

Ergebnisse der Umfrage zur Erfassung der Parität von Ärztinnen in Führungspositionen und Gremien in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Ergebnisse der Umfrage zur Erfassung der Parität von Ärztinnen in Führungspositionen und Gremien in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO
Band 19

**Ergebnisse der Umfrage zur Erfassung der Parität von
Ärztinnen in Führungspositionen und Gremien in
Deutschland, Österreich und der Schweiz**

Stand: August 2022
ISBN 978-3-9821204-3-0

Herausgeber*innen:

Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Prof. Dr. med. Maike de Wit
Dr. med. Carsten-Oliver Schulz

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.

www.dgho.de
info@dgho.de

Autorinnen:

Maike Busson-Spielberger, M. A.
Dr. phil. Marianne Giesler, Dipl. Psych.
Dr. phil. Bärbel Miemietz, M. A.

Das Projekt wurde vom Verein zur Förderung der Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie e. V. (WBHO) unterstützt. Der WBHO fördert die Wissenschaft und Forschung vor allem im Bereich der Hämatologie und Onkologie und hat das Datenmaterial dem DGHO e. V. zur Verfügung gestellt.
www.wbho.org

Satz:

PRINTCOUTURE®, San Bartolomé

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT DES DGHO-VORSTANDS	5
ABSTRACT	8
1 EINLEITUNG	9
2 AKTUELLE SITUATION	13
2.1 Medizinische Studienplätze und -abschlüsse	14
2.2 Ärztliche Weiterbildung	14
2.2.1 Deutschland	14
2.2.2 Österreich	17
2.2.3 Schweiz	18
2.3 Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft	20
2.4 Hemmnisse im Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten	21
2.5 Gesellschaftlicher Wandel und Stellenwert der Arbeit	24
2.6 Positionen zur Gleichstellung	25
2.6.1 Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland	25
2.6.2 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie	26
2.6.4 Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V.	28
3 ERGEBNISSE	29
3.1 Methodisches Vorgehen	30
3.1.1 Entwicklung des Fragebogens	30
3.1.2 Durchführung der Befragung	30
3.1.3 Statistik/Auswertung	31
3.2 Ergebnisse	31
3.2.1 Rücklauf und Repräsentativität	31
3.2.2 Soziodemografische Angaben	33
3.2.2.1 Altersverteilung	33
3.2.2.2 Tätigkeitsbereiche	34
3.2.2.3 Berufliche Position	35
3.2.2.4 Arbeitszeiten	36
3.2.2.5 Familienstatus	38
3.2.2.6 Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Elternzeit	39

3.2.3	Karriereförderliche Faktoren	40
3.2.3.1	Persönliche Eigenschaften und persönliches Engagement	41
3.2.3.2	Unterstützung durch Partnerin/Partner	42
3.2.3.3	Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	43
3.2.3.4	Unterstützung durch andere Faktoren	44
3.2.3.5	Unterstützung durch die Familie	45
3.2.3.6	Unterstützung durch Aspekte der Arbeitsgestaltung	46
3.2.4	Karrierehinderliche Faktoren	48
3.2.4.1	Einschränkungen durch Aspekte der Arbeitsgestaltung	49
3.2.4.2	Einschränkungen durch persönliche Eigenschaften, Bedürfnisse und/oder individuelle Bedingungen	52
3.2.4.3	Einschränkungen durch Partnerschaft/Familie	53
3.2.4.4	Einschränkungen für eine wissenschaftliche Karriere	54
3.2.4.5	Einschränkungen durch Kolleginnen und Kollegen	55
3.2.4.6	Einschränkungen im Rahmen der Facharztweiterbildung	56
3.2.4.7	Einschränkungen durch Teilzeit	57
3.2.5	Berufliche Diskriminierung	58
3.2.6	Zufriedenheit mit der Karriereentwicklung	59
3.3	Ausgewählte Aspekte im Ländervergleich mit einem Schwerpunkt auf Wünschen zu Verbesserung und Veränderung	60
3.3.1	Ausgangssituation allgemein	60
3.3.2	Ausgangssituation in den verglichenen Ländern	62
3.3.2.1	Deutschland	62
3.3.2.2	Österreich	64
3.3.2.3	Schweiz	66
3.3.3	Befragungsergebnisse	68
3.3.3.1	Karrierehinderliche Bedingungen im Ländervergleich	68
3.3.3.2	Gewünschte Arbeitsbedingungen im Ländervergleich	70
4	DISKUSSION UND HANDLUNGSOPTIONEN	74
	Literatur	84
	Abbildungsverzeichnis	92
	Anhang	94

Vorwort des DGHO-Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) hat sich im Jahr 2018 klar positioniert und in ihrem Positionspapier „Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie“ formuliert, dass *„(...) die Verbesserung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen (...) die Attraktivität der Medizinischen Onkologie bei der ärztlichen Berufswahl steigern (...) und die Motivation für einen akademischen Werdegang erhöht werden soll, (...) um den Aufgaben des Faches in Klinik und Praxis gerecht zu werden.“*

Obwohl im Jahr 2018 die eingeschränkte Chancengleichheit (im vorliegenden Band werden die Begriffe „Chancengleichheit“ und „Gender-Parität“ synonym verwendet) von Ärztinnen gegenüber Ärzten zweifelsfrei existierte, gab es seinerzeit wenige verfügbare Zahlen. Dabei hat sich das Fehlen belastbarer Daten auch in den Folgejahren nicht wesentlich geändert. Das führt zu den Fragen: Wie sind die Fakten im Jahr 2022? Wie steht es um die Chancengleichheit in der Hämatologie und Onkologie? Gibt es Unterschiede zwischen der beruflichen Situation von Ärztinnen in Deutschland, Österreich und der Schweiz? Können wir wechselseitig voneinander lernen? Diesen übergeordneten Fragen haben sich die DGHO, die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO), die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGHO) und die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) im Jahr 2021 gestellt und eine mehrsprachige Umfrage unter den Mitgliedern der Fachgesellschaften durchgeführt. Das Ziel war die Generierung eines umfassenden Bildes zur tatsächlichen Situation in der Hämatologie und Onkologie – einem der innovativsten Fachgebiete in der gesamten Medizin

Die Ergebnisse weisen in zwei Richtungen, denn sie zeigen sowohl erwartete „IST-Zustände“ als auch gleichsam erstaunliche und positive Entwicklungen. Der „IST-Zustand“ zeigt, dass es immer noch mehr Männer sind, die angeben, von ihren Partnerinnen in der beruflichen Entwicklung unterstützt zu werden. Positiv ist, dass andere Länder wie bspw. die Schweiz, zumindest im Bereich der allgemeinen

Weiterbildungsordnung die Anerkennung von Teilzeitbeschäftigungen klarer formuliert haben.

Unbenommen der Unterschiede in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist klar: Frauen müssen in der ärztlichen Weiterbildung und akademischen Karriere den Spagat zwischen beruflichen und privaten Herausforderungen schaffen. Letzteres betrifft bspw. die Betreuung von Kindern oder älterer Familienmitglieder. Aber wie schaffen Frauen diesen Spagat? Ebenso wie ein körperlicher Spagat durch die anatomische Natur des Menschen begrenzt ist, ist auch der Spagat zwischen beruflichen und privaten Herausforderungen nicht unendlich – auch er ist begrenzt.

Dieses ist eines der Themen, das bislang in Umfragen wenig Beachtung fand. Das ist erstaunlich: Denn die Zukunft der Hämatologie und Onkologie hängt u. a. substantiell davon ab, ob hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte für das Fachgebiet gewonnen werden können. Die Umfrageergebnisse machen deutlich, dass innovative Modelle im Bereich bspw. der Kinderbetreuung zwar sehr zu begrüßen sind, dass das Problem aber bisher nicht umfassend gelöst ist. Benötigt wird vielmehr ein allumfänglicher Blick auf die soziale Situation. Verbindliche Home Office-Tage wären bspw. ein erster Schritt. Die Erfahrungen, die wir im Rahmen der COVID-19-Pandemie sammeln konnten, sollten wir u. a. zu Entwicklung und Implementierung innovativer Arbeitszeitmodelle nutzen.

Beim Lesen des vorliegenden Bandes der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe wird Leser*innen mit einem professionellen medizinischen Hintergrund möglicherweise eine eher ungewohnte Sprachführung auffallen. Der Grund hierfür ist der professionelle Hintergrund der Autorinnen, die nicht der DGHO angehören, sondern in anderen wissenschaftlichen Bereichen tätig sind.

Wir bedanken uns beim Verein zur Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie (WBHO), dem die drei nationalen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften angehören, und der das Projekt immer ergebnisoffen gefördert hat. Die vorliegenden Ergebnisse und aufgezeigten Perspektiven sind

gesamtgesellschaftlich und mit einem kritischen Ansatz ausformuliert. Dieser Grundgedanke war immer Grundlage der Umfrage und der daraus nun entstandenen Publikation.

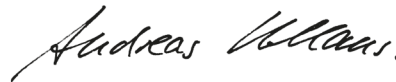
Der Arbeitskreis „Frauen in der Hämatologie und Onkologie“ der DGHO und der Vorstand der Fachgesellschaft möchten mit der Zusammenstellung der Ergebnisse in Form des 19. Bandes der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe auf die bestehenden Probleme hinweisen und Kolleg*innen, die in einer Führungsposition tätig sind, anregen, innovative Maßnahmen umzusetzen, um so einen substanziellen Beitrag für die Chancengleichheit in der Hämatologie und Onkologie zu leisten.

Dabei muss allen Akteur*innen immer klar sein: Formal mag es diese Chancengleichheit geben. Die gesellschaftliche Realität – auch in unserem Fachgebiet – bleibt aber immer noch eine andere.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



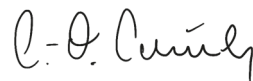
Prof. Dr. med. Hermann Einsele
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Maike de Wit
Mitglied im Vorstand



Dr. med. Carsten-Oliver Schulz
Mitglied im Vorstand



Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Vorsitzende des Arbeitskreises
„Frauen in der Hämatologie und Onkologie“



Prof. Dr. med. Katja Weisel
Stellvertretende Vorsitzende des Arbeitskreises
„Frauen in der Hämatologie und Onkologie“

Abstract

Umfrage der DGHO zur Erfassung von karriereförderlichen und -hinderlichen Faktoren von in der Onkologie und Hämatologie tätigen Ärztinnen und Ärzten.

Die 2021 durchgeführte Befragung zur Genderparität unter den Mitgliedern der DGHO und kooperierender Fachgesellschaften in Österreich und der Schweiz hat einen gegenüber der Untersuchung von 2014 nahezu unverändert unbefriedigenden Stand der Gleichstellung ergeben. Arbeitsorganisation, Arbeitszeitmanagement und Führungskultur unterstützen die Karriereoptionen von Ärztinnen und teilweise auch Ärzten in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie keineswegs in ausreichendem Umfang. Betreuungsmöglichkeiten für Kinder aller Altersstufen sowie für zu pflegende Angehörige stehen weiterhin auf der Wunschliste der Befragten. Vielfach gewünschte Teilzeioptionen fehlen sowohl für die Facharztweiterbildung als auch für Führungspositionen: Jobsharing und Topsharing bleiben mithin Desiderata. Auch Diskriminierung auf Grund des Geschlechts ist noch immer Teil des beruflichen Alltags von Ärztinnen. Eine nachhaltige Veränderung der Situation erfordert ein Umdenken unter den Verantwortlichen ebenso wie ein Bündel an praktischen Maßnahmen. Die DGHO setzt sich deshalb für die zeitnahe Initiierung bzw. den weiteren Ausbau folgender Maßnahmen ein:

- Bereitstellung eines aktuellen und transparenten Gendercontrollings
- Steigerung des Frauenanteils in den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und ihren Gremien
- Fortbildungsangebote für Ärztinnen zu Netzwerken, Gremien, kollegialer Beratung und Expertinnendatenbanken
- Frauen-Mentoring-Programm (Ausweitung, Intensivierung)
- Verbindliche Rückkehrvereinbarungen für Ärztinnen und Ärzte, die Elternzeit antreten
- Diskriminierungsfreie Neuformulierung der Weiterbildungsordnung mit Teilzeioptionen
- Etablierung von Teilzeioptionen für leitende ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeiten
- Fortbildungsangebote für Führungskräfte zu zeitgemäßem Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsmanagement
- Fortbildungsangebote zu Sensibilisierung gegenüber Alltagssexismus
- Beachtung des Gebots zur öffentlichen Ausschreibung freier Stellen, insbesondere freier oder freiwerdender oberärztlicher Stellen
- Fortbildungsangebote zu Geschlechterrollenbildern und unconscious bias

Darüber hinaus setzt sich die DGHO weiterhin für eine stetige Verbesserung und Ausweitung der institutionellen Betreuung von Kindern aller Altersstufen sowie der Verbesserung und Ausweitung der institutionellen Pflege von betreuungsbedürftigen Angehörigen ein.

1

EINLEITUNG

1. Einleitung

Unsere Welt erfährt eine dynamische, teilweise disruptive Entwicklung. Dies gilt – mit Digitalisierung, Gentechnik und Klimawandel – nicht nur für die materielle Seite, sondern auch für die gesellschaftliche: Die Arbeitswelt verändert sich, Geschlechterrollen verlieren ihre (Allgemein-) Gültigkeit und Frauen beanspruchen zunehmend eine gleichrangige Position in der Arbeitswelt.

Im Bereich der Medizin hat sich diese Entwicklung lange angekündigt. Seit Frauen vor nur gut einem Jahrhundert Zugang zum Medizinstudium erhielten,¹ haben sie sich, wenn auch mit Rückschritten, zunehmend mehr Raum erschlossen. Das gilt insbesondere für den Platz im Hörsaal. Hier sind Frauen seit etwa zwei Jahrzehnten in der Überzahl, doch in höhere Karrierestufen schaffen es noch immer nur wenige. Die Zahlenreihen des Statistischen Bundesamtes von 1975 bis 2020 zeigen, dass Frauen 1999 in Deutschland die 50-Prozent-Marke bei den Medizinstudierenden überschritten haben. Inzwischen liegt ihr Anteil bei 63 Prozent.² Die im Auftrag des Deutschen Ärztinnenbundes erstellte Studie *Medical Women on Top* hat für 2019 insgesamt 15 zentrale Fächer an 35 Medizinfakultäten in Deutschland untersucht und kommt bei den Professuren auf einen Frauenanteil von lediglich 13 Prozent.³ Die interne Feingliederung nach Fach und Art der Professur, die allen in der Medizin Tätigen vertraut ist, auch wenn sie sich nur schwer in Studien abbilden lässt, vertieft die Geschlechterdisparität noch.

Der Verlust von Frauen auf dem Karriereweg (*leaky pipeline*) ebenso wie ihr Fehlen auf den höheren Karrierestufen und in Entscheidungsgremien entsprechen nicht dem Gleichstellungsgebot des Grundgesetzes und stellen ein Gerechtigkeitsdefizit dar. Zugleich beeinträchtigt das Fehlen von Frauen die Qualität der Medizin, die dadurch in ihren Möglichkeiten eingeschränkt wird. Naturgemäß wird die Wahrnehmung eines Menschen und damit auch seine Problemlösungskompetenz durch seine individuellen Erfahrungen bestimmt. Werden mehr Perspektiven zugelassen, beispielsweise eine weibliche und eine männliche, können mehr Facetten eines Gegenstandes – also auch jeglicher Erkrankung – wahrgenommen werden, womit auch mehr Handlungsansätze in den Blick kommen. Belege für die Bereicherung und Qualitätssteigerung der Medizin durch einen erweiterten Blick finden sich beispielsweise in den Veröffentlichungen von Londa Schiebinger^{4 5} sowie auf den Internetseiten des Projekts *Gendered Innovations*, das die Stanford Universität gemeinsam mit der Europäischen Kommission initiiert und vorangetrieben hat.⁶ Ohne die aktive Beteiligung von Frauen ist diese Forschung nicht denkbar.

¹ Schwarz, M. (1999): 100 Jahre Frauenstudium – Baden lag an der Spitze. Pressemitteilung idw. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://idw-online.de/de/news10367>

² Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Lange Reihen mit Jahresergebnisse ab 1975. Tabellen zu Bildung und Forschung mit Originalwerten und Veränderungsraten. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbilo5.html>

³ Deutscher Ärztinnenbund (2019): Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 15 Fächern der deutschen Universitätsmedizin. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/MWoT_update_2019.pdf

⁴ Schiebinger, L. (1999): Has Feminism Changed Science? Harvard University Press.

⁵ Zou, J./Schiebinger, L. (2021): Ensuring that biomedical AI benefits diverse populations. *EBIOMedicine*, 2021, Vol 67 103358

⁶ Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment: Gendered Innovations. Abgerufen am 26.04.2022 von <http://genderedinnovations.stanford.edu/>

Bei Ursachenforschung und aktivem Hinwirken auf Veränderung nimmt die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) unter den Medizinischen Fachgesellschaften eine Vorreiterrolle ein. Vor dem Hintergrund der demografischen und onkologischen Herausforderungen der Zukunft und der rasanten Innovationen in Hämatologie und medizinischer Onkologie misst sie der exzellenten Ausbildung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses große Bedeutung bei. Insbesondere aber sieht sie es als „zentralen Bestandteil der Zukunftsarbeit“ an, konsequent dem Verlust von klinischem und wissenschaftlichen Know How, der vor allem durch den Verlust von Frauen auf dem Karriereweg bedingt ist, entgegenzuwirken. Bereits 2014 hat die DGHO hierzu eine umfassende Situationsanalyse vorgelegt.⁷ 2019 hat sie mit einem Positionspapier Ziele formuliert, die über die üblicherweise geforderte Ausweitung des Kinderbetreuungsangebots weit hinausgehen und die so innovative Maßnahmen wie die sorgfältige Planung von Teilzeitarbeit einschließlich profilierungsrelevanter Tätigkeiten und die geschlechterparitätische Besetzung von Podien und Richtlinienkommissionen vorsehen.⁸ Mit der Satzungsänderung 2018 beschließt die Mitgliederversammlung der DGHO, dass dem Vorstand „die gleiche Anzahl von Frauen und Männern“ angehören solle⁹. Zudem steht in der neuen Satzung von 2018, dass ab 2022 dem Beirat die gleiche Anzahl von Frauen und Männern angehören solle, was als zentraler Schritt in Richtung Genderparität gewertet werden kann.

2021 greift die DGHO das Thema erneut auf und beauftragt ein externes Studienteam mit einer Befragung unter den eigenen Mitgliedern und den Mitgliedern kooperierender Fachgesellschaften in Österreich und der Schweiz. Im hier vorgelegten Text werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Ermittelt wurden der Stand der Geschlechterparität und die Einstellung der Befragten zu themenrelevanten Inhalten. Im Kern geht es in der Studie darum, Wege zu einer nachhaltigen Stärkung gleicher Karriereoptionen von in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzten zu identifizieren. Beleuchtet werden hinderliche und förderliche Einflüsse auf die Karriere. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den beruflichen Rahmenbedingungen, da sich nur hier – etwa bei den Arbeitszeiten und der Arbeitsorganisation – Handlungsoptionen für die Arbeitgeberseite und organisatorische Ansätze für die Fachgesellschaft(en) eröffnen.

Die Rahmenbedingungen im persönlichen Umfeld werden gleichwohl mitbeleuchtet. Sie offenbaren Geschlechterrollenbilder im Umbruch, die wiederum in die Arbeitswelt zurückwirken und dort mitberücksichtigt werden müssen. Die Ergebnisse werden weitgehend für die Gesamtstichprobe, d.h. für Deutschland, Österreich und die Schweiz, gemeinsam berichtet (Kapitel 3). Dort, wo sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Befragungsergebnissen aus den drei betrachteten Ländern zeigten, wurden diese ländervergleichend aufbereitet (Kapitel 4). Vorgeschaltet ist ein Überblick über die aktuelle Situation der Medizin aus der Perspektive der Geschlechterparität (Kapitel 2). Hier liegt der Fokus auf Deutschland, doch werden Österreich und die Schweiz einbezogen, wo dies den Argumentationsgang bereichern konnte.

⁷ Lüftner, D./Letsch, A./Wünsch, K./Oldenburg, M./Freund, M./Wilhelm, M. (2014): Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen. Band 5. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/frauenfoerderung/dgho_schriftenreihe_Bd5-2014_web.pdf

⁸ Hallek, M./Bokemeyer, C./Lüftner, D./Weißinger, F. (Hrsg.) (2019): Positionspapier – Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/frauenfoerderung/dgho_positionspapier_11-2019_e.pdf

⁹ DGHO: Satzung. Abgerufen am 28.04.2022 von <https://www.dgho.de/d-g-h-o/ueber-uns/satzung>

2

AKTUELLE SITUATION

2 Aktuelle Situation

2.1 Medizinische Studienplätze und -abschlüsse

Zum Wintersemester 2020/21 waren laut Statistischem Bundesamt 101.712 Medizinstudierende an deutschen Hochschulen eingeschrieben. Jedes Jahr verlassen knapp 10.000 Absolventinnen und Absolventen mit Studienabschluss in der Humanmedizin die deutschen Hochschulen. Da die Anzahl der Studienplätze in den letzten Jahren nur jeweils leicht gestiegen ist, fordern die medizinischen Fachgesellschaften seit Jahren eine Erhöhung der Studienplätze, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung weiterhin gewährleisten zu können.¹⁰ Auch der 125. Deutsche Ärztetag hat Anfang November 2021 angemahnt, die Zahl der Medizinstudienplätze deutlich zu erhöhen.¹¹

Insgesamt 10.234 Personen haben laut Statistischem Bundesamt das Medizinstudium 2019 erfolgreich abgeschlossen.¹² Im Prüfungsjahr 2020 waren es nach einer Statistik der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) 12.338 Absolventinnen und Absolventen.¹³ Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht fehlt in der HRK-Statistik.

Bezogen auf die Geschlechterverteilung stellen sich die Zahlen für die Promotionen folgendermaßen dar: 2019 promovierten insgesamt 7.884 Personen in den Fächern Humanmedizin / Gesundheitswissenschaften (Die Fächerstatistik weist Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften gemeinsam aus, obwohl es sich um in vieler Hinsicht verschiedene Fächer handelt.), davon waren 4.726 Frauen (59,9%). Die Zahl der Promotionen insgesamt nahm zu, und der Anteil der von Frauen abgelegten Promotionen ist in den letzten Jahren ebenfalls deutlich gestiegen. 2009 waren es insgesamt 7.700 Promotionen, die abgeschlossen wurden, davon wurden 4.428 (54,9%) Promotionen von Frauen abgelegt.

2.2 Ärztliche Weiterbildung

2.2.1 Deutschland

Die fachärztliche Weiterbildung ist in Deutschland in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, die der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer folgen, geregelt. Gültigkeit hat derzeit die „(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021“.¹⁴

¹⁰ Siehe Fußnote 2

¹¹ Ärzteblatt (2021): Ärztekammer: 3.000 weitere Medizinstudienplätze nötig. Abgerufen am 05.12.2021 von <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=129535&s=Medizinstudienpl%Etze&s=erh%F6hen>

¹² Siehe Fußnote 2

¹³ HRK (Hrsg.) (2021): Statistische Daten zu Studienangeboten an Hochschulen in Deutschland. Studiengänge. Studierende, Absolventinnen und Absolventen. Abgerufen am 05.12.2021 von https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-01-Studium-Studienreform/HRK_Statistik_BA_MA_UEbrige_WiSe_2021_22.pdf

¹⁴ Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021. Abgerufen am 01.12.2021 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

Das Ziel der Weiterbildung ist gemäß Paragraph 1 – gegenüber 2013 unverändert – „der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen“ und so die „Qualität ärztlicher Berufsausübung“ zu sichern.

In Paragraph 4 befasst sich die Ordnung mit „Inhalt, Art und Dauer“ der Weiterbildung und nimmt dabei in Absatz (4) zunächst Bezug auf eine unter bestimmten Umständen zulässige Unterbrechung.

Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt – oder Krankheit kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Unter den möglichen Unterbrechungsgründen werden Schwangerschaft und Elternzeit genannt. Wer die Ordnung ausgearbeitet hat, hatte also im Blick, dass Facharztweiterbildung und Familiengründung in ein und denselben Lebensabschnitt fallen (können). Bei der Formulierung fällt allerdings auf, dass keineswegs eine (direkte) Aussage über mögliche Unterbrechungsgründe gemacht wird; die Unterbrechungsgründe sind kein Satzsubjekt mit eigenem Prädikat (=Satzaussage). Vielmehr erscheinen die Unterbrechungsgründe in der Satzstruktur als Teil einer Bedingung für die Nichtanrechnung bestimmter Zeiten auf die Weiterbildungszeit.

Gegenüber der Fassung von 2013 teilweise umformuliert heißt es dann weiter in Absatz (5):

Die Weiterbildung ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Sie setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt. Eine berufsbegleitende Weiterbildung ist bei Zusatz-Weiterbildungen zulässig, sofern dies in Abschnitt C vorgesehen ist. [...]

Unverändert erhalten gegenüber der Fassung der Ordnung von 2013 bleibt damit der Grundsatz, dass die Facharztweiterbildung im Rahmen einer Vollzeitstelle erworben werden soll. Damit werden – obwohl sie nicht einmal explizit genannt sind – andere Arbeitszeitmodelle für die Facharztweiterbildung gleich zu Beginn der Weiterbildungsordnung als Abweichung klassifiziert.

Aus der Formulierung ist ersichtlich, dass die Verfasserinnen und Verfasser der Weiterbildungsordnung für den durch diese regulierten Lebensbereich nicht von der Gleichwertigkeit verschiedener Lebensentwürfe ausgehen. Nur ein Arzt oder eine Ärztin mit einem Lebensentwurf, der für die Weiterbildung Vollzeitverfügbarkeit gewährleistet, entspricht der Norm des Weiterbildungsassistenten bzw. der Weiterbildungsassistentin. Andere Lebensentwürfe tun dies nicht. Sie sind „nicht normal“, sondern bleiben die Ausnahme, die im juristischen Begriff „Grundsatz“ stets impliziert ist.

Zur Teilzeitweiterbildung führt die (Muster-)Weiterbildungsordnung in Absatz (6) aus:

Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend.

Das Wort „Teilzeit“ erscheint nun zwar im Text. Es ist allerdings – ähnlich wie weiter oben Schwangerschaft und Elternzeit – Teil einer Konditionalkonstruktion, in diesem Fall (präpositional) abhängiges Glied einer Nominalgruppe. Das bedeutet: Es wird keine direkte Aussage über Teilzeit gemacht (Teilzeit ist kein Satzsubjekt mit eigenem Prädikat), sondern lediglich eine Aussage über die Bedingungen, die zu erfüllen sind, für den Fall, dass eine Teilzeitweiterbildung gewählt wird.

Hinsichtlich des zeitlichen Umfangs von Teilzeit heißt es, „in der Regel“ solle diese „mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit“ ausmachen. Zwar scheint diese Vorgabe offen zu sein und vom empfohlenen mindestens 50-prozentigen Stellenumfang Ausnahmen zuzulassen, doch ist durch den unmittelbar zuvor erfolgten Hinweis auf die Gewährleistung von „Gesamtdauer, Niveau und Qualität“ der „Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs“ eine (zumindest moralisch) hohe Hürde gesetzt, bei der Inanspruchnahme der „Ausnahme Teilzeit“ nicht noch zusätzlich eine „Ausnahme individuelle Arbeitszeit“ anzustreben. Flexibilität in der Ausgestaltung von Arbeitszeiten, wie sie beispielsweise in den ersten Lebensjahren eines Kindes gewünscht sein kann, wird durch die Formulierungen in der Ordnung zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, dürfte aber gegen die doppelte Diskriminierung aller Voraussicht nach nur mühsam durchsetzbar sein.

Die scheinbar knappen, aber extrem voraussetzungsreichen juristischen Formulierungen der deutschen (Muster-)Weiterbildungsordnung sind nicht einfach nur kurzgefasst. Sie enthalten Diskriminierungen und Wertungen, die zunächst linguistisch offengelegt werden müssen, bevor eine Korrektur erfolgen kann. Wünschenswert wäre ein Text, der vorhandene Rechte (auf Unterbrechung, auf Teilzeit, auf individuelle Arbeitszeit) als solche auch klar formuliert.

Bei einer erneuten Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sollte die hier formulierte Kritik bedacht werden.

Eine Verlängerung der ohnehin langen Facharztweiterbildung durch einen an die individuelle Lebenssituation angepassten Stellenumfang dürfte nur in seltenen Fällen tatsächlich auf eine Verdoppelung der Weiterbildungszeit hinauslaufen. Bei günstigen Rahmenbedingungen durch partnerschaftliche Aufgabenteilung und ausreichende institutionelle Kinderbetreuungsangebote kann u.U. bereits die geringfügige Reduktion einer Vollzeitstelle Vereinbarkeit gewährleisten, so dass eine Stellenreduzierung nur für einen begrenzten Zeitraum der Weiterbildung benötigt wird.

2.2.2. Österreich

Die aktuell auf den Internetseiten der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) abrufbare konsolidierte (d.h. informative, nicht rechtsverbindliche) Fassung der von der Vollversammlung der ÖÄK am 15.12.2017 beschlossenen Stammfassung der österreichischen Spezialisierungsverordnung ist nicht nur insgesamt nahezu geschlechtergerecht formuliert, sie ist auch hinsichtlich der Stellenanteile und der Unterbrechungszeiten deutlich offener formuliert als ihr deutsches Pendant.¹⁵ In Paragraph 7 beginnt Absatz (3) mit einer Definition von Vollzeit in Arbeitsstunden, ohne dabei die Vollzeittätigkeit zu priorisieren, und geht dann auf die Folgen ein, die sich für die Dauer der Spezialisierung aus einer geringeren Stundenzahl ergeben. Es gibt keinerlei Vorgaben oder Empfehlungen, was den Umfang der gewählten Teilzeit angeht:

Eine Spezialisierung ist in Vollzeit absolviert, wenn sie zumindest 35 Stunden pro Woche bzw. im Falle der Absolvierung in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen 30 Stunden pro Woche ausgeübt wird. Bei einer Tätigkeit von weniger als 35 bzw. 30 Stunden pro Woche verlängert sich die Spezialisierungsdauer anteilsmäßig.

Erst im Anschluss an die Festlegung der Gesamtdauer der Spezialisierung geht die Verordnung in Paragraph 7 Absatz (4) auf Unterbrechungen ein:

Eine Unterbrechung der Spezialisierung infolge eines Erholungs- oder Pflegeurlaubs, einer Familienhospizkarenz, einer Pflegekarenz, einer Erkrankung, eines Beschäftigungsverbot es gemäß Mutterschutzgesetz 1979 (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, einer Karenz gemäß MSchG 1979 oder Väter-Karenzgesetz (VKG), BGBl. Nr. 651/1989, kann maximal im Ausmaß von insgesamt einem Sechstel der Dauer der Spezialisierung angerechnet werden.

¹⁵ Österreichische Ärztekammer (2021): Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) Verordnung – konsolidierte Fassung vom 23.06.2021. Abgerufen am 02.12.2021 von https://www.aerztekammer.at/documents/261766/417722/SpezV_ueWB+3_Nov_2019-12-13_Beschl+140.VV_konsolidiert.pdf/732dd4a6-foae-f650-5c3c-eace579e72f8?t=1576754728577

Ausdrücklich sind hier nicht nur Mutterschutzzeiten und Karenz gemäß Mutterschutzgesetz, sondern auch Väterkarenz, Pflegekarenz, Pflegeurlaub und Familienhospizkarenz genannt. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Lebenssituationen auch in Deutschland als Gründe für eine Unterbrechung der Weiterbildung anerkannt werden. Gleichwohl ist die explizite Nennung in der österreichischen Verordnung ein Signal, das Menschen in schwierigen Situationen das Leben erleichtert und sie nicht nötigt, sich vertieft mit Gesetzestexten und -auslegungen zu befassen, um ihre Rechte wahrnehmen zu können. Was aus deutscher Perspektive zudem überrascht, ist dass eine Unterbrechung gemäß der österreichischen Spezialisierungsverordnung immerhin noch „im Ausmaß von insgesamt einem Sechstel der Dauer der Spezialisierung angerechnet werden kann“.

2.2.3 Schweiz

In der Schweiz weicht das Vorgehen deutlich von dem in Deutschland und Österreich ab. Die Weiterbildung liegt hier nicht beim Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), sondern seit 2008 in den Händen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), eines unabhängigen Instituts, das auf der Grundlage des *Medizinalberufegesetzes* (MedBG) agiert und u.a. für die Erteilung von Weiterbildungstiteln und das Erlassen der Weiterbildungsordnung zuständig ist. Auf den Internetseiten des SIWF findet sich ein „Muster-Weiterbildungsprogramm“ sowie die Weiterbildungsordnung (WBO) vom 21. Juni 2000, die zuletzt am 9. September 2021 revidiert wurde.¹⁶

Die schweizerische Weiterbildungsordnung enthält u.a. ebenfalls Regelungen zum Zeitumfang der Weiterbildung sowie zu möglichen Unterbrechungen. In Artikel 32 der Ordnung wird die Möglichkeit der Teilzeitweiterbildung und die anteilmäßige Anrechnung geregelt. Vollzeit wird zwar im Artikelnamen „Voll- und Teilzeitarbeit“ genannt, hier aber nicht definiert:

¹ Die ganze Weiterbildung kann in Teilzeit absolviert werden.

² Der Umfang der Teilzeitbeschäftigung an einer Weiterbildungsstätte muss mindestens 50 Prozent eines Vollpensums entsprechen. In Teilzeit absolvierte Weiterbildung wird anteilmässig angerechnet.

³ Für bis zu insgesamt 12 Monate der reglementarischen Weiterbildung sind auch Pensen unter 50 Prozent anrechenbar (mindestens 20%).

Im Unterschied zu den beiden zuvor genannten Ordnungen wird hier explizit die Möglichkeit eingeräumt, die Weiterbildung vollständig in Teilzeit zu absolvieren. Die Teilzeit kann bis zu 12 Monaten sogar bis auf 20 Prozent der Vollzeit sinken, muss aber ansonsten mindestens 50 Prozent betragen. „Mindestens 50 Prozent“ scheint den Regelungen in der deutschen Weiterbildungsordnung zu entsprechen, allerdings ist die Schweizer Formulierung zum einen absolut verbindlich, zum anderen ist sie neutral,

¹⁶ SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung | ISFM Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (2021): Weiterbildungsordnung (WBO) 21. Juni 2000 (letzte Revision: 25. November 2021). Abgerufen am 02.12.2021 von https://www.siwf.ch/files/pdf7/wbo_d.pdf

während die deutsche Formulierung einerseits Ausnahmen zuzulassen scheint und andererseits einen gewissen Druck aufbaut. Die Schweizer Weiterbildungsordnung ermöglicht bezüglich des Stellenumfanges innerhalb eines klar definierten Rahmens durchaus Flexibilität.

Artikel 31 der Weiterbildungsordnung regelt „Absenzen und Beurlaubungen“. Hier werden die in der Schweiz im Vergleich mit Deutschland und Österreich weniger arbeiternehmerfreundlichen Zeiten rund um Schwangerschaft und elterliche Sorge sichtbar:

¹ *In der vorgeschriebenen Mindestdauer der gesamten Weiterbildungszeit sind die gesetzlichen Ferien inbegriffen. Ebenfalls inbegriffen sind Abwesenheiten infolge Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Militärdienst und Zivildienst, soweit sie pro Fach bzw. vorgeschriebene Weiterbildungsperiode (z.B. A-Jahr) anteilmässig das Mass von 8 Wochen pro Jahr nicht überschreiten. Länger dauernde Abwesenheiten sind nachzuholen.*

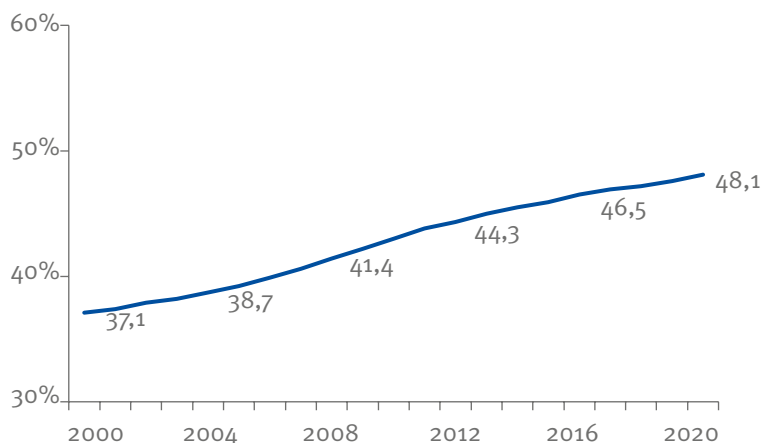
² *Wer die Abwesenheiten nach Abs. 1 nicht oder nicht voll ausgeschöpft hat, darf sich Schwangerschaft / Mutterschaft auf Antrag auch ausserhalb einer Weiterbildungsperiode anrechnen lassen und zwar bis zur Obergrenze der zulässigen Abwesenheiten gemäss Abs. 1, maximal jedoch bis zu 6 Monaten*

Abwesenheiten bis zu 8 Wochen u.a. „infolge Mutterschaft“ sind wie „die gesetzlichen Ferien“ in der Weiterbildungszeit enthalten. Bei Schwangerschaft/Mutterschaft besteht zudem die Möglichkeit „nicht oder nicht voll ausgeschöpfte“ Zeiten auf Antrag bis zu einer Höchstdauer von 6 Monaten auch außerhalb des sonst verpflichtenden Rahmens der „Ausbildungsperiode“ in Anspruch zu nehmen, d.h. zeitlich zusammenzulegen und zugleich als Weiterbildungszeit anerkennen zu lassen. Wer auf reguläre Ferien verzichtet, kann also offenbar einige Monate ansparen, um diese ohne Nachteil für die Weiterbildung mit dem Kind zu verbringen. Eine Regelung, die auch Vätern eine Kinderzeit ermöglicht, gibt es in der schweizerischen Weiterbildungsordnung nicht.

2.3 Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft

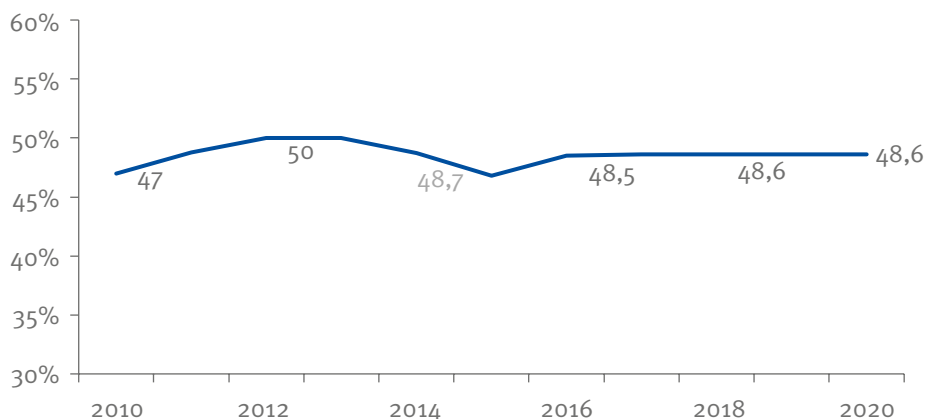
Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen in Deutschland nimmt seit Jahren langsam, aber stetig zu, von 37,1 Prozent im Jahr 2000 bis 48,1 Prozent im Jahr 2020 (siehe Abbildung 1).¹⁷ Dennoch besteht weiterhin eine Diskrepanz zwischen dem Anteil der Absolventinnen des Medizinstudiums – dieser liegt seit Jahren über 60 Prozent – und dem vorhandenen Anteil berufstätiger Ärztinnen.

Abbildung 1: Anteil berufstätiger Ärztinnen von 2000 bis 2020 entnommen aus den BÄK-Statistiken der Jahre 2000 bis 2020



Für den Tätigkeitsbereich *Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie* bleibt der Anteil der Ärztinnen, die über die Weiterbildungsbezeichnung *Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie* sowie *Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie* verfügen, bei steigender Beschäftigtenzahl über den Betrachtungsraum von 2010 bis 2020 relativ konstant (siehe Abbildung 2).¹⁸ Im Mittel liegt der Anteil der Ärztinnen für diesen Zeitraum bei 48,9 Prozent.

Abbildung 2: Anteil der berufstätigen Ärztinnen mit Weiterbildung oder Schwerpunkt in der Hämatologie und Onkologie entnommen aus den BÄK-Statistiken der Jahre 2010 bis 2020



¹⁷ Bundesärztekammer (2020): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf

¹⁸ Siehe Fußnote 17

Wenn es um die Karriereentwicklung geht, besteht zwischen den Geschlechtern nach wie vor eine Diskrepanz bei der Besetzung von leitenden Positionen.¹⁹ Statistiken zeigen zudem eindrucksvoll, dass die Schere zwischen den Frauen- und Männeranteilen bei den Lehrstuhlberufungen keine Generationenfrage ist:²⁰ Auf den gegenwärtig neubesetzten Lehrstühlen sitzen Personen, die zu einer Zeit studiert haben, als der Frauenanteil bereits über dem Männeranteil lag. Während im Jahr 1995 der Frauenanteil unter den Humanmedizinstudierenden bereits 52,9 Prozent betrug, lag der Anteil der Frauen bei den Neuberufenen im Jahr 2018 bei lediglich 25,3 Prozent. Bei den auf W3-Positionen Neuberufenen betrug die Quote sogar nur 20,3 Prozent. In nächster Zukunft sind diesbezüglich keine allzu großen Veränderungen zu erwarten, denn der Frauenanteil bei den Habilitationen in Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften betrug 2020 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gerade einmal 32 Prozent.²¹

2.4 Hemmnisse im Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten

Auch die jüngsten statistischen Daten zeigen, dass Frauen noch immer nicht entsprechend ihrem Anteil unter den Studierenden in der Medizin Karriere machen und in leitende Positionen aufsteigen. Um dieses Gleichstellungsdefizit mit konkreten Maßnahmen abbauen zu können, wird nach den Ursachen gesucht. In Bd. 5 der *Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO* wurden bereits wichtige Punkte zusammengetragen (Kap. 2.4, S. 12-14):²² An erster Stelle genannt werden das nicht ausreichende Angebot an Kinderbetreuungsplätzen einerseits sowie lange und ungünstige Arbeitszeiten andererseits. Es wird aber auch deutlich, dass die Vereinbarkeitsthematik sich nicht nur auf strukturelle und organisatorische Probleme beschränkt, sondern eng mit tradierten Erwartungshaltungen und Geschlechterrollenstereotypen zusammenhängt. Diese finden sich sowohl auf Seiten der „Leitenden Ärzte“, die eine nahezu permanente Verfügbarkeit, lange Anwesenheitszeiten und die Unteilbarkeit von Führungspositionen für gegeben halten, als auch beim Nachwuchs und hier insbesondere bei den Ärztinnen, von denen laut einer zitierten Befragung des Hartmannbundes zwei Drittel glauben, nicht die gleichen Chancen wie ihre männlichen Kollegen zu haben, ihre beruflichen Ziele zu erreichen. Auch fehlende Rollenvorbilder und das Fehlen von Ziel- und Leistungsvereinbarungen im Bereich Frauen- und Familienförderung werden genannt.

2015 konnte in einer Befragung des Personals einer Medizinischen Fakultät nachgewiesen werden, dass sich die Inanspruchnahme von Elternzeit in verschiedener Hinsicht nachteilig auf die weitere Karriere auswirkte.²³ Beobachtet wurde nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz ein Statusverlust und der Verlust an Macht und Einfluss sowie andererseits eine Zunahme der Arbeitsbelastung. Weibliche Führungskräfte waren besonders betroffen. Nicht nur die eigenen Karriereaussichten wurden nach der Elternzeit negativer eingeschätzt, eine weitere Elternzeit wurde auch kürzer als die erste geplant, und über die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte erwog einen Arbeitsplatzwechsel. Im Ergebnis empfiehlt die Studie eine Rückkehrvereinbarung abzuschließen, in der der Status vor Antritt der Elternzeit detailliert festgehalten und die Rückkehr zu den gleichen Konditionen festgeschrieben wird.

¹⁹ Hostettler, S./Kraft, E. (2019): FMH-Ärzttestatistik 2018 - Wenig Frauen in Kaderpositionen Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Mediciens Suisses – Bollettino dei Medici Svizzeri;100(12): 411–416.

²⁰ Kortendiek, B. (2020): Geringer Professorinnenanteil in der Medizin ist keine Generationenfrage. Ärztin 1 67. Jahrgang April, 6-7.

²¹ Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Mehr Habilitationen von Frauen im Jahr 2020. Pressemitteilung vom 06. Juli 2021. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_319_213.html

²² Siehe Fußnote 7

²³ Engelmann, C./Grote, G./ Miemietz, B./Vaske, B./Geyer, S. (2015): Weggegangen – Platz vergangen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2015; 140, 4: e28-e35.

Mit den normativen Erwartungen an Geschlechtsrollen und den Auswirkungen auf das Selbstkonzept hatte sich bereits 2006 eine von Andrea Abele geleitete Langzeitstudie zu Absolventinnen und Absolventen – u.a. des Faches Medizin – der Universität Erlangen-Nürnberg befasst.²⁴ Bei der Befragung am Ende des Studiums wurden zwischen weiblichen und männlichen Befragten keine Unterschiede im beruflichen Selbstvertrauen ermittelt. Nach drei Jahren Berufstätigkeit zeigte die Befragung mit der gleichen Skala, dass das berufliche Selbstvertrauen von Ärztinnen gesunken, das von Ärzten angestiegen war. Abele folgert, dass die Berufstätigkeit die Medizinerinnen „ein Stück weit entmutigte“ (S. 48). Seit der Untersuchung von Abele wurden an fast allen Medizinfakultäten im deutschsprachigen Raum Mentoring-Programme etabliert, u.a. mit dem Ziel, das Selbstvertrauen der Mentees zu stärken. Eine mögliche Wirkung auf das Selbstkonzept der Medizinerinnen, die anders als die Naturwissenschaftlerinnen, in Wissenschaft und Klinik parallel vorankommen müssen, wäre zu untersuchen.

Ein über ein Jahrzehnt später erschienener Beitrag aus der KarMed-Studie,²⁵ dem eine Befragung von Absolventinnen und Absolventen des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf in der Facharztweiterbildung vier Jahre nach dem Examen zugrunde lag,²⁶ identifiziert erneut Geschlechterunterschiede, die sich auf den Karriereweg auswirken können, in den Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten. Frauen und Männer benennen unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf die bevorzugte Position (im Krankenhaus), die angestrebte Facharztspezialisierung, den bevorzugten Stellenumfang, die angenommene Dauer der Facharztweiterbildung und die Einschätzung der Selbstwirksamkeit. Ob eine Führungsposition angestrebt wird oder nicht, wird deutlich durch die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit mitbestimmt. Allerdings gibt es hinsichtlich des bei Frauen gering ausgeprägten Wunsches nach einer Führungsposition keine Veränderungen gegenüber der Erstbefragung, die unmittelbar nach dem Examen stattfand. Ziegler et al. folgern:²⁷

Es ist vielmehr davon auszugehen, dass (künftige) Ärztinnen einen anderen Lebensentwurf haben als Ärzte, der in erster Linie durch die Antizipation des Mutterwerdens gekennzeichnet ist. Es ist demnach von nachrangiger Bedeutung, ob die Ärztin bereits Mutter ist und konkrete Erfahrungen mit dem Spagat zwischen Arztberuf und Familie gemacht hat, oder dies nur aus dem beruflichen und privaten Umfeld mitbekommt. Sofern die Ärztin den Wunsch hegt, in Zukunft ein Kind zu bekommen, liegt es nahe, dass sie ihre Karriere eher dahingehend ausrichtet. (S. 14f.)

Eine umfassende Untersuchung zum Stand der Gleichstellung in der Hochschulmedizin bietet das Schwerpunktthema „Der Gender Gap in der Hochschulmedizin“ im *Gender-Report 2016. Geschlech-*

²⁴ Abele, A. (2006): Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S./Kaczmarczyk, G./Bühren, A. (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg, Springer: S. 35-57.

²⁵ van den Bussche, H./Selch, S./Boczor, S./Meyer, J./Nehls, S./Kocalevent, R.: Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/karriereverlaufe-von-aerztinnen-und-aerzten-waehrend-der-fachaeztlichen-weiterbildung.html>

²⁶ Ziegler, S./Zimmermann, T./Krause-Solberg, L./Scherer, M./van den Bussche, H. (2017): Male and female residents in postgraduate medical education – A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc53.

²⁷ Siehe Fußnote 26

*ter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen.*²⁸ Kapitel 3,5 des Gender-Reports widmet sich auf der Basis von Interviews mit Expertinnen und Experten, also auf der Grundlage qualitativer Forschung, Deutungen und Erklärungen für den Gender Gap. Von den Befragten, die Leitungspositionen in der Hochschulmedizin innehaben, werden auch in dieser Untersuchung an erster Stelle Probleme der „Vereinbarkeit von Familie, klinischer Qualifikation und Wissenschaftskarriere“ (S. 350, Sp. 2) genannt. Bezogen auf den klinischen Bereich erschwerten Wochenenddienste, Nachtdienste, lange Schichten und Bereitschaftsdienste die Vereinbarkeit. Hinsichtlich der Forschung im Labor könnten sich die – lange erkämpften und wichtigen – Mutterschutzregelungen nachteilig auswirken, wenn schwangere Wissenschaftlerinnen mit Rücksicht auf das ungeborene Leben u.U. gezwungen sind, Experimente abubrechen. Neben dem reinen Zeitverlust könne das auch Finanzierungsprobleme zur Folge haben, da Drittmittelprojekte zeitlich begrenzt sind und die Experimente nach einer Elternzeit oft nicht einfach wieder aufgenommen werden können.

Die hier im Detail genannten Probleme sind spezifisch für die Vereinbarkeit einer medizinischen Hochschulkarriere mit einer Familiengründung. Das gilt es hervorzuheben, da bei der Entwicklung von Chancengleichheitsprogrammen die Bedingungen von Klinik und Labor oft nicht im Fokus stehen. Fachgesellschaften könnten sich gegenüber politischen Entscheiderinnen und Entscheidern dafür stark machen, dass spezifische Gleichstellungsinstrumente für die Hochschulmedizin geschaffen werden.

Auch Einstellungen bei den Ärztinnen und bei ihren Vorgesetzten werden im *Gender-Report 2016* als Erklärung für den Gender Gap von den Befragten genannt: Es gebe unterschiedliche „Berufsvorstellungen und Karrierebestrebungen“ von Frauen und Männern. Frauen würden sich weniger auf den mit dem Erwerb und Erhalt von Macht verbundenen, u.U. aggressiven Wettbewerb einlassen wollen als Männer und grundsätzlich abwägen, inwieweit die Anforderungen der Arbeit mit dem eigenen Lebenskonzept zusammenpassten (S. 354 Sp. 2, S. 155, Sp. 1). Zudem erhielten Frauen weniger Unterstützung von ihren Vorgesetzten, da sie grundsätzlich nicht als karriereorientiert gelten, solange sie das Karriereziel Wissenschaft und Professur nicht sehr laut artikulierten.

Von den befragten Akteurinnen aus der Gleichstellung werden weitere Karrierehindernisse genannt: Frauen seien weniger präsent in wichtigen Netzwerken. Sie hätten Hemmungen, bei entsprechenden Gelegenheiten (Tagungen), Personen anzusprechen und als „Karrieremotor“ oder „Mentor“ in Anspruch zu nehmen. Zudem spielten in der Medizin Seilschaften und Old-Boys-Networks noch immer eine große Rolle, und die erleichterten den Männern den Karriereweg. Überdies existierten Geschlechterrollenstereotype weiter in den Köpfen, auch wenn sie nicht mehr offen formuliert würden. Strukturveränderungen würden zwar von Frauen „in höheren Positionen“ für nötig befunden und „Geschlechterungerechtigkeiten“ würden der Gleichstellungsbeauftragten gegenüber beklagt, offen dagegen vorgehen würden sie aber nicht, da sie Nachteile, beispielsweise in Bezug auf Finanzmittel, befürchteten und da „eine schützende Masse an Frauen“ fehle (S. 361).

²⁸ Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25 (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen: Teil C Der Gender Gap in der Hochschulmedizin. S. 261-460. Abgerufen am 26.04.2022 von http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/fileadmin/media/media-genderreport/download/Gender-Report_2016/Teil_C_Gender-Report_2016_f_web.pdf

Als Karrierehemmnis beklagt wird weiter eine unzureichende Nachwuchsförderung, und zwar nicht nur was die wissenschaftliche Ausbildung angeht, sondern gerade auch im Bereich der klinischen Ausbildung und der Patientenversorgung. Schließlich kommt als Karrierehemmnis für Frauen noch ein wichtiger Punkt hinzu: Der entscheidende Karriereschritt: die Beförderung von der Fachärztin bzw. dem Facharzt zur Oberärztin bzw. zum Oberarzt ist bislang nur schwach formalisiert. Weder seien die Kriterien verbindlich festgeschrieben noch sei die öffentliche Ausschreibung üblich. Es fehlten klare Regeln und Transparenz bei der Besetzung dieser Position, die eindeutig ein „Sprungbrett“ für eine medizinische Karriere ist (S. 362).

2.5 Gesellschaftlicher Wandel und Stellenwert der Arbeit

Die bevölkerungsstärkste Altersgruppe in Deutschland bildete Ende Dezember 2020 die *Generation X* mit rund 16,6 Millionen Menschen gefolgt von der *Generation Y* mit 15,8 Millionen.²⁹ Während für die heute 40- bis 55-Jährigen der *Generation X*, die Arbeitsmaxime noch zu gelten scheint „arbeiten, um zu leben“ denken die nach 1981 Geborenen, also die nachfolgende *Generation Y*, anders über den Stellenwert der Arbeit in ihrem Leben. Diese Generation ist selbstbewusst und ergebnisorientiert.^{30 31} Ihnen ist Freude und Selbstverwirklichung wichtiger als Gehalt und Status. Sie wünschen sich flexible Arbeitszeitmodelle und einen sicheren Arbeitsplatz. Die eigene Familie sowie soziale Beziehungen stehen im Vordergrund.^{32 33}

Gegenwärtig sind ca. 19 Prozent der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre alt.³⁴ Sie gehören somit der Generation Y an. Befragungsergebnisse zeigen, dass zu Beginn ihrer beruflichen Karriere den jungen Ärztinnen und Ärzten ein gutes Betriebsklima, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und eine interessante Tätigkeit sehr wichtig sind.³⁵ Eine ebenso große Bedeutung haben die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf. Sie erleben jedoch auch, dass die gegebenen beruflichen Bedingungen z.T. von den von ihnen als wichtig empfundenen Bedingungen mehr oder weniger stark abweichen.

²⁹ de.Statista (2020): Anzahl der Einwohner in Deutschland nach Generationen am 31. Dezember 2020 (in Millionen). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1130193/umfrage/bevoelkerung-in-deutschland-nach-generationen/>

³⁰ Schmidt, C.E./Möller, J./Schmidt, K./Gerbershagen, M.U./Wappler, F./Limmroth, V./Padosch, S.A./Bauer, M. (2011): Generation Y - Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Anaesthesist*. 2011 DOI 10.1007/s00101-011-1886-z.

³¹ Rodeck ML. Der Wertewandel in der Arbeitswelt durch die Generation Y. Hamburg: Diplomata Verlag. 2014.

³² Albert, M./Hurrelmann, K./Quenzel, G. (2015): Jugend 2015-17. Shell Jugendstudie. Zusammenfassung. Hamburg: Shell. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie/>

³³ Albert, M./Hurrelmann, K./Quenzel, G. (2019): Jugend 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort – 18. Shell Jugendstudie. Zusammenfassung. Hamburg, Shell. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie/>

³⁴ Siehe Fußnote 17

³⁵ Kunz, K./Keis, O./Schürer, S./Schüttelz-Brauns, K./Strauß, A./Giesler, M. (2020): Wunsch und Wirklichkeit: Wie sehen die Arbeitsbedingungen von jungen ÄrztInnen aus? In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Zürich, 09.-12.09.2020. Düsseldorf, German Medical Science GMS Publishing House. DocV-064.

Auch die in den Jahren 2014 und 2018 durchgeführten bundesweiten Befragungen von Studierenden der Humanmedizin zeigen, dass es für insgesamt 90 Prozent der Befragten wichtig ist, Familie und Beruf gut miteinander zu vereinbaren.³⁶ Zudem stellt sich die Flexibilität der Arbeitszeiten als wichtiger Faktor für die künftige Arbeitstätigkeit dar. Diese Einstellung kommt gut im nachfolgenden Zitat eines Befragten zum Ausdruck:

Wir jungen Mediziner möchten ein Leben haben. Familie und Freizeit sind mir wichtiger als Positionen und Gehalt und ich weiß mit dieser Meinung stehe ich nicht alleine. (S. 36)

Ein Teil der in diesen Studien Befragten gehört bereits der Generation Z an. Bislang legen die Ergebnisse von Befragungen nahe, dass die Generationen Y und Z sich die Sorge teilen, dass im Berufsleben die Freizeit zu kurz kommt.³⁷

2.6 Positionen zur Gleichstellung

Neben der DGHO gibt es weitere Organisationen und Interessensvertretungen, die sich zu Gleichstellung und Chancengerechtigkeit positionieren. Einige Stellungnahmen sind für die Medizin und insbesondere die hämatologisch und onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte relevant:

2.6.1 Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) fordert in ihrem Positionspapier aus dem Jahre 2020:³⁸

... Chancengleichheit auf allen Ebenen und das aktive Vorgehen gegen eine geschlechtsbedingte Benachteiligung, sowie das Erneuern veralteter und starrer Denkmuster. Konkret sehen wir Handlungsbedarf sowohl in den Hierarchiestrukturen der Krankenhäuser, der ärztlichen Selbstverwaltung, den Universitäten und der Forschung, als auch bei der Problematik von Sexismus am Arbeitsplatz. Als eine zentrale Herausforderung verstehen wir die Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen. Es ist im Sinne einer optimalen Patient_innenversorgung essentiell, dass Expertise, Können und Erfahrung unabhängig vom persönlichen Hintergrund in den Führungsetagen ankommen.

Hier wird auf die Unterrepräsentanz von Ärztinnen in Führungspositionen hingewiesen und ein Kulturwandel in Richtung einer Erneuerung der veralteten Denkmuster gefordert. Als Lösungsansatz formuliert die bvmd weiter:

³⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019): Berufsmonitoring: Medizinstudierende 2018. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf

³⁷ Waeschle, R.M./Schmidt, C./Mörstedt, A.-B. (2021): Die Generation Y und Z – Neue Herausforderungen für Führungskräfte im Krankenhaus. 2021 Anaesthesist 70:1011-1021.

³⁸ Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (2020): Positionspapier Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit im ärztlichen Tätigkeitsfeld – Ärztinnen in Führungspositionen; beschlossen am 10.11.2020 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2021/04/Grundsatzentscheidung_2019-11_Geschlechtergerechtigkeit_und_Chancengleichheit.pdf

Als Ansatzpunkte für die Verbesserungen der aktuellen Situation bedarf es des Abbaus von Hürden für Ärztinnen mit Karrierewunsch, der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Karriere sowie eines Umdenkens bezüglich existierender Stereotypen und Rollenbilder, die zu einer Benachteiligung führen können. Sexismus, Unconscious Bias und sexuelle Belästigung sind auch heute noch im Gesundheitswesen präsent. Stereotype, geschlechterbedingte Erwartungen können bei Ärzt_innen zu Problemen und Benachteiligungen führen. Um mentalem Stress vorzubeugen, ein gesundes Arbeitsklima zu fördern und einer Benachteiligung von betroffenen Personen entgegenzuwirken, ist es von größter Bedeutung, diese Problemfelder u. a. an der Universität und bereits in der Aus- bzw. Weiterbildung, sowie am Arbeitsplatz zu thematisieren und zu entstigmatisieren.

Hervorzuheben ist, dass die bvmd nicht allein die immer wieder ins Feld geführte Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Karriere anspricht, sondern auch für ein Umdenken bezüglich bestehender Stereotype argumentiert. Dies wird in den letzten Jahren zunehmend auch in der Gleichstellungspolitik an den Hochschulen thematisiert. Ziel ist es, von einer reinen Unterstützungs- und Förderpolitik wegzukommen und hin zu einem Ansatz, die bei allen Menschen existierenden Stereotype mit entsprechenden Fortbildungen und Bewusstmachung aufzudecken, um zu einem vorurteilsfreieren und damit chancengerechteren Umfeld Hochschule zu kommen.

2.6.2 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

Die DGHO setzt sich seit einigen Jahren sehr intensiv mit der Gender-Problematik innerhalb ihres Faches auseinander. Daraus resultierend wurde im Jahr 2013 die erste Frau in den Vorstand gewählt, sowie der Arbeitskreis „Frauen in der Hämatologie und Onkologie“ gegründet. 2014 wurde eine erste Studie erstellt, um Daten zur Genderparität unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft zu erheben. Daraus erwuchsen 2014 erste Forderungen.³⁹ Zum einen forderte die DGHO, die Weiterbildungsordnung so zu ändern, dass eine Facharztanerkennung bereits mit einer Teilzeit ab 25 Prozent erreicht werden kann. Zum anderen sollten Teilzeitmöglichkeiten geschaffen werden, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern, und durch Job-Sharing ebenso wie Top-Sharing sollte das Interesse von Frauen an Führungsaufgaben unterstützt werden.

Innovativ ist die Idee, die Position eines Karriere-Sponsors zu schaffen, der/die mit finanziellen Ressourcen ausgestattet werden soll, um die Karriere von jungen Ärztinnen zu fördern.

Die DGHO bekräftigte ihre Forderungen in ihrem Positionspapier „Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie“ (Dezember 2019).⁴⁰ Dort heißt es im ersten Abschnitt:

³⁹ Siehe Fußnote 7

⁴⁰ Siehe Fußnote 8

Die DGHO unterstützt nachhaltig das Erzielen einer paritätischen Verteilung bei der Besetzung von medizinischen Führungspositionen in akademischen und kommunalen Krankenhäusern und wissenschaftlichen Arbeitsgruppen im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie sowie in Entscheidungsgremien an universitären Fakultäten und in politischen Gremien.

Als Lösungsansatz für die Umsetzung formuliert die DGHO:

Eine wesentliche Strukturmaßnahme liegt in der gezielten Förderung des weiblichen ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchses. Häufig behindern strukturelle Rahmenbedingungen, der Mangel an Teilzeitarbeitsmöglichkeiten oder anderen flexiblen Arbeitszeitmodellen v. a. Kolleginnen mit Kindern. Hier bedarf es der Implementierung von innovativen Rahmenbedingungen, die verhindern, dass Frauen aufgrund von Phasen der Kindererziehung, aber auch aufgrund struktureller Defizite in der Personalplanung, benachteiligt werden. Besondere Fördermaßnahmen sollten die kritische Phase der oft auftretenden Parallelität des Übergangs von der Fachärztin zu Oberärztin, der Gründung einer eigenen Arbeitsgruppe, Habilitation und gleichzeitigen Familiengründung unterstützen, damit Frauen in ihrer Karriereentwicklung zu diesen Zeitpunkten nicht „verloren gehen“.

Neben der Herstellung von Parität bei den Oberärztlichen und den Chefärztlichen Positionen fordert die DGHO Parität unter anderem auch in den Gremien der Fachgesellschaften und weiteren wichtigen Organisationen, und schließlich auch bei der Berücksichtigung von Referentinnen und Referenten für Tagungen und Kongresse. Mit der Satzungsänderung von 2018 wird festgelegt, dass im Vorstand der DGHO gleich viele Frauen und Männer vertreten sein sollen und ab 2022 dem Beirat der DGHO die gleiche Anzahl von Frauen und Männern angehören solle.⁴¹ Daneben werden unter anderem eine verstärkte Netzworkebildung und strukturelle Voraussetzungen als wichtige Grundlagen für mehr Ärztinnen in Führungspositionen aufgeführt.

2.6.3 Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Auch der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB), eine bundesweite berufspolitische Vertretung von Ärztinnen, fordert mehr Frauen in Führungspositionen in Krankenhäusern und Hochschulen.⁴² Auf seiner Internetseite heißt es: „Der DÄB setzt sich für mehr Frauen in Führungspositionen in der universitären Medizin ein und fordert, auch den Anteil von Chefärztinnen in den Kliniken bundesweit deutlich zu erhöhen.“

⁴¹ Siehe Fußnote 9

⁴² Deutscher Ärztinnenbund: Frauen in Führungspositionen. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztinnenbund.de/Frauen_in_Fuehrungspositionen.o.363.1.html

2.6.4 Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V.

Die Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V. (bukof) ist eine wichtige Akteurin, die auf Bundesebene die Gleichstellung der Geschlechter anstößt und vorantreibt. Auf ihrer Internetseite schreibt sie:⁴³

Von den Studienbedingungen bis zum Anteil von Professorinnen, von den Arbeitsbedingungen bis zur Zuschreibung von Care-Aufgaben existieren an allen Hochschulen große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und ein an der binären Norm orientiertes Geschlechterverständnis. Geschlechtsbezogene Verzerrungseffekte und diskriminierende Mechanismen bis hin zur sexualisierten Diskriminierung und Gewalt tragen dazu bei, dass diese Unterschiede fortgeschrieben werden. (S. 4)

In der bukof haben sich all diejenigen zusammengeschlossen, die die Struktur und die Kultur von Hochschulen in Deutschland geschlechtergerecht gestalten wollen. Als wegweisende und zukunftsorientierte Akteurin befördert die bukof einen Kulturwandel in der Hochschullandschaft, der geschlechter- und gesellschaftspolitisch wirkt.

In den Jahren 2019 bis 2021 hat die bukof in einem intensiven Prozess zu 18 Handlungsfeldern Positionen für eine geschlechtergerechte Hochschulpolitik erarbeitet. Berücksichtigt wurden alle Hochschultypen und alle Statusgruppen. Mit einprägsamen Formulierungen von „Care, aber fair“ über „Governance – konsequent geschlechtergerecht“ bis hin zu „Eindeutig queer“ werden Status, Veränderungsbedarf und Forderungen zu den vordringlichen Themen behandelt. Bezogen auf mehr Frauen in Führungspositionen formuliert die bukof:⁴⁴

Die bukof fordert Hochschulen auf, eine geschlechtergerechte Personalpolitik zu implementieren. Führungskräfte sind aufgerufen, sich für eine transparentere und geschlechtergerechte Personalauswahl einzusetzen, reflektierte Personal- und Förderentscheidungen mit Bewusstsein für Bias-Effekte zu treffen und dem frühzeitigen drop out von Frauen und unterrepräsentierten Geschlechtern entgegenzuwirken. (S. 30)

Alle genannten Positionen und Forderungen stimmen in dem Punkt überein, dass sie eine Erhöhung des Frauenanteils auf der Ebene der Führungspositionen fordern. Um das zu erreichen, werden Maßnahmen auf der operationalen Ebene sowie Schritte hin zu einem Kulturwandel (Bewusstmachung der eigenen stereotypen Vorstellungen) als Lösungsansätze vorgeschlagen.

⁴³ Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V. (bukof): Standpunkte für eine Geschlechtergerechte Hochschulpolitik - Das ist die bukof! Abgerufen am 26.04.2022 von <https://bukof.de/standpunkte/>

⁴⁴ Siehe Fußnote 43

3

ERGEBNISSE

3. Ergebnisse der Befragung zu Genderparität

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie zur Geschlechterparität von 2021 vorgestellt. Befragt wurden alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) sowie kooperierender medizinischer Fachgesellschaften in Österreich und der Schweiz, also der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (OeGHO), der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie (SGH) und der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO).

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Entwicklung des Fragebogens

Die Mitglieder der Fachgesellschaften wurden mittels eines Online-Fragebogen befragt. Zur Konstruktion dieses Fragebogens wurden vorab einschlägige Studien gesichtet. Darüber hinaus wurden die in der 2014 durchgeführten Studie von den Befragten gemachten freien Angaben zu den karriereförderlichen und karrierehinderlichen Faktoren analysiert und kategorisiert. Es entstand ein Fragebogen (siehe Anhang 1), der neben Angaben zur Person folgende vier Inhaltsbereiche umfasste:

- I Fragen zur aktuellen beruflichen Situation
- II Fragen zur beruflichen Karriere (hinderliche und förderliche Faktoren)
- III Fragen zu Bedingungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Privatleben und Beruf ermöglichen könnten
- IV Fragen zur gewünschten Position und zum gewünschten Tätigkeitsbereich.

Bei den meisten Fragen dieses Fragebogens wurden die Befragten gebeten, das für sie Zutreffende anzukreuzen bzw., sofern nicht bereits als Kategorie vorgegeben, ergänzende Angaben zu machen. Häufig konnten mehrere Optionen angekreuzt werden (Mehrfachangaben). Nur eine Frage war skaliert. Es handelt sich um die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben mit folgender Skalierung: 1 „überhaupt nicht miteinander vereinbar“ bis 5 „sehr gut miteinander vereinbar“.

Um auch nichtdeutsche Personen in die Befragung einzubeziehen, wurde der Fragebogen zusätzlich in englischer Sprache zur Verfügung gestellt.

3.1.2 Durchführung der Befragung

Die Befragung fand in Deutschland zwischen April und Juli 2021 statt, in Österreich und der Schweiz zwischen Mai und Juli 2021. Eine englischsprachige Version wurde ab Ende Mai 2021 eingesetzt. Die Mitglieder der Fachgesellschaften wurden per Email angeschrieben und zusätzlich durch die Mitgliedszeitschriften über die Befragung informiert; es erfolgte jeweils eine einmalige Erinnerung.

3.1.3 Statistik/Auswertung

Zur Datenanalyse wurde das Statistikprogramm SPSS 26 eingesetzt. Häufigkeitsverteilungen wurden mit Hilfe von χ^2 -Tests analysiert und Mittelwertvergleiche mittels t-Test überprüft.

3.2 Ergebnisse

Die Befragung hat eine Fülle an Ergebnissen erbracht, die in diesem Kapitel dargestellt und beschrieben werden. Diese Ergebnisse werden in nachfolgender Reihenfolge dargestellt:

Kap. 3.2.1	Rücklauf und Repräsentativität
Kap. 3.2.2	Soziodemografische Angaben
Kap. 3.2.3	Karriereförderliche Faktoren
Kap. 3.2.4	Karrierehinderliche Faktoren
Kap. 3.2.5	Diskriminierungserfahrungen
Kap. 3.2.6	Karrierezufriedenheit

Befragungsergebnisse, bei denen signifikante Unterschiede zwischen den Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zutage traten, werden gesondert im Kapitel 3.3 dargestellt. Es geht insbesondere um die von den Befragten geäußerten Wünsche nach Veränderung und Verbesserung.

3.2.1 Rücklauf und Repräsentativität

Von den insgesamt angeschriebenen 5.157 Personen haben 469 (13%) an der Befragung teilgenommen; 23 Personen nutzten den englischen Fragebogen.

275 der 3.641 angeschriebenen Mitglieder der DGHO haben den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote = 7,55%). 789 Mitglieder der OeGHO wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen, 73 haben geantwortet (Rücklaufquote = 9,25%). Der Rücklauf für die Schweizer Gesellschaften SGH und SGMO liegt gemittelt bei 15,8 Prozent. Hier wurden insgesamt 727 Mitglieder angeschrieben. Die Rücklaufquote der SGH liegt bei 28,3 Prozent und die der SGMO bei 5,72 Prozent.

In allen drei Ländern haben mehr Frauen den Fragebogen beantwortet als Männer (D = 64,8%, A = 57,5%, CH = 53,9%). Insgesamt haben 61 Prozent Frauen und 38,6 Prozent Männer an der Befragung teilgenommen. Die Antwortkategorien divers und keine Angabe wurden jeweils ein Mal angekreuzt. Die Daten dieser Personen sind bei den Gesamtauswertungen inkludiert. Wegen der geringen Anzahl

können sie jedoch nicht bei den Analysen, in denen es um geschlechterspezifische Unterschiede geht, berücksichtigt werden. Diese Auswertungen beziehen sich daher immer explizit auf die Angaben der Frauen und Männer dieser Stichprobe. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Geschlechterverteilung der Antwortenden in den einzelnen Fachgesellschaften.

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten lagen von allen Fachgesellschaften Angaben zur Geschlechterverteilung der Mitglieder vor. Weitere entscheidende Vergleichsdaten waren jedoch nur für die Mitglieder der DGHO vorhanden. Eine umfassendere Überprüfung der Repräsentativität konnte daher nur für die Stichprobe der DGHO erfolgen.

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, ist die Geschlechterverteilung in allen Stichproben genau entgegengesetzt zur Geschlechterverteilung der Mitglieder der jeweiligen Fachgesellschaft. Das heißt während Männer in den Fachgesellschaften in der Mehrzahl sind, gibt es in der vorliegenden Studie in jeder Stichprobe mehr Frauen. Hierdurch können sich zwangsläufig Verzerrungen in den in der Stichprobe vertretenen Positionen ergeben. So ist beispielsweise in der bei den Mitgliedern der DGHO am stärksten besetzten Position Oberärztin/-arzt die Verteilung in der Stichprobe nahezu entgegengesetzt. In dieser sind 55 Prozent Oberärztinnen vertreten und 31 Prozent Oberärzte, während die Verteilung bei den DGHO-Mitgliedern wie folgt ist: Frauen 40 Prozent, Männer 60 Prozent.

Da die Rücklaufquoten (siehe oben) vergleichsweise niedrig sind, ist von einer zumindest eingeschränkten Repräsentativität bei allen Stichproben auszugehen.

Tabelle 1: Angaben zur Verteilung der Frauen und Männer in den Fachgesellschaften und den jeweiligen Stichproben (Prozentsätze sind auf- bzw. abgerundet)

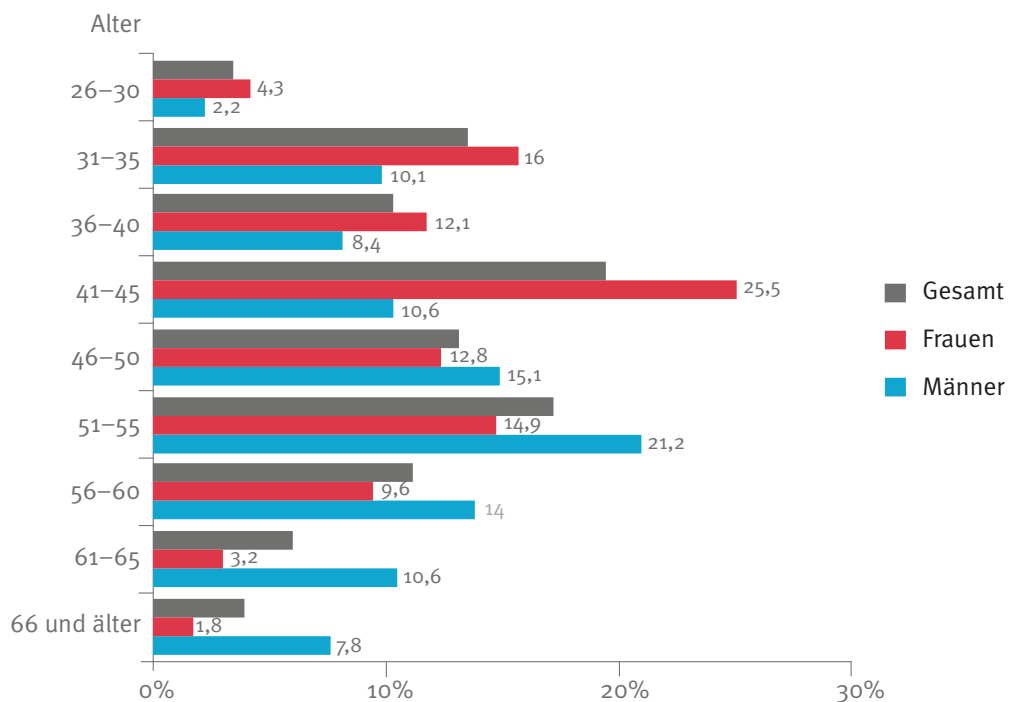
	Mitglieder				Rücklauf			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
DGHO	1.311	36	2.330	64	177	65	96	35
OECHO	308	39	481	61	42	58	31	42
SGH	143	44	182	56	48	52	44	48
SGMO	141	35	261	65	14	61	8	39

3.2.2 Soziodemografische Angaben

3.2.2.1 Altersverteilung

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass in der vorliegenden Gesamtstichprobe von der Alterskategorie 26 bis zur Kategorie 41 – 45 mehr bzw. deutlich mehr Frauen vertreten sind und ab der Alterskategorie 51 – 60 deutlich mehr Männer. Lediglich in der Alterskategorie 46 – 50 ist das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen.

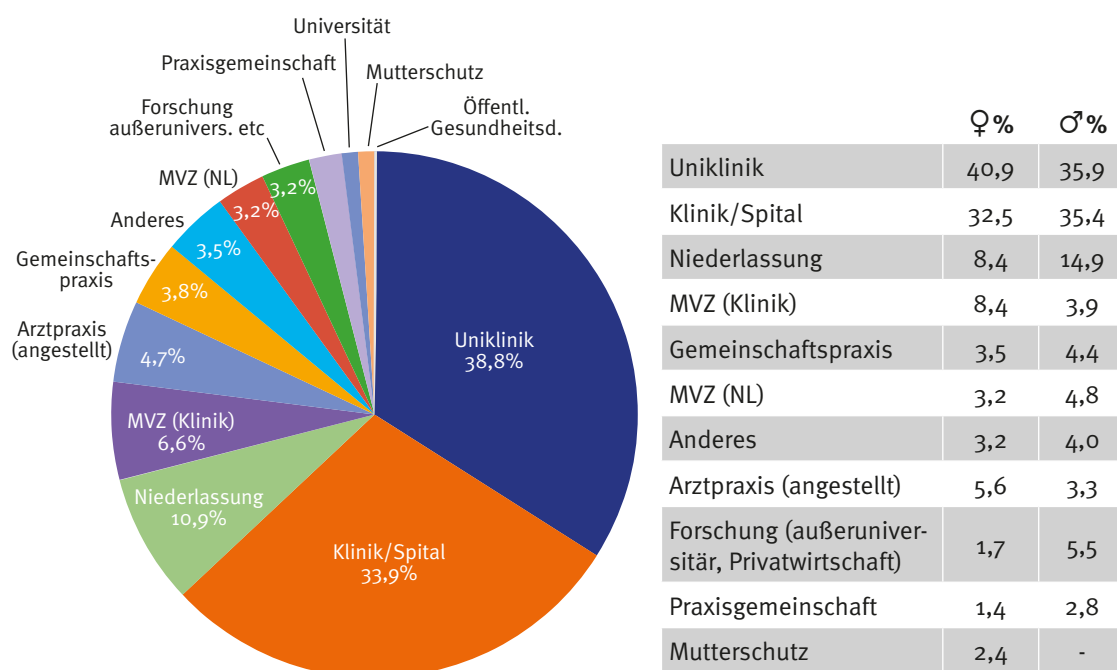
Abbildung 3: Prozentuale Anteile einzelner Altersgruppen in der Gesamtstichprobe und getrennt für Frauen und Männer



3.2.2.2 Tätigkeitsbereiche

Die Mehrheit der Personen dieser Stichprobe ist an Universitätskliniken oder Krankenhäusern tätig (ca. 73%). Circa 28 Prozent geben an, entweder selbstständig oder im Angestelltenverhältnis in Praxen (Gemeinschaftspraxis, Niederlassung, Praxisgemeinschaft etc.) zu arbeiten. Da Mehrfachangaben möglich waren, ergibt die Summe der Angaben mehr als 100 Prozent. Beispielsweise gaben einige Personen, die in Kliniken tätig sind, an, dass sie auch in medizinischen Versorgungszentren oder in Praxisgemeinschaften arbeiten.

Abbildung 4: Prozentuale Angaben zum Tätigkeitsbereich für die Gesamtstichprobe und getrennt für Frauen und Männer

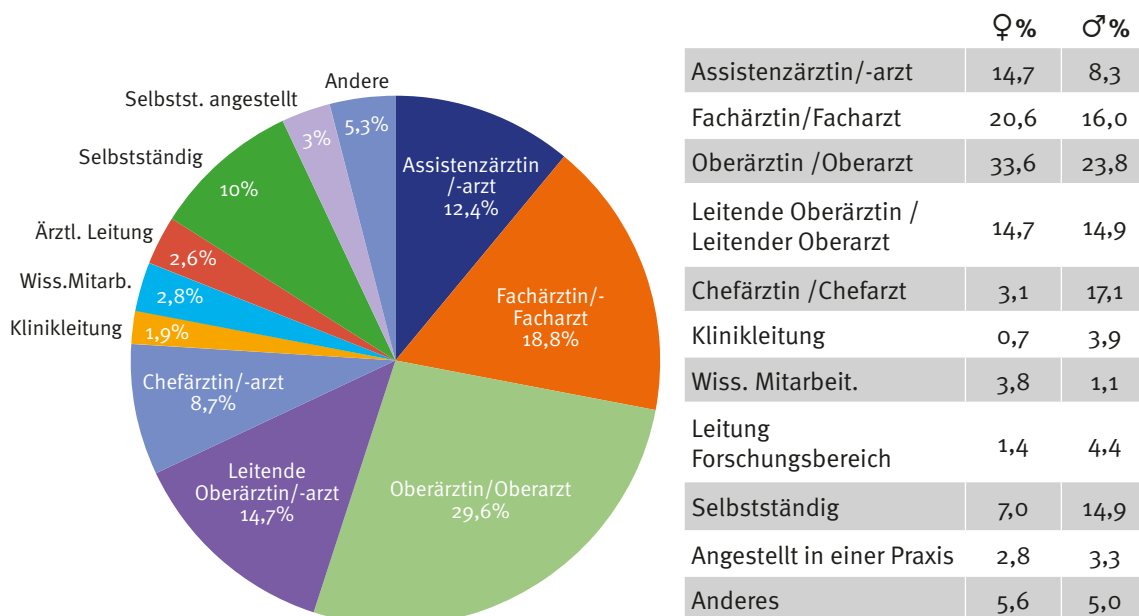


3.2.2.3 Berufliche Position

Die in dieser Stichprobe am stärksten vertretene berufliche Position ist die der Oberärztin bzw. des Oberarztes (29,6%) gefolgt von der Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der leitenden Oberärztinnen und Oberärzte. Während im zuletzt genannten Bereich das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist, zeigt sich auf Chefarztebene ein deutlicher Unterschied: Chefärzte sind in der vorliegenden Stichprobe deutlich stärker vertreten als Chefärztinnen und dies, obwohl in der Stichprobe der Frauenanteil höher ist als der Männeranteil. Weiterhin auffällig ist, dass in etwa doppelt so viele Assistenzärztinnen wie Assistenzärzte in der Stichprobe vertreten sind und dass ebenfalls in etwa doppelt so viele Ärzte wie Ärztinnen angeben, selbstständig zu sein.

Eine Tabelle zur länderspezifischen Verteilung der Positionen befindet sich im Anhang.

Abbildung 5: Prozentuale Angaben zur beruflichen Position für die Gesamtstichprobe und getrennt für Frauen und Männer



3.2.2.4 Arbeitszeiten

Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich bezogen auf die Gesamtstichprobe die vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten von Frauen und Männern nicht signifikant unterscheiden. Zieht man jedoch nur die Daten derjenigen heran, die angeben, dass bei ihnen aktuell Kinder mit im Haushalt leben, so zeigen sich im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten Wochenstunden signifikante Unterschiede: Die Ärztinnen dieser Teilstichprobe geben im Vergleich zu den Ärzten signifikant weniger vertraglich vereinbarte Stunden an. Betrachtet man demgegenüber die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden so fällt auf, dass die Angaben der Stunden durchschnittlich um ca. 10 Stunden über den vertraglich vereinbarten Wochenstunden liegen. Es ergeben sich zudem signifikante Unterschiede dergestalt, dass Ärzte im Mittel mehr geleistete Stunden angeben als Ärztinnen.

Tabelle 2: Angaben zu den vertraglich vereinbarten und den tatsächlich geleisteten Wochenarbeitsstunden getrennt nach Frauen und Männern

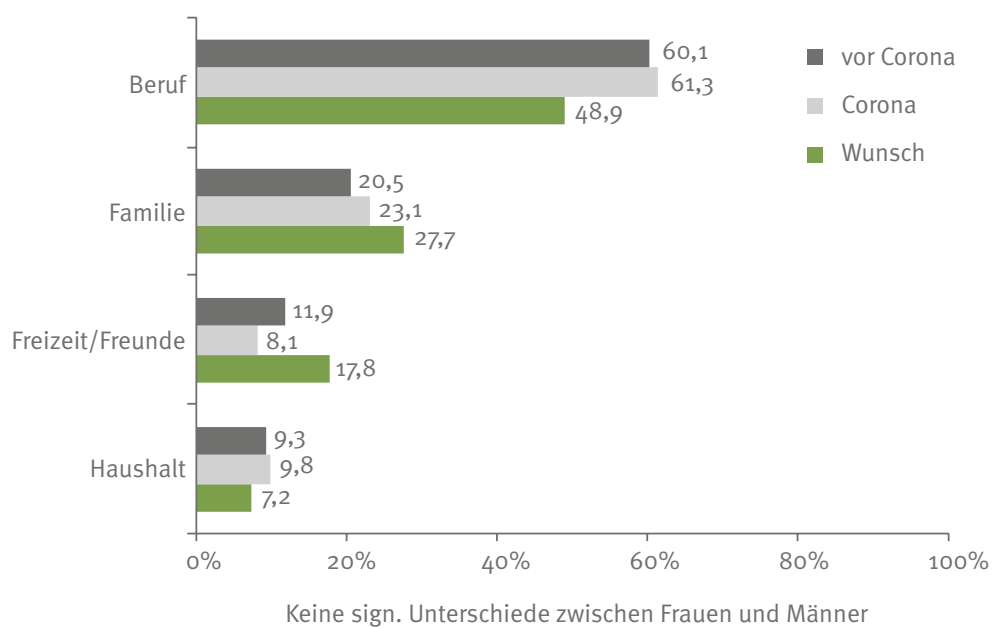
Wochenarbeitsstunden	Frauen		Männer			
	M ¹	SD ²	M	SD	t-Wert ³	p ⁴
Gesamtstichprobe						
	n = 285/284		n = 179/181			
vertraglich vereinbart	37,48	10,30	37,99	14,30	-,41	,68
tatsächlich geleistet	48,17	14,74	54,74	13,38	-4,86	,00
Ja, Kind lebt/Kinder leben aktuell im Haushalt						
	n = 144		n = 90			
vertraglich vereinbart	33,67	10,40	41,71	9,39	-6,11	,00
tatsächlich geleistet	43,66	14,91	56,23	10,51	-7,49	,00

1) Mittelwert, 2) Standardabweichung, 3) Prüfgröße für Mittelwertvergleiche, 4) Signifikanzwert

Die Ergebnisse zu der Frage, wie sich das gegenwärtige wöchentliche Zeitbudget (100%) auf verschiedene Lebensbereiche verteilt, zeigen, dass die Personen dieser Stichprobe 60 Prozent ihrer Zeit im Beruf verbringen und 20 Prozent mit der Familie. Für Freunde/Freizeit bzw. Haushalt sind 12 Prozent bzw. 9 Prozent des wöchentlichen Zeitbudgets vorgesehen.

Es konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede ermittelt werden, weder im Hinblick auf die Lebensbereiche Beruf, Familie, Freizeit/Freunde, Haushalt noch im Hinblick auf die Situation vor oder während der COVID-19-Pandemie noch im Hinblick auf das gewünschte Zeitbudget. Auch konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Zeitbudget während und vor der Pandemie festgestellt werden. Lediglich im Hinblick auf das gewünschte Zeitbudget zeigen sich deutliche Unterschiede: Die befragten Frauen und Männer wünschen sich weniger Zeit im Beruf und Haushalt, dafür aber mehr Zeit mit der Familie, dem Freundeskreis und für die Freizeit.

Abbildung 6: Prozentuale Verteilung des Zeitbudgets auf vier Lebensbereiche für die Zeit vor und während der COVID-19-Pandemie sowie zur gewünschten Verteilung des Zeitbudgets



3.2.2.5 Familienstatus

Über die Hälfte der Personen dieser Stichprobe lebt mit Kindern in einer Partnerschaft (59%). Wobei Männer diesen Familienstand etwas häufiger angeben als Frauen (65,7% vs. 54,9%).

Tabelle 3: Prozentuale Angaben zu Familienstand und Kindern für die Gesamtstichprobe und getrennt für Frauen und Männer

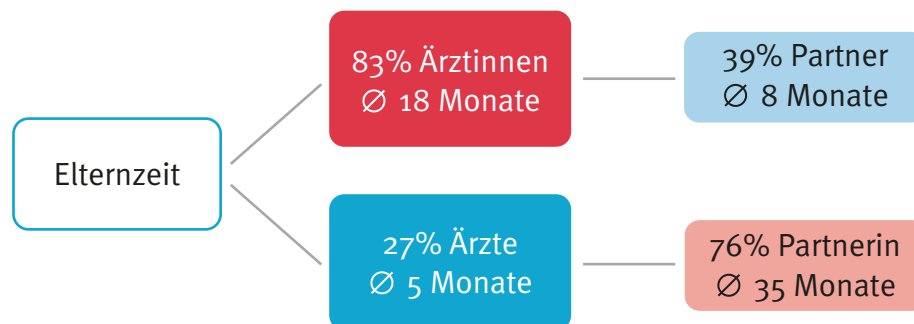
	Gesamt N = 469 %	Frauen n= 282 %	Männer n= 179 %
Familienstand			
Alleinlebend ohne Kind(er)	7,5	9,4	4,4
In Partnerschaft lebend ohne Kinder	26,2	26,6	25,4
Alleinlebend mit Kind(ern)	4,5	6,3	1,7
In Partnerschaft lebend mit Kind(ern)	59,1	54,9	65,7
Anderes	2,8	2,8	2,8
Kind/Kinder			
keine	32,2	36,4	25,6
Lebt/en nicht mehr in meinem Haushalt ist/sind bereits erwachsen	17,1	12,7	24,4
Lebt/en zurzeit in meinem Haushalt	49,9	50,9	50

Auf die Frage „Haben Sie oder werden Sie Ihre (weitere) Familienplanung aus Karrieregründen verschoben/verschieben“, geben ca. 40 Prozent der Frauen in der Stichprobe an, dass sie die Familienplanung verschoben haben, während nur ca. 20 Prozent der Männer dies taten. Im Hinblick auf die künftige Familienplanung geben etwa 6 Prozent der Frauen an, dass sie wahrscheinlich bzw. sehr wahrscheinlich ihre Familienplanung zugunsten der Karriere verschieben werden; nur ca. ein Prozent der Männer gibt an, dies vorzuziehen. Die beschriebenen Geschlechterunterschiede sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 33,46$, $p = ,00$).

3.2.2.6 Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Elternzeit

Auf die Frage „Haben Sie oder Ihr/e Partner/Partnerin die Berufstätigkeit wegen des Kindes/der Kinder durch Elternzeit unterbrochen“, haben 83 Prozent der Ärztinnen und 27 Prozent der Ärzte angegeben, dass sie selbst Elternzeit in Anspruch genommen haben (siehe Abbildung 7). Die Angaben zur Dauer der Elternzeit unterscheiden sich dabei signifikant zwischen den Geschlechtern ($t\text{-Wert}_{EZ\text{selbst}} = 8,60$, $p = ,00$): Die Ärztinnen dieser Stichprobe nehmen deutlich länger Elternzeit als die Ärzte. Die Auswertungen zur Frage, ob die jeweiligen Partner bzw. Partnerinnen Elternzeit genommen haben, zeigen, dass eher die Partnerinnen der Ärzte Elternzeit nehmen als die Partner der Ärztinnen. Auch hier nehmen die Frauen signifikant länger Elternzeit in Anspruch als die Männer ($t\text{-Wert}_{EZ\text{Part}} = -6,24$, $p = ,00$).

Abbildung 7: Angaben zur Inanspruchnahme von Elternzeit durch Ärztinnen und Ärzte und ihre Partnerinnen bzw. Partner. Die Zahlen wurden auf- bzw. abgerundet.



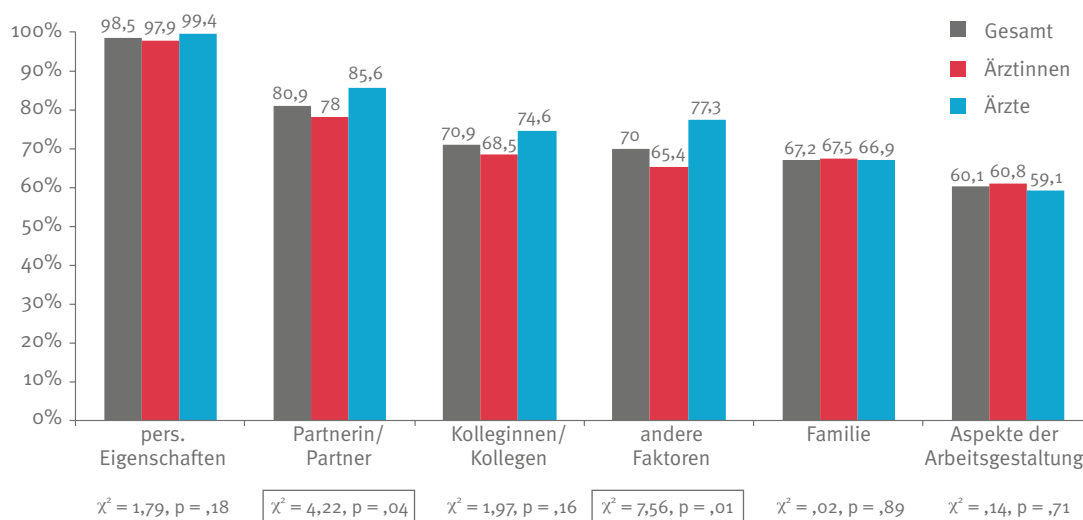
3.2.2.7 Pflege von Angehörigen

Die Frage „Haben/Hatten Sie Pflegeverantwortung für Familienangehörige“ bejahen 58 Personen (12,4%) dieser Stichprobe; 71 Prozent sind Frauen. Die Dauer der angegebenen Pflegeverantwortung liegt zwischen einem Monat und 60 Monaten. Im Mittel wurde die Pflege für ca. 12 Monate geleistet, der Median liegt bei 6 Monaten, der Modalwert bei 2 Monaten.

3.2.3 Karriereförderliche Faktoren

Die Mitglieder der Fachgesellschaften DGHO, OeGHO, SGH und SGMO wurden gebeten, anhand vorgegebener Faktoren anzugeben, welche Faktoren sie als karriereförderlich erlebt haben. Hierzu wurden ihnen fünf Faktorengruppen zur Einschätzung vorgelegt: Familie, Kolleginnen/Kollegen, Partnerin/Partner, Aspekte der Arbeitsgestaltung, persönliche Eigenschaften und Engagement und „andere Faktoren“. Alle Faktoren wurden von zum Teil weit über der Hälfte der Befragten als in hohem Maße als relevant angekreuzt.

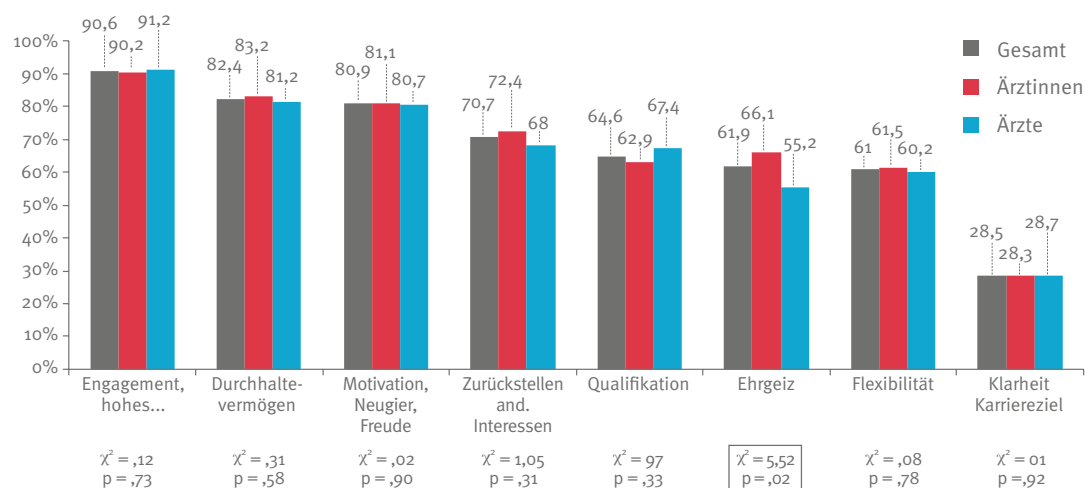
Abbildung 8: Karriereförderliche Faktoren in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.3.1 Persönliche Eigenschaften und persönliches Engagement

Von allen karriereförderlichen Faktoren werden der persönliche Einsatz und die sich selbst zugeschriebenen Eigenschaften am stärksten als karriereförderlich eingeschätzt. 90 Prozent der Befragten geben an, dass sie durch Engagement und ein hohes Arbeitspensum beruflich weitergekommen seien. Über 80 Prozent der Befragten stufen ihr Durchhaltevermögen und die Motivation verknüpft mit Neugier und Freude am Beruf als karriereförderlich ein. Von großer Bedeutung sind auch die eigene Qualifikation, Ehrgeiz und Flexibilität. Ärztinnen geben dabei Ehrgeiz etwas stärker an als Ärzte. Für einige Befragte ist zudem die Klarheit der beruflichen Ziele ein relevanter karriereförderlicher Faktor.

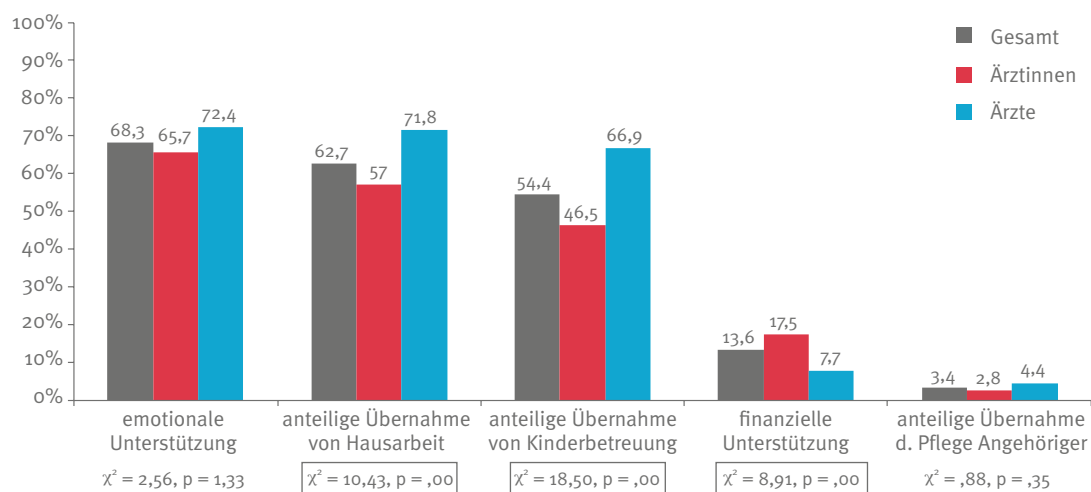
Abbildung 9: Als karriereförderlich angesehene Faktoren der eigenen Person in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.3.2 Unterstützung durch Partnerin/Partner

Karriereförderliche Unterstützung erhalten die Befragten auch von ihren Partnern bzw. Partnerinnen: Im Schnitt geben 68 Prozent der Ärztinnen und Ärzte an, dass sie deren emotionale Unterstützung als hilfreich erlebt haben. Auch geben über 50 Prozent der Befragten an, dass sie die anteilige Übernahme von Hausarbeit und die anteilige Beteiligung an der Kinderbetreuung als förderlich für ihre Karriereentwicklung empfanden. Hier zeigen sich statistisch signifikante Geschlechterunterschiede ($\chi^2 = 11,29$, $p = ,02$): Ärzte geben diese karriereförderliche Unterstützung etwas stärker an als Ärztinnen. Auch finanzielle Unterstützung wurde, wenn auch in geringem Ausmaß, als hilfreich für die Karriere angegeben. Hier sind es die Ärztinnen, die dies stärker erlebt haben als die Ärzte. Von 3,4 Prozent der Befragten wurde zudem die Unterstützung, die sie vom Partner bzw. von der Partnerin bei der Pflege von Angehörigen erhalten hatten, als positiv für ihre Karriereentwicklung eingeschätzt.

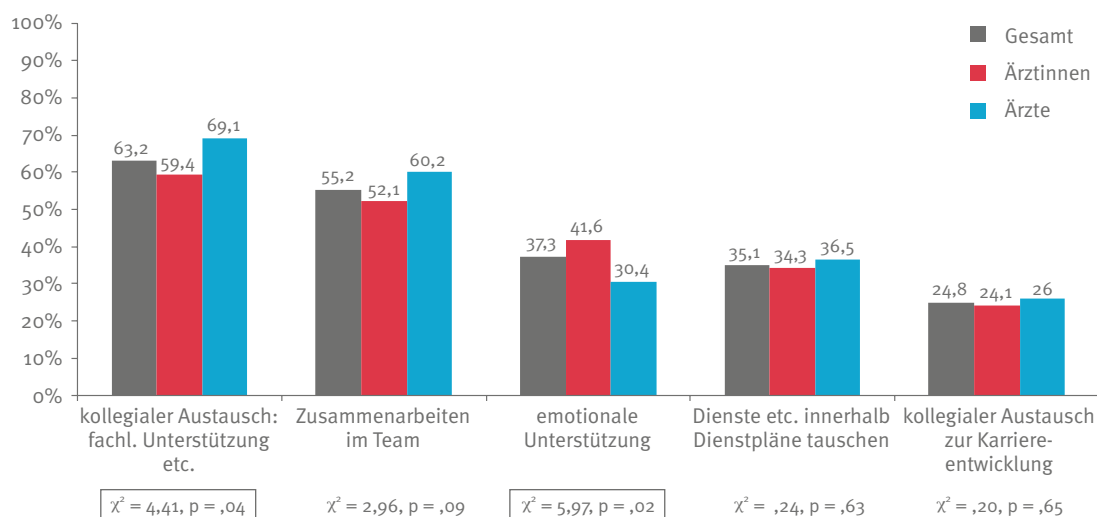
Abbildung 10: Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch die Partnerin bzw. den Partner in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.3.3 Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen

Als hilfreich für die Karriereentwicklung wird auch die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen angesehen, denn über 60 Prozent der Befragten stimmten der Aussage zu, dass sie den kollegialen Austausch und die fachliche Unterstützung ihrer Kolleginnen und Kollegen als förderlich erlebt haben. Diese Unterstützung gaben Ärzte in stärkerem Maße an als Ärztinnen. Des Weiteren wird die Zusammenarbeit im Team als relevant erlebt. Als hilfreich wird auch die emotionale Unterstützung der Kolleginnen/Kollegen empfunden. Dies gaben Ärztinnen in stärkerem Maße an als Ärzte. Auch der Tausch von Diensten innerhalb der Dienstpläne und der fachliche Austausch im Hinblick auf die Karriereentwicklung werden von einigen als karriereförderlich angegeben.

Abbildung 11: Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.

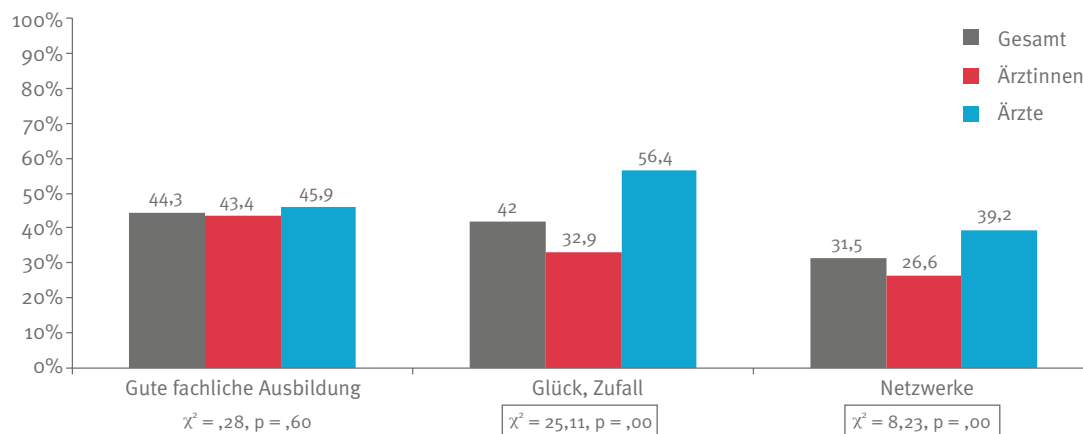


3.2.3.4 Unterstützung durch andere Faktoren

In dieser Kategorie wurden den Befragten weitere mögliche karriereförderliche Faktoren angeboten, die im Bereich karriereförderliche Faktoren bislang nicht explizit aufgeführt waren. Sie wurden gebeten anzugeben, ob diese Faktoren ihnen bei der Entwicklung ihrer Karriere geholfen haben.

Über 40 Prozent der Befragten sahen eine „gute fachliche Ausbildung“ als karriereförderlich an. Etwa gleich viele gaben an, dass bei ihrer Karriereentwicklung auch Glück und Zufall eine Rolle gespielt hätten, wobei Männer Glück und Zufall in stärkerem Maße nannten als Frauen. Schließlich sehen über 30 Prozent der Befragten Netzwerke als karriereförderlich an. Auch hier geben Männer in stärkerem Maße als Frauen an, dass Netzwerke ihnen bei der Karriereentwicklung geholfen haben.

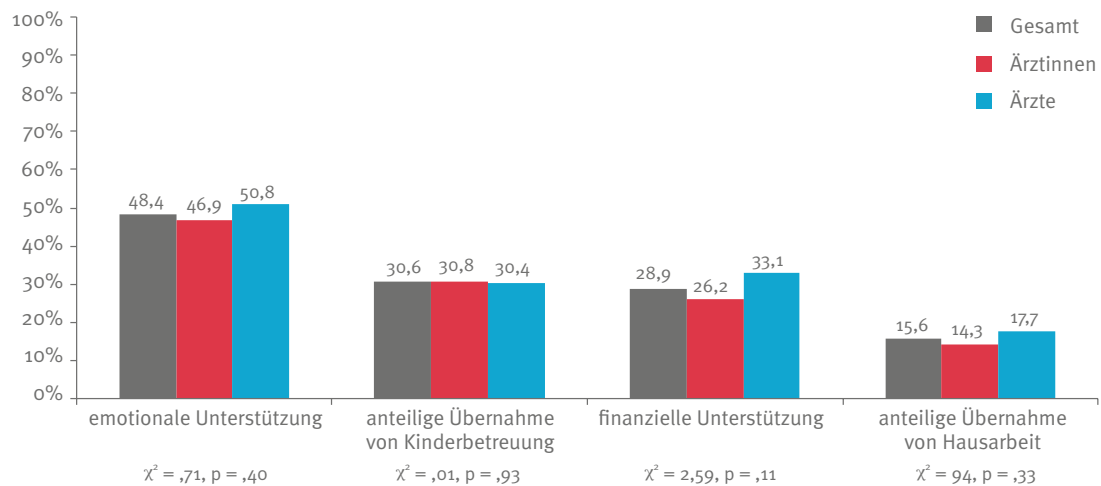
Abbildung 12: Weitere als karriereförderlich angesehene Aspekte in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare statistisch signifikante Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.3.5 Unterstützung durch die Familie

Im Hinblick auf die berufliche Entwicklung wird auch die Unterstützung durch die Familie als relevant eingeschätzt. Fast 50 Prozent der Befragten geben an, dass ihnen die emotionale Unterstützung ihrer Familie geholfen habe. Circa 30 Prozent geben zudem an, dass die anteilige Übernahme der Kinderbetreuung sowie die finanzielle Unterstützung seitens der Familie hilfreich waren. In geringem Ausmaß wird angegeben, dass die Familie durch Übernahme der Hausarbeit entlastet hat.

Abbildung 13: Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch die Familie in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.

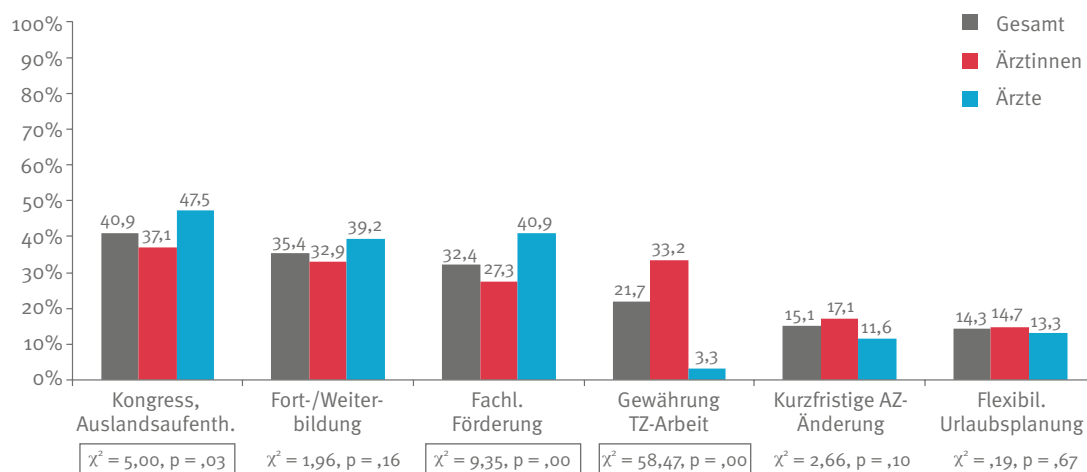


3.2.3.6 Unterstützung durch Aspekte der Arbeitsgestaltung

Nicht nur der Arbeitgeber, sondern auch die Vorgesetzten haben einen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsumgebung, des Arbeitsplatzes, der Arbeitsinhalte, der Arbeitszeit und des Arbeitsablaufs bzw. auf die Organisation der Arbeit.⁴⁵ Die Befragten hatten die Möglichkeit, eine Anzahl dieser Aspekte bezogen auf ihre karriereförderliche Wirkung einzuschätzen. So gaben ca. 40 Prozent der Befragten an, dass die Möglichkeit, Kongresse zu besuchen, bzw. die Möglichkeit zu Auslandsaufenthalten ihnen bei ihrer beruflichen Weiterentwicklung geholfen habe. Diesem Aspekt stimmten Männer stärker zu als Frauen. Auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie fachliche Förderung wurde jeweils von über einem Drittel der Befragten als positiv für ihre Karriere erlebt, wobei Männer in stärkerem Maße die fachliche Förderung als unterstützend erlebt haben als Frauen. Die Gewährung von Teilzeit wird von einem Drittel der Frauen als karriereförderlich angegeben, während nur sehr wenige Männer angeben, von Teilzeit karrieremäßig profitiert zu haben.

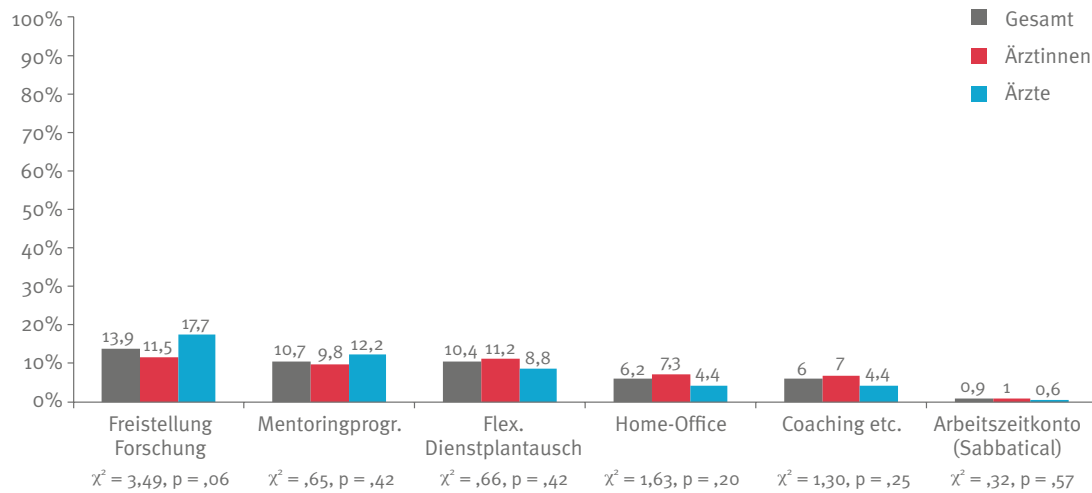
In den Abbildungen 14 und 15 sind weitere potenziell förderliche Aspekte dargestellt, die jedoch nur von wenigen Befragten als karriereförderlich bewertet wurden. Dies kann mehrere Gründe haben. Bei den Mentoring- und Coaching-Angeboten kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass nur wenige Befragte die Möglichkeit hatten, entsprechende Programme in Anspruch zu nehmen.

Abbildung 14: Als karriereförderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



⁴⁵ Schaper, N. (2014): Arbeitsanalyse und -bewertung. In: F. W. Nerdinger, G. Blickle, N. Schaper (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin/ Heidelberg, Springer, S. 347–370.

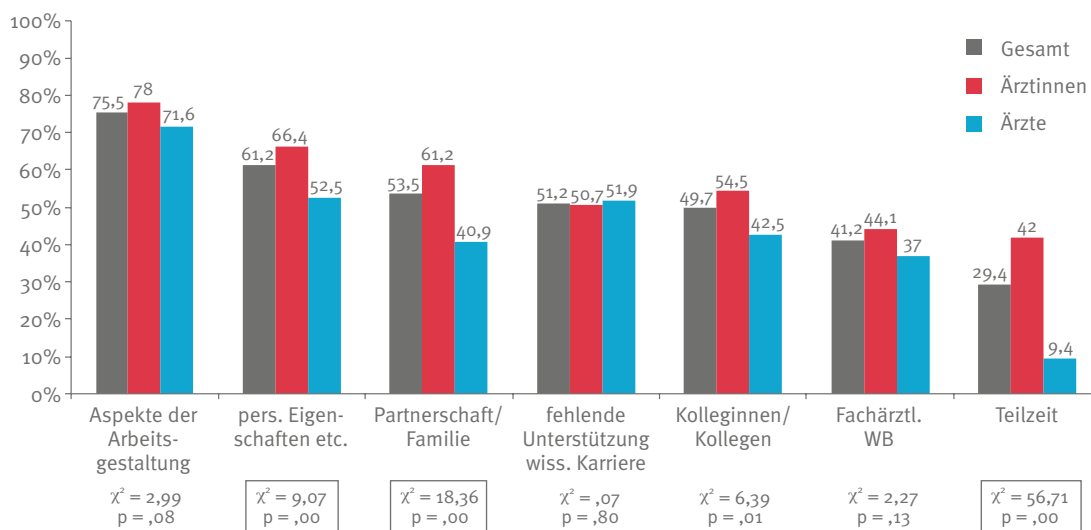
Abbildung 15: Als karriereförderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4 Karrierehinderliche Faktoren

Karrierehinderliche Faktoren können sehr vielfältig sein. Neben familiären Bedingungen (z.B. eingeschränkte zeitliche Flexibilität) und Bedingungen, die mit Partnerschaften einhergehen können (z.B. fehlende Unterstützung) werden in starkem Maße auch Aspekte der Arbeitsgestaltung (z.B. Überstunden, starre Hierarchien), für die nicht nur der Arbeitgeber verantwortlich ist, sondern auch die Vorgesetzten, als karrierhemmend wahrgenommen. Zudem erfahren diejenigen, die eine wissenschaftliche Karriere anstreben, dafür oftmals wenig Unterstützung. Auch im Rahmen der Facharztweiterbildung kann es zu Einschränkungen kommen, wenn beispielsweise die Rotationspläne nicht umgesetzt werden. Schließlich können mangelnde Kollegialität, das Arbeiten in Teilzeit oder persönliche Eigenschaften bzw. individuelle Bedingungen wie z.B. mangelnde Durchsetzungsfähigkeit und mangelnde Klarheit über die eigenen Berufsziele als karrierehinderlich erlebt werden.

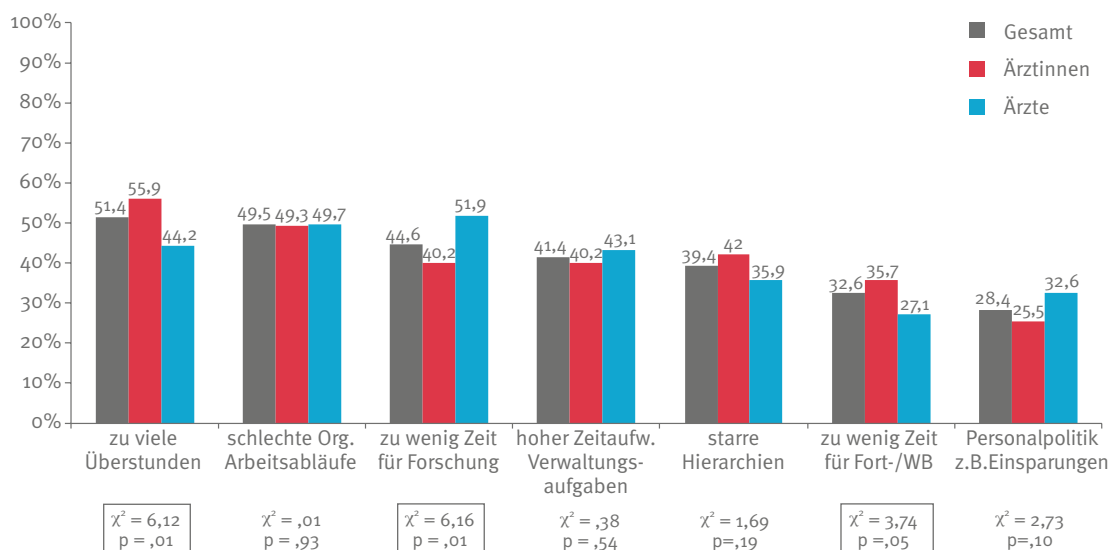
Abbildung 16: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.1 Einschränkungen durch Aspekte der Arbeitsgestaltung

Über die Hälfte der Befragten haben Karriereeinschränkungen durch zu viele Überstunden erlebt. Frauen geben dies in stärkerem Maße an als Männer (siehe Abbildung 17). Fast ebenso viele Befragte sahen sich durch die schlechte Organisation der Arbeitsabläufe in ihrem beruflichen Fortkommen gehindert. Hierzu passt, dass über 40 Prozent der Befragten einen zu hohen Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben als einschränkend empfanden. Während Männer in stärkerem Maße als Frauen zu wenig Zeit für Forschung bemängeln, geben Frauen in stärkerem Maße als Männer an, dass Zeitknappheit Möglichkeiten für Fort- und Weiterbildung eingeschränkt hat. Dagegen sehen gleichermaßen Frauen wie Männer starre Hierarchien und die vom Arbeitgeber betriebene Personalpolitik (z.B. Einsparungen bei ärztlichem und Pflege-Personal) als karrierehinderlich an.

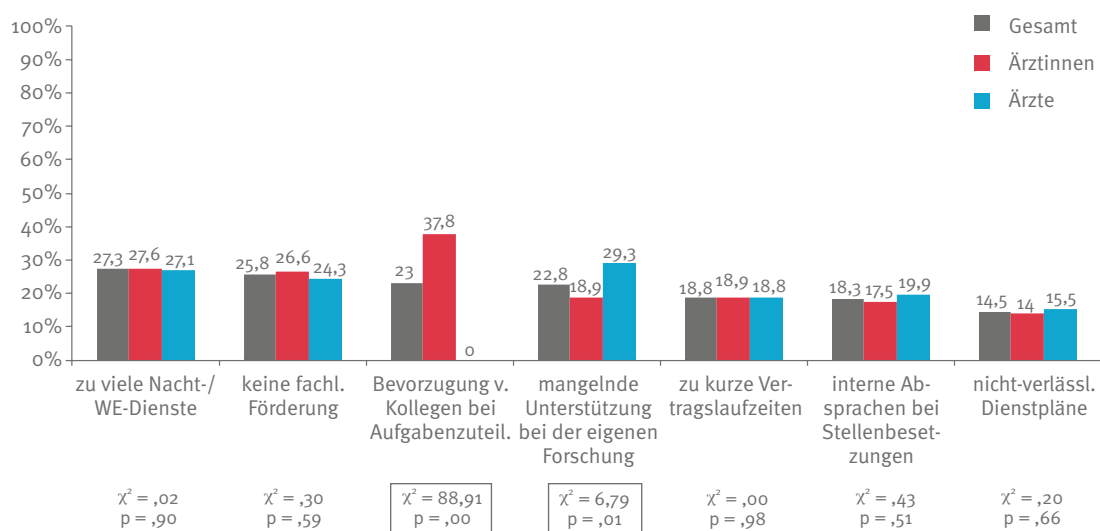
Abbildung 17: Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



Die in Abbildung 18 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass ca. ein Viertel der Befragten die vielen Nacht- und Wochenenddienste und die mangelnde fachliche Förderung als karrierehinderlich ansehen. Frauen bemängeln, dass ihre männlichen Kollegen bei der Aufgabenzuteilung bevorzugt werden, und Männer erleben in stärkerem Maße als Frauen die mangelnde Unterstützung bei der eigenen Forschung als karrierehinderlich.

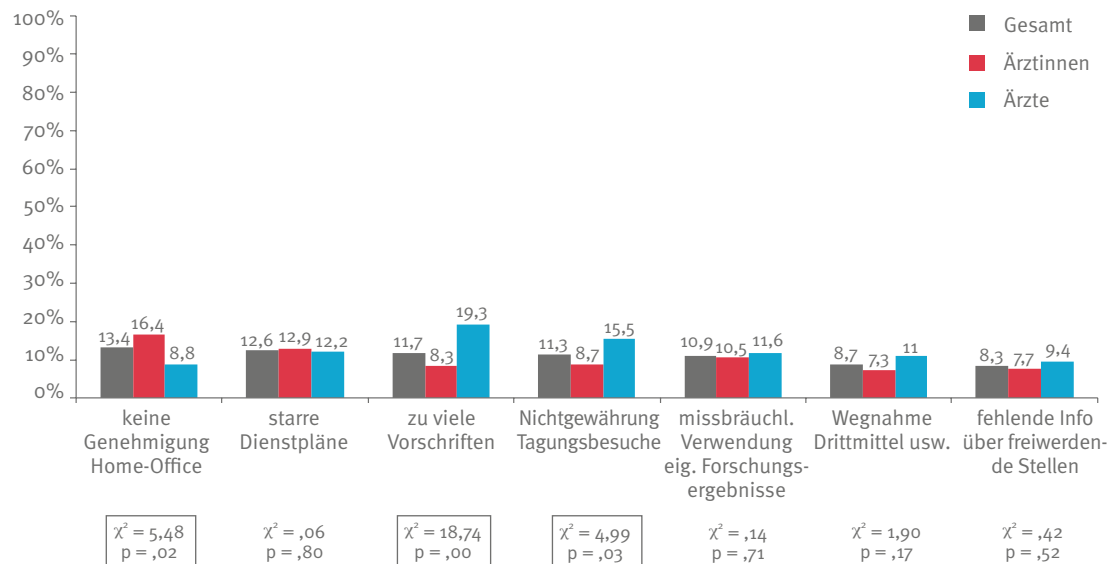
Diejenigen, die eine wissenschaftliche Karriere anstreben, beanstanden zudem, dass in diesem Bereich wenig unterstützende Angebote wie Führungskräftetraining und Betreuung durch Mentoren oder Mentorinnen gemacht werden. Bedingungen der fachärztlichen Weiterbildung können ebenfalls als einschränkend erlebt werden, wenn beispielsweise die Weiterbildungsordnung nicht eingehalten wird oder die Rotationspläne nicht umgesetzt werden. Vielfach sind es auch Eigenschaften, die die Personen sich selbst zuschreiben, die dazu führen, dass angestrebte Karriereziele nicht verfolgt werden. Hierzu zählen mangelndes Selbstbewusstsein oder mangelndes Durchsetzungsvermögen. Schließlich können auch unkollegiales Verhalten und Arbeit in Teilzeit (und als Folge davon z.B. mangelnder Informationsfluss oder mangelnde Integration in Arbeitsabläufe) dazu führen, dass Karrierepläne scheitern.

Abbildung 18: Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung, in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



Die übrigen in Abbildung 18 und die in Abbildung 19 dargestellten karrierehinderlichen Aspekte der Arbeitsgestaltung wurden jeweils von weniger als 20 Prozent der Befragten angekreuzt. Dies betrifft interne Absprachen bei Stellenbesetzungen bzw. fehlende Information über freiwerdende Stellen, nicht verlässliche oder starre Dienstpläne, zu kurze Vertragslaufzeiten, zu viele Vorschriften, Nicht-Genehmigung von Home-Office, Nicht-Gewährung von Tagungsbesuchen, missbräuchliche Verwendung eigener Forschungsergebnisse und Wegnahme von Drittmitteln. Bei einigen dieser Aspekte zeigten sich signifikante Geschlechterunterschiede.

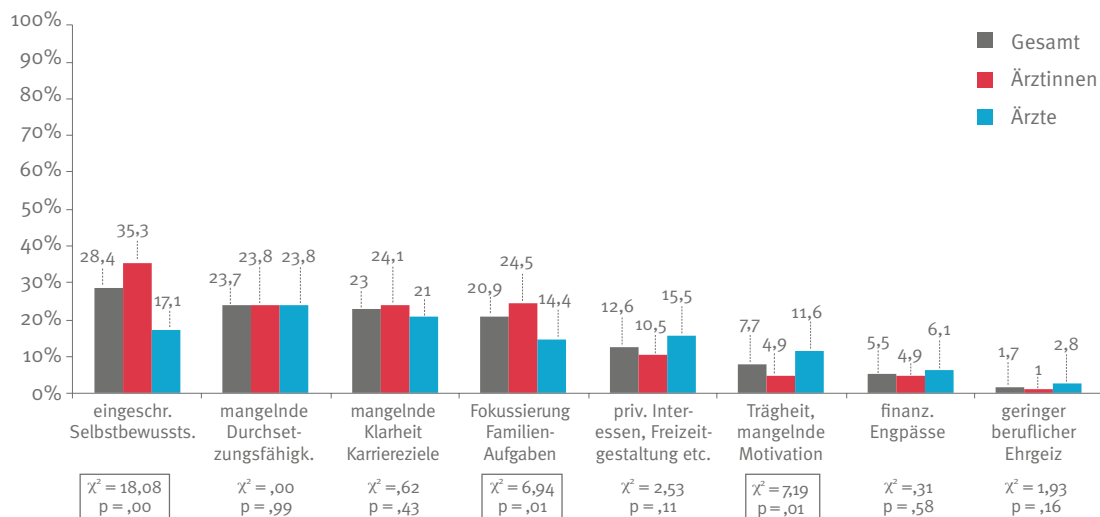
Abbildung 19: Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.2 Einschränkungen durch persönliche Eigenschaften, Bedürfnisse und/oder individuelle Bedingungen

Circa ein Viertel der Befragten sehen in ihren persönlichen Eigenschaften, Interessen etc. Gründe für Einschränkungen in ihrem beruflichen Fortkommen. Ärzte wie Ärztinnen geben hierzu mangelnde Durchsetzungsfähigkeit und mangelnde Klarheit der Karriereziele an. Dagegen wird ein geringes Selbstbewusstsein von Frauen in stärkerem Maße als von Männern genannt. Auch die Fokussierung auf Familienaufgaben spielt für Frauen eine stärkere Rolle. Eher in geringem Umfang werden private Interessen, Trägheit, finanzielle Engpässe und geringer beruflicher Ehrgeiz als karrierehinderlich eingestuft.

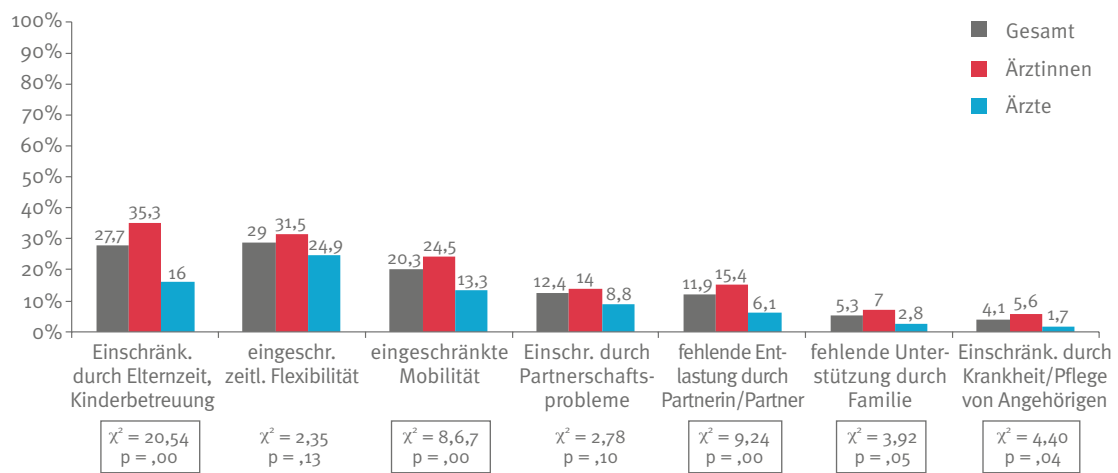
Abbildung 20: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren der eigenen Person in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.3 Einschränkungen durch Partnerschaft/Familie

Es sind eher die Frauen, die Aspekte der Partnerschaft und Familie als karrierehemmend erleben. Dies betrifft Einschränkungen durch Elternzeit und Kinderbetreuung. Frauen fühlen sich durch Partnerschaft und Familie in ihrer Mobilität stärker eingeschränkt als ihre männlichen Kollegen. Auch geben sie in stärkerem Maße als Männer an, dass sie durch ihren Partner/ihre Partnerin nicht entlastet werden.

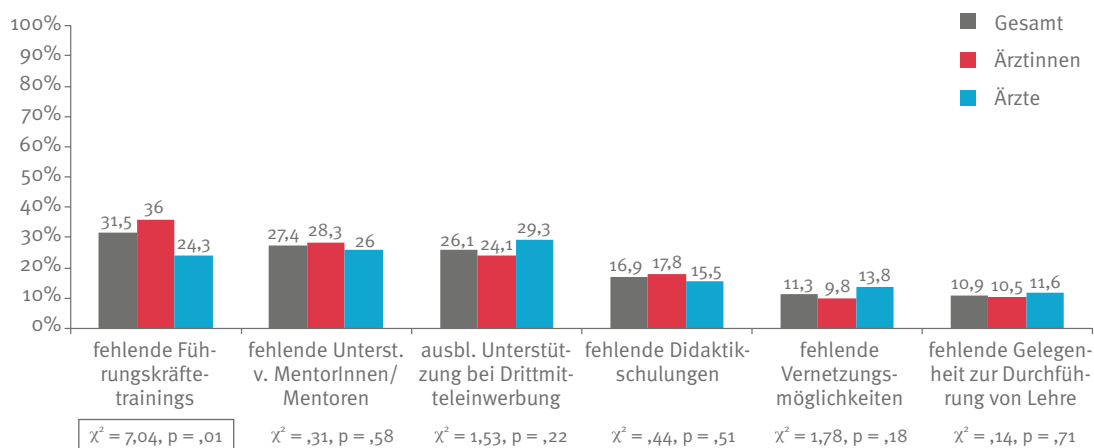
Abbildung 21: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren im Rahmen der Familie in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.4 Einschränkungen für eine wissenschaftliche Karriere

Auf die Frage, ob im Verlauf der Karriere Einschränkungen für eine wissenschaftliche Karriere erlebt wurden, gaben über 20 Prozent der Personen dieser Stichprobe an, dass ihnen die Unterstützung von Mentorinnen bzw. Mentoren gefehlt habe. Ebenso vermissten sie Unterstützung bei der Drittmittelwerbung. Über 30 Prozent bemängelten fehlende Führungskräftetrainings und einige vermissten Didaktik-Schulungen. Jeweils ca. 10 Prozent gaben an, dass ihnen Vernetzungsmöglichkeiten bzw. Gelegenheit zur Durchführung von Lehre fehlten.

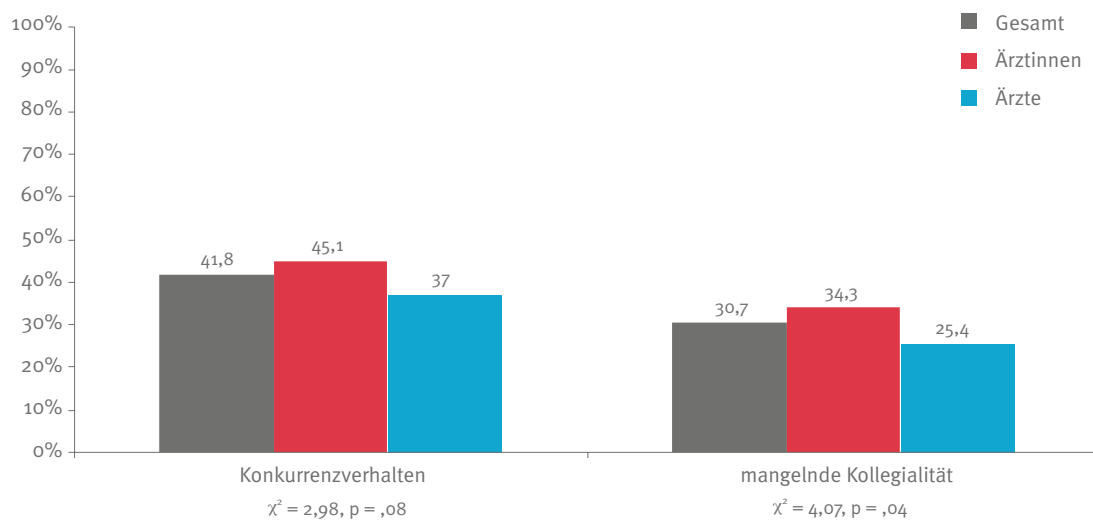
Abbildung 22: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Karriere auftreten, in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.5 Einschränkungen durch Kolleginnen und Kollegen

Ein Drittel der Befragten und mehr schätzt das Konkurrenzverhalten und mangelnde Kollegialität als karrierehinderlich ein.

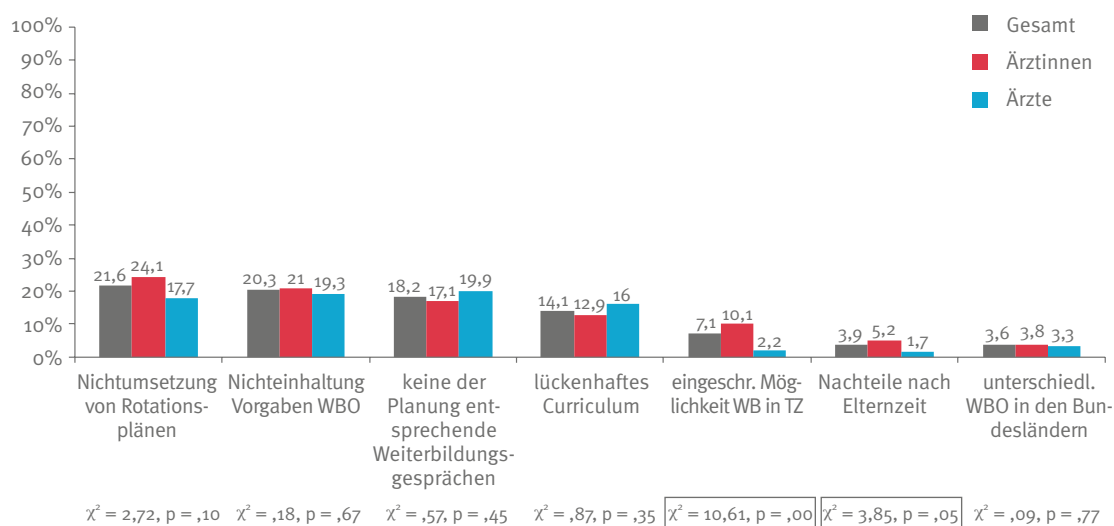
Abbildung 23: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren bezogen auf Kolleginnen/Kollegen in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.6 Einschränkungen im Rahmen der Facharztweiterbildung

Auch im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung wurden Karrierehindernisse, wenn auch in geringem Maße, wahrgenommen. Diese bezogen sich auf die Nichtumsetzung von Rotationsplänen, die Nichteinhaltung von Vorgaben der Weiterbildungsverordnung und darauf, dass vorgesehene Weiterbildungsgespräche nicht stattfanden. Signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich darin, dass einige wenige Frauen in Teilzeit eingeschränkte Möglichkeiten in der Weiterbildung sehen, und dass sie Nachteile nach der Elternzeit angeben.

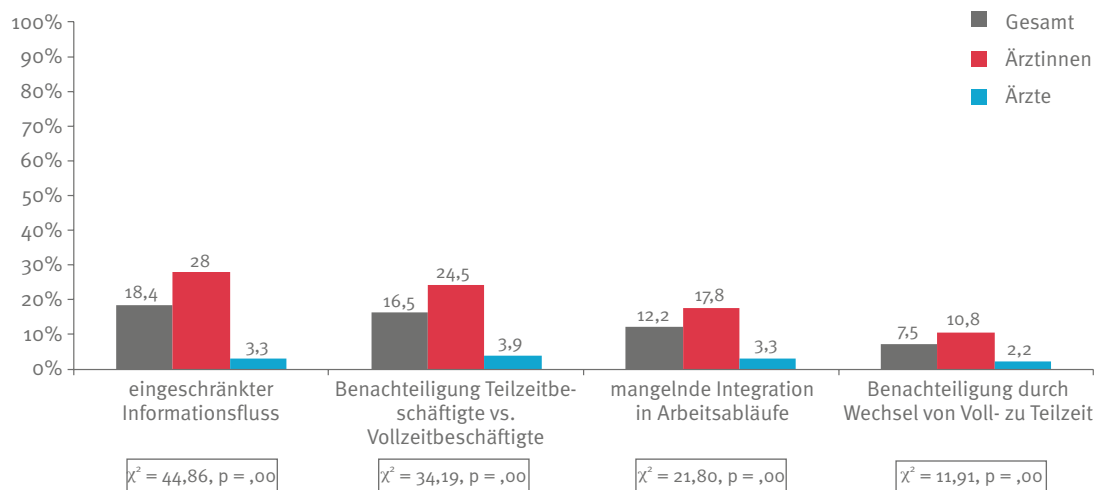
Abbildung 24: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit der fachärztlichen Weiterbildung auftreten, in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.4.7 Einschränkungen durch Teilzeit

Einschränkungen in der Karriereentwicklung durch Teilzeitarbeit wird vorwiegend von Frauen erlebt. Circa ein Viertel der Frauen dieser Stichprobe geben an, dass Teilzeitbeschäftigte gegenüber Vollzeitbeschäftigten benachteiligt werden, und dass durch eingeschränkte Anwesenheitszeiten der Informationsfluss beeinträchtigt wird. Zudem sehen sie, dass eine gute Integration in die Arbeitsabläufe behindert wird. Des Weiteren wird der Wechsel von Voll- zu Teilzeit als zu Benachteiligungen führend erlebt.

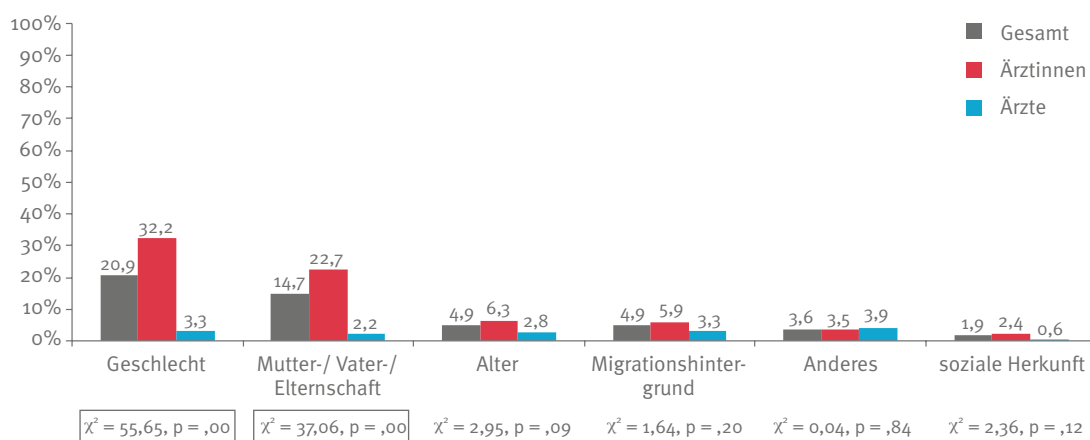
Abbildung 25: Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit Teilzeit auftreten, in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede sind hervorgehoben.



3.2.5 Berufliche Diskriminierung

Circa 30 Prozent der Befragten geben an, dass sie selbst berufliche Diskriminierungen erlebt haben. Dabei sind es vorwiegend Frauen, die sich diskriminiert fühlen (45,8% Frauen vs. 11,6% Männer, $\chi^2 = 59,06$, df 1, $p = ,000$) und zwar hinsichtlich ihres Geschlechts und der Mutterrolle (siehe Abbildung 26).

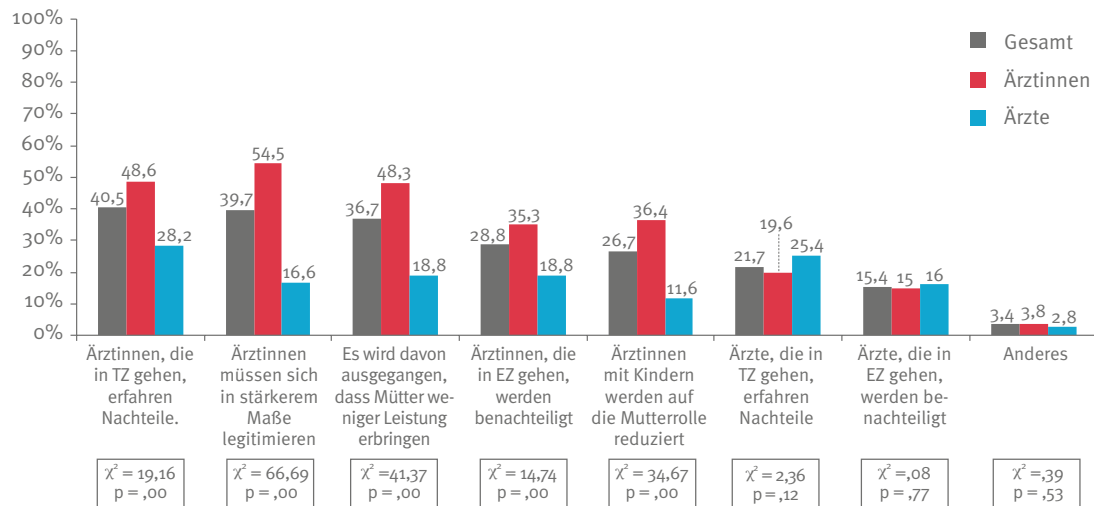
Abbildung 26: Aspekte der beruflichen Diskriminierung in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede



Im Anschluss an die Frage, inwieweit berufliche Diskriminierung selbst erlebt wurde, wurden die Befragten gebeten, bei acht Vorkommnissen anzugeben, ob sie diese selbst erlebt oder bei Kolleginnen/ Kollegen wahrgenommen haben (siehe Abbildung 27). Auf der übergeordneten Ebene gaben 62 Prozent der Personen dieser Stichprobe an, dass sie solche Vorkommnisse selbst erlebt bzw. im Kreise ihrer Kolleginnen und Kollegen wahrgenommen haben. Auch hier haben wiederum signifikant mehr Frauen als Männer solche Vorkommnisse erlebt bzw. wahrgenommen (75,5% Frauen vs. 43,6% Männer; $\chi^2 = 48,426$, df 1, $p = ,000$).

Circa 40 Prozent der Befragten geben an, dass Ärztinnen, die in Teilzeit gehen, Nachteile erfahren. Es sind zwar signifikant mehr Frauen als Männer, die dies angeben, doch wird diese Benachteiligung auch von immerhin 28 Prozent der Männer dieser Stichprobe wahrgenommen. Frauen haben zudem in stärkerem Maße als Männer erfahren, dass sie sich im Beruf legitimieren müssen, oder bei Kolleginnen erlebt, dass diese sich legitimieren müssen. Sie geben auch häufiger an, dass sie in ihrem Umfeld das Vorurteil erfahren haben, dass Mütter weniger Leistung erbringen, und auch, dass Mütter auf ihre Mutterrolle reduziert werden. Aber auch Ärzte erfahren Nachteile, wenn sie in Eltern- oder Teilzeit gehen, auch wenn dies nicht so häufig der Fall ist wie bei Frauen.

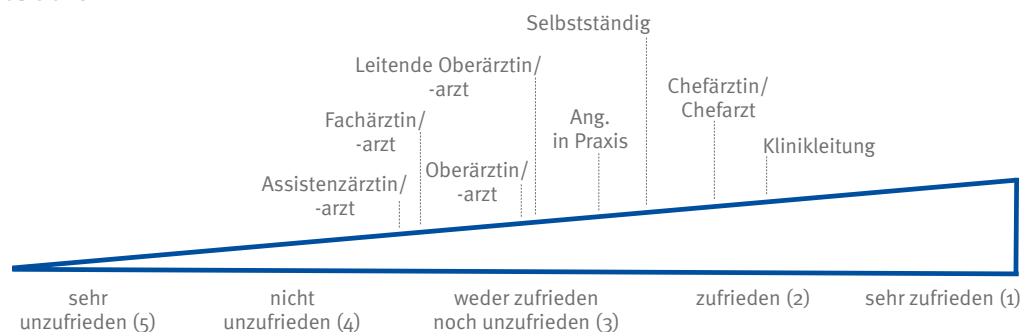
Abbildung 27: Selbst erlebte bzw. bei anderen wahrgenommene diskriminierende Vorkommnisse, in Prozent für die Gesamtstichprobe (graue Säulen mit Angabe des prozentualen Anteils zustimmender Antworten) sowie für Ärztinnen und Ärzte (Prozentanteile über den jeweiligen Säulen). Interpretierbare (= statistisch signifikante) Geschlechterunterschiede



3.2.6 Zufriedenheit mit der Karriereentwicklung

Betrachtet man die Maße der zentralen Tendenz für die Gesamtstichprobe ($N = 469$), so sind die Personen dieser Stichprobe weder zufrieden noch unzufrieden mit ihrer Karriereentwicklung (Mittelwert = 3,24; Median 3,00; Modalwert = 3). Bei Berücksichtigung des Geschlechts sind Männer jedoch etwas zufriedener mit ihrer Karriereentwicklung als Frauen (M Frauen = 3,35; M Männer = 3,06; t -Wert 3,25, $p = ,00$).

Abbildung 28: Lokalisation der Zufriedenheit mit der Karriereentwicklung für verschiedene berufliche Positionen



Auch in Abhängigkeit der beruflichen Position ergeben sich nachvollziehbare Unterschiede (siehe Abbildung 28). So sind Personen, die die Klinikleitung innehaben bzw. die Chefarztposition bekleiden, am zufriedensten mit ihrer Karriereentwicklung. Am wenigsten zufrieden mit ihrer Karriereentwicklung sind die Assistenzärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte.

3.3 Ausgewählte Aspekte im Ländervergleich mit einem Schwerpunkt auf Wünschen zu Verbesserung und Veränderung

Während im vorausgehenden sehr umfangreichen Kapitel die Befragungsergebnisse zu den karrierehinderlichen und den karriereförderlichen Faktoren für die gesamte Stichprobe beschrieben wurden, geht es in dem nun folgenden Kapitel um einen Ländervergleich. Vor allem bei den Fragen, die die Veränderungs- und Verbesserungswünsche der Befragten in den Blick nahmen, ergaben sich dazu aussagekräftige Befunde.

3.3.1 Ausgangssituation allgemein

Um die Befragungsergebnisse einordnen zu können, stellt sich zunächst die Frage nach der Ausgangssituation und den Rahmenbedingungen in den beteiligten Ländern. Benötigt werden insbesondere detaillierte, nach einheitlichen Kriterien erstellte Statistiken zur Ärzteschaft entlang von Geschlecht und Position sowie zum Stand der Gleichstellung und der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Betreuungssituation oder Zeitverwendung). Diese Daten sind jedoch nicht ohne weiteres ländervergleichend und in der gewünschten inhaltlichen Tiefe zu finden.

Im Rahmen der UN-Ziele für nachhaltige Entwicklung berechnet das *UNDP (United Nations Development Programme)* den *Gender Inequality Index (GII)*, der den Grad der Behinderung der menschlichen Entwicklung durch Geschlechterungleichheit anzeigen soll. Ermittelt wird dieser Index aus offiziell bereitgestellten statistischen Daten zu Gesundheit, Bildung, politischer Beteiligung und Arbeitsmarktbeteiligung. Im Ergebnis eines mehrstufigen Berechnungsvorgangs wird ein Ländervergleich möglich. Die Ungleichheit ist in diesem Modell beseitigt, wenn der Index einen Wert von 0,000 annimmt.⁴⁶ Obwohl Deutschland, Österreich und die Schweiz alle zu den am höchsten entwickelten Ländern zählen, werden im *GII* Unterschiede sichtbar: Im Jahr 2019 belegt die Schweiz hier Platz 1 (Indexwert 0,025), Österreich Platz 14 (Indexwert 0,069) und Deutschland Platz 20 (Indexwert 0,084).⁴⁷ Der niedrigste Wert liegt in der *UNDP*-Tabelle bei 0,795 für den Jemen und bedeutet den letzten, d.h. den 162. Listenplatz.

Von den umfangreichen Daten, die die UN bezogen auf die Gleichstellung im Arbeitsmarkt zur Verfügung stellt, sind für unsere Studie einige Angaben zur Teilzeitbeschäftigung interessant. Die Auswertung der Daten von 2015 bis 2019 aus 127 Ländern ergab, dass in 121 Ländern mehr Frauen als Männer in Teilzeit beschäftigt waren. Österreich gehört mit 32 Prozent (mit den Niederlanden mit 36 Prozent und Pakistan mit 33 Prozent) zu den Ländern mit dem höchsten Gender Gap bei der Teilzeitbeschäftigung.⁴⁸ Eine gesonderte Darstellung ist der Erwerbstätigkeit in Paarhaushalten in der Schweiz gewidmet. Auch 2019 ist hier – wie im Vergleichsjahr 2010 – in Familien mit Kindern bis zu 12 Jahren das vorherrschende Modell noch immer die Vollzeitberufstätigkeit des Vaters und die Teilzeitberufstätigkeit der Mutter.⁴⁹

⁴⁶ United Nations Development Programme: Human Development Reports – Gender Inequality Index (GII). Abgerufen am 26.04.2022 von <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>

⁴⁷ United Nations Development Programme: Human Development Reports - *GII*. <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>

⁴⁸ United Nations Desa Statistics (2021): Women and men in part-time employment. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/apps/11b52c23c621480db0f9017fa5bfff63b/>

⁴⁹ United Nations Desa Statistics (2021): Switzerland: Employment models in couple households. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/apps/2bb9274fdb84ff781d49734e814f03f/explore>

Von der WHO (*World Health Organisation*) werden Daten zur Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft bereitgestellt: Für Österreich gibt die Statistik bezogen auf das Jahr 2018 einen Frauenanteil von 47,61 Prozent und einen Männeranteil von 52,39 Prozent an der Ärzteschaft an. Für Deutschland sind es im selben Jahr 47,05 Prozent Frauen und 52,95 Prozent Männer. Für die Schweiz, bei der die Daten ebenfalls für 2018 vorliegen, wird mit 42,73 Prozent der niedrigste Frauenanteil verzeichnet; der Anteil der Männer beträgt 57,27 Prozent.⁵⁰ Daten zur medizinischen Fächerspezifität finden sich nicht.

Das EIGE (European Institute of Gender Equality) berechnet für die EU-Länder einen Index der Gleichheit (nicht der Ungleichheit wie die UN): den Gender Equality Index (GEI). In diesem Modell zeigt das Erreichen von 100 Punkten das Erreichen völliger Geschlechtergleichstellung an. Die möglichen Punkte errechnen sich aus acht Handlungsfeldern, die wiederum aus insgesamt 31 Indikatoren zusammengesetzt sind.⁵¹ Die Werte liegen zwischen 83,9 für Schweden und 52,5 für Griechenland. Deutschland erreicht von den möglichen 100 Punkten 68,6 Punkte und Österreich 68, was wiederum genau dem Durchschnitt der 27 EU-Länder entspricht.⁵² Eine Abstraktionsebene unterhalb des GEI, im Handlungsfeld ‚Arbeit‘ (in das Indikatoren wie Vollzeittätigkeit oder Karriereaussichten eingehen), liegt Österreich mit 76,8 Punkten deutlich vor Deutschland, das mit 72,4 hier nur knapp über dem EU-Durchschnitt von 71,6 liegt

Die detailliertesten Daten liefern die Statistikämter der drei Länder, die naturgemäß auf ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich beschränkt sind. Sie fließen weiter unten in die länderspezifischen Darstellungen ein. Die Feingliederung nach Fächern stellen die Ärztekammern bereit, was ebenfalls weiter unten referiert wird. Das Manko dieser Daten besteht darin, dass sie zwar oft, aber nicht durchgehend nach Geschlecht differenzieren.

Die medizinischen Fachgesellschaften engagieren sich – insbesondere über ihre Frauenarbeitskreise – mit Studien, Preisen und Veranstaltungen im Bereich Parität, stellen aber – zumindest auf den öffentlich zugänglichen Internetseiten – kaum Datenmaterial zur Verfügung. Das Gleiche gilt für die Ärztinnenorganisationen, also den *Weltärztinnenbund*,⁵³ den *Deutschen Ärztinnenbund*,⁵⁴ den *Österreichischen Ärztinnenbund*⁵⁵ und die *mws ärztinnen schweiz*.⁵⁶

Eine umfassende und aktuelle, durchgehend nach Geschlecht differenzierte Datengrundlage für den Ist-Stand der Parität in der Medizin ist ein Desiderat.

⁵⁰ World Health Organization: The Global Health Observatory – Medical Doctors by sex (%). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-by-sex>

⁵¹ European Institute for Gender Equality (EIGE): Gender Equality Index. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/about>

⁵² European Institute for Gender Equality (EIGE): Gender Equality Index. Compare Countries. Comparing scores for the 2021 edition. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/compare-countries>

⁵³ Medical Women's International Association (MWIA): Abgerufen am 26.04.2022 von <https://mwia.net/>

⁵⁴ Deutscher Ärztinnenbund e.V.: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.aerztinnenbund.de/>

⁵⁵ Organisation der Ärztinnen Österreichs: Abgerufen am 26.04.2022 von <http://aerztinnen-oesterreich.at>

⁵⁶ Medical Women Switzerland: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://medicalwomen.ch>

3.3.2 Ausgangssituation in den verglichenen Ländern

3.3.2.1 Deutschland

Laut der Pressemitteilung der Bundesärztekammer (BÄK) anlässlich der Veröffentlichung der Ärztestatistik von 2020 fehlt es an medizinischem Nachwuchs. So stieg nach den Daten der BÄK zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (+1,7%) sowie die Zahl der Facharztanerkennungen (+0,6%), doch fiel der Zuwachs geringer aus als in den Vorjahren. Die Statistik verzeichnet einen Rückgang von 1,1 Prozent bei der erstmaligen Anmeldung bei einer (Landes-)Ärztekammer.⁵⁷ Deutschland ist, so wird weiter festgestellt, eine der Gesellschaften mit der ältesten Bevölkerung, und es benötigt, so BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich der Vorstellung der Statistik, „dringend eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, um die Folgen des anhaltenden Trends zur Teilzeitarbeit, des steigenden Durchschnittsalters der Ärzteschaft und des demografischen Wandels zu bewältigen.“⁵⁸

In diesem Zusammenhang konstatieren die Autorinnen und Autoren des Positionspapiers der DGHO von 2019:

Die medizinische, insbesondere die onkologische Versorgung in den kommenden Dekaden steht vor großen Herausforderungen. Sowohl durch den demografischen Wandel als auch durch die Zunahme von Krebserkrankungen (Inzidenzen und Prävalenzen) wird es notwendig sein, eine kontinuierlich wachsende Anzahl von Patientinnen und Patienten zu versorgen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf den rasanten Zuwachs von Innovationen im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie muss die Gewinnung des exzellent ausgebildeten ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchses sichergestellt werden.⁵⁹

Im Bereich Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sind in Deutschland 2020 insgesamt 2.758 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt, davon 1.113 Ärztinnen.⁶⁰

Insgesamt betrachtet sind im Jahr 2020 in Deutschland 409.100 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, davon 161.400 im ambulanten Bereich, 211.900 im stationären Bereich. Was die Fächerverteilung angeht, sind in der Inneren Medizin mit 58.155 Ärztinnen und Ärzten die meisten Personen beschäftigt, danach folgt die Allgemeinmedizin mit 44.158 Ärztinnen und Ärzten. Der Fachbereich Hämatologie und Klinische oder Internistische Onkologie stellt im Vergleich hierzu eine kleinere Gruppe dar.

In den letzten Jahren ging der Trend in der Ärzteschaft in Deutschland zu vermehrter Teilzeittätigkeit. Im Bereich der Ärztinnen bzw. Ärzte mit Kassenzulassung (Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte) ist die Anzahl der in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

⁵⁷ Bundesärztekammer (2021): Presserklärung – Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020: Corona-Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung. Ärztlicher Nachwuchsförderung höchste Priorität beimessen (08.04.2021). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/>

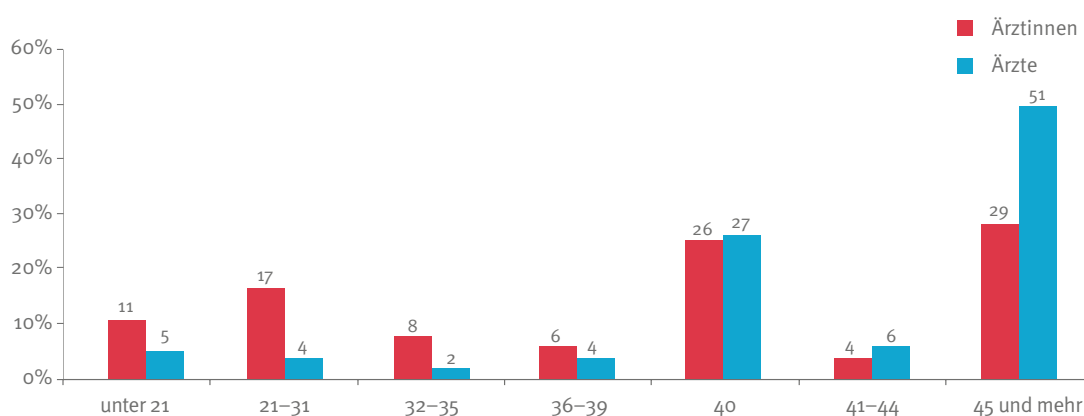
⁵⁸ Siehe Fußnote 57, Absatz 2

⁵⁹ Siehe Fußnote 8; S. 4

⁶⁰ Bundesärztekammer (2021): Ärztestatistik 2020. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/gesamtzahl-der-aerzte/>

2020 im Vergleich zum Vorjahr von 44.370 auf 48.728 gestiegen (+4.358; +9,8 %). So ist heute mehr als jeder vierte Arzt/jede vierte Ärztin oder Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Teilzeit tätig.⁶¹ Matthias Blum konstatiert in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt einen „ungebrochenen Trend zu weniger Arbeitszeit und häufigeren Teilzeitbeschäftigungen.“⁶² Die folgende Grafik (siehe Abbildung 29) zeigt eine Sonderauswertung des Mikrozensus 2019. Zu sehen ist der Umfang der Teilzeittätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. 2019 arbeiteten hier 42 Prozent der Ärztinnen weniger als 40 Stunden pro Woche, wobei der größte Anteil 21–31 Stunden pro Woche arbeitete; bei den Ärzten lag der Anteil der Teilzeittätigen bei insgesamt 16 Prozent.

Abbildung 29: Teilzeittätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2019)



2016 und noch einmal 2019 hatte der Deutsche Ärztinnenbund an 35 Universitätsklinika in Deutschland den Frauenanteil bei den C4/W3-Professuren mit Leitungsfunktionen abgefragt. Dabei wurden 13 klinische und zwei naturwissenschaftliche Fächer berücksichtigt, die an allen deutschen Universitätsklinika vorhanden sind und unmittelbare Relevanz für die Krankenversorgung haben. In diesem Zeitraum hatte sich der Frauenanteil an diesen herausgehobenen Positionen von 10 auf 13 Prozent erhöht. Für die Innere Medizin wurde 2019 ein Frauenanteil von 8 Prozent ermittelt; 2016 waren es erst 3 Prozent. Drei der deutschen Universitätsklinika hatten die abgefragten klinischen Leitungsfunktionen 2019 ebenso wie schon 2016 ausschließlich mit Männern besetzt.^{63 64}

⁶¹ Munz, H./Rass, S. (2021): Vertragsarztstatistik 2020: Weiblich, angestellt, in Teilzeit. Dtsch Arztebl 2021; 118(17): A-868 / B-722.

⁶² Blum, M. (2021): Ärzttestatistik: Mehr Köpfe, nicht mehr Arztstunden. Dtsch Arztebl 2021; 118(15): A-762 / B-641.

⁶³ Siehe Fußnote 3

⁶⁴ Siehe Fußnote 3

3.3.2.2 Österreich

In Österreich ist die Frauenerwerbstätigkeit in den letzten 50 Jahren stetig gewachsen.⁶⁵ Die Frauenerwerbsquote insgesamt hat sich von 1971 bis 2016 von 54 auf 85 Prozent erhöht. Die Detailbetrachtung zeigt allerdings, dass die Erwerbsbeteiligung von Frauen vor allem auf eine Zunahme der Teilzeitarbeit zurückzuführen ist und dass das Volumen an Erwerbsarbeit, also die von Frauen insgesamt erbrachten Arbeitsstunden, nicht in gleichem Maße gestiegen ist. Die familiäre Situation spielt für die Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben entlang der Linien „Kinder im betreuungsbedürftigen Alter“ und „Partnerschaft“ eine entscheidende Rolle. Von denjenigen Frauen, die Kinder im Alter von bis zu einem Jahr hatten, waren 2016 insgesamt lediglich 9,9 Prozent erwerbstätig und gerade einmal 2,5 Prozent in Vollzeit. Das Volumen an Erwerbsarbeit bei den Männern wird dagegen von der Vaterschaft kaum beeinflusst.

Die österreichische Ärztestatistik⁶⁶ ordnet bei den Fachrichtungen inklusive Mehrfachnennungen 4.628 aller Ärztinnen und Ärzte der Inneren Medizin zu (Österr. Ärztestatistik: Grafik 13), 2.803 (60,6%) Ärzte (Österr. Ärztestatistik: Grafik 14) und 1.825 (39,4%) Ärztinnen (Österr. Ärztestatistik: Grafik 15). Eine Sonderauswertung für den Bereich Hämatologie und internistische Onkologie zum 23. Februar 2022⁶⁷ ergab, dass 487 Personen über das Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie verfügten, 24 Personen über das Sonderfach Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie und 7 Personen über beide Berechtigungen. Als Gesamtsumme ergaben sich 511 Personen. Von den 494 Personen mit Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie waren 317 (64,2%) Männer und 177 (35,8%) Frauen. Von den 31 Personen, die über das Sonderfach Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie verfügten, waren 17 (54,8%) Männer und 14 (45,2%) Frauen.

Zahlen zur Geschlechterverteilung bei den teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten konnten der Ärztestatistik nicht entnommen werden, und die Nachfrage bei der Österreichischen Ärztekammer ergab, dass zum Beschäftigungsausmaß aus rechtlichen Gründen keine Zahlen erhoben werden.⁶⁸ Anzunehmen ist, dass es auch in Österreich zum großen Teil Frauen sind, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausüben und dass somit die von ihnen in der restlichen Zeit unentgeltlich erbrachte Care-Arbeit (Kindererziehung, Pflege von alten und kranken Familienangehörigen und andere Formen der familiären und freundschaftlichen Unterstützung) wesentlich dazu beiträgt, dass ihre Karriereverläufe hinter denen von Männern zurückbleiben. Dieser Argumentationslinie folgt jedenfalls die OeGHO, wenn sie in ihrem Positionspapier *Gegenwart und Zukunft der Hämatologie und Medizinischen Onkologie in Österreich* vom 14.05.2019 eine Verbesserung der Chancengleichheit einfordert.⁶⁹

⁶⁵ Statistik Austria: Volkszählungen, Registerzählung, Abgestimmte Erwerbsstatistik. Haushalte und Familien, Erwerbstätigkeit. Volkszählungen 1971-2001, Registerzählung 2011, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016. Schnellbericht 10.47. Abgerufen am 26.04.2022 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/index.html

⁶⁶ Österreichische Ärztekammer (2020): Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/%C3%96%C3%84K_%C3%84rzttestistik_2019_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654

⁶⁷ Die Daten wurden dankenswerterweise kurzfristig von der Österreichischen Ärztekammer (Mag. Anton Sinabell) per E-Mail am 23.02.2022 zur Verfügung gestellt.

⁶⁸ E-Mail Auskunft von der Österreichischen Ärztekammer (Mag. Anton Sinabell) vom 21.03.2022.

⁶⁹ Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (2019): Positionspapier – Gegenwart und Zukunft der Hämatologie und Medizinischen Onkologie in Österreich. Österreichische Expertengruppe: Mitglieder des Vorstands, Mitglieder des Beirats. Version 14.05.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.oegho.at/fileadmin/Benutzer/Positionspapier_OEGHO.pdf

2019 hat die OeGHO eine umfangreiche Mitgliederbefragung durchgeführt.⁷⁰ Das Thema Geschlechtergleichstellung war darin mit drei Fragen vertreten. 66 Prozent der Befragten geben an, dass Ärztinnen in der Hämatologie/internistischen Onkologie die gleichen Karrierechancen vorfinden wie Ärzte, 16 Prozent finden das nicht, und 17 Prozent machen dazu keine Angaben (Q52). Die Frage (Q53), ob Ärztinnen gegenüber Ärzten in der Hämatologie/internistischen Onkologie aktiv benachteiligt werden, beantworten 73 Prozent mit nein, 5 Prozent mit ja, und 22 Prozent möchten keine Angaben machen. 39 Prozent der Befragten meinen, dass die OeGHO einen ausreichenden Beitrag zur Frauenförderung in der Hämatologie/internistischen Onkologie leistet, 15 Prozent meinen, dass sie das nicht tut, und immerhin 46 Prozent möchten zu dieser Frage keine Angaben machen (Q54). Da sich an der Mitgliederbefragung nur 37 Prozent Frauen beteiligt haben, ist davon auszugehen, dass hier eher die Meinung der befragten Ärzte zum Ausdruck kommt. Der Auswertung ist nicht zu entnehmen, welche Position die befragten Frauen und Männer in der medizinischen Hierarchie jeweils einnehmen oder inwieweit zum Beispiel Frauen oder Männer für Forschungsaufgaben freigestellt wurden oder für Betreuungsaufgaben ihre Arbeitszeiten reduziert haben. Die von dem Studienteam 2021 durchgeführte und hier vorgestellte Untersuchung kann dazu an manchen Stellen vertiefende Informationen liefern.

Wissenschaftlerinnen aus Österreich, Schweden und den Niederlanden sind vor kurzem der Frage nachgegangen, inwieweit sich Karriereverläufe von Frauen in der klinischen Medizin aus ihrer Elternschaft erklären lassen.⁷¹ Die Untersuchung, die auf einer umfangreichen Literaturanalyse aufbaute, zielte darauf ab, ländervergleichend herauszufinden, inwieweit die Position in der Klinik durch Geschlecht, Alter, Anzahl der Kinder, Arbeitsstunden und Publikationstätigkeit zu erklären ist. Um den Rahmen dieses Beitrags nicht zu sprengen, werden hier ausschließlich die auf Österreich bezogenen Ergebnisse der Studie referiert. Aus Österreich beteiligten sich an der Befragung 111 Personen einer Universitätsklinik (Rücklaufquote 22%), von denen 40 Prozent Frauen waren. Die Auswertungen ergaben, dass eine größere Anzahl von Publikationen und ein höheres Alter mit einer höheren Position einhergehen. Zwischen dem Geschlecht und der Position in der Klinik konnte kein direkter Zusammenhang ermittelt werden. Allerdings ergab sich ein indirekter Zusammenhang insofern, als Frauen weniger publizierten als Männer und diese geringere Publikationstätigkeit in signifikantem Zusammenhang mit der Position in der Klinik stand. Die Anzahl der Arbeitsstunden war weder mit der Publikationsaktivität noch mit der Kinderzahl assoziiert. Das Geschlecht war mit beiden Variablen insofern negativ verknüpft, als Frauen tendenziell weniger Kinder hatten und weniger publizierten. In der Diskussion ihrer Untersuchungsergebnisse schlussfolgern die Autorinnen u.a., dass Frauen in ihrer stark auf Publikationen aufbauenden beruflichen Karriere durch mehr Rollenvorbilder, Mentoring Programme und die frühzeitige Aufnahme von Publikationen unterstützt werden könnten. Außerdem müssten stereotype Rollenvorstellungen aufgedeckt und bekämpft werden, die dazu führen, dass wissenschaftliche Arbeiten von Frauen schlechter bewertet werden als die von Männern und dass Frauen bei eingereichten Drittmittelanträgen weniger erfolgreich sind als Männer. Weiter gelte es, Bewerbungsverfahren so zu gestalten, dass Entscheidun-

⁷⁰ Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie: Ergebnisse der Mitgliederbefragung. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.oegho.at/service/mitgliederbefragung-der-oegho/>

⁷¹ Komlenac, N./Gustafsson Sendén, M./Verdonk, P./Hochleitner, M./Siller, H. (2029): Parenthood does not explain the gender difference in clinical position in academic medicine among Swedish, Dutch and Austrian physicians. *Advances in Health Sciences Education* (2019) 24:539–557.

gen nicht von Einzelpersonen, sondern von Auswahlkomitees getroffen werden und dass nicht-wissenschaftliche berufliche Aktivitäten bei der Auswahl größeres Gewicht erhielten. Dass kein direkter Zusammenhang zwischen Geschlecht und klinischer Position nachzuweisen war, belegt nach Ansicht der Autorinnen, dass Gleichstellungsmaßnahmen und familienfreundliche Maßnahmen bereits umfassend umgesetzt würden.

3.3.2.3 Schweiz

2019 haben in der Schweiz 1.089 Ärztinnen und Ärzte das eidgenössische Diplom in Humanmedizin abgelegt.⁷² 1.687 Ärztinnen und Ärzte haben 2020 einen eidgenössischen Facharztstitel erworben, die Ärztedichte ist in der Schweiz mit 4,5 Ärztin/Arzt pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner vergleichbar mit der in den Nachbarländern (Deutschland 4,3; Österreich 5,2; Frankreich 3,2; Italien 4,0).⁷³

Betrachtet man den Anteil der berufstätigen Ärztinnen in der Schweiz, wird ersichtlich, dass er sich zwischen 2000⁷⁴ und 2020 deutlich erhöht hat. Im Jahre 2000 waren 29,1 Prozent der Ärzteschaft weiblich, 2020 lag der Frauenanteil bei 44 Prozent. Das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte lag 2020 bei durchschnittlich 85 Prozent, was einer Wochenarbeitszeit von 47 Stunden entspricht. Ärzte und Ärztinnen in Praxen arbeiten durchschnittlich 80 Prozent, im Spitalsektor durchschnittlich 94 Prozent, wobei Ärztinnen im Praxisbereich mit durchschnittlich 69 Prozent deutlich weniger arbeiten als ihre Kollegen mit 87 Prozent. Im Spitalsektor arbeiten Ärztinnen durchschnittlich 89 Prozent, ihre Kollegen hingegen 100 Prozent.⁷⁵

Eine Auseinandersetzung mit der komplexen Materie der Arbeitszeitregelungen in der Schweiz, verglichen mit Deutschland und Österreich, kann im Kontext der vorliegenden Studie nicht geleistet werden. Hier wirken innerhalb des jeweiligen gesetzlichen Rahmens, – der die Tages- und Wochenarbeitszeit wegen des Gesundheitsschutzes begrenzt, dabei aber zahlreiche berufs- und branchenspezifische Sonderregelungen einräumt, – die von Tarifparteien oder einzelnen Unternehmen geschlossenen Verträge und Vereinbarungen. Für die real geleisteten Arbeitsstunden stellt das *Schweizer Bundesamt für Statistik* bezogen auf 2018 fest,⁷⁶ dass die Schweiz (mit Island) mit 42,5 Stunden geleisteter Wochenarbeitszeit bei Vollzeitätigkeit im EFTA-/EU-Vergleich an der Spitze steht (Deutschland 39,9 Stunden, Österreich 39,5 Stunden), andererseits ergibt sich durch den hohen Anteil an Teilzeitarbeit in der Schweiz bezogen auf alle Erwerbstätigen ein anderes Bild: Die Schweiz gehörte hier 2018 mit 35,8 Stunden (gegenüber EU28 36,3 Stunden, Island 38,4 Stunden) zu den Ländern mit der geringsten durchschnittlichen Arbeitszeit, wenn auch vor Deutschland (34,8 Stunden) und Österreich (35,2 Stunden). Daten für das Corona-Jahr 2020 zeigen, dass die geleisteten Arbeitsstunden von Frauen und von Männern in der

⁷² Hostettler, S./Kraft, E. (2019): FMH-Ärzttestatistik 2018 - Wenig Frauen in Kaderpositionen Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Mediciens Suisses – Bollettino dei Medici Svizzeri;100(12): 411–416.

⁷³ Siehe Fußnote 72

⁷⁴ Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH): FMH-Ärzttestatistik: Allgemeine Übersicht. Abgerufen am 01.05.2022 von https://www.fmh.ch/files/pdf10/Allgemeine_Ubersicht_2000.pdf

⁷⁵ Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (2020): Abgerufen am 01.05.2022 von <https://www.fmh.ch/files/pdf25/fmh-aerzttestatistik-2020.pdf>

⁷⁶ Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Rund 7,9 Milliarden Arbeitsstunden im Jahr 2018. Medienmitteilung. 03 Arbeit und Erwerb. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und abgeleitete Statistiken: Arbeitszeit Neuchâtel 23.05.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8508843/master>

Schweiz im Vergleich mit 2019 in nahezu gleichen Umfang abgenommen haben (minus 3,8 Stunden bei Frauen bzw. minus 3,7 Stunden bei Männern).⁷⁷

Werdende und junge Eltern erhalten in der Schweiz deutlich weniger Unterstützung durch finanzielle und Freistellungsregelungen als in Deutschland und Österreich. Die Initiative der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) hat bereits 2010 in einer umfangreichen Stellungnahme die länderspezifischen Regelungen verglichen und Gesetzesänderungen angeregt.⁷⁸ Für das Jahr 2019 finden sich ländervergleichende Daten im Unicef-Bericht *Are the world's richest countries family-friendly?*⁷⁹ Unter Berücksichtigung von bezahlter Auszeit für Mütter nach Wochen, bezahlter Auszeit für Väter nach Wochen, Kinderbetreuungsangebot für Unterdreijährige und Kinderbetreuungsangebot für Überdreijährige nimmt die Schweiz unter 31 verglichenen Ländern den letzten Platz ein. Deutschland findet sich in der Spitzengruppe auf Platz 6, Österreich in der Mittelgruppe auf Platz 11. Eine Gesetzesinitiative, die am 21.06.2019 im Bundesrat eingereicht wurde, um die Rahmenbedingungen für Eltern zu verbessern, blieb bislang ohne Erfolg.⁸⁰ Die hohen Kosten für Kinderbetreuung in der Schweiz dürften den Druck, berufstätig zu sein, für beide Eltern erhöhen. Um die Belastung der Eltern einschätzen zu können, müssten Betreuungskosten und Einkommensniveau in den drei untersuchten Ländern vergleichend untersucht werden, was an dieser Stelle nicht geleistet werden kann.

Im Fachgebiet Hämatologie waren 2020 in der Schweiz 86 Ärztinnen (39,8%) und 130 Ärzte (60,2%) tätig, in der Medizinischen Onkologie waren es 172 Ärztinnen (44,9%) gegenüber 211 Ärzten (55,1%).⁸¹ Im Vergleich hierzu arbeiteten in der Allgemeinen Inneren Medizin 3.684 Ärztinnen (44%) und 4.689 Ärzte (56%); gesamt sind es 8.373. Insgesamt sind in der Schweiz zum 31.12.2020 38.502 Ärztinnen und Ärzte tätig, davon 16.908 Ärztinnen (43,9%) und 21.594 Ärzte (56,1%) (s. ebd.).

Die Organisation der Schweizer Ärztinnen *mws ärztinnen schweiz* informiert auf ihren Internetseiten im Themenfeld Geschichte unter Rückgriff auf die FMH-Ärzttestatistik darüber, dass 2012 in der Schweiz mit 51,5 Prozent erstmals mehr Weiterbildungstitel an Frauen als an Männer verliehen wurden, während zugleich nur 9 Prozent der Chefarztposten mit Frauen besetzt waren.⁸² Darüber hinaus nimmt sie in Diskussionen sporadisch auf Statistiken Bezug, bietet aber keine systematische Darstellung geschlechterrelevanter berufsbezogener Daten.

⁷⁷ Bundesamt für Statistik (BFS) (2021): 2020 wurden deutlich weniger Arbeitsstunden geleistet. Medienmitteilung. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und Statistiken: Arbeitszeit Neuchâtel 18.05.2021. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuer-medienschaffende/medienmitteilungen.assetdetail.17124435.html>

⁷⁸ Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) (2021): Berechnung der Kosten für eine Elternzeit – Gemäss EKFF-Modell 2018. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://ekff.admin.ch/publikationen/elternzeit>

⁷⁹ Chzhen, Y./Gromada, A./Rees, G. (2019): Are the world's richest countries family-friendly? Policy in the OECD and EU. Unicef Italy 2019, 3 – 21. Hier Abbildung 1, Abbildung 1, Seite 6.

⁸⁰ Die Bundesversammlung des Schweizer Parlament (2019): Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Endlich eine echte Elternzeit. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20193847>

⁸¹ FMH-Generalsekretariat (2021): Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.fmh.ch/files/pdf25/5.-aerzteschaft-nach-hauptfachgebiet-und-geschlecht.pdf>

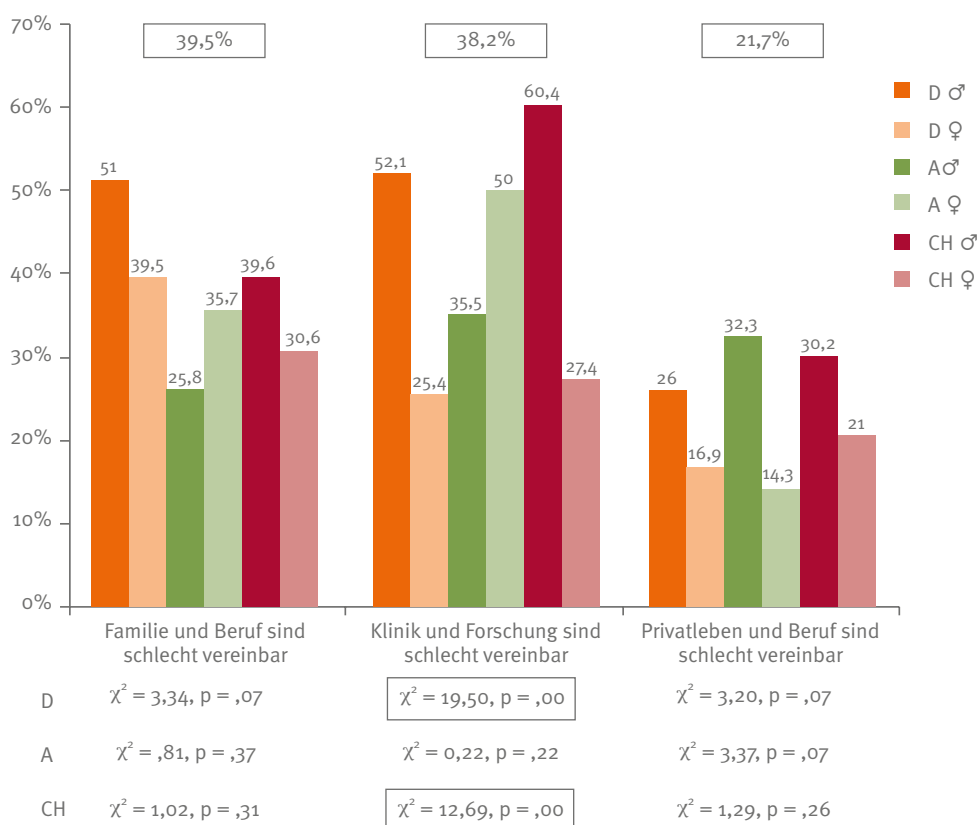
⁸² Medical Women Switzerland: Geschichte. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://medicalwomen.ch/geschichte/>

3.3.3 Befragungsergebnisse

3.3.3.1 Karrierehinderliche Bedingungen im Ländervergleich

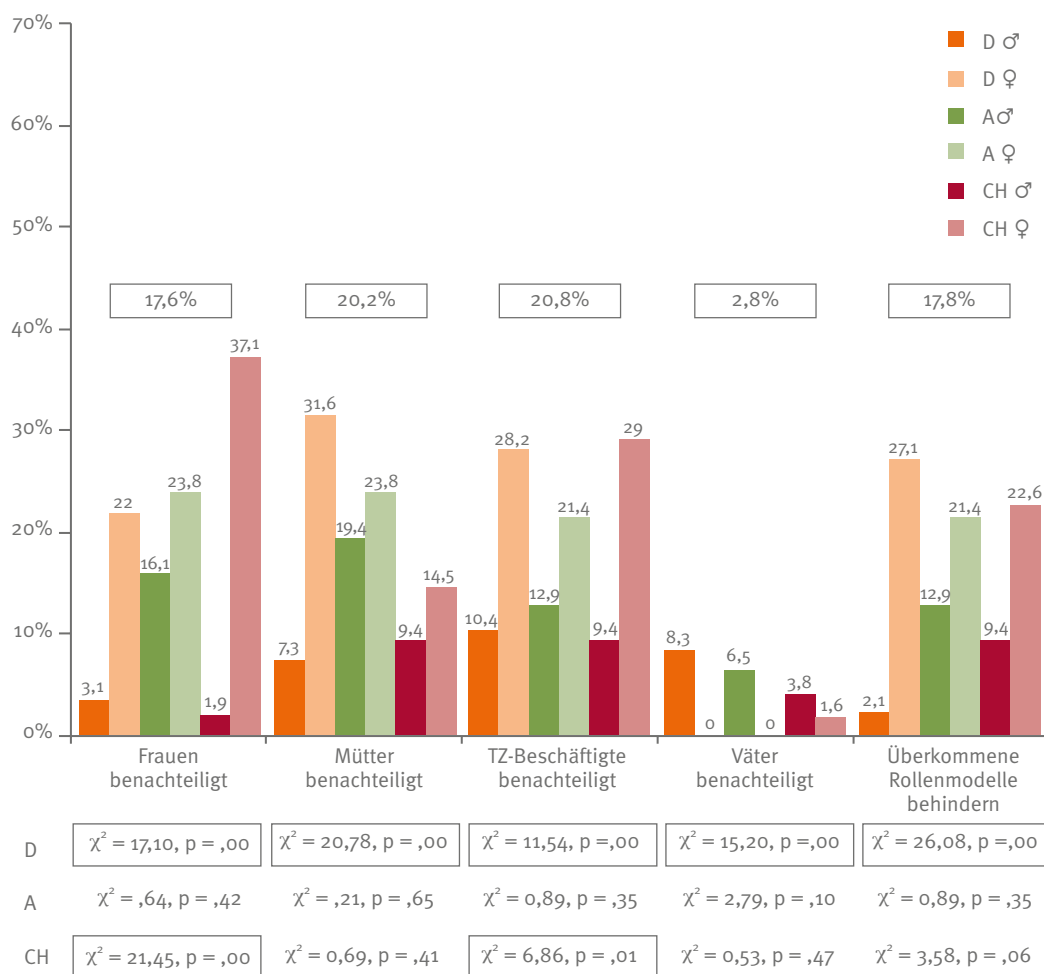
In früheren Untersuchungen wurde eine Anzahl karrierehemmender Umstände beschrieben, die in der vorliegenden Befragung den Ärztinnen und Ärzten zur Bewertung vorgelegt wurden. Ausgehend von ihrer eigenen Situation wurden sie gebeten anzugeben, inwieweit „Familie und Beruf“, „Privatleben und Beruf“ und „Klinik und Forschung“ miteinander vereinbar sind (siehe Abbildung 30). Die Auswertungen zeigen, dass fast 40 Prozent der Befragten die Vereinbarkeit von „Familie und Beruf“ und von „Klinik und Forschung“ als eher schlecht ansehen. Während zwischen den Ländern keine statistisch signifikanten Unterschiede feststellbar sind, zeigen sich geschlechterbezogene Unterschiede im Bereich „Klinik und Forschung“. Die befragten Ärzte aus der Schweiz und Deutschland geben in stärkerem Maße als ihre Kolleginnen an, dass „Klinik und Forschung“ schlecht miteinander vereinbar sind.

Abbildung 30: Zustimmung zu karrierehinderlichen Bedingungen in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben



Auch bei den in Abbildung 31 dargestellten Ergebnissen zu weiteren karrierehemmenden Bedingungen ergeben sich statistisch signifikante Geschlechterunterschiede, die sich für die deutsche Stichprobe bei allen hemmenden Faktoren zeigen. Bei der Schweizer Stichprobe ergeben sich nur zwei statistisch signifikante Ergebnisse für die Bereiche „Frauen werden benachteiligt“ und „Teilzeitbeschäftigte werden benachteiligt“: Ärztinnen sind im Vergleich zu Ärzten in stärkerem Maße der Meinung, dass Frauen, Mütter und Teilzeitbeschäftigte bei der Karriereentwicklung benachteiligt werden. Die Frage, ob Väter bei der Karriereentwicklung benachteiligt werden, wird von Männern eher bejaht, doch sind die Personen, die dies tun, in der Minderheit. Im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den Ländern zeigt sich nur ein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 6,137$, $p = ,046$): Die Befragten der Schweizer Stichprobe stimmen der Aussage „Mütter werden benachteiligt“ weniger zu als die Befragten der anderen beiden Stichproben.

Abbildung 31: Zustimmung zu karrierehinderlichen Bedingungen in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben

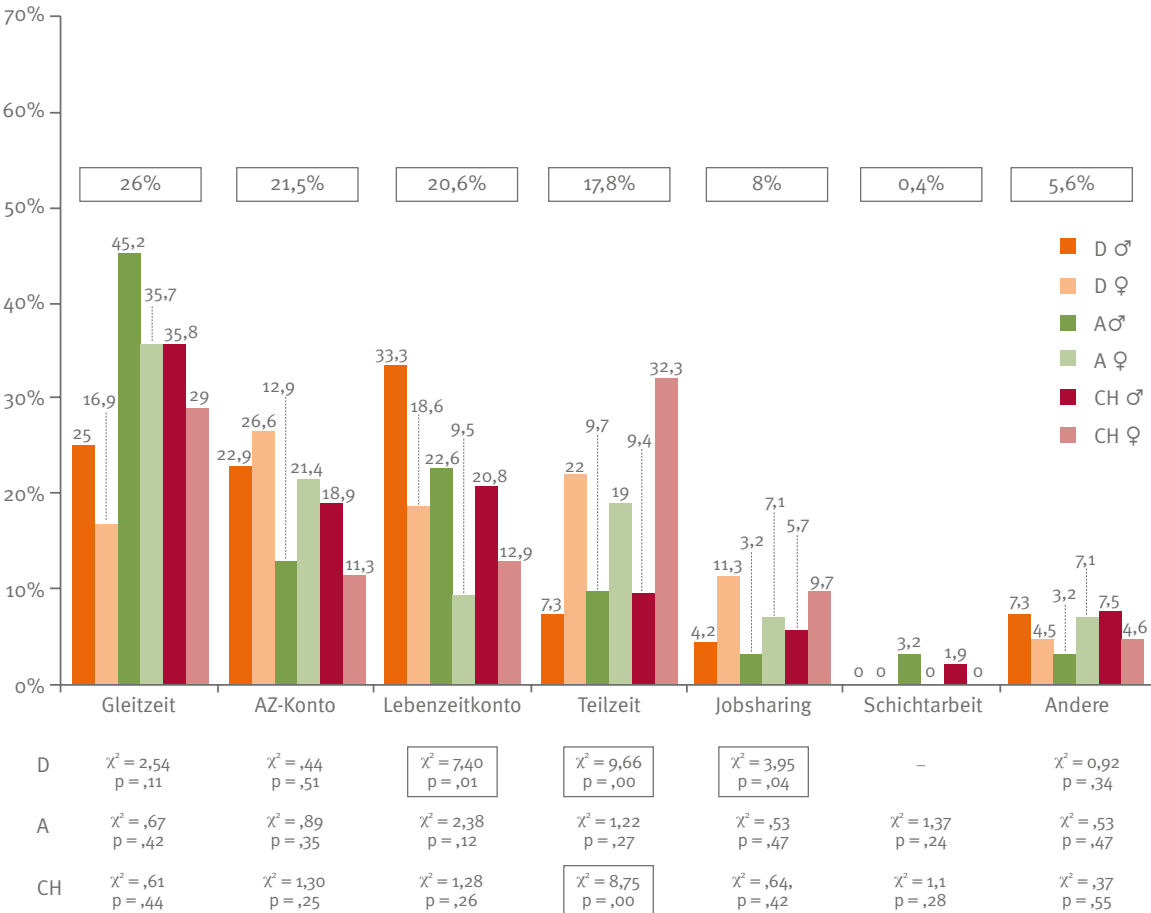


3.3.3.2 Gewünschte Arbeitsbedingungen im Ländervergleich

Im Hinblick auf künftige Arbeitsbedingungen wurden die Befragten gebeten anzugeben, welche Arbeitszeitmodelle sie favorisieren würden und welche Bedingungen erforderlich wären, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie/Privatleben und Beruf zu ermöglichen.

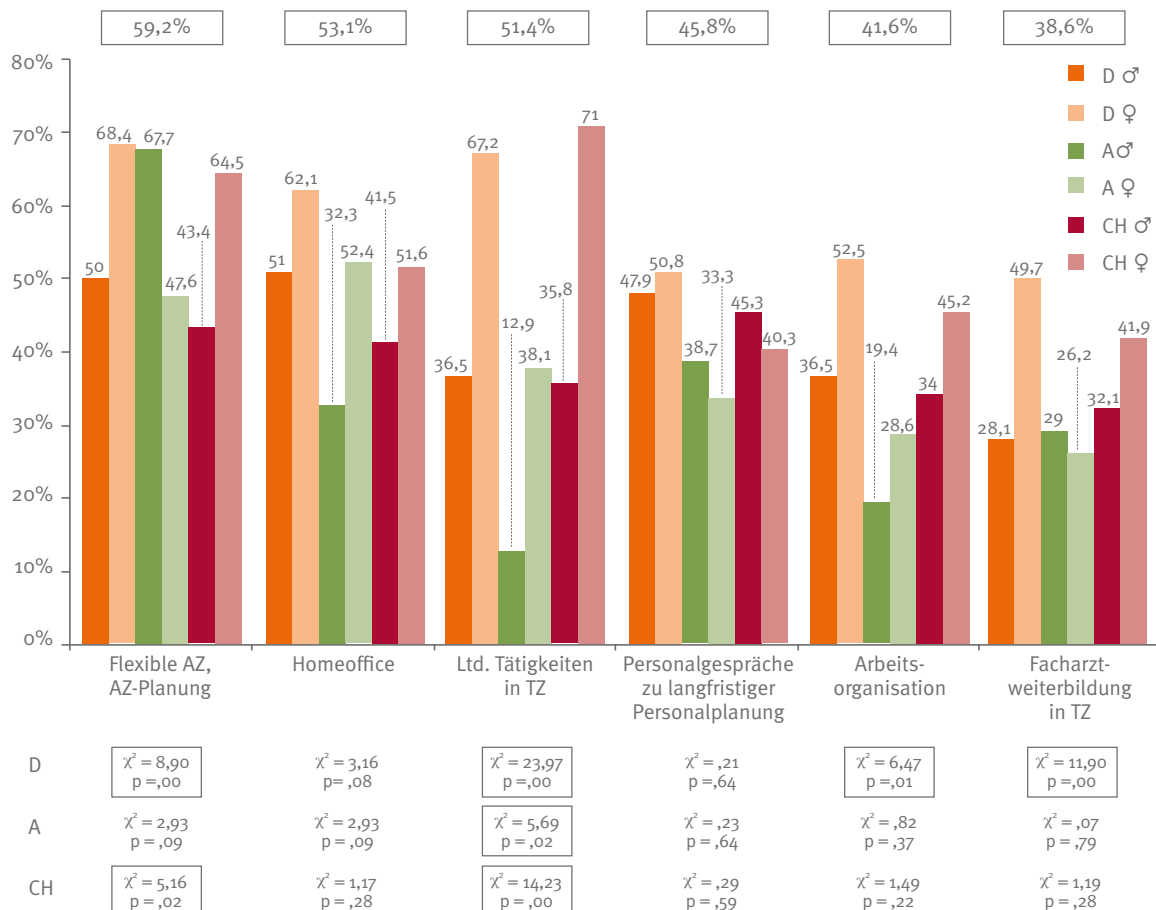
Für drei Arbeitszeitmodelle (Abbildung 32) zeigen sich statistisch signifikante geschlechterbezogene Unterschiede: Deutsche Ärzte wünschen sich in stärkerem Maße Lebensarbeitszeitenkonten als deutsche Ärztinnen, und deutsche Ärztinnen wünschen sich in stärkerem Maße Teilzeitarbeits-Möglichkeiten und Jobsharing als deutsche Ärzte. Auch Schweizer Ärztinnen wünschen sich in stärkerem Ausmaß Teilzeit als ihre männlichen Kollegen. Statistisch signifikante Länderunterschiede zeigen sich bei den Arbeitszeitmodellen Gleitzeit ($\chi^2 = 14,904$, $p = ,001$) und Arbeitszeitkonto ($\chi^2 = 5,974$, $p = ,05$): Österreichische und Schweizer Ärztinnen und Ärzte wünschen sich in stärkerem Ausmaß Gleitzeit als deutsche Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus wünschen sich deutsche Ärztinnen und Ärzte in stärkerem Ausmaß Arbeitszeitkonten als Schweizer Ärztinnen und Ärzte.

Abbildung 32: Gewünschte Arbeitszeitmodelle in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben



Bezogen auf konkrete Arbeitsbedingungen (Abbildung 33) wünschen sich mehr als die Hälfte der Befragten flexible Arbeitszeiten, Homeoffice-Möglichkeiten und leitende Tätigkeiten in Teilzeit. Für alle Länder zeigen sich statistisch signifikante geschlechterbezogene Unterschiede für Leitende Tätigkeiten in Teilzeit: Ärztinnen wünschen sich diese Tätigkeitsmöglichkeit in stärkerem Maße als Ärzte. Zudem wird diese Möglichkeit stärker von den deutschen und Schweizer Ärztinnen und Ärzten favorisiert. Weitere signifikante geschlechterbezogene Unterschiede zeigen sich für flexible Arbeitszeiten und Arbeitszeitplanung für deutsche und Schweizer Ärztinnen und Ärzte: Es sind in diesen Ländern die befragten Frauen dieser Stichprobe, die diesbezüglich in stärkerem Ausmaß als Männer mehr Flexibilität wünschen. Weiterhin finden sich statistisch signifikante Unterschiede zugunsten der Ärztinnen in der deutschen Stichprobe für die Bereiche Arbeitsorganisation und Facharztweiterbildung in Teilzeit.

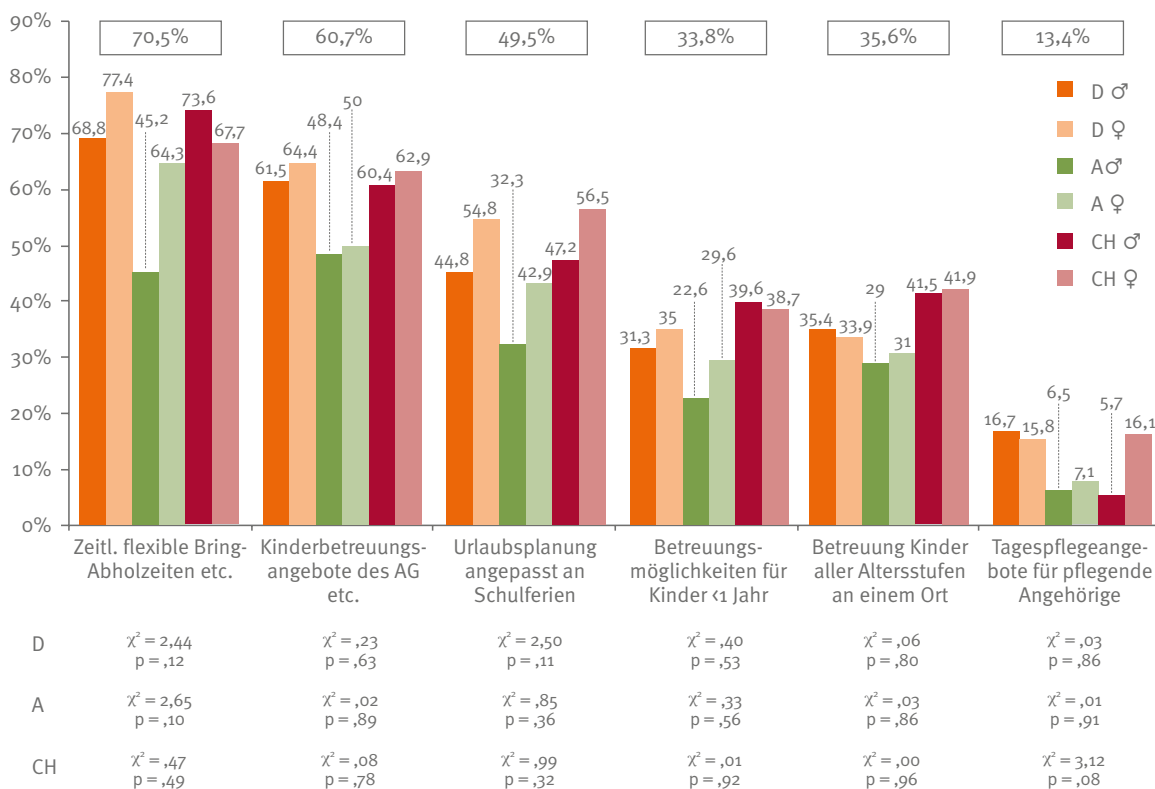
Abbildung 33: Gewünschte Arbeitsbedingungen in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben



Statistisch signifikante Länderunterschiede ergeben sich für die Bereiche Leitende Tätigkeiten in Teilzeit ($\chi^2 = 20,11$, $p = ,00$), Arbeitsorganisation ($\chi^2 = 11,88$, $p = ,00$) und Homeoffice-Möglichkeiten ($\chi^2 = 7,16$, $p = ,02$): Leitende Tätigkeiten werden von den deutschen und Schweizer Ärztinnen und Ärzten in stärkerem Ausmaß als von den österreichischen Ärztinnen und Ärzten gewünscht. Bessere Arbeitsorganisation und Homeoffice-Möglichkeiten werden in stärkerem Ausmaß von den deutschen Ärztinnen und Ärzten gefordert.

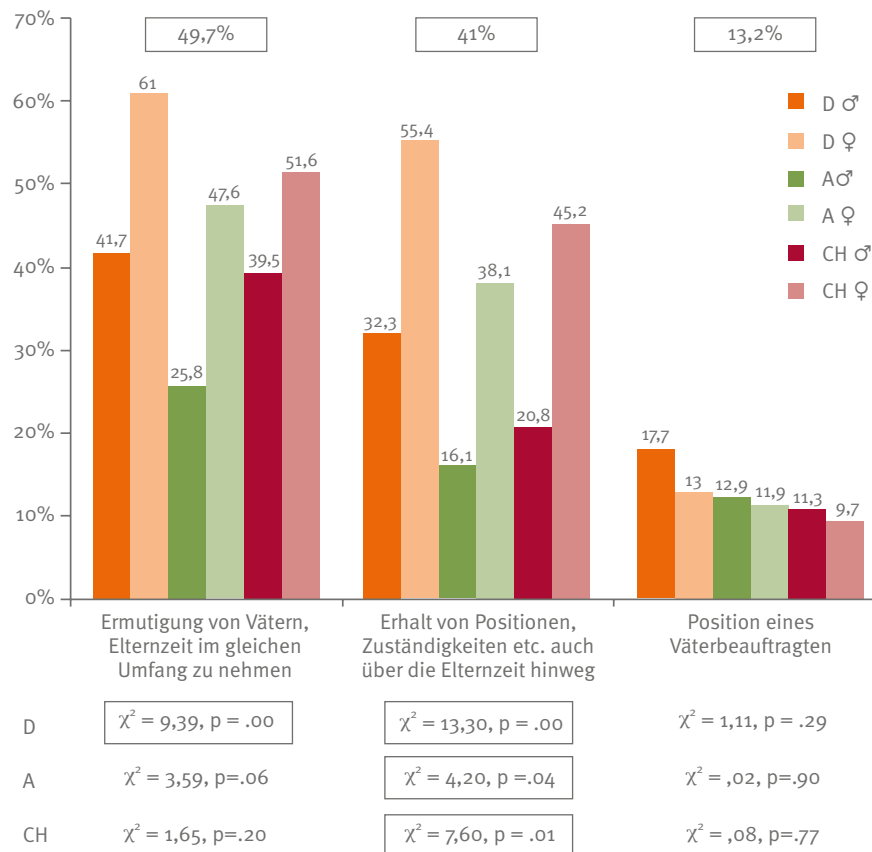
In Abbildungen 34 und 35 sind die Ergebnisse für gewünschte familienfreundliche Bedingungen dargestellt. Die in Abbildung 34 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass ein großer Anteil der Befragten sich zeitlich flexible Bring- und Abholzeiten wie auch Kinderbetreuungsangebote vom Arbeitgeber wünscht. Fast die Hälfte der Befragten wünscht sich an Schulferien angepasste Urlaubzeiten und etwas über 30 Prozent würden Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter einem Jahr sowie Betreuungsmöglichkeiten von Kindern aller Altersstufen an einem Ort begrüßen. Einige Befragte wünschen sich auch Tagesbetreuungsangebote für zu pflegende Angehörige. Für die in Abbildung 34 dargestellten Ergebnisse zeigen sich keine statistisch signifikanten geschlechterbezogenen Unterschiede und bezogen auf die Länder nur ein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 9,17$, $p = ,01$): Deutsche Ärztinnen und Ärzte wünschen sich in stärkerem Ausmaß zeitliche Flexibilität bei den Bring- und Abholzeiten als ihre Kolleginnen und Kollegen der beiden anderen Länder.

Abbildung 34: Gewünschte familienfreundliche Bedingungen in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben



In Abbildung 35 zeigen sich für alle Länder statistisch signifikante geschlechterbezogene Unterschiede für den Wunsch nach Erhalt von Positionen, Zuständigkeiten etc. nach der Elternzeit. Dies wird von Ärztinnen in stärkerem Ausmaß gewünscht als von Ärzten. In diesem Bereich ergibt sich zudem ein statistisch signifikanter länderbezogener Unterschied ($\chi^2 = 11,32$, $p = ,00$): deutsche Ärztinnen und Ärzte wünschen dies stärker als ihre Schweizer und österreichischen Kolleginnen und Kollegen. Fast die Hälfte der Befragten wünscht sich, dass Väter ermutigt werden, Elternzeit in gleichem Ausmaß zu nehmen wie Mütter. Lediglich für die Befragten aus Deutschland ergibt sich ein statistisch signifikanter geschlechterbezogener Unterschied in dem Sinne, dass Ärztinnen dies in stärkerem Ausmaß wünschen als Ärzte. Und es sind auch wiederum die deutschen Ärztinnen und Ärzte, die dies stärker wünschen als ihre Kolleginnen und Kollegen aus der Schweiz und Österreich ($\chi^2 = 6,58$, $p = ,04$).

Abbildung 35: Gewünschte familienfreundliche Bedingungen in Prozent für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben sowie Angabe der statistischen Kennwerte für Geschlechterunterschiede in den Länderstichproben



4 Diskussion und Handlungsoptionen

Die Ergebnisse der Befragung unter den Mitgliedern von DGHO, OeGHO, SGH und SGMO von 2021 bedürfen der Einordnung. Dies soll in der folgenden Diskussion geschehen und zugleich verbunden werden mit der Formulierung von Handlungsempfehlungen. Letztere zielen ausschließlich auf die beruflichen Rahmenbedingungen ab, denn nur dort eröffnen sich strategische Anknüpfungspunkte für das Handeln der Fachgesellschaft(en).

Festzuhalten ist zunächst, dass der formale Stand der Geschlechterparität in der Medizin allgemein und speziell im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie nicht Gegenstand der Befragung war. Frauen- und Männeranteile in der Ärzteschaft gehen vielmehr aus den offiziell von den entsprechenden Statistikämtern und Ärztekammern bereit gestellten Daten hervor. Dabei fällt der zahlenmäßige Abgleich – wie im Einleitungs- und im Ländervergleichskapitel zusammengetragen (s.o. Kap. 2.1, 2.3, 3.2.1, 3.3.2) – auch nach den neuesten Daten unbefriedigend aus. Einem seit langem hohen, über 50 Prozent liegenden Anteil von Studentinnen und einem stetig steigenden Anteil von berufstätigen Ärztinnen steht unverändert ein Zurückbleiben von Frauenkarrieren insbesondere in den Spitzenpositionen der Medizin – allgemein in der Wissenschaft und in der Versorgung ab der oberärztlichen Ebene – gegenüber. Die durchgeführte Befragung zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren und zu den Veränderungswünschen der Ärztinnen und Ärzte sind also vor dem Hintergrund zu sehen, dass es in keinem der betrachteten Länder Geschlechterparität im Sinne einer gleichen Teilhabe von Frauen und Männern auf allen Ebenen gibt.

Bereits an dieser Stelle kristallisiert sich eine wichtige Handlungsoption heraus, konkret eine Forderung, die von den Fachgesellschaften an die Statistikämter und an die Ärztekammern herangetragen werden könnte: die Forderung nach einer standardisierten, fortlaufend aktualisierten und konsequent nach Geschlecht differenzierenden Statistik, die zudem übersichtlich und selbsterklärend veröffentlicht wird, mit anderen Worten: die Forderung nach einem transparenten Gender Controlling.

Um für die vorliegende Untersuchung eine entsprechende Grundlage zu haben, waren aufwändige Recherchen auf den entsprechenden Internetseiten erforderlich, die z.B. hinsichtlich des jeweils letzten Berichtsjahres uneinheitlich waren oder die Lücken aufwiesen, etwa bei der Berücksichtigung von Geschlecht oder Beschäftigungsanteilen. Zudem waren Tabellen und Grafiken teilweise schwer zu entschlüsseln, der Detaillierungsgrad ermöglichte nicht immer das Herunterbrechen auf Fächerebene, und der Ländervergleich war entsprechend erschwert. Die Empfehlung lautet daher:

Die DGHO erarbeitet gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften Grundsätze für eine standardisierte geschlechterdifferenzierte statistische Darstellung der Karrierestufen in der Medizin und trägt diese an die zuständigen Stellen heran.

Aus den Voraussetzungen der Befragung ergibt sich noch eine weitere Handlungsoption. Bei der Berechnung der Repräsentativität der Befragungsergebnisse (Kap. 3.2.1) musste festgestellt werden, dass Frauen in der DGHO in dem Sinne unterrepräsentiert sind, dass sie nur gut ein Drittel der Mitglieder stellen. Das bringt ein grundsätzliches Problem an die Oberfläche: Frauen sind in der Minderzahl, und dies hat ganz generell Folgen für die Vertretung von Fraueninteressen in und durch die Fachgesellschaften. Frauen stehen, wollen sie nicht überproportional belastet sein, nur in geringerem Umfang als Männer für die allgemeine Gremienarbeit der Fachgesellschaften zur Verfügung. Zudem gibt es weniger Potenzial für mögliche Gleichstellungsaktivitäten, beispielsweise die Gründung von Frauenarbeitsgruppen.

Zwar machen die medizinischen Fachgesellschaften ihre Mitgliederzahlen nicht öffentlich, doch liefern bereits die öffentlich zugänglichen Darstellungen Indizien dafür, dass die Unterrepräsentanz von Frauen kein DGHO-Problem ist, sondern medizinische Fachgesellschaften insgesamt betrifft. Eine kursorische Durchsicht der Mitgliedsgesellschaften der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF)⁸³ zeigte unter anderem, dass es in den Fachgesellschaften deutlich mehr Funktionsträger als Funktionsträgerinnen gibt, dass nur wenige Fachgesellschaften Frauenarbeitsgruppen gebildet haben und dass an kaum einer Stelle geschlechtergerechter Sprachgebrauch etabliert ist. All dies dürfte nicht zuletzt einem geringen Frauenanteil geschuldet sein. Eine weitere Handlungsoption für die DGHO besteht daher darin, eine Verteilung der Aktivitäten zugunsten von Geschlechterparität auf mehr Schultern anzustreben, indem vermehrt und gezielt Ärztinnen für die Fachgesellschaft(en) gewonnen werden. Die Empfehlung lautet entsprechend:

Die DGHO erarbeitet gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften Strategien zur Gewinnung von mehr Frauen für die Mitarbeit in der Fachgesellschaft bzw. in den Fachgesellschaften und setzt diese um.

Mehr Ärztinnen als Mitglieder zu gewinnen, ist dabei nur der erste Schritt. Zugleich sollte es darum gehen, Frauen möglichst von Beginn an zur Übernahme von Ämtern in den Gremien der Fachgesellschaft(en) zu motivieren. Dies bietet die Chance, nicht allein die Fachgesellschaft(en) um Aktivitäten zu bereichern, sondern ebenso, die Karrieren der Frauen voranzubringen. Werden Frauen in den Gremien von Fachgesellschaften aktiv, so werden sie auch bekannter in der Community. Dies erhöht ihre Chance, zu Vorträgen und als Mitdiskutantinnen auf Podien eingeladen zu werden. Um die Sichtbarkeit von Wissenschaftlerinnen zu erhöhen, sollten auch Datenbanken wie *AcademiaNet* oder *femconsult* auf ihren Nutzen für Frauen aus der Hämatologie und Medizinischen Onkologie überprüft werden,⁸⁴ um zu klären, ob evtl. der Gedanke einer eigenen Expertinnendatenbank wieder aufgegriffen werden muss (vgl. Expertinnen-Finder im *DGHO Positionspapier 2019, Kap. 6.3*). Schließlich könnte die DGHO einen Schritt weitergehen und bei Tagungen hälftig Frauen und Männer als Vortragende benennen und die Diskussionsleitung ebenfalls hälftig an Frauen und Männer vergeben. Initiativen wie *speakerinnen.org* oder *#She.Health* könnten dafür Vorbildcharakter haben. Auch das bereits 2018 auf den Weg ge-

⁸³ AWMF ONLINE: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medinin/awmf-aktuell.html>

⁸⁴ Vgl. für weitere Datenbanken <https://bukof.de/service/rekrutierungstipps/>

brachte Vorhaben, den Vorstand der DGHO paritätisch zu besetzen, harrt noch der Umsetzung (vgl. Fachgesellschaften und Gremien im *DGHO Positionspapier 2019, Kap. 5.4*). Entsprechend lautet eine weitere Empfehlung:

Die DGHO und die kooperierenden Fachgesellschaften streben eine hälftige Besetzung ihrer Gremien mit Frauen an und motivieren Frauen, Funktionen in den Gremien der Fachgesellschaft(en) zu übernehmen. Sie wägen den Nutzen vorhandener Expertinnendatenbanken gegen die Einrichtung einer eigenen Expertinnendatenbank ab.

Durch die aktive Mitgliedschaft in einer Fachgesellschaft eröffnet sich für Ärztinnen zudem ein großes, auf das eigene Fach bezogenes Netzwerk mit entsprechend karrierefördernder Wirkung. Defizite in diesem Bereich hatten für den Gender-Report 2016 befragte Akteurinnen aus der Gleichstellung unter den Karrierehindernissen genannt: Frauen seien weniger präsent in wichtigen Netzwerken. Sie hätten Hemmungen, bei entsprechenden Gelegenheiten (Tagungen), Personen anzusprechen und diese als „Karrieremotor“ oder „Mentor“ in Anspruch zu nehmen. Andererseits spielten in der Medizin Seilschaften und Old-Boys-Networks aber noch immer eine große Rolle und erleichterten den Männern den Karriereweg (s.o. Kap. 2.4). Diese von Gleichstellungsakteurinnen vorgetragenen Punkte werden durch die hier vorgelegten Befragungsergebnisse unterstützt: Bei der Abfrage karriereförderlicher Faktoren der vorliegenden Studie offenbarte sich beim Thema Netzwerk ein klarer Geschlechterunterschied: Männer hatten davon für ihre Karriere signifikant stärker profitiert als Frauen (s.o. Kap. 3.2.3.4). Auch der Befund hinsichtlich der Unterstützung durch kollegialen Austausch (u.a. fachliche Unterstützung) lässt sich hier anschließen, da die Zahl von Kolleginnen und Kollegen mit einem größeren Netzwerk natürlich wächst. Bei diesem Punkt wurde ebenfalls ein signifikanter Vorteil zugunsten der befragten Männer festgestellt (s.o. Kap. 3.2.3.3). Eine daraus abgeleitete Empfehlung lautet:

Die DGHO unterstützt durch außerfachliche Fortbildungen die Netzwerkarbeit von Ärztinnen und entwickelt gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften ein entsprechendes Gesamtkonzept für Fortbildungsangebote (Bedeutung des Netzwerks, Funktionen von Gremien, kollegiale Beratung, Nutzung von Expertinnendatenbanken und weitere einschlägige Themen).

Das Thema Netzwerkbildung ist auch im Rahmen der Mentoring-Programme, die in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten an den Universitäten und medizinischen Fakultäten entstanden sind, ein wichtiger Inhalt. Im Rahmen der vorgelegten Befragung spielte Mentoring als karriereförderlicher Faktor noch keine große Rolle (s.o. Kap. 3.2.3.6), obwohl es inzwischen ein etabliertes und erfolgreiches Instrument zur Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses und hier speziell des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses geworden ist.⁸⁵ Offenbar bedarf es einer Ausweitung des Programmangebots. Es ergibt sich also als weitere Handlungsempfehlung:

⁸⁵ Petersen, R./Budde, M./Brocke, P.S./Doebert, G./Rudack, H./Wolf, H. (Hrsg.) (2017): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft, Springer VS; 1. Aufl. 2017 Edition.

Die DGHO unterstützt gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften bestehende Frauen-Mentoring-Programme an medizinischen Fakultäten und beim Deutschen Ärztinnenbund, und/oder sie ruft ein eigenes fachbezogenes Frauen-Mentoring-Programm ins Leben.

Ein großer Themenkomplex, der immer wieder im Kontext von (ausstehender) Geschlechterparität diskutiert wird, sind die sogenannten strukturellen und arbeitsorganisatorischen Probleme, die auftreten, wenn eine medizinische Karriere mit dem Privatleben und hier insbesondere mit der Betreuung von Kindern nicht zu vereinbaren ist. Konkret geht es dabei meist um noch immer nicht ausreichende bzw. nicht an die üblichen überlangen Arbeitszeiten in der Medizin angepasste Kinderbetreuungsmöglichkeiten aber auch um die Pflege von Angehörigen und um Hausarbeit. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass es weiterhin vor allem die Frauen sind, auf deren Schultern die Vereinbarkeitsthematik ruht. Sie unterbrechen im Schnitt deutlich länger als die Männer bei der Geburt eines Kindes ihre Berufstätigkeit (s.o. Kap. 3.2.2.6) und sie unterstützen auch in deutlich höherem Maße als Männer zu pflegende Angehörige (s.o. Kap. 3.2.2.7).

Ein ganzes Bündel von Faktoren aus dem Bereich Familie und Partnerschaft geben Frauen signifikant häufiger als Männer als hinderlich für die Karriere an, neben Einschränkungen durch Elternzeit/Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen sowie fehlender Entlastung durch den Partner bzw. die Partnerin und die Familie wird hier beispielsweise auch die eingeschränkte Mobilität genannt, eine für eine wissenschaftliche Laufbahn extrem wichtige Ressource (s.o. Kap. 3.2.4.3). Anzunehmen ist, dass die Zeitkonkurrenz mit Arbeit für Familie und Haushalt auch im Hintergrund steht, wenn Ärztinnen signifikant häufiger als Ärzte zu viele Überstunden als karrierehinderlich angeben, insofern als die in der Krankenversorgung verbrachten Überstunden nicht mehr für medizinische Forschung zur Verfolgung der eigenen Karriere zur Verfügung stehen (s.o. Kap. 3.2.4.1).

Wenn es um karriereförderliche Faktoren geht, so führen Männer dagegen signifikant häufiger die Unterstützung durch die Partnerin bzw. den Partner bei der Kinderbetreuung und bei der Hausarbeit als erlebte Entlastung an (s.o. Kap. 3.2.3.2). Geht es um die Frage nach Veränderungen ist hervorzuheben, dass der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Frauen und Männern gleichermaßen stark ausgeprägt ist (s.o. Kap. 3.3.3.2). Durchschnittlich 70,5 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, Österreich und der Schweiz wünschen sich zeitlich flexible Bring- und Abholzeiten. 60,7 Prozent der befragten Frauen und Männer in allen drei Ländern wünschen sich Kinderbetreuungsangebote des Arbeitgebers. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass familienfreundlichere Rahmenbedingungen für Frauen und Männer im Medizinkontext eine große Bedeutung haben.

Trotz der relativ geringen Zahlen in der vorliegenden Befragung (s.o. Kap. 3.2.2.7) sollte auch das Thema Pflege von Angehörigen⁸⁶ nicht unterschätzt werden. Wie die Daten des Statistischen Bundesamts zeigen, hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von 1999 bis 2019 verdoppelt.⁸⁷ Mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen, nämlich 2,1 Millionen Menschen, darunter 727 000 mit dem höchsten Pflegegrad 5, wurde Ende 2019 ausschließlich durch Angehörige zu Hause versorgt. In der Realität ist die Beanspruchung aber noch deutlich höher, denn die Statistik erfasst nur diejenigen Pflegebedürftigen, die aufgrund der Einstufung in einen Pflegegrad Pflegegeld erhalten. Fälle, in denen Angehörige bei der Pflege durch Pflegedienste unterstützt werden, bleiben unberücksichtigt, ebenso wie Aufgaben, die anfallen, wenn spontan eine Kurzzeitpflege organisiert oder kontinuierlich eine Dauerpflege in einem Heim begleitet werden muss. In diesem Kontext ist der Gender Care Gap hervorzuheben: Frauen leisten in Deutschland 52,4 Prozent mehr Sorgearbeit als Männer, wozu u.a. die Pflege von Angehörigen zählt.⁸⁸ In der vorliegenden Untersuchung wird Pflegeverantwortung zu mehr als zwei Dritteln von Frauen angegeben (s.o. Kap. 3.2.2.7), und unter denjenigen, die Karriereeinschränkungen durch die Betreuung von kranken oder zu pflegenden Angehörigen erlebt haben, sind Frauen signifikant häufiger vertreten (s.o. Kap. 3.2.4.3). Angesichts dessen, ist davon auszugehen, dass Frauenkarrieren auch durch Unterstützung in diesem Handlungsfeld vorangebracht werden können. Aus diesen Zusammenhängen heraus lautet eine weitere Handlungsempfehlung:

Die DGHO nutzt gemeinsam mit den kooperierenden Fachgesellschaften Einflussmöglichkeiten zur Verbesserung und Ausweitung der institutionellen Betreuung von Kindern aller Altersstufen sowie zur Verbesserung und Ausweitung der institutionellen Pflege von betreuungsbedürftigen Angehörigen. Dabei setzt sie sich für innovative Lösungen ein, die den Lebenssituationen (Stadt, Land, Praxis, Krankenhaus, Forschung etc.) ihrer Mitglieder entsprechen.

Weiter oben wurden bereits Studien zitiert (*KarMed Studie, Gender-Report 2016*), aus denen hervorgeht, dass Ärztinnen, wenn sie einen Kinderwunsch haben, ihre Karriere darauf ausrichten und abwägen, inwieweit die Anforderungen der Arbeit mit dem eigenen Lebenskonzept zusammenpassten (s.o. Kap. 2.4). Hinsichtlich der hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse im Kontext der Vereinbarkeit von Familie und Beruf macht konkret die Tatsache betroffen, dass 40 Prozent der befragten Frauen (und 20% der Männer) angeben, dass sie ihre Familienplanung aus Karrieregründen aufgeschoben haben, bzw. dass 6 Prozent der Frauen (und 1% der Männer) in der Zukunft einen Aufschub ihrer Familienplanung für wahrscheinlich halten (s.o. Kap. 3.2.2.5). Das bedeutet mit einiger Gewissheit, dass Frauen allein aufgrund des fortschreitenden Alters im Verlaufe ihres Lebens möglicherweise weniger Kinder bekommen als sie bekommen wollten und würden, wenn es die beruflichen Einschränkungen nicht gäbe. Die persönliche und die politische Dimension einer nachhaltigen Lösung der Vereinbarkeitsthematik ist also kaum zu überschätzen. Insbesondere darf es in der Folge von Elternzeiten nicht zu Benachteiligung kommen.

⁸⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020: Pressemitteilung Nr. 507 vom 15. Dezember 2020. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html

⁸⁷ Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020: Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-522400199004.pdf?__blob=publicationFile

⁸⁸ Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2022): Unbezahlte Sorgearbeit. Gender Care Gap - ein Indikator für die Gleichstellung. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap-ein-indikator-fuer-die-gleichstellung-137294>

gungen in der angestrebten Karriere kommen. Insgesamt wünschen sich 41 Prozent der Befragten, dass Positionen und Zuständigkeiten über die Elternzeit hinweg erhalten bleiben. In allen drei untersuchten Ländern wurden bei dieser Frage signifikante Geschlechterunterschiede ermittelt (s.o. Kap. 3.3.3.2), was sich mit den Befunden von Engelmann et al. deckt, die ebenfalls eine deutlich stärkere negative Auswirkung der Elternzeit auf die Karrieren von Frauen (in Führungspositionen) nachgewiesen hatten (s.o.). Damit ergibt sich eine zusätzliche Handlungsempfehlung:

Die DGHO und die kooperierenden Fachgesellschaften regen den Abschluss verbindlicher Rückkehrvereinbarungen für Ärztinnen und Ärzte, die Elternzeit antreten, an. Durch die Vereinbarungen soll der Erhalt von erlangten Positionen und Zuständigkeiten über die Elternzeit hinweg sowie das Aufrechterhalten von Karriereplanungen gewährleistet werden.

Zudem sind auch die Arbeitszeiten und die Arbeitsorganisation an die Wünsche und Bedürfnisse der nachwachsenden Generation von Ärztinnen und Ärzten anzupassen. Die Bedeutung dieser Aspekte geht schon daraus hervor, dass in der hier vorgelegten Untersuchung bei den karrierehinderlichen Faktoren Aspekte der Arbeitsgestaltung mit 75,5 Prozent als Problembereich an erster Stelle genannt werden, vor den persönlichen Eigenschaften mit 61,2 Prozent und dem erst an dritter Stelle mit 53,5 Prozent erscheinenden Themenfeld Partnerschaft/Familie (s.o. Kap. 3.2.4). In diesem Kontext ist auch auf die verschiedenen negativen Auswirkungen von Teilzeit auf die Karriere einzugehen, die Frauen signifikant häufiger angeben als Männer (s.o. Kap. 3.2.4.7). Im Ländervergleich zeigen sich signifikante Unterschiede für Deutschland und die Schweiz (s.o. Kap. 3.3.3.1). Bei den gewünschten Arbeitsbedingungen ist Ähnliches festzustellen, diesmal bezogen auf konkrete Karriereabschnitte. In allen drei Ländern wünschen sich Frauen signifikant häufiger die Möglichkeit, leitende Tätigkeiten in Teilzeit auszuüben. In Deutschland wünschen sich Frauen signifikant häufiger auch die Möglichkeit, die Facharztweiterbildung in Teilzeit absolvieren zu können (s.o. Kap. 3.3.3.2).

Beim Thema Diskriminierung geben Frauen signifikant häufiger als Männer an, dass Ärztinnen, die in Teilzeit gehen, Nachteile erleben (s.o. Kap. 3.2.5). Diese Befunde zeigen in aller Deutlichkeit, dass die Ermöglichung von Teilzeit, und zwar einer akzeptierten, nicht zu Benachteiligungen führenden Teilzeit Ärztinnen, die – möglicherweise aus familiären Gründen und möglicherweise vorübergehend – in Teilzeit tätig sein wollen, erheblich in ihrem beruflichen Werdegang unterstützen würde.

In der Vergangenheit hatte die DGHO bereits eine Änderung der Weiterbildungsordnung dahingehend gefordert, dass eine Facharztweiterbildung in Deutschland mit einer 25-Prozent-Tätigkeit möglich sein sollte (s.o. Kap. 2.5). Diese Initiative sollte unbedingt weiterverfolgt werden. Zudem sollte eine klare Forderung der DGHO auf eine Formulierung der Weiterbildungsordnung nach Schweizer Vorbild gerichtet

sein, so dass die Bedingungen für die Facharztweiterbildung neutral in Arbeitsstunden dargestellt werden (s.o. Kapitel 2.2). Zwei weitere Handlungsempfehlungen lauten daher:

Die DGHO setzt sich weiterhin gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften für eine Weiterbildung in Teilzeit und für eine Neufassung der Weiterbildungsordnung ein, in der die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in diskriminierungsfreier Formulierung mit unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen ermöglicht wird.

Die DGHO setzt sich gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften dafür ein, dass leitende Tätigkeiten auch als Teilzeitstellen besetzt werden.

Die als karrierehinderlich benannten Faktoren und die Wunschlisten zur Arbeitsgestaltung zeigen, dass es auch über das Thema Teilzeit hinaus Handlungsbedarf gibt. Genannt seien etwa Probleme mit der Genehmigung von Home Office, starre Dienstpläne, zu kurze Vertragslaufzeiten oder die Nichtgewährung von Tagungsbesuchen, die jeden und jede treffen können. Andererseits wird aber die Bevorzugung von Kollegen bei der Aufgabenzuteilung signifikant häufiger von Frauen als Erfahrung berichtet (s.o. Kap. 3.2.4.1). Alle diese Themen können nur bearbeitet werden, wenn diejenigen, die verantwortlich über Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation entscheiden, zu einer Verbesserung der Situation beitragen: die Führungskräfte, insbesondere wohl die Klinikdirektorinnen und -direktoren. Eine weitere Handlungsempfehlung lautet daher:

Die DGHO nutzt gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften ihren gesamten Einfluss, um (auch bereits langjährig tätige) Führungskräfte für ein zeitgemäßes Arbeitszeit- und Arbeitsorganisationsmanagement zu gewinnen, und sie unterstützt dies durch entsprechende Fortbildungsangebote.

Spätestens an dieser Stelle muss die Generationenthematik angesprochen werden (s.o. Kap. 2.5). Ärztinnen und Ärzte, die heute – also im Jahr 2022 – Führungspositionen in der Medizin einnehmen, haben es wahrscheinlich zu einem großen Teil mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch mit Bewerberinnen und Bewerbern zu tun, die einer – im soziologischen Sinne – anderen Generation angehören als sie selbst, der Generation Y. Damit ist nicht nur ein Altersunterschied gemeint, vielmehr handelt es sich bei allen Unschärfen der Kategorisierung um unterschiedliche Einstellungen gegenüber der Bedeutung von Arbeit einerseits und der Bedeutung von Familie und Privatleben andererseits.⁸⁹ Die Erwartungen der Generation Y an die Führung sind komplexer. Hierarchien würden weniger akzeptiert als fachliche Kompetenz. An anderer Stelle würde diese Generation Freiräume für problemlösendes Arbeiten erwarten (ebd. S. 4). Dem gegenüber werden in der vorliegenden Studie verbindliche und regelmä-

⁸⁹ Schmidt, C.E./Möller, J./Schmidt, K./Gerbershagen, M.U./Wappler, F./Limmroth, V./Padosch, S.A./Bauer, M. (2011): Generation Y - Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesist 6/2011.

ßige Personalentwicklungsgespräche zur langfristigen Karriereplanung von 45,8 Prozent der Befragten in allen drei Ländern, Altersgruppen und Geschlechtern gewünscht (s.o. Kap. 3.3.3.2). Außerdem zeigt sich, dass trotz einiger Einschränkungen aufgrund der geringen Rücklaufquote dieser Studie ein Einstellungswandel sichtbar wird, u.a. wenn eine stärkere Inanspruchnahme von Elternzeit durch Väter oder die Schaffung der Position eines Väterbeauftragten gewünscht wird (s.o. Kap. 3.3.3.2). Führungskräfte in dieser Situation im Umgang mit der Generation Y zu unterstützen, dürfte für die Zukunft der medizinischen Versorgung von entscheidender Bedeutung sein.

Beim Thema Generationen- und damit Einstellungswandel kommt auch das Thema Sexismus in den Blick. Erfreulich offensiv geht die nachwachsende Generation den in der Vergangenheit eher mit Schweigen übergangenen Sexismus in der Medizin an. Die *Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland* findet in ihrem Positionspapier aus dem Jahre 2020 hierfür deutliche Worte. Sexismus am Arbeitsplatz wird als Form der Diskriminierung angesprochen, und Handlungsbedarf wird formuliert (s.o. Kap. 2.6.1). In den letzten Jahren sind hierzu an den Hochschulen verschiedene Forschungs- und Sensibilisierungsprojekte entstanden. Exemplarisch hierfür kann das Projekt „DETECT – gegen sexistische und rassistische Diskriminierung in der medizinischen Ausbildung“ angeführt werden, das in der Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde. Im Rahmen eines Forschungsprojektes entstand eine Plattform, auf der niedrigschwellig über Sexismus im Rahmen der Medizinischen Ausbildung informiert wird. Zudem können Meldungen eingesendet werden. Vorausgegangen war eine Befragung der Studierenden zu Sexismus im Medizinstudium und darauf aufbauende Fokusgruppeninterviews, die ausgewertet wurden, um in Zukunft Workshops zu entwickeln, die für die Thematik sensibilisieren und die perspektivisch in das Medizinstudium eingebaut werden sollen (www.detect.uni-freiburg.de). Das Thema wird zunehmend vor allem von jungen Menschen als nicht mehr tragbar empfunden und aktiv angegangen.

In der vorliegenden Studie wurde das Thema nicht separat abgefragt, sondern im Rahmen von Fragen zu unterschiedlichen eigenen und beobachteten Diskriminierungserfahrungen. Es könnte sein, dass die von Frauen signifikant häufigere Nennung von beruflicher Diskriminierung aufgrund des Geschlechts genau diesen Punkt benennt (s.o. Kap. 3.2.5, s.o. Kap.3.3.3.1). Eine weitere Handlungsempfehlung lautet also:

Die DGHO greift gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften die Thematik des Sexismus in der Medizin auf und entwickelt geeignete Maßnahmen, wie etwa die Bereitstellung von Informationsmaterial, die Schaffung von Anlaufstellen sowie Fortbildungsveranstaltungen für unterschiedliche Zielgruppen.

In der Vergangenheit wurden in Deutschland mehrfach sehr gut ausgestattete Bund-Länder-Programme zur Förderung der Gleichstellung in der Wissenschaft aufgelegt, darunter zuletzt das *Professorinnenprogramm*.⁹⁰ In dessen Programmkonzept fanden die Strukturen und die Kultur an einer medizinischen Fakultät nur unzureichend Eingang. Anders ist nicht zu erklären, dass die dritte Ausschreibungsrunde vorsah, die Mittel „vorrangig für die vorgezogene Berufung von Professorinnen zur Verfügung“ zu stellen.⁹¹ In einem geistes- oder sozialwissenschaftlichen Fach mit einer begrenzten Zahl an Professuren an einer Hochschule mag dies sinnvoll sein. An einer medizinischen Fakultät, an der immer wieder neue Professuren mit Spezialdenominationen aus Drittmitteln generiert werden, ist dagegen mit Mitnahmeeffekten zu rechnen. Unberücksichtigt blieb im Programmkonzept zudem das an einer medizinischen Fakultät vorhandene erhebliche Gefälle an Macht, Einfluss sowie Verfügungsgewalt über Sach- und Personalmittel, welche nur W3-Professorinnen und -Professoren mit Klinik- oder Institutsleitung in vollem Umfang besitzen, während den nachgeordneten in den Kliniken und Instituten angesiedelten W2- oder W3-Professorinnen und -Professoren Personal- und Sachmittel nicht selten nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie diese über Drittmittelanträge selbst einwerben. Eine weitere Besonderheit der Medizin gegenüber anderen Fakultäten sind die für eine (klinische) Professur unabdingbar zu absolvierenden Karrierewege sowohl in der Klinik als auch in der Wissenschaft, wobei in der Regel eine Vollzeitstelle in der Krankenversorgung mit zusätzlichen wissenschaftlichen Aktivitäten zu vereinbaren ist. Insgesamt leitet sich daraus eine weitere Forderung ab:

Die DGHO setzt sich dafür ein, dass bei der Konzeption neuer, mit umfangreichen Bund-Länder-Mitteln ausgestatteter Gleichstellungsprogramme für die Wissenschaft Hochschulmedizin spezifische Genderexpertise herangezogen wird und ggf. auf die Hochschulmedizin zugeschnittene Sonderprogramme aufgelegt werden.

Eine weitere Forderung ergibt sich in Bezug auf die Bedeutung des Übergangs von der fachärztlichen zur oberärztlichen Position (s.o. Kap. 2.4). Hier handelt es sich – für klinische Professuren – um einen entscheidenden, als „Sprungbrett“ angesehenen Karriereschritt. Als problematisch wurden in der vorliegenden Befragung interne Absprachen bei Stellenbesetzungen und fehlende Informationen über freiwerdende Stellen identifiziert (s.o. Kap. 3.2.4.1). Auch wenn diese für die Karriereentwicklung hinderlichen Aspekte nur von wenigen Befragten angeführt wurden und statistisch kein Geschlechterbias erkennbar ist, ist eine generelle, frühzeitige Ausschreibung vakanter Stellen - wie ohnehin gesetzlich vorgeschrieben - anzustreben:

Die DGHO setzt sich für die Durchsetzung des Gebots zur öffentlichen Ausschreibung, insbesondere zur öffentlichen Ausschreibung oberärztlicher Positionen ein, die mit ausreichendem Zeithorizont zu erfolgen hat.

⁹⁰ Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2020): Das Professorinnenprogramm (09.11.2020). Abgerufen am 25.04.2022 von <https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/chancengerechtigkeit-und-vielfalt-im-wissenschaftssystem/frauen-im-wissenschaftssystem/das-professorinnenprogramm.html>

⁹¹ Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBF) (2018): Bekanntmachung: Richtlinie zur Umsetzung des Professorinnenprogramms des Bundes und der Länder zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Wissenschaft und Forschung an deutschen Hochschulen – Professorinnenprogramm III. Bundesanzeiger vom 21.02.2018. Abgerufen am 25.04.2022 von https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/bekanntmachungen/de/2018/02/1600_bekanntmachung.html;jsessionid=7F37CB05D15AEFCA6E551ECA20334DF2.live721

Spätestens an dieser Stelle muss sich der Blick über die sogenannten strukturellen und arbeitsorganisatorischen Probleme hinaus öffnen in Richtung Erwartungshaltungen und Geschlechterrollenstereotype. Bereits die *DGHO-Studie* von 2014 hat diese Thematik aufgegriffen (s.o. Kap. 2.4), und der *Gender-Report 2016* (S. 361) stellt ausdrücklich fest, dass Geschlechterrollenstereotype weiter in den Köpfen existierten, auch wenn sie nicht mehr offen formuliert würden. Strukturveränderungen würden zwar von Frauen „in höheren Positionen“ für nötig befunden und „Geschlechterungerechtigkeiten“ würden der Gleichstellungsbeauftragten gegenüber beklagt, offen dagegen vorgehen würden die Frauen aber nicht, da sie Nachteile, beispielsweise in Bezug auf Finanzmittel, befürchteten und da „eine schützende Masse an Frauen“ fehle. Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass es sich bei den Erwartungshaltungen und Geschlechterrollenstereotypen nicht um einen Gegensatz zu den seit langem thematisierten strukturellen und arbeitsorganisatorischen Gründen für die fehlende Geschlechterparität handelt, sondern vielmehr um eine neue Betrachtungsweise. Wenn Kinderbetreuungsangebote in der Vergangenheit fehlten, dann deshalb, weil Kinderbetreuung traditionell als unentgeltlich erbrachte Tätigkeit von Müttern angesehen wurde. Überlange Arbeitszeiten konnten von Männern deshalb übernommen werden, weil diese von der umfangreichen Reproduktionsarbeit wie z.B. Kinderbetreuung oder Arbeit im Haushalt durch die unentgeltliche Arbeit von (Ehe-)Frauen entlastet waren. Den angeblich strukturellen und arbeitsorganisatorischen Gründen lagen also immer schon Erwartungshaltungen und Geschlechterrollenstereotype zugrunde. Seit nicht mehr alle Frauen bereit sind, auf berufliche Selbstverwirklichung zu verzichten, und seit es Männer gibt, die bereit sind, ihren Anteil an der Familienarbeit zu leisten, und sie diesen sogar aktiv einfordern, ist diese Tatsache allgemein sichtbar geworden. Möglicherweise fällt es aber nicht allen Beteiligten – weder langjährig tätigen Führungskräften noch jungen Frauen – leicht, ihre eigenen stereotypen Geschlechterrollenbilder und Erwartungen zu erkennen und aufzulösen. Deshalb lautet eine weitere Empfehlung:

Die DGHO unterstützt gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgesellschaften zielgruppenspezifische Maßnahmen, insbesondere außerfachliche Fortbildungen, die dazu beitragen, stereotype Geschlechterrollenbilder und Erwartungshaltungen (unconscious bias) zu erkennen und aufzulösen.

Literatur

Abele, A. (2006): Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S./Kaczmarczyk, G./Bühren, A. (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg, Springer: S. 35-57.

Albert, M./Hurrelmann, K./Quenzel, G. (2015): Jugend 2015-17. Shell Jugendstudie. Zusammenfassung. Hamburg: Shell. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie/>

Albert, M./Hurrelmann, K./Quenzel, G. (2019): Jugend 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort – 18. Shell Jugendstudie. Zusammenfassung. Hamburg, Shell. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie>.

Ärzteblatt (2021): Ärztekammer: 3.000 weitere Medizinstudienplätze nötig. Abgerufen am 05.12.2021 von <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=129535&s=Medizinstudienpl%20tze&s=erh%20hen>

AWMF ONLINE: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH): FMH-Ärztestatistik: Allgemeine Übersicht. Abgerufen am 01.05.2022 von https://www.fmh.ch/files/pdf10/Allgemeine_Ubersicht_2000.pdf

Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (2020): Abgerufen am 01.05.2022 von <https://www.fmh.ch/files/pdf25/fmh-aerztestatistik-2020.pdf>

Blum, M. (2021): Ärztestatistik: Mehr Köpfe, nicht mehr Arztstunden. Dtsch Arztebl 2021; 118(15): A-762 / B-641.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Rund 7,9 Milliarden Arbeitsstunden im Jahr 2018. Medienmitteilung. 03 Arbeit und Erwerb. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und abgeleitete Statistiken: Arbeitszeit Neuchâtel 23.05.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8508843/master>

Bundesamt für Statistik (BFS) (2021): 2020 wurden deutlich weniger Arbeitsstunden geleistet. Medienmitteilung. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und Statistiken: Arbeitszeit Neuchâtel 18.05.2021. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuer-medien-schaffende/medienmitteilungen.assetdetail.17124435.html>

Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021. Abgerufen am 01.12.2021 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

Bundesärztekammer (2020): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf

Bundesärztekammer (2021): Ärztestatistik 2020. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/gesamtzahl-der-aerzte/>

Bundesärztekammer (2021): Presserklärung – Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020: Corona-Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung. Ärztlicher Nachwuchsförderung höchste Priorität beimessen (08.04.2021). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/>

Bundeskongress der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V. (bukof): Standpunkte für eine Geschlechtergerechte Hochschulpolitik - Das ist die bukof! Abgerufen am 26.04.2022 von <https://bukof.de/standpunkte/>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2020): Das Professorinnenprogramm (09.11.2020) Abgerufen am 25.04.2022 von <https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/chancengerechtigkeit-und-vielfalt-im-wissenschaftssystem/frauen-im-wissenschaftssystem/das-professorinnenprogramm.html>

Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBF) (2018): Bekanntmachung: Richtlinie zur Umsetzung des Professorinnenprogramms des Bundes und der Länder zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Wissenschaft und Forschung an deutschen Hochschulen – Professorinnenprogramm III. Bundesanzeiger vom 21.02.2018. Abgerufen am 25.04.2022 von https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/bekanntmachungen/de/2018/02/1600_bekanntmachung.html;jsessionid=7F37CB05D15AEFCA6E551ECA20334DF2.live721

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (2020): Positionspapier Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit im ärztlichen Tätigkeitsfeld – Ärztinnen in Führungspositionen beschlossen am 10.11.2020 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2021/04/Grundsatzentscheidung_2019-11_Geschlechtergerechtigkeit_und_Chancengleichheit.pdf

Chzhen, Y./Gromada, A./Rees, G. (2019): Are the world's richest countries family-friendly? Policy in the OECD and EU. Unicef Italy 2019, 3 – 21. Hier Abbildung 1, Abbildung 1, Seite 6.

de.Statista (2020): Anzahl der Einwohner in Deutschland nach Generationen am 31. Dezember 2020 (in Millionen). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1130193/umfrage/bevoelkerung-in-deutschland-nach-generationen/>

Deutscher Ärztinnenbund (2019): Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 15 Fächern der deutschen Universitätsmedizin. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/MWoT_update_2019.pdf

Deutscher Ärztinnenbund e.V.: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.aerztinnenbund.de/>

Deutscher Ärztinnenbund: Frauen in Führungspositionen. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztinnenbund.de/Frauen_in_Fuehrungspositionen.o.363.1.html

DGHO: Satzung. Abgerufen am 28.04.2022 von <https://www.dgho.de/d-g-h-o/ueber-uns/satzung>

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2019): Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Endlich eine echte Elternzeit. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20193847>

Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) (2021): Berechnung der Kosten für eine Elternzeit – Gemäss EKFF-Modell 2018. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://ekff.admin.ch/publikationen/elternzeit>

Engelmann, C./Grote, G./ Miemietz, B./Vaske, B./Geyer, S. (2015): Weggegangen – Platz vergangen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2015: 140, 4: e28-e35.

European Institute for Gender Equality (EIGE): Gender Equality Index. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/about>

European Institute for Gender Equality (EIGE): Gender Equality Index. Compare Countries. Comparing scores for the 2021 edition. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/compare-countries>

FMH-Generalsekretariat (2021): Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.fmh.ch/files/pdf25/5.-aerzteschaft-nach-hauptfachgebiet-und-geschlecht.pdf>

Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment: Gendered Innovations. Abgerufen am 26.04.2022 von <http://genderedinnovations.stanford.edu/>

Hallek, M./Bokemeyer, C./Lüftner, D./Weißinger, F. (Hrsg.) (2019): Positionspapier – Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/frauenfoerderung/dgho_positionspapier_11-2019_e.pdf

Hostettler, S./Kraft, E. (2019): FMH-Ärzttestatistik 2018 – Wenig Frauen in Kaderpositionen Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des Mediciens Suisses – Bolletino dei Medici Svizzeri;100(12): 411–416.

HRK (Hrsg.) (2021): Statistische Daten zu Studienangeboten an Hochschulen in Deutschland. Studiengänge. Studierende, Absolventinnen und Absolventen. Abgerufen am 05.12.2021 von https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-01-Studium-Studienreform/HRK_Statistik_BA_MA_UEbrige_WiSe_2021_22.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019): Berufsmonitoring: Medizinstudierende 2018. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf

Komlenac, N./Gustafsson Sendén, M./Verdonk, P./Hochleitner, M./Siller, H. (2019): Parenthood does not explain the gender difference in clinical position in academic medicine among Swedish, Dutch and Austrian physicians. *Advances in Health Sciences Education* (2019) 24:539–557.

Kortendiek, B. (2020): Geringer Professorinnenanteil in der Medizin ist keine Generationenfrage. *Ärztin* 1 67. Jahrgang April, 6-7.

Kunz, K./Keis, O./Schürer, S./Schüttpelz-Brauns, K./Strauß, A./Giesler, M. (2020): Wunsch und Wirklichkeit: Wie sehen die Arbeitsbedingungen von jungen ÄrztInnen aus? In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Zürich, 09.-12.09.2020. Düsseldorf, German Medical Science GMS Publishing House. DocV-064.

Lüftner, D./Letsch, A./Wünsch, K./Oldenburg, M./Freund, M./Wilhelm, M. (2014): Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen. Band 5. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/frauenfoerderung/dgho_schriftenreihe_Bd5-2014_web.pdf

Medical Women Switzerland: Abgerufen am 26.04.2022 von <https://medicalwomen.ch>

Medical Women Switzerland: Geschichte. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://medicalwomen.ch/geschichte/>

Medical Women's International Association (MWIA): Abgerufen am 26.04.2022 von <https://mwia.net/>

Munz, H./Rass, S. (2021): Vertragsarztstatistik 2020: Weiblich, angestellt, in Teilzeit. Dtsch Arztebl 2021; 118(17): A-868 / B-722.

Organisation der Ärztinnen Österreichs: Abgerufen am 26.04.2022 von <http://aerztinnen-oesterreich.at>

Österreichische Ärztekammer (2020): Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/%C3%96%C3%84K_%C3%84rztestatistik_2019_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654

Österreichische Ärztekammer (2021): Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) Verordnung – konsolidierte Fassung vom 23.06.2021 Abgerufen am 02.12.2021 von https://www.aerztekammer.at/documents/261766/417722/SpezV_ueWB+3.Nov_2019-12-13_Beschl+140.VV_konsolidiert.pdf/732dd4a6-foae-f650-5c3c-eace579e72f8?t=1576754728577

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (2019): Positionspapier – Gegenwart und Zukunft der Hämatologie und Medizinischen Onkologie in Österreich. Österreichische Expertengruppe: Mitglieder des Vorstands, Mitglieder des Beirats.

Version 14.05.2019. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.oegho.at/fileadmin/Benutzer/Positionspapier_OEGHO.pdf

Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie: Ergebnisse der Mitgliederbefragung. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.oegho.at/service/mitgliederbefragung-der-oegho/>

Petersen, R./Budde, M./Brocke, P.S./Doebert, G./Rudack, H./Wolf, H. (Hrsg.) (2017): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft, Springer VS; 1. Aufl. 2017 Edition.

Rodeck ML. Der Wertewandel in der Arbeitswelt durch die Generation Y. Hamburg: Diplomica Verlag. 2014.

Schaper, N. (2014): Arbeitsanalyse und -bewertung. In: F. W. Nerdinger, G. Blickle, N. Schaper (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin/ Heidelberg, Springer, S. 347–370.

Schiebinger, L. (1999): Has Feminism Changed Science? Harvard University Press.

Schmidt, C.E./Möller, J./Schmidt, K./Gerbershagen, M.U./Wappler, F./Limmroth, V./Padosch, S.A./Bauer, M. (2011): Generation Y – Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesist 6/2011.

Schwarz, M. (1999): 100 Jahre Frauenstudium – Baden lag an der Spitze. Pressemitteilung idw. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://idw-online.de/de/news10367>

SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung | ISFM Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (2021): Weiterbildungsordnung (WBO) 21.Juni 2000 (letzte Revision: 25. November 2021). Abgerufen am 02.12.2021 von https://www.siwf.ch/files/pdf7/wbo_d.pdf

Statistik Austria: Volkszählungen, Registerzählung, Abgestimmte Erwerbsstatistik. Haushalte und Familien, Erwerbstätigkeit. Volkszählungen 1971-2001, Registerzählung 2011, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016. Schnellbericht 10.47.. Abgerufen am 26.04.2022 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/index.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019): Pressemitteilung: 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Mehr Habilitationen von Frauen im Jahr 2020. Pressemitteilung vom 06. Juli 2021. Abgerufen am 26.04.2022 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_319_213.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studiengang Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Lange Reihen mit Jahresergebnisse ab 1975. Tabellen zu Bildung und Forschung mit Originalwerten und Veränderungsraten. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbilo5.html>

Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25 (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen: Teil C Der Gender Gap in der Hochschulmedizin. S. 261-460. Abgerufen am 26.04.2022 von http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/fileadmin/media/media-genderreport/download/Gender-Report_2016/Teil_C_Gender-Report_2016_f_web.pdf

United Nations Desa Statistics (2021): Switzerland: Employment models in couple households. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/apps/2bb9274fcd84ff781d49734e814f03f/explore>

United Nations Desa Statistics (2021): Women and men in part-time employment. Abgerufen am 26.04.2022 von <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/apps/11b52c23c62148odbof9017fa5bff63b/>

United Nations Development Programme: Human Development Reports - Gender Inequality Index (GII). Abgerufen am 26.04.2022 von <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>

United Nations Development Programme: Human Development Reports - GII. <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>

van den Bussche, H./Selch, S./ Boczor, S./Meyer, J./ Nehls, S./ Kocalevent, R.: Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/karriereverl%C3%A4ufe-von-%C3%A4rztinnen-und-%C3%A4rzten-w%C3%A4hrend-der-fach%C3%A4rztlichen-weiterbildung.html>

Waeschle, R.M./Schmidt, C./Mörstedt, A.-B. (2021): Die Generation Y und Z – Neue Herausforderungen für Führungskräfte im Krankenhaus. 2021 Anaesthesist 70:1011-1021.

World Health Organization: The Global Health Observatory – Medical Doctors by sex (%). Abgerufen am 26.04.2022 von <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-by-sex>

Ziegler, S./Zimmermann, T./Krause-Solberg, L./Scherer, M./van den Bussche, H. (2017): Male and female residents in postgraduate medical education – A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc53.

Zou, J./Schiebinger, L. (2021): Ensuring that biomedical AI benefits diverse populations. *EBIOMedicine*, 2021, Vol 67 103358

Ergänzende Literatur

Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen e.V. (bukof) (2017): Gender-Kongress 2017 Tagungsdokumentation Von der Diagnose zur Therapie – Geschlechter(un)gerechtigkeit in Hochschule und Hochschulmedizin 8. März 2017, Essen. Abgerufen am 01.05.2022 von https://bukof.de/wp-content/uploads/2017_genderkongress_fgf_dokumentation.pdf.

Depeweg, D./Achatz, G./Liebig, K./Lorenz, O. (2013): Der junge Arzt zwischen Beruf und Familie Status quo und Lösungsansätze im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. *Der Unfallchirurg*, 116 (1):15–20.

Klös, H.-P./Rump, J./Zibrowius, M. (2016): Die neue Generation: Werte, Arbeitseinstellungen und unternehmerische Anforderungen. Roman Herzog Institut e.V. Abgerufen am 01.05.2022 von https://www.ibe-ludwigshafen.de/download/arbeitsschwerpunkte-downloads/generationenmix/RHI_Diskussion_29_Web.pdf

Kortendiek, B./Mense, L./Beaufäys, S./Bünnig, J./Hendrix, U./Herrmann, J./Mauer, H./Niegel, J. (2019): Gender-Report 2019 Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Hochschulentwicklungen | Gleichstellungspraktiken | Gender Pay Gap. Abgerufen a, 01.05.2022 von <http://www.genderreport-hochschulen.nrw.de/gender-report-2019/downloads>

Loos, S./Sander, M./Albrecht, M. (2014): Systematische Situationsanalyse zum wissenschaftlichen Nachwuchs in der klinischen Forschung. IGES Institut, Berlin: Endbericht. Abgerufen am 01.05.2022 von https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9500/e9501/e9503/attr_objs9504/IGES_Nachwuchs_WEB_ger.pdf

Richter-Kuhlmann, E. (2018): Arbeitszeitmodelle – Weibliche Doppelspitze. *Dtsch Arztebl*, 115 (10): A420 – A421.

Roberts, L.W. (2020): From the Editor – Women and Academic Medicine, 2020. *Academic Medicine*, 95 (10): 1459 – 1464.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Anteil berufstätiger Ärztinnen von 2000 bis 2020	20
<i>Abbildung 2:</i>	Anteil berufstätiger Ärztinnen mit Weiterbildung oder Schwerpunkt in der Hämatologie und Onkologie der Jahre 2010 bis 2020	20
<i>Tabelle 1:</i>	Verteilung der Frauen und Männer in den Fachgesellschaften und den jeweiligen Stichproben	32
<i>Abbildung 3:</i>	Prozentuale Anteile einzelner Altersgruppen	33
<i>Abbildung 4:</i>	Prozentuale Angaben zum Tätigkeitsbereich	34
<i>Abbildung 5:</i>	Prozentuale Angaben zur beruflichen Position	35
<i>Tabelle 2:</i>	Vertraglich vereinbarte und tatsächlich geleistete Wochenarbeitsstunden	36
<i>Abbildung 6:</i>	Zeitbudget für die Zeit vor und während der Covid-19-Pandemie sowie das gewünschte Zeitbudget	37
<i>Tabelle 3:</i>	Angaben zu Familienstand und Kindern	38
<i>Abbildung 7:</i>	Inanspruchnahme von Elternzeit	39
<i>Abbildung 8:</i>	Karriereförderliche Faktoren	40
<i>Abbildung 9:</i>	Als karriereförderlich angesehene Faktoren der eigenen Person	41
<i>Abbildung 10:</i>	Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch die Partnerin/den Partner	42
<i>Abbildung 11:</i>	Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen	43
<i>Abbildung 12:</i>	Weitere als karriereförderlich angesehene Aspekte	44
<i>Abbildung 13:</i>	Als karriereförderlich angesehene Aspekte im Rahmen der Unterstützung durch die Familie	45
<i>Abbildung 14:</i>	Als karriereförderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung (Teil 1)	46
<i>Abbildung 15:</i>	Als karriereförderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung (Teil 2)	47
<i>Abbildung 16:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren	48
<i>Abbildung 17:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung (Teil 1)	49
<i>Abbildung 18:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung (Teil 2)	50
<i>Abbildung 19:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Aspekte der Arbeitsgestaltung (Teil 3)	51
<i>Abbildung 20:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren der eigenen Person	52
<i>Abbildung 21:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren im Rahmen der Familie	53
<i>Abbildung 22:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Karriere auftreten	54
<i>Abbildung 23:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren bezogen auf Kolleginnen/Kollegen	55

<i>Abbildung 24:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit der fachärztlichen Weiterbildung auftreten	56
<i>Abbildung 25:</i>	Als karrierehinderlich angesehene Faktoren, die im Zusammenhang mit Teilzeit auftreten	57
<i>Abbildung 26:</i>	Aspekte der beruflichen Diskriminierung	58
<i>Abbildung 27:</i>	Selbst erlebte bzw. bei anderen wahrgenommene diskriminierende Vorkommnisse	59
<i>Abbildung 28:</i>	Lokalisation der Zufriedenheit mit der Karriereentwicklung für verschiedene berufliche Positionen	59
<i>Abbildung 29:</i>	Teilzeittätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland	63
<i>Abbildung 30:</i>	Zustimmung zu karrierehinderlichen Bedingungen für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben (Teil 1)	68
<i>Abbildung 31:</i>	Zustimmung zu karrierehinderlichen Bedingungen für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben (Teil 2)	69
<i>Abbildung 32:</i>	Gewünschte Arbeitszeitmodelle für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben	70
<i>Abbildung 33:</i>	Gewünschte Arbeitsbedingungen für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben	71
<i>Abbildung 34:</i>	Gewünschte familienfreundliche Bedingungen für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben (Teil 1)	72
<i>Abbildung 35:</i>	Gewünschte familienfreundliche Bedingungen für die Gesamtstichprobe und Länderstichproben (Teil 2)	73

Anhang 1

Fragebogen

Fragebogen liegt auch in englischer Fassung vor.



Seite 01

Einleitung

Herzlich Willkommen zur Online-Umfrage: Studie zur Erfassung von karriereförderlichen und -hinderlichen Faktoren von in der Onkologie und Hämatologie tätigen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Mit den Ergebnissen dieser Befragung möchten wir zur Verbesserung der Vereinbarkeit zwischen Familie/Privatleben und Beruf beitragen. Daher geht es in diesem Fragebogen vor allem darum herauszufinden, welche förderlichen und welche hinderlichen Faktoren es im Laufe der beruflichen Karriere von in der Hämatologie und Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzten gibt und welche Arbeitsbedingungen sie sich künftig wünschen.

Sie werden im Fragebogen aufgefordert, zu nachfolgend aufgeführten Inhaltsbereichen, Fragen zu beantworten. Meist werden Sie gebeten, das Zutreffende anzugeben bzw. freie Angaben zu machen. Häufig können mehrere Kästchen ausgewählt werden. Dies erkennen Sie jeweils am Hinweis "Mehrfachangaben".

Inhaltsbereiche:

- I - Fragen zur derzeitigen beruflichen Situation
- II - Fragen zur beruflichen Karriere
- III - Fragen zu Bedingungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Privatleben und Beruf ermöglichen könnten
- IV - Fragen zur gewünschten Position und zum gewünschten Tätigkeitsbereich
- V - Angaben zur Person

Bitte beachten Sie, dass jede Frage beantwortet werden muss und Sie nicht zwischenspeichern können.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 25 Minuten.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme.

Hinweise zum Datenschutz

Die Daten werden vom "Verein zur Förderung der Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie" (WBHO e.V.) erhoben. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und es entstehen Ihnen durch eine Nichtteilnahme keine Nachteile. Die Erhebung findet anonym über die Plattform SosciSurvey statt. Es kann nicht vollkommen ausgeschlossen werden, dass in bestimmten Fällen aus der Kombination Ihrer Angaben ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist. Dies liegt jedoch nicht in unserem Interesse. Sämtliche von Ihnen im Fragebogen gemachten personenbezogenen Angaben werden vertraulich behandelt. Die Daten werden statistisch ausgewertet und die Ergebnisse in aggregierter Form bei wissenschaftlichen Tagungen und in Publikationen präsentiert. Aus den veröffentlichten Ergebnissen der Datenauswertung wird kein Rückschluss auf einzelne Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der Befragung möglich sein.

Browserdaten sowie die Form des Endgeräts werden zu Auswertungszwecken registriert. IP-Adressen werden nicht aufgezeichnet. Die Beantwortung und anschließende elektronische Versendung der Fragebögen gilt zugleich als Zustimmung zur Teilnahme.

WBHO e.V.

Der WBHO e.V. - Verein zur Förderung der Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie - ist ein Zusammenschluss aus folgenden Fachgesellschaften und weiteren natürlichen Personen:

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO)
Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH)

Ziel des WBHO e. V. ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung in der Hämatologie und Onkologie. Er unterstützt das an ihn herangetragene Projekt zur „Erfassung der Parität von Ärztinnen in Führungspositionen und Gremien in Deutschland, Österreich und der Schweiz“.

Wir stehen Ihnen unter u. g. Kontaktdaten gerne für Rückfragen zur Verfügung.

DGHO Service GmbH, Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 27 87 60 89 – 0
E-Mail: wbo@dgho-service.de

1. In welchem Bereich arbeiten Sie derzeit?

Bitte geben Sie das für Sie Zutreffende an.

- ☐ Niederlassung
☐ Arztpraxis (angestellt)
☐ Gemeinschaftspraxis
☐ Praxisgemeinschaft
☐ Medizinisches Versorgungszentrum (Klinikum)
☐ Medizinisches Versorgungszentrum (niedergelassen)
☐ Universitätsklinikum
☐ Universität (z.B. nicht med. Fakultät)
☐ Krankenhaus/Spital/Privatklinik (nicht Universitätsklinikum)
☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
☐ Forschung (außeruniversitär, z.B. Fraunhofer-Institut)
☐ Forschung (Privatwirtschaft, z.B. Pharmaindustrie)
☐ Ich bin zurzeit in Mutterschutz/Elternzeit.
☐ Ich bin zurzeit Hausfrau/Hausmann.
☐ Anderes

2. Welche Position haben Sie inne?

Geben Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

- ☐ Assistenzärztin/-arzt
☐ Fachärztin/-arzt
☐ Oberärztin/-arzt (inkl. Funktionsoberärztin/-arzt)
☐ Leitende / Geschäftsführende Oberärztin/-arzt
☐ Chefärztin/-arzt
☐ Klinikdirektorin/-direktor / Spitalleiterin/-leiter
☐ Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Wissenschaftlicher Mitarbeiter
☐ Ärztliche Leitung eines Forschungsbereichs
☐ Selbstständig
☐ Angestellt in einer Praxis
☐ Anderes

3. Ich bin

Geben Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ divers
☐ keine Angabe

4. In welchem Land sind Sie berufstätig?

Bitte geben Sie das Zutreffende an.

- ☐ Deutschland
☐ Österreich
☐ Schweiz
☐ Ein anderes, und zwar

5. Was bedeutet für Sie persönlich „Karriere“?

Um herauszufinden, welche Aussagen für Sie am bedeutsamsten sind, bitten wir Sie, jede Aussage an die entsprechende Stelle zu schieben (Drag&Drop), beginnend mit „1“ (sehr bedeutsam) bis „8“ (kaum bedeutsam).

die höchste Position in meiner Profession zu erreichen	ein hohes Einkommen zu erzielen	1
	eine Stelle/Position inne zu haben, in der ich meine Kompetenzen bestmöglich einsetzen kann	2
		3
		4
hohes Ansehen unter Kolleg*innen zu genießen	Zufriedenheit und Erfüllung in Beruf und Privatleben zu erreichen	5
		6
hohes Ansehen in der Öffentlichkeit zu genießen	Zufriedenheit und Erfüllung im Beruf zu erreichen	7
		8
Anderes		

6. Ausgehend von Ihrer eigenen Situation, wie gut sind bzw. waren für Sie Karriere und Familie bzw. Karriere und Privatleben vereinbar?

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
überhaupt nicht miteinander vereinbar	eher nicht miteinander vereinbar	nur mit Kompromissen miteinander vereinbar	eher gut miteinander vereinbar	sehr gut miteinander vereinbar

7. Hat Ihnen die Unterstützung Ihres Partners/Ihrer Partnerin bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch anteilige Übernahme der Pflege Angehöriger
☐ durch anteilige Übernahme von Kinderbetreuung
☐ durch anteilige Übernahme von Hausarbeit
☐ durch emotionale Unterstützung
☐ durch finanzielle Unterstützung

☐ Anderes

8. Hat Ihnen die Unterstützung Ihrer Familie (z.B. der Eltern) bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch anteilige Übernahme von Kinderbetreuung
☐ durch anteilige Übernahme von Hausarbeit
☐ durch emotionale Unterstützung
☐ durch finanzielle Unterstützung
☐ Anderes

9. Hat Ihnen die Unterstützung durch den Arbeitgeber und/oder die/den Vorgesetzte*n bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch Freistellung (protected time) für Forschung
☐ durch Gewährung von Teilzeitarbeit
☐ durch Flexibilität bei Dienstplantausch
☐ durch die Möglichkeit im Home Office zu arbeiten
☐ durch kurzfristige Arbeitszeitänderungen (in familiären Notsituationen)
☐ durch ein Arbeitszeitkonto (z.B. für Sabbatical)
☐ durch Flexibilität bei der Urlaubsplanung
☐ durch Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten (zusätzlich zur fachärztlichen Weiterbildung)
☐ durch Mentoringprogramme
☐ durch Kongress-/Tagungsteilnahmen, Auslandsaufenthalte
☐ durch fachliche Förderung in der Klinik
☐ durch Coaching-, Mediations-, Konfliktberatungsangebote
☐ Anderes

10. Hat Ihnen die Unterstützung durch Kolleg*innen bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch kollegialen Austausch (Beratung, fachliche Unterstützung)
☐ durch kollegialen Austausch (Karriereentwicklungsmöglichkeiten)
☐ durch Bereitschaft, Dienste/Tage innerhalb der Dienstpläne zu tauschen
☐ durch emotionale Unterstützung
☐ durch das Zusammenarbeiten im Team
☐ Anderes

11. Haben Ihnen Ihre persönlichen Eigenschaften und/oder Ihr eigener Einsatz bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ Engagement, Eigeninitiative, hohes Arbeitspensum
☐ Zurückstellen anderer Interessen
☐ Ehrgeiz
☐ Durchhaltevermögen
☐ Flexibilität
☐ Klarheit über das eigene Karriereziel
☐ Motivation, Neugier, Freude am Beruf
☐ Qualifikation (Fort-/Weiterbildung, Auslandsaufenthalt(e))
☐ Anderes

12. Haben Ihnen bisher noch nicht genannte Faktoren bei der Entwicklung Ihrer Karriere geholfen?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ Glück, Zufall
☐ Netzwerke (u.a. über Kongresse, Tagungen, Auslandsaufenthalte)
☐ Betreuung durch Mentorinnen/Mentoren
☐ Teilnahme an Mentoringprogrammen/an einem Mentoringprogramm
☐ gute fachliche Ausbildung
☐ Anderes

Seite 04
BK2

13. In früheren Untersuchungen wurden nachfolgend aufgeführte karrierehemmende Umstände beschrieben. Welchen Argumenten würden Sie für sich selbst am ehesten zustimmen?

Kreuzen Sie bitte die zwei für Sie wichtigsten Gründe an.

- ☐ Klinik und Forschung sind schlecht vereinbar
☐ Familie und Beruf sind schlecht vereinbar
☐ Privatleben und Beruf sind schlecht vereinbar
☐ Frauen werden bei der Karriereentwicklung benachteiligt
☐ Mütter werden bei der Karriereentwicklung benachteiligt
☐ Väter werden bei der Karriereentwicklung benachteiligt
☐ Teilzeitbeschäftigte werden bei der Karriereentwicklung benachteiligt
☐ Überkommene Rollenmodelle behindern die Karriereentwicklung von Frauen
☐ Für mich nicht zutreffend

14. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen durch Partnerschaft / Familie erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ fehlende Entlastung durch meine*n Partner*in
☐ fehlende Unterstützung durch meine Familie
☐ eingeschränkte zeitliche Flexibilität
☐ eingeschränkte Mobilität (z.B. keine Auslandsaufenthalte)
☐ Einschränkungen durch Elternzeit/Kinderbetreuung
☐ Einschränkung durch Krankheit und Pflege von Angehörigen
☐ Einschränkung durch Partnerschaftsprobleme
☐ Anderes

15. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen durch den Arbeitgeber und/oder die/den Vorgesetzte*n erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch interne Absprachen bei Stellenbesetzungen
☐ durch fehlende Informationen über freie/frei werdende Stellen
☐ durch Nichtgewährung von Tagungs-/Kongressbesuchen
☐ durch Bevorzugung von männlichen Kollegen bei der Zuteilung von Arbeitsaufgaben
☐ durch Wegnahme von Drittmitteln bzw. Einschränkung des Zugriffs auf selbst eingeworbene Drittmittel
☐ durch Personalpolitik (z.B. Einsparungen bei ärztlichem Personal, bei Pflege-Personal)
☐ durch hohen Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben (Organisation, Dokumentation)
☐ durch zu viele Vorschriften
☐ durch mangelnde Unterstützung bei der eigenen Forschung
☐ durch kurze Vertragslaufzeiten
☐ durch Nichtermöglichen von Home Office (z.B. für Forschung, Befundung, Arztbriefe)
☐ durch Ausbleiben von fachlicher Förderung durch die/den Vorgesetzte*n
☐ durch missbräuchliche Verwendung eigener Forschungsergebnisse durch Andere (z.B. für Publikationen, Habilitation der/des Vorgesetzten)
☐ durch Benachteiligung bei der OP-Planung
☐ Anderes

16. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen durch Kolleginnen und Kollegen erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch mangelnde Kollegialität (z.B. bei Dienstplangestaltung)
☐ durch Konkurrenzverhalten
☐ Anderes

17. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen durch persönliche Eigenschaften und Bedürfnisse und/oder individuelle Bedingungen erfahren?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ geringer beruflicher Ehrgeiz
☐ mangelndes Selbstbewusstsein
☐ mangelnde Durchsetzungsfähigkeit
☐ Trägheit, mangelnde Motivation
☐ private Interessen, Freizeitgestaltung, Hobbys
☐ Fokussierung auf Familienaufgaben
☐ finanzielle Engpässe
☐ mangelnde Klarheit über das eigene Karriereziel
☐ Anderes

18. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen durch strukturelle und arbeitsorganisationsbedingte Faktoren erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ starre Hierarchien in Kliniken und Abteilungen
☐ schlechte Organisation der Arbeitsabläufe
☐ starre Dienstpläne
☐ nicht-verlässliche Dienstpläne
☐ zu viele Überstunden
☐ zu viele Nacht-/Wochenenddienste
☐ zu wenig Zeit für Forschung
☐ zu wenig Zeit für Fort- und Weiterbildung
☐ Anderes

19. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen bei Arbeit in Teilzeit erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch Benachteiligungen von Teilzeitarbeitenden gegenüber Vollzeitarbeitenden (z.B. bei der Zuweisung von Arbeitsaufgaben)
☐ durch beeinträchtigten Informationsfluss aufgrund eingeschränkter Anwesenheitszeiten
☐ durch mangelnde Integration in Arbeitsabläufe aufgrund eingeschränkter Anwesenheitszeiten
☐ durch Benachteiligung beim Wechsel von Vollzeit zu Teilzeit (Funktionsverlust /weniger bzw. andere Arbeitsinhalte)
☐ Anderes

20. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen im Rahmen der Facharztweiterbildung erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch Nichteinhaltung der Vorgaben der Weiterbildungsverordnung
☐ durch Nichtumsetzung von Rotationsplänen
☐ durch keine der Planung entsprechende Durchführung von Weiterbildungsgesprächen
☐ durch Schwierigkeiten wegen unterschiedlicher Weiterbildungsordnungen in den Bundesländern
☐ durch (in der Praxis) lückenhaftes Curriculum
☐ durch eingeschränkte Möglichkeiten der Facharztweiterbildung in Teilzeit
☐ durch erlebte Nachteile nach der Elternzeit in der Facharztweiterbildung
☐ Anderes

21. Haben Sie im Verlauf Ihrer Karriere Einschränkungen für eine wissenschaftliche Karriere erlebt?

- ☐ Trifft zu
☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ durch fehlendes Führungskräftetraining
☐ durch fehlende Didaktikschulungen
☐ durch fehlende Gelegenheit zur Durchführung von Lehre
☐ durch fehlende Unterstützung von Mentorinnen bzw. Mentoren
☐ durch ausbleibende Unterstützung bei der Drittmittelwerbung
☐ durch fehlende Vernetzungsmöglichkeiten (z. B. da Tagungs- und Kongressbesuche kaum gestattet werden)
☐ Anderes

22. Wurden Sie im Laufe Ihrer beruflichen Entwicklung diskriminiert?

- ☐ ja, und zwar wegen...
- ☐ Trifft nicht zu

Bitte geben Sie jede für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe).

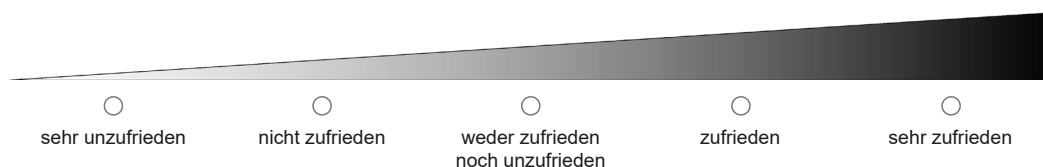
- ☐ Geschlecht
- ☐ Mutterschaft/Vaterschaft/Elternschaft
- ☐ Alter
- ☐ soziale Herkunft
- ☐ Migrationshintergrund
- ☐ Anderes

23. Haben Sie folgende Vorkommnisse erlebt oder bei Kolleginnen /Kollegen wahrgenommen?

- ☐ Trifft zu
- ☐ Trifft nicht zu

Wenn „Trifft zu“, geben Sie bitte die für Sie zutreffende Angabe an (Mehrfachangabe möglich).

- ☐ Es wird davon ausgegangen, dass Mütter weniger Leistung erbringen.
- ☐ Ärztinnen mit Kindern werden auf die Mutterrolle reduziert.
- ☐ Ärztinnen müssen sich in stärkerem Maße legitimieren, z. B. im Rahmen von Besprechungen.
- ☐ Ärztinnen, die in Elternzeit gehen, erfahren Nachteile.
- ☐ Ärzte, die in Elternzeit gehen, erfahren Nachteile (z. B. Herabstufung bei der Funktion).
- ☐ Ärztinnen, die in Teilzeit gehen, erfahren Nachteile.
- ☐ Ärzte, die in Teilzeit gehen, erfahren Nachteile (z. B. Herabstufung bei der Funktion, geringeres Aufgabenspektrum).
- ☐ Anderes

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer bisherigen Karriereentwicklung?

25. Welches Arbeitszeitmodell würden Sie zur besseren Vereinbarkeit Ihrer Bedürfnisse und Interessen favorisieren?

Bitte geben Sie das von Ihnen bevorzugte Modell an.

- ☐ Gleitzeit (Rahmenarbeitszeit mit Kernzeiten)
- ☐ Teilzeit (weiter zu Frage 26)
- ☐ Arbeitszeitkonto, Ampelkonto (Differenz der tatsächlichen Arbeitszeit zur Sollarbeitszeit kann entsprechend der Arbeitszeitkonten – Gleitzeit, Jahresarbeitszeit, Langzeitkonto – ausgeglichen werden.)
- ☐ Lebensarbeitskonto (Arbeitszeiten und Entgeltbestandteile können „eingezahlt“ werden, um Elternzeiten zu verlängern, in den Vorruhestand zu gehen, Sabbaticals zu nehmen etc. In diesen Zeiten sind Sie weiterhin Renten- und sozialversichert.)
- ☐ Schichtarbeit
- ☐ Mitarbeit auf Abruf (Der Arbeitsabruf muss mindestens 4 Tage vor dem Einsatz angekündigt werden. Das vereinbarte Stundenkontingent ist in jedem Fall zu vergüten, auch wenn die Arbeitsleistung nicht abgerufen wurde.)
- ☐ Job-Sharing (es teilen sich zwei Mitarbeiter*innen z.B. einen Vollzeitarbeitsplatz und regeln in Absprache untereinander selbstständig die Details ihrer Arbeitszeiten.)
- ☐ Andere Möglichkeiten

26. Falls Sie ein Teilzeitmodell bevorzugen, geben Sie bitte ausgehend von der regulären Arbeitszeit (in Stunden) an, wieviel Sie gerne arbeiten würden.

Stunden pro Woche

27. Welche Bedingungen ermöglichen Ihrer Meinung nach eine bessere Vereinbarkeit von Familie/Privatleben und Beruf?

Bitte geben Sie jede für Sie zutreffende Angabe an.

- ☐ zeitlich flexible Bring- und Abholzeiten in der Kinderbetreuung
- ☐ Kinder-Betreuungsangebot des Arbeitgebers / Erhöhung der Betreuungsplätze
- ☐ Betreuung von Kindern aller Altersstufen an einem Ort
- ☐ Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter 1 Jahr
- ☐ 24-Stunden-Kinderbetreuung
- ☐ Urlaubsplanung angepasst an die Schulferien
- ☐ Erhalt von Positionen, Zuständigkeiten und zugesagten Karriereoptionen über die Elternzeit hinweg
- ☐ Ermütigung von Vätern, Elternzeit im gleichen Umfang wie Mütter in Anspruch zu nehmen
- ☐ Schaffung der Position eines Väterbeauftragten als Ansprechperson
- ☐ Homeoffice-Möglichkeiten (z.B. für Forschung, Befundung, Arztbriefe)
- ☐ Arbeitsorganisation (z.B. Wechsel zwischen Homeoffice und Präsenz)
- ☐ Personalgespräche zu langfristiger Karriereplanung (familiäre Bedingungen/berufliche Bedingungen)
- ☐ Ermöglichung von Facharztweiterbildung in Teilzeit als Routineangebot
- ☐ Ermöglichung der Übernahme von leitenden Tätigkeiten in Teilzeit (Führung in Teilzeit)
- ☐ flexible Arbeitszeiten/Arbeitszeitplanung
- ☐ Tagespflegeangebote für zu pflegende Angehörige
- ☐ Anderes

28. In welchem ärztlichen Versorgungsbereich wären Sie gerne tätig?

Bitte geben Sie das für Sie Zutreffende an.

- ☐ Eigene Arztpraxis
- ☐ Arztpraxis (angestellt)
- ☐ Gemeinschaftspraxis
- ☐ Praxisgemeinschaft
- ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (Klinikum)
- ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (niedergelassen)
- ☐ Universitätsklinikum
- ☐ Universität (z.B. andere nicht med. Fakultät)
- ☐ Krankenhaus/Spital/Privatklinik (nicht Universitätsklinikum)
- ☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
- ☐ Forschung (außeruniversitär, z.B. Fraunhofer-Institut)
- ☐ Forschung (Privatwirtschaft, z.B. Pharmaindustrie)
- ☐ Anderes

29. In welcher Position wären Sie gerne tätig?

Geben Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

- ☐ Assistenzärztin/-arzt
- ☐ Fachärztin/-arzt
- ☐ Oberärztin/-arzt
- ☐ Personaloberärztin/-arzt
- ☐ Funktionsoberärztin/-arzt
- ☐ Leitende/r / Geschäftsführende/r Oberärztin/-arzt
- ☐ Chefärztin/-arzt
- ☐ Klinikdirektorin/-direktor /Spitalleiterin/ Spitalleiter
- ☐ Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Wissenschaftlicher Mitarbeiter
- ☐ Ärztliche Leitung eines Forschungsbereichs
- ☐ Selbstständig
- ☐ Angestellt in einer Praxis
- ☐ Anderes

30. Sind Sie

- ☐ alleinlebend ohne Kind(er)
☐ in Partnerschaft lebend ohne Kind(er)
☐ alleinlebend mit Kind(ern)
☐ in Partnerschaft lebend mit Kind(ern)

☐ Anderes

31. Haben Sie Kinder?

- ☐ ja, das Kind /die Kinder lebt/en nicht mehr in meinem Haushalt, ist/ sind bereits erwachsen
☐ ja, das Kind/die Kinder lebt/en zurzeit in meinem Haushalt
☐ nein

32. Geben Sie bitte das Alter Ihres Kindes/Ihrer Kinder an, die in Ihrem Haushalt leben.

1. Kind	<input type="text"/>
2. Kind	<input type="text"/>
3. Kind	<input type="text"/>
4. Kind	<input type="text"/>
5. Kind	<input type="text"/>
6. Kind	<input type="text"/>

33. Wie werden oder wurden Ihre Kinder betreut?

Bitte das Zutreffende ankreuzen.

- ☐ Tageseltern
☐ Krippe (0-3)/ Kindergarten (3-6)
☐ Großeltern/Familie
☐ Schule/Hort

☐ Anderes

34. Haben Sie und/oder Ihr*e Partner*in die Berufstätigkeit wegen des Kindes/der Kinder durch Elternzeit unterbrochen?

- ☐ ja
☐ trifft nicht zu

Wenn ja, bitte das Zutreffende angeben (Mehrfachangaben möglich) und ergänzen.

- ☐ ich habe Elternzeit genommen und zwar Monate
☐ ja, mein*e Partner*in hat Elternzeit genommen und zwar Monate

35. Haben Sie oder werden Sie Ihre (weitere) Familienplanung aus Karrieregründen verschoben/ verschieben?

Geben Sie bitte das für Sie Zutreffende an.

- ☐ trifft nicht zu
☐ ja, habe ich
☐ ja, plane ich sehr wahrscheinlich
☐ ja, plane ich wahrscheinlich
☐ nein
☐ weiß nicht

36. Wie viele Wochenstunden sind Sie derzeit im Beruf tätig?

Geben Sie bitte die Wochenstunden an.

vertraglich vereinbart
tatsächlich tätig

37. Wie verteilt sich Ihr gegenwärtiges wöchentliches Zeitbudget (100%, während der Corona-Pandemie) auf nachfolgend aufgeführte Lebensbereiche?

Während der Corona-Pandemie:

Beruf %
 Familie/Freunde %
 Freizeit %
 Haushalt %

Vor der Corona-Pandemie:

Beruf %
 Familie/Freunde %
 Freizeit %
 Haushalt %

Wie würden Sie sich Ihr Zeitbudget wünschen?

Beruf %
 Familie/Freunde %
 Freizeit %
 Haushalt %

38. Ist Ihr*e Partner*in berufstätig?

- ☐ ja, und zwar Stunden pro Woche
☐ trifft nicht zu

39. Haben / Hatten Sie Pflegeverantwortung für Familienangehörige?

- ☐ ja, und zwar Stunden pro Woche
☐ trifft nicht zu

40. Wenn Sie Angehörige pflegen: Haben Sie und / oder Ihre Partnerin / Ihr Partner hierzu Ihre Berufstätigkeit unterbrochen?

- ☐ ja
☐ trifft nicht zu

Wenn ja, bitte das Zutreffende angeben (Mehrfachangaben möglich) und ergänzen.

- ☐ ich habe Pflegezeit genommen und zwar Monate
☐ ja, mein*e Partner*in hat Pflegezeit genommen und zwar Monate

41. Bitte geben Sie an, welcher Alterskategorie Sie angehören.

- ☐ bis 25 Jahre
- ☐ 26 – 30 Jahre
- ☐ 31 – 35 Jahre
- ☐ 36 – 40 Jahre
- ☐ 41 – 45 Jahre
- ☐ 46 – 50 Jahre
- ☐ 51 – 55 Jahre
- ☐ 56 – 60 Jahre
- ☐ 61 – 65 Jahre
- ☐ 66 Jahre und älter

42. Kommentare:

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Online-Umfrage!

Sie tragen damit dazu bei, dass Arbeitsorganisation und Arbeitskultur sich weiterentwickeln und dass die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit verbessert wird. Auf diese Weise werden auch die Karriereoptionen von Frauen in der Hämatologie/Onkologie vorangebracht.

Falls Sie Interesse an diesem Thema haben, finden Sie hier weitere Informationen:

DGHO-Arbeitskreis "Frauen in der Hämatologie und Onkologie"

Positionspapier der DGHO, 2019: Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie

<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/114/10/a456.pdf?ts=06%3E03%3E2E2017+21%3E3A10%3E3A10>

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=186752>

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=179359>

https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/Aerztin_02.2016.6-7.pdf

<https://saez.ch/article/doi/saez.2020.18764>

Vielen Dank. Sie können diese Umfrage jetzt im Browser oben rechts mit dem Kreuz schließen. Ihre Angaben wurden anonym gespeichert.

Anhang 2

Position	Frauen (n = 281) %			Männer (n= 180) %		
	D	A	CH	D	A	CH
Assistenzärztin/Assistenzarzt	14,1	23,8	9,7	7,3	9,7	9,4
Fachärztin/Facharzt	25,4	19,0	9,7	21,9	12,9	7,5
Oberärztin/Oberarzt	32,8	40,5	32,3	21,9	41,9	17,0
Leitende/r/Geschäftsführende/r Oberärztin/Oberarzt	11,9	7,1	29,0	9,4	3,2	32,1
Chefärztin/Chefarzt	3,4	2,4	3,2	14,6	25,8	17,0
Klinikdirektorin/Klinikdirektor	0,6	2,4	0	4,2	6,5	1,9
Wiss. Mitarbeiterin/Mitarbeiter	3,4	0	6,5	1,0	3,2	0
Leitung Forschungsbereich	1,7	2,4	0	5,2	3,2	3,8
Selbstständig	7,9	2,4	8,1	17,7	12,9	11,3
Angestellt in einer Praxis	4,0	0	1,6	6,3	0	0
Anderes	5,6	4,8	3,2	1,0	6,5	9,4

Tabellarische Ergänzung zur Abbildung 5: Von den Befragten der einzelnen Länder angegebene berufliche Positionen (Mehrfachangaben waren möglich).

ISBN 978-3-9821204-3-0