

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Positionspapier

**Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit im
5 ärztlichen Tätigkeitsfeld – Ärztinnen in Führungspositionen**

beschlossen am 10.11.2020 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Köln.

Anmerkung:

10 Im nachfolgenden Positionspapier wird Gleichstellung vordergründig im Sinne der Gleichstellung von Männern und Frauen thematisiert. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die bvmd trotz der inhaltlichen Fokussierung auf die Perspektive von Ärztinnen die Komplexität der Geschlechter nicht binär reduzieren möchte. Die Gleichstellung und das Entgegenwirken der Benachteiligung aufgrund von allen geschlechtlichen Identitäten gewinnen zunehmend an Bedeutung, werden aber in
15 diesem Positionspapier nicht thematisiert.

Zusammenfassung:

Die bvmd fordert 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
20 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
25 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. Niemand sollte sachgrundlos aufgrund des Geschlechts diskriminiert oder bevorzugt werden. Als Ansatzpunkte für die Verbesserungen der aktuellen Situation bedarf es des Abbaus von Hürden für Ärztinnen mit Karrierewunsch, der
30 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
35 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

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585
Fax +49 (30) 9560020-6
Home bvmd.de
Email verwaltung@bvmd.de

Für die Presse

Tim Schwarz
Email pr@bvmd.de

Vorstand

Peter Jan Chabiera	(Präsident)
Martin J. Gavrysh	(Externes)
Kilian Zuber	(Finanzen)
Matthias Kaufmann	(Fundraising)
Abdullah Sönmez	(Internationales)
Josephine Häring	(Internes)
Anais Lins	(PR)
Felix Kellermann	(IT)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

40 Bedeutung, diese Problemfelder u. a. an der Universität und bereits in der Aus-
bzw. Weiterbildung, sowie am Arbeitsplatz zu thematisieren und zu
entstigmatisieren.

Einleitung:

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Geschlechtergleichstellung im
Gesundheitswesen viel zum Positiven verändert und wir befinden uns inmitten
eines gesellschaftlichen Umschwungs in Bezug auf Rollenbilder. Trotzdem werden
45 Frauen sowohl durch gewisse Strukturen im Gesundheitssektor, wie durch die
straffen Hierarchien, die hohen zeitlichen Anforderungen an Ärzt_innen, die
schlecht mit einer Familie zu vereinbaren sind, als auch durch Unconscious Bias
und Sexismus immer noch benachteiligt. Auch Männer leiden unter diesen
Strukturen und den stereotypen Erwartungen an ihr Geschlecht. Daher gilt es,
50 diese Strukturen zu identifizieren, zu verändern und stereotypen Vorurteilen
entgegenzuwirken.

Haupttext:

Hierarchien und Strukturen im Krankenhaus – Ärztinnen in Führungspositionen

55 **Problematik**

Über 60% der Medizinstudierenden in Deutschland sind weiblich, wobei ihr Anteil
seit dem Jahr 1998 bei 50% oder darüber liegt. Der Anteil an Absolventinnen liegt
bei 65%. Ärztinnen machen 46,8% der gesamten Ärzteschaft aus. [1] Der
Frauenanteil bei Oberärzt_innen liegt bei 31%. Durchschnittlich machen Frauen
60 10% der Führungspositionen an Universitätskliniken aus. Diese
Geschlechterrepräsentation variiert je nach Fachrichtung und schwankt zwischen
3% in der Urologie und der Chirurgie bis zu 16% in der Pädiatrie. [2]

Die Diskrepanz zwischen den Frauenanteilen in den tieferen und höheren
Hierarchieebenen lässt den Rückschluss zu, dass es strukturelle und
65 gesellschaftliche Hürden für Ärztinnen gibt, die zu ihrer niedrigen Repräsentation
auf Führungsebene führen.

Mögliche Ursachen

Diese veränderbaren Hürden könnten sein [3][4]:

- 70 1. Schlechte Vereinbarkeit von Familie und Karriere: Diese Problemstellung
ist zwar geschlechtsunabhängig, betrifft jedoch insbesondere Ärztinnen.
Diese sind durch Schwangerschaft und Stillzeit sowie durch die weitere
Kinderbetreuung und -versorgung, welche in der Gesellschaft häufig eher
als ein Verantwortungsbereich der Frau wahrgenommen wird, besonderen
Herausforderungen ausgesetzt.

- 75 2. Männerdominierte Hierarchien im Krankenhaus: Männliche Vorgesetzte tendieren eher dazu, jüngere, männliche Kollegen zu fördern, da diese ihnen sozial ähnlicher sind (Prinzip der homosozialen Kooptation). [5][6]
3. Konservative Rollenbilder, Sexismus und Unconscious Bias. [4][5]

80 Die Studienlage muss weiter ausgebaut werden. Die aktuellen Zahlen sowie auch die möglichen Strukturen und soziologischen Hintergründe, die zu dieser Situation führen, sind für das Gesundheitswesen unzureichend. [9]

Forderungen

85 Die bvmd fordert daher an dieser Stelle die genaue Aufarbeitung und Offenlegung der aktuellen statistischen Zahlen bezüglich der Gleichstellung der Geschlechter im medizinischen Tätigkeitsfeld. Hierzu könnten die Krankenhäuser verpflichtet werden, ihre Daten diesbezüglich jährlich festzustellen, zu veröffentlichen und an das Statistische Bundesamt oder ein anderes Institut zu übermitteln, das diese dann im nationalen Rahmen auswerten und veröffentlichen würde. Dies könnte zu mehr Transparenz und einer stärkeren Adressierung der Problematik führen und den Vergleich auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene verbessern. Auch eine freiwillige Regelung der Krankenhäusern zur Datenerhebung und -veröffentlichung wäre denkbar, allerdings sehen wir die Gefahr, dass dann die Datenlage teilweise lückenhaft bleibt.

95 Des Weiteren sehen wir Handlungsbedarf, der Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen entgegenzuwirken. Zum einen entsprechen die heutigen Zahlen nicht den in Artikel 3 des Grundgesetzes verankerten Werten der Bundesrepublik, also die Gleichberechtigung von Mann und Frau, sowie deren Förderung und dem Entgegenwirken bestehender Ungleichheiten durch den Staat. Außerdem darf laut Artikel 3 Absatz 3 "niemand (...) wegen seines Geschlechtes (...)

100 (...) benachteiligt oder bevorzugt werden". Zum anderen ist das Gesundheitssystem, aufgrund der bevorstehenden Herausforderungen an dasselbe (demographischer Wandel und der damit zusammenhängenden höheren Krankheitslast und Zunahme der finanziellen Ausgaben), darauf angewiesen, dass eine Karriere im Krankenhaus für die vielen Absolventinnen des Medizinstudiums erstens attraktiv gestaltet wird und zweitens ihr Wissen, ihre Erfahrung und Expertise auch in den Führungspositionen ankommen. Geschieht dies nicht,

105 bedeutet das einen Verlust humaner Ressourcen. [9][10]

110 Um den Abbau möglicher Hürden zu erleichtern, mit der Absicht, dass mehr Ärztinnen in Führungspositionen gelangen, fordert die bvmd die Umsetzung folgender Maßnahmen zur Förderung von Gleichstellung:

1. Mehr Transparenz im Berufsalltag: Verpflichtung der Krankenhäuser jährlich offen und einfach zugänglich die Geschlechterverteilung in verschiedenen Positionen darzulegen.

- 115 2. Bessere Vereinbarkeit von Familie und Karriere: durch unterstützende
Maßnahmen von Institutionen, wie das Angebot einer den Arbeitszeiten
entsprechenden Kinderbetreuung. Wichtig ist die geregelte Anwendung
des neuen Mutterschutzgesetzes, ohne, dass es hierdurch zur
Benachteiligung der schwangeren oder stillenden Frauen kommt (siehe
120 Positionspapier „Familien- und freizeitfreundliche Strukturen in Ausbildung
und Arbeit“). Notwendig ist auch eine komplikationsfreie Möglichkeit,
Elternzeit in Anspruch zu nehmen, ohne einen nachfolgenden
Statusverlust zu erleiden. Hierfür ist es essentiell, dass ein höherer
Personalschlüssel existiert und flexiblere Stellen angeboten werden, um
125 den entstandenen Personalausfall hinreichend kompensieren zu können.
Denkbar wäre die zusätzliche Einführung von anderen Teilzeitmodellen auf
Stationen (z.B. weniger Arbeitszeit pro Tag, anstatt weniger Tage pro
Woche), auch in den Führungspositionen (z. B. Jobsharing).
Dementsprechend müssten mehr Stellen besetzt werden. Die letzten
130 beiden genannten Forderungen müssten gegebenenfalls auch durch
finanzielle Unterstützung durch den Staat gefördert werden. Dass die
Medizin ein familienfreundlicheres Tätigkeitsfeld wird, kommt allen
Ärzt_innen zugute, die sich wünschen, mehr Zeit für die Familie aufbringen
zu können, ohne in ihren Karriereplänen zurückstecken zu müssen.
135 Außerdem ist dies eine Investition, die dem Fachkräftemangel im
Gesundheitswesen langfristig entgegenwirken kann. Ein Beispiel dafür,
dass sich neue innovative Jobmodelle auch finanziell lohnen können, ist
eine Studie zur Einführung des 6-Stunden-Tages bei voller Bezahlung für
Pflegepersonal im Sahlgrenska Universitätsklinikum in Göteborg,
140 Schweden. Durch einen geringeren Krankenstand und eine gesteigerte
Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit des Personals kann dieses Jobmodell
insgesamt zu einer höheren Produktivität führen und auch profitabel sein.
[10]
- 145 3. Das Setzen finanzieller Anreize für kommunale städtische und universitäre
Krankenhäuser für den Einsatz, vereinbarte Gleichstellungsziele zu
erreichen bzw. für die Anwendung von Maßnahmen, die der
Diskriminierung aufgrund des Geschlechts entgegenwirken, anhand von
z.B. der Vergabe staatlicher Förderungsgelder.
- 150 4. Mentoring und Workshops zum Thema Karriere und Führen, vor allem für
junge Ärzt_innen und Studierende der Medizin durch die Universität und
die Krankenhäuser.
5. Edukation anhand von Schulungen, Fortbildungen und Workshops zum
Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere von Seiten des
Arbeitgebenden oder externen Stellen.
- 155 6. Verpflichtende Fortbildungen zum Thema Unconscious/Implicit Gender
Bias und Sexismus für leitendes Personal.

- 160 7. Mehr Transparenz in Bezug auf Einstellungen und Beförderungen, zum Beispiel durch klare Qualifikationskriterien, bundesländerübergreifende, offizielle Ausschreibungen der Stellen, stärkere Kontrolle durch die Geschäftsleitung und anonymisierte Bewerbungsverfahren bis zum Bewerbungsgespräch.
- 165 8. Die bundesweite Einführung des Kaskadenmodells in allen Universitätskliniken und städtischen Krankenhäusern; dieses beinhaltet, dass der Mindestanteil an Personen eines Geschlechts und einer bestimmten Fächergruppe in einer bestimmten Position dem Anteil derer in der nächsttieferen Karrierestufe entsprechen muss. Es ist eine dynamische Quote, deren Prozentsatz für jede Abteilung und Karrierestufe individuell bestimmt werden kann. Dieser Ansatz soll der aktuellen strukturellen Diskriminierung von Frauen entgegenwirken und diese abbauen. Damit soll dieses Modell mit dem Erreichen seiner Ziele auf lange Sicht überflüssig werden und keine durch Quoten dominierte Arbeitswelt einläuten. Es sollte ein Zeitraum festgelegt werden, in dem dieses Ziel erreicht werden soll. Dieser kann eigenständig von den Institutionen bestimmt werden. Ein alternatives Modell wäre die Pflicht, eine offene Position mit dem weniger vertretenen Geschlecht zu besetzen, wenn mehrere gleich qualifizierte Kandidat_innen zur Auswahl stehen.
- 175

Hierarchien und Strukturen im Krankenhaus – Ärztinnen in Führungspositionen

180 **Problematik**

Ebenso wie in den Führungsetagen von Krankenhäusern, sind auch in der ärztlichen Selbstverwaltung Frauen unterrepräsentiert. So liegt der Frauenanteil in den Vorstandsetagen der Landesärztekammern bei 23,5%. [1] Eine ähnliche Verteilung zeigt sich im Vorstand der Bundesärztekammer und in den Kammerversammlungen. [1][2]

185

Mögliche Ursachen

Gründe, die nach Angaben einiger Ärztinnen gegen ein berufspolitisches Engagement sprechen, sind z.B. eine fehlende Kinderbetreuung/Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger während Sitzungen und Versammlungen, aber auch die lange Amtszeit schrecke gerade junge Ärztinnen, aber auch junge Ärzte, von einer Kandidatur ab. [3]

190

Forderungen

Da die ärztliche Selbstverwaltung entscheidungsbefähigend für viele gesundheitspolitische Themen, wie auch Rahmenbedingung für z.B. die Weiterbildung der Assistenzärzt_innen ist, sind wir der Überzeugung, dass eine repräsentative Beteiligung von Frauen für die Berufspolitik wichtig ist.

195

200 Eine Möglichkeit, die repräsentative Besetzung der Kammern und Delegationen zu fördern, wäre ein Besetzen der zu wählenden Listen unter Berücksichtigung einer repräsentativen Geschlechts- und Altersverteilung, der Qualifikationen und des Interesses der Bewerber_innen.

205 Auch Vernetzungsmöglichkeiten und Mentoringprogramme würden dazu beitragen, Frauen vermehrt in Positionen der Selbstverwaltung zu bringen. Generell spricht sich die bvmd für eine geschlechter- sowie auch altersrepräsentative Besetzung von Gremien und Vertreter_innen in der ärztlichen Selbstverwaltung aus.

Hierarchien und Strukturen in den Universitäten und der Forschung

Problematik

210 Der Anteil an Frauen in der medizinischen Forschung Deutschlands hat über die letzten Jahre zugenommen, sodass sie heute etwa die Hälfte des Forschungspersonals ausmachen, was das Doppelte des EU-Durchschnitts ist. [1] Auffällig ist, dass der Anteil an Frauen mit der höchsten Bildungsstufe um einiges größer ist als der Anteil an weiblichen wissenschaftlichen Führungskräften, welcher
215 nur 13% beträgt. [1]

Der Anteil an Korrespondenz-Autorinnen bewegt sich in den letzten Jahren in der medizinischen Forschung Deutschlands bei etwa 25%, der Anteil an den weniger prestigeträchtigen Co-Publikationen ist mit etwa 50% signifikant höher. [1] Die Publikationen der Korrespondenz-Autorinnen haben ähnlichen wissenschaftlichen
220 Einfluss wie die ihrer männlichen Pendanten, auch wenn sie an der Zahl weniger sind. [1]

Ein Hindernis für die Autorinnen könnte sein, dass der Frauenanteil in den Redaktionsleitungen der großen Journals niedrig ist und daraus eine Bevorteilung der Männer durch unbewusste Verzerrung (Unconscious Bias) resultiert. [3] Zum
225 Beispiel vergeben große, prestigeträchtige, auf Reviews spezialisierte Journals Aufträge für Artikel an ihnen bekannte Autor_innen. Hierbei haben Männer deutlich bessere Chancen, eine solche Einladung zu erhalten. [2] Zudem erhalten Frauen seltener einen positiven Bescheid für ihre Förderungsanträge. [3]

230 Ein ähnliches Bild ergibt sich an den Universitäten. Hier herrschen seit Jahren konstante Frauenanteile in allen Karrierestufen der universitären Forschung. Einzig in den höher besoldeten Stellen nahm der Anteil von Frauen geringfügig zu. Generell gilt: je höher die Position, desto weniger Frauen nehmen diese ein. [4] So
235 verbuchen 2014 die Frauen über 60% der Studienabschlüsse in der Humanmedizin und machen über 50% des wissenschaftlichen Personals, einschließlich Dozentinnen und Assistentinnen, aus. [4] Doch nur knapp 25% der Habilitierten

sind Frauen und mit steigender Besoldungsklasse sinkt der Frauenanteil bis zu knapp über 12% in der höchsten Klasse (C4/W3-Professuren). [4]

240 Frauen sind unabhängig von der Karrierestufe überproportional in Teilzeitarbeit und als befristetes Personal beschäftigt. [4] Dazu erhalten sie eher ein kleineres Anfangsgehalt als ihre männlichen Kollegen, was auch zukünftige Lohnerhöhungen beeinflusst. [5]

245 In den Hochschulleitungen aller deutschen Universitäten ist jede vierte Person weiblich, aber auch dort nehmen die Frauen eher die niedriger gestellten Ränge ein. [4] Eine schnellere Entwicklung in Richtung Parität hat in den Hochschulräten stattgefunden, von 20% im Jahr 2003 auf 35% im Jahr 2015. [4]

250 Frauen müssen sich in Auswahlverfahren weitaus besser präsentieren, um gleichwertige Beurteilungen wie Männer zu erhalten. Mitglieder von Auswahlkommissionen präferieren Kandidat_innen aus der eigenen Gruppen- und Netzwerkzugehörigkeit und männlichen Bewerbern wird öfter die Teilnahme an Mentoringprogrammen angeboten. [6] Eine geschlechterparitätische Besetzung der Auswahlkommissionen trägt dabei nicht automatisch zu einer geschlechtergerechteren Beurteilung bei. Auch die höhere Anzahl an Publikationen von Bewerbern_innen wird im Auswahlprozess stärker positiv bewertet als die Qualität der Publikationen, zum Nachteil der anzahlmäßig geringer publizierenden Bewerberinnen. [1] Zudem ist die Attraktivität, mit Autoren Kooperationen einzugehen, weitaus größer als mit Autorinnen. [1]

260 Auch wurde festgestellt, dass sich die für weibliche Antragstellende verfassten Empfehlungsschreiben systematisch von denen für männliche Antragsteller in der Länge, in den Prozentsätzen, die keine grundlegenden Merkmale aufweisen, und in der Häufigkeit der Erwähnung von Statusbegriffen unterscheiden. Signifikante Abweichungen gab es in der Verwendung von semantischen Phrasen, die sich auf weibliche und männliche Antragsteller beziehen ("ihre Lehre", "seine Forschung"), die ein Bild von Frauen als Lehrerinnen und Schülerinnen und Männer als Forscher und Fachleute skizzieren. [8][9]

Mögliche Ursachen

270 Frauen sind unbewusstem Bias ausgesetzt. Sogar angesichts objektiver Gegenbeweise wird an sozialen Rollenbildern festgehalten und in der Wissenschaftsgemeinde teilweise negiert, dass überhaupt geschlechtsspezifische Diskriminierung besteht. Männlich konnotierte Eigenschaften dominieren dazu in besser bezahlten Positionen mit höherem Gehalt, was mit der These übereinstimmt, dass die männlich geprägte Geschichte der Arbeitswelt Prozeduren hat entstehen lassen, die Männer bevorzugen. In männlich dominierten Teams

haben Frauen weniger Erfolg mit Bewerbungen, weil sie eine geringere "Passfähigkeit" besitzen als Männer mit derselben Qualifikation. [3][5][9][10][11]

- 280 In der akademischen Medizin zieht es Frauen häufiger zu Berufen in der Lehrtätigkeit als in der Forschung, ob Interesse der Grund dafür ist oder andere Arbeitsbedingungen ist unklar. [12] Frauen haben in ihrer akademischen medizinischen Karriere generell weniger Mentor_innen und dazu größere Schwierigkeiten, jemanden des gleichen Geschlechts zu finden. [2][12] Frauen mit einer weiblichen Mentorin haben bessere Karrierechancen als ohne und sie streben eher Spitzenpositionen an, wenn sie weibliche Vorbilder haben. [6] Auch haben junge Wissenschaftlerinnen weniger Sponsoren als junge Wissenschaftler und erfahren so einen ökonomischen Nachteil. [5]

290 Forderungen

- Die Unterrepräsentanz von Frauen in der Wissenschaft und speziell in Spitzenpositionen bedeutet, wie auch schon in den Hierarchien im Krankenhaus, einen Kompetenzverlust für die Forschung. Wir fordern, durch Maßnahmen dieser Unterrepräsentanz entgegenzuwirken. Ein möglichst ausgeglichenes Geschlechterverhältnis in wissenschaftlichen Teams bedeutet zusätzliche ökonomische Gewinne, einen größeren wissenschaftlichen Fortschritt und gesteigerte Frauengesundheit in der Allgemeinbevölkerung. [3][5][10][11] Gerade die Frauengesundheit kann immens profitieren, denn sie ist untrennbar mit dem Status der Frauen in der akademischen Medizin verknüpft. [3][5]

Auch in der Forschung befürwortet die bvmd das Kaskadenmodell, wie bereits erläutert.

- Wir fordern eine transparentere und formalisierte Personalpolitik, beispielsweise eine ab der Bewerbung für die Promotion bundesländerübergreifend, offizielle Stellenausschreibung. Zudem sind klare Qualifikationskriterien, eine engere Kontrolle der Stellenvergabe durch die Geschäftsleitung und anonymisierte Bewerbungsverfahren bis zum Bewerbungsgespräch sinnvoll.

- 310 Wir begrüßen monetäre Anreize für Institutionen und Führungskräfte, die vereinbarte Gleichstellungsziele erfüllen und Maßnahmen ergreifen.

Das Fördern von Männern in Familienaufgaben und die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf könnten helfen, dass Frauen eher eine akademische Karriere einschlagen und innerhalb dieser schneller fortschreiten.

- 315 Wir unterstützen die weitere Erforschung der Geschlechterunterschiede im Gesundheitswesen, insbesondere in Form longitudinaler Studien. Diese sollen als

Grundlage für das Implementieren neuer Maßnahmen dienen und die Auswirkungen bestehender Maßnahmen evaluieren.

320 **Hierarchien und Strukturen in den Universitäten und der Forschung**

Problematik

Starke Hierarchien und Konkurrenz, welche im Krankenhaus sehr präsent sind, fördern Machtungleichgewichte und dadurch Sexismus und sexuelle Gewalt. [1][2]

325 Sexuelle Gewalt hat unterschiedlich starke Ausprägungen. Sie beginnt mit unbeabsichtigter sexueller Grenzverletzung, steigert sich über beabsichtigte oder billigend in Kauf genommene sexuelle Grenzverletzung zu sexuellen Übergriffen und kumuliert schließlich in sexueller Nötigung/Vergewaltigung. Sexuelle Gewalt hat unterschiedliche Formen, sie kann verbal, non-verbal, oder physisch sein. [3][4][5][6]

330 In der ersten und bisher einzigen deutschen Studie, die methodisch sehr überzeugend und ausführlich durchgeführt wurde, mit 743 an der Charité praktizierenden Ärzt_innen, gaben 66 Prozent der befragten Frauen und 55 Prozent der Männer an, mindestens eine verbale Belästigung am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Körperlich belästigt wurden 22% der Frauen und 9% der Männer. Die 335 Täter_innen waren fast ausschließlich männlich. Weit mehr sexuelle Gewalt fand unter Kolleg_innen statt mit 71% bei Frauen und 80% bei Männern. Darüber hinaus erlebten 37% der Frauen und 18% der Männern sexuelle Gewalt durch Vorgesetzte. [7]

Ähnliche Prävalenzen ließen sich in der amerikanischen Literatur finden. [7][8]

340 Forderungen

Wir fordern Untersuchungen und Interventionen zur Überwindung von Verzerrungen aufgrund des Geschlechts bei der Einstellung, Beförderung und Beschäftigung. Studien zeigen, dass dieses Ziel besser erreicht werden kann, wenn 345 Menschen bezüglich ihrer zukünftigen Leistung gemeinsam und nicht getrennt bewertet werden, da bei getrennter Bewertung Gruppenstereotype eine größere Rolle spielen. [9]

Es soll mehr auf weibliche Vorbilder aufmerksam gemacht werden, zum Beispiel 350 durch mehr Dozentinnen im Studium oder Vorträge zum Thema Karriere in der Medizin, die von erfolgreichen Ärztinnen gehalten werden.

Gleichzeitig machen wir uns für ein respektvolles Miteinander stark, das ohne unabgesprochene Berührungen, Kosenamen und Verniedlichungen auskommt. Wir 355 fordern verpflichtende Kurse zur Sensibilisierung für sexuelle Gewalt und Sexismus

und Beschwerdestellen zur Meldung dieser als Teil des Qualitätssicherungskonzepts. Der Arbeitgebende soll der Schutzpflicht der Angestellten nachkommen. Dies ist durch ein öffentliches, niederschwellig zugängliches und nachvollziehbares Beschwerdeverfahren und das Anbieten von
360 Präventionsmaßnahmen möglich. Bei Beschwerde ist der Schutz für die betroffene Person zu gewährleisten und einer Überprüfung der Beschwerde, der Ergebnisrückmeldung an die betroffene Person und das Umsetzen von Maßnahmen in Form von Ermahnung, Abmahnung, Umsetzung, Versetzung und Kündigung nachzukommen. Die Arbeitnehmer_innen sollen das Recht haben, sich
365 bei der zuständigen internen Stellen zu beschweren, je früher, desto besser, aber ohne Fristen. Außerdem soll er/sie einen Anspruch auf Entschädigung und Schadensersatz haben und keine Benachteiligung durch die Beschwerde erfahren. Eine Dokumentation der Vorfälle, eventuell auch ein Gespräch mit Kolleg_innen, soll unter Beachtung der Verschwiegenheit stattfinden und durch
370 Antidiskriminierungsverbände unterstützt werden. [10][11][12][13]

Zentrale Forderungen:

1. Bessere Vereinbarkeit von Familie und Karriere durch unterstützende Maßnahmen von Institutionen, wie das Angebot einer den Arbeitszeiten entsprechenden Kinderbetreuung, der geregelten Anwendung des
375 Mutterschutzgesetzes, ohne, dass es zur Benachteiligung der schwangeren oder stillenden Frau kommt, und der komplikationsfreien Möglichkeit, Elternzeit in Anspruch zu nehmen, ohne nachfolgend einen Statusverlust zu erleiden.
2. Die finanzielle Belohnung von universitären Forschungseinrichtungen, sowie städtischen und universitären Krankenhäusern für den Einsatz, vereinbarte Gleichstellungsziele zu erreichen bzw. für die Umsetzung von
380 Maßnahmen (z.B. Mentoring und Schulungen zum Thema Karriere und Führen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere, Unconscious/Implicit Gender Bias und Sexismus für leitendes Personal), die der Diskriminierung von Frauen entgegenwirken.
3. Thematisierung der Ungleichverteilung der Geschlechter in Führungspositionen in der Medizin bereits im Studium, zum Beispiel im Rahmen des Querschnittsbereiches Gesundheitsökonomie und/oder Medizinische Soziologie, um dafür zu sensibilisieren und eine
390 differenzierte Auseinandersetzung mit der Problematik zu fördern.
4. Die bundesweite Einführung des Kaskadenmodells in allen universitären Forschungseinrichtungen und Kliniken, sowie städtischen Krankenhäusern oder die Pflicht, eine offene Position mit dem weniger vertretenen Geschlecht zu besetzen, wenn mehrere gleich qualifizierte
395 Kandidat_innen zur Auswahl stehen.

5. Echte Teilzeitmodelle auf Station, auch in den Führungspositionen (z. B. Jobsharing), einzuführen und dementsprechend mehr Stellen zu besetzen.
- 400 6. Eine transparentere und formalisierte Personalpolitik ab der Bewerbung für die Promotion bis hin zu den höchsten Führungspositionen: eine bundesländerübergreifende, offizielle Stellenausschreibung, klare Qualifikationskriterien, engere Kontrolle der Stellenvergabe durch die Geschäftsleitung und anonymisierte Bewerbungsverfahren.
- 405 7. Flächendeckende Mentoringprogramme v. a. in der ärztlichen Selbstverwaltung und Forschung auch speziell für Frauen zu etablieren, um diesen in ihren Karrierezielen durch bereits erfahrenere Ärzt_innen Unterstützung zukommen zu lassen und eine gegenseitige Vernetzung zu fördern.
- 410 8. Die genaue und flächendeckende Aufarbeitung und Offenlegung der statistischen Zahlen bezüglich der Gleichstellung der Geschlechter im medizinischen Tätigkeitsfeld. Hierzu könnten Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen verpflichtet werden, ihre Daten diesbezüglich jährlich festzustellen, zu veröffentlichen und an das Statistische Bundesamt oder ein anderes Institut zu übermitteln, die diese dann im nationalen Rahmen auswerten und veröffentlichen.
- 415 9. Mehr Transparenz im Berufsalltag: von staatlicher Seite Verpflichtung der jeweiligen Krankenhäuser jährlich offen und einfach zugänglich Informationen zur Geschlechterverteilung in verschiedenen Positionen darzulegen.
- 420 10. Besetzen der zu wählenden Listen für Kammern und Delegationen in der ärztlichen Selbstverwaltung abhängig von der Geschlechterverteilung unter Berücksichtigung einer möglichst hohen Repräsentativität der Geschlechter- und Altersverteilung, der Qualifikationen und des Interesses der Bewerber_innen.
- 425 11. Aufwandsentschädigungen für den Verdienstaussfall durch Engagement im berufspolitischen Bereich.
- 430 12. Untersuchungen und Interventionen zur Überwindung von Geschlechterverzerrungen bei der Einstellung, Beförderung und Beschäftigung, z.B. durch verpflichtende Kurse zur Sensibilisierung für sexuelle Gewalt und Sexismus und Beschwerdestellen zur Meldung dieser als Teil des Qualitätssicherungskonzepts.
- 435 13. Arbeitgebende sollen der Schutzpflicht der Angestellten nachkommen durch ein öffentlich einseh- und nachvollziehbares Beschwerdeverfahren, dem Anbieten von Präventionsmaßnahmen, der Unterstützung der betroffenen Personen z. B. in Form von Schutzräumen, Aufenthaltswechsel, Bewahrung von Diskretion, einem Überprüfen der Beschwerde mit Ergebnismeldung an die betroffene Person und dem

Umsetzen von Maßnahmen in Form von Ermahnung, Abmahnung,
 Umsetzung, Versetzung und Kündigung.

- 440 14. Die Arbeitnehmer_innen sollen das Recht haben, sich bei zuständigen
 internen Stellen zu beschweren, einen Anspruch auf Entschädigung und
 Schadensersatz haben, keine Benachteiligung durch die Beschwerde
 erfahren, ein Recht auf die Dokumentation der Vorfälle haben, ein
 445 Gespräch mit Kolleg_innen unter Beachtung der Verschwiegenheit führen
 können und Unterstützung durch Antidiskriminierungsverbände erhalten.

Quellenangaben:

Hierarchien und Strukturen im Krankenhaus

- [1] Beerheide R. Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Führungspositionen.
 Deutsches Ärzteblatt. 2017. 114(10): A-452 / B-394 / C- 384. Available from:
 450 [https://www.aerzteblatt.de/archiv/186752/Aerztinnenstatistik-Aerztinnen-gelangen-selten-
 in-Spitzenpositionen](https://www.aerzteblatt.de/archiv/186752/Aerztinnenstatistik-Aerztinnen-gelangen-selten-in-Spitzenpositionen) [29.06.19 17:44 Uhr]
- [2] Deutscher Ärztinnenbund e.V. - Medical Women on Top: Dokumentation des Anteils
 von Frauen an Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin.
 455 Januar 2016. Available from: <https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf>
 [29.06.19 17:46]
- [3] Hasebrook J et al. Medicine Goes Female: Protocol for Improving Career Options of
 Females and Working Conditions for Researching Physicians in Clinical Medical Research by
 Organizational Transformation and Participatory Design. JMR Research Protocols. August
 460 2017. doi: [10.2196/resprot.7632](https://doi.org/10.2196/resprot.7632)
- [4] Ibarra H, Ely R, Kolb D. Women Rising: The Unseen Barriers. Harvard Business Review.
 September 2013. Available from: [https://hbr.org/2013/09/women-rising-the-unseen-
 barriers](https://hbr.org/2013/09/women-rising-the-unseen-barriers) [29.06.19 17:55]
- [5] TU Dortmund. Geschlechtergerechtigkeit in Berufungsverfahren. Available from:
 465 [https://cms.tu-
 dortmund.de/cms/berufung/de/home/Geschlechtergerechtigkeit_in_Berufungsverfahren/in-
 dex.html](https://cms.tu-dortmund.de/cms/berufung/de/home/Geschlechtergerechtigkeit_in_Berufungsverfahren/index.html) [29.06.19 17:57]
- [6] Sambunjak D, Straus SE, Marušić A. Mentoring in Academic Medicine. JAMA 2006.
 doi:10.1001/jama.296.9.1103.
- 470 [7] Kuhlmann E, Ovseiko P V, Kurmeyer C, Gutierrez-Lobos K, Steinbock S, von Knorring M,
 et al. Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women
 in management and leadership in academic health centres in the European Union. Hum
 Resour Health 2017;15:2. doi:10.1186/s12960-016-0175-y.
- [8] Trix F, Psenka C. Exploring the Color of Glass: Letters of recommendation for Female
 and Male Medical Faculty. Discourse & Society. March 2003. 14(2), 191–
 475 220. <https://doi.org/10.1177/0957926503014002277>
- [9] Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Chancengleichheit von Wissenschaftlerinnen und
 Wissenschaftlern. Drs. 8036-07. Berlin 13. Juli 2007
- 480 [10] OECD. Women in Scientific Careers: Unleashing the Potential. Women Sci Careers
 Unleashing Potential 2006.

[11] Coe IR, Wiley R, Bekker L-G. Organisational best practices towards gender equality in science and medicine. *Lancet* (London, England) 2019;393:587–93. doi:10.1016/S0140-6736(18)33188-X.

485 [12] Edmunds LD, Ovseiko P V., Shepperd S, Greenhalgh T, Frith P, Roberts NW, et al. Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. *Lancet* 2016. doi:10.1016/S0140-6736(15)01091-0.

Sexismus am Arbeitsplatz

490 [1] Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):352-358. doi:10.1001/archinte.158.4.352

[2] Jenner S, Djermeester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):108–111. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4859

495 [3] S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt (2018):

[4] WHO (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.

[5] WHO (2003) Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Genf.

[6] Gysi J, Rüggeger P (Hrsg.) (2018): Handbuch sexualisierte Gewalt. Hogrefe Verlag, Bern

500 [7] Jenner S, Djermeester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):108–111. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4859

505 [8] Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):352-358. doi:10.1001/archinte.158.4.352

[9] Bohnet I, van Geen A, Bazerman M. When Performance Trumps Gender Bias: Joint versus Separate Evaluations. Harvard Business School. 2012. Available from: <https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/12-083.pdf> [29.06.19 19:09]

510 [10] Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2010). Forschung der ADS auf einen Blick: Beschwerdestelle und Beschwerdeverfahren nach § 13 AGG. Factsheet. Berlin.

[11] Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2018). Was tun bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz? Leitfaden für Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsräte.

[12] Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2013). Leitfaden Netzwerke in der Antidiskriminierungsarbeit

515 [13] Medizinische Hochschule Hannover (2017). Leitlinie zum Umgang mit sexualisierter Diskriminierung und Gewalt an der MHH. Hrsg. Senat der Medizinischen Hochschule Hannover.