

# ärztin

Zeitschrift des  
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Wie gesund sind Ärztinnen  
und wie können  
sie gesund bleiben?



# Inhalt

- 03 **Editorial**  
**Dr. med. Barbara Schmeiser**
- 04 **Gastbeitrag**  
**Christiane Kliesow und Dorothee Quick**  
 Was Ärztinnen über die neue DSGVO wissen müssen
- Schwerpunkt: Wie gesund sind Ärztinnen und wie können sie gesund bleiben?**
- 06 **Dr. med. Hildgund Berneburg**  
 Ärztinnengesundheit zwischen Rollenbildern und Resilienzen
- 07 **Dr. phil. Julika Zwack**  
 Ärztinnen jonglieren oft mit zu vielen Bällen gleichzeitig
- 08 **Prof. Dr. phil. Klaus Bös**  
 Tests ergaben: Ärztinnen sind fitter
- 09 **Im Interview: Dr. med. Miriam Fiedler-Fischer**  
 Burn-out-Prävention für die eigene Gesundheit
- 10 **Ärzte und die Krux der Selbstdiagnose**  
 Nachdruck aus: Der Hausarzt 07/2016
- 11 **PD Dr. med. Thomas Kötter, MPH**  
 Was hält Medizinstudierende gesund?
- 12 **Dr. med. Bernhard Mäulen**  
 Ärztinnengesundheit, Sucht und Suizidalität
- 13 **Dr. phil. Ulrike Ley**  
 Was ist gesunde Führung für Ärztinnen und wem nützt sie?
- 14 **Geschlechtsspezifische Medizin**  
**Prof. Dr. med. Sylvia Stracke**  
 Nieren- und Frauengesundheit
- 16 **Berichte vom 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt**  
**Dr. med. Viyan Sido**  
 Chirurgie ist kein Fach für Frauen?
- 17 **Im Interview: Katharina Thiede**  
 Klar ist, dass sich etwas ändern muss
- 18 **Karriere**  
**Stine Ziegler und Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche**  
 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Weiterbildung
- 19 **Aus dem Verband**
- 21 **Dr. med. Viyan Sido**  
 Hinter Mauern und Stacheldraht:  
 Einsatz im Flüchtlingslager Moria auf Lesbos
- 22 **Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**  
 Buchbesprechung: Wie ein Virus die Gesellschaft veränderte
- 23 **Dr. med. Gudrun Günther**  
 Aus den MWIA-Newslettern Nr. 73/74 - März/Juni 2018
- 24 **Deklaration von Genf – Das ärztliche Gelöbnis**

## ärztin

Offizielles Organ  
 des Deutschen Ärztinnenbundes  
 ISSN 0341-2458

## Herausgegeben vom

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

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

## Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin  
 Mommsenstraße 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 Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Redaktionsschluss der Ausgabe 03/18:

28. September 2018

## Fotos:

Titelseite: 123rf\_Tyler Olson  
 Seite 8: 123rf\_macrovector  
 Seite 14: 123rf\_Anan Punyod  
 Seite 15: 123rf\_natalimis  
 Seite 23: 123rf\_sborisov  
 Seite 24: 123rf\_Mariia Dolhova

## 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,

im ersten Halbjahr dieses ereignisreichen Jahres hat der Deutsche Ärztinnenbund die #MeToo-Debatte aufgegriffen und festgestellt, dass sexuelle Belästigung auch im Medizinbetrieb kein individuelles Problem ist, sondern eine weit verbreitete subtile Diskriminierung.

Betroffene Ärztinnen ziehen bisher aus Angst vor Nachteilen im Beruf nicht vor Gericht. Der DÄB hat als Serviceleistung ein Faltblatt entwickelt, das Ärztinnen ermutigen soll, sexuelle Belästigung nicht hinzunehmen, sondern sich bemerkbar zu machen. Unter [hilfe@aerztinnenbund.de](mailto:hilfe@aerztinnenbund.de) bieten wir weitere Hilfe an.

Beim diesjährigen 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt gab es wie erwartet reichlich Diskussionsstoff. Die Notwendigkeit einer besseren Bewertung der sprechenden Medizin war ein Thema. Hoffen wir, dass dies bei den typischen Somatikern längerfristig angekommen ist. Ein weiteres Thema betrifft die Änderung der Musterberufsordnung im Sinne der generellen Fernbehandlung. Wie sehr wir Ärztinnen hiervon profitieren können – zum Beispiel in Mutterschutzzeiten und in der Elternzeit –, wird sich erst langsam zeigen. Endlich wurde auch die neue Weiterbildungsordnung beschlossen. Bis aber tatsächlich der Umbruch vom reinen Zeitkonzept hin zu einem Qualifikationskonzept erfolgt ist, wird selbst mit dieser neuen Weiterbildungsordnung noch viel Zeit vergehen.

Ein wichtiges DÄB-Thema ist sicher die seit Januar 2018 gültige Novellierung des Mutterschutzgesetzes. Es zeigt sich weiterhin großer Diskussionsbedarf, den wir auch in einem offenen Brief an Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sowie die Gesundheitsminister\*innen und Familienminister\*innen der Länder aufgezeigt haben. Der DÄB hat die mangelhafte Umsetzung des neuen Mutterschutzgesetzes kritisiert und bemängelt, dass schwangere Ärztinnen weiterhin unter restriktiven Tätigkeitsverboten leiden. Diese Verbote führen insbesondere während der Weiterbildung zu einer massiven Verzögerung für die betroffenen Ärztinnen.

Ziel des neuen Mutterschutzgesetzes (MuSchG) sollte es eigentlich sein, den aktuellen Möglichkeiten entsprechend, einen adäquaten Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Lebens zu gewährleisten, bei



Foto privat

gleichzeitig möglichst geringer Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Weiterbildung der Ärztin. Die Schwangere sollte hierdurch ermutigt werden, so früh wie möglich die Schwangerschaft zu melden, um eine individuelle Gefährdungsbeurteilung zu erstellen und dem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt zur Prüfung vorzulegen.

In der Realität sieht es aber leider häufig anders aus: Es kann nicht sein, dass Ärztinnen häufig ohne Berücksichtigung individueller Gefährdungskriterien nach Bekanntgabe der Schwangerschaft kategorisch sowohl aus dem OP als auch aus den Labors entfernt werden, und es kann erst recht nicht sein, dass der Nachweis der Nicht-Gefährdung auf die jeweilige Ärztin oder ihre Chefinnen oder Chefs abgeschoben wird.

Diese nicht-adäquate Umsetzung der Mutterschutzregelung stellt daher für die Betroffenen sowohl für die klinische als auch für die wissenschaftliche Karriere ein Hemmnis dar und ist unserer Meinung nach stark diskriminierend. Insbesondere für chirurgisch tätige Ärztinnen befürchtet der DÄB, dass schwangere Ärztinnen wieder länger ihre Schwangerschaft verbergen, um so weiter ärztlich tätig zu bleiben oder von der Weiterbildungszeit nicht allzu viel zu verlieren.

Ein weiteres Anliegen des DÄB ist die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern. So haben, auf Initiative des DÄB, 17 Frauenverbände, die in der „Berliner Erklärung“ organisiert sind, dem Ministerpräsidenten von Spanien, Pedro Sánchez, zur Bildung eines Kabinetts mit elf Ministerinnen und sechs Ministern gratuliert. Damit hat die neue spanische Regierung den historisch höchsten Frauenanteil an einer Regierung weltweit und bewiesen, dass Frauen für Führungspositionen nicht nur erfolgreich gesucht, sondern auch gefunden werden können.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Barbara Schmeiser  
Vizepräsidentin des DÄB



Foto: privat



Foto: privat

## Was Ärztinnen über die neue DSGVO wissen müssen

---

CHRISTIANE KLIESOW UND DOROTHEE QUICK

---

Die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verunsichert seit ihrem Inkrafttreten im Mai 2018 auch Vereine wie den DÄB und verursacht bürokratischen Stress. Als Gastbeitrag haben wir bei der Ärztekammer Nordrhein angefragt, was Ärztinnen über die neue DSGVO wissen müssen. Zwei Juristinnen haben geantwortet.

Im Mai 2018 hat ein neues Kapitel zum Thema Datenschutz begonnen. Ursprünglich gedacht für große Internetfirmen wie Google oder Facebook, erfassen die neuen Regelungen jedoch alle, die personenbezogene Daten verarbeiten, auch die kleinste Arztpraxis, denn Gesundheitsdaten sind als besondere Kategorie von personenbezogenen Daten besonders geschützt. In jeder Praxis ist somit ein Bewusstsein für Datenschutz zu entwickeln: Neben der DSGVO finden sich Schutzregelungen für personenbezogene Daten auch im Bundesdatenschutzgesetz und in speziellen Fachgesetzen für den heilberuflichen Bereich.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben beim Datenschutz folgende Punkte zu beachten: Internes Datenschutzmanagement, Schutz der Patientendaten (Arzt-Patienten-Verhältnis), Verhältnis zu externen Dienstleistern und Dritten (externe Stellen) und Verhältnis zu den Aufsichtsbehörden (Datenschutzstellen). Verstöße gegen den Datenschutz können mit beachtlichen Sanktionen geahndet werden.

### Datenschutzmanagement in der ärztlichen Praxis

1. Für die Praxis benötigen Ärztinnen und Ärzte ein *Datenschutzkonzept*, um auf Nachfrage nachweisen zu können,

dass sie die datenschutzrechtlichen Vorschriften kennen und wahren. Dazu kann beispielsweise eine interne Datenschutzrichtlinie erstellt werden, in welcher der gesamte Umgang mit den Daten festgelegt wird, zum Beispiel das Verhalten Patientinnen und Patienten gegenüber, Diskretion in den Praxisräumen, Auskünfte am Telefon, die Art der Datenspeicherung, Verwahrung der Patientenakten, klare Verantwortlichkeiten, Mitarbeiterinfo über die Einhaltung von Schweigepflicht und Datenschutz, Zugriffsbeschränkungen, Verhalten bei Datenpannen oder auch Nachweis der Rechtsgrundlagen für Datenverarbeitung.

2. Zur Organisation des Datenschutzes gehört auch, dass die internen Verarbeitungsvorgänge in der Praxis überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen. Möglicherweise sind technisch-organisatorische Schutzmaßnahmen einzuführen. In seltenen Fällen wird eine sogenannte „Datenschutzfolgenabschätzung“ durchzuführen sein. Diese dient dazu, mögliche Risiken bei der Verarbeitung von Patientendaten abzuschätzen und Abhilfemaßnahmen festzulegen. Vorsicht ist besonders bei Daten von Kindern und bei sogenannten genetischen Daten geboten.

3. Jede Ärztin hat zudem ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten zu führen.

Darin werden die Tätigkeiten erfasst, bei denen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Aufstellung ist auf Verlangen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Bei fehlendem Verzeichnis drohen Geldstrafen: Ein Beispiel ist unter <https://www.aekno.de/downloads/aekno/Muster-Verzeichnis-von-Verarbeitungstaetigkeiten-Stand-23.04.2018.pdf> verfügbar.

4. Einige Arztpraxen werden auch einen Datenschutzbeauftragten benennen müssen. Das hängt von der Größe der Praxis und vom Umfang der gespeicherten Daten ab. Ein Datenschutzbeauftragter ist zwingend immer dann zu benennen, wenn mehr als 10 Personen in der Praxis mit der Verarbeitung von Daten beschäftigt sind oder wenn eine Datenschutzfolgenabschätzung durchgeführt werden muss. Die zu benennende Person kann eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt, eine medizinische Fachangestellte oder eine externe Firma sein, nicht aber die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber. Die notwendigen Kenntnisse können in Schulungen erworben werden. Wurde eine Person als Datenschutzbeauftragte(r) benannt, ist sie der zuständigen Aufsichtsbehörde zu nennen und dort im Meldeportal für Kontaktdaten einzutragen.

5. Praxen, die eine Internet- oder eine Facebook-Seite anbieten, sollten ihre Datenschutzerklärung und den technischen Standard ihrer Homepage überprüfen. Patientendaten dürfen niemals unverschlüsselt über das Internet versendet werden.

## Datenschutz für Patientinnen und Patienten

1. Im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses beruht die Datenverarbeitung auf einer vertraglichen Grundlage. Das Erfassen, Speichern und die Bearbeitung von Patientendaten ist damit gesetzlich gestattet. Hinsichtlich aller Verarbeitungsvorgänge, die sich nicht direkt aus dem Behandlungsvertrag ergeben (zum Beispiel Datenweitergabe an Dritte), ist eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten erforderlich. Die Einwilligung muss nicht zwingend schriftlich erfolgen; sie muss aber nachweisbar sein. Es wird daher in einigen Fällen empfohlen, eine schriftliche Einwilligung einzuholen, unter anderem bei der Datenweitergabe an die private Krankenversicherung, privatärztliche Verrechnungsstellen, Seniorenheime, im Rahmen der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, bei Selektivverträgen oder auch beim Recall. Fälle, in denen bereits vor Einführung der DSGVO aufgrund spezialgesetzlicher Regelung eine schriftliche Einwilligung erforderlich war, bleiben erhalten, wie zum Beispiel das Schriftformerfordernis gegenüber gesetzlich Versicherten bei Hausärzten § 73 I lit. b SGB V und bei Zahnärzten § 10 VI GOZ.

2. Die Rechte der Patientinnen und Patienten wurden erheblich gestärkt. Neu ist das umfassende Auskunftsrecht. Neben dem Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte erweitert die DSGVO das Auskunftsrecht erheblich. Die Patienten erhalten diese Auskünfte unentgeltlich und haben das Recht auf Berichtigung und Löschung ihrer Daten, die Einschränkung der Datenverarbeitung und auf Datenportabilität.

3. Die Datenschutzgrundverordnung sieht umfangreiche Informationspflichten für die Praxisinhaberin vor, die der Transparenz bei der Datenverarbeitung dienen sollen. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihre Patienten über diese Rechte zu informieren, am sichersten durch Übergabe eines Infoblattes und entsprechender Dokumentation der Übergabe in der Patientenakte. Ein Muster

für die Praxis ist unter <https://www.aekno.de/downloads/aekno/Muster-eines-Informationsblattes-fuer-Patienten-Stand-23.04.2018.pdf> erhältlich.

## Datenschutz und externe Dienstleister\*innen

1. Soweit Verträge mit externen Dienstleistern bestehen oder abgeschlossen werden sollen, müssen diese auf ihre Vereinbarkeit mit den neuen datenschutzrechtlichen Vorschriften, den strafrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht und darauf geprüft werden, ob eine Auftragsverarbeitung vorliegt (so zum Beispiel bei Verträgen über die Wartung von Praxis-EDV-Anlagen, die Vernichtung von Patientenakten/Datenträgern, die Nutzung von Cloud-Diensten oder mit privatärztlichen Verrechnungsstellen). Sofern es sich um eine Auftragsdatenverarbeitung handelt, ist ein Vertrag zu schließen, der den Anforderungen der Art. 28. ff DSGVO entspricht. Der Auftragsverarbeiter muss von dem Auftraggeber unter Berücksichtigung seiner Eignung sorgfältig ausgewählt werden. Er darf personenbezogene Daten nur im Rahmen der Weisungen des Auftraggebers verarbeiten. Der Auftragsverarbeiter haftet gemeinsam mit dem Auftraggeber und hat zahlreiche datenschutzrechtliche Pflichten zu erfüllen. Die Gesamtverantwortung verbleibt aber beim Auftraggeber. Verträge über eine Auftragsdatenverarbeitung müssen auch eine Verpflichtung der mitwirkenden Dritten zur Geheimhaltung enthalten. Ärztinnen und Ärzte sollten sich gegebenenfalls juristisch beraten lassen.

2. Keine Auftragsverarbeitung sind rein technische Wartungen sowie in der Regel die Beauftragung von Steuerberatern, Rechtsanwälten und sonstigen Geheimnissträgern.

## Aufsichtsbehörden für den Datenschutz

1. Zuständige Aufsichtsbehörde sind die Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Bundeslandes. Sie überwachen als unab-

hängige Landesbehörde die Anwendung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und beraten Datenverarbeiter\*innen und Bürger\*innen.

2. Datenpannen und Datenschutzverstöße sind innerhalb von 72 Stunden der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden und in der Praxis zu dokumentieren, zum Beispiel Hackerangriffe, der versehentliche Verlust von Datenträgern oder die Missachtung von Datenvorgaben durch Mitarbeiter der Praxis. Kann die Meldung nicht zeitnah erfolgen, ist sie nachzuholen und eine entsprechende Begründung für die verzögerte Meldung beizufügen. Besteht das Risiko, dass durch die Datenpanne das Persönlichkeitsrecht der Betroffenen verletzt wird, müssen auch sie unverzüglich informiert werden.

3. Von einer Meldung kann abgesehen werden, wenn voraussichtlich kein Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Patienten besteht, weil bereits Maßnahmen zum Datenschutz ergriffen wurden, zum Beispiel durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen (Verschlüsselung der Daten etc.).

## Weitere hilfreiche Informationen

Informationsblätter und Mustervorlagen der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern, zum Beispiel auch zur Einwilligung, finden sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter <https://www.aekno.de/page.asp?pageID=8917>. Sie behandeln vertieft die einzelnen Themen wie Datenschutzbeauftragte(r), Datenschutzfolgenabschätzung, Einwilligung, Rechte der Patientinnen und Patienten etc. Die Blätter werden regelmäßig aktualisiert. ◀

*Christiane Kliesow, Syndikusrechtsanwältin und Ass. iur. Dorothee Quick arbeiten in der Rechtsabteilung der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.*

*E-Mail: [Dorothee.Quick@aekno.de](mailto:Dorothee.Quick@aekno.de)*

*E-Mail: [Christiane.Kliesow@aekno.de](mailto:Christiane.Kliesow@aekno.de)*



Foto: privat

# Ärztinnengesundheit zwischen Rollenkonflikten und Resilienzen

DR. MED. HILDGUND BERNEBURG

Berufstätige Ärztinnen stehen heute verstärkt in einem Rollenkonflikt. Sie haben unterschiedliche Aufgabenbereiche wie Berufstätigkeit, Haushalt, Elternschaft und Partnerschaft zu bewältigen. Das subjektiv wahrgenommene Verhältnis zwischen Belastung und Anerkennung in jeder einzelnen Rolle wird als Rollenqualität bezeichnet. Die individuelle Gewichtung der eigenen Rollendefinition legt die persönliche Rollenqualität fest. Unter gesundheitlichen Aspekten macht dies Ärztinnen zu einer Hochrisikogruppe, über die Sie auf den folgenden Seiten mehr erfahren.

**R**ollenkonflikte entstehen dann, wenn eine Ärztin zum Beispiel selbst keine klare Festlegung vornimmt und die einzelnen Bereiche Forderungen an sie stellen, die von ihr nicht zu lösen sind. Konflikte entstehen für Ärztinnen, wenn eine Diskrepanz zwischen Karriere, Partnerschaft und Kindern entsteht. Diese Rollenkonflikte können zu psychischen und gesundheitlichen Problemen wie Adipositas und Schlafstörungen führen. In der heutigen Zeit haben Ärztinnen – beruflich wie privat – vielfältige Rollenbereiche mit unterschiedlichen Belastungen in Einklang zu bringen. Ein Konfliktausgleich stellt sich nicht durch mehr Freizeit ein, sondern nur durch das Gleichgewicht der unterschiedlichen Rollenbereiche.

## Das Potenzial von Resilienzen und Ressourcen

Die eigene Betrachtung der persönlichen Rollenqualität in den relevanten Lebensbereichen stärkt den Blick auf Ressourcen und Resilienzen. Belastungssituationen mobilisieren Ressourcen, sich neu zu organisieren, und ermöglichen „andere“ Bewertungen der Situation. Resilienzen können als Potenzial von Organisationseinheiten gesehen werden. Entscheidend für das Erreichen eines neuen Gleichgewichts im Umgang mit anhaltenden Belastungen sind Bedeutungs-

gebungsprozesse, die zum Aushandeln neuer Realitäten führen.

Hier sind vor allem Resilienzen zu nennen. Resilienz bedeutet Widerstandskraft, um externe Störungen zu verkraften, in die Ausgangszustände zurückzukehren und bei einem Teilausfall nicht vollständig zu versagen. Bildlich gesprochen ist es die Fähigkeit einer Stehauffigur, die sich aus jeder Lage wieder aufrichten kann. Resilienzen finden sich zum Beispiel in Organisationsprozessen. Dazu zählen Flexibilität, Verbundenheit sowie soziale und materielle Ressourcen. Außerdem finden sie sich in guten Kommunikationsprozessen sowie in einem offenen emotionalen Austausch und in der gemeinsamen Problemlösung.

## Balint- und Intervisionsgruppen sind hilfreich

Weitere Möglichkeiten bieten Balintgruppen, die die Reflexion sowie die Analyse und Auswertung der gesamten Interaktion zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten bedeuten. Dabei wird die Wahrnehmung im szenischen Teil sowie im verbalen und averbalen Bereich gestärkt. Hilfreich sind auch Intervisionsgruppen, das heißt die kollegiale Besprechung von Ärzten und Ärztinnen, die gemeinsam nach Lösungen für ein konkretes Problem in der In-

teraktion und den Werten und Normen der unterschiedlichen Personengruppen suchen.

Fazit: Resilienzen sind in allen Rollenbereichen für Ärztinnen sinnvoll zu erarbeiten und durchzuführen. Sie ermöglichen die Vermeidung von unbewussten Konflikten, die gegebenenfalls zu Erschöpfungszuständen, psychischen Dekompensationen oder somatischen Symptomen und schließlich zu Krankheitszuständen führen können. Neben den Resilienzen sind die genannten Interventions- oder Balintgruppen sehr zu empfehlen. Sie bewirken Konfliktentlastung in der täglichen ärztlichen Tätigkeit und erstellen ein Gleichgewicht in den Rollenbereichen. ◀

*Dr. med. Hildgund Berneburg ist Fachärztin für Anästhesie – Psychotherapie sowie Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Würzburg. Sie ist erste Vorsitzende des Bundesvorstandes der Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte e. V. (VPK) sowie erste Vorsitzende der Regionalgruppe Würzburg des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB).*

**E-Mail:** [dr.berneburg@t-online.de](mailto:dr.berneburg@t-online.de)



Foto: privat

## Ärztinnen jonglieren oft mit zu vielen Bällen gleichzeitig

DR. SC. HUM. DIPL.-PSYCH. JULIKA ZWACK

Die Balance zwischen den Anforderungen eines anspruchsvollen Berufes und denen der Familie zu halten, bedeutet für Ärztinnen eine besondere Herausforderung. Die Autorin des folgenden Beitrags grenzt gestaltbare Handlungsspielräume ein und gibt Impulse, den eigenen Belastungen, aber auch den individuellen Kraftquellen auf die Spur zu kommen.

**Z**unächst einmal: Einen Beruf zu haben, der einem mehr bedeutet als materielle Sicherheit und Teilhabe am Erwerbsleben, ist ein Privileg. Es ist großartig, einem Beruf nachzugehen, in dem man Sinn, Freude und Erfüllung erlebt. Sind die Aufgaben so fordernd und umfangreich wie im Arzt- oder Ärztinnenberuf, besteht das Risiko einer „Monokultur“. Wir neigen dazu, alles auf eine Karte, eben die berufliche zu setzen. Hier gibt es genug zu tun – und immer wieder auch Gratifikationen in Form von Dankbarkeit, Erfolg und Wirksamkeitserfahrungen.

Über die Zeit besteht die Gefahr der Einseitigkeit – und damit (Erfolgs-) Abhängigkeit. Dann müssen die Dinge gelingen, damit es mir gutgeht. Wir alle wissen, dass wir damit auf fragilem Boden stehen. Wer oder was hilft mir, mit Erfahrungen der Begrenzung, des Scheiterns, der Verletzlichkeit umzugehen? Woraus ziehe ich Kraft? Was für eine Art von Mensch will ich sein für meine Kinder, Freunde, den Partner oder die Partnerin? Woraus speist sich die innere Unabhängigkeit, auch unbequeme Entscheidungen zu vertreten? Diese Fragen zielen auf das Leben und den Reichtum jenseits des (beruflichen) Erfolgs. Wie dieses aussieht, ist individuell verschieden – darin zu investieren, erscheint mir langfristig jedoch unerlässlich.

### Depressionen sind bei Ärztinnen häufiger

Im Zentrum der Depression steht das Gefühl des „Ich muss“, verbunden mit einer schlechten Versorgung von Grundbedürfnissen. Alles fühlt sich fremdbestimmt an, es kostet immer mehr Kraft, ein funktionierendes Selbst am Laufen zu halten. Eine mögliche Erklärung für die Häufung depressiver Symptome bei Ärztinnen sehe ich in einer professionellen Sozialisation, die wesentlich auf eine Unterordnung eigener Bedürfnisse ausgerichtet ist. Es wird selbstverständlich, das eigene Mittagessen der Patientenversorgung unterzuordnen, ebenso andere Grundbedürfnisse wie Schlaf, Regeneration, Pausen. Im Laufe der Zeit bilden sich Gewohnheiten des Sichselbst-Übergehens heraus, oft gepaart mit wachsender psychophysiologischer Erschöpfung. Beides sind Nährböden für Depressionen.

### Resilienz lässt sich lernen

Für mich liegt ein erster Schritt immer darin, sich der eigenen Gewohnheiten bewusst zu werden. Wie treffe ich im Alltag meine Entscheidungen, wie einseitig oder vielseitig investiere ich in meine unterschiedlichen Lebenswelten, wie gehe ich mit den unmöglichen Aufträgen und Zwickmühlen meines Berufsalltags um?



Agieren Ärztinnen wie eine Stehauffigur?

Wir alle entwickeln über die Zeit Schutzmechanismen und Überlebensstrategien, die sowohl biografisch als auch kulturell geprägt sind.

Ich muss merken, dass ich mich in Perfektionismus, Zynismus, Kampf oder Rückzug flüchte, um Alternativen hierzu zu entwickeln. Von Karlheinz Geißler, Wirtschaftspädagoge und Zeitforscher, stammt folgendes Zitat: „Der Freiheitspielraum des modernen Menschen besteht im Wesentlichen darin, zu entscheiden, wo, wann und wie man zu spät kommt.“ Dies halte ich für eine kluge Beobachtung. Ärztin sein heißt, mit vielen, oft zu vielen Bällen gleichzeitig zu jonglieren und sich immer wieder neu aufzurichten. Es ist klar, dass Bälle herunterfallen werden. Im günstigen Falle entscheide ich mit darüber, welcher Ball herunterfällt – und es ist nicht immer derselbe, zum Beispiel mein Körper oder meine Familie. Dies ist inmitten der beruflichen Zerreißproben sicher nicht leicht, aber lernbar. ◀

*Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Julika Zwack ist Psychologische Psychotherapeutin in Heidelberg. Sie hat 2015 ein Buch zusammen mit Götz Mundle mit dem Titel „Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz statt Burn-out“ im Thieme Verlag herausgegeben (ISBN-10: 3131716320, ISBN-13: 978-3131716323). Basis des Buches ist ein von der Bundesärztekammer gefördertes Forschungsprojekt, bei dem 232 Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen befragt wurden.*

E-Mail: [julika\\_zwack@yahoo.de](mailto:julika_zwack@yahoo.de)



Foto: © dpa/Markus Breig/KIT/ISS

## Tests ergaben: Ärztinnen sind fitter

PROF. DR. PHIL. KLAUS BÖS

Ärztinnen und Ärzte propagieren gegenüber ihren Patientinnen und Patienten häufig die positive Bedeutung eines gesunden Lebensstils. Doch wie verhalten sie sich selbst? Der Sportwissenschaftler Prof. Dr. phil. Klaus Bös hat Daten zum Fitness- und Gesundheitszustand sowie zum Aktivitätsverhalten von Ärztinnen und Ärzten<sup>1</sup> erfasst.

In der Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass Ärztinnen im Vergleich zur Normalbevölkerung eine bessere Fitness als Ärzte aufwiesen. Die männlichen Allgemeinmediziner hatten zudem einen signifikant höheren BMI als ihre männlichen Kollegen in der Gynäkologie. Die Untersuchung erfasste 395 Frauenärztinnen und -ärzte und 1600 Allgemeinmediziner\*innen.

Insgesamt 1995 Ärztinnen und Ärzte gingen in die Analyse des 2-km-Walking-Tests ein. Dieser wurde am UKK Institute in Finnland 1993 entwickelt und wissenschaftlich evaluiert. Beim 2-km-Walking-Test soll eine 2000 Meter lange und ebene Strecke in möglichst kurzer Zeit mit forciertem Armeinsatz in einem Bereich von 80 bis 95 Prozent der maximalen Herzfrequenz gewalkt werden.

### Ärztinnen schneiden beim 2-km-Walking-Test besser ab

Bei den Ärztinnen ist zu erkennen, dass die Frauenärztinnen im Vergleich zu den Allgemeinmedizinerinnen bis auf die Altersgruppe 66 bis 75 tendenziell bessere Walkingzeiten aufweisen; dieser Unterschied wird in den Altersgruppen 36 bis 45 sowie 56 bis 65 auch signifikant.

Zudem schneiden die Frauenärztinnen mittleren Alters mit 46 bis 65 Jahren

signifikant besser im Vergleich zu den Normwerten ab. Die Allgemeinmedizinerinnen liegen mit Ausnahme der Altersklassen 46 bis 55 sowie 66 bis 75, die signifikant besser abschneiden, im Normbereich.



Bei den männlichen Medizinern sind im Vergleich zur Norm große Unterschiede zu sehen. Vergleicht man alle Ärzte, die teilgenommen haben, mit der Norm, so schneiden sowohl die Frauenärzte als auch die Allgemeinmediziner signifikant schlechter ab. Zudem erreichen die Allgemeinmediziner signifikant schlechtere Werte als die Frauenärzte. Getrennt nach Altersgruppen wird dieser Unterschied bei den 46- bis 55-Jährigen signifikant. Bei den Allgemeinmedizinern verschlechtern sich die Werte mit zunehmendem Alter.

Die beiden weiblichen Ärztegruppen weisen in allen Altersgruppen einen besseren Walkingindex auf. Die Unterschiede werden ab dem mittleren Lebensalter deutlich. Zwischen Frauenärztinnen und Allgemeinmedizinerinnen bestehen keine Unterschiede.

### Frauenärztinnen aktiver als Allgemeinmedizinerinnen

Getrennt nach Geschlechtern schneiden die Medizinerinnen leicht besser als ihre männlichen Kollegen ab.

Unabhängig vom Geschlecht haben Frauenärzte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Mittel einen höheren wöchentlichen Kalorienverbrauch durch sportliche Aktivität. Allgemeinmediziner liegen im Normbereich. Geschlechtsspezifisch gesehen gibt es bei den männlichen Medizinern keine Unterschiede. Frauenärztinnen jedoch sind sowohl signifikant aktiver als Allgemeinmedizinerinnen als auch im Hinblick auf die Normwerte der Allgemeinbevölkerung.

Fazit: Medizinerinnen erzielen tendenziell bessere Ergebnisse als ihre männlichen Kollegen. Als Gesamtfazit der Studie lässt sich sagen, dass unabhängig vom Geschlecht Frauenärzte bezüglich des Fitness- und Gesundheitszustandes sowie des Aktivitätsverhaltens im Vergleich zu Allgemeinmedizinern besser abschneiden. ◀

<sup>1</sup> Quelle: Armbruster, M., Anstett, P., Bühling, K. & Bös, K. (2013). Fitness- und Gesundheitszustand deutscher Ärztinnen und Ärzte in der Zeitschrift B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 29(3), 106-111.

Literatur beim Verfasser:

Prof. Dr. phil. Klaus Bös ist Professor im Ruhestand, Fitnessforscher und Sportwissenschaftler.

E-Mail: [Boes@kit.edu](mailto:Boes@kit.edu)





Foto: privat

## IM INTERVIEW

## Burn-out-Prävention für die eigene Gesundheit

DR. MIRIAM FIEDLER-FISCHER

Der Weltärztebund hat 2017 in Chicago die Neufassung des Genfer Gelöbnisses verabschiedet. Als wichtige Neuerung ist darin zu lesen: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“ Die Lübecker Regionalgruppe des DÄB hat dies zum Anlass genommen, sich mit einer Vortragsreihe mit der eigenen Gesundheit und Gesunderhaltung zu beschäftigen. Dr. med. Tonia Iblher fragte die erste Referentin der Vortragsreihe, die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Miriam Fiedler-Fischer, ob Ärztinnen von einem Burn-out besonders bedroht sind.

**Dr. Miriam Fiedler-Fischer:** Vor einigen Jahren ist mir der Begriff der „professionalisierten Mütterlichkeit“ begegnet – und in diesem Zusammenhang möchte ich ihn gerne anbringen. Es ist ein Begriff aus der Sozialforschung. Zu Zeiten Luthers begann eine große Wertschätzung, aber auch Heroisierung des Mutterbildes. Dies hatte auch Folgen für Frauen, die unverheiratet und kinderlos geblieben waren. Im 19. Jahrhundert mussten sie zum Beispiel mit ihrer beruflichen Tätigkeit die nicht gelebte Mütterlichkeit legitimieren. So wurden Frauen oft Krankenschwestern, Grundschullehrerinnen oder Kindergärtnerinnen.

### Burn-out ist ein Ergebnis mehrerer Faktoren

Der Begriff Burn-out steht heute für die Haltung der Gesellschaft, die Frauen in psychosozialen Berufen entgegengebracht wird. Mütterlichkeit wird so zum Beispiel auch in sozialen Netzwerken von Ärztinnen gefordert. Haben Sie schon einmal eine Beurteilung eines Arztes gelesen, bei der ihm mangelnde Väterlichkeit vorgeworfen wurde? Dieser Anspruch haftet uns gesellschaftlich als Ärztinnen unbedingt an.

**Dr. med. Tonia Iblher:** Woran erkenne ich ein Burn-out?

**Dr. Miriam Fiedler-Fischer:** Es gibt beschriebene Phasen bei einem Burn-out, modifiziert nach Herbert Freudenberger:

- **Überarbeitung** mit Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse und sozialer Konflikte. Verleugnung innerer Probleme und Konflikte
- **Zweifel** am eigenen Wertesystem und an ehemals wichtigen Dingen wie Hobbys und Freunden
- **Depersonalisierung** durch Kontaktverlust zu sich selbst und zu anderen Personen; das Leben verläuft zunehmend funktional und mechanistisch
- **Innere Leere** und depressive Symptome wie Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung und Perspektivlosigkeit
- **Akute Gefahr** eines mentalen und psychischen Zusammenbruchs, Gefahr der Suizidalität

**Dr. med. Tonia Iblher:** Und wie können wir vorbeugen?

**Dr. Miriam Fiedler-Fischer:** An dieser Stelle fallen immer wieder zwei Schlagwörter: Ressourcen und Resilienz. Ressourcen sind Quellen, die helfen, das Leben positiver zu gestalten, die zur Entspannung beitragen oder auch Energiequellen. Und Resilienz ist die seelische Kraft, die Menschen dazu befähigt, Unglück, Niederlagen oder Krisen standzuhalten, oder die Fähigkeit, sich trotz widriger Umstände wiederaufzurichten.

### „Work-Life-Balance“ als Prävention

Die gute Nachricht ist, Resilienz kann auch erlernt werden. Eine Auflistung nach der Psychotherapeutin Annette Deuster trägt die wichtigsten Faktoren zusammen, die uns vor einem Burn-out bewahren oder auch einen Weg aus der Krise weisen können. Wichtig ist, sich frühzeitig Hilfe zu holen. Worauf Sie achten sollten:

- **Akzeptanz:** nehmen Sie an, was geschieht – ohne Wertung. Es ist, wie es ist.
- **Optimismus:** Vertrauen Sie darauf, dass es besser wird.
- **Selbstwirksamkeit und Selbstregulation:** Achten Sie auf die eigenen Bedürfnisse und auf das, was Ihnen hilft und Ihnen tut.
- **Verantwortung übernehmen:** Vermeiden Sie die Opferrolle, respektieren Sie Ihre (Leistungs-) Grenzen.
- **Netzwerkorientierung:** Pflegen Sie Kontakte, bitten Sie andere um Hilfe.
- **Lösungsorientierung:** Gehen Sie Dinge an, formulieren Sie die Wünsche Ihres Lebens.
- **Zukunft gestalten:** Planen Sie Ihr Leben, sorgen Sie für die Realisierung Ihrer Pläne.

*Das Gespräch wurde von Dr. med. Tonia Iblher geführt. Sie ist Vorsitzende der Lübecker Regionalgruppe des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB).*

# Ärzte und die Krux der Selbstdiagnose<sup>1</sup>

KATALIN VALEŠ

Auch Ärztinnen werden krank. Häufig arbeiten sie aber weiter und lassen sich nur ungern von Kolleginnen und Kollegen behandeln. Im Folgenden lesen Sie einen Beitrag zu einer Studie des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Jena, die das Krankheitsverhalten von Hausärzten untersucht. Rund 1.000 Mediziner\*innen wurden gefragt, zwei Drittel davon waren weiblich. Knapp 58 Prozent gaben an, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden, aber lediglich 19 Prozent der Befragten hatten selbst eine Hausärztin oder einen Hausarzt, von den chronisch Erkrankten sind es gerade mal 24 Prozent.

Wie gehen Ärzte mit ihrer Gesundheit um? Dr. med. Sven Schulz, Mitautor der (neuen) Studie „Ärztegesundheit bei Hausärzten“, bricht es auf eine einfache Formel herunter: „Hausärzte (und Hausärztinnen, Anm. d. Red.) reagieren oft zu spät, zu eigenmächtig und auf ungünstigen Wegen, wenn es um ihre eigene Gesundheit geht.“

95 Prozent der befragten Hausärzte in Sachsen und Thüringen therapieren sich im Krankheitsfall selbst. 92 Prozent ergreifen Maßnahmen der Selbstdiagnostik und mehr als die Hälfte (56 Prozent) gaben an, die informelle Konsultation in Anspruch zu nehmen – also lieber kurz telefonisch mit einem Kollegen zu sprechen, statt zum Arzt zu gehen.

Für die Autoren der Studie sind das alarmierende Zahlen: „Ärzte, die sich selbst behandeln, sind nicht objektiv gegenüber sich selbst“, warnt Prof. Dr. Jochen Gensichen vom Institut für Allgemeinmedizin des Uniklinikums Jena. Es fehle die professionelle Distanz eines Behandlers, der eine systematische Dokumentation und Zusammenschau macht sowie Einzelbefunde kontinuierlich überwacht. Krankheitssymptome drohen so übersehen zu werden.

Ingrid Dänschel, Vorsitzende des Sächsischen Hausärztesverbandes, bedauert, dass das Thema Ärztegesundheit bislang weder in der Öffentlichkeit noch in der Hausärzteschaft ernsthaft diskutiert wird. Zur Frühjahrstagung ihres Verban-

des hat sie daher Professor Gensichen eingeladen, um dafür zu sensibilisieren: „Wir müssen sorgsamer mit uns selbst umgehen“, sagt Dänschel, „einige Kollegen belastet es sehr stark, dass es keine genaueren Regelungen für eine systematische Supervision gibt, geschweige denn eine Stelle, an die Ärzte sich wenden können, um sich im eigenen Krankheitsfall vertraulich behandeln zu lassen. Hier müssen wir dringend Angebote schaffen.“

*DÄB-Mitglied Monika Buchalik, Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Weiterbildungsermächtigung und Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen: „Ärztinnen haben die Tendenz, sich zu überlasten und sich mehr um ihre Patientinnen und Patienten als um sich selber zu kümmern. Das heißt, Krankheitsprävention durch regelmäßige Pausen ist empfehlenswert. Im niedergelassenen Bereich führen Erkrankungen schnell zu existenziellen Ängsten, weil Praxisvertretungsregelungen bundesweit ungenügend sind. Die gute und breite medizinische Ausbildung von Hausärztinnen befähigt sie grundsätzlich, sich auch gut um die eigene Gesundheit zu kümmern, wobei man Ärztinnen nur den Rat geben kann, sich bei speziellen Erkrankungen als Patientin an erfahrene und gut weitergebildete Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen Fachgebiets zu wenden, um ein Optimum an Diagnostik und Therapie zu erhalten. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass sich mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sehr kollegial und verständnisvoll verhalten.“*

Das Thema Ärztegesundheit kratzt am eigenen Rollenbild: Zum einen können sich Ärzte generell nur schwer mit der Patientenrolle identifizieren, zum anderen spielen auch Scham, existenzielle Ängste und der Glaube, am Arbeitsplatz unverzichtbar zu sein, eine Rolle.

„Die deutsche Ärzteschaft muss sich um dieses Thema mehr kümmern“, fordert Jochen Gensichen. In der Theorie fehlten tiefgehende, evidenzbasierte Untersuchungen. Für die Praxis verweist er auf Irland und Großbritannien, wo es spezielle Ärztezentren mit geschultem Fachpersonal für die Behandlung von Ärzten gibt. Auch dem Datenschutz müsse mehr Beachtung geschenkt werden: Anonyme Patientenakten, die vermeiden, dass das gesamte medizinische Personal Kenntnis über den Gesundheitszustand eines Kollegen hat, wären aus Gensichens Sicht essenziell für das Vertrauensverhältnis und somit für die Bereitschaft, sich selbst in ärztliche Behandlung zu begeben. ◀

Sächsischer Hausärztesverband e.V.  Im Deutschen Hausärztesverband e.V.

<sup>1</sup> Der Artikel von Katalin Valeš in der Ausgabe 07/2016 der Zeitschrift „Der Hausarzt“ wurde uns zum auszugsweisen Nachdruck überlassen. Er wurde vom Sächsischen Hausärztesverband e.V. veröffentlicht und steht unter [www.derhausarzt.eu/hausarzt/2016/07/27-30.pdf](http://www.derhausarzt.eu/hausarzt/2016/07/27-30.pdf) zum Download bereit.



Foto: © Cornelia Pieper

## Was hält Medizin- studierende gesund?

PD DR. MED. THOMAS KÖTTER, MPH

Bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise Burn-out, Depressionen und Suchterkrankungen finden sich bei Ärztinnen und Ärzten häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dieses scheinbar paradoxe Phänomen, das von einer Vernachlässigung eigener gesundheitlicher Probleme wider besseren Wissens mitbedingt ist, ist schon lange bekannt, weltweit verbreitet und tief in der beruflichen Sozialisation verwurzelt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Entwicklung von gesundheitlichem Wohlbefinden hin zu einer geringeren Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und stressbedingten Erkrankungen bereits früh im Medizinstudium beginnt.

**N**euere Untersuchungen zeigen, dass die Entwicklung von mehrheitlich gesundheitlichem Wohlbefinden hin zu einer geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und einer höheren Rate stressbedingter Erkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung bereits früh im Medizinstudium beginnt. Mehrere Längsschnittstudien zeigen eine Verschlechterung der psychosozialen Gesundheit und der Stressresilienz über den Verlauf des Studiums hinweg. Arbeiten von Voltmer et al. unter Einschluss von Medizinstudierenden sowie jungen Ärztinnen und Ärzten aus Lübeck, Freiburg und Witten-Herdecke zeigen eine deutliche Verschlechterung der Gesundheit während des Studiums und darüber hinaus auch hierzulande.

Vor dem Hintergrund dieser Befunde erschien es 2010 geboten, die Frage nach Ansatzpunkten für gesundheitsfördernde Interventionen bereits im Medizinstudium wissenschaftlich zu untersuchen. Die Arbeitsgruppe Studierendengesundheit an der Universität zu Lübeck verfolgt seitdem einen mehrdimensionalen Ansatz, indem sie eine langfristig angelegte Beobachtungsstudie mit der Hauptfragestellung „Was hält Studierende gesund?“ mit Interventionsstudien zur Erprobung gesundheitsfördernder Interventionen und Lehrangeboten in Form von Wahlfächern verknüpft. Eine Ausweitung der Untersuchungen auf andere Standorte ist in konkreter Planung.

### Mit der Gesundheit geht's bergab

Bisher erzielte Ergebnisse liefern zunächst Hinweise darauf, dass Medizinstudierende mit besseren gesundheitlichen Voraussetzungen in das Studium starten als Studierende anderer, vor allem technisch-naturwissenschaftlicher Fächer. Dies bestätigt Ergebnisse früherer Arbeiten. Auch in Lübeck beobachten wir eine deutliche Verschlechterung der seelischen und

allgemeinen Gesundheit bereits früh im Medizinstudium: Vor Beginn schätzen 93 Prozent der Studierenden ihre allgemeine Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Dieser Anteil sinkt im Laufe des ersten Studienjahres auf 76 Prozent, was vor allem an einer deutlichen, statistisch signifikanten Reduktion dieses Anteils bei den weiblichen Studierenden (von 93 auf 72 Prozent) zurückzuführen ist. Dies ist von umso größerer Bedeutung, als der Trend hin zu einem Frauenanteil von mehr als zwei Drittel bei Medizinstudierenden bundesweit anhält.

### Gesundheitsfördernde Interventionen schaffen

Bei den untersuchten Medizinstudierenden zeigen Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensmuster wie geringer ausgeprägter Neurotizismus und die Fähigkeit, sich von den Inhalten des Studiums zu distanzieren, genauso wie regelmäßige körperliche Aktivität eine Vorhersagekraft für eine günstige Entwicklung der Gesundheit. Diese und weitere Erkenntnisse unserer Arbeiten bieten Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Interventionen während der medizinischen Ausbildung. Wünschenswert wäre, dass Inhalte zur Selbstfürsorge Einzug in das Pflichtcurriculum halten. Nicht zuletzt nach der Überarbeitung der Deklaration von Genf, in die 2017 die Sorge um die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden mit aufgenommen wurden, ist dies überfällig. ◀

Literatur beim Verfasser.

PD Dr. med. Thomas Kötter, MPH, arbeitet am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

E-Mail: [thomas.koetter@uksh.de](mailto:thomas.koetter@uksh.de)



Foto: privat

# Ärztinnengesundheit, Sucht und Suizidalität

DR. MED. BERNHARD MÄULEN

Die gute Nachricht zuerst: Aus dem Blickwinkel der Ärztegesundheit schneiden Ärztinnen in vielen Bereichen besser ab als Ärzte: Sie haben eine höhere Lebensqualität und Berufszufriedenheit, haben eine deutlich niedrigere wöchentliche Arbeitszeit, rauchen weniger und pflegen einen gesünderen Lebensstil. Demgegenüber sind sie in puncto Suchtverhalten etwa gleich gefährdet wie die männlichen Kollegen, jedoch deutlich stärker bedroht von Suizidalität. Der Autor hat sich in zahlreichen Publikationen zur Suchtgefährdung und Suizid, zur Suchttherapie und zu Wegen aus der Sucht geäußert und betreut seit vielen Jahren Ärztinnen und Ärzte mit Burn-out.

**G**enaue Zahlen über Unterschiede bezüglich der Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen zwischen Ärztinnen und Ärzten liegen nicht vor.

## Alkoholabhängigkeit auch bei Ärztinnen am häufigsten

In Behandlungskollektiven gibt es einen Anteil von 25 bis 30 Prozent Ärztinnen. Mittel der Wahl ist auch für Ärztinnen in Deutschland mit großem Abstand am häufigsten Alkohol. Sehr viel weniger Kolleginnen nehmen ausschließlich abhängigkeits erzeugende Medikamente regelmäßig ein. Suchtübliche Ausfälle sind bei Ärztinnen gering; die meisten arbeiten bis zur Klinikaufnahme, wobei leichtere berufliche Schwierigkeiten vorkommen. Einem Drittel der Ärztinnen, die zur Suchtbehandlung aufgenommen wurden, wurde der Führerschein entzogen. In einer spezifischen Entwöhnungsbehandlung haben Ärztinnen eine weit überdurchschnittliche Abstinenzchance im Vergleich zu Ärzten.

## Ärztinnen haben ein sehr hohes Suizidrisiko

Ärztinnen haben ein 2,5- bis 5,7-fach erhöhtes Suizidalitätsrisiko gegenüber

Frauen im Allgemeinen – das ist ein besorgniserregender Steigerungsfaktor. Über die Gründe wurde viel diskutiert, ja spekuliert, Genaues weiß keiner. Suizid ist höchst selten die Konsequenz einer einzigen Ursache. Meist begünstigen affektive Störungen wie Depression, weitere Suchterkrankungen und akute Beziehungskrisen diesen letzten Schritt. Das Tragische dabei: Umgeben von Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind zu helfen, kommt es zum Suizid. Entgegen landläufiger Annahmen sind berufliche Stressoren nicht die Hauptauslöser. Sie sind aber anscheinend dafür mit ursächlich, dass Kolleginnen mit Suizidgedanken nicht in eine Behandlung kommen, weil kürzere oder längere Abwesenheiten zwecks Arztbesuch kaum möglich sind. Eine längere Krankschreibung hieße ja, die eh schon überlasteten Kolleginnen und Kollegen noch mehr in Anspruch zu nehmen. In meiner Schwerpunktpraxis für Ärztinnen und Ärzte tue ich mich oft sehr schwer, überhaupt vernünftige Zeiten zu finden, an denen diese zur Behandlung kommen können – oft scheint nur der Samstag übrig zu bleiben. Dabei gilt auch für die Suizidalität: Mit genügend Zeit können viele der verursachenden Faktoren Erfolg versprechend angegangen werden – gleichgültig, ob es sich um

Partnerschaftsprobleme, Ängste, eine mangelnde Work-Life-Balance, stärkere depressive Symptome oder Substanzabhängigkeit handelt.

## Präventive Maßnahmen haben sich bewährt

Zahlreiche Kolleginnen haben ihre erfolgreichen Kämpfe gegen ernste körperliche und seelische Krankheiten in Biografien beschrieben, um anderen Ärztinnen Mut zu machen. Präventiv könnten diese weiterverbreitet werden. Peer-Support, Telefonhotlines und andere Maßnahmen haben sich international bewährt, um Kolleginnen und Kollegen in Not kurzfristig zu helfen. Mentoring-Programme zum Schutz vor Berufsunzufriedenheit könnten zudem Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung helfen, sich nicht chronisch selber auszubeuten. ◀

Literatur bei dem Verfasser.

*Dr. med. Bernhard Mäulen ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Balintgruppenleiter und Supervisor. Er leitet das Institut für Ärztegesundheit ([www.aerztegesundheit.de](http://www.aerztegesundheit.de)) in Villingen-Schwenningen.*

E-Mail: [docmaeulen@gmail.com](mailto:docmaeulen@gmail.com)



Foto: © Sharon Adler

## Was ist gesunde Führung für Ärztinnen und wem nützt sie?

---

DR. PHIL. ULRIKE LEY

---

„Wie wollen Sie geführt werden?“, fragen wir in unseren Workshops auch die, die eine Führungsposition haben. Und allen fällt die Antwort leicht: Mit Respekt, Vertrauen, fair und gerecht, zielorientiert, sinnhaft, fachlich gut, mit eigenen Spielräumen, Lob und Kritik, motivieren – steht auf den Karten an der Pinnwand. All das, was hier genannt ist, ist wesentlicher Bestandteil gesunder Führung. So geführt bleiben Mitarbeitende und die Führungskraft selbst gesund.

Wie ist der Alltag? Die meisten Ärztinnen arbeiten unter ungesunden Bedingungen. Den ökonomischen Druck der Kliniken spüren Ärztinnen unmittelbar: Wenig Schlaf, hoher Zeitdruck, Personalnot, kaum Freizeit. Keine Schwäche zeigen – weder fachlich noch gesundheitlich – und ein hohes Verantwortungsgefühl gehören zum Selbstbild. Hinzu kommt, dass die meisten Ärztinnen von Vorgesetzten nicht unterstützt werden. Wer so arbeitet, schadet sich selbst und anderen. Aber: Die Bereitschaft zur Selbstausschöpfung bei jungen Ärztinnen sinkt. Sie verlassen die Kliniken, wenn die Arbeitsbedingungen nicht stimmen. Sie haben klare Erwartungen, wie sie geführt werden wollen: motivierend und professionell.

Was tun? Aus verschiedenen Studien wissen wir, dass der Führungsstil die Gesundheit der Mitarbeitenden am stärksten beeinflusst. Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dem Verhalten von Vorgesetzten und Krankmeldungen. Zum Beispiel bei VW: Dort wurden Vorgesetzte von Abteilungen mit überdurchschnittlich hohem Krankenstand

in Bereiche mit besonders geringen Fehlzeiten versetzt. Was Menschen krank macht, ist meist nicht die viele Arbeit, sondern das, was zwischenmenschlich passiert: Ungerechtigkeiten sowie verletzend und kränkende Kommunikation.

Chefinnen, die gesund führen, setzen auf das Gegenteil. Sie haben die Fähigkeit, Mitarbeitende zu inspirieren, ihre Potenziale zu entfalten und in ihnen das Gefühl zu wecken, dass sie mit den individuellen Fähigkeiten gebraucht werden und dazugehören. Ärztinnen sollten wahrgenommen, berücksichtigt und gelobt werden.

### Führungsinstrumente: Respekt, Wertschätzung und Teamgeist

Ohne Beziehung geht in der Führung nichts. Jede Beziehung sollte ein zweiseitiger Weg sein. Die eigene Fahrspur bedeutet Ich-selbst-sein und zu den eigenen Überzeugungen stehen. Das heißt als Chefin: sagen, was ich will, welche Vorstellungen und Absichten ich habe – und dabei die Gegenspur und die andere im Auge behalten.

Frauen und Männer in Führungspositionen stecken oft in einem Dilemma: Sie fahren einspurig. Frauen neigen dazu, als „Dauer-Versteherin“ ganz mit der Gegenspur beschäftigt zu sein, Rücksicht zu nehmen und die eigenen Interessen zu vergessen. Männer sind oft „Selbst-Spezialisten“, hochkonzentriert auf die eigene Spur. Egal wie, einspurige Beziehungen machen einen der Beteiligten krank. Gute Beziehungen am Arbeitsplatz motivieren, sie stabilisieren die kör-

perliche sowie psychische Gesundheit und fördern, was zukunftsfähige Kliniken brauchen: Teamgeist.

Und wie führt sich die Führungskraft selbst?

### Ressourcen aktivieren

„Meist komme ich mir selbst auf die Schliche, wenn es zu viel wird, ich denke dann: Erst die Arbeit, durchhalten, die anderen gehen vor. Dann weiß ich: Da läuft was falsch“, sagt eine erfolgreiche Chefärztin.

Was hilft? Bevor die Gesundheit in Gefahr gerät, ein Burn-out droht, lohnt es sich – bei aller Arbeitsbelastung – in Ressourcen zu investieren und damit die psychische sowie mentale Widerstandskraft zu erhöhen. Wer seine körperlichen, sozialen und geistigen Ressourcen pflegt, sich Zeit nimmt für Familie und Freundschaften, verfügt über Energiedepots und Stresspuffer. Kurz: Vielfalt statt Mono-Arbeitsleben hält gesund. Gesunde Führung gelingt, wenn Anforderungen und Ressourcen im Gleichgewicht sind: „Ich kann nur gesund führen, wenn ich selber auch die Kraft dazu habe.“ ◀

*Dr. phil. Ulrike Ley ist Sozialwissenschaftlerin, Coach und Autorin. Sie hat zu den Themen Frauen, Macht und Karriere wissenschaftlich gearbeitet und gelehrt, war Führungskraft in der Wirtschaft und hat gemeinsam mit Gabriele Kaczmarczyk das „Führungshandbuch für Ärztinnen“ veröffentlicht.*

E-Mail: [info@dr-ulrike-ley.de](mailto:info@dr-ulrike-ley.de)



Foto: privat

## Nieren- und Frauengesundheit

PROF. DR. MED. SYLVIA STRACKE

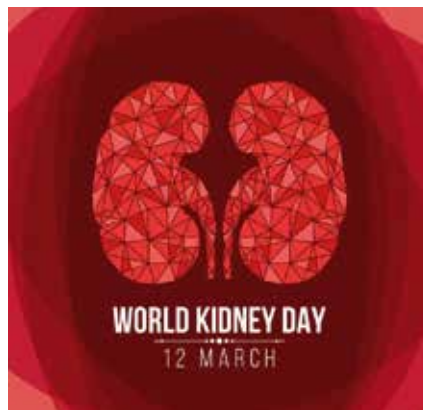
Der Welt nierentag 2018 machte im März dieses Jahres auf das Thema Nieren- und Frauengesundheit aufmerksam. Auch unsere Autorin, Prof. Dr. med. Sylvia Stracke, betont, wie wichtig Information, Prävention und frühzeitiges Handeln sind und stellt die chronische Nierenerkrankung CKD in den Mittelpunkt ihres Beitrags.

Die chronische Nierenerkrankung (CKD, „Chronic Kidney Disease“) ist ein klinisches Syndrom, welches im Rahmen verschiedener Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Autoimmunerkrankungen auftreten kann. CKD betrifft weltweit rund 195 Millionen Frauen und stellt die achthäufigste Todesursache für Frauen dar (ca. 600.000 Todesfälle weltweit pro Jahr). Es gibt Erkrankungen mit Nierenbeteiligung, deren Prävalenz bei Frauen höher ist als bei Männern. Hierzu gehören die Lupusnephritis, Infektionen der Harnwege und der Nieren sowie die Analgetikanephropathie. Die häufigste glomeruläre Erkrankung der Welt ist allerdings die glomeruläre Endotheliose bei Präeklampsie. Sie betrifft rund fünf Prozent aller schwangeren Frauen. CKD wiederum ist mit geringerer Fertilität und erhöhten Risiken für Frau und Kind in der Schwangerschaft assoziiert. Eine Schwangerschaft bei Nierenerkrankungen bedarf einer besonderen ärztlichen Aufmerksamkeit. Die Risiken für Frühgeburtlichkeit und Präeklampsie sind deutlich erhöht.

### Studien sind dringend geboten

Bei vielen Fragen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Nierenerkrankungen fehlen allerdings die Evidenzen, und oftmals kann keine Aussage getroffen werden. Die Defizite in der Kenntnis geschlechtsspezifischer

Unterschiede zwischen Nierenpatientinnen und -patienten sind zu benennen und anzuerkennen, um eine Offenheit gegenüber den anstehenden Forschungsfragen zu ermöglichen. Erst ab 1993 wurden auch Frauen in prospektive, randomisierte Studien eingeschlossen, und es wird längst noch nicht in allen Studien geschlechtsspezifisch ausgewertet



und berichtet. Diese Tatsache sollte so in aktuell geltenden Leitlinien benannt und berücksichtigt werden. Geschieht dies nicht, so entstehen therapeutische Unsicherheiten und auch Fehler.

Erst 2008 wurde berichtet, dass Aspirin für die Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Frauen von begrenzterem Benefit ist als bei Männern. Über Jahrzehnte wurde ASS aber in allen großen Herzinfarkt-Leitlinien geschlechtsunabhängig für alle Menschen empfohlen und eingesetzt. Für Nierenkranke

ist das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) wichtig. In dem Bereich der RAAS-Blockade fehlen prospektive, randomisierte Studien zu Geschlechtsunterschieden. Es gibt allerdings Hinweise, dass das primäre Therapieansprechen auf ACE-Hemmer (ACEI) und Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARBs) bei Männern effektiver ist als bei Frauen. Bei Frauen mit Herzinsuffizienz wiederum wurde über ein besseres Überleben bei ACEI-Therapie im Vergleich zu Männern berichtet.

Die Prävalenz der CKD ist bei Frauen etwas höher als bei Männern, vor allem im Stadium G3. In der Dialysepopulation wiederum sind mehr Männer als Frauen vertreten. Möglicherweise spielt hierbei die höhere Lebenserwartung von Frauen und der natürliche Verlauf einer CKD ebenso eine Rolle wie eine Überdiagnostik bei nicht adäquater Verwendung von Schätzformeln der glomerulären Filtrationsrate (eGFR; „estimated Glomerular Filtration Rate“). Für viele Nierenerkrankungen – insbesondere für nichtdiabetische – ist die Progressionsrate bei Frauen langsamer als bei Männern.

Ein Schutzeffekt der Östrogene bei Frauen beziehungsweise eine ungünstige Testosteron-Wirkung bei Männern könnte zusammen mit einem ungesünderen Lebensstil bei Männern zu einer rascheren Progression der CKD führen.

Allerdings haben Frauen mit Eintritt der Dialysepflichtigkeit einen höheren Anstieg der Mortalität zu verzeichnen als dialysepflichtige Männer. Hauptgründe sind eine vorzeitige Menopause und ein dann fehlender Schutz der Östrogene, aber auch eine schlechtere Einstellung von Blutzucker und Lipiden, weniger sogenannte primäre Dialysefisteln (sondern stattdessen Vorhofkatheter oder Gorex-Interponate), eine kürzere Dialysedauer und eine geringere Melde- und Transplantationsrate bei dialysepflichtigen Frauen. Die relative Erhöhung der Sterblichkeitsrate dialysepflichtiger Frauen beruht hauptsächlich auf einer erhöhten Sterblichkeit insbesondere jüngerer, dialysepflichtiger Frauen (<45 Jahre) und auf einer Übersterblichkeit von dialysepflichtigen Frauen mit Diabetes mellitus. Bei dialysepflichtigen Frauen ist die Lebensqualität oft geringer und die empfundene Krankheitslast höher als bei dialysepflichtigen Männern.

### Geschlechtsspezifische Therapieansätze fehlen

Wichtig sind auch die Unterschiede bei den urämie-assoziierten Zweiterkrankungen. Hier ist insbesondere das Fehlen geschlechtsspezifischer Grenzwerte für den Ziel-Hämoglobinwert bei CKD zu nennen. Der Hämoglobinwert ist in der Normalbevölkerung geschlechtsabhängig unterschiedlich. Bei Dialysepatientinnen und -patienten gilt allerdings derselbe Ziel-Hämoglobinwert. Aus dieser Tatsache resultieren höhere Erythropoietin-Dosen bei Frauen und eine seltenere Hämoglobin-Zielwerterreichung. Dies führt erneut zu der Frage der höheren Prävalenz der CKD im Stadium G3 bei Frauen. Eine GFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> wird allgemein



als chronisch nierenkrank definiert. Dieser Grenzwert gilt geschlechts- und altersunabhängig, obwohl es „normale“ alters- und geschlechtsspezifische Änderungen der Nierenfunktion gibt.

Beispielhaft für die Problemstellung sei eine Studie an 985 nierengesunden Probandinnen und Probanden im Alter von 25 bis 65 Jahren in Nordostdeutschland genannt. Hier wiesen nierengesunde Frauen im Alter von 60 bis 65 Jahren eine verringerte eGFR nach der MDRD-Formel von 58 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> auf. Im Stadium CKD G3 sind Frauen: Männer im Verhältnis 1,75:1 häufiger vertreten. In allen Formeln zur Berechnung der GFR sind Alter und Geschlecht enthalten, bei der Setzung des Grenzwertes zwischen nierenkrank und nierengesund jedoch nicht. Da bleibt es bei 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> für alle, um zwischen nierenkrank und nierengesund zu unterscheiden. Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer, haben aber häufiger eine CKD Stadium G3, und im Alter >70 Jahre sind nach der KDIGO-Definition über 45 Prozent der Menschen nierenkrank. Die Nierenfunktion nimmt pro Jahr um ca. 1 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ab. Ab wann diese physiologische Alterung krank zu nennen ist, ist umstritten.

Ist die Nierenfunktion von Frauen wirklich schlechter? Ob krank oder „normal“ – eine gemessene oder geschätzte schlechtere Nierenfunktion ist

bei jeder Medikamentengabe zu beachten. Sei die schlechtere Nierenfunktion nun geschlechtsspezifisch, alters- oder krankheitsbedingt: Dosisanpassungen müssen erfolgen und Polypharmazie vermieden werden. Alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte müssen vor allem für Ältere neu definiert werden, und ältere Frauen sind hiervon besonders betroffen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass derzeit die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei CKD zu wenig erforscht sind. Es fehlen daher auch geschlechtsspezifische Therapieansätze – zum Beispiel bei der Auswahl von Medikamentenklassen bei Hypertonie oder bei der Dosierung einzelner Medikamente. Studien sind dringend geboten. Ein besseres Verständnis von geschlechtsspezifischen Unterschieden der Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie der CKD ist wichtig, um Erkenntnislücken zu sehen, zu beforschen und in der Folge das eigene diagnostische sowie therapeutische Handeln anzupassen. ◀

*Literatur bei der Verfasserin.*

*Prof. Dr. med. Sylvia Stracke ist Professorin für Nephrologie und Master of Medical Education an der Universitätsmedizin Greifswald. Sie leitet dort den Bereich Nephrologie, Dialyse und Hochdruckkrankheiten sowie das KfH-Nierenzentrum Greifswald. Seit September 2017 ist sie Vorsitzende der Kommission „Frau und Niere“ der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Seit 2014 ist sie Vorsitzende der Senatsgleichstellungskommission der Universität Greifswald.*

*E-Mail: [sylvia.stracke@uni-greifswald.de](mailto:sylvia.stracke@uni-greifswald.de)*



Foto: privat

## Chirurgie ist kein Fach für Frauen?

DR. MED. VIYAN SIDO

Der diesjährige 121. Deutsche Ärztetag (DÄT) fand vom 8. bis 11. Mai 2018 in Erfurt statt. Vier junge Nachwuchsärztinnen, Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes, wurden dazu eingeladen. Dr. med. Viyan Sido, Ärztin in Weiterbildung, schildert die Eindrücke von ihrem ersten Ärztetag.

**A**ls Erstes staunten wir nicht schlecht über die Grußansprache des neuen Gesundheitsministers zur Eröffnung. Auch wenn gleich zu Beginn die im Gesundheitswesen „tätigen Helden“ gelobt wurden, wurde gleichzeitig auch die negative Seite der ärztlichen Tätigkeit durch Digitalisierung, Globalisierung sowie die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland angesprochen. Zum Abschluss der Rede benannte der Minister die gesundheitspolitischen Veränderungen aus dem Koalitionsvertrag, die von der anwesenden Ärzteschaft in vielen Punkten abgelehnt werden. Wie die Probleme gelöst werden sollen? „Wir müssen Strukturen verändern“ – so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, denn es reiche nicht aus, immer mehr Geld in das Gesundheitswesen zu stecken. Vor allem die Gesundheitsberufe müssten deutlich attraktiver werden. Insgesamt bleibt also abzuwarten, auf welche Veränderungen wir uns in nächster Zeit noch freuen dürfen.

### Von wegen Generation Spaß

Auch der im Vorfeld des diesjährigen 121. Deutschen Ärztetag durchgeführte Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten war aus meiner Sicht an Provokationen für den Nachwuchs kaum zu überbieten. Auf der einen Seite stand ein Arzt des Typus Dinosaurier, seines Zeichens Chefarzt einer großen Klinik, der sehr merk-

würdige Ansichten über die Arbeitswelt junger Mediziner\*innen von heute vertrat. Auf der anderen Seite stand eine junge Ärztin in Weiterbildung, Katharina Thiede, die Familie und Beruf unter einen Hut bringt und sich eine besser strukturierte Ausbildung zur Fachärztin wünscht.



Foto: privat

Vier jungen Ärztinnen hat der DÄB die Reise nach Erfurt möglich gemacht: v.l.n.r. Dr. med. Viyan Sido, Wajima Safi, Dilan Sert und Melanie Linsmeier

### Endstation Hoffnung?

Die Stimmung bei dieser Diskussion, an der sich viele von uns rege beteiligten, war außergewöhnlich emotional. Vor allem völlig überholte Aussagen wie „Ein guter Chirurg zu sein, ist nicht mit Familie vereinbar“ oder „Chirurgie ist kein Fach für Frauen“ versetzten den Saal in Aufruhr und sorgten bei uns für Kopfschütteln. Fakt ist, dass viele junge Ärztinnen und Ärzte nach dem Studium

mit unrealistischen, idealistischen Vorstellungen in die Arbeitswelt starten: Sie wollen Patienten helfen, Leben retten und sind dafür auch bereit, lebenslang zu lernen. Sie wollen allerdings, vor allem in den operativen Fächern, in einer strukturierten, der Weiterbildungsordnung angepassten Ausbildung lernen und wünschen sich flexible Arbeitszeiten. Doch der Alltag sieht oft anders aus, wir sind getrieben durch den zunehmenden Druck der Ökonomisierung, der Gewinnmaximierung und auf der Suche nach den richtigen ICD-Kodierungen. Die Unzufriedenheit in der jungen Ärztesgeneration nimmt zu und macht sich insbesondere durch den zunehmenden Ärztemangel bemerkbar.

Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass junge Ärztinnen und Ärzte aufgefordert sind, sich auf nationaler und regionaler Ebene für ihre Forderungen nach einer gerechten Weiterbildung einzusetzen. Nur so wird es irgendwann möglich sein, als Ärztin die Facharzttausbildung in der Regelzeit zu beenden und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für alle zu erreichen. Bleibt also abzuwarten, wann endlich die beschlossene Novelle einer kompetenzbasierten (Muster-) Weiterbildungsordnung die Qualität unserer Ausbildung bestimmt und umgesetzt wird. ◀

*Dr. med. Viyan Sido ist Ärztin in Weiterbildung zur Herzchirurgin an der Charité Berlin. Viyan Sido hat die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und ärztliches Qualitätsmanagement.*

E-Mail: [Viyan.Sido@charite.de](mailto:Viyan.Sido@charite.de)





Foto: © Pictures of Decay, Berlin

## IM INTERVIEW

# Klar ist, dass sich etwas ändern muss

---

KATHARINA THIEDE

---

Katharina Thiede hat schon an mehreren Ärztetagen teilgenommen, war auch diesmal als Delegierte der Berliner Ärztekammer dabei und setzte sich engagiert für Ärztinnen mit Kindern ein.

**Katharina Thiede:** Ich war 2011 zum ersten Mal bei einem Ärztetag und damals ziemlich beeindruckt von der in meinen Augen fast etwas „anarchischen“ Tagungsstruktur. Ich habe davor fast fünf Jahre in den nationalen und internationalen Dachverbänden der Medizinstudierenden gearbeitet, und wir hatten im Vergleich zum Ärztetag doch eine ziemlich strenge Geschäftsordnung.

### Die Delegierten waren und sind mehrheitlich ältere Männer

Für das liberalere Tagungsprozedere habe ich mich sehr begeistern können. Erschreckt hat mich damals schon, dass nahezu alle Delegierten ältere Männer waren.

**ärztin:** Sie haben sich als junge Mutter bei den Ärztetagen vor allem für flexible Arbeitszeiten stark gemacht. Warum?

**Katharina Thiede:** Nun, ich habe mich im Hinblick auf die Familienplanung und unter Berücksichtigung der Arbeitszeiten meines Mannes gegen den Facharzt für Viszeralchirurgie entschieden, für den ich bereits fünf Jahre Weiterbildungszeit absolviert hatte. Nicht nur, aber auch wegen der familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen habe ich dann den Facharzt für Allgemeinmedizin angestrebt. Inzwischen habe ich schon 18 Monate in einer allgemeinmedizinischen Praxis gearbeitet und bin von diesem Fachwechsel sehr überzeugt.

Unabhängig davon sind die Arbeitsbedingungen in den Kliniken ein erhebliches Problem. Ich bin aus Begeisterung Ärztin geworden und würde gerne mit Freude arbeiten. Die Arbeitsbedingungen und damit auch die Arbeitszeiten sind mir wichtig, weil Patientinnen und Patienten genau solche Ärztinnen und Ärzte brauchen, denen der Beruf Freude macht, und keine frustrierten, erschöpften oder gar zynischen Mediziner\*innen.

### Kinder werden immer noch als „Problem“ gesehen

Das ärztliche Selbstverständnis geht immer noch davon aus, dass Ärzte und Ärztinnen eigentlich kein Privatleben haben. Kinder werden immer noch als „Problem“ für die ärztliche Tätigkeit gesehen. Ganz selbstverständlich finden Oberarztvisiten vielerorts nach Ende des OP- oder Interventionsprogramms, das heißt am Ende der ärztlichen Arbeitszeit statt. Das bedeutet, es sind Überstunden notwendig. Das ist meiner Meinung nach eine vermeidbare Belastung und nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung. Und ganz klar, wenn die Personaldecke so knapp ist, dass man selbst schon krank arbeiten geht, was soll man dann eigentlich mit seinem kranken Kind machen? Die generell hohe Arbeitsbelastung, bei der viele Kolleginnen und Kollegen das Gefühl haben, nie so gute Medizin zu machen, wie sie eigentlich gerne wollen, nagt auch an der Solidarität. Es ist oft nicht möglich, den Ausfall

von Kolleginnen und Kollegen souverän abzufangen.

**ärztin:** Sie haben sich in Erfurt bei einer Dialogveranstaltung zur Berufszufriedenheit von jungen Ärztinnen und Ärzten heftig eingemischt und unter anderem gesagt, dass sie nicht zum Renditefaktor verkommen dürfen. Sind Ihre Forderungen auf offene Ohren gestoßen?

### Wir müssen uns austauschen und vernetzen

**Katharina Thiede:** Ich weiß nicht, ob meine Forderungen auf offene Ohren gestoßen sind. Aber ich habe schon das Gefühl, dass das Fenster zu einem ärztlichen und gesellschaftlichen Diskurs offen ist, in dem wir klarmachen können, dass sich etwas ändern muss. Wir müssen im Gespräch bleiben, Probleme benennen und Lösungen finden. Wir müssen uns vernetzen. Und wir müssen der Politik deutlich machen, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung politisch endlich den Stellenwert bekommen muss, den sie für die Bürgerinnen und Bürger jetzt schon hat. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

*Katharina Thiede hat Ende Mai 2018 ihre Weiterbildungszeit für den Facharzt Allgemeinmedizin beendet und war zuletzt für den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitt in einem großen MVZ mit infektiologischem Schwerpunkt in Berlin Prenzlauer Berg tätig und bereitet sich jetzt auf ihre Facharztprüfung vor.*

E-Mail: [katharina.kulike@gmail.com](mailto:katharina.kulike@gmail.com)



Foto: privat



Foto: privat

## Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Weiterbildung

STINE ZIEGLER UND PROF. DR. MED. HENDRIK VAN DEN BUSSCHE

Dieser kurze Beitrag befasst sich mit den geschlechtsspezifischen Karriereunterschieden von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung. Die ungekürzte Fassung wurde zweisprachig in 2017 veröffentlicht.<sup>1</sup> Datenbasis der Studie sind die jährlichen postalischen Befragungen einer Kohorte von PJ-Studierenden des Jahrgangs 2008/09, die während der gesamten Weiterbildungsdauer konsekutiv untersucht wurde.

### Präferenzunterschiede nach der fachärztlichen Anerkennung

51 Prozent der Befragten gaben nach vier Jahren Weiterbildung an, nach der fachärztlichen Anerkennung (FÄA) weiter im Krankenhaus tätig sein zu wollen, während 44 Prozent die ambulante Versorgung präferierten ( $p < 0,001$ ). Bei den Ärztinnen mit Interesse an der ambulanten Versorgung fand mehrheitlich eine Entwicklung weg von der Niederlassung und hin zu einem Angestelltenverhältnis statt, wohingegen die Ärzte eher freiberuflich tätig werden wollten.

Der Anteil der Ärzte, die Oberarzt werden wollten, war 1,4-mal größer als bei den Ärztinnen, bezüglich der Chefarztposition sogar 4,8-mal höher. Demgegenüber war der Anteil der Ärztinnen, die als Fachärztin ohne Leitungsaufgaben im Krankenhaus tätig bleiben wollten, dreimal größer als bei den Ärzten. Auch in Hinblick auf die gewünschten Arbeitszeiten gab es deutliche Unterschiede: Die Hälfte der Ärztinnen wollte nach ihrer FÄA entweder durchgehend oder zunächst in Teilzeit arbeiten, während dies nur bei 14

Prozent der Ärzte der Fall war ( $p < 0,001$ ). Lebte ein Kind im Haushalt, vergrößerte sich diese Differenz: Ärztinnen mit Kind wollten zu 76 Prozent in Teilzeit arbeiten, Ärzte mit Kind zu 16 Prozent ( $p < 0,001$ ).

### Weiterbildungsdauer und Output

In der vorangegangenen KarMed-Befragung verneinte circa die Hälfte der Befragten, „dass ich die in der Weiterbildungsordnung festgelegten Nachweise in der minimalen Weiterbildungszeit erwerbe“. Ärztinnen verneinten dies signifikant häufiger als Ärzte (51 vs. 40 Prozent  $p < 0,05$ ), ebenso Ärztinnen mit Kind im Vergleich zu Ärzten mit Kind (78 Prozent vs. 53  $p < 0,001$ ).

Bei den von Ärztinnen angegebenen Gründen ragten die (untereinander zusammenhängenden) Items Teilzeittätigkeit (32 Prozent) und Belastung durch Kinder (28 Prozent) heraus. Als erster Grund bei Ärzten (und zweiter bei Ärztinnen) wurden aber auch curriculare Probleme der Weiterbildung genannt.

### Ärztinnen haben einen anderen Lebensentwurf

Für Ärztinnen mit Kind ergab sich eine empirisch belegte Vielzahl von Belastungen und Benachteiligungen im Vergleich zu Ärztinnen ohne Kind. So hatten Erstere zu 59 Prozent einen Teilzeitvertrag, während dies bei den kinderlosen Ärztinnen nur bei sieben Prozent der Fall war ( $p < 0,001$ ). Bei 49 Prozent der Ärztinnen mit Kind galt der aktuelle Arbeitsvertrag nicht über die gesamte Weiterbildungszeit.

Die Ergebnisse der KarMed-Studie, die sich mit den Karriereverläufen von Ärztinnen beschäftigt, zeigen, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in verschiedenen Feldern der Weiterbildung innerhalb der vier Weiterbildungsjahre praktisch unverändert blieben. Hierzu zählen Diskrepanzen in Hinblick auf die angestrebte Position nach der Weiterbildung, die Disziplinwahl, die Arbeitszeitpräferenzen und die antizipierte Dauer der Weiterbildung. So blieb die Einstellung zu Positionen mit Leitungsaufgaben bei Ärztinnen schon seit dem Ende des Studiums stabil und ist somit nicht als Produkt der Erfahrungen in der Weiterbildung anzusehen. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass Ärztinnen einen anderen Lebensentwurf haben als Ärzte, der in erster Linie durch die Antizipation des (potenziellen) Mutterwerdens gekennzeichnet ist. Es sollten aber nicht nur die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus kritisch betrachtet werden, sondern auch die Rolle der Väter. So lange viele (Ehe-)Partner nicht die Folgen des Elternwerdens im gleichen Umfang mittragen wie die Mütter, wird die Bruchlinie in der Weiterbildung zwischen Ärztinnen mit Kind einerseits, Ärztinnen ohne Kind sowie Ärzten mit und ohne Kind andererseits bestehen bleiben. ◀

*Literatur im Originalaufsatz.*

<sup>1</sup> Ziegler S., Zimmermann T., Krause-Solberg L., Scherer M., van den Bussche H. Ärzte und Ärztinnen in der fachärztlichen Weiterbildung – Eine Analyse der geschlechtsspezifischen Karriereunterschiede. *GMS Z Med Ausbild* 2017; 34(5): Doc55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29226221>

*E-Mail: [stine.ziegler@posteo.de](mailto:stine.ziegler@posteo.de)*

*E-Mail: [bussche@uke.de](mailto:bussche@uke.de)*

## 17. TAGUNG FORUM 40 PLUS IN POTSDAM

17 Ärztinnen trafen sich im sommerlichen Potsdam zu den Themen Internetsucht und Strategie und Technik – Sicherheit im Internet. Nach einem Abendessen folgte am Samstag die Tagung in der Landesärztekammer. Zunächst hörten wir von Professorin Dr. Nina Romanczuk-Seiferth von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Berlin, einen Vortrag zum Thema Internetsucht (besser: internetbezogene Störungen) mit einem Überblick zur diagnostischen Einordnung. Mit anderen Worten: Was sind Verhaltenssuchte und wer ist betroffen, was weiß man über Entstehung und Therapiemöglichkeiten. Anschließend zeigte uns Gudrun Pannier, EDV-Dozentin und Administratorin, wie sicher auf welchen Seiten mit welchen Vorsichtsmaßnahmen (Server, Browsereinstellungen, Passwörter, Virenschutz, Firewall, Cookies, eigenes Verhalten) im Internet gesurft und gemailt werden kann. Bei schönem Sommerwetter stand nachmittags eine Radtour entlang der Havel mit Einkehr im Biergarten auf dem Programm. Wir danken dem Verein „Frauen fördern Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung. Die nächste Tagung findet vom 2. bis 4. November 2018 in Augsburg statt. Thema diesmal: „Nach der Hege (der Kinder) die Pflege (der Eltern) – zum Umgang mit pflegebedürftigen und dementen Angehörigen“. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Ursula Windemuth,  
Vorsitzende vom Forum 40 plus



Das Forum 40 plus im sommerlichen Potsdam

## REGIONALGRUPPE DORTMUND

### Neuer Vorstand gewählt

Nach einem kurzen Rückblick auf die zurückliegenden vier Jahre und Entlastung des Vorstandes haben in der Dortmunder Gruppe am 5. Juni 2018 Neuwahlen stattgefunden. Auch künftig werden die Kolleginnen im Vorstand von vier aktiven Beisitzerinnen unterstützt. Ein ehrgeiziges Ziel für die kommenden Jahre ist die Begeisterung junger Kolleginnen für das berufspolitische Engagement in der Ärzteschaft. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Karin Strehl,  
Vorsitzende der Regionalgruppe Dortmund



Foto: privat

Der neue Dortmunder Vorstand, v.l.n.r.: 1. Reihe sitzend: Alexandra Bourrat (stellvertretende Vorsitzende), Dr. med. Karin Strehl (Vorsitzende), 2. Reihe: Dr. med. Ursula Frangenberg, Dr. med. Marlene Drechsler, Dr. med. Karin Verbücheln-Wirth (Schatzmeisterin), Sabine Niendiker (Schriftführerin), Simone Herkströter, Dr. med. Hendrike Bauer

## REGIONALGRUPPE WIESBADEN-MAINZ

### Digitalisierung der Medizin: Nutzen – Risiko

„Digitalisierung der Medizin: Nutzen – Risiko“. Zu diesem aktuellen Thema lud der Ärzte-Club Wiesbaden e.V. ein, dessen stellvertretende Vorsitzende DÄB-Mitglied ist. Im März 2018 trafen sich rund 100 Kolleginnen und Kollegen der Region im Wiesbadener Museum. Der Vortrag „Digitalisierung in der Medizin: Vision und Wirklichkeit“ fesselte das Auditorium: Bunte Datenberge generiert von Gesundheitsapps und Wearables (tragbaren Computersystemen) halten Einzug in die Sprechstunden.

Professor Dr. med. Henning Schneider, Direktor im Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health des Landes Hessen sowie Dekan des Fachbereichs Gesundheit an der Technischen Hochschule Mittelhessen, veranschaulichte die Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Anwendungen und nahm Stellung zur elektronischen Gesundheitskarte sowie der bevorstehenden Telematik-Infrastruktur-Anbindung. Das Kompetenzzentrum beantwortet gern weitere Fragen.

Im Beitrag „Mensch ist Information“ zeigte der Netzaktivist Simon Kissel die Verletzbarkeit der Gesellschaft durch Big Data. Der Gründer und CEO der Viprinet Europe GmbH erklärte eindringlich die Datensicherheitslücken der digitalen Kommunikationstechnik. „Daten sind das neue Öl“, zitierte der bekennende Nerd und Computerfreak. Er übersetzte dies sofort in: „Daten sind Macht“. Den neuen Datenschutzgesetzen DSGVO und BDSG, die seit Mai 2018 gelten, konnte man nach seinem Vortrag positive Seiten abgewinnen.

Die Moderatoren des Abends, Dr. med. Richard Melamed und Dr. med. Susanne Springborn, waren sich mit dem Publikum einig: Die Digitalisierung wird algorithmische Tätigkeiten im ärztlichen Alltag übernehmen. Dadurch können sich Ärzte und

Ärztinnen auf ihre Kernkompetenzen sowie die Zuwendung zu den Menschen fokussieren. Der Stand des Deutschen Ärztinnenbundes war gut besucht, neue Mitglieder wurden gewonnen. Der Verein „Frauen fördern die Gesundheit e.V.“ förderte erneut die Kinderbetreuung, welche von den Anwesenden als vorbildlich bewertet wurde. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Susanne Springborn,  
2. Vorsitzende der Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz

## REGIONALGRUPPE GIESSEN

### Symposium für Professorin Dr. med. Ingeborg Siegfried



Foto: privat

Professorin Dr. med. Ingeborg Siegfried

Am Samstag, den 9. Juni 2018 lud die Regionalgruppe Gießen anlässlich des 90. Geburtstags von Professorin Dr. med. Ingeborg Siegfried zu einem Symposium in die Alte Chirurgie des Universitätsklinikums Gießen. In Anlehnung an den 1999 von Professorin Siegfried in Gießen organisierten Kongress lautete das Motto „Wie schlagen Frauenherzen heute und andere Herzensangelegenheiten“. Moderiert wurde das Symposium von Dr. med. Brigitte Ende, „Mutige Löwin 2017“ des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB). Dr. med. Astrid Most, Internistin und Kardiologin UKGM Gießen, Leiterin der Chest Pain Unit, und Dr. med. Friederike Perl, Gynäkologin aus Stuttgart, referierten in wissenschaftlich fundierter und gleichermaßen kurzweiliger Form wichtige Unterschiede von Herzerkrankungen bei Mann und Frau. Deutlich wurde dabei, wie vorausschauend Professorin Siegfried als Pionierin das Thema Gender in der Medizin schon 1999 thematisiert hatte.

In ihrem Grußwort schrieb die Präsidentin des DÄB, Dr. med. Christiane Groß, M.A.: „Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB) gratuliert der außergewöhnlich aktiven und verdienstvollen Kollegin zu ihrem 90. Geburtstag sehr herzlich. Professorin Siegfried war die erste deutsche Professorin für Allgemeinmedizin. In Anerkennung ihrer vielfältigen Verdienste um Medizin, Prävention und den Breitensport ist sie unter anderem mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. Von 1994 bis 2002 war sie Vorsitzende des Ärztinnenbundes in Gießen und leitet seit vielen Jahren Seminare zur Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten speziell in der Allgemeinmedizin, aber auch in der interdisziplinären Sportmedizin. Professorin Siegfried war zudem als langjährige Präsidentin der Hessischen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen tätig und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Herzstiftung. Ihr ganzheitlicher Ansatz, der den ganzen Menschen sieht und nicht nur ein krankes Organ, bildet eine durchgängige Linie in ihrem beruflichen Leben. ◀

## NEUE MITGLIEDER

**Braun, Leonie**, 48151 Münster  
**Heibl, Margarete**, Dr. med., 83115 Neubeuern  
**Klein, Stephanie Georgia**, 68782 Brühl  
**Adocchio, Patrizia**, 67227 Frankenthal  
**Melchinger, Esther**, 72070 Tübingen  
**Hartel, Ruth**, Dr. med., CH-4051 Basel  
**Scheck, Felicitas**, 80799 München  
**Reinhold, Ann-Kristin**, Dr. med., 97082 Würzburg  
**Haferkamp, Silke**, Dr. med., 52074 Aachen  
**Pigorsch, Steffi Ulrike**, Dr. med., 81825 München  
**Greving, Irmgard**, Dr. med., 48249 Dülmen  
**Hirche, Zarah**, PD Dr. med., 68259 Mannheim  
**Sons, Ximena**, Dr. med., 69115 Heidelberg  
**Zieschang, Monika**, Dr. med., 64289 Darmstadt  
**Krokovay, Anna**, Dr. med. univ., 47137 Duisburg  
**Jansen, Julia Charlotte**, 45147 Essen  
**Prokopchuk, Olga**, Dr. med., 81673 München  
**Siech, Carolin**, 63075 Offenbach  
**Schön, Franziska**, 55118 Mainz  
**Behrens, Philine Rabea**, 10707 Berlin  
**de Carvalho Fischer, Cynthia**, 12051 Berlin  
**Bär, Friederike**, 35039 Marburg  
**Lins, Anaís**, 40477 Düsseldorf  
**Vural-Bozyigit, Gülsen**, Dr. med., 65185 Wiesbaden  
**Schalhorn, Friederike**, Dr. med., 73630 Remshalden  
**Bannwitz, Britta**, 48155 Münster  
**Krause, Anna Viktoria**, 30171 Hannover  
**Stapper, Charlotte Alexandra**, 48151 Münster  
**Bea, Marieke**, 30161 Hannover  
**Hofmann, Eileen**, 60528 Frankfurt  
**Ganzera, Silke**, Dr. med., 40593 Düsseldorf  
**Seidel, Birgit**, Dr. med., 85276 Pfaffenhofen an der Ilm  
**Köhler, Ute**, Dr. med. Dipl. psych., 35043 Marburg  
**Delank, Anna-Katharina**, 48151 Münster  
**Meyfarth, Margit**, Dr. med., 34260 Kaufungen  
**Herschel, Olga**, 10243 Berlin  
**Jakob, Anna Sophie**, Dr. med., 01907 Dresden  
**Langefeld, Roswitha**, Dr. med., 24558 Henstedt-Ulzburg  
**Lingner, Meike**, Dr. med., 38116 Braunschweig  
**Moers, Cordula**, Dr. med., 50931 Köln  
**Neitzel, Brigitte**, Dr. med., 14195 Berlin  
**Neuwohner, Elke**, Dr. med., 35039 Marburg  
**Ower, Cornelia**, A-6020 Innsbruck  
**Schwachenwalde, Sabina**, 10247 Berlin  
**Triskatis, Eylena**, Dr. med., 22767 Hamburg  
**Welle, Sarah Sophie**, 48143 Münster  
**Hartmann, Sylvia**, 10559 Berlin



## Hinter Mauern und Stacheldraht

Foto: privat

DR. MED. VIYAN SIDO

Auf der griechischen Insel Lesbos liegt das Flüchtlingslager Moria, das von hohen Mauern und Stacheldrahtrollen umgeben ist. Vor Ort sind griechische und europäische Asylbehörden, das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen und einige Nichtregierungsorganisationen: „Wir können sicher nicht alle die Welt retten, aber wir können helfen, sie zu einem besseren Ort zu machen,“ sagt Dr. med. Viyan Sido, DÄB-Mitglied aus Berlin, die für die Ärztin ihren Alltag im Flüchtlingscamp Moria beschreibt.

05/000 – so beginnen die Identifikationsnummern der Personen, die in Moria registriert werden. Für die Namen interessiert sich niemand. Insgesamt leben hier mehr als 7.500 Menschen auf allerengstem Raum, obwohl die ehemalige Militärkaserne höchstens 3.000 Menschen fasst. Täglich kommen neue Flüchtlinge hinzu. Ein Ende ist nicht in Sicht.

### Gefangen in der Perspektivlosigkeit

Die Bearbeitung der Asylanträge dauert oft Monate oder sogar Jahre. Die Stimmung ist angespannt und gereizt, die Menschen sind gefangen in ihrer Perspektivlosigkeit. Gewalt und Frust bestimmen den Alltag.

Schon bei der Ankunft des ärztlichen Teams warten Patientinnen und Patienten früh am Morgen auf ärztliche Hilfe. Zahlreiche Flüchtlinge sind auf der langen Flucht erkrankt, viele haben Misshandlungen und sexuelle Gewalt erlebt.

Als dreiköpfiges Team haben wir mehr als 90 Patientinnen und Patienten täglich gesehen. Die Menschen berichten uns häufig von Folter, Vergewaltigungen und psychischer Misshandlung. Sie werden von uns zur NGO „Ärzte ohne Grenzen (MSF)“ geschickt, die vor allem psychologische Hilfe leistet. Fast neun Stunden

am Tag geht das so. Bei vielen Einzelschicksalen stoße auch ich als Ärztin permanent an meine Grenzen.

### Notdürftige medizinische Versorgung

Das griechische Gesundheitssystem und auch das Krankenhaus vor Ort sind längst an ihre Grenzen gestoßen. Viele im Camp würden ohne den ehrenamtlichen Einsatz der Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland keine Ärzte sehen. Zu den unterschiedlichen Krankheitsbildern zählen einfache Erkältungen, Tonsillitiden, Hautinfektionen und andere Infektionskrankheiten, Schmerzen durch alte und unbehandelte Frakturen, chronische Schmerzen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen.

Die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ kümmert sich vor allem um Schwangere und Kleinkinder, um alle anderen kümmern wir uns. Die Medikamente vor Ort sind knapp, sodass manchmal nur das Akute und Bedrohliche behandelt werden kann. Besonders schlimm ist es, wenn eine antibiotische Therapie eingeleitet wird und diese dann schon nach wenigen Tagen beendet werden muss, weil Medikamente fehlen. Es sind vor allem die persönlichen Schicksale, die ich nicht aus dem Kopf kriege, Bilder, die ich nicht vergessen kann und die mich zugleich zum Weitermachen motivieren.

Bereits im vergangenen Jahr wurde darauf aufmerksam gemacht, dass viele der Flüchtlinge im Lager traumatisiert sind und dringend psychologische Betreuung benötigen. Doch dafür gibt es Wartelisten, und die Chancen, therapiert zu werden, sind gering. Ein Grund mehr für mich, auch meinen nächsten Urlaub dort zu verbringen.

### Medikamente dringend nötig

ERCImed, für die ich arbeite, ist eine Non-Profit-Organisation, die sich auf Lesbos vorwiegend um die medizinische Versorgung kümmert. Da der Bedarf an medizinischer Behandlung im Flüchtlingscamp täglich steigt, werden dringend Analgetika, Antibiotika, Antihypertensiva und andere Medikamente benötigt.

Wenn Sie die medizinischen Einsätze mithilfe von Medikamentenspenden oder durch Ihren persönlichen Einsatz unterstützen wollen, können Sie mir gerne schreiben. Weitere Informationen gibt es auch unter [www.ercintl.org](http://www.ercintl.org). ◀

*Dr. med. Viyan Sido ist Ärztin in Weiterbildung zur Herzchirurgin an der Berliner Charité mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.*

**E-Mail: [Viyan.Sido@charite.de](mailto:Viyan.Sido@charite.de)**



Foto: privat

## BUCHBESPRECHUNG

# Wie ein Virus die Gesellschaft veränderte

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Kriege führen in der Regel zu unvorhersehbaren Verwerfungen zwischen Staaten sowie inner- und außerhalb der Bevölkerung. Kriege haben mythische und heroische Komponenten, sie kennen Heldentaten und Kriegserklärungen. Ja, aber ein Virus? Eine Grippepandemie hat keinen richtigen Beginn, keine Helden und kein klar definiertes Ende. Vielleicht ist das einer der Gründe, warum wenig darüber berichtet wurde und ein allgemeines Interesse erst jetzt, wo ähnliche Pandemien ausbrechen könnten, einsetzt.

In der Tat hatte, beginnend etwa im März 1918, eine durch ein Virus ausgelöste Pandemie ungeheure Folgen. Sie kam ungewöhnlicherweise in drei bis vier kurz aufeinander folgenden Wellen über die Länder. Die Pandemie wurde „Spanische Grippe“ genannt, weil auch der spanische König erkrankte und weil sie in Spanien als erstem europäischen Land ausbrach. Vergleiche mit der mittelalterlichen Pest drängen sich auf.

Eine besonders aggressive (virulente!) Form des Influenza-Virus (Subtyp A/H1N1), größtenteils unbekannter Herkunft, wurde möglicherweise von Vögeln (Enten?) auf den Menschen übertragen. Erst 1932 wurde von englischen Forschern das menschliche Influenza-Virus nachgewiesen. Es infizierte innerhalb von zwei Jahren schätzungsweise 500 Millionen Menschen.

Insbesondere Menschen im Alter von 15 bis 40 Jahren waren von der Infektion mit A/H1N1-1918 betroffen. Möglicherweise konnten gerade junge Menschen noch nicht durch das Überstehen bei vorangehenden Epidemien immunisiert worden sein. 25 bis 50 Millionen Menschen starben. Unter den prominenten Opfern waren Egon Schiele, Guillaume Apollinaire, Max Weber, der Großvater von Donald Trump etc. Millionen Waisen blieben rund um den Globus zurück. Die ersten Kranken waren amerikanische Soldaten, die in Vorbereitung für den Ersten Weltkrieg interniert waren. Von den USA aus wurden die Philippinen, Japan und Mexiko, später die französische Westfront und das übrige Europa ergriffen.

deren Ausbreitung über den ganzen Körper mit schnell schwarzwendenden Verfärbungen, dazu Atemnot durch eine schwere Lungenentzündung, Fieber, Kopfschmerzen und Tod – so wird die Krankheit in archivierten historischen Berichten von Augenzeugen beschrieben. Dieser millionenfache Tod hatte

enorme wirtschaftliche, soziale und ökonomische Folgen, die von der Autorin plastisch beschrieben werden. Dabei geht es um persönliche Schicksale sowie um die Einschätzung der politischen und wirtschaftlichen Konsequenzen der Pandemie, die mehr Tote forderte als der Erste Weltkrieg. Die *New York Times* schrieb damals: „...der Wissenschaft ist es nicht gelungen, uns zu schützen...“.

Auch heute ist eine vorbeugende Grippeimpfung noch keine Garantie: 2018 erkrankten in Deutschland über 300.000 Menschen an einer Virusgrippe. Nach der Pandemie etablierten sich in vielen Ländern Konzepte der Prävention im Sinne einer Public-Health-Strategie – allen voran das damals kommunistische

Russland, welches ein staatlich finanziertes Gesundheitssystem einrichtete. So wie diese Information überraschen viele Details auf den verschiedensten Ebenen in diesem sehr lesenswerten Buch. ◀

*Laura Spinney: 1918 – Die Welt im Fieber. Wie die Spanische Grippe die Gesellschaft veränderte. Hansa Verlag 2018, ISBN 978-3-446-25848-8, 384 Seiten, 26 Euro*

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

E-Mail: [gabriele.kaczmarczyk@charite.de](mailto:gabriele.kaczmarczyk@charite.de)



## Aus den MWIA-Newslettern Nr. 73/74 März/Juni 2018

MWIA-Präsidentin Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, war weltweit mit und für den Weltärztinnenbund unterwegs. Im März dieses Jahres vertrat sie die MWIA auf der 62. Commission on the Status of Women (CSW; UN Women) in New York.

Das Thema der CSW war „Herausforderungen und Chancen bei der Schaffung von Geschlechtergerechtigkeit und Stärkung von Frauen und Mädchen im ländlichen Raum“. In diesem Zusammenhang gilt es, die Erziehung und den Zugang zu sauberem Wasser für ein ganzheitliches Gesundheitskonzept zu implementieren. Wenn es um globale, strukturelle und gesundheitliche Herausforderungen geht, sollten Frauen künftig mehr Gehör finden.

Der Hauptfokus lag auf der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Es wurde zudem angemahnt, die Forschung auf diesem Gebiet nicht zu vernachlässigen. Exakte Daten sind für Regierungen dabei essenziell, um wirksame Präventionsstrategien zu erarbeiten. Leider wird eine Forschung, die sich mit der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen beschäftigt, immer noch nicht ausreichend finanziert.

Die CSW bietet gute Möglichkeiten für Nichtregierungsorganisationen, das jeweilige Netzwerk zu erweitern. Die MWIA konnte auf diese Weise die Organisation **Women in War** (<https://womeninwar.org/wordpress/>) als neue Partnerin gewinnen. Die globale Denkfabrik setzt sich in Kongressen und Seminaren mit den Folgen für Frauen in bewaffneten Konflikten auseinander. Die MWIA erweitert das Spektrum des Thinktanks um die medizinische Perspektive.

In den letzten drei Monaten hat der Vorstand der MWIA viel erreicht und die Organisation weiter professionalisiert, denn bis auf die Arbeit der Generalsekretärin sind alle Mitglieder im Vorstand ehrenamtlich tätig. Für den Einsatz der ehrenamtlich arbeitenden Kolleginnen bedankt sich die Präsidentin noch einmal sehr herzlich.

Der Vorstand modernisiert zurzeit die Statuten der MWIA und wird dabei durch das Ethikkomitee der MWIA unterstützt. Ein Entwurf des überarbeiteten Dokuments wird allen Mitgliedern spätestens sechs Monate vor dem nächsten internationalen Kongress zugesandt. Der MWIA-Vorstand wird beraten, wie die Mitglieder in die Diskussion vor der Abstimmung über die überarbeiteten Statuten am besten eingebunden werden können.

Vom 25. bis 28. Juli 2019 findet das **MWIA Centennial Meeting** in New York statt. Anmeldung: <https://amwa-doc.org/mwia>

Ab August 2018 organisiert der DÄB eine Gruppenreise nach New York.

Die Deadline für die Einsendung von Abstracts ist der 1. September 2018. Einzelheiten zu den Kongresssthemen finden Sie hier:

[http://mwia.net/wpcontent/uploads/2018/04/First\\_Special\\_Update\\_New\\_York\\_City.pdf](http://mwia.net/wpcontent/uploads/2018/04/First_Special_Update_New_York_City.pdf)

Für den MWIA-Schal-Wettbewerb sind sehr schöne Entwürfe von Kolleginnen aus aller Welt eingegangen. Der MWIA-Vorstand wird zusammen mit dem Public Relations Committee und einer Künstlerin das Siegerdesign auswählen. Die Gewinnerin wird am 31. August 2018 bekannt gegeben.

Die Vorsitzende des Public Relations Committee, Dr. Helen Goodyear, bittet um weitere Fotos für die geplante Festschrift. Zehn Poster zur Geschichte der MWIA wurden bereits fertiggestellt. Aktualisierte Informationen finden Sie auf [http://mwia.net/centennial\\_congress/](http://mwia.net/centennial_congress/).



MWIA-Präsidentin Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, wurde im Juni 2018 in Brüssel für zwei Jahre in die Kammer der European Women's Lobby (EWL) gewählt. MWIA-Vizepräsidentin wurde Dr. med. Antonella Vezzani als Präsidentin für Südeuropa. Ihre Vorgängerin war Dr. Edith Schratzberger-Vecsei, die die MWIA sechs Jahre lang vertreten hat, davon die letzten zwei Jahre als EWL-Präsidentin. Die MWIA bedankt sich bei Edith Schratzberger-Vecsei für ihre exzellente Arbeit.

In diesem Jahr stehen noch zwei weitere Regionalkongresse an: Zum einen der von Zentralasien in Bangkok, Thailand, vom 6. bis 8. September 2018 ([www.carc2018.com](http://www.carc2018.com)) und zum anderen der Nahost- und Afrika-Regional-Kongress in Nairobi, Kenia, vom 11. bis 15. November 2018 (<http://www.kmwa.or.ke/mwia-near-east-and-africa-regional-meeting/>). Aktuelle Informationen finden Sie auf der MWIA-Website <http://mwia.net/news/>.

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

E-Mail: [gudrun.guenther@kinderkliniken.de](mailto:gudrun.guenther@kinderkliniken.de)

## DEKLARATION VON GENF – DAS ÄRZTLICHE GELÖBNIS

• Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. • Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein. • Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren. • Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren. • Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten. • Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren. • Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben. • Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern. • Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen. • Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen. • **Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.** • Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden. • Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

*Quelle: Weltärztebund. Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den © Weltärztebund, World Medical Association, WMA, 2017.*



Der **36. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB)** findet vom 17. bis 20. Oktober 2019 im Evangelischen Augustinerkloster in Erfurt statt. Das Programm finden Sie im nächsten Jahr auf unserer Homepage [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de).