

„Für eine Kultur der Wertschätzung“ – Führung, Geschlecht, Generation

Interview mit Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk und Dr. Ulrike Ley



PROF. DR. KACZMARCZYK

ist Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Sie war jahrelang Frauenbeauftragte an der Charité und Sprecherin der Kommission Klinik der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an deutschen Hochschulen. Bis Oktober 2009 leitete sie den Master-Studiengang „Health and Society: International Gender Studies Berlin“ an der Charité. Im Februar 2010 wurde sie für ihr frauen- und gesundheitspolitisches Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.



DR. ULRIKE LEY

ist Sozialwissenschaftlerin und hat sich schon während ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit an der Philipps-Universität Marburg mit dem Thema „Frauen in Führungspositionen“ beschäftigt. Sie war selbst Führungskraft in der Wirtschaft und dort auch als Frauenbeauftragte tätig. Heute arbeitet sie im eigenen Unternehmen als Coach. An der Universitätsmedizin Mainz führt sie die Prozessbegleitung des Edith Heischkel-Mentoring-Programms durch und gibt zusammen mit Prof. Dr. Kaczmarczyk Führungskräftebildungen für Ärztinnen in Führungspositionen.

In den Medien kursiert seit jüngerer Zeit die Behauptung, die Medizin werde weiblich. Blickt man allerdings auf die Statistiken, so zeigt sich zwar, dass der Frauenanteil innerhalb der Medizin beständig wächst, die Führungs- und Entscheidungsposition jedoch weiterhin eine männliche Domäne sind. Wie würden Sie die These einer „Feminisierung der Medizin“ in Bezug auf dieses Missverhältnis kommentieren?

Kaczmarczyk: Für mich ist die Antwort völlig klar. Ich würde erst von einer Feminisierung der Medizin sprechen, wenn prozentual so viele Frauen auf Lehrstühlen in der Medizin sitzen, wie heute Medizin studieren. Wir haben heute über 60 Prozent Medizinstudentinnen und wir haben immer noch unter 6 Prozent Frauen auf klinischen Lehrstühlen in der Medizin. Und man kann meines Erachtens von einer Feminisierung erst dann sprechen, wenn in Spitzenpositionen die Frauen entsprechend ihrem

Anteil in den unteren Positionen vertreten sind. Das ist natürlich ein Prozess, der sich über Jahre hinziehen wird. Derzeit zu behaupten, die Medizin werde weiblich, ist bloße Angstmacherei.

Ley: Das sehe ich ganz genauso und ich denke, dass der Weg dahin nicht ohne eine Quote erfolgreich sein wird. Wir brauchen ganz klare gesetzliche Regelungen, andernfalls werden die Frauenanteile in Führungspositionen weiterhin gering bleiben. Wir müssen ja nur schauen, wo sich der Frauenanteil wesentlich verändert hat. Schaut man sich beispielsweise die Anteile der weiblichen Abgeordneten im Bundestag an, so hat es tatsächlich Veränderungen gegeben, als die Grünen die Quote eingeführt haben und die anderen Parteien gefolgt sind. Oder man schaut in andere Länder, zum Beispiel Norwegen. Die Quote kam bemerkenswerterweise von einer konservativen Regierung mit der Sanktionsandrohung, dass jene Unternehmen geschlossen werden, die die Quote nicht erfüllen. Widerstand machte sich mit der Behauptung breit, dass die Frauen einerseits gar keine Führungspositionen wollen und andererseits nicht qualifiziert genug sind. Im Zuge der daraufhin gestarteten Qualifizierungsoffensive zeigte sich, dass es mehr als genug Frauen gibt, die wollen und können, und dass auch Qualifizierungsbedarf bei etlichen Männern bestand. Oder das Beispiel der Telekom, deren selbstverordnete Quote von anderen Unternehmen belächelt wurde. Aufgrund des offensichtlichen Erfolges gemischtgeschlechtlicher Teams haben diese Unternehmen mittlerweile nachgezogen, wenn auch nicht durch die Quote, sondern beispielsweise durch Zielvereinbarungen.

Warum zeigt sich gerade der medizinische Sektor in den Führungsebenen denn so resistent gegenüber einer Gleichstellung von Männern und Frauen?

Ley: Frauen sind in der Medizin immer

noch viele Hindernisse in den Weg gestellt und ich kenne keinen Bereich, der so hierarchisch strukturiert ist, wie die Medizin.

Kaczmarczyk: Sie dürfen nicht vergessen, dass der medizinische Sektor historisch betrachtet eine reine Männerdomäne ist und Frauen vom Medizinstudium bis ins vergangene Jahrhundert noch ausgeschlossen waren. Diese patriarchalischen Strukturen finden sich bis heute in der Medizin. Zudem mangelt es an Vorbildern für Frauen, den sie nacheifern könnten, um zu sagen: „Was die kann, kann ich auch!“ Und es herrscht eine androzentrische Hierarchie, also eine Ordnung, die sich an Männern als Norm und Maßstab orientiert. Und diese Ordnung spielt auch rein in die medizinische Forschung und Versorgung selbst, die auch androzentriert sind, das heißt, wir brauchen Gendermedizin, also eine Medizin unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten.

Ley: Und diese männlich dominierte Hierarchie verursacht ein weiteres Phänomen, das eine Barriere für die Karriere von Frauen bildet und mit dem Spruch „Gleich und Gleich gesellt sich gern“ beschrieben werden kann. Gemeint ist damit, dass der Medizinprofessor eher einen jungen Mann fördert oder einstellt, weil dieser ihm ähnlich ist, weil er in ihm quasi sein jüngeres Selbst, seinen Stammhalter erblickt. Männern sagen zudem klar, was sie wollen. Frauen könnten das auch tun. Sie könnten beispielsweise im Bewerbungsgespräch deutlich sagen: „Ich habe zwei Kinder und stelle mir die Organisation meiner Arbeit daher so und so vor, damit ich Familie und Beruf vereinbaren kann. Können Sie mir das bieten?“ Gerade weil die Kliniken den Ärztemangel zu spüren beginnen, sind mittlerweile viele Personalchefs auf solche Forderungen eingestellt. Da Frauen aber in einem System sozialisiert werden, was Anpassung fordert und nicht die klare Formulierung von Vorstellungen, Bedürfnissen und Wünschen, scheuen sie sich häufig auch, Forderungen zu stellen.

Sie haben zwei interessante Punkte angesprochen. Das eine ist das Phänomen der homosozialen Kooptation, also dass Männer Männer nach sich ziehen. Das ist sicherlich sehr schwer außer Kraft zu setzen, da hierbei insbesondere informelle Netzwerke wirken. Hierfür ist eine Quotenregelung sicherlich hilfreich, da dadurch eine so genannte kritische Masse erreicht werden könnte, Frauen als Vorbilder dienen könnten und das Argument, es gäbe keine qualifizierten Frauen widerlegt werden könnte. Der andere Punkt ist die Frage der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Derzeit umfasst das Generationenspektrum in der Arbeitswelt die Wirtschaftwundergeneration (auch Nachkriegsgeneration, 1946-1955), die Baby-Boomer (1956-65), die Generation X (1966-1975) und die Generation Y (1976-1985). Mit welchen unterschiedlichen Anforderungen sehen sich Frauen dieser Generationen konfrontiert und welche unterschiedlichen Bedürfnisse haben sie, zum Beispiel hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruflichem und Privatem?

Kaczmarczyk: Die Frauen der jüngeren Generation sind etwas selbstbewusster geworden als ihre Vorgängerinnen und trauen sich auch schon mal eher etwas zu fordern. Für meine Generation war das ja absurd. Ich habe damals noch meinen Chef gefragt, ob ich Oberärztin werden darf. Dann gibt es noch die subtile Diskriminierung. Dabei werden beispielsweise strukturelle Hindernisse, wie zum Beispiel fehlende Kinderbetreuung, als Argumente vorgeschoben, um das Weiterkommen von Frauen zu verhindern. Dann heißt es: „Wir können keinen größeren Kindergarten bauen, deshalb können die Frauen keine Führungspositionen einnehmen.“ Das ist Quatsch, das ist ein vorgeschobenes Argument. Der wahre Grund ist, dass man den Frauen Leitungs- und Führungsaufgaben nicht zutraut, was eigentlich absurd ist,

da man diese Frauen ja ausgebildet hat, also ein Widerspruch in sich. Diese subtile Diskriminierung ist weit verbreitet und spielt in meinen Augen eine größere Rolle als die strukturelle Diskriminierung. Diese Frage der Vereinbarkeit, ich rede ja immer nur von Vereinbarkeitsgedusel, das ist ein Gedusel, weil die Vereinbarkeit alleine – oder meistens – den Frauen aufkrochert wird. Frauen sollen etwas vereinbaren! Zu vereinbaren gibt es aber etwas für beide. Deswegen muss Vereinbarkeit in einem Atemzug genannt werden mit Partnerwahl bzw. Partnersuche. „Hab ich den richtigen Partner mit dem ich zusammen vereinbaren kann?“ Frauen sollten nicht in eine „Weiblichkeitsfalle“ tappen. Man muss den Frauen den Mut machen, sich diesbezüglich mit den Partnern auseinanderzusetzen und nicht automatisch in die Rolle zu fallen, den Mann Karriere machen zu lassen und sich immer hinten anzustellen.

Ley: Ich sehe auch große Unterschiede zwischen den Generationen. Die jungen WissenschaftlerInnen und MedizinerInnen sind nicht bereit so zu arbeiten, in solchen Strukturen und mit solchen Arbeitszeiten, wie unsere Generation das selbst gemacht hat. Ich halte das für eine gesunde Entwicklung.

Die männliche Normalitätsfolie des Allzeit bereiten, von jeglichen privaten Verpflichtungen befreien und zu jeder Tag- und Nachtzeit für seinen Job verfügbaren Wissenschaftlers ist also ein Auslaufmodell. Gab es sie denn jemals wirklich in dieser Form?

Kaczmarczyk: Ja klar. Früher gab es einen Anwesenheitskult. Lange da sein als Zeichen der Effizienz, was natürlich Blödsinn ist. Das kann ja Niemand.

Ley: Und ich sehe, dass sich das Karrierebild in der jüngeren Generation völlig verändert. Die Generation Y traut sich alles Mögliche zu. Sie ist sehr forsch und fordernd, was erstmal gut ist. In der Arbeits-

„Für eine Kultur der Wertschätzung“ – Führung, Geschlecht, Generation

realität werden sie dann mit den Grenzen des Systems konfrontiert. Ich halte daher sehr viel von Mentoring-Programmen, also dieser Kombination aus einer Nachwuchswissenschaftlerin oder -medizinerin und einer erfahrenen Person, die als Vorbild fungiert, berät und auch ermutigt. Auch die Vernetzung von Frauen wird durch Mentoring-Programme gefördert. Zusätzlich gibt es beim Mentoring ein Begleitprogramm, bei dem die Mentees Konfliktmanagement, Präsentationstechniken, Führungstechniken usw. erlernen. Diese Mentoring-Programme, die ich aus verschiedenen Universitätskliniken kenne, sind außerordentlich förderlich. Wenn ich die jungen Frauen am Anfang sehe und damit vergleiche, wie sie sich nach einem oder zwei Jahren entwickelt haben, dann sehe ich, dass die jungen Frauen mutig sind, dass sie experimentieren, dass sie wissen, was sie wollen. Sie kommen wirklich voran!

Obwohl es den statistischen Daten nach mehr als genug Frauen geben müsste, die Führungspositionen bekleiden könnten und obwohl, wie Sie ihrer Erfahrung nach sagen, sowohl der Wille als auch die Qualität bei jungen Frauen vorhanden sind, Karrieren zu machen, kommen sie auf den Führungsebenen nicht an. Was hindert diese jungen Frauen?

Kaczmarczyk: Das eine ist natürlich das System, das sie trotzdem hindert und damit kommt man sozusagen an den Kern der Sache. Auch viele Männer kehren der universitären Medizin den Rücken, weil sie sagen: „Mit mir nicht! Unter solchen Bedingungen möchte ich weder arbeiten noch Karriere machen.“ Das andere sind fehlende Perspektiven. Im Vergleich zu Frauen planen Männer viel zielorientierter. Sie haben eine Vorstellung davon, wo sie in fünf oder zehn Jahren sein wollen. Die Lebensplanung von Frauen ist da weniger stringent. Sie sagen sich häufig: „Ich schau mal, was sich so gibt, ich könnte vielleicht, ich möchte vielleicht“, und nicht: „Ich will das und das machen!“ Schließlich gibt es auch Konkurrenz zwi-

schen Frauen selbst. Von anderen Frauen kommt nicht unbedingt immer Unterstützung, sondern es wird gesagt: „Die kann das machen und warum ich nicht?“ Und natürlich wiederum die subtile Diskriminierung, zum Beispiel die Behauptung, dass Frauen nicht Chirurgen werden können, weil sie nicht solange am Tisch stehen können. Aber kein Mensch hat eine Idee davon, wie eine Verkäuferin den ganzen Tag lang stehen kann.

Ley: Ich denke, dass wir das System Medizin wirklich verändern müssen, sonst laufen gerade die engagierten ÄrztInnen weg. Ich sprach neulich mit einem Arzt, der aus der Schweiz nach Deutschland zurückgekommen ist und entsetzt war, unter welchen Bedingungen hier gearbeitet werden soll. Er berichtete, dass bei Operationen in der Schweiz anfangs gefragt wurde, wer sitzen möchte. Man musste also nicht stehen. Dann wurde gefragt, wann man abgelöst werden wolle. Also man muss nicht den ganzen Tag im OP verbringen. Es gab die Möglichkeit, etwas zu trinken. Die Arbeitsbedingungen sind dort besser als hier. Es werden andere Gehälter gezahlt, aber entscheidend ist vor allem, dass eine andere Arbeitskultur herrscht. Auch die Voraussetzungen für eine Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben sind für Männer und Frauen viel besser, zum Beispiel durch gute Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Auch wenn wir nach Skandinavien gucken, genau dasselbe. Gesine Schwan, die ja eine sehr erfolgreiche Wissenschaftlerin ist und zwei Kinder hat, hat vorgeschlagen, dass Karriereverläufe entzerrt werden sollten. Statt zwischen dem 25. und dem 40. Lebensjahr, der sogenannten Rushhour des Lebens, Karriere machen zu müssen, sollten Führungspositionen erst ab Mitte 40 eingenommen werden. Bis dahin sollten Männer und Frauen sich anteilig um Kinderbetreuung und um ihre Weiterqualifizierung kümmern. Das partnerschaftliche Miteinander sei entscheidend dafür, dass Chancengleichheit hinsichtlich der beruflichen Karrieren von Frauen und Männern erreicht werden könne. Und sie sagt, dass auch die Lebenserfahrung für einen beruflichen Höhepunkt nach dem 50. Lebens-

jahr spricht und Führungspositionen erst dann bekleidet werden sollten. Obwohl solche Karriere- und Lebensmodelle den Vorstellungen der jüngeren Generation entsprechen, lässt das jetzige System diese nicht zu. Sie sehen, wie sehr sich das System ändern muss, um so etwas leben zu können.

Ein Knackpunkt für Veränderung ist sicherlich auch die Führungskultur. Die Generation der ChefärztInnen, die einen autoritären Führungsstil pflegen, scheidet langsam aus dem Berufsleben aus. Mittlerweile rückt eine Generation nach, deren Führungsstil auf einem hohen Maß an Sozialkompetenz beruht. Was bedeutet denn gute Führung? Wie sehen Führungsstrukturen aus, die den Vorstellungen der jüngeren Generation entgegenkämen?

Ley: Wir haben ja ein Buch dazu geschrieben und wir sprechen von „gesunder Führung“ in der Medizin. Die Frage der Führung war lange kein Thema. Die fachliche Qualifikation war für eine Führungsposition ausreichend und ausschlaggebend. Oft wurde mit Autorität und Angst geführt. Die älteren MedizinerInnen sprechen davon, dass sie ohne Valium keine Chefvisite überstanden haben. Mittlerweile hat sich das geändert. Bei Bewerbungen wird nach der Führungsqualifikation gefragt, die entsprechenden Weiterbildungen werden erwartet. Der Dreh- und Angelpunkt gesunder Führung ist die Haltung, die man seinen MitarbeiterInnen gegenüber einnimmt. Man sollte grundsätzlich davon ausgehen, dass sie fähig sind, ihren Job gut zu machen und dass sie ihr Bestes geben. Zu den Basics gesunder Führung gehört das Feedback, also Lob und konstruktive Kritik. Die Ziele sollten klar sein und möglichst gemeinsam entwickelt worden sein, klar sollte auch sein wer wofür die Verantwortung trägt. Bringt der Chef oder die Chefin den MitarbeiterInnen zudem Wertschätzung und Respekt entgegen, dann sind sie bereit, sich sehr zu engagieren. Sie sind motiviert! Wenn mir ein Chefarzt im Coaching sagt: „Meine Ober-

Interview mit Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk und Dr. Ulrike Ley

ärzte – alles Nullen“, dann ist klar, warum die Arbeitsatmosphäre dort schlecht ist, die MitarbeiterInnen unmotiviert sind und dass es eine hohe Fluktuation an Mitarbeitenden gibt, was sich auf die Gesamtqualität der Krankenversorgung auswirkt.

Kaczmarczyk: Es wird auch wesentlich sein, eine Kultur zu etablieren, die Fehler zulässt, so dass diejenigen, die in einer Abteilung oder einem Team arbeiten keine Angst haben müssen, Fehler zugeben. Denn auch als Chef oder Chefin macht man natürlich Fehler. Oder man irrt sich. Und es muss auch ein Chef oder eine Chefin mal sagen können: „Da hab ich mich geirrt, das hätte ich nicht gedacht.“ Es erfordert eine gewisse menschliche Reife, Fehler zugeben. So etwas wird aber von den MitarbeiterInnen, weil die ja genau bemerken, wenn der „Alte“ oder die „Alte“ einen Fehler gemacht hat. Wenn die Fehler zugeben, dann kann man auch eigenen Fehler zugeben. Und letztlich ist es doch so, dass wir als ÄrztInnen am meisten den Patienten gegenüber verpflichtet sind. Wenn Fehler zugegeben werden, besteht eine bessere Chance, dass sie sich nicht wiederholen, was sich letztlich positiv auf die Krankenversorgung auswirkt. Jüngst veröffentlichte Forschungsergebnisse zeigen, dass das Wohlbefinden der ÄrztInnen in ganz klarer Relation zur Güte der Krankenversorgung steht. ÄrztInnen, die krank sind oder sich nicht wohl fühlen, die überlastet sind, die vielleicht vom Burnout stehen, die eine Valium, einen Cognac oder einen Kaffee vor der OP brauchen, machen auch keine gute Krankenversorgung.

Das System ist momentan so, wie es ist. Veränderungen sind bemerkbar, der Wandel vollzieht sich aber sehr langsam. Es gibt viele veränderungsresistente Strukturen. Jenseits von wünschenswerten Maßnahmen, wie zum Beispiel der Quote oder rechtlichen Sanktionsmöglichkeiten, welche Ansatzpunkte sehen Sie, um Gleichstellung voranzutreiben?

Ley: Es ist natürlich möglich zum Beispiel durch Zielvereinbarungen und entsprechende

Sanktionen einzuführen. Sehr erfolgreich ist in der Wirtschaft das Druckmittel Geld, das heißt, dass jeder Abteilungsleiter, der so und so viele Frauen in Führungspositionen bringt, einen Bonus erhält. Das funktioniert sofort. In der Medizin gibt es das auch. Für eine Frau, die sich habilitiert bekommt die Abteilung zum Beispiel eine halbe MitarbeiterInnenstelle.

Solche Anreizsysteme sind also angelehnt an das Modell der leistungsorientierten Mittelvergabe.

Ley: Richtig. Und Geld ist immer attraktiv. Geld oder Stellen, das ist immer attraktiv.

Das hieße aber auch, dass man eine universitäre Führung braucht, die mit im Boot sitzt, denn die Installation eines solchen Belohnungssystems funktioniert nur als Top-Down Entscheidung.

Kaczmarczyk: Aus meiner jahrelangen Erfahrung als Frauenbeauftragte an der Charité weiß ich, dass auf einer individuellen Basis die Unterstützung durch Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte wichtig ist. Sie können zum Beispiel mit einer Frau, die ein Problem hat, zusammen zum Chef gehen und sagen: „Was spielt sich eigentlich hier ab, was ist hier eigentlich los?“ Diese Möglichkeiten haben Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte qua Recht. Und sie haben das Recht, gegen die Nichtberücksichtigung einer qualifizierten Frau bei Berufungsentscheidungen zu intervenieren. Ich habe Fälle gehabt, da wurde gesagt: „Beide gleich qualifiziert, dann können wir ja den Mann nehmen.“ Aber gerade in einem Bereich, wo Frauen unterrepräsentiert sind, müssen und können Frauenbeauftragte tätig werden. Und das ist in meiner Erfahrung nach in Einzelfällen sehr erfolgreich.

Wir haben jetzt etwas über 30 Prozent Juniorprofessorinnen, aber das ist in meinen Augen auch eine sehr problematische Angelegenheit, weil Juniorprofessorinnen jetzt alle doch noch versuchen, sich zu habilitieren. Ich denke, dass die Habilitation, die es ja nur noch in Österreich und

Deutschland gibt, ein großes Karrierehindernis ist. Diesen Quatsch machen andere Länder gar nicht. Sie ist deshalb ein Karrierehindernis, weil die männlichen Chefs festlegen – und das ist Teil des hierarchischen Systems und trägt zur Stabilisierung dieses Systems bei – wer jetzt dran ist, sich zu habilitieren. Dann heißt es: „Und Sie Frau Soundso warten erst mal, bis ich die drei Herren durchgebracht habe.“ Ein weiterer Punkt ist, dass die Chefs entscheiden, wer sich wo bewerben darf. Das ist ein riesiges Problem. Prof. Dr. Ulrike Beisiegel, Präsidentin der Universität Göttingen und Ombudsfrau der Deutschen Forschungsgemeinschaft, sagt, dass die Nachwuchsprogramme der DFG konterkariert werden, wenn Institute und Klinikleitungen bestimmen, wer sich wann wo bewerben darf. Da herrscht dann kein freier Markt! Aber die medizinische Hierarchie legt Wert darauf, das System so zu stabilisieren. Vor allem die ältere Generation, bei der jüngeren ist dies nicht mehr ganz so der Fall, tickt noch so und die sitzen natürlich immer noch auf den obersten Entscheidungspositionen. Was Christine Wenneras 1997 als „Nepotism and Sexism in Peer-Review“ („Vetternwirtschaft und Sexismus im Gutachterwesen“) bezeichnet hat, ist dort immer noch weit verbreitet.

Das hängt ja auch stark mit der in der Medizin gängigen Praxis der Hausberufungen zusammen. Transparenz, Fairness und Chancengleichheit sind da kaum zu erwarten.

Kaczmarczyk: Ja! Und die Hausberufung ist eben meistens eine Belohnungsprofessur. Die Kriterien der Qualität und Leistung spielen dabei nahezu keine Rolle. Es ist vielmehr eine Auszeichnung für Loyalität und die Anerkennung für ein durch und durch hierarchisches System.

[Das Interview führten Verena Stange und Marc Höcker vom Frauen- und Gleichstellungsbüro der Universitätsmedizin Mainz]