

# Ärztinnen-Gesundheit

## Health of female physicians

### Autoren

A. Bühren<sup>1</sup>

### Institut

<sup>1</sup> Deutscher Ärztinnenbund

### Einleitung

Grundsätzlich arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter den gleichen beruflichen Bedingungen. Diese unterscheiden sich von den meisten anderen akademischen Berufen u.a. maßgeblich dadurch, dass Patientinnen und Patienten in der stationären und ambulanten Medizin ganzjährig auch an Wochenenden, Feiertagen und während der Nachtzeiten der medizinischen Versorgung bedürfen. Diese Arbeitszeiten belasten auch soziale Kontakte und sind nicht kompatibel mit den üblichen Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zusätzlich erschwert.

Solange die bestehenden Institutionen allerdings demjenigen die besten Chancen versprechen, der auf seine Familie und einen weiblichen Lebensentwurf am wenigsten Rücksicht nimmt, ist der Preis für Frauen, eine Karriere im klassischen Sinne zu wählen, in der Regel sehr oder zu hoch.

Ärztinnen orientieren sich häufiger am therapeutischen Ansatz des „Caring“, Ärzten wird eher die Haltung des „Curing“ zugeordnet [7]. Das heißt, Ärztinnen gehen in höherem Maße als Ärzte auf die Bedürfnisse ihrer Patienten und Patientinnen ein und investieren mehr Zeit in die Behandlung – was im Rahmen der zu erwartenden größeren Anzahl von chronisch kranken und alten Menschen sicher auch eine zunehmende Notwendigkeit erhält. Der Erfolg einer Klinik misst sich jedoch oft an einer schnellen Entlassung, und die Karrierechancen in der Medizin richten sich maßgeblich nach dem Impact factor. Entsprechend haben Ärztinnen und Ärzte, die sich am Caring-Ansatz orientieren, weniger Chancen, eine Führungsposition zu erlangen.

Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzte sind sowohl gemeinsam im Zusammenhang mit den speziellen Anforderungen des ärztlichen Berufes zu betrachten als auch geschlech-

terdifferierend bezüglich der unterschiedlichen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen im Sinne von Gender Mainstreaming.

### Unterschiedliche Ausgangssituation von Ärztinnen und Ärzten?

Nachdem es bereits vom 1. bis 4. Jahrhundert n. Chr. Chirurginnen gab [13] ist das Medizinstudium für Frauen erst seit 100 Jahren in Deutschland erlaubt. Sie sind speziell in den chirurgischen Fachgebieten aus diversen Gründen noch massiv unterrepräsentiert [4]. Die sprechende Medizin wird überproportional häufig von Ärztinnen aus geübt, was auch mit den besseren kommunikativen Fähigkeiten zusammenhängt [19].

In Deutschland verdienen Frauen laut Statistischem Bundesamt 2006 auf allen Gehaltsstufen mindestens 20% weniger als Männer, entsprechendes gilt auch für Chefärztinnen und niedergelassene Ärztinnen [13, 21]. Zusammenhänge ergeben sich mit der deutlichen Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen in Kliniken, in Gremien von Fachgesellschaften und Berufsverbänden und Körperschaften des öffentlichen Rechts wie Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen Honorierungskategorien bestimmt werden.

Zusätzlich zu den äußeren Barrieren durch gesellschaftliche Rollenzuschreibungen, „old-boys-networks“ und diverse Diskriminierungen – auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen wie veraltete Mutterschutzrichtlinienverordnungen – sind hierbei die inneren Barrieren mit einem geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzept aufgrund traditioneller Sozialisation und fehlender Rollenvorbilder wirksam [1].

Ein spezifisches Mentoring, Netzwerke und Wiedereinstiegskonzepte entfalten allmählich Wirksamkeit [6].

### Ärztinnengesundheit

#### Schlüsselwörter

- ▶ Gender Mainstreaming
- ▶ Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- ▶ Zuwendung und Kommunikation
- ▶ Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen
- ▶ Risiko-Depression bei Nicht-Berufstätigkeit

#### Key words

- ▶ gender mainstreaming
- ▶ compatibility of family and profession
- ▶ caring versus curing
- ▶ bad representation of medical women in leading position
- ▶ risk of depression for mothers without work

eingereicht 31.5.2007

akzeptiert 14.6.2007

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1017466  
Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 23–25 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472

#### Korrespondenz

Dr. med. Astrid Bühren

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes  
Hagenerstraße 31  
82418 Murnau  
Tel. 08841-2703  
Fax 08841-2708  
eMail abuehren@t-online.de

Spezielle Auswirkungen hat die Gebärfähigkeit von Frauen, die die nicht biologisch begründbare Konsequenz nach sich zieht, dass sie und extrem selten Väter die Pflichten der alltäglichen Kindererziehung und Haushaltsführung zu erfüllen haben. Im Resultat verlaufen die Berufswege von Ärztinnen bisher oft diskontinuierlich, einschließlich Elternzeit, Teilzeit, Familienarbeit ohne Berufstätigkeit und Pflege kranker Familienangehöriger.

Dies ist vermutlich nicht immer freiwillig gewählt, sondern eher der Realität zuzuschreiben, dass zumindest in akademischen Berufen Frauen sich oft noch zwischen Familie und Karriere entscheiden müssen, während Männer mit Familie eher sogar größere Karrierechancen haben.

So stehen in Deutschland nur Frauen vor der Entscheidung: Karriere oder Kinder? Auch der notwendige Paradigmenwechsel bei Arbeitgebern hat sich trotz guter Beispiele noch nicht überall durchgesetzt: Wir wollen Ihre Arbeitskraft für die Patientenversorgung. Was können wir tun, um Ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern [6]?

Es liegen keine spezifischen Daten über Ärztinnen vor, die aus familiären Gründen auf die Ausübung ihres hochqualifizierten Berufes verzichten (müssen). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass für sie auch gilt: Ebenso wie die einseitige Festlegung auf Erwerbsarbeit für Männer negative gesundheitliche Konsequenzen hat [2], hat die traditionelle Festlegung auf Familie und Haushalt bei Frauen negative gesundheitliche Konsequenzen [17]. Aus Untersuchungen mit anderer Ausrichtung könnte geschlossen werden, dass es sowohl für die Gesundheit der Ärztinnen selbst als auch in bezug auf die Rückwirkung auf ihre Kinder vorteilhaft ist, in Teilzeit berufstätig sein zu können. Flexible Arbeitszeitmodelle haben sich zwar auch für den Arbeitgeber als vorteilhaft herausgestellt [16], werden aber noch nicht in allen Kliniken angeboten. Mit dem am 1.4.2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtänderungsgesetz, wurden hier für die Niederlassung mit der neu geschaffenen Möglichkeit einer Teilzulassung zusätzlich zum Job-Sharing Bedingungen geschaffen, die den Bedürfnissen der jüngeren Ärzte- und Ärztinnengeneration Rechnung tragen. Es sind mir keine Daten über Ärztinnen nach der aktiven Berufsphase bekannt. Hier gilt es zu eruieren, wie well-aging statt anti-aging gelingen kann.

### Karrierespezifische Daten für Ärztinnen

Inzwischen sind 54% der ärztlichen Berufseinsteiger Ärztinnen und unterschiedlich je nach Medizinischer Fakultät bis zu 80% der Erstsemester. Demgegenüber gab es noch nie eine Präsidentin der Bundesärztekammer oder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. In Leitungsfunktionen gelangen Frauen immer noch extrem selten, hier rangiert der Anteil von 24,5% in der Allgemeinmedizin über 20,1% Dermatologie bis 4,2 in der Gefäßchirurgie, 2, 4% in der Gastroenterologie und 0, 7% in der Unfallchirurgie (Ärztliches Personal an Krankenhäusern insgesamt, Grunddaten für 2005, Fachserie 12, Statistisches Bundesamt 2006). Ein Drittel der Niedergelassenen sind Ärztinnen.

### Gesundheitliche Risiken bei Ärztinnen

Bisher wurde dem Thema generell in bezug auf Ärzte und Ärztinnen relativ wenig Bedeutung beigemessen, 2004 thematisierte das

British Medical Journal die „Unhappy Doctors“ und im Oktober 2007 wird die Doctors Health Conference in Sydney stattfinden.

Die meisten der vorhandenen Daten aus gut fundierte Studien mit größeren Kohorten und Metaanalysen stammen aus Nordamerika und auch aus Skandinavien. Sie sollten bezüglich der Übertragbarkeit auf Deutschland überprüft werden.

Daten zur „Physical and mental Health of Women“ wurden zusammengetragen von Frank in „Women in Medicine – Career and Life Management“ [10].

### Geschlechtersensible Medizin – Gender medicine

Die Unterschiede bezüglich Sex und Gender, Biologie und Geschlechtsrollen, bei Männern und Frauen werden seit knapp zwanzig Jahren systematischer untersucht [3, 9] und als Konsequenz auch gesetzlich berücksichtigt (12. Arzneimittelgesetz-Novelle 2004). Erst mit einer selbstverständlichen Beachtung der jeweiligen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und Belange in allen Politikbereichen einschließlich der Gesundheitspolitik – also Gender Mainstreaming – werden immer mehr wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden.

### Seelische Gesundheit – Suizidalität

Speziell die Daten zu den Suizidraten werden sehr widersprüchlich diskutiert. Frank kommt nach Analyse der vorliegenden Daten 2002 zu dem Schluss, dass Ärztinnen zwar eine höhere Suizidrate als andere Frauen aufweisen, aber eine gleich hohe wie Ärzte.

Der Rechtsmediziner des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dahingegen benennt ebenfalls das Suizidrisiko in der Ärzteschaft 40–130 Prozent höher als in der Allgemeinbevölkerung, unterscheidet aber das Suizidrisiko in der Ärzteschaft nach Geschlecht, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung, bei Ärztinnen als 2,5–5,6-mal höher und bei Ärzten 1,1–3,4-mal höher.

Interessanterweise stellt er die häufigsten Zeitpunkte des Auftretens des Suizids in der Allgemeinbevölkerung während des Jugend- und Rentenalter dem Zeitpunkt des Auftretens in der Ärzteschaft während des Berufslebens gegenüber. Die häufigste Suizidmethode in der Ärzteschaft ist die Medikamentenüberdosierung. Fachrichtungen mit höchster Suizidgefährdung sind in absteigender Reihenfolge: PsychiaterInnen > AnästhesistInnen > ChirurgInnen > InternistInnen > NeurologInnen > AllgemeinmedizinerInnen.

### Seelische Gesundheit – Depression

Die psychische und soziale Dimension unter besonderer Berücksichtigung der Gender – Perspektive soll am Beispiel der Depression aufgezeigt werden. Verheiratetsein wirkt bei Männern protektiver gegenüber Depressionen als bei Frauen, während bei Frauen qualitative Aspekte der Partnerschaft eine größere Rolle spielen. Berufstätigkeit geht bei Frauen und Männern mit psychischem Wohlbefinden einher. Dieser Zusammenhang ist jedoch bei verheirateten Frauen und Müttern mit Kindern im Haushalt weniger

deutlich, was Auswirkungen multipler Rollenbelastungen widerspiegelt. Frauen tragen auch die Hauptlast bei der Pflege älterer und kranker Angehöriger. Die „Cost of Caring“ Theorie postuliert, dass Frauen aufgrund ihrer Geschlechtsrolle häufiger mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind, die ihr soziales Umfeld betreffen. Das Ausmaß z.B. politischer Beteiligung, ökonomischer Autonomie, Berufstätigkeit und Verdienst wirkt sich positiv auf die individuellen Depressionswerte aus [14].

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Ärztinnen signifikant häufiger als Ärzte Erziehungszeiten wahrnehmen, nicht in ihrem Beruf tätig, arbeitslos oder in Teilzeit angestellt sind mit entsprechenden Einbußen bezüglich Gehalt und Rente [5].

Konsequent werden Ärztinnen zu den Hochrisiko-Gruppen gezählt wegen der besonderen Herausforderung, die Balance zwischen den Anforderungen im Beruf und in der Familie zu halten. Ärztinnen in Leitungspositionen seien auch seltener verheiratet und häufiger kinderlos als ihre entsprechenden männlichen Kollegen [20].

### Gesundheitsverhalten von Ärztinnen

Das gesundheitsbewusste Verhalten in bezug auf die eigene Person ist bei Ärztinnen und bei Ärzten [10] signifikant ausgeprägter als bei Frauen und Männern entsprechender anderer akademischer Berufe und Gehaltsgruppen. Eine Doktorarbeit aus Hessen zeigt, dass Hausärztinnen in Bezug auf eigene gesunde Ernährung, Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Häufigkeit von Adipositas deutlich gesundheitsbewusster abschneiden als ihre männlichen hausärztlichen Kollegen [12]. Allerdings äußerten ein Drittel der Ärztinnen, aber nur ein Viertel der Ärzte Überforderungsgefühle, was auch Ausdruck eines geschlechtstypischen Rollenverhaltens sein kann.

Dies hat auch Auswirkungen auf ihr ärztliches Verhalten, da Ärztinnen und Ärzte, die für sich selbst gesünder leben mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre Patientinnen und Patienten über präventive Maßnahmen beraten [11].

### Gesundheitsfördernde Faktoren

Die allgemeinen gesundheitsfördernden Lebensstile wie gesunde Ernährung, ausreichende sportliche Betätigung, Anwendung von Stressbewältigungsstrategien, Reduktion von Suchtstoffen, Aufsuchen von geeigneten ÄrztInnen statt Selbstbehandlung etc. gelten selbstverständlich auch für Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus gilt spezifisch für Ärztinnen:

Berufstätigkeit wirkt protektiv in Bezug auf das Auftreten einer Depression. Entsprechend den Befunden von Jurkat (siehe Seite 14 in diesem Heft) ist die Lebensqualität von Chefärzten die höchste von allen hierarchischen Ebenen. Wenn gleichzeitig in der Familie eine partnerschaftliche Aufgabenverteilung eingehalten wird, könnte dies auch für Chefärztinnen gelten, und Frauen müssten allein schon aus Gerechtigkeitsgründen durch adäquate Förderung der Karriere die gleichen Chancen zur Erlangung dieser wohl eher von Eustress geprägten Position erhalten.

Entsprechend sind Mentorinnennetzwerke wie das am langfristigen etablierte und umfangreichste des Deutschen Ärztinnenbundes intensiv und nachhaltig zu fördern.

In der ambulanten Medizin haben sich Gemeinschaftspraxen für Ärztinnen als positiv herausgestellt: Die regelmäßige kollegiale Kommunikation ist im Gegensatz zur Einzelpraxis unkomplizierter und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Absprachen und gegenseitige Vertretung leichter zu bewerkstelligen.

Arztspezifische Anlaufstellen für physisch oder psychisch überforderte und suchtgefährdete Ärztinnen und Ärzte werden inzwischen von den meisten (Landes-) Ärztekammer angeboten. Die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) bietet eine Burnout-Hotline für alle ratsuchenden Ärzte und Ärztinnen an.

Der Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) bietet eine Burnout-Hotline für die Ärztinnen und Zahnärztinnen an, die Mitglied in diesem Berufsverband sind ([www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de)).

### Literatur

- 1 Abele A. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg). Karriereplanung für Ärztinnen. 1. Auflage. Heidelberg: Springer, 2006: 35–37
- 2 Bründel H, Hurrelmann K. Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1999
- 3 Bühren A. „Schluss mit der Gender-Blindheit: Wir brauchen maßgeschneiderte Therapien für Patientinnen und Patienten“, Standpunkt. DZKF Ausg. 2007/5/612–14
- 4 Bühren A. Ist die Chirurgie männlich? – Diskussion eins Vorurteils. In: Schönleben K, (Hrsg). Sonderband zum Chirurgenkongress 2001 „Umdenken in der Chirurgie“. München: Hans Marseille Verlag, 2002: 177–190
- 5 Bühren A. Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin; Vortrag Deutscher Ärztetag, Homepage [www.baek.de](http://www.baek.de), Bundesärztekammer. 2002
- 6 Bühren A, Dettmer S. „Vorteil im Wettbewerb durch zufriedenerer Ärztinnen und Ärzte – Ergebnisse einer Umfrage an allen deutschen Krankenhäusern und Kosten-Nutzen-Analyse für eine klinikeigene Kindertagesstätte“. Dtsch Ärztebl 2006; 103 (49): A 3320–5
- 7 von Castelberg B. In: Vetter K, Buddeberg C. Feminisierung in der Medizin, 1. Auflage. Hamburg: akademos Wissenschaftsverlag, 2003: 54–59
- 8 Dettmer , Kaczmarczyk , Bühren . Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer, 2006
- 9 Fischer G. Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben – Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2005
- 10 Frank E. in: Bowman Majorie A, Frank Erica, Allen Deborah. I. Women in Medicine. New York: Springer-Verlag, 2002
- 11 Frank E, Rothenberg R, Lewis C et al. Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices Findings From the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med 2000; 9: 359–367
- 12 Kaiser P. Hausärztinnen leben gesundheitsbewusster. Ärztin November 2002; 49: 5
- 13 Kienbaum Management Consultant. Vergütungsstudie „Führungskräfte in Krankenhäusern 2001“
- 14 Kühner C. „Frauen“. In: Stoppe Gabriela; Bramesfeld Anke; Schwartz Friedrich-Wilhelm (Hrsg). „Volkskrankheit Depression“. Berlin, Heidelberg: Verlag Springer, 2006
- 15 Künzl E. „Chirurginnen gab es bei den Römern schon im 1. Jahrhundert“. Ärztin 2002; 48: 14
- 16 Kuhnert-Frey Bl. „Berufsperspektiven durch Teilzeit. Dtsch Ärztebl 1999; 96 (41): A–2578–2582
- 17 Möller-Leimkühler AM. „Männer“. In: Stoppe G; Bramesfeld A; Schwartz F-W (Hrsg). „Volkskrankheit Depression“. Heidelberg: Springer, 2006
- 18 Püschel K, Schalinski S. Zu wenig Hilfe für sich selbst – Ärzte in Suizidgefahr. Archiv für Kriminologie 2006; 21b: 89–98
- 19 Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. JAMA 2002; 288: 756–764
- 20 Royal Australian College of General Practitioners. Keeping the doctor alive, A self-care Guidebook for Medical Practitioners 2005
- 21 Schnee M, Brechtel T. Ärzte-Umfrage 1992 und 1998: Ärztinnen haben geringere Einkommen. Dtsch Ärztebl 3.12.1999; 96 (48): 3093/B-2490/C-2244