

«WIR BRAUCHEN MEHR WEIBLICHE VORBILDER»

Viola Heinzelmann-Schwarz ist die erste Professorin mit einem Lehrstuhl für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Schweiz. Mit modernem Führungsstil und innovativen Ideen setzt die Leiterin der Frauenklinik am Universitätsspital Basel neue Massstäbe. Im Interview verrät sie, warum Frauenförderung allein nichts bewirkt und warum Interprofessionalität die Zukunft ist.

Text: Vivien Wassermann

Ihr Beruf ist Berufung. Doch bevor Sie zur Medizin gekommen sind, haben Sie zwei Semester Rechtswissenschaften studiert. Was haben Sie dort vermisst, was Sie in der Medizin finden?

Viola Heinzelmann: Medizin hat mich eigentlich schon immer interessiert. Da ich jedoch auch sehr an Politik interessiert war und mein Vater die Rechtswissenschaften empfahl, weil ich rhetorisch recht gut war, habe ich eingangs Jura gewählt – quasi als Mittel für die Politik. Ich merkte aber dann bald, dass es mir gar nicht lag, folgte meinem Herzen und studierte Medizin. Nun war und bin ich die erste in unserer Familie, die Ärztin geworden ist. Dafür fehlte es mir anfangs ein bisschen an Zustimmung.

Auch Ärztinnen, die Karriere machen möchten, scheint es an Zustimmung zu fehlen. Oder liegt es am mangelnden Interesse der Frauen selbst? So liegt der Frauenanteil auf Assistenzarztebene in der Schweiz bei 58%, auf Chefarztebene nur noch bei 12%.

Am USZ gab es vor mir einige Frauen, die habilitieren wollten. Doch sie haben das wieder aufgegeben. Es liegt weniger daran, dass es zu wenige Frauen gibt, die Interesse daran haben, sondern dass man die Bedingungen optimieren sollte, sodass die Frauen diesen Schritt auch gehen wollen. Die Gründe für eine Entscheidung dagegen sind vielfältig. Zum einen sind es institutionelle Aspekte, zum Beispiel Teilzeitarbeit, inwiefern der Chef einen unterstützt oder ob es Finanzierungsmöglichkeiten von aussen gibt. Auf der anderen Seite aber auch persönliche Dinge, wie Unterstützung durch den Partner oder die Familienplanung. Das muss man ganz individuell betrachten. Zudem müssen Ärztinnen und Ärzte in Kaderpositionen über bestimmte Charakteristika verfügen.

Um welche handelt es sich dabei?

Man benötigt auf jeden Fall eine gewisse Resilienz, man sollte quasi ein Stehaufmännchen sein. Auch den Weg ins Ausland sollte man nicht scheuen. Und man muss bereit sein, gewisse Op-

fer zu bringen, sei es finanzieller Art oder privater aufgrund des hohen Arbeitseinsatzes. Ich habe zum Beispiel damals die Forschung am USZ unentgeltlich gemacht zu 50 Prozent.

Was es aber wirklich braucht, sind weibliche Vorbilder. Meine Vorbilder waren damals Männer. Wenn Ärztinnen jedoch Frauen als Vorbilder haben, dann trauen sie es sich selbst auch eher zu. Ich betreue jetzt einige Frauen, die auf dem Weg zur Habilitation sind. Von denen haben alle Kinder, eine ist sogar alleinerziehend. Die entscheidende Frage ist, wie man sich Hilfsstrukturen organisiert, und auch, ob man es sich leisten kann, da diese Hilfsstrukturen natürlich meist etwas kosten.

«Es ist wichtig, dass man Frauen und Männer fördert.»

Wie fördern Sie selbst die jungen Ärztinnen an Ihrer Klinik?

Ich finde es sehr wichtig, dass man nicht nur Frauen, sondern auch Männer fördert. Es braucht entsprechend Teilzeitmodelle für beide Geschlechter. Bei mir arbeiten auch viele männliche Kaderärzte Teilzeit. Denn Modelle, die nur auf die Frauen abzielen, bringen nicht viel. Nur wenn Männer selbst sich an der Familienversorgung beteiligen, können ihre Frauen beruflich entsprechend tätig sein.

Was macht einen guten Führungsstil sonst noch für Sie aus?

Ich gehöre zur jüngeren Generation und bin zudem durch meine Zeit in Australien sehr britisch geprägt. Deshalb pflege ich relativ flache Hierarchien. Ich mag es, wenn meine Mitarbeitenden mir auch mal widersprechen, sodass eine Diskussion aufkommt und man den Entscheid im Team bespricht. Denn wer fachlich gut ist, erhält

dadurch automatisch Achtung. Die Mitarbeitenden sollen mich ja aufgrund meiner Führung und meiner klinischen Fähigkeiten schätzen und nicht, weil sie Angst vor mir haben. Entsprechend hierarchische Führungsmodelle gibt es aber leider immer noch in der Schweiz, und sie hängen nicht vom Alter ab.

Interprofessionalität ist in aller Munde. Bei Ihnen in der Klinik wird sie indes schon länger gelebt?

Den hohen Nutzen von Interprofessionalität im Klinikalltag habe ich in meiner Zeit in Australien erlebt. Dort kann die Pflege selbständig arbeiten und mehr Verantwortung übernehmen. Auch in der Schweiz engagiere ich mich für Interprofessionalität. So war ich an der Ausarbeitung der Charta für Interprofessionalität durch die SAMW, einem Leitfaden für die Zusammenarbeit der Fachpersonen im Gesundheitswesen, beteiligt. Auch an unserer Klinik haben wir einige neue interprofessionelle Stellen geschaffen. Zudem treffen wir uns einmal wöchentlich zum sogenannten Qualitäts-Gynäkologie-Onkologie-Zirkel. Hiermit möchten wir erreichen, dass alle betreuenden Disziplinen unserer gynäkologisch-onkologischen Patientinnen voneinander wissen, was bei den jeweils anderen geplant ist und wir uns in der Therapie absprechen. Und so setzen wir uns zusammen mit Diätberaterinnen, Sozialarbeiterinnen, Onkologen, Schmerztherapeuten, Ethikern, Pharmazeuten, Pflegekräften, Palliativmedizinerinnen, Case Managern, Psycho-Onkologinnen und Internisten.

Stichwort patientenzentrierte Medizin: Sie geben Brustkrebspatientinnen im Wartezimmer ein iPad zur Hand?

Der Trend geht dahin, dass man bereits vor der Konsultation bei den Patienten abfragt, wie es ihnen geht. Denn sobald die Patientin im Sprechzimmer ist, fällt ihr oft gar nicht mehr ein, was sie alles sagen wollte. Deshalb ist es ein Vorteil, wenn man dies in Ruhe vorher abfragt und aufbauend auf den Informationen aus den Antworten weitergehende Fragen stellen kann. Zudem



ZUR PERSON

Prof. Dr. Viola Heinzelmann-Schwarz ist Gesamtleiterin der Frauenklinik, die Leiterin des Gynäkologischen Tumorzentrum sowie Chefärztin Gynäkologie/Gyn. Onkologie am Universitätsspital Basel. Ihre Facharztausbildung absolvierte sie am Universitätsspital Zürich USZ, wo sie 2007 habilitierte. Die gebürtige Deutsche ist verheiratet und Mutter einer Tochter (6 Jahre) und eines Sohnes (12 Jahre).

sind wir hier am Universitätsspital Basel führend, indem wir ICHOM-Kriterien abfragen, das heisst Symptome, die eine grosse Rolle für die Lebensqualität der Patientinnen darstellen. Nur diese zeigen qualitative Benefits, nicht nur das pure Überleben nach einer Krebserkrankung.

Befragungen zeigen, dass viele todkranke Patienten lieber in Ruhe sterben möchten, als weitere – zumal auch für das System teure – OPs oder Chemotherapien auf sich zu nehmen. Gibt es hier falsche finanzielle Anreize?

Ich hoffe nicht, dass irgendein guter Onkologe klinische Entscheidungen aufgrund von finanziellen Anreizen trifft. Man muss individuell bei jedem einzelnen Patienten schauen, was noch sinnvoll ist. Das hängt sehr von den unterschiedlichen Wünschen ab. Auf der anderen Seite ist es ein grosses Problem, dass die onkologischen Studien nur auf die neuen Medikamente ausgerichtet sind. Medikamente, mit denen die Pharmafirmen Gewinn machen möchten und deshalb die Forschung sehr in diese Richtung getriggert wird. Ich versuche zum Beispiel gerade, eine Studie mit einem bereits zugelassenen günstigen Generikum durchzuführen, aber das ist schwierig, weil Pharmafirmen daran kein Interesse haben.

Blick in die Zukunft: Wie stellen Sie sich Ihren Klinikalltag in 5 bis 10 Jahren vor?

Ich denke, für unsere Region ist der Zusammenschluss im Universitätsspital Nordwest ein sehr wichtiger, geradezu überlebenswichtiger Entscheid. Denn wir möchten nicht, dass unsere Patienten irgendwann nach Bern oder Zürich reisen müssen. Zudem stelle ich mir die Zukunft so vor, dass es krankheitsbezogene Zentren gibt, in denen weniger hierarchisch aber stattdessen stärker interdisziplinär und interprofessionell behandelt wird. So wie dies in vielen Tumorzentren bereits der Fall ist. Die Behandlung muss hochspezialisiert und auf den einzelnen Patienten bezogen sein und einen Zugang zu den neuesten Behandlungsformen im Rahmen von Studien erlauben. Für diesen Zugang setze ich mich zunehmend ein, weil hier die Schweiz im Bereich der gynäkologischen Krebserkrankungen noch mehr bewirken kann.

Wovon lassen Sie sich inspirieren?

Ich habe einfach eine ungeheure Freude an dem, was ich mache. Und ich habe gern Kontakt mit meinen Patientinnen und ich mache gerne Forschung. Beides inspiriert mich immer wieder neu – es ist Vergnügen, keine Last.

Sie haben die deutsche, die Schweizer und die australische Staatsbürgerschaft. Könnten Sie sich vorstellen, irgendwann wieder im Ausland zu arbeiten?

Ich bin in Deutschland geboren worden und habe dort studiert, habe aber die ganze Weiterbildung am Universitätsspital Zürich gemacht. Ich bin nicht sicher, ob ich diese Karriere in Deutschland mit seinen hierarchischen Strukturen und der starken Konkurrenz in der Forschung hätte machen können. In der Schweiz war ich immer eine der Wenigen, die den Weg der Forschung gegangen sind, und es war etwas Besonderes. Zudem habe ich hervorragende Unterstützung meiner Vorgesetzten erfahren. Die Erfahrung in Australien später hat meinen Horizont erweitert, weil es ein sehr offenes, multikulturelles Land ist und ich auch den britischen Humor sehr mag. Deshalb könnte ich es mir schon gut vorstellen, später einmal in Australien zu leben. Doch Basel hat uns sehr überzeugt und ist dieser Mentalität sehr ähnlich. Ausserdem ist mein Mann Zürcher und meine Kinder sind hier ebenso wie in Australien verwurzelt. //

Schreiben Sie uns: vivien.wassermann@sanatrend.ch