

**Dr. med. Christiane Groß, M.A.**

Ärztin für Allgemeinmedizin  
- Psychotherapie  
- ärztliches Qualitätsmanagement

**Platzhoffstr. 23 42115 Wuppertal**

Tel: 0202 3703822  
Email: praxis@cgross.de  
Homepage: www.cgross.de

Dr. med. Ch. Groß M.A. - Platzhoffstr. 23 - 42115 Wuppertal

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Per E-Mail: [jasmin.holder@bundestag.de](mailto:jasmin.holder@bundestag.de)  
[gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0081(7)**  
gel. ESVe zur öAnh am 5.6.19 -  
Frauen in Führungspositionen  
3.6.2019

Einzelsachverständige: **Dr. med. Christiane Groß, M.A.**

Telefon: 0202 - 3703822, E-Mail: [praxis@cgross.de](mailto:praxis@cgross.de)

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 05.06.2019 zum Thema  
„Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen“**

*Die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen fordert verbindliche Vorgaben für die Besetzung von Spitzenfunktionen im Gesundheitswesen. Frauen seien in Führungspositionen der Krankenkassen und ihrer Verbände, den Organisationen der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie weiteren Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stark unterrepräsentiert. Dies stehe im Gegensatz zum hohen Frauenanteil bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Abgeordneten forderten eine angemessene Repräsentanz in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen und den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie den Spitzenverbänden der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene.*

**Diese Stellungnahme geht hauptsächlich auf die Situation in den Kammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Verbänden ein und betrachtet in erster Linie die ehrenamtlichen, die gewählten oder auch benannten Spitzenpositionen im Gesundheitswesen.**

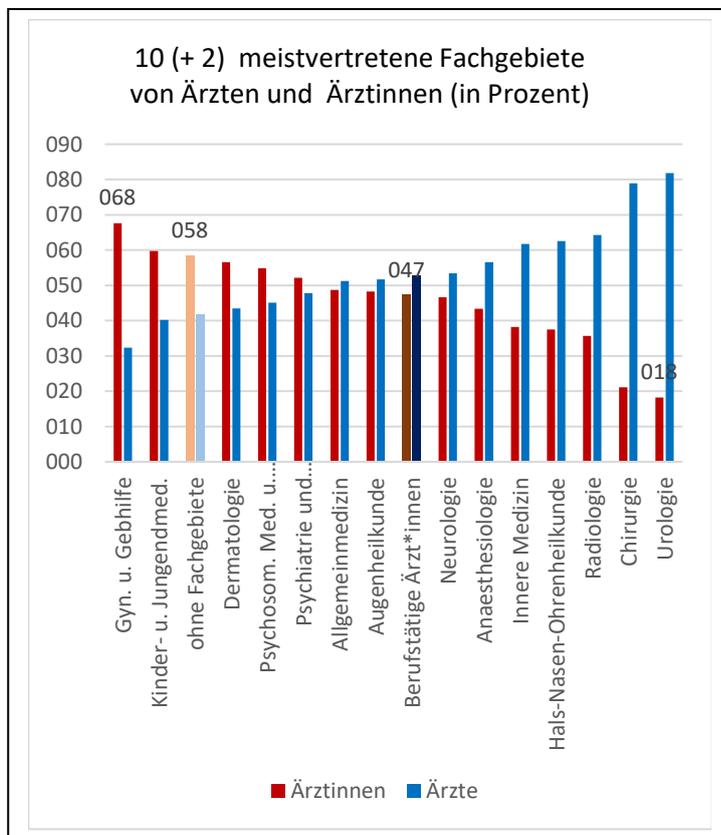
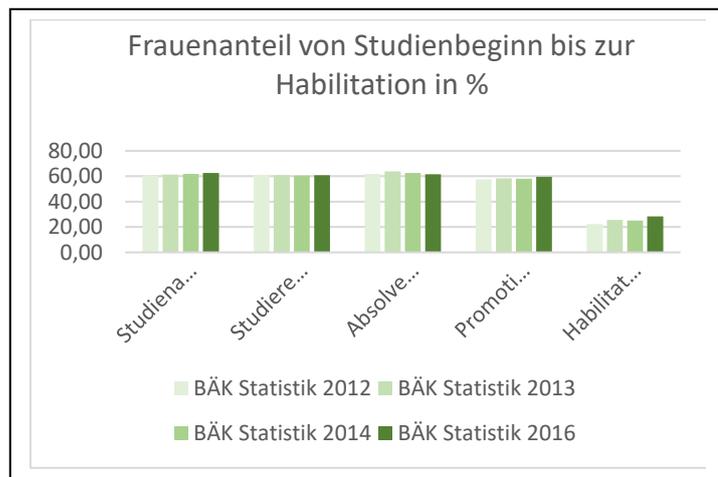
**Die hauptamtliche Seite der Selbstverwaltungsorgane und auch die Gremien der Krankenkassen werden nur in der Gesamtbetrachtung des Gesundheitswesens randständig mit einbezogen.**

## Entwicklung des prozentualen Anteils der Frauen von Beginn des Medizinstudiums bis zur Berufstätigkeit und /oder zur Habilitation

Laut Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) zum 31.12.2018<sup>1</sup> üben insgesamt 392.402 berufstätige Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf in Deutschland aus. Dies sind 2,67 Prozent mehr als im Jahr 2017. Der **Anteil der berufstätigen Ärztinnen ist dabei auf 185.310 angestiegen und beläuft sich nunmehr auf 47,2 Prozent.**

Auch an den Universitäten steigt die Zahl der Studentinnen an. Bei den Absolventen des Medizinstudiums liegt der Frauenanteil laut Ärztestatistik der BÄK zum 31.12.2017 mit Stand 2015<sup>2</sup> bei nahezu 63 Prozent, bei weiter steigender Tendenz.

Aus den Zahlen der Ärztestatistiken der BÄK aus den Jahren 2013 bis 2017<sup>3</sup> fällt der **stabil bleibende Anteil der Frauen während des Medizinstudiums auf.** Bei den Promotionen ist ein minimaler Rückgang zu sehen. Einen **drastischen Abfall des Anteils der Frauen sieht man bei den Habilitationen**, auch wenn sich hier innerhalb der letzten Jahre eine leicht positive Veränderung anzudeuten scheint.



### Die Fächer mit den meisten Ärztinnen

sind die Allgemeinmedizin (21.293), die Innere Medizin (21.016) und die Gynäkologie und Geburtshilfe (12.594). Dahinter folgt die Anaesthesiologie (10.835), die Kinder- und Jugendmedizin (8.966) sowie die Chirurgie (7.983).

In der Ärzteschaft insgesamt steht die Urologie an zehnter Stelle. Bei den Ärztinnen finden sich stattdessen das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die prozentuale Verteilung dieser zwölf für die Darstellung ausgewählten Fachgebiete bei den Ärztinnen und Ärzten differiert, zeigt aber klare Präferenzen der Ärztinnen bei der Fächerwahl.

<sup>1</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf)

<sup>2</sup> Bundesärztekammer, ausgewählte Daten zur Gesundheitspolitik Ausgabe 2017

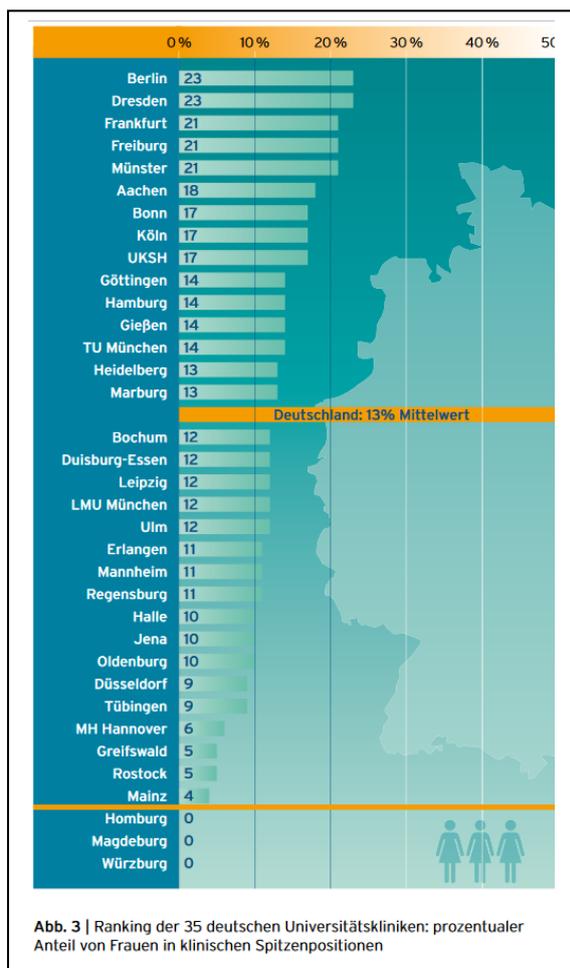
<sup>3</sup> Bundesärztekammer, ausgewählte Daten zur Gesundheitspolitik Ausgaben 2013, 2014, 2015, 2017 (*Leider liegen für die Folgejahre keine Zahlen der BÄK vor*)

Die Statistik führt **67.290 Ärztinnen** auf, die **ohne Gebietsbezeichnung** erfasst werden<sup>4</sup>. Ein Großteil dieser Ärztinnen befindet sich in der fünf- bis sechsjährigen Weiterbildungszeit und wird erst in den kommenden Jahren in der Fachärztestatistik der Bundesärztekammer auftauchen.

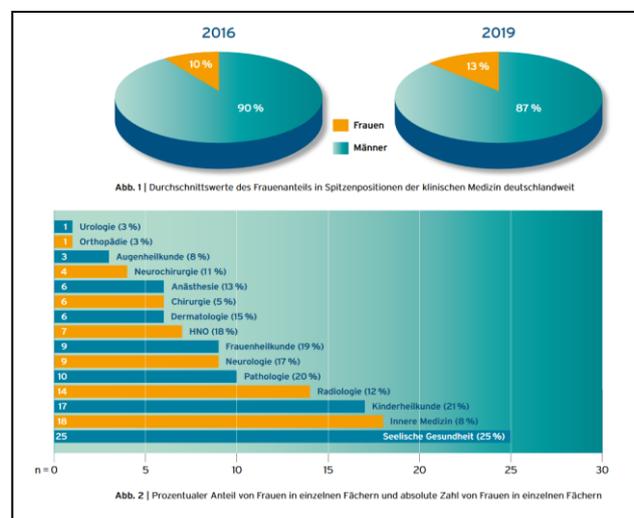
### Frauen sind in Führungspositionen der Universitätsmedizin kaum vertreten

Im Jahr 2016 hat der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) unter Leitung der Vizepräsidentin Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk in der Dokumentation **„Medical Women on Top“**, die durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wurde festgestellt: Der deutschlandweite Durchschnitt an Frauen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin liegt bei zehn Prozent, Oberärztinnen waren 2016<sup>5</sup> in der universitären Medizin bundesweit mit 31 Prozent vertreten.

Das **Update<sup>6</sup> „Medical Women on Top 2019“**, eine Studie zum Frauenanteil in Führungspositionen in 16 Fächern der universitären Medizin, kommt drei Jahre nach der ersten Erhebung zu dem Ergebnis, dass **Ärztinnen bei Führungspositionen in der Universitätsmedizin auf der Stelle treten und eine Parität bei gleichbleibendem Tempo erst in 32 Jahren erreicht werden kann.**



Der Anteil der Frauen in Führungspositionen in den **35 Universitätskliniken** hat sich in den vergangenen drei Jahren nur leicht erhöht und liegt derzeit bei 13 Prozent. Damit bleiben 87 Prozent der Führungspositionen nach wie vor mit Männern besetzt.



Das bedeutet unter anderem, dass Ausbildung, Therapiekonzepte und die medizinische Meinungsbildung voraussichtlich bis zum Jahr 2051 durch Männer geprägt werden.

Innerhalb der Fächer und dem Ranking der Universitätskliniken gibt es lediglich geringfügige Verschiebungen. Der Frauenanteil auf den Lehrstühlen in den einzelnen Fächern ist so

<sup>4</sup> <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/>

<sup>5</sup> <https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf>

<sup>6</sup> [https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/MWoT\\_update\\_2019.pdf](https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/MWoT_update_2019.pdf)

unterschiedlich wie die Fachauswahl der Ärztinnen insgesamt: Die Fächer der Seelischen Gesundheit (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) verzeichnen einen Frauenanteil von 25 Prozent, gefolgt von der Kinderheilkunde mit 21 Prozent, lediglich drei Prozent gibt es in der Urologie und der Orthopädie. In den Universitätskliniken Berlin und Dresden gibt es inzwischen einen Anteil von 23 Prozent an Frauen in Spitzenpositionen, gefolgt von Frankfurt a.M., Freiburg und Münster mit 21 Prozent.

Die Schlusslichter mit **keiner einzigen Frau auf einem der Lehrstühle** bei den evaluierten klinischen Fächern sind **Magdeburg, Würzburg und Homburg**, welches auch schon bei der Umfrage 2016 zu den Schlusslichtern zählte. Der DÄB plant, die Dokumentation 2022 zu aktualisieren.



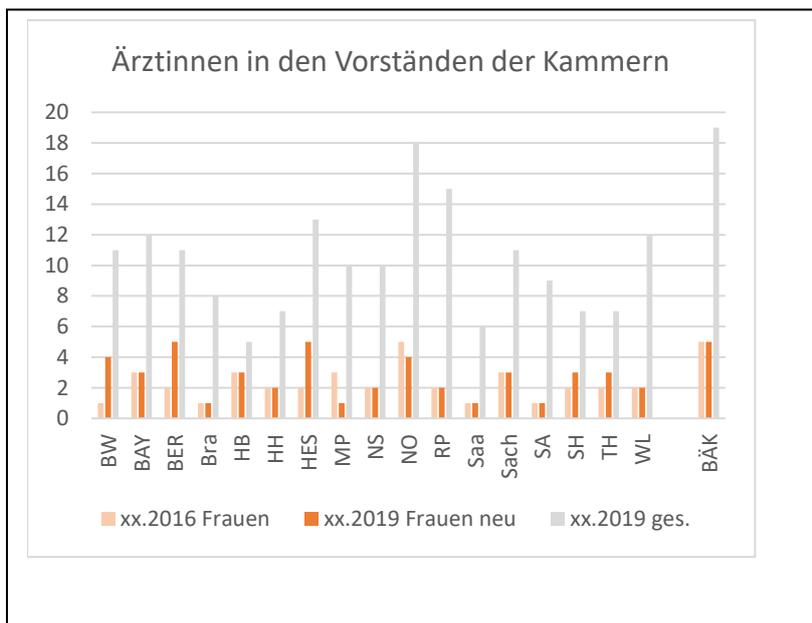
Der Hinweis auf die Besetzung der **medizinischen Dekanate in diesen Universitäten** mit 35 Dekanen ist ebenfalls hilfreich und zugleich auch entlarvend.

**Es bleibt unklar, worin die wirklichen Ursachen des geringen Frauenanteils bei den Lehrstühlen liegen, denn der qualifizierte Nachwuchs ist vorhanden. Es ist aber anzunehmen, dass die Gründe hierfür durchaus mit den Gründen vergleichbar sind, welche in dieser Stellungnahme im Folgenden für die Gremien im Gesundheitswesen aufgeführt werden.**

**Ärztinnen sind auch in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung nicht angemessen vertreten**

In der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, in Fachgesellschaften oder Berufsverbänden sind Ärztinnen in Spitzenpositionen derzeit nicht in adäquater Zahl auszumachen.

Recherchiert man die **Vorstände der Ärztekammern** im Internet<sup>7</sup> so findet sich ein Frauenanteil von derzeit 21,51 Prozent (138 männlichen und 45 weiblichen Mitglieder).



Vier Ärztekammern werden von Präsidentinnen geführt, in Niedersachsen ist mit Präsidentin und Vizepräsidentin sogar eine weibliche Doppelspitze im Präsidium. Durch die letzten Kammerwahlen hat sich die Zahl der Vizepräsidentinnen auf 7 von 17 erhöht. Kammerwahl bzw. Vorstandswahlen stehen 2019 unter anderem noch aus im Saarland, in Nordrhein und in Westfalen-Lippe.

<sup>7</sup>Landesärztekammern, Adressen, <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/adressen/>

Bei den **Deutschen Ärztetagen** blieb die Zahl der weiblichen Delegierten über Jahre annähernd gleich und lag zwischen 15 und maximal 22 Prozent. Nun steigt sie in den letzten Jahren langsam an und erreichte in diesem Jahr beim 122. Deutschen Ärztetag in Münster immerhin einen Anteil von 27,6 Prozent. Auf dem letzten Platz steht die gastgebende Kammer Westfalen-Lippe mit einem Frauenanteil von jetzt 9,52 Prozent.

Es muss erwähnt werden, dass inzwischen zwei Ärztekammern (Berlin und Sachsen) einen Frauenanteil von über 40 Prozent bei den Delegierten erreichten, zwei Kammern (Bremen und Saarland) erreichten 50 Prozent und der Spitzenreiter, die Ärztekammer Schleswig-Holstein, hatte sogar einen Frauenanteil von 55,56 Prozent zu verzeichnen<sup>8</sup>.

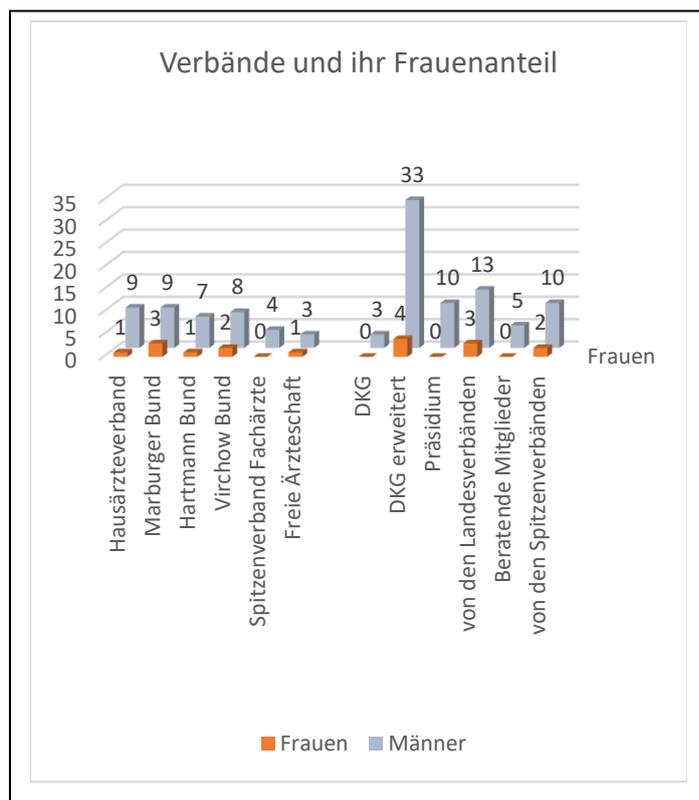
Diese Zahlen spiegeln wahrscheinlich annähernd die **Zusammensetzung der Kammerversammlungen** beziehungsweise Vertreterversammlungen der 17 Ärztekammern wider. Es wird auch sichtbar, dass es in den kleinen Kammern offensichtlich weniger Probleme gibt als in den großen Kammern. In Schleswig-Holstein wirkt sich eine genderparitätische Wahlordnung<sup>9</sup> schon seit Jahren positiv aus.

In den **bekanntesten** (gemischtgeschlechtlichen) **Berufsverbänden** (Marburger Bund - MB, Hartmannbund - HB, NAV-Virchow-Bund, Spitzenverband der Fachärzte - SpiFa, Hausärzterverband, Freie Ärzteschaft - FÄ) sieht es mit insgesamt 16,67 Prozent Frauen<sup>10</sup> in

den Vorstandsgremien noch nicht gut aus. Der Marburger Bund hat vor zwei Jahren eine Quote eingeführt (drei Frauen, drei Männer und drei freie Plätze).

Kein einziger dieser Bundesverbände hat eine erste Vorsitzende oder Präsidentin.

Bei den Verbänden fällt auf, dass sich meistens mindestens eine Frau im Vorstand befindet, jedoch höchstens als stellvertretende Vorsitzende (Freie Ärzteschaft) oder sogar an dritter Stelle (NAV-Virchow-Bund). Der Spitzenverband der Fachärzte hat aktuell keine Frau im Vorstand.



Auch bei den zahlreichen **Fachgesellschaften und Fachverbänden** werden hauptsächlich durch männliche Vorsitzende und Präsidenten gewählt. Tatsächlich aber sieht man dort in den letzten Jahren den langsamen Wechsel dahingehend, dass hin und wieder auch ein Fachgesellschaft neu durch eine Ärztin geführt wird.

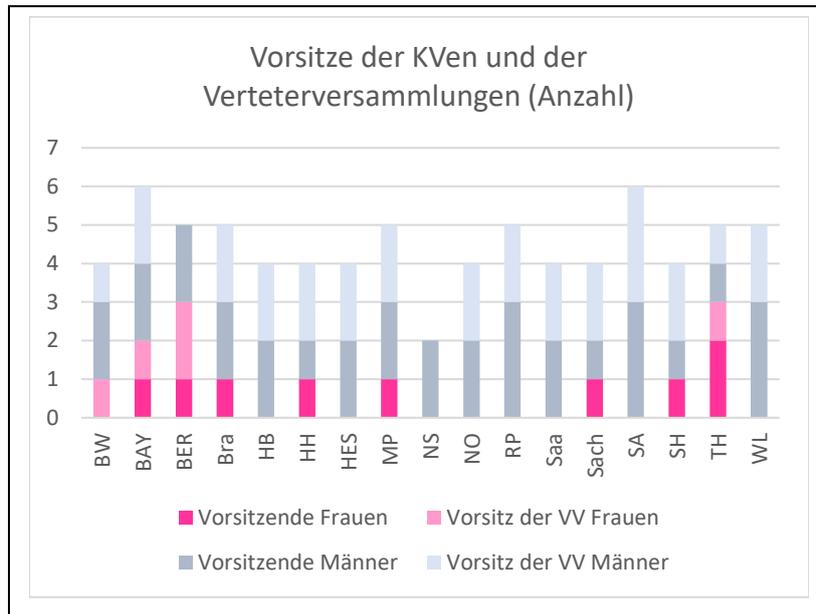
Als Negativbeispiel wird die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** aufgeführt. Sie ist mit drei Männern im Präsidium vertreten, im erweiterten Präsidium finden sich weitere zehn

<sup>8</sup> Selbst ermittelt lt. Aufstellung der Delegierten der Deutschen Ärztetage, vertrauliche Abgeordnetenliste

<sup>9</sup> Wahlverordnung ÄKSH, §7 Abs.2, <https://www.aeksh.de/rechtsgrundlagen>

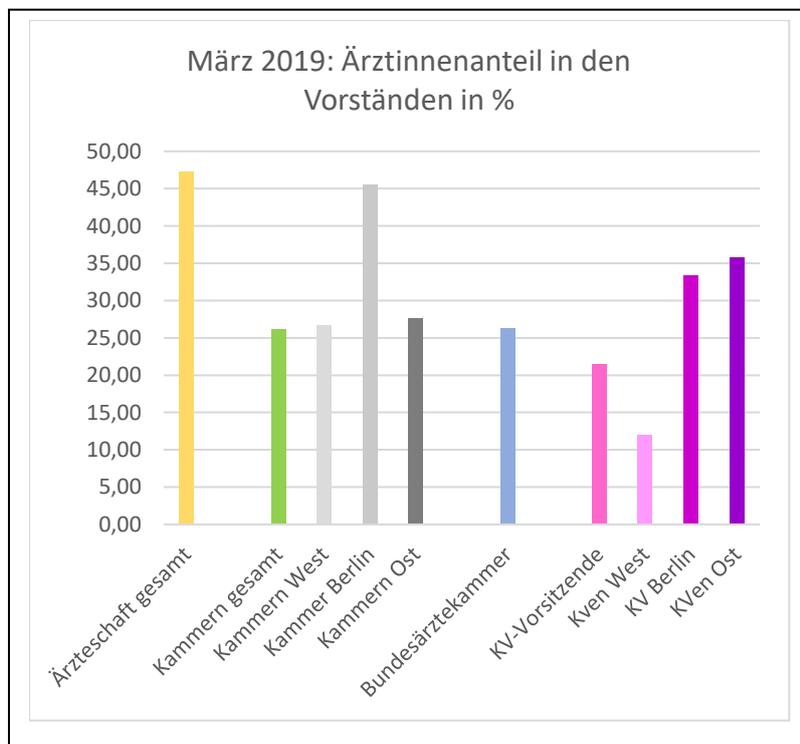
<sup>10</sup> Selbst ermittelt aus den Homepages der entsprechenden Verbände

Männer. Das Präsidium arbeitet mit Experten in der erweiterten DKG zusammen (33 Männer und vier Frauen). Die „Beratenden fünf Mitglieder“ sind wiederum alle männlich. Bei den weiteren Mitgliedern aus den Spitzenverbänden und den Landesverbänden finden sich fünf Frauen und 23 Männer.



Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) sind von den 42 Vorstandsmitgliedern in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder 33 Männer und neun Frauen (21,43 Prozent)<sup>11</sup>. Nur drei von 17 Landes-KVen werden von einer Frau geführt. Bei den Vertreterversammlungen (VV) finden sich sechs (von 33) Frauen (15,63 Prozent) im Vorsitz. Zwei KV-VVen werden von einer Frau geführt (Bayern und Berlin).

Vergleicht man die Frauenanteile in den Kammern und den KVen fällt auf, dass in den KVen



noch weniger Frauen zu finden sind. Der Vorstand der KBV ist mit drei Vorsitzenden immer noch komplett männlich. Die Vertreterversammlung der KBV wird von zwei Frauen und einem Mann geführt. Insgesamt findet man dort mit 11 Frauen (davon zwei Psychologische Psychotherapeutinnen) einen Frauenanteil von 21,67 Prozent.

(Ein detaillierter Überblick über die Gremienarbeit findet sich auch in der Zeitschrift des Deutschen Ärztinnenbundes, *ärztin* 03/2018 auf [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de).)

<sup>11</sup> Mitglieder der KBV, Adressen, <http://www.kbv.de/html/432.php>

## Situation bei anderen Heilberufen

Freie Heilberufe, deren Frauenanteil<sup>12</sup> noch schneller steigt, wie zum Beispiel Zahnärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen oder Apothekerinnen zeigen, dass sich in den Spitzenpositionen der Gremien ohne entsprechende Maßnahmen an den Strukturen für Frauen wenig verändern wird.

Die **Bundespsychotherapeutenkammer** hat vor einiger Zeit eine verbindliche Quote (Parität) für die Gremien (außer für den Bundesvorstand) eingeführt<sup>13</sup>. Damit stieg auch der Frauenanteil im Bundesvorstand auf 40 Prozent.

Bei der **Apothekerschaft** finden sich in den Vorständen der Landeskammern 45,83 Prozent Frauen. In den Vorständen der Spitzengremien sind weniger als halb so viele (20,45 Prozent) Frauen. Nur drei von 17 Kammern sitzt eine Präsidentin vor, drei weitere Kammern haben eine Vizepräsidentin, acht Kammern werden rein männlich geführt und vier Kammern besetzen den (nicht in allen Kammern vorhandenen) zweiten Vizepräsidentensitz zumindest mit einer Frau.

Bei der **Zahnärzteschaft** sieht es trotz zunehmender Anzahl von Zahnärztinnen (ab dem Geburtsjahrgang 1980 sind es 60,51 Prozent Frauen, ab Geburtsjahrgang 1990 sogar 68,32 Prozent) noch bedauerlicher aus. Bei einer Repräsentanz von 7,5 Prozent Frauen in den Vorständen der Landes Zahnärztekammern findet sich aktuell keine Frau, die eine Kammer führt. Auch im Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ist keine Frau zu finden. In den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) finden sich 20,17 Prozent Frauen in den Vorständen, eine Frau führt eine Landes-KZV, im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) findet sich keine Frau.

## Frauen und Gremienarbeit

Tatsächlich benötigt man für die **Akquise von Frauen deutlich mehr Überzeugungskraft** als für Männer. Weiblichen Spitzenkandidatinnen fällt es deutlich leichter, Frauen zum Mitmachen zu gewinnen. Auch junge männliche Kollegen, die sich die Parität auf die Fahne geschrieben hatte, schaffen dies leichter. Daran erkennt man, dass es möglich ist, Frauen zu aktivieren. Es hilft auch, auf die Ärztekammer Schleswig-Holstein zu schauen, wo seit Jahren in der **Wahlordnung eine geschlechterparitätische Aufteilung verpflichtend ist**<sup>14</sup> („muss“-Regelung). Es ist nicht anzunehmen, dass nur in Schleswig-Holstein Frauen bereit sind, mitzuarbeiten. Wahrscheinlich aber ist, dass der besondere Wahlmodus und damit der äußere Zwang tatsächlich die Zusammensetzung der Gremien hin zu einer echten Parität verändert. Dies ändert nicht nur das **Bewusstsein der Frauen**, dass ihre Mitarbeit notwendig ist, es sollte auch den **Blick der Männer** dahingehend weiten, dass ein **gemischtes Team die bessere Variation** zur Arbeit ist und dass die Befürchtung, eine Frau mehr könne die männliche Entscheidungsfreiheit einschränken, unbegründet ist.

<sup>12</sup> Ermittelt aus den Angaben der einzelnen Institutionen im Internet

<sup>13</sup> Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer, V Länderrat, § 15 (2), <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/satzung.pdf>

<sup>14</sup> Wahlverordnung ÄKSH, §7 Abs 2, <https://www.aeksh.de/aerzte/recht/rechtsgrundlagen>

## Hindernisse auf dem Weg zu den Spitzenpositionen

Aus Sicht der Frauen auf die Spitzenpositionen, fehlt für neue Mitbewerberinnen oft die innere Motivation, da die Besetzung der Vorsitze, der Vorstände oder der Präsidenschaften über lange Zeitspannen gleichbleibend erscheinen und die wichtigen Positionen noch weitgehend von Männern besetzt sind. Begründet wird die Notwendigkeit dieser Kontinuität in der Person häufig mit einer nicht zu verzichtenden Expertise derer, die schon im System sind. **Für viele Frauen ist dies Argument ein Teil der viel zitierten gläsernen Decke.**

**Beschränkungen bei der Wiederwahl**, die einen häufigeren Wechsel an der Spitze ermöglichen, finden wir nicht bei den Kammern, nicht bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und auch nicht bei den meisten Berufsverbänden. Anders beim **Deutschen Ärztinnenbund**, dessen Satzung eine Wiederwahl in eines der aktiven Vorstandsämter zwar zweimal erlaubt, jedoch einer weiteren Verlängerung der Wahlperiode einen Riegel vorschreibt<sup>15</sup>. Außerdem muss mindestens ein Vorstandsmitglied unter 40 Jahre alt sein, was **eine langfristige Planung für die zukünftige Besetzung** des Gremiums erleichtern kann. Solche oder ähnliche Regelungen generell umgesetzt, würden einen Teil der gläsernen Decke einstürzen lassen und wären sicher auch für nachfolgende junge Männer reizvoll, da diese teilweise unter den gleichen Situationen leiden.

Außerdem verhindern die meist über lange Jahre festgefahrenen Besetzungen der Spitzenpositionen, dass Frauen anderen **Frauen als Vorbild** dienen. Frauen, die neu in die Gremien kommen, haben daher häufig den Eindruck, dass eine Option für Spitzenpositionen für Frauen nicht möglich ist.

Das Argument, dass Frauen in vielen Ausschüssen und Arbeitsgruppen mitarbeiten können, ist ebenfalls kritisch zu betrachten, denn auch hier ist zu beobachten, dass eine deutliche **Rangliste in der Wertigkeit der Arbeitsgruppen/Ausschüsse** besteht. Es gibt offensichtlich besonders "wichtige" Ausschüsse und es gibt Ausschüsse, bei denen es Frauen leicht gelingt, sich zu engagieren. Leichter ist die Mitarbeit in Ausschüsse, die sich mit den sozialen Themen befassen, während die „wichtigen“ Ausschüsse sich mehr mit strukturellen und organisatorischen Vorgaben beschäftigen. Bei engagierten Frauen besteht oft die Gefahr der Enttäuschung, mit der Folge, dass Frauen häufig nur eine Wahlperiode mitarbeiten und sich dann anderen Themen zuwenden.

Weiteren wichtigen Einfluss hat auch die **Doppelbelastung der Frauen durch Beruf und Familie**. Hier ist den üblichen Rollenmustern entsprechend immer noch die Frau diejenige, die den größeren Teil der Familienarbeit übernimmt - das ist bei Ärztinnen nicht anders. **Gremiensitzungen am Feierabend oder am Wochenende** verschärfen die Situation und machen die **Doppel- zur Dreifachbelastung**. Das gilt sowohl für angestellte Ärztinnen als auch für diejenigen, die in eigener Praxis niedergelassen sind.

Die Aufwandsentschädigungen für diese Sitzungen sind von Gremien zu Gremien, von Bundesland zu Bundesland und auch noch von Institution zu Institution unterschiedlich und reichen von einer annähernd adäquaten Kompensation für einen zusätzlich eingesetzten Urlaubstag oder eine Praxisschließung bis zur Bewertung als reine „Freizeitbeschäftigung“ ohne finanzielle Kompensation. Hierbei wird klar, dass **Gremienarbeit viel mit persönlichem Engagement und Freude an dieser Arbeit** zu tun haben muss.

<sup>15</sup>Satzung des Deutschen Ärztinnenbundes e.V., §9, <http://www.aerztinnenbund.de/downloads/1/Satzung.pdf>

Schwierig ist zudem, dass es häufig in der Kollegenschaft und bei den Verwaltungen der Krankenhäuser an **Wertschätzung für diese ehrenamtliche Tätigkeit** mangelt und das Engagement als „Privatvergnügen“ abgetan wird, was auch eine frühzeitige Dienstplanung oft erschwert.

Für eine **bessere Work-Life-Balance** und damit auch zur Ermöglichung eines zusätzlichen Engagements kann das Modell des Topsharings empfohlen werden, bei dem sich zwei Führungskräfte eine Position teilen<sup>16</sup> und ist in niedergelassenen Arztpraxen bereits seit langem etabliert, indem sich Ärztinnen und Ärzte gegenseitig vertreten.

Frauen haben in der Mehrzahl eine ausgeprägtere **eigene kritische Einstellung** und sind meist weniger risikofreudig. Sie sind meist darauf bedacht, dass sie sich nur Aufgaben stellen, die auch zu bearbeiten sind. Sie wollen es nicht riskieren, dass sie sich mit einem Thema auseinandersetzen, das sie nicht selbst ausreichend beherrschen. Sie hinterfragen ihre Fähigkeiten kritischer und beachten auch im Vorfeld mehr die daraus erwachsenden Umstände, auch für die Freizeit.

### **Das Gesundheitswesen braucht Spitzenfrauen und ein Paritätsgesetz**

Im Februar 2019 lud die **Initiative „SpitzenfrauenGesundheit“**, eine Initiative von fünf Frauen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, zu einer Auftaktveranstaltung ein. Die Initiative will einerseits die Situation für die Frauen im Gesundheitswesen sichtbar machen, Vernetzungen fördern und an einer schnellen Veränderung mitarbeiten. In einer Resolution wurde eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens und die gleichberechtigte Teilhabe im Gesundheitswesen und in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung durch paritätische Besetzung der Gremien im Gesundheitswesen mit Männern und Frauen gefordert.

Die Initiativen für Parität in Politik und Gesellschaft wurden ausdrücklich begrüßt und ein Paritätsgesetz wie es zahlreiche EU-Länder wie Frankreich oder Luxemburg schon haben, gefordert.

In **Krankenhäusern und Arztpraxen, bei Krankenkassen und Institutionen** – überall sind die Frauen zahlenmäßig stark vertreten, teilweise liegt ihr Anteil sogar bei mehr als zwei Dritteln der Beschäftigten. Auch wenn mittlerweile nahezu die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte weiblich ist, werden die Führungspositionen in den Kliniken, in den Klinikverwaltungen, in den Organisationen - innerhalb und außerhalb der Selbstverwaltung - und den ehrenamtlichen Gremien des Gesundheitswesens überwiegend von Männern besetzt. In vielen Organisationen ist nicht einmal jede zehnte Führungskraft eine Frau. Und es gibt sogar Bereiche, in denen gar keine Frau im Vorstand oder ersten Führungsebene vertreten ist. Gleiches gilt für wissenschaftliche Spitzenpositionen. Ohne Maßnahmen wird es erst in Jahrzehnten zu einem ausgeglichenen Verhältnis von Männern und Frauen kommen. Daher muss für die Besetzung der Lehrstühle zumindest über die **genderparitätische Besetzung der Berufungsgremien** nachgedacht werden.

**Eine Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts - wie Deutschland – kann es sich nicht leisten, die Hälfte des Potenzials der klugen Köpfe zu vergeuden. Deshalb ist mangelnde Geschlechterparität kein Frauenproblem, sondern ein gesellschaftliches Problem.**

<sup>16</sup>[https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/Flyer\\_Doppelspitze.pdf](https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/Flyer_Doppelspitze.pdf)

Gleichstellung bedeutet nicht, dass auch Frauen mal in Führungspositionen ankommen, sondern dass auch mäßig talentierte Frauen ähnlich oft oben ankommen wie mäßig talentierte Männer.

### **Auf hochqualifizierte Frauen in Führungspositionen nicht verzichten**

**Männer und Frauen sind nur im Team richtig stark**, das haben mehrere Studien bereits festgestellt. Die hohe Zahl von Ärztinnen zwingt Kliniken und Universitäten zum Umdenken. Arbeitgeber sollten begreifen, dass sie nicht nur fordern, sondern Ärztinnen und Ärzten auch Anreize bieten müssen. Im Gegenzug müssen Frauen ihre Qualifikationen mehr schätzen und zeigen was sie können.

**Fachlichen Qualifikation muss über der personellen Kontinuität stehen. Frauen müssen motiviert werden, die Spitzenpositionen zu fordern, aber auch Mut zu zeigen, sich den Aufgaben, auch wenn sie anfänglich noch nicht ganz überschaubar sind, zu stellen.**

### **Positive Tendenzen bei der Weiterbildung und in familienfreundlichen Krankenhäusern**

Ohne weitere positive Veränderungen zum Beispiel in der Weiterbildung, die es einer Ärztin mit Familie leichter machen, die Weiterbildung zur Fachärztin abzuleisten, gibt es wenig Chancen auf Aktivität in den Gremien. Abschnitte ab drei Monaten werden in den meisten Ärztekammern anerkannt. Die Teilzeitanerkennung ab zwölf Wochenstunden wurde auch durch Ärztinnen erkämpft. Beides sind zwar Erleichterungen in der Weiterbildungszeit, aber **Teilzeitstellen verlängern Weiterbildungszeit exorbitant** und stellen daher immer noch ein Handicap fürs Leben dar. Sie erscheinen in den meisten Fällen auch **als Kontraindikation für Gremienarbeit**.

Des Weiteren gibt es mittlerweile eine ganze Reihe familienfreundlicher Krankenhäuser, die die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben fördern. Die nachwachsenden Kolleginnen können sich also einfacher als früher einen Arbeitsplatz mit Kita aussuchen. Hiervon profitieren aber auch die jungen Ärzte, die inzwischen auch häufiger ihre Elternverantwortung wahrnehmen und daher Familienfreundlichkeit einer Klinik als Kriterium für ihre Arbeitsplatzwahl bedenken.

### **Fazit:**

**Die Medizin ist bereits überwiegend weiblich, aber lange noch nicht gleichberechtigt - was ist zu tun?**

Seit Januar 2016 haben sich große Unternehmen in Deutschland dazu verpflichtet, ihre Aufsichtsräte mit mindestens 30 Prozent Frauen zu besetzen. Für Krankenhäuser und Universitäten gilt diese Regelung nicht. Ebenso gilt die Regelung nicht für andere Institutionen des Gesundheitswesens.

**Eine Quote** – zumindest zweitweise - erscheint daher zwingend notwendig. Junge Kolleginnen können zusätzlich durch **Mentorinnen und Mentoren** individuell in die Aufgaben eingeführt und unterstützt werden.

Frauen für ärztliche Gremienarbeit zu motivieren, ist schwierig und erfordert viel Energie, aber wenn es sein muss, dann **findet sich auch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Frauen**. Dazu müssen die gesellschaftlichen Bedingungen verändert werden und die Frauen müssen motiviert werden, sich in größerer Anzahl auch den Herausforderungen der Spitzenpositionen zu stellen.

Es ist dringend notwendig familien- und frauenfreundliche Arbeitsbedingungen in Kliniken und Praxen forciert umzusetzen, um Ärztinnen bei Ihrer Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf zu unterstützen und auch Gremienarbeit zu ermöglichen. Dringend gehört dazu auch, die sinnvolle Umsetzung der neuen Mutterschutzgesetzgebung, um die für Ärztinnen immer noch zu häufigen und zu langen Beschäftigungsverbote zu reduzieren, damit den Karriereknick zu verringern. Mit einer **geregelten und planbaren Arbeitszeit** ist auch die Gremienarbeit besser planbar.

Klar **strukturierte Sitzungen mit definierten Sitzungszeiten**, die koordinierbar sind mit Privatleben und Beruf und berechenbar von ihrem Ausmaß, sind in der Gremienarbeit ebenso notwendig wie die **Übernahme von zusätzlichen Auslagen, die durch die Betreuung von Kindern** oder auch von Pflegepersonen entstehen.

Es geht in den ärztlichen Gremienarbeit darum, die Gesamtärzteschaft zu vertreten, die aus fast 50 Prozent Ärztinnen besteht. Hierbei **profitieren beide Geschlechter von der jeweils anderen Denkweise**. Gerade „typische“ Frauenthemen, wie die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf, haben in den vergangenen Jahren auch vielfach junge Ärzte befähigt, ebenfalls für die Balance zwischen Beruf und Privatleben einzustehen.

Es ist notwendig, die **Sensibilität für das Thema der fehlenden Frauen** zu erhöhen, insbesondere bei den Männern. Gremien müssen ein Abbild der Gesellschaft sein, ärztliche Gremien ein Abbild der Ärzteschaft. Mit Frauen in den ärztlichen Gremien fließt weibliche Expertise und weibliches Denken ein und bereichert die Diskussion. Frauen bringen andere Aspekte in die Gremien ein, Frauen und Männer denken an vielen Stellen unterschiedlich. **Das ist die Chance und der Mehrwert der gemischten Teams**.

Bei der oben beschriebenen Recherche zu den Vorständen der Ärztekammern<sup>17</sup> konnte festgestellt werden, dass der Frauenanteil durch die in 2018 und bis Mai 2019 stattgefundenen Kammerwahlen von 18,13 Prozent in 2017 auf 24,73 Prozent (138 männlichen und 45 weiblichen Mitglieder) gestiegen ist. Dies scheint eine erste Reaktion auf eine zunehmende Sensibilisierung der Thematik zu sein. Die Aufmerksamkeit betrifft sowohl Ärzte als auch Ärztinnen.

Auch die Parlamente müssten nach 100 Jahren Frauenwahlrecht die Geschlechterverteilung in der Gesellschaft widerspiegeln. Ein Paritätsgesetz könnte hier Verbindlichkeit herstellen, wirkungslose freiwillige Selbstverpflichtungen ablösen und neue Wege beschreiten. Die Verpflichtung aller Parteien zu geeigneten Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit wäre damit auch die Grundlage für die ausreichende Beteiligung beider Geschlechter auch in anderen Gremien.

**Selbst guter Wille und diverse Veränderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen werden keine ausreichend schnelle adäquate Beteiligung von Frauen in den Gremien bewirken. Daher befürworte ich den vorliegenden Antrag.**

---

<sup>17</sup>Landesärztekammern, Adressen, <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/adressen/>