

**Stellungnahme aus medizinspezifischer, universitärer Problematik heraus zum  
Referentenentwurf für das Landesgleichstellungsgesetz:**

**1. Besonderheiten des Fachbereichs Medizin bzw. der Med.Einrichtungen oder der  
Klinika an den Universitäten**

Im Unterschied zu anderen Fachbereichen wird in der Medizin der größte Teil der Mittel und Stellen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Die Stellen für das ärztliche Personal werden zu 75% von den Krankenkassen finanziert und sind hauptsächlich für die Krankenversorgung bestimmt. Ähnliches gilt für das nichtärztliche Personal und die Sachmittel.

Die Zuweisung dieser Gelder und Stellen an die einzelnen Kliniken erfolgt ausschließlich durch den Klinischen Vorstand dessen Entscheidungen wiederum von der Verwaltung vorbereitet werden.

Stellen aus der Zuweisung des Landes, gleichzeitig die Stellen auf denen wissenschaftliche Forschung während der Arbeitszeit betrieben werden kann, (C1 Stellen bez. Drittmittelstellen sind in weit geringerem Umfang vorhanden).

Als Folge wird von Ärztinnen und Ärzten besonders in den immer befristeten Einstiegspositionen, (Angestellte/BAT IIa) erwartet, daß sie Forschung nach der Krankenversorgung, also nach den täglich anfallenden Überstunden und nach den Bereitschaftsdiensten erbringen.

Wissenschaftliche Qualifikation, Habilitation und Oberarztposition eröffnen nicht nur die Chance für eine spätere Karriere im Universitätsbereich, sie sind auch Voraussetzung einer Leitenden Position in außeruniversitären Krankenhäusern und ausschlaggebend für die Stellung der Ärztin oder des Arztes innerhalb der Klinikhierarchie.

Schließlich sind die Kliniken Weiterbildungsstätten. Viele Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen sind nur an den Universitätskliniken vollständig zu erwerben. Derzeit ist es aber nicht mehr möglich sich ohne „Facharzt“ in eigener Kassenpraxis niederzulassen wenn der befristete Vertrag ausläuft.

**2. Zur Situation der Ärztinnen in den Kliniken**

In den Med. Einrichtungen der Universität Münster wurde 1998 von den Frauenbeauftragten eine Untersuchung mit folgenden Fragestellungen durchgeführt

- Erhalten Medizinstudentinnen, ihrem Anteil an den abgelegten Examina entsprechend, eine Stelle als Ärztin im Praktikum? Bekommen Medizinerinnen nach der Approbation Weiterbildungsstellen?
- Können sich Frauen in gleicher Weise wie Männer für Oberarztpositionen qualifizieren
- Erhalten sie in gleicher Weise Dauerarbeitsplätze wie Männer?

- Wird das Potential an Kreativität von Frauen ausgeschöpft in dem sie die gleichen Chancen zur wissenschaftlichen Arbeit erhalten.?
- Sind Veränderungen zu der 1991 erhobenen Statistik sichtbar?

### Ergebnisse:

Zahl der Studentinnen, die ihr drittes medizinisches Staatsexamen ablegen (seit Jahren!!)	40%
<small>Die Zahl der Medizinstudentinnen steigt bundesweit, ihr Anteil beträgt in Münster 1998 45%</small>	
Frauenanteil an den Eingangsstellen/ Weiterbildungsstellen in den Kliniken	32 %
Frauenanteil bei den Facharztstellen	28.%
Anteil der Frauen in Dauerstellen	18.%
Anteil der Oberärztinnen	15 %

In den Kliniken wird sowohl auf den eigentlichen wissenschaftlichen Stellen (C1) wie auf den BAT Stellen (BAT IIa/ Ib)) wissenschaftlich gearbeitet und die Habilitation vorbereitet	
Frauenanteil bei den BAT Ib Stellen	28.%
Frauenanteil bei den C1-Stellen	21.%

C2-Stellen werden mit Ärztinnen und Ärzten besetzt, die bereits habilitiert sind. Es sind Ausgangspositionen für eine spätere Chefarztstelle oder eine Professur	
Frauenanteil an den C2 Stellen:	7 %
Frauenanteil bei den C4 Professuren an Kliniken	<b>eine Professorin</b>

Im Vergleich zu 1991 ist lediglich der Anteil der mit Frauen besetzten C3 Professuren gestiegen. Der Frauenanteil bei den Einstiegsstellen/Weiterbildungsstellen hat abgenommen. Besonders nachdenklich stimmt ein Blick auf die „großen“ Kliniken wie Chirurgie, Frauenheilkunde, Innere Medizin, Augenklinik, Psychiatrie, Neurologie. Sie werden ausnahmslos von Männern geleitet.

*Frauen erhalten demnach nicht, ihrem Anteil bei den abgelegten Staatsexamina entsprechend, Weiterbildungsstellen.*

*Ihr Anteil bei den Stellen, auf denen habilitiert, eine Zusatzbezeichnung erlangt werden kann, (C1/ BAT Ib ) ist zu gering*

*Bei einem Frauenanteil von 7 % an den C2 Stellen ist nicht zu erwarten, daß es zukünftig genügend Bewerberinnen um eine Professur oder eine Chefarztstelle geben wird.*

### 3. Gründe für den geringen, stagnierenden und zurückgehenden Frauenanteil in der Medizin

Es werden zu wenig Ärztinnen eingestellt, da unterschwellig angenommen oder deutlich gesagt wird, eine potentielle Schwangerschaft könne, insbesondere während der nicht durch Ersatzkräfte aus zugleichen Zeit des Mutterschutz, die ohnehin angespannte klinische Versorgung verschlechtern.

Die ausgeprägt hierarchischen Strukturen und die angespannte Finanzsituation verlangen von den nachgeordneten Ärztinnen und Ärzten ständige Verfügbarkeit insbesondere Arbeit außerhalb der Arbeitszeiten. Bei der Einstellung und bei der Vergabe wissenschaftlicher

Arbeit wird befürchtet, Ärztinnen könnten nicht im gleichem Maß ständig verfügbar sein wie ihre männlichen Kollegen.

Ärztinnen, besonders mit Kindern, können sich an die von Männern entworfenen und für Männer geeigneten Klinischen Organisationsstrukturen kaum anpassen.

Es besteht aber bei den Entscheidungsträgern in der Medizin, den C4 Professoren und Klinikleitern und der Verwaltung kaum Problembewußtsein und wenig Bereitschaft zu Überlegungen dahingehend, wie der Medizinbetrieb auf die Belange der Frauen hin verbessert werden könnte. (Angebot von Plätzen für Ärztinnen in der Kindertagesstätte, Veränderung von veralteten Organisationsstrukturen wie Abendvisiten, Frühbesprechungen um 6h, oder Einführung flexibler Arbeitszeiten.)

Verwaltung und Klinischer Vorstand lehnen es, - wie ich aus eigener Erfahrung weiß, - ab, die Frauenbeauftragte zu informieren oder in ihre Entscheidungen einzubeziehen.

Aus meiner Erfahrung und den Berichten der Fachbereichsfrauenbeauftragten anderer Med. Einrichtungen stelle ich fest, daß besonders in der Medizin Diskurse über die Gleichstellung von Frau und Mann fehlen. Emotionale, historisch und wissenschaftlich längst überholte Argumente behindern die Chancengleichheit der Geschlechter. Es steht zu befürchten, daß unter zunehmender Knappheit der Ressourcen und dem daraus folgenden Rationalisierungszwang gerade Frauen als mögliche Fehlinvestitionen betrachtet werden.

#### 4. Stellungnahme

##### §8 (1)

Gerade in der Medizin werden die Einstellungsstellen/ Weiterbildungsstellen, die immer befristet sind, fast nie ausgeschrieben und nach wenig transparenten Kriterien vergeben. (Wäre beispielsweise die Examensnote ein Kriterium für die Besetzung der Stellen der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, müßte der Frauenanteil in dieser Gruppe statt bei 32% eher bei 60% liegen!)

§8 (1) Satz 4 würde im Gesetz einen schwerwiegenden Rückschritt gegenüber den bestehenden „Grundsätzen zur Umsetzung des Frauenförderungsgesetz“ bringen, nach denen alle Stellen zumindest universitätsintern auszuschreiben sind

*Auch bei befristeten Stellen in der Medizin müssen die Modalitäten oder die Notwendigkeit einer Stellenausschreibung im Benehmen mit der Frauenbeauftragten geregelt werden.*

##### §7 (4)

Es fehlt ein Hinweis auf die *Gruppe der wissenschaftlichen Assistentinnen und Assistenten, bez. der Oberassistentinnen und Assistenten (C1/C2)*. Wie oben angeführt, muß besonders in dieser Schlüsselgruppe auf Gleichstellung geachtet werden.

##### § 16 (2)

*Auch die Fachbereichsfrauenbeauftragte der Medizin ist in notwendigem Umfang freizustellen und zu unterstützen.*

Sie vertritt in Münster ca. 600 Frauen aus dem wissenschaftlichen Bereich, ca. 1600 Studentinnen und ca. 3400 Frauen aus nicht wissenschaftlichen Bereichen.

**§18 (4)**

Nach dem Gesetzentwurf wäre die für die Frauenbeauftragte zuständige Dienststelle der Fachbereich. In der Medizin entscheidet aber der Dekan oder der Fachbereich **nur** über Angelegenheiten, die Forschung und Lehre betreffen. Wesentliche Entscheidungen über Personalmaßnahmen, vor allem über die Zuweisung oder den Abzug von Stellen, welche durch die Krankenkassen finanziert werden, trifft der Klinische Vorstand zusammen mit dem jeweiligen Klinikdirektor und der Verwaltung.

*Zuständige Dienststelle müßte demnach in der Medizin der klinische Vorstand sein, dem der Dekan nach dem geplanten Gesetz über die Hochschulen des Landes mit Sitz und Stimme angehören wird.*

**§ 19 (2)**

Der Senat kann nach bestehendem Universitätsgesetz und nach seiner geplanten Änderung Stellungnahmen nur in grundsätzlichen Fragen, die Lehre und Forschung angehen, abgeben. Bei Widersprüchen der Frauenbeauftragten aus der Medizin wäre aber in überwiegendem Maß die Krankenversorgung betroffen.

**§ 23a (1):**

Teilnahme der Frauenbeauftragten an den Sitzungen des klinischen Vorstands

Nach dem Gesetzentwurf würde der Klinische Vorstand entscheiden, **was** „unmittelbar“ Frauen betrifft und damit **wann** die Frauenbeauftragte einzuladen und **ob** sie in geplante Maßnahmen einzubeziehen ist.

Nachdrücklich weise ich darauf hin, daß der Klinische Vorstand, der meist und in Münster nur mit Männern besetzt ist, für diese Entscheidung weder die notwendigen Kenntnisse oder Erfahrungen noch Problembewußtsein besitzt. Zudem betreffen viele Maßnahmen Frauen nicht unmittelbar, wohl aber mindern sie langfristig ihre Chancengleichheit

Nur die Frauenbeauftragte kann im aktuellen Fall entscheiden, ob bei einem Tagesordnungspunkt die Gleichstellung unmittelbar oder im späteren Verlauf der Maßnahme berührt werden wird. Die Formulierung in der Begründung des Entwurfs, „daß aus Gründen der Praktikabilität der Klinische Vorstand grundsätzlich ohne Einbeziehung der Frauenbeauftragten zusammentritt“, weckt den Verdacht, daß unsachlicher Weise angenommen wird, Frauenbeauftragte könnten und wollten sich nicht sachgerecht und konstruktiv in Diskussionen einbringen. Das Wort „grundsätzlich“ steht im Gegensatz zu den Vorschriften aus § 18 (4)

*Im Gesetz muß zumindest festgelegt werden, daß die Frauenbeauftragte über die Tagesordnung des Klinischen Vorstands und seine Beschlüsse informiert wird.*

Auch in dem in der Medizin geplanten Fachbereichsvorstand bzw. in den Institutsvorstandssitzungen werden langfristige Personalentscheidungen getroffen, die Frauen betreffen können.

Auch hier ist die Fachbereichsfrauenbeauftragte über die Tagesordnung bzw. über die Beschlüsse zu informieren.

Joener- Radig

Akademische Direktorin Dr.med. Christa Goenner-Radig,

langjährige Oberärztin an den Medizinischen Einrichtungen der Westfälischen Wilhelms-Universität,

langjährige Frauenbeauftragte der Westfälischen Wilhelms-Universität

Mitglied der Frauenförderkommission des Fachbereichs Medizin.

Mitglied der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten.