

Band 5

Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie

Fakten und Forderungen

Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie

Fakten und Forderungen

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO
Band 5

Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie

Fakten und Forderungen

Stand: September 2014
ISBN 978-3-9816354-2-3

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Prof. Dr. med. Martin Wilhelm

Vorstand der DGHO Deutsche Gesellschaft
für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V.
Alexanderplatz 1
10178 Berlin
www.dgho.de
info@dgho.de

Autorinnen/Autor:

Prof. Dr. med. Diana Lüftner, DGHO e. V.
PD Dr. med. Anne Letsch, Charité, Berlin
Kristin Wünsch, DGHO e. V.
Michael Oldenburg, DGHO e. V.

Titelgestaltung und Satz: unicom Werbeagentur GmbH, Berlin
Druck: Schätz Druck & Medien GmbH & Co. KG



Grußwort

der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Manuela Schwesig

für den 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie zum Thema Wiedereinstieg von Ärztinnen und Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Kinder oder Karriere? Diese Frage müssen sich in Deutschland noch immer zu viele junge Menschen stellen. Gerade für Ärztinnen und Ärzte ist es bislang keine leichte Aufgabe, ihr Familienleben mit ihren anspruchsvollen Aufgaben im Beruf in Einklang zu bringen. Die meisten Nachwuchskräfte in der Medizin – ob im Krankenhaus oder in der Praxis – sind durchaus bereit, viel zu arbeiten. Aber nicht um jeden Preis.

Wie muss unsere Arbeitswelt gestaltet sein, damit Eltern familiäre und berufliche Aufgaben nach ihren Wünschen aufteilen können? Wie können Gesellschaft und Wirtschaft von einer familienfreundlichen Arbeitswelt profitieren? Angesichts von demografischem Wandel und Fachkräftemangel sind dies entscheidende Zukunftsfragen. Ich freue mich daher, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) in ihrer Gesundheitspolitischen Schriftenreihe mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Karriereförderung von Ärztinnen befasst.

Die Ergebnisse der Online-Umfrage der DGHO bestätigen: Die Lebensrealität, gerade von jungen Familien, hat sich verändert; zwischen den Wünschen und der Wirklichkeit klafft eine große Lücke. In vielen Familien sind Arbeits- und Familienzeit ungleich auf Mann und Frau verteilt – und das entspricht oft nicht dem, was Familien wollen. Immer mehr Mütter mit kleinen Kindern gehen nämlich ihrem Beruf nach und möchten beruflich weiterkommen. Immer mehr Männer wiederum möchten sich stärker am Familienleben beteiligen. Die Mehrheit der Paare mit kleinen Kindern wünscht sich heute eine partnerschaftliche Arbeitsteilung, in der beide Eltern die Chance haben, sowohl für die Familie da zu sein als auch im Beruf Aufstiegsmöglichkeiten zu haben.

Moderne Familienpolitik besteht für mich vor diesem Hintergrund darin, partnerschaftliche Familienmodelle zu fördern. Mit dem ElterngeldPlus wollen wir Eltern ermöglichen, das Elterngeld in Kombination mit einer Teilzeittätigkeit bestmöglich in Anspruch zu nehmen, damit sich für sie ein rascher Wiedereinstieg in den Job auch wirklich lohnt. Diese Eltern sollen doppelt so lange Elterngeld bekommen wie bisher. Und wenn sie Familie und Beruf gemeinsam schultern, wird es zusätzlich einen Partnerschaftsbonus geben. Dabei darf eine Teilzeittätigkeit insbesondere für Ärztinnen aber nicht zu einer Teilzeitfalle werden, die aufs Karriere-Abstellgleis führt. Daher werden wir einen Anspruch auf befristete Teilzeitarbeit einführen. Auch den Ausbau der Kinderbetreuung treiben wir weiter voran. Wir brauchen mehr Plätze, und wir brauchen gute Plätze. Flexible Betreuungszeiten sind wichtig für Beschäftigte in Schichtarbeit, Kinderbetreuung in hoher Qualität ist ein Anliegen aller Eltern.

Das alles kann nur wirken, wenn sich auch die Arbeitgeber, ob privates Unternehmen oder öffentliche Einrichtung, für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie engagieren. Das Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ des Bundesfamilienministeriums hilft, familienfreundliche Maßnahmen im betrieblichen Alltag umzusetzen. Anhand von Beispielen wird ganz konkret gezeigt, wie auch Einrichtungen des Gesundheitswesens ihre Beschäftigten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützen können und welche Vorteile sie davon haben.

Ich danke der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie für ihren Beitrag zur Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dem 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe wünsche ich viel Erfolg – ich bin zuversichtlich, dass diese Veröffentlichung helfen wird, die Arbeitswelt von Ärztinnen und Ärzten familienfreundlicher zu machen.

Manuela Schwesig

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungs-/Abbildungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
2 Aktuelle Situation	9
2.1 Studienabschlüsse	9
2.2 Ärztliche Weiterbildungsordnung	10
2.3 Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft	10
2.4 Hemmnisse im Karriereverlauf von Ärztinnen	12
2.5 Vom Studienabschluss bis zur Oberärztin – die Karriereschere	15
2.6 Demografischer Wandel	17
3 Implikationen	19
4 Umfrage der DGHO zur Situation von Ärztinnen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie	20
4.1 Soziografische Daten und IST-Zustand	21
4.1.1 Altersverteilung	21
4.1.2 Geschlechterverteilung	22
4.1.3 Tätigkeitsbereich	22
4.1.4 Hierarchieebene	23
4.1.5 Arbeitszeiten	24
4.1.6 Einschätzung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	24
4.1.7 Familienstatus	25
4.1.8 Vorhandensein von Kindern	26
4.1.9 Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Kindern	26
4.2 Ergebnisse & Wünsche	27
4.2.1 Arbeitszeiten	27
4.2.2 Wunschposition	28
4.2.3 Wunschbereich	28
4.2.4 Kinderwunsch	30
4.2.5 Gewünschte zukünftige Kinderbetreuung	30
4.3 Mitgliederentwicklung der DGHO	31
4.3.1 Mitgliederzahlen	31
4.3.2 Eintritte in die DGHO	32
5 Diskussion	33
6 Positionierung der DGHO	35
6.1 Anerkennung der beruflichen und sozialen Realitäten	35
6.2 Änderung der Weiterbildungsordnung	35
6.3 Arbeitszeiten/Vereinbarkeit von Beruf und Familie	36
6.4 Beispiele für „Teilzeitkarrieren“	36
6.5 Mentoring und Coaching	39
7 Ausblick	41
8 Literatur	42

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DÄB	Deutscher Ärztinnenbund
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MIT	Massachusetts Institute of Technology

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Promotionen.....	9
Abbildung 2: Studienabschlüsse nach Geschlecht (2011)	11
Abbildung 3: Berufstätigkeit nach Geschlecht (2013).....	12
Abbildung 4: Entwicklung der Prävalenz von Krebserkrankungen	18
Abbildung 5: Altersverteilung	21
Abbildung 6: Geschlechterverteilung	22
Abbildung 7: Tätigkeitsbereich	22
Abbildung 8: Hierarchieebene	23
Abbildung 9: Arbeitszeiten	24
Abbildung 10: Einschätzung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	25
Abbildung 11: Familienstatus	25
Abbildung 12: Vorhandensein von Kindern I	26
Abbildung 13: Vorhandensein von Kindern II.....	26
Abbildung 14: Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Kindern	27
Abbildung 15: Gewünschte Arbeitszeiten.....	27
Abbildung 16: Gewünschte Tätigkeitsebene.....	28
Abbildung 17: Wunschbereich	29
Abbildung 18: Kinderwunsch.....	30
Abbildung 19: Gewünschte zukünftige Kinderbetreuung	30
Abbildung 20: Entwicklung der DGHO-Mitgliederzahlen.....	31
Abbildung 21: Eintritte in die DGHO	32
Abbildung 22: Besetzung von W3/C4-Professuren in Deutschland	34

1 Einleitung

Die medizinische Versorgung der kommenden Dekaden steht vor fundamentalen Herausforderungen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird es notwendig sein, eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten medizinisch zu versorgen. Eine Untersuchung im Auftrag der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. konnte zeigen, dass von 2008 bis 2020 bei Männern von einer Zunahme der Krebsneuerkrankungsrate von 18 Prozent und bei Frauen von 9 Prozent auszugehen ist.¹ Neben einer entsprechenden Anpassung der medizinischen Infrastruktur gilt es, die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal sicherzustellen.

Einen großen Teil des ärztlichen Nachwuchses stellen die Frauen. So ist die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen im Jahr 2013 um 2,5 Prozent gestiegen.² Der Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft ist von 44,3 auf 45 Prozent gestiegen. Damit ist die künftige Berufstätigkeit von Ärztinnen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von entscheidender Bedeutung.

Freilich darf der rein zahlenmäßige Zuwachs an Ärztinnen in der Versorgung und die damit hergestellte „Fast-Parität“ nicht genügen. Entscheidend muss sein, ob sich den im medizinischen Bereich tätigen Frauen wirkliche berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bieten. Eine solche „qualitative Parität“ muss sich bspw. auch daran messen lassen, ob Ärztinnen im Rahmen einer leitenden Tätigkeit die Chance zu wirklicher Mitgestaltung haben. Im Jahr 2014 gilt für Deutschland: Keine einzige Ordinaria ist im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie tätig.

Debatten zum Thema Geschlechterparität leiden oftmals unter dem Drift von sachlicher Argumentation hin zu einer „emotionalen Logik“. Eine solche Diskussionskultur wird der notwendigen Debatte allerdings nicht gerecht. Mit der vorliegenden Publikation will die DGHO einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten und sowohl etwaige Ursachen bestehender Unverhältnismäßigkeiten als auch mögliche Lösungsansätze aufzeigen. Neben der Sichtung bestehender Literatur und Untersuchungen verschiedener Institutionen (Deutscher Ärztinnenbund, Hartmannbund) wurde im Vorfeld dieser Publikation eine Online-Umfrage unter den Mitgliedern der DGHO zum vorliegenden Thema durchgeführt.

Im Bewusstsein, dass monokausale Erklärungsmodelle dem Themenkomplex nicht gerecht werden, greift die vorliegende Publikation dennoch gezielt bestimmte Teilaspekte auf. Dazu gehören Überlegungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine mögliche Anpassung der ärztlichen Weiterbildungsordnung.

100 Jahre nach der erstmaligen Zulassung von Frauen zum Studium der Humanmedizin spielen das veränderte Geschlechterrollenverständnis und die gestiegenen Erwartungen beider Geschlechter in der jungen Generationen an die vielzitierte „Work-Life-Balance“ eine zentrale Rolle.³ Der fundamentale Wandel von beruflichen, familiären und sozialen Realitäten sowie individuellen Lebensmodellen in den letzten Dekaden muss daher auch die Ärzteschaft und alle im Gesundheitswesen tätigen Akteure dazu bewegen, sich mit notwendigen (und geforderten) Anpassungs- und Innovationsprozessen auseinanderzusetzen.

Wie notwendig entsprechende aktiv initiierte Anpassungsprozesse sind, lässt sich an einem Artikel des FOCUS („Deutschlands Top-Krebsmediziner“) ablesen. Dort finden sich die Kontakte von 283 Krebsexpertinnen und Krebsexperten – darunter ganze 8 Ärztinnen. Das entspricht einer Quote von nicht einmal 3 Prozent.⁴ Neben der notwendigen Diskussion, warum die Zahlen so sind, sollte auch die Frage gestellt werden, welches (verzerrte) Bild möglicherweise in den Köpfen der Rezipientinnen und Rezipienten generiert wird.

¹ Vgl. DGHO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE E.V. (2013a): Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO. Herausforderung demografischer Wandel. Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung. Band 1, S. 28-29.

² Vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT (2014): Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte. Jahrgang 111, Heft 16, S. 672.

³ Vgl. BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET, E. (2010): Fazit und Ausblick. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer, S. 103.

⁴ Deutschlands Top-Krebsmediziner. In: FOCUS, Nummer 26, Jahrgang 2014, S. 98-106.

Will man das Thema der dezidierten Förderung von Ärztinnen wirklich ernst nehmen, dann braucht es in der Praxis konkrete Maßnahmen, welche die Wirkmächtigkeit haben, mittel- bis langfristig bei der Herstellung einer geschlechtergerechten Verteilung von Ärztinnen und Ärzten besonders in Führungspositionen zu helfen. Gleichzeitig bedarf es eines Bewusstseinswandels. Die Geschichte der Ärzteschaft ist – historisch betrachtet – eine „Geschichte von Männern“. Dass derzeit mehr Absolventinnen als Absolventen das Medizinstudium abschließen, täuscht auf den ersten Blick darüber hinweg, dass das tradierte Rollenverständnis und seine Manifestation in universitären Strukturen und in der Besetzung von Führungspositionen immer noch vorherrscht.

Institutionen des Gesundheitswesens mit einer Vielzahl von Akteuren und damit einer Vielzahl von Vorstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen sind komplexe Systeme. Darüber hinaus besteht naturgemäß eine Resistenz gegenüber Veränderungen am System. So ergibt sich die Notwendigkeit einer sehr aktiven Herangehensweise, um die erforderlichen Veränderungsprozesse zu initiieren. Mit Blick auf die Geschlechterparität im Rahmen ärztlicher Tätigkeit gilt es noch viel zu verbessern.

2 Aktuelle Situation

2.1 Studienabschlüsse

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Erhöhung der Krebsneuerkrankungsrate ergibt sich ein steigender Bedarf für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen. Darüber hinaus führen bessere Behandlungsmöglichkeiten zu einer höheren Überlebensrate. Die genannten Aspekte führen unmittelbar zu der Frage, wie ein solch prognostizierter erhöhter Behandlungsbedarf durch fachlich hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gedeckt werden kann. Laut STATISTISCHEM BUNDESAMT haben im Jahr 2011 16.501 Absolventinnen und Absolventen das Studium der Humanmedizin abgeschlossen. Seit 2000 ist diese Zahl relativ stabil (2000: N=16.505; 2003: N=15.220). Zum Vergleich: 1983 waren es 13.048 Absolventinnen und Absolventen.⁵

Differenziert nach Geschlecht stellen sich die Zahlen folgendermaßen dar: Haben im Jahr 1983 noch 4.048 Absolventinnen das Medizinstudium abgeschlossen, so waren es 2011 bereits 9.919. Damit hat sich die Zahl der Absolventinnen innerhalb von dreißig Jahren mehr als verdoppelt. Darüber hinaus hat auch die jährliche Anzahl der Promotionen zugenommen (1983: N=4.765; 2011: N=6.707 [+41 Prozent]). Differenziert nach Geschlecht lässt sich feststellen, dass die Promotionsrate bei den Männern leicht abgenommen und bei den Frauen deutlich zugenommen hat (Männer 1983: N=3.461, 2011: N=2.845 [-18 Prozent]; Frauen 1983: N=1.304, 2011: N=3.862 [+ 196 Prozent]). Damit ist der Anstieg der Promotionsrate über beide Geschlechter hinweg ausschließlich auf die Zunahme der Promotionsrate bei den Frauen zurückzuführen (siehe ABBILDUNG 1: *Entwicklung der Promotionen*).⁶

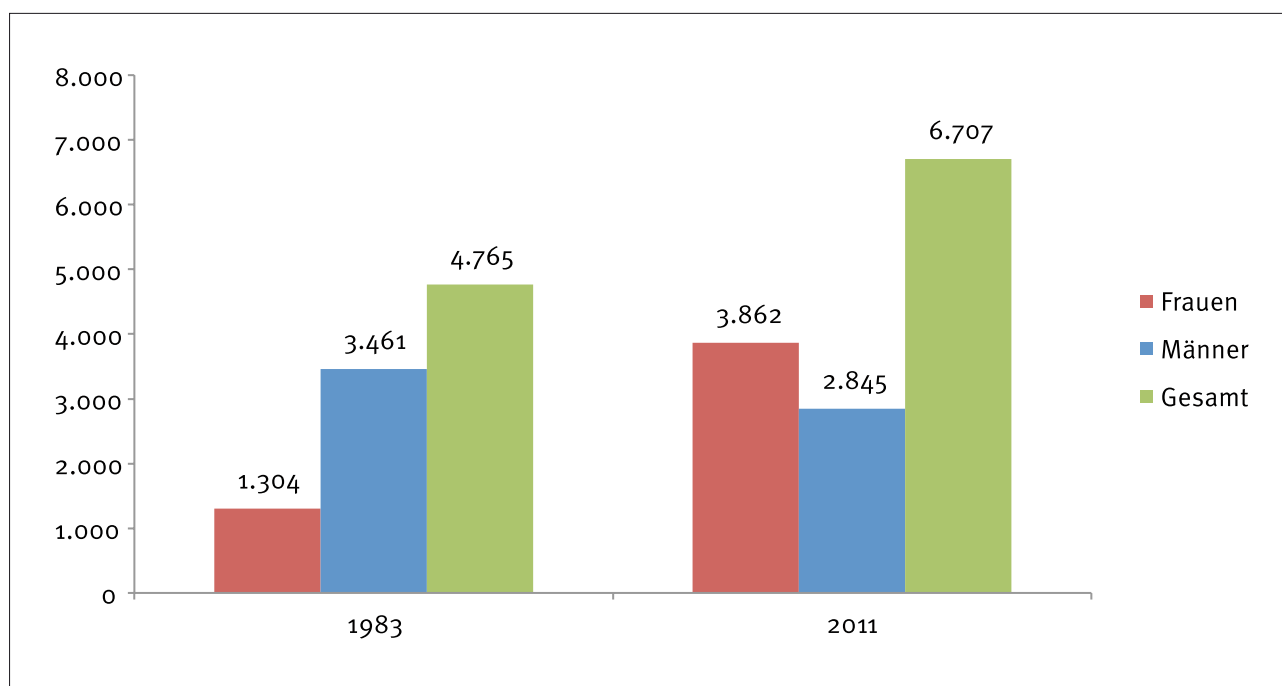


Abbildung 1: Entwicklung der Promotionen

⁵ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2013): Auf Anfrage der DGHO zusammengestellte Datensätze.

⁶ Vgl. EBD.

2.2 Ärztliche Weiterbildungsordnung

In Paragraph 1 der Musterweiterbildungsordnung in ihrer novellierten Fassung vom 28. Juni 2013 heißt es:

„Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung.“⁷

Zu Inhalt, Art und Dauer der ärztlichen Weiterbildung heißt es im Paragraph 4:

„Die Weiterbildung zum Facharzt und in Schwerpunkten ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Dies gilt auch für Zusatz-Weiterbildungen, soweit in Abschnitt C nichts anderes geregelt ist. Eine berufsbegleitende Weiterbildung ist bei Zusatz-Weiterbildungen unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten zulässig, sofern dies in Abschnitt C vorgesehen ist. (...) Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend.“⁸

Die Weiterbildungszeit zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie beträgt insgesamt 72 Monate (Basisweiterbildung Bereich Innere Medizin: 36 Monate, Bereich Hämatologie und Onkologie: 36 Monate).⁹ Damit würde eine Weiterbildung im Rahmen einer Halbtagsstelle zwölf Jahre dauern.¹⁰ Um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu ermöglichen, ist die Bereitstellung von Ressourcen bspw. in Form von Planstellen zwingend erforderlich. Gleichzeitig aber muss die Weiterbildungszeit so strukturiert sein, dass sie von Ärztinnen und Ärzten auch leistbar ist und gleichsam Lebensqualität ermöglicht. So verstehen FEGERT und LIEBHARDT die ärztliche Weiterbildung auch als „(...) Frage nach Lebensqualität und nach Gestaltungsmöglichkeiten von Privat- und Berufsleben“.¹¹

Im Kapitel 6.2 wird deshalb zu diskutieren sein, welche möglichen Anpassungsprozesse der ärztlichen Weiterbildungsordnung eine fundierte Ausbildung vor dem Hintergrund sich veränderter Lebensrealitäten von Ärztinnen und Ärzten sicherstellen können.

Dass der Wunsch, eine Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt zu absolvieren, stark ausgeprägt ist, konnten GEDROSE ET AL. zeigen: Lediglich 0,4 Prozent der Befragten wollten auf eine fachärztliche Weiterbildung verzichten.¹² Dabei entspricht dieser Wunsch auch einer Notwendigkeit. Die Medizin wird immer differenzierter. Eine entsprechende Qualität der Versorgung wird nur dann sicherzustellen sein, wenn die ärztliche Weiterbildung eine der Differenzierung der Medizin entsprechende Qualität hat und ausreichend hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärztinnen für die verschiedenen Spezialgebiete zur Verfügung stehen.

2.3 Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft

Laut BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) betrug die Zahl der in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2013 insgesamt 357.252. Der Anteil der Ärzte lag bei 196.383, der von Ärztinnen bei 160.869.¹³ Bei einem Anteil der Ärztinnen von 45 Prozent kann zwar noch nicht von einer faktischen, aber doch von einer „Fast-Parität“ gesprochen werden.

⁷ BUNDESÄRZTEKAMMER (2013a): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28. Juni 2013, S. 7.

⁸ EBD., S. 9-10.

⁹ Vgl. EBD., S. 80.

¹⁰ Vgl. FEGERT, JÖRG M./LIEBHARDT, HUBERT (2012): Familien und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembereiche und nötige Schritte. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Vol. 29 (2), S. 6.

¹¹ EBD., S. 1.

¹² Vgl. GEDROSE, B. ET AL. (2011): Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012, Ausgabe 137, S. 1242.

¹³ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013b): Struktur der Ärzteschaft 2013.

Differenziert nach Vorhandensein einer Gebietsbezeichnung ist der Anteil der Ärzte höher als bei den Ärztinnen. Insgesamt arbeiten 106.660 Ärztinnen und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, auf die Ärztinnen entfallen 63.040 (59 Prozent) und auf die Ärzte 43.620 Stellen (41 Prozent).¹⁴

Im Bereich der Allgemeinmedizin arbeiten insgesamt 48.090 Ärztinnen und Ärzte, davon entfallen auf Ärztinnen 19.222 (40 Prozent) und auf Ärzte 28.868 (60 Prozent). In der Inneren Medizin liegt das Verhältnis von Ärztinnen (N=16.238) und Ärzten (N=27.010) bei 38 zu 62 Prozent. Bei anderen Fachrichtungen werden die Ungleichheiten noch deutlicher. In der Chirurgie (N=20.214) arbeiten 16.086 Chirurgen und 4.128 Chirurginnen, entsprechend einem Geschlechterverhältnis von 20 zu 80 Prozent zugunsten der Männer. Ein Fach, in dem Ärztinnen einen größeren Anteil ausmachen, ist bspw. die Frauenheilkunde: 62 Prozent Ärztinnen (N=10.806) gegenüber 38 Prozent Ärzte (N=6.531).

Die BÄK hat in ihrer Statistik insgesamt die 13 Fachrichtungen aufgeführt, die jeweils von Ärztinnen und Ärzten am häufigsten ausgeübt werden. Auffällig ist hier, dass Fächer wie Orthopädie und Unfallchirurgie in den „TOP 13“ der Ärztinnen gar nicht auftauchen.

Daten der ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES zeigen eine Unterrepräsentierung von Berufsanfängerinnen in den Bereichen Neurochirurgie, Orthopädie, Urologie, HNO, Allgemeinchirurgie und Radiologie.¹⁵ Im Gegensatz dazu waren 47,4 Prozent der Jungmediziner mit beginnender Spezialisierung in den Bereichen Innere Medizin und Pädiatrie Frauen. Ob die Klinikleitung eine Frau war oder ein hoher Anteil an Frauen innerhalb der ärztlichen Belegschaft bestand, hatte keinen Einfluss auf die Auswahl der Spezialisierung. Im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen wählten junge Kolleginnen eher diese Bereiche, in denen der Anteil an Frauen auch vor dem Studienabschluss schon hoch gewesen war. Im Rahmen des perspektivisch zu erwartenden Ärztemangels ist diesem Phänomen durch Instrumente zur Steigerung der frauenspezifischen Attraktivität des Teilgebiets Rechnung zu tragen.

Damit konnten zwei Phänomene gezeigt werden: Zum einen gibt es mehr Absolventinnen (2011: N=9.919) als Absolventen (2011: N=6.582) des Medizinstudiums und gleichzeitig mehr berufstätige Ärzte (2013: N=196.383) als Ärztinnen (2013: N=160.869) (siehe ABBILDUNG 2: *Studienabschlüsse nach Geschlecht (2011)* und ABBILDUNG 3: *Berufstätigkeit nach Geschlecht (2013)*). Zum anderen zeigt sich, dass sich diese „Schere“ bei bestimmten Fachdisziplinen noch weiter öffnet.

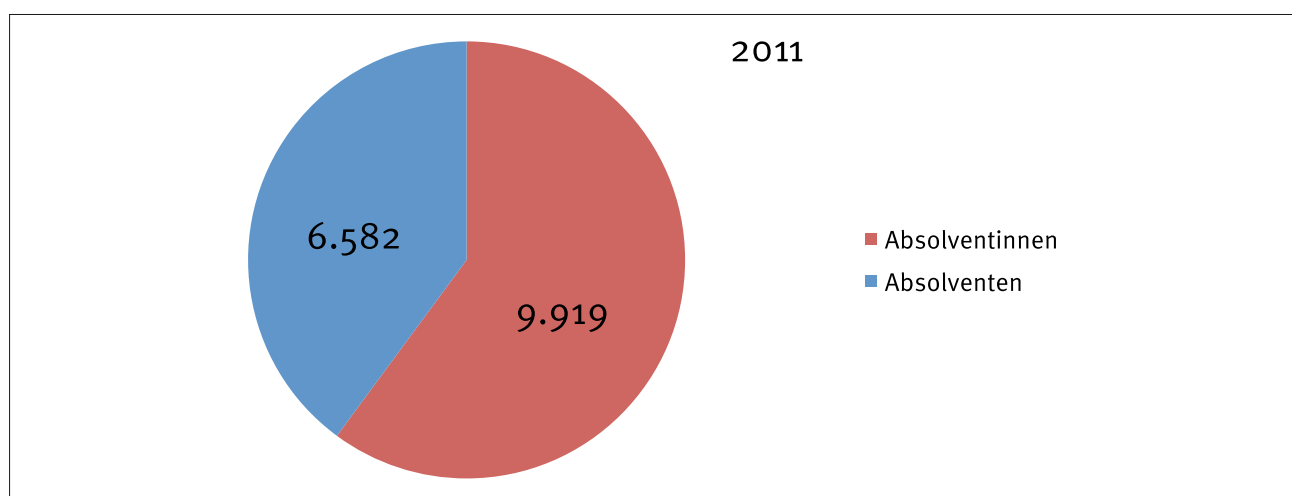


Abbildung 2: Studienabschlüsse nach Geschlecht (2011)¹⁶

¹⁴ Vgl. EBD.

¹⁵ Vgl. JAGSI, R./GRIFFITH, K./DE CASTRO, R./UBEL, P.: Sex, role models, and specialty choices among graduates of US medical schools in 2006-2008. J Am Coll Surg 2014; 218: 345-352.

¹⁶ Angaben in absoluten Zahlen.

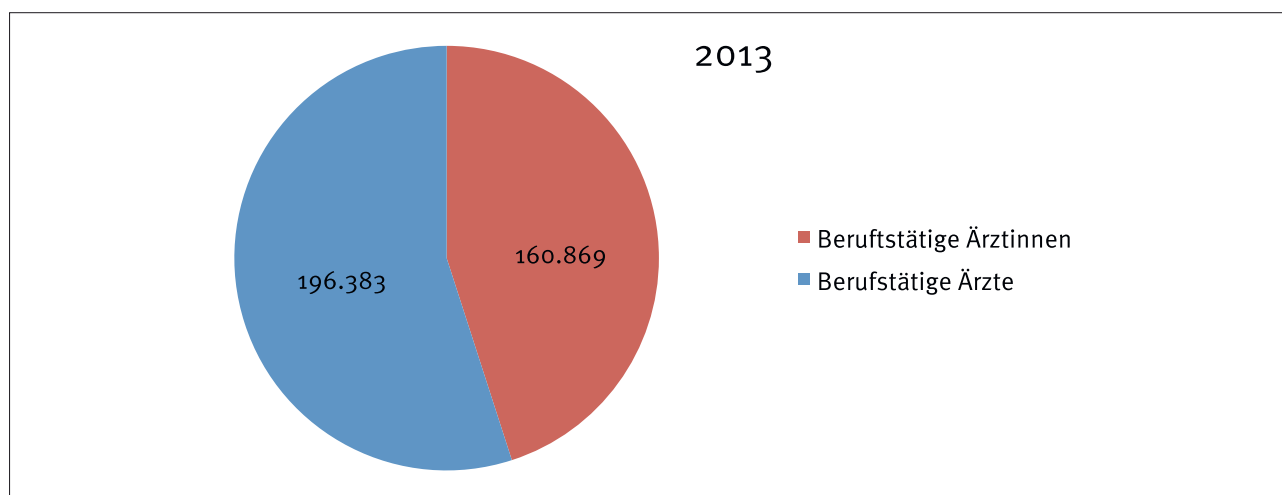


Abbildung 3: Berufstätigkeit nach Geschlecht (2013)¹⁷

2.4 Hemmnisse im Karriereverlauf von Ärztinnen

In einer Studie aus dem Jahr 2011 konnte BÜHREN zeigen, dass 28,9 Prozent der befragten Ärztinnen geschlechtsspezifische und gesellschaftliche Hemmnisse im Rahmen der Karriere von Ärztinnen sehen:

*„Mit 34,3 Prozent unter Ärztinnen mit Kindern versus 23,8 Prozent unter den Ärztinnen ohne Kinder erleben berufliche Schwierigkeiten in diesem Bereich vor allem **Mütter** [Hervorhebung im Original]. Fast 90 Prozent der weiblichen und 72 Prozent der männlichen Frauenärzte halten Kinder und Karriere für schlecht miteinander vereinbar.“¹⁸*

Zum Karriereverlauf von Ärztinnen merkt BÜHREN weiter an:

*„Im medizinischen Alltag macht sich die Gründung einer Familie für Ärztinnen deutlich bemerkbar: Eine Analyse der Berufsverlaufsmuster in der Medizin zeigt, dass im Verlaufsmuster des kontinuierlichen Aufstiegs im Krankenhaus von der Assistenz- zur Oberarzt- und ggfs. zur Chefarztposition Männer dominieren. Die **Karriere jeder vierten Ärztin ist geprägt von Diskontinuität** [Hervorhebung im Original].“¹⁹*

Der Großteil (79,3 Prozent) der befragten Ärztinnen würde den Beruf erneut ergreifen. Trotz dieser grundsätzlich positiven Einschätzung gaben die Befragten bis 39 Jahre ein relativ hohes Maß an Arbeitsunzufriedenheit an. *„Das Risiko, dass diese Ärztinnen der kurativen Tätigkeit, zumindest in Deutschland verloren gehen, muss als relativ hoch beurteilt werden und unterstreicht den Bedarf an fördernden Maßnahmen, die sich explizit an diese Altersgruppe richten.“²⁰*

Die „karmed“-Studie (Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachlichen Weiterbildung), die neben anderen Partnern auch vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, hatte unter anderem zum Ziel, Prozesse, Hindernisse und förderliche Bedingungen für eine Zunahme von jungen Ärztinnen und Ärzten in leitenden Positionen in der Krankenversorgung und in der medizinischen Forschung zu identifizieren. Zwar existieren diverse Instrumente für eine flexible und familienfreundliche Organisation sowohl von Arbeitszeiten als auch von Dienstplänen (Teilzeitmodelle, Arbeitszeitkonten, Gleitzeitmodelle, Jobsharing, Teilzeit in Elternzeit etc.), allerdings werden diese mitunter nur sehr zurückhaltend eingesetzt.²¹

¹⁷ Angaben in absoluten Zahlen.

¹⁸ BÜHREN, ASTRID (2011): Ich bin Ärztin. Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin. Foliensatz. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 4.

¹⁹ EBD., S. 22.

²⁰ EBD., S. 29.

²¹ Vgl. RAPP-ENGELS ET AL. (2012): Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Ergebnisse der Arbeitstagung „Geschlechter-spezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“, S. 2.

Auch das noch oft zu findende „Präsenzdogma“ ließ sich nach RAPP-ENGELS ET AL. als Karrierehemmnis identifizieren:

„(...)gute‘ Ärztinnen bzw. Ärzte zeigten ihr Engagement und ihre Arbeitsqualität durch hohe (sichtbare) Präsenzzeiten. Auch die Teilbarkeit von Führungspositionen wird vielfach noch angezweifelt: Je höher jemand in der Hierarchie steht, desto ungewöhnlicher werde die Vorstellung, er bzw. sie könnte in Teilzeit arbeiten.“²²

Neben den geschilderten administrativen Rahmenbedingungen sind es nach RAPP-ENGELS ET AL. vor allem die „Bilder in den Köpfen“, die eine positive Entwicklung erschweren:

„In großer Übereinstimmung wurde festgestellt, dass die Leitenden Ärzte den Dreh- und Angelpunkt des Problems bzw. seiner Lösung darstellen. (...) Zentrale Probleme sind hier bestehende Rollenstereotype, mangelnde geeignete Rollenvorbilder sowie das Fehlen von konkreten Ziel- und Leistungsvereinbarungen bezüglich frauen- und familienfreundlicher Aktivitäten in den jeweiligen Kliniken und Abteilungen.“²³

Außerdem, so RAPP-ENGELS ET AL., verfolgten junge Ärztinnen und Ärzte ihre individuellen Interessen mitunter heimlich und mit schlechtem Gewissen, anstatt Forderungen zu stellen, die auch für andere von Bedeutung sind.²⁴

Dass „Bilder in den Köpfen“ und bestehende Rollenstereotype möglicherweise zu Rückkopplungen auf die von den Stereotypen Betroffenen führen können (darüber hinaus ggf. auch zu reziproken Effekten), darauf deutet eine im Jahr 2014 durchgeführte Umfrage des HARTMANNBUNDES hin. Auf die Frage „Glauben Sie, dass Sie die gleichen Chancen haben werden, Ihre Karriereziele zu erreichen, wie Ihre männlichen Kollegen“, antworteten 66 Prozent mit nein. Lediglich 13 Prozent der Befragten gaben an, von den gleichen Chancen auszugehen wie ihre männlichen Kollegen.²⁵

Forderungen zu stellen mag angesichts einer kaum objektiv fassbaren – aber lebenslang erfahrenen – Diskriminierung schwierig sein. JAGSI ET AL. beschreiben kürzlich Gehaltsunterschiede zwischen Männern und Frauen, die am Karriereentwicklungsprogramm des National Institutes of Health teilnahmen.²⁶ Hier ergab sich das männliche Geschlecht als unabhängiger und statistisch signifikanter Voraussagefaktor für einen Gehaltsunterschied von rund 12.000 USD pro Jahr. Dies galt auch nach Adjustierung um Spezialisierung, akademischem Rang, wöchentlichen Arbeitsstunden, wissenschaftlichem Arbeitsaufwand und anderen Faktoren. Allerdings ist nicht klar, ob diese Ergebnisse auf andere Länder übertragbar sind. In der Peters-Belson-Analyse fanden sich für 17 Prozent dieses Unterschiedes keinerlei Gründe, nach Adjustierung um den Familienstand noch 10 Prozent. In einer zweiten Publikation in JAMA heißt es:

„Peter-Belson analysis (use of coefficients derived from regression model for men applied to women) indicated that the expected mean salary for women, if they retained their other measured characteristics but their gender was male, would be USD 12.194 higher than observed.“²⁷

Ein weiterer Aspekt, der den Karriereverlauf von Ärztinnen potentiell negativ beeinflussen kann, ist nach RAPP-ENGELS ET AL. das fehlende Angebot der Kinderbetreuung in städtischen Krankenhäusern und in Universitätskliniken. Zwar existiere eine Vielzahl von guten Initiativen und Maßnahmen, „als problematisch wird [allerdings] beschrieben, dass deren Umsetzung sehr unterschiedlich erfolgt und es große Versorgungslücken bei der Bereitstellung insbesondere von Krippenbetreuungsplätzen gibt“.²⁸

²² EBD., S. 2.

²³ EBD., S. 5.

²⁴ Vgl. EBD.

²⁵ Vgl. HARTMANNBUND (2014): Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf? Hartmannbund-Umfrage im Mai 2014, Foliensatz, S. 7. Befragt wurden 20.000 Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen. Die Response-Rate lag bei 13,9 Prozent (N=2.772, Ärztinnen: 21 Prozent, Studentinnen: 79 Prozent).

²⁶ JAGSI, R. ET AL. (2013): Gender differences in salary in a recent cohort of early-career physician researchers. Acad Med. 2013; 88(11): 1689-1699.

²⁷ JAGSI, R. ET AL. (2012): Gender differences in the salaries of physician researchers. JAMA 2012; 307(22): 2410-2417.

²⁸ RAPP-ENGELS ET AL. (2012), S. 3.

BÖRCHERS macht eine große Unzufriedenheit von Ärztinnen mit den vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung aus. „Obwohl in der Politik ein Problembewusstsein zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie existiert, gestaltet sich die Umsetzung der Erkenntnisse schwierig.“²⁹

Laut BÖRCHERS verfügten im Jahr 2006 von 31 medizinischen Fakultäten zwölf über keine Hortplätze für Kinder unter drei Jahren, zehn verfügten über keine Kindergartenplätze für Kinder zwischen drei und sechs Jahren. In 21 Fakultäten wurde keine Betreuung für schulpflichtige Kinder angeboten:³⁰

„In nur zwei Einrichtungen decken die Plätze die Anfragen ab. Von den Kinderbetreuungseinrichtungen öffnen 30 Prozent von 7:00 Uhr, genauso viele schließen jedoch bis spätestens 17:00 Uhr. Eine Wochenendbetreuung bieten 17 Prozent, die Hälfte davon jedes 2. Wochenende an. Eine stundenweise Betreuung ist für die Kinder von Studierenden in 26 Prozent der Einrichtungen, für solche von Beschäftigten in 19 Prozent der Einrichtungen möglich. Flexible Kinderbetreuung in besonderen Situationen (Dienst, Vorlesung, Konferenzen) bieten zwei der 31 Fakultäten an (...).“³¹

Dass die oben genannten Zahlen weiterhin von Relevanz sind, zeigen entsprechend jüngere Daten des DEUTSCHEN ÄRZTINNENBUNDES (DÄB), die von SCHOELLER bestätigt werden. Von den insgesamt 721 befragten Kliniken gaben 107 an, über Kinderbetreuungsangebote zu verfügen.³² Darüber hinaus zeigte sich eine Differenzierung nach Bettenzahl der befragten Häuser.

„Bei den sonstigen familienfreundlichen Angeboten zeigte sich, dass die kleinen Häuser seltener familienfreundliche Angebote wie Teilzeitmodelle, aber auch Mittagstische oder Hausaufgabenbetreuung angeboten haben als die mittleren und großen Häuser. Dies wurde in den Kommentaren häufig damit begründet, dass sich dies finanziell nicht lohnen würde und die Nachfrage nach Dienstleistungen zu gering und es finanziell für diese Häuser nicht umsetzbar ist.“³³

Nach BENEMANN sind Krankenhäuser – basierend auf ihrer historischen Entwicklung – in

„(...) besonderem Maße hierarchisch strukturierte Organisationen mit einer physisch und psychisch stark belastenden Arbeitsarchitektur – gekennzeichnet vom Anspruch an eine fast permanente berufliche Verfügbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt bei solchen Arbeitsstrukturen zwangsläufig auf der Strecke. Viele Klinikbetreiber haben es in der Vergangenheit versäumt, ihre Arbeitsstrukturen den veränderten Bedürfnissen ihrer [Mitarbeiterinnen und] Mitarbeiter anzupassen. Zukünftig werden Krankenhäuser auf einem hart umkämpften Markt bestehen und sich gegenüber anderen Einrichtungen Wettbewerbs- und Standortvorteile sichern müssen.“³⁴

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die permanente Verfügbarkeit für die Krankenhäuser, die im Rahmen des DRG-Systems zueinander in Konkurrenz stehen, ein Faktor der Kostenersparnis ist. **Damit ist konkret die Klinik im Vorteil, die eine solche permanente Verfügbarkeit durchzusetzen weiß. Hier wird der Zusammenhang zwischen dem Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen und den belastenden Arbeitsbedingungen deutlich.** Dieses ernstzunehmende Problem wird sich ohne „aktive Korrektur“ nicht ändern lassen. Hier wäre bspw. die Schaffung von Ausgleichsfonds zur Kompensation der strukturellen Kosten von Teilzeitarbeit denkbar. Darüber hinaus könnte eine weitere mögliche Konsequenz die gesonderte Förderung von Kinderbetreuungsangeboten außerhalb des DRG-Systems sein.

29 Borchers, Kirstin (2006): Geschlechtsspezifische Karriereverläufe am Beispiel Krankenhaus. In: BÖRCHERS, KIRSTIN/KIRCHNER, HELGA/TRITTMACHER, SUSAN: Den Chefessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 19.

30 Vgl. EBD.

31 EBD.

32 Vgl. SCHOELLER, ANNEGRET E. (2010): Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer, S. 36.

33 EBD.

34 BENEMANN, MAGDALENA (2010): Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer, S. 50.

Beim Thema der Familienpause konnten KÖHLER ET AL. zeigen, dass die überwiegende Mehrheit (77 Prozent) der Ärztinnen nach der Familienpause wieder in die ärztliche Tätigkeit einsteigen will. *„Weniger als 1 Prozent möchten nicht mehr berufstätig sein, 4 Prozent planen, berufsfremd zu arbeiten, der Rest ist noch unentschlossen (18 Prozent).“*³⁵ Bei der Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie steht u. a. die Frage nach entsprechenden Arbeitszeitmodellen im Mittelpunkt.

*„Angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels sollte kurzfristig insbesondere das Potential an bereits ausgebildeten und weitergebildeten Ärztinnen besser genutzt werden. D. h. es müssen Bedingungen geschaffen werden, daß solche Ärztinnen mit Kindern Familienpflichten und Berufstätigkeit leichter und flexibler koordinieren können und der Arbeitsplatz Krankenhaus für sie wieder attraktiver wird. Hierzu bedarf es sowohl geeigneter Serviceangebote (z. B. Kinderbetreuung am Krankenhaus u. ä.) als auch vermehrter, verbesserter und auch an die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Kindern angepaßter Teilzeitmodelle.“*³⁶

Dass der Wunsch nach einer ärztlichen Tätigkeit in Teilzeit bei Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen in großen Teilen besteht, macht die bereits genannte Umfrage des HARTMANNBUNDES deutlich: Von den Befragten gaben fast 87 Prozent an, sich Teilzeitarbeitsmodelle grundsätzlich und mindestens phasenweise vorstellen zu können. Gerade einmal 8 Prozent der Befragten gaben an, dass Teilzeit keine Option für sie sei.³⁷ Ebenso ausgeprägt wie der Wunsch, in Teilzeitarbeitsmodellen ärztlich tätig sein zu können, war die Einschätzung, dass das Thema Teilzeitbeschäftigung besonders für Frauen immer noch eine Herausforderung (und damit ein potenzielles Karrierehindernis) am Arbeitsplatz darstellt. Knapp 92 Prozent der Befragten gaben dies so an.³⁸

Mit Blick auf die Schaffung von notwendigen Voraussetzungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben forderten auf die Frage *„Welche Angebote sind notwendige Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und hier im Besonderen zur Unterstützung der Karriere von Ärztinnen“* 90 Prozent der Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen die Implementierung flexibler Arbeitszeitmodelle (arbeitskompatible Kinderbetreuungsangebote: 86,1 Prozent; Wiedereinstiegsmodelle nach der Elternzeit: 63,3 Prozent; Teilzeitmodelle für Führungspositionen: 56,7 Prozent).³⁹

2.5 Vom Studienabschluss bis zur Oberärztin – die Karriereschere

So erfreulich die Zuwachsraten bei den Studienabschlüssen und bei den Promotionen von Studentinnen und Ärztinnen auch seien mögen, so deutlich ist auch, dass es im Rahmen der Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten zu ausgeprägten Disparitäten kommt. Differenziert nach Fachgebiet sowie Hierarchie werden die Unterschiede deutlich. So betrug der Anteil an Assistenzärztinnen in der berufstätigen Ärzteschaft im Bereich der Allgemeinmedizin 51,2 Prozent (2001). In leitenden Positionen waren es gerade noch 18,5 Prozent. In keinem anderen Fachgebiet war der Anteil der Ärztinnen prozentual höher als in der Allgemeinmedizin. Betrachtet man die „unteren Ausreißer“, so stellt man fest, dass der Anteil von leitenden Ärztinnen auf dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bei gerade einmal 2,2 Prozent lag, bei den HNO-Assistenzärzten lag der Anteil noch bei 39,7 Prozent (2001). In der Inneren Medizin (inkl. Onkologie) lag der Frauenanteil bei 3,6 Prozent in Führungspositionen.⁴⁰

35 KÖHLER, S. ET AL. (2003): Ärztin – Traumberuf oder Alptraum? In: Hessisches Ärzteblatt, 2003, Ausgabe 12, S. 632.

36 EBD.

37 Vgl. HARTMANNBUND (2014), S. 5.

38 Vgl. EBD., S. 8.

39 Vgl. EBD., S. 13.

40 Vgl. BÖRCHERS, KIRSTIN (2006): Geschlechtsspezifische Karriereverläufe am Beispiel Krankenhaus. In: BÖRCHERS, KIRSTIN ET AL. (Hrsg.): Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 18.

Dazu FEGERT und LIEBHARDT:

„Bei den wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen wird noch fast die Hälfte, derzeit 46 Prozent, an Frauen vergeben. Betrachtet man die habilitierten Frauen, so liegt der Anteil gerade noch bei 25 Prozent. In Leitungspositionen finden wir nur noch einen Frauenanteil von elf Prozent (...).“⁴¹

Dies gilt auch für den angloamerikanischen Bereich. So schreibt TRAVIS, Associate Vice President des Women Faculty Programs des MD Anderson Cancer Centers in Houston, Texas:

„Despite increases in the percentages of women medical school graduates and faculty over the past decade, women physicians and scientists remain underrepresented in academic medicine’s highest-level executive positions, known as the C-suite.“⁴²

BÖRCHERS kommt zu folgendem Ergebnis:

„Im Jahr 2002 betrug der Frauenanteil in leitenden Positionen der Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet 9,7 Prozent. Mit steigendem Prestige und höherer Hierarchiestufe sinkt der Frauenanteil.(...) Erst im Laufe der Berufstätigkeit und mit wachsendem Weiterbildungsstand wird es für Ärztinnen zunehmend schwerer, Karriere zu machen. (...) Mit Blick auf die einzelnen Fachgebiete lässt sich feststellen, dass Disziplinen mit hohem gesellschaftlichen Ansehen und höheren Einkommensmöglichkeiten wie das Fachgebiet der Chirurgie sehr männerdominiert sind.“⁴³

Diese Daten werden von LEY und KACZMARCZYK bestätigt: *„Offensichtlich haben nur wenige Frauen, die 2001 Assistenzärztin waren, fünf oder zehn Jahre später den Aufstieg in Leitungspositionen geschafft.“⁴⁴*

Dass ausgeprägte Ungleichheiten nicht nur in der praktischen ärztlichen Tätigkeit vorliegen, beschreibt TRITTMACHER: So sind Frauen im Allgemeinen und Ärztinnen im Besonderen sowohl in Bundesgremien als auch in der ärztlichen Selbstverwaltung unterrepräsentiert. In den Bundesgremien waren es im Jahr 2002 15,9 Prozent, in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) acht bis 25 Prozent und bei den Ärztekammern 18 bis 44 Prozent.⁴⁵ Noch nie war eine Frau Präsidentin der Bundesärztekammer oder Kassenärztlichen Vereinigung.

Mit der Frage, warum sich die oben beschriebenen Disparitäten im Zeitverlauf so entwickeln, hat sich eine Untersuchung an der BERLINER CHARITÉ beschäftigt und kommt zu folgender Einschätzung.

„(...) dass selbst die notenbesten und promovierten Wissenschaftlerinnen ihre beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten pessimistischer einschätzten als die notenschlechtesten nicht promovierten Wissenschaftler. Trotz gleicher Noten und Leistung beurteilen die Medizinerinnen ihre Chancen auf einen sicheren Arbeitsplatz mit 33 Prozent signifikant schlechter als ihre männlichen Kollegen.“⁴⁶

Entsprechende Einschätzungen zeigten auch Untersuchungen des MASSACHUSETTS INSTITUTE OF TECHNOLOGY (MIT). Demnach neigen sowohl Frauen als auch Männer dazu, Frauen in ihren Leistungen unterzubewerten und Männer überzubewerten. Die Untersuchung ergab darüber hinaus, dass den Professoren in der Humanmedizin

⁴¹ FEGERT, JÖRG M./LIEBHARDT, HUBERT (2012), S. 2.

⁴² TRAVIS, ELISABETH ET AL. (2013): Sponsorship: A path to the academic medicine C-suite for women faculty? Acad Med 2013; 88: 1414-1417.

⁴³ BÖRCHERS, KIRSTIN (2006), S. 17.

⁴⁴ LEY, ULRIKE/KACZMARCZYK, GABRIELE (2013): Führungshandbuch für Ärztinnen. Gesunde Führung in der Medizin. Heidelberg: Springer Verlag, S. 12.

⁴⁵ Vgl. TRITTMACHER, SUSAN (2010): Eintrittskarten erfolgreicher Führung: Netzwerke und Gremien. In: BÖRCHERS, KIRSTIN ET AL. (Hrsg.): Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 108.

⁴⁶ BÖRCHERS, KIRSTIN (2006), S. 21.

*„doppelt so viel an Laborräumlichkeiten zur Verfügung stand wie den Professorinnen. Diese Ergebnisse wurden von Forscherinnen anderer Fakultäten bestätigt. Es kam heraus, dass Forscherinnen weniger gut verdienten (78 Prozent) wie die männlichen Kollegen in gleicher Position und sie von wichtigen Entscheidungsprozessen und Informationen ausgeschlossen worden waren“.*⁴⁷

Laut LEY und KACZMARCZYK habe es *„die männliche Führungskultur bisher versäumt, sich dem Thema zu nähern“*. Studentischer Unterricht, das verfügbare Unterrichtsmaterial und die Titel von Fachzeitschriften seien immer noch männerdominiert. Eine mangelnde Repräsentanz von Medizinerinnen sei sowohl im universitären als auch im außeruniversitären Bereich festzustellen.⁴⁸ Ausgeprägt starre Hierarchien seien an den Universitätskliniken, den *„Wirkungsstätten der männlichen meinungsbildenden Persönlichkeiten“*, besonders stark repräsentiert.⁴⁹

In der vorliegenden Publikation wurde bisher unterstellt, dass die Karrieremotivation bei Ärztinnen und Ärzten identisch ist. In einer Umfrage aus dem Jahr 2008/2009 hielten 94 Prozent der Medizinerinnen eine eigene ranghohe Positionen für wichtig oder sehr wichtig, 62 Prozent betonten die *„Freude, Macht zu haben“*, 77 Prozent *„Dinge zu bewegen und verändern zu können“*.⁵⁰

Mit Blick auf die Karrieremotivation von Ärztinnen und Ärzten kommen GEDROSE ET. AL. im Rahmen einer multizentrischen Kohortenstudie von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudium allerdings zu anderen Ergebnissen. Demnach strebten 50 Prozent der Absolventen und nur 29 Prozent der Absolventinnen eine leitende Position im Krankenhaus (Oberarzt oder Chefarzt) an.⁵¹ Dabei finden sich beim Zusammenhang von Geschlecht und Karrierewunsch statistisch überzufällige Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

*„Der Anteil der Männer, die Oberarzt werden wollen, war 1,5mal höher als bei den Frauen. In Bezug auf eine Chefarztposition war dieser Anteil sogar 5,4-mal höher. Demgegenüber war der Anteil der Frauen, die ‚nur‘ als Fachärzte im Krankenhaus tätig werden möchten, 3,7-mal höher als bei den Männern. Auch strebten 1,3-mal mehr Frauen als Männer eine Niederlassung als Gebietsärztin an.“*⁵²

2.6 Demografischer Wandel

Für das Jahr 2020 ist in Deutschland von einem leichten Bevölkerungsrückgang auszugehen (2008: N=82 Millionen; 2010: N=79,9 Millionen). Dabei nimmt der Anteil der älteren Bevölkerungsgruppe überproportional zu. Dieser Trend ist in den neuen Bundesländern stärker als in den westlichen und südlichen Bundesländern.⁵³ Neben der Zunahme von Alterserkrankungen wie Stoffwechsel- oder kardialen Erkrankungen wird die Prävalenz im Bereich der Onkologie bis zum Jahr 2020 (im Vergleich zum Referenzjahr 2008) deutlich zunehmen. Bei den Männern liegt die prozentuale Zunahme bei 17 Prozent (2008: N=678.776; 2020: N=795.141), bei den Frauen bei 9 Prozent (2008: N=665.924; 2020: N=725.942) (siehe ABBILDUNG 4: *Entwicklung der Prävalenz von Krebserkrankungen*).⁵⁴

⁴⁷ EBD.

⁴⁸ Vgl. LEY, ULRIKE/KACZMARCZYK, GABRIELE (2013), S. 8.

⁴⁹ Vgl. EBD., S. 12.

⁵⁰ Vgl. EBD., S. 16.

⁵¹ Vgl. GEDROSE B. ET AL. (2011), S. 1242.

⁵² EBD.

⁵³ Vgl. DGHO (2013a), S. 23.

⁵⁴ Vgl. EBD.

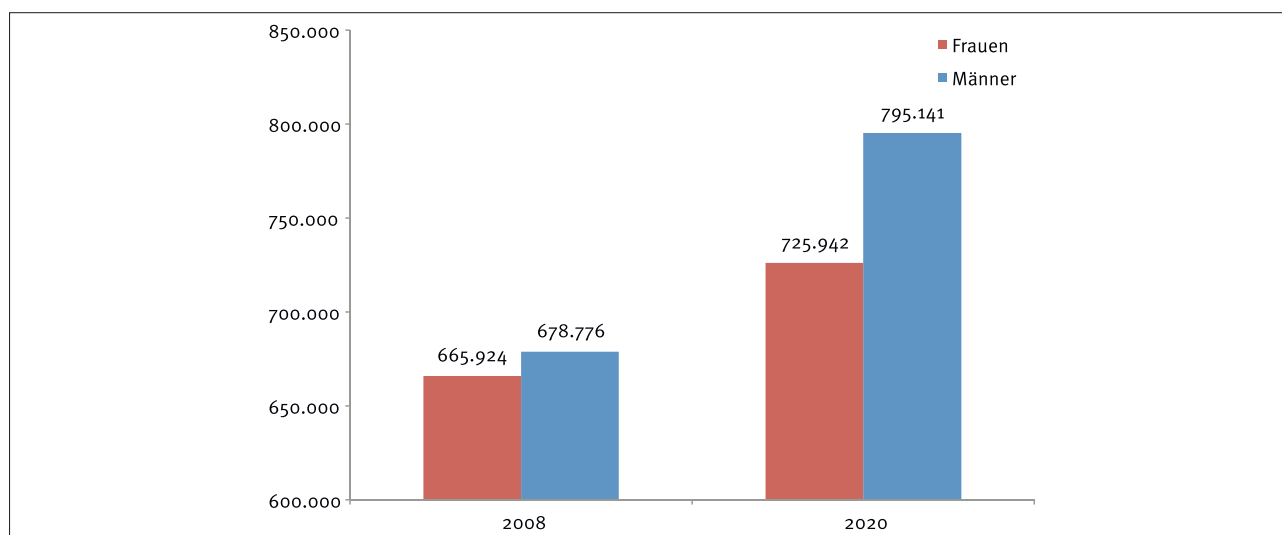


Abbildung 4: Entwicklung der Prävalenz von Krebserkrankungen⁵⁵

Bei den Prävalenzen pro 100.000 Einwohner gibt es, wie bei den Inzidenzen, eine geringe Variabilität zwischen den Landkreisen in Baden-Württemberg verglichen mit den Landkreisen der anderen Bundesländer. Dies zeigt sich insbesondere bei Bauchspeicheldrüsen-, Nieren-, Harnblasenkrebs, Hodgkin-Lymphom und den Non-Hodgkin-Lymphomen bei den Männern sowie Lungenkrebs, Hodgkin-Lymphom und Leukämien bei den Frauen.⁵⁶ Prognostiziert wird zwischen 2008 und 2020 innerhalb der Altersgruppe 0 bis 49 Jahre eine Abnahme der Prävalenz im Jahr 2020. Demgegenüber wird in den älteren Altersgruppen eine Zunahme der prävalenten Fälle erwartet.⁵⁷

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist von einem abnehmenden Behandlungsbedarf für Kinder und Jugendliche, bei älteren Patienten hingegen von einem erhöhten Behandlungsbedarf auszugehen. Dieser wird sich neben anderen altersbedingten Erkrankungen auch besonders im Bereich der onkologischen Krankheiten niederschlagen und sich damit auch in einem erhöhten Bedarf an in der Hämatologie und Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzten manifestieren.⁵⁸ Umso wichtiger ist es, Sorge zu tragen, ausreichend Hämatologinnen und Hämatologen sowie Onkologinnen und Onkologen auszubilden und diese auch in dem Berufsfeld zu halten. In einer aktuellen Umfrage der AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY zeigt sich, dass Onkologinnen und Onkologen im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten aus anderen medizinischen Fachgebieten besonders unzufrieden mit ihrer work-life-balance waren.⁵⁹ Die Folge daraus war, dass 34 Prozent angaben, ihre Arbeitszeit in den nächsten 12 Monaten reduzieren zu wollen, 34 Prozent wollten ihre Position innerhalb der nächsten 2 Jahre aufgeben, **und 29 Prozent planten, vorzeitig in Rente zu gehen**. Besonders unzufrieden mit der work-life-balance waren dabei Frauen (Odd ratio 0,458, $p < 0,001$).

Auch in anderen Ländern besteht das gleiche Problem, wird aber viel offensiver angegangen. So schreiben DODGE ET AL:

„The provision of optimal care for women with gynecologic cancer may be threatened due to the changing demographics of patients and the projected increasing shortage of gynecologic oncologists in Canada. [...] Modifying factors such as educational experiences, work environment, and current practice models may lead to improved recruitment to the subspecialty, which is crucial for meeting the future needs of women with gynecologic malignancies in Canada.“⁶⁰

⁵⁵ Angabe in absoluten Zahlen.

⁵⁶ Vgl. DGHO (2013a), S. 23.

⁵⁷ Vgl. EBD.

⁵⁸ Vgl. NEUBAUER, GÜNTER (2012): Die vier Herausforderungen des demografischen Wandels. In: HELLMANN, WOLFGANG/HOEFERT, WOLFGANG (Hrsg.): Das Krankenhaus im demografischen Wandel. Theoretische und praktische Grundlagen zur Zukunftssicherung. Heidelberg, medhochzwei Verlag, S. 7-8. Vgl. auch DGHO (2013b): Pressemitteilung der DGHO: Wissenschaftliche Studie belegt steigenden Bedarf an Onkologen. Berlin, 21. Februar 2013.

⁵⁹ Vgl. SHANAFELT, T. ET AL. (2014): Satisfaction with work-life balances and the career and retirement plans of US oncologists. J Clin Oncol 2014; 32(11): 1127-1135.

⁶⁰ DODGE, J. ET AL. (2010): Multicenter study on factors affecting the gynecologic oncology career choice of Canadian residents in obstetrics and gynecology. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(8): 780-793.

3 Implikationen

Mit Blick auf die medizinische Versorgung der Zukunft – und hier besonders in der Hämatologie und Onkologie (siehe KAPITEL 2.6) – wird es also vor allem darum gehen, den steigenden Behandlungsbedarf sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mit dem vorhandenen ärztlichen Nachwuchs sicherzustellen.

Nach NEUBAUER lässt sich dabei folgender Trend feststellen,

„(...) dass schon derzeit Erwerbstätige aus den Gebieten abwandern, wo sich weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt bieten. Letzteres sind vor allem die ostdeutschen und die ländlichen Gebiete, die fernab von Ballungsräumen liegen. Gewinner sind die wirtschaftlich starken Agglomerationsräume, welche die Möglichkeit bieten, dass zwei Partner in räumlicher Nähe einen Arbeitsplatz finden. Durch die Binnenwanderung werden die Krankenhäuser vor die Frage gestellt, wie sie in ländlichen Gebieten noch genügend Arbeitskräfte finden können, um die älter werdende ortsansässige Bevölkerung versorgen zu können.“⁶¹

Bei der zukünftigen ärztlichen Versorgung von Krebspatientinnen und Krebspatienten wird dem ambulanten Bereich eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken sein. Dabei sind bei der Sicherstellung der Patientinnen- und Patientenversorgung besonders die ländlichen Regionen Deutschlands ins Auge zu fassen. Am Beispiel der Region um die Städte Leer, Emden und Papenburg in Ostfriesland macht MÜLLER das deutlich.⁶² In der Region (450 Quadratkilometer) arbeiten im ambulanten Bereich derzeit vier Onkologinnen und Onkologen sowie 34 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen, um die gesamte zu den genannten Städten liegende Fläche zu versorgen. Dabei liegt die Einwohnerzahl der Region liegt bei 726.000 (zum Vergleich Berlin: 3,4 Millionen Einwohner, 891 Quadratkilometer).

Die unter KAPITEL 2.6 geschilderten demografischen Entwicklungen implizieren einen erhöhten Bedarf an Onkologinnen und Onkologen. In ihrer Studie konnte die DGHO zeigen, dass – auf Basis von Trends der Jahre 2002 bis 2011 – im Jahr 2020 ein zusätzlicher Bedarf an Ärztinnen und Ärzten von 6 bis 25 Prozent (je nach Bundesland) zu erwarten ist.⁶³ Darüber hinaus geht die DGHO davon aus, dass im Jahr 2020 etwa 25 Prozent der Onkologinnen und Onkologen mindestens 65 Jahre alt sein werden.⁶⁴

Vor dem Hintergrund der gezeigten Daten erscheint die verstärkte Förderung von Ärztinnen in der Onkologie von noch größerer Bedeutung. **Das Gesundheitswesen Deutschlands kann es sich nicht leisten, exzellente ausgebildete Expertinnen für die Behandlung von Krebspatientinnen und Krebspatienten zu „verlieren“**, weil sowohl immer noch Stereotype („nur wer Vollzeit arbeitet, kann eine Leitungsfunktion übernehmen“) als auch organisatorische Defizite (bspw. bei der flexiblen Gestaltung von Arbeitszeiten als auch bei der Kinderbetreuung) mögliche Hindernisse darstellen.

Freilich gehen aber hoch ausgebildete Ärztinnen nicht nur „verloren“. Vielmehr werden bei einem „Weiter so!“ schlicht zu wenig exzellente Kräfte für die kommenden Herausforderungen des Gesundheitswesens rekrutiert werden können, weil sie sich aufgrund von strukturellen Defiziten des Gesundheitswesens und/oder fehlender Perspektiven für einen anderen Lebensweg entscheiden oder vielmehr „gezwungen“ werden, sich so zu entscheiden. Eine solche Entwicklung ist für eine komplexer werdende Medizin ein nicht hinzunehmender Verlust. Vor dem Hintergrund eines steigenden Versorgungsbedarfs onkologischer Patientinnen und Patienten und einer möglichen Unterversorgung mit ärztlichem Personal ergibt sich ein „bottle-neck“ bei der medizinischen Versorgung, der bei fehlenden Anpassungsstrategien schnell brechen kann.

Im Folgenden sollen die im Rahmen einer von der DGHO durchgeführten Online-Umfrage unter ihren Mitgliedern erhobenen Daten zu Familien- und Arbeitsstruktur, Ausbildungsstatus und Zukunftswünschen dargestellt werden.

⁶¹ NEUBAUER (2012), S. 5.

⁶² Vgl. MÜLLER, LOTHAR (2014): „Onkologie ‚auf dem Land‘“. Vortrag im Rahmen der Frühjahrstagung der DGHO vom 13. bis 14. März in Berlin. Foliensatz, S. 37-42.

⁶³ Vgl. DGHO (2013b).

⁶⁴ Vgl. EBD.

4 Umfrage der DGHO zur Situation von Ärztinnen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie

Vor dem Hintergrund der Aktualität und der nach Einschätzung von Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen auch Dringlichkeit des vorliegenden Themas hat die DGHO im Juli 2014 eine Online-Umfrage unter ihren Mitgliedern durchgeführt. Dabei wurde eine E-Mail mit einem personalisierten Link zu einem Online-Umfrage-Tool an 2.600 weibliche und männliche Mitglieder der Fachgesellschaft versendet. An der Befragung haben sich 410 Personen beteiligt. Damit lag die Rücklaufquote bei knapp 16 Prozent. Die Online-Umfrage wurde mit einem frei verfügbaren Umfrage-Tool durchgeführt und mit dem ebenfalls frei verfügbaren Statistikprogramm „R“ ausgewertet.⁶⁵

Ziel der Online-Umfrage war es, Erfahrungen, Einschätzungen und auch Wünsche von Ärztinnen und Ärzten mit Blick auf Karrierewunsch, Familienplanung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, etc. auszumachen.

Abgefragt wurden Daten zum IST-Zustand, u. a.:

- Wochenarbeitszeit
- Tätigkeitsfeld
- Tätigkeitsebene
- Familienstatus
- Zeitrahmen für verschiedene Lebensbereiche
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Darüber hinaus wurden Daten zum „WUNSCH-Zustand“ erhoben, u. a.:

- Arbeitszeit
- Tätigkeitsbereich
- Tätigkeitsebene
- Kinderwunsch
- Art der Kinderbetreuung

Neben der Erhebung von soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, etc.) enthielt die Umfrage eine Reihe von Fragen mit offenen Beantwortungsmöglichkeiten, welche vom überwiegenden Teil der Befragten ausführlich beantwortet wurden. Neben den geschlossenen, quantitativen Fragen wurden die offenen, qualitativen Fragen bewusst ausgewählt, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, die Schwerpunkte ihrer Antworten selbst zu wählen und die aktuell bestehenden Probleme in ihren Lebens- und Arbeitssphären zu priorisieren.

Für die vorliegende Publikation wurden zunächst die Daten der quantitativen Fragen ausgewertet. In einem zweiten Schritt wird später die Auswertung der offenen Fragen folgen. Hier wird es darum gehen, das Antwortmaterial intensiv zu sichten und dann anhand der gegebenen Antworten Kategorien zu bilden, die eine sinnvolle Zuordnung und Bewertung ermöglichen. Die Präsentation dieser Aspekte ist zu einem späteren Zeitpunkt und an anderer Stelle vorgesehen.

⁶⁵ Das Umfrage-Tool wird auf der Website <https://www.soscisurvey.de> zur Verfügung gestellt. Zu „R“ siehe Website <http://www.r-statistik.de>.

4.1 Soziografische Daten und IST-Zustand

4.1.1 Altersverteilung

An der Umfrage beteiligte sich in größtem Maße die Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen (41 Prozent). Die Beteiligung der 55- bis 64-Jährigen fällt bereits deutlich ab. Die Alterskohorte der 35- bis 44-Jährigen hat sich noch mit 27 Prozent an der Umfrage beteiligt.

Eine mögliche Interpretation, dass eine große Anzahl der 35- bis 54-Jährigen an der Online-Umfrage teilgenommen haben, ist neben der Tatsache, dass diese Verteilung der Altersstruktur in der Fachgesellschaft entspricht, in der besonderen Relevanz der Thematik für das eigene Berufsleben (Karriereverlauf, Vereinbarkeit von Familie und Beruf) zu sehen (siehe **ABBILDUNG 5: Altersverteilung**).

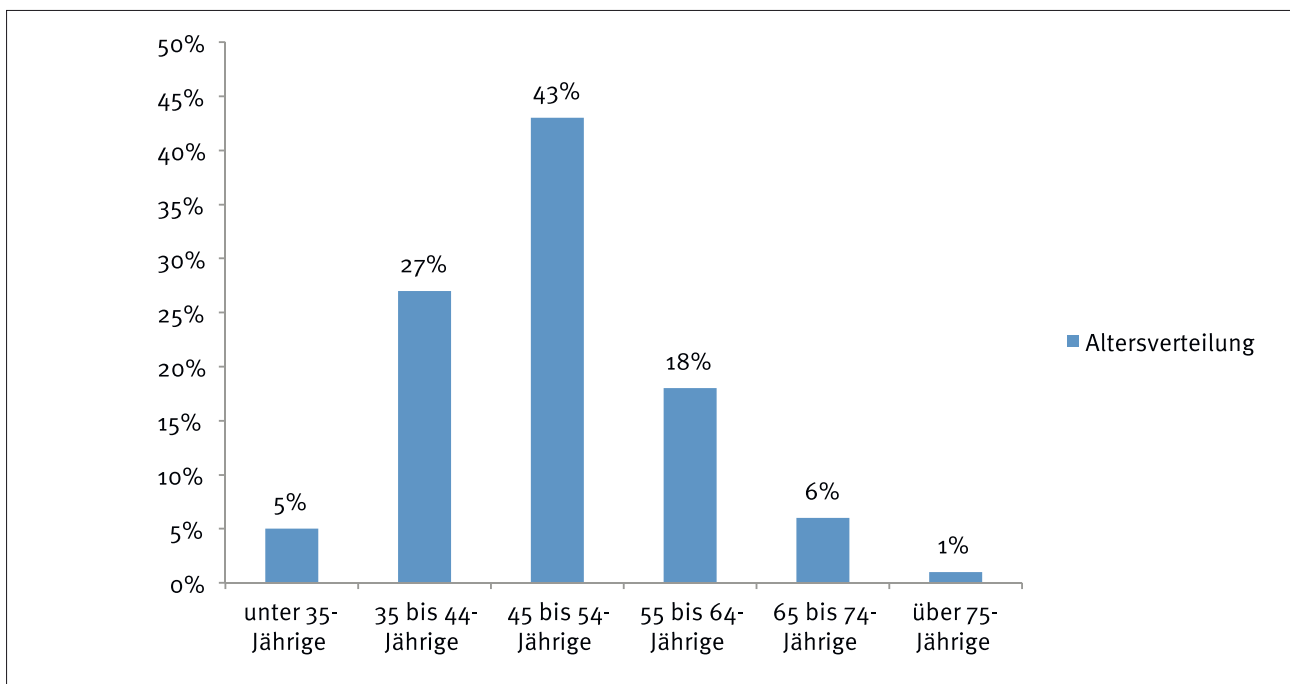


Abbildung 5: Altersverteilung

4.1.2 Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung der an der Umfrage Beteiligten (Gesamtzahl: N=410; Frauen: N=129 [32 Prozent]; Männer=281 [68 Prozent]) spiegelt in etwa die Geschlechterverteilung der DGHO-Mitgliedschaften wider (Gesamtmitgliederzahl: N=2.870; Frauen: N=812 [28 Prozent]; Männer: N=2058 [72 Prozent]) (siehe ABBILDUNG 6: *Geschlechterverteilung*).⁶⁶ **Damit ist eine überdurchschnittliche Teilnahme von Frauen (bspw. evoziert durch ein besonderes Maß an „Betroffenheit“) nicht auszumachen.**

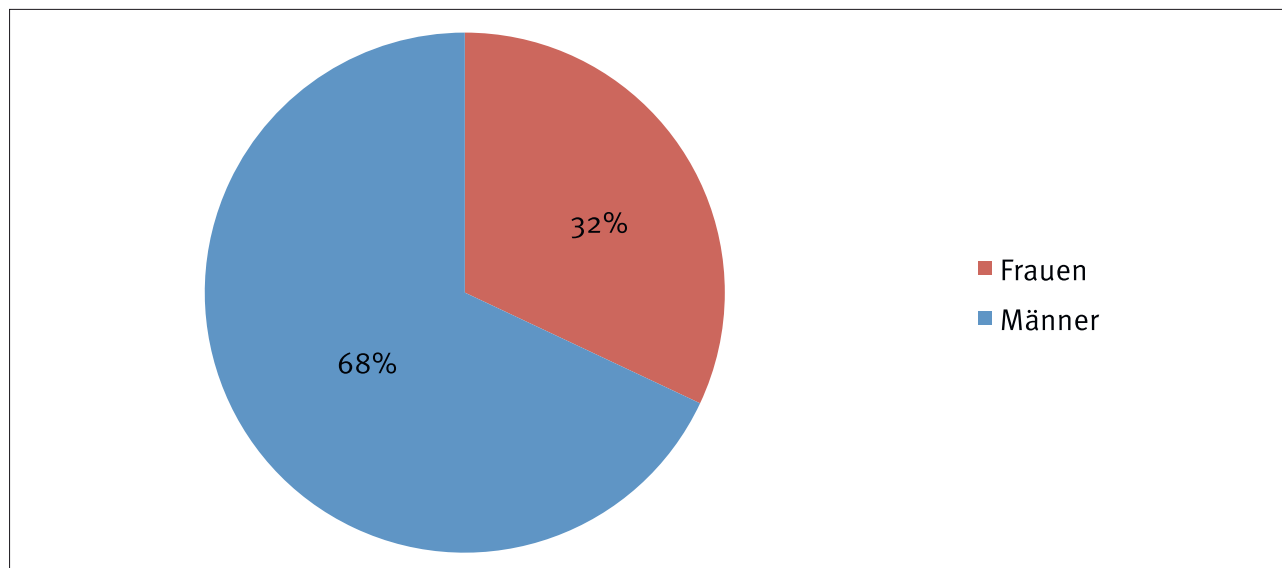


Abbildung 6: Geschlechterverteilung

4.1.3 Tätigkeitsbereich

Der überwiegende Teil der Befragten arbeitet im klinischen Bereich (45 Prozent). Auf den klinischen Bereich folgen als Tätigkeitsfelder Gemeinschaftspraxen (18 Prozent) und universitäre Einrichtungen (15 Prozent) sowie eigene Praxen in Einzelbesetzung mit 7 Prozent (siehe ABBILDUNG 7: *Tätigkeitsbereich*)

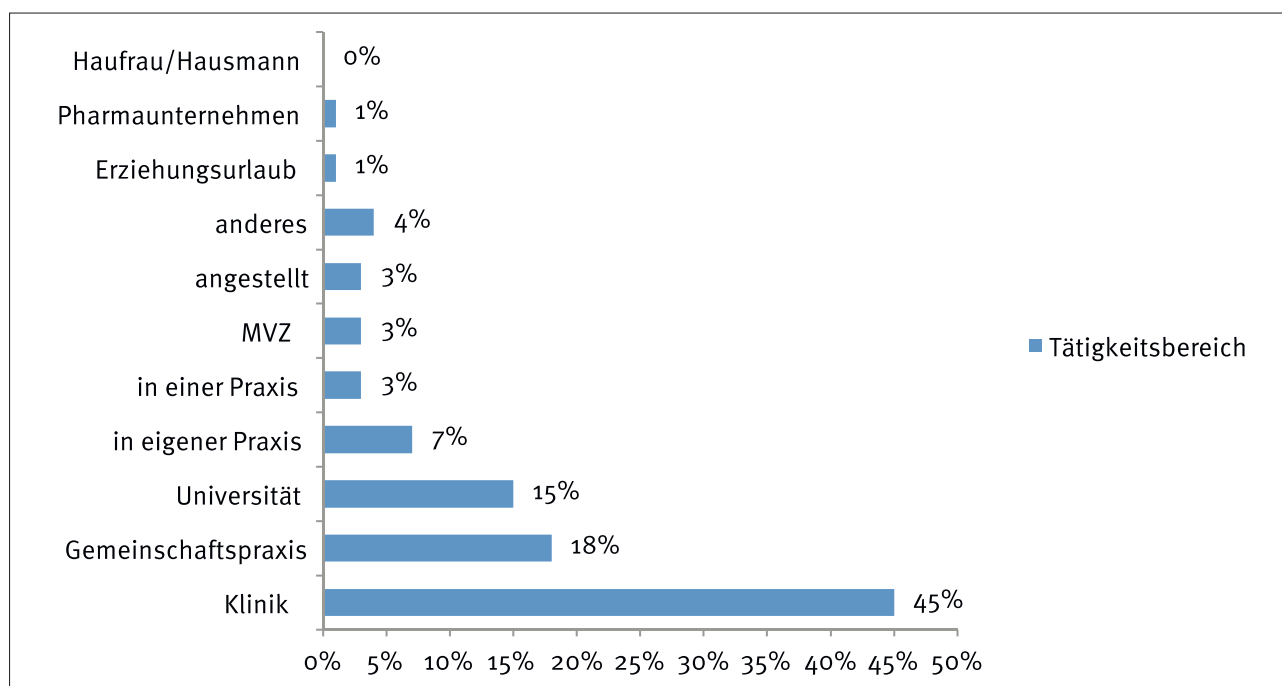


Abbildung 7: Tätigkeitsbereich

⁶⁶ Gesamtmitgliederzahl mit dem Stand vom 30. Juni 2014.

4.1.4 Hierarchieebene

Bis zur Position „Oberärztin/Oberarzt“ geben mehr Ärztinnen als Ärzte an, in dieser Position zu arbeiten. Mit der Position „Chefärztin/Chefarzt“ dreht sich die Verteilung bezogen auf die Geschlechter. 18 Prozent der befragten Ärzte geben an, als Chefarzt zu arbeiten, bei den Frauen hingegen sind nur 6 Prozent. Noch größere Disparitäten zeigen sich bei der Kategorie „Chefärztin/Chefarzt incl. Lehre & Forschung“. 12 Prozent der befragten Ärzte geben an, in dieser Position zu arbeiten, keine der befragten Ärztinnen gibt diese berufliche Position an (siehe **ABBILDUNG 8: Hierarchieebene**). Damit bestätigen die erhobenen Daten die bereits in KAPITEL 2.5 beschriebene Situation. So greift ab der Position der Oberärztin die „Karriereschere“.

Natürlich ist bekannt, dass es einige Frauen in Chefarztposition innerhalb der DGHO gibt, die zumindest klinische Forschung betreiben; diese scheinen nicht unter den Antwortenden gewesen zu sein.

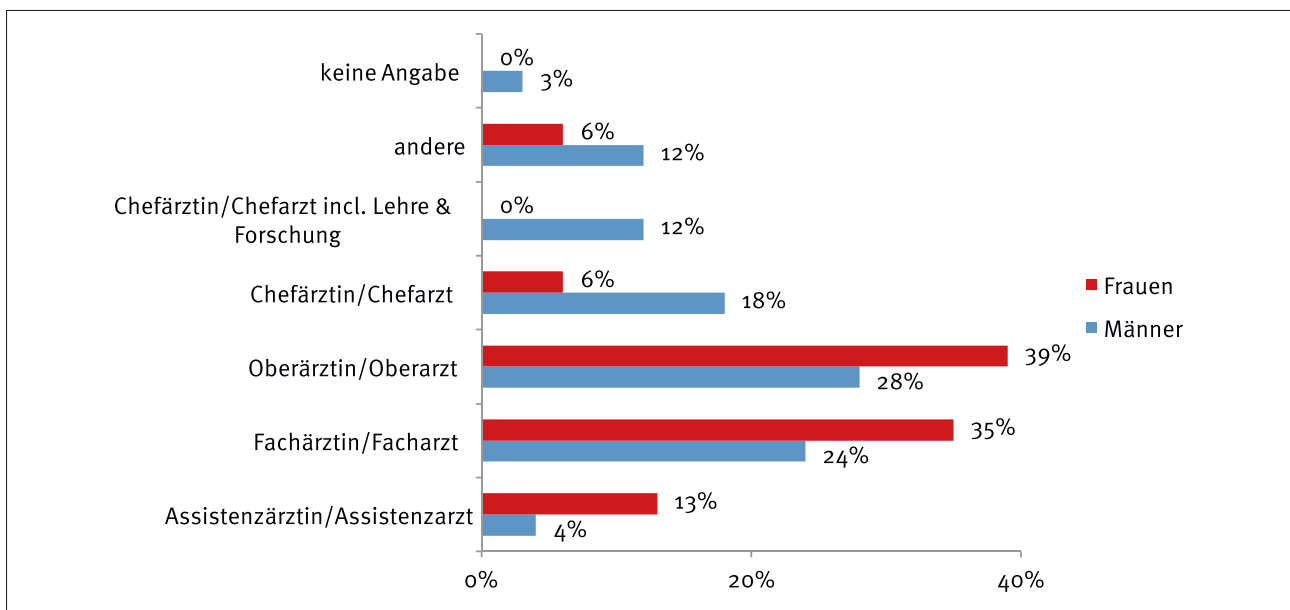


Abbildung 8: Hierarchieebene

4.1.5 Arbeitszeiten

Sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen als auch die der befragten Ärzte gibt an, 51 bis 60 Wochenstunden zu arbeiten. Darüber hinaus wird deutlich, dass kaum DGHO-Mitglieder einer Teilzeitbeschäftigung von 11-20 Wochenstunden nachgehen. Es ist zu fragen, ob dies dem mangelnden Angebot an diesen Teilzeitmodellen geschuldet ist, oder ob sich hier die Regelung des Angebotes daraus ergibt, dass diese Wochenarbeitszeiten nicht für die Fachärztin/den Facharzt anerkannt werden und somit keineswegs attraktiv sind (siehe ABBILDUNG 9: *Arbeitszeiten*).

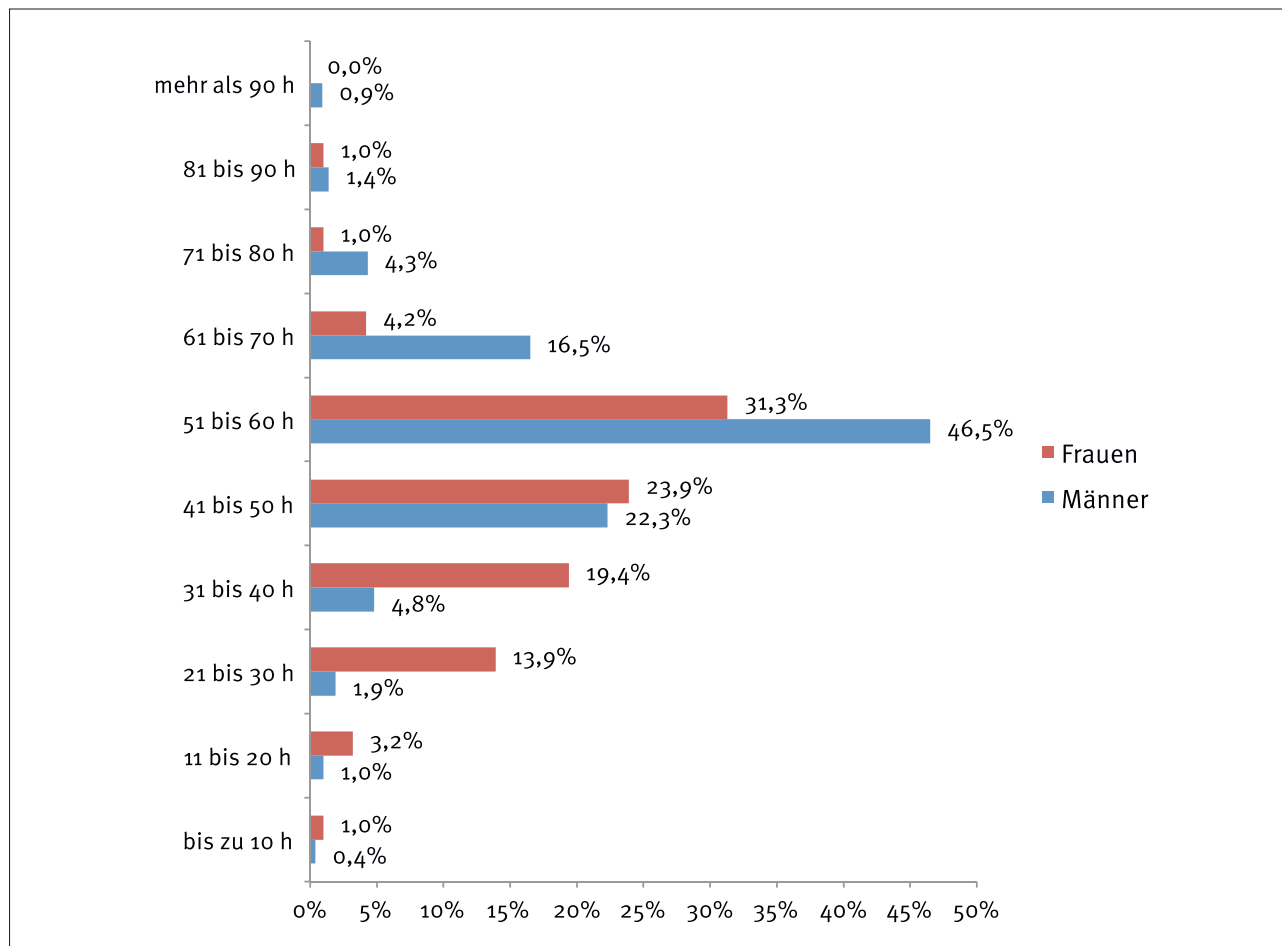


Abbildung 9: Arbeitszeiten

4.1.6 Einschätzung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Bei der Einschätzung, in wie weit Beruf und Familie zu vereinbar ist, gibt sowohl die überdeutliche Mehrheit der befragten Ärztinnen als auch die ebenso überdeutliche Mehrheit der befragten Ärzte (jeweils 71 Prozent) an, dass eine solche Vereinbarkeit nur mit Kompromissen möglich ist. Dass Beruf und Familie gar nicht miteinander in Einklang zu bringen sind, geben 16 Prozent der befragten Ärztinnen und 13 Prozent der befragten Ärzte an. Lediglich 11 Prozent der befragten Ärztinnen glauben, dass Beruf und Familie „eher gut“ bis „sehr gut“ vereinbar sind, bei den befragten Ärzten sind es 12 Prozent (siehe ABBILDUNG 10: *Einschätzung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie*).

In der Summe sind die angegebenen „Kompromisse“ bei den weiblichen DGHO-Mitgliedern am ehesten in der Wahl der Kinderlosigkeit zu sehen (siehe ABBILDUNG 12: *Vorhandensein von Kindern I*). Bei den männlichen DGHO-Mitgliedern haben die Kompromisse nicht sie selbst, sondern deren Lebenspartnerinnen machen müssen (wie die nächsten Kapitel zeigen).

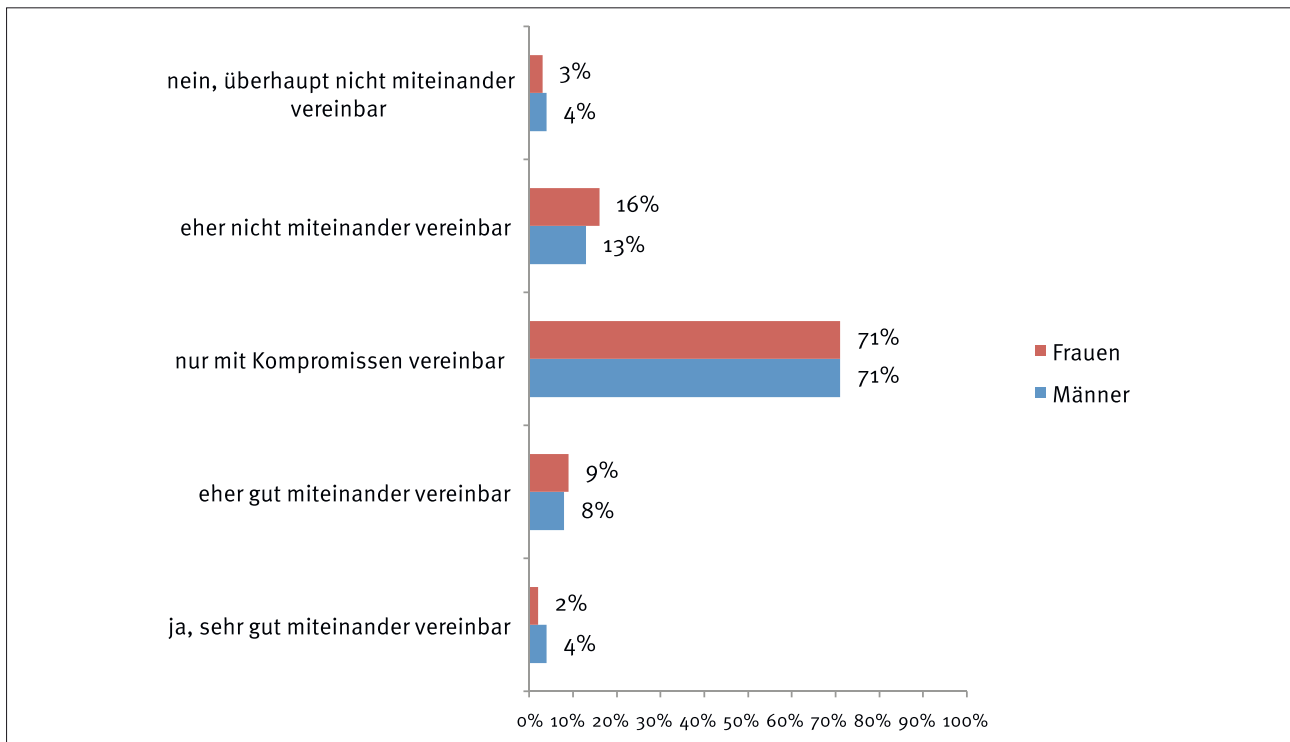


Abbildung 10: Einschätzung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

4.1.7 Familienstatus

Von den Befragten ist sowohl die Mehrheit der Ärztinnen als auch die der Ärzte verheiratet. Allerdings fällt auf, dass mit 85 Prozent gegenüber 67 Prozent mehr Ärzte verheiratet sind als Ärztinnen (siehe ABBILDUNG 11: Familienstatus).

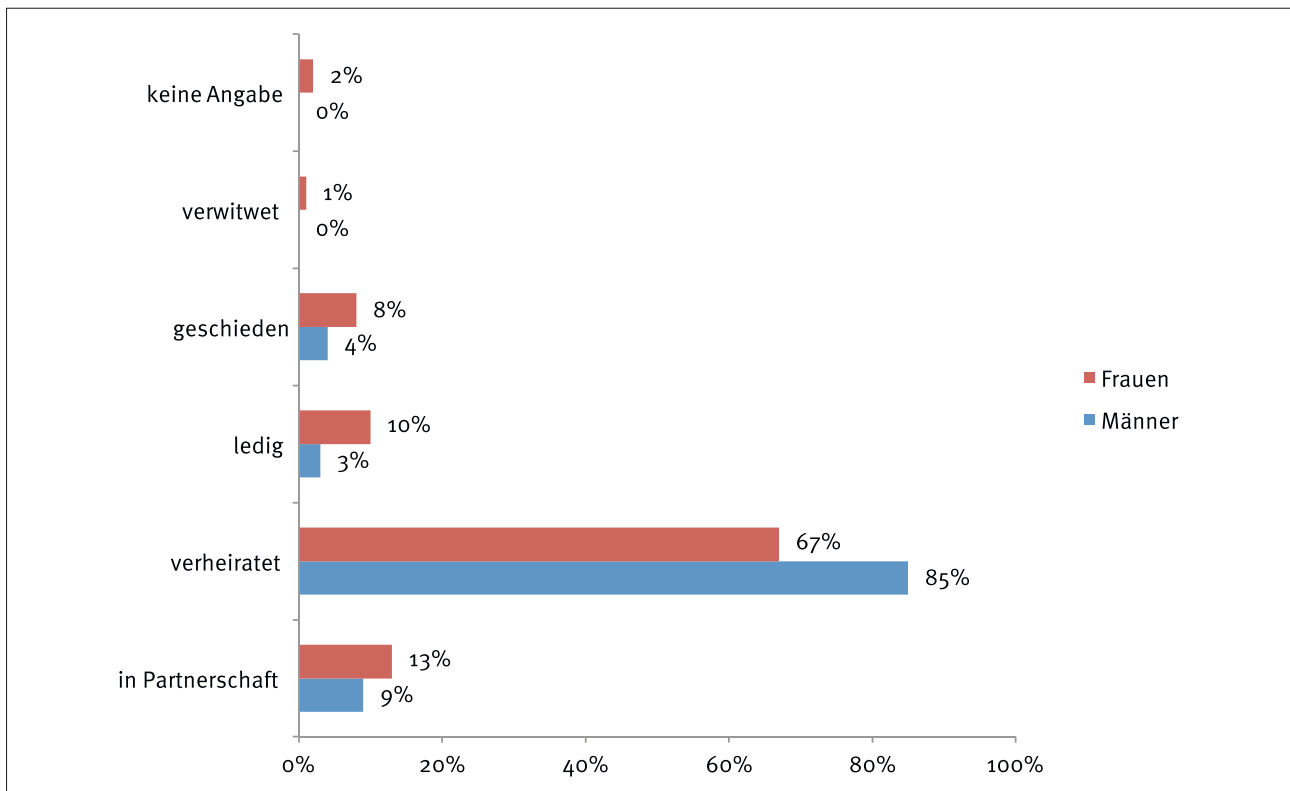


Abbildung 11: Familienstatus

4.1.8 Vorhandensein von Kindern

Sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen (67,2 Prozent) als auch die der befragten Ärzte (87,5 Prozent) geben an, Kinder zu haben. Allerdings zeigt sich hier ein erheblicher und auch statistisch signifikanter Unterschied.

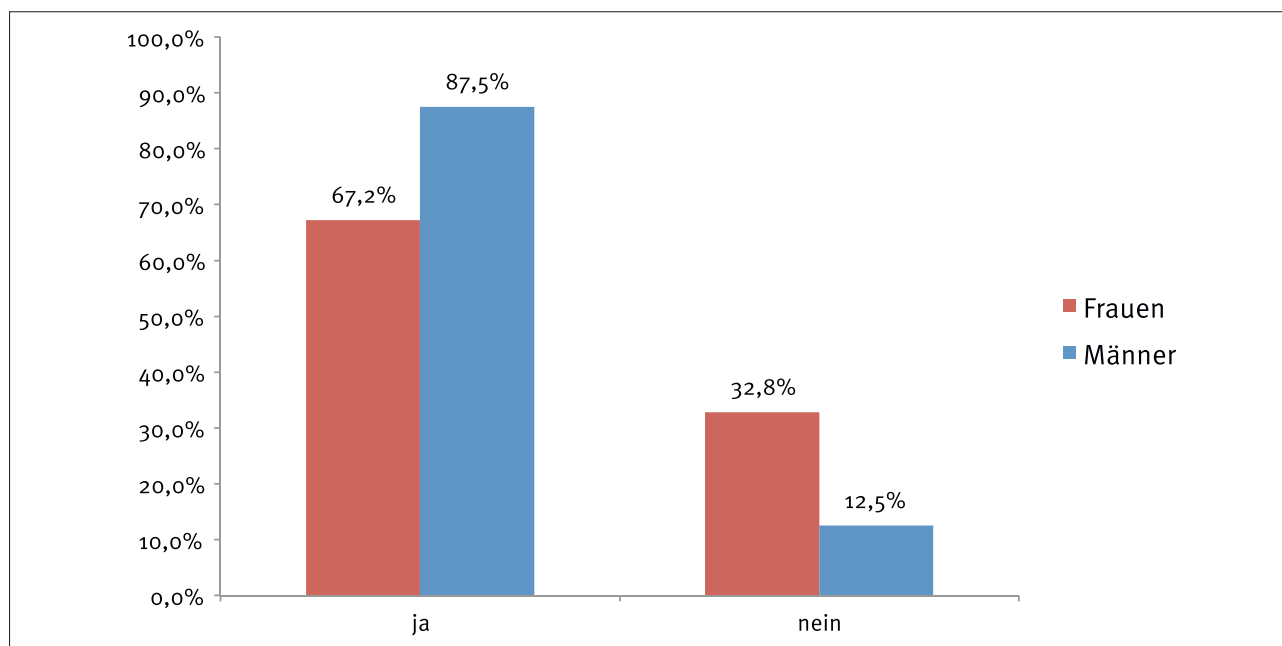


Abbildung 12: Vorhandensein von Kindern I

Bemerkenswert ist auch die Verteilung der antwortenden DGHO-Mitglieder in einer Vierfeldertafel:

	Ja, ich habe Kinder.	Nein, ich habe keine Kinder.	Gesamt
Männer	245 (87,5 %)	35 (12,5 %)	280 (100 %)
Frauen	86 (67,2 %)	42 (32,8 %)	128 (100 %)

Abbildung 13: Vorhandensein von Kindern II⁶⁷

Insgesamt haben statistisch signifikant weniger Frauen unter den DGHO-Mitgliedern Kinder im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen ($p < 0,05$). Diese Zahlen wirken erschreckend, sind allerdings nicht ungewöhnlich. Unter den Preisträgern eines amerikanischen Karriereförderungsprogramms hatten Ärztinnen statistisch signifikant seltener Kinder als ihre männlichen Kollegen.⁶⁸

4.1.9 Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Kindern

Nahezu drei Viertel (74 Prozent) der befragten Ärztinnen gaben an, ihre Berufstätigkeit aufgrund von Kindern unterbrochen zu haben, bei den befragten Ärzten waren es hingegen nur 5 Prozent. Dafür gibt mit 80 Prozent die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte an, dass die Partnerin/der Partner ihre/seine Berufstätigkeit unterbrochen hat. Bei den Ärztinnen hingegen sind dies hingegen gerade einmal 5 Prozent (siehe ABBILDUNG 14: *Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Kindern*). Hier zeigt sich deutlich, dass die Unterbrechung der Berufstätigkeit und damit auch der verbundene, potentielle „Karriereknick“ ein „weibliches Phänomen“ ist.

⁶⁷ Prozentangaben in Zeilen. Bezug innerhalb der Geschlechter, Fisher's Exact Test, $p < 0,05$.

⁶⁸ Vgl. JAGSI, R. ET AL. (2011): Similarities and differences in the career trajectories of male and female career development award recipients. Acad Med 2011; 86(12): 1415-1421.

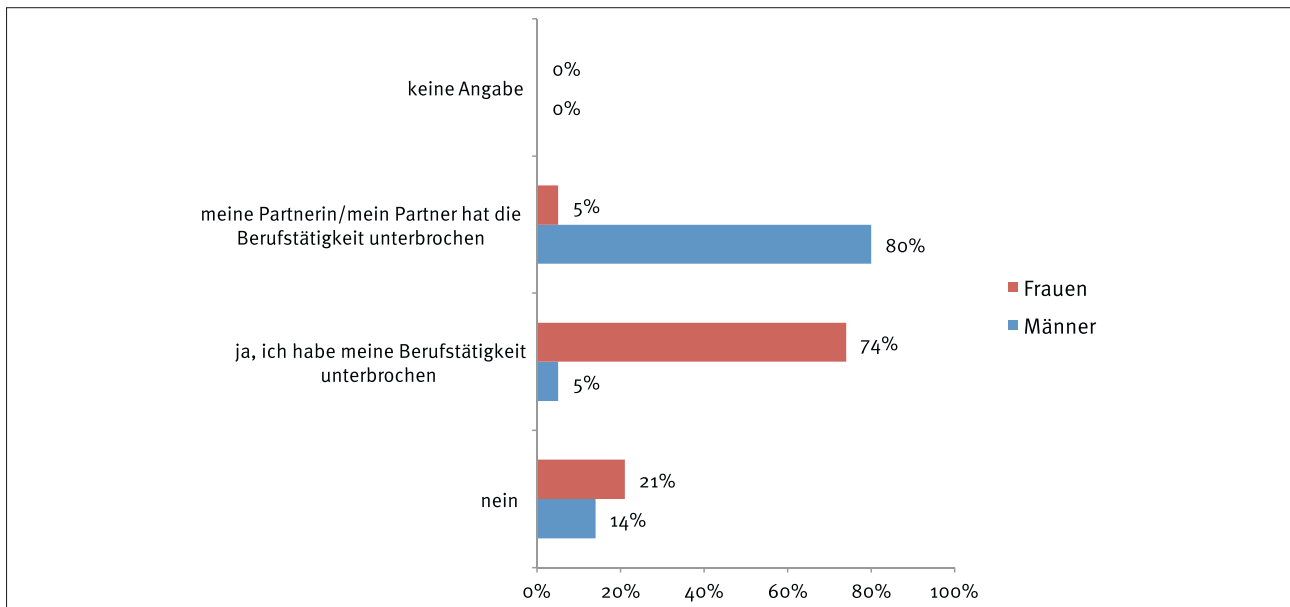


Abbildung 14: Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Kindern

4.2 Ergebnisse & Wünsche

4.2.1 Arbeitszeiten

Beim Vergleich der Wunsch-Arbeitszeiten mit den aktuellen Arbeitszeiten wird deutlich, dass sowohl bei den befragten Ärztinnen als auch bei den befragten Ärzten der Wunsch besteht, die wöchentliche Arbeitszeit zu reduzieren. Wochenarbeitszeiten ab 51 Stunden und aufwärts, wie sie beim IST-Zustand (siehe ABBILDUNG 9: *Arbeitszeiten*) noch angegeben wurden, sind bei den „Wunsch-Arbeitszeiten“ kaum noch von Relevanz (siehe ABBILDUNG 15: *Gewünschte Arbeitszeiten*).

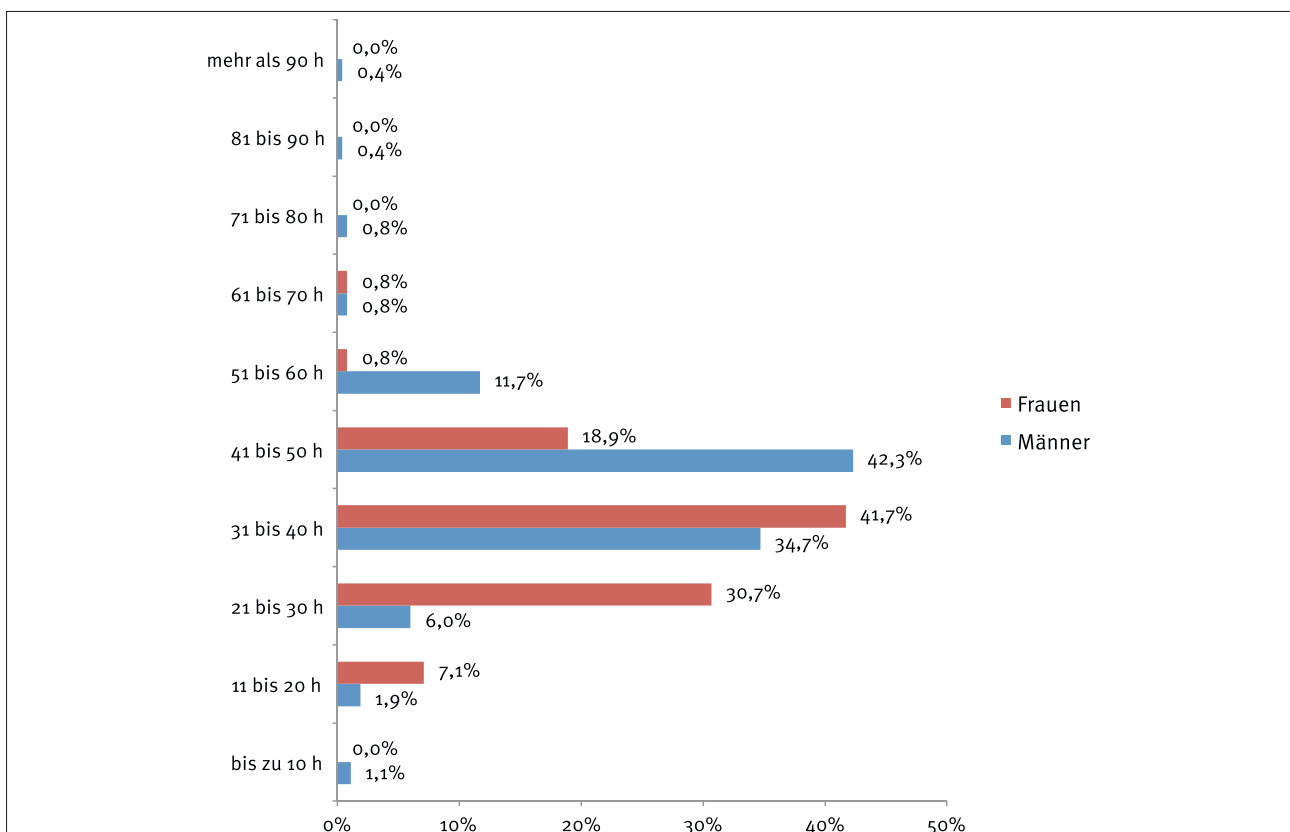


Abbildung 15: Gewünschte Arbeitszeiten

4.2.2 Wunschposition

Sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen als auch die der befragten Ärzte gibt als Wunschposition „Oberärztin/Oberarzt“ an. Dabei entfallen mit 56 Prozent bei den befragten Ärztinnen fast doppelt so viel Nennung auf diese Position als bei den befragten Ärzten (29 Prozent). Mit zunehmend höherer Karrierestufe zeigt sich eine Verschiebung zugunsten der Männer. Lediglich 8 Prozent der Ärztinnen geben an, die Position einer Chefärztin anzustreben (inkl. Lehre und Forschung: 9 Prozent), bei den befragten Ärzten sind es 21 Prozent (inkl. Lehre und Forschung: 9 Prozent) (siehe ABBILDUNG 16: *Gewünschte Tätigkeitsebene*).

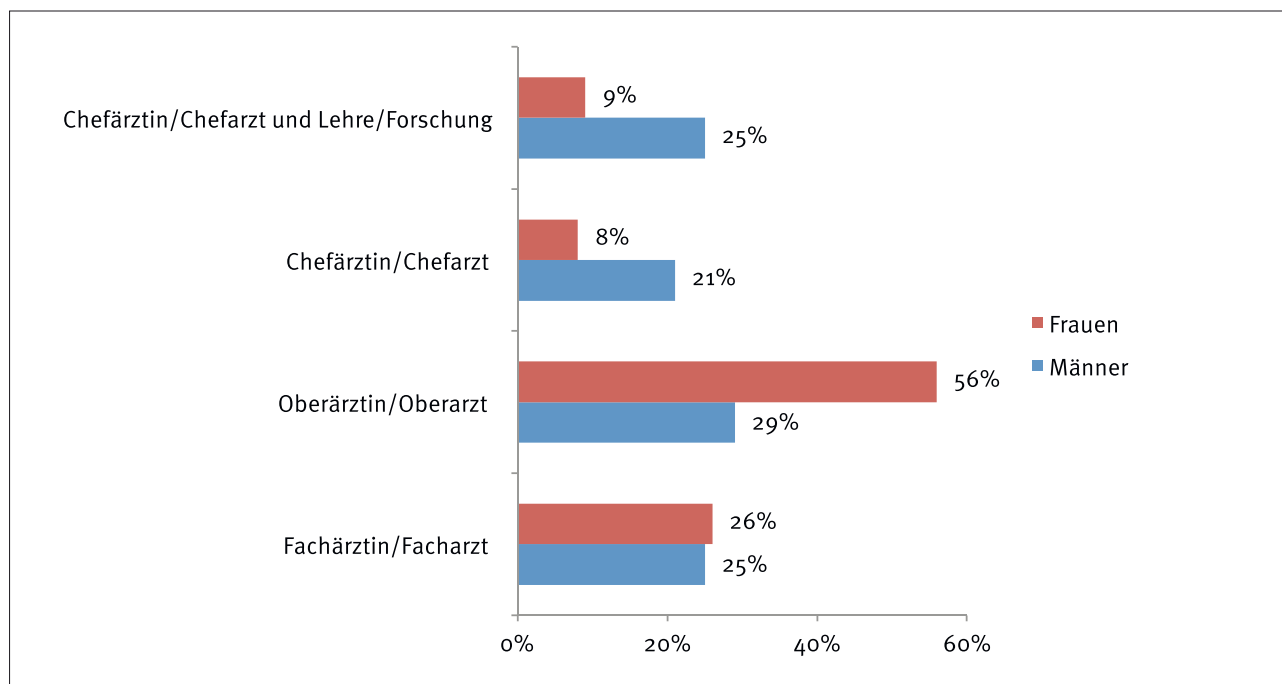


Abbildung 16: *Gewünschte Tätigkeitsebene*

Damit kann man in Zusammenschau all dieser Umfrageergebnisse ein logisches Muster erkennen: Mütter sind in der DGHO im Vergleich zu Vätern deutlich unterrepräsentiert. Die Männer geben eigenständig an, dass ihre Elternschaft aufgrund von beruflichen Pausen und Kompromissen der jeweiligen Partnerinnen erreicht wurde.

Eine Position als Chefärztin/Chefarzt zu erreichen ist ein weniger wertvolles Ziel, als auf Kinder zu verzichten, und wird damit von Frauen nicht so häufig als Wunsch angegeben.

4.2.3 Wunschbereich

Bei der Frage nach dem Wunschbereich gibt mit 27 Prozent sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen als auch mit 25 Prozent die der befragten Ärzte an, klinisch arbeiten zu wollen (siehe ABBILDUNG 17: *Wunschbereich*)

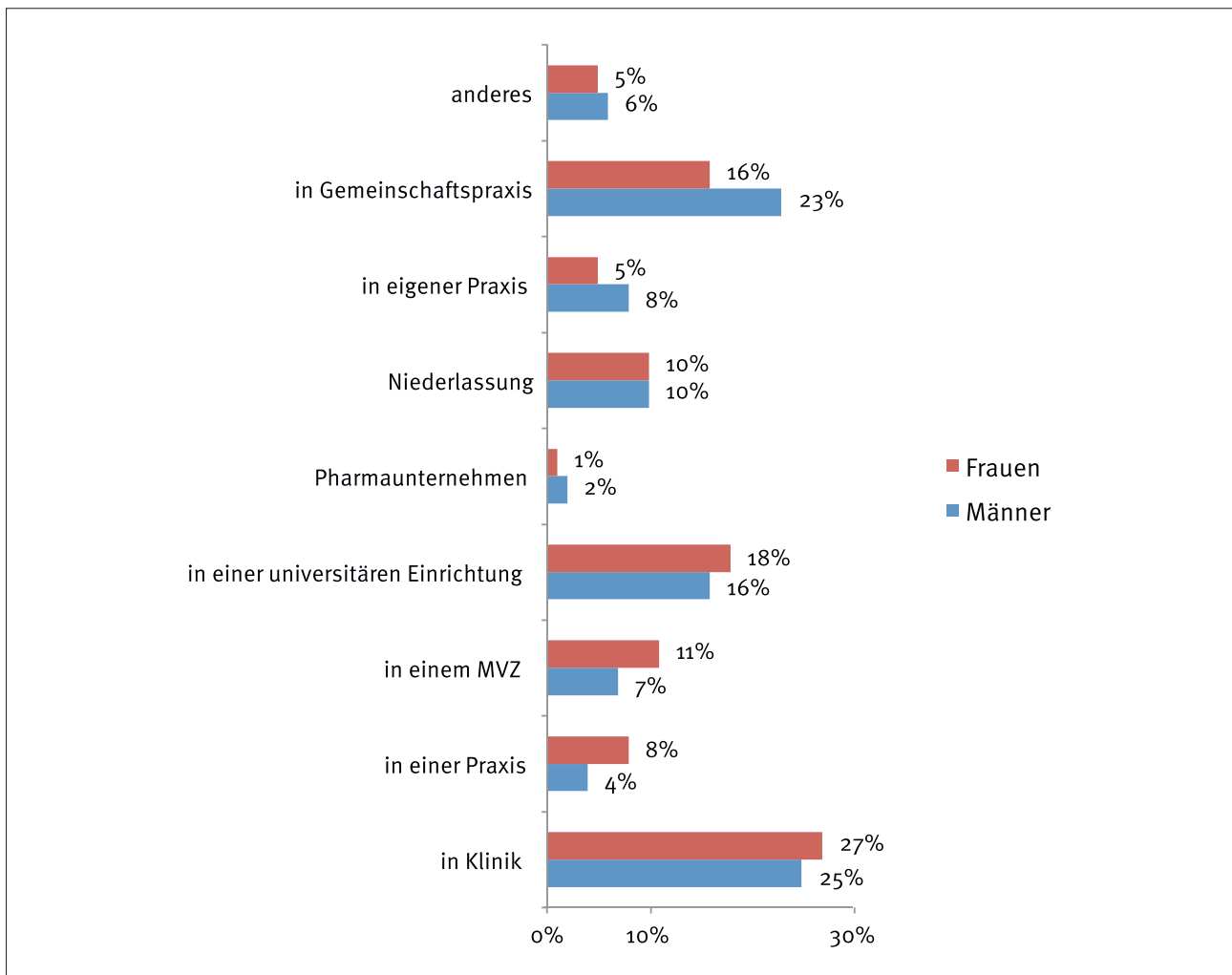


Abbildung 17: Wunschbereich

4.2.4 Kinderwunsch

59 Prozent der befragten Ärztinnen geben an, kein Kind (mehr) zu wollen. Bei den Ärzten sind es 77 Prozent, die angeben, kein Kind (mehr) zu wollen (siehe ABBILDUNG 18: *Kinderwunsch*). Dies ist sicherlich vor dem Hintergrund zu sehen, dass die männlichen Kollegen überwiegend ihren grundsätzlichen Kinderwunsch umgesetzt haben und somit hier die Planung erfüllt ist.

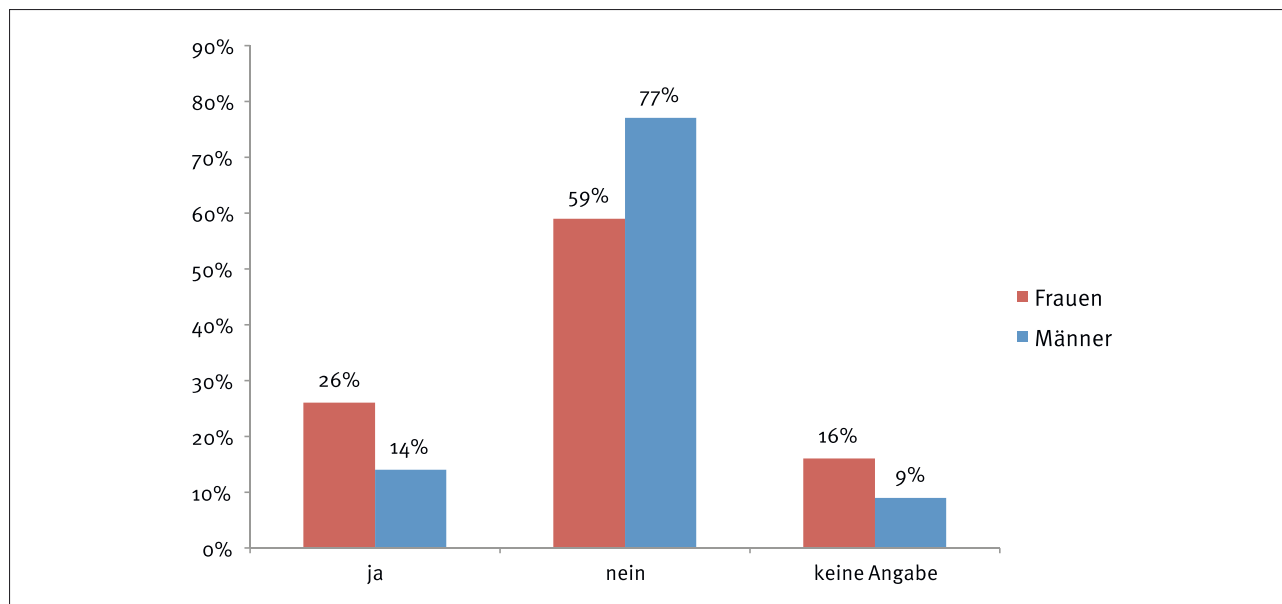


Abbildung 18: Kinderwunsch

4.2.5 Gewünschte zukünftige Kinderbetreuung

28 Prozent der befragten Ärztinnen geben an, die Kinderbetreuung selbst übernehmen zu wollen, bei den befragten Ärzten sind es mit 17 Prozent deutlich weniger. Einen entsprechenden Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt sich bei der Kategorie „durch meine Partnerin/meinen Partner“. So gehen 29 Prozent der befragten Männer davon aus, dass die Partnerin/der Partner die Kinderbetreuung übernimmt. An eine Betreuung durch die Partnerin/den Partner glauben nur 23 Prozent der befragten Ärztinnen (siehe ABBILDUNG 19: *Gewünschte zukünftige Kinderbetreuung*).

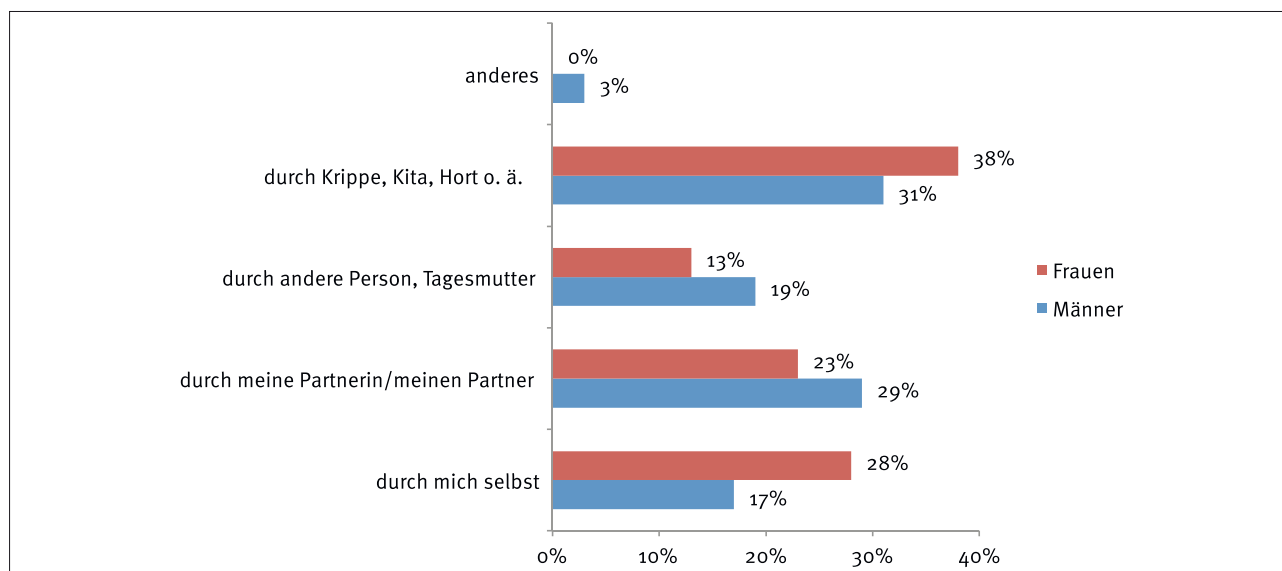


Abbildung 19: Gewünschte zukünftige Kinderbetreuung⁶⁹

⁶⁹ Mehrfachnennung möglich.

4.3 Mitgliederentwicklung der DGHO

4.3.1 Mitgliederzahlen

Neben der grundsätzlichen Förderung des ärztlichen Nachwuchses ist es der DGHO ein besonderes Anliegen, gerade junge Ärztinnen als Mitglieder zu gewinnen und in ihrer Karriere zu unterstützen. Auch wenn der Frauenanteil in der Fachgesellschaft in absoluten Zahlen noch deutlich unter dem Anteil der männlichen Mitglieder rangiert, liegen die prozentualen Zuwächse bei den Eintritten von Ärztinnen (2010: N=705; 2014: N=812 [+15 Prozent]) in die Fachgesellschaft über denen der Ärzte (2010: N=1959; 2014: N=2058 [+5 Prozent]) (siehe ABBILDUNG 20: Entwicklung der DGHO-Mitgliederzahlen).

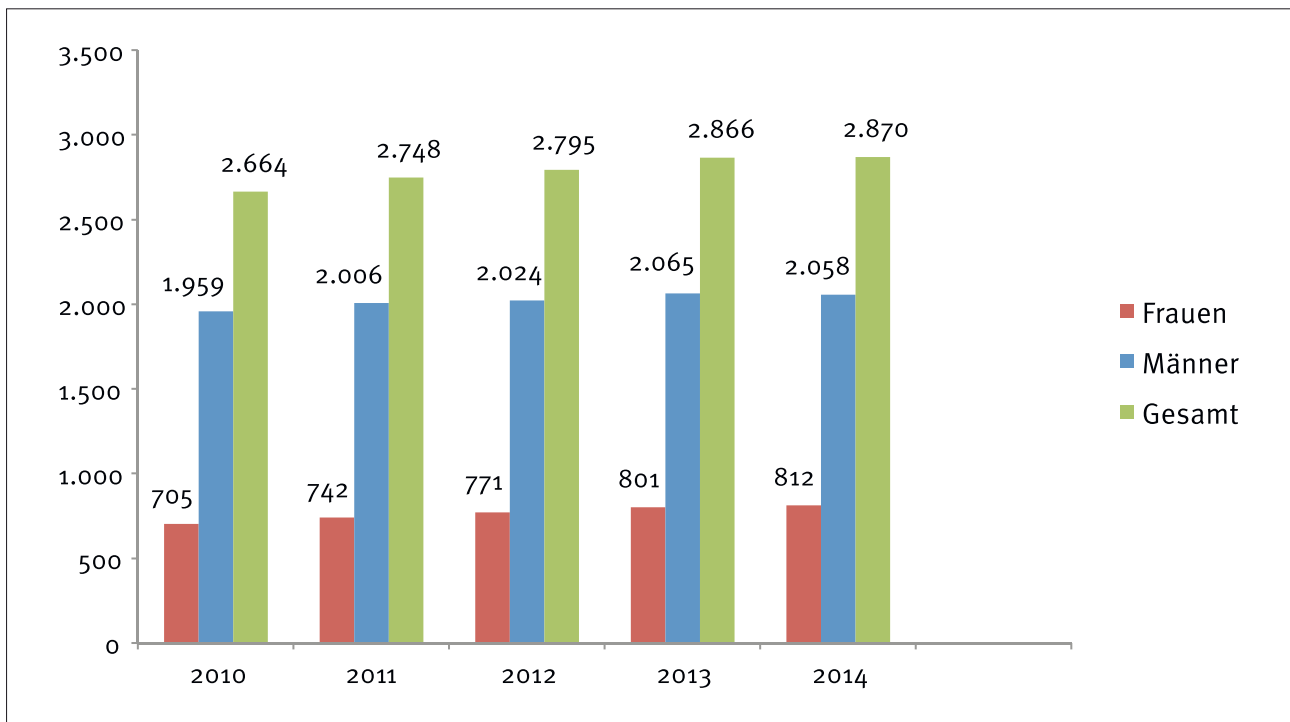


Abbildung 20: Entwicklung der DGHO-Mitgliederzahlen⁷⁰

⁷⁰ Angaben in absoluten Zahlen.

4.3.2 Eintritte in die DGHO

Die Gesamteintritte in die DGHO sind mit geringen Schwankungen vom 1. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 stabil (1. Quartal 2013: N= 37; 3. Quartal 2014: N=37). Im gegebenen Zeitraum hat die DGHO insgesamt 214 neue Mitglieder gewonnen, davon entfallen 91 Neueintritte auf Frauen und 123 auf Männer (siehe ABBILDUNG 21: *Eintritte in die DGHO*).

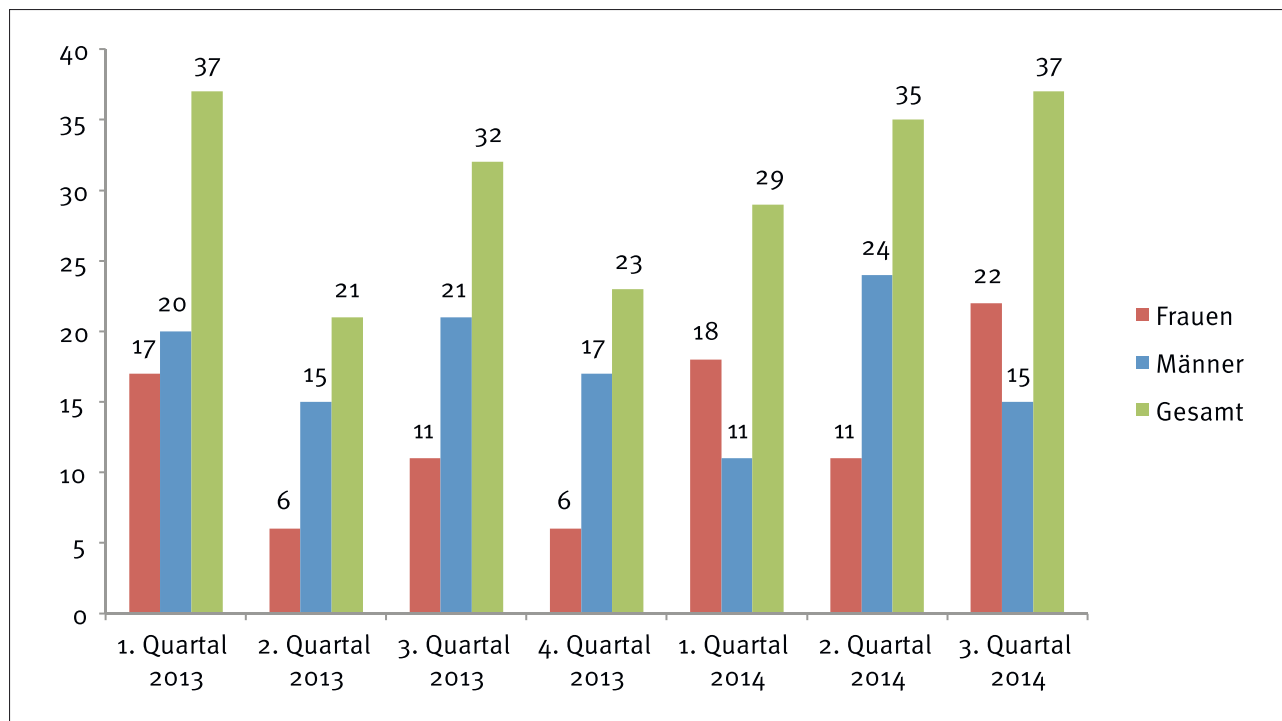


Abbildung 21: Eintritte in die DGHO⁷¹

Es scheint, dass die Beitrittsfreudigkeit von Frauen zur DGHO etwas zunimmt. Angesichts der geringen Fallzahlen hier Kausalitäten (mehr Frauen in der Hämatologie und Onkologie oder generell mehr Frauen in der Medizin; höheres berufspolitisches Interesse u. a.) zuordnen zu wollen, wäre vermessen.

⁷¹ Angaben in absoluten Zahlen.

5 Diskussion

Aus den gezeigten Ergebnissen der Umfrage lässt sich folgern, dass die Gründung einer Familie unter den derzeit geforderten Arbeitszeiten und in Ermangelung adäquater Teilzeitmodelle sowie vor dem Hintergrund einer veralteten Weiterbildungsordnung höchst schwierig ist. Die Ärztinnen innerhalb der DGHO meistern diese Herausforderung seltener als ihre männlichen Kollegen, von denen wiederum die Partnerin die nötigen Kompromisse macht/machen dürfte.

Damit erscheint das Ziel, eine Chefarztposition einzunehmen, weit entfernt und wird angesichts der dafür einzugehenden Verzichte als nicht mehr anstrebenswert oder erreichbar angegeben.

Es stellt sich die Frage, ob vor der nun beobachteten Trägheit des Medizinsystems nicht die Umsetzung einer Frauenquote die einzelnen Player zwingen könnte, schneller und nachhaltiger Änderungen herbeizuführen. Die Quote hätte den Vorteil, dem kulturellen und sozialen Wandel ein gerechtes – und vor allem messbares – Abbild zu geben.

Dabei wird die Einführung einer möglichen Frauenquote in Führungspositionen in der Bundesrepublik Deutschland seit der erstmaligen Forderung eines solchen Instruments durchaus heftig und teilweise auch emotional diskutiert. Eine gesetzliche und damit verbindliche Regelung für eine Quote gibt es in Deutschland bis heute nicht.

Für Ärztinnen schlägt der DEUTSCHE ÄRZTINNENBUND (DÄB) eine feste Quote von 40 Prozent vor. Dabei kritisiert der DÄB die bisweilen unverbindlichen Empfehlungen. Mit einer verbindlichen Quote könnten „*vorherrschende traditionelle Strukturen aufgebrochen*“⁷² werden. Derzeit werde der Einführung einer Quote leider nur im Bereich der Wirtschaft absolute Priorität eingeräumt.

*„Nach Auffassung des DÄB sollten weitere Schritte auch im Bereich der Medizin greifen, in dem sich zahlreiche Veränderungen bereits abzeichnen. Die viel zitierte Zukunft der Medizin ist bisher nur auf der Ebene der Assistenzärztinnen weiblich. Perspektivisch sollte sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis jedoch auch bei Führungspositionen wie Chefärztinnen, Klinikleitungen, in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Wissenschaft widerspiegeln.“*⁷³

Aus der öffentlichen Rezeption der Zunahme von Studienanfängerinnen in der Humanmedizin ergibt sich laut DÄB ein „Mythos von der ‚Feminisierung‘ in der Medizin“.⁷⁴ Zwar liege der Anteil von Studienanfängerinnen derzeit bei 63 Prozent, aufgrund von strukturellen und mentalen Barrieren bestehe allerdings nach wie vor keine Chancengleichheit.⁷⁵ Erfahrungen aus dem Unternehmensbereich zeigten, dass sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis nicht automatisch einstelle. So liege der Anteil von Ärztinnen bei Leitungsfunktionen im Krankenhaus bei 26 Prozent, der Anteil bei W3/C4-Professuren gerade einmal bei 5,6 Prozent (siehe **ABBILDUNG 22: Besetzung von W3/C4-Professuren in Deutschland**).⁷⁶

⁷² DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND (2014a): Pressemitteilung des Deutschen Ärztinnenbundes. „Deutscher Ärztinnenbund für Frauenquote in Wirtschaft und Medizin: Gesetzliche Regelung in der Wirtschaft ist ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen“, 20. Januar 2014.

⁷³ EBD.

⁷⁴ DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND (2014b): Pressemitteilung des Deutschen Ärztinnenbundes. „Die Zukunft der Medizin ist noch lange nicht weiblich – Ärztinnen und Ärzte frühestens 2017 gleich vertreten.“, 22. Mai 2014.

⁷⁵ Vgl. EBD.

⁷⁶ Vgl. EBD.

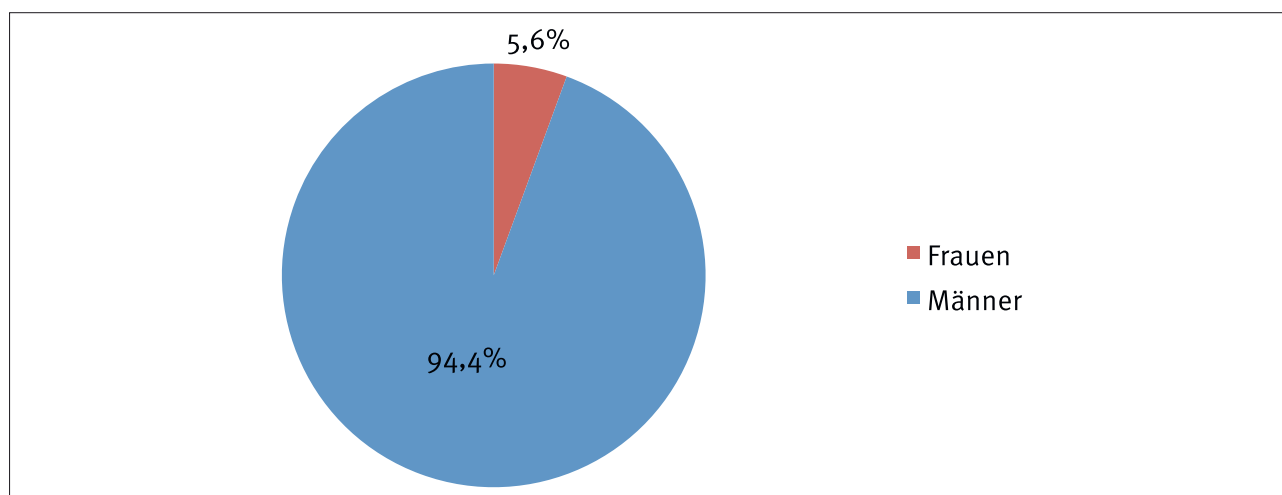


Abbildung 22: Besetzung von W3/C4-Professuren in Deutschland

Aus Sicht des DÄB muss ein

(...) Kulturwandel stattfinden, damit sich perspektivisch ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis auch in Führungspositionen wie bei Chefärztinnen, Klinikleitungen, in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Wissenschaft widerspiegelt. Auch die Forderung nach Beachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Gesundheitsforschung und -versorgung hat nichts mit einer Feminisierung der Medizin zu tun, sondern vielmehr mit wissenschaftlichem Fortschritt und ethischer Verantwortung“.⁷⁷

An den Erfahrungen von Mitgliedsstaaten der Europäischen Union lassen sich – für andere Bereiche als die Medizin – positive Entwicklungen ablesen. So hat Norwegen im Jahr 2003 eine Quote für Frauen in den Aufsichtsräten von allen börsennotierten Unternehmen gesetzlich verankert. Bis 2008 sollte ein Frauenanteil von 40 Prozent erreicht werden. Derzeit liegt der Frauenanteil bei 40,3 Prozent. Die Implementierungen einer Quotenregelung in anderen EU-Staaten zeigen ebenfalls entsprechende Effekte.

Dass die Diskussion um eine mögliche Quote kontrovers geführt wird, und dass bei Ärztinnen durchaus keine eindeutige Linie im Sinne der Forderung nach einer Quote besteht, zeigt die Untersuchung des HARTMANNBUNDES. Dies zeigen die Antworten auf die Frage „Welche Angebote sind notwendige Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und hier im Besonderen zur Unterstützung der Karriere von Ärztinnen“. Neben anderen Forderungen, die von einer deutlichen Mehrheit der Befragten erhoben werden (siehe KAPITEL 2.4), sprechen sich nur etwas mehr als 12 Prozent für eine verbindliche Quote aus.⁷⁸

Die DGHO legt sich nicht abschließend auf eine Quote im medizinischen Bereich fest, ist aber davon überzeugt, dass die Diskussion über die Einführung eines solchen Instrumentes notwendig und sinnvoll ist und in transparenter Weise geführt werden sollte.

Stattdessen fordert die DGHO die Einführung einer verbindlichen und transparenten Statistikerhebung zur Geschlechterverteilung in Führungspositionen innerhalb der jeweiligen Einrichtungen, ggf. mit klar definierten materiellen Anreizen zur Förderung der Besetzung von leitenden Positionen durch Frauen.

Beispielhaft ist hier die Führung der Universitätsklinik Heidelberg zu nennen, wo bei jeder Besetzung einer Oberärztin-/Oberarztstelle die aktuelle Geschlechterverteilung in Oberärztin-/Oberarztposition der jeweiligen Klinik benannt werden muss. Sofern sich diese sehr ungünstig für Frauen darstellt, wird hinterfragt, warum bei gleicher Qualifikation nicht eine Frau besetzt werden kann.

⁷⁷ EBD.

⁷⁸ HARTMANNBUND (2014), S. 13.

6 Positionierung der DGHO

In dem Bewusstsein des demografischen Wandels, der Sicherstellung ärztlicher Versorgung und der Schaffung von Chancengleichheit für Ärztinnen und Ärzte stellt die DGHO wie folgt einige Forderungen auf.

6.1 Anerkennung der beruflichen und sozialen Realitäten

Die DGHO erkennt die gesellschaftlichen, sozialen und familiären Wandlungsprozesse an und begrüßt ausdrücklich den Wunsch von Ärztinnen, die Lebenssphären Familie und Arbeit vereinbaren zu wollen. Darüber hinaus fordert die Fachgesellschaft das Aufbrechen von Geschlechterstereotypen und den damit einhergehenden Rollenzuschreibungen. Denn: Wenn Frauen in akademische Führungspositionen gelangen, dann ist die Performance, gemessen an Drittmitteln und Publikationen, identisch zu ihren männlichen Counterparts.⁷⁹

In den letzten Jahren hat zumindest ein partieller Bewusstseinswandel stattgefunden. Ein entsprechender Niederschlag in den beruflichen Realitäten (bspw. bei den Führungspositionen an Versorgungskrankenhäusern oder Universitätskliniken) ist allerdings noch nicht zu beobachten. Eine zentrale Frage, die es im Rahmen transparenter und ergebnisoffener Diskussionen zwischen den verschiedenen Akteuren zu klären gilt, ist, warum sich die Zunahme von Absolventinnen des Medizinstudiums noch nicht in den Führungsstrukturen an Versorgungskrankenhäusern und Universitätskliniken niederschlägt.

Im Folgenden sollen mögliche Anpassungsinstrumente vorgestellt werden, die ihrerseits keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern, wie bereits in der EINLEITUNG erwähnt, helfen sollen, einen notwendigen Diskussionsprozess anzustoßen.

6.2 Änderung der Weiterbildungsordnung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des zunehmenden Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten und der Veränderung familiärer Realitäten müssen Lösungsansätze gefunden werden, welche die ärztliche Weiterbildung und damit die hohe Qualität medizinischer Versorgung auch in Zukunft sicherstellen werden. Das deutsche Gesundheitssystem kann es sich nicht leisten, die Karrierechancen für hochqualifizierte Ärztinnen auf ihrem Weg in Führungspositionen zu verschlechtern, weil die aktuelle Fassung der Weiterbildungsordnung (u. a.) einen Wiedereinstieg nach der Babypause oder die Weiterbildung mit Familie und Kindern erschwert. Durch die Nicht-Anerkennung von Teilzeitarbeit unter 50 Prozent werden Familien und parallele Karriere sehr erschwert. Eine Anerkennung ab einem Anteil von 25 Prozent wären perspektivisch sicherlich förderlich.

Vor dem Hintergrund sich wandelnder Lebensmodelle schlägt die DGHO folgende Anpassungen in der ärztlichen Weiterbildungsordnung vor:

- **Die bisherige Anerkennung von Weiterbildungszeiten ab einem Stellenanteil von 0,5 ist aus Sicht der DGHO nicht mehr zeitgemäß und schließt Ärztinnen aus, die trotz eines geringeren Stellenanteils die Weiterbildung zur Fachärztin anstreben. Aus diesem Grund soll die Anerkennung von Weiterbildungszeiten bereits ab einem Stellenanteil von 0,25 möglich sein.**
- **Die minimale Laufdauer einer Beschäftigung soll nach wie vor sechs Monate betragen. Die Weiterbildungszeit wie auch einzelne Weiterbildungsabschnitte errechnen sich dabei weiterhin nach den bekannten Jahren/Zeiträumen.**

⁷⁹ Vgl. HOLLIDAY, E. ET AL. (2014): Gender differences in publication productivity, academic position, career duration, and funding among U.S. academic radiation oncology faculty. *Acad Med* 2014; 89(5): 767-773.

- **Rein rechnerisch würde die Weiterbildung zur Fachärztin bei einer 0,25-Stelle 24 Jahre dauern. Aus diesem Grund fordert die DGHO folgende Anpassung: Bei Erfüllung aller Inhalte und Bestätigung der entsprechenden Fähigkeiten – nachgewiesen durch das Logbuch – ist eine Verkürzung der errechneten Weiterbildungszeiten auf der Basis von Teilzeitbeschäftigung um idealerweise bis zu 30 Prozent möglich.**

6.3 Arbeitszeiten/Vereinbarkeit von Beruf und Familie

In der Zukunft werden sich die Krankenhäuser mit zwei Themenkomplexen in einem besonderen Maße auseinandersetzen müssen. Zum einen gilt es, die Patientinnen- und Patientenversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau sicherzustellen. Zum anderen werden sich sowohl die Versorgungskrankenhäuser als auch die Universitätskliniken verstärkt um die Implementierung von familienfreundlichen Arbeitsstrukturen bemühen müssen.

Grundsätzlich muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass eine Ärztin in Teilzeit fachlich, für die Station, für einen Bereich oder für das ganze Haus „nicht weniger wert ist“ als eine in Vollzeit arbeitende Kollegin oder ein in Vollzeit arbeitender Kollege. Ärztliche Qualität an Anwesenheitszeiten messen zu wollen, ist aus Sicht der DGHO ein historisch gewachsener Ansatz, dabei aber keine sinnvolle Größe, um Behandlungsqualität zu messen.

Vor den oben genannten Hintergründen stellt die DGHO folgende Forderungen auf:

- **Verstärkte Implementierung von flexiblen Teilzeitmodellen, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern.⁸⁰**
- **Bei einer größeren Anzahl von Teilzeitstellen bspw. auf einer Station sind mehr Übergabezeiten notwendig. Daher soll für Teilzeitkräfte ein Zuschlag von 10 Prozent auf das Personalbudget gewährt werden (d. h. für z. B. 2 x 0,5 Vollkraft wird der Stellenpool um 0,1 Vollkraft aufgestockt).**
- **Für die Gewährleistung der Kontinuität und Sicherstellung der Behandlungsqualität ist eine überlappende Besetzung bei Schwangerschaft ab acht Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin notwendig. Hierfür muss ein entsprechendes Budget zur Verfügung gestellt werden.**
- **Weiterentwicklung von Konzepten zur Kinderbetreuung sowie Ausbau des bestehenden Angebots zur Kinderbetreuung unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen der Kinder.**
- **Um auch in Zukunft die Weiterbildung von Ärztinnen sicher zu stellen, ist ein Erlöszuschlag für Klinika bzw. Praxen, die weiterbilden, zu vereinbaren.**
- **Implementierung DRG-unabhängiger Finanzierungsmöglichkeiten zur Förderung von Teilzeitarbeit, zum Ausgleich finanzieller Mehrbelastung der Arbeitgeber durch Teilzeitarbeit, überlappende Besetzung von Stellen bei Schwangerschaft und zur Förderung der Kinderbetreuung im Gesundheitswesen.**

6.4 Beispiele für „Teilzeitkarrieren“

Berufstätige Mütter, aber auch mit einem zunehmenden Anteil berufstätige Väter bzw. Frauen und Männer ohne Kinder, wollen aus verschiedensten Gründen nur mit reduzierter Arbeitszeit tätig sein. Dieser Forderung zur Realisierung einer angemessenen „Work-Life-Balance“ muss sich auch die Onkologie stellen, trotz komplexer Fälle, Wunsch nach Kontinuität in der Patientenversorgung, intensiven Arzt-Patienten-Bindungen, interdisziplinären Falldiskussionen, unkalkulierbarem Notfall-Management und der Notwendigkeit rascher Entscheidungen.

Teilzeitarbeitskonzepte und dazu noch der Anspruch auf eine adäquate wissenschaftliche Karriere erscheinen derzeit fast unlösbar. HELITZER, Professorin für Family and Community Medicine, und Prodekanin für Research Education der University of New Mexico School of Medicine, schreibt:

⁸⁰ Für einen Überblick zu den verschiedenen flexiblen Arbeitszeitmodellen vergleiche auch BENEMANN, MAGDALENA (2010), S. 54.

„Missing from these discussions, however, are a consensus on the definition of part-time work, consideration of how such strategies would be available to single parents, how time or resources will be allocated to part-time faculty to participate in professional associations, develop professional networks, and maintain currency in their field, and how part-time work can allow for the development of expertise in research and scholarly activity.”⁸¹

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Teilzeitmodelle^{82, 83}, nur wenige davon sind jedoch institutionell implementiert, und die meisten beruhen auf individuellen Absprachen zwischen einzelnen Mitarbeitern und dem jeweiligen Arbeitgeber.

Das einfachste Modell der Teilzeitarbeit ist die Reduktion der täglichen Arbeitszeit auf z. B. 4 oder 6 Stunden. Dies ist in Bereichen mit klar zu limitierendem Arbeitsanfall oder auch im Rahmen von Teamarbeit, z. B. innerhalb von Stationsteams, mit klaren Absprachen möglich.

Eine andere Option und ein gängiges Modell ist die **Blockteilzeit**, dabei wird die Arbeit an zwei oder drei Tagen pro Woche geleistet, die übrigen Tage der Woche sind frei. Alternativ kann auch eine Woche Arbeit in Vollzeit erfolgen, die darauffolgende Woche ist beschäftigungsfrei.

Bei beiden Optionen droht die Gefahr, dass die Arbeitsdichte stark zunimmt und „isolierte Teilzeitkräfte“ fast ausschließlich klinische Routinetätigkeiten absolvieren. Teilzeitarbeitskonzepte und dazu noch der Anspruch auf eine adäquate wissenschaftliche Karriere erscheinen derzeit fast unlösbar.

Aus diesem Grund und bei meistens konstantem Arbeitsanfall über die Woche verteilt, funktioniert Arbeitszeitreduktion meistens nur gut mit einem zusätzlichen **Jobsharing**. Beim Jobsharing teilen sich zwei oder mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens eine Arbeitsstelle. Mehrere Vollzeitarbeitsplätze können auch zu einem **Jobsharing-Pool** zusammengefasst werden. Wie die Arbeitsstunden verteilt werden, hängt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der zu leistenden Arbeit ab.

Für das Gelingen einer Arbeitsplatzteilung sind gutes Planungs- und Organisationsvermögen sowie eine funktionierende Abstimmung der Beteiligten untereinander unabdingbar. Einige praktische Beispiele dazu findet man u. a. auf www.arztinteilzeit.de/warum-jobsharing, einem inzwischen vielfach genutzten Internetportal, mit dem Ziel einer verstärkten Flexibilisierung der Arbeit in der Klinik oder auch unter www.flexible-arbeitszeiten.de/Kompakt/Modelle/Modelle1.htm#WassindAZF.

Jobsharing-Stellen werden allerdings selten ausgeschrieben. Trotzdem wächst seit Jahren die Zahl solcher Arbeitsverhältnisse in deutschen Unternehmen. 2009 praktizierten schon mehr als 20 Prozent der Firmen Jobsharing gemäß einer Untersuchung des INSTITUTS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT (IW). FLÜTER-HOFFMANN vom IW ist sich sicher, dass die Zahlen weiter gestiegen sind: „Es ist im Prinzip ja eine klassische Win-Win-Situation. Gute Jobsharing-Teams sind oft sehr produktiv.“⁸⁴

Denn auch die Arbeitgeber profitieren: ein größerer Pool an Diversität und Wissen, Wissenserhalt bei Ausscheiden einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Weiterbeschäftigung erfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter trotz veränderter Lebenssituation, Synergien zwischen mehreren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, fundierte Entscheidungen aufgrund vorheriger Diskussion untereinander, mehr Kompensationsmöglichkeiten bei hohem Arbeitsanfall oder Vertretungsfällen und größere Attraktivität des Arbeitgebers durch moderne Arbeitsbedingungen.

81 HELITZER, DEBORAH (2009): Commentary: Missing the elephant in my office: Recommendations for part-time careers in academic medicine. Acad Med 2009; 84: 1330-1332.

82 Vgl. EBD.

83 Vgl. HEYMANN, H.-H./SEIWERT, L. J. (1982): Job Sharing – Flexible Arbeitszeit durch Arbeitsplatzteilung, Grafenau, Württ.

84 HOLDER, CLAUDIA (2013): Zwei Gehirne, vier Hände, eine Stelle. www.spiegel.de/karriere/berufsleben/berufsleben-job-sharing-wird-immer-populaerer-a-901053.html.

Allerdings sollte man sich bewusst machen, dass wahrscheinlich ca. 10 Prozent der Arbeitszeit für erhöhten Kommunikations- und Informationsaufwand investiert werden muss. Idealerweise arbeiten zwei Partner, die sich eine Stelle teilen, jeweils 60%, oder 50 und 70% bei unterschiedlichen Zeitressourcen.

Relativ einfach gestaltet sich die Arbeitsplatzaufteilung, wenn es sich dabei um „**Job-Splitting**“ handelt, dabei haben alle Partner ein identisches Aufgabenprofil und es besteht wenig Interaktions- und Kooperationsbedarf zwischen den Partnern.

Schon schwieriger ist eine Situation des „**Job-Pairings**“, wo Abstimmung bzgl. der zu erledigenden Aufgaben notwendig ist, sowie gemeinsame Verantwortung und Entscheidungsprozesse.

Insgesamt sollten die verschiedenen Optionen der Arbeitsplatzteilung es den einzelnen Partnern ermöglichen – im Gegensatz zur alleinigen Arbeitszeitreduktion eines Einzelnen – ähnliche Aufgabenspektren auszuführen wie Vollzeitkräfte.⁸⁵ Dazu zählen wissenschaftliche Tätigkeiten, spezifische Weiterbildungsangebote, Rotationen in Funktions- und Fremdbteilungen und andere Sonderaufgaben.

Dennoch wird bei reduzierter Gesamtarbeitszeit natürlich auch für diese Tätigkeiten anteilig weniger Zeit zur Verfügung stehen als im Rahmen einer Vollzeitstelle. Eine Option ist daher auch hier die „**Team-Idee**“ zu verfolgen. Dabei muss das Team der Partner, die sich eine Arbeitsstelle teilen, nicht den anderen Teams entsprechen, z. B. dem Forschungsteam, dem Spezialuntersuchungsteam, den Koordinierungsteams bestimmter Aufgaben oder dem Planungsteam einer bestimmten Veranstaltung. Teambildung kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Teilzeit ermöglichen, neben der reinen klinischen Tätigkeit auch profilierungsrelevanter, potentiell Karriere-fördernde Aufgaben wahrzunehmen.

Dazu schreibt PRATT:

„I learned that although our independent resources are limited, our collective team resources are rich. Reaching across and grabbing the hands of my partners is the only way to continue to move forward – in collaboration. My ability to manage my competing opportunities and priorities is only realized by managing time well, building teams with common goals, and integrating teams that can act together in synergy.“⁸⁶

Eine stetig anhaltende Diskussion herrscht über die Frage, ob Teilzeittätigkeit und Arbeitsplatzteilung auch mit Leitungsfunktionen einhergehen können.^{87, 88} Bisher gibt es in der Onkologie nur wenige Beispiele eines sogenannten „**Top-Sharings**“, in anderen Bereichen, wie z. B. der Gynäkologie und außerhalb der Medizin, gibt es jedoch vermehrt gut funktionierende „Doppelspitzen“. Der Begriff „Top-Sharing“ wurde 1998 von KUARK und LOCHER geprägt und beinhaltet u. a. eine gemeinsame Leitungsverantwortung für bestimmte Bereiche und die Notwendigkeit einer Abstimmung bzgl. wichtiger Entscheidungen. Aber auch nach vielen Jahren zeigen sich immer noch große Schwierigkeiten in der Implementierung, wie KUARK kürzlich in einem Interview ausführte.

„Die größten Hürden bestehen in den Köpfen. Oftmals gibt es noch ein sehr konventionelles Führungsverständnis und bestimmte implizite Erwartungen an Führungspersonen. Diese müssen reflektiert und angepasst werden. Innovative Arbeitsmodelle setzen eine gewisse Offenheit voraus und werden am besten Schritt für Schritt angegangen.“⁸⁹

85 Vgl. KUARK, J. (2013): Flexible Arbeitsmodelle ermöglichen moderne Laufbahnen. Kurzbericht. usic Publication 9, November 2013. Bern: usic.

86 PRATT, DEBRA (2013): Women in Oncology: Progress, Challenges, and Keys to Success. ASCO Educational Book 2013.

87 Vgl. GILLIES, C. (2013). Totgesagte lenken länger: Führungsmodell Doppelspitze. Management, ManagementSeminare, 189, S. 22-26.

88 Vgl. KUARK, J. (2014): „Jobsharing. Zwei Kompetenzen zum Preis von einer“ http://www.topsharing.ch/_tmc_daten/File/2014RATGEBER-jobsharing-D-web.pdf.

89 TEPE, J. (15. April 2014). „Die größten Hürden bestehen in den Köpfen“. Topsharing Coach Julia Kuark im Interview. <http://zweitellen.de/die-groessten-huerden-bestehen-den-koepfen-topsharing-coach-julia-kuark-im-interview/>.

Geteilte Oberärztin-/Oberarzt- und Chefärztin-/Chefarztpositionen sind durchaus in der Onkologie denkbar, gerade für Frauen und Männer, die trotz familiärer Verpflichtungen Karriere- und Führungsansprüche haben. Es ist klar, dass solche Modelle nicht von Anfang an funktionieren reibungslos werden, und dass es nicht immer einfach sein wird, ein geeignetes Tandem für eine solche Aufgabe zu finden. Daher sind Offenheit, langsame Implementierungsphasen und Coaching-Angebote unabdingbar für eine langfristige erfolgreiche Etablierung solcher Modelle.

Vor den oben genannten Hintergründen stellt die DGHO folgende Forderungen auf:

- **Implementierung und transparente, vorausschauende und verbindliche Planung von Job-Sharing-Stellen in Verbindung mit flexiblen Teilzeitmodellen.**
- **Unterstützung von Teambildungen und Integration von Teilzeitkräften in Teams für Rotationen in Spezial- und Fremddteilungen, wissenschaftliches Arbeiten und andere spezifische Aufgaben.**
- **Ermöglichung von Top-Sharing-Modellen für hochqualifizierte Mitarbeiter(inn)en mit Führungsanspruch und Teilzeitwunsch.**
- **Dokumentation der Erfahrungen aus Teilzeitarbeitsmodellen, um diese zu verbessern und „Role-Models“ zu generieren, mit dem Ziel einer flächendeckenden Implementierung.**

6.5 Mentoring und Coaching

Mentoring-Programme sind ein etabliertes und wirksames Instrument der Personalentwicklung. Aus diesem Grund plant die DGHO selbst ein Mentoring-Programm und baut das Mentorinnen-Netzwerk derzeit aus. Ziel ist die gezielte Unterstützung junger Ärztinnen durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen bei relevanten Themenkomplexen wie bspw. der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und des Karrierefortgangs.

Ziel von Mentoring-Programmen ist es u. a., durch ein entsprechendes – individuell auf die Teilnehmerinnen abgestimmtes Instrumentarium –, dem Ärztinnen- und Ärztemangel und dem „drop-out“ hochqualifizierter Frauen in der Medizin entgegen zu treten.

Das Doppelpack „Mentorin – Schützling“ bietet auf der Alltagsebene eine schnelle und unbeobachtete Möglichkeit, Rat zu geben und Rücksprache zu versichern. Damit helfen Mentoring-Programme gerade ganz jungen Kolleginnen und Kollegen an relativ frühen Karriereschritten und stärken sie. Diese Netzwerke müssen klar unterschieden werden von meist privat engagierten Coaches, die vielmehr auf die verbesserte Leistung in einem bereits erreichten Arbeitsfeld ausgerichtet sind.

Eine der Hauptaufgaben von Mentoring-Begleitungen ist die Karrierezufriedenheit der Schützlinge. Durch Definition erreichbarer Ziele wird dem Burn-out wie auch dem Wechsel in andere Berufsrichtungen entgegengewirkt. Im Karriereförderprogramm des NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH werden die jungen Kolleginnen und Kollegen routinemäßig von Mentées betreut, dabei hatten 79 Prozent der Frauen und 61 Prozent der Männer ($p < 0,001$) sogar mehrere Betreuer. Frauen scheinen somit mehr Unterstützung zu suchen. Im Rahmen des Mentoring-Programmes korrelieren die Gesamtgesprächszeit mit dem Mentor/den Mentoren, das Verhalten des Mentors, sein/ihr Prestige, die Rollenvergabe und die Kollegialität in Rahmen der Mentorbeziehung unmittelbar mit der Karrierezufriedenheit. Keine Rolle spielen das Geschlecht des Mentors, die geschlechtliche Übereinstimmung mit dem Mentor, und die Anzahl der Mentoren.⁹⁰

An dieser Stelle sei angemerkt, dass trotz hoher Arbeits- und Karrierezufriedenheit immerhin 44,7 Prozent aller in den USA tätigen Onkologen gemäß einer Umfrage der AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY in Bereichen Depersonalisierung und emotionaler Erschöpfung die Kriterien eines Burn-outs erfüllen⁹¹. Dies gilt umso mehr im

⁹⁰ Vgl. DE CASTRO, R. ET AL. (2014): Mentoring and the career satisfaction of male and female academic medical faculty. Acad Med 2014; 89(2): 301-311.

⁹¹ Vgl. SHANAFELT, T. ET AL.: (2014): Burnout and career satisfaction among US oncologists. J Clin Oncol 2014; 32: 678-686.

privatärztlich tätigen Bereich mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 63 Stunden im Vergleich zum akademischen Umfeld mit einer Wochenarbeitszeit von 59 Stunden. Frauen haben dabei ein statistisch signifikant höheres Risiko, ein Burn-out-Syndrom zu erleiden, als Männer.⁹²

Bislang konnten weder formelle Mentoring-Programme mit dem Fokus auf die individuelle Karriereentwicklung noch breiter aufgestellte Coaching-Programme in einzelnen Einrichtungen zu einem relevanten Anstieg des Anteils von Frauen in Führungspositionen führen. Allenfalls klar definierte und langfristig angelegte Frauenförderungsprogramme konnten (der aktuellen Hierarchieebene klar angemessene) persönliche Fertigkeiten, Führungs- und Verhandlungssicherheit sowie adäquate Netzwerkbildung stützen.⁹³

Möglicherweise könnte ein „Sponsorship“, wie es in der freien Wirtschaft durchaus schon üblich ist, die Situation weiter verbessern. Sponsoren unterscheiden sich von Mentoren und Coaches in einem ganz entscheidenden Punkt: Sie befinden sich in einer hierarchischen Position innerhalb einer Einrichtung, die mit ausreichender exekutiver Power ausgestattet ist, um die Förderung junger Talente (einschließlich Frauen) öffentlich einzufordern. In diesem Zusammenhang muss sichergestellt werden, dass der Sponsor auf entsprechende Ressourcen zugreifen kann. Nur so kann eine Förderung junger Talente wirklich realisiert werden.

Wir schließen uns der Forderung von TRAVIS ET AL. an:

„The sponsor has the position and the power to advocate for unrecognized talent at the leadership table, where discussions occur regarding advancement to high-profile, critical positions. Sponsorship can effectively catapult nascent talent from unknown to rising-star status. Given that there are few, if any, women at the leadership table, the female talent in an organization is not likely to be recognized and discussed and, thus, is likely to remain untapped.“⁹⁴

Es ist offensichtlich, dass zwischen den allseits eingeführten, meist individuell machtlosen „Frauenbeauftragten“ und dieser Definition eines „Sponsors“ ein erheblicher Unterschied besteht.

Vor diesem Hintergrund stellt die DGHO folgende weitere Forderungen auf:

- **Etablierung eines „Karriere-Sponsors“ auf Ebene eines (leitenden) Oberarztes, bevorzugt einer Oberärztin, pro Einrichtung.**
- **Ausstattung dieses Sponsors mit finanziellen Ressourcen, zum Beispiel Koppelung mit der Vergabe von Anschubmitteln und Boni bei Erreichen vorbestimmter Leistungsziele (Publikationen, eingeladenen Vorträgen, Einwerben von Drittmitteln).**
- **Ggf. Entscheidungsrecht seitens des Sponsors über den Einsatz der zusätzlichen Mittel zur Förderung der Teilzeit und Kinderbetreuung.**
- **Der Karrieresponsor sollte eine fixe Sprechstunde in definierten Zeitintervallen haben.**
- **Regelmäßiger Bericht des Karrieresponsors an den Leiter der Einrichtung mit der Möglichkeit der individuellen Diskussion und Feedback zum Schützling.**

⁹² Vgl. ROTH, M. ET AL. (2011): Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 57(7): 1168-1173.

⁹³ Vgl. HELITZER, DEBORAH ET AL. (2014): Perceptions of skill development of participants in three national career development programs for women faculty in academic medicine. *Acad Med* 2014; 89: 896-903.

⁹⁴ TRAVIS, ELISABETH ET AL. (2013).

7 Ausblick

Dieser Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO gibt die Ergebnisse des quantitativen Teils der Online-Umfrage wieder. Bewusst wurden die qualitativen Ergebnisse ausgespart. Durch ihre Subjektivität hätten sie dieser Arbeit eine Note gegeben, die an dieser Stelle verfrüht gewesen wäre. Derartig subjektive Antworten sollten vielmehr mündlich und im wohlwollenden Gespräch mit Entscheidungsträgern diskutiert werden, was im Rahmen der nächsten Veranstaltungen der Fachgesellschaft (Jahrestagung, politische Frühjahrstagung und Juniorakademie) nachgeholt werden soll.

Die DGHO hat erste Gespräche mit der BUNDESÄRZTEKAMMER in Bezug auf eine Änderung der Weiterbildungsordnung und die geforderte Anerkennung von Weiterbildungszeiten ab einem Stellenanteil von 0,25 geführt. Die rechtlichen Änderungen, die vor einem solchen Einschnitt geprüft und geschaffen werden müssen, sind erheblich, was zu Verzögerungen führen könnte.

Die DGHO weist darauf hin, dass auch derzeitig nach detaillierten Prüfungen in Einzelfällen durch die Landesärztekammern Weiterbildungszeiten mit einem Stellenanteil < 50% anerkannt werden können. Die DGHO sammelt diese Einzelfallentscheidungen als Grundlage für weitere Gespräche.

Der vorliegende 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO „*Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen.*“ soll in keinem Fall als eine abschließende Betrachtung, sondern vielmehr als Einstieg in die notwendige Diskussion verstanden werden.

8 Literatur

BÖRCHERS, KIRSTIN (2006): Geschlechtsspezifische Karriereverläufe am Beispiel Krankenhaus. In: BÖRCHERS, KIRSTIN/KIRCHNER, HELGA/TRITTMACHER, SUSAN: Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 17-23.

BENEMANN, MAGDALENA (2010): Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer, S. 50-57.

BÜHREN, ASTRID (2011): Ich bin Ärztin. Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin. Foliensatz. Stuttgart: Thieme Verlag.

BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (2010): Fazit und Ausblick. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer, S. 10-108.

BUNDESÄRZTEKAMMER (2013a): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28. Juni 2013.

BUNDESÄRZTEKAMMER (2013b): Struktur der Ärzteschaft 2013.

DE CASTRO, R./GRIFFITH, K./UBEL, P./STEWART, A./JAGSI, R. (2014): Mentoring and the career satisfaction of male and female academic medical faculty. *Acad Med* 2014; 89(2): 301-311.

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT (2014): Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte. Jahrgang 111, Heft 16, S. 672.

DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND (2014a): Pressemitteilung des Deutschen Ärztinnenbundes. „Deutscher Ärztinnenbund für Frauenquote in Wirtschaft und Medizin: Gesetzliche Regelung in der Wirtschaft ist ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen“, 20. Januar 2014.

DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND (2014b): Pressemitteilung des Deutschen Ärztinnenbundes. „Die Zukunft der Medizin ist noch lange nicht weiblich – Ärztinnen und Ärzte frühestens 2017 gleich vertreten.“, 22. Mai 2014.

DGHO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE E.V. (2013a): Herausforderung demografischer Wandel. Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung. Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Band 1.

DGHO DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE E.V. (2013b): Pressemitteilung der DGHO: Wissenschaftliche Studie belegt steigenden Bedarf an Onkologen. Berlin, 21. Februar 2013.

DODGE, J./CHIU, H./FUNG, S./ROSEN, B. (2010): Multicenter study on factors affecting the gynecologic oncology career choice of Canadian residents in obstetrics and gynecology. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32(8): 780-793.

FEGERT, JÖRG M./LIEBHARDT, HUBERT (2012): Familien und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembereiche und nötige Schritte. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 29 (2).

GEDROSE, B./WONNEBERGER, C./JÜNGER, J./ROBRA, B. P./SCHMIDT, A./STOSCH, C./WAGNER, R./SCHERER, M./PÖGE, K./ROTHER, K./VAN DEN BUSSCHE, H. (2011): Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012, Ausgabe 137, S. 1242-1247.

- GILLIES, C. (2013). Totgesagte lenken länger: Führungsmodell Doppelspitze. Management, ManagementSeminare, 189, S. 22-26.
- HARTMANNBUND (2014): Haben Frauen faire Chancen im Arztberuf? Hartmannbund-Umfrage im Mai 2014, Foliensatz.
- HEYMANN, H.-H./SEIWERT, L. J.(1982): Job Sharing – Flexible Arbeitszeit durch Arbeitsplatzteilung, Grafenau: Württ.
- HELITZER, DEBORAH (2009): Commentary: Missing the elephant in my office: Recommendations for part-time careers in academic medicine. Acad Med 2009; 84: 1330-1332.
- HELITZER, DEBORAH/NEWBILL, SHARON/MORAHAN, PAGE/MAGRANE, D/CARDINALI, GINA/WU, CHIH-CHIEH/ CHANG, SHINE (2014): Perceptions of skill development of participants in three national career development programs for women faculty in academic medicine. Acad Med 2014; 89: 896-903.
- HOLDER, CLAUDIA (2013): Zwei Gehirne, vier Hände, eine Stelle. <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/berufsleben-job-sharing-wird-immer-populaerer-a-901053.html>.
- HOLLIDAY, E./JAGSI, R./WILSON, L./THOMAS, C./FULLER, C. (2014): Gender differences in publication productivity, academic position, career duration, and funding among U.S. academic radiation oncology faculty. Acad Med 2014; 89(5): 767-773.
- JAGSI, R./GRIFFITH, K./STEWART, A./SAMBUCCO, D./ DE CASTRO, R./UBEL, P. (2013): Gender differences in salary in a recent cohort of early-career physician researchers. Acad Med. 2013; 88(11): 1689-1699.
- JAGSI, R./GRIFFITH, K./DE CASTRO, R./UBEL, P. (2014): Sex, role models, and specialty choices among graduates of US medical schools in 2006-2008. J Am Coll Surg 2014; 218: 345-352.
- JAGSI, R./DE CASTRO, S./GRIFFITH, K./RANGARANJAN, S./CHURCHILL, C./STEWART, A./UBEL, P. (2011): Similarities and differences in the career trajectories of male and female career development award recipients. Acad Med 2011; 86(12): 1415-1421.
- JAGSI, R./GRIFFITH, K./STEWART, A./SAMBUCO, D./ DE CASTRO, R./UBEL, P. (2012): Gender differences in the salaries of physician researchers. JAMA 2012; 307(22): 2410-2417.
- KÖHLER, S./NAPP, L./KAISER, R. (2003): Ärztin – Traumberuf oder Alptraum? In: Hessisches Ärzteblatt, 2003, Ausgabe 12, S. 631-633.
- KUARK, J. (2013). Flexible Arbeitsmodelle ermöglichen moderne Laufbahnen. Kurzbericht. usic Publication 9, November 2013. Bern: usic.
- KUARK, J. (2014): Jobsharing. Zwei Kompetenzen zum Preis von einer. http://www.topsharing.ch/_tmc_daten/File/2014RATGEBER-jobsharing-D-web.pdf.
- LEY, ULRIKE/KACZMARCZYK, GABRIELE (2013): Führungshandbuch für Ärztinnen. Gesunde Führung in der Medizin. Heidelberg: Springer Verlag.
- LUDWIG, UDO/WINDMANN, ANTJE (2014): Im Gottesdienst. In: Der Spiegel, Ausgabe 26, Jahrgang 2014, S. 34-37.
- MÜLLER, LOTHAR (2014): „Onkologie ‚auf dem Land‘“. Vortrag im Rahmen der Frühjahrstagung der DGHO vom 13. bis 14. März in Berlin.

NEUBAUER, GÜNTER (2012): Die vier Herausforderungen des demografischen Wandels. In: HELLMANN, WOLFGANG/HOEFERT, WOLFGANG (Hrsg.): Das Krankenhaus im demografischen Wandel. Theoretische und praktische Grundlagen zur Zukunftssicherung. Heidelberg, medhochzwei Verlag, S. 3-12.

PRATT, DEBRA: Women in Oncology: Progress, Challenges, and Keys to Success. ASCO Educational Book 2013.

RAPP-ENGELS, R./GEDROSE, B./KADUSZKIEWICZ, H./WONNEBERGER, C./VAN DEN BUSSCHE, H. (2012): Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Ergebnisse der Arbeitstagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“.

ROTH, M./MORRONE, K./MOODY, K./KIM, M./WANG, D./MOADEL, A./LEVY, A. (2011): Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 57(7): 1168-1173.

SCHOELLER, ANNEGRET E. (2010) Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte. In: BÜHREN, ASTRID/SCHOELLER, ANNEGRET E. (Hrsg.): Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: BUNDESÄRZTEKAMMER, S. 35-49.

SHANAFELT, T./GRADISHAR, W./KOSTY, M./SATELE, D./CHEW, H./HORN, L./CLARK, B./HANLEY, A./PIPPEN, Q./SLOAN, J./RAYMOND, M. (2014): Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol* 2014; 32: 678-686.

SHANAFELT, T./RAYMOND, M./KOSTY, M./SATELE, D./HORN, L./PIPPEN, J./CHU, Q./CHEW, H./CLARK, W./HANLEY, A./SLOAN, J./GRADISHAR, W. (2014): Satisfaction with work-life balances and the career and retirement plans of US oncologists. *J Clin Oncol* 2014; 32(11): 1127-1135.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2013): Auf Anfrage der DGHO zusammengestellte Datensätze.

TEPE, J. (2014): „Die größten Hürden bestehen in den Köpfen“. Topsharing Coach Julia Kuark im Interview. <http://zweiteilen.de/die-groessten-huerden-bestehen-den-koepfen-topsharing-coach-julia-kuark-im-interview/>.

TRAVIS, ELISABETH/DOTY, LEILANI/HELITZER, DEBORAH (2013): Sponsorship: A path to the academic medicine C-suite for women faculty? *Acad Med* 2013; 88: 1414-1417.

TRITTMACHER, SUSAN (2010): Eintrittskarten erfolgreicher Führung: Netzwerke und Gremien. In: BÖRCHERS, KIRSTIN/KIRCHNER, HELGA/TRITTMACHER, SUSAN (Hrsg.): Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 10.

