

08

FRAUEN- UND
GESCHLECHTERFORSCHUNGMedizin-Studium Ja, Karriere
Jein

Gastbeitrag von Dr. Martina Kloepfer, Berlin

Gender-Medizin entwächst allmählich dem Nischendasein! Soweit die (optimistische) Bilanz des Bundeskongress Gender-Gesundheit, der sich am 12. und 13. Mai 2016 zum vierten Mal jährte und mit rund 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wieder in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften in Berlin stattfand.

Mit dem Koalitionsvertrag 2013 über das Präventionsgesetz 2015 und dem Koalitionsvertrag 2016 der grün-schwarzen Koalition in Baden-Württemberg ist die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung in der Politik angekommen. Jetzt gilt es, diese politischen Zielsetzungen und die z.T. seit Jahrzehnten bekannten Erkenntnisse der Gender-Medizin auch konkret umzusetzen. Einiges findet allmählich Eingang in die Leitlinien, so im Bereich der Depression, des Herzinfarkts und Schlaganfalls; wie aber schafft es der (kraft Präventionsgesetz) zum SGB V hinzugefügte §2b, der immerhin die Leistungen der Krankenkassen unter diesem Aspekt einbezieht, in Richtlinien und damit in der Versorgungspraxis umgesetzt zu werden?

Auch berufspolitisch bleibt noch viel zu tun. Hier wird eine (hoffentlich vorübergehende) Frauenquote nicht zu vermeiden sein. Aktuell „brauchen“ wir ein solches Instrument, um Frauen überhaupt die Chance zu geben, ihre Leistungen und Kompetenzen auch in Führungspositionen zu zeigen.

Während Frauen mit über 65% beim Medizinstudium vertreten sind, reduziert sich ihr Anteil auf 25% bei späteren Führungspositionen. Der Anteil der Doktorandinnen liegt bei über 50%; nur 20% der Medizinerinnen habilitieren jedoch. W3/C4 Professuren sind lediglich mit 6% weiblich besetzt. Wie die Umfrage des Hartmannbundes 2014 zeigt, sehen sich Frauen meist schon im Studium mit der Frage konfrontiert: Kinder oder Karriere. Eine Frage, die sich ihre männlichen Studienkollegen kaum stellen. Die Zeit der Kindererziehung lässt sich zudem nur schwer für die eigene Karriereplanung nutzen, um sich z.B. zur Fachärztin weiter zu bilden; denn die Zeiten zur ärztlichen Weiterbildung werden nur anerkannt, wenn frau eine halbe Stelle nachweisen kann.

Wie der Blick in die Wirtschaft zeigt, wächst mit einer Quote der Druck, konzentriert an familienfreundlichen Lösungen zu arbeiten. Hier sind oft unterschiedliche Ansätze gefragt, die auch zu den Gegebenheiten der betreffenden Kliniken passen müssen. Neben einer hauseigenen Kita, die entsprechende Öffnungszeiten für den 24/7-Betrieb eines Krankenhauses anbietet, wäre für viele Eltern auch eine Betreuung der Kinder im Krankheitsfall wichtig, ebenso wie flexiblere Arbeitszeitmodelle.

In jedem Fall bleibt es eine Herausforderung, die gegebenen Strukturen an die aktuelle gesellschaftliche Wirklichkeit anzupassen. Hiervon sind allerdings auch zunehmend junge Ärzte betroffen, die als Väter gleichfalls an der Kindererziehung beteiligt sein wollen, Teil einer gesamten Generation sind und nicht selten einen anderen Lebensentwurf verfolgen als die Generation der heutigen Chefärzte.

Schnell ist hier das Etikett „Generation Y“ gefunden, die mit weniger Leistungsbereitschaft und einer eher hedonistischen Lebensauffassung identifiziert wird. Sind die jungen Leute nun alles Memmen, die nicht mehr bereit sind, sich hierarchisch ganz hinten anzustellen und Dienste durchzuhalten, die zugegeben an die Grenze führen, aber doch (immer noch) eine Art Ritterschlag, eine Form der Einweihung darstellen? Bei der überwiegenden Zahl der nachwachsenden Ärzteschaft, weiblich wie männlich, dürfte eine überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft vorauszusetzen sein, die echte Engpässe zu akzeptieren und auszugleichen bereit ist, aber zunehmend weniger eine fortgeschriebene strukturelle Schwäche im System. Und hier kommt die Hierarchie ins Spiel. Wenn man davon ausgeht, dass die jüngere Generation in Familie, Kindergarten und Schule, vielleicht z.T. noch im Studium, auf einen Dialog auf Augenhöhe erzogen wurde, kann im anschließenden beruflichen Umfeld die Umstellung schwer fallen und den einst gefassten Berufswunsch überdenken lassen. Möglicherweise sind Frauen auch noch weniger bereit, sich einer Hierarchie zu unterwerfen, da am Ende dieser „Lehrjahre“ eben nachgewiesenermaßen weniger für sie herauspringt als für ihre männlichen Kollegen, die (immer noch) die besseren Aussichten z.B. auf den Posten des Chefarztes haben.

Das berufliche Umfeld sollte sich gesellschaftlichen Veränderungen nicht verschließen. Hier könnten vielleicht Umsetzungsstrategien aus der Wirtschaft als Beispiel dienen und entsprechend angepasst werden.

Wie aber lassen sich Strukturen ändern? Beim Blick in die Gremien der Selbstverwaltung, die hier für die Grundlagen sorgen könnten, sind Frauen in entscheidenden Positionen gleichfalls unterrepräsentiert – meist aus den gleichen Gründen. Abgesehen vom Besetzungs- bzw. Wahlverhalten sind die Zeiten der Sitzungen häufig nicht familienkompatibel und („tradierte“) Kommunikationsformen verhindern zusätzlich das überwiegend ehrenamtliche Engagement.

Ein „Weiter wie bisher“ kann jedenfalls nicht die Lösung sein.

Weitere Informationen:

<http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/>

Kontakt: Dr. Martina Kloepfer,
e-Mail: m.kloepfer@female-resources.de

Online-Trainingsmodule für gendersensible Gesundheitsforschung

Das soziale und das biologische Geschlecht beeinflussen das individuelle Risiko für Erkrankungen, die Wirkung von Arzneien und die Zahl der Arztbesuche. In der Gesundheitsforschung wird die Genderdimension von Forschung deshalb nicht mehr in Frage gestellt. Effekte, die sich auf das soziale oder biologische Geschlecht von Probanden, Versuchstieren und Zellen zurückführen lassen, müssen identifiziert werden, damit Forschung als exzellent gelten kann.

Das kanadische „Institute of Gender and Health“ hat zum Themenkomplex Gender in der Gesundheitsforschung drei Online-Trainingsmodule veröffentlicht. Forschende, Verleger und Politikverantwortliche können damit selbständig ihr Wissen zum Thema gendersensibles Forschungsdesign testen und verbessern.

Themen:

- Sex and Gender in Biomedical Research
- Sex and Gender in Primary Data Collection with Humans
- Sex and Gender in the Analysis of Data from Human Participants

Jedes der interaktiven Module kann in maximal einer Stunde vollständig bearbeitet werden. Alternativ kann es in ca. 15-minütige Abschnitte gegliedert werden. Jedes Modul gliedert sich in