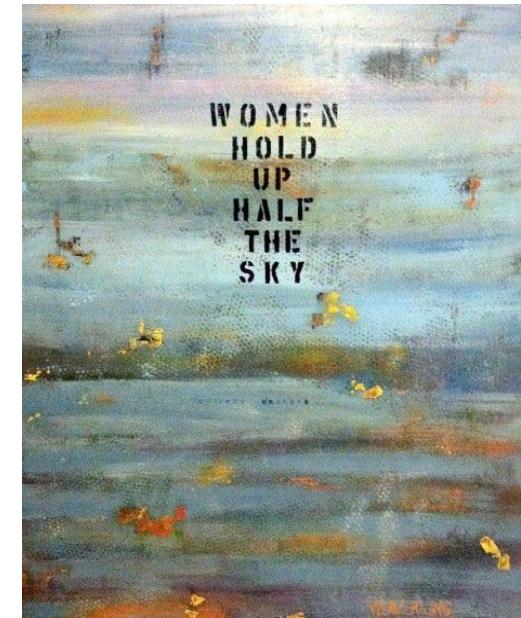


Half the sky

Karin Gutiérrez-Lobos

Die Zukunft der Medizin ist weiblich!

Ärztekammer für Wien, 8.3.2019



Die moderne Medizin, wie sie sich in Europa seit dem 17. Jahrhundert etablierte, galt als traditionell "männliches" soziales Feld

Frauen hatten erst ab 1900 Zugang zum Medizinstudium

- Ärztliche Norm maskulin konnotiert, "iron surgeon"
- Pflege dagegen feminin

(vgl. Sander, 2009; Foucault, 1988)

„Es könnte grenzenloses Unglück entstehen, welches die Universität vernichten würde, dass nämlich die Zahl der Medizinstudentinnen größer würde, als die der Studenten.“

Ludimar Hermann 1872, Professor für Physiologie, Uni Zürich,

Karrierewege in der Medizin

- Karriere: was genau heißt das?
- Planung → Gerdlinige Karriereplanung bei Ärzten
 → Motivmix bei Ärztinnen
- Verlauf → kontinuierlich bei Ärzten
 → diskontinuierlich bei Ärztinnen
- Positionierung: Fach, Funktion
- Gehalt
- Informeller Wissens- und Erfahrungstransfer
- Netzwerke
- Glass Cliff, Glass Ceiling

Was hindert Frauen an einer Karriere in der Medizin?

„Biologie“, Kinder, fehlendes Engagement und Hingebung,
mangelnde Qualifikation, zu wenig Ehrgeiz und Motivation, ...

Oder

Was hindert Gesundheitsbetrieb an Chancengleichheit?

Formelle und informelle Strukturen, Rekrutierungspraxis,
Wissenschaftsmythos, iron surgeon Mythos, Stellenvergabepraxis,
männlicher Macht-, Reputations- und Ressourcenverlust

W. v. Humboldt (1805)



Alles Männliche zeige mehr Selbsttätigkeit, alles Weibliche mehr leidende Empfänglichkeit. Frauen seien weniger zur Analyse und Abstraktion fähig und kämen daher der Erforschung der Wahrheit nicht so nahe wie Männer.

L. Summers (NBER Conference 2005)



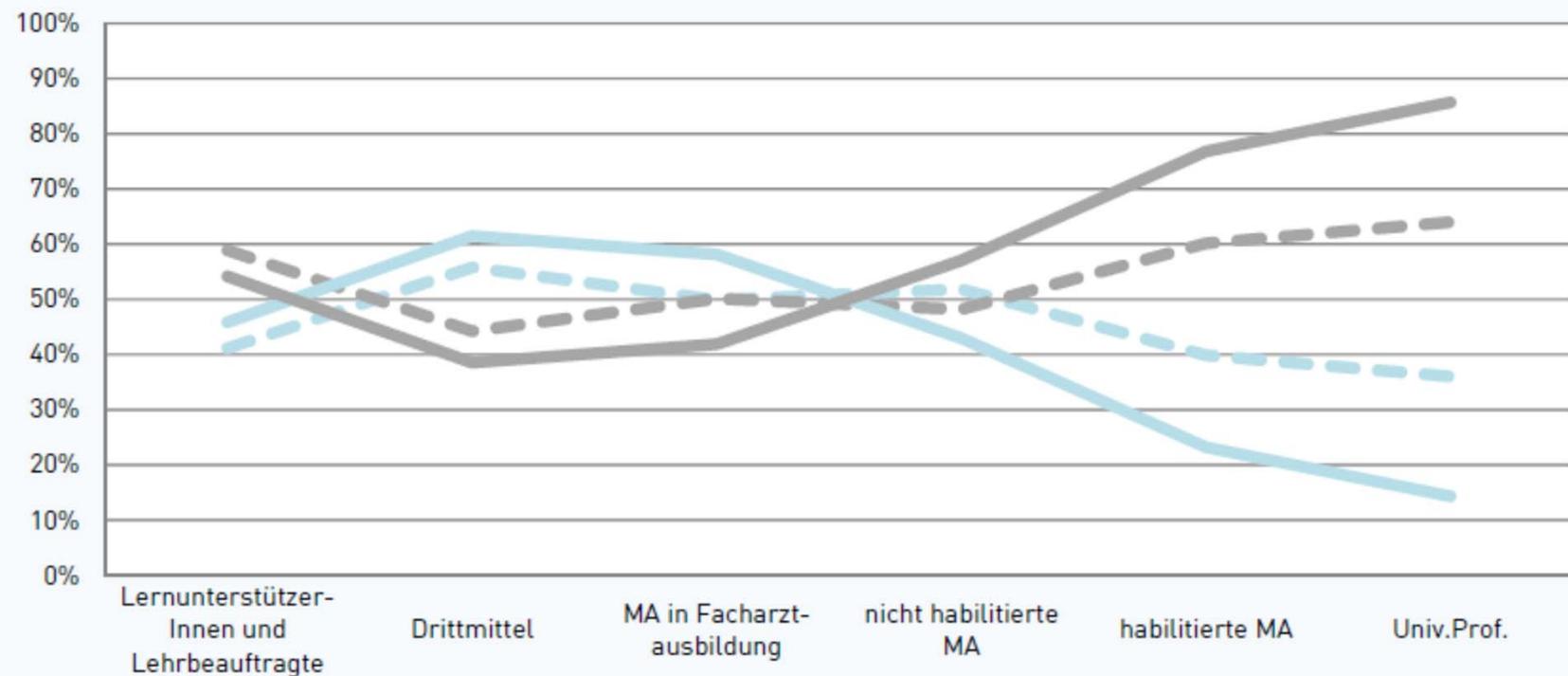
„It does appear that on many, many different human attributes - height, weight, propensity for criminality, overall IQ, mathematical ability, scientific ability - there is relatively clear evidence that whatever the difference means - which can be debated - there is a difference in the standard deviation, and variability of a male and a female population.“

Kinder als Risiko für die Karriere ?

- Keine Unterschiede zw. Müttern und kinderlosen Wissenschaftlerinnen in Qualifikationsphase (Lind 2004)
- Keine geringere Publikationsrate von Müttern (Kiegelmann 2000, Allmendinger 2005)
- Karriereverlauf zw. Frauen und Männern schon vor Geburt eines Kindes unterschiedlich (Lind 2007, Lind & Löther 2007)
- Ärztinnen arbeiten zwar weniger Stunden bezahlt, aber mehr Stunden unbezahlt als Ärzte
- Flexible Arbeitszeiten mehr gewünscht als weniger Arbeitsstunden (Strehmel 1999)
- Nur 5% der kinderlosen Wissenschaftlerinnen wollen kein Kind (CEWS 2006)
- Ca. 50% der Frauen, aber nur 30% der Männer sehen Kinder als Karrierehindernis (CEWS 2006)
- Nicht Familie an sich ist Karrierehindernis, sondern fehlende Gestaltungsmaßnahmen und Unterstützung durch Management ("Everyday Moments of Truth" Bain, 2015)

Leaky Pipeline – the effect of children MedUni Wien 2015

Leaky Pipeline - Vergleich Männer und Frauen mit und ohne Kinder



Gutierrez-Lobos 2015, Karolinska Institute

Weibliche Persönlichkeitsfaktoren als Determinanten für Karriere?

- Keine wissenschaftliche Evidenz, dass Frauen über weniger Ehrgeiz oder Motivation verfügen, Karriere zu machen
- Keine wissenschaftliche Evidenz, dass Frauen Erfolg fürchten
- Keine geschlechtsspezifischen Leistungsunterschiede
- Möglicherweise weniger Selbstvertrauen bei Konfrontation mit männlich konnotierten Aufgaben (stereotyped threat)

Gender und Leistung/Exzellenz

- Matthäus Effekt – Exzellenz als sich selbst verstärkendes System – wird an bestimmten Personen definiert, bekannte AutorInnen werden häufiger zitiert und erhalten mehr selektive Aufmerksamkeit – „Es wird im Nachhinein etwas so beurteilt, als sei es von vorneherein evident. Wer anerkannt wird, muss gut sein“ (Beaufays 2006)
- Matilda Effekt – Verdrängung bzw. Leugnung der Leistungen von Frauen – Arbeiten nicht zitiert, bei Kooperationen in Fußnote genannt, bei Preisen vergessen
- Empirische Befunde über die gängigen Kriterien für Bewertung von Exzellenz weisen darauf hin, dass diese nicht geschlechtsneutral sind
 - z.B. Wenneras & Wold (Nature 1997): Nepotism and Sexism in Peer Review

Sexism and Nepotism in Peer Review

Wenneras & Wold
Nature 1997

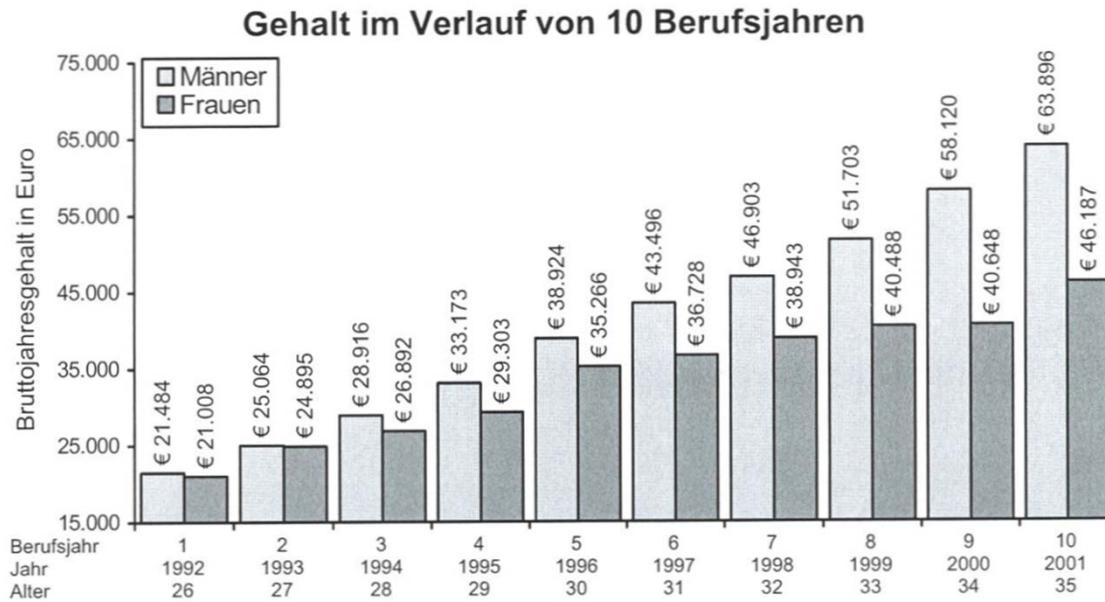


In the first-ever analysis of peer-review scores for postdoctoral fellowship applications, the system is revealed as being riddled with prejudice. The policy of secrecy in evaluation must be abandoned.

Sexism: demonstrated that women had to have 2.4 more merits than men to achieve the same evaluation, equivalent to 20 articles in peer review journals, in calls of the Swedish Academy of Medicine.

Nepotism: friendship bonus, acquaintance with a reviewer increased the likelihood of getting a grant, without such an acquaintance 65 IP more would be necessary

Strunk et al 2005



Parental leave and child care only explain
1/3 of loss in remuneration.



Gender Differences in the Salaries of Physician Researchers

Jagsi R, et al

JAMA. 2012;307(22):2410-2417.

Gender differences in salary exist in this select, homogeneous cohort of mid-career academic physicians, even after adjustment for differences in specialty, institutional characteristics, academic productivity, academic rank, work hours, and other factors.

Feminisation of Medicine?

Are Women Overinvesting in Education? Evidence from the Medical Profession.

M. Keith Chen, Judith A. Chevalier.

Journal of Human Capital, 2012; 6 (2): 124

The medical timebomb: too many women doctors?

Laurance J., Independent 2004

In Österreich

- 47% aller österreichischen ÄrztInnen
- 55% aller SpitalsärztInnen
- 37% aller niedergelassenen ÄrztInnen
- 59% der AllgemeinmedizinierInnen
- 38% der FachärztInnen
- 11% der PrimärärztInnen



PERSPECTIVE

When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead?

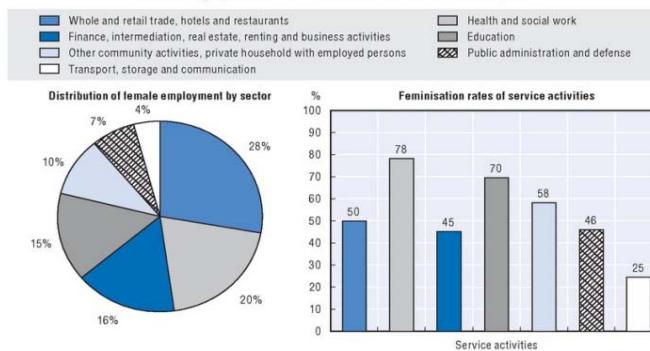
Wendy Levinson, MD, and Nicole Lutje, MD, MSPH

The profession of medicine is becoming feminized: The number of women enrolled in medical school and residency programs has increased dramatically over the past several decades. Some researchers have examined how women are faring in the profession,

care, the societal delivery of care, and the medical profession itself. We also consider the potential positive and negative consequences of a predominantly female physician workforce on these domains.

III.11. WHO IS IN PAID WORK?

Figure 11.3. Economic sectors with the highest feminisation rates are health and community services followed by education
Female employment in service activities in OECD countries, 2010



Source: OECD Employment Database 2012, www.oecd.org/employment/database, excluding France, Luxembourg and the United States.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932675899>

Women continue to choose different occupations from men (Chapter 9). In the 1990s, the development of new technologies and the change in the organisation of work were believed to be factors that could contribute to widening women's occupational choices (OECD, 1994). But Figure 11.4 shows that female employment in Europe is concentrated in fewer occupations than male employment, with gender differences varying across countries and little change over the last decade. Bettio and Verashchagina (2009) for Europe and Hegewisch *et al.* (2010) for the United States corroborate that since the mid-1990s there has been little change in "horizontal segregation" – i.e. where a workforce is made up chiefly of one gender, race, or other ascribed characteristic. In 2009, the greatest spread of female workers across occupations amongst European countries was in the Czech Republic, where ten occupations accounted for half of total employment. The comparably high diversification of female occupations in the Czech Republic is related to their past as communist regimes, while the subsequent move to a market economy has brought the shift back to a more traditional model of economic segregation (Box 11.2).

In addition to horizontal segregation, women across the world also face a "glass ceiling" or "vertical segregation issues" – i.e. where opportunities for career advancement for a particular gender, race, or other ascribed characteristics, are narrowed. On average, in OECD countries for which information is available, less than one-third of managers are women, with small variations across countries (Figure 11.5). The proportion of female managers is highest in France, Poland and the United States (35%). The proportion of women with managerial responsibilities is lowest in Luxembourg (21%). Overall, women face many more obstacles to promotion and reaching the top echelons of the corporate world than men do (Chapter 15).

WHY IS JOHN MORE LIKELY TO BECOME DEPARTMENT CHAIR THAN JENNIFER?

MOLLY CARNES, MD, MS, and (by invitation) CHRISTIE M. BARTELS, MD, MS, CAROL ISAAC, PhD, ANNA KAATZ, MPH, PhD, and CHRISTINE KOLEHMAINEN, MD, MS

MADISON, WI

ABSTRACT

This article reviews some of our research on how gender stereotypes and their accompanying assumptions and expectations can influence the careers of male and female physicians and scientists in a myriad of subtle ways. Although stereotype-based cognitive biases may be invisible and unintentional, they nevertheless shape the experiences of women in academic medicine in ways that frequently constrain their opportunities. We present research on the following: 1) subtle differences in the evaluation of male and female medical students as revealed through text analysis of written evaluations at a critical career juncture, 2) how cultural assumptions about the way men and women should and should not behave influence medical residents' experiences as leaders, and 3) how approaching gender bias among faculty in academic medicine, science, and engineering as a remedial habit can be successful in changing individual behaviors and in improving department climate.

Moss-Racusin, C et al,
Science faculty's subtle gender biases favor male students
PNAS 2012, 16474–16479

Faculty participants rated the male applicant as significantly more competent and hireable than the (identical) female applicant. These participants also selected a higher starting salary and offered more career mentoring to the male applicant. The gender of the faculty participants did not affect responses, such that female and male faculty were equally likely to exhibit bias against the female student.



NIH Public Access

Author Manuscript

Acad Med. Author manuscript; available in PMC 2013 April 1.

Published in final edited form as:
Acad Med. 2012 April ; 87(4): 506–512. doi:10.1097/ACM.0b013e318248f718.

Does Stereotype Threat Affect Women in Academic Medicine?

Diana Jill Burgess, PhD[Investigator at the Center for Chronic Disease Outcomes Research],

Department of Veterans Affairs Medical Center, and associate professor, Department of Medicine, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota

Anne Joseph, MD, MPH[Wexler Professor of Medicine and director],

Applied Clinical Research Program, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota

Michelle van Ryn, PhD, MPH[professor], and

Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota

Molly Carnes, MD, MS[director]

Center for Women's Health Research, University of Wisconsin-Madison and Meriter Hospital; professor, Departments of Medicine and Psychiatry, University of Wisconsin-Madison School of Medicine and Public Health; professor, Department of Industrial and Systems Engineering, and co-director, Women in Science and Engineering Leadership Institute, University of Wisconsin-Madison College of Engineering; and director, Women Veterans Health Program, William S. Middleton Memorial Veterans Hospital, Madison, Wisconsin

Miller, D. I et al
Women's Representation in Science Predicts National Gender-Science Stereotypes: Evidence From 66 Nations.
J Ed Psychology 2015, Vol. 107, No. 3, 631–644

Data from 350,000 participants in 66 nations indicated that higher female enrollment in tertiary science education (community college or above) related to weaker explicit and implicit national gender-science stereotypes. Higher female employment in the researcher workforce related to weaker explicit, but not implicit, gender-science stereotypes.

Familienfreundliche Maßnahmen

Vereinbarkeit von Familie und Beruf darf nicht als ein ausschließlich privates, sondern muss als gesellschaftliche und betriebliche Herausforderung verstanden werden.

- Betriebliche Kinderbetreuung, unterschiedliche Kinderbetreuungsangebote (Ferien- und Notfallbetreuung, ...)
- Flexible Arbeitszeit
- Familiengerechte Dienstplanung
- Teilarbeitszeitmodelle unter den bestehenden Rahmenbedingungen wenig geeignet, um Klinikärztinnen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu entlasten.
- Telearbeit
- Wiedereinstiegsprogramme (Qualifikationserhalt, Kontakterhalt, ...)
- Väterkarenz
- Pflege von Angehörigen
- Individuelle Unterstützung: coaching, mentoring
- Serviceleistungen für Familien (Gesundheitsangebote, Elternseminare, ...)
- Incentives für familienfreundliche Maßnahmen

Strukturelle Maßnahmen

- strukturelle Institutionalisierung von Gleichstellungsthemen
- Verankerung in der Unternehmenskultur und Bekenntnis der Leitungsebene
- Überprüf- und messbare Zielsetzungen
- Genderkompetenz fördern
 - Wissen über gesellschaftliche Konstruktionen von Ungleichheit
 - Bereitschaft zur Reflexion der eigenen Sozialisation, Einstellungen,...
 - Fähigkeit, mit Vielfalt im (beruflichen) Alltag umzugehen
 - Motivation, Chancengleichheit zu fördern
- Awareness-Kampagnen, Sichtbarkeit
- Antidiskriminierungsvereinbarungen (incl. sex. Belästigung)
- Gender Budgeting
- Auswahl- Bewerbungsverfahren, geschlechterfaire Instrumente
- Transparenz
- Incentives für geschlechtssensible Maßnahmen
- Fokus auf Gemeinsamkeiten – nicht auf Unterschiede

Arbeitsplatzbedingungen Generation Y Gemeinsamkeiten von Ärztinnen und Ärzten

- Angemessene und faire Entlohnung, finanzielle Anreize und finanzielle Sicherheit
 - ➡ wichtige, aber nicht ausreichende Bedingung für Jobzufriedenheit
- Arbeitsplatzumgebung (professionelle Autonomie, Workload, Unterstützung, flache Hierarchien)
- Work-life Balance
- Dual career
- Kontinuierliche Weiterbildung
- Professionelle Entwicklung, Karriereentwicklung (Mentoring, Supervision, ...)
- Partizipation, Transparenz



Bridging the Gap

- Focus on similarities rather than on differences
- Recognize shared values and goals
- Avoid racial, cultural, sexual, generational and gender stereotypes
- Recognize diversity of needs; foster transparency; increase faculty collaboration
- Modulate implicit stereotypes about gender and leadership by raising awareness and tools to improve decision-making
- Establish a culture that fosters work-life integration and development to recruit, retain, advance the most talented physicians and scientists in academic medicine
- Recognize that change does occur

A new McKinsey Global Institute report finds that \$12 trillion could be added to global GDP by 2025 by advancing women's equality. The public, private, and social sectors will need to act to close gender gaps in work and society.