ZUM THEMA

Chancengleichheit für Ärztinnen im Krankenhaus

Interview mit der Gleichstellungsbeauftragten des Städtischen Klinikums, Dr. phil. Andrea Rothe

Die Medizin war bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts ein eindeutig männerdominiertes Fach. Dies hat sich in den letzten 20 Jahren geändert. Seit dem Jahr 2000 sind mindestens die Hälfte der Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin in Deutschland Frauen – und der Frauenanteil beim medizinischen Nachwuchs wächst immer weiter. Aktuell sind ca. 65 Prozent der Medizinstudenten weiblich, bei den Studienanfängerinnen und -anfängern sind es sogar 70 Prozent. Trotz dieser Entwicklung ist der Anteil der Frauen in Chefarztpositionen an deutschen Kliniken in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Er liegt lediglich bei zehn Prozent. Auch auf der Karrierestufe der Oberärzte ist noch keine Gleichstellung erreicht: Hier liegt der Frauenanteil zwischen 25 und 30 Prozent. Bei einer Tagung der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM), die Mitte Februar stattfand, wurde diskutiert, welche Strukturen im Krankenhaus verändert werden sollten, um mehr Chancengleichheit herzustellen und so mehr Frauen für ärztliche Führungspositionen zu gewinnen. Die MÄA sprachen mit der Gleichstellungsbeauftragten der StKM, Dr. phil Andrea Rothe, über die Gründe der Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen im Krankenhaus und über Möglichkeiten, dies zu ändern.

Frau Dr. Rothe, bei den Absolventen der Humanmedizin liegt der Frauenanteil bereits bei über 60 Prozent. Mit steigender Hierarchiestufe im Krankenhaus nimmt dieser Anteil aber konstant ab – bis auf ca. zehn Prozent bei Chefarztpositionen. Wie ist das zu erklären?

Das hat verschiedene Gründe. Früher hat man immer gesagt, wenn es irgendwann nur genügend qualifizierten weiblichen Nachwuchs in einem bestimmten Berufsfeld gibt, dann würden die Frauen aufgrund der Demografie quasi automatisch in die Führungspositionen nachrutschen. Diese Annahme hat sich als falsch erwiesen. Schon vor 15 Jahren haben Frauen etwa die Hälfte der Medizinabschlüsse in einem Jahrgang gemacht. Die Absolventinnen waren damals etwa 30 und sind inzwischen 40 bis 45 Jahre, haben also das ideale Alter, um Chefärztin zu werden. Aber der Frauenanteil bei Chefarztpositionen liegt seit Jahren bei etwa zehn Prozent. Da passiert nichts. Im ärztlichen Bereich tut sich da noch weniger als in anderen wissenschaftlichen Disziplinen. Die Medizin ist immer noch sehr hierarchisch und sehr patriarchal – und die Kultur, die in diesem Bereich herrscht, ist sehr traditionell. Auch die Arbeitsbedingungen sind noch sehr unflexibel. Eigentlich braucht man eine Hausfrau im Hintergrund, um den Job machen zu können.

Können Sie diese Kultur genauer schildern?

In der Medizin sind sehr zielstrebige Karrieren gewünscht. Jede Unterbrechung der Berufstätigkeit wird als großes Manko angesehen – so wird es mir jedenfalls von Betroffenen geschildert. Auch das Alter

Dr. phil. Andrea Rothe studierte an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) Amerikanistik, Psychologie und Kommunikationswissenschaft. Im Anschluss promovierte sie an der Freien Universität Berlin in Politikwissenschaft und Soziologie. Schwerpunkte ihrer Forschung und Berufstätigkeit sind Frauen- und Geschlechterforschung, Gleichstellung und Vielfalt. Seit 2008 ist Rothe Stabsstellenleitung Betriebliche Gleichbehandlung bei der Städtisches Klinikum München GmbH, zuständig für die Themen Gleichstellung und Vielfalt.

spielt bei der Besetzung von Führungspositionen eine große Rolle. Neu ernannte Chefärztinnen und Chefärzte sind heute nicht mehr 50 oder 55 Jahre alt, sondern in der Regel zwischen 40 und 45. Das können Frauen mit Familienverantwortung kaum schaffen. Frauen haben häufig nicht diese ganz geraden Lebensläufe und das wird ihnen dann angekreidet. Dann heißt es: Das sind nicht so gute Mediziner, weil sie über einen gewissen Zeitraum nur 50 Prozent oder 75 Prozent gearbeitet haben. Dieser Anspruch, dass der ärztliche Beruf eine Berufung ist, neben der keine andere Tätigkeit möglich ist, ist im medizinischen Bereich noch höher als beispielsweise in der Geologie oder selbst in den Ingenieurwissenschaften.

Mit welchen Maßnahmen könnte man Änderungen herbeiführen?

Man muss an verschiedenen Hebeln ansetzen. Ganz wichtig ist, dass sich die oberste Führungsebene der Klinik wirklich für Gleichstellung einsetzt. Das muss top-down passieren. Es müssen Ziele formuliert werden, die messbar sind, damit man den Erfolg von einzelnen Maßnahmen nachweisen kann. Für das Erreichen von Zielvereinbarungen, z. B. das Erfüllen einer bestimmten Frauenquote, sollte man auch monetäre Anreize schaffen. Außerdem braucht man Expertinnen und Experten im Haus, also Gleichstellungsbeauftragte oder Frauenbeauftragte, die die Unternehmensleitung unterstützen und die von der Unternehmensleitung ernst genommen werden. Ganz entscheidend ist auch eine Kultur im Unternehmen zu fördern, die Chancengleichheit aktiv unterstützt, also nicht nur top-down, sondern auch bottom-up.

Woran ist das bisher gescheitert?

Es gibt bisher zu wenig weibliche Vorbilder in der Medizin. Die Forschung zeigt: Man braucht 30 Prozent Frauen in einer Führungsebene, um eine eigene Kultur dort hineinzubringen. Man muss also daran arbeiten, mehr Frauen in Führungsposition zu bekommen. Im oberärztlichen Bereich sind wir jetzt bei etwa 25 bis 30 Prozent Frauenanteil – und man merkt, dass Themen wie Teilzeit plötzlich keine Tabuthemen mehr sind. Auch die männ-

lichen Oberärzte, die Elternzeit nehmen wollen, erfahren nicht mehr so viel Ablehnung. Da passiert langsam etwas, was man vor zehn Jahren nicht für möglich gehalten hat.

Würde eine freiwillige Selbstverpflichtung der Krankenhäuser, mehr Frauen in Chefarztpositionen zu bringen, weiterhelfen?

Ich bin Politikwissenschaftlerin und Soziologin. Diese Fachbereiche beschäftigen sich schon seit 40 Jahren mit der Frauenquote. Da glaubt man schon lange nicht mehr, dass eine freiwillige Selbstverpflichtung zu irgendetwas führt. Es hat sich ja in den letzten Jahrzehnten gezeigt, dass wir mit Freiwilligkeit nicht wirklich viel erreicht haben. Ich bin für eine Quote, die man vielleicht besser „Zielvereinbarung" nennen sollte. Wir haben 65 Prozent Frauen, die das Studium erfolgreich abschließen. Was spricht dagegen, dass sie dann zumindest hälftig in den Führungspositionen vertreten sind? Nicht nur um eine Kulturänderung in der Medizin zu erreichen, sondern auch, weil das Entscheidungspositionen sind. Chefärztinnen und Chefärzte sind oft in berufsständischen Gremien und Verbänden vertreten und entscheiden dort mit über die Gesundheitsversorgung von morgen. Und die betrifft Frauen genauso wie Männer. Auch deswegen ist es wichtig, dass Ärztinnen in Führungspositionen paritätisch vertreten sind.

Vielleicht wollen gar nicht alle Frauen Chefärztinnen werden? Möglicherweise entscheiden sich viele Frauen bewusst für ein entspannteres Leben auf einer mittleren Karrierestufe?

Solche Frauen gibt es bestimmt. Aber wenn man junge Ärztinnen fragt, welche Karriere sie machen wollen, sagen sie normalerweise: „Ich möchte auf jeden Fall Oberärztin werden". Und ganz viele werden es ja trotzdem nicht. Sie weichen lieber in die Niederlassung aus, weil viele Bedingungen im Krankenhaus nicht passen. Untersuchungen haben gezeigt: Frauen steigen nicht deswegen nicht auf, weil sie es fachlich nicht schaffen, sondern weil die Bedingungen mit ihrem Leben nicht vereinbar sind. Wenn wir in den Führungspositionen die Klügsten haben wollen, müssen wir Bedingungen schaffen, die alle motivieren, im Krankenhaus zu bleiben. Wenn die Bedingungen so sind, dass ich eine Hausfrau im Rücken brauche, die sich um die ganze Sorgearbeit zuhause kümmert, bekommt man in den Führungspositionen nicht nur hauptsächlich Männer, sondern auch immer denselben Männertyp. Es gibt schließlich auch immer mehr Männer, die einen aktiven Anteil an dieser Sorgearbeit haben wollen. Und die haben es auch schwer.

Bei der Tagung „Chancengleichheit für Ärztinnen im Krankenhaus" wurde diskutiert, wie man die Strukturen im Krankenhaus ändern kann. Mit welchen Ergebnissen?

Die Ärztinnen und Ärzte wünschen sich klare Arbeitszeitmodelle nach einer Familienpause, zwischen denen sie wählen können und die für alle Beteiligten Verlässlichkeit bieten. Das würde den Wiedereinstieg erheblich erleichtern. Viele Betroffene befürworten auch ein Kontakthalten in der Familienpause, nicht nur auf persönlicher, sondern auch auf medizinischer Ebene, damit eine Entfremdung vom Arbeitgeber gar nicht erst eintritt. Andere haben gesagt: Es wäre wichtig, dass die Chefs ganz am Anfang der fachärztlichen Weiterbildung mit den Weiterbildungsassistenten das gesamte Curriculum durchsprechen und klar benennen, in welcher Phase eine Familienplanung gut möglich ist und in welcher Phase eine Arbeit in Teilzeit sehr ungünstig wäre. Auch die Haltung gegenüber Teilzeitwünschen oder die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie sollte sich ändern. Solche Wünsche sollten nicht von Vorneherein als problematisch angesehen werden, sondern mit einer positiven Haltung besprochen werden. Auch die Solidarität unter den Ärzten muss sich offenbar verbessern. Die Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten wollen, berichten, dass häufig gar nicht so sehr die Chefärzte kritisch sind, sondern gleichgestellte männliche Kollegen mit Kindern.

Sie haben in der StKM ein Mentoring-Programm aufgelegt. Was hat es damit auf sich?

Mit dem Mentoring-Programm sprechen wir gezielt Ärztinnen an, die den Schritt zur Oberärztin oder leitenden Oberärztin machen wollen. Das Programm besteht aus drei Elementen: Das ist einmal die Mentoring-Beziehung zwischen der Ärztin und einem Mentor, also einem Chefarzt oder einer Chefärztin im Unternehmen. Das zweite Element sind spezielle Schulungen für die Mentees zu den Themen Führung, Selbstvertrauen oder Konfliktmanagement. Die dritte Ebene ist die Netzwerkarbeit. Unter der Schirmherrschaft des medizinischen Geschäftsführers ist es uns im vergangenen Jahr gelungen, etwa fünfzehn potenzielle Mentoren zu finden und zehn Mentoring-Paare zusammenzustellen. Auf der Tagung haben einige Mentees und eine Mentorin über ihre Erfahrungen mit dem Programm berichtet – und die sind durchwegs positiv. Eine Ärztin ist bereits Oberärztin geworden. Es geht also voran.

Bei der Tagung war auch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) eingeladen. Wie könnten die Kammern dazu beitragen, dass mehr Frauen im Krankenhaus in Führungspositionen kommen?

Der entscheidende Abschnitt für den „Frauen-Knick" ist die fachärztliche Weiterbildung. Vor der Weiterbildung hat man überall mehr Frauen als Männer in der Medizin, bei den Karriereschritten danach sinkt der Frauenanteil ab. Wir hätten gerne, dass die Ärztekammer als „Wächterin der Weiterbildung" prüft, ob zum gleichen Zeitpunkt in der Ausbildung Frauen und Männer gleich weit sind. Bei der Evaluation der Weiterbildung (EVA) der Kammern werden die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zwar unter anderem nach der Betriebskultur gefragt, die Antworten werden aber nicht nach Geschlecht ausgewertet. Es gibt Vermutungen, dass es hier teilweise zu Ungleichbehandlungen kommt. So gibt es beispielsweise die Annahme – die aber im Moment nicht belegt ist –, dass in der Chirurgie Frauen, wenn sie über 30 sind – auch wenn sie in Vollzeit arbeiten –, weniger gefördert werden als Männer und deswegen länger brauchen. Dass sie also bei gleichen Bedingungen trotzdem benachteiligt sind. Ich würde mir beispielsweise wünschen, dass die Ärztekammer solchen Annahmen im Rahmen der Weiterbildungsevaluation einmal genauer nachgeht.

Mit Dr. phil. Andrea Rothe
sprach Dr. phil. Caroline Mayer

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter
www.aekbv.de/muenchner-aerztliche-anzeigen/maea-leitartikel.html