

Autor: Fragen: Tilmann Grewe
Seite: 10
Ressort: Lokales
Seitentitel: Nürnberg
Ausgabe: Hauptausgabe
Weblink: www.nordbayern.de

Gattung: Tageszeitung
Jahrgang: 2016
Auflage: 24.057 (gedruckt) 22.569 (verkauft)
 23.309 (verbreitet)
Reichweite: 0,08 (in Mio.)

NZ-Gespräch mit der langjährigen Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Kliniken brauchen weibliche Chefs

Krankenhäuser sind Männerbetriebe. Zumindest auf der Führungsebene. Im Schnitt beschäftigen die Kliniken rund 50 Prozent Assistenzärztinnen, aber nur 30 Prozent der Oberärzte sind weiblich und etwa zehn Prozent der Chefärzte. Die Gründe dafür liegen in gesellschaftlichen Strukturen, sagt

Dr. Astrid Bühren. Seit Jahrzehnten tritt die langjährige Präsidentin und heutige Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes für Veränderungen ein. Beim **Klinikum Nürnberg** war sie jetzt deshalb für ein Symposium zu Gast. Ein NZ-Gespräch.

NZ: Frau Dr. Bühren, im Medizinstudium sind sechs von zehn Studierenden weiblich. Aber nur jeder zehnte Chefarztstuhl wird von einer Frau besetzt. Woran liegt das?

Dr. Astrid Bühren:

Dass mehr Frauen Medizin studieren, hat sicher damit zu tun, dass sie die besseren Abiturnoten haben. Zum anderen damit, dass für die Arzt-Patienten-Beziehung soziale und kommunikative Fähigkeiten und Fürsorge gefragt sind – also eigentlich urweibliche Tätigkeiten. Die entscheidenden Entwicklungen in Beruf und Familie fallen dann letztlich in die gleiche Zeit. Entsprechend ihrer biologischen Uhr müssen Frauen spätestens Ende 30 ihre Kinder bekommen, gleichzeitig finden in diesem Alter die entscheidenden Karriereschritte statt: Werde ich Oberärztin, leitende Oberärztin, bringe ich meine Habilitation zu Ende, und so weiter.

NZ: Befragungen zeigen, dass nicht wenige Ärztinnen traditionelle Muster anstreben: Sie wollen ihre Facharztweiterbildung absolvieren, dann Kinder bekommen, um später als niedergelassene Ärztinnen zu arbeiten.

Bühren:

Da müssten wir zuerst hinterfragen: Warum wollen sie das? Wir haben Studien, die ganz klar zeigen: Vor der

Geburt eines Kindes sagen viele Männer, dass sie nach der Geburt in ihrem beruflichen Engagement zurückstecken wollen. Nach der Geburt sind die Zahlen deutlich anders. Da wird wieder das klassische Brotverdiener-Modell gelebt, und der Frau bleibt dann im Interesse des Kindes oft nur die Teilzeittätigkeit. Die niedergelassene Tätigkeit als Selbstständige ist auch erstrebenswert.

NZ: Also ein Geschlechter-Problem?

Bühren:

Nein. Der einzige Unterschied zwischen Frauen und Männern auf der beruflichen Seite liegt beim Mutterschutz und beim Stillen. Alles andere ist nicht frauen-, sondern gesellschaftsspezifisch.

NZ: Was könnten also die Kliniken verändern, damit Ärztinnen bessere Aufstiegschancen bekommen?

Bühren:

Erstens indem eine Schwangerschaft nicht als Störung der Organisationsabläufe gesehen wird, sondern dass Reproduktion eine wünschenswerte gesellschaftliche Aufgabe ist. Uns gäbe es ja gar nicht mehr, wenn die Frauen keine Kinder mehr bekämen. Aber es gibt immer noch Frauen, die mit einem schlechten Gefühl und einem Schuldbewusstsein zum Vorgesetzten gehen und das Gefühl haben, gestehen zu müssen, dass sie schwanger sind. Das muss dringend aufhören. Der nächste Schritt besteht darin, als Arbeitgeber mit der Schwangeren zusammen genau zu überlegen: Wie können wir während der Schwangerschaft die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie bis zum Mutterschutz zum Beispiel weiter operieren oder eine Narkose verabreichen kann? Und wie können wir danach einen gestaffelten Wiedereinstieg gestalten, der allen gerecht wird?

NZ: Gibt es dafür Modelle?

Bühren:

Es gibt Kliniken privater Träger, die den

Ärztinnen beim Wiedereinstieg nach einem Jahr Geld geben, um die Kinderbetreuung mit zu finanzieren. An der medizinischen Hochschule Hannover bekommen Abteilungen dann mehr Geld, wenn es ihnen gelingt, Ärztinnen möglichst schnell wieder beruflich zu integrieren. Das gehören dann geeignete Rahmenbedingungen. Ich komme ja aus Murnau. In der Unfallklinik dort haben wir seit vielen Jahrzehnten eine Kinderbetreuung – an 365 Tagen im Jahr von 5.15 bis 21.30 Uhr. Dadurch haben wir zum Beispiel drei leitende Unfallchirurginnen mit Kind, was eher ungewöhnlich ist.

NZ: . . . und was entsprechende Kosten nach sich zieht.

Bühren:

Nein, eben nicht! Im Jahr 2004 habe ich unseren Verwaltungsleiter gebeten, das für die Unfallklinik Murnau einmal ausrechnen zu lassen. Dort hatte man immer gedacht, dass ein solches Modell bis zu einer Million Euro im Jahr kosten würde. Herausgestellt hat sich, dass es betriebswirtschaftlich sogar einen Gewinn bringt, wenn man alle Faktoren hineinrechnet.

NZ: Flexible Arbeitszeiten, Befreiung von Nacht- und Bereitschaftsdiensten und andere Hilfen entlasten junge Mütter – und ärgern womöglich Kollegen.

Bühren:

Teilzeitarbeit im Klinikbereich bedeutet natürlich nicht, dass die Betroffenen sich nur die angenehmen Zeiten aussuchen können. Zudem werden wir zum 1. Januar 2017 voraussichtlich ein neues Mutterschutz-Gesetz bekommen. Bisher durften Schwangere zum Beispiel nicht länger als bis 20 Uhr arbeiten. Aber es ist nirgends nachgewiesen, dass eine Arbeitszeit bis 22 Uhr für das Ungeborene gefährlicher wäre. Der Arbeitgeber wird insgesamt dazu verpflichtet, eine adäquate berufliche Tätigkeit auch während der Schwangerschaft

zu ermöglichen.

NZ: Also sind wir wieder bei gesellschaftlichen Strukturen.

Bühren:

Ja, wir sollten das alles gar nicht den Frauen zuschieben. Wenn sich die Väter bei einer Krankheit der Kinder genauso für die Kinderbetreuung freistellen lassen, wenn die Väter ebenfalls mit ihren Arbeitgebern besprechen, dass sie zum Beispiel montags, mittwochs und freitags das Kind in die Krippe bringen und dass sie dienstags und donnerstags pünktlich gehen müssen, weil sie das Kind abholen müssen – wenn wir das mehr hätten, dann wäre das Thema nichts Frauenspezifisches.

NZ: Haben Sie selbst das so gelebt?

Bühren:

Ich hatte gar keine Alternative zu dem traditionellen Rollenmodell. Als ich in der Klinik angefangen habe, haben wir jeden Tag drei bis vier Überstunden gemacht, Teilzeitstellen gab es nicht. Das heißt, in dem Moment, in dem ich Mutter geworden war, sah ich keine Alternative zum vorübergehenden Berufsausstieg. Mein Mann ist Chirurg, wir sind exakt gleich alt, wir haben gleichzeitig Staatsexamen gemacht, wir haben beide im Ausland studiert. Als mir klar wurde, wie unterschiedlich dennoch unsere Berufs- und Lebenswege ab Geburt unserer gemeinsamen Tochter waren, da habe ich mir gedacht: Irgendetwas stimmt doch hier nicht. Und das

war mein Motor für mein berufspolitisches Engagement.

NZ: Muss also die Medizin weiblicher werden?

Bühren:

Die Medizin ist sowieso weiblich. 76 Prozent aller Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind weiblich. Unter den Hebammen gab es lange Zeit einen einzigen Mann, einen Entbindungspfleger. Dennoch galt als Normalität immer das Männliche. Dass die Professoren alle männlich waren, das war ebenfalls normal. Mein Leitsatz lautet: „Wir haben bisher nicht die Feminisierung der Medizin, sondern wir beginnen die Normalisierung der Maskulinisierung der Medizin.“ Bei den Berufseinsteigern überwiegen in der Tat die Ärztinnen, bis zu knapp 65 Prozent. Für mich zählt aber nicht, wer besonders fleißig die Stationsarbeit macht, sondern welche Personen entscheiden, wie in unserer Klinik behandelt wird, und wo angesichts knapper Ressourcen das Geld landet. Ich fände es erstrebenswert, dass wir auf allen Ebenen eine hälftige Struktur zwischen Frauen und Männern bekommen.

NZ: Das wäre ja auch eine Voraussetzung für eine Gender-Medizin, also die geschlechtsspezifische Betrachtung von Krankheiten und deren Behandlung.

Bühren:

Die Verteilung zwischen Patienten und Patientinnen ist unter dem Strich halbe-

halbe. Das heißt, die unterschiedlichen Blickwinkel für Lebenszyklen und Lebensphasen zwischen Frauen und Männern sollten ebenfalls gleich verteilt sein. Neben vielen anderen Dingen ist ja auch die Gender-Medizin von Frauen auf den Weg gebracht worden. Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patienten und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

NZ: Für die Patienten ist das wahrscheinlich von Vorteil. Und für die Gesellschaft?

Bühren:

... hat das nicht zuletzt positive finanzielle Aspekte. Je früher die geschlechtsspezifische Behandlung beginnt und das adäquate Medikament verordnet wird, desto weniger und kürzere Krankschreibungen haben wir, desto weniger Kosten werden dadurch verursacht. Also bringt diese Betrachtungsweise dem Gesundheitswesen, der Wirtschaft, allen Vorteile.

#####

Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patientinnen und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

Dr. Astrid Bühren

Ganzseiten-PDF: nzl-lokal2-010-051216.pdf
Wörter: 1187
Urheberinformation: © 2016 NÜRNBERGER ZEITUNG