

„Die Medizin braucht mehr weibliche Führung“

Frauen sind in medizinischen Führungspositionen unterrepräsentiert. Christina Venzin beschäftigt sich mit der Frage, wie Führung in der Medizin in Zukunft aussehen soll. Kreativität und Mut sind gefragt.

Der Anteil weiblicher Medizinstudierender liegt derzeit in Deutschland bei etwa 70 Prozent. Sind Frauen in Führungspositionen trotzdem noch rar?

Der Anteil der Medizinstudentinnen ist erst in den letzten 20 Jahren rapide angestiegen, in der Altersgruppe über 45 Jahren ist also der Anteil der männlichen Ärzte noch immer höher. Bei den über 55-jährigen Ärzten gibt es z.B. doppelt so viele Männer wie Frauen. Dennoch: Chefarzt-Positionen werden dann nicht etwa zu einem Drittel von Frauen besetzt, sondern nur ca. 13%, was bei aller Demografie einer deutlichen Unterrepräsentation entspricht. Noch gravierender fällt dies in der Altersgruppe der unter 45-jährigen Mediziner auf: Ärztinnen überwiegen in dieser Gruppe bereits, dennoch sind nur ca. 30% der Oberarztpositionen in Deutschland von Frauen besetzt.

Welches sind die Gründe dafür?

Die Gründe hierfür sind neben der vielzitierten schlechteren Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch unterschiedliche gesellschaftliche Erwartungen an Frauen und Männer, nicht nur im Medizinberuf. Ich habe diese in einer kürzlich erschienenen Publikation die „Stolpersteine der Gendernormen“ genannt, da diese den Weg für Frauen zur Führungsposition erschweren.

Lassen sie mich „Gendernormen“ kurz erklären: Mit einer Person in Führungsposition verbindet man Attribute wie „durchsetzungsstark, entscheidungsfreudig, gut vernetzt“ - Eigenschaften, die wir in unserer westlichen Kultur eher mit Männern assoziieren. Wenn Frauen diese Eigenschaften aufweisen, werden sie oft als kratzbürstig und unsympathisch wahrgenommen, da man von Frauen eher Fürsorge und Selbstlosigkeit erwartet. Damit entsteht für Frauen ein unerfüllbares Dilemma.



Die ersten Stolpersteine liegen dann schon beim Rekrutierungsverfahren auf dem Weg.

Richtig. Aus der Wirtschaft weiß man, dass Frauen sich auch aus Furcht vor psychologischen Sanktionen (Ablehnung, Sympathieentzug) nicht in Kadergremien wählen lassen. Davon abgesehen: Wie viele Kaderpositionen sind in der Medizin in Deutschland z.B. in Teilzeit ausgeschrieben?

Wenn Frau sich dann dennoch zu einer Bewerbung wagt, stellen Auswahlverfahren die nächste Hürde dar: Eine Studie zeigte, dass Frauen höheren Maßstäben in Bewerbungsverfahren genügen mussten und das Führungspotenzial bei Frauen häufiger übersehen wurde. Bei Mitarbeitergesprächen wiederholt sich dieses Muster dann: Frauen müssen das Erreichte nochmals beweisen, zudem unterstellt man ihnen weniger Karriereambitionen, wenn sie eine Familie haben.

Autorin Dr. med. Christina Venzin hat eine über 10-jährige Führungserfahrung als leitende Ärztin und Leitung der Nephrologie/Dialyse am Spital Davos. Ihre Spezialgebiete sind Führung, Gender, interprofessionelle Zusammenarbeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie ist als Dozentin über college-m.ch erreichbar.

Man hat das Gefühl, dass das hierarchiefreie Arbeiten und die New-Work-Konzepte in der freien Wirtschaft wesentlich verbreiteter sind als im Gesundheitswesen. Warum hat man es da noch so oft mit tradierten Rollenverständnissen zu tun?

Der Hauptgrund liegt wohl in der Tatsache, dass die Behandlung von Patient:innen hohe Sicherheit und Verlässlichkeit erfordert. Da muss letztlich jemand „zuständig sein“. In dieser Hinsicht ist die Medizin vergleichbar mit der Luftfahrt: Eine flache Hierarchie würde wohl eher dazu führen, dass sich wenige Menschen freiwillig in ein Passagierflugzeug begeben würden. Hinzu kommt das Erfahrungswissen, das in der Medizin das erlernte Fachwissen ergänzt. Zu den meisten komplexen Krankheitsbildern gibt es kein Schema X, das man nachschlagen und anwenden könnte.

Ein weiterer Grund ist die juristische Verantwortung: Wenn etwas schiefgeht, steht letztlich der Leiter einer Abteilung dafür gerade, nicht der Assistenzarzt oder die junge Oberärztin allein. Nichts desto trotz wären flachere Hierarchien durchaus möglich und wünschenswert. Im Schweizer Gesundheitswesen beispielsweise, sind die Hierarchien bereits bedeutend geringer spürbar, als dies in Deutschland der Fall ist. Gerade Unispitäler tun sich diesbezüglich besonders schwer, was wiederum am gleichzeitigen Auftrag als „Ausbildungsstätte, Versorgungsstätte und Forscherstätte“ liegt - ein ganz eigenes Thema!

Neuere Arbeitsmodelle finden sich im Gesundheitswesen vor allem, wenn es um Projekte und Innovationen geht. Man könnte sich durchaus vorstellen, dass vermehrter Umgang mit neueren Arbeitskonzepten im Rahmen von Projekten auch kreativere Ideen fördert - dort, wo die Medizin sie dringend bräuchte, z.B. in Hinblick auf Teilzeitmodelle.

Junge Assistenzärzt:innen müssen sich für eine Facharzttrichtung entscheiden. Müssen sie auch bereits zu Beginn ihrer medizinischen Karriere wissen, ob sie später eine Führungsposition innehalten wollen?

Grundsätzlich ist es natürlich immer von Vorteil, wenn man ein klares Ziel vor Augen hat, je früher, desto besser. Aus

meiner Erfahrung heraus haben jedoch die wenigsten jungen Ärztinnen und Ärzte schon konkrete Vorstellungen, wie ihre berufliche Karriere oder ihr Privatleben in 10-20 Jahren aussehen soll - ich nehme mich da nicht aus! Meiner Meinung nach sollten sich bereits Studierende mit dieser Frage beschäftigen, sich aber nicht auf eine einzige Fahrbahn beschränken. Hilfreich wäre es sicher, wenn das Thema Führung bereits im Studium thematisiert würde. Später finden sich die meisten Oberärztinnen und Oberärzte in einer Position wieder, auf die sie ausschließlich im medizinischen Sinne, nicht aber in Sachen Führung vorbereitet sind.

Erscheint der Chefarzt-Posten für junge Ärzt:innen eventuell sogar unattraktiv?

Offenbar finden in Deutschland mittlerweile nicht nur Ärztinnen den Chefarzt-Posten unattraktiv, es fehlt gänzlich an Bewerbungen jeglichen Geschlechts. Einer der Hauptgründe ist wohl, dass zunehmendes wenig attraktiv erscheinendes Multitasking von diesen Personen gefordert ist: Medizinische Expertise muss gepaart sein mit ökonomischen Kenntnissen und Leadership, in den universitären Häusern kommen Forschung und Lehre noch dazu! Da Ärzte und Ärztinnen durch das Studium und die Weiterbildung fast ausschließlich mit medizinischen Kenntnissen ausgestattet werden, fehlen die anderen Expertisen naturgemäß und müssten in Selbstregie und Aufbaustudiengängen selbst erarbeitet werden.

Was wäre ein Weg aus dem Dilemma?

Eine mögliche Lösung wäre eine Art „tenure-track“ für diejenigen, die sich eine Kaderposition vorstellen können. Dazu würden dann obligatorische Leadership-Angebote und Vermittlung ökonomischer Grundkenntnisse im Spezialbereich des Gesundheitswesens gehören. Auch Jobsharing-Modelle in höheren Kaderpositionen könnten nicht nur Ärztinnen ansprechen. Umfragen zeigen, dass auch die männlichen Kollegen sich eine Zukunft in Teilzeit vorstellen. Die Tage des Modells „120% arbeitender Mann im weißen Kittel“ sind gezählt. Da heißt es nun, frühzeitig alternative Modelle zu erarbeiten und auszuprobieren! Kreativität und Mut in Hinblick auf Arbeitsmodelle sind gefragt, wenn wir die Medizin in eine erfolgreiche Zukunft führen wollen.

Werden Medizinstudierende im Studium ausreichend darauf vorbereitet, dass in medizinischen Teams auch Personalführung ein wichtiges Kriterium ist?

Bisher leider gar nicht! Hinzu kommt, dass das Medizinstudium uns nicht auf die Tätigkeit in ihrem praktischen Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen vorbereitet, Stichwort Interprofessionalität! Hier läge viel Potenzial.

Welche Positivbeispiele machen Ihnen Hoffnung, dass die Medizin auf dem richtigen Weg ist, was das Thema Female Leadership betrifft?

Wir sprachen vorhin über die Gendernormen in der Führung und das Modell „perfekter Arzt“. Ich betrachte es als großen Vorteil, dass es eben noch kein gesellschaftlich definiertes Bild von „der Chefärztin“ gibt. Genau das ermöglicht es uns, als Pionierinnen ein Bild zu gestalten - so etwas sollte doch Spaß machen! Auch sehe ich, dass sich Frauen in der Medizin immer mehr informell und formell austauschen. Jetzt bräuchte es noch ein wenig mehr Mut, um es den vereinzelt Beispielen zweier Chefärztinnen, die sich einen Posten teilen, nachzumachen!

Was raten Sie jungen Ärztinnen, die planen, im Laufe ihrer Karriere Chefärztin zu werden?

Ich würde ihnen 3 Dinge raten. Erstens sollten sie sich frühzeitig mit den Themen Leadership, Ökonomie im Gesundheitswesen beschäftigen, sowie Grundkenntnisse des Gesundheitssystems im jeweiligen Land erwerben. Zweitens, ein Netzwerk aufbauen - dazu gehört sowohl das Peer-Netzwerk, mit dem man sich im Verlauf auch mit dem Thema Jobsharing austauschen und ergänzen kann, sowie das Netzwerk derjenigen, von denen man lernen kann. Drittens, und das klingt jetzt banal, sollte man sich frühzeitig (also vor der Gründung einer Familie) mit dem Partner bzw. der Partnerin darüber unterhalten, wie man die Familienaufgaben so aufteilt, dass beide Beteiligten einer erfüllenden Karriere nachgehen können. Das Thema Forschung habe ich bewusst ausgeklammert - das ist ein ganz eigenes. Insgesamt rate ich allen angehenden Medizinerinnen und Medizinern mehr Kreativität und Mut, das künftige Bild „der Chefärztin“ mitzugestalten!