



# GLEICH STELLUNGS PLAN

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin





# GLEICH STELLUNGS PLAN

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin





# VORWORT

Vor Ihnen liegt der erste Gleichstellungsplan der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Im zentralen Gleichstellungsplan 2021-2023 der MHH wird dargestellt, welche Anstrengungen noch vor uns liegen, um Chancengleichheit an der Hochschule zu realisieren. Wir haben uns entschieden, die bislang erfolgte Gleichstellungsarbeit auszuweiten und in einen eigenen Gleichstellungsplan zu überführen. Mit diesem dezentralen Gleichstellungsplan wollen wir Verbindlichkeiten für eine transparente Personalentwicklung schaffen. Chancengleichheit soll sowohl als Aufgabe als auch als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Abteilung gesehen werden.

Das höchste Gut unserer Klinik sind unsere Mitarbeitenden: Sie erbringen die exzellenten Ergebnisse in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Wir sind von dem Leitgedanken getragen, dass alle Mitarbeitenden unabhängig von ihrem jeweiligen Geschlecht gleichermaßen von der Chancengleichheit profitieren. Wir wollen sichere und transparente Rahmenbedingungen schaffen, unter denen sich wissenschaftliche und klinische Karriere, Familienverantwortung, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen miteinander vereinbaren lassen. Ein Hauptziel ist dabei der Abbau von weiblichen Unterrepräsentanzen durch frühe und wirkungsvolle Förderung - immer unter gleichzeitiger Sicherstellung der Bestenauslese.

Das gesetzlich verankerte Ziel der Gleichstellung ist nicht nur eine Pflichtaufgabe. Es bietet vielmehr die Chance, Diskriminierung, strukturelle Ungleichbehandlungen, geschlechtsspezifische Zuschreibungen und Rollenstereotype abzubauen. In dem Bestreben, Diversität als festen Bestandteil unserer Kultur zu verankern, ist Gleichstellung ein wichtiger Baustein.

Die Inhalte des Gleichstellungsplans werden hinsichtlich ihrer Realisierung kontinuierlich überprüft und angepasst. Er ist zunächst für den ärztlichen Dienst entwickelt worden, eine Erweiterung auf die anderen Berufsgruppen der Abteilung ist vorgesehen.

Bei den Mitautorinnen und Mitautoren des Gleichstellungsplanes und den Mitgliedern der Projektgruppe möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich für Ihre engagierte und visionäre Arbeit bedanken. Bei der Umsetzung wird es in der Verantwortung jedes einzelnen Menschen liegen, sich des Themas anzunehmen, Gleichstellung aktiv zu leben und so unserer Unternehmenskultur neue Impulse zu geben. Die Klinikleitung verpflichtet sich, den Rahmen dafür zu schaffen und die damit verbundenen Prozesse zu verantworten.

Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert

# INHALTS VERZEICH NIS

01	Rechtlicher Rahmen .....	10
02	Bestandsaufnahme .....	12
	2.1 Beschäftigtenstruktur.....	14
	2.2 Abteilungsinterne Umfrage .....	24
03	Ziele & Maßnahmen .....	34
	3.1 Unser Leitbild .....	36
	3.2 Kultur und Sprache .....	38
	3.3 Abwesenheitsmanagement: Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit.....	42
	3.4 Teilzeitmodelle.....	50
	3.5 Förderprogramme .....	54
	3.6 Beförderungsprozesse.....	57
	3.7 Gleichstellungscontrolling .....	74
04	Literatur .....	78
05	Abbildungsverzeichnis .....	79
06	Tabellenverzeichnis .....	79



“Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eine der zentralen Herausforderungen, um das Leben in unserem Land zukunftsfähig und gerecht zu gestalten.”

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

# 01 RECHTLICHER RAHMEN

Der Gleichberechtigungsgedanke findet seine rechtliche Grundlage in Artikel 3 Grundgesetz (1):

(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.

(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

In dem Fall, dass eine Frau und ein Mann im Rahmen eines Auswahlverfahrens die gleiche Eignung, fachliche Leistung und Befähigung für die zu besetzende Stelle mitbringen, besagt das Niedersächsische Gleichberechtigungsgesetz (NGG), dass die Person des unterrepräsentierten Geschlechts einzustellen ist (2):

„In einem Bereich, in dem ein Geschlecht unterrepräsentiert ist, darf zur Erreichung des in § 1 Abs. 1 Nr. 2 genannten Ziels bei der Einstellung, Beförderung und Übertragung höherwertiger Tätigkeiten eine Person des unterrepräsentierten Geschlechts bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung gegenüber einer Person des anderen Geschlechts bevorzugt werden.“ (2) § 13 Abs. 5 Satz 1 NGG

Das NGG besagt darüber hinaus, dass in allen Bereichen, in denen ein Geschlecht unterrepräsentiert ist, Stellen grundsätzlich auszuschreiben sind (vgl. NGG, §11, Abs. 1, Satz 1). Der Bereich ist hierbei nicht örtlich zu sehen, es handelt sich vielmehr um bestimmte Eingruppierungen bzw. Besoldungsbereiche.

Die Medizinische Hochschule Hannover hat diese Ausschreibungspflicht im Bereich der oberärztlichen Stellen in ihrem Gleichstellungsplan 2021-2023 (3) festgeschrieben, um sowohl die im Grundgesetz geforderte Bestenauslese zu gewährleisten, als auch die größtmögliche Transparenz bei den oberärztlichen Auswahlverfahren zu schaffen.

Gender Mainstreaming als Leitbild der Geschlechtergerechtigkeit bedeutet, bei allen gesellschaftlichen und politischen Vorhaben die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern grundsätzlich und systematisch zu berücksichtigen. Dieses in der Europäischen Union rechtskräftige Prinzip (vgl. Amsterdamer Vertrag 1999) basiert auf der Erkenntnis, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt und Männer und Frauen in sehr unterschiedlicher Weise von politischen und administrativen Entscheidungen betroffen sein können.

Seit 2006 ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in Deutschland gültig.

„Ziel des Gesetzes ist Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.“ (5) § 1 AGG

Nach Lektüre dieses Kapitels könnte der Eindruck entstehen, dass rein rechtlich betrachtet die Gleichstellung von Frauen und Männern bereits erreicht zu sein scheint. Bei der Betrachtung von aktuellen Zahlen, Daten und Fakten im Rahmen einer geschlechterdifferenzierten Statistik wird jedoch deutlich, dass die handelnden Personen in den Institutionen noch viel Arbeit in die Gleichstellung der Geschlechter investieren müssen, um die tatsächliche Durchsetzung des Verfassungsauftrages der Gleichstellung zu erreichen.



**02**  
**BE**  
**STANDS**  
**AUF**  
**NAH**  
**ME**



## 2 BESTANDSAUFNAHME

### 2.1 Beschäftigtenstruktur

Zu Beginn des Gleichstellungsprojektes wurde die Beschäftigtenstruktur der Abteilung analysiert. Beleuchtet wurden hier die Geschlechterverteilung, die Arbeitszeitmodelle und die Aufschlüsselung der Stellenanteile innerhalb der Ausbildungsstufen und Entgeltgruppen.

Die Daten stammen aus Januar 2023.

#### 2.1.1 Geschlechterverteilung des Kollegiums

Im ersten Schritt der Analyse wurde der Frauenanteil in den einzelnen Entgeltgruppen nach dem Tarifvertrag für Ärzte und Ärztinnen an Unikliniken (TV-Ärzte TdL) betrachtet. Die Entgeltgruppe 1 (AE1) bilden die Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen (WBA). Die Entgeltgruppe 2 (AE2) bilden die Fachärzte und Fachärztinnen (FÄ), sowie die Oberärztlichen Vertreter und – Vertreterinnen (OÄV). Die Entgeltgruppe 3 (AE3) bilden die Oberärzte und Oberärztinnen (OÄ).

Beträgt der Anteil der Frauen in der Entgeltgruppe 1 noch mehr als die Hälfte, vermindert sich ihr Anteil bis zur Entgeltgruppe 3 auf weniger als ein Viertel.

Bereits in der ersten Entwicklungsstufe (WBA zu FÄ/OÄV) öffnet sich diese Schere: Mögliche Erklärungen sind, dass sich die Weiterbildungszeit bei Frauen durch Unterbrechungen verlängert und sie länger der Gruppe der WBA angehören oder dass Frauen nach der abgeschlossenen Weiterbildung zur Fachärztin häufiger die Abteilung verlassen als Männer. Die Tarifgruppe AE3 (eine oberärztliche Position) ist in unserer Abteilung in 24% weiblich besetzt. Damit liegt die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin noch unter dem MHH-weiten Durchschnittswert von gut 32%.

### GESCHLECHTERVERTEILUNG DES KOLLEGIUMS

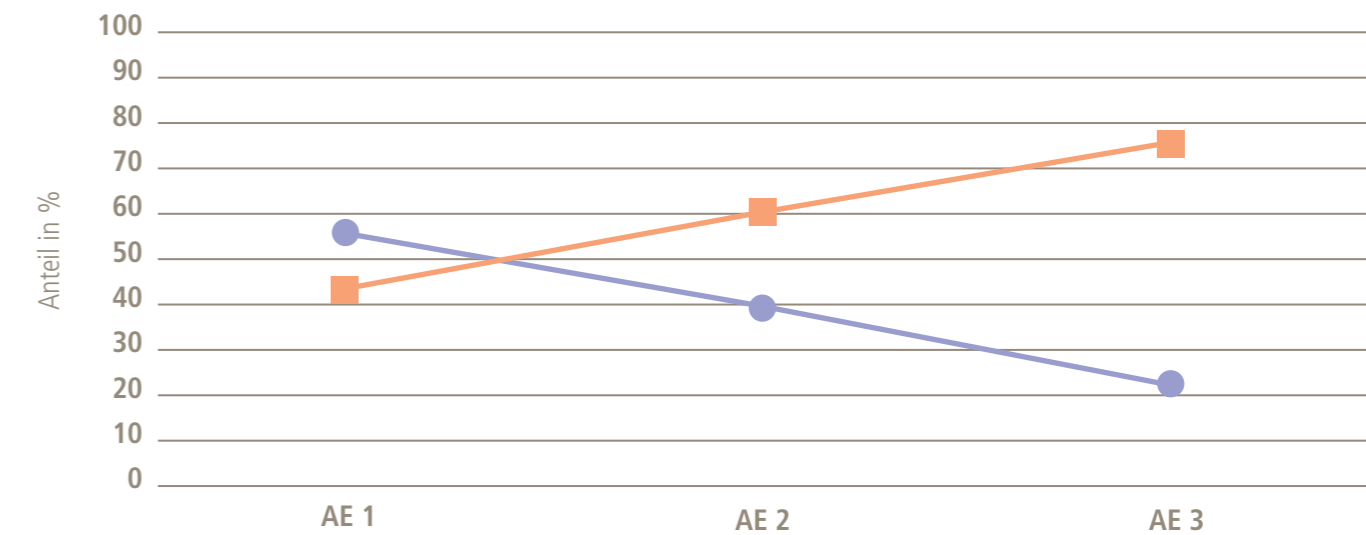


Abbildung 1 – Geschlechtsspezifische Entwicklung von der Entgeltgruppe 1 über die Entgeltgruppe 2 bis zur Entgeltgruppe 3 des TV-Ä. Betrachtet werden die Personen unabhängig ihres Stellenanteils.

● weiblich    ■ männlich

Den Anteil der Mitarbeitenden der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin insgesamt und in Teilzeit aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Ausbildungsstufe und Position in der Abteilung zeigt Tabelle 1. Es werden stets die Personen unabhängig ihres Stellenanteils betrachtet.

GRUPPE	MITARBEITENDE			IN TEILZEIT		
	GESAMT	M	F	GESAMT	M	F
WBA	53	23	30	17	5	12
FÄ	48	32	16	28	17	11
OÄV	14	6	8	9	1	8
OÄ	33	25	8	17	10	7
<b>GESAMT</b>	<b>148</b>	<b>86</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>33</b>	<b>38</b>

Tab. 1 – Geschlechtsspez. Verteilung in Männer (M) und Frauen (F), der Mitarbeitenden gesamt und in Teilzeit – numerisch pro Kopf

Die Analyse der Zahlen zeigt, dass insgesamt ca. **38% aller Männer** und **ca. 61% aller Frauen** in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin ein Teilzeitkonzept in Anspruch nehmen (siehe Abbildung 2a und 2b).

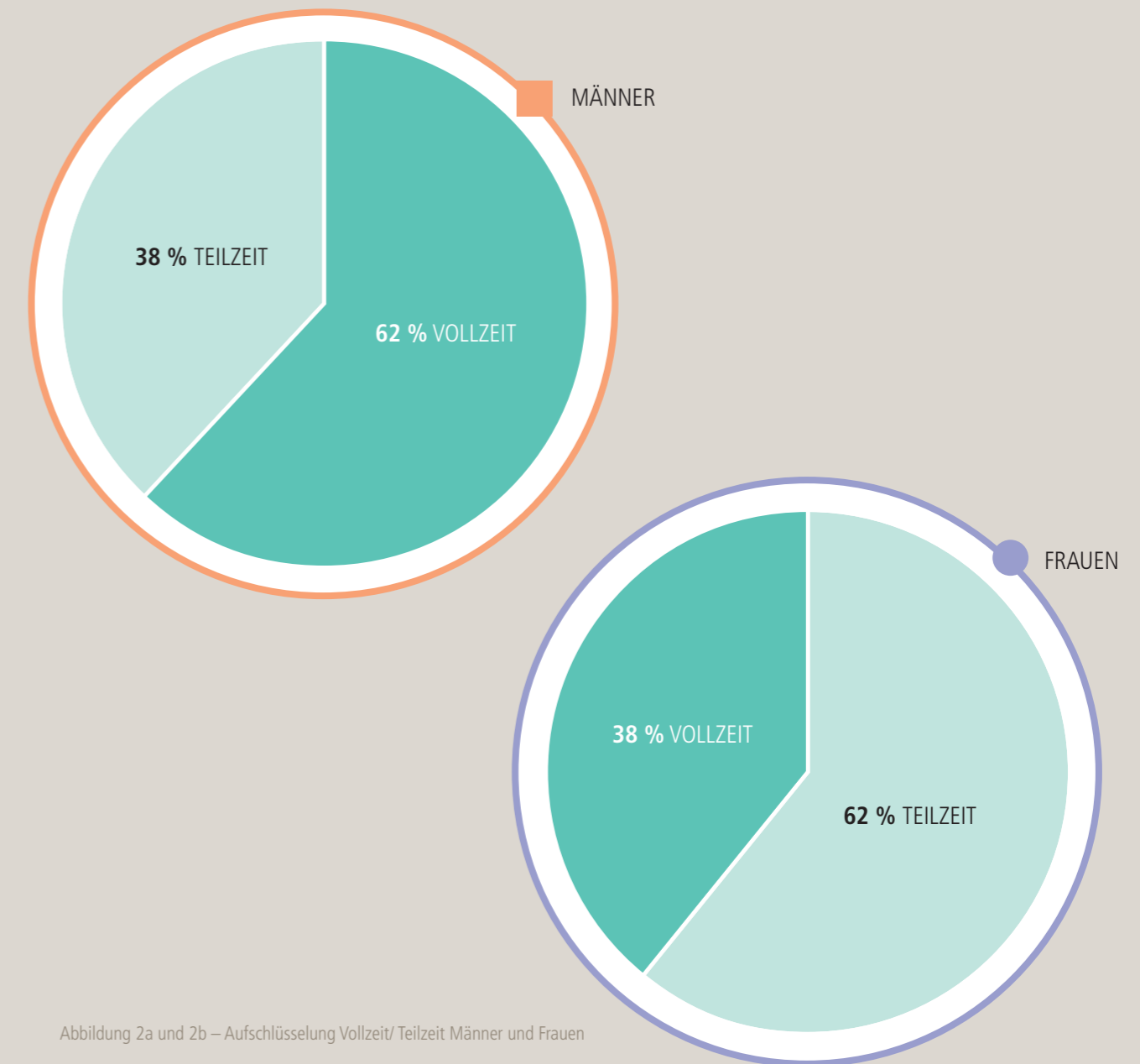


Abbildung 2a und 2b – Aufschlüsselung Vollzeit/ Teilzeit Männer und Frauen

### 2.1.2 Arbeitszeitmodelle

Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin bietet unterschiedliche, an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasste Teilzeitmodelle an. In den folgenden Grafiken werden die von den Mitarbeitenden gewählten Teilzeitmodelle nach Geschlecht und Position aufgeschlüsselt. Die Teilzeitmodelle werden differenziert in wochenweise Reduktion (W), tageweise Reduktion (T), untertägig stundenweise Reduktion (S) und eine Kombination aus tageweiser und stundenweiser Reduktion (B) dargestellt.

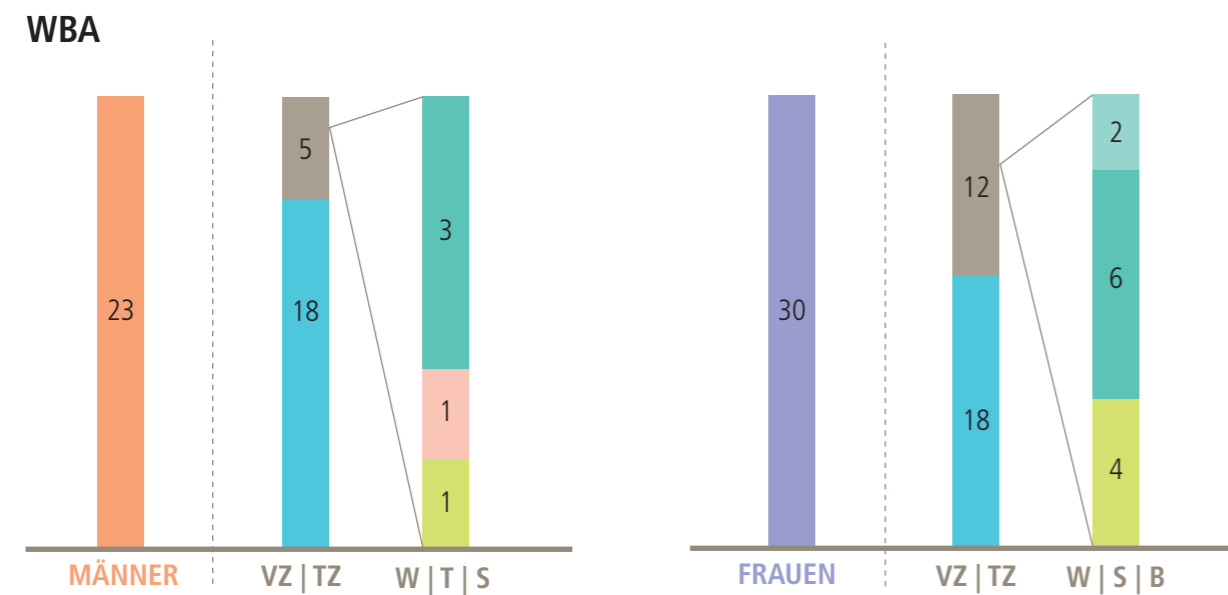
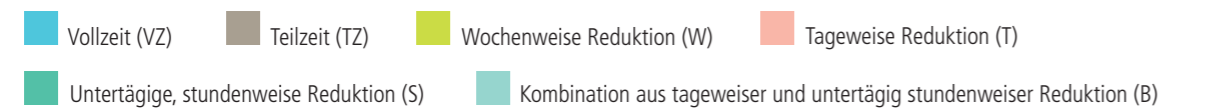


Abbildung 3 – Unterteilung der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen (WBA) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell

Zum Projektbeginn im Februar 2023 zeigt sich eine Geschlechterverteilung von 43% Männern und 57% Frauen bei den in der Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen. In Vollzeit absolvieren 78% der Männer und 60% der Frauen ihre Weiterbildung. Die sich ergebenden Teilzeitmodelle sind aus der Grafik abzulesen. Das häufigste von Männern und Frauen gewählte Modell ist das der untertägigen stundenweisen Reduktion der Arbeitszeit. Keine Frau wählte das Modell der ausschließlich tageweisen Reduktion, sie kombinierten es immer mit der stundenweisen Reduktion.

Bei den Fachärzten und -ärztinnen kehren sich die Verhältnisse im Vergleich zu der Gruppe der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen um. Der Männeranteil beträgt hier 67% und der Frauenanteil 33%.

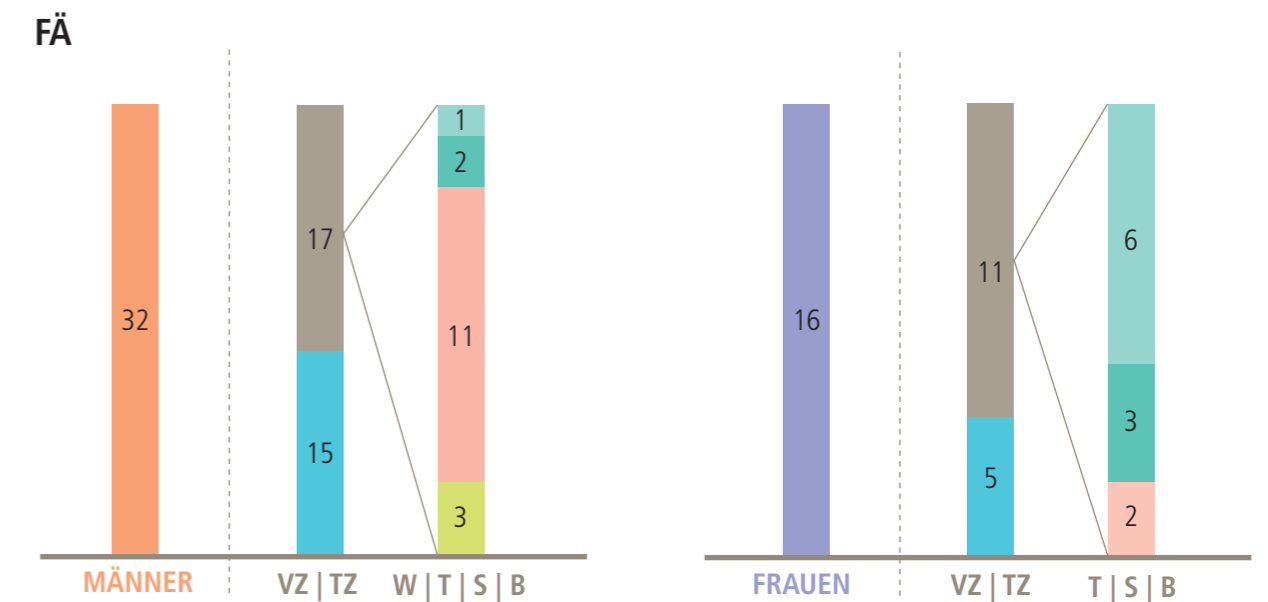


Abbildung 4 – Unterteilung der Fachärzte und Fachärztinnen (FÄ) in Vollzeit/ Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell

Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten beträgt bei den Männern 47% und bei den Frauen 36%. Bei beiden Geschlechtern überwiegt die Teilzeitarbeit. Das überwiegend von den Männern gewählte Teilzeitmodell ist die untertägige stundenweise Reduktion und bei den Frauen die Kombination aus tageweiser und untertägig stundenweiser Reduktion.

Bei den Oberärztlichen Vertretern und Vertreterinnen liegt ein Verhältnis von 43% Männern und 57% Frauen vor. Alle Frauen, aber nur ein Mann arbeiten in dieser Position in Teilzeit.

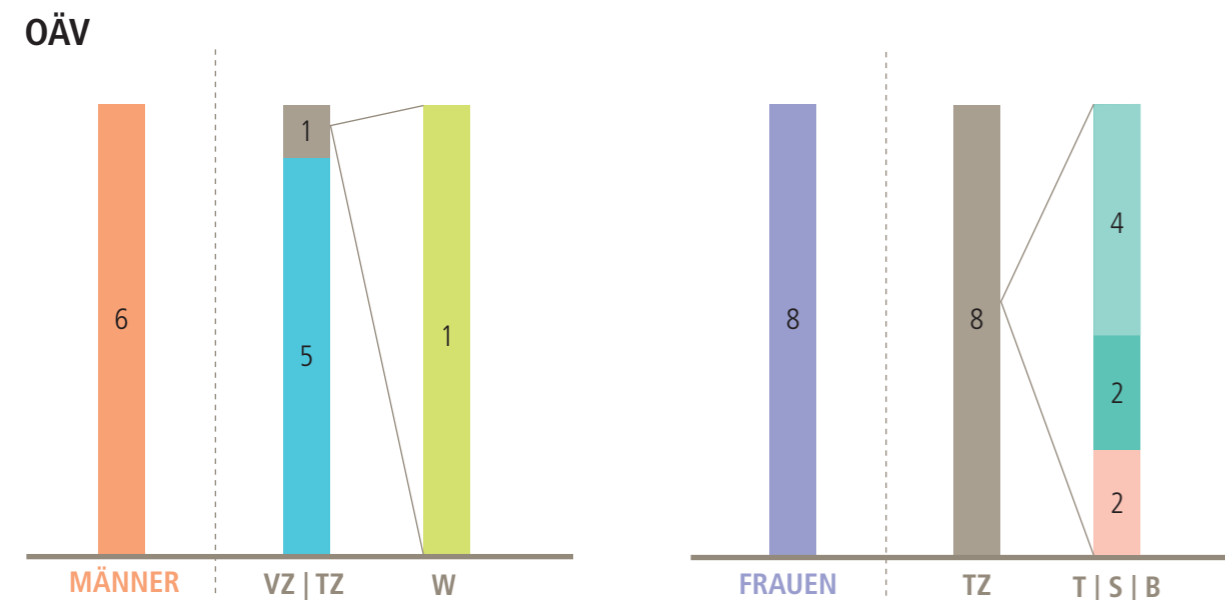


Abbildung 5 – Unterteilung der Oberärztlichen Vertreter und Vertreterinnen (OÄV) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell

In der Position der Oberärzte und Oberärztinnen befinden sich 76% Männer und 24% Frauen. Von den Männern arbeiten 60% in Vollzeit, bei den Frauen eine (12,5%). Das Teilzeitmodell der Kombination aus tageweiser und stundenweiser Reduktion wurde nicht mehr gewählt. Alle anderen Modelle kamen vor.

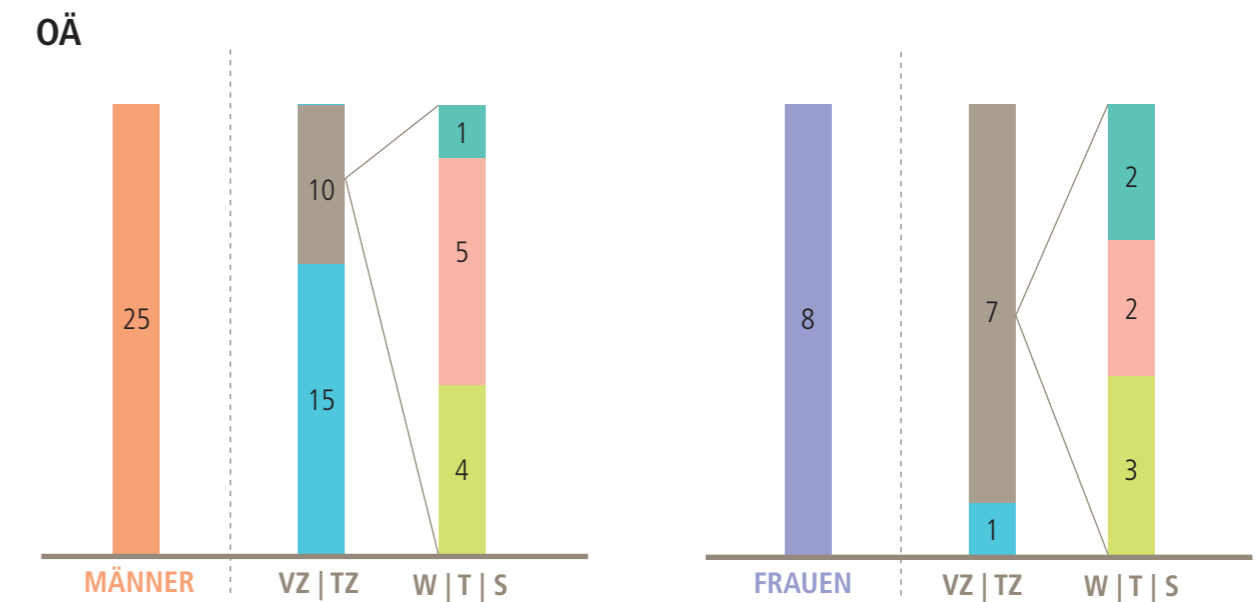


Abbildung 6 – Unterteilung der Oberärzte und Oberärztinnen (OÄ) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell

### 2.1.3 Stellenanteile

Im letzten Schritt werden alle Stellenanteile in Bezug auf Geschlecht und Position in der Klinik dargestellt (Dot plots) und die Mediane mit den dazugehörigen Quartilen errechnet (Box plots). Betrachtet wurden lediglich die Stellenanteile der in Teilzeit arbeitenden Mitarbeitenden. **Jeder Datenpunkt stellt den Stellenanteil eines/-r Mitarbeitenden in Teilzeit dar.** Die Unterschiede sind gering, insbesondere in der Gruppe der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen. Männer haben hier durchschnittlich einen Stellenanteil von 75%, Frauen von 76,2%. Ebenso findet sich in keiner der anderen Gruppen ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied.

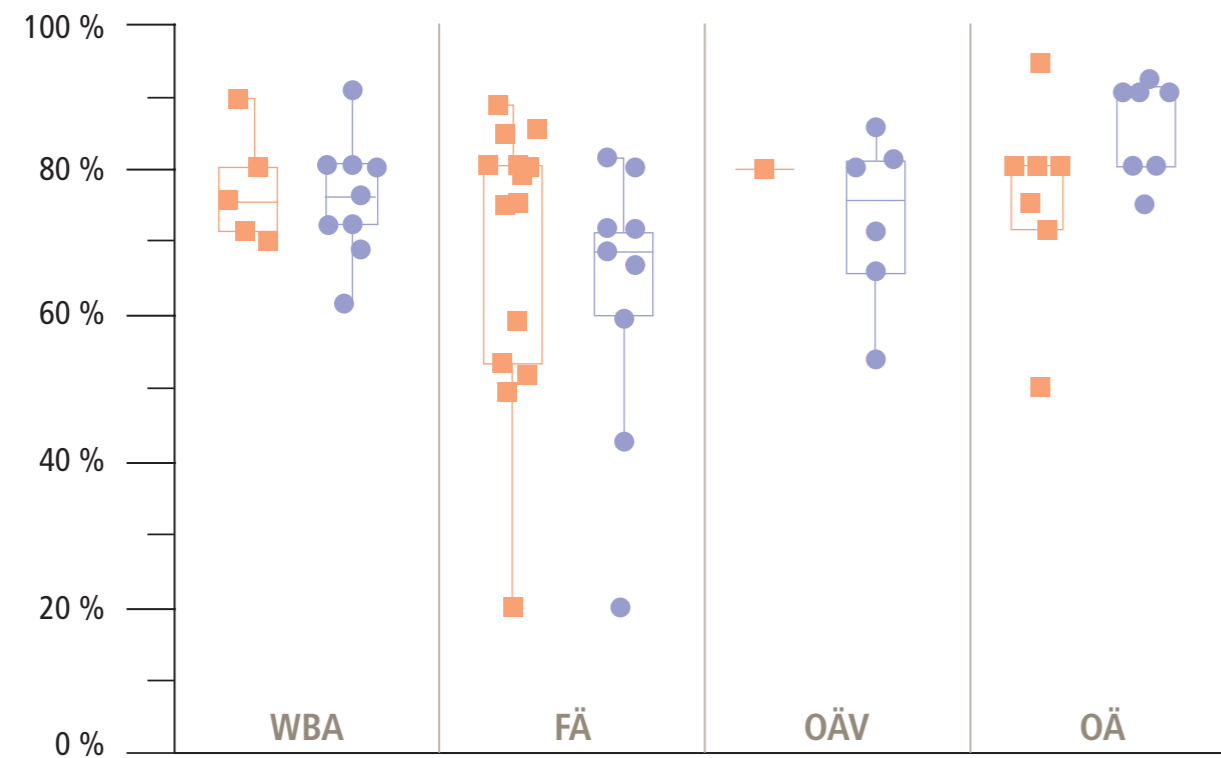


Abbildung 7 – Verteilung der Stellenanteile aufgliedert nach Funktion und nach Geschlecht (Box Plots überlagert mit Dot Plots)

GRUPPE	TZ MEDIAN (M)	TZ MEDIAN (W)
WBA	0,771	0,755
FÄ	0,695	0,624
OÄV	0,8	0,728
OÄ	0,758	0,853

Tabelle 2 – Darstellung des Medians der Stellenanteile aller in einer Gruppe befindlichen Mitarbeitenden

**WBA** = Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen, **FÄ** = Fachärzte und Fachärztinnen, **OÄV** = Oberärztliche Vertreter und Vertreterinnen, **OÄ** = Oberärzte und Oberärztinnen.

■ männlich    ● weiblich

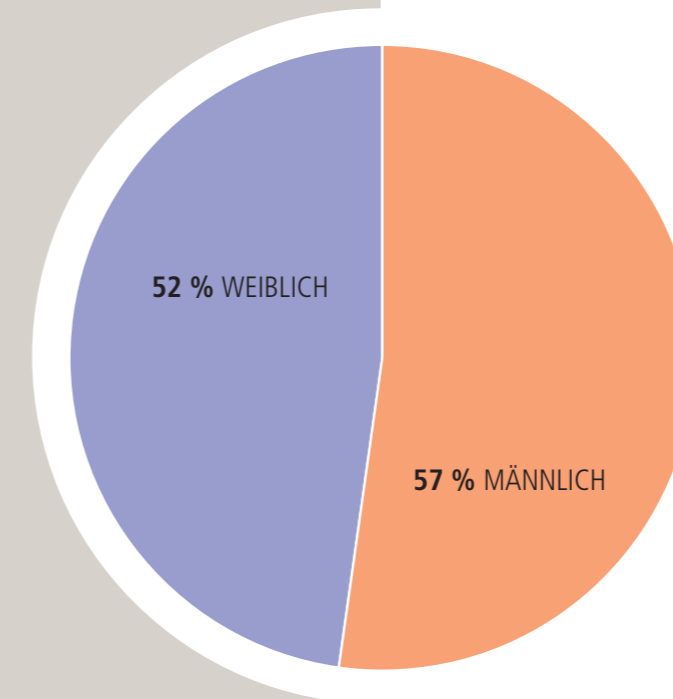
## 2.2 Abteilungsinterne Umfrage

Im Februar 2023 wurde in der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin eine Online-Umfrage zum Thema Gleichstellung durchgeführt, bei der die ärztlichen Mitarbeitenden unter anderem zu Aspekten wie Teilzeitarbeit und Karrierechancen in der Abteilung befragt wurden. Insgesamt 109 von 148 Mitarbeitenden haben an der Umfrage teilgenommen, die Verteilung der Geschlechter war dabei ausgewogen. Von den Teilnehmenden arbeitet ungefähr die Hälfte in Teilzeit, circa zwei Drittel davon geben als Begründung dafür die Betreuung von Kindern/Angehörigen an. Die möglichen Teilzeitmodelle in der Anästhesie werden als besonders gut empfunden, weniger als 5% sind unzufrieden oder sehr unzufrieden. Im Gegensatz dazu sind bei den möglichen Teilzeitmodellen in der Intensivmedizin ein Viertel der Teilnehmenden unzufrieden oder sogar sehr unzufrieden.

Die Hälfte der Teilnehmenden gibt an, dass sie selten oder nie aufgrund der Teilzeitarbeit benachteiligt wird. Dass das Arbeiten in Teilzeit aber mindestens manchmal der Karriere schadet, denkt ein Großteil der Teilnehmenden. Über die Hälfte der Teilnehmenden hat außerdem oft oder manchmal aufgrund der Teilzeitarbeit ein schlechtes Gewissen ihren Kolleginnen und Kollegen gegenüber.

Das in der Umfrage am häufigsten genannte Karriereziel der Teilnehmenden ist die Position als Oberärztin oder Oberarzt. Von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden wurden für diese Position als sehr wichtige Eigenschaften unter anderem klinische Expertise, Motivation zur Ausbildung von Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen, Sozialkompetenz und Einfühlungsvermögen genannt. Ein Großteil sowohl der Männer als auch der Frauen stimmen der Aussage „In unserer Abteilung sind Männer und Frauen gleichgestellt“ uneingeschränkt zu. Dennoch ist der Anteil der Frauen, die der Aussage eher nicht oder gar nicht zustimmt beinahe doppelt so hoch wie der Anteil der Männer.

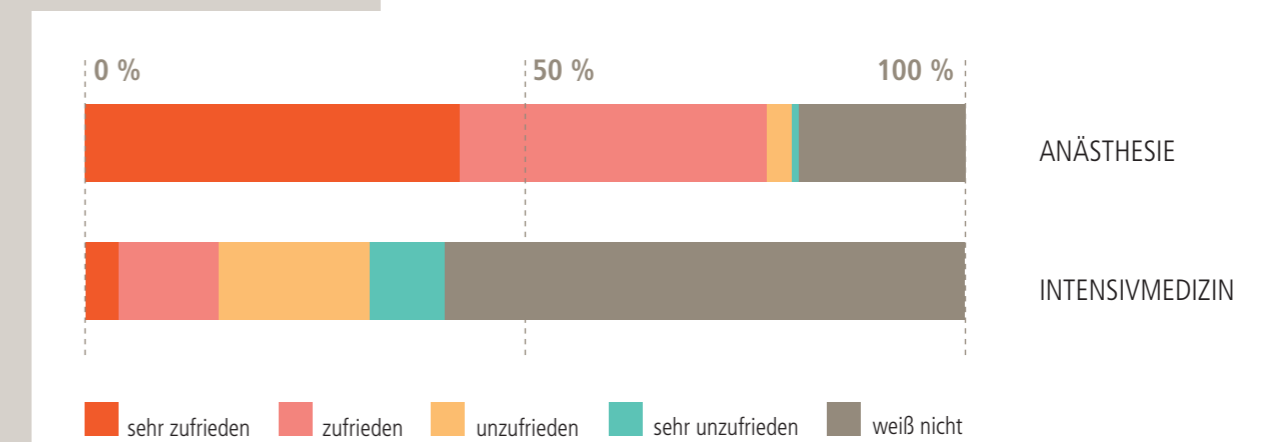
Unter dem Begriff Gleichstellung kann sich jede und jeder der Teilnehmenden etwas vorstellen. Ein Großteil versteht darunter, dass Männer und Frauen gleiche Karriereoptionen haben und ein respektvoller Umgang miteinander herrscht. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden versteht unter Gleichstellung außerdem, dass Führungspositionen vermehrt auch an Mitarbeitende in Teilzeit unabhängig des Geschlechts vergeben werden. Zwei Drittel der Teilnehmenden sind sich in einem Punkt einig: Es sollte mehr im Bereich Gleichstellung getan werden. Die Mehrheit der Teilnehmenden ist außerdem der Meinung, dass ein Gleichstellungsplan eine Verbesserung für die Abteilung darstellen würde.



Von den Teilnehmenden arbeitet ungefähr die Hälfte in **Teilzeit**, circa zwei Drittel davon geben als Begründung dafür die Betreuung von Kindern/Angehörigen an.

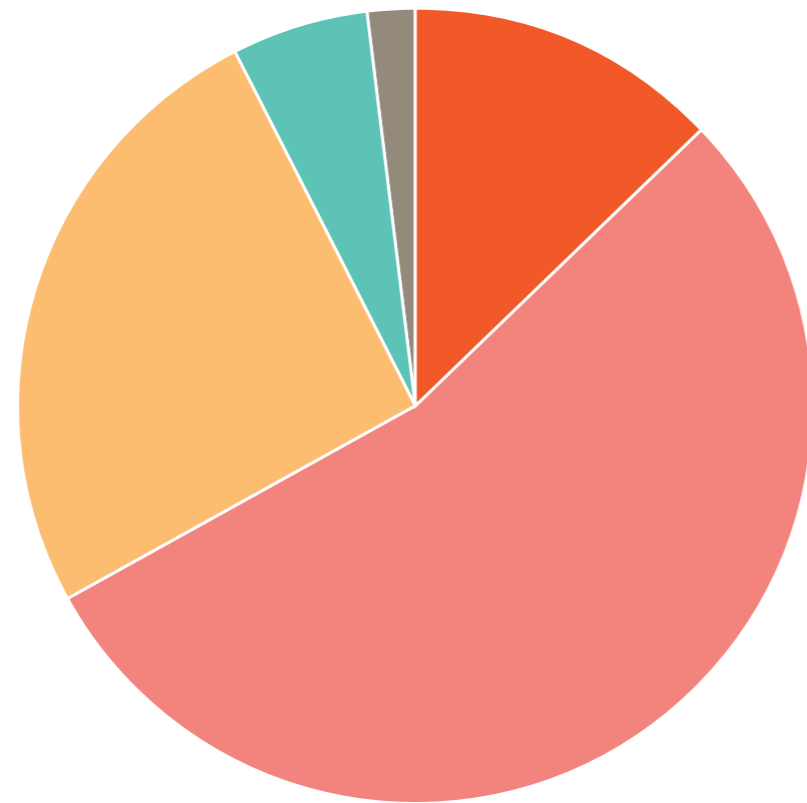
Die möglichen Teilzeitmodelle in der Anästhesie werden als besonders gut empfunden, **weniger als 5%** sind unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Im Gegensatz dazu sind bei den möglichen Teilzeitmodellen in der Intensivmedizin ein Viertel der Teilnehmenden unzufrieden oder sogar sehr unzufrieden.



Die Hälfte der Teilnehmenden gibt an, dass sie selten oder nie aufgrund der Teilzeitarbeit benachteiligt wird. Dass das Arbeiten in Teilzeit aber mindestens manchmal der Karriere schadet, denkt ein Großteil der Teilnehmenden.

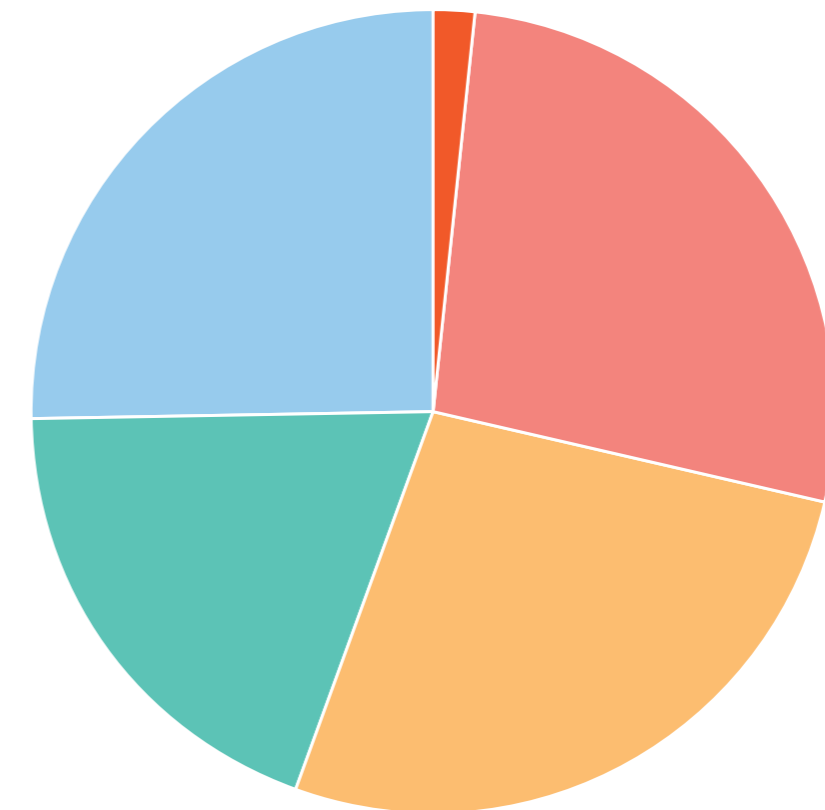
**FRAGE:** DENKEN SIE, DASS ARBEITEN IN TEILZEIT DER KARRIERE SCHADET?



immer oft manchmal selten weiß nicht

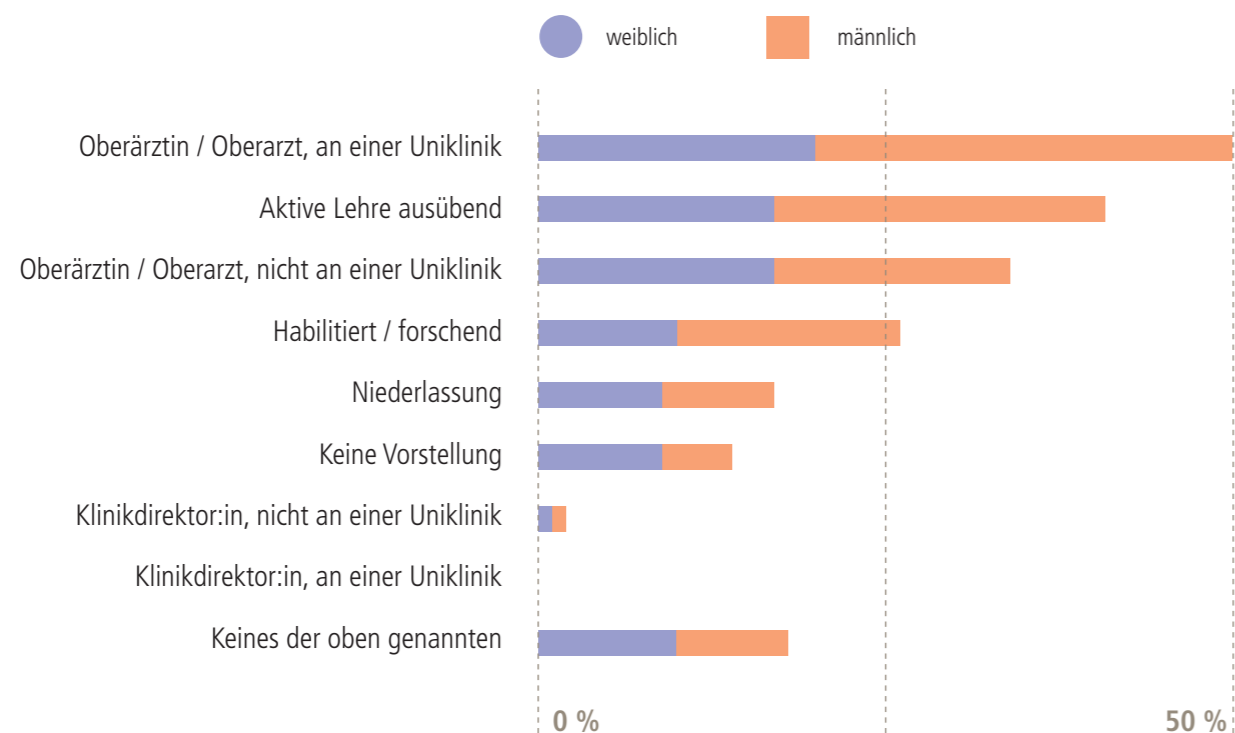
Über die Hälfte der Teilnehmenden hat außerdem oft oder manchmal aufgrund der Teilzeitarbeit ein schlechtes Gewissen ihren Kolleginnen und Kollegen gegenüber.

**FRAGE:** HABEN SIE WEGEN TEILZEITARBEIT EIN SCHLECHTES GEWISSEN DER ABTEILUNG ODER IHREN KOLLEG:INNEN GEGENÜBER?



immer oft manchmal selten nie

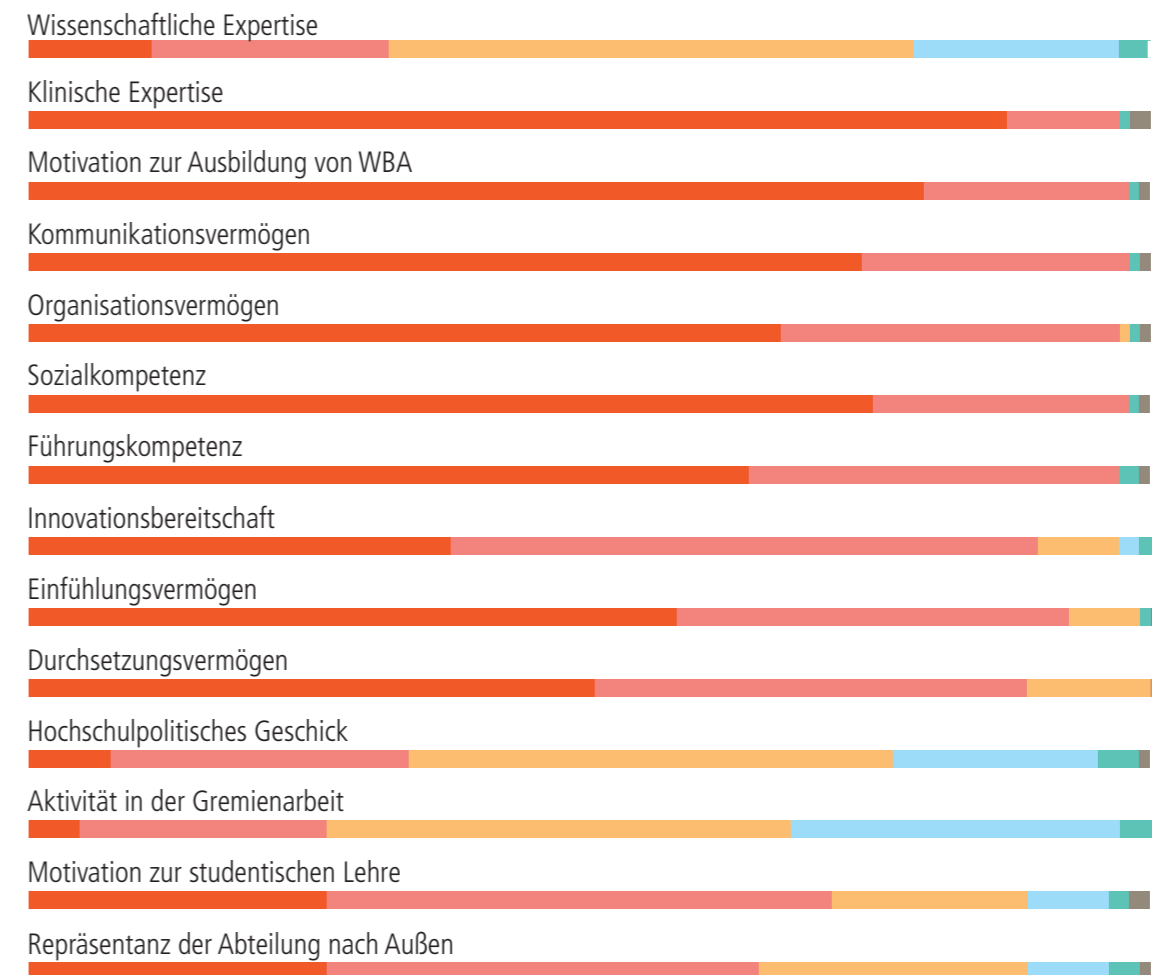
**FRAGE:** WO SEHEN SIE SICH IN 10 JAHREN? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)



Das in der Umfrage am häufigsten genannte Karriereziel der Teilnehmenden ist die Position als Oberärztin oder Oberarzt. Von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden wurden für diese Position als sehr wichtige Eigenschaften unter anderem klinische Expertise, Motivation zur Ausbildung von Weiterbildungsassistent:innen, Sozialkompetenz und Einfühlungsvermögen genannt.

**FRAGE:** WELCHE EIGENSCHAFTEN HALTEN SIE PERSÖNLICH BEI OBERÄRZTINNEN UND -ÄRZTEN FÜR BESONDERS WICHTIG?

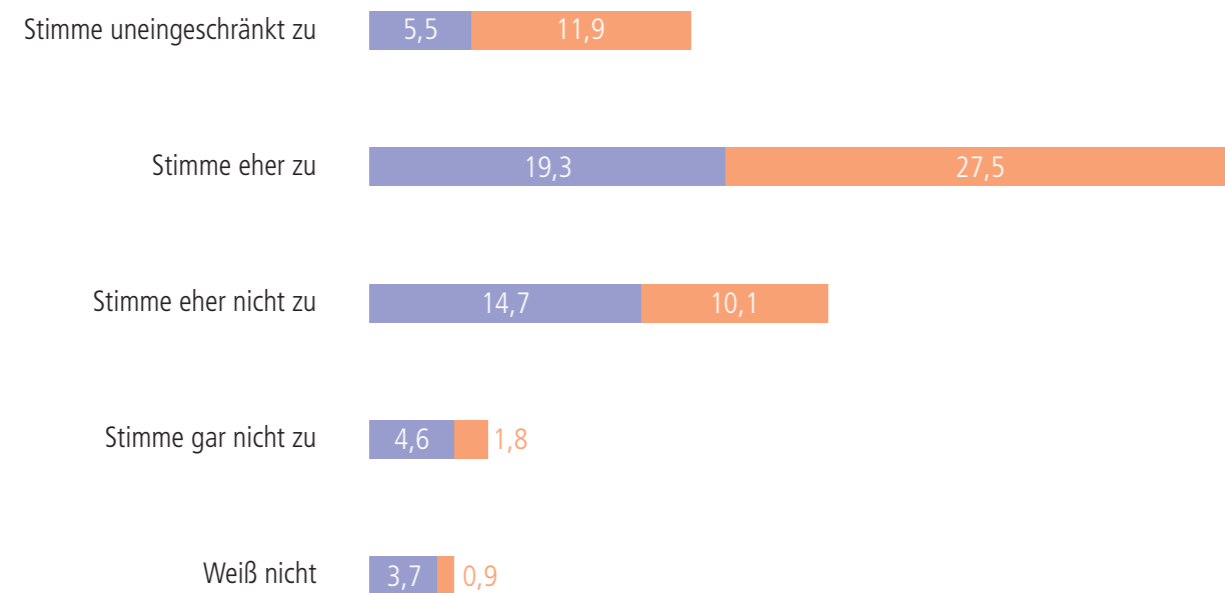
sehr wichtig    eher wichtig    eher unwichtig    sehr unwichtig    weiß nicht    keine Angabe





**AUSSAGE:** IN UNSERER ABTEILUNG SIND MÄNNER UND FRAUEN GLEICHGESTELLT!

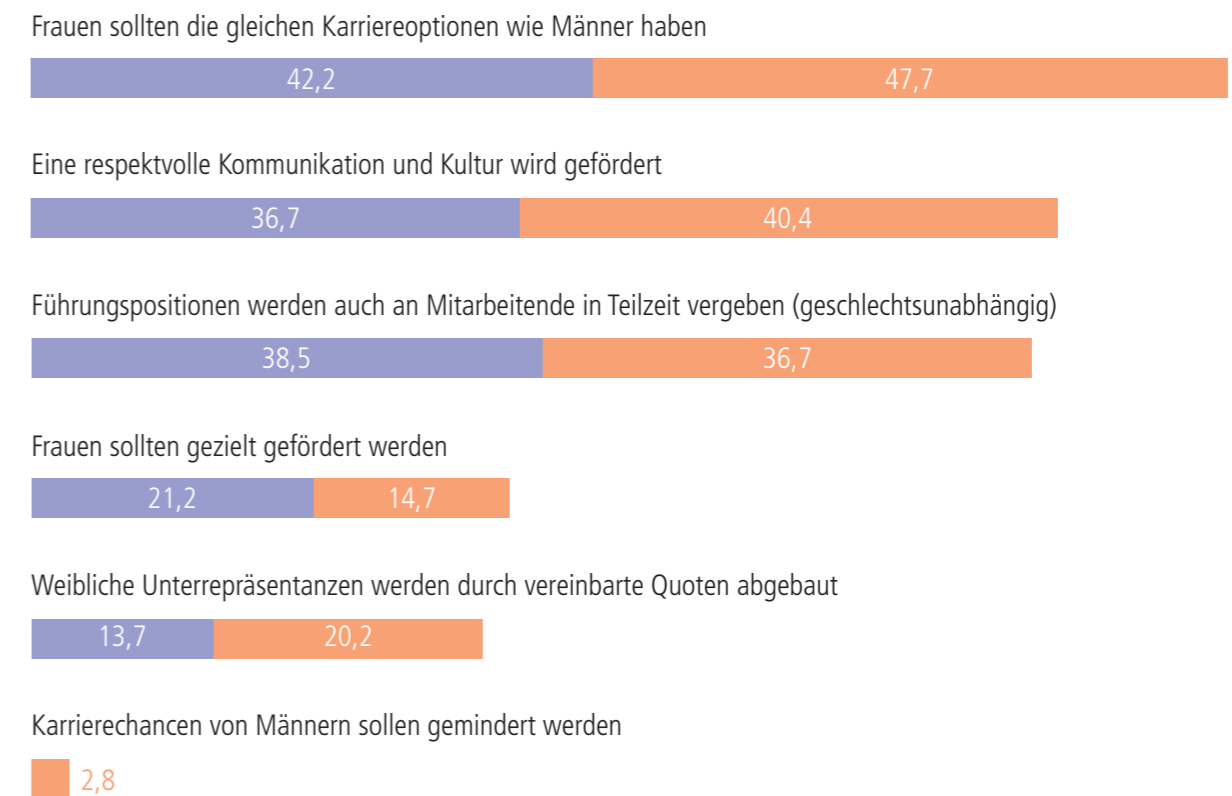
Ein Großteil sowohl der Männer als auch der Frauen stimmen der Aussage „In unserer Abteilung sind Männer und Frauen gleichgestellt“ eher oder sogar uneingeschränkt zu. Dennoch ist der Anteil der Frauen, die der Aussage eher nicht oder gar nicht zustimmt beinahe doppelt so groß wie der der Männer, die das so sieht.



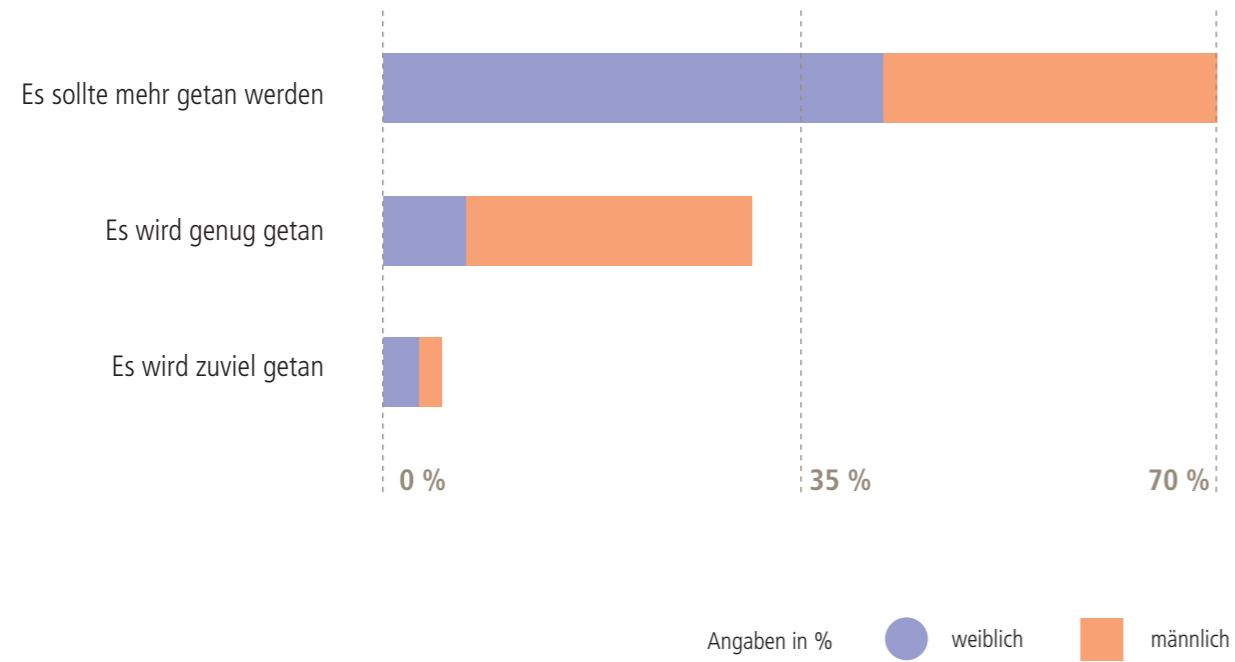
Angaben in % ● weiblich ■ männlich

**FRAGE:** WAS VERSTEHEN SIE UNTER DEM BEGRIFF GLEICHSTELLUNG (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)?

Unter dem Begriff Gleichstellung können sich alle Teilnehmenden etwas vorstellen. Ein Großteil versteht darunter, dass Männer und Frauen gleiche Karriereoptionen haben und ein respektvoller Umgang miteinander herrscht. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden versteht unter Gleichstellung außerdem, dass Führungspositionen geschlechtsunabhängig vermehrt an Mitarbeitende in Teilzeit vergeben werden.

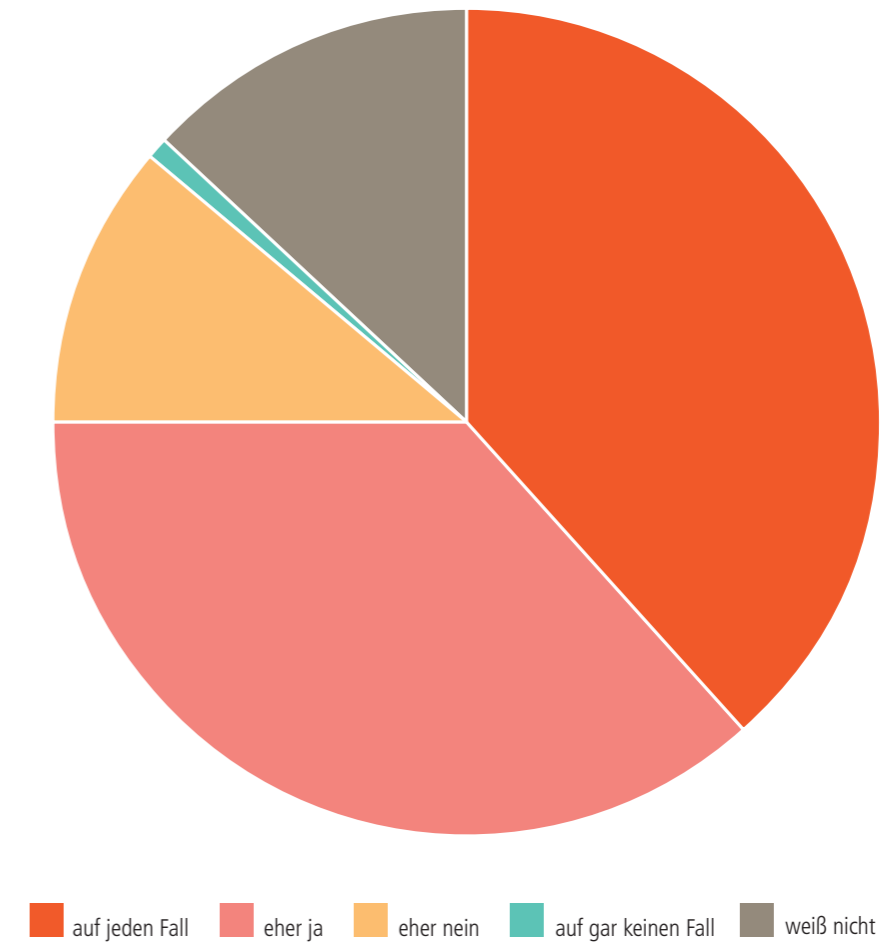


**FRAGE:** WIRD GENUG IM BEREICH GLEICHSTELLUNG GETAN?



Zwei Drittel der Teilnehmenden sind sich in einem Punkt einig: Es sollte mehr im Bereich Gleichstellung getan werden. Die Mehrheit der Teilnehmenden ist außerdem der Meinung, dass ein Gleichstellungsplan eine Verbesserung für die Abteilung darstellen würde.

**FRAGE:** WÜRD E EIN GLEICHSTELLUNGSPLAN EINE VERBESSERUNG FÜR UNSERE ABTEILUNG DARSTELLEN?





**3**  
**ZIELE**  
**&**  
**MAß**  
**NAH**  
**MEN**

### 3.1 Unser Leitbild

Das Leitbild unserer Klinik wurde im Jahr 2012 entwickelt und verabschiedet. Es umfasst neben dem Umgang mit den Patientinnen und Patienten und miteinander unsere Grundhaltungen in den Bereichen Krankenversorgung, Forschung und Lehre.

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eine der zentralen Herausforderungen, um unser Arbeitsleben zukunftsfähig und gerecht zu gestalten. Dafür müssen Frauen und Männer auf dem gesamten Lebensweg die gleichen Chancen erhalten - persönlich, beruflich und familiär. Wir wollen diese Aufgabe auch in unser Leitbild aufnehmen und haben den Abschnitt „Umgang miteinander“ ergänzt. Die nun entstandene Fassung ist außerdem geschlechterneutral formuliert.

Auszug aus dem aktualisierten Leitbild der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin:

#### *Umgang miteinander*

*Unser Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen ist geprägt von gegenseitigem Respekt und der Anerkennung der Meinung, Leistung und Kompetenz des Anderen. Unabhängig von Berufserfahrung, Berufsgruppe und Abteilungszugehörigkeit begrüßen wir jeden Beitrag zum konstruktiven Dialog und zur kritischen Diskussion.*

*Wir ermöglichen den Mitarbeitenden individuelle Karrieren. Die Klinikleitung und die Mitarbeitenden der Abteilung bekennen sich zur Vielfalt der Persönlichkeiten und Verhaltensweisen. Vielfalt wird als Chance verstanden, die Abteilung weiterzuentwickeln.*

*Wir nehmen die Gleichstellung der Geschlechter als Querschnittsaufgabe wahr und setzen sie in der täglichen Praxis um. Durch konkrete Fördermaßnahmen und Nachteilsausgleiche wirken wir strukturellen Benachteiligungen entgegen. Unser Ziel ist eine faire Geschlechterverteilung in allen Positionen und Bereichen unserer Klinik.*

## FAKT IST...

„In Deutschland ist die rechtliche Gleichstellung von Frauen und Männern erreicht. An der tatsächlichen, alltäglichen Gleichstellung arbeiten wir noch.“

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

### 3.2 Kultur und Sprache

Die Grundlage für den Gleichstellungsplan und seine erfolgreiche Umsetzung ist eine inklusive Kultur, die einen wertschätzenden Umgang miteinander fördert. Dazu gehört insbesondere die Achtung individueller Lebensumstände und Bedürfnisse der Mitarbeitenden.

Die Abteilung genehmigt Teilzeitmodelle unabhängig vom Geschlecht und unabhängig vom Beweggrund des Mitarbeitenden im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Es werden geschlechtsunabhängig wohlwollende Lösungen für Mitarbeitende bei z.B. eigener außergewöhnlicher Belastung (durch Erkrankung oder Krisensituationen), notwendiger familiärer Sorgezeit oder persönlicher Notwendigkeit gesucht. In solchen Situationen wird in enger Absprache mit der Klinikleitung eine Lösung gefunden, beispielsweise in Form einer Arbeitsfreistellung oder Dienstreduktion.

Mitarbeitende müssen und sollen sich nicht erklären, wenn sie zu ihrem vertraglich vereinbarten späteren Arbeitsbeginn erscheinen, beziehungsweise früheren Arbeitsende gehen.

Sowohl Werkzeug als auch Indikator für eine funktionierende Gleichberechtigung ist die Sprache.



*„Bis heute wird in der MHH noch häufig das generische Maskulinum unter anderem auch dazu verwendet, jedes Geschlecht anzusprechen. Jedoch gibt es die rechtliche Vorgabe, Frauen und Männer in öffentlichen Verwaltungen – also auch der MHH als Landesbetrieb – gleichwertig anzusprechen. Durch das nicht Ansprechen von Frauen verschwinden diese hinter der vermeintlich als allgemein – generisch – bezeichneten Form. Sie sollen sich einfach „mitgemeint“ fühlen. Allerdings formt die Art und Weise, wie wir sprechen und uns ausdrücken, unser Bewusstsein.“*

*Sprache war und ist kein statisches Konzept, sondern wird durch Menschen gestaltet und verändert. In allen Schriftstücken der MHH soll der Grundsatz der geschlechtergerechten Sprache beachtet werden. Durch die Benutzung einer geschlechtergerechteren Sprache werden Frauen sichtbarer und bei Stellenausschreibungen mehr berücksichtigt, Kinder und Heranwachsende trauen sich mehr Berufe abseits der traditionellen Geschlechterverteilung zu und Menschen denken offener über Geschlechterrollen nach. So kann gendern positive Effekte in der Gesellschaft herbeiführen und ggfs. zu mehr Gleichberechtigung beitragen.“ (3)*

Geplant ist die Erstellung einer Leitlinie für einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch an der MHH durch das Gleichstellungsbüro. Bis diese Leitlinie erstellt ist und es in der MHH eine einheitliche Empfehlung gibt, empfehlen wir in der Darstellung der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin nach innen und außen **geschlechterneutrale** Sprache und Begriffe zu verwenden.



GENERISCHES MASKULINUM	GESCHLECHTERNEUTRALE FORMULIERUNG
Mitarbeiter	Beschäftigte, Personal, Belegschaft, Mitarbeitende
Dozenten	Dozierende
Studenten	Studierende
Bewerber	Bewerbende Personen
Teilnehmerliste	Anwesenheitsliste
Bereichsleiter	Bereichsleitung
Zuhörer	Publikum
OAK (Oberärztkonferenz)	OÄK (Oberärztliche Konferenz)

Wenn keine Wörter zu einer geschlechterneutralen Sprache entwickelt werden können, sollen beide Geschlechter benannt werden. **Zum Beispiel:**

### *Liebe Kolleginnen und Kollegen.*

Wenn jemand eine geschlechtergerechte Trennung verwenden möchte, sollte der „:“ verwendet werden. Allerdings ist zum Beispiel **Ärzt:innen** oder **Expert:innen** grammatikalisch nicht richtig, da die männliche Form nicht „Ärzt“ oder „Expert“ heißt. In solchen Fällen sollen beide Geschlechter benannt werden, also Ärztinnen und Ärzte, Expertinnen und Experten.

Bei allen neuen Dokumenten soll ab sofort die geschlechterneutrale Schreibweise umgesetzt werden. Die Abteilung strebt in bestehenden Dokumenten (SOPs, etc.) eine geschlechterneutrale Sprache an und wird die Dokumente dahingehend ändern. Ebenso wird im Share-Point, OMNIA und OP-Planer eine Bezeichnung erfolgen, die alle Geschlechter anspricht. Ärztinnen sollten als solche bezeichnet werden. Dies gilt sowohl in der Klinik als auch im Rettungsdienst.



Es müssen Rückenschilder mit dem Wort NOTÄRZTIN vorgehalten werden und den Mitarbeiterinnen zur Verfügung gestellt werden.

Außerdem soll eine Diskussion angestoßen werden, ob es zeitgemäß ist, dass als Aufschrift auf Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) und Rettungshubschraubern (RTH, ITH) das Wort „**NOTARZT**“ als generisches Maskulinum verwendet wird.

Anregungen und Ideen für diese und weitere zukünftige geschlechtergerechte Formulierungen nehmen die Klinikleitung und die Gleichstellungsbeauftragte jederzeit gerne entgegen.

### 3.3 Abwesenheitsmanagement: Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit

Die Entscheidung für ein Kind kann unter Umständen von der Befürchtung begleitet werden, dass sich daraus eine negative berufliche Entwicklung ergibt. Dieser Sorge soll in unserer Klinik mit einer bedürfnisorientierten Gestaltung von Schwangerschaft und Elternzeit begegnet werden (6). Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht die optimale und geschlechtsunabhängige Vereinbarkeit von Schwangerschaft, Familie und Beruf für die (werdenden) Eltern.

Unsere Mitarbeitenden sollen die Sicherheit haben, dass eine Auszeit im Rahmen von Schwangerschaft, Mutterschutz und/oder Elternzeit mit der Fortführung einer klinischen und auch wissenschaftlichen Karriere vereinbar ist und die Verbindung von Familie und Beruf gelingen kann. Hierzu bieten wir (mindestens) drei Gespräche an: Zum Zeitpunkt der Mitteilung der Schwangerschaft, vor Antritt des Mutterschutzes und etwa zwei Monate vor dem geplanten Wiedereinstieg können die Ziele und Erwartungen der Mitarbeitenden mit der abteilungsinternen Gleichstellungsbeauftragten und/ oder der Klinikleitung objektiv und individuell besprochen werden.

#### 3.3.1 Schwangerschaft und Mutterschutz

2018 kam es zu einer Neufassung des Mutterschutzgesetzes, der ersten grundlegenden Reform des Mutterschutzgesetzes seit 1952. Ziel des Gesetzes ist es „eine verantwortungsvolle Abwägung zwischen dem Gesundheitsschutz für eine schwangere oder stillende Frau und ihr (ungeborenes) Kind einerseits und der selbstbestimmten Entscheidung der Frau über ihre Erwerbstätigkeit andererseits sicherzustellen“ (7). Zugleich soll Diskriminierungen entgegengewirkt werden. Das neugefasste Mutterschutzgesetz setzt das neue Leitbild des Gesetzes im Sinne eines diskriminierungsfreien Mutterschutzes um (§ 1 Absatz 1 MuSchG).

Die Rechte und die Möglichkeiten einer Schwangeren sollen vom ersten Tag des Bekanntwerdens ihrer Schwangerschaft bis zur Wiedereingliederung in die Klinik nach Mutterschutz und/oder Elternzeit gestärkt werden. Dazu gehört die Einbindung in die Klinik, die Fortführung und Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Tätigkeit und der Lehre sowie die fachliche Weiterbildung. Jede Schwangere wird dazu ermutigt, im persönlichen Austausch individuelle Wünsche und Möglichkeiten zu besprechen.



Die Klinik hat das ausdrückliche Ziel, optimale Lösungen für jede Mitarbeiterin zu finden und ermutigt zu einem persönlichen Gespräch mit der Gleichstellungsbeauftragten und der oder dem Leitenden Oberärztin/ Oberarzt Personal.

Zur besseren Orientierung für jede schwangere Mitarbeiterin der Abteilung möchten wir an dieser Stelle auf einen Teil der geltenden Regularien und Änderungen durch diesen Gleichstellungsplan hinweisen. Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin verfügt über eine Positiv-/Negativliste, welche die erlaubten bzw. nicht durchzuführenden ärztlichen Tätigkeiten während einer Schwangerschaft auflistet. Auch der Leitfaden „Operieren in der Schwangerschaft“ der MHH, welcher sich mit ärztlichen Tätigkeiten schwangerer Kolleginnen im Operationsbereich befasst, enthält diese Liste unserer Abteilung. Gleichzeitig fordert der Leitfaden in Übereinstimmung mit dem MuSchG eine individuelle Gefährdungsbeurteilung für jeden Arbeitsplatz und jede schwangere Kollegin.

Im Rahmen der Erstellung dieses Gleichstellungsplanes wurde – angelehnt an die Novellierung des MuSchG von 2018 – die Positiv-/Negativliste der Abteilung aktualisiert. Nach intensiven Beratungen ist der Einsatz auf der Intensivstation nicht mehr ausgeschlossen. Mit Erscheinen dieses Gleichstellungsplans ist nach individueller Gefährdungsbeurteilung und unter Berücksichtigung der Empfehlungen des BDA (8) eine Vervollständigung eines Weiterbildungsabschnittes nach Bekanntgabe einer Schwangerschaft auch auf der Intensivstation grundsätzlich möglich, sofern dies von der werdenden Mutter gewünscht ist.

Die ausführliche Positiv-/Negativliste findet sich auf den Sharepointseiten unserer Klinik: [www.mhh.de/anaesthesie](http://www.mhh.de/anaesthesie)

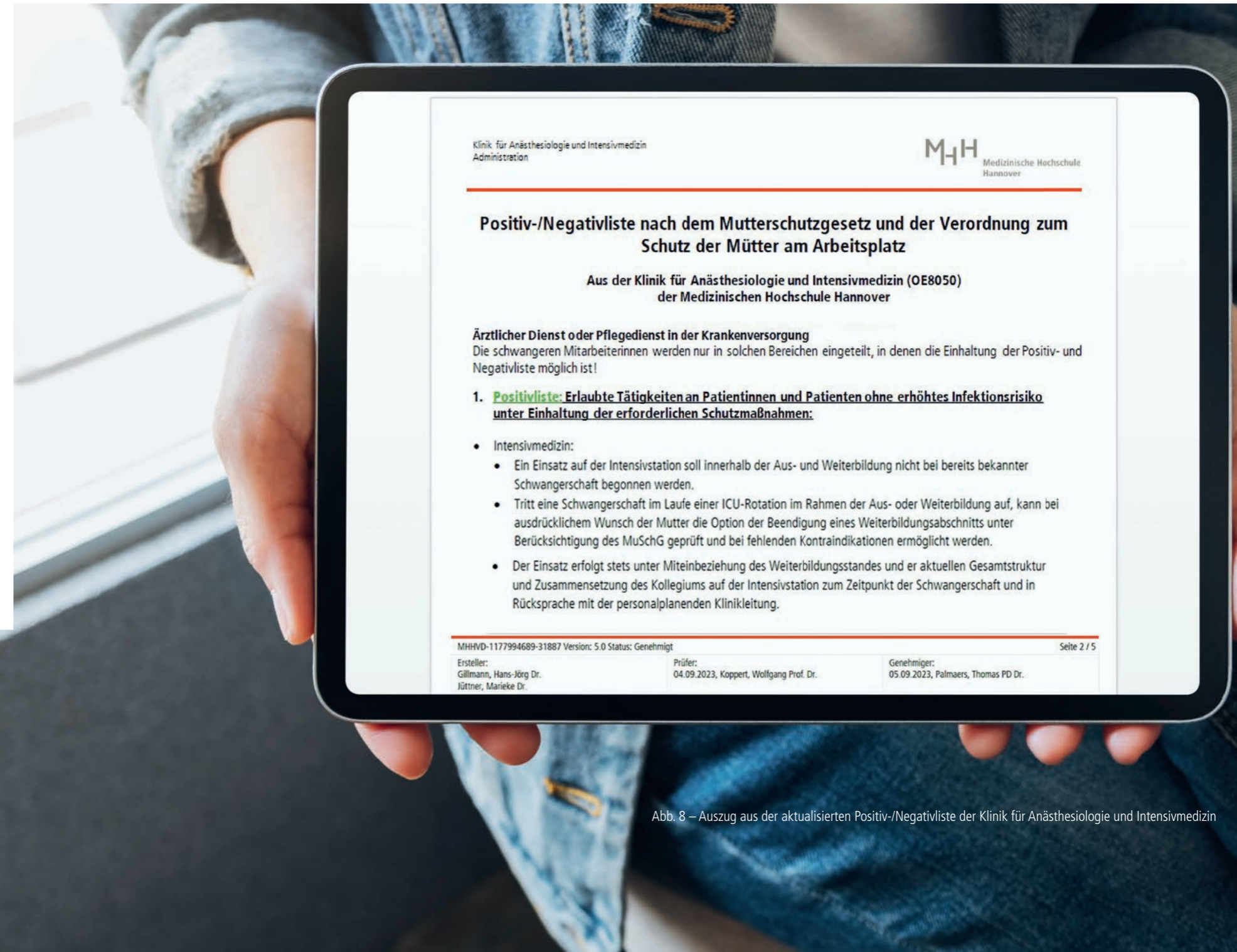


Abb. 8 – Auszug aus der aktualisierten Positiv-/Negativliste der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin



IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHMEN / MÖGLICHKEITEN
Unsicherheiten bei Mitteilung einer Schwangerschaft über berufliche Ziele und Möglichkeiten	Planung einer möglichen beruflichen Aktivität während der Schwangerschaft	Erstes ausführliches Gespräch nach Mitteilung der Schwangerschaft, Information/Berechnung von Resturlaub, Überstunden
ICU-Einsatz während der Schwangerschaft nicht möglich	Fortführung der Aus- und Weiterbildung auch auf der Intensivstation, wenn gewünscht	Individuelle Gefährdungsbeurteilung jedes Arbeitsplatzes  Individuelle Rotationsplanung für die Schwangerschaft
Regeln für die Teilhabe am Erwerbsleben während Schwangerschaft und Mutterschutz oft nicht eindeutig	Stärkung der selbstbestimmten Entscheidungen der werdenden Mutter  Schutz vor Diskriminierung und gleichzeitige Gewährleistung eines zeitgemäßen und verantwortungsvollen Mutterschutz	Anpassung des MHH Leitfadens „Operieren in der Schwangerschaft“ an das aktuelle MuSchG von 2018 und der Positiv-/ Negativliste der Anästhesie  Bsp.: Beschäftigungsverbot auch untertätig möglich (z. B. 4h/d), Anpassung im Verlauf der Schwangerschaft
Fehlender Austausch über Wünsche und Ziele der werdenden Eltern	Planbarkeit von Mutterschutz bzw. Elternzeit und der zukünftig gewünschten klinischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung  Verhinderung unerwünschter Karrierenachteile	Zweites ausführliches Gespräch vor Antritt des Mutterschutzes



### 3.3.2 Elternzeit

Auch der Wiedereinstieg nach erfolgtem Mutterschutz bzw. erfolgter Elternzeit kann gemeinsam individuell geplant werden. Unsere Abteilung glaubt ausdrücklich an die positiven individuellen und gesamtgesellschaftlichen Effekte einer aktiven Vaterschaft und ist davon überzeugt, dass hierdurch eine partnerschaftliche Gleichstellung möglich werden kann. Die Beantragung von Elternzeit durch Väter wird ausdrücklich begrüßt. Die individuellen Rückkehrkonzepte je nach Länge der Elternzeit stehen selbstverständlich auch den Vätern zur Verfügung. Ferner möchten wir an dieser Stelle auf die Möglichkeit einer speziellen Väterberatung hinweisen. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung von Geschlechtergleichstellung und einer familienfreundlichen Arbeitsumgebung. Die MHH hat im Rahmen des Handlungsprogrammes „audit familiengerechte hochschule“ die Position des „Väterbeauftragten“ geschaffen. Somit gibt es einen niedrigschwelligen Ansprechpartner und Berater, den die Mitarbeitenden kontaktieren können.

Zusätzliche Beratungsmöglichkeiten zur individuellen Karriereplanung im Rahmen von Schwangerschaft und Elternzeit mit der Klinikleitung und/oder der Gleichstellungsbeauftragten der Abteilung bestehen jederzeit. Wir möchten außerdem nach Wunsch die aktive Mitarbeit der Mitarbeitenden in Forschung und Lehre planen. Sollte eine Teilzeitbeschäftigung angestrebt werden, verweisen wir hier auf die umfangreichen Teilzeitmodelle (s. Kapitel 3.4) unserer Klinik.

IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHMEN / MÖGLICHKEITEN
Teils unzureichender Austausch über Ziele und Wünsche der Rückkehrenden	individuelle Rückkehrplanung und damit Fortführung der beruflichen Weiterentwicklung	Drittes ausführliches Gespräch etwa zwei Monate vor geplantem Wiedereintritt bzgl. des konkreten Wiedereinstiegs, Austausch der Erwartungen der Mitarbeitenden, aber auch der Klinikleitung unter Berücksichtigung der künftigen Betreuungssituation des Kindes
Rückkehr an den Arbeitsplatz oftmals durch eingeschränkte Betreuungsangebote limitiert	Optimale Betreuungssituation für das Kind begünstigen	Beratungsangebot jederzeit durch Gleichstellungsbeauftragte und Klinikleitung, auch durch den Familienservice der MHH und das Gleichstellungsbüro
Anschluss an Wissenschaft und Lehre mit zusätzlicher Familienverantwortung teils schwierig	akademische Fortschritte nach dem Wiedereinstieg aktiv fördern	Planung der zukünftigen Einbindung der Mitarbeitenden in Forschung und Lehre (mit Vorlauf auch bei untertägiger Reduktion häufig möglich)
„Vätermonate“ der Elternzeit noch deutlich unterrepräsentiert	Förderung von aktiver Vaterschaft, gute Information der Väter	Begrüßung von Vätern in Elternzeit durch die Klinikleitung, Verweis an Beratungsangebot durch z. B. Väterbeauftragten über Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Vaterschaftsurlaub, Rollenverteilung in der Familie und Unterstützung bei der Bewältigung von Konflikten zwischen Arbeit und Familie

### 3.4 Teilzeitmodelle

Individuelle Teilzeitlösungen unterstützen die einzelnen Mitarbeitenden in den jeweiligen Lebenssituationen und bilden eine wichtige Säule beispielsweise bei der Rückkehr in die Klinik nach einer Schwangerschaft. Die Klinik für Anästhesiologie hat diese Wichtigkeit bereits vor Jahren in ihrer Verfahrensanweisung Teilzeitkonzept (s.u. VA Teilzeitkonzept) adressiert. Hiernach sind je nach Lebenslage ganztägige und untertägige Arbeitszeitreduktionen möglich.

Die Erhebung der Beschäftigtenstruktur zu Beginn der Erstellung des Gleichstellungsplans zeigt deutlich, dass individuelle, der Lebenssituation angepasste Teilzeitmodelle geschlechtsunabhängig und unabhängig der Ausbildung und Position jedem Menschen der Abteilung zugänglich sind (s. Kapitel 2.1.). Die abteilungsinterne Umfrage zeigt, dass mehr als drei Viertel der Mitarbeitenden zufrieden oder sehr zufrieden mit den möglichen Teilzeitmodellen in der Anästhesie sind (s. Kapitel 3.2).

Das Etablieren eines Teilzeitmodells auf der Intensivstation ist besonders anspruchsvoll. Die Abteilungsumfrage zeigt eine Unzufriedenheit der Mitarbeitenden über die Teilzeitmöglichkeiten dort (s. Kapitel 2.2). Zum Zeitpunkt der Umfrage waren dort keine untertägigen Arbeitszeitverkürzungen möglich (s.o.). Kolleginnen und Kollegen mit untertägiger Teilzeitarbeit (beispielsweise durch Familienverantwortung wegen betreuungspflichtiger Kinder) wird das Erreichen intensivmedizinischer Qualifikationen hierdurch nicht unerheblich erschwert. Durch die Notwendigkeit des Schichtdienstes steht eine Umsetzung von Teilzeitmodellen analog zur Arbeit im OP-Bereich allerdings vor größeren Herausforderungen.

In der Abteilung wird eine Unterrepräsentanz von Frauen in der „1. Dienst-Gruppe“ sichtbar. Die Qualifikation „Spezielle Intensivmedizin“ bildet eine Zugangsvoraussetzung für diese Dienstgruppe und ist somit eine Grundlage für die Beförderung in oberärztliche Positionen.

Untertägige Teilzeitkonzepte auf der Intensivstation würden die Rückkehr von Mitarbeitenden nach Schwangerschaft oder Elternzeit auf die Intensivstation einfacher machen und können so zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf führen. Daher wird die zukünftige Möglichkeit der untertägigen Arbeitszeitreduktion auf der Intensivstation in der Mittagszeit für Mitarbeitende mit Verpflichtungen im Bereich der Care-Arbeit sehr begrüßt.

Im Rahmen der Arbeit an diesem Gleichstellungsplan wurde die Implementierung von erweiterten Teilzeitarbeitsmodellen auf der Intensivstation beschlossen.

Die Organisation und Tagesstruktur der Intensivstation mit Schichtsystem, festem Visitenzeitpunkt und terminierten Übergaben bedingen bei der Planung von Teilzeitarbeitsmodellen individuelle Absprachen vor Rotationsbeginn. Enthalten sind hier zukünftig die Möglichkeit der untertägigen Arbeitszeitreduktion im Übergang Früh-/Spätdienst (14:00-16:00 Uhr) nach Einzelfallplanung.

**Eine Verfahrensanweisung zur Teilzeitarbeit auf der Intensivstation wird auf Sharepoint abgelegt.**

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Administration

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover

### VA Teilzeitkonzept

Geltungsbereich: Anästhesiologie und Intensivmedizin

**Ziel:**  
Mit dieser VA wird Teilzeitarbeit aktiv gefördert und die Möglichkeiten transparent dargestellt

		Familie mit <b>zwei</b> erwachsenen Betreuungspersonen Kind oder Kinder im Lebensjahr			Familie mit <b>einer</b> erwachsenen Betreuungspersonen Kind oder Kinder im Lebensjahr			Mitarbeiter, die <b>pflegebedürftige Angehörige</b> betreuen	Mitarbeiter in <b>höherem</b> Lebensalter (z.B. > 55 Jahre)	<b>keine</b> Kinder	<b>Tandem</b>
		1.-3. LJ Krippe	4.-10. LJ Kindergarten + Grundschule	ab 11. LJ weiterführende Schule	1.-3. LJ Krippe	4.-10. LJ Kindergarten + Grundschule	ab 11. LJ weiterführende Schule				mehrere Mitarbeiter teilen sich eine Stelle - einer ist immer ganztätig anwesend (Ausbildungsstand ist vergleichbar)
untertägige AZ Reduktion (nicht auf ICU möglich)	Arbeitsbeginn	flexibel	08:30*	regulär	flexibel	flexibel*	08:00	individuelle Regelung nach Rücksprache mit Chefarzt	regulär	regulär	
	Arbeitsende	flexibel	> 12:00	> 14:00	flexibel	flexibel	> 13:00		regulär	regulär	
tageweise AZ Reduktion		möglich	möglich	möglich	möglich	möglich	möglich	möglich	möglich	möglich	
Bereitschaftsdienst	BD am WoEnde	BD	BD	BD	BD am WoEnde	BD am WoEnde	BD	BD	<b>kein</b> BD, RD	BD	

\*wenn möglich (z.B. KiTa MHH) 07:30

MHH-ID: 1177994689-32534 Version: 2.0 Status: Genehmigt  
Ersteller: Jütner, Björn Prof. Dr.  
Prüfer: 16.02.2023, Palmaers, Thomas PD Dr.  
Genehmiger: 16.02.2023, Palmaers, Thomas PD Dr.  
Seite 1 / 1

IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHMEN / MÖGLICHKEITEN
Teilzeitarbeit ist in dem Bereich Intensivmedizin der Klinik für Anästhesiologie nur ganztätig möglich	Teilzeitarbeit (ganztätig oder untertätig) stellt ein gelebtes Modell in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin dar	Anpassung des Dienstplanmodells im Bereich Intensivmedizin (s. Sharepoint Verfahrensanweisung Teilzeit ICU)

Abbildung 9 – Auszug aus der bisherigen VA Teilzeitkonzepte der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

### 3.5 Förderprogramme

Menschen tendieren dazu, Menschen bevorzugt zu fördern, die ihnen ähnlich sind (= Affinity Bias) (9). Bei dem hohen Männeranteil in der Abteilung, sowohl in der fachärztlichen als auch in der oberärztlichen Position, stellt dies einen Nachteil für Frauen dar. Um diesen Nachteil auszugleichen und so die Ziele des MHH-eigenen Gleichstellungsplans zu erreichen, müssen Frauen gezielt früh und wirksam gefördert werden.

#### 3.5.1 Hochschulinterne Förderprogramme

Bei den Diskussionen um die Nachbesetzung von Leitungspositionen wird stets über die hierfür notwendigen Qualifikationen debattiert. Entsprechende Qualifikationsprogramme sind viele an der MHH vorhanden. Diese werden aber nur unzureichend genutzt. Insbesondere die gezielten Frauenförderprogramme sollten deutlich häufiger in Anspruch genommen werden. Die MHH bietet eine Vielzahl solcher Frauenförderprogramme an (siehe unten), die einen systematischen Nachteil an den unterschiedlichen Stellen der Aus-, Fort-, und Weiterbildung ausgleichen sollen.



Abbildung 10 – Hochschulinterne Förderprogramme  
(nach N. Nelle, Gleichstellungsbüro der MHH)

Um motivierte Mitarbeiterinnen gezielter an diese Programme heranzuführen, sollte die Möglichkeit einer Bewerbung oder Teilnahme an ebenjenen in den jährlich stattfindenden Personalentwicklungsgesprächen thematisiert werden. Diese sollten möglichst gleichgeschlechtlich stattfinden (bei identischer Qualifikation der Durchführenden).

Für weitere Informationen zu den Programmen und den Zugangsvoraussetzungen steht auch die Gleichstellungsbeauftragte der Abteilung oder das Gleichstellungsbüro der MHH jederzeit zur Verfügung.

#### 3.5.2 Abteilungsinternes Netzwerken von Frauen für Frauen

Wir wollen abteilungsintern das Netzwerk unter den Kolleginnen stärken und planen die Einführung von „Kamingesprächen“. Es soll sich um informelle Treffen handeln (in Anlehnung an die Fireside Chats von Franklin D. Roosevelt) (10), bei denen in geselligem Rahmen über Themen wie Gleichstellung, Frauenförderung oder abteilungsbezogene Alltagsprobleme gesprochen werden kann. Dieses Angebot orientiert sich an den Mentoring-Programmen der MHH, in denen die Notwendigkeit eines Frauennetzwerks unterstrichen wird.

Durch die mindestens einmal jährlich stattfindenden Kamingespräche wird die Schaffung eines abteilungsinternen Frauennetzwerks zur Stärkung des Personal Empowerments angestrebt.

### 3.5.3 Konfliktlösung

Im Alltag kommt es immer wieder zu unterschiedlichsten zwischenmenschlichen Konflikten, die sowohl die Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch die Zusammenarbeit allgemein erschweren können. Um über eigene Erfahrungen sprechen zu können, sollen Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen zu einer Auswahl von Konfliktthemen zur Verfügung stehen.

#### Insbesondere in den Bereichen:

- Geschlecht
- Kultureller Hintergrund
- Schwangerschaft
- Wissenschaft

Es sollen entsprechende abteilungsinterne und -externe Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen gefunden werden, die über die Gleichstellungsbeauftragte der Abteilung bei Bedarf niederschwellig vermittelt werden können. Das abteilungsinterne Beschwerdemanagement bleibt unabhängig davon bestehen.

IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHME
MHH-interne Frauenförderprogramme sind existent, werden jedoch nur unzureichend in Anspruch genommen	Förderprogramme werden beantragt	Thematisierung der MHH-internen Frauenförderprogramme in den Personalentwicklungsgesprächen
Der Affinity Bias beeinflusst die Aus-, Fort- und Weiterbildung	Netzwerke zur Karriereförderung insbesondere für Mitarbeiterinnen	Z.B. regelmäßige «Kamingespräche» von Frauen für Frauen
Manche Konflikte können nur unzureichend gelöst werden	Niederschwellige Hilfsangebote werden wahrgenommen und tragen zur Konfliktlösung bei	Vermitteln von Ansprechpartnern und -partnerinnen zum Erfahrungsaustausch und zur Hilfestellung bei Konfliktlösungen

### 3.6 Beförderungsprozesse

Um der schwierigen Aufgabe der geschlechtsunabhängigen Beförderung im Rahmen der hochschulinternen Ausschreibungspflicht gerecht zu werden und einen Nachteilsausgleich unter Wahrung der Bestenauslese adäquat anwenden zu können, bedarf es objektiver Kriterien und eines strukturierten Auswahlprozesses.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gleichstellungsplans liegt kein veröffentlichter Kriterienkatalog zur Einstellung und Beförderung von Mitarbeitenden in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin vor. Mit der Einführung des Kaskadenmodells der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) als Steuerungsinstrument werden die Nomenklatur in unserer Klinik verändert und die Bezeichnungen Funktionsoberärztin und Funktionsoberarzt eingeführt (FOÄ/FOA). In dieser Gruppe sind zukünftig die Mitarbeitenden der 1. Dienstgruppe mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und die bisherigen OÄV zusammengefasst.

#### 3.6.1 Grundsätze der Gleichstellung – Kaskadenmodell der DFG

Ein Ziel der Gleichstellung ist es, dass alle Geschlechter sowohl in Sonderaufgaben, Funktionen als auch in klinik-internen Gremien gleichberechtigt und paritätisch vertreten sind. Der Gleichstellungsplan soll durch die Beschreibung transparenter Prozesse dabei unterstützen, die Beförderungsprozesse der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin geschlechtsunabhängig zu gestalten.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat an der Forschung orientierte „Grundsätze der Gleichstellung“ entwickelt (11). Diese haben das Ziel, der Unterrepräsentanz von Frauen in der Wissenschaft entgegenzuwirken und die Gleichstellung von Männern und Frauen in der Wissenschafts- und Hochschullandschaft durch die Definition von strukturellen und personellen Standards zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Analog zu den Empfehlungen der DFG sollen sowohl die strukturellen als auch die personellen Standards der Abteilung den Kriterien von „Durchgängigkeit“, „Transparenz“, und „Kompetenz“ entsprechen.

**Auf struktureller Ebene bedeutet dies:**

- Gleichstellung soll durchgängig als in der Leitung gesicherte Querschnittsaufgabe auf allen Ebenen der Organisation verankert sein
- Transparenz soll durch differenzierte Daten zur Gleichstellung auf allen Organisationsebenen und Karrierestufen erlangt werden
- Verfahren sollen transparent, strukturiert und formalisiert sein. Persönliche Abhängigkeiten sollen reduziert und vorurteilsfreie Bewertungen von Personen, Leistungen und Forschungsinhalten kompetent vorgenommen werden

**Auf personeller Ebene bedeutet dies:**

- Durchgängig die Gleichstellung bezogen auf die Auswahl von Personal und Ressourcen (Räume, Zeit, Geld, Geräte, Personal) zu sichern
- Transparenz schaffen sollen Indikatoren für das Erreichen von Gleichstellungsstandards, wie beispielsweise der Frauenanteil bei den Promovierenden und Habilitierenden, sowie bei Leitungspositionen (Klinik), Nachwuchsgruppenleitungen und Professuren (Forschung) oder Modulverantwortungen (Lehre)
- Kompetenz soll durch sichtbare Steigerung der Beteiligung von Frauen an Förderverfahren erreicht werden

**Personen, die an der Einstellung und Beförderung von Mitarbeitenden direkt beteiligt sind, sollten den Workshop „Unconscious bias“ (angeboten vom Gleichstellungsbüro) absolviert haben, um ihre Sinne für eine ungewollte Diskriminierung zu schärfen.**

### 3.6.2 Karrierestufen

Die Kriterien für die Eignung zum Funktionsoberarzt / zur Funktionsoberärztin, zum Oberarzt / zur Oberärztin bzw. zum Leitenden Oberarzt / zur Leitenden Oberärztin finden sich in der folgenden Auflistung:

#### FUNKTIONSOBERARZT / FUNKTIONSOBERÄRZTIN:

- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, alternativ für den Bereich Schmerzmedizin die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Klinische und soziale Kompetenz, die Klinik und das Fachgebiet nach innen angemessen zu vertreten
- Klinisches Expertenwissen
- Ständige OA-Vertretung (z.B. 1. Dienst, regelmäßige Bereichsleitungen, Rufdienst Intensiv- oder Schmerzmedizin)

#### OBERARZT / OBERÄRZTIN:

- Tätigkeit als Funktionsoberärztin / Funktionsoberarzt
- Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerzmedizin und Palliativmedizin für den Bereich Schmerzmedizin
- Klinische und soziale Kompetenz, die Klinik und das Fachgebiet nach innen und außen angemessen zu vertreten
- Qualifizierung für eine Rufdienstgruppe
- Große persönliche Bereitschaft und Gestaltungswillen für die Entwicklung der Abteilung
- Aktive Forschungstätigkeit
- Überdurchschnittliches eigenverantwortliches Engagement in Lehre und Weiterbildung
- Nachgewiesene Qualifizierung Führungskompetenz
- (Angestrebte) Habilitation

#### LEITENDER OBERARZT / LEITENDE OBERÄRZTIN:

- Mehrjährige herausragende Tätigkeit als Oberarzt / Oberärztin in der Abteilung
- Großes persönliches Engagement in Klinik, Forschung und Lehre
- Hohe soziale Kompetenz



### 3.6.3 Bewertungskonzept für oberärztliche Positionen

Im Rahmen der Projektarbeit wurde ein Konzept zur Bewertung aller Bewerbenden für eine oberärztliche Position entwickelt, das sich an implementierten Modellen der Nachwuchsförderung orientiert. Diese wurden an die Gegebenheiten der Klinik angepasst. Das hieraus entstandene Konzept folgt mehreren Schritten und endet mit einer Bestenliste, die unterschiedliche Kompetenzen abdeckt.

1. Zunächst werden die Pflichtkriterien überprüft (siehe S. 60/61). Hierbei handelt es sich um die abgeschlossene Promotion, die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt im Fach Anästhesiologie, die für den jeweiligen Bereich notwendigen Zusatzbezeichnungen, die Qualifizierung für eine spezialisierte Rufdienstgruppe (Herz, Leber, Kinder).
2. Im nächsten Schritt des Assessments beurteilt jedes stimmberechtigte Mitglied der Klinikleitung anhand definierter Kriterien (siehe S. 63-66) die Bewerbenden in verschiedenen Qualifikationsbereichen und vergibt in jedem Bereich eine entsprechende Punktzahl von 0 (unterdurchschnittlich) bis 4 (weit überdurchschnittlich).
3. Dann werden durch die Klinikleitung und die Assistentensprecher:innen (vorausgesetzt sie haben sich nicht selbst beworben) anhand der Leitfragen Einschätzungen der Führungskompetenzen vorgenommen (siehe S. 67/68).

### AUSWAHLVERFAHREN FÜR OBERÄRZTLICHE POSITIONEN

KLINIK	
SKALA BEWERTUNG	KRITERIEN (BEISPIELHAFT)
4	Herausragende klinische Expertise in mehreren relevanten Bereichen, vertritt das Fach akademisch nach außen (z.B. in Form von Vorträgen und Workshops auf Kongressen)
3	Überdurchschnittliche klinische Expertise in mehreren relevanten Bereichen, regelmäßige Teilnahme an überregionalen Fortbildungsveranstaltungen
2	Überdurchschnittliche klinische Expertise in einem umschriebenen Bereich (z.B. Zusatzbezeichnung Schmerzmedizin), regelmäßige Teilnahme an überregionalen Fortbildungsveranstaltungen
1	Überdurchschnittliche klinische Expertise in einem relevanten Bereich, regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
0	Fachärztin oder Facharzt ohne zusätzliche Qualifikation

Gewichtung  
**2,5**

Gewichtung  
**2,0****WISSENSCHAFT**

SKALA BEWERTUNG	KRITERIEN (BEISPIELHAFT)
4	Habilitation
3	Habilitation ist abzusehen, ≥ 8 Publikationen, min. 4-5 Erst- oder Letztautorschaften
2	Aktive Mitarbeit in einer Forschungsgruppe, ≥ 3 Autorschaften innerhalb der letzten 3 Jahre
1	Mitarbeit in einer Forschungsgruppe, ≥ 2 Autorschaften innerhalb der letzten 3 Jahre
0	keine wissenschaftliche Qualifikation

Gewichtung  
**2,0****LEHRE**

SKALA BEWERTUNG	KRITERIEN (BEISPIELHAFT)
4	MME oder Modulverantwortung, Verantwortung der Lehre nach außen (z.B. Mitglied der Studienkommission, Vertretung in Ärztekammer)
3	Lehrbefugnis (Habilitation)
2	Aktiv in der Lehre
1	Basiskurs Hochschuldidaktik
0	keine Lehrtätigkeit

Gewichtung  
**1,0****QUALIFIKATIONEN**

SKALA BEWERTUNG	KRITERIEN (BEISPIELHAFT)
4	Postgraduiertenstudiengang, z.B. Management oder Informatik (MME: siehe Lehre)
3	Zwei oder mehr Zusatzbezeichnungen: EDAIC UND Ärztliches Qualitätsmanagement (AEKN), Palliativmedizin, Transfusionsmedizin, Hämostaseologie, Hygiene oder Antibiotic Stewardship
2	Eine Zusatzbezeichnung: EDAIC ODER Ärztliches Qualitätsmanagement (AEKN), Palliativmedizin, Transfusionsmedizin, Hämostaseologie, Hygiene oder Antibiotic Stewardship
1	MHH-Kurs Führungskräfteentwicklung
0	keine formale Qualifikation

Gewichtung  
**2,5****FÜHRUNGSKOMPETENZ**

SKALA BEWERTUNG	KRITERIEN (BEISPIELHAFT)
4	> 90% der möglichen Punkte des Bewertungskatalogs
3	> 75% der möglichen Punkte
2	> 55% der möglichen Punkte
1	> 30% der möglichen Punkte
0	Defizit in mindestens einem Bewertungskriterium

**Nachteilsausgleich:**

Wenn der Bewerber/die Bewerberin zum Zeitpunkt der Bewerbung in Klinik und/oder Wissenschaft mindestens einen Punkt auf der Bewertungsskala aufweist und ohne den ausgleichenden Nachteil mutmaßlich eine höhere Punktzahl erreicht hätte, so wird in jeder betroffenen Kategorie einen Punkt addiert.

**Nachteil:**

- Elternzeit\*
- Pflege von Verwandten 1. Grades\*
- Krankheitsbedingter Abwesenheit\*

\*Minstdauer der Abwesenheit  $\geq$  7 Monate

**FÜHRUNGSKOMPETENZ | KRITERIEN & LEITFRAGEN****Personalentwicklung, Diversity- und Gender-Kompetenz**

Vermittelt der/die Mitarbeitende im Alltag regelmäßig praktische und theoretische Kompetenzen? Führt der/die Mitarbeitende konstruktive, stärkende und objektive Gespräche? Zeigt der/die Mitarbeitende gegenüber anderen eine hohe Toleranz? Behandelt der/die Mitarbeitende andere Mitarbeitende in jeder Situation gleichberechtigt? Reagiert der/die Mitarbeitende positiv und lösungsorientiert auf familienbedingte Situationen und Probleme der Mitarbeitenden?

**Kommunikation, Umgangston und -formen**

Erkennt der/die Mitarbeitende in der Arbeitssituation die Notwendigkeit der Vermittlung von Informationen an andere (Vorgesetzte, Mitarbeitende, Patienten und Patientinnen)? Gibt der/die Mitarbeitende alle erforderlichen Informationen an andere Mitarbeitende/Bereiche weiter? Zeigt sich der/die Mitarbeitende im Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten und Patientinnen und Patienten jederzeit gesprächsbereit/ansprechbar? Ist der/die Mitarbeitende in der Lage, Nachrichten bzw. Informationen verständlich zu übermitteln? Hat der/die Mitarbeitende einen freundlichen Umgangston? Hat der/die Mitarbeitende höfliche Umgangsformen? Bewahrt der/die Mitarbeitende in der Regel auch in Konflikt-/Stresssituationen die Ruhe?

**Engagement und Leistungsbereitschaft**

Zeigt der/die Mitarbeitende Leistungswillen? Ist er/sie bereit, qualitativ und quantitativ optimale Ergebnisse zu erbringen? Zeigt der/die Mitarbeitende sich bereit, besondere Aufgaben zu übernehmen?

**Ergebnisqualität**

Setzt der/die Mitarbeitende sich in angemessener Weise bei der Erfüllung seiner/ihrer Arbeitsaufgaben ein?

**Konfliktmanagement**

Behält der/die Mitarbeitende den Überblick und führt den Bereich/ die Dienstmannschaft souverän? Vertritt der/die Mitarbeitende in seinem/ihrer Auftreten nach innen und außen die Abteilung loyal? Ist die Kommunikation des/der Mitarbeitenden auf Verständigung und Konsens ausgerichtet? Ist der/die Mitarbeitende in der Lage, Missverständnisse zu erkennen und im Gespräch auszuräumen?

**Sicherheitskultur**

Schafft der/die Mitarbeitende eine Kultur, in der die Patientensicherheit im Vordergrund steht? In der Fehler gemeldet, sowie gemeinsam und auf Augenhöhe besprochen werden können? Steht der/die Mitarbeitende bei Problemen und Komplikationen angemessen zur Verfügung?

**Stressmanagement und Belastbarkeit**

Kann der/die Mitarbeitende unabhängig von Ausnahmesituationen und wechselnden Anforderungen gleich bleibende Leistungen erbringen? Kann der/die Mitarbeitende auch unter Termin-/Zeitdruck seine/ihre Aufgaben erfüllen? Ist der/die Mitarbeitende in der Lage, auch Arbeitsspitzen in angemessener Zeit zu bewältigen? Hat der/die Mitarbeitende die nötige Konzentration und Ausdauer bei der Erfüllung seiner/ihrer Tätigkeit? Zeigt der/die Mitarbeitende sich bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben vielseitig einsetzbar? Zeigt der/die Mitarbeitende die Bereitschaft auch ungewöhnliche Arbeitsaufträge zu übernehmen? Kann der/die Mitarbeitende mehrere Aufgaben nebeneinander bewältigen, ohne den Überblick zu verlieren?

**Teamleitung**

Kann der/die Mitarbeitende ein Team führen? Kann er/sie die Aufgaben klug delegieren und koordinieren? Ist der/die Mitarbeitende ein Vorbild für die Dienstmannschaft? Bietet der/die Mitarbeitende unter Zeitdruck seine/ihre Unterstützung für andere an? Sorgt er/sie dafür, dass diese sich gegenseitig unterstützen?

**Verantwortungsbewusstsein**

Erfüllt der/die Mitarbeitende die ihm/ihr übertragenen Aufgaben (Führungsverhalten, soweit zutreffend)? Gibt der/die Mitarbeitende dem/der Vorgesetzten eine Rückmeldung, wenn unerwartete Verzögerungsmomente auftreten? Macht der/die Mitarbeitende auf verbesserungsbedürftige Umstände aufmerksam? Entwickelt der/die Mitarbeitende eigene Initiative zur Verbesserung dieser Umstände? Hält der/die Mitarbeitende Vorschriften und Regelwerke ein?

**Wirtschaftliches Handeln**

Wird zu verwendendes Material sparsam verbraucht? Findet ein angemessenes Zeitmanagement im Verhältnis zu den Arbeitsaufgaben statt? Steht die Zeit, die der/die Mitarbeitende zur Erledigung seiner/ihrer Aufgaben benötigt in angemessenem Verhältnis zur geleisteten Arbeit? Findet eine zügige und zweckmäßige Arbeitsausführung statt? Kann der/die Mitarbeitende sein/ihr Arbeitstempo steigern, wenn Termine dieses erfordern? Kann der/die Mitarbeitende zwischen dringlichen und nachrangigen Aufgaben unterscheiden?

**Bewertung (max. 40 Punkte):**

weit überdurchschnittlich	4
überdurchschnittlich	3
durchschnittlich	2
unterdurchschnittlich	1
defizitär	0

IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHME
Kein definierter Prozess zur Beförderung von Mitarbeitenden Keine klaren Kriterien an denen sich bei der Beförderung orientiert wird	Definierter Prozess, der die gesetzlichen Vorgaben zur Bestenauslese und der Anwendung eines Nachteilsausgleich berücksichtigt Transparente Anforderungen zur Beförderung	Siehe Sollprozess inkl.: Leitfragen Führungskompetenzen Beurteilungsbogen
Affinity Bias / homonyme Konomination	Geschlechtsunabhängige Beförderung der am besten qualifizierten Person	Objektiver & transparenter Prozess durch eine Beurteilung durch mehrere Personen

### 3.6.4 Neubesetzung von Aufgaben und Funktionen

Nicht nur oberärztliche Positionen, sondern auch vorgelagerte Aufgaben und Funktionen sollen unter der Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten transparent besetzt werden. Auf diese Weise soll schon in den frühen Stadien der Karriere die Basis für weibliche Mitbestimmung und Verantwortung geschaffen werden.

Zu diesem Zweck wurde ein Leitfaden für die Besetzung von Aufgaben und Funktionen formuliert. Er soll zukünftig bei allen Neubesetzungen und Zuschreibungen von Sonderaufgaben berücksichtigt werden.

Durch die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen soll eine gleichberechtigte Besetzung von Funktionen erreicht werden.



## LEITFADEN FÜR DIE BESETZUNG VON AUFGABEN UND FUNKTIONEN

Mit zunehmender akademischer Qualifikation sinkt der Frauenanteil. Um diesem systematischen Ungleichgewicht entgegenzuwirken, sollen bei der Besetzung von sämtlichen Funktionen und Sonderaufgaben die Weichen für eine geschlechterparitätische Besetzung gestellt werden. Eine Geschlechterparität trägt dazu bei, dass alle ihre Potenziale voll ausschöpfen können.

Um allen Mitarbeitenden die gleichen Chancen auf berufliche Entwicklung und Fortbildung bieten zu können, ist es notwendig auch die Lebenswirklichkeiten und Bedürfnisse der Kolleginnen und Kollegen mit Familienverantwortung zu berücksichtigen.

Ziel der Gleichstellungspolitik ist es, dass alle Geschlechter sowohl in Aufgaben, Funktionen als auch in hochschulpolitischen Gremien gleichberechtigt und paritätisch vertreten sind. Wir wollen geschlechtsspezifische Barrieren abbauen. Eine systematische Benachteiligung von Mitarbeiter: innen soll ausgeglichen werden.

Wird eine Funktion oder eine Sonderaufgabe neu besetzt, soll der Kreis der Kandidatinnen und Kandidaten unabhängig vom Geschlecht ausgewählt werden. Eine Bestenauslese findet statt. Nach Möglichkeit soll jede Funktion als geschlechterparitätisches Tandem aufgestellt werden.

### Es gelten folgende Grundsätze:

1. In der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin liegt ein Fokus auf der Förderung von Chancengleichheit und Diversität.
2. Die Auswahlprozesse sollen fair und transparent ablaufen.
3. Jede Neubesetzung einer Funktion soll in der OÄK vorgestellt werden und die Besetzung hinsichtlich des Gleichstellungsplans nachvollzogen werden.

IST-ZUSTAND	SOLL-ZUSTAND	MAßNAHME
Vergabe von Sonderpositionen an sich wiederholenden Personenkreis	Definierter Prozess, der die gesetzlichen Vorgaben zur Bestenauslese und der Anwendung eines Nachteilsausgleich berücksichtigt Transparente Anforderungen zur Beförderung	Vergabe von Sonderpositionen an die am besten dafür qualifizierten Mitarbeitenden
Sinkender Frauenanteil mit zunehmender akademischer Qualifikation	Frühere Karriereförderung	Geschlechterparitätische Vergabe auch von Funktionen und Sonderaufgaben
Fehlende Transparenz bei Funktionsbesetzungen	Klare Nachvollziehbarkeit	Vorstellung jeder Neubesetzung in der OÄK, Prüfung unter Berücksichtigung des gesetzlichen Gleichstellungsauftrags

### 3.7 Gleichstellungscontrolling

Für das Gleichstellungscontrolling der Personalentwicklung wird das Kaskadenmodell der DFG angewendet (12). Danach ergeben sich die Ziele für den Frauenanteil einer jeden (wissenschaftlichen) Karrierestufe durch den Anteil der Frauen auf der direkt darunterliegenden Qualifizierungsstufe. Zugrunde liegt die Annahme, dass unter Bedingungen von Chancengleichheit anteilmäßig jeweils gleich viele Frauen wie Männer die jeweils nächsthöhere Qualifikationsstufe anstreben und erreichen.

Für das Kaskadenmodell der Abteilung werden folgende Begriffe definiert:

#### Qualifizierungen und Bezugsgrößen:

- Facharzt / Fachärztin  
Bezugsgröße für die Entwicklung zu den Qualifikationen Funktionsoberarzt / Funktionsoberärztin
- Funktionsoberarzt / Funktionsoberärztin  
Bezugsgröße für die Entwicklung zum Oberarzt / Oberärztin
- Oberarzt / Oberärztin  
Bezugsgröße für die Entwicklung zum Leitenden Oberarzt / zur Leitenden Oberärztin

Es wird als Zielwert für den Frauenanteil der Karrierestufen Funktionsoberärztin, Oberärztin und Leitende Oberärztin der Frauenanteil auf den jeweils direkt darunterliegenden Qualifizierungs- und Karrierestufen festgelegt. Dieser Zielwert ist innerhalb der Geltungsdauer des Gleichstellungsplans zu erreichen. Bei einer negativen Abweichung von mehr als 10 % wird das Ziel als nicht erreicht festgelegt.

Mit dem Erscheinen dieses Gleichstellungsplans wird die Nomenklatur der Karrierestufen in der Abteilung geändert. Die Auswertung der Frauenanteile in den neu benannten Karrierestufen im Kaskadenmodell wird erstmals im ersten Quartal 2024 erfolgen. Im Rahmen des Gendercontrollings wird dies einmal jährlich im ersten Quartal wiederholt.

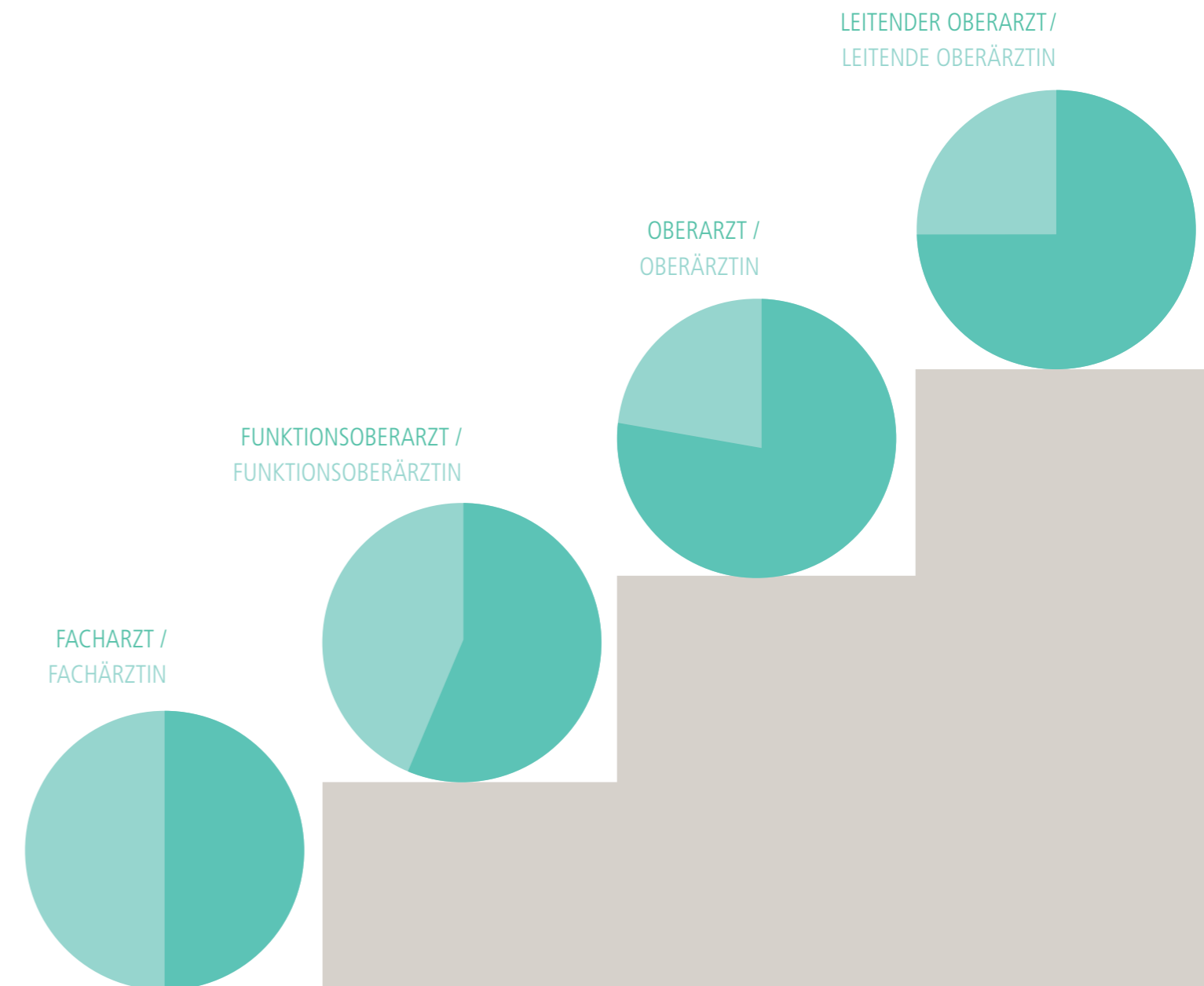


Abbildung 12 – Kaskadenmodell für das Gleichstellungscontrolling

“Wir sind da einer großen Sache auf der Spur.”

“Einfach mal machen!”

“Ein wichtiges Thema, das ernsthaft behandelt werden sollte.”





## 4 Literatur

1. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Textausgabe. Stand: Dezember 2000 ed. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung; 2001.
2. § 13 Abs. 5 Satz, Niedersächsisches Gleichberechtigungsgesetz (NGG). Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt. 1994.
3. Gleichstellungsplan der Medizinischen Hochschule Hannover. Verabschiedet vom Senat der MHH am 06.10.2021. Hannover.
4. Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG). In der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 2002 ; (Art. 1 des Gesetzes zur Hochschulreform in Niedersachsen, Nds. GVBl. S. 286 - VORIS 22210 - ) ; zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Januar 2004 (Nds. GVBl. S. 33) ; nichtamtliche Fassung. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur; 2004. 72 S p.
5. §1, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 14. August 2006.
6. Betroffene bestätigen: Mutterschutzgesetz behindert Ärztinnen-Karrieren. Pressemitteilung vom 23.02.2021. Deutscher Ärztinnenbund e.V. Februar 2021.
7. Leitfaden zum Mutterschutz. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2012.
8. E. Weis GB, K. Becke-Jakob, D. Bremerich, G. Geldner, T. Iber. Arbeitsplatz für schwangere/stillende Ärztinnen in der Anästhesiologie, Schmerztherapie, Intensivmedizin und Palliativmedizin. Anästhesie und Intensivmedizin. 2020 Februar 2023.
9. Nikolopoulou K. What is affinity bias? Definition & Examples. Scribbr. 2023.
10. Roosevelt FD, Buhite RD, Levy DW. FDR's fireside chats / edited by Russell D. Buhite and David W. Levy. 1st ed. ed. Norman: University of Oklahoma Press; 1992.
11. Forschungsgemeinschaft D. Die Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards der DFG: Umsetzung und Wirkungsweisen (Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Hrsg.). 2017.
12. Universitäten NGa. Zielwerte und Kaskadenmodell - Modellierung und Anwendung in der Gleichstellungsarbeit an Hochschulen. 2017.

## 5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Geschlechtsspezifische Entwicklung von der Entgeltgruppe 1 über die Entgeltgruppe 2 bis zur Entgeltgruppe 3 des TV-Ä .....	15
Abbildung 2a und 2b – Aufschlüsselung Vollzeit/ Teilzeit Männer und Frauen .....	17
Abbildung 3 – Unterteilung der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen (WBA) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell .....	18
Abbildung 4 – Unterteilung der Fachärzte und Fachärztinnen (FÄ) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell .....	19
Abbildung 5 – Unterteilung der Oberärztlichen Vertreter und Vertreterinnen (OÄV) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell .....	20
Abbildung 6 – Unterteilung der Oberärzte und Oberärztinnen (OÄ) in Vollzeit/Teilzeit sowie das gewählte Teilzeitmodell .....	21
Abbildung 7 – Verteilung der Stellenanteile aufgliedert nach Funktion und nach Geschlecht (Box Plots überlagert mit Dot Plots) .....	22
Abbildung 7a – Die erste Person, die das hier liest und sich beim Gleichstellungsteam meldet, gewinnt einen Geheimpreis .....	22
Abbildung 8 – Auszug aus der aktualisierten Positiv-/Negativliste der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin .....	45
Abbildung 9 – Auszug aus der bisherigen VA Teilzeitkonzepte der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin .....	52
Abbildung 10 – Hochschulinterne Förderprogramme (nach N. Nelle, Gleichstellungsbüro der MHH) .....	54
Abbildung 11 – Kriterienkatalog zur Beförderung OA/OÄ .....	63
Abbildung 12 – Kaskadenmodell für das Gleichstellungscontrolling .....	75

## 6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Geschlechtsspez. Verteilung in Männer (M) und Frauen (F), der Mitarbeitenden gesamt und in Teilzeit – numerisch pro Kopf .....	16
Tabelle 2 – Darstellung des Median der Stellenanteile aller in einer Gruppe befindlichen Mitarbeitenden .....	23

GLEICHSTELLUNGSPLAN DER KLINIK FÜR  
ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN DER  
MEDIZINISCHEN HOCHSCHULE HANNOVER

HERAUSGEBERIN:  
DIE KLINIKLEITUNG  
CARL-NEUBERG-STR. 1  
30625 HANNOVER

---

Inhaltlich erstellt vom  
Projekt-Team «Gleichstellungsplan»  
Verabschiedet: 09/2023  
Gültig ab: 12/2023 bis 12/2027

Christiane Beck  
Marieke Jüttner  
Oliver Keil  
Wolfgang Koppert  
Nadine Nelle  
Sebastian Pantke  
Johanna Steinberg

PROJEKT-TEAM\*

Michaela Dreyer-Jänicke  
Martin Dorn  
Melanie Fieler  
Stephanie Hologa  
Jil Homeier  
Rieke Mac-Lean  
Christina Quandt  
Lina Stünkel

ERWEITERTE PROJEKTGRUPPE\*

**Projektbegleitung**  
Kerstin Cotugno

---

**Layout**  
Digitale Medien der MHH

**Bilder**  
Tom Figiel Photodesign (S. 4, 8, 12, 34, 38, 43, 47, 77)  
Adobe Stock ( S. 45, 52)





