
Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen –

Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK)

- Büro -

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon: (0228) 5402-0

Telefax: (0228) 5402-150

E-mail: gwk@gwk-bonn.de

Internet: www.gwk-bonn.de

ISBN 978-3-942342-03-2

2010

Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen aus dem BLK-Bericht „Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen“ (BLK-Heft 117/Juli 2004)

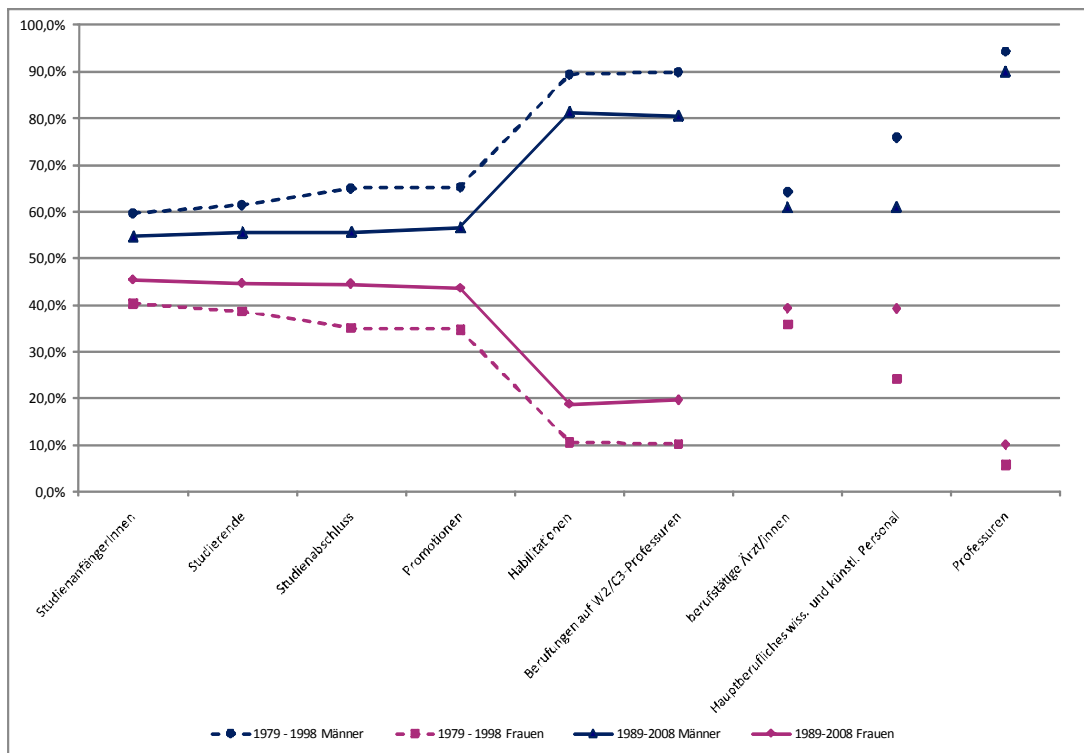
Bericht der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK)

Die demographischen und politischen Ausgangsbedingungen, die der Erstellung des BLK-Berichts „Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen“ im Jahre 2004 zugrunde lagen, haben sich deutlich verändert.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Altersstruktur der deutschen Ärzteschaft sowie der kontinuierlich wachsenden Abwanderung von Medizinerinnen und Medizinern ins - europäische - Ausland steht zu erwarten, dass es zu einer dramatischen Unterversorgung in einzelnen Fachdisziplinen (vor allem in den operativen Fächern) und insbesondere in den ländlichen Gebieten kommt. In dieser Situation ist es von besonderer Bedeutung, das Potenzial hochqualifizierter Frauen (und Männer) für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland auszuschöpfen. Hierzu können an dem Ziel der Chancengleichheit orientierte Maßnahmen beitragen, wie z.B. eine bessere Vereinbarkeit von Tätigkeiten in den medizinischen Bereichen und Elternschaft. Schließlich geht es auch darum, die in die Ausbildung dieses Potenzials investierten Mittel im Sinne eines „return on investment“ zu sichern. Die Überprüfung der Empfehlungen aus dem Bericht 2004 hat daher im Lichte der vorgenannten Aspekte zu erfolgen.

Der Vergleich des Qualifikations- und Karriereverlaufs in einem 10-Jahres-Intervall zeigt eine (deutlich) gestiegene Beteiligung von Frauen (5 Prozentpunkte bei den Studienanfängerinnen und Studienanfängern, 10 Prozentpunkte bei den Promotionen, Habilitationen sowie Berufungen) in der Human- und Zahnmedizin.

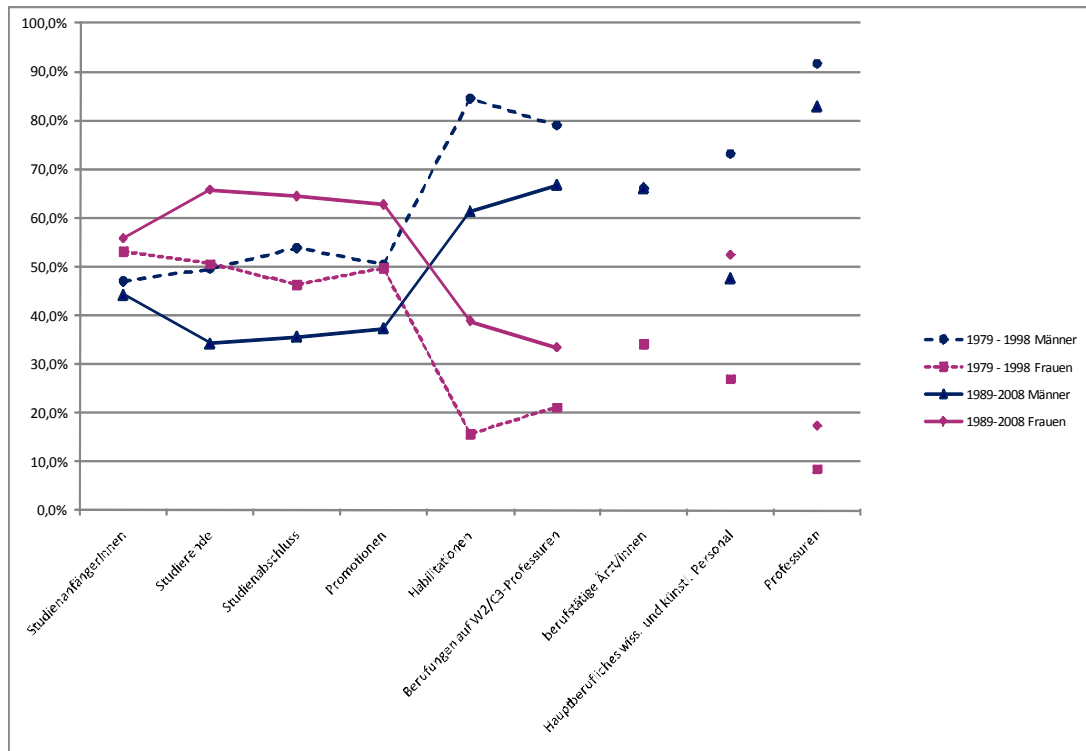
Abbildung 1 Human- und Zahnmedizin: Retrospektive Verlaufsanalyse, Vergleich der Berufungsjahrgänge 1997-1999 und 2006-2008



Anmerkungen: Die Daten zu berufstätigen Ärztinnen und Ärzten enthalten nicht die Zahnärztinnen und -ärzte.

In der Veterinärmedizin haben sich die Anteile von Frauen und Männern auf den unterschiedlichen Qualifikationsstufen noch stärker angenähert: So hat sich der Anteil von Frauen an den Promotionen und Berufungen um jeweils 12 Prozentpunkte, an den Habilitationen um 20 Prozentpunkte erhöht.

Abbildung 2 Veterinärmedizin: Retrospektive Verlaufsanalyse, Vergleich der Berufungsjahrgänge 1997-1999 und 2006-2008



Mit Hilfe der Analyse idealtypischer Karriereverläufe in Form von Scherendiagrammen (vgl. Abbildung 1 und 2) wird der akademische Qualifikationsverlauf eines Studienjahrgangs vom Studienbeginn bis zur Berufung auf eine Professur betrachtet. Um zeitliche Veränderungen sichtbar zu machen, werden die Karriereverläufe der Berufungsjahrgänge 2006-2008 mit denen der Berufungsjahrgänge 1997-1999 verglichen. Die Daten für die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie das wissenschaftliche Personal an Hochschulen und die Professuren werden zur Information gegeben, aber nicht in den Qualifikationsverlauf eingegliedert, weil es sich um Bestands- und nicht um Zugangsdaten handelt.

Die Diagramme zeigen, welches Potenzial an Frauen und Männern zu Beginn der akademischen Qualifikation zur Verfügung stand sowie ob und in welcher Weise Frauen stärker als Männer im Laufe der Qualifikation verloren gehen.

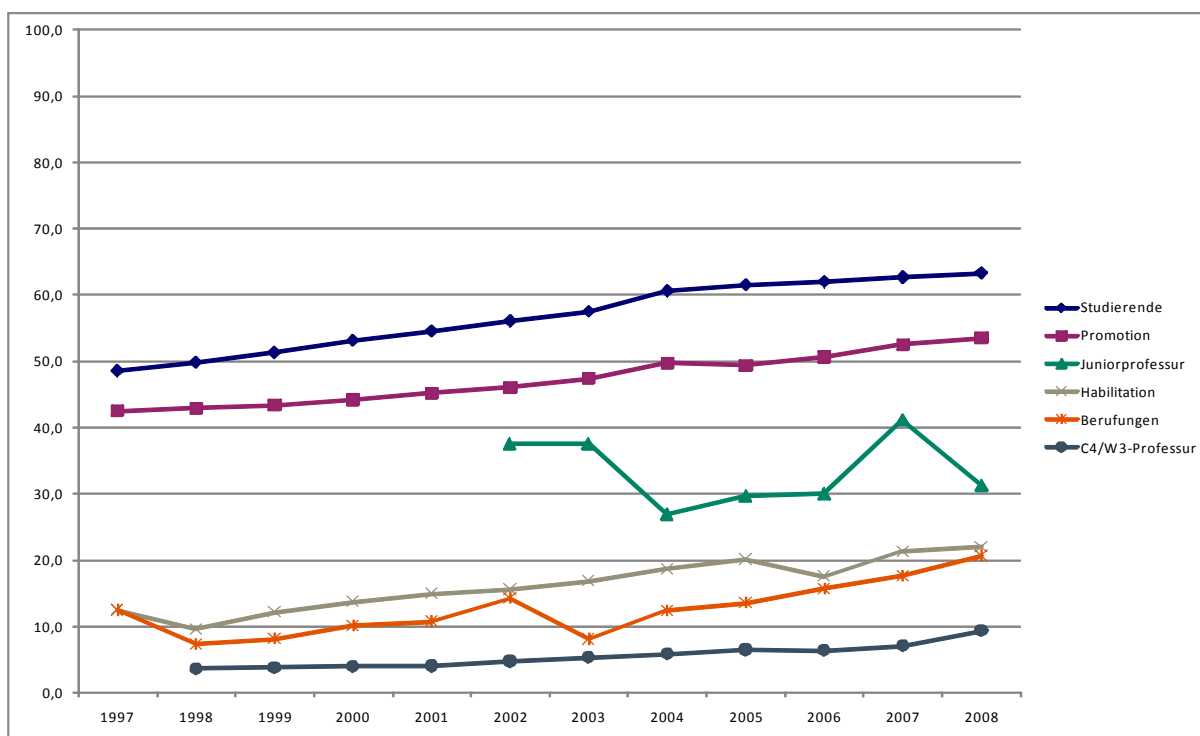
Die entscheidende Barriere sowohl in der Human- und Zahnmedizin als auch in der Veterinärmedizin liegt nach der Promotion. Sowohl in der Human- und Zahnmedizin als auch der Veterinärmedizin liegt der Anteil von Frauen an den Habilitationen um 20-25 Prozentpunkte unter ihrem Anteil an den Promotionen. Diejenigen Frauen, die sich in den medizinischen Fä-

chern habilitieren, haben dann die gleichen Chancen wie ihre männlichen Kollegen auf eine Berufung. In der Human- und Zahnmedizin liegt der Frauenanteil an den Berufungen sogar leicht über dem Frauenanteil an den Habilitationen.

Durch die hohe Rate der Frauen, die bereits nach der Promotion aus der medizinischen Forschung ausscheiden, ist die Chance eines Absolventen in einem medizinischen Fach, auf eine Professur berufen zu werden, insgesamt jedoch dreimal so hoch wie die einer Absolventin.

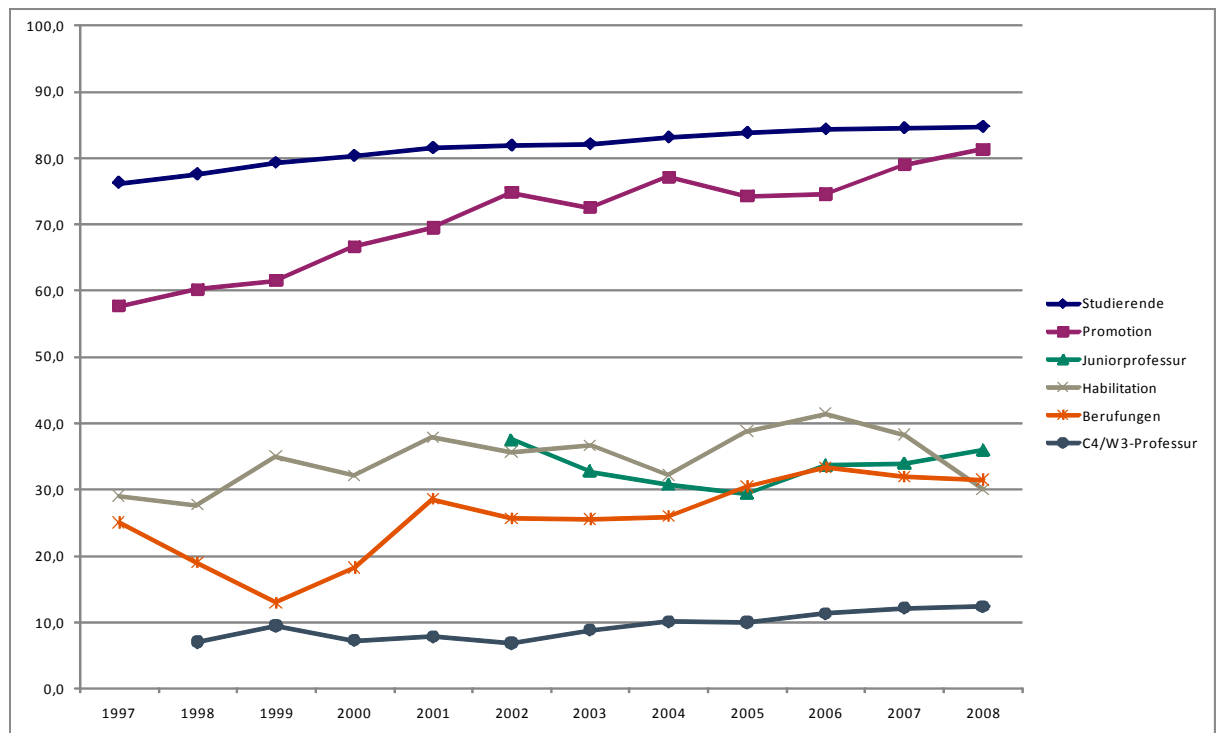
Im zeitlichen Verlauf von 1997 bis 2009 sind in allen medizinischen Fächern die Frauenanteile auf allen Qualifikationsstufen gestiegen (vgl. Abbildung 3 und 4). Seit 1999 studieren mehr Frauen als Männer Human- oder Zahnmedizin. Mit 24 Prozentpunkten am stärksten gestiegen ist der Frauenanteil an den tierärztlichen Promotionen und entspricht mit über 80% fast dem Frauenanteil bei den Studierenden. Allerdings ist in allen medizinischen Fächern der Frauenanteil an den Habilitationen und den W3/C4-Professuren im Verhältnis zu den Studierenden und Promotionen weniger stark gestiegen, so dass sich die Ausstiegsrate nach der Promotion leicht erhöht hat.

Abbildung 3 Human- und Zahnmedizin: Frauenanteil an Studierenden, Promotionen, Habilitationen sowie W1- und C4/W3-Professuren, 1997 – 2008



Anmerkungen: nach Besoldungsgruppen und Fächergruppen aufgeschlüsselte Daten liegen für 1997 (Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.4. Personal an Hochschulen) nicht vor.

Abbildung 4 Veterinärmedizin: Frauenanteil an Studierenden, Promotionen, Habilitationen sowie W1- und C4/W3-Professuren, 1997 – 2008



Anmerkungen: Nach Besoldungsgruppen und Fächergruppen aufgeschlüsselte Daten liegen für 1997 (Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.4. Personal an Hochschulen) nicht vor. Aufgrund kleiner Fallzahlen wurden die Daten für Juniorprofessuren, Habilitationen und Berufungen als gleitende Durchschnitte über 3 Jahre berechnet.

Juniorprofessuren gibt es in den medizinischen Fächern seit 2002. 2008 waren 2,5% der Professorinnen und Professoren in der Human- und Zahnmedizin und 8,3% derjenigen in der Veterinärmedizin in dieser Position tätig (alle Fächergruppen: 2,3%). Der Frauenanteil an den Juniorprofessuren liegt in der Humanmedizin deutlich über dem Frauenanteil an den Habilitationen, während in der Veterinärmedizin die Frauenanteile an diesen beiden Qualifikationsstufen, die zu einer Professur führen, weitgehend gleich hoch ist.

2008 ist der Frauenanteil an den W3/C4-Professuren mit 9,4% in der Human- und Zahnmedizin und 12,4% in der Veterinärmedizin im 10-Jahresvergleich gegenüber 1998 um 5-6 Prozentpunkte gestiegen. Trotz ihres großen Potenzials an promovierten Nachwuchswissenschaftlerinnen liegt der W3/C4-Professorinnen-Anteil in den medizinischen Fächern aber unter dem Durchschnitt aller Fächer (13,3%).

Ergebnisse der Überprüfung der Umsetzung der Berichtsempfehlungen im Überblick

Durch die Veränderung der Zulassungsstrukturen sind die Vergleichsdaten zwischen Bewerbungs- und Immatrikulationszahlen nicht mehr bundesweit verfügbar. Nach wie vor erheben nur einige wenige Klinika geschlechterdifferenzierte Daten über Ärztinnen in der Assistenzzeit.

Daher ist eine durchgängige **Datenerhebung** über den gesamten Qualifikationsverlauf noch nicht möglich.

Demgegenüber hat in den vergangenen Jahren eine zunehmende Professionalisierung und Qualitätssicherung im Hinblick auf die **Stellenbesetzungsverfahren**, insbesondere auch die Berufungsverfahren, stattgefunden. Dies hat sich auch auf die im medizinischen Bereich Beschäftigten positiv ausgewirkt. An etlichen Klinika sind - basierend auf den gesetzlichen Regelungen - standardisierte Regelverfahren entwickelt worden, in die gleichstellungsrelevante Kriterien integriert wurden. Positive Beispiele stellen hier die Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren der Universitätsklinika in Berlin, Hessen und Niedersachsen dar. Überwiegend werden an den Klinika im Rahmen von Berufungsverfahren neben den wissenschaftlichen Leistungen auch Leistungen in der Krankenversorgung ausdrücklich als Entscheidungskriterium berücksichtigt. Die Medizinische Hochschule Hannover fordert z.B. von den Bewerberinnen und Bewerbern regelhaft Nachweise über ihre klinische Expertise und führt (Teil-) Kommissionsbesuche vor Ort durch, in denen insbesondere die praktischen ärztlichen Fähigkeiten und das Teamverhalten hinterfragt werden. In einigen Klinika wird auch gezielt nach Bewerberinnen für eine Stelle gesucht.

Durchgängige **Personalentwicklungsmaßnahmen** für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind nur in einigen Bundesländern bzw. Klinika Praxis. Aufgrund der mit der Novellierung der Medizinischen Weiterbildungsordnung MWBO 2003 eingeführten Dokumentationspflicht und der 2009 durchgeführten Evaluation ist zu erwarten, dass konkrete Handlungsbedarfe aufgezeigt werden, die dann zügig aufgegriffen werden sollten.

An vielen Einrichtungen sind Mentoringprojekte etabliert und Netzwerke gegründet worden, die eine kompetente Begleitung und Unterstützung von Medizinerinnen im Qualifikationsprozess erfolgreich gewährleisten. In Berlin wird seit 2004 kontinuierlich ein Mentoringprogramm für Medizinerinnen mit jährlich 12 – 17 Kandidatinnen durchgeführt. Parallel dazu wird eine systematische Vernetzung und Vermittlung informeller Wissensbestände im Rahmen der „Rotunda Habilis“ aufgebaut.

Der Notwendigkeit, die **Vereinbarkeit** von wissenschaftlicher Tätigkeit in Hochschulen und Klinika mit der Übernahme von Familienverantwortung sicherzustellen, ist in den vergangenen Jahren zunehmend erkannt worden. Durch die Teilnahme an den Auditierungsverfahren wie Total E-Quality / Beruf und Familie / familiengerechte Hochschule haben etliche Hochschulen bzw. Klinika ihre Selbstverpflichtungen in diesem Bereich dokumentiert. In den vergangenen Jahren sind auch die Möglichkeiten für eine Betreuung der Kinder insbesondere des wissenschaftlichen Personals deutlich ausgebaut worden. So unterhält z.B. das Universitätsklinikum Tübingen eine betriebseigene Kindertagesstätte für Kinder von Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern, die wochentags in der Zeit von 5.45 Uhr – 18.00 Uhr geöffnet ist und damit den Bedarf nach langen Öffnungszeiten aufgrund von Schichtdiensten abdeckt.

Die Beschäftigung von **Paaren**, die beide als Arzt bzw. Ärztin tätig sind, wird mittlerweile von den meisten Einrichtungen als unproblematisch betrachtet, sofern die Personen nicht in derselben Abteilung tätig sind. Im Falle von Schwangerschaft (Mutterschutzfristen) und Elternzeit wird in der Regel eine Vertretung sichergestellt, finanziert entweder aus einem spezifischen Pool oder aus regulären Mitteln.

Die gesetzlichen Regelungen zum Arbeitsschutz haben sich in der Berichtszeit nicht verändert, jedoch gibt es ein Bemühen, individuell tragfähige Lösungen zu finden. Erkenntnisse darüber, zu welchen tatsächlichen Ergebnissen das - geschlechtsneutral angelegte - **Entgeltsystem** führt, liegen bislang noch nicht vor. Auch die Verteilung von Mitteln (Finanzen, Räume, Ausstattung) auf Ärztinnen und Ärzte bzw. Professorinnen und Professoren bleibt noch zu untersuchen.

Sofern eine formelgebundene bzw. leistungsorientierte **Mittelverteilung** eingeführt wurde, sind von einigen Einrichtungen gleichstellungsrelevante Kriterien integriert worden. In Niedersachsen werden an der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe für Forschung (LOM) generell Drittmittelwerbungen oder Publikationen von Frauen mit dem Faktor 1,5 berücksichtigt.

Am Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf wird z.B. im Rahmen der Drei-Säulenfinanzierung im Anreizbudget die Höhe des Frauenanteils bei den Neuberufungen von Professorinnen als Erfolgsindikator verankert. Zudem erhält die jeweilige Klinik für jede abgeschlossene Habilitation einer Frau eine zusätzliche ½ BAT II-Stelle für 2 Jahre, die der Qualifizierung einer weiteren Nachwuchswissenschaftlerin dient.

Einige Einrichtungen vergeben Forschungsfördermittel grundsätzlich zu 50 % an Frauen oder reservieren einen bestimmten Betrag (Pool) von Mitteln für Gleichstellungsmaßnahmen.

An den Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg wird die Verteilung von Mitteln für Forschung und Lehre in **Zielvereinbarungen** auch von der Umsetzung von Gleichstellungsmaßnahmen abhängig gemacht.

Das Steuerungsinstrument der Zielvereinbarungen mit Klinikum-Vorständen wurde bislang kaum genutzt, um dort gleichstellungsrelevante Zielsetzungen zu vereinbaren; nur in Einzelfällen haben solche Zielvereinbarungen auch Auswirkungen auf leistungsabhängige Vergütungsvereinbarungen.

Dem Beispiel des *Zentrums für Geschlechterforschung in der Medizin Berlin (GiM)* an der Charité folgend wurden an einigen anderen Hochschulen ebenfalls **Zentren für genderspezifische Forschung** eingerichtet. Damit ist ein Weg eröffnet, um künftig Aspekte der unterschiedlichen Diagnose, Behandlung, Medikation und Versorgung bei Frauen und Männern genauer zu betrachten.

Im *Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin Berlin (GiM)* erhebt das BMBF- geförderte Pilotprojekt "Gender Medicine" z.B. den aktuellen Kenntnisstand in Bezug auf Geschlechter- und Genderspezifität im Rahmen der Grundlagen- und klinischen Forschung. Das Projekt soll damit die Grundlagen zur Etablierung von Geschlechter- und Genderaspekten in der biomedizinischen und klinischen Forschung liefern.

In einigen Ländern wird die genderspezifische Betrachtungsweise bereits systematisch in die Curricula integriert. In anderen Ländern finden zumindest Ringvorlesungen o.ä. zu diesen Themenkreisen statt.

Fazit

Im Überprüfungszeitraum der letzten 6 Jahre zeichnet sich eine positive Tendenz ab, die allerdings noch nicht befriedigt. Nach wie vor sind im Verlauf des Qualifikationsprozesses gravierende Verluste des Potenzials an Frauen zu konstatieren. Dies stellt nicht nur eine gleichstellungspolitische Problematik dar, sondern gefährdet auch die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in allen Fachgebieten. Dem kann nur durch eine konsequente Umsetzung der bereits im Bericht 2004 aufgestellten Empfehlungen entgegengewirkt werden. Von besonderer Bedeutung sind hierbei folgende Gesichtspunkte:

- Intensive Begleitung in der Phase des Übergangs von der Promotion zu Habilitation durch gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen für Frauen (wie z.B. Mentoring, Einbindung in Netzwerke);
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Tätigkeit in der Medizin und der Übernahme von Familienverantwortung – für Frauen und Männer, z.B. durch Teilnahme an Auditierungsverfahren, Schaffung bedarfsgerechter Kinderbetreuung;
- Verstärkter Einsatz des Instruments der aktiven Rekrutierung, um qualifizierte Frauen als Professorinnen zu gewinnen;
- Geschlechtergerechte Verteilung von Mitteln (Vergütung, Ausstattung);
- Integration von Genderaspekten in Steuerungsinstrumente, wie z.B. die interne leistungsorientierte Mittelverteilung, Zielvereinbarungen mit Klinikvorständen;
- Integration von Genderaspekten in Lehre und Forschung.

Aggregierte Einzelergebnisse der Umfrage

Themenfelder

- I. Geschlechterdifferenzierte Datenerhebung**
- II. Transparente Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren**
- III. Personalentwicklungsmaßnahmen / Aufbau von Medizinerinnennetzwerken und Mentoringprogrammen**
- IV. Vereinheitlichung der fachärztlichen Weiterbildung**
- V. Maßnahmen zur Förderung der Work-Life-Balance**
- VI. Arbeitsschutzbestimmungen**
- VII. Geschlechtergerechte Vergütung und Führungspositionen**
- VIII. Frauen und Geschlechterforschung in der Medizin**
- IX. Chancengleichheitsfördernde Steuerinstrumente**

I. Geschlechterdifferenzierte Datenerhebung

1. Erhebt das Hochschul-Informationssystem (HIS) die Motive zur Studienfachwahl für den medizinischen Bereich fächerspezifisch und geschlechterspezifisch?

In den turnusgemäß in jedem zweiten Wintersemester durchgeführten Befragungen von Studienanfängerinnen und -anfängern im ersten Hochschulsemester erhebt HIS regelmäßig auch die Motive der Studienfachwahl. Den Probandinnen und Probanden werden hierzu zwanzig Gründe und Motive mit der Bitte vorgelegt, a) *jedes* dieser Items mittels einer 5-stufigen Skala von 1 = sehr wichtig bis 5 = unwichtig zu bewerten, sowie b) das *einzelne* dieser Motive zu benennen, das letztlich den Ausschlag gegeben hat. Da zudem das Merkmal Geschlecht erhoben wird, können diese Daten auch geschlechtsspezifisch ausgewertet werden.

Auf Basis der durchgeführten Erhebungen sind nach den Geschlechtern differenzierte Auswertungen möglich für Humanmedizin und für Medizin insgesamt, wegen zu niedriger Fallzahlen jedoch nicht für Zahnmedizin und Veterinärmedizin. Außerdem sind Aussagen für Studienanfängerinnen in den Gesundheitswissenschaften möglich. Der gegenwärtig jüngste Datensatz betrifft das Wintersemester 2007/08. Die Daten der kurz vor Beginn stehenden Befragung der Studienberechtigten des WS 2009/10 stehen erst im Sommer des Jahres 2010 zur Verfügung. Falls gewünscht sind auch Zeitreihendaten möglich.

2. Erfolgt die Datenerhebung für den medizinischen Bereich an den Hochschulen bezüglich der Bewerbungen, Zulassungen und Einschreibungen geschlechterspezifisch und werden die Daten öffentlich zugänglich gemacht?

Durch die Veränderung der Zulassungsstrukturen sind die Vergleichsdaten zwischen Bewerbung- und Immatrikulationszahlen nicht mehr bundesweit verfügbar.

3. Nehmen die Hochschulkliniken eine geschlechterspezifische Bestandsaufnahme des Beginns, der Verweildauer und des Ausbildungsabschlusses bzw. -abbruchs von Ärztinnen und Ärzten in der Assistenzzeit vor?

Die Antworten der Bundesländer hierzu waren uneinheitlich. An den Universitätskliniken in BW, MV, NI, SH, SL, ST wird bisher keine geschlechterspezifische Bestandsaufnahme der Daten in der Assistenzzeit vorgenommen.

Die Universitätskliniken in BY, HE, HH, NRW, RP, SN und TH verfahren unterschiedlich. Die erfragten Daten werden in einigen dieser Länder zentral oder in einzelnen Kliniken geschlechterspezifisch erfasst. In anderen erfolgt die Erfassung undifferenziert, wobei eine geschlechtsspezifische Auswertung z.B. über das Personalverwaltungsprogramm SAP ermöglicht werden kann. In BE erfolgt die Datenerfassung durchweg geschlechterspezifisch. Die Daten sind aber aufgrund der Fusionen der Charité und der erst im Aufbau befindlichen EDV-Systeme noch lückenhaft.

II. Transparente Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren

1. Führen die Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen ihre Stellenbesetzungsverfahren im medizinischen Bereich in nachprüf- baren Regelverfahren, die auf Chancengleichheit ausgerichtet sind, durch? Wird z.B. auf insbesondere Frauen benachteiligende Bedingungen wie Al- tersbegrenzung und Ausschluss von Teilzeittätigkeit verzichtet?

Die von den Bundesländern zusammengefassten Antworten der medizinischen Fachbereiche stellen die jeweiligen rechtlichen Vorschriften der Länderhochschul- und Gleichstellungsgesetze, sowie des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes AGG dar. Die Stellenbesetzungsverfahren werden danach diskriminierungsfrei entsprechend den beamten-, hochschul- und tarifrechtlichen Vorgaben durchgeführt.

Wichtige Merkmale gendergerechter Verfahren sind:

- Aktive Ausschreibungs- und Rekrutierungsstrategien, um mehr Bewerbungen von Wissenschaftlerinnen zu erhalten,
- Transparente, standardisierte, verbindliche Regelungen zur Verfahrensbeteiligung der Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragten an Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren mit länderunterschiedlichen Rechten, Pflichten und Arbeitskapazitäten,
- Paritätische Besetzung von Stellenbesetzungs- und Berufungskommissionen,
- Gezielte Beteiligung von Gutachterinnen,
- Eindeutige Definition der Auswahlkriterien; standardisierte Fragenkataloge,
- Transparenz und Fairness bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Leistungen von Bewerberinnen und Bewerbern,
- Berücksichtigung von Erziehungszeiten (z.B. für Verbeamtung bei Erstberufung) und Schutz vor Diskriminierung nach Inanspruchnahme derselben.

2. Gibt es in hochschulischen, medizinischen Berufungsverfahren Verfahrensregelungen, in denen neben der wissenschaftlichen Leistung auch die Leistungen in der Krankenversorgung angemessen berücksichtigt werden?

Diese Frage wird von den meisten medizinischen Fachbereichen positiv beantwortet. Die jeweiligen Universitätsklinika sind in unterschiedlicher Art und Weise an den Berufungsverfahren beteiligt. Da die Mehrzahl der Medizin-Professorinnen und Professoren neben Aufgaben in Forschung und Lehre auch solche in der Krankenversorgung wahrzunehmen haben, sind die Leistungen und Qualifikationen der Bewerbenden in diesem Feld ein wichtiges Beurteilungskriterium. Diese werden z.T. auch durch Vor-Ort-Besuche von (Teil-) Kommissionen überprüft.

Bei zu besetzenden Professuren mit Anforderungen in der Krankenversorgung werden in der Regel entsprechende Leistungen gleichberechtigt neben den Aspekten Forschung und Lehre gewürdigt. Als objektivierbare Qualifikationskriterien werden zum Beispiel Operationskataloge genannt. Die Gewichtung der Aspekte Forschung, Lehre und Krankenversorgung erfolgt abhängig von den konkreten Anforderungen der Stelle und liegt im Ermessen der Berufungskommission.

III. Personalentwicklungsmaßnahmen / Aufbau von Medizinerinnen-Netzwerken und Mentoringprogrammen

1. Wurden an Hochschulklinika durchgängig Personalentwicklungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung eingeführt?

In SH wurden bisher keine Personalentwicklungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung eingeführt. In BW, BY, BE, NRW, RP, SL, SN, ST existieren an einzelnen Klinika durchgängige gemischtgeschlechtliche Personalentwicklungsmaßnahmen. An einigen Klinika sind geschlechtsspezifische Einzelmaßnahmen oder umfassende Konzepte z.B. im Rahmen der Auditierung „berufundfamilie“ im Aufbau oder geplant.

In HH, HE, MV, NI und TH sind Personalentwicklungsmaßnahmen bereits länger etabliert. Bei den beschriebenen Maßnahmen handelt es sich meistens um dezentrale fachliche Weiterbildung oder übergreifende Angebote zu außerfachlichen Qualifikationen wie Zeit-, Konflikt-, Selbst- oder Projektmanagement, Führungskompetenz, Karriereplanung, Work-Life-Balance, Präsentation und Rhetorik, Business Basics, Drittmittelwerbung, Hochschuldidaktik, Managementkompetenz, Informations- und Kommunikationstechnik, Publishing in English oder Wissenschaftliches Schreiben. Alle diese Angebote stehen Frauen und Männern gleichermaßen offen und werden von diesen genutzt.

In einigen Bundesländern werden diese Bildungsangebote von den Ärztekammern akkreditiert und mit Fortbildungspunkten bewertet.

2. Sind an wissenschaftlichen medizinischen Einrichtungen Medizinerinnen-netzwerke und/oder Mentoringprogramme aufgebaut und unterstützt worden?

Medizinerinnen-Netzwerke und medizinerinnenspezifische Mentoringangebote existieren bereits an einer Reihe von Universitätsklinika oder werden gegenwärtig aufgebaut. Die Maßnahmen richten sich an Medizinstudentinnen, Promovendinnen, Assistenzärztinnen, Postdocs, Habilitandinnen und Privatdozentinnen.

Fakultätsübergreifende Mentoringprogramme für Wissenschaftlerinnen, an denen neben Vertreterinnen anderer Fakultäten auch Medizinerinnen teilnehmen, existieren in BW, BY, HE, NRW, SL.

Bei den Antworten zu diesem Fragenkomplex wird deutlich, dass die Begriffe „Mentoringprogramm“ und „Medizinerinnen-Netzwerk“ offenbar unterschiedlich aufgefasst werden, so dass die Bandbreite der Antworten groß ist. Das Land NI hat hier beispielsweise schon länger einen Förderschwerpunkt, BY verstärkt seine Aktivitäten aktuell.

IV. Vereinheitlichung der fachärztlichen Weiterbildung

1. Wurden im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung Initiativen zur Vereinheitlichung und größerer Transparenz der fachärztlichen Weiterbildung mit dem Ziel der Objektivierung der Leistungserfüllung der Weiterzubildenden ergriffen?

Die Bundesärztekammer verweist in ihrer Antwort auf die mit der Novellierung der Medizinischen Weiterbildungsordnung MWBO 2003 eingeführte Verpflichtung zur Dokumentation der Weiterbildung (§ 8) sowie zur Vorlage eines strukturierten Weiterbildungsprogramms. Diese haben zu größerer Transparenz und Vereinheitlichung der fachärztlichen Weiterbildung geführt und die Leistungserfüllung objektiviert.

Die Landesärztekammern haben für jedes medizinische Fachgebiet ein so genanntes Logbuch erstellt, auf dessen Grundlage die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten und der Leistungsfortschritt der Weiterzubildenden dokumentiert werden. Zu dieser Dokumentationspflicht gehören auch regelmäßige Gespräche zwischen Vorgesetzten und Weiterzubildenden nach Abschluss eines jeden Weiterbildungsabschnitts, mindestens jedoch einmal jährlich, um eventuellen Problemen und Verzögerungen rechtzeitig gegensteuern zu können.

Diese novellierte Weiterbildungsordnung wurde 2009 durch die Landesärztekammern evaluiert, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Weiterbildungssituation einschließlich des Aspektes der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu überprüfen.¹

2. Wurden Weiterbildungsordnungen der medizinischen Fächer mit dem Ziel reformiert, die Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf, Schwangerschafts- und Kindererziehungszeiten zu verbessern?

Bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Elternschaft im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung wurde das ärztliche Weiterbildungsrecht aufgrund der Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG europaweit harmonisiert. Grundsätzlich können die Landesärztekammern im Rahmen ihres Ermessensspielraums über die Anerkennung von Teilzeitweiterbildung auf der gegebenen Grundlage der EU-Richtlinie 2005/36/EG individuell befinden. Die Kriterien sind durch die EU-RL vorgegeben, die z. B. besagt, dass eine Mindestdauer gewährleistet sein muss und dass bei Teilzeittätigkeit die Qualität der Weiterbildung nicht leiden darf. Ab welcher Prozentzahl der Teilzeit-Tätigkeit eine Weiterbildung nicht mehr gewährleistet ist, hängt von verschiedenen Aspekten ab, welche aber nicht evidenzbasiert sind. Insofern besteht ein relativ großes Ermessen, welches die EU den Mitgliedstaaten bewusst eingeräumt hat. Um den familienplanerischen Belangen von jungen Ärztinnen und Ärzten Rechnung zu tragen, haben z.B. SN und TH über die Landesärztekammern in ihren Weiterbildungsordnungen die Möglichkeit der Teilzeitweiterbildung für alle Gebiete in der gesamten Weiterbildungszeit eröffnet. Dazu muss deren Anrechnungsfähigkeit von der Kammer im Vorhinein bestätigt werden.

¹ www.evaluation-weiterbildung.de

Das BMBF fördert (2008 – 2012) das Verbundvorhaben „Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen während der Facharztweiterbildung.“ Dabei wird zum einen das „Teilvorhaben Universität Leipzig: Längsschnittuntersuchung von Ärztinnen und Doppelkarrierepaaren mit qualitativen Methoden“ unterstützt, welches von Prof. Dr. Dorothee Alfermann an der Universität Leipzig geleitet wird. Dieses Projekt soll grundlegende Faktoren der Karriereentwicklung untersuchen, um Anregungen für die Verbesserung von Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen zu liefern. Parallel fördert das BMBF auch den zweiten Teil des Verbundvorhabens nämlich das „Teilvorhaben Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Längsschnittuntersuchung mit quantitativen Methoden“. Die quantitativen Daten aus dieser Studie bilden eine empirische Grundlage, auf der man mit vielfältigen konkreten Maßnahmen aufbauen kann, wie z.B. mit der schon erwähnten Reform der Weiterbildungsordnungen.

V. Maßnahmen zur Förderung der Work-Life-Balance

1. Wurden adäquate Teilzeitmodelle sowohl für den medizinischen Aus- und Weiterbildungsverlauf als auch für berufstätige Ärztinnen und Ärzte entwickelt und erprobt?

In BW wurden Teilzeitmodelle in Hochschule und Klinikum insbesondere im Rahmen von Auditierungsverfahren „berufundfamilie“ oder „Familiengerechte Hochschule“ entwickelt und als Zielmaßnahmen definiert.

In HE werden Teilzeitstudienmöglichkeiten erarbeitet und unterschiedliche Teilzeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung in Abhängigkeit vom jeweiligen Tätigkeitsbereich erprobt.

2. Sind an medizinischen Hochschulen und Klinika innovative Formen der Kinderbetreuung, die den Anforderungen der Ausbildung und der Tätigkeit im medizinischen Wissenschaftsbereich entsprechen, gefördert bzw. eingeführt worden?

In BW, BY, BE, HE, MV, NI, SH, SL und ST existieren in unterschiedlicher Ausprägung und Kapazität kontinuierliche (Betriebs-) Kinderbetreuungsangebote, die der Tätigkeit im medizinischen Wissenschaftsbereich entgegen kommen. Insbesondere in NI und BY ist die Kinderbetreuung an den medizinischen Hochschulen in Bezug auf lange Öffnungszeiten, Krippenplätze sowie Notfall- sowie Ferienbetreuung gut ausgebaut. In RP, SN und TH decken Kooperationen der medizinischen Einrichtungen mit externen Trägern von Kindertagesstätten die Betreuungsnachfrage der an den medizinischen Hochschulen beschäftigten Eltern ab.

Kriterien für eine den besonderen Anforderungen des medizinischen Wissenschaftsbereichs gerecht werdende Kinderbetreuung sind:

- hochschul- oder einrichtungseigene und bedarfsgerechte Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Kooperationen mit externen Anbietern in Arbeitsplatznähe mit flexiblen und erweiterten Öffnungszeiten, die an die in der Wissenschaft üblichen Arbeitszeiten angepasst sind,
- verlässliche Notfall-, Wochenend- und Ferienbetreuung; Babysitter-Pools für die Kurzzeitbetreuung von Klein- und Schulkindern; Serviceangebote für Eltern, die an Tagungen teilnehmen,
- Wickel- und Stillzimmer; Kinderspielbereiche und kindergerechte Stühle in den Mensen,
- Etablierung von Babysitter-Pools,
- Teilzeitstudienangebote für studierende Eltern.

3. Wurden an den Hochschulklinika Stellenpools für Schwangerschaftsvertretungen und Vertretungen von Müttern und Vätern in Elternzeit eingerichtet?

Schwangerschafts- und Mutterschutzvertretungen werden einzelfallbezogen durch befristete Wiederbesetzungen geregelt und z.T. durch Ausgleichszahlungen unterstützt.

4. Wird ermöglicht, dass Paare gemeinsam an einer medizinischen wissenschaftlichen Einrichtung tätig sein können und im Falle der Teilung einer gemeinsamen Stelle getrennt voneinander Drittmittel einwerben können?

Die Anstellung eines Paares an der gleichen medizinischen wissenschaftlichen Einrichtung ist grundsätzlich in allen Ländern möglich, sofern kein Unterstellungsverhältnis vorliegt. Im Falle der Teilung einer gemeinsamen Stelle ist die getrennte Einwerbung von Drittmitteln möglich, da diese nicht vom Beschäftigungsgrad abhängig ist.

VI. Arbeitsschutzbestimmungen

1. Wurden die Beurteilungsgrundlagen für die Schädlichkeitseinstufung von Arbeitsbedingungen dem aktuellen Stand der Technik angepasst, um werdenden und stillenden Müttern in der medizinischen Ausbildung und Forschung eine qualifizierte Weiterarbeit zu ermöglichen?

Im Berichtszeitraum haben sich die gesetzlichen Bestimmungen (Mutterschutzgesetz, Mutterschutzrichtlinienverordnung, Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Technische Regelungen für Gefahrenstoffe) nicht geändert

In diesem Rahmen bemühen sich die meisten Universitäten und Klinika um jeweils individuell angemessene Lösungen für angestellte werdende und stillende Mütter in der medizinischen Ausbildung und Forschung.

Für Studentinnen, Doktorandinnen und Stipendiatinnen gelten alle genannten Vorschriften nicht.² Entsprechende Mutterschutzregelungen müssen hier in Prüfungs- und Ausbildungsordnungen getroffen werden. Das ist bislang nicht überall gewährleistet.

Nach wie vor verheimlichen viele schwangere Ärztinnen ihre Schwangerschaft solange wie möglich, weil sie mit der bestehenden Arbeitsschutzsituation unzufrieden sind und aufgrund der weitreichenden Mutterschutzbestimmungen berufliche Nachteile erwarten (z.B. kein Einsatz im Operationsaal und in der Notaufnahme, keine invasiven Tätigkeiten wie Punktionen und Blutentnahmen, kein Umgang mit gefährlichen Stoffen).

Um derartige Umgehungsstrategien zu vermeiden und sachgerechte Regelungen zu schaffen, wäre eine Überprüfung und ggf. Novellierung des Mutterschutzgesetzes durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erforderlich.

² Diese Arbeitsschutzbestimmungen gelten für diese Personengruppen allerdings dann, wenn sie gleichzeitig in einem Arbeitsverhältnis stehen.

VII. Geschlechtergerechte Vergütung und Führungspositionen

1. Wurde das Vergütungssystem an Hochschulklinika im Hinblick auf die Gleichstellung der Geschlechter überprüft und welche Konsequenzen wurden ggf. aus dem Ergebnis gezogen?

Das Vergütungssystem an den Hochschulklinika unterliegt grundsätzlich den Tarifverträgen der Länder. Alle Länder gehen davon aus, dass Frauen und Männer bei gleicher Qualifikation und den jeweiligen Rahmenbedingungen gleich behandelt werden.

2. Welche Bemühungen haben die medizinischen Hochschulen und Universitätsklinika unternommen, um die Ärztinnenanteile in den von Männern dominierten Schwerpunktgebieten und Führungspositionen zu erhöhen?

Alle Länder verweisen hier auf die bestehenden standardisierten Verfahrensregelungen im Zuge von Stellenbesetzungs- und Berufungsverfahren: auffordernder Hinweis im Ausschreibungstext, umfassende Beteiligung der Gleichstellungsbeauftragten und definierte Zielvorgaben in Frauenförderplänen, um den Frauenanteil in Führungspositionen zu erhöhen. Darüber hinaus wird von allen Ländern auf besondere interne Fördermaßnahmen wie z.B. Vergabe von Habilitationsstipendien, Tenure-Track-Berufungen, die Entwicklung eines Leitfadens für die geschlechtergerechte Gestaltung von Berufungsverfahren, Headhunting bei der Besetzung von Professuren oder die gezielte Nutzung externer Instrumente und Förderungsmöglichkeiten wie des Audits „berufundfamilie“ oder der Beteiligung am Professorinnen-Programm des Bundes und der Länder verwiesen.

Das BMBF förderte (2004 – 2006) das Projekt „Erstellung eines Handbuchs zur Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis“, welches von Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk an der Charité Universitätsmedizin Berlin geleitet wurde. Das Handbuch stellt den Forschungsstand zu Barrieren für Frauen in der Medizin dar, gibt Karriere-Planungshilfen für junge Medizinerinnen und enthält Interviews mit erfolgreichen Ärztinnen sowie Service-Adressen.

VIII. Frauen und Geschlechterforschung in der Medizin

1. Welche Ergebnisse hat die Prüfung der vorliegenden nationalen Erfahrungen zur Reform von medizinischen Studiengängen bezüglich der Möglichkeiten der Integration von geschlechtsspezifischen Themen in die reformierten Studiengänge erbracht?

Zu dieser Frage waren die Antworten der Länder sehr heterogen:

NRW, SH, SL, ST und TH haben keine Angaben gemacht. In RP ist die Überprüfung der Curricula geplant.

BW, BY, BE, HE, HH, MV, NI und SN führen einzelne Genderelemente in der curricularen Lehre in verschiedenen medizinischen Fächern an, vorrangig waren dabei die Fächer Arbeits- und Sozialmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung, Pharmakologie und Toxikologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. In HH wird von 2008 – 2012 die von BMBF und ESF geförderte Studie „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“ durchgeführt; die Projektpartner kommen aus BW, BY, HE, NRW, SN und TH.

Im Einzelnen:

In BE wurde das Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM) eingerichtet. Ferner wurde die Checkliste „Gender in Studium und Lehre der Medizin“ entwickelt und ein Drittmittelprojekt zur wissenschaftlichen Begleitung der Einführung des geplanten neuen Modellstudiengangs Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Genderaspekte und im Sinne der Qualitätssicherung (Laufzeit von 2008 – 2011) durchgeführt.

In MV wurde das Interdisziplinäre Zentrum für Frauen- und Geschlechterstudien (IZFG) an einer Medizinischen Fakultät eingerichtet, die das IZFG sowohl personell als auch durch eine Kofinanzierung von Sachmitteln unterstützt. Von 2000 bis 2006 wurden am IZFG in den Postdoc-Kollegs "Krankheit und Geschlecht" und "Alter, Geschlecht und Gesellschaft" interdisziplinäre Studien durchgeführt.

In NI werden im Rahmen eines Projekts geschlechterspezifische Inhalte in das Curriculum des Reformstudienganges HannibaL integriert. Es wurde ein Zentrum für gendersensible Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet.

2. Werden in der von Bund und Ländern geförderten Gesundheitsforschung auf allen Ebenen des Forschungsprozesses geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt?

Die Einbeziehung von Genderaspekten in die Forschung einiger medizinischer Fachgebiete steht noch am Anfang. BY und BE nennen exemplarisch die Fachgebiete Epidemiologie, koronare Herzerkrankungen, Leberzirrhose und Autoimmunerkrankungen. NI nimmt an dieser Stelle Bezug auf die 12. AMG-Novelle von 2004, in der eine angemessene Beteiligung von

Frauen in klinischen Arzneimittelprüfungen gefordert wird. Im Jahr 2004 wurde bei der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) unter anderem der § 42 AMG (Verfahren bei der Ethik-Kommission, Genehmigungsverfahren bei der Bundesoberbehörde) verändert. Zielsetzung war, Frauen künftig angemessen bei klinischen Arzneimittelprüfungen zu berücksichtigen. Es sollten dadurch mehr Arzneimittelstudien (z. B. zur Zulassung von Medikamenten) als bisher mit einem höheren Anteil an Probandinnen durchgeführt werden, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf Medikamente ansprechen bzw. diese metabolisieren.

Ziel war und ist, durch eine ausreichende Zahl von Probandinnen eine geschlechtsspezifische Auswertung vornehmen zu können. Darauf basierend sollte – wenn notwendig – zukünftig bei der Medikamentenanwendung eine nach Geschlecht differierende Dosierung bzw. Therapieüberwachung erfolgen. In der Aufschlüsselung der Probandenbeteiligung an klinischen Prüfungen nach dem AMG, die seit dem Inkrafttreten der 12. AMG-Novelle vom 6. August 2004 beim BfArM bzw. beim PEI beantragt wurden, kann die Geschlechterverteilung bislang nur annähernd erfasst werden, da zum Zeitpunkt der Antragstellung die schließlich resultierende Anzahl und Verteilung der tatsächlich rekrutierten Probanden nicht vorhersehbar ist. Die dabei ermittelten Zahlenverhältnisse³ weisen jedoch bereits auf ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen in klinischen Prüfungen der Prüfphasen II bis IV hin. Lediglich in der Prüfphase I werden insbesondere in der Erstanwendung am Menschen und den frühen Anschlussstudien aus Sicherheitsgründen weiterhin überwiegend nur junge gesunde Männer eingeschlossen⁴. Hinsichtlich der Datenlage zur Anzahl von abgelehnten oder hinsichtlich des Frauenanteils nachzubessernden Studien wird auf die Ethikkommissionen, die im Zuständigkeitsbereich der Länder liegen, verwiesen. Es wird ferner davon ausgegangen, dass die geschlechtsspezifische Auswertung von klinischen Studien erfolgt, sofern geschlechtsspezifische Unterschiede für die jeweiligen Indikationsbereiche bekannt sind. Detaillierte Zahlen liegen dazu noch nicht vor. Bei der Metabolisierung von biologischen Arzneimitteln werden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern angenommen.⁵

Die Bundesländer BE, BW, BY, HH, MV, NI, NRW, RP, SH, SL, SN, ST, TH bestätigten die Einbeziehung von Genderaspekten in die Gesundheitsforschung pauschal, bei HE erfolgte Fehlanzeige. Im Einzelnen werden folgende Beispiele genannt: gemischtgeschlechtliche Forschungsförderungsmöglichkeiten (BW), die kontinuierliche Durchführung einer Wahlfach-Vorlesung „Gender in der Medizin“ (SH), die geschlechterspezifische Verteilung von Fördermitteln (ST) oder die Berücksichtigung von existierenden Gleichstellungskonzepten der beantragenden Einrichtung als Entscheidungskriterium für die Bewilligung von Forschungsprojekten (TH).

In diesem Kontext hat das BMBF die Förderung einer Reihe von Forschungsvorhaben mit einer Gesamtsumme von ca. einer Million Euro (inkl. Europäischem Sozialfonds) initiiert, die direkt oder indirekt an die Empfehlungen des BLK-Berichts „Frauen in der Medizin“ anknüpfen.

³ Vgl. BT-Drucksache 15/5954; Antwort auf Frage 37 von Frau MdB Christa Reichard

⁴ Vgl. BT-Drucksache 16/6658 – Umsetzung der in der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes enthaltenen Regelungen zur angemessenen Berücksichtigung von Frauen in klinischen Arzneimittelprüfungen

⁵ Vgl. BT-Drucksache 16/6509 – Umsetzung der in der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes enthaltenen Regelungen zur angemessenen Berücksichtigung von Frauen in klinischen Arzneimittelprüfungen

fen und zur Verbesserung der Gleichstellung im medizinischen Bereich bzw. zur Berücksichtigung von Genderaspekten in der Gesundheitsforschung beitragen. Diese Projekte werden im Rahmen der Bekanntmachung „Frauen an die Spitze“ bzw. des Gesundheitsforschungsprogramms gefördert.

Das BMBF fördert (2008-2010) das „Pilotprojekt Geschlechterforschung in der Medizin“, welches von Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek am Deutschen Herzzentrum Berlin geleitet wird. Dieses Projekt hat das Ziel, Grundlagen für die Berücksichtigung von Genderaspekten in der medizinischen Forschung zu legen.⁶

Nur auf der Basis geschlechtersensibler Gesundheitsforschung können geschlechtergerechte Disease Management Programme (DMP) entwickelt werden.⁷ Die Patientinnen und Patienten vereinbaren im DMP mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt individuelle Therapieziele, wobei hierbei auch geschlechtsspezifische Aspekte einfließen sollen. Es wird jedoch festgestellt, dass die bisher zur Verfügung stehende Evidenz in der Regel nicht genügt, um genderspezifische evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen in evidenzbasierte Leitlinien aufzunehmen, welche die Grundlage der medizinischen Anforderungen der DMP darstellen. Voraussetzung für die Aufnahme von Empfehlungen in Leitlinien sind entsprechende Studien mit ausreichender methodischer Qualität zur Ermittlung der notwendigen Daten. Dort wo Evidenz besteht, wird sie jedoch berücksichtigt, wie zum Beispiel bei den geschlechtsspezifischen Einschreibekriterien für das DMP Koronare Herzkrankheit.

3. Wurden im Rahmen der allgemeinen Reform der Studieninhalte Strategien zur Erreichung der Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin integriert?

Die Länder bestätigten, dass eine Integration in die Studieninhalte erfolgt sei, andere meldeten Fehlanzeige oder machten Angaben zum überproportionalen Studentinnenanteil, zu Mentoringprogrammen oder zu Vereinbarkeitsregelungen für Studentinnen.

4. Wurden seit Beschluss des BLK-Berichts im Jahr 2004 weitere Professuren für Frauen- und Geschlechterforschung in der Medizin eingerichtet? Wenn ja, welche und mit welcher Denomination? Wurde die Vernetzung der in diesem Bereich forschenden Wissenschaftlerinnen gefördert, um die Genderperspektive stärker in die medizinische Forschung und Lehre implementieren zu können?

⁶ Das Pilotprojekt soll die aktuellen Kenntnisse in Bezug auf Geschlechter- und Genderspezifität im Rahmen der Grundlagen- und klinischen Forschung definieren. Ziel dieses Projektes ist die Definition des Faches und die zukünftige Etablierung von Gender Medizin als eine eigenständige Zusatzbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung. Weiterhin sollte die Analyse der bereits publizierten Forschungsergebnisse helfen, unbeachtete Themen aufzudecken und mögliche Richtungen für zukünftige Projekte vorzugeben. Nicht zuletzt wird die Verbreitung der Ergebnisse und Empfehlungen in Fachkreisen und unter Laien Aufmerksamkeit für das Thema steigern und mögliche Kollaborationen fördern.

http://gender.charite.de/forschung/arbeitsbereiche/klinische_forschung/ppgm_klinische_forschung/

⁷ Vgl. Drucksache 16/7606: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN Drucksache 16/7364 – Geschlechtsspezifische Auswertungen und Strategien von Disease Management Programmen DMP

Fehlanzeige melden BW, HE, HH, MV, SH, SL, SN, ST, TH. RP nennt die Einrichtung einer Juniorprofessur im FB Medizin im Rahmen des HWP-Programms Chancengleichheit ohne spezifische Denomination.

In folgenden Ländern wurden Professuren für Frauen- und Geschlechterforschung in der Medizin eingerichtet:

- BY: W 2-Professur für Public Health mit dem Schwerpunkt Gender Studies, zugeordnet dem Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin
- BE: Professuren Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Frauenforschung und Osteologie; Molekulare Grundlagen von Geschlechterunterschieden; Juniorprofessur für Versorgungsforschung. Die Vernetzung erfolgt durch das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) und die Berlin School of Public Health (BSPH)
- NRW: W 3- Professur Neuropsychologische Geschlechterforschung; Rechtsmedizin

In NI werden im Rahmen des Maria-Goeppert-Mayer-Programms für Internationale Frauen- und Genderforschung Gastprofessuren an Hochschulen vergeben, um Aspekte der Genderforschung in die Lehre zu bringen. Diese Gastprofessur war bisher dreimal an einer Medizinischen Fakultät angesiedelt. Eine Vernetzung fand über einen Studiengang Geschlechterforschung und über eine dortige Vortragsreihe „Medizin hat ein Geschlecht“ sowie über Lehrveranstaltungen statt. Diese Angebote sollen verstetigt werden.

IX. Chancengleichheitsfördernde Steuerinstrumente

1. Wurde an Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen die Verteilung der Ressourcen im Sinne der Gleichstellung der Geschlechter (Gender Budgeting) überprüft und welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?

Gender Budgeting als grundlegendes Überprüfungsverfahren wurde bisher in keinem Land und an keiner Einrichtung angewandt. Es wurde von der Mehrzahl der Bundesländer pauschaliert die Aussage getroffen, dass die Ressourcenverteilung geschlechtsneutral erfolgt.

Es werden allgemeine Verfahrensregelungen und spezifische monetäre Anreizsysteme beschrieben, von denen hier einige beispielhaft genannt werden sollen:

System der Mittelverteilung

- Die leistungs- und belastungsbezogene Mittelverteilung bemisst sich auch an den Fortschritten bei der Erfüllung des Gleichstellungsauftrags (BE, BY, NRW).
- Im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe werden 5% der Mittel nach dem Genderfaktor an die einzelnen Fakultäten vergeben (SL).
- Bei der leistungsorientierten Mittelvergabe für Forschung (LOM) werden generell Leistungen (Drittmittelwerbungen und Publikationen) von Frauen mit dem Faktor 1,5 berücksichtigt oder die Ausschüttung von Forschungsförderungsmitteln erfolgt zu 50% an Frauen (NI).
- 10% der leistungsorientierten Mittel (7 Mio. €) werden für Erfolge in der Erfüllung des Gleichstellungsauftrags vergeben, sie verteilen sich nach der Anzahl von Professorinnen (4 Mio. €) und der Anzahl von Habilitandinnen (3 Mio. €). Die Einrichtungen, die Habilitandinnen betreut haben, erhalten 40% der im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe für das Kriterium Habilitandinnen erhaltenen Mittel (BY).

Einzelfallbezogene Anreize

- Einrichtungen erhalten für jede abgeschlossene Habilitation einer Frau eine zusätzliche Teilzeitstelle für 2 Jahre (MV).
- Anreizsystem im Frauenförderplan: Für jede abgeschlossene Habilitation einer Frau erhält die jeweilige Klinik oder das Institut zusätzlich eine ½ BAT II Stelle für 2 Jahre. Diese Stelle dient der Qualifizierung einer weiteren Nachwuchswissenschaftlerin und wird aus dem Forschungsförderungsfond der Fakultät Medizin finanziert (HH).

2. Welche Evaluationen bestehender Steuerungsinstrumente haben zu einer Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit in den betreffenden medizinischen Einrichtungen geführt?

Zu dieser Frage weisen alle Länder darauf hin, dass die geschlechtsdifferenzierte Datenerhebung, die jährlich von der GWK fortgeschrieben wird, hier Rückschlüsse erlaubt. Auch die im Rahmen von Zielvereinbarungen und Frauenförderplänen vorgesehenen Berichtspflichten haben sich als Instrumente bewährt.

Weitere Steuerungsinstrumente werden an einzelnen Einrichtungen im Rahmen der Auditierungsverfahren „berufundfamilie“ oder „Familiengerechte Hochschule“ evaluiert. Beispiele nennen im Einzelnen folgende Länder:

In HE hat die Evaluation eines Förderprogramms für Habilitandinnen und die Auswertung des Frauenanteils an den Habilitationen dazu geführt, dass die Entwicklung eines zusätzlichen Anreizsystems zur Förderung der Habilitation von Frauen in Arbeit ist.

In NI wurde in einem Zielerreichungsbericht 2007 das Karriere- und Berufungstraining positiv beurteilt. Es wird daher fortgeführt.

In SL wurden 2009 im Rahmen einer neuen Steuerungsmaßnahme „Qualitätszirkel Gender und Diversity“ für jede Fakultät Verlaufsanalysen weiblicher Karrieren erstellt, die als Grundlage zur Entwicklung neuer Maßnahmen dienen.

3. Gibt es Modelle von Zielvereinbarungen mit Klinikvorständen, in welchen Empfehlungen des BLK-Berichts Aufnahme gefunden haben? Wenn ja, wurde die Umsetzung dieser Zielvereinbarungen bereits einmal überprüft?

In HE, HH, MV, NRW, RP, SH, SN, ST, TH und im SL gibt es solche Zielvereinbarungen (noch) nicht oder es wurden keine Angaben gemacht.

Zielvereinbarungen zwischen Wissenschaftsministerium und Klinikvorständen gibt es in BW, BY, BE, NI, aber nicht zwingend an allen medizinischen Einrichtungen. Dort, wo genauere Angaben dazu gemacht wurden, waren in den Vereinbarungen auch Gleichstellungsaspekte berücksichtigt. Eine Überprüfung hatte entweder noch nicht stattgefunden oder die Vereinbarungen waren streng vertraulich.

Darüber hinaus planen in NI alle Einrichtungen, eine den Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards der DFG entsprechende Selbstverpflichtung einzugehen.⁸

⁸ Die Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards stellen eine zunächst auf fünf Jahre (2008 bis 2013) angelegte Initiative der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Verbesserung der Chancengleichheit im deutschen Wissenschaftssystem dar. Ihr Hauptziel ist es, so schnell wie möglich eine signifikante Steigerung der Frauenanteile auf allen Karrierestufen des deutschen Wissenschaftssystems zu erreichen. Die Erstellung und Bereitstellung des Instrumentenkastens als Informationssystem für die Wissenschaft ist ein Teil des Konzeptes zur Umsetzung der Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards der DFG.
<http://www.instrumentenkasten.dfg.de/>

GWK-Veröffentlichungsliste

Stand: 23. September 2010

Bestellhinweis

Die Schriften aus der Reihe „GWK-Materialien“ können – sofern sie nicht vergriffen sind – bei der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK), Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, angefordert werden.

Bei Bestellungen durch Privatpersonen wird um Überweisung von 3,- € pro Band zzgl. 2,- € (Versandkosten) an die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz, Konto-Nr. 380 010 18 bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Köln, (BLZ 370 000 00) mit dem Hinweis „GWK-Materialien“, gebeten.

Zahlungsdetails für Bestellungen aus dem Ausland: Deutsche Bundesbank, Filiale Köln, BIC: MARKDEF1370, IBAN: DE86370000000038001018.

Vertreter von Medien und öffentlichen Institutionen erhalten die Materialien unentgeltlich.

Download aus dem Internet

Die Hefte der Reihe „Materialien der GWK“ können aus dem Internet unter folgender Adresse abgerufen werden: <http://www.gwk-bonn.de>, Service, Publikationen/Dokumente.

Materialien der GWK

- Heft 1: Gemeinsame Forschungsförderung des Bundes und der Länder – Finanzströme im Jahre 2007. Bonn 2008, ISBN 978-3-934850-87-3
- Heft 2: Gemeinsame Berufungen von leitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern durch Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen – Bericht und Empfehlungen. Bonn 2008, ISBN 978-3-934850-88-0
- Heft 3: „Chancengleichheit für Frauen in Wissenschaft und Forschung – Zwölfte Fortschreibung des Datenmaterials (2006/2007) zu „Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen“. Bonn 2008, ISBN 978-3-934850-89-7
- Heft 4: Entwicklungen der Agrarwissenschaften in Deutschland im Kontext benachbarter Fächer (Gartenbau, Forst- und Ernährungswissenschaften) – Entwicklungen in Bund und Ländern seit Verabschiedung der Wissenschaftsratsempfehlungen im Jahr 2006 -. Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-90-3
- Heft 5: Zweite Fortschreibung des Berichts „Steigerung des Anteils der FuE-Ausgaben am nationalen Bruttoinlandsprodukt (BIP) bis 2010 als Teilziel der Lissabon-Strategie“. Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-91-0
- Heft 6: Jahresbericht 2008. Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-93-4
- Heft 7: „Chancengleichheit für Frauen in Wissenschaft und Forschung – Dreizehnte Fortschreibung des Datenmaterials (2007/2008) zu „Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen“. Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-92-7
- Heft 8: Pakt für Forschung und Innovation – Monitoring-Bericht 2009, Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-94-1

- Heft 9: Gemeinsame Forschungsförderung des Bundes und der Länder – Finanzströme im Jahr 2008, Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-95-8
- Heft 10: Equal Opportunities in Science and Research, 13th update (2007/2008) on Women in Academia and Non-academic Research Establishments, Bonn 2009, ISBN 978-3-934850-96-5
- Heft 11: Hochschulpakt 2020 – Bericht zur Umsetzung im Jahr 2008, Bonn 2010, ISBN 978-3-934850-97-2
- Heft 12: Dritte Fortschreibung des Berichts „Steigerung des Anteils der FuE-Ausgaben am nationalen Bruttoinlandsprodukt (BIP) bis 2010 als Teilziel der Lissabon-Strategie – Bericht an die Regierungschefs von Bund und Ländern, Bonn 2010, ISBN 978-3-934850-98-9
- Heft 13: Pakt für Forschung und Innovation – Monitoring-Bericht 2010. Bonn 2010, ISBN 978-3-934850-99-6
- Heft 14: Gemeinsame Forschungsförderung des Bundes und der Länder – Finanzströme im Jahr 2009, Bonn 2010, ISBN 978-3-942342-00-1
- Heft 15: Jahresbericht 2009, Bonn 2010, ISBN: 978-3-942342-01-8
- Heft 16: „Chancengleichheit für Frauen in Wissenschaft und Forschung – Vierzehnte Fortschreibung des Datenmaterials (2008/2009) zu „Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen“, Bonn 2010, ISBN 978-3-942342-02-5
- Heft 17: Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen – Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004, Bonn 2010, ISBN 978-3-942342-03-2

ISBN 978-3-942342-03-2