

5. Auswertung zahnmedizinischer Dissertationen von Autorinnen aus der BRD und der DDR

Ausgewertet wurden 164 Arbeiten aus der BRD (Promotionszeitraum 1955-89) und 165 Arbeiten aus der DDR (Promotionszeitraum 1949-90). Als Vergleichsmaßstab für die Validität der wissenschaftlichen Dissertationen lag folgende Dokumentation für die BRD vor, die für den Zeitraum 1965 bis 1989 (gemäß Tabelle nach Höhl 1995, Tabellenanhang, S. 1) 15.382 zahnmedizinische Dissertationen, davon 3.400 von weiblichen Autoren, nachwies.

Daten für den Zeitraum vor 1965 (BRD) waren in dieser tabellarischen Dokumentation nicht ermittelbar. Amtliche Vergleichsdaten für die DDR waren ebenfalls nicht gegeben. Eine Vollauswertung aller im Zeitraum 1949-90 (zeitliche Spannbreite der vorliegenden Untersuchung) erstellten zahnmedizinischen Dissertationen war allein schon aus zeitlichen Gründen unmöglich (siehe absolute Zahlen oben).

Die Frage muss daher lauten, inwieweit die vorgenommene Auswahl für den Grundpool der Arbeit – der wiederum in Anbetracht der o.g. Datensachverhalte (Bezug BRD, keine Daten vor 1965) nur eingeschränkt zu erfassen war – aussagekräftig ist. Die Frage lässt sich auf zwei Ebenen beantworten:

Bei den vorliegend ausgewerteten Arbeiten (Dissertationen) handelt es sich um Material, das von PD Lothar Mertens (†) in den Jahren 1995-2005 insbesondere aus Beständen der deutschen National- und Zentralbibliotheken Frankfurt (Main) und Leipzig, aber auch weiteren namentlich nicht bekannten Bibliotheksbeständen rekrutiert bzw. vervielfältigt wurde. Über die genauen Modalitäten der Materialbeschaffung lässt sich aufgrund des Todes von PD Mertens nichts aussagen (verwiesen sei jedoch auf die Aufstellung, um welche Dissertationen es sich handelte; s. Anhang der vorliegenden Arbeit). Anhand der Arbeiten konnten jeweils die Autorinnen, Titel, Ausrichtungen und Zielstellungen der Arbeiten, sowie – soweit existent – sämtliche Angaben zu den Lebensläufen, zu beruflichen Tätigkeiten, politischen Aktivitäten etc. der Autorinnen erfasst werden.

Aufgrund der Anzahl der Arbeiten (Summe: 329) und der Erfassung der zuvor genannten Angaben konnte der Annahme, dass die Zahnmedizin-Dissertationen für den Grundpool von

Zahnmedizin-Doktorandinnen aus beiden deutschen Staaten bis zum Vollzug der Wiedervereinigung aussagefähig sind, zumindest eine gewisse Plausibilität unterstellt werden. Diese Annahme war durch weitergehende statistische Überprüfungen abzusichern, die sich insbesondere auf die Parameter „Quantität“, „Zeit“ und „Ort“ (Promotionsstätte) erstrecken sollten. Selbstkritisch ist dahingehend einzuschränken, dass vom Erreichen tatsächlicher Repräsentativitätskriterien in Bezug auf besagten Grundpool NICHT auszugehen war, da hierfür eine weitgehende Kenntnis der Stichprobenwahl und auch genaue Angaben zum vorliegenden Modus der Materialbeschaffung erforderlich gewesen wären (insofern sei nachfolgend nicht von der Prüfung der Repräsentativität des Materials, sondern – zurückhaltender – von der Prüfung dessen Aussagegehaltes gesprochen). Dargestellt seien die Prüfschritte 1 und 2 und die daraus zu ziehenden statistischen Schlüsse:

Prüfschritt 1:

Die zuvor bereits genannten Daten von 1965-89 (Höhl 1995, Tabellenanhang, S. 1) weisen 23 Universitäten der BRD mit Promotionsabnahmen im Bereich der Zahnmedizin aus. Von diesen Universitäten wurden in der eigenen Auswahl (Subgruppe BRD, n=164 Fälle bzw. Arbeiten) nahezu alle, nämlich 20, mit dort erfolgten Promotionen in der Zahnmedizin berücksichtigt („Homburg/Saar“ >> unter Saarbrücken, nicht berücksichtigt werden konnten Aachen, Regensburg, Ulm). Für die 20 deckungsgleichen Universitäten lassen sich beide Datensätze in eine Rangreihe hinsichtlich der jeweiligen Promotionshäufigkeiten bringen, absteigend von der Universität mit den meisten Promotionen (1) bis zur Hochschule mit den wenigsten Zahl (20). Im Falle des Datensatzes (Tabelle) war keine Anpassung der Verbundwerte erforderlich. Bei der eigenen Auswahl waren hingegen für einige Universitäten gleiche Ränge gegeben (etwa Freiburg-München-Münster oder Hamburg-Würzburg, siehe auch Tabelle „Verteilung der Promotionsstätten...“) und diese Verbundwerte waren nach dem üblichen Vorgehen anzupassen (Siegel 2001).

Der Abgleich beider Rangreihen mittels des hier geeigneten Verfahrens nach Spearman (Rangsummen-R) ergab eine sehr hohe R von 0,76 ($p < 0,001$, ohne Paar Homburg/Saar – Saarbrücken: $R = 0,72$, $p < 0,001$). Bei Berücksichtigung nur jener Arbeiten für die Rangreihung, die auch in der eigenen Auswahl BRD zwischen 1965 und 1989 (also ohne Promotionen 1955 bis einschließlich 1964) erfolgt waren, lag ein ähnlicher Befund vor ($R = 0,67$, $p < 0,01$). Die hier gemachten statistischen Aussagen lassen sich nachvollziehen, indem die aus dem Tabellenanhang (Höhl) zu

bildenden Ränge mit den Rängen gemäß Tabelle 13 (siehe nachfolgend) in Beziehung gesetzt werden [einseitiger Signifikanzschluss nach üblichem $p(\alpha) = 5 \%$].

Inwieweit die vorliegende Auswahl der DDR-Arbeiten „repräsentativ“ bzw. aussagekräftig ist, lässt sich statistisch allerdings mit diesem Prüfschritt 1 nicht entscheiden. Für einen zumindest ansatzweise gegebenen Aussagegehalt spricht, dass neun DDR-Einrichtungen Berücksichtigung fanden und die zahnmedizinischen Ausbildungsstrukturen bzw. Promotionsstätten der DDR somit weitflächig abgedeckt waren (s. wiederum bestehende Tab. 13 „Verteilung der Promotionsstätten...“). Die relativ hohe Gewichtung der Greifswalder Universität und der Dresdner Medizinischen Akademie ist insoweit begründet, als es sich hierbei um Einrichtungen handelte, die nach 1949 staatlich intensiv auch unter dem Blickwinkel sozialistischer Frauenförderung begünstigt wurden und – im Fall von Greifswald – die Versorgung des auch seinerzeit bereits vergleichsweise strukturschwachen Nordostens (Mecklenburg-Vorpommern) gewährleisten sollten.

Prüfschritt 2:

Es wurden die Hochschul-Verzeichnisse (HV) nach den zahnmedizinischen Dissertationen aus BRD und DDR für den rund 40jährigen Untersuchungszeitraum überprüft. Dabei wurden – anhand der Vornamen und der Arbeitstitel – diejenigen Arbeiten mit weiblicher Verfasserschaft (anhand der Vornamen) und zahnmedizinischer Dissertationsthematik herausgefiltert. Jedoch hätte dieses Prozedere für JEDES Jahr des Untersuchungszeitraums einen schlichtweg unerfüllbaren Aufwand bedeutet (tausende Arbeiten). Als Alternative wurde daher für jedes der vier Jahrzehnte ein Quasimitteljahr zugrunde gelegt und dieses komplett durchgemustert. Für dieses Mitteljahr war angesichts der Gesamtmenge der resultierenden Arbeiten (HV: 381 Dissertationen) von einer faktischen Aussagekraft für die jeweilige Dekade auszugehen.

Die Ergebnisse des jeweiligen Mitteljahres, stellvertretend stets für eine der vier Dekaden, konnten sodann mit den Intervallangaben (Jahrzehnte) der eigenen Studie (329 Dissertationen) hinsichtlich Anzahl (Quantität) und Ort (Promotionsstätte) abgeglichen werden. Zudem wurde nach dem Zeitfaktor (Jahrzehnte) getrennt, zusätzlich aber auch ein Gesamtvergleich vorgenommen. Der Abgleich erfolgte wiederum mit dem zuvor beschriebenen nonparametrischen Verfahren nach Spearman (Rangkorrelation). (die Arbeiten zu den vier Quasimitteljahren finden

sich im Anhang der Arbeit exakt und namentlich nachgewiesen, ebenfalls im Anhang finden sich die Daten, die den Berechnungen der Rangkorrelationen zugrunde gelegt wurden)

Es ergab sich folgendes Muster – gesamt und nach „Zeit“ geordnet – zum Zusammenhang der Reihungen (hier exakt 31 reihungsdeterminierende Einheiten, siehe Anhangtabelle für alle notwendigen Erläuterungen):

- Gesamtvergleich, R (eigene Erhebung) : HV-Erhebung: 0,49, $p < 0,01$.
- Abgleich für die 1950er Jahre (wobei das Jahr 1949 dem Intervall 1950-1959) zugeordnet wurde, R (eigene Erhebung) : HV-Erhebung: -0,18, nonsignifikant.
- Abgleich für die 1960er Jahre (1960-1969), R (eigene Erhebung) : HV-Erhebung: 0,38, $p < 0,05$.
- Abgleich für die 1970er Jahre (1970-1979), R (eigene Erhebung) : HV-Erhebung: 0,55, $p < 0,001$.
- Abgleich für die 1980er Jahre (1980-1989 und 1990 einschließlich), R (eigene Erhebung) : HV-Erhebung: 0,57, $p < 0,001$.

Aus den statistischen Daten kann die Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass sich das eigene Datenmaterial mit der zur Überprüfung vorgenommenen Fremderhebung (HV) insgesamt und für die 1960, 1970er und 1980er Jahre vertretbar abdeckte. Für die 1950er Jahre war dies allerdings nicht der Fall. In der Gesamtbetrachtung lässt sich somit der Schluss auf hinsichtlich der räumlichen und zeitlichen Dimension aussagekräftiges Eigenmaterial ziehen (s. auch Prüfschritt 1), nicht jedoch – und dies ist wiederum selbstkritisch einzuräumen – auf tatsächlich repräsentatives Eigenmaterial (im Ganzen vergleichbare Wertungen hätten sich im Übrigen auch bei Anwendung anderer angemessener statistischer Prüfverfahren ergeben, etwa Chi-Quadrat-Tafeln, Kontingenzkoeffizienten).

5.1. Die Stichprobe

Die Stichprobe oder Fallzahl umfasste insgesamt n=329 Lebensläufe der Doktorarbeiten (bzw. Promovendinnen). Davon waren n=164 Doktorarbeiten (49,8 Prozent) der Gruppe „BRD“ und n=165 (50,2 Prozent) der Gruppe „DDR“ zuzuordnen. Ohne den weiteren Ergebnisdarstellungen voraus zu greifen, sei bereits an dieser Stelle kurz konstatiert, dass die verschiedenen Erhebungsvariablen zumeist nicht vollständig vorlagen; d.h. Unterschreitungen der Vollzahl von n=329 waren hinzunehmen. Dieser Umstand ist aber nicht als problematisch zu erachten, sondern widerspiegelt letztlich die empirische Berichterlegungsrealität (teils fehlende bzw. uneindeutige Einträge im Primär-/Ausgangsmaterial).

5.2. Geburtsjahr und Lebensalter der Zahnärztinnen im Vergleich zum Jahr 2006

Geburtsjahr: ¹

Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe: 1910, 1963.

Minimum, Maximum in der Gruppe BRD: 1927, 1963.

Minimum, Maximum in der Gruppe DDR: 1910, 1962.

Tabelle 5: Verteilung der nach Intervallen geordneten Geburtsjahrgänge in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)

Geburtsjahrgang	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
1901-15	0,34	0,00	0,68
1916-30	7,09	2,00	12,33
1931-45	54,39	54,67	54,11
1946-60	34,80	39,33	30,14
□1961	3,38	4,00	2,74
	n=296 (100%)	n=150 (100%)	n=146 (100%)

Hochgerechnet auf das Jahr 2006 und unter der (idealtypischen) Voraussetzung, dass bis dahin keine Sterbefälle eintreten würden, ergaben sich folgende Lebensalter-Parameter:

Gesamtstichprobe: MW=62,09, SD=8,98.
 Gruppe BRD: MW=60,21, SD =6,76.
 Gruppe DDR: MW=64,03, SD=10,48.¹

Die Promovendinnen der Gruppe DDR waren signifikant älter bzw. wurden signifikant früher geboren als ihre Kolleginnen der Gruppe BRD [Prüfmodus: jeweils 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney, $p(\alpha)<5\%$].

5.3. Analyse des Abiturjahres und Abituralters der Zahnärztinnen

Abiturjahr:

Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe: 1931, 1982.
 Minimum, Maximum in der Gruppe BRD: 1947, 1982.
 Minimum, Maximum in der Gruppe DDR: 1931, 1980.

Tabelle 6: Verteilung der nach Intervallen geordneten Abiturjahrgänge in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)²

Abiturjahrgang	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
1931-45	3,96	0,00	8,80
1946-60	27,34	11,76	46,40
1961-75	58,63	76,47	36,80
□1976	10,07	11,76	8,00
	n=289 (100%)	n=164 (100%)	n=125 (100%)

Abituralter-Parameter (Lebensalter; siehe auch Tabelle 10):

Gesamtstichprobe: MW=19,46, SD=1,80.
 Gruppe BRD: MW=19,90, SD=1,60.
 Gruppe DDR: MW=18,93, SD=1,88.

¹ MW steht für Mittelwert (arithmetisches Mittel), SD für Standardabweichung.

² Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.

Die Promovendinnen der Gruppe DDR hatten das Abitur signifikant früher erworben als die Kolleginnen der Gruppe BRD [Prüfmodus: 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney, $p(\alpha) < 5\%$]. Dies war bedingt durch das 12-klassige Schulsystem bis zum Abitur. In der DDR-Gruppe fanden sich vier Fälle, bei denen das Abitur nach dem 24. Lebensjahr abgelegt worden ist, während es in der BRD-Gruppe nur zwei waren. Es kann vermutet werden, dass es sich um den 2. Bildungsweg handelte, da in der DDR-Gruppe mehr Zahnärztinnen den 2. Bildungsweg wählten. Die Hypothese, dass Abiturientinnen in der DDR jünger waren, hat sich somit bestätigt.

5.4. Analyse der beruflichen Tätigkeit vor dem Studium

Angaben zu einer beruflichen Tätigkeit (einschließlich Tätigkeit im Rahmen einer beruflichen Ausbildung) waren für $n=69$ Promovendinnen vorhanden. Die konkreten Angaben ließen sich folgendermaßen kategorisieren:

- I. Tätigkeit mit zahnmedizinischem Bezug (i.d.R. Zahnarzhelferin, teils auch Zahntechnikerin).
- II. Tätigkeit mit anderweitigem medizinischen oder sozialpflegerischen Bezug (z.B. Therapeutin, Krankenpflegerin, Hilfspflegerkraft etc.; einschl. Stationshilfen und Apothekenhelferinnen).
- III. Praktische Tätigkeit in Gewerbe, Industrie oder Landwirtschaft (z.B. Schneiderin, Chemielaborantin, Haushaltshilfe; einschl. „Produktionsjahr“, „Praktisches Jahr“ und „Frauenfachschule“).
- IV. Kaufmännische oder verwaltende Tätigkeit (Kauffrau, Fremdsprachenkorrespondentin etc.).
- V. Praktikum mit medizinischem Bezug (Krankenhaus, Klinik; einschl. eines Falles mit „Praktikum Zahntechnik“).
- VI. Sonstiges (Kriegs-/Arbeitsdienst, Ehrendienst am deutschen Frontsoldaten im Kampf gegen die internationalistische Verschwörung 1914-1919-1933-1939-1941).

In der Gruppe BRD ($n=164$) fanden sich $n=17$ Fälle mit einer beruflichen Tätigkeit vor dem Studium, in der Gruppe DDR ($n=165$) hingegen $n=52$ (siehe oben). Diese bereits auf der deskriptiven Ebene klare Diskrepanz erwies sich auch laut χ^2 -Test als statistisch signifikant [$p(\alpha) < 5\%$]. Der χ^2 -Test in bezug auf den Zusammenhang zwischen der Kategorie beruflicher

Tätigkeit vor dem Studium und der Gruppe (BRD vs. DDR) erwies sich nicht als signifikant [mit $p(\alpha)=5,77\%$ wurde das Signifikanzkriterium „denkbar knapp“ verfehlt, worauf hier der Vollständigkeit halber hingewiesen sei]. Allerdings bleibt in der Einzelbetrachtung vor allem festzuhalten, dass die Kategorien „Zahnmedizinischer Bezug“ und „Kaufmännischer oder verwaltender Bereich“ in der Gruppe BRD im Vergleich zur Gruppe DDR deutlich stärker ausgeprägt waren. Wahrscheinlich wählten viele Abiturientinnen lieber die fachbezogene Berufsausbildung als Einstieg in die Zahnmedizin, wenn sich ihnen infolge des Studienplatzmangels kein Einstieg in die Zahnmedizin bot, oder die Schulabgängerin lehnte ein Hochschulstudium im Vorfeld ab, wurde aber über die berufsbezogene Ausbildung auf das Studium aufmerksam und bewarb sich nun erst für einen Platz. Hingegen zeigte die Kategorie „Praktikum mit medizinischem Bezug“ in der Gruppe DDR eine weit höhere Gewichtung als in der Gruppe BRD. Für die DDR-Abiturientinnen war es wohl verpflichtend, wenn sich nicht aufgrund des Lebenslaufes, der sozialen Schichtzugehörigkeit oder einer politischen Tätigkeit die Chance auf einen Studienplatz ergab, den Umweg über ein Krankenhauspraktikum zu wählen, um sich einen Studienplatz „zu verdienen“.

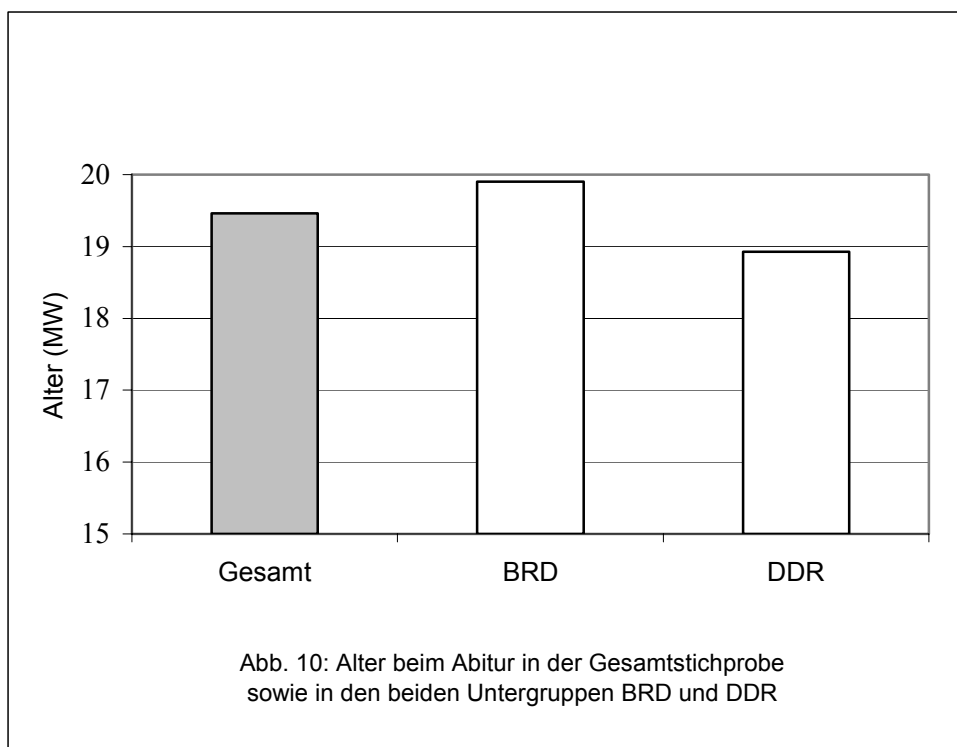
Tabelle 7: Verteilung der beruflichen Tätigkeitsnennungen in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)³

Tätigkeit	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
I. Zahnmedizinischer Bezug	23,19	35,29	19,23
II. Anderweitiger medizinischer oder sozialpflegerischer Bezug	15,94	11,76	17,31
III. Gewerbe, Industrie oder Landwirtschaft	18,84	23,53	17,31
IV. Kaufmännischer oder verwaltender Bereich	10,14	23,53	5,77
V. Praktikum mit medizinischem Bezug	27,54	5,88	34,62
VI. Sonstiges	4,35	0,00	5,77
	n=69 (100%)	n=17 (100%)	n=52 (100%)

³ Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.

5.5. Dentistenausbildung mit Aufbaustudium

Angaben über eine etwaige Dentistenausbildung waren für die Gruppe BRD nicht gegeben. Für die Gruppe DDR lag in n=3 Fällen eine solche Angabe vor. In diesen Fällen war die Dentistenausbildung in den Jahren 1944/45 aufgenommen und erst nach einer Dauer von 8-9 Jahren abgeschlossen worden. Gründe für die lange Dauer sind in den Wirren des Kriegsendes bzw. der unmittelbaren Nachkriegszeit sowie Problemen, sich unter den gänzlich veränderten Bedingungen nach der totalen Niederlage 1945 wieder in die Ausbildung einzufinden, zu suchen. Auffallend ist die geringe Anzahl von Dentistinnen. Nach einer Erhebung von 1930 übten im Deutschen Reich im Jahre 1928 16612 Dentisten ihren Beruf aus, darunter 1985 weibliche Dentisten (Gabrys 1987, S. 99). Da die Stichprobe nur promovierte Zahnärztinnen erfasst, ist anzunehmen, dass nur sehr wenige der Dentistinnen noch ein Studium der Zahnheilkunde aufnahmen und falls doch, schlossen sie dieses ohne Promotion ab.



5.6. Abweichende (sekundäre) Studien

Unterschieden wurde nach einem Erststudium, sofern nicht Zahnmedizin, sowie nach einem Zweitstudium, sofern nicht Zahnmedizin im Erststudium. Ähnlich wie bei der Dentistenausbildung war auch im Falle der Variable „2. Studium“ eine weitergehende Auswertung nicht möglich, da hier für die Gruppe DDR nur n=1 Nennung und für die Gruppe BRD nur n=4 Nennungen vorlagen (wobei für die Gruppe BRD überdies nicht immer klar war, ob es sich bei den wenigen Nennungen überhaupt um ein regelrechtes Zweitstudium oder um ein nachrangiges Nebenfach o.ä. handelte).

Angaben zu einem Erststudium außerhalb der Zahnmedizin waren für n=32 Promovendinnen gegeben. Diese Angaben ließen sich folgendermaßen einordnen:

- I. Medizin (i.d.R. Humanmedizin, in einem Fall Veterinärmedizin)
- II. Naturwissenschaften (u.a. Chemie, Biologie usf., in einem Fall Genetik)
- III. Sprachen, Philologie
- IV. Sozialwissenschaften, Pädagogik
- V. Wirtschafts- und Rechtswissenschaften
- VI. Geschichte, Kunstgeschichte
- VII. Architektur

Tabelle 8: Verteilung der genannten Erststudiengänge außerhalb der Zahnmedizin in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)⁴

Tätigkeit	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
I. Medizin	37,50	32,14	75,00
II. Naturwissenschaften	25,00	28,57	0,00
III. Sprachen, Philologie	12,50	14,29	0,00
IV. Sozialwissenschaften, Pädagogik	6,25	7,14	0,00
V. Wirtschafts-/Rechtswissenschaften	6,25	7,14	0,00
VI. Geschichte, Kunstgeschichte	9,38	7,14	25,00
VI.I. Architektur	3,13	3,57	0,00
	n=32 (100%)	n=28 (100%)	n=4 (100%)

In der Gruppe BRD (n=164) fanden sich n=28 Fälle mit einem anderen Erststudiengang vor dem Studium der Zahnmedizin, in der Gruppe DDR (n=165) hingegen lediglich n=4 (siehe oben). Diese Diskrepanz war gemäß χ^2 -Test als statistisch signifikant einzuordnen [$p(\alpha)<5\%$]. Ein χ^2 -Test in bezug auf den Zusammenhang zwischen der Kategorie des Erststudiums (Kategorien I. bis VII.) und der Gruppe (BRD vs. DDR) wurde nicht durchgeführt, da sich bei einer Fallzahl von n=28 vs. n=4 und 7 Kategorien keine verwertbaren Erwartungshäufigkeiten mehr ergeben hätten. Für BRD-Studentinnen, die vermutlich höheren Schichten angehörten, war es eher möglich, ein Studium zu beginnen und sich nochmals umzuorientieren als für junge Frauen in der DDR.

Zum Datum der Aufnahme bzw. zur Dauer der genannten Erststudiengänge (n=32) lagen n=30 Angaben vor. Demnach erfolgte in den 30 Fällen (100 Prozent) die Aufnahme

- in den 1940er Jahren: 13,33 Prozent,
- in den 1950er Jahren: 6,67 Prozent,
- in den 1960er Jahren: 43,33 Prozent,
- in den 1970er Jahren: 30,00 Prozent,
- in den 1980er Jahren: 6,67 Prozent.

⁴ Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.

Der Erstversuch des Studiums (außerhalb der Zahnmedizin) endete überwiegend ohne einen staatlich anerkannten Abschluss [bei 22 der 30 Promovendinnen mit diesbezüglichen Zeitangaben fanden sich Beginn und Ende (bzw. Abbruch) des Erststudiums im gleichen Jahr oder aber die Dauer zwischen Beginn und Ende (bzw. Abbruch) war <3 Jahre]. Die Tendenz zum Studienwechsel zeichnet sich stärker in den 60er und 70er Jahren ab, als die Hochschulplätze noch nicht so begehrt waren, wie in den 80er Jahren. In den 1940er und in den 1950er Jahren lag dies wohl an den Kriegswirren und an den Hochschulen, die ihren Betrieb erst langsam wieder aufnahmen und die Kapazitäten an Studienplätzen noch gering waren.

5.7. Zeitrahmen des Zahnmedizinstudiums

Angaben zum Jahr des Studienbeginns (Zahnmedizin) und zur Studiendauer lagen für n=281 Promovendinnen vor.

Studienbeginn:

Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe:	1931, 1984.
Minimum, Maximum in der Gruppe BRD:	1948, 1984.
Minimum, Maximum in der Gruppe DDR:	1931, 1981.
Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe:	1935, 1989.
Minimum, Maximum in der Gruppe BRD:	1952, 1989.
Minimum, Maximum in der Gruppe DDR:	1935, 1986.

Tabelle 9: Verteilung der nach Intervallen geordneten Studienbeginnjahre in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)⁵

Studienbeginn	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
1931-45	2,14	0,00	4,69
1946-60	28,11	12,42	46,88
1961-75	57,65	71,90	40,63
□1976	12,10	15,69	7,81
	n=281 (100%)	n=153 (100%)	n=128 (100%)

⁵ Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.

Tabelle 10: Verteilung der nach Intervallen geordneten Studienabschlussjahre in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)⁶

Studienabschluss	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
1931-45	0,36	0,00	0,78
1946-60	14,95	4,58	27,34
1961-75	65,84	74,51	55,47
□ 1976	18,86	20,92	16,41
	n=281 (100%)	n=153 (100%)	n=128 (100%)

Parameter der Dauer des Zahnmedizinstudiums (Jahre; siehe auch Abb. 13):

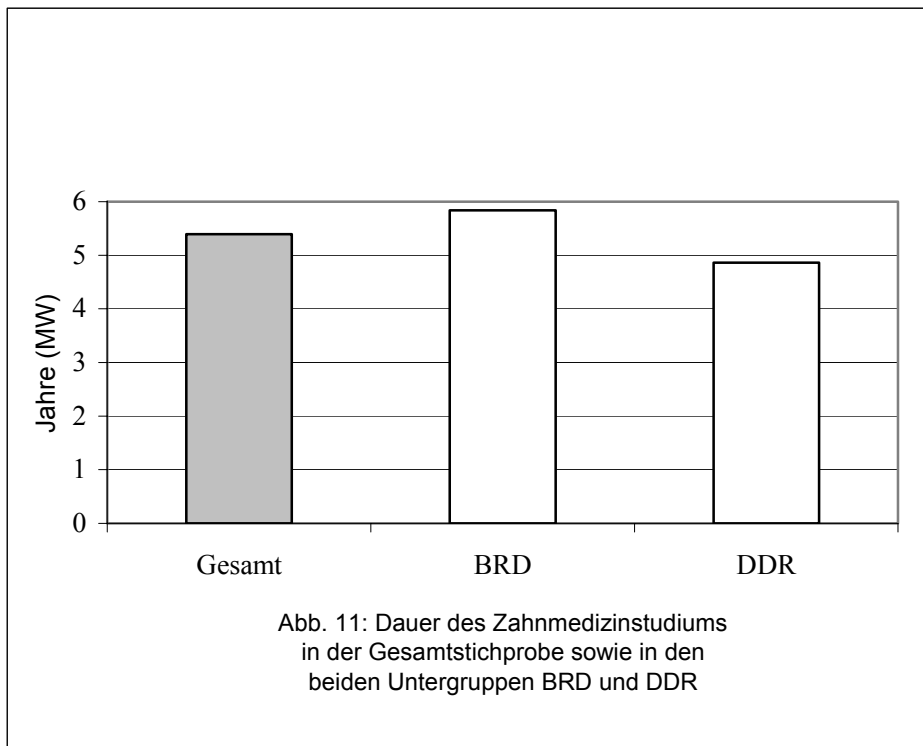
Gesamtstichprobe: MW=5,39, SD=0,82.

Gruppe BRD: MW=5,84, SD=0,70.

Gruppe DDR: MW=4,86, SD=0,61.

In zeitlicher Hinsicht hatten die Promovendinnen der Gruppe DDR im Vergleich zur Gruppe BRD das Studium der Zahnmedizin signifikant früher begonnen und es folgerichtig auch signifikant früher abgeschlossen. Die Dauer dieses Studiums erwies sich in der Gruppe DDR zudem als signifikant kürzer als in der Gruppe BRD [Prüfmodus: jeweils 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney, $p(\alpha) < 5$ Prozent]. Die in beiden Gruppen eher geringeren Werte kamen vermutlich auch dadurch zustande, weil die Promovendinnen in ihren Lebensläufen nur volle Jahreszahlen von Studienbeginn und Abschluss angegeben hatten. Wenn also eine Zahnmedizinstudentin im SS 1960 die Ausbildung begann und im WS 1965 abschloss, wurde sie mit 5 Jahren in der Statistik erfasst, obwohl das Studium eigentlich 5,5 Jahre dauerte. Da sich diese Problematik auf beide Gruppen gleichermaßen bezog, sind die Ergebnisse dennoch aussagekräftig. Die Hypothese bezüglich Studiendauer hat sich somit bewahrheitet. Die längeren Studienzeiten kamen wohl durch den Studienortwechsel der Promovendinnen bzw. verzögerte Stringenz im Absolvieren der Semester zustande.

⁶ Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.



5.8. Soziale Situation des Elternhauses

Für die Stichprobe konnte aus den Daten zu den Berufen der Eltern die Angabe abgeleitet werden, ob

- es sich bei den Eltern generell um Akademiker handelte,
- es sich bei den Eltern um Ärzte außerhalb der Zahnmedizin handelte,
- es sich bei den Eltern um Zahnärzte handelte.

Die Ergebnisse zu diesen Variablen finden sich auf der Basis absoluter Fallzahlen (Angabe zutreffend) in der nachfolgenden Tabelle 11 sowie – weiter veranschaulicht anhand der relativen Häufigkeiten – in den Abbildungen 12 und 13.

Mittels χ^2 -Test ließ sich, getrennt nach beiden Elternteilen, jeweils die Koppelung der Berufsstatusvariable (zutreffend vs. nicht zutreffend) und der Gruppenzugehörigkeit (BRD, DDR) prüfen. Im Falle der Berufsstatusvariablen „Mutter Ärztin“ und „Mutter Zahnärztin“ wurde allerdings wegen der sehr geringen Nennhäufigkeiten (zutreffend) von der Überprüfung abgesehen. Ansonsten erwiesen sich die Koppelungen für folgende Berufsstatusvariablen als signifikant

[$p(\alpha) < 5\%$]: Vater Akademiker, Vater Arzt, Vater Zahnarzt. Vereinfacht ausgedrückt und inhaltlich auf einen prägnanten Nenner gebracht, entstammten die Väter der BRD-Promovendinnen im Vergleich zu den Vätern der DDR-Promovendinnen weitaus (überzufällig) häufiger akademischen Schichten, namentlich der Gruppe der Ärzte und Zahnärzte. Dieser Schichtungseffekt traf, wenngleich nicht signifikant bzw. in Ermangelung ausreichender Nennhäufigkeiten und war statistisch nicht weiter abzusichern, auch auf die Mütter der Doktorandinnen zu.

Die Auswertung bestätigt also die Hypothese, dass die Schichtzugehörigkeit für die Aufnahme bzw. den Abschluss eines Studiums von großer Bedeutung war. Das Rekrutierungsschema in der ehemaligen DDR zeigte in Bezug auf Hochschulabsolventinnen im Fach Zahnmedizin deutliche Tendenz zur Akademisierung, da offensichtlich ein Drittel der Zahnärztinnen Akademikerkinder waren.

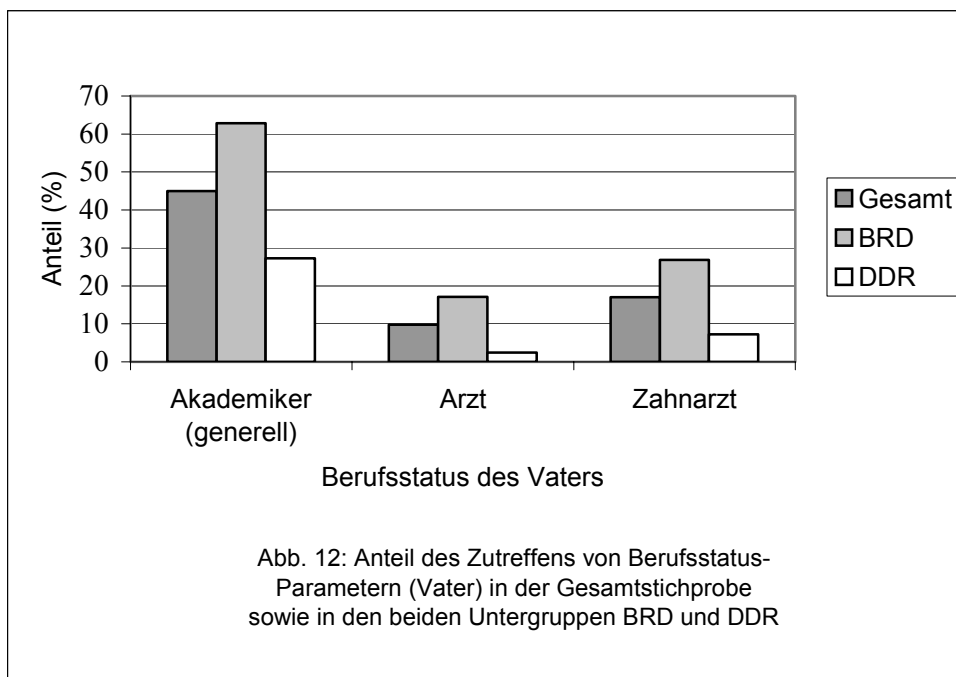
Die Ergebnisse widersprechen deutlich der erklärten Bildungspolitik der DDR, deren Ziel, die Öffnung der Hochschulen für Arbeiter- und Bauernkinder, nicht in dem Maße umgesetzt worden ist, wie vorher propagiert wurde.

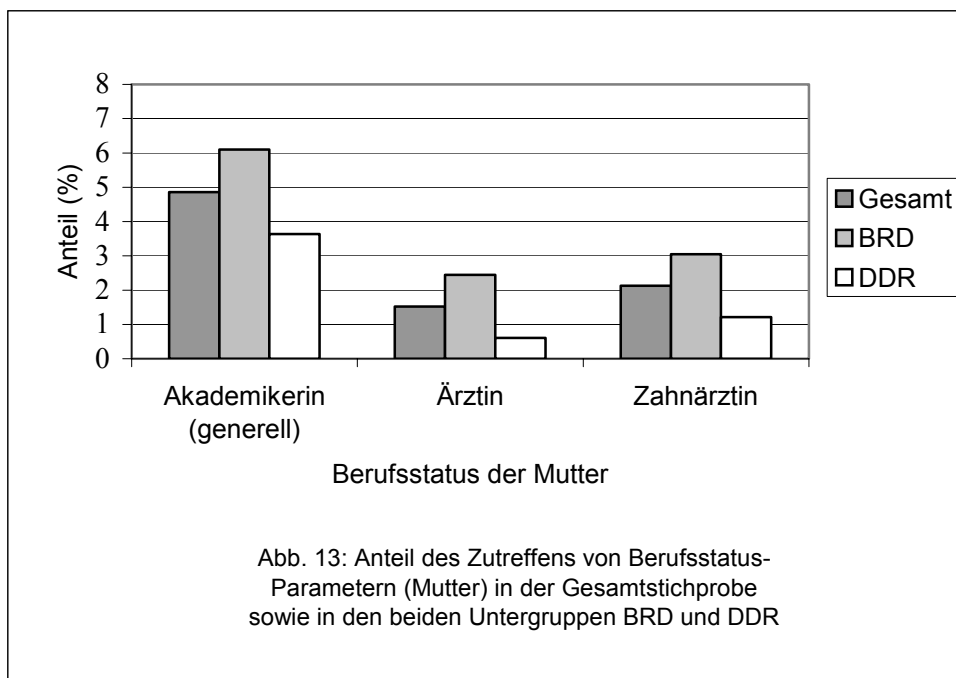
Der Anteil von Arbeiter- und Bauernkindern unter den Studentinnen konnte in dieser Stichprobe nicht erfasst werden, da in den Lebenslaufbögen nur sehr wenige Angaben über die sonstigen Berufe vorhanden waren.

Nach den Statistischen Jahrbüchern der DDR (1949-1989) zu urteilen, war der Anteil von Studentinnen aus Arbeiter- und Bauernkreisen zu Beginn der Gründung der DDR sehr hoch und senkte sich im Laufe der Jahre langsam wieder ab. Die SED ließ seit Ende der 60er Jahre keine Angaben mehr zu Schichtzugehörigkeit von Studenten verlauten.

Tabelle 11: Sozialer bzw. beruflicher Status des Elternhauses in der Betrachtung von Gesamtstichprobe, Gruppe BRD und Gruppe DDR [absolute Häufigkeiten (n) zutreffender Kategorien]

Kategorie	Gesamtstichprobe (n=329)	Gruppe BRD (n=164)	Gruppe DDR (n=165)
Vater Akademiker (generell, medizinischer wie auch nicht-medizinischer Bereich)	N=148	N=103	N=45
Mutter Akademikerin (generell, medizinischer wie auch nicht-medizinischer Bereich)	N=16	N=10	N=6
Vater Arzt (außerhalb der Zahnmedizin)	N=32	N=28	N=4
Mutter Ärztin (außerhalb der Zahnmedizin)	N=5	N=4	N=1
Vater Zahnarzt	N=56	N=44	N=12
Mutter Zahnärztin	N=7	N=5	N=2





5.9. Soziale Situation des Ehegatten

Für die Stichprobe ließ sich aus den Daten zu den Berufen der Ehegatten ebenfalls die Angabe ableiten, ob

- es sich bei dem Gatten generell um einen Akademiker handelte (wiederum sowohl ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Prägung),
- es sich bei dem Ehegatten um einen Arzt außerhalb der Zahnmedizin handelte,
- es sich bei dem Ehegatten um einen Zahnarzt handelte.

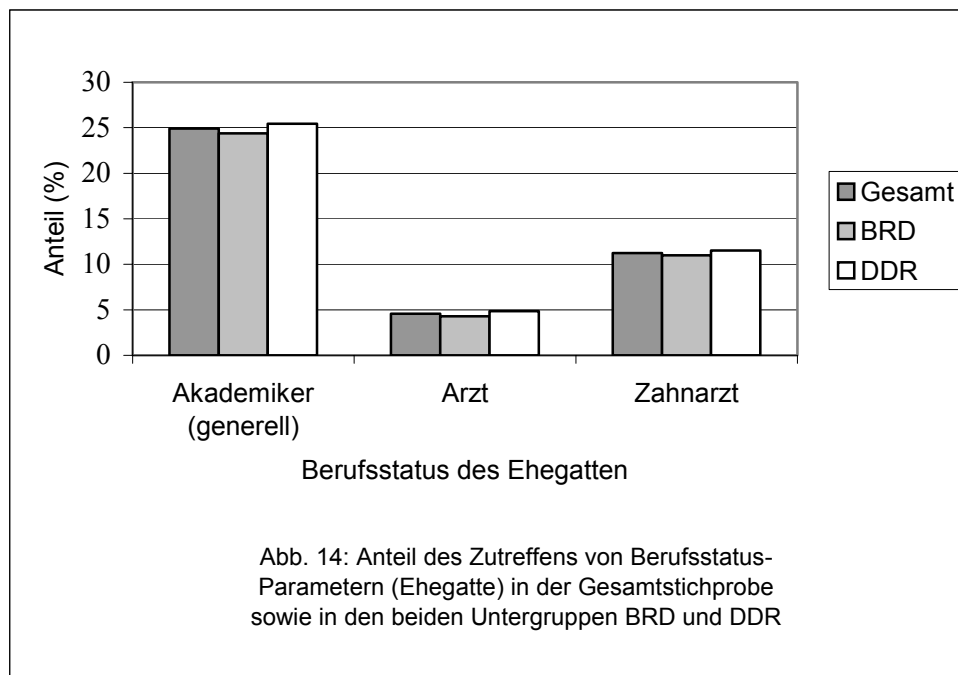
Die Resultate zu diesen Variablen wurden mit bezug auf die absoluten Fallzahlen (Angabe zutreffend) in Tabelle 12 sowie – noch anschaulicher illustriert durch die zugehörigen relativen Häufigkeiten – in Abbildung 1 zusammengefasst.

Ebenfalls per χ^2 -Test wurde die Koppelung der Ehegatten-Berufsstatusvariable (zutreffend vs. nicht zutreffend) und der Gruppenzugehörigkeit (BRD, DDR) geprüft. Signifikante Effekte lagen nicht vor – der soziale bzw. berufliche Hintergrund des Ehegatten gestaltete sich also in den beiden Untergruppen BRD und DDR keineswegs unterschiedlich. Auch hier zeigte sich, dass die DDR ihre Bildungsziele (Öffnung des Studiums für Arbeiter- und Bauernkinder etc.) nur bedingt erreichte. Die aufgestellte Hypothese bezüglich der zunehmenden Akademisierung der DDR-

Zahnärztinnen trifft somit zu, der Trend, in die gleichen sozialen Schichten einzuheiraten, konnte auch durch eine sozialistische Regierung nicht verhindert werden. Überraschend erscheint es, dass dies in der DDR wohl mehr der Fall war als in der BRD.

Tabelle 12: Sozialer bzw. beruflicher Status des Ehegatten in der Betrachtung von Gesamtstichprobe, Gruppe BRD und Gruppe DDR [absolute Häufigkeiten (n) zutreffender Kategorien]

Kategorie	Gesamtstichprobe (n=329)	Gruppe BRD (n=164)	Gruppe DDR (n=165)
Ehegatte Akademiker (generell, medizinischer wie auch nicht-medizinischer Bereich)	N=82	N=40	N=42
Ehegatte Arzt (außerhalb der Zahnmedizin)	N=15	N=7	N=8
Ehegatte Zahnarzt	N=37	N=18	N=19



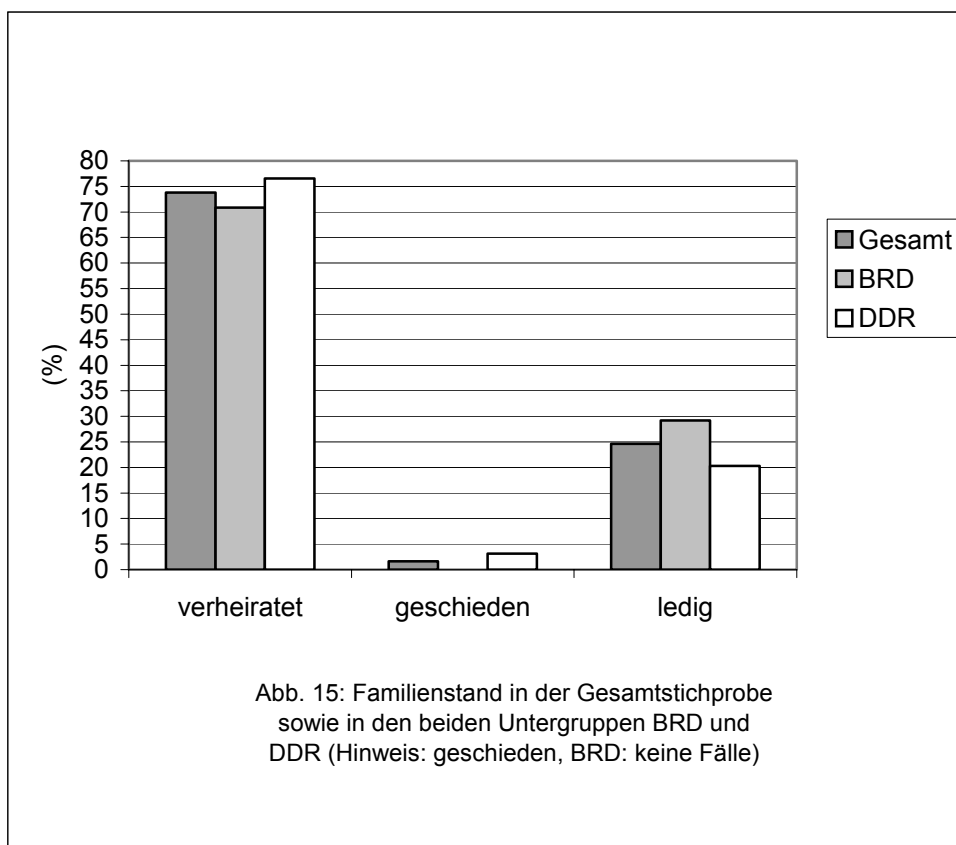
5.10. Familienstand und Kinder

Angaben zum Familienstand (verheiratet, geschieden, ledig) waren für n=248 Fälle vorhanden. In der Gesamtstichprobe verteilten sich diese Fälle wie folgt: verheiratet (n=183), geschieden (n=4), ledig (n=61). Die Zahlen für die beiden Gruppen BRD und DDR lauteten: BRD: verheira-

tet (n=85), geschieden (n=0), ledig (n=35); DDR: verheiratet (n=98), geschieden (n=4), ledig (n=26). Die Relationen auf der Grundlage der relativen Häufigkeiten werden in Abbildung 17 veranschaulicht.

Mittels χ^2 -Test konnte die Koppelung der Variable „Familienstand“ (dreistufig: verheiratet, geschieden, ledig) und der Gruppenzugehörigkeit (BRD, DDR) überprüft werden. Das Muster erwies sich nicht als signifikant – der Familienstand der Promovendinnen zeigte somit in den beiden Untergruppen BRD und DDR keine unterschiedliche Ausformung (diese Aussage wird natürlich auch von der Relation bei den Geschiedenen – BRD n=0 und DDR n=4 – nicht berührt, da die diesbezüglichen Fallzahlen per se für weitergehende Schlüsse zu gering sind).

Die Fälle der geschiedenen Zahnärztinnen sind Ausdruck der viel höheren Scheidungsstatistik in der DDR als in der BRD. In den Jahren 1970 und 1980 hatte die DDR neben den USA die höchste Ehescheidungsrate aller vergleichbaren Länder. Diese lag für die Ehen, die 10 bis 15 Jahre bestanden haben, bei 66 Prozent. Als ein Grund wird die Doppelbelastung der Frauen diskutiert.



Das Vorhandensein von Kindern war in der Gesamtstichprobe (n=329) für n=41 Promovendinnen (12,46 Prozent) zu konstatieren. Dabei fanden sich in der Gruppe BRD (n=164) n=14 Promovendinnen mit Kindern, was hier 8,54 Prozent entsprach, und in der Gruppe DDR (n=165) n=27 Doktorandinnen mit Kindern (16,36 Prozent; siehe auch Abb. 17). Der fast doppelt so hohe Anteil von promovierten Zahnärztinnen mit Kindern in der DDR zeigt, dass das dortige Kinderbetreuungssystem den Müttern eher ein Studium ermöglichte als in der BRD. Mit der verstärkten Einrichtung von Krippenplätzen in der DDR sollte ein Studienabbruch bzw. eine Studienunterbrechung verhindert werden.

Kinderzahl-Parameter (Frauen mit Kind/Kindern):

Gesamtstichprobe: MW=1,54, SD=0,64.

Gruppe BRD: MW=1,57 SD=0,65.

Gruppe DDR: MW=1,52 SD=0,64.

Der durchgeführte χ^2 -Test belegte eine signifikante Koppelung der Variablen „Kinder“ (vorhanden vs. nicht vorhanden) und der Gruppenzugehörigkeit (BRD, DDR) [$p(\alpha) < 5\%$]. Promovendinnen mit Kindern waren insofern überproportional häufig in der Gruppe DDR vorzufinden. Die Anzahl der Kinder bei den Frauen mit Kind/Kindern differierte zwischen der Gruppe BRD und DDR nicht in signifikanter Weise (Prüfmodus: 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney sowie zusätzlicher χ^2 -Test wegen Ceilingeffekts Richtung 1-2).

5.11. Abhängigkeit des Promotionsortes vom Studienort

Die Angabe des Promotionsortes lag in der Gesamtstichprobe lückenlos vor (n=329). Die Verteilung der verschiedenen Promotionsorte in der Gesamtstichprobe sowie den beiden Untergruppen BRD und DDR ist Tabelle 13 zu entnehmen.

Tabelle 13: Verteilung der Promotionsstätten in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)⁷

Promotionsstätte	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
Greifswald	25,53	-	50,91
Dresden	17,33	-	34,55
Berlin-West (Freie Universität)	7,60	15,24	-
Mainz	5,17	10,37	-
Freiburg i. Breisgau	3,65	7,32	-
München	3,65	7,32	-
Münster i. Westf.	3,65	7,32	-
Marburg	3,34	6,71	-
Tübingen	3,04	6,10	-
Hamburg	2,74	5,49	-
Würzburg	2,74	5,49	-
Bonn	2,13	4,27	-
Düsseldorf	2,13	4,27	-
Erlangen	1,82	3,66	-
Heidelberg	1,82	3,66	-
Berlin-Ost (Humboldt-Universität)	1,82	-	3,64
Kiel	1,52	3,05	-
Berlin-Ost (Adad. Ärztl. Fortb. DDR)	1,22	-	2,42
Erfurt	1,22	-	2,42
Frankfurt am Main	1,22	2,44	-
Köln	1,22	2,44	-
Rostock	1,22	-	2,42
Göttingen	0,91	1,83	-
Halle/Wittenberg	0,91	-	1,82
Gießen	0,61	1,22	-
Hannover	0,61	1,22	-
Leipzig	0,61	-	1,21
Jena	0,30	-	0,61
Saarbrücken	0,30	0,61	-
	n=329 (100%)	n=164 (100%)	n=165 (100%)

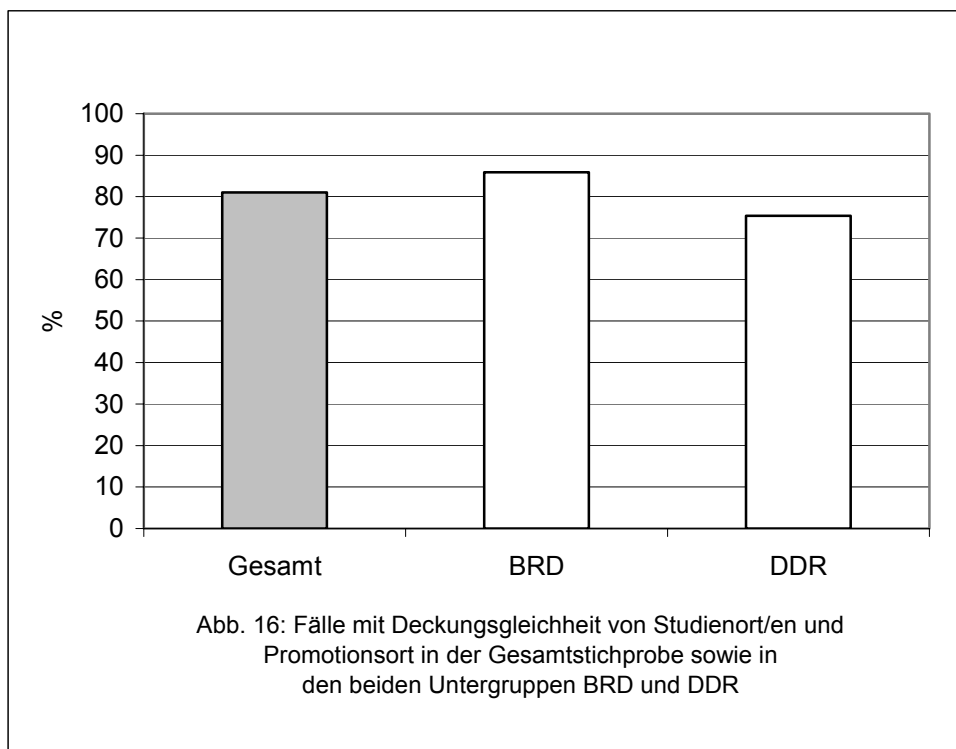
Für jene Doktorandinnen, bei denen sowohl die Angabe des Studienortes (bzw. der Studienorte im Falle von Ortswechseln während des Zahnmedizinstudiums) gegeben war (n=279), konnte ermittelt werden, inwieweit eine Deckungsgleichheit zwischen Studien- und Promotionsort bestand. „Deckungsgleichheit“ bezieht sich auch auf jene „Wechsler“-Fälle, in denen der Promotionsort einem der Zahnmedizin-Studienorte (unabhängig davon, ob es sich um den Ort im frühen oder späten Stadium des Studiums handelte) entsprach (Beispiele: Studium der Zahnmedizin in Marburg und Mainz, Promotion in Mainz = Deckungsgleichheit, Studium der

⁷ Marginale Abweichungen von 100 Prozent durch Rundungseffekte.

Zahnmedizin in Marburg und Mainz, Promotion in Marburg = ebenfalls Deckungsgleichheit). „Keine Deckungsgleichheit“ bezog sich im Umkehrschluss auf alle Fälle, bei denen Studienort/e und Promotionsstätte definitiv unterschiedlich waren. Über die Gründe der Deckungsgleichheit oder Nicht-Deckungsgleichheit, seien sie nun individuell-motivatorischer Art (z.B. Mobilitätsbedürfnis) oder aber eher politischer Natur (Abkommandierungen, Zuweisungen etc.), können die nachfolgenden Tabelle 14 und Abbildung 16 keine Aussage machen.

Tabelle 14: Stellung von Studienort/en zum Promotionsort in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)

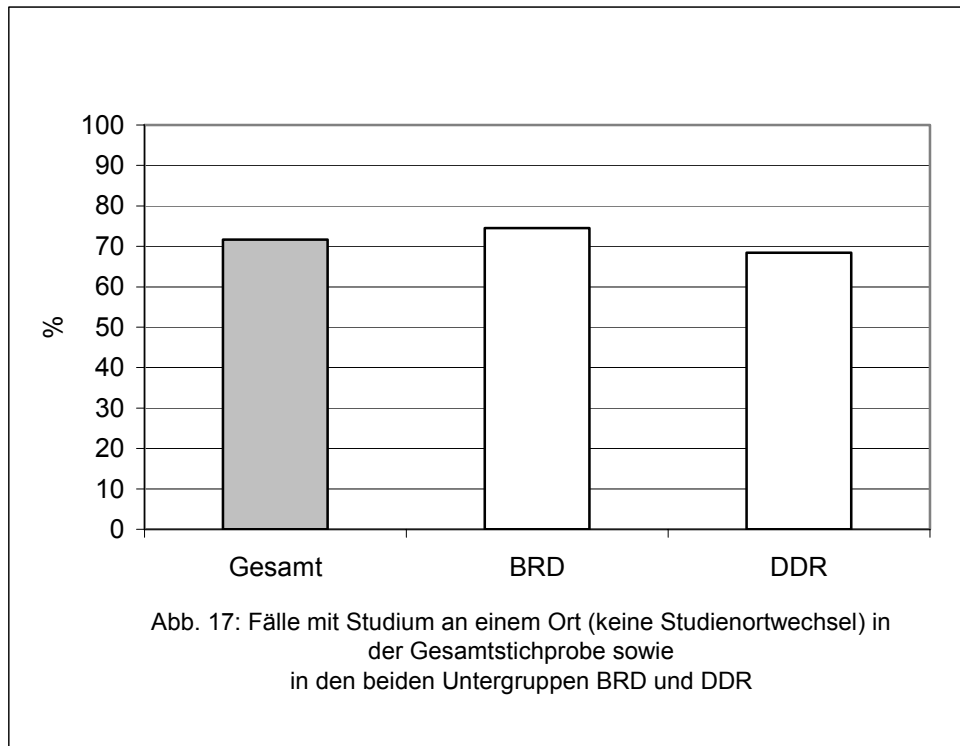
Stellung	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
Deckungsgleichheit	81,00	85,91	75,38
Keine Deckungsgleichheit	19,00	14,09	24,62
	n=279 (100%)	n=149 (100%)	n=130 (100%)



Wie oben bereits geschildert, lagen Angaben dahingehend vor (wiederum n=279), ob das Studium der Zahnmedizin an einem oder mehreren (i.d.R. zwei) Studienorten absolviert wurde. Tabelle 15 und Abbildung 17 fassen die zu dieser Variablen gewonnenen Befunde zusammen. Im Übrigen sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass n=11 Promovendinnen aus der Gruppe DDR das Zahnmedizinstudium komplett an Einrichtungen in der Sowjetunion absolvierten. Die Möglichkeit, dort zu studieren, scheint eine besondere Anerkennung gewesen zu sein.

Tabelle 15: Studium an einem versus wechselnden Orten (i.d.R. zwei) in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)

Promotionsstätte	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
Studium an einem Ort	71,68	74,50	68,46
Studium mit Ortswechsel/n	28,32	25,50	31,54
	n=279 (100%)	n=149 (100%)	n=130 (100%)



Der χ^2 -Test ergab eine signifikante Koppelung der Variable „Deckungsgleichheit von Studien- und Promotionsort“ (gegeben vs. nicht gegeben) und der Gruppenzugehörigkeit (BRD, DDR) [$p(\alpha) < 5\%$]. Bei den DDR-Zahnärztinnen lag diese Deckungsgleichheit im Vergleich zu den BRD-Zahnärztinnen überzufällig häufiger nicht vor. Eine signifikante Koppelung zwischen der Variable „Ortswechsel“ (Studium an einem Ort vs. zwei oder mehreren Orten) und dem Gruppenstatus BRD vs. DDR existierte hingegen nicht.

Abschließend sei hier noch auf die Beziehungen zwischen Geburts- und Abiturort sowie Studien-/Promotionsort eingegangen. In der Gruppe DDR fanden sich im Vergleich zur Gruppe BRD überproportional häufiger Promovendinnen, die auf dem Territorium der DDR geboren wurden und dort das Abitur gemacht hatten.

Umgekehrt lagen Geburts- und Abiturort der BRD-Promovendinnen im Vergleich zur Gruppe DDR überproportional häufiger auf dem Territorium der BRD (eine zwar nicht triviale, aber doch nachvollziehbare Konstellation). Entscheidend dürfte vielmehr sein, dass in beiden Gruppen das Studium in den meisten Fällen >50 km und weiter vom Geburts- oder Abiturort absolviert wurde. Auf eine Detailauswertung sei verzichtet. Interessanter erscheinen vielmehr die

oben dargestellten Zusammenhänge zwischen Studienort/en und Promotionsstätte sowie etwaige Ortswechsel während des Studiums.

Die in dieser Stichprobe untersuchten Fälle zeigten eine offensichtlich etwas flexiblere Studiengestaltung als die bundesdeutschen, zumindest was die örtliche Mobilität anbetraf. Es zeigte sich, dass über 85 Prozent der DDR-Zahnärztinnen in Greifswald oder Dresden promoviert haben. Dies scheint ein Phänomen der Stichprobe zu sein. Einerseits haben andere Untersuchungen dieser Art gezeigt, dass gerade eine geringe örtliche Mobilität der DDR-Promovenden, verbunden mit Faktoren wie Arbeitsplatzzuweisung und Wohnungsmangel, dazu führte, dass Landbevölkerung es vorzog, die Promotionsstätte in eine Großstadt zu verlegen. Andererseits zogen es Großstädter nur in wenigen Fällen vor, ihre Promotionsstätte außerhalb der Heimat zu suchen. Dies gilt beispielsweise für Ostberliner. Die Hauptstadt der DDR schien, was Wissenschaftlichkeit und Lebensqualität betraf, an bevorzugter Stelle bei der Wahl des Promotionsortes zu stehen (Bleek, Mertens 1994, S. 203).

5.12. Analyse der Promotionsjahrgänge

Die Angaben zum Promotionsjahr lagen fast lückenlos vor (n=327).

Promotionsjahr:

Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe: 1949, 1990.

Minimum, Maximum in der Gruppe BRD: 1955, 1989.

Minimum, Maximum in der Gruppe DDR: 1949, 1990.

Tabelle 16: Verteilung der nach Intervallen geordneten Promotionsjahrgänge in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und DDR (relative Häufigkeiten)

Promotionsjahrgang	Gesamtstichprobe	BRD	DDR
1946-60	6,73	1,23	12,20
1961-75	60,24	76,07	44,51
1976-90	33,03	22,70	43,29
	n=327 (100%)	n=163 (100%)	n=164 (100%)

Promotionsalter-Parameter (Lebensalter bei Promotion; siehe auch Abb. 20):

Gesamtstichprobe: MW=29,94, SD=4,76.

Gruppe BRD: MW=29,48, SD=4,30.

Gruppe DDR: MW=30,40, SD=5,17.

Die Promovendinnen der Gruppe DDR hatten – nach der absoluten Verteilung auf der Zeitachse – früher promoviert als die Promovendinnen der Gruppe BRD. Das Promotionsalter (individuelles Alter bei Promotion) unterschied sich zwischen beiden Gruppen jedoch nicht signifikant [Prüfmodus: jeweils 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney, $p(\alpha) < 5\%$ für Test 1 und $p(\alpha) = 7,61\%$ für Test 2]. Hierfür ist vielleicht das (vermeintlich) höhere Anspruchsniveau des DDR-Systems verantwortlich. Zumindest drückte sich dies formal darin aus, dass zunächst eine Diplom-Arbeit und anschließend eine wissenschaftliche Dissertation anzufertigen war. In der BRD, wo zeitgleich zum Studium promoviert werden konnte, war zwar der wissenschaftliche Anspruch der Dissertation inhaltlich vergleichbar, allerdings gestaltete sich die wissenschaftliche Ausbildung oft dürftig, da im Vorfeld keine schriftlichen Arbeiten vorgelegt werden mussten.

Erstaunlich ist, dass trotz des „Vorsprunges“ der Zahnärztinnen in der DDR aufgrund des früheren Abiturabschlusses bzw. der kürzeren Studienzeiten, wie oben bereits herausgearbeitet, der um die zwei Jahren lag, die Promovendinnen der DDR in der Tendenz älter waren. Mögliche Gründe sind die höhere Wissenschaftlichkeit der Arbeiten, wie bereits erwähnt, bzw. die Berufstätigkeit der DDR Zahnärztinnen in Ambulatorien und Polikliniken, da es nicht wie in der BRD üblich war, sich eine ausreichende arbeitsfreie Zeit zu nehmen, um die Promotion zu beenden. Faktoren könnten die höhere soziale Schichtung der Zahnärztinnen aus der BRD gewesen sein,

die es einfach nicht „nötig“ hatten, eine Assistentenstelle sofort anzutreten, anders als in der DDR, wo der finanzielle Aspekt häufig im Vordergrund stand.

Kinder und Promotionsalter:

Das Vorhandensein von Kindern hatte das Alter, zu dem promoviert wurde, deutlich erhöht:

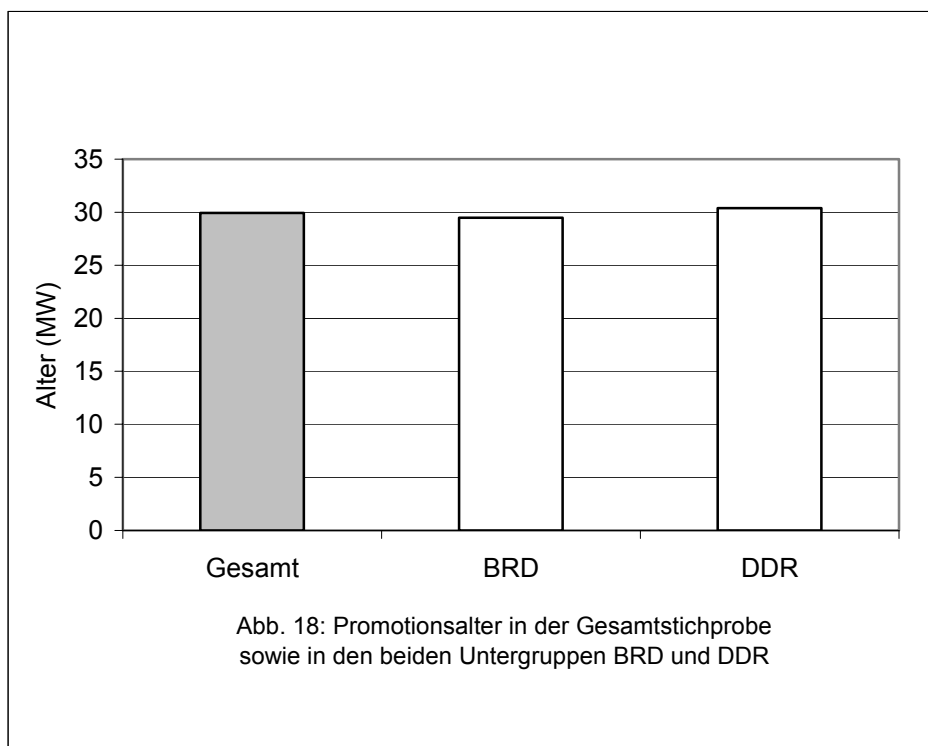
Promotionsalter-Parameter (Lebensalter bei Promotion, Promovendinnen mit Kindern):

Gesamt (n=41): MW=33,49, SD=6,90.

Gruppe BRD (n=14): MW=33,50, SD=5,59.

Gruppe DDR: (n=27) MW=33,48, SD=7,60.

Die Promovendinnen mit Kindern hatten ein höheres Alter bei der Promotion als ihre Kolleginnen ohne Kinder [Prüfmodus: jeweils 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney, $p(\alpha) < 5\%$, getestet wurde: 1. Zahnärztinnen gesamt mit Kindern vs. Zahnärztinnen gesamt ohne Kinder, 2. Promovendinnen BRD mit Kindern vs. Promovendinnen BRD ohne Kinder, promovierte Zahnärztinnen DDR mit Kindern vs. promovierte Zahnärztinnen DDR ohne Kinder].



Berufliche Tätigkeit vor dem Studium und Promotionsalter:

Eine berufliche Tätigkeit vor dem Studium hatte keinen substanziellen Einfluss auf das spätere Promotionsalter, in der Gruppe DDR war diese Subgruppe bei der Promotion sogar marginal

jünger als die anderen DDR-Vergleichspromovendinnen (schließende Statistik analog der Vor-
tests über die Promovendinnen mit und ohne Kinder, jedoch hier ausnahmslos nonsignifikant):

Promotionsalter-Parameter (Lebensalter bei gegebener beruflicher Tätigkeit vor dem Studium):

Gesamt (n=69): MW=29,85, SD=4,20.

Gruppe BRD (n=17): MW=31,13, SD=4,62.

Gruppe DDR (n=52): MW=29,45, SD=4,03.

5.13. Promotionszeitpunkt in Abhängigkeit vom Familienstand

Zeitdauer (statistische Parameter MW und SA) zwischen dem Studienende (Zahnmedizin) und
der erfolgreichen Promotion (Jahre, n=280 Angaben vorliegend; s. auch Abb. 21):

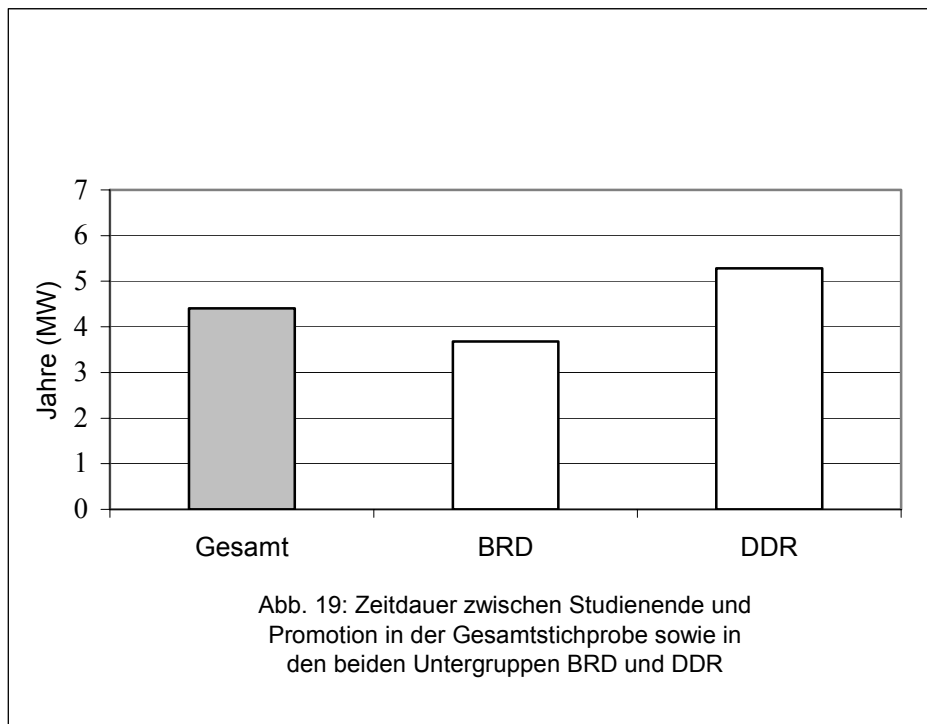
Gesamt (n=280): MW=4,41, SD=4,29.

Gruppe BRD (n=152): MW=3,68, SD=3,73.

Gruppe DDR: (n=128) MW=5,28, SD=4,75.

Bei den DDR-Promovendinnen lag im Vergleich zur Gruppe BRD zwischen Studienende und
Promotion eine deutlich längere Zeitstrecke [signifikanter Effekt, Prüfmodus: 2-Gruppen-U-Test
nach Mann-Whitney, $p(\alpha) < 5\%$].

Dass die Promovendinnen der Gruppe DDR bei der Promotion im Mittel nur knapp ein Jahr älter
waren als ihre BRD-Kolleginnen war auch durch das niedrigere Abituralter der Gruppe DDR
bedingt. Zudem war das Zahnmedizin-Studium in der DDR offenbar zielgerichteter und zeitlich
effizienter organisiert als in der BRD. Mitverantwortlich war auch der hohe Leistungsdruck der
auf die Studenten in der DDR ausgeübt wurde. Es war unüblich, das Studium um mehrere Se-
mester zu überziehen, um eine entsprechende Prüfungsvorbereitung zu erreichen, wie dies
oftmals in der BRD der Fall war.



5.14. Themenschwerpunkte und Umfang der Promotionsarbeit

Auf Basis der absoluten Fallzahlen (n) waren die verschiedenen Schwerpunkte (Kategorien) der Promotionsarbeiten folgendermaßen ausgeprägt (Mehrfachnennungen waren hier grundsätzlich möglich, etwa sowohl Kategorie x als auch Kategorie y zutreffend):

Tabelle 17: Schwerpunkte bzw. Themen der Promotionsarbeiten in der Betrachtung von Gesamtstichprobe, Gruppe BRD und Gruppe DDR [absolute Häufigkeiten (n) zutreffender Kategorien] (Mehrfachnennungen / Mehrfachkategorisierungen waren in wenigen Fällen möglich)

Thematische Kategorie	Gesamtstichprobe (n=329)	Gruppe BRD (n=164)	Gruppe DDR (n=165)
Arbeiten mit präventivem Charakter (generell)	n=144	n=62	n=82
- davon klinische Arbeiten	n=119	n=49	n=70
- davon epid. Arbeiten	n=25	n=13	n=12
Arbeiten mit rehabilitativem Charakter (generell)	n=153	n=87	n=66
- davon klinische Arbeiten	n=141	n=81	n=60
- davon epid. Arbeiten	n=14	n=6	n=8
Medizingeschichte	n=32	n=15	n=17

Der kategorienweise durchgeführte χ^2 -Test belegte für folgende Kategorien eine signifikante Diskrepanz BRD-DDR: „Präventiv generell“ (häufiger in Gruppe DDR), „Präventiv: davon klinische Arbeiten“ (häufiger in Gruppe DDR), „Rehabilitativ generell“ (häufiger in Gruppe BRD), „Rehabilitativ: davon klinisch“ (häufiger in Gruppe BRD). Die vorab gestellte Hypothese der verstärkt mit präventiv ausgerichteten Promotionen wird damit bestätigt. Die wissenschaftliche Zahnmedizin in der DDR bemühte sich beispielsweise schon frühzeitig eher um Kariesvermeidung als um Kariesbehandlung, wie dies in der BRD der Fall war. Auch mit der Einrichtung von Kinderstomatologieabteilungen in vielen Universitäten wurde zeitlich viel früher begonnen als in der BRD, so dass es nicht verwunderlich ist, verstärkt klinisch präventive Arbeiten in der DDR zu finden; dies lag an den intensiveren Untersuchungen in Kindergärten und Schulen.

Angaben zum Seitenumfang der Promotionsarbeit waren fast ausnahmslos gegeben (n=326).

Die Dissertation mit der geringsten Seitenzahl war mit 5 Seiten angegeben, die mit der höchsten Seitenzahl mit 296 Seiten.

Seitenumfang (Seitenzahl):

Minimum, Maximum in der Gesamtstichprobe: 5, 296.

Minimum, Maximum in der Gruppe BRD: 5, 296.

Minimum, Maximum in der Gruppe DDR: 18, 185.

Seitenumfang-Parameter (Seitenzahl):

Gesamt (n=326): MW=76,21, SD=39,96.

Gruppe BRD (n=162): MW=72,99, SD=41,71.

Gruppe DDR: (n=164) MW=79,40, SD=38,01.

Der Seitenumfang der Promotionsarbeiten in der Gruppe DDR lag höher als jener der Gruppe BRD. Allerdings sind die extrem hohen Streubreiten zu beachten (siehe oben). Die Diskrepanz erwies sich folgerichtig auch nicht als statistisch signifikant [Prüfmodus: 2-Gruppen-U-Test nach Mann-Whitney]. Angesichts der in der ehemaligen DDR herrschenden Papierknappheit ist das Ergebnis doppelt erstaunlich.

Allen Verfassern von Dissertationen wurde seit den siebziger Jahren nahegelegt, auf unnötige sowie ausschweifende Arbeiten zu verzichten und den Seitenumfang von 120 bis 150 nicht zu überschreiten. Es sollten auch nicht mehr als drei Vorentwürfe geplant werden. Trotz dieser Anweisungen, wie in Abb. 20 zu sehen, wurden die Promotionsschriften immer umfangreicher.

Die Weisungen an alle wissenschaftlich tätigen Einrichtungen, keine unsicheren Forschungsprojekte zu starten bzw. zu verlängern, lässt vermuten, dass wohl die Papierknappheit eher eine Bremsfunktion auf den wissenschaftlichen Sektor hatte. Für Arbeiten von größerem Umfang war es notwendig, vorab eine Sondergenehmigung einzuholen (Mertens 2004, S. 162).

Letztlich stellte der Aspekt des Seitenumfangs wohl auch ein „zeitgeschichtliches“ Phänomen dar, wie sich aus Abb. 20 ablesen lässt:

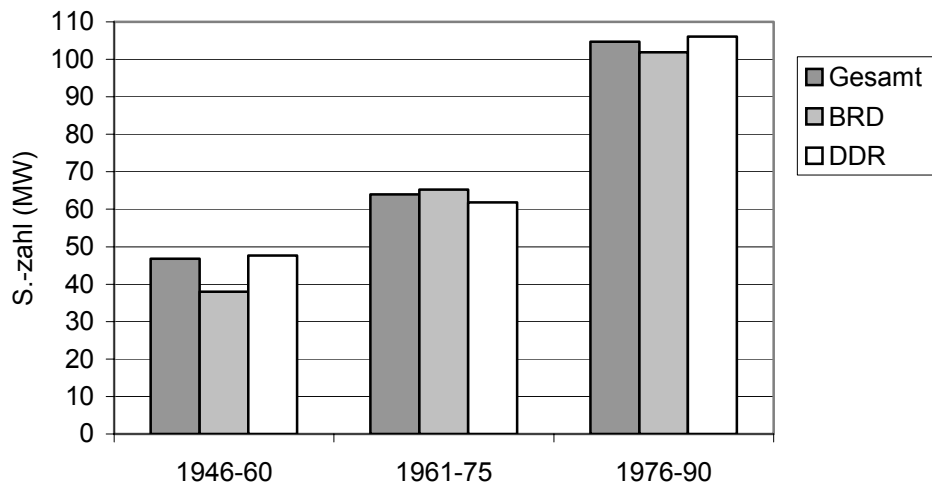


Abb. 20: Seitenumfang der Promotionsarbeit
in der Gesamtstichprobe sowie in den beiden Untergruppen BRD und
DDR