

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Können Ärztinnen besser zuhören?
Wunsch und Wirklichkeit der
sprechenden Medizin



Inhalt

- 03 **Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 04 **Gastbeitrag**
Dr. med. Martina Wenker
Zulassungsverfahren nicht mehr zeitgemäß
- 05 **Schwerpunkt: sprechende Medizin**
Univ.-Prof. Dr. phil. Josef W. Egger
Sprechende Medizin – das ärztliche Gespräch in der Praxis
- 07 **Prof. Dr. phil. Volker Möws**
Studie der Techniker Krankenkasse bestätigt hohe Erwartungen an die sprechende Medizin
- 08 **Im Interview**
Ingrid Fischbach
Gute Kommunikation nicht nur eine Frage der Vergütung
- 09 **Im Interview**
Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
Ein Gespräch kann entscheidend zum Therapieerfolg beitragen
- 11 **Im Interview**
Dr. med. Hildgund Berneburg
Es wird höchste Zeit, sich Zeit zu nehmen
- 13 **Dr. med. Astrid Bühnen**
Was ist neu an der Reform des Mutterschutzgesetzes?
- 15 **Aus dem Verband**
Fotonachlese zum 35. DÄB-Kongress 2017 in Berlin
- 16 **Wahl des neuen Vorstands, Anträge zur Mitgliederversammlung**
- 17 **Berichte aus den Foren 40 plus und 60 plus**
- 18 **Nachruf zum Tod von Dr. med. Gisela Dahl**
- 19 **Berichte aus den Regionalgruppen Lübeck, Kassel, Münster und Frankfurt am Main**
- 22 **Für Sie gelesen**
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Heal your Hospital
- 23 **Dr. med. Gudrun Günther**
Aus dem MWIA-Newsletter September 2017

Auf der Rückseite dieser **ärztin** finden Sie die neuen Roll ups des DÄB, die bei der Geschäftsstelle ausgeliehen werden können.

ärztin

Offizielles Organ
des Deutschen Ärztinnenbundes
ISSN 0341-2458

Herausgegeben vom

Deutschen Ärztinnenbund e.V.
Präsidentin: Dr. med. Christiane Groß, M.A.
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Redaktion und V.i.S.d.P.:

Gundel Köbke
Pressereferentin des Deutschen
Ärztinnenbundes
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Dr. med. Barbara Schmeiser

Geschäftsstelle des DÄB

Rhinstraße 84, 12681 Berlin
Tel.: 030 54 70 86 35
Fax: 030 54 70 86 36
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Wir bitten alle Mitglieder, uns ihre aktuelle E-Mail-Adresse mitzuteilen

Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin
Mommensenstraße 70, 10629 Berlin,
Tel.: 030 883 94 95
E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:

DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Wilhelm-Kabus-Straße 21-35, 10829 Berlin

Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr
Heftpreis 5 Euro.

Bestellungen werden von der Geschäftsstelle
entgegengenommen.

Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Be-
zugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Redaktionsschluss der Ausgabe 01/18:
28. Februar 2018

Fotos:

Titelseite: 123rf_Cathy Yeulet
Seite 6: 123rf_orson
Seite 7: 123rf_Milosh Kojadinovich
Seite 10: 23rf_Katarzyna Bialasiewicz
Seite 12: 123rf_Katarzyna Bialasiewicz
Seite 14: 123rf_Wavebreak Media Ltd.

Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffentlichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernehmen wir keine Haftung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors oder der jeweiligen Autorin und nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. Wir behalten uns das Recht vor, Beiträge und auch Anzeigen nicht zu veröffentlichen.

“

Liebe Kolleginnen,

die zweite Hälfte des Jahres 2017 war wahrlich bewegt und auch bewegend – politisch allemal und auch berufspolitisch für den Deutschen Ärztinnenbund. Der DÄB hat sich zum Beispiel mit einem überparteilichen und gesellschaftlichen Bündnis namens „Berliner Erklärung“ mit führenden Frauenverbänden zum Thema Gleichstellung vernetzt. Vor der Bundestagswahl 2017 hat das Bündnis den zur Wahl stehenden Parteien einen Forderungskatalog vorgelegt und bei den Sondierungsgesprächen angemahnt, dass Gleichstellungspolitik nicht auf zwei Zeilen reduziert werden darf.

Der Schwerpunkt in dieser Ausgabe der **ärztin** liegt auf der sprechenden Medizin. Evident ist, dass Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patientinnen und Patienten – und auch mit ihren Kolleginnen und Kollegen – mehr sprechen sollten. Deshalb führt der Masterplan Medizin 2020 mittlerweile auch „kommunikative und soziale Kompetenzen“ für Medizinstudierende auf. Im aktuellen Gastbeitrag von Martina Wenker lesen wir dazu, warum beim Zulassungsverfahren zum Medizinstudium die sozialen Kompetenzen mitentscheiden sollen.

Für Univ.-Prof. Dr. phil. Josef W. Egger sind Wert und Wirkung des gesprochenen Wortes durch zahlreiche Studien belegt und die schlechte Bezahlung einer verengten Sicht auf eine „Reparaturmedizin“ geschuldet. Auf unsere Nachfrage, ob Ärztinnen besser zuhören können als Ärzte, räumte er ein, dass Ärztinnen etwas mehr an zwischenmenschlichen Begegnungen interessiert sind als Ärzte, wobei dies einer sehr langsamen Veränderung unterworfen sei.

Eine aktuelle Studie der Techniker Krankenkasse (TK) bestätigt, dass Patientinnen und Patienten hohe Erwartungen an die Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten haben. Prof. Dr. phil. Volker Möws stellt fest, dass Ärztinnen und Ärzte sich die sprechende Medizin jedoch erst dann leisten können, wenn der zusätzliche Zeitaufwand an Qualitätsindikatoren geknüpft und auch vergütet wird. Ingrid Fischbach, bei Drucklegung noch Parlamentarische Staatssekretärin, Patientenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte der geschäftsführenden Bundesregierung, richtet ihren Appell an beide Seiten: Sie möchte die Gesundheitskompetenz bei Patientinnen und Patienten erweitern und die Gesprächskompetenz bei Ärztinnen und Ärzten fördern.

Petra-Maria Schumm-Draeger betont im Interview mit der **ärztin**, dass ärztliche Gespräche auch bei somatischen Erkrankungen ganz entscheidend zum Thera-



pieerfolg beitragen und gleichrangig mit einer medikamentösen Therapie sein können. Sie fordert, dass die sprechende Medizin nicht nur exklusiv angeboten werden darf, und hält die Berücksichtigung bei der Abrechnung für unumgäng-

lich, auch um damit in diversen Klinikabteilungen die Versorgung wieder zu verbessern. Hildgund Berneburg meint, dass es höchste Zeit wird, sich für die sprechende Medizin wieder mehr Zeit zu nehmen. Sie berichtet sowohl von der Sprachlosigkeit im Drei-Minuten-Takt als auch von zahlreichen inzwischen zugelassenen Therapieformen, stellt aber ernüchtert fest, dass das ärztliche Gespräch nicht dazu gehört.

Astrid Bühnen hat für die vorliegende Ausgabe der **ärztin** zusammengefasst, was an der Reform des Mutterschutzgesetzes neu ist, für die sich der Deutsche Ärztinnenbund maßgeblich eingesetzt hat. Zusätzlich hat Sie auch sehr umfangreiche Tipps und Hinweise für Ärztinnen, die ein Kind bekommen wollen oder schwanger sind, erarbeitet. Diese Tipps werden zeitgleich mit dem Erscheinen der **ärztin** 03/17 auf der neuen Homepage und auf Facebook veröffentlicht.

Der Verbandsteil ist diesmal dank der Berichte aus den Regionalgruppen besonders umfangreich ausgefallen und belegt die zahlreichen Aktivitäten in den einzelnen Gruppen. Ausgewählte Fotoimpressionen vom 35. DÄB-Kongress in Berlin (mehr Fotos unter aerztinnenbund.de/Galerie.0.356.1.html) und dem in Berlin neu gewählten Vorstand, der sich für das mit der Wahl ausgesprochene Vertrauen, aber auch für die sehr aktive Briefwahl bedankt, dürfen dabei ebenso nicht fehlen wie die herzlichen Glückwünsche an Heike Kielstein und eine Buchbesprechung von Gabriele Kaczmarczyk über ein außergewöhnliches Buch mit dem Titel „Heal your Hospital“.

Abschließend bleibt mir nur, allen eine schöne Zeit für den Rest dieses Jahres zu wünschen und auf eine friedlichere Welt zu hoffen.

Mit kollegialen Grüßen

Chr. Groß

Dr. med. Christiane Groß, M.A., Präsidentin des DÄB

”



Foto: © AKN

Zulassungsverfahren zum Medizin- studium nicht mehr zeitgemäß Soziale Kompetenz und Empathie sollen mitentscheiden

DR. MED. MARTINA WENKER

Schon seit Jahren ist klar, dass nicht genug junge Ärztinnen und Ärzte nachkommen, um die Lücken zu füllen, die durch das Ausscheiden der älteren Kolleginnen und Kollegen entstehen. Das liegt vor allem an der Tatsache, dass in Deutschland viel zu wenig Studienplätze zur Verfügung stehen. Und auch daran, dass der Bedarf an gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten durch den medizinischen Fortschritt und den demografischen Wandel stetig steigt.

Viele geeignete Bewerber*innen werden abgewiesen

Im Wintersemester 2014/2015 standen deutschlandweit für 43.000 Bewerber*innen nur 9.000 Studienplätze in der Humanmedizin zur Verfügung. Die Vergabe dieser Plätze erfolgt zentral nach einem Quotensystem: Ein Fünftel der Studienplätze geht an die Bewerber*innen mit den besten Abiturnoten, ein weiteres Fünftel wird über Wartezeiten vergeben, die inzwischen bereits mehr als sieben Jahre betragen. Über die Vergabe der übrigen drei Fünftel können die Hochschulen selbst entscheiden. Hier werden bereits Eignungsprüfungen durchgeführt, bei denen die Durchschnittsnote jedoch häufig mindestens 50 Prozent der Gewichtung ausmacht. Die Verbesserung der Durchschnittsnote durch einschlägige Berufserfahrung ist hierbei minimal. So werden bereits im Vorfeld viele geeignete und hochmotivierte Bewerber*innen „ausgesiebt“.

Die Zulassung für das Medizin- studium darf nicht nur nach numerischen Kriterien erfolgen

Wer in der Schule mühelos gelernt hat, wird das mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Medizinstudium tun – daher ist die Abiturnote nach wie vor ein sinnvolles Mittel, um zu bewerten, ob sich jemand für ein Medizinstudium eignet. Aber die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte nur nach numerischen Kriterien auszuwählen, halte ich für nicht mehr zeitgemäß. Die Abiturnote allein kann die persönliche Motivation und die charakterliche Eignung, die für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis erforderlich ist, nicht abbilden.

Auch wer zum Beispiel in Gesundheitsfachberufen bereits sehr erfolgreich arbeitet, das Abitur mitbringt und sich mit großem Engagement für den Arztberuf weiterqualifizieren möchte, sollte die Chance bekommen, sich in einem gut strukturierten Auswahlverfahren für das Studium der Humanmedizin zu empfehlen.

Mindestens 1.000 Studienplätze zusätzlich und sofort

Um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in hoher Qualität sicherzustellen, müssen zunächst mehr Medizinstudienplätze geschaffen werden. Ich halte die bundesweite Erhöhung um mindestens 1.000 Studienplätze jetzt sofort für dringend erforderlich. Außer-

dem muss das Zulassungsverfahren modernisiert werden. Ich stelle mir ein bundeseinheitliches Verfahren vor, in dem die Grundvoraussetzung das Abitur ist – unabhängig von der Note.

Dieses Zulassungsverfahren muss einen bundesweit objektiven Vergleich der Bewerber ermöglichen und die Faktoren Sozialkompetenz und Motivation mit einbeziehen. Denn für den Arztberuf entscheidend sind auch soziale Kompetenz und Empathie – für den Umgang mit Patientinnen und Patienten und ihren Krankheiten – sowie wünschenswerterweise auch einschlägige Berufserfahrung im medizinischen oder pflegerischen Bereich. ◀

Dr. med. Martina Wenker, Fachärztin für Innere Medizin, Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde, ist Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer (BÄK). Des Weiteren ist Dr. Wenker Vorstandsvorsitzende der Deutschen Akademie der Gebietsärzte der BÄK, Mitglied in der Ständigen Kommission Organtransplantation, stellvertretende Präsidentin des Verbands der Freien Berufe im Lande Niedersachsen und stellvertretende Vorsitzende des Hochschulrats der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Mitglied im Kuratorium „Kinder von Tschernobyl – Stiftung des Landes Niedersachsen“.

E-Mail: präsidentin@aekn.de



Foto: © Universität Graz

Sprechende Medizin – das ärztliche Gespräch in der Praxis

UNIV.-PROF. DR. PHIL. JOSEF W. EGGER

Zur Einleitung für das Schwerpunktthema der Ärztin 03/17 hat uns Univ.-Prof. Dr. phil. Josef W. Egger dankenswerterweise Auszüge aus seinem Editorial in der österreichischen Fachzeitschrift „Psychologische Medizin“ zum Nachdruck überlassen. Für Prof. Egger ist die Wirkung der sprechenden Medizin durch zahlreiche Studien belegt. Wert und Wirkung der ärztlichen Kommunikation stehen für ihn seit Langem außer Frage. Dass die sprechende Medizin so schlecht honoriert wird, hat seiner Ansicht nach mit dem überkommenen Modell der „Reparaturmedizin“ zu tun. Dies sei nicht nur ein Problem des vorherrschenden ärztlichen Selbstverständnisses, sondern auch ein Problem der Sozialversicherung, die am Denkmodell des Organismus als komplexe Maschine festhält. Daraus resultiere eine „Ingenieursmedizin“ mit der Logik: „Wo etwas kaputt ist, muss repariert werden“.

Eine wichtige Grundposition besteht in der *Patientenorientierung*: Die Ärztin und der Arzt sollten sich auf die Patientin und den Patienten einlassen, ... ihnen etwas Zeit für die Darstellung des Anliegens geben und sich sowohl in der körperlichen Haltung als auch im sprachlichen Verhalten den Patientinnen und Patienten zuwenden. Sie und er sollten ausreichend einführend, offen und ehrlich sein und idealerweise rückfragen, ob und was die Patientin oder der Patient von den ärztlichen Erklärungen verstanden hat. Damit wird eine ausreichend gute Arzt-Patienten-Beziehung angestrebt und ein Arbeitsbündnis zwischen beiden unterstützt, das eine gemeinsame Problemlösung fördert.

Wenn im Durchschnitt nur zehn bis 15 Minuten Zeit bleiben, um ein gesundheitliches Problem anzupacken, dann müssen Ärztinnen und Ärzte schon ausreichend gut in der professionellen Gesprächsführung bewandert sein, um das zu bewältigen. In bestimmten Fällen ist zwar ein *ausführliches ärztliches diagnostisch-therapeutisches Gespräch* ab-

rechenbar, aber diese Positionen sind vergleichsweise wenig lukrativ. Auch in der Medizin gilt: „Zeit ist Geld“ – und daher ist der Zeitaufwand für die erforderliche Information der Patienten adäquat abzugelten.

Eklatante Benachteiligung der sprechenden Medizin

Medizinische Sachverhalte verständlich zu vermitteln, ist nicht immer einfach. Das Hauptproblem besteht meist darin, dass die Fachsprache der Medizin, ... erst in eine alltagssprachliche Form übersetzt werden muss. Nur so können die Patientinnen und Patienten verstehen, worum es sich ... handelt, (...). Das ist wichtig, denn nur gut informierte und motivierte Patientinnen und Patienten sind gute Patienten – also solche, die die ärztlichen Anweisungen oder Ratschläge verstehen und danach handeln können. Wir erkennen hier eine eklatante Benachteiligung der sogenannten *sprechenden Medizin* gegenüber der *Apparatemedizin*, was die Wertschätzung und die Vergütung der Leistungen betrifft.

Die ärztliche Kommunikation – und im Kern das ärztliche Gespräch – ist nach wie vor das wichtigste Werkzeug der Ärztin und des Arztes. Wie die entsprechenden Untersuchungen zeigen, können mit einem ausführlichen Anamnesegespräch etwa 50 Prozent der Diagnosen gestellt werden. Kommt eine adäquate körperliche Untersuchung dazu, gelingen ca. 80 Prozent aller Diagnostikstellungen. Es verbleiben dann immer noch etwa 20 Prozent, wo weitere meist aufwändigere und auch teurere medizinische Abklärungen bzw. Untersuchungen erforderlich sind. (...)

Funktionen des ärztlichen Gesprächs

In der Biopsychosozialen Medizin gilt als ärztliche Grundhaltung: „Finde gemeinsam mit deinen Patientinnen und Patienten heraus, was ihnen im jeweiligen Krankheitsstadium am besten hilft, und unterstütze ... sie dabei, mit allen gebotenen Mitteln, d. h. mit WORT, ARZNEI und MESSER“.

(...) Das professionell geführte ärztliche Gespräch erfüllt zumindest vier Funktionen. Zum einen sorgt es für eine optimierte Arzt-Patienten-Kommunikation; es stellt eine möglichst tragfähige Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten her, sodass ein entsprechendes Arbeitsbündnis entwickelt werden kann, um die anstehenden gesundheitlichen Probleme zu lösen (kommunikative Funktion).

Zum anderen gilt es im ärztlichen Gespräch, möglichst viele krankheitsrelevante Informationen zu sammeln, um zu einer Diagnose zu kommen (diagnostische Funktion). Des Weiteren sollen die Patienten über die ärztlichen Untersuchungsergebnisse informiert werden, sodass sie ausreichend aufgeklärt wurden hinsichtlich: Was habe ich? Was ist zu tun? Wie geht es bezüglich der Krankheitsentwicklung wahrscheinlich weiter? (informativ Funktion). (...)

Dass Patientinnen und Patienten dennoch häufig unzufrieden mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sind, hat unterschiedliche Gründe. Ein Problem liegt darin, dass Ärztinnen und Ärzte oft unter Zeitdruck stehen und auch häufig nicht über alle notwendigen Informationen für eine Diagnosestellung verfügen. Auf Patientenseite ist es häufig Aufgeregtheit und Nervosität im Kontakt mit der Ärztin oder dem Arzt, die eine angepasste Auseinandersetzung mit den wichtigsten Fragen erschweren. (...)

Ärztinnen und Ärzte gewichten Informationen

Die meisten Menschen haben in unserem Kulturkreis einen guten Zugang zum *Internet*. Sie konsultieren gern und häufig „Dr. Google“. Von Jahrzehnt zu Jahrzehnt ist der Anteil derer gestiegen, die über ihre Diagnose, Therapie und Prognose Bescheid wissen und in die medizinische Herangehensweise eingebunden werden wollen (zum Beispiel für Krebspatientinnen und -patienten liegt dies gegenwärtig bei ca. 90 bis 95 Prozent). Diese vorausgehende oder begleitende Informa-



Miteinander sprechen verbindet

tionssuche aufseiten der Patientinnen und Patienten ist prinzipiell nichts Schlechtes. Allerdings findet sich im *Internet* hochqualitatives wissenschaftliches Wissen neben dem größten Schrott und viel Aberglauben. (...) Hier braucht es die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt, um die unterschiedlichen Informationen zu gewichten. (...)

Dass die Arzt-Patienten-Kommunikation ein wichtiges

Werkzeug – vielleicht sogar insgesamt das wichtigste ... ist, zeigen die Untersuchungsergebnisse an unterschiedlichen Parametern. So wiesen Patientinnen und Patienten, die eine gute Beziehung erleben (und die mit Ärztinnen und Ärzten konfrontiert waren, die über eine gute Kompetenz in der ärztlichen Gesprächsführung verfügten) eine signifikant geringere Verweildauer im Krankenhaus auf, sie wiesen im Durchschnitt eine bessere Blutzuckereinstellung und Blutdruckeinstellung auf, berichteten über geringere Schmerzen und waren insgesamt zufriedener mit den ärztlichen Handlungen und mit der Medizin insgesamt. Aber auch die betreffenden Ärztinnen und Ärzte haben einen *Benefit*, weil sie mehr positives Echo vonseiten dieser Patientinnen und Patienten erhalten ... Derartige positive Rückmeldungen sind überdies ein Resilienzfaktor in einem Beruf, der durchaus mit vielen Stressfaktoren assoziiert werden muss. ◀

Univ.-Prof. Dr. phil. Josef Wilhelm Egger ist klinischer Psychologe, Verhaltensmediziner und Universitätsprofessor für Biopsychosoziale Medizin an der Medizinischen Universität Graz. Er ist zudem Herausgeber und Chefredakteur der österreichischen Fachzeitschrift „Psychologische Medizin“ und Autor des Buches „Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin: Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin“, Wien: Facultas 2017.

E-Mail: josef.egger@medunigraz.at



Studie bestätigt hohe Erwartungen an die sprechende Medizin

PROF. DR. PHIL. VOLKER MÖWS

Eine von der Techniker Krankenkasse (TK) in Auftrag gegebene Studie zeigt: Patientinnen und Patienten haben hohe Erwartungen an das Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten. Dabei kommt jeder Fünfte unzufrieden aus dem Gespräch heraus.

Patientinnen und Patienten erwarten heute, in den Praxen gut beraten und aufgeklärt zu werden – und bei der Behandlungsauswahl mitzuentcheiden. Das zeigt der Meinungspuls 1, eine von der Techniker-Krankenkasse beauftragte Forsa-Studie, die 2017 bereits zum 11. Mal die Haltungen der Menschen in Deutschland zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems abgefragt hat. So erwarten 98 Prozent der Befragten von ihren Ärztinnen und Ärzten, dass sie über alle Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden informieren. Zudem protestieren 97 Prozent, wenn sie den Eindruck haben, eine Behandlung sei nicht die richtige für sie. Die Erwartung, einbezogen zu werden, ist dabei keine Generationsfrage, sondern zieht sich durch alle Altersgruppen.

Wie groß der Wunsch nach eigener medizinischer Entscheidungskompetenz ist, zeigt auch, dass 84 Prozent der Befragten angeben, sich vor der Wahl der Behandlungsmöglichkeit noch anderweitig zu informieren.

Wirkung und Behandlungserfolge

Patientinnen und Patienten erwarten also detaillierte Informationen und Teilhabe an der Therapieentscheidung. Mit 38 Prozent sieht sich nur eine Minderheit die Mediziner*innen in der Rolle der Expert*innen, die ihnen die Entscheidung abnehmen. Damit ist das klassische

„Arzt-Patienten-Gespräch“ deutlich mehr als schmückendes Beiwerk ärztlicher Behandlung. Zumal sich die „partizipative Entscheidungsfindung“ nicht nur auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten positiv auswirkt, sondern auch auf Therapietreue und Behandlungserfolge. Der Blick auf den wahrgenommenen Ist-Zustand zeigt allerdings, dass hier noch deutlich „Luft nach oben“ ist, immerhin kommt jeder Fünfte unzufrieden aus der Sprechstunde.



Die ärztliche Aufgabe dabei ist nicht nur inhaltlich herausfordernd: Es gilt, medizinische Sachverhalte verständlich zu vermitteln und das stetig wachsende Spektrum an Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Mediziner*innen werden dabei zunehmend zu Koordinatoren, die durch die vielfältige und wachsende Versorgungslandschaft navigieren. Hinzu kommt der Zeitdruck, der in vielen Praxen zum Alltag gehört, auch weil Ärztinnen und Ärzte zahlreiche bürokratische Aufgaben erledigen müssen.

Das Dilemma aus wachsender Komplexität, anspruchsvollen Patientinnen und Patienten und mangelnden Ressourcen lässt sich nur lösen, wenn Ärztinnen und Ärzte sinnvoll entlastet werden, etwa im Bereich der Verwaltungsaufgaben. Dieser Ansatz zeigt sich etwa in der Debatte um die Neudefinition des ärztlichen Berufsbildes.

Wenn das Praxispersonal zusätzlich sogenannte „arztentlastende Leistungen“ übernimmt, steigert dies nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität und es bleibt mehr Zeit für eine „Sprechstunde“, die ihren Namen verdient.

Zuschläge für Zeitaufwand?

Diese Fokussierung auf die sprechende Medizin gelingt natürlich nur dann, wenn Ärztinnen und Ärzte sich diese auch leisten können. Beispielsweise, indem im Sinne einer patientenorientierten Versorgung Vergütungsanreize für die Arztentlastung geschaffen werden – und die Telemedizin ausgebaut wird. Der zusätzliche Zeitaufwand durch sprechende Medizin sollte an Qualitätsindikatoren geknüpft und vergütet werden. Denkbar wären etwa regionale Zuschläge je Behandlungsfall, wie es heute schon für die telemedizinische Leistungserbringung möglich ist. ◀

Prof. Dr. phil. Volker Möws ist seit Anfang 2017 Leiter des Geschäftsbereichs „Politik und Kommunikation“ der Techniker Krankenkasse (TK).

E-Mail: pressestelle@tk.de



Foto: © BMG

IM INTERVIEW

„Ich glaube nicht, dass es nur eine Frage der Vergütung ist, wie Ärztinnen und Ärzte ihre Gespräche führen“

 INGRID FISCHBACH

Eine gute Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten gilt als Basis jeder guten Behandlung. Wie effizient die sprechende Medizin ist, wie sie wirken beziehungsweise den Heilungserfolg beeinflussen kann, wollten wir von der Patientenbeauftragten der Bundesregierung Ingrid Fischbach wissen.

Ingrid Fischbach: Sprechende Medizin wird heute oft als Gegenpol zur Apparatemedizin verstanden. Aus meiner Sicht ist diese Trennung künstlich. Qualitativ hochwertige medizinische Versorgung braucht beides: moderne Wissenschaft mit den Techniken und Möglichkeiten, die sie hervorbringt, aber eben auch eine moderne Form des Umgangs zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten. Hier sind an erster Stelle Ärztinnen und Ärzte gefordert, ihre Patienten als vollwertigen Partner*innen in den Behandlungsprozess einzubinden. Aber auch bei den Patientinnen und Patienten sehe ich Nachholbedarf. Studien zeigen, dass über die Hälfte der Bevölkerung Schwierigkeiten hat, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu nutzen. Auch hier müssen wir ansetzen.

ärztin: Eine sogenannte „Allianz für Gesundheitskompetenz“, die unter anderem aus Ihnen sowie Vertreter*innen des BMG, der Gesundheitsministerkonferenz, der BÄK, der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Verbraucherzentrale Bundesverband besteht, will sich dem Thema künftig widmen – was versprechen Sie sich von dieser Allianz?

Gesundheitskompetenz und Gesprächskompetenz fördern

Ingrid Fischbach: Wir haben in Deutschland eine Vielzahl von Initiativen, die sich der Gesundheitskompetenz widmen. Das ist auch richtig so, denn das Thema betrifft die gesamte Gesellschaft und muss auch in dieser Breite angegangen werden. Mit der Allianz für Gesundheitskompetenz können wir sie bündeln, aufeinander abstimmen und stärken. Wichtige Themen werden dabei die Gesundheitsbildung, der Zugang zu wissenschaftlich abgesicherten Informationsangeboten und die Förderung der Kommunikationskompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe sein. Denn auch das haben Studien gezeigt: Ärztinnen und Ärzte sind und bleiben die ersten und wichtigsten Ansprechpartner*innen.

ärztin: Häufig verdienen die Begegnungen im Sprechzimmer und am Krankenbett die Bezeichnung „Gespräch“ nicht wirklich. Statistiken zufolge werden Patientinnen und Patienten durchschnittlich schon nach etwa 15 Sekunden unterbrochen. Dies liegt nicht zuletzt an der schlechten Honorierung eines Gesprächs...

Die Dauer des Gesprächs ist nicht entscheidend

Ingrid Fischbach: Es ist richtig, dass viele Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten zum Teil sehr frühzeitig unterbrechen. Untersuchungen haben allerdings auch gezeigt, dass die Gesamtdauer des Gesprächs dadurch kaum beeinflusst wird. Auch hat allein die Dauer des Gesprächs nur einen begrenzten Einfluss auf die Informiertheit der Patientinnen und Patienten. Von daher glaube ich auch nicht, dass es nur eine Frage der Vergütung ist, wie Ärztinnen und Ärzte ihre Gespräche führen. Es ist vielmehr eine Frage der Gesprächskompetenz, die in jedem Fall gefördert werden muss. Hier ist es wichtig, bereits in der Ausbildung anzusetzen, denn ein gutes Gespräch zu führen ist auch eine Frage von Gesprächstechniken. Das können und müssen Ärztinnen und Ärzte lernen.

Und es ist eine Frage der Achtung der Patientinnen und Patienten als eigenständige Individuen mit ihren Rechten auf Selbstbestimmung und Würde im Behandlungsgeschehen. Daher ist es meines Erachtens auch ein sehr gutes Zeichen, dass der Weltärztebund kürzlich den hippokratischen Eid modernisiert hat, und dieser in seiner neuen Fassung nun die Autonomie und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker betont. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

*Ingrid Fischbach ist bis zur Bildung einer neuen Regierung Parlamentarische Staatssekretärin, Patientenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte der **geschäftsführenden** Bundesregierung.*

www.patientenbeauftragter.de



Foto: privat

IM INTERVIEW

Ein Gespräch kann entscheidend zum Therapieerfolg beitragen

PROF. DR. MED. PETRA-MARIA SCHUMM-DRAEGER

Eine Gemeinschaftspraxis stellt auf ihrer Homepage klar: „Sprechende Medizin verlangt Zeit. Die nehmen wir uns auch für Sie!“ Eine Praxis für ganzheitliche Medizin verspricht: „Wir hören Ihnen zu“, und eine private Klinikgruppe wirbt fachübergreifend mit einem Slogan für die sprechende Medizin. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat bei einem Kongress in diesem Jahr festgestellt, dass die sprechende Medizin im ärztlichen und klinischen Alltag viel zu kurz kommt. Wir wollten von der 1. Stellvertretenden Vorsitzenden der Gesellschaft wissen, was die Benachteiligung der sprechenden Medizin bedeutet.

Prof. Dr. med. Schumm-Draeger: Nach den wirtschaftlichen Kriterien des Fallpauschalensystems teilen sich medizinische Fachabteilungen in den Kliniken mittlerweile immer stärker in wirtschaftliche Gewinner- und Verliererabteilungen auf. Verliererabteilungen, zum Beispiel mit einem hohen Anteil sprechender Medizin, sind dann aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus existenzgefährdet oder werden direkt geschlossen. Die Bevorzugung vor allem lukrativer Fachabteilungen gefährdet das Gesamtangebot der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung. Diese negative Entwicklung muss benannt und zukünftig stärker diskutiert werden.

Fächer, in denen die sprechende Medizin viel Raum einnimmt, sind beispielsweise die Rheumatologie und die Diabetologie – beide erfordern eine fachkundige Betreuung von Patienten mit stark verbreiteten Krankheitsbildern. In unseren Kliniken haben wir eine Vielzahl von Patienten mit diabetologischen Erkrankungen, die oftmals nicht der Hauptgrund für den Klinikaufenthalt sind, deren fachkundige Therapie jedoch unmittelbar zum Behandlungserfolg beitragen kann. Der Diabetes ist keine Erkrankung, die von Medizinern und Medizinerinnen anderer Fachrichtungen ohne Weiteres „mitbehandelt“ werden kann, das heißt,

wir brauchen endokrinologische und diabetologische Fachabteilungen an unseren Kliniken, um diesen Patienten gerecht zu werden.

ärztin: Inwieweit kann das Gespräch den Heilungserfolg beeinflussen und wirken, und warum hat das Gespräch auch in der somatischen Medizin eine große Bedeutung für den Behandlungserfolg?

Das Gespräch ist gleichrangig mit medikamentöser Therapie

Prof. Schumm-Draeger: Ich bin überzeugt davon, dass das Gespräch in der Wertigkeit und Wirksamkeit in manchen Bereichen gleichrangig mit einer medikamentösen Therapie ist. Dabei geht es um Aufmerksamkeit, Wertschätzung und nicht zuletzt Wissensvermittlung, zugeschnitten auf die jeweiligen Patienten und ihre Bedürfnisse. In dieser individualisierten Behandlung liegt auch der Erfolg der sprechenden Medizin.

ärztin: Das Gespräch ist Voraussetzung für das Vertrauen in die Medizin und zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Gerade bei betreuungsintensiven Fachdisziplinen wie etwa der Diabetologie, die Sie erwähnt haben, oder der Rheumatologie leidet der Behandlungs-

erfolg unter der fehlenden Gesprächszeit. Welche gesundheitlichen Folgen hat dies?

Prof. Schumm-Draeger: Bis sich ausreichend Wissen und Bewusstsein für die eigene Erkrankung einstellt, vergehen unter Umständen Monate oder gar Jahre, in denen immer wieder intensive Gespräche notwendig sind. Wenn diese Gespräche nicht erfolgen, kommt die Patientin oder der Patient möglicherweise niemals zu einer tragfähigen Therapie-treue, was beim Diabetes drastische Konsequenzen, beispielsweise Erblindung oder die Notwendigkeit von Amputationen zur Folge haben kann. In Zahlen lässt sich das natürlich schwerlich erfassen, fest steht aber, dass wir beim Diabetes eine sehr gut behandelbare Erkrankung haben, deren ernste Folgen sehr häufig auf Fehlverhalten bei Patientinnen und Patienten zurückzuführen sind – aufgrund von nicht ausreichender Aufklärung durch die betreuenden Ärztinnen und Ärzte.

ärztin: Die DGIM diskutiert das Thema sprechende Medizin unter ärztlichen und ökonomischen Gesichtspunkten und hat erste Ergebnisse zu einem sogenannten „Klinik-Kodex“ vorgestellt. Was ist darunter zu verstehen?

Prof. Schumm-Draeger: Der neue Klinik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin stellt eine Verhaltensmaxime dar, mit der sich Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichten, ihr ärztliches Handeln stets am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten – mit absolutem Vorrang gegenüber ökonomischen Überlegungen. Gleichzeitig sollten sich Ärztinnen und Ärzte im beruflichen Alltag und insbesondere in der Argumentation gegenüber rein wirtschaftlich orientierten Handlungsvorgaben auf den neuen Klinik-Kodex berufen können. Wir haben den Kodex bereits medial breit gestreut und er ist auf der Homepage der DGIM einzusehen. Geplant sind aber auch noch die weitere Verbreitung und der aktive Kontakt zu verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.

ärztin: Die sprechende Medizin wird schlecht honoriert, auch weil die Sozialversicherung am Denkmodell der „Reparaturmedizin“ festhält. Welche Folgen hat dies?

Sprechende Medizin darf keinesfalls nur exklusiv sein

Prof. Schumm-Draeger: Die Folge ist sicherlich, dass beispielsweise orthopädische Fächer und Abteilungen in Kliniken gestärkt werden und Fächer der sprechenden Medizin nachhaltig geschwächt und geradezu ausgehungert werden. Der sprechenden Medizin als solcher wird ja derzeit kaum Raum in der Medizin und in der Abrechnung medizinischer Leistungen eingeräumt. Die Folge ist, dass Patienten gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden müssen oder unter Umständen der Schulmedizin den Rücken kehren und sich vermehrt an Heilpraktiker*innen zu wenden, um persönliche Zuwendung zu erhalten. Dort scheint ausreichend Zeit für das persön-

liche Gespräch zu sein – natürlich gegen entsprechende Bezahlung. Hier sehe ich auch einen Grund für meinen Einsatz in dieser Sache: Die sprechende Medizin darf keinesfalls nur exklusiv sein, sondern muss für die breite Masse an Patientinnen und Patienten geboten werden – anders können wir unseren Volkskrankheiten kaum effizient begegnen.

ärztin: Es heißt, dass Ärztinnen besser zuhören können als die männlichen Kollegen, trifft das zu?



Prof. Schumm-Draeger: Ich möchte das nicht pauschalisieren und kenne dazu keine validen Studien. Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich sagen, dass gerade in den Fächern der sprechenden Medizin Frauen häufig sehr erfolgreich und möglicherweise auch etwas näher an den Menschen sind – ich selbst arbeite mit Frauen zusammen und weiß um deren Stärken. Dennoch weiß ich auch um viele männliche Ärzte, denen ich keinesfalls absprechen möchte, gute Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten zu haben. Entscheidend ist aus meiner Sicht: Ärztinnen und Ärzte müssen im Gespräch bereits im Studium ausreichend geschult werden, damit sie – Frauen und Männer gleichermaßen – den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden können.

ärztin: Steht nach Ihrer Einschätzung die heilende Wirkung der sprechenden Medizin außer Zweifel?

Prof. Schumm-Draeger: Für die Diabetologie kann ich ohne Zweifel sagen, dass das Gespräch ganz entscheidend zum Therapieerfolg beiträgt. Wir begegnen in der Medizin immer wieder Therapien, die bei bestimmten Patientengruppen, bestimmten Erkrankungen oder unter bestimmten Umständen nicht wirken – dennoch werden sie weiterhin aufgrund der überwiegenden Erfolge eingesetzt und auch entsprechend vergütet. Nichts anderes wünsche ich mir für die sprechende Medizin.

ärztin: Welche Rahmenbedingungen in der Gesundheitspolitik müssten für die sprechende Medizin hergestellt werden?

Prof. Schumm-Draeger: Sprechende Medizin sollte in den Abrechnungsziffern besser berücksichtigt werden. Davon würden Patienten profitieren, die unter den vielzitierten „Volkskrankheiten“ leiden – beispielsweise Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Adipositas mit ihren vielen Folgeerkrankungen. Aus der besseren Abrechenbarkeit der Behandlung dieser Erkrankungen, die nun einmal oftmals „sprechend“ ist, ergäbe sich auch die Stärkung entsprechender Abteilungen in Kliniken und daraus wiederum eine bessere Versorgungslage. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger ist Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie. Sie war nach ihrer internationalen Ausbildung viele Jahre als leitende Ärztin und Klinikdirektorin an großen Universitätskliniken in Deutschland tätig und leitet ein privatärztliches Zentrum für Innere Medizin in München.

E-Mail: kontakt@zim-fuenf-hoefe.de



Foto: privat

IM INTERVIEW

Es wird höchste Zeit, sich für die sprechende Medizin wieder mehr Zeit zu nehmen

 DR. MED. HILDGUND BERNEBURG

Zur Zeit der griechischen Göttinnen und Götter gehörte Asklepios zu den ersten Medizinern. Seine Behandlungsvorgabe lautete: Zuerst behandelt der Arzt mit dem Wort, dann mit der Pflanze und zuletzt mit dem Messer. Entsprechend verlief die medizinische Behandlung bis zum letzten Jahrhundert. Mit dem 20. Jahrhundert fanden technische Methoden Eingang in die Medizin. Gleichzeitig entwickelte die Pharmakologie reproduzierbare Medikamente. Beides zusammen war ein großer Fortschritt für Diagnose und Behandlungen von Erkrankungen. Die Behandlungen wurden mit der Zeit sicherer, nachvollziehbarer und brachten gute Erfolge bei der Heilung der Kranken. Gleichzeitig wurde das Wort beziehungsweise das Zuhören besonders bei psychiatrischen Erkrankungen aufgewertet.

ärztin: Brauchen wir die sprechende Medizin neben der technischen und pharmakologischen Behandlung?

Dr. med. Berneburg: Die sprechende Medizin wird als Sammelbegriff für alle ärztlichen Interventionen verwendet, die die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten als Wirkfaktor nutzen. Damit wird eine Vielzahl von unterschiedlichen und sich zum Teil stark überschneidenden Themen zusammengefasst, wie zum Beispiel die Arzt-Patienten-Beziehung, die Arzt-Patienten-Kommunikation, das ärztliche Gespräch und die Psychoedukation. In der heutigen technisch dominierten Medizin erscheint der Mensch nicht primär als denkendes, fühlendes und gestaltendes Subjekt, sondern als Objekt, welches im Schadensfall pharmakologisch oder chirurgisch sanierbar ist.

Eine Behandlung des Körpers ohne Seele ist keine Behandlung

Unter dem Begriff sprechende Medizin sind zusätzlich folgende Begriffe einzu beziehen: Anamnese, Aufklärungsgespräch, psychosomatische Grundversorgung, ärztliche Psychotherapie,

Psychoanalyse und Fachgebiete wie psychosomatische Medizin und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und die psychologische Psychotherapie.

Wir brauchen eine sprechende Medizin, denn Medizin ist Umgang von Menschen mit Menschen, und eine Behandlung des Körpers ohne Seele bzw. eine Behandlung der Seele ohne Körper ist keine Behandlung.

ärztin: Wie wird sprechende Medizin bei GKV und PKV honoriert?

Dr. med. Berneburg: Im System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen scheint die Notwendigkeit der sprechenden Medizin angekommen zu sein. So wurde die Psychotherapierichtlinie mit zusätzlichen Gesprächsziffern und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einer Honorierung versehen, die einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie entspricht. Leider nur für Fachgruppen, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, wie zum Beispiel die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie die Ärztinnen und Ärzte, die die Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse erworben haben. Gleiches gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin.

Alle anderen Fachgebiete werden mit ihrer sprechenden Therapie wie Anamnese und der psychosomatischen Grundversorgung entweder durch eine praxisbezogenen Versichertenpauschale pauschal einmal im Quartal vergütet, oder Ärztinnen und Ärzte erbringen ihre Gesprächsleistung in einem gedeckelten Budget. Bei den Verhandlungen mit der PKV im Rahmen der neuen Gebührenordnung der Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) wurden neue Gesprächsleistungspositionen erstellt, die nach Zeit getaktet abgerechnet werden.

Psychotherapeutische Verfahren verfügen über valide Ergebnisse

Es stellt sich die Frage, ob wir als Ärztinnen eine sprechende Medizin überhaupt noch wollen, ob wir sie uns aus finanzieller Sicht noch leisten dürfen und was uns das Gespräch für den Heilungsprozess bringen soll.

Die Begrüßung der Patientinnen und Patienten ist die erste Kontaktaufnahme und ermöglicht die erste Beziehungsaufnahme. Eine folgende intensive Anamnese gibt uns Informationen über die Erkrankung. Sie ist die Basis der Diagnostik. Sie stellt die Ressourcen des Patienten dar, gibt Auskunft über das soziale Netzwerk und die familiäre, partnerschaftliche und berufliche Situation, über alle Krankheitsbilder, fremdschädigendes Verhalten oder andere Selbstgefährdungen und suizidale Impulse. Durch die Sexualanamnese lassen sich ebenfalls eventuelle Störungen diagnostizieren. Die Anamnese ist nicht evaluiert. Valide Ergebnisse liegen nur bei den psychotherapeutischen Verfahren vor.



ärztin: Was geschieht beim Ärztinnen- oder Arztbesuch?

Dr. med. Berneburg: Wenn eine Patientin oder ein Patient eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht, geschieht in der Regel Folgendes: Sie werden nicht per Hand begrüßt, es gibt nur eine kurze Nachfrage nach den Symptomen und Schwierigkeiten und dann Schweigen hinter dem PC – gefolgt von einer kurzen Anweisung, was jetzt zu tun ist.

Die Ärztin oder der Arzt überlegt sich vielleicht noch, ob die Patientinnen und Patienten einfach zu empfindlich sind und ob man sie wirklich ernstnehmen kann. Die innere Stimme sagt zudem: Es ist doch alles gemacht worden, die Diagnostik ist erfolgt und wir wissen längst alles, was jetzt medizintechnisch zu geschehen hat. Von den Patientinnen und Patienten brauchen wir am Ende nur noch eine Unterschrift.

Mündigkeit ist ein Zustand der Unabhängigkeit

Insbesondere Schwerkranke haben mir geschildert, warum sie sich würdelos behandelt fühlen: Sie können häufig erst gar kein Vertrauen zu den Behandlern aufbauen. Sie verstummen, können nicht mehr nachfragen. Sie werden so unmündig gemacht und im Wortsinne „entmündigt“.

Ihnen wird das innere und äußere Vermögen zur Selbstbestimmung und Eigenverantwortung entzogen. Mündigkeit ist jedoch ein Zustand der Unabhängigkeit, der besagt, dass man für sich selbst sprechen und sorgen kann. Lassen wir unseren Patientinnen und Patienten also Zeit und geben wir ihnen das Grundwissen, sich auch wirklich entscheiden zu können.

Patientinnen und Patienten oder Leidende können nur mündig werden, wenn sie über sich selbst sprechen können, wenn man ihnen dabei zuhört und die gegebenen Informationen reflektiert. Ich sehe es folglich als meine ärztliche Pflicht an, Patientinnen und Patienten immer ausreichend Zeit zu geben, sich darstellen zu können und miteinander das Für und Wider alternativer Behandlungswege zu besprechen, um sich für eine angemessene Therapie entscheiden zu können.

Zahlreiche sprechende Therapieverfahren sind inzwischen zugelassen

Therapieverfahren, die im GKV-System angewandt werden, müssen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugelassen sein. Der G-BA hat die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) inzwischen anerkannt. Des Weiteren sind Entspannungsverfahren wie autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson und Hypnose sowie die psychosomatische Grundversorgung als wirksam anerkannt. Das ärztliche Gespräch hingegen ist es nicht – trotzdem fordern wir wegen der steigenden Krankmeldungen mit psychischen und psychosomatischen Diagnosen, ist es an der Zeit, dass wir wieder vermehrt mit den Patientinnen und Patienten sprechen.

Eine Heilung ist durch die sprechende Medizin allein nicht zu erwarten, aber sie fördert die *Compliance* der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Patientin. Die Bereitschaft zur Mitarbeit erleichtert Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Die sprechende Medizin stärkt das Verständnis für die Krankheit, das Einhalten der Verordnungen, verringert auftretende Schwierigkeiten, ärztliche Anweisungen zu befolgen und erleichtert erforderliche Verhaltensänderungen wie zum Beispiel beim Diabetes mellitus das Ernährungsverhalten. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

Dr. med. Hildgund Berneburg ist Fachärztin für Anästhesie – Psychotherapie sowie Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Würzburg.

E-Mail: Dr.Berneburg@t-online.de



Foto: privat

Die Neuregelung des Mutterschutzgesetzes – aus der Perspektive des DÄB

DR. MED. ASTRID BÜHREN

Schwangerschaft, Mutterschutz und, Stillen sind explizit frauenspezifische Themen. Die meisten Ärztinnen erleben diese Lebensphasen im wahrsten Sinne des Wortes sowohl „am eigenen Leib“ als auch als verantwortliche Behandlerinnen ihrer Patientinnen.

Der gesetzliche Mutterschutz ist eine zwingend erhaltenswerte soziale Errungenschaft. Allerdings wird er in keinem anderen Land so restriktiv gehandhabt wie in Deutschland und hat sich in der Umsetzung für schwangere Ärztinnen oftmals sogar als physisch und psychisch belastend und als Karrierebremse erwiesen.

Aus meiner Perspektive waren es deshalb Ärztinnen, die sich gegen das seit 1993 in der Umsetzung noch verschärfte Gesetz, (abgeleitet aus einem Urteil des BVerwG, Urteil vom 27. Mai 1993, www.juris.de: 5C 42/89) wehrten, politische und juristische Befassung anmahnten und diverse konstruktive Umsetzungsmodelle erprobten – und zwar insbesondere Ärztinnen aus dem DÄB. Das erste Symposium zu diesem Thema boten wir 1999 an, ausgerichtet von Dr. med. Friederike Perl und Dr. med. Margareta Schlipf in Stuttgart.

Als damalige DÄB-Präsidentin wurde ich unter anderem regelmäßig im zuständigen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) vorstellig, initiierte 2004 eine Entschließung des Deutschen Ärztetages und gab die Anregung zu einer Arbeitsgruppe im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Beim 2010 dort etablierten Runden Tisch wurden die Themen familienfreundlichere Weiterbildung und Mutterschutz deutlich vorangebracht. 2016 konnte sich der DÄB konstruktiv in die Anhörung zum Gesetzentwurf einbringen.

Was ist neu nach der Reform?

Am 1. Januar 2018 tritt das „Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts“ (MuSchG) in Kraft. Ursprünglich 1952 verabschiedet, nutzte das Gesetz bisher vorrangig den Arbeitgebern.

Als Ziel ist in § 1 Abs.1 aufgeführt: „Dieses Gesetz dient dem Schutz der Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit. Das Gesetz ermög-

licht der Frau, ihre Beschäftigung ... in dieser Zeit ohne Gefährdung ihrer Gesundheit oder der ihres Kindes fortzusetzen und wirkt Benachteiligungen ... entgegen.“

Dabei wurde der geschützte Personenkreis zu dem bisher nur „Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen“ und „weibliche in Heimarbeit Beschäftigte“ zählen, unter anderem auf Frauen in betrieblicher Berufsbildung, Praktikantinnen, Schülerinnen und Studentinnen – also auch Medizinstudentinnen im Praktischen Jahr – ausgeweitet.

Veränderte Arbeitszeiten auch für schwangere Ärztinnen

Die Möglichkeiten, eine Schwangere statt bisher bis 20.00 nun auch bis 22.00 Uhr (§ 5) und an Sonn- und Feiertagen (§ 6) zu beschäftigen, werden im Rahmen eines behördlichen Genehmigungsverfahrens nach § 28 erweitert. Voraussetzung dafür ist unter anderem das ausdrückliche Einverständnis der Frau und der Ausschluss einer unverantwortbaren Gefährdung durch Alleinarbeit. Die Nachtarbeit von 22.00 bis 6.00 Uhr bleibt definitiv verboten.

Der neu eingeführte Begriff „Alleinarbeit“ in § 2 bedeutet, dass der Arbeitgeber eine Schwangere nicht an einem Arbeitsplatz in seinem räumlichen Verantwortungsbereich beschäftigen darf, ohne dass gewährleistet ist, dass sie jederzeit den Arbeitsplatz verlassen oder Hilfe erreichen kann.

Sonderregelungen sehen einerseits nach § 5 vor, dass eine Ausbildungsstelle eine schwangere Schülerin oder Medizinstudentin nur bis 20.00 Uhr tätig werden lassen darf (mit Ausnahme von Ausbildungsveranstaltungen), andererseits darf sie aber bereits während der sonst obligaten Schutzfrist nach der Entbindung im Rahmen der schulischen oder hochschulischen Ausbildung tätig werden, wenn sie es ausdrücklich verlangt (§ 3).

Für die tägliche Freistellung der Frau „für die zum Stillen erforderliche Zeit“, das heißt mindestens zweimal täglich für eine halbe Stunde oder einmal täglich für eine Stunde, hat der Gesetzgeber in § 7 den Zeitraum „während der ersten zwölf Monate nach der Entbindung“ neu festgelegt.

Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung während einer Schutzfrist nicht beschäftigen. Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich nun nicht mehr nur bei Frühgeburten und bei Mehrlingen von acht auf zwölf Wochen, sondern auch bei einem Kind mit schwerer Behinderung (§ 3).

Bei der Gestaltung und Beurteilung der Arbeitsbedingungen wird der Arbeitgeber ausdrücklicher durch die Integration der Verordnung zum Schutze der Mutter (MuSchArbV) ins Mutterschutzgesetz in die Pflicht genommen – jetzt mit präzisen Vorgaben. Der Arbeitgeber hat bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen alle aufgrund der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 MuSchG erforderlichen Maßnahmen für den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Frau und ihres Kindes zu treffen. Nach § 9 MuSchG ist nun explizit auch die psychische Gesundheit zu schützen. Der Arbeitgeber muss die Beurteilung der Arbeitsbedingungen mit entsprechenden Unterlagen dokumentieren und die Schwangere über die Gefährdungsbeurteilung und erforderliche Schutzmaßnahmen informieren (§ 14).

Neu eingefügt wurde zudem der noch unbestimmte arbeitsschutzrechtliche Schlüsselbegriff der „unverantwortbaren Gefährdungen“ (§§ 9 und 11): nach der eine unverantwortbare Gefährdung, insbesondere dann vorliegt, „wenn die schwangere Frau Tätigkeiten ausübt oder Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, bei denen sie speziellen Gefahrstoffen ausgesetzt ist oder sein kann“ (detailliert in §§ 11, 12).

Bisher gibt es übrigens keine veröffentlichte Rechtsprechung zur Arbeitgeberhaftung wegen Verstoßes gegen die Schutzpflichten des Mutterschutzgesetzes.

Rangfolge der Schutzmaßnahmen und Mitspracherecht der Schwangeren

Werden unverantwortbare Gefährdungen bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen festgestellt, so besteht die Aufgabe des Arbeitgebers nach § 13 darin, den Arbeitsplatz bis an die Grenze des Zumutbaren umzugestalten. Ist dies nicht möglich, hat der Arbeitgeber die Frau an einem anderen, geeigneten Arbeitsplatz einzusetzen, sofern er der schwangeren oder stillenden Frau zumutbar ist.

Erst wenn der Arbeitgeber die unverantwortbare Gefährdung weder durch Schutzmaßnahmen noch durch einen Arbeitsplatzwechsel ausschließen kann, darf er die Schwangere oder Stillende im Sinne eines betrieblichen Beschäftigungsverbots nicht weiter beschäftigen. Den schwangeren und stillenden Frauen wird in § 10 künftig nach der Mitteilung ihrer Schwangerschaft und der Festlegung erforderlicher Schutzmaßnahmen ein größeres Mitspracherecht eingeräumt. Dort heißt es: „Zusätzlich hat der Arbeitgeber der Frau ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten“.

Zu seiner Beratung beruft das BMFSFJ in § 30 erstmals einen Ausschuss für Mutterschutz (§ 30) ein. Zu seinen Hauptaufgaben gehört es, erstens Art, Ausmaß und Dauer der vom Gesetzgeber eingeführten möglichen unverantwortbaren Gefährdungen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu ermitteln, genauer zu definieren, zu begründen und bundeseinheitlich verbindliche Standards und konkrete Auslegungs- und Umsetzungshilfen zu erarbeiten. Darüber hinaus soll der Ausschuss sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und arbeitshygienische Regeln aufstellen. Die anschlie-

ßend von den zuständigen Ministerien im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlichten Regeln und Erkenntnisse haben Arbeitgeber zu berücksichtigen.

Fazit: Ärztinnen sollen künftig in der Schwangerschaft weniger ausgebremst werden.


Mit der Neuregelung des Mutterschutzgesetzes sind wesentliche Forderungen von Ärztinnen aufgegriffen worden. Es gilt nun, im konstruktiven Zusammenspiel von Ausschuss für Mutterschutz, Gewerbeaufsicht, Betriebs- und Arbeitsmedizin, Arbeitgebern und primär betroffenen schwangeren und stillenden Frauen, individuelle und berufsgruppenspezifische Lösungen zu finden. Expertinnen des DÄB gehören in den Ausschuss beziehungsweise auch in die Unterausschüsse. Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag zum 1. Januar 2021 einen Evaluationsbericht vorzulegen, in den Erfahrungen von der Basis einfließen können.

Den Wortlaut zur Reform des Mutterschutzrechts vom 23.05.2017 können Sie im Bundesgesetzblatt (<https://www.bgbl.de>) unter Nr. 30 vom 29.05.2017 nachlesen. ◀


Literatur bei der Verfasserin.

Dr. med. Astrid Bühren ist Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

E-Mail: abuehren@t-online.de



Deutscher
Ärztinnenbund
Informieren. Vernetzen. Gestalten.



Tipps und Hinweise für die Praxis
Was kann eine Ärztin mit Kinderwunsch tun, wie können Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber handeln?

Service: Unter aerztinnenbund.de/downloads/5/Kinderwunsch.pdf finden Sie die von der Autorin erstellten ausführlichen Hinweise und Tipps für (schwangere) Ärztinnen zum Download.

Impressionen vom 35. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes 2017 in Berlin



Eröffnung: Dr. med. Christiane Groß, M.A., DÄB-Präsidentin



Grußwort: Regina Kraushaar, Bundesgesundheitsministerin (BMG)



Grußwort: Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer



Dr. med. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin



Sarah Estelmann, Wissenschaftspreisträgerin 2017, Dr. med. Groß, M.A., Präsidentin und Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Vizepräsidentin



Auszeichnung für Dr. med. Brigitte Ende als Mutige Löwin 2017



Vortrag: Prof. Dr. med. Wolff-Dieter Ludwig



Vortrag: Prof. Dr. rer. nat. Silke Schickanz



Preisträgerinnen der Silbernen Feder: Anna Wolz und Übersetzerin Andrea Kluitmann



Vortrag: Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch



Nachfrage: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfleiderer, Präsidentin des Weltärztinnenbundes



Teilnehmerin mit der DÄB-Dokumentation: „Medical Women on Top“

Vorträge, Laudationes, Auszeichnungen und Preise sowie ausgewählte Workshops unter aerztinnenbund.de/Dokumentation.0.364.1.html

NEUER VORSTAND BEI DER MITGLIEDER-VERSAMMLUNG 2017 IN BERLIN GEWÄHLT



v.l.n.r.: Dr. med. Heike Raestrup, Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Dr. med. Barbara Schmeiser, Dr. med. Gudrun Günther, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Eva Hennel, Dr. med. dent. Angelika Brandl-Naceta-Susic

ANTRÄGE ZUR DÄB-MITGLIEDERVERSAMMLUNG AM 06. OKTOBER 2017

1. **Satzungsänderungsantrag Fördermitgliedschaften** – verschoben auf die nächste MV 2019
2. **Antrag „Kliniken in der Hand von Aktiengesellschaften“** – Antrag wird angenommen
3. **Antrag „Gebühr für Lastschriftinzug“** – Antrag wird zurückgezogen
4. **Antrag „Erziehungszeitenausgleich“ (Versorgungswerk)** – Überweisung an den Vorstand
5. **Antrag „Honorargerechtigkeit für Ärztinnen“** – Antrag 5.1 – Überweisung an den Vorstand
Antrag 5.2a – Überweisung an den Vorstand
Antrag 5.2b – Antrag wird zurückgezogen
6. **Antrag „Versorgungserfordernisse/Ärztinnenhonorar“** – Überweisung an den Vorstand
7. **Antrag „Gender Budgeting in Honorarverteilung“** – Antrag wird abgelehnt
8. **Antrag „Referentinnendatenbank“** – Überweisung an den Vorstand
9. **Antrag „Forderung einer Quote von Referentinnen“** – Antrag wird abgelehnt.
10. **„Erfassung der Müttersterblichkeit und Beinahe-Müttersterblichkeit“** – Überweisung an den Vorstand

ZUR ERINNERUNG: MUTIGE LÖWINNEN IM DÄB

- 2001 – Prof. Dr. med. Andrea Rieber (DÄB-Mitglied)
 2003 – Dr. med. vet. Margrit Herbst (kein DÄB-Mitglied)
 2005 – Barbara Ehret (DÄB-Mitglied)
 2007 – Dr. med. Maria Fick (DÄB-Mitglied)
 2009 – Dr. med. Annegret Schoeller (kein DÄB-Mitglied)
 2011 – Dr. med. Ute Otten (DÄB-Mitglied)
 2013 – Prof. Dr. med. Marianne Schrader (DÄB-Mitglied)
 2015 – Dr. med. Monika Hauser (kein DÄB-Mitglied)
 2017 – Dr. med. Brigitte Ende (DÄB-Mitglied)

NEUE MITGLIEDER

- Müller, Noomi, 10115 Berlin
 Kölmel, Lotta, Dr. med, 14089 Berlin
 Kojan, Ingrid, Dr. med. univ., 66117 Saarbrücken
 Hlinka, Karla, Dr. med., 58300 Wetter
 Lips-Schulte, Christa, 60386 Frankfurt
 Wefelmeyer, Kira Leona, 79100 Freiburg
 Höhne, Claudia, Prof. Dr. med., 04229 Leipzig
 Schwenzer, Claudia, Dr. med., MBA, 44141 Dortmund
 Harff, Susanne, Dr. med, 10827 Berlin
 Bartel-Kuss, Susanne, Dr. med., 44879 Bochum
 Estelmann, Sarah, 69214 Eppelheim
 Zohlnhöfer, Dietlind, Prof. Dr., 14195 Berlin
 Wate, Ute, 12205 Berlin
 Scheffner, Evgenia, 33602 Bielefeld
 Vongerichten, Anna, Dr. Dr. med., 75106 Freiburg
 Pohl, Dorothea, 10407 Berlin
 Ostermann, Laura, 50939 Köln
 Wollnack, Natalie Alisa, 50969 Köln
 Baljkas, Tinja, 68165 Mannheim
 Untiet, Sarah, Dr. med., 53111 Bonn
 Stachow, Christine, 80799 München
 Jacob, Katharina, 51063 Köln
 Weizel, Tatjana, 51503 Rösrath
 Wings, Anna, Dr. med., 50668 Köln
 Lais, Hanna, 53340 Meckenheim
 Mogk, Stephanie, 47199 Duisburg
 Alkan, S., 40223 Düsseldorf
 Damyanova, Mariya, 40219 Düsseldorf
 Beer, Anne, 40595 Düsseldorf
 Jaeger, Barbara, Dr. med., 60385 Frankfurt
 Safi, Wajima, Dr. med., 85716 Unterschleißheim
 Paul, Berit, cand. med., 48161 Münster
 Tackmann, Elisa, 10319 Berlin
 Klevenow, Nora, 04317 Leipzig
 Atanze, Nyakuu, 41533 Kleve
 Brandl, Alexa, 52073 Aachen
 Lambrecht, Jutta, Dr. med, 52066 Aachen
 Wolffs, Kyra Dorothea, 52062 Aachen
 Wodopia, Kristina, 45134 Essen
 Kössendrup, Katharina, 45144 Essen
 Radulovic, Ivana, M. Sc., 45131 Essen
 Kempf, Linda, 60326 Frankfurt
 Dahm, Saskia, 06114 Halle
 Schellinger, Isabel Nahal, 37073 Göttingen

16. TAGUNG FORUM 40 PLUS IN GUMMERSBACH



Teilnehmerinnen der 16. Tagung vom Forum 40 plus

15 Ärztinnen trafen sich im herbstlichen Bergischen Land zu den Themen „Bei uns kommt so was doch nicht vor!“ und „Lust und Unlust in der Lebensmitte“. Nach einem Abendessen im Übernachtungshotel zum Gedankenaustausch und Kennenlernen folgte am Samstag der Workshop im Kreiskrankenhaus Gummersbach, in das uns die Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. med. Anja Weishap, selbst Mitglied im Forum 40 plus, eingeladen hatte. Der Tag begann mit einem Vortrag von Prof. Dr. Ilse Hartmann-Tews vom Institut für Sportsoziologie der Deutschen Sporthochschule (DSHS) Köln und Leiterin der Abteilung „Geschlechterforschung über Prävalenzen sexualisierter Gewalt im Sport“. Professorin Hartmann-Tews hat verschiedene empirische Studien zu diesem Thema mit Befragungen von Spitzensportlern und Sportvereinen herausgegeben. Insbesondere der hohe Anteil von Grenzüberschreitungen im sexuellen Kontext bot Anlass für eine lebhaft Diskussion.

Im Anschluss hörten wir von Dipl. Psych. Renate Bauer, Psychologische Psychotherapeutin in Gummersbach einen Vortrag über „Lust und Unlust in der Lebensmitte“, der Selbstreflexion anregte und Anlass für heitere Betrachtungen gab. Weiterer Höhepunkt war die sportliche Betätigung, diesmal Beckenboden- und Aquagymnastik mit Frau Waidmann und Frau Henn aus dem Physiotherapieamt der Gesellschaft für Rehabilitation, Prävention und Pflege mbH.

Chefärztin Dr. med. Weishap hatte das gesamte Seminar exzellent organisiert. Bei einem Abendessen mit bergischen Spezialitäten konnten wir den gegenseitigen Austausch fortsetzen. Wir danken dem Verein „Frauen fördern Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung. Die nächste Tagung des Forums 40 plus wird vom 8. bis 10. Juni 2018 in Potsdam stattfinden. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Heike Raestrup,
Schriftführerin und Schatzmeisterin im Vorstand des DÄB,
Forum 40 plus

34. TAGUNG DES FORUMS 60 PLUS IN REGENSBURG



Das Forum 60 plus in Regensburg

Der freundlichen Einladung von Frau Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch folgend, konnten wir die von ihr geleitete Praxis „profertilita“ in Regensburg besuchen. Dort wurde uns zum Beispiel das Gerät zur intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) und das EmbryoScope gezeigt, mit dem man die Entwicklung der befruchteten Eizelle zur Blastocyste im Brutschrank durch Zeitrafferaufnahmen beobachten kann, ohne den Embryo aus dem Brutschrank nehmen zu müssen. Ein weiterer Arbeitsplatz beschäftigt sich mit der Kryokonservierung. Hierbei werden Eizellen durch flüssigen Stickstoff mit Gefrierschutzmitteln vitrifiziert, das heißt, so eingefroren, dass keine Eiskristalle entstehen. Dies führt zu einer höheren Erfolgsrate beim Embryotransfer.

Zwei weitere wissenschaftliche Vorträge beschäftigten sich mit dem Thema Kinderwunsch. Dr. med. Christine Reißmann (profertilita, Regensburg) referierte zum Thema „social freezing“ und PD Dr. med. Isabel Diebold (Medizinisch Genetisches Zentrum München) zur Pränataldiagnostik (PID). Eine wichtige Erkenntnis für uns war, dass die Behandlung von Übergewicht und Diabetes die Chancen für eine spontane Schwangerschaft deutlich erhöhen.

Der dritte Referent war Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann, Direktor der Medizin III der Universität München. Er sprach zum Thema „Knochenmarkstransplantation – Indikationen und Ergebnisse“. Dabei war sein Schwerpunkt die Behandlung der akuten myeloischen Leukämie. 40 Prozent der Fälle sind heute heilbar.

Zum Abschluss ging es um praktische Belange. In einem kleinen EDV-Workshop machte uns Ursula Lagler mit der Handhabung moderner Smartphones und Tablets vertraut. Mit vielen schönen Bildern im Kopf, vielen freundschaftlichen Gesprächen und neuem Wissen, machten wir uns wieder auf die Heimreise. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Erla Spatz-Zöllner,
1. Vorsitzende im Forum 60 plus



Foto: © Julia Hoffmann-Thomé



ZUM TOD VON DR. MED. GISELA DAHL

Die Regionalgruppe Baden-Württemberg trauert um ihr langjähriges Mitglied Dr. med. Gisela Dahl, die am 07.10.2017 im Alter von 73 Jahren unerwartet verstarb. Sie war niedergelassen als Allgemeinärztin in Stuttgart und unermüdlich engagiert ganz im Sinne des Ärztinnenbundes: zum einen in der Regionalgruppe, in der sie zuletzt stellvertretende Gruppenvorsitzende war. Zum anderen war sie seit vielen Jahren aktiv in den ärztlichen Gremien als Delegierte in der LÄK Baden-Württemberg, Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Vorsitzende der Ärzteschaft Stuttgart und Vorstandsmitglied der KV Baden-Württemberg (2005–2010). Mit ihr zusammen konnten wir 2011 und 2015 jeweils eine reine Frauenliste (Ärztinnen in die Gremien) für die Kammerwahlen aufstellen.

In Stuttgart kannte man sie durch ihren außergewöhnlichen Einsatz im sozialen Bereich: Als Stadträtin hat sie sich in besonderer Weise mit der Problematik der Suchtkranken beschäftigt. Auf ihre Initiative hin sind viele Projekte gefördert und zum Abschluss geführt worden. Sie leistete regelmäßige ärztliche Sprechstunden bei der Obdachlosenhilfe, kümmerte sich besonders um die medizinische Erstversorgung für Jugendliche ohne Obdach in der von ihr mitbegründeten Anlauf- und Beratungsstelle „Schlupfwinkel e.V.“.

Auch im Ausland engagierte sie sich persönlich in der Gesundheitsversorgung durch ein von ihr initiiertes Krankenhaus in Peru. 2004 wurde Frau Dr. med. Dahl mit dem Verdienstkreuz am Bande ausgezeichnet. Sie war eine exzellente Netzwerkerin. Bis zuletzt hat sie noch in ihrer Allgemeinpraxis in Stuttgart Patienten betreut und sich dabei besonders für die Belange der Flüchtlinge eingesetzt. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Gabriele du Bois

2015 verstorbene DÄB-Kolleginnen



Dr. med. Isolde Schüßler, Buchen
 Prof. Dr. med. Andrea Ludolph, Ulm
 Dr. med. Hildegard Tewes, Garbsen
 Dr. med. Susanne Bachl, Kiel
 Dr. med. Helga Beater, Hannover

2016 verstorbene DÄB-Kolleginnen

Dr. med. Jutta Semler, Berlin
 Dr. med. Ingeborg Keyser, München
 Dr. med. Elisabeth Lohmann-Hrycak, Bad Homburg
 Elisabeth Stierle, Baden-Baden
 Dr. med. Eleonore von Salisch, Hamburg

2017 verstorbene DÄB-Kolleginnen



Dr. med. Jutta Pyzik, Wolfenbüttel
 Dr. med. Johanna Mertins, Bad Neuenahr
 Dr. med. Ilse Lommel, Kiel
 Dr. med. Jutta Hantschmann, Itzehoe
 Dr. med. Lieselotte Schellert-Hock, Aschaffenburg
 Dr. med. Brigitte von Prondzynski, Göttingen
 Dr. med. Elisabeth Heymann, Butzbach



REGIONALGRUPPE LÜBECK

Stimmstörungen erkennen – Stimmkompetenz entdecken ...



Foto: privat

Atemübungen in der Lübecker Gruppe

... war das Thema des Herbsttreffens der Lübecker Regionalgruppe. Zum Auftakt der Erkältungszeit sind viele Patientinnen und Patienten oft heiser, aber auch wir Ärztinnen haben vom vielen Reden kratzige Stimmen. Jutta Ottenbreit, eine Atem- Sprech- und Stimmlehrerin, die seit 20 Jahren in eigener Praxis arbeitet, führte uns durch den Abend. Zur Begrüßung gab es Flammkuchen, Tomaten und Sandelholztee zum „Ölen der Stimme“. Schnell wurde die Stimmung gesellig: Zunächst lernten wir in einem Vortrag allerlei Theoretisches. Atem-, Sprech- und Stimmtrainerinnen gehören in die große Gruppe der Heilberufe. Frau Ottenbreit betreut vor allem Sänger*innen und Menschen mit Sprech-Berufen wie zum Beispiel Lehrer*innen. Bereits nach vier Wochen ist fast immer eine deutliche Besserung der Beschwerden zu verzeichnen, aber oft dauert die Therapie bis zu einem Jahr, um einmal trainierte Störungen in der Stimmbildung dauerhaft zu beseitigen.

Dabei geht es viel um Achtsamkeit und Wahrnehmung und auch um die richtige Atmung. Dass zur Ausbildung einer Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin auch die manuelle Therapie gehört und die Therapeutin oft „Hand anlegt“, um Verspannungen im Hals oder Schulterbereich zu lösen – das war uns allen neu. Viele verschiedene Diagnosen können zur einer Atem-, Stimm-, Sprech- oder Sprachstörung führen. Entsprechend groß muss das Repertoire bei der Behandlung sein. Frau Ottenbreit arbeitet eng mit HNO-Ärztinnen und -Ärzten zusammen, Rezepte für eine Therapie kann jedoch auch jede Hausärztin und jeder Hausarzt ausstellen. Unter http://dba-ev.de/Informationen/Therapie/Startseite_Therapie können weitergehende Informationen dazu gefunden werden.

Schon mal etwas vom Lungenfeger gehört?

Und dann wurden wir selbst tätig und haben mit verschiedenen Übungen gelernt, wie sich die Atmung regulieren lässt, wie sich Stimmorgane lockern und das Atemvolumen verbessert werden kann. Vom Lungenfeger, dem Erleben von Resonanz-

räumen, Schaukelstuhlübungen und Tönen in die Blubberflasche: Wir waren von allen Übungen begeistert, vor allem, weil die Wirkung sofort zu spüren war. Ein beliebter Ort zum Üben ist für viele Patientinnen und Patienten übrigens das Auto. Ob die Teilnehmerinnen des Seminars auf dem Heimweg diesmal im Auto geübt haben, ob sie laut gesungen oder leise gegähnt haben, können wir leider nicht berichten, nehmen es nach diesem anregenden Abend aber stark an. Herzlich danken möchten wir dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“, der uns finanziell großzügig unterstützt hat. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Tonia Iblher,
Regionalgruppe Lübeck

REGIONALGRUPPE KASSEL

Im Juli dieses Jahres haben die Mitglieder der Regionalgruppe Kassel die weltgrößte Ausstellung für moderne Kunst – die „documenta14“ – in unserer Heimatstadt besucht. In der „neuen alten Hauptpost“ hatten wir einen interessanten Spaziergang mit einer der Choristinnen, die bei der „documenta14“ die Besucherinnen und Besucher begleiten. Trotz und wegen der sehr politischen und provokativen Ausrichtung dieser Kunstschau waren wir sehr inspiriert und verbrachten einen schönen Nachmittag, der mit einem gemeinsamen Abendessen abschloss.



Foto: privat H. Scheffer

Die Regionalgruppe Kassel bei der „documenta14“

Wechsel beim Vorsitz in der Gruppe Kassel

Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 gab es in der Gruppe Kassel einen Wechsel des Vorsitzes:

Neue gleichberechtigte Vorsitzende der Kasseler Gruppe sind ab Juli 2017 Dr. med. Marion Werner und Johanna Schafft-Sommer. Schatzmeisterin bleibt wie bisher Dr. med. Anna Maria Dittmann. Wir danken Hildegard Scheffer für ihr langjähriges Engagement und Rosemarie Weise für den Interimsvorsitz und freuen uns auf interessante Aktivitäten mit der Gruppe. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Marion Werner, 1. Vorsitzende und
Dr. med. Johanna Schafft-Sommer, 2. Vorsitzende
der Regionalgruppe Kassel

REGIONALGRUPPE MÜNSTER

Sommerausflug im Regen zur Ausstellung „Skulptur-Projekte-Münster“

Was findet nur alle zehn Jahre statt, bekam in diesem Jahr bessere Kritiken als die „documenta14“ in Kassel und war so attraktiv, dass der Sommera Ausflug der Gruppe Münster mit zwei Führungen komplett ausgebucht war? Die Ausstellung „Skulptur-Projekte-Münster“, die Besucherinnen und Besucher aus der ganzen Welt anlockt.

Im September trotzten 32 Kolleginnen Wind, Kälte und Regen und machten sich in zwei Gruppen mit einer kompetenten Führung auf, die Ausstellung zu Fuß zu erkunden. So bunt wie unsere Regenschirme waren auch die Kunstobjekte: von Videoinstallationen und batteriebetriebenen Kerzenleuchtern in einem Tunnel über afrikanische Masken bis zu Müllobjekten war alles dabei.



Foto: privat

Sommerausflug im Regen

Wie immer kamen die Gespräche untereinander nicht zu kurz und so hatte es unsere Museumsführerin nicht immer leicht, Gehör zu finden.



Nach dem Besuch des Museums schloss sich ein Abendessen in einem italienischen Restaurant an. Auch dort gab es ausreichend Gelegenheit, sich weiter zu vernetzen, miteinander ins Gespräch zu kommen oder sich überhaupt erst kennenzulernen. Die Führung durch die „Skulptur-Projekte-Münster“ jedenfalls war, da waren sich alle einig, gelungen. ◀

Mitgeteilt von der Vorsitzenden der Regionalgruppe Münster,
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer

DER DÄB INFORMIERT

Im Oktober dieses Jahres nutzen rund 200 zumeist junge Mitglieder der Ärztekammer Nordrhein den Beratungstag im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer, der Nordrheinischen Ärztesorgung sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein standen für individuelle Beratungsgespräche sowie für die erste Kontaktaufnahme zur Verfügung.

Auch ärztliche Verbände wie etwa der Marburger Bund, der Hausärzterverband oder der **Deutsche Ärztinnenbund** waren mit einem Stand vertreten. Die Präsidentin des DÄB, Dr. med. Christiane Groß, M.A. und Dr. med. Eva Hennel, Beisitzerin im DÄB-Vorstand, waren als Ansprechpartnerinnen sehr gefragt und beantworteten unter anderem Fragen zur Weiterbildung, zur ärztlichen Rentenversorgung und der Work-Life-Balance. ◀



Dr. med. Christiane Groß, M.A. beim Beratungstag...



Fotos: Jochen Rolfes

...und Dr. med. Eva Hennel im Gespräch.



Deutscher
Ärztinnenbund

Informieren. Vernetzen. Gestalten.

REGIONALGRUPPE FRANKFURT a. M.

Riga: Reise in eine europäische Stadt



Foto: privat

Christine Hidas, Dr. Sarah Romero, Dr. Heike Raestrup, Sabine Schlitt, Dr. Lydia Finior, Edith Köhler, Dr. Simone Feuerstein, Silvia Naumann, Dr. Kathrin Geiger, Dr. Sigrid Braun, Dr. Rita Löw, Dr. Birgit Krämer, Dr. Simona Herle, Dr. Marja-Leena Blokzijl

Jedes Jahr verreisen einige Kolleginnen der Frankfurter Gruppe zusammen in eine europäische Stadt. In diesem Jahr ist die Wahl auf Riga gefallen. Zufälligerweise fielen die Reisedaten auf die Sommersonnenwendfeier. Am ersten Tag wurden wir von einer sehr netten und sehr gut Deutsch sprechenden Reiseführerin vom Hotel abgeholt, das sich in einem sehr alten, schönen Gebäude aus der Belle Époque befindet. Hier trafen sich früher die Literatinnen und Literaten der Stadt im holzgetäfelten Speisesaal mit den großen Kronleuchtern.

Der Spaziergang durch die Stadt führte uns durch Parks und über kleine Brücken an der orthodoxen Kirche vorbei zur berühmten Jugendstilstraße. Danach ging es in die Altstadt und auf holprigem Kopfsteinpflaster zum großen Marktplatz. Hier wurden bereits die Vorbereitungen für die Sommersonnenwendfeier getroffen: Kinder sangen und tanzten auf der mit viel Grün geschmückten Bühne. Auf dem Blumenmarkt wurden Blumenkränze geflochten, die am Abend der Sommersonnenwendfeier von den Mädchen und Frauen traditionell getragen werden. Wir suchten uns die schönsten aus. Am Nachmittag besuchten wir das medizinhistorische Museum mit der ersten Trepanation (einem bei Operationen benutzten Bohrer) bis zum berühmten Hund im Astronautenanzug.

Am nächsten Tag stand ein Ausflug ans Meer nach Jurmela auf dem Plan. Der Kauf der Fahrkarten für den Zug war für uns eine Herausforderung, das Eintreffen aller Mitreisenden pünktlich zur Abfahrt eine zweite, die wir jedoch beide gemeistert haben.

In Jurmela sind wir als Erstes durch die Fußgängerstraße spaziert, um dann durch Straßen mit zum Teil sehr schönen

alten Ferienhäusern in den Pinienwäldern zu landen. Früher fuhren die reichen Familien hier in die Sommerfrische, für die Jugendlichen gab es Ferienheime. Heute werden viele Häuser leider durch weniger schöne Neubauten ersetzt. Nach einem einstündigen Spaziergang am herrlichen Strand erreichten wir ein idyllisch gelegenes Restaurant in den Dünen. Dort war schon eine große Tafel für uns gedeckt. Einige von uns haben vor dem Essen noch im wunderbar warmen Wasser gebadet und wollten gar nicht mehr raus. Das Essen danach war nicht nur ein Augenschmaus, es hat uns so vorzüglich geschmeckt, dass wir den Koch an die Tafel baten. Der gereichte Weißwein kam aus dem nördlichsten Anbaugebiet der Welt, aus dem Süden Lettlands, und schmeckte ganz hervorragend.

Am Abend zogen wir dann alle mit blumenbekränztem Haar zur Uferpromenade und verloren uns in den vielen Menschen bald aus den Augen. Überall waren Bühnen aufgebaut, von jeder spielte eine andere Musik und die Menschen tanzten davor. Neben Schlagern, Rock- und Popmusik wurde auch die traditionelle Musik des Landes gespielt. An diesem Abend begleitete uns eine junge lettische Ärztin namens Christa, die eine der jungen Kolleginnen auf einer Erasmus-Veranstaltung kennengelernt und den Kontakt hergestellt hatte. Wir tanzten zu lettischer Schlagermusik und konnten dank der Karaokebildschirme sogar lettisch singen. Es war eine laute und friedliche Atmosphäre. Gegen zwei Uhr in der Nacht wurden überall riesige Feuer entzündet, um den neuen Tag zu begrüßen.

Als wir am nächsten Tag mehr oder weniger ausgeschlafen waren, sind wir in den Dom zu einem Konzert gegangen: Die Orgel im Dom stammt von der Orgelbaufirma Wacker aus Ludwigsburg aus dem Jahr 1882 und der Organist hat auf allen Manualen gespielt. Den Nachmittag verbrachten einige in der Skyline Bar im 26. Stock eines Hotels mit atemberaubender Sicht auf die Stadt. Danach machten wir gemeinsam noch eine Bootsfahrt bei wildem, regnerischem Wetter auf der Düna. Christa, unsere junge lettische Kollegin, empfahl dazu Kaffee mit einer großen Menge „Black Balsam“, einem traditionellen Kräuterschnaps. Sie erzählte von ihrer Ausbildung zur Gefäßchirurgin in einem neu gebauten Krankenhaus in Riga. Da der Verdienst nicht sehr hoch ist, macht sie neben den Diensten in der eigenen Klinik an den freien Wochenenden noch Dienst in einem anderen Krankenhaus. Wir konnten zudem feststellen, dass die Problematik der Weiterbildung der unseren ähnelt.

Am nächsten Morgen fand sich noch Zeit für einen kurzen Besuch des Zentralmarktes in Riga, der sich in fünf riesigen Zepelinhallen befindet und täglich geöffnet ist. Insgesamt war es eine herrliche Reise voller interessanter Eindrücke, bei der alle wieder miteinander ins Gespräch gekommen sind. ◀

Mitgeteilt von Christine Hidas,
Vorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt a. Main



Foto: privat

BUCHBESPRECHUNG

Heal your Hospital

 PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Eigentlich sollte hinter diesem Titel ein doppeltes Ausrufezeichen stehen: Er fordert alle im Gesundheitswesen Tätigen dazu auf, über neue und bessere Wege der gesundheitlichen Versorgung nachzudenken und mitzuhelfen, diese Wege auch zu beschreiten. Medizinstudierende an der Universität Witten-Herdecke haben ein interdisziplinäres Studium über zwei Semester genutzt, um sich für ein Buch mit 245 Seiten Gedanken zu machen und Vorschläge zu unterbreiten. Dazu ist es ihnen gelungen, verschiedene Aspekte des derzeitigen Gesundheitssystems und dessen gängige Schlagwörter und kommerzielle Verknüpfungen genau zu analysieren.

Herausgekommen ist ein lesenswertes Buch von jungen Menschen, die Fakten beschreiben, Anregungen und Lösungsvorschläge unterbreiten, ohne gleich das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Es stimmt optimistisch, wenn sie die „individualisierte und personalisierte Medizin“ und die Übertreibung genetischer Veranlagung kritisch betrachten und den ganzheitlichen Blick auf Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt aller Überlegungen stellen. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit wird einbezogen und Vertrauen und Kommunikation für alle Heilberufe in Anbetracht einer immer stärker werdenden Fragmentierung von Behandlungen und dem Verlust persönlicher Kontakte thematisiert. Die Autor*innen entwickeln Visionen und

stellen fest, dass zum Beispiel ein Großteil der Medizinischen Versorgungszentren in Händen von Klinikkonzernen ist, ohne dass die gesundheitliche Versorgung in ländlichen Gebieten verbessert wird. Die Medizinstudierenden outen sich durchaus professionell als zukünftige Ärztinnen und Ärzte im besten Sinne mit einem ethisch motivierten, aber leider heute nicht mehr selbstverständlichen Berufsbild. Es geht übrigens auch ganz konkret um Budgetverhandlungen, Qualitätsmanagement, DRGs und Behandlungsfehler durch organisatorisches Verschulden. ◀

Heal your hospital, Interdisziplinäres Autorenteam (Hrsg.), Studierende für neue Wege der Gesundheitsversorgung. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, 2016. ISBN 978-3-866321-240-7

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Vizepräsidentin des DÄB.



WIR GRATULIEREN



Professorin Dr. med. Heike Kielstein zur Auszeichnung als „Professor des Jahres 2017“.

Die Auszeichnung wird von der UNICUM-Stiftung in Bochum vergeben, die damit den Praxisbezug im Studium und das herausragende Engagement von Hochschullehrer*innen fördert. Die Anatomieprofessorin wurde zusammen mit drei weiteren Professoren aus über 2.000 nominierten Hochschullehrer*innen ausgewählt.



Foto © Uniklinikum Halle (Saale)

Professorin Dr. med. Heike Kielstein

Dr. med. Christiane Groß, M.A., Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB), gratuliert dem DÄB-Mitglied zu dieser Auszeichnung: „Unsere Kollegin Professorin Kielstein ist die erste Lehrstuhlinhaberin aus Sachsen-Anhalt, die den renommierten Preis erhält, und wurde als zweite Professorin aus den ostdeutschen Bundesländern ausgezeichnet. Dies ist umso bemerkenswerter, weil es auf den Lehrstühlen der Medizinischen Fakultäten in Deutschland bisher nur rund zehn Prozent Frauen gibt. Die Kollegin ist damit beispielgebend, wenn es darum geht, mehr Frauen in Führungspositionen zu etablieren. Bedauerlicherweise ist mit einem ausgeglichenen Verhältnis von Frauen und Männern erst in Jahrzehnten zu rechnen. Erst dann könnten neben dem „Professor des Jahres“ zu gleichen Teilen auch „Professorinnen des Jahres“ geehrt werden.“ ◀

Aus dem MWIA-Newsletter September 2017

Die Präsidentin Professorin Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, Deutschland, berichtet über das Ergebnis der **MWIA-Mitgliederumfrage**: 1.150 Ärztinnen haben an der Befragung teilgenommen, die ergab, dass der Weltärztinnenbund sein Profil und seine Ziele den Mitgliedern besser vermitteln muss. Im Nachgang zu der Befragung wurden die **Ziele des Weltärztinnenbundes** neu formuliert. Für die Mitglieder gibt es vor allem folgende wichtige Themen: Work-Life-Balance, Mutterschaftsurlaub, Karriere und beruflicher Werdegang, die Bekämpfung von Diskriminierung und das Mentoring von jungen Ärztinnen und Studentinnen. 40 Prozent von ihnen berichteten, dass sie sexuelle Belästigung während des Studiums oder am Arbeitsplatz erfahren haben. Der Weltärztinnenbund hat dies aufgenommen und eine Umfrage zum Thema sexuelle Belästigung initiiert, an der noch bis Ende Dezember 2017 teilgenommen werden kann. Die Präsidentin freut sich über eine rege Teilnahme unter dem Link https://monashmhs.qualtrics.com/jfe/form/SV_7WBnTKZklgOlaF7. Weitere Informationen finden sich unter: <http://mwia.net/news/>

Das **MWIA-Wissenschafts-Komitee** wählte als Titel für den Internationalen Kongress vom 25. bis 28. Juli 2019 in New York: **„The Centennial Congress of the Medical Women's International Association: Medical Women-Ambassadors of Change in a Challenging Global World“**. Das Komitee wird durch die MWIA-Präsidentin und Professorin Dr. med. Theresa Rohr-Kirchgraber geleitet. Die Liste der Themen für die Abstract-Einreichung ist bereits vollständig. Eine Kongresswebseite, auf der die Abstracts eingereicht werden können, steht bald online. Die Generalsekretärin Dr. Shelley Ross, Canada, teilt mit, dass das erste Update für Nominierungen für den nächsten geschäftsführenden Vorstand ab Januar 2018 veröffentlicht wird, damit Nominierungen für diese Positionen erfolgen können.

Der Weltärztinnenbund hat einen umfangreichen **Arbeitsplan mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** erstellt. Bitte melden Sie sich im Sekretariat, wenn Sie zu Migrantinnen

Kontakt haben, insbesondere solchen, die in ihrer Heimat im Gesundheitswesen gearbeitet haben. An ihrem Werdegang besteht großes Interesse, E-Mails bitte senden an: secretariat@mwia.net

Dr. med. Edith Schratzberger Vecsei, Präsidentin der Europäischen Women Lobby (EWL) und MWIA-Vertreterin, nahm im September 2017 in Brüssel an der dritten **“Feminist Summer School“** der European Women's Lobby (EWL) mit Diskussionen zur EWL-Finanzierungspolitik und ethischen Grundlagen der EWL-Mitgliedschaft teil. Ein Video ist unter <http://www.womenlobbyforum.org/viewtopic.php?f=44&t=131> zu finden.



Vorstand der Medical Women's International Association 2016–2019
Vordere Reihe v.l.n.r.: Kyung Ah Park, Clarissa Fabre, Bettina Pfeleiderer, Shelley Ross
Hintere Reihe v.l.n.r.: Piyanetr Sikhu, Mabel Aboah, Padmini Murthy, Maite Sevillano, Cissy Yu, Khatuna Kaladze, Tuula Saarela, Antonella Vezzani (abwesend: Gail Beck)

Die nächsten **MWIA-Regionaltreffen** finden 2018 in Italien und Thailand statt. Vom 27. bis 28. April 2018 findet in Palermo, das Südeuropäische MWIA-Regionaltreffen statt. Mehr unter: Vp_southerneurope@mwia.net Und das 8. MWIA-Regionaltreffen Zentralasien findet vom 6. bis 8. September 2018 in Bangkok zum Thema **„Women's Wellbeing – a Global Perspective“** (www.carc2018.com) statt.

Dr. med. Padmini Murthy, Vizepräsidentin der MWIA Region Nordamerika, wurde in den Vorstand der NGO-Sektion im Department Public Information der UN in New York gewählt. **Dr. med. Eleanor Nwadinobi** von der MWIA Nigeria wurde mit dem renommierten Preis „Fellow of the inaugural African Festival of Arts and Culture“ vom Economic, Social and Cultural Council (ECOSOCC) der African Union geehrt. **Dr. med. Usha Saraiya**, die Alterspräsidentin der Region Zentralasien, erhielt den **„Lifetime Achievement Preis“** der Asia Oceania Research Infections and Neoplasia (AOGIN) für ihren Beitrag zu Zytologie und Kolposkopie.

Mitgeteilt von Dr. med. Gudrun Günther,
Beisitzerin im Vorstand des DÄB

E-Mail: gudrun.guenther@aerztinnenbund.de



Deutscher
Ärztinnenbund
Informieren. Vernetzen. Gestalten.

Netzwerk für Medizinerinnen



Ärztinnen
Berufspolitik Zahnärztinnen
Medizinstudentinnen
Work-Life-Balance
Frauen in ärztliche Gremien
Chancengleichheit Junges Forum
Forum 40 plus
Karriere Forum 60 plus
Quote in der Medizin Mitmachen
Medical Women on Top
Frauen an die Spitze
Familienfreundlichkeit
Klinikkindergärten
Ethik-Ausschuss

aerztinnenbund.de



Deutscher
Ärztinnenbund
Informieren. Vernetzen. Gestalten.

Wir mischen uns ein



Gendermedizin
Gesundheitspolitik
Kongresse
Mentorinnen-Netzwerk
31 Regionalgruppen
Telemedizin
Auszeichnungen
Digitalisierung
Wissenschaftspreis
Berufsbild bewegen
Serviceangebote
Weltärztinnenbund (MWIA)
Young MWIA's
Globale Gesundheit
Zeitschrift ärztin

aerztinnenbund.de