

Positionspapier

Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie

Dezember 2019

Impressum

Positionspapier

Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Michael Hallek

Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer

Prof. Dr. med. Diana Lüftner

Prof. Dr. med. Florian Weißinger

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

Satz: unicom Werbeagentur GmbH, Berlin

Stand: Dezember 2019



Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie	Repräsentantin
Vorstand	Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Beirat	Prof. Dr. med. Barbara Eichhorst
	Prof. Dr. med. Marie von Lilienfeld-Toal
	Prof. Dr. med. Katja Weisel
	Prof. Dr. med. Maike de Wit
Arbeitskreis Frauen in der Hämatologie und Onkologie	Prof. Dr. med. Hildegard Greinix
	Priv.-Doz. Dr. med. Anne Letsch*
	Priv.-Doz. Dr. med. Marlies Michtl*
	Prof. Dr. med. Anke Reinacher-Schick*
	Doreen Sallmann
	Priv.-Doz. Dr. med. Marianne Sinn*
	* weitere Assoziation: AG Frauen- und Familienförderung der AIO



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	2 TIMES 4 für 2020 – 2025	5
3	Einleitung	5
4	Bisherige Aktivitäten der DGHO	6
5	Herstellung von Parität	7
5.1	Oberärztinnen-/Oberarztpositionen und deren Quotierung	7
5.2	Chefärztinnen und gemeinsame Leitungsfunktionen	7
5.3	Leitlinien wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften	7
5.4	Fachgesellschaften und Gremien	8
5.5	Wissenschaftliche Tagungen	8
5.6	Altersfristen bei Preisen	8
6	Netzwerkbildung	8
6.1	Mentoring-Programme	8
6.2	Arbeitsgruppen/Arbeitskreise „Frauen“ in wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften	9
6.3	Datenbank: der „Expertinnen-Finder“	9
7	Strukturelle Voraussetzungen	10
7.1	Innovative Arbeitsplatzgestaltung	10
7.2	Anregungen zur familienfreundlichen Einsatzplanung im Krankenhaus	10
7.3	Teilzeitarbeit/Jobsharing	10
7.4	Jobsharing und Topsharing	11
7.5	Homeoffice	11
8	Anhang	11
8.1	Maßnahmen zur Optimierung flexibler Arbeitszeitmodelle, Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und systematischen Karriere-Entwicklung	11
9	Referenzen	12

Positionspapier

Paritätische Positionierung von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie

1 Zusammenfassung

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. Ein zentraler Bestandteil dieser Zukunftsarbeit wird das konsequente Entgegenwirken jedweden Verlustes von klinischem und wissenschaftlichem Know-How sein, das derzeit vor allem den Verlust von qualifizierten Frauen auf dem Karriereweg in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie betrifft. Nur durch eine gemeinsame Anstrengung lässt sich die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens auf höchstem Niveau gewährleisten.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) hatte bereits 2014 mit dem 5. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe eine differenzierte Darstellung zur Thematik vorgelegt und sich mit detaillierten Forderungen sowie einem konkreten Maßnahmenkatalog zur Förderung von Ärztinnen positioniert.¹

Das Thema hat bis heute nichts an Aktualität eingebüßt. So stellen Frauen weiterhin den größeren Anteil der Absolventinnen des Humanmedizinstudiums dar, gleichwohl bildet sich diese Verteilung in den Karriereverläufen von Ärztinnen immer noch nicht ab. In der Hämatologie und Medizinische Onkologie werden diese geschlechtsspezifischen Disparitäten besonders deutlich. So werden gerade einmal zwei universitäre Lehrstühle im Fachgebiet von Ordinariae bekleidet, und dies erst seit 2018.

Die DGHO hat sich im Jahr 2018 erneut klar positioniert und formuliert in ihrem Positionspapier „Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie“, dass

„die Verbesserung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen (...) die Attraktivität der medizinischen Onkologie bei der ärztlichen Berufswahl steigern soll ...und die Motivation für einen akademischen Werdegang erhöht werden soll, (...) um den Aufgaben des Faches in Klinik und Praxis gerecht zu werden.“²

Das vorliegende Positionspapier baut auf den genannten Vorarbeiten auf und möchte die bereits begonnenen Aktivitäten konsequent fortführen und ausbauen. Es beleuchtet die wesentlichen Kernpunkte zur konsequenten Umsetzung einer aktiv gelebten Parität. Der Inhalt des Band 5 der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe behält unverändert Gültigkeit und Aktualität. Das Positionspapier schärft und verfestigt die Position der DGHO nach innen und richtet sich nach außen an alle Institutionen, Gesellschaften und Gremien, in denen unser Fachgebiet vertreten ist. 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.



2 2 TIMES 4 für 2020 – 2025

Dieser Plan für 2020 – 2025 fasst die im weiteren Verlauf dieses Papiers dargestellten Aspekte zusammen. Ziel ist es, zunächst eine objektive Bestandsaufnahme zu generieren, die die Grundlage konkreter und nachhaltiger Maßnahmen bildet und auf deren Basis messbare Ziele pro Einrichtung im zeitlichen Verlauf dokumentiert werden können. Jede Einrichtung kann und soll hier eigene Prioritäten setzen und auch Schwächen gezielt angehen.

Schwerpunkt Klinik/Niederlassung

1. Etablierung systematischer Karriere-Entwicklungskonzepte und -Fördermaßnahmen, um eine verlässliche Karriereplanung zu ermöglichen
2. Erstellung von Gleichstellungsberichten in Klinik und Niederlassung bzgl. der Anteile von Teilzeitstellen, Facharzt-, Oberarzt- und Chefarztpositionen sowie unter Berücksichtigung von Positionen und Stellenanteilen Dokumentation der Freistellungstage für wissenschaftliches Arbeiten und Fortbildungen
3. Berücksichtigung der Aktivitäten der Institution hinsichtlich der paritätischen Positionierung von Frauen und karrierefördernden Maßnahmen bei leistungsorientierten Mittelvergaben
4. Optimierung flexibler und zukunftssichernder Arbeitszeitmodelle und der Kinderbetreuung zur Karriereförderung und Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Schwerpunkt Fachgesellschaften/Gremien in der Medizinischen Onkologie

(innerhalb und außerhalb der DGHO)

1. Erstellung von Gleichstellungsberichten bzgl. Referentinnen und Referenten sowie Vorsitzenden im Rahmen von Jahrestagungen, durch Fachgesellschaften ausgerichtete Symposien und Satellitensymposien
2. Aktive Unterstützung der Suche nach Expertinnen durch Etablierung eines „Expertinnen-Finders“ und bei zusätzlichem Bedarf Übernahme einer Vermittlerfunktion sowie deren vermehrte Mandatierung für Leitlinien- und Gremienarbeit
3. Unterstützung von Arbeitskreisen/Gruppen, die sich der Nachwuchs- und Frauenförderung widmen
4. Fortführung der Unterstützung von Berufungen von Frauen in Führungspositionen, geteilten Leitungsfunktionen, der Überprüfung der dazu heranzuziehenden Qualifizierungskriterien

3 Einleitung

Frauen machen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2019 den überwiegenden Anteil der Absolventinnen und Absolventen im Studienfach Humanmedizin aus (66 Prozent Frauen, 33 Prozent Männer).³ Ebenfalls überwiegt der Frauenanteil bei den abgeschlossenen Promotionen zum „Dr. med.“ (ca. 3.800 Frauen und ca. 2800 Männer im Jahr 2017). In der berufstätigen Ärztinnen- und Ärzteschaft beträgt der Frauenanteil 45 Prozent und entspricht somit einer Fast-Parität.⁴ Ähnlich wie in verschiedenen Branchen von Industrie und Wirtschaft besetzen Frauen jedoch auch in der Medizin lediglich 3 bis 10 Prozent aller Führungspositionen. So sind es unter Chefärztinnen und Chefarzten kommunaler und kirchlicher Krankenhäuser nur 10 Prozent Frauen. Noch deutlicher werden die bestehenden Disparitäten im Bereich der universitären Lehrstühle. In der Hämatologie und Medizinischen Onkologie konnten zwischen 2017 und 2019 zwei Lehrstühle mit Frauen besetzt werden. Damit ist bei insgesamt 36 Lehrstühlen für Hämatologie und Medizinische Onkologie erst eine Quote von 8 Prozent erreicht. Ähnlich lassen sich Ungleichheiten in Entscheidungsgremien, Lenkungsausschüssen, Beiräten oder Vorständen von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften feststellen. Die DGHO hat auf dieses Problem reagiert und 2018 durch eine Satzungsänderung die Realisierung einer paritätischen Verteilung von Frauen und Männern in allen Gremien (Vorstand, Beirat, Ältestenrat) der DGHO erwirkt.

Zuwachsraten bei den Studienabschlüssen und bei den Promotionen von Studentinnen und Ärztinnen sind weiterhin positiv, ebenso deutlich bleibt aber auch, dass es im Rahmen der Karriereverläufe von Ärztinnen und

Ärzten zu ausgeprägten Disparitäten kommt. So kann, beginnend vom Studienabschluss bis zur Oberärztinnen-/Oberarztposition, auch im Jahr 2019 eine deutliche „Karriereschere“ festgestellt werden – eine Situation, die von einer paritätischen Besetzung noch weit entfernt ist.

Analysen zeigen, dass dieser Karriereknick bei Frauen im Alter von 30 bis 35 Jahren stattfindet.⁵ Ursachen sind u. a. die in dieser Zeit häufig stattfindende Familiengründung und die in der Bundesrepublik Deutschland immer noch unzureichenden Betreuungsmöglichkeiten für Säuglinge und kleine Kinder.⁶ Hierbei spielen die existierenden Arbeitsmodi eine Rolle, die oft gar nicht oder nur ungenügend an das Aufbrechen tradierter Geschlechter- und Rollenmodelle angepasst sind und somit dem bei jungen Familien veränderten Selbstverständnis von innerfamiliärer Aufgabenverteilung nicht entgegenkommen. Da noch deutlich zu wenige Leitungspositionen von Frauen besetzt werden, fehlen weibliche Rollenmodelle und Vorbilder für junge Ärztinnen.

Darüber hinaus sind Frauen bei der Vergabe von Drittmitteln immer noch benachteiligt.⁷ Das resultiert in einer geringeren Publikationsrate⁸ aber auch darin, dass Frauen seltener zu Vorträgen und Vorsitzen eingeladen⁹ bzw. für Preise vorgeschlagen werden¹⁰.

Die beschriebene Situation ist kein singulär für das Gesundheitssystem relevantes Problem. Noch immer handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. So finden innerhalb der Politik gerade intensive Diskussionen zu möglichen Lösungsmodellen bezüglich einer paritätischen Geschlechterverteilung von Führungspositionen, aber auch in Bezug auf den drängenden Fachkräftemangel statt. Dieser bspw. in Branchen von Handwerk und Industrie zunehmende Mangel an hochqualifizierten Fachkräften hat auch das deutsche Gesundheitssystem spürbar erreicht.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Zunahme von Inzidenzen sowie Prävalenzen und der sich daraus ergebenden steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen steigt der Druck, ausreichend personale Ressourcen bereitzustellen.

4 Bisherige Aktivitäten der DGHO zur paritätischen Positionierung von Frauen

Die DGHO hat in den vergangenen Jahren der Gender-Problematik große Aufmerksamkeit geschenkt. Beginnend mit der ersten Frau im Vorstand im Jahr 2013 wurde gleichzeitig der Arbeitskreis „Frauen in der Hämatologie und Onkologie“ gegründet und nahm seine kontinuierliche Arbeit auf. Mit nachhaltiger Unterstützung durch den Vorstand fanden im Folgenden 2 Interdisziplinäre Frauenkonferenzen mit hochrangigen Frauen als Expertinnen und gleichzeitig als wichtige Rollenvorbilder statt. Neben hämatologischen und onkologischen Fachdiskussionen boten Workshop-Formate und Diskussionsforen eine Vertiefung von Frauen- und Karrierespezifischen Themen.

Im Positionspapier zur „Zukunft der Medizinischen Onkologie“ hat die DGHO ein klares Bekenntnis für eine paritätische Besetzung von Führungspositionen, gegen eine direkte oder indirekte Benachteiligung von Frauen und Männern durch familienbedingte Teilzeittätigkeit und für die gezielte Karriereförderung von Ärztinnen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie abgegeben.

Um den Wunsch nach Parität tatsächlich verbindlich und auch an sichtbarer Position zu unterstreichen, hat die DGHO 2018 eine Satzungsänderung herbeigeführt mit dem Ziel, Vorstand und Beirat paritätisch mit Frauen und Männern zu besetzen.

Bislang existieren nur wenige Untersuchungen, die die Situation von Frauen in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie im Alltag darstellen. Um die drängenden Probleme gezielter erfassen zu können und Maßnahmen hieraus abzuleiten, wird die DGHO solche Erhebungen fördern und auch selbst umsetzen.



5 Herstellung von Parität

5.1 Oberärztinnen-/Oberarztpositionen und deren Quotierung

Angesichts des Wandels im Selbstverständnis der jüngeren Generation, der aus dem Gesundheitssystem erwachsenen Herausforderungen und – nicht zuletzt aufgrund des politischen und gesellschaftlichen Selbstverständnisses an eine geschlechtergerechte Gesellschaft – ist eines der zentralen Ziele die paritätische Besetzung von Positionen auf Oberärztinnen-/Oberarzt Ebene. Eine Bevorzugung männlicher Kollegen ist sowohl inhaltlich nicht begründbar als auch mit der im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankerten Gleichberechtigung nicht vereinbar. Studien konnten zudem zeigen, dass eine Quotierung mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht, wie z. B. in skandinavischen Ländern nach Einführung der Quote zu bemerken war.¹¹

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie erkennt die sich für einzelne Institutionen ergebenden Herausforderungen an. Mit Blick auf das Ziel Parität herzustellen, wird von den Entscheidungsträgern häufig mit dem vermeintlichen Fakt, es fehle an gleichqualifizierten weiblichen Kolleginnen, argumentiert. Um diese Wahrnehmung zu entkräften muss v. a. die Sichtbarkeit der in akademischen und anderen Bereichen tätigen exzellenten Frauen verbessert werden. Hierbei muss die Berücksichtigung von Karrierewegen, die aus familiären Gründen modifiziert wurden, selbstverständlich sein.

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“.

5.2 Chefärztinnen und gemeinsame Leitungsfunktionen

Seit Oktober des Jahres 2018 wurden 2 von 36 der an den deutschen Hochschulen existierenden Lehrstühle für Hämatologie und Medizinische Onkologie mit Frauen besetzt. Möglich wurde dies u. a. dadurch, dass sich die entsprechenden entsendenden Lehrstühle explizit für die Förderung von Frauen einsetzten. Der Gesamtanteil von Frauen an der Position von Lehrstuhlinhaberinnen/Lehrstuhlinhabern sowie Chefärztinnen/Chefärzten im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie ist jedoch weiterhin erschreckend gering. Für die Schaffung von Leitungsfunktionen sind innovative Jobsharing/Topsharing-Konzepte notwendig – gefördert durch eine entsprechende positive Unterstützung der Leitungsebenen, Kollegien und der Verwaltungen, da viele Faktoren in der Biografie von Frauen zu einer Bevorzugung einer niedrigeren Wochenarbeitszeit führen. Da der ärztliche Beruf an sich und im Besonderen in Leitungsfunktionen aber zumeist eine hohe Arbeitsbelastung mit sich bringt, wird es zunehmend notwendig sein, diese auf mehrere Schultern zu verteilen (Jobsharing). Was außerhalb der Leitungsebenen inzwischen vielfach gelebte Praxis ist, ist auch auf der Leitungsebene umsetzbar (Topsharing).

5.3 Leitlinien wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften

Leitlinien wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften definieren den Stand des medizinischen Wissens für das jeweilige Fachgebiet. Die meisten Leitlinien-Gremien sind derzeit noch nicht paritätisch besetzt und vielfach werden männliche Experten als Mandatsträger entsandt.

Dies ist insbesondere relevant, da die Beteiligung bei der Erstellung von Leitlinien wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften die Sichtbarkeit der Autorinnen und Autoren erheblich erhöht und die Etablierung eines fachlichen Standings in der wissenschaftlichen Gemeinschaft aktiv unterstützt. Anzustreben ist



eine paritätische Geschlechterverteilung in Leitliniengremien und eine entsprechende Berücksichtigung bei der Erstautorenschaft. Die DGHO bekennt sich zu diesem Vorhaben. Ein weiterer Weg wäre, über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als koordinierende Institution für die Leitlinienerstellung wichtige Impulse für eine paritätische Besetzung von Leitliniengremien zu setzen.

5.4 Fachgesellschaften und Gremien

Durch die Änderung ihrer Vereinssatzung im Jahr 2018 hat die DGHO ihren Anspruch an eine paritätische Besetzung von Vorstand und Beirat klar zum Ausdruck gebracht. Eine solche Formulierung des Willens, Gremien paritätisch zu besetzen, sollten auch andere im Bereich der Hämatologie und Medizinischen Onkologie tätigen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften anstreben. Die DGHO möchte Vorbild sein, eine paritätische Besetzung für Arbeitskreise/Arbeitsgemeinschaften, deren Vorsitze sowie für Programmkomitees wissenschaftlicher Kongresse anzustreben.

5.5 Wissenschaftliche Tagungen

Der Frauenanteil bei Vorträgen im Rahmen von nationalen, aber auch internationalen Kongressen, ist fachgebietsabhängig immer noch gering. Dies gilt besonders für Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen mit hämatologischem und onkologischem Schwerpunkt¹². Durch die Schaffung von Expertinnenlisten für die jeweiligen Spezialgebiete („Expertinnen-Finder“) sollen für eine bestimmte Entität oder ein bestimmtes Thema ausgewiesene Expertinnen einen leichteren Zugang zu Vorträgen und Vorsitzen bei wissenschaftlichen Kongressen erhalten. Ebenfalls ist eine paritätische Verteilung bei Satellitensymposien anzustreben – ein „Expertinnen-/Expertenfinder“ ist auch hier ein wichtiges Instrument. Eine aktive Positionierung ist hierbei essentiell. Wir verweisen an dieser Stelle auf Francis Collins, Direktor des US-amerikanischen „National Institute of Health“, der deutlich machte, Einladungen zu Vorträgen zukünftig nicht mehr anzunehmen, wenn das Podium mit Blick auf die Geschlechter nicht repräsentativ aufgestellt sei – ein besonders wünschenswerter Schritt.¹³ Fachgesellschaften und Organisationsgremien sollten bei der Planung wissenschaftlicher Veranstaltungen sicherstellen und vor Programmfinalisierung überprüfen, dass Expertinnen paritätisch beteiligt sind.

5.6 Altersfristen bei Preisen

Schwanger- und Elternschaft nehmen naturgemäß einen bestimmten Zeitraum in Anspruch, der Frauen/Familien, die sich für ein Kind entschieden haben, beim Aufbau und bei der Verfestigung einer medizinischen und/oder akademischen Laufbahn potenziell „fehlt“. Die Entscheidung für ein Kind (oder auch für mehrere Kinder) ändert bei vielen Frauen nichts an dem Wunsch, im Anschluss an die Familiengründung – oder parallel dazu – eine begonnene Laufbahn fortzuführen. Bei Anträgen auf Drittmittel oder bei Ausschreibungen für Preise existiert häufig eine Altersbeschränkung von 40 Jahren, ohne dass hierfür eine inhaltliche oder fachliche Begründung bestünde. Die Anhebung der Altersgrenze auf 45 Jahre und die Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten wären wichtige Instrumente für die akademische Förderung von Frauen und hätten mit Blick auf die Hebung aller Ressourcen eine hohe Relevanz für das Fachgebiet.

6 Netzwerkbildung

6.1 Mentoring-Programme

In einer Reihe von universitären und außeruniversitären Einrichtungen sowie in wenigen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind Mentoring-Programme als Instrument der Frauenförderung, Nachwuchsförderung und Unterstützung von Chancengleichheit mittlerweile etabliert. Ziel von entsprechenden Pro-



grammen ist es, motivierte und begabte Ärztinnen und Nachwuchswissenschaftlerinnen individuell zu fördern und auf Leitungsfunktionen sowohl im klinischen und niedergelassenen Bereich als auch im wissenschaftlichen Kontext vorzubereiten. Darüber hinaus sollen diese Programme und Instrumente dem interdisziplinären und interprofessionellen Wissensaustausch und der Etablierung von Netzwerken und karriereentscheidenden Kontakten dienen. In diesem Zusammenhang konnte in Studien gezeigt werden, dass für beruflichen Erfolg sowohl im ärztlichen als auch im wissenschaftlichen Bereich neben Engagement und fachlicher Qualifikation besonders auch positive unterstützende Beziehungen von Relevanz sind. Vor diesem Hintergrund sollten sich Mentoring-Programme auf die Etablierung, die Pflege und den Ausbau von entsprechenden unterstützenden Netzwerken konzentrieren, um das „Verlorengehen“ im zeitlichen Verlauf von Promotion zur Fachärztin, dann zur Oberärztin und schließlich zur Habilitation, aber auch bei nicht-universitären Karrierewegen bei engagierten und hochqualifizierten Ärztinnen zu vermeiden.

Die entsprechenden Maßnahmen sollten in den Jahresberichten der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft aufgeführt werden. Konkrete Ziele in diesem Zusammenhang sind u. a. die Qualifikation von Frauen für Leitungsfunktionen, die Vorbereitung auf die Mitarbeit in den verschiedenen Gremien, die wissenschaftliche Weiterentwicklung und die Unterstützung bei der individuellen strategischen Ausrichtung. Neben einer 1:1-Förderung zwischen Mentorin/Mentor und Mentee sollten spezielle Seminare mit breiten Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten sowie ein übergreifendes Netzwerk etabliert werden, wobei letzteres – sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene – einen fachlichen Wissensaustausch als auch den persönlichen Erfahrungsaustausch ermöglichen sollte.

Für die entsprechenden Programme sollten Evaluationsinstrumente etabliert werden, um deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit überprüfen zu können. Konkret sollte u. a. erfasst werden, ob und wie viele der Mentees tatsächlich in Führungspositionen gelangen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie legt mit diesem Positionspapier fest, entsprechende wirksame Mentoring-Programme einzurichten.

6.2 Arbeitsgruppen/Arbeitskreise „Frauen“ in wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften

Arbeitsgruppen/Arbeitskreise tragen maßgeblich zur inhaltlichen Ausgestaltung von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bei und sind wichtiger Motor bei deren Weiterentwicklung. Neben ihrer *internen* Arbeit besitzen Arbeitsgruppen/Arbeitskreise auch eine *externe* Wirksamkeit, indem sie bspw. neben originär für das jeweilige Fachgebiet inhaltlichen Aspekten auch gesundheitspolitische Fragestellungen und Zielsetzungen adressieren. Dabei sind neben der Erarbeitung von Instrumenten für eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten auch die Optimierung struktureller Aspekte im Bereich der Arbeitsumgebung für die im Gesundheitswesen Tätigen relevante Ziele.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie wird die für die Herstellung von Parität notwendigen Strukturen befördern und institutionalisieren und die mit dem Thema betrauten Arbeitsgruppen/Arbeitskreise aktiv unterstützen.

6.3 Datenbank: der „Expertinnen-Finder“

Ein Kernelement von aktiven wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften ist die dynamische Besetzung von Positionen in den verschiedenen Gremien und eine Übertragung von Aufgaben mit Führungsverantwortlichkeit. Im Rahmen einer solchen Dynamik sollte die genderparitätische Besetzung von Ämtern neben anderen Diversitätskriterien immer ein wichtiges Ziel sein. Gleiches gilt für die Benennung von Vortragenden und Vorsitzen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und wissenschaftlichen Kongressen, für die Besetzung von Leitungsfunktionen von klinischen oder außerklinischen Forschungsprojekten und für die Teilnahme an der Erstellung von Leitlinien. Ein mögliches wichtiges Instrument ist in diesem Zusammenhang der bereits oben genannte Aufbau einer Datenbank im Sinne eines „Expertinnen-Finders“. Ein solches Instrument würde einen effektiven und vor allem transparenten Nominierungsprozess entscheidend befördern.

7 Strukturelle Voraussetzungen

7.1 Innovative Arbeitsplatzgestaltung

Die tradierte Arbeitskultur nutzt die reine quantitative Anwesenheit am Arbeitsplatz als Indikator für die Qualität von Arbeit. Vor dem Hintergrund der sich verändernden geschlechterspezifischen Rollen- und Familienstrukturen und den Wünschen sowohl von jungen Frauen als auch von jungen Männern sollte das Gesundheitswesen für die Implementierung von innovativen Arbeitszeit- und Arbeitsplatzmodellen verstärkt offen sein, um alle verfügbaren Ressourcen zu heben. Vor diesem Hintergrund sollten Stellenanzeigen explizit Angaben zu bestehenden Angeboten zur Kinderbetreuung und zu Möglichkeiten der Karriereunterstützung machen, bspw. zu Coaching-Programmen oder zu Double-Career-Paar-Konzepten.

Ebenfalls sollte explizit auf die gleiche Bezahlung von Frauen und Männern hingewiesen werden. Von Relevanz sind in diesem Zusammenhang auch klar strukturierte Arbeitsplatzbeschreibungen für Teilzeit- und für Vollzeitkräfte. Arbeitgeber sollten den Aufbau von strukturellen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen sowohl die Versorgung von Patientinnen und Patienten als auch die Forschung in der regulären Arbeitszeit realisieren zu können, aktiv betreiben.

7.2 Anregungen zur familienfreundlichen Einsatzplanung im Krankenhaus

Eine präzise Planbarkeit des Einsatzes am Arbeitsplatz ist für ein gut funktionierendes Zusammenspiel von Berufs- und Familienleben sehr wichtig. Für die praktische Umsetzung bedeutet dies unbedingt, dass der Arbeitgeber durch entsprechende Arbeitsplatzbeschreibungen und ausreichend vorgehaltenes Personal (bspw. im Sinne einer „Zwischenschicht“ mit Übergabezeit mit realistischer Zeitvorgabe, in der sich die Dienste überschneiden) ein pünktliches Arbeitsende gewährleistet. Um häufiges ungeplantes „Einspringen“ zu vermeiden, ist eine ausreichende Personaldecke ggfs. mit „Stand-by-Dienst-Übernehmenden“ eine wesentliche Grundvoraussetzung. Darüber hinaus trägt eine rechtzeitige Anordnung eines Arbeitseinsatzes nach Bekanntwerden eines Ereignisses (bspw. Erkrankung einer Kollegin/eines Kollegen) maßgeblich zur Arbeitszufriedenheit bei. Neben der beschriebenen guten, zeitnahen und transparenten Kommunikation kann die Schaffung von institutionseigenen Kindertagesstätten einen wichtigen Beitrag zur Familienfreundlichkeit der Arbeitsstrukturen leisten. Einige Träger stehen bereits heute mit Kindertagesstätten o. ä. in Kooperation und bieten angepasste Öffnungs- und Betreuungszeiten an, die ein hohes Maß an für das Fachgebiet notwendiger Flexibilität ermöglichen.

7.3 Teilzeitarbeit/Jobsharing

Teilzeitarbeitsmodelle werden dann vom gesamten Team akzeptiert und als gewinnbringend wahrgenommen, wenn sie nicht nur für die in Teilzeit Tätigen Vorteile bedeuten, sondern darüber hinaus auch für die in Vollzeit Tätigen attraktiv sind und keine Nachteile mit sich bringen. Das gelingt im Krankenhaus z. B. durch Teilzeitarbeit mit Beschäftigung an ganzen Tagen, so dass in der verbleibenden Hälfte oder im verbleibenden Viertel des jeweiligen Monats keine Präsenz am Arbeitsplatz notwendig ist. Eine Herausforderung und Notwendigkeit stellt ein entsprechend komplementärer Arbeitseinsatz der Partnerin/des Partners dar. Proaktiv sollten daher auch immer Männer zur Teilzeitarbeit ermuntert werden, um indirekt (z. B. im Rotationsprinzip) Frauen zu fördern.

Bei vorübergehender Teilzeitarbeit ist auch ein Einsatz in Spät- oder Zwischenschichten denkbar. Ein solches Modell kann allerdings die Vielfältigkeit der Aufgaben und Möglichkeiten einschränken, wenn in den Präsenzzeiten bspw. keine Funktionsdiagnostik stattfindet. In diesem Zusammenhang wäre die Einteilung in bestimmte „Module“ von Einheiten wie Lehre, Funktionsdiagnostik, hämatologische Befundung, Tumorkonferenzen, Stationstätigkeit mit Visite o. ä., bspw. mit einer Dauer von jeweils 2 Stunden zu erwägen. Dadurch sollte v. a. gewährleistet sein, dass Teilzeittätigkeit nicht nur klinische Routinetätigkeit umfasst, sondern wei-



terhin anteilmäßig profilierungsrelevante Tätigkeiten, Sonderaufgaben und Forschungstätigkeiten beinhaltet. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte sollte entsprechend der Menge der zu diesem Zeitpunkt zu erfüllenden Tätigkeiten definiert werden. Damit kann auch die Tageseinsatzzeit variieren.

Im ambulanten Bereich ist der Patientinnen- und Patientenfluss in der Regel gut steuerbar, was kürzere Tagesarbeitszeiten als im stationären Setting möglich macht. Für den Fall, dass bei 2 Personen der Wunsch nach einer Arbeitszeitverkürzung besteht, lassen sich komplementäre Aufteilungen etablieren, z. B. durch eine Teilung jeweils einer Woche, über einen Monat oder auch über die Teilung des Tagesverlaufs. Voraussetzung für das Gelingen eines entsprechenden Modells ist stets eine gute Kommunikation und Abstimmung der in Teilzeit Tätigen. Einen kritischen Aspekt der Teilzeittätigkeit stellt die Anrechenbarkeit für die Weiterbildung dar. Die bisher praktizierte ausschließliche Anrechenbarkeit der Nettoarbeitszeit reflektiert dabei häufig nicht die über die Tätigkeitsdauer kumulierte Expertise.

Darüber hinaus sollte strikt darauf geachtet werden, dass Tumorkonferenzen, Gremiensitzungen und Lehrveranstaltungen innerhalb der regulären Arbeitszeit beginnen und nicht in die teilweise späten Abendstunden gelegt werden.

7.4 Jobsharing und Topsharing

Eine wie oben beschriebene Arbeitsteilung ist auch im Rahmen einer Leitungsposition möglich. Ein gelungenes Beispiel dafür zeigt die Besetzung des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Universität Würzburg, den sich zwei Frauen teilen¹⁴. Das Gelingen hängt wesentlich von der Qualität der Abstimmung, der Kooperation und den Übergaben ab. Denkbar sind auch Modelle mit Arbeit an unterschiedlichen Tagen oder mit verschiedenen Schwerpunkten, bspw. klinisch praktische Tätigkeiten vs. Funktionen mit verstärktem Verwaltungscharakter. Es existieren bereits Modelle in der Bundesrepublik Deutschland, in denen Oberärztinnen oder Oberärzte bei einer 80 Prozent-Regelung in der Woche teilweise abwesend sind, aber klare Vertretungsregelungen definiert sind. Diese Vertretungen können durchaus durch verschiedene Personen wahrgenommen werden und sich z. B. jeweils auf einen Teilbereich beziehen.

7.5 Homeoffice

Viele patientenferne Tätigkeiten werden bereits jetzt von Kolleginnen in Teilzeittätigkeit von zu Hause aus durchgeführt, aber nicht angemessen in der Vergütung und auch in der Anerkennung der Leistung abgebildet. Daher sollten diese Tätigkeiten offiziell in Homeoffice ermöglicht und vergütet werden und damit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistet werden. Moderne E-Health-Möglichkeiten könnten in den nächsten Jahren zudem für mehr Flexibilität sorgen und Innovationspotential heben.

8 Anhang

8.1 Maßnahmen zur Optimierung flexibler Arbeitszeitmodelle, Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und systematischen Karriere-Entwicklung

- Verstärkte Implementierung von flexiblen Teilzeitmodellen, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern
- Implementierung DRG-unabhängiger Finanzierungsmöglichkeiten zur Förderung von Teilzeitarbeit, zum Ausgleich finanzieller Mehrbelastung der Arbeitgeber durch Teilzeitarbeit (10% Zuschlag für Übergabezeiten), überlappende Besetzung von Stellen bei Schwangerschaft und zur Förderung der Kinderbetreuung im Gesundheitswesen
- Unterstützung von Teambildungen und Integration von Teilzeitkräften in Teams für Rotationen in Spezial- und Fremdbteilungen, wissenschaftliches Arbeiten und andere spezifische Aufgaben

- Ermöglichung von Topsharing-Modellen für hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Führungsanspruch und Teilzeitwunsch
- Dokumentation der Erfahrungen aus Teilzeitarbeitsmodellen, um diese zu verbessern und Rollenmodelle zu generieren, mit dem Ziel einer flächendeckenden Implementierung
- Weiterentwicklung von Konzepten zur Kinderbetreuung sowie Ausbau des bestehenden Angebots zur Kinderbetreuung unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen der Kinder. Dies schließt auch Fortbildungsveranstaltungen ein, für die eine Kinderbetreuung verpflichtend miteingeplant sein sollte
- Um auch in Zukunft die Weiterbildung von Ärztinnen sicher zu stellen, ist ein Erlöszuschlag für Klinika bzw. Praxen, die weiterbilden, zu vereinbaren
- Etablierung von „Karrieresponsoren“ auf Ebene der (leitenden) Oberärztinnen und Oberärzte
- Ausstattung dieser Sponsoren mit finanziellen Ressourcen, zum Beispiel Koppelung mit der Vergabe von Anschubmitteln und Boni bei Erreichen vorbestimmter Leistungsziele (Publikationen, eingeladene Vorträge, Einwerben von Drittmitteln)

9 Referenzen

1. Lüftner D, Letsch A, Wunsch K, Oldenburg M. Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie. Fakten und Forderungen. Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO Band 5. 2014.
2. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (2018): Positionspapier „Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie“.
3. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Bildung und Kultur – Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen 1980-2017. Fachserie 11 Reihe 4.3.1. Erschienen am 19.10.2018. Artikelnummer: 2110431177004.
4. Deutscher Ärztinnenbund e.V.: Statuserhebung 2016. Information des deutschen Bundes auf Anfrage der Grünen.
5. Michl et al. (2019): Frauen in der Onkologie – Die AIO bezieht Position. In: FORUM. Ausgabe 02/2019. <https://doi.org/10.1007/s12312-018-0542-9>.
6. <https://www.bmfsfj.de/gute-kita-gesetz>
7. Witteman HO, Hendricks M, Straus S, Tannenbaum C. Are gender gaps due to evaluations of the applicant or the science? A natural experiment at a national funding agency. *Lancet* 2019; 393: 531-40.
8. Larivière V, Ni C, Gingras Y, Cronin B, Sugimoto CR. Bibliometrics: global gender disparities in science. *Nature* 2013; 504: 211-13.
9. Klein RS, Voskuhl R, Segal BM, et al. Speaking out about gender imbalance in invited speakers improves diversity. *Nat Immunol* 2017; 18: 475-78.
10. Lincoln AE, Pincus S, Koster JB, Leboy PS. The matilda effect in science: awards and prizes in the US, 1990s and 2000s. *Soc Stud Sci* 2012; 42: 307-20.
11. Besley et al. *Am Econ Rev* 2017 Quota and the Crisis of the Mediocre Men.
12. European Society for Medical Oncology (ESMO).
13. <https://www.nytimes.com/2019/06/12/health/collins-male-science-panels.html?smid=fb-nytimes&smtyp=cur&fbclid=IwARod4dWKSCLLoyVeSmOhRdlF3cYPT4874p8W7PXGLJNloFatuxHZ3cyAoFU>
14. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87207/Neuer-Lehrstuhl-Allgemeinmedizin-in-Wuerzburg15>
15. www.gesis.org/fileadmin/cews/www/download/final_F%C3%B6rderprogramme_f%C3%BCr_Frauen_in_Wissenschaft_und_Forschung.pdf

DGHO

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.
Alexanderplatz 1
10178 Berlin

www.dgho.de
info@dgho.de