

Sächsische Chefinnen

Als die Interviews während der letzten Monate die Redaktion erreichten, dachten wir: „Was für beeindruckende Frauen haben wir hier!“ Im Folgenden stellen wir Ihnen sächsische Ärztinnen in Führungspositionen vor – Chefärztin, Professorin, Praxisinhaberin – stellvertretend für zum Glück immer mehr, aber unserer Meinung nach noch nicht genügend Frauen, die es geschafft haben, eine Leitungsposition in der Medizin zu erreichen. Wir wollen Frauen mit unterschiedlicher Herkunft und Sozialisation (Ost/West/Fachrichtung)

und aus verschiedenen Generationen porträtieren und damit durchaus sehr unterschiedliche Haltungen und Meinungen zeigen. Allerdings auch Gemeinsamkeiten, gleiche Erfahrungen und ähnliche Widerstände und Ermutigungen, die diese Frauen auf ihrem Karriereweg erfahren haben. Inwiefern die hier geschilderten individuellen Karrieren Modell für künftige Chefinnen stehen, muss jede Frau für sich entscheiden. Eines aber können diese Interviews: Mut machen und Beispiel sein für junge Kolleginnen, gerade in Zeiten,

in denen frau/man mit der Kultur im Gesundheitswesen hadert und in denen es kreative Ideen für die Lösung der Probleme nicht nur dort braucht.

Unabhängig davon, ob Quoten hilfreich sind oder nicht – mit den folgenden Interviews hoffen wir, lebhaftere Diskussionen anzuregen! ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Stellvertretende Vorsitzende des
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

„Ich habe immer versucht, Chancen zur Weiterentwicklung wahrzunehmen.“

Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?

Nein, geplant habe ich das nicht. Aber ich hatte schon in der frühen Schulzeit den Wunsch, Ärztin zu werden. Vorbilder hatte ich dafür einige in der Familie. Damals in der DDR musste ich trotz sehr guter Noten darum kämpfen, einen Studienplatz zu bekommen. Später habe ich mich für eine Facharztweiterbildung entschieden, die ich besonders interessant und spannend fand, obwohl damit ein langer Ausbildungsweg verbunden war. Ich habe immer versucht, Chancen zur Weiterentwicklung wahrzunehmen.

Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?

Frauen benötigen ebenso wie Männer ein günstiges Umfeld und Förderung,

Dr. med. Annegret Dörre
Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Fachärztin für Plastische Chirurgie

- 1982 – 1988 Studium der Humanmedizin in Berlin und Dresden
- 1988 Approbation als Ärztin
- 1991 – 1995 Studium der Zahnmedizin an der Universität Leipzig
- 1995 Approbation als Zahnärztin
- 1996 Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, anschließend Weiterbildung auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie
- 1999 Zusatzbezeichnung Plastische Operationen und Weiterbildungsermächtigung MKG-Chirurgie
- 2001 Promotion Dr. med.
- 2002 1. Oberärztin der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH
- 2012 Berufung zur Chefärztin der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH; Anerkennung der Gebietsbezeichnung Plastische und Ästhetische Chirurgie



© Klinikum Chemnitz gGmbH

um sich entwickeln zu können. Dabei sehe ich einen enormen Vorteil bei Männern, die sich besser unterstützen und Netzwerke bilden. Frauen versuchen häufig, mit mehr Leistung zu überzeugen, aber das genügt nicht. Auch ich habe überwiegend auf Leistung gesetzt. Nachdem ich mich für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als spannendes Fachgebiet entschieden hatte, habe ich ein Zweitstudium Zahnmedizin absolviert. Die Möglichkeiten der Weiterbildung auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie habe ich angenommen und später auch einen Zweitfacharzt erworben. Diese Qualifikation war dann entscheidend für die Übernahme der Chefarztposition.

Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf der Karriereleiter?

Im beruflichen Umfeld sollte meines Erachtens die Geschlechtszugehörigkeit keine wesentliche Rolle spielen. Dennoch habe ich Kollegen erlebt, die sich aufgrund ihrer Geschlechterrolle in natürlicher Weise überlegen fühlen oder irritiert sind, es mit einer Frau zu tun zu haben.

Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?

Heutzutage stellt im Arztberuf meines Erachtens die Vereinbarung von klassischen ärztlichen Aufgaben, wie der Therapie und Fürsorge für die Patienten, mit wirtschaftlichen Aspekten eine

Herausforderung dar. Darüber hinaus wird sich durch die Digitalisierung das Berufsbild des Arztes dramatisch ändern. Wir müssen uns neu definieren.

Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?

Privatleben und Karriere gut zu vereinbaren, ist wirklich eine Herausforderung. Der Familie wird sehr viel Verständnis abverlangt. Ohne Unterstützung geht es nicht. Für Haushalt und die Betreuung meiner drei Kinder habe ich neben Unterstützung durch Großel-

„Im beruflichen Umfeld sollte die Geschlechtszugehörigkeit keine Rolle spielen.“

tern auch eine private Kinderbetreuung und Haushaltshilfe engagiert.

Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?

Man sollte nicht zu bescheiden sein, sondern Selbstbewusstsein zeigen.

Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?

Unterstützung hatte ich durch die Familie, einige Kollegen und besonders durch meinen ehemaligen Chefarzt Prof. Dr. med. Karli Döring, der mich immer gefördert hat. Nicht zu vergessen sind meine Mitarbeiter, die mit mir an einem Strang ziehen.

Was war im Laufe Ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?

Offene Frauenfeindlichkeit habe ich nicht erlebt. Das heißt allerdings nicht, dass ich keinen Gegenwind gespürt hätte.

Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?

Junge Ärztinnen sollten Selbstvertrauen entwickeln, selbstbewusst auftreten, Verbündete suchen und Herausforderungen annehmen.

Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Die alten Probleme, zum Beispiel der Vereinbarkeit von Karriere und Familie, das heißt Kinderbetreuung, Teilzeitmodelle und so weiter, stehen noch immer auf

der Agenda. Ich glaube, es sollten mehr Männer in Führungspositionen erkennen, dass es auch für sie Vorteile hat, Frauen zu fördern.

Was halten Sie von einer Frauenquote?

Früher glaubte ich, eine Frauenquote sei unnötig. Diese Meinung habe ich revidiert.

Heute bin ich der Meinung, dass die Frauenquote hilft, Dinge in Gang zu bringen, die Strukturen zu verändern, denn von allein ändert sich nichts. Wir sollten die nachweislichen Vorteile von gemischten Teams auch auf Leitungsebene im Sinne der Gesellschaft nutzen. ■

„Gute Vorbilder sind die motivierendsten Erlebnisse auf der eigenen Karriereleiter.“

Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?

Nein, keineswegs. Es war eher eine Aneinanderkettung von Zufällen und Entwicklungen, welche ich primär nicht so geplant hatte. So ist mein persönlicher beruflicher Werdegang ja eher „atypisch“ und entspricht nicht einer „klassischen“ universitären Karriere, da ich erst nach Abschluss meiner Ausbildung zur Fachärztin für Chirurgie von einem städtischen Klinikum an die Uniklinik gewechselt bin. Mein oberstes Interesse war es, eine gute Chirurgin zu sein und die bestmöglichen operativ-technischen Fertigkeiten zu entwickeln. Gleichwohl war während dieser Zeit meine Begeisterung für Wissenschaft, Innovationen und Lehre sehr groß, sodass ich mich zum Wechsel an die Universitätsklinik entschloss.

Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?

Authentisch unterstützt, gefördert und gefordert zu werden, waren sicherlich die wichtigsten Positiv-Erfahrungen und entscheidenden Momente für meine Karriere. Dies in Dankbarkeit auch an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben, war und ist für mich ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg.

Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf der Karriereleiter?

Gute Vorbilder sind aus meiner Sicht die besten und motivierendsten Erlebnisse auf der eigenen Karriereleiter. Sheryl Sandberg war und ist eines der größten weiblichen Vorbilder für mich. Sie ist eine der wenigen sichtbaren Top-Managerinnen weltweit und ihr Werdegang hat schon seit vielen Jahren eine große Faszination auf mich ausgeübt:

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Ines Gockel, MBA Fachärztin für Viszeralchirurgie/ Spezielle Viszeralchirurgie Fachärztin für Chirurgie

1989 – 1995	Studium der Humanmedizin in Mainz
1991/1992	Stipendiantin der Emilie Lemmer-Stiftung der Universitätsmedizin Mainz
1995	1. und 2. Amerikanisches Staatsexamen (USMLE Step I/USMLE Step II)
1995	Promotion
2001	Facharztanerkennung für Chirurgie
2005	Schwerpunktanerkennung Viszeralchirurgie
2005	Habilitation und Ernennung zur Oberärztin
2011	Ernennung zur Geschäftsführenden Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; APL-Professur
2012	European Board of Surgery (EBS) Qualification in Surgical Oncology
seit 2012	Professor of Ethical Leadership und Vice Chair des New Westminster College, Vancouver, Kanada
2013	Schwerpunktanerkennung Spezielle Viszeralchirurgie
2014	Ruf auf die W3-Professur für Viszeralchirurgie mit Leitung der Klinik für Viszeralchirurgie an der Universität Leipzig

Zusatzqualifikationen:

- Masterstudiengang International Hospital and Healthcare Management der Frankfurt School of Finance and Management in Kooperation mit der HEC Montréal, Kanada
- Diplomstudiengang Leadership, St. Galler Business School (SGBS)

Klinische Schwerpunkte:

Komplexe onkologische Viszeralchirurgie, minimal-invasive Chirurgie, Robotik, Ösophagus- und Magenchirurgie, kolorektale Chirurgie, Pankreaschirurgie, Sarkomchirurgie, endokrine Chirurgie, multiviszzerale Operationen, Hyperthermie intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) bei Peritonealkarzinose, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen



© Universitätsklinikum Leipzig

Sandberg arbeitete nach dem Studium in Harvard bei der Weltbank und als Stabschefin von Finanzminister Larry Summers unter Bill Clinton. Danach machte sie das Anzeigengeschäft für Google rentabel. Heute ist sie Geschäftsführerin bei Facebook Inc. und lebt mit ihrer Familie in Kalifornien. In ihrem 2013 erschienen Buch „Lean In: Women, Work, and the Will to Lead“ untersucht sie, warum oftmals der Auf-

stieg von Frauen in Führungspositionen verzögert beziehungsweise verhindert wird, nur ein geringer Prozentsatz der Führungskräfte in Spitzenpositionen weiblich ist, und sie erklärt die grundlegenden Ursachen und Hintergründe hierfür. Gleichzeitig startete Sandberg ihre an Frauen gerichtete Ideenplattform „Lean in Circles“ (Quelle: New York Times, 21. Februar 2013: „A Titan’s How-To on Breaking the Glass

Ceiling“). Sie setzte sich für mehr Gleichberechtigung in der von Männern dominierten Internet-Branche ein. Sandberg hat es nicht nur geschafft, ihre traumwandlerische Karriere mit ihrer Familie zu vereinbaren (sie ist Mutter von zwei Kindern) und wurde diesbezüglich maximal von ihrem 2015 leider verstorbenen Ehemann Dave Goldberg, ehemaliger US-amerikanischer Unternehmer, unterstützt, sondern hat Frauen verschiedener Generationen darin bestärkt, ihr volles Potenzial zu entwickeln und ihre Ziele zu realisieren.

Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?

Überbürokratisierung des Arztberufes, zunehmender zeitlicher und ökonomischer Druck, das Gefühl, sich nicht mehr richtig um Patienten mit all ihren Bedürfnissen kümmern zu können. Hinzu kommen unflexible Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddienste, die nicht mit einer ausgewogenen „Work-Life-Balance“ einhergehen.

Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?

Indem mein beruflicher Zeitplan sehr durchstrukturiert und gut organisiert ist – und somit genügend zeitliche Ressourcen für mein Privatleben bleiben. Aber manchmal vermischen sich auch Beruf und Privatleben und sind nicht strikt voneinander zu trennen. Da mir mein Beruf sehr viel Spaß macht, empfinde ich das nicht als negativ.

Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?

Geschlechtsspezifische Stereotypisierungen.

Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?

Dies waren Mitstreiter*innen, Mentor*innen, Motivator*innen und meine

früheren Chefs. Zur Gruppe der Mentoren & Motivatoren zählt unter anderem Prof. Tom R. DeMeester, bei dem ich an der University of Southern California, Los Angeles, mein Research Fellowship absolvierte. DeMeester ist als Pionier der modernen Ösophaguschirurgie bekannt und die Zeit bei ihm war unter anderem die inspirierendste in meinem Leben. Ein entscheidender und mir noch heute sehr präsenter Appell dieser beeindruckenden Persönlichkeit war: „Think out of the Box“.

Mit Prof. Dr. Volker F. Eckardt, Gastroenterologie, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden, habe ich die ersten klinischen Studien durchgeführt und war stets fasziniert von seiner wissen-

„Junge Ärztinnen sollten sich von Widerständen, Rückschlägen oder vermeintlichen Misserfolgen nicht entmutigen lassen.“

schaftlichen Präzision und Geradlinigkeit. Eines seiner Lieblingszitate lautete: „Randomize the first patient“. Er spornte mich damals an, an die Uniklinik zu wechseln.

Des Weiteren gehören meine drei ehemaligen chirurgischen Chefs, Prof. Dr. D. Lorenz, Prof. Dr. Th. Junginger und Prof. Dr. H. Lang, zu meinen größten Förderern. Bei ihnen durfte ich nicht nur eine exzellente chirurgische Ausbildung genießen, sondern hatte auch die uneingeschränkten Freiheiten, eigene Ideen und Projekte zu verwirklichen.

Was war im Laufe ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?

Mit „harten“ Sprüchen wurde ich persönlich eher selten konfrontiert. Mikro-

aggressionen, despektierliche Kommentare, Abwertungen oder Annahmen, die auf stereotypen Geschlechts-Schemata basieren, sind aber generell nicht selten, zum Beispiel gegenüber Oberärztinnen: Hier werden oftmals vermeintliche „mangelnde Belastbarkeit“, „fehlendes Durchsetzungsvermögen“, „zu weicher Führungsstil“, „geringe Sachkompetenz“, „geringere Produktivitätserwartungen“ und „höhere Fluktuationsraten durch Schwangerschaften und Familienpflichten“ angekreidet.

Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?

Ich rate jungen Medizinerinnen, sich möglichst früh ihrer Chancen bewusst zu werden und sich hinsichtlich der verschiedenen Karrierepfade beraten beziehungsweise coachen zu lassen. Hier spielen auch Mentoring-Programme und die „Macht des Vorbilds“ eine große Rolle. Viele junge Medizinerinnen befürchten oftmals, der simultanen Herausforderung von Karriere und familiären Verpflichtungen nicht gerecht werden zu können

und setzen somit ihre Fähigkeiten und Talente nicht gezielt ein beziehungsweise lassen sie sogar im Hintergrund unerkannt. Für viele junge Kolleginnen kommt somit oftmals eine Universitätskarriere überhaupt erst nicht in Betracht. Aufgrund der heutigen gesellschaftlichen und medizinisch-infrastrukturellen Gegebenheiten sollten sie sich aber immer wieder ermutigen lassen, dem Karrierepfad ihres Wunsches und ihrer Wahl nachzugehen, auch bei sogenannten dualen Karrieren beider Partner und Vorhandensein von Kindern beziehungsweise Kinderwunsch. Weibliche Karrieren sind immer ganzheitliche Lebensplanungen, somit sollten junge Medizinerinnen aktiv ihre Visionen und Karrierewünsche konkret planen, umsetzen und nicht darauf warten, bis sich eventuell irgendwann

einmal die Gelegenheit „zufällig“ ergibt, um im medizinischen Tätigkeitsfeld an die Spitze zu gelangen beziehungsweise um die beruflichen Ziele und die eigene Lebensvision zu verwirklichen. Junge Ärztinnen sollten sich von Widerständen, Rückschlägen oder vermeintlichen Misserfolgen nicht entmutigen lassen und „Steine im Weg“ immer zu positiven „Wachstumsreizen“ konvertieren.

Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Einerseits haben wir eine Feminisierung in der Medizin (auch in der Chirurgie), das heißt in den letzten Jahren zunehmend weibliche Absolventinnen und Assistenzärztinnen (national wie international). Es besteht keine „gender barrier“ mehr, das heißt viele Frauen sehen Geschlecht nicht mehr als Hindernis ihrer beruflichen Karriere und Selbstverwirklichung. Es ist heute eine Selbstverständlichkeit, ebenbürtig den männlichen Kollegen zu sein.

Dennoch machen Frauen in Führungspositionen in deutschen Universitätskliniken nur circa zehn Prozent aus (Quellen: Ärztestatistik der Bundesärztekammer; Deutscher Ärztinnenbund 2016; Statistisches Bundesamt) und Chefärztinnen/Klinikdirektorinnen verdienen in Deutschland circa 20 bis 30 Prozent weniger als männliche Kollegen (Quelle: Der Gehaltsreport 2017; www.gehalt.de) („gender pay gap“) – für die gleiche Qualifikation und Leistung.

Das „Glass Ceiling“-Phänomen, das heißt die Tatsache, dass qualifizierte Frauen deutlich weniger in die Top-Positionen vordringen und oftmals auf der Ebene des mittleren Managements, zum Beispiel auf einer Oberarztposition, „hängenbleiben“, ist gerade für die akademische Chirurgie besonders

bekannt (Quelle: Zhuge Y, et al. Ann Surg 2011). Diese wirkmächtige Karriererestriktion, die oftmals subtil und kaum sichtbar den Weg von Frauen in gehobene Positionen verhindert, beruht möglicherweise auf (irrationaler) Angst vor einer geringeren Durchschnittsproduktivität, Führungseffizienz und generell vor höheren weiblichen Fluktuationsraten durch Schwangerschaften und Familienpflichten – welche allerdings durch zahlreiche nationale und internationale Studien eindeutig widerlegt sind. Stattdessen sorgen Stereotypisierungen bei der Beförderungspolitik in den karriererelevanten Netzwerken für Schließungsprozesse gegenüber Frauen. Zudem ist die Balance zwischen Fürsorgepflicht für die Familie und einer anspruchsvollen Karriere sehr herausfordernd und für viele Frauen ist der mutmaßliche Aufwand beziehungsweise Einsatz zu

„Es ist heute eine Selbstverständlichkeit, den männlichen Kollegen ebenbürtig zu sein.“

hoch. Die deutsche Politik für Elternzeit ist zwar – im internationalen Vergleich – relativ gut geregelt, doch nicht optimal. Die Realität zeigt oftmals, insbesondere bei sehr hoher Qualifikation und Sub-Spezialisierung, eine Verkürzung der Elternzeit mit der Begründung der Angst, spezielle (technische) Fertigkeiten oder die erreichte Position zu verlieren. Zudem empfinden viele Frauen die Länge der Elternzeit als negative Beeinflussung ihrer Karriere, zum Beispiel durch eine längere Zeit bis zum Facharzt. Somit sind nicht nur eine Optimierung der „Re-Integrationsbedingungen“ in die Facharzt-Ausbildung oder vorhandene Sub-Spezialisierung, sondern auch bessere Zugangsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützungen

hinsichtlich Tagesmüttern, Kitas, Haushaltsbetreuungen et cetera in Deutschland dringend vonnöten und flexiblere Arbeitszeiten zukunftsweisend.

Dabei ist Skandinavien mit Blick auf „Gender Equity“-Ideologien und -Praktiken für uns immer ein wichtiges Vorbild. Dort wurden bekanntlich verschiedene Arten einer gesetzlich vorgeschriebenen, familienfreundlichen Politik entwickelt, um Eltern eine bessere „Work-Family-Balance“ sowie eine „Shared Parenthood“ zu ermöglichen. Finnland ist zum Beispiel auf Platz Nr. 2 beim „Global Gender Gap Index“, welcher relative Lücken zwischen Frauen und Männern bezogen auf Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Politik aufzeigt (Quelle: Global Gender Gap Report. http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR_CompleteReport_2014.pdf).

Weitere sinnvolle Karriereförderungen von Ärztinnen bestehen in Mentoring-Programmen und der Unterstützung eines effektiven Networkings.

Was halten Sie von einer Frauenquote?

Nicht viel. Meiner Meinung nach sollten fachliche Qualifikationen und persönliche Kompetenzen ausschlaggebend sein, um Führungspositionen einzunehmen. Wichtiger erscheint mir eine systematische Beseitigung des „Glass Ceiling“-Phänomens: Diese sollte allerdings nicht nur der gerechteren Verteilung von Chancen auf dem Arbeitsmarkt dienen, sondern auch einen signifikanten Beitrag zur Vermeidung volkswirtschaftlicher oder betriebswirtschaftlicher Verschwendung darstellen. Die „effizienzerhöhende“ weibliche Ressource muss also sinnvoll genutzt werden. Prinzipiell bin ich für einen „gesunden Mix“ der Geschlechter in Führungsteams. ■

„Frauen werden immer kritischer betrachtet als Männer.“

Seit wann sind Sie in Dresden?

Seit 21 Jahren – so lange war ich noch nie irgendwo anders, nicht einmal zu Hause.

Wollten Sie schon immer in einer Führungsposition tätig sein?

Diese Perspektive hat sich erst im Laufe der beruflichen Karriere entwickelt. In der Oberstufe hat sich bei mir der Wunsch verfestigt, Medizin zu studieren. Ich habe dann das Studium in Marburg an der Philipps Universität absolviert und dort auch promoviert.

Als Assistenzärztin in der Anästhesiologie an der Medizinischen Universität zu Lübeck wurde mir relativ schnell klar, dass ich über die Routineversorgung hinaus mehr gestalten und klinische Fragestellungen erforschen wollte. Als mein damaliger Chef mich 1989 als einzige Assistenzärztin fragte, ob ich mit ihm an die Klinische Fakultät nach Mannheim gehen möchte, wo er mir auch Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten in Aussicht stellte, habe ich nach Rücksprache mit meinem Mann zugesagt. Er hat mich immer in meiner wissenschaftlichen Karriere unterstützt, auch wenn es für viele Jahre eine Wochenendbeziehung bedeutete. Mein Mann ist Physiker und es war klar, dass er nicht jede meiner Stationen mitmachen kann.

Nach über einem Jahr in der klinischen Versorgung im OP und auf der Intensivstation erhielt ich dann mit DFG-Antrag eine Freistellung in der klinischen Pathophysiologie bei Prof. Dr. med. H. Neuhof an der Justus-Liebig-Universität Gießen, wo ich Grundlagen für die Habilitation erarbeitet habe.

Als ich dann zurück in die Klinik kam, habe ich mich habilitiert und wurde zur Oberärztin ernannt. Das zog natürlich Konkurrenz und Neid der nicht habilitierten Oberärzte nach sich. Für mich war

Prof. Dr. med. habil. Thea Koch Fachärztin für Anästhesiologie/ Spezielle Schmerztherapie

- 1986 – 1991 Assistenzärztin am Institut für Anästhesiologie der Medizinischen Universität zu Lübeck (Direktor Prof. Dr. med. K. van Ackern)
- 1991 Anerkennung als Fachärztin für Anästhesiologie
- 1995 Habilitation für das Fach Anästhesiologie und Verleihung der Venia Legendi
- 1996 – 1998 Hochschuldozentin am Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg
- 1998 – 2002 Ruf auf die Professur für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, stellvertretende Klinikdirektorin an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (Direktor Prof. Dr. med. habil. D. M. Albrecht)
- 2000 Advanced Medical Education Program der Harvard Medical School in Boston
- seit 2002 Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie verbunden mit der Lehrstuhlvertretung an der TU Dresden, Weiterbildungsbefugnis für Anästhesiologie und Zusatzweiterbildungen Intensivmedizin und Spezielle Schmerztherapie
- 2006 – 2013 Studiendekanin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden
- 2007 – 2014 Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF), Director of CEEA courses in Germany
- 2015 – 2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA)I
- 2019 – 2022 Berufung in das Präsidium der Dresden International University

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Pathomechanismen und therapeutische Ansätze bei Sepsis
- Entwicklung neuer Beatmungsverfahren
- Endothelin Rezeptoren in der pulmonalen Strombahn
- Cardiovasculäre Effekte von Lokalanästhetika
- Kombinierte Anästhesieverfahren
- Klinische Studien in der Schmerztherapie, Sepsis-Therapie, Beatmung



© Uniklinikum C.G.C. Dresden

das eine anstrengende Zeit, da ich ins kalte Wasser geworfen wurde und viel Verantwortung übernehmen musste. Ich wusste, dass mir nichts passieren durfte!

In den folgenden zwei Jahren habe ich mich klinisch profiliert und eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe aufgebaut.

1998 wurde ich dann auf die Professur in Dresden berufen. Dresden hat mich

als Stadt schon im Rahmen einer Vortragseinladung von Professor Albrecht einige Jahre zuvor sehr beeindruckt.

Wie sind Sie dann in Dresden aufgenommen worden? War es schwierig?

Ich wurde in der Klinik von Prof. Dr. med. habil. D. Michael Albrecht und Prof. Dr. med. habil. Helga Schiffner sehr nett

aufgenommen. Sicherlich waren am Anfang einige Kolleginnen und Kollegen etwas skeptisch. Doch nach kürzester Zeit konnte ich mir das Vertrauen erarbeiten und fühle mich sehr wohl im gesamten Kollegium der Klinik und Fakultät.

Was änderte sich, als Sie Chefärztin in Dresden wurden?

2002 habe ich die Leitung der Klinik übernommen. Dies war eine neue große Herausforderung, da es doch noch einen deutlichen Unterschied ausmacht, ob man Stellvertreterin oder dann wirklich die Chefin und voll verantwortlich ist. Das Klinikkollegium hat mich hierbei sehr unterstützt. 2004 erhielt ich dann den Ruf auf die W3-Professur an der Universität zu Köln. Nach Abwägung aller Für und Wider habe ich mich insbesondere aufgrund der vertrauensvollen Zusammenarbeit im eigenen Team, mit den Vorständen und Klinikdirektoren aber auch in der Fakultät für Dresden entschieden, was ich auch bis heute nicht bereut habe.

Was war die schwierigste Angelegenheit in Ihrem beruflichen Werdegang?

Am schwierigsten für mich war die Anfangszeit als jüngste Assistenzärztin in Mannheim, als einer der älteren Oberärzte sagte: „Was wollen Sie denn hier? Sie können hier doch sowieso nichts werden.“ Das war schwer zu verkraften, da ich ja privat viele Opfer bringen musste. Auch im Forschungslabor in Gießen war es nicht leicht, da ich wenig Unterstützung fand. Nun endlich für die Forschung freigestellt, habe ich mich ziemlich unter Druck gesetzt, schnellstmöglich Erfolge in Form von Publikationen vorweisen zu können.

In dieser Situation war es entscheidend, sich nicht so schnell entmutigen zu lassen. Ich konnte dann mit Doktoranden eine neue Arbeitsgruppe aufbauen, die auch zu nachhaltigen Freundschaften geführt hat. So haben mich mehrere Doktoranden auch auf meinen weiteren

beruflichen Stationen begleitet und selbst Karriere gemacht.

Wie bekommen Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut?

Mittlerweile sind mein Mann und ich 35 Jahre glücklich verheiratet, insofern sieht man, dass es auch gut gehen kann. Letztendlich haben wir 13 Jahre an verschiedenen Standorten gelebt. Wir haben uns durch meine Dienste oder Vorträge auf Symposien nur alle zwei bis drei Wochen gesehen. Das war eine harte Zeit. 2002 erhielt mein Mann dann die Chance, sich beruflich nach Dresden zu orientieren und dem Ruf auf eine Professur an der Technischen Universität Dresden zu folgen.

Wo sehen Sie denn Optimierungspotenzial für die Stellung der Frauen?

Die Spitzenpositionen sind ja nach wie vor zum großen Teil mit Männern besetzt. Bei meinen ersten Bewerbungen auf die W3-Professuren habe ich gemerkt, dass selbst bei gleicher Leistung und Beurteilung durch die Gutachter häufig der männliche Mitbewerber bevorzugt wurde. Dies mag auch daran liegen, dass die Berufungskommissionen überwiegend männlich besetzt sind und bestimmte Vorbehalte gegen Frauen noch immer bestehen. Als Frau wird einem einfach weniger zugetraut. Vielleicht kommt noch hinzu, dass ich von meiner Person her eine zierliche Frau bin, der man prima vista nicht zutraut, dass sie eine große Klinik leiten kann. Wenn man sich behauptet und durchsetzt, wird man als Frau schnell als zickig tituliert. Ist man aber ein bisschen netter und konzilianter, dann heißt es wieder: Die ist ja viel zu nett, die kann sich nicht durchsetzen.

Wie sind denn Ihre Erfahrungen in der Klinik mit Frauen? Wie gehen Sie mit Frauen oder Männern um?

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen: Die Frau wird immer kritischer betrachtet als der Mann und es geht eben nicht

nur nach der Leistung.

Mein erklärtes Ziel ist es, Frauen und Männer zu fördern und zu habilitieren. Von Anfang an habe ich geschaut, wer Interesse hat, wissenschaftlich zu arbeiten. Ich habe Verständnis für familienfreundliche Arbeitszeiten und ermögliche die Freistellung von klinischer Tätigkeit. Bisher habe ich leider die Erfahrung machen müssen, dass die Kolleginnen, die mit großem Interesse und Einsatz erfolgreich gearbeitet haben, dann die Habilitation nicht abgeschlossen haben.

Ich habe mir viele Gedanken gemacht, woran das liegen könnte. Liegt es an der fehlenden Kinderbetreuung, an der Doppelbelastung oder mangelnden Unterstützung durch den Partner? Eine Umfrage unter Männern und Frauen, die ich für die europäische Fachgesellschaft erarbeitet habe, zeigt, dass diese nicht die Hauptgründe sind. Häufig liegt es daran, dass die Frauen oder auch manche Männer lieber am Patienten arbeiten wollen, mehr Freizeit für Familie und Hobbys haben möchten und die administrativen Belastungen, die mit Führungspositionen verbunden sind, scheuen. Frauen geben häufiger noch mangelndes Selbstvertrauen und fehlendes Management- und Führungsausbildung an. Es liegt also gar nicht nur an den äußeren Bedingungen, sondern an veränderten Lebensperspektiven. Voraussetzung für den Karriereerfolg ist neben dem wissenschaftlichen Interesse der persönliche Wille und ein gewisses Maß an Durchhaltevermögen.

Was halten Sie von der Frauenquote?

Früher war ich immer gegen die Frauenquote. Denn ich wollte die Position aufgrund meiner Leistung bekommen und nicht, weil ich eine Frau bin. Nach meinen Erfahrungen, dass selbst bei gleicher Leistung häufig der männliche Kollege bevorzugt wird, denke ich mittlerweile, dass eine Quote vielleicht doch hilfreich wäre. ■

„Ich bin mein schärfster Kritiker.“

Wann entstand der Wunsch, Medizin zu studieren?

Das war in der Schulzeit. Meine Mutter war Apothekerin und immer berufstätig. Mein Vater hatte auch Pharmazie studiert. Deshalb hatte ich immer Kontakt mit medizinischen Dingen.

Ich habe in Heidelberg Medizin studiert. Im PJ kam ich zufällig in die Neurochirurgie. Nach dem Studium habe ich geheiratet und mein Mann wollte unbedingt nach Erlangen. In Erlangen bekam ich eine Stelle in der Neurochirurgie und bin nun seit 41 Jahren im Beruf. Später sind wir nach Heidelberg zurückgekehrt, weil der damalige leitende Oberarzt in Erlangen einen Ruf nach Heidelberg erhielt, mich mitnahm und gleich zur Funktionsoberärztin machte. Das war noch während meiner Facharztweiterbildung.

1984 habe ich dann in Heidelberg meine Facharztweiterbildung abgeschlossen. Von 1986 bis 1988 gingen wir nach Houston/USA in die Forschung. Dort war ich zwei Jahre am MD Anderson Cancer Center in der Zellbiologie und habe über Hirnmetastasen geforscht.

In der Zwischenzeit hatten wir zwei Kinder bekommen (1984 und 1986). Die Zeit in den USA war für die Kinder sehr gut, weil ich keine Nachtdienste hatte. Als ich zurückkam, habe ich mich in Heidelberg habilitiert und weiter als Oberärztin gearbeitet.

Wann kamen Sie nach Dresden?

1993 bekam ich den Ruf nach Dresden. Der Gründungsdekan Prof. Dr. med. Karl-August Bushe, ehemals Direktor der Neurochirurgischen Klinik in Würzburg, hatte damals meinen Chef angerufen und gefragt, ob er einen geeigneten Bewerbungskandidaten für den Lehrstuhl in Dresden vorschlagen könnte. Ich hatte eine solche Möglich-

Prof. Dr. med. habil.

Gabriele Schmitz-Schackert Fachärztin für Neurochirurgie

- 1971 – 1977 Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg
- 1977 Staatsexamen und Approbation als Ärztin, Promotion
- 1978 – 1984 Facharztweiterbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg (Prof. Dr. med. Wolfgang Schiefer) und Universität Heidelberg (Prof. Dr. Stefan Kunze)
- 1984 – 1986 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1986 – 1988 Forschungsstipendium der Dr. Mildred Scheel-Stiftung für Krebsforschung am Department of Cell Biology, M.D. Anderson Hospital and Cancer Center, Houston/Texas, USA. 1988 – 1993 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1990 Habilitation im Fach Neurochirurgie
- 1991 Venia legendi für das Fach Neurochirurgie
- 1993 Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, seit Oktober 1993 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
- 1999 Berufung auf C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität Hamburg/Eppendorf – Ruf nicht angenommen
- 2001 Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen
- 2010 – 2012 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- 2012 – 2014 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- 2015 – 2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2017 Berufung in Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Heidelberg

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Neuroonkologie, Tumorchirurgie, intraoperative Bildgebung



© Uniklinikum C.G.C. Dresden

keit bis dahin gar nicht in Betracht gezogen. Es gab keine Frauen in diesen Positionen.

Nachdem ich mich habilitiert hatte, trug ich mich sogar mit dem Gedanken aufzuhören und etwas ganz anderes zu machen. Mein Vater ermutigte mich, mich zu bewerben. Im Westen wollte ich mich nicht bewerben, weil dort mehr Vorurteile herrschen gegenüber arbeitenden Müttern. Denn als ich meine Kinder bekommen hatte, hieß es, jetzt musst du zuhause bleiben. Aber

wofür hatte ich die Ausbildung gemacht? Meine Mutter war auch immer berufstätig, das heißt, ich kannte es nicht anders. Mein Mann sah das genauso. Außerdem war es mit Kindern im Westen recht schwer. Der Kindergarten ging um neun Uhr los. Mittags musste man die Kinder wieder abholen und um zwei Uhr wieder bringen bis fünf Uhr. Wie will denn da einer arbeiten? Ich hatte immer ein ausgeklügeltes Kindermädchensystem: Ich hatte diejenige, die kam und das Haus mit sauber-

machte. Dann hatte ich die Ersatzkinderfrau, die Ersatzersatzkinderfrau und die Ersatzersatzersatzkinderfrau. So dass ich immer jemanden für die Kinder da hatte. Dass man sich so wie heutzutage abmeldet, weil die Kinder krank sind, ging damals gar nicht, oder dass die Männer zuhause bleiben. Meinem Mann hätte man das nie zugestanden. Es gab auch keine Elternzeit bei uns. Wir hatten nur Mutterschutz: sechs Wochen vorher und acht Wochen nach der Geburt.

Als ich dann mit Gründung der Fakultät nach Dresden kam – ich hatte mich auch auf den Lehrstuhl in Jena und an der Charité beworben – hat es mir auf Anhieb hier gefallen. Mein Mann blieb allerdings noch anderthalb Jahre in Heidelberg. Er hatte die Möglichkeit, sich auf die Professur für die Chirurgische Forschung zu bewerben, und diese Chance wollte er gerne wahrnehmen. So kam ich mit den Jungs (sieben und acht Jahre) allein nach Dresden.

Meine Mitarbeiter haben mich sehr unterstützt. Wenn ich lange operiert habe, sind die Oberärzte zu mir nach Hause gegangen und haben auf meine

Kinder aufgepasst. Vor lauter Arbeit habe ich nicht nach rechts, nicht nach links geschaut. Ich habe mich in den OP-Saal verkrochen und viel gearbeitet. Alle hatten große Erwartungen, ob ich das überhaupt schaffe. Ich wurde teilweise so begrüßt: „Wir erwarten Großes von Ihnen.“ Ich hatte gar keine Zeit, mich um irgendetwas zu kümmern, aber ich hatte immer sehr gute Mitarbeiter.

War es schwer, sich als Frau zu behaupten?

Ich habe es nicht so empfunden. Ich empfand es eher als Privileg. Ich habe einfach meine Pflicht getan. Ich bin ein Pflichtenmensch und will im Interesse der Patienten alles gut machen. Ich denke, ich bin mein schärfster Kritiker.

Gab es einmal die Option, aus Dresden wegzugehen?

Ich erhielt 1998/1999 einen Ruf nach Hamburg. Ich hatte mich auf das Ordinariat Hamburg-Eppendorf beworben und den Ruf auch bekommen. Das war für mich eine sehr schwere Entscheidung. Ich liebe den Norden und ich liebe das Meer. Und eigentlich war es das, was ich immer wollte. Ich habe mich

aber dennoch dagegen entschieden, weil ich hier nicht weg wollte. Denn was ich hier habe, habe ich selbst aufgebaut. Ich habe tolle Mitarbeiter und das fand ich ganz, ganz wichtig. Ich denke nach wie vor, dass es richtig war. Für mich war es natürlich auch noch mal eine Bestätigung. Ich konnte mit diesem Ruf zeigen, dass auch der Westen an mir Interesse hatte.

Sie haben viele männliche Kollegen überholt. Wie haben diese darauf reagiert?

Ich war von 2012 bis 2014 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Dann bin ich 2015/2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geworden. Darüber hat sich sicherlich nicht jeder gefreut, dass erstmals nach 143 Jahren eine Frau Präsidentin wurde, und ich die erste Neurochirurgin in dieser Position war. Ich dachte, es ist gut für beide Gesellschaften. Deshalb habe ich diese Position übernommen.

Was halten Sie von einer Frauenquote?

Ich finde, es muss die Leistung bewertet werden. Aber wie viele Frauen wollen denn wirklich in Führungspositionen? Wer will sich denn ständig messen und behaupten? Wer will ständig gemessen werden? Aber auch Männer ziehen nicht mehr so an Frauen auf der Karriereleiter vorbei. Auch Männer haben viele „Extras“: müssen auf die Kinder aufpassen, wollen geregelte Arbeitszeiten oder melden sich krank. Auf der anderen Seite haben die Frauen die Kapazität! Wenn sie ihre Leistung bringen und trotzdem zurückgesetzt werden, dann hätte die Frauenquote ihre Berechtigung. Es sollte absolut der/die Beste genommen werden und nicht, weil es eine Frau oder ein Mann ist. ■

„Wenn ich Familie und Karriere möchte, dann sind Abstriche notwendig.“

Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?

Die Entwicklung meines beruflichen Werdegangs war davon geprägt, dass es nicht darum ging, eine Führungsposition oder leitende Tätigkeit zu erstreben. Es bestand und besteht der Wunsch, meinen Beruf möglichst selbstbestimmt zu leben mit allen Rechten und Pflichten, um dadurch meine Selbstwirksamkeit und Vorstellung von guter ärztlicher Tätigkeit möglichst gut und frei umzusetzen und weitergeben zu können.

Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?

Meine berufliche Laufbahn begann in einer Zeit, die von einem Mangel an Ausbildungsstellen und Überschuss von Ärzten geprägt war. Das heißt, eine Ausbildungsstelle zu erhalten und auch gut ausgebildet zu werden, war von viel persönlichem Engagement, Einsatz, hartem Nachfragen und auch Konkurrenz geprägt.

Schön, dass in der heutigen Zeit junge Kollegen eher gesucht werden und dadurch mehr Unterstützung erfahren. Ich persönlich muss aber sagen, dass die Härte meines Ausbildungsweges mir auch geholfen hat, durch den entsprechenden Biss, Durchhaltevermögen und Leidenschaft schwierige Zeiten später gut zu überstehen.

Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf Ihrer Karriereleiter?

Spezielle Frauenerlebnisse gibt es nicht. Mir ist jedoch aufgefallen, dass bestimmte Aufgaben, Kompetenzen oder Tätigkeitsbereiche eher Männern oder Frauen zugetraut werden.

Dr. med. Kirsten Schubert-Fuchs Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1993 – 2000 Studium der Humanmedizin, Dresden

2000 – 2006 Facharztweiterbildung Frauenheilkunde, Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt

2004 Sachkunde Laser in der Medizin, Charité Berlin

2005 Promotion „magna cum laude“ zum Thema „Reproduzierbarkeit von DNA-Ploidiemessungen an verschiedenen Gerätesystemen am Beispiel vom Mammakarzinom“

2003 – 2005 Ausbildung auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik Gynäkologie/ Geburtshilfe Prof. Bollmann Charité, Prof. Vetter Vivantes Berlin

2004 – 2006 Ausbildung Akupunktur/Traditionell chinesische Medizin pro medico Dr. med. Römer

2006 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

2003 – 2006 Mitarbeit im Mitteldeutschen Referenzzentrum für Zervixpathologie, Dresden-Friedrichstadt

2007 Niederlassung als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oberlungwitz

2012 Zusatzbezeichnung Psychotherapie (TP) DIPP, Dresden

2018 Stellvertretende wissenschaftliche Leitung Kurs Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde, Sächsische Landesärztekammer



© Privat

Hier habe ich immer versucht, das Geschlechterprinzip außer Acht zu lassen und zu schauen, welcher Mensch, mit welchen Stärken für welche Aufgaben besonders geeignet ist. Das gilt für meine persönliche Entwicklung genauso wie im Umgang im Team.

Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?

Wir leben in einer Zeit, in der Frauen und Männer sich entscheiden können, dürfen und sollen, wie sie ihr Leben leben und welche Prioritäten sie bezüglich Familie und Beruf setzen.

Dies ist eine große Chance und Errungenschaft. Gleichzeitig fordert es uns aber auch auf, zu entscheiden und bis zu einem gewissen Grade Kompromisse zu finden, wieviel Zeit und Einsatz ich wo investiere.

Diese Entscheidung kann uns aber keine Gesellschaft, kein Betreuungssystem und keine Quote abnehmen. Diese Entscheidung kann nur jede Frau und jeder Mann für sich alleine treffen.

Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?

Es ist wichtig, sich und sein Leben gut zu organisieren und zu planen und ein entsprechendes Hilfesystem zu installieren. Außerdem finde ich es wichtig, seine Prioritäten und Lebensplanung sich bewusst zu machen, um dies klar dem Team, aber auch der Familie kommunizieren zu können.

Gleichzeitig habe ich mir persönlich immer klar gemacht, dass Abstriche notwendig sind. Wenn ich Familie und Karriere möchte, kann ich nicht beides zu

110 Prozent leisten. Dabei ist es übrigens egal, ob ich weiblich oder männlich bin. Ich muss also damit leben, dass ich nicht so viel an einem Tage schaffe, wie ich mir vorgenommen habe oder sich durch Elternschaft ein Karriereschritt verzögert. Oder weil ich Zeit für die Familie investieren möchte, ich bei manchen Positionen oder Projekten ablehne.

Gleichzeitig muss ich aushalten, dass ich nicht so viel Zeit für die Familie habe oder nicht so lange Elternzeit nehmen kann oder nicht jeden Elternnachmittag in Kita oder Schule besuchen kann, wie ich es mir wünschen würde.

Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?

Wenn ich als Mensch mit meinen Stärken und Schwächen gesehen werden möchte und ich mir Gleichberechtigung wünsche, so sollte ich dies auch vorleben und nicht auf besonders weibliche oder männliche Vorzüge setzen oder besondere Rücksicht verlangen, weil ich ein Mann oder eine Frau bin. Gleichberechtigung ist eine Haltung, die aus uns selber kommen muss, man kann sie nicht verordnen.

Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?

Meine größte Unterstützung war die Erziehung durch meine Eltern. Sie haben mir klar gemacht haben, dass es egal ist, ob ich ein Mädchen oder ein Junge bin. Es ist wichtig, sich anzustrengen, sich herauszufordern und seine Schwächen zu erkennen und auszuhalten.

Dabei kam es mir nie in den Sinn, dass es abhängig von meinem Geschlecht ist, was ich in meinem Leben erreiche.

Was war im Laufe Ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?

Als ich mit meinem vierten Kind schwanger war, wurde ich gefragt: „War das etwa geplant?“ Diese Frage kam übrigens von einer Frau.

Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?

In meinen Augen geht es nicht darum, die Situation oder die Tätigkeit auf ein spezielles Frauen- oder Männerproblem zu spezifizieren. Es zählt Leistungsbereitschaft, Engagement und Selbstbewusstsein. Und das Vertrauen,

dass auch Männer gut Kinder ins Bett schaffen können, zu Elternabenden gehen oder bei den Hausaufgaben unterstützen, während Frau gerade in Klinik oder Praxis tätig ist. Und das Wissen, dass beide Tätigkeiten wichtig, wertvoll und schön sind.

Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Das Optimierungspotenzial liegt in uns selbst. Wir brauchen Selbstbewusstsein um auszuhalten, dass nicht alles auf einmal geht oder gewisse Dinge, wie Familie genauso wie Karriere, ihre Zeit haben. Dies ist aber nicht nur negativ, sondern auch toll, dass Frauen und Männer entscheiden können. Das sollten wir auch unseren Kindern vorleben und vermitteln.

Was halten Sie von einer Frauenquote?

Nichts. Eine Frauenquote suggeriert Frauen, dass sie es nur schaffen, wenn Plätze für sie freigehalten werden oder sie besondere Hilfe und Unterstützung brauchen. Frauen sind genauso leistungsfähig, klug und familienkompetent wie Männer. Das wird nur gesellschaftliche Normalität, wenn wir es persönlich leben. Ich persönlich möchte keine „Quotenfrau“ sein. ■

„Das Bild eines Chefarztes – ob Frau oder Mann – hat sich inzwischen grundlegend geändert.“

In der Schule und beim Studium war ich sehr ehrgeizig, eine „Einser-Schülerin“. Dann habe ich beim Studium meinen Mann kennengelernt. Er war drei Jahre älter und begann mit seiner Ausbildung zum Chirurgen. Wir waren sehr glücklich, bekamen zwei Kinder und ich ent-

schloss mich zu einer Facharztweiterbildung für Physiotherapie. Meine zukünftige Arbeitsstelle sollte die Poliklinik Gorbitz sein und ja, es war auch der Gedanke dabei, mich um die Familie zu kümmern und meinem Mann „den Rücken freizuhalten“. Anfang der

1980er Jahre hatte ich schon Probleme als junge Mutter im Beruf. Meine Ausbildungszeit in der Anästhesie wollte der damalige Chefarzt nicht anerkennen, weil ich zu häufig mit den sich in der Eingewöhnungsphase in die Kinderkrippe befindlichen kranken Kindern

ausgefallen war. Zu dieser Zeit wäre es gar nicht denkbar gewesen, dass mein Mann als zukünftiger Chirurg wegen erkrankter Kinder zu Hause geblieben wäre.

Irgendwann eskalierte die Situation in unserer Familie, denn, wie mein Mann, musste natürlich auch ich während meiner Ausbildungszeit in vielen verschiedenen Kliniken am Bereitschafts- und Notarztdienst teilnehmen. So stellte ich den Antrag auf Arbeit in Teilzeit, mein damaliger Chef in einer Inneren Klinik sah mir tief in die Augen und meinte: „Natürlich können Sie 14 Uhr nach Hause gehen, wenn Sie Ihre Arbeit auf der Station (die ich allein betreute) geschafft haben“.

Durch den plötzlichen Tod meines Mannes und die gesellschaftspolitischen Umbrüche zur Wendezeit mit Auflösung der Polikliniken und völlig unklarer Perspektive für den Facharzt für Physiotherapie, wechselte ich in die Facharztweiterbildung für Innere Medizin und bin heute noch ausgesprochen dankbar dafür, dass sich sowohl Prof. Dr. med. habil. Heinz Herzog als auch Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel sehr für mich verwendeten und so bekam ich die Assistentenstelle in der I. Medizinischen Klinik am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt zu einem Zeitpunkt, zu dem es wegen der unklaren politischen Verhältnisse zunächst keine neuen Einstellungen gab. Ich wollte nun Rheumatologin werden.

In unser Haus zogen glücklicherweise meine Eltern ein, um mich mit den zwei kleinen Kindern zu unterstützen. Ein besonderer Glücksfall für mich war, dass sie gerade durch die Wende-Umbrüche in den Vorruhestand geschickt worden waren.

Mit diesem Hintergrund konnte ich engagiert meine Weiterbildung zur Internistin und Rheumatologin vorantreiben. Ich wurde Stationsärztin und

Dr. med. Leonore Unger Fachärztin für Innere Medizin

1978 – 1984	Studium der Humanmedizin, Greifswald und Dresden
1985 – 1990	Facharztweiterbildung Physiotherapie und rehabilitative Medizin, beendet mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“
1990 – 1996	Facharztweiterbildung Innere Medizin
1994	Zusatzbezeichnung Chirotherapie
1994	Fachkunde Rettungsdienst
1997	Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie
1999	Ernennung zur Oberärztin
2002	im Rahmen des PROVIDE-Hospitationsprogrammes Hospitation an der Division of Rheumatology, University Michigan, Ann Arbor
2004	Ernennung zur leitenden Oberärztin der I. Medizinischen Klinik des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt
2005	Zertifizierung „Osteologie DVO“
2008	Ernennung zur Chefärztin der I. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt



© Städtisches Klinikum Dresden

fühlte mich insbesondere nach meiner fünfjährigen vielfältigen Ausbildung in der Physiotherapie im Vorfeld für eine Stelle als Oberärztin in der Rheumatologie nach Abschluss meiner Prüfung zur Subspezialistin qualifiziert.

Mit meinem jetzigen Mann, der für unsere Beziehung seine Stellung in einem Krankenhaus im Norden Deutschlands aufgab und am Stadtrand von Dresden eine eigene Praxis gründete, bekam ich glücklich mein drittes Kind. Damals (1994) waren Facharzt-Stellen in Kliniken sehr begehrt und ich konkurrierte mit zwei befreundeten Kollegen um die eine vorhandene Stelle. Durch Mutterschutz und Elternzeit kam ich „ins Hintertreffen“. Im Wissen um das Behütetsein unserer drei Kinder durch unsere Eltern beschlossen wir, meine Elternzeit zu verkürzen und zehn Wochen nach der Geburt meines Sohnes war ich wieder in der Klinik, bekam die Facharztstelle und ein paar Jahre später wurde ich 1999 Oberärztin unter der Leitung meines von mir sehr geschätzten Chefs, Prof. Dr. med. habil. Hubert Gerd Nüßlein.

Das war damals keine einfache Zeit für uns, zumal mein Mann sich ja auch mit der Praxis erst etablieren musste und so manches Mal waren wir „grenzkompensiert“. Lachend erinnern wir uns heute, wie wir mit der Taschenlampe in der Nacht im Garten herumstolperten, um das Herbstkörbchen, welches am nächsten Tag im Biologie-Unterricht fällig war, zusammenzubringen, oder die Klage meines Sohnes über die rutschende Jeans zur Erkenntnis führte, dass er ja schon den zweiten Tag die Hose von der Oma trug. Mit Stolz berichtet unser jüngster Sohn heute auf Familienfesten von dem Hausaufsatz, den wir nicht auf dem Schirm hatten und den ich in einem Sonntagsdienst verfasste und auf den wir beide dann eine Vier erhielten. Ich hatte in der Eile zu viel aus dem einzigen verfügbaren Sachbuch im Dienstzimmer abgeschrieben. Der Lehrer hatte uns im Zeitalter des Internets überführt. Meine Sekretärin konnte beim Briefeschreiben auf den Kassetten der sonntags vormittags diktierten Arztbriefe die Fortschritte der Kinder im Klavier-

und Geigespielen im Hintergrund verfolgen. Das war nicht immer ein Genuss.

Nachdem Prof. Nüßlein 2007 leider die Klinik verlassen hatte, wurde die Chefarzt-Stelle für die I. Medizinische Klinik ausgeschrieben. Ich hatte als leitende Oberärztin die Klinik bereits kommissarisch geleitet und nach reiflicher Überlegung und mit dem Zuspruch meiner Kollegen und meiner Familie bewarb ich mich für diese Position – und erhielt sie auch. Ich war nun, neben der Augenärztin, Dr. med. Hannelore Pigors, die zweite Frau in der Geschichte des Krankenhauses Friedrichstadt, die eine Klinik leitete.

Ich erinnere mich gut an die wunderschöne Jugendstil-Villa neben dem Krankenhaus Bethanien im damaligen Karl-Marx-Stadt, in der meine Schwiegereltern in den 1980er Jahren wohnten. Mein Schwiegervater, Prof. Dr. med. Kurt Unger, war Chefarzt der Chirurgischen Klinik dort. Ihm wurde höchster Respekt erwiesen.

Wenn er nach dem Mittagessen, das ihm pünktlich 13 Uhr von seiner Frau zu Hause serviert wurde, nach einer kurzen Mittagsruhe und dem Studium der wichtigsten neuesten medizinischen Zeitschriften am Nachmittag wieder in der Klinik erschien, waren alle Kollegen bereit für die Nachmittagsvisiten und -besprechungen. Es gab keinen definierten „Feierabend“, auch das Wort „Überstunde“ gab es nicht, Kollegen in Teilzeit waren eine Rarität.

Das Bild eines Chefarztes – ganz gleich ob Frau oder Mann – hat sich inzwischen grundlegend geändert. Ich denke, dass inzwischen auch die meisten meiner männlichen Kollegen ihre Kinder zum Sport fahren und am Samstag am Rande eines Fußballfeldes ihre Söhne anfeuern oder in den Konzerten der Musikschule sich die ersten Geigenstriche ihrer Zöglinge anhören. Wahr-

scheinlich können die meisten auch eine Spülmaschine einräumen und die Wäsche abnehmen – Bügeln, Einsortieren und entscheiden, was die Kinder heute anziehen, wird vielleicht schon schwieriger. Daran denken, dass der eine heute den Sportbeutel, der andere die Werkschürze und die dritte den Geburtstagskuchen mitnehmen (und vorher gebacken kriegen) muss, quasi die ganze Logistik, wird wohl in den meisten Familien noch Frauensache sein – Chefarzt hin oder her. Ich habe mir manchmal gewünscht, so viel Geld zu verdienen, dass eine Haushaltshilfe, eine Kinderfrau (gerade zur Überbrückung der Nachmittagsstunden) und ein „Hausmeister“ kein Problem sind. Ich hatte Glück, weil diese „Jobs“ jahrelang mit großer Liebe von meinen Eltern erledigt wurden.

„Meine Kinder haben mich vieles gelehrt – vor allem Toleranz und Flexibilität.“

Glück muss man auch mit dem Partner haben, nicht jeder Mann kommt mit einer starken, „bestimmenden“ Frau zurecht (und man muss als Frau natürlich zu Hause auch mal aufhören können zu bestimmen).

Die Gesellschaft hat sich grundlegend geändert. Ich habe mich daran gewöhnt, dass mir nicht mehr immer die Tür aufgehalten wird und ich auch nicht als Erste durch diese Tür gehe, dass ich für viele nicht mehr Frau Chefarzt oder Frau Doktor sondern nur Frau Unger bin, froh, nicht noch geduzt zu werden. Vielleicht sind das auch nur Äußerlichkeiten, aber ich wünsche mir schon, dass es generell wieder mehr Respekt vor einer Lebens- und Arbeitsleistung gibt, ja auch „nur“ vor einem tapfer gelebten Leben, dem Alter, der Erfahrung. Wir leisten in unserem Beruf

schon Außergewöhnliches, die meisten von uns engagieren sich weit über einen normalen Arbeitstag hinaus, dafür möchten wir Wertschätzung erfahren, von unseren Patienten, von unseren Kollegen, aber auch von unseren Vorgesetzten, die ja inzwischen meist Ökonomen sind.

Meine Kinder haben mich vieles gelehrt – vor allem Toleranz und Flexibilität. Ich habe gelernt, dass es auch ganz andere Lebensentwürfe geben kann als die, die wir uns bisher vorstellen konnten, dass es gut ist, mit seinen Ansichten auch einmal in Frage gestellt zu werden, dass es wichtig ist, über sich lachen zu können – und immer im Dialog zu bleiben. Kritische Dinge müssen angstfrei gesagt werden können, nur dann geht es kreativ vorwärts.

Ich genieße deshalb die Zusammenarbeit mit den Kollegen in meiner Klinik. Es ist ein Mix aus alten erfahrenen Hasen und den erwartungsvollen, enthusiastischen Jungen, die natürlich auch ihre eigenen Vorstellungen haben und sich Dinge einfordern, die manchmal erfüllbar sind und manchmal nicht und die uns Ältere davor bewahren, in eingefahrenen Gleisen bequem zu werden.

Ja, wenn ich keine Kinder bekommen hätte, hätte ich mich sehr wahrscheinlich habilitiert und vielleicht einer Professur angestrebt. Ja, es gab Situationen, in denen ich Vorträge, Weiterbildungen und ähnliches, die für die Karriereleiter wichtig gewesen wären, wegen der Familie abgesagt habe, an vielen Netzwerk schmiedenden Arbeitsessen habe ich nicht teilgenommen. Es gibt auch heute Situationen, in denen man als „Nicht-Professorin“ zurückstehen muss – in wissenschaftlichen Gremien, Ausschüssen, bei der Bewerbung für bestimmte Positionen und manchmal hab ich mir gewünscht, dass das Großziehen von drei Kindern

zu anständigen Menschen wie eine Habilitation bewertet wird.

Aber unzufrieden oder benachteiligt fühle ich mich nicht. Ich habe im Beruf viel erreicht und ich habe eine wunderbare Familie, darauf bin ich sehr stolz.

Eine Frauenquote brauche ich nicht. Unabhängig vom Geschlecht muss eine Position mit demjenigen besetzt werden, der sie am besten ausfüllen kann, der am besten dafür qualifiziert ist. Viele Dinge haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, Frauen in Teilzeitarbeit werden nicht mehr schief angesehen. Mütter, die einen Haushalt mit mehreren Kindern organisieren, sind in der Regel auch auf Arbeit sehr strukturiert und sie haben das, was heute ein etwas ausgeleierter Begriff

geworden ist: soziale Kompetenz. Dies kommt den Patienten, aber auch den Arbeitskollektiven zugute. Allerdings gibt es ein großes Potenzial, Frauen, die sich im Beruf mehr engagieren wollen, dies zu erleichtern, zum Beispiel mit Kinderkrippen und -gärten, die auch eine Arbeit im Schichtdienst möglich machen, mit einem Stellenschlüssel, der Teilzeitarbeit einplant. Mütter sollten nicht weniger, sondern mehr verdienen, damit sie Haushaltshilfen, Kindermädchen und ähnliches bezahlen können.

Mein Problem als Chefärztin sind nicht „die Männer“, meine Problem als Chefärztin ist (und da sind meine männlichen Kollegen genauso betroffen)

die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Behandlung für alle Betroffenen in einer Zeit, in der „Effizienz“ dargestellt durch das Erreichen vieler Case mix-Punkte und niedrigstmöglicher Verweildauer mit Qualität verwechselt wird, in der wir dauererschöpft sind durch Zeitdruck und überbordende Bürokratie. Meine Herausforderung als Chefärztin ist, meinen jungen Kollegen unter diesen Bedingungen die Begeisterung für unseren schönen Beruf zu erhalten, zu zeigen, wie befriedigend es sein kann, Menschen in schwierigsten Situationen beizustehen und sie zu begleiten. Die Männer? Wie langweilig wäre die Welt ohne Männer?! ■