

# Frauen in der Medizin 2021

## Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen in der Medizin Was fördert und was hindert die Karriereentwicklung



Frauen sind in Österreich in medizinischen Führungs- und Entscheidungspositionen unterrepräsentiert. Dies zeigt, dass die Geschlechtergleichstellung als bedeutender Ausdruck demokratischer Repräsentation längst nicht in allen gesellschaftlichen Bereichen angekommen ist. Ziel des Karl Landsteiner Instituts für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen war 2021 eine Erhebung des Anteils von Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen in der Medizin in Österreich sowie die Erhebung von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Karriereentwicklung von Ärztinnen. Es zeigt sich, dass knapp die Hälfte aller Medizinerinnen bzw. Mediziner weiblich sind, jedoch nur 14,3% aller Abteilungsleitungen der öffentlichen Krankenanstalten und 18,8% der ärztlichen Direktionen öffentlicher und privater Krankenanstalten weiblich besetzt sind und der Frauenanteil in der Führungsebene der Österreichischen Ärztekammer 5,8% beträgt. Frauen sind somit in medizinischen Führungs- und Entscheidungspositionen noch immer stark unterrepräsentiert.

A. Wisenöcker, B. Resl, K. Borchardt, A. Seidl, A. Fitzgerald

Das Phänomen des geringeren Frauenanteils in Führungs- und Entscheidungspositionen zeigt sich nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch in der Medizin. „In der Führung dominieren Männer“, so Prof. Dr.<sup>in</sup> Regina Roller-Wirnsberger, Professorin an der MedUni Graz, im Rahmen eines Medienbeitrags zum Weltfrauentag im März 2021<sup>1</sup>. Doch worauf ist der geringe Frauenanteil in Führungs- und Entscheidungspositionen in der Medizin zurückzuführen?

Mit dem Ziel, zur Förderung von Ärztinnen in Führungs- und Entscheidungspositionen beizutragen, hat das Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen eine Erhebung zum Thema Ärztinnen in Führungspositionen durchgeführt, um einen Überblick zum Frauenanteil in medizinischen Führungs- und Entscheidungspositionen in Österreich zu erfassen und karriereförderliche sowie karrierehinderliche Faktoren für Ärztinnen zu identifizieren.

## Zur Entwicklung

Die Medizin war lange Zeit eine reine Männerdomäne, deren Studium Frauen vorenthalten war. 1895 ließ die Wiener Ärztekammer von Wilhelm Svetlin eine Expertise verfassen, die als Vorlage für eine Stellungnahme der Akademischen Senate österreichischer Universitäten zum Frauenstudium diente. Diese trafen die Entscheidung, dass „keine Änderung des wissenschaftlichen und disziplinären Charakters der Universität“ vorgenommen werden dürfe, der Frauen begünstige und Männer benachteilige“. Weiters war in dieser Stellungnahme zu lesen, dass Frauen ihren, von „Natur und Sitte angewiesenen Wirkungskreis“, nicht verlassen sollen, um „in den Kreis der Männer störend einzutreten“. Dies sei unökonomisch und widerspreche einer „fortschrittlichen sozialen Ordnung“<sup>2</sup>.

Trotz des länderübergreifenden Widerstands der ärztlichen Standesvertreter wurden Frauen ab 1900 in Österreich an den Universitäten in Wien, Graz und Innsbruck offiziell zum Medizinstudium zugelassen<sup>3</sup>.

Die erste Österreicherin, die zur Dr.<sup>in</sup> med. univ. promoviert wurde, war Gabriele Possanner Freiin von Ehrenthal. Sie studierte Medizin in Zürich und Genf, wurde 1894 promoviert und erhielt nach einem Gnadengesuch an Kaiser Franz Joseph die Genehmigung, alle 21 Rigorosen an der Wiener Universität wiederholen zu dürfen, um in Österreich als Ärztin zugelassen zu werden. Sie wurde am 02.04.1897 in der österreichisch-ungarischen Monarchie promoviert<sup>4</sup>.

Seit der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium in Österreich ist der Frauenanteil in der Ärzteschaft stetig gestiegen. 1912 gab es in Wien 24 praktizierende Ärztinnen, 1929 waren es 453. 1990 waren laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) 7.691 Mitglieder weiblich und 18.177 Mitglieder männlich. Der Frauenanteil lag somit bei 29,7%<sup>5</sup>.

## Einige Zahlen

Seit 1990 ist der Frauenanteil in der Ärzteschaft weiter gestiegen. 2019 gingen 57,6% der insgesamt 1.680 österreichischen Studienplätze für Medizin an Frauen, gaben die drei Medizin-Universitäten in Wien, Graz und Innsbruck sowie die

Medizin-Fakultät an der Universität Linz bekannt<sup>6</sup>. Im Jahr 2020 waren 53,3% der ordentlichen Medizinstudierenden weiblich<sup>7</sup>; im Studienjahr 2019/20 schlossen 782 Frauen und 727 Männer ihr Medizinstudium ab<sup>8</sup>. Mit 51,8% absolvierten also mehr Frauen als Männer ein Medizinstudium. Die Ärztestatistik für Österreich der österreichischen Ärztekammer zum 31.12.2019<sup>9</sup> (veröffentlicht: Juni 2020) stellte fest, dass von 45.390 Ärztinnen und Ärzten (Kammermitglieder) 22.028, also 48,5%, weiblich waren. Die Zahlen erwecken den Anschein, als sei ein ausgewogener Geschlechteranteil von Frauen und Männern in der Medizin erreicht.

Tatsächlich zeigt sich jedoch, dass der Frauenanteil in bestimmten Bereichen der Medizin weiterhin gering ist. So wird beispielsweise nach wie vor der überwiegende Teil an Ordinationen von Männern geführt: Nur 38,7% der Ordinationen werden von Frauen geführt<sup>9</sup> (18.753 von 26.012; Stand: Dezember 2019).

In Krankenanstalten zeigt sich insbesondere in Führungspositionen ein sehr geringer Frauenanteil. So liegt der Frauenanteil unter Abteilungsleitungen in 86 öffentlichen österreichischen Krankenanstalten bei nur 14,3% (Stand: März 2021; vgl. Tabelle 1).

Bundesland	Anzahl Einrichtungen	Männer (absolut)	Männer (Prozent)	Frauen (absolut)	Frauen (Prozent)
Burgenland	5	26	76%	8	24%
Wien	9	154	82%	33	18%
Tirol	9	86	82%	19	18%
Oberösterreich	9	123	84%	23	16%
Niederösterreich	26	146	88%	20	12%
Steiermark	11	94	89%	12	11%
Salzburg	6	39	89%	5	11%
Vorarlberg	6	61	91%	6	9%
Kärnten	5	48	92%	4	8%
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>	<b>777</b>	<b>86%</b>	<b>130</b>	<b>14%</b>

Tabelle 1. Ausgewertet wurden insgesamt 86 öffentliche österreichische Krankenanstalten (Träger: jeweiliges Bundesland bzw. landeseigene Holdings inkl. Universitätskliniken) aus allen 9 Bundesländern mit insgesamt 907 Abteilungsleitungen. Das Geschlecht der Abteilungsleitung wurde direkt der jeweiligen Abteilungsseite entnommen. Einrichtungen, die den Namen der Abteilungsleitungen nicht veröffentlichten, wurden nicht berücksichtigt.

Der Frauenanteil in der ärztlichen Direktion in 233 bettenführenden Krankenanstalten Österreichs ist mit 18,8%<sup>10</sup> nur geringfügig höher (Stand: November 2020; vgl. Tabelle 2).

Noch deutlicher zeigt sich das Geschlechtermissverhältnis bei den Leitungspositionen im zentralen Gremium der Ärztinnen und Ärzte: Der österreichischen Ärztekammer. Derzeit werden das Präsidium, die Bundeskurien der angestellten und niedergelassenen Ärzte<sup>1</sup>, die drei Bundessektionen für Allgemeinmediziner und approbierte Ärzte, für Fachärzte und für Turnusärzte

<sup>1</sup> Anm.: Diese nicht-gegenderten Formulierungen sind direkt der österr. Ärztekammer entnommen

sowie die 34 Bundesfachgruppen von insgesamt 86 Funktionären geleitet. Davon sind 5 Frauen, 81 Männer (Frauenanteil: 5,8%; Stand: März 2021)<sup>11</sup>.

Krankenanstalt	Anzahl auswertbarer Einrichtungen	Männer (absolut)	Männer (Prozent)	Frauen (absolut)	Frauen (Prozent)
Krankenhäuser inkl. Privatkliniken	142 v. 150	119	84%	23	16%
Rehazentren und -kliniken	55 v. 56	41	75%	14	25%
Sanatorien	3 v. 3	3	100%	0	0%
Sonderkrankenanstalten	11 v. 11	11	100%	0	0%
Therapiezentren	5 v. 5	4	80%	1	20%
Pflegewohnhäuser d. Wr. Gesundheitsverbundes	7 v. 8	3	43%	4	57%
<b>Gesamt</b>	<b>223 v. 233</b>	<b>181</b>	<b>81%</b>	<b>42</b>	<b>19%</b>

Tabelle 2. Anmerkung: Die abweichende Anzahl der Einrichtungen (223 von 233) ergibt sich daraus, dass manche Krankenanstalten von einer größeren Einrichtung „mitgeleitet“ werden und keine eigene kollegiale Führung besitzen oder die Position der ärztlichen Leitung zum Recherchezeitpunkt unbesetzt war.

Verglichen mit dem Frauenanteil im medizinischen Beruf sowie mit dem Frauenanteil unter Studierenden zeigt sich auch an Österreichs Medizinuniversitäten ein geringer Frauenanteil: Nur jede vierte Professur der medizinischen Universitäten in Wien, Graz und Innsbruck ist weiblich besetzt (Stand: April 2019)<sup>12</sup>.

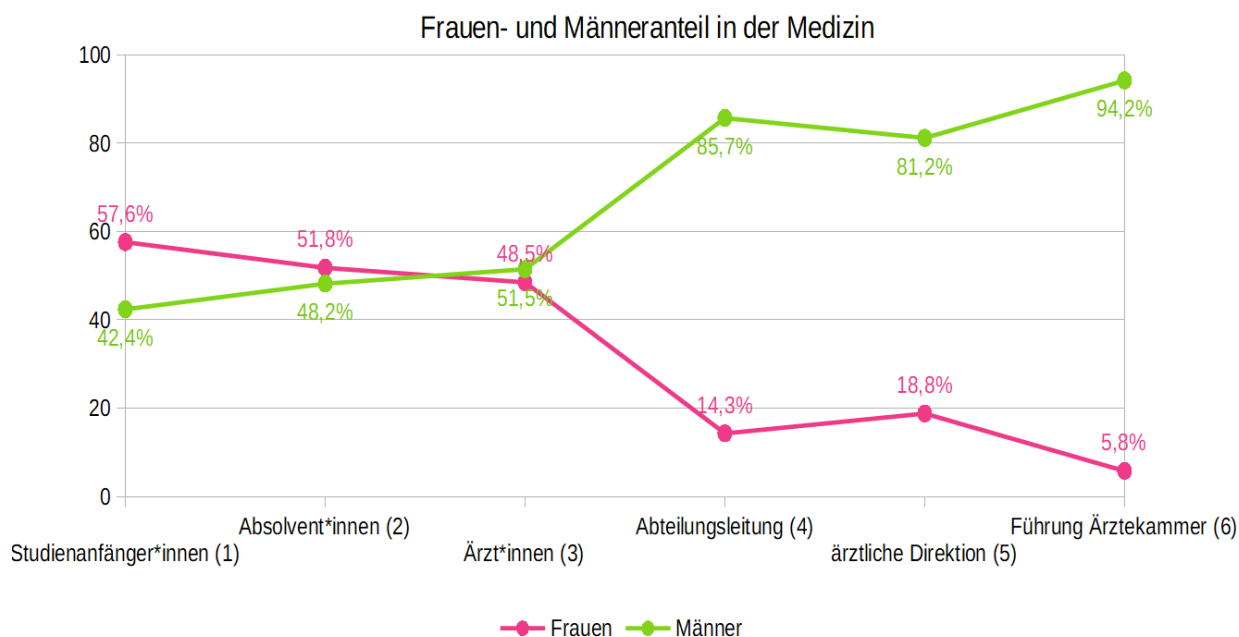


Abbildung 1. (1) Studienanfänger\*innen Medizin im Jahr 2019<sup>2</sup>; (2) Absolvent\*innen Medizin im Studienjahr 2019/20<sup>3</sup>; (3) Ärzt\*innen im Jahr 2019 nach Ärzttestatistik der ÖÄK<sup>4</sup>; (4) Abteilungsleiter\*innen, Stand März 2021<sup>5</sup>; (5) Ärztliche Direktor\*innen, Stand November 2020<sup>6</sup>; (6) Leitungspositionen in der österr. Ärztekammer, Stand: März 2021. Einbezogen wurden 86 Funktionär\*innen<sup>7</sup>. Weitere Informationen zu den dargestellten Zahlen können dem Fließtext entnommen werden.

Die Ergebnisse zeigen: Die Medizin ist in den letzten 120 Jahren weiblich geworden, die medizinische Führung jedoch nicht! Doch woran liegt es, dass trotz steigendem Frauenanteil im Beruf wenig Ärztinnen in Führungspositionen zu finden sind?

### Karriereförderliche und -hinderliche Faktoren

Das Phänomen, dass Frauen in Führungspositionen unterrepräsentiert sind, zeigt sich nicht nur in der Medizin. So waren Anfang 2021 in den 200 umsatzstärksten Unternehmen Österreichs nur 9% der Positionen in der Geschäftsführung und 23,5% der Positionen im Aufsichtsrat weiblich besetzt<sup>13</sup>. Zudem ist nicht nur Österreich von dem Problem betroffen. Auch international zeigt sich ein geringer Frauenanteil in Führungspositionen<sup>14</sup>.

Der Frauenanteil in (medizinischen) Führungspositionen wird häufig anhand der Pipeline-Metapher erklärt: Steigt in einem männerdominierten Bereich die Anzahl an Frauen, so nimmt automatisch auch die Anzahl an Frauen in Führungspositionen zu<sup>15</sup>. Zahlen aus der Medizin zeigen jedoch, dass diese Metapher zu kurz greift. So ist der Frauenanteil in der Medizin im vergangenen

---

<sup>2</sup> Quelle: <https://www.studium.at/medizin-aufnahmetest-gender-gap-heuer-wieder-etwas-kleiner>

<sup>3</sup> Quelle:

<https://unidata.gv.at/Pages/XLCubedReport.aspx?rep=%40IJJOguKtWQjc1xL2gtdxP%2fwE%2b8UyhyDTxbAPneLflXrene2xlhxiDpK83z6TYg6JOR3xfnG7Ac8336OAz%2fzGarVgLAN4tzz7lurZi6SMGoMh7y5bwtwd2kVe52FzzCdS45lLjmtm1P%2bL3jTSG40aBmgiUWz1OOAeuuz7EIXKFuIgaQUFoJZESdIhOdSqlSJOhxuPW8PpTJkEfvmZfTRG71NJaF1zRSJxkxAeDHFlgvvUYoi4o%2f8OA%3d%3d&embedded=SharePoint&toolbar=true>.

<sup>4</sup> Quelle:

[https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/ÖÄK\\_Ärzttestatistik\\_2019\\_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654](https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/ÖÄK_Ärzttestatistik_2019_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654)

<sup>5</sup> Quelle: Internetrecherche des Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen. Einbezogen wurden 86 öffentliche Krankenanstalten der neun Bundesländer

<sup>6</sup> Quelle: Internetrecherche des Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen auf Basis der Liste aller österr. Krankenanstalten, veröffentlicht vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Einbezogen wurden 233 öffentliche und private Krankenanstalten. Quelle: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> Einbezogen wurden 86 Funktionär\*innen<sup>6</sup>. Weitere Informationen zu den dargestellten Zahlen können dem Fließtext entnommen werden.

<sup>7</sup> Quelle: <https://www.aerztekammer.at/funktionaere>

Jahrhundert deutlich gestiegen, Frauen bleiben in Führungspositionen aber dennoch unterrepräsentiert<sup>13</sup>. Der Theorie der „gläsernen Decke“ („glass ceiling“) zufolge gibt es sichtbare und unsichtbare Barrieren, die sich negativ auf die Karrieremöglichkeiten von Frauen auswirken. Die gläserne Decke wird aus Werten, Normen und Annahmen heraus entwickelt und zeigt sich in Prozessen und Vorgehensweisen im Unternehmen sowie verhaltens- und kulturell bedingten Barrieren in Form von Stereotypen, Vorurteilen, informellen Netzwerken, Führungsverhalten und Beziehungen innerhalb der Geschlechter<sup>16</sup>.

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass es eine Vielzahl an Faktoren gibt, die sich darauf auswirken, ob Frauen Karriere machen.

### Führungs- und Machtmotivation

Einige Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen weniger Führungsmotivation besitzen als Männer. Dabei scheint insbesondere die affektive Führungsmotivation – jener Teil der Führungsmotivation, der durch positive Emotionen im Zusammenhang mit Führung hervorgerufen wird – bei Frauen niedriger zu sein als bei Männern. Die affektive Komponente der Führungsmotivation ist ein relevanter Prädiktor für das Erreichen von Führungspositionen<sup>17</sup>. Elprana, Felfe, Stiehl, und Gatzka (2015) untersuchten in ihrer Studie Geschlechterunterschiede in Bezug auf Führungsmotivation und konnten zeigen, dass traditionelle Überzeugungen zu Geschlechterrollen mit geringer affektiver Führungsmotivation bei Frauen assoziiert sind, dass die niedrige affektive Führungsmotivation von Frauen teilweise dadurch erklärt werden kann, dass sie im Bereich Führung weniger gleichgeschlechtliche Rollenvorbilder haben als Männer und dass hohes Bewusstsein von Geschlechterungleichheiten bei Frauen mit höherer affektiver Führungsmotivation zusammenhängt<sup>18</sup>. Auch das Ausmaß an Machtmotivation – das individuelle Verlangen andere zu beeinflussen – scheint bei Frauen niedriger zu sein als bei Männern. Dies wiederum mediiert den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Innehaben einer Führungsposition: die höhere Machtmotivation von Männern trägt zu einem hohen Männeranteil in Führungspositionen bei<sup>18</sup>. Hanika (2015) stellte eine höhere Führungsmotivation unter Ärzten, verglichen mit Ärztinnen, fest. Zudem stimmten in ihrer Studie 69% der befragten Ärztinnen und 58% der befragten Ärzte der Aussage zu, dass Frauen Einfluss und Macht weniger wichtig sei als Männern<sup>19</sup>.

### Karrierestrategien

Bisherige Forschung deutet darauf hin, dass es Ärztinnen mitunter an geeigneten Karrierestrategien fehlt<sup>20</sup>. Dazu zählen unter anderem eine geringere Ausrichtung auf das Erreichen einer bestimmten Karriereposition sowie das vorzeitige Verlassen männerdominierter Strukturen bzw. das Vermeiden einer Führungsposition in diesen<sup>15,21,22</sup>. Außerdem konnte beobachtet werden, dass es Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen oftmals an konkreten Vorstellungen zu ihren eigenen Karrieremöglichkeiten fehlt. Eine Umfrage unter deutschen Medizinstudentinnen ergab, dass nur 6% eine Führungsposition anstrebten. Dies

ist problematisch, da wichtige Karrierebausteine mitunter bereits im Studium sowie in den ersten Arbeitsjahren gelegt werden<sup>23</sup>. Des Weiteren scheinen Männer strategischer und effizienter darin zu sein, Netzwerke zu nutzen: Sie haben oft Kontakte zu Personen mit höherem Status, die ihnen auf ihrem Karriereweg besonders nützlich sein können<sup>24</sup>. Die bessere Nutzung sozialer Netzwerke durch Männer zeigt sich auch im medizinischen Bereich<sup>20,25</sup>.

### Subjektive Kompetenz

„Frauen haben zu wenig Selbstvertrauen“. Dieser Aussage stimmten in einer Studie von Hanika (2015) 48% der befragten Ärztinnen und 18% der befragten Ärzte zu. Im Zuge dieser Studie zeigte sich zudem, dass Ärztinnen sich hinsichtlich persönlicher Kompetenzen wie Belastbarkeit und Durchsetzungsfähigkeit sowie hinsichtlich fachlicher Kompetenzen wie Forschungskompetenzen als weniger kompetent einschätzten als ihre männlichen Kollegen<sup>20</sup>. Diese Beobachtung deckt sich mit einem aus der Sozialpsychologie bekannten Phänomen, dass in der Regel Frauen ihre eigenen Kompetenzen unterschätzen, während Männer ihre eigenen Kompetenzen überschätzen. Diese Einstellungen führen zu Nachteilen für Frauen, die sich negativ auf ihre Karrieremöglichkeiten auswirken<sup>15</sup>. Insbesondere in männerdominierten Bereichen laufen Frauen Gefahr, das sogenannte „imposter syndrom“ zu entwickeln, das mit einem Gefühl von Selbstzweifel, Inkompetenz oder einem Mangel an Qualifikation im beruflichen Kontext einhergeht<sup>22</sup>.

### Geschlechterstereotype

Als Geschlechterstereotype bezeichnet man sozial geteiltes Wissen über charakteristische Merkmale von Frauen und Männern<sup>26</sup>. Sie legen fest, welche Attribute jeweils für Frauen und Männer erwünscht bzw. unerwünscht sind<sup>27</sup>. Geschlechterstereotype finden sich auch im Zusammenhang mit Führung. Dabei wird angenommen, dass Personen in Führungspositionen insbesondere männlich assoziierte Eigenschaften besitzen und Männer sich besser für Führungspositionen eignen als Frauen, unter anderem, da sie handlungsorientierter sind<sup>28</sup>. Die Theorie der Rollenkongruenz geht davon aus, dass es für Individuen negative Konsequenzen hat, wenn sie sich nicht gesellschaftlichen Erwartungen entsprechend verhalten. Dabei berücksichtigt die Theorie der Rollenkongruenz auch Geschlechterrollen und Führungsrollen und insbesondere das Problem, dass Frauen in Führungspositionen oftmals stereotype Erwartungen an ihre Geschlechterrolle verletzen<sup>29</sup>. Die Inkongruenz zwischen traditionellen weiblichen Geschlechterrollen und traditionellen Führungsrollen benachteiligt Frauen auf ihrem Weg in Führungspositionen<sup>29</sup>. Die Überzeugung, dass erfolgreiche Führung eher mit stereotypisch männlichen als mit stereotypisch weiblichen Eigenschaften in Verbindung steht, lässt sich auch in der Medizin beobachten<sup>30</sup>. Derartige Geschlechterstereotype können dazu beitragen zu erklären, warum in der Medizin bei der Besetzung von Führungspositionen Männer gegenüber Frauen bevorzugt werden<sup>15</sup>.

## Männernetzwerke

Als Männernetzwerke (old-boys-networks) bezeichnet man exklusive patriarchale Netzwerke, deren Mitglieder beispielsweise durch eine geteilte Profession oder soziale Schicht miteinander verbunden sind und die einander unter anderem in ihrer beruflichen Karriere unterstützen<sup>31</sup>. Männernetzwerke spielen in der Medizin eine wichtige Rolle in der Karriereförderung von Männern<sup>21</sup>. Männernetzwerke wurden in unterschiedlichen Untersuchungen als eine der Ursachen für den geringen Frauenanteil in Führungspositionen in der Medizin identifiziert<sup>23</sup>. In einer Befragung von Hanika (2015) gaben 78% der Ärztinnen sowie 53% der Ärzte an, dass es für Frauen schwierig sei in bestehende Männernetzwerke einzudringen. Rund die Hälfte der befragten Ärztinnen bezeichnete die Medizin in diesem Zusammenhang als „frauenfeindlich, verglichen mit anderen Berufen“<sup>20</sup>. Nach Höß (1996) fehle es Frauen häufig an Verbindungen zu bestehenden Männernetzwerken, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen sei, dass Männer sich in der Zusammenarbeit mit Männern wohler fühlen und demnach ungestört „unter sich bleiben wollen“<sup>32</sup>. Eine Umfrage der österreichischen Ärztekammer im Jahr 2019 ergab, dass die Frage „Verfügen Männer im Arztberuf über bessere Netzwerke und verhelfen sich gegenseitig stärker in interessante Jobs als Frauen?“ von 31% der befragten Ärztinnen mit „ja, auf jeden Fall“ und von 43% der befragten Ärztinnen mit „eher ja“ beantwortet wurde<sup>33</sup>. Ebenfalls zeigte sich in einer Umfrage, dass nach Einschätzung der Ärztinnen Männer bevorzugt andere Männer in Führungspositionen einstellen<sup>34</sup>.

## Rollenvorbilder

Die geringe Anzahl von Frauen in medizinischen Führungspositionen hat zur Folge, dass Ärztinnen mit Karriereambitionen nur wenige gleichgeschlechtliche Rollenvorbilder haben<sup>31</sup>. Dies kann sich nicht nur negativ auf Karriereambitionen von Ärztinnen auswirken, sondern erschwert es Ärztinnen außerdem, Verbindungen zu Personen in Führungspositionen aufzubauen<sup>22</sup>. Sofern weibliche Rollenvorbilder existieren, können sich diese in mehrerer Hinsicht positiv auf die Karriere von Ärztinnen auswirken: weibliche Rollenvorbilder wirken inspirierender auf Medizinstudentinnen als männliche Rollenvorbilder und können die wahrgenommene Passung zwischen dem eigenen Geschlecht und dem medizinischen Beruf erhöhen, was wiederum das Interesse steigert, eine Karriere als Ärztin zu verfolgen<sup>35</sup>. Aufgrund der geringeren Anzahl weiblicher Rollenvorbilder in der medizinischen Führung ergeben sich jedoch weniger Gelegenheiten für junge Ärztinnen, von den positiven Effekten gleichgeschlechtlicher Rollenvorbilder zu profitieren.

## Unterstützung

Ärztinnen erhalten weniger Unterstützung als ihre männlichen Kollegen. So ergab eine Befragung der österreichischen Ärztekammer von knapp 2.500 Ärztinnen in Österreich, dass rund 37% ein Karrierehindernis in zu geringer beruflicher Förderung durch Vorgesetzte sahen<sup>13</sup>. Hinzu kommen Vorurteile von



Vorgesetzten gegenüber Ärztinnen, die die Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen verstärken<sup>23</sup>. Neben einer tieferen Einschätzung der Karriereförderung durch ihre Vorgesetzten erhalten Ärztinnen auch weniger Karriereangebote als Ärzte<sup>15</sup>. Mangelnde Unterstützung von Ärztinnen zeigt sich jedoch nicht nur im Zusammenhang mit Vorgesetzten, sondern insbesondere auch im Mangel von Mentor\*innen-Angeboten für Medizinerinnen. Fehlendes Mentoring von Ärztinnen konnte als wichtiger karrierehinderlicher Faktor identifiziert werden, nicht zuletzt, da Mentoring helfen kann, Karrierebarrieren im Sinne einer gläsernen Decke zu überwinden<sup>16,31</sup>. Problematisch ist zum Einen, dass Mentor\*innen-Angebote für Ärztinnen schwerer zugänglich sind als für Ärzte, und zum Anderen, dass aufgrund des geringen Frauenanteils in Führungspositionen ein Mangel an profitablen gleichgeschlechtlichen Mentoring-Möglichkeiten für Frauen besteht<sup>21,23,31</sup>. Neben einer höheren Schwierigkeit für Ärztinnen Mentor\*innen zu finden, zeigt sich außerdem im Forschungsbereich, dass auch das Finden von Sponsor\*innen eine besondere Herausforderung für Ärztinnen darstellt<sup>36</sup>.

## Anforderungen

An Ärztinnen werden im Beruf und insbesondere in der Führung oftmals höhere Anforderungen gestellt als an ihre männlichen Kollegen, Maßstäbe werden für Ärztinnen höher gesetzt als für Ärzte und Leistungen werden ungleich zugunsten von Ärzten beurteilt<sup>19,37</sup>. Dieser höhere Leistungsdruck kann sich negativ auf die Karriere von Frauen auswirken<sup>20</sup>. Dabei scheinen die hohen Anforderungen an Frauen, insbesondere hinsichtlich ihrer Qualifikationen, kontraproduktiv zu sein: Frauen richten mehr Aufmerksamkeit auf fachliche Kompetenz und Qualifikationen und vernachlässigen dabei mitunter die Pflege von für den Karriereaufstieg wichtigen Netzwerken<sup>38</sup>.

## Gläserne Klippe

Die Benachteiligung von Frauen in der Medizin zeigt sich nicht nur darin, dass Frauen seltener Führungspositionen erhalten. Geschlechterungleichheiten äußern sich auch in Form der „gläsernen Klippe“ („glass cliff“): Frauen erhalten insbesondere jene Führungspositionen, die weniger attraktiv sind. Eine Überrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen mit hohem Risiko führt dazu, dass leitende Ärztinnen größeren Herausforderungen ausgesetzt sind als ihre männlichen Kollegen und kann zur Folge haben, dass Frauen überdurchschnittlich häufig an Führungsaufgaben scheitern. Dies kann wiederum dazu beitragen, dass sich Geschlechterstereotype, die insbesondere männliche Eigenschaften mit guter Führung assoziieren, aufrechterhalten werden. Das Phänomen der gläsernen Klippe zeigt zudem, dass der Frauenanteil in Führungspositionen alleine kein ausreichendes Maß ist, um festzustellen, ob Geschlechtergleichstellung erreicht wurde<sup>31</sup>.

## Vereinbarkeit

„Vereinbarkeit“ kann im weiteren Sinne als Gewährleistung der Gleichzeitigkeit der Aktivitäten in den Lebensbereichen Arbeit und Familie definiert werden. Das Problem der mangelnden Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist in der Medizin aufgrund langer, unregelmäßiger Arbeitszeiten besonders präsent<sup>23</sup>. Insbesondere Frauen stehen vor der Herausforderung, berufliche Anforderungen sowie private Aufgaben wie Haushaltstätigkeiten oder Kinderbetreuung simultan zu bewältigen. Dies liegt vor allem daran, dass Frauen aufgrund stereotyper Rollenvorstellungen in vielen Fällen nach wie vor die Hauptverantwortung für Haushaltsarbeiten sowie die Kinderbetreuung übernehmen<sup>20,39</sup>. Dieses Muster zeigt sich auch unter Ärztinnen: Laut Umfrage der österreichischen Ärztekammer übernehmen 67% aller Ärztinnen mit Kindern den Großteil der Kinderbetreuung selbst, in rund 6% der Fälle übernimmt der Partner den Großteil der Kinderbetreuung und in den übrigen Fällen ist die Kinderbetreuung gerecht aufgeteilt<sup>40</sup>. Weiter verschärft werden die traditionellen Rollenverteilungen durch das im Schnitt höhere Einkommen von Männern (gender pay gap), welches eine Rollenverteilung begünstigt, bei der Männer in Vollzeit arbeiten gehen, während Frauen sich vermehrt der Kinderbetreuung widmen<sup>22</sup>. So zeigte sich in einer Studie von Buddeberg-Fischer et al. (2010), dass in der von ihnen untersuchten Stichprobe Ärztinnen mit Kindern häufig in Teilzeit arbeiteten, während Ärzte mit Kindern überwiegend in Vollzeit arbeiteten<sup>21</sup>. In einer Umfrage der Österreichischen Ärztekammer zum Weltfrauentag 2019 wurde die Frage „Haben Frauen im ärztlichen Beruf durch Kinder im Durchschnitt größere Karriereeinbußen als Männer?“ von 66% der knapp 2.500 befragten Ärztinnen mit „Ja“ und von weiteren 29% mit „eher Ja“ beantwortet. In derselben Umfrage gaben von den befragten Ärztinnen 61% an, dass sie ein Karrierehindernis in Familienplanung und Kinderbetreuung sähen<sup>34</sup>. Ärzte werden hingegen durch ihre Familien eher in der Verwirklichung ihrer Karrieren unterstützt<sup>15</sup>. Eine zusätzliche Herausforderung in der Vereinbarkeit von Familie und Karriere ergibt sich in der Medizin durch die langen Ausbildungswege. Das Medizinstudium umfasst in Österreich 12 Semester, anschließend wird eine neunmonatige Basisausbildung absolviert und die Facharztausbildung nimmt weitere sechs Jahre in Anspruch<sup>41</sup>. Die lange Ausbildungsdauer hat zur Folge, dass sich Karriereantritt und Familienplanung oftmals zeitlich überschneiden<sup>42,43</sup>. Dies führt zu dem Phänomen der „leaky pipeline“: Gut ausgebildete Frauen ziehen sich aus einer Karriere zurück, um sich vermehrt der Familienplanung widmen zu können<sup>44</sup>. Die Herausforderungen in der Vereinbarkeit zwischen Familie und Karriere, von denen insbesondere Frauen betroffen sind, führen dazu, dass sich Frauen häufig vor eine Entscheidung zwischen Karriere und Familie gestellt fühlen<sup>31</sup>.

Die Thematik der Geschlechtergleichstellung in der Medizin ist von besonderer Bedeutung, denn eine Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen kann nicht nur für die betroffenen Frauen, sondern auch für Patient\*innen von Nachteil sein. **Der hohe Anteil an männlichen Führungskräften in der Medizin begünstigt einen patriarchalen Blick auch auf Patient\*innen.** Dieser wirkt sich negativ auf Patientinnen aus: Manche Krankheiten (z.B. Herzinfarkte) werden später oder falsch diagnostiziert, da Frauen häufiger

asymptotische Symptome aufweisen, die nicht gelehrt werden. Auch können Medikamente bei Frauen anders wirken als erwartet, da Medikamente mitunter vor allem an jungen Männern getestet werden<sup>1</sup>. Mehr Frauen in Führungspositionen könnten dazu beitragen, Gendermedizin weiter voranzutreiben und den patriarchalischen Blick auf Patient\*innen zu überwinden. Zudem könnten mehr Ärztinnen in Führungspositionen dazu beitragen, Probleme in der Frauengesundheit zu bekämpfen<sup>40</sup>. Doch auch für männliche Patienten könnten sich Vorteile durch mehr Ärztinnen in Führungspositionen ergeben. Es ist anzunehmen, dass Ärztinnen in Führungspositionen mitunter andere medizinische und wirtschaftliche Entscheidungen treffen als Männer. So scheuen Frauen mehr davor zurück bestimmte Therapien anzuwenden, nur weil diese Geld bringen, und wollen – im Unterschied zu Männern – in der Regel nur dann operieren, wenn dies tatsächlich notwendig ist<sup>43</sup>. Auch nehmen sich Ärztinnen über alle Fachgruppen hinweg mehr Zeit für ihre Patient\*innen als Ärzte, behandeln leitliniengerechter, verschreiben seltener Antibiotika und haben die Lebenssituation der Patient\*innen besser im Blick<sup>24</sup>. Die Benachteiligung von Frauen in der Medizin kann zudem einen Verlust hochqualifizierter Ärztinnen zur Folge haben, welcher sich negativ auf Patient\*innen auswirkt<sup>43</sup>. Die Problematik der Benachteiligung von Frauen in der Medizin ist also von hoher gesellschaftlicher und praktischer Relevanz.

Neben einem, für die Patient\*innengesundheit wichtigen, Einfluss von (weiblichen) Führungskräften auf die Versorgung von Patient\*innen, lässt sich außerdem ein Umdenken in der Bewertung von Führungsstilen beobachten. **Wurde gute Führung lange Zeit mit „männlichen“ Eigenschaften assoziiert, so sind es nun vermehrt „weibliche“ Eigenschaften wie soziale und emotionale Fähigkeiten,** Empathie, Unterstützung und zwischenmenschliche Orientierung, die an Führungskräften wertgeschätzt werden. Es konnte beobachtet werden, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger demokratische und transformationale Führungsstile anwenden, also Führungsstile, die zunehmend gefragt sind<sup>35</sup>. Dies zeigt, dass eine ausgewogene Vertretung von Frauen in Führungsebenen auch mit Vorteilen für Mitarbeiter\*innen einhergehen können.

Die aktuellen Zahlen zum Frauenanteil in medizinischen Führungspositionen in Österreich zeigen deutlich, dass noch lange keine Geschlechtergleichstellung in der österreichischen Medizin erreicht ist.

## Lösungsansätze in der Literatur

In der Literatur zu Frauen in Führungs- und Entscheidungspositionen in der Medizin finden sich diverse Vorschläge bezüglich Maßnahmen, die Frauen in ihrer medizinischen Karriere unterstützen sollen.

**Vereinbarkeit von Beruf und Familie.** Aufgrund langer, unregelmäßiger Arbeitszeiten, Wochenend-, Feiertags- und Nachtdiensten sowie kaum Möglichkeiten zu Teilzeitanstellungen in Führungspositionen, stellt die Medizin besondere Herausforderungen an Ärzt\*innen mit Kindern, von denen insbesondere

Frauen besonders betroffen sind<sup>23</sup>. Um zu verhindern, dass Ärztinnen im Sinne der leaky pipeline aufgrund von Familienplanung vorzeitig aus dem Karrierleben ausscheiden, bedarf es ausreichender Möglichkeiten der externen, flexiblen Kinderbetreuung, damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sichergestellt werden kann. Kindertagesstätten müssen dabei für Berufstätige leicht erreichbar sein, genügend Betreuungsplätze bieten und mit dem medizinischen Berufsleben kompatible Öffnungszeiten haben<sup>45</sup>. Des Weiteren muss die Betreuung für Kinder aller Altersklassen zugänglich sein und es muss eine flexible Notfallbetreuung auch bei kranken Kindern angeboten werden<sup>23</sup>. Ein attraktives Angebot wären hier auch Kinderbetreuungsstätten an Kliniken, die 24 Stunden geöffnet sind<sup>46</sup>. Des Weiteren ist es von großer Bedeutung, dass Kinderbetreuung nicht länger vorrangig als Frauensache angesehen wird, damit die Herausforderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht hauptsächlich von Frauen bewältigt werden muss. Maßnahmen, die hier ansetzen können, sind etwa eine attraktivere Gestaltung der Elternzeit für Männer sowie die Ermutigung von Männern, diese auch zu nutzen<sup>23,47</sup>. Auch flexible Arbeitszeitmodelle können die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für beide Geschlechter weiter verbessern<sup>22</sup>.

**Mentoring.** Coaching- und Mentoringprogramme können Ärztinnen helfen, ein höheres Selbstwertgefühl zu entwickeln und sich erfolgreich in Netzwerke zu integrieren<sup>20</sup>. Zu bedenken ist hier jedoch, dass es sich bei Coaching- und Mentoringprogrammen um individuelle Ansätze handelt, die zwar einzelnen Ärztinnen Vorteile verschaffen können, jedoch nicht flächendeckend Strukturen für alle Mitarbeitenden verändern<sup>23</sup>.

**Transparenz.** Um die Chancengleichheit in der Medizin weiter voranzutreiben, ist es von großer Bedeutung, dass Prozesse wie Anstellungen oder Beförderungen transparent und objektiv ablaufen, ohne dass es zu Vor- oder Nachteilen aufgrund des Geschlechts kommt. Hier spielen unter anderem messbare, objektive Kriterien zur Leistungsbeurteilung eine wichtige Rolle. Diese sollten im Vorhinein definiert werden und voreilige Schlüsse und Vorurteile verhindern<sup>46</sup>. Auch kann Gleichstellungscontrolling dazu beitragen, systematische Benachteiligungen von Frauen aufzudecken und entsprechende Maßnahmen zu setzen<sup>15</sup>.

**Weitere Maßnahmen.** Weitere Ansätze können unter anderem die Förderung von Motivation und Information bei Frauen, Maßnahmen gegen Vorurteile und Diskriminierung, die (monetäre) Förderung von Einrichtungen mit hohem Frauenanteil in Führungspositionen sowie eine Förderung des Bewusstseins für die Auswirkungen von stereotypen Geschlechterrollen beinhalten<sup>23,38,40</sup>.

## Der Blick in andere Länder

Die Problematik der Chancenungleichheit zwischen Männern und Frauen ist nicht in allen Ländern gleich stark ausgeprägt. So zeigt sich beispielsweise in den akademischen Instituten von Europa ein Nord-Süd Gefälle<sup>47</sup>. In einer Studie von

Kuhlmann et al. (2017) wurde der Frauenanteil unter Ärzt\*innen in den vier Ländern Schweden, Vereinigtes Königreich (UK), Deutschland und Österreich verglichen. Es zeigte sich, dass der Frauenanteil unter Mediziner\*innen in allen vier untersuchten Ländern etwa gleich hoch ist (Schweden: 47%, UK: 47%, Deutschland: 45%, Österreich: 46%), beim Frauenanteil in akademischen Führungspositionen zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zugunsten von Schweden. Im Karolinska Institut (Schweden) beträgt der Anteil der weiblich besetzten Professuren 28%, in Oxford (UK) 22%. An der Charité in Berlin (Deutschland) und an der Medizinischen Universität in Wien (Österreich) sind jeweils 19% der Professor\*innen Frauen. Ärztinnen in Schweden haben nach einem erfolgreichen Medizinstudium wesentlich bessere Chancen in eine akademische Führungsposition zu gelangen als in Österreich.

Der hohe Frauenanteil in Führungspositionen in Schweden lässt sich unter anderem durch Maßnahmen erklären, welche die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern. In Schweden sind seit den 1970-er Jahren bewusste Schritte gesetzt worden, um Eltern bei der Kinderbetreuung und Kindererziehung zu unterstützen. Dies beinhaltet beispielsweise eine öffentliche Kinderbetreuung vom Kleinkindalter an. 1974 wurde zudem die geschlechtsneutrale, bezahlte Kinderkarenz eingeführt<sup>48</sup>. Sehr ähnliche Maßnahmen existierten und existieren z.B. in Ungarn, bspw. eine bezahlte Kinderkarenz bis 24 Monate (70-75% des vormaligen netto-Einkommens) sowie Kindergruppen ab dem sechsten Monat mit Öffnungszeiten von 6:00-17:30 Uhr, kleinen Kindergruppen und qualifiziertem Betreuungspersonal. Des Weiteren stehen Ganztagschulen oder Schulen mit integriertem Hort zur Verfügung, welche ebenfalls die komplette Arbeitszeit abdecken.

Ein weiterer Unterschied zwischen Österreich und Schweden besteht darin, dass die Gesellschaft in Schweden, wie auch in anderen nordischen Ländern, weniger hierarchisch aufgebaut ist. Teamwork, Wissenstransfer und ein transformationaler Führungsstil haben einen vergleichsweise hohen Stellenwert. In Schweden ist eine ideale Führungskraft eher teamorientiert, motivierend, auf Intuition bauend und nach Konsens strebend, in Deutschland eher durchsetzungsstark und souverän, mit einem hohen Maß an Entschlusskraft. Damit werden in Deutschland vor allem männlich assoziierte, in Schweden eher weiblich assoziierte Eigenschaften präferiert<sup>49</sup>.

Das konsequente, in Gesetzen und fördernden Strukturen verankerte Bestreben der nördlichen Länder ab den 1970-er Jahren zeigt ein klares Resultat eine Generation später. Reformen und Rahmenbedingungen helfen, das „gender gap“ zu schließen.

## Zur Situation in Österreich

In Österreich existieren bereits Maßnahmen, um Frauen in der Medizin gezielt zu fördern. An der MedUni Wien ist die Stabstelle Gender Mainstreaming und Diversity für die Förderung von Frauen zuständig, mit dem Ziel, strukturelle Hindernisse für Frauen in der Wissenschaft abzubauen und den Frauenanteil insbesondere in Führungspositionen zu erhöhen. Spezielle

Frauenförderungsprogramme und gezielte Maßnahmen sollen dazu beitragen, Frauen verstärkt für eine wissenschaftliche Karriere zu motivieren und sie bei dieser zu unterstützen<sup>49</sup>. An der MedUni Graz ist die GENDER:UNIT für die Koordination der Bereiche Gleichstellung, Frauenförderung und Diversity Management zuständig. Angebote umfassen unter anderem Information und Beratung zu den Themen Gender und Diversity, Gender-Mainstreaming-Projekte, Gender-Controlling-Projekte, gezielte Frauenförderungsmaßnahmen wie Stipendien und Coachings, spezielle karrierefördernde Weiterbildungsangebote für Frauen sowie Karriereprogramme für Wissenschaftler\*innen, interne Weiterbildungsangebote zu Gender und Diversity, Kinderbetreuungsangebote für Angehörige der Universität und Förderung von Frauennetzwerken<sup>50</sup>. Karriereperspektiven von Ärztinnen in den Salzburger Landeskliniken (SALK) sollen mitunter durch die gezielte Aufforderung von Frauen zur Bewerbung auf Führungspositionen, Unterstützung durch SALK-Expertinnen für Gleichbehandlung und Frauenförderung sowie flexible Arbeitszeit- und Betreuungsmodelle verbessert werden<sup>51</sup>. An der MedUni Innsbruck hat die Koordinationsstelle Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität zum Ziel, die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern zu fördern<sup>52</sup>. Das Referat für Kinderbetreuung und Vereinbarkeit soll Mitarbeiter\*innen der Medizinischen Universität Innsbruck bei der Vereinbarkeit von Beruf & Familie unterstützen und insbesondere den Wiedereinstieg nach einer Babypause erleichtern sowie individuelle Kinderbetreuungsleistungen anbieten<sup>53</sup>. Das Referat Frauen-Empowerment & Mentoring hat zum Ziel, die akademische Laufbahn von Frauen nachhaltig zu unterstützen und gezielt zu fördern, um Frauen vermehrt Zugang zu (höheren) Führungspositionen zu bieten. Dazu zählen die Erhöhung des Anteils weiblicher Führungskräfte an der Medizinischen Universität Innsbruck, Aufbau von Beziehungssystemen und Zugang zu Netzwerken für Frauen sowie die Schaffung struktureller Bedingungen, die Frauen darin bestärken, ihr Wissen, ihre Potenziale und Fähigkeiten vermehrt sichtbar und nutzbar zu machen<sup>54</sup>. Das Referat für Geschlechterforschung und Lehre soll die Genderperspektive in der Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität Innsbruck stärken<sup>55</sup>. In Oberösterreich bietet das allgemeine öffentliche Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH die Ausübung von Führungspositionen in Teilzeit an. Mit einer Stundenuntergrenze von 35 Wochenstunden handelt es sich dabei um ein sehr hohes Teilzeitausmaß, durch stellvertretende Führungskräfte wird jedoch sichergestellt, dass das tatsächliche Stundenausmaß auch der vereinbarten Arbeitszeit entspricht. Durch das Unternehmen bereitgestellte Betriebstagesmütter stellen eine wichtige Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie dar<sup>56</sup>.

© KLI Alle Rechte vorbehalten

Korrespondierender Autor: Mag. Dr. Annelies Fitzgerald

Institutsleitung Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources  
im Gesundheitsbereich

a.fitzgerald@karl-landsteiner.at | www.kli-hr.at

## Literatur

- 1 Michaeler, H. (2021). Medizinerin: „In der Führung dominieren Männer“. Verfügbar unter: <https://www.krone.at/2355154>
- 2 nach Angetter/Nemec/Posch/Druml/Weindling (Hg.): Strukturen und Netzwerke – Medizin und Wissenschaft in Wien 1848-1955, V&R unipress GmbH Göttingen, 2018 (S. 196-197)
- 3 Schadlbauer, E. (2017). Frauen in der Medizin. (Unveröffentlichte Dissertation). Medizinische Universität Graz
- 4 <https://www.geschichtewiki.wien.gv.at/Frauenstudium#:~:text=1907%20wurde%20nach%20dreijährigem%20Kampf,dass%20sich%20Männer%20von%20Frauen> (abgerufen: 29.03.2021)
- 5 Marboe, I. (2019). Frauen in der Medizin – Die Zukunft ist weiblich. Verfügbar unter: <https://medonline.at/10029473/2019/die-zukunft-ist-weiblich/>
- 6 Medizin Aufnahmetest – Gender Gap heuer wieder etwas kleiner. Verfügbar unter: <https://www.studium.at/medizin-aufnahmetest-gender-gap-heuer-wieder-etwas-kleiner>
- 7 Daten verfügbar unter: <https://unidata.gv.at/Pages/XLCubedReport.aspx?rep=%40kWiMvKVmgH1LTTXtgDTPp4gt%2b7PHRwgnqQT2Xbr2vkD94PVaqCnHWEP2Cx90An%2fQ%2bJ%2fk2fch%2fGLUXgYYITde34azcYScCFLz75xG8wv0BzrlfOa7Yo8U3WPHIA8XpkXpLQCDDqPz6XT49o4oUNsM55yEJB4xtiSpSPGMnePuyx4TIMxWd3jiS%2f5gj8t1uIXDdvl31s9V%2bJ0cN2W2IiZqTsHFbkEF6GriDsT3SGylkQ%3d&embedded=SharePoint&toolbar=true>
- 8 Daten verfügbar unter: <https://unidata.gv.at/Pages/XLCubedReport.aspx?rep=%40IJJJoguKtWQjc1xL2gtdxP%2fwE%2b8UyhyDTxbAPneLflXrene2xlhxiDpK83z6TYg6JOR3xfnG7Ac8336OAz%2fzGarVgLAN4tzz7lurZi6SMGoMh7y5bwtwd2kVe52FzzCdS45lJmtm1P%2bL3jTSG40aBmgjUWz1OOAeuuz7EIXKFuIgaQUFoJZESdIhOdSqLSJOhxuPW8PpTJeKfvmZfTRG71NJaf1zRSJxkxAeDHFfgvvUYoi4o%2f8OA%3d%3d&embedded=SharePoint&toolbar=true>
- 9 Ärzttestatistik der Österreichischen Ärztekammer. Verfügbar unter: [https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/ÖÄK\\_Ärzttestatistik\\_2019\\_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654](https://www.aerztekammer.at/documents/261766/679332/ÖÄK_Ärzttestatistik_2019_20200703.pdf/cc3c3c47-e62b-62eb-35f1-38c8f539d6d3?t=1596545233654)
- 10 Basis: Liste aller österr. Krankenanstalten, veröffentlicht vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html>
- 11 Quelle: <https://www.aerztekammer.at/funktionaere>  
Das Präsidium setzt sich aus 6 Personen zusammen. Männeranteil: 100%; Bundeskurie der angestellten Ärzte: Obmann und 2 Stellvertreter. Männeranteil: 100%; Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte: Obmann und 2 Stellvertreter. Männeranteil: 100%; 3 Bundessektionen mit derzeit insgesamt 8 Leitungspositionen. Männeranteil: 100%; 34 Bundesfachgruppen mit dzt. insges. 34 Obmännern und 32 Stellvertreter. Männeranteil: 92,5 % (5 Frauen von 66 Funktionären)
- 12 Brandstetter, G. & Yeoh, D. (2019). Frauen in der Medizin: Wo die gläserne Decke am dicksten ist. Verfügbar unter: <https://www.derstandard.at/story/2000100831366/frauen-in-der-medizin-wo-die-glaeserne-decke-am-dicksten>

- 
- 13 Anteil der Frauen in Geschäftsführungen und Aufsichtsräten der 200 umsatzstärksten Unternehmen in Österreich von 2011 bis 2021. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/328252/umfrage/frauen-in-fuehrungspositionen-in-oesterreich/>
  - 14 Buddeberg-Fischer, B. (2001). Karriereentwicklungen von Frauen und Männern in der Medizin. *Schweizerische Ärztezeitung*, 35, 1838-1844.
  - 15 Alwazzan, L., & Al-Angari, S. S. (2020, January 15). Women's leadership in academic medicine: A systematic review of extent, condition and interventions. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032232>
  - 16 Weissenrieder, C. O., Graml, R., Hagen, T., & Ziegler, Y. (2017). Ist die gläserne Decke noch aktuell? Untersuchung wahrgenommener Aspekte der Unternehmenskultur und der geschlechtsspezifischen Unterschiede in Karrierechancen. *GENDER – Zeitschrift Für Geschlecht, Kultur Und Gesellschaft*, 9(1), 115–132. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i1.08>
  - 17 Elprana, G., Felfe, J., Stiehl, S., & Gatzka, M. (2015). Exploring the sex difference in affective motivation to lead: Furthering the understanding of women's underrepresentation in leadership positions. *Journal of Personnel Psychology*, 14(3), 142–152. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000137>
  - 18 Schuh, S. C., Hernandez Bark, A. S., Van Quaquebeke, N., Hossiep, R., Frieg, P., & Van Dick, R. (2014). Gender Differences in Leadership Role Occupancy: The Mediating Role of Power Motivation. *Journal of Business Ethics*, 120(3), 363–379. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1663-9>
  - 19 Hanika, M. (2015). Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin - gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? (Unveröffentlichte Dissertation). Technische Universität München.
  - 20 Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Knecht, M., & Klaghofer, R. (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers - Professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-40>
  - 21 Lozansky, T. & Sterlin, E. (2019). Women's Leadership In Private Health Care. International Finance Corporation IFC.
  - 22 Dirmeier, M. (2020). Die Vereinbarkeit von Karriere und Familie an einer Universitätsklinik am Beispiel des Klinikums rechts der Isar (Unveröffentlichte Dissertation). Technische Universität München.
  - 23 Beerheide, R. & Schlitt, R. (2016). Frauen in der Medizin – Viele Optionen, selten Karriere. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 113, Heft 20. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/179359/Frauen-in-der-Medizin-Viele-Optionen-selten-Karriere>
  - 24 Halser, M. (2020). „Je mehr Frauen in einem Netzwerk sind, umso schlechter“. Verfügbar unter: [https://www.zeit.de/arbeit/2019-07/frauennetzwerke-karrierebranche-kommunikation-vernetzung?utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.zeit.de/arbeit/2019-07/frauennetzwerke-karrierebranche-kommunikation-vernetzung?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)
  - 25 Han, H., Kim, Y., Kim, S., Cho, Y., & Chae, C. (2018). Looking into the labyrinth of gender inequality: women physicians in academic medicine. *Medical Education*, 52(10), 1083–1095. <https://doi.org/10.1111/medu.13682>
  - 26 Eckes T. (2010) Geschlechterstereotype. In: Becker R., Kortendiek B. (eds) *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2\\_21](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2_21)



- 
- 27 Dorsch Lexikon der Psychologie. Verfügbar unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/geschlechterstereotype>
- 28 Komlenac, N., Gustafsson Sendén, M., Verdonk, P., Hochleitner, M., & Siller, H. (2019). Parenthood does not explain the gender difference in clinical position in academic medicine among Swedish, Dutch and Austrian physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 24(3), 539–557. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09882-9>
- 29 Baker, C. (2014). *Stereotyping and Women's Roles in Leadership Positions*. Pepperdine University.
- 30 McKimm, J., Da Silva, A. S., Edwards, S., Greenhill, J., & Taylor, C. (2015). Women and Leadership in Medicine and Medical Education: International Perspectives (pp. 69–98). <https://doi.org/10.1108/s2051-233320150000002005>
- 31 Quelle: <https://www.dictionary.com/browse/old--boy--network>
- 32 Höß, C. (1996). Frauenärztin und akademische Karriere. In H. Hepp, D. Berg & U. Hasbargen (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe 1994* (S. 704-709). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- 33 Hajek, P. & Siegl, A. (2019). *Frauen in der Medizin – Umfrage unter Österreichs Ärztinnen*. Österreichische Ärztekammer.
- 34 Fian, L. & Obkircher, A. *Frauen und Führung: Unterstützung und Hindernisse auf dem Weg in die Führungsebene (Praktikumsbericht)*. Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resource im Gesundheitswesen; health care communication.
- 35 Rosenthal, L., Levy, S. R., London, B., Lobel, M., & Bazile, C. (2013). In Pursuit of the MD: The Impact of Role Models, Identity Compatibility, and Belonging Among Undergraduate Women. *Sex Roles*, 68(7–8), 464–473. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0257-9>
- 36 Farrugia, G., Zorn, C. K., Williams, A. W., & Ledger, K. K. (2020). A Qualitative Analysis of Career Advice Given to Women Leaders in an Academic Medical Center. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011292. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11292>
- 37 Mangurian, Linos, Sarkar, Rodriguez & Jagsi (2018). What's Holding Women in Medicine Back from Leadership. *Harvard Business Review*. Verfügbar unter: <https://hbr.org/2018/06/whats-holding-women-in-medicine-back-from-leadership>
- 38 Wippermann, C. (2010). *Frauen in Führungspositionen – Barrieren und Brücken*. Sinus Sociovision GmbH, Heidelberg
- 39 Carnes, M., Morrissey, C., & Geller, S. E. (2008). Women's health and women's leadership in academic medicine: Hitting the same glass ceiling? *Journal of Women's Health*. 17(9). 1453-1462. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0688>
- 40 Marboe, I. (2019). *Frauen in der Medizin – Die Zukunft ist weiblich*. Verfügbar unter: <https://medonline.at/10029473/2019/die-zukunft-ist-weiblich/>
- 41 Broschüre *Ärzteausbildung 2015 der Österreichischen Ärztezeitung*. Verfügbar unter: [https://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2015\\_Verlinkungen/Broschure\\_Aerzteausbildung\\_neu\\_END.pdf](https://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2015_Verlinkungen/Broschure_Aerzteausbildung_neu_END.pdf)
- 42 Rexer, A. (2017). *Medizinerinnen bleiben auf der Strecke*. Verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/karriere/planw-medizinerinnen-bleiben-auf-der-strecke-1.3676677>
- 43 Downs, J. A., Reif, L. K., Hokororo, A., & Fitzgerald, D. W. (2014). Increasing Women in leadership in global health. *Academic medicine: journal of the Association of*

- 
- American Medical Colleges 89(8), 1103-1107.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000369>
- 44 Lenz, M. (2018). Sexismus in der Medizin: „In der Klinik werden Frauen nicht ernstgenommen“. Verfügbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/wissen/sexismus-in-der-medizin-in-der-klinik-werden-frauen-nicht-ernstgenommen/22641788.html>
- 45 Schadelbauer, E. (2017). Frauen in der Medizin (Unveröffentlichte Dissertation). Medizinische Universität Graz.
- 46 Dreyer, I. (2020). Karriere in der Medizin: „Das ist eine drastische Benachteiligung von Frauen“. Verfügbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/karriere-in-der-medizin-das-ist-eine-drastische-benachteiligung-von-frauen/25545282.html>
- 47 Kuhlmann, E., Ovseiko, P.V., Kurmeyer, C., Gutiérrez-Lobos, K., Steinböck, S., von Knorring, M., Buchan, A. & Brommels, M. (2017). Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Human Resources for Health*, 15(2). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0175-y>
- 48 Lindhagen, Å., Linde, A. Gender equality policy in Sweden. Verfügbar unter: <https://www.government.se/4a7738/contentassets/efcc5a15ef154522a872d8e46ad69148/gender-equality-policy-in-sweden>
- 49 Ziele in der Frauenförderung und Diversity der MedUni Wien. Verfügbar unter: <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/strategie-und-vision/ziele-in-der-frauenfoerderung-diversity/>
- 50 Genderunit der MedUni Graz. Verfügbar unter: <https://www.medunigraz.at/oes/oe-genderunit>
- 51 Karriereperspektiven von Ärztinnen in den Salzburger Landeskliniken. Verfügbar unter: <https://salk.at/9699.html>
- 52 Koordinationsstelle Frauenförderung, Gleichstellung und Diversität der MedUni Innsbruck. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/gendermed/>
- 53 Referat für Kinderbetreuung der MedUni Innsbruck. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/gendermed/kinderbetreuung-und-vereinbarkeit/index.html>
- 54 Referat für Frauen-Empowerment der MedUni Innsbruck. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/gendermed/frauen-empowerment/>
- 55 Referat für Gender-Mainstreaming und Diversität der MedUni Innsbruck. Verfügbar unter: [https://www.i-med.ac.at/gendermed/mainstreaming\\_diversitaet/](https://www.i-med.ac.at/gendermed/mainstreaming_diversitaet/)
- 56 Führen in Teilzeit mit einer Stundenuntergrenze. Verfügbar unter: <http://www.frauenfuehren.at/fuehren-in-teilzeit-mit-einer-stundenuntergrenze/>