschung.
E-Mail: jennifer.niegel@netzwerk-fgf.nrw.de