

# Dr. Brinkmanns Töchter

**Gleichberechtigung** Im Gesundheitswesen arbeiten zunehmend mehr Frauen. In den Führungspositionen sind sie jedoch noch in der Unterzahl. Von ausgewogenen Verhältnissen würden auch Patienten profitieren

**B**ilder im Kopf sind hartnäckig. Sie sind schwer zu entfernen. Weder mit einem minimalinvasiven Eingriff noch mit einer mehrstündigen komplexen OP. Dr. Stefanie Veit weiß das, sie ist Chirurgin, genauer gesagt: Thoraxchirurgin. Ihr Fach beschäftigt sich damit, wie ein Operateur elegant an schwer zugängliche Stellen im Brustkorb kommt, um zum Beispiel Tumore an der Lunge zu entfernen. Aber die Bilder über ihren Beruf, sagt sie, die sitzen eben woanders.

„Manche Menschen hören das Wort Chirurg und haben einen älteren Herrn im weißen Kittel vor Augen.“ Einen Professor Brinkmann aus der „Schwarzwaldklinik“. Der Chefarzt aus dem Fernsehen ist ein Klischee der 80er-Jahre. Doch eines, das in der Realität des deutschen Gesundheitswesens immer noch oft anzutreffen ist.

Dabei sind fast die Hälfte aller Ärzte in Deutschland Frauen, laut Bundesärztekammer etwa 48 Prozent. In den Hörsälen sind Frauen schon länger in der Mehrheit, 2019 waren es fast zwei Drittel der Studierenden. Weiter oben auf der Karriereleiter stehen aber immer noch vor allem Männer. Nach

Angaben des Deutschen Ärztinnenbundes ist nur ein Viertel der Leitungsfunktionen in deutschen Krankenhäusern mit Frauen besetzt. Chefarztposten sind zu 90 Prozent in Männerhand.

Dr. Stefanie Veit gehört daher irgendwie zu einer Minderheit. Die Chirurgin ist Chefärztin und leitet am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main die Klinik für Thoraxchirurgie. Gerade die Chirurgie gilt immer noch als Männerdomäne, auf vier Männer mit diesem Facharzt kommt in Deutschland nur eine Frau. Chefärztinnen sind noch rarer, außer Veit gibt es in Deutschland nur drei weitere Frauen in ihrer Fachrichtung in einer solchen Position. Doch sie ist sich sicher, dass sich gerade etwas bewegt. Es kommen mehr Ärztinnen nach, die Arbeitszeiten in der Thoraxchirurgie sind planbarer als in der Unfallchirurgie, der Kontakt zum Patienten und der Austausch mit anderen Fachrichtungen sind besser. Für Frauen in der Medizin ist das attraktiv. „Und für die Patienten ein Vorteil“, ist Veit überzeugt.

Dass ausgewogene Geschlechterverhältnisse nicht nur aus Gründen der Fairness eine gute Sache sind, das konnten Untersuchungen aus der

Wirtschaft eindrucksvoll belegen: Arbeiten Männer und Frauen auf allen Hierarchie-Ebenen zusammen, dann sind die Ergebnisse oft besser. Eine aktuelle Studie der Unternehmensberatung McKinsey analysierte 1039 Unternehmen in 15 Ländern, darunter DAX-Konzerne und 35 deutsche mittelständische Firmen.

**D**ie Unternehmen, in deren Führungsteams etwa gleich viele Männer und Frauen vertreten waren, zählten wesentlich öfter zu den überdurchschnittlich profitablen. Auch in der Medizin gibt es einige Studien zur Frage, wie sich ein höherer Frauenanteil auswirkt. Die Ergebnisse zeigen: Von Gleichberechtigung profitiert auch die Gesundheit. Eine Studie von 2018 ergab etwa, dass Frauen bessere Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt haben, wenn sie von einer Ärztin behandelt wurden. Eine Untersuchung der Universität Leipzig zeigte, dass Medizinerinnen die Kommunikation mit den Patienten verbessern. So waren Krebspatienten mit der Behandlung von Ärztinnen zufriede- →

ner, weil diese sich für Gespräche mehr Zeit nahmen.

Doch nicht nur in der „sprechenden“ Medizin könnten Patienten von mehr Frauen profitieren: Eine US-amerikanische Studie untersuchte 2018 das Verhalten von Chirurgen im Operationsaal. Die Forscher analysierten Videoaufzeichnungen von rund 200 Eingriffen und achteten darauf, in welchen Konstellationen von leitenden und einfachen Klinik-Angestellten soziales und kooperatives oder eher aggressives oder einschüchterndes Verhalten zu beobachten war.

Die Methode stammt eigentlich aus der Primatenforschung, aber sie lieferte auch für die Hochleistungsmedizin interessante Ergebnisse. Stand an der Spitze des Ärzteteams im OP ein Mann, dem auch nur Männer zuarbeiteten, kam es besonders oft zu Impniergehabe; während des Eingriffs wurde eher geflucht und geschrien. In gemischten Teams, insbesondere wenn sie von Frauen geleitet wurden, kam es viel seltener zu solchen Verhaltensweisen.

**D**ass Kooperation am OP-Tisch sich positiv auf das Ergebnis auswirkt, weiß Stefanie Veit aus eigener Erfahrung. „Bei einer OP stehen Sie oft stundenlang sehr dicht beieinander. Da spielt die Stimmung im Team natürlich eine Rolle, egal wie professionell und diszipliniert Sie arbeiten.“

Ein Fachgebiet, in dem der Unterschied zwischen Frauen an der Basis und in Führungspositionen immer noch besonders groß ist, ist ausgerechnet die Frauenheilkunde. Erst im

Jahr 2000 bekam eine Frau eine Professur für Frauenheilkunde – zum ersten Mal überhaupt in der deutschen Geschichte. Dabei sind heute etwa acht von zehn Fachärzten in der Gynäkologie Frauen.

Dass ihr Fachgebiet beim weiblichen Ärztenachwuchs so beliebt ist, kann Katharina Hancke, Professorin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Universitätsklinik in Ulm, gut verstehen. „Es ist wahnsinnig spannend und vielseitig, ich würde mich sicher sofort wieder dafür entscheiden.“

Für sie ist es „nur eine Frage der Zeit“, bis sich der hohe Frauenanteil bei den Abschlüssen auch in den Führungspositionen niederschlägt. Schon jetzt bewege sich einiges: „Vor allem dann, wenn man unter den Kollegen und Chefs auch Männer hat, die ein anderes Verständnis für Geschlechterrollen und Familie mitbringen.“ Denn auch sie könnten Zeichen setzen: „Wenn etwa mehr Männer Elternzeit nehmen, nicht für einen Urlaub, sondern damit ihre Frauen wieder in den Job einsteigen können, dann ist das ein wichtiges Signal.“

Noch schneller als die Gesellschaft müssten aber die Arbeitgeber reagieren: „Krankenhäuser müssen sich da was einfallen lassen – denn bei uns sind die Frauen jetzt schon in der Mehrheit“, sagt Hancke.

Es ist ungefähr das Gegenteil von dem, was Dr. Viktoria Bogner-Flatz, Oberärztin für Unfallchirurgie und ärztliche Leiterin des Rettungsdiensts der Landeshauptstadt München, täglich erlebt. Etwa wenn sie eine morgendliche Teamsitzung mit den Führungskräften aus dem Rettungsdienst oder der Feuerwehr hat. „Da eröffne

ich die Runde eigentlich immer mit: „Guten Morgen, die Herren!“ Außer ihr ist fast nie eine Frau anwesend. Will man ein Klischee bedienen, dann ist auch die Unfallchirurgie eine Fachrichtung, in der es eher rustikal zugeht. Eine Disziplin für Macher und Adrenalin-Junkies. Ist das ein Grund für die bisherige Männerdominanz? Bogner-Flatz lacht. Natürlich seien im Rettungsdienst andere Fähigkeiten gefordert als vielleicht in der Radiologie. „Das hat aber nichts mit dem Geschlecht zu tun.“

**E**in Thema, das sich dagegen nicht vom Geschlecht trennen lässt, ist die Vereinbarkeit von Familien- und Karriereplanung. Beides unter einen Hut zu bekommen ist in der Chirurgie kein Selbstläufer. Das hat schon mit der Ausbildung zu tun: Wer das Medizinstudium abschließt, ist meist um die 26, dann folgen sechs Jahre Facharztausbildung. „Dann sind Sie 32 und waren ohnehin schon ziemlich schnell“, sagt Bogner-Flatz. Ein Kinderwunsch während der Facharztausbildung werde für manche junge Ärztin „zur mittleren Katastrophe“. „Während der Schwangerschaft kann man kaum operieren.“

Keine Operationen heißt auch: Weniger nachgewiesene OPs, die jeder Arzt vor der Prüfung zum Facharzt gemacht haben muss. „Wer danach länger zu Hause bleibt und in Teilzeit wiederkommt, ist erst mal ziemlich lange raus. Dabei ist Übung in unserem Beruf einfach alles.“

Viktoria Bogner-Flatz bekam ihr erstes Kind nach der Habilitation. →

„Da war ich schon Oberärztin und konnte in genau dieser Position wieder einsteigen.“ Doch eine längere „Babypause“ ist in Führungspositionen meist nicht drin: „In der Klinik muss man einfach dranbleiben.“

**D**ie Ärztinnen oben auf der Karriereleiter wissen um ihre Verantwortung. Auch als Wegbereiterinnen. Wer bestimmen kann, wie Dienstpläne ausgestaltet werden, hat die Chance, die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ein Stück weit flexibler zu gestalten. Etwa wenn es um Arbeit in Teilzeit geht. Beliebt sind solche Modelle in vielen Kliniken bislang nicht. Denn für Führungskräfte ist es oft bequemer, Dienstpläne mit Vollzeitkräften zu besetzen.

Aus ihrer Erfahrung heraus weiß die Ulmer Professorin Katharina Hancke jedoch: „Das klappt auch mit Teilzeitkräften prima.“ Als Chefin achtet sie darauf, dass Aufgaben in ihrer Abteilung gerecht verteilt werden. Doch Gleichberechtigung ist eben nicht nur beruflich ein Thema, sondern auch im Privatleben: „Solange dort das meiste an den Frauen hängenbleibt, werden es eher Männer sein, die Vollzeit an ihrer Karriere arbeiten.“

Medizinerinnen, die heute schon in Führungspositionen sind, haben auch die Ärztinnen von morgen im Blick. „Es wäre doch schön, wenn bald jede junge Kollegin aus dem Stegreif drei Chefärztinnen nennen könnte, von denen sie sagt: Wenn ich mal Karriere mache, will ich auch so werden – fachlich und menschlich“, sagt die Frankfurter Thoraxchirurgin Stefanie Veit.

Foto: LMU Klinikum

Es sind also viele Stellschrauben, an denen gedreht werden muss, bevor es in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Medizin mehr Frauen gibt. Das gilt ebenso in der Wissenschaft.

Bis heute gebe es etwa keine gesetzliche Quotenregelung für Berufungskommissionen an Universitäten, beklagt Gabriele Kaczmarczyk, Gastprofessorin an der Berliner Charité und Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes. Die Kommissionen treffen wichtige Personalentscheidungen, etwa an welchen Bewerber ein Lehrstuhl vergeben wird.

**F**rauen sind in diesen Kommissionen fast immer in der Unterzahl, und auch das hat Folgen: „Männer fördern eher Männer – das zeigen die Daten und die Erfahrung.“ Der Frauenanteil bei den Professoren wächst bislang nur langsam. 2016 wurden lediglich zehn Prozent der wichtigsten Klinik-Lehrstühle in den 36 deutschen Universitätskliniken von Frauen geleitet, aktuell

sind es 13 Prozent. „Wenn es in dem Tempo weitergeht, sind wir erst 2052 am Ziel“, sagt Gabriele Kaczmarczyk. Das Ziel ist die Parität, also ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis.

Das bisherige Ungleichgewicht wirkt sich auf die klinische Forschung aus und auf die Themen, die in der Medizin beforscht werden. Schon länger ist bekannt, dass etwa Medikamente bei Männern anders wirken als bei Frauen. Bislang sind es häufig eher Frauen, die solche Geschlechterunterschiede im Blick behalten.

Das gilt auch, wenn Expertengremien zusammenkommen, um aus Forschungsergebnissen Leitlinien zu formulieren – wie Ärzte und Ärztinnen etwa Herzkrankheiten am besten behandeln sollten. Solange diese Gremien überwiegend mit Männern besetzt sind, wird sich das auf die Behandlungsempfehlungen auswirken. Für Patientinnen kann das dann mehr ausmachen als nur einen „kleinen Unterschied“.