

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Die nächste Generation:
Wie junge Ärztinnen die Herausforderungen
des Berufs bewältigen



Inhalt

- 03 **Editorial**
Jana Aulenkamp, Dr. med. Wajima Safi, M.A.
- 04 **Gastbeitrag**
Lucia Mathée
 Working Moms: Ist „Kinder und Karriere“ immer noch keine mögliche Wahl?
- 05 **Schwerpunkt: Herausforderungen junger Ärztinnen**
Dorina Höfler
Dr. med. Linda Meyer
Gesine Marie Sallandt
Andrea Martini, Sonja Mathes
Dr. med. Ann-Kristin Reinhold
PD Dr. med. Nienke Lynn Hansen
- 14 **Dr. med. Viyan Sido**
 Schlagen Frauenherzen immer noch anders?
- 15 **Dr. med. Christiane Groß, M.A.**
 Gendersensible Sprache auf dem Deutschen Ärztetag
- 16 **Dr. med. Juliane Knust, Anja Lipschik**
 Karriere und Vereinbarkeit: Die Weiterbildung ist richtungsweisend
- 17 **Im Interview: Prof. Dr. med. Beate Müller**
 „Das Ziel sind Konzepte für Hausärzt:innen, damit sie ihren Beitrag in der Klimakrise leisten können“
- 18 **Aus dem Verband**
 Regionalgruppe Dortmund • Wir gratulieren • Die Silberne Feder
- 19 Neue Mitglieder • Forum 40 plus
- 20 **Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**
 Immer noch nicht weiter! Frauen in Führungspositionen der Universitätsmedizin
- 21 **Frauen fördern die Gesundheit e. V.**
 Erste Fortbildung: MehrWert für Medizin
- 22 **Ausschuss Klimawandel und Gesundheit**
 Lehren aus dem Hitzesommer
- 23 **Dr. med. Heidrun Popovic**
 Buchbesprechung: Gewalt und ihre Folgen – Traumafolgen und Therapien
- 24 **Mitgliederversammlung 2022**
 Vorläufige Tagesordnung und Anmeldungsablauf

ärztin

Offizielles Organ
 des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.
 ISSN 0341-2458

Herausgegeben vom

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

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

Alexandra von Knobloch
 Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes (frei)
 E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
 Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
 PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
 Dr. med. Heike Raestrup
 Dr. med. Wajima Safi

Geschäftsstelle des DÄB

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

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

Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin
 Nassauische Str. 13/14, 10717 Berlin
 Tel.: 030 883 94 95
 E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:

Umweltdruck Berlin GmbH
 Sportfliegerstr. 5, 12487 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 03/2022:
 28. Oktober 2022

Fotos:

S. 1: 123rf_stockbroker, S. 6: 123rf_jetsam86, S. 7: 123rf_fizkes, S. 8: 123rf_daryakomaro, S. 9: 123rf_stockbroker, S. 11, 12, 14: Unsplash, S. 13: 123rf_sqback, S. 17: 123rf_palau83, S. 22: 123rf_stockbroker

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,

in dieser Ausgabe der **ärztin** blicken wir mit dem Titelthema in die Zukunft und befassen uns mit Wünschen und Herausforderungen unserer „Next Generation“.

Erfreulicherweise konnte das Junge Forum (JF) des DÄB mit seinem Aufruf, Beiträge zu Themen, die die „Jungen“ bewegen, viele Neu-Autorinnen gewinnen. Ausführlich und motiviert beschreiben diese Kolleginnen, wie ein Arbeitsumfeld aussehen könnte, das Vielfalt und Inklusion lebt, lebensfreundlich ist, digital unterstützt und flexible Arbeitsmodelle umsetzt. Diese Beiträge reflektieren das Bewusstsein für die Diversität der Herkunft, Geschlechter, Religionen, des Alters und vielem mehr – aber auch den Wunsch nach grundlegenden Neuerungen in unserem Verständnis von Arbeit.

Die Forderung nach einer frauenfreundlichen Umgestaltung der ärztlichen Arbeitswelt wird in allen Beiträgen sichtbar, denn bislang verrichten Frauen immer noch einen großen Teil der Care-Arbeit und wollen trotzdem ihren beruflichen Weg gehen. Besonders bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Perspektiven zweier Ärztinnen, die die Herausforderungen einer wissenschaftlichen Karriere beschreiben. Ihre Erfahrungen liefern Erklärungsansätze für die Ergebnisse der neuesten Studie „Medical Women on Top 2022“ des DÄB, über die Sie in dieser Ausgabe ebenfalls mehr erfahren (Seite 20). Sie verdeutlicht eindringlich, wie wenig sich für Frauen in Führungspositionen der Universitätsmedizin verändert.

Diese Anliegen, die in der Titelstrecke vorgetragen werden, sind Wasser auf die Mühlen der Arbeit des DÄB, denn seit Jahren vertritt er die Forderung der jungen Ärztinnen, wie zum Beispiel die Möglichkeit der Weiterbildung in Teilzeit. Diese wurde mittlerweile, unter anderem durch die steten Bemühungen des Verbands, erreicht.

Wir möchten Ihnen hier nicht vorenthalten, dass wir für ein Thema keine Autorin gefunden haben, obwohl



Aulenkamp, Foto: privat



Safi, Foto: privat

es regelmäßig ein Diskussionsgegenstand in den Treffen des JF ist: sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Vermutlich hängt es damit zusammen, dass dazu im Gesundheitswesen bedauerlich wenige Erhebungen existieren, dass das Thema im Medizinsektor noch sehr tabubehaftet ist und dass es vielen Frauen so nahe geht, dass es ihnen schwerfällt, sich öffentlich zu äußern. Das #MeToo des Gesundheitswesens steht noch aus, dabei ist das Problem ziemlich sicher genauso groß wie in anderen Branchen.

Die Fragestellungen jüngerer Ärztinnen sind im DÄB fest verankert. Unter anderem

machen wir sie sichtbar, indem wir sie am Anfang ihrer Karriere zum Beispiel mit Preisen unterstützen oder den Austausch über die Generationen hinweg anstoßen. So gibt es seit vielen Jahren ein MentorinnenNetzwerk, das den Erwerb von Kompetenzen unterstützt, die für das Berufsleben und die Karriereplanung hilfreich sein können. Das Junge Forum hat in diesem Zusammenhang die sogenannten Zukunftsabende sowie das einmal im Quartal stattfindende Meet and Greet ins Leben gerufen. Diese digitalen Formate ermöglichen erfahrenen Kolleginnen über ihren Werdegang zu berichten und interessierten Studierenden und jungen Kolleginnen wertvolle Tipps für ihre Karriere und ihre Zukunftsplanung als auch Ratschläge zur Bewältigung von Problemen und Hürden zu geben. Seien Sie herzlich eingeladen, die Termine finden Sie in den Newslettern.

Wir wünschen Ihnen und euch eine spannende und interessante Lektüre!

Mit kollegialen Grüßen

Jana Aulenkamp,
Beisitzerin im Vorstand des DÄB

Dr. med. Wajima Safi, M.A.,
Vorstandsvorsitzende JF



Foto: privat

Kinder und Karriere: Immer noch keine mögliche Wahl?

LUCIA MATHÉE

„Working Moms“ setzen sich dafür ein, dass Mütter ihrer Qualifikation entsprechend ambitionierte berufliche Wege gehen können. Ein Problem ist die unbewusste Voreingenommenheit in der Berufswelt.

Ob man Kinder und Karriere zeitgleich hat, ist eine Frage großer Organisationsfähigkeit und Flexibilität sowie einfach von Kraft. Kraft für extrem volle Tage und Nächte. Für alle Eltern gilt dabei: Sowohl eine ambitionierte Berufstätigkeit als auch die gute Betreuung und Fürsorge für die Kinder beanspruchen jeweils Zeit, haben eine rein quantitative und eben nicht nur qualitative Dimension. Jeder Tag hat aber nur 24 Stunden. Wie also klarkommen, wenn wir in guter Balance bleiben möchten? Und wie damit umgehen, wenn antiquierte Strukturen des Arbeitsumfeldes im Wege stehen, und sich Familie und Beruf eben nicht gut kombinieren lassen?

Beispiel Notfallmedizin

Die meisten beruflichen Aufgaben sind nicht „nine to five“ zu leisten. Denken wir hier beispielsweise an die Notfallmedizin oder die Arbeit in Krankenhäusern. Wie lässt sich dort ein faires Umfeld schaffen, welches gestattet, auch mit Kindern Karriere zu machen und zugleich die beruflichen Herausforderungen zu meistern? Eine unserer Working Moms, Fachärztin für Anästhesie mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, berichtet: „Ich kam nach der Geburt meiner Tochter nach der Elternzeit in Vollzeit zurück in die Rettungsstelle. Da ich für die Spätdienste und nachts nicht immer eine Betreuung hatte, gab es einen speziellen Deal. Ich arbeitete unter der Woche und an Wochenenden immer nur tagsüber. Der teure Preis: Ich musste meine Position als Notärztin an jemand anderen abtreten. Außerdem erfuhr ich Mobbing durch die Dienstplan schreibende Oberärztin, selbst kinderlos, und meine Position absolut nicht nachvollziehend. So bekam ich zwar nur Tagdienste, teilweise aber zwölf Tage am Stück.“

Die Ärztin gab ihren Traumberuf als Notfallmedizinerin auf und kündigte, um als Quereinsteigerin den Facharzt für Allgemeinmedizin zu machen. Anders bei zwei Working Moms, die sich schon seit Jahren eine Stelle als Oberärztin teilen, und erleben, dass mit dieser Regelung nicht nur sie selbst, sondern auch das gesamte berufliche und private Umfeld sehr glücklich sind. Eine wegweisende Lösung!

In der Schule ansetzen

Wir Working Moms werben nicht für ein spezifisches Lebensmodell, sondern setzen uns im Interesse der Gesellschaft dafür ein, dass auch Mütter ihrer Qualifikation entsprechend ambitionierte berufliche Wege gehen können. Wir machen uns unter anderem stark für: flächendeckende, qualitativ hochwertige und flexible Kinderbetreuung, Schulausbildung mit verbesserter digitaler Infrastruktur sowie für Bildungspläne, die Zukunftskompetenzen in den Fokus stellen. Und wir fordern nachdrücklich, dass die Gesellschaft umdenkt und moderne Strukturen entstehen, die beispielsweise berufliche Erfolge nicht mehr an reine Arbeitszeit koppeln oder auch gute Mutterschaft nicht mehr an die reine Anwesenheitszeit zu Hause.

Immer noch haben beruflich erfolgreiche Mütter neben dem rein organisatorischen Kraftakt einschließlich des mittlerweile anerkannten „mental load“ gegen den „unconscious bias“ zu kämpfen. Ein fast aussichtsloser Kampf: Denn im Ring steht kein greifbarer Gegner, dem man mit Können begegnen könnte, sondern die Zuschreibung, dass Karriere machende Frauen mit Kindern sowohl unsympathisch als auch beruflich unqualifiziert sind. Wir starken Frauen und Mütter sollten aber selbstverständlich nach den beruflichen Sternen greifen, und wir sollten die unbeirrbar Zuversicht in uns tragen, dass wir die Sterne auch vom Himmel holen können. So stehen die Working Moms, ein Verbund von Müttern, die ambitioniert ihren Karriereweg verfolgen, dafür, dass Frauen selbstverständlich beides haben können: Kinder und Karriere. ◀

Lucia Mathée ist Vorsitzende des Working Moms e.V. Seit 1985 im Kapitalmarkt tätig, wechselte sie nach einer Karriere in der Finanzanalyse auf die Unternehmensseite, um im Bereich Investor Relations und Finanzkommunikation/Strategische Kommunikation sowohl ihr eigenes Unternehmen aufzubauen als auch Führungspositionen zu verantworten. Mit ihrem Mann hat Lucia Mathée drei schon lange erwachsene Töchter.

E-Mail: verband@workingmoms.de



Lebensfreundliche Arbeitszeitmodelle

Foto: privat



DORINA HÖFLER

Im klinischen Alltag ist der Begriff „lebensfreundliches Arbeitszeitmodell“ für viele ein Fremdwort. Obwohl sich der Arbeitsplatz allgemein in Richtung Home Office entwickelt, finden Arbeitsroutinen, die mancherorts als modern gelten, in der Medizin bisher kaum Platz.

Wie könnten lebensfreundliche Arbeitszeitmodelle im klinischen Alltag Anwendung finden? Auf diese Frage gibt es keine Antwort, die auf alle Arbeitsplätze in der Medizin gleichermaßen passt. Hier geht es darum, Aufmerksamkeit zu schaffen.

Der Begriff meint die Anpassung der Arbeitszeit an die aktuelle, individuelle Lebenssituation für jeden Menschen. Er geht über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hinaus und umfasst auch Konzepte für altersgerechte Teilzeit.

Sich mit dem Thema Lebensarbeitszeit zu beschäftigen, kann Klarheit schaffen. Beispielsweise: Was bedeutet es für mich, wenn ich, unabhängig von familiären Verpflichtungen, feststelle, dass nicht die klassische halbe Teilzeitstelle das Richtige für mich ist, sondern eine vollzeitnahe Teilzeit mit mindestens 30 Stunden Wochenarbeitszeit? Oder: Ist es wirklich zeitgemäß, dass das klassische Teilzeitmodell in der Vorstellung vieler Menschen nur für arbeitende Mütter anerkannt ist?

Arbeiten als Tandem

Gerade im klinischen Stationsalltag erscheint es oft fast unmöglich, nicht ständig präsent zu sein: Übrig gebliebene Arbeit muss an Vollzeitarbeitende abgegeben werden. Notfallsituationen verhindern einen pünktlichen Feierabend und Zeit für Weiterbildung bleibt kaum.

Gangbarer erscheint hier das Jobsharing mit einem Tandempartner oder einer Tandempartnerin: Dabei wechselt man sich wochenweise ab und arbeitet dann Vollzeit. Auch hier gilt: Ob dieses Modell ins Leben passt, ist von der familiären Situation abhängig – in diesem Fall von den Umständen zweier Menschen. Sie müssen zusammenpassen.

Auch die Option, nur bestimmte Dienste, etwa Spät- oder Nachtdienst, zu übernehmen, kann sich eignen, um Familie und Beruf besser in Einklang zu bringen. Dabei muss ein solches Modell Dienste ermöglichen, die dem Ausbildungsstand der Arbeitnehmenden gerecht werden.

Die Technik fehlt oft

Im Vergleich zum stationären Bereich gelten die Arbeitszeiten im ambulanten Sektor allgemein als besser planbar. Aber lassen sich nicht doch einige Ansatzpunkte finden, um Privates und Berufliches auch in der Klinik besser unter einen Hut zu bekommen?

Wie steht es mit der Telemedizin? Von zu Hause aus zu praktizieren ist in Fächern wie der Radiologie schon etabliert. In anderen Bereichen ist es absolute Zukunftsmusik. Dabei gibt es sicherlich in den weitaus meisten Disziplinen der Medizin Tätigkeiten, die sich im Home Office erledigen lassen, weil sie keinen direkten Kontakt mit Patient:innen erfordern. Was hier unter anderem oft noch

fehlt, ist die technische Ausstattung, um so zu arbeiten. Als junge Ärztinnen finden wir außerdem: Es ist höchste Zeit, die überkommenen Arbeitskonzepte in Kliniken zu hinterfragen – und so mehr Flexibilität zu ermöglichen. Gibt es vielleicht ein effektiveres Modell für die morgendliche gemeinsame Visite? Wann ist die Kernarbeitszeit, in der die persönliche Anwesenheit unabdingbar ist?

Neue Kommunikationskultur

Individuelle, bedürfnisorientierte Arbeitszeitmodelle zu finden, stellt eine Herausforderung dar, die unbedingt eine gute Kommunikationsstruktur im Team erfordert. Sie hängt aber auch von der Führung ab. Ob die oder der Teilzeitarbeitende die gleiche Akzeptanz innerhalb des Teams mit ähnlichen Weiterbildungschancen wie Vollzeitarbeitende erlebt, hat damit zu tun, wie Vorgesetzte das Thema im Team platzieren. Seine oder ihre Haltung bestimmt den Erfolg mit. Die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Konzepte müssen natürlich diskutiert werden. Das erfordert Mut und Zeit. ◀

Dorina Höfler ist Assistenzärztin für Innere Medizin/Kardiologie und sieht auch ihre weitere berufliche Zukunft im Krankenhaus. Am DÄB schätzt sie den Austausch. „Er inspiriert, schafft Vorbilder und Motivation für Veränderung.“

E-Mail: dorina.hoefler@gmx.de



Foto: © Helle Kammer

Vereinbarkeit: Ein Problem und viele Lösungen – auch für Männer

DR. MED. LINDA MEYER

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in der Medizin zunehmend auch für Männer ein Thema und die Personalabteilungen von Kliniken erkennen allmählich, dass sie ihre Angebote für beide Geschlechter ändern müssen, um ihre Stellen zu besetzen. Werden männliche Ärzte und weibliche Ärzte unterschiedlich behandelt, wenn sie nach Teilzeit fragen? Hier mehrere Erfahrungsberichte.

Ich habe in den vergangenen Jahren mehrere handfeste Beispiele zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Ärztin oder Arzt gesammelt. Mir ist es wichtig, von diesen Fällen zu berichten und zu motivieren, dass wir uns weiter dafür einsetzen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und neue Wege mit flexiblen Arbeitszeitmodellen zu gehen. Ich denke, dass der Austausch von persönlichen Erfahrungen dabei eine entscheidende Rolle spielt und uns weiterhilft, um von anderen zu lernen.



Beide Eltern sind Ärzte: Wer übernimmt wie viel Familienarbeit?

Teilzeit nimmt zu

Laut einem Evaluationsbericht der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) arbeiteten 2018 41 Prozent der Ärzt:innen in Teilzeit. In der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin arbeiten 63 Prozent in Vollzeit, der Rest in Teilzeit. In den übrigen Fachrichtungen hatte sich das Verhältnis bereits umgedreht und es arbeiten nur 46 Prozent in Vollzeit und 54 Prozent in Teilzeit. Dabei sind es überwiegend Frauen, die ihre Arbeitszeit herunterfahren. In der Allgemeinmedizin sind die Teilzeitstellen zu 87 Prozent von Frauen besetzt, in den anderen Fachgruppen sind es sogar 92 Prozent. Zum Teil lässt sich das damit er-

klären, dass insgesamt der Anteil der Frauen in der Medizin zunimmt; so sind 72 Prozent der Ärzte in Weiterbildung weiblich.

Die Apobank beschäftigte sich im Mai 2019 in der Studie mit dem Titel „Kind und Kittel“ mit der Frage, welche Arbeitsformen Familie und Beruf am besten zusammengehen lassen. Dabei stuften 84 Prozent der Befragten eine Berufsausübungsgemeinschaft und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als die familienfreundlichste Option ein. Die Anstellung als Fachärzt:in wird immerhin noch von 32 Prozent als familienfreundlich wahrgenommen, während Stellen als Oberärzt:in oder Chefärzt:in lediglich 24 beziehungsweise 27 Prozent als solche bewerteten.

Männer fühlen sich freier

Bei der Umfrage bestätigten 42 Prozent der Frauen, dass sie viel häufiger das Gefühl haben, sich im Laufe ihrer Karriere zwischen Kind und Beruf entscheiden zu müssen. Bei den Männern waren es nur 18 Prozent, die diese Einstellung teilten.

Doch wie müssen Teilzeitmodelle in der Klinik aussehen, die praktikabel sind, welche Ansprüche müssen sie erfüllen sowohl für den Arbeitnehmer als auch für den Arbeitgeber? Dazu habe ich mit verschiedenen Ärzt:innen aus unterschiedlichen Kliniken und Fachrichtungen gesprochen. Interessant zu beobachten finde ich, dass alle Kliniken mit denselben Problemen kämpfen. Die einen haben durch Flexibilität und Innovation bessere Lösungen gefunden als andere.

Ärztin in der Allgemein Chirurgie

Anke, Fachärztin in der Allgemein Chirurgie mit einem Sohn, berichtete, dass sie insgesamt sehr glücklich sei mit ihrer Teilzeitlösung. Sie rechnet ihrem Chef sehr hoch an, dass es ihr völlig freigestellt wurde, mit wie viel Prozent und welcher Auf-

teilung sie aus der Elternzeit zurückkehre. Sie hat sich für ein 60-Prozent-Modell entschieden. Dabei arbeitet sie drei Tage die Woche von 7:00 Uhr bis 15:30 Uhr. Anke hat das Gefühl, dass es auf diese Weise für sie bestmöglich klappt, Mutter und zugleich Ärztin zu sein. Sie konnte sich ihre Arbeitsstunden so einteilen, wie es für sie und die Familie passt. Das ist sicherlich nicht die Regel. Außerdem schafft sie es weiterhin, operativ tätig zu sein, obwohl sie keine ganzen Tage in der Klinik ist. Das wiederum zeigt, dass auch dieser Weg möglich ist.

Natürlich muss Anke einige Abstriche machen. So kann sie zum Beispiel die Operationen aus dem Tagesgeschäft nicht übernehmen, da diese erst am frühen Nachmittag beginnen. Auch werde sie bei den elektiven Operationen, die morgens und vormittags laufen, teilweise weniger eingeteilt. Andere Kollegen würden dadurch insgesamt mehr operieren und häufiger auf dem OP-Plan berücksichtigt werden.

Arbeit hat sich verändert

Durch die Teilzeitstelle, berichtet sie, ist sie mit der Zeit zu einem Springer geworden und rotiert viel durch die Stationen, die Ambulanz oder den OP. Anke konstatiert: Würde sie ganze Tage arbeiten, wäre es leichter im Beruf. Aber die KiTa-Öffnungszeiten lassen es nicht zu. Trotzdem findet sie ihre persönliche Bilanz sehr stimmig, weil sie wichtige Ziele für sich erreicht hat: die Arbeitszeit bestmöglich einzuteilen und operativ tätig zu bleiben.

Schwierig ist es aber für die Kolleg:innen, die jene 40 Prozent Zeit auffangen müssen, die durch ihre Teilzeit wegfallen. Denn die Reststelle wurde nicht besetzt. Insgesamt, berichtet Anke, gibt es drei Ärztinnen, die über jeweils 100-Prozent-Stellen laufen, aber in Teilzeit tätig sind. Dadurch entstehen Lücken. Das Argument vom Chef sei, dass es sein könnte, dass die Teilzeitkraft wieder auf Vollzeit aufstocken möchte, dann müsse er das ermöglichen und könne darum nicht den restlichen Teil ihrer Stellen besetzen.

Weniger, dafür schneller arbeiten

Anke versucht, ihre Lücke für die Kolleg:innen zu kompensieren, indem sie beispielsweise die Arbeit auf der Station in der kürzeren Zeit bewältigt. Wenn sie gehe, sei die Station fertig. Trotzdem bleibt den Vollzeitkolleg:innen mehr Arbeit in anderen Stellenanteilen. Anke glaubt, das Modell funktioniere in der Klinik vor allem deshalb, da es sich in der Abteilung um ein

sehr gutes Team handele, was zusammenhält, sehr kollegial miteinander umgehe und versuche, jeden zu unterstützen.

Trotzdem gebe es manchmal einen etwas bitteren Beigeschmack bei den anderen Teammitgliedern und so kommt von den männlichen Ärzten auch mal eine spitze Bemerkung mit einem Augenzwinkern wie „Hast du morgen deinen Hausfrauentag?“, wenn sie am nächsten Tag frei hat. Die Frauen würden das besser akzeptieren, weil sie vielleicht in wenigen Jahren selbst in der Situation sein könnten. Die Männer dächten über Teilzeit in der chirurgischen Abteilung hingegen nicht nach.

Teilzeitmodelle bei den Oberarztstellen gibt es keine und das sei auch ausdrücklich nicht gewünscht vom Chef.



Gespräch mit dem Vorgesetzten: Oft mit ungewissem Ausgang

Oberarzt mit Teilzeitwunsch

Doch wie steht es um Teilzeitmodelle bei Männern? Das Ärzteblatt berichtete 2020, in Kliniken und Praxen arbeiteten im Jahre 2019 nur 11 Prozent aller männlichen Arbeitnehmer in Teilzeit, im Jahre 2014 waren es sogar nur 8 Prozent.

Matthias, Oberarzt in der Urologie einer Uniklinik, war der erste männliche Oberarzt dort, der sich eine Teilzeitstelle wünschte. Er arbeitete damals seit über zehn Jahren dort, war, als er seinen Wunsch vortrug, bereits Oberarzt und wünschte sich eine unbefristete Stelle. Zugleich wollte er nur 80 Prozent arbeiten, wenn seine Frau aus der Elternzeit zurückkehre. Denn diese wollte in Vollzeit wieder einsteigen, um ihre assistenzärztliche Zeit abzuschließen. Intern hatten sie beschlossen, dass Matthias mit seinem Mehr an Familienzeit die kleine Tochter nachmittags nach der Arbeit rechtzeitig von der KiTa abhole.

Offenheit als Nachteil

Er entschied sich, das Thema zum einen sehr frühzeitig, bereits gut ein Jahr vor der geplanten Umsetzung, anzusprechen, damit die Klinik ausreichend Zeit habe, das Organisatorische zu regeln. Außerdem sprach er in dem Gespräch den Wunsch nach einer Entfristung nach über 10-jähriger Tätigkeit an der Klinik an. Er entschied sich damals bewusst, nicht erst die Entfristung zu verlangen und dann die Teilzeit einzureichen, da er dies für eine nicht ehrliche Kommunikation hielt. Im Nachhinein wahrscheinlich eine Fehlentscheidung, meint er jetzt.

Letztendlich war die Reaktion vom Chef auf das Anliegen einer Stellenreduktion: „Das finde ich nicht so toll, aber jetzt schauen wir erstmal und warten ab.“ Es passierte zunächst gar nichts mehr. Das Anliegen wurde ignoriert. Als Matthias nach über einem halben Jahr erneut den Wunsch nach einer Entfristung äußerte, war die Antwort: „Ja, sicher: die Entfristung. Das mit der Teilzeitstelle hat sich doch erledigt, oder?“ Da es sich mit der Teilzeitstelle nicht erledigt hatte, kam das Argument, dass unter diesen Umständen eine Entfristung nicht möglich sei. Konkrete Gründe wurden nicht genannt. So erhielt Matthias am Ende nur einen 2-Jahres-Vertrag – aber auch seine 80-Prozent-Stelle. Beschränkt wurde die Teilzeitanstellung jedoch zunächst auf ein Jahr.

Man gewöhnt sich dran

Rückblickend meint Matthias, dass dies für den Chef, aber auch für die Klinik anfangs unerwartet und auch ungewohnt gewesen sei. Aber es habe sich alles wunderbar eingespielt und funktioniere sehr gut. Benachteiligt fühle er sich in der Klinik nicht und stoße mittlerweile auf Akzeptanz. Das zeigt, nach seiner Einschätzung, dass zuvor viele Vorurteile und Ängste bestanden, die sich nicht bestätigt haben.

Die Uniklinik bietet mittlerweile befristete Teilzeitverträge an. Somit können Arbeitnehmende für eine bestimmte Zeit ihre Stelle reduzieren, für diese Zeit einen befristeten Teilzeitvertrag abschließen und die Führungskräfte haben Planungssicherheit. Sie können beispielsweise bei zwei Mitarbeitenden, die auf 80 Prozent reduzieren, die restlichen Stellenanteile mit einer neuen 40-Prozent-Kraft besetzen. Nach Ablauf der befristeten Verträge lässt sich die Stelle wieder aufstocken. Trotzdem ist es ein deutlich vermehrter Arbeitsaufwand und eine große Herausforderung für die Personalplanung und es gibt sicher viele Fälle, bei denen das Konzept noch nicht

optimal aufgeht. Mit mehr Routine und Erfahrung entstehen jedoch mehr Ideen, um gut damit umzugehen.

Eine andere positive Erfahrung von Männern kommt aus der Unfallchirurgie: Niklas wollte seine Stelle auf 90 Prozent einschränken. Die Zeit brauchte er, um sein Kind freitags früher aus der KiTa abzuholen, wenn seine Frau länger in der Klinik war. Außerdem wollte er es mittwochs in die KiTa bringen, wenn seine Frau aus dem Dienst kommt und es darum nicht schafft wie an den restlichen Wochentagen. Er ging mit einem konkreten Plan zum Chef. Dabei hatte er große Sorge, auf Widerstand und Ablehnung zu stoßen. Denn auch er war der erste Mann. Doch sein Chef stimmte ohne Probleme zu.



Väter in der Familienpflicht: Noch die Ausnahme

Die Beispiele zeigen, dass sich in der Akzeptanz von Teilzeitmodellen bei Männern einiges weiterentwickelt, auch wenn die Modelle noch lange kein Alltag geworden sind. Anfängliche Vorurteile können durch die positive Erfahrung abgebaut werden. Aber es zeigt auch, dass es hilfreich ist, mit konkreten und strukturierten Überlegungen an die Chefärzte oder -ärztinnen heranzutreten. Deshalb ist ein Austausch von Erfahrungen wichtig, um sich vorab zu informieren und klare Vorstellungen zu haben, welche Lösungen in der eigenen Klinik praktikabel sein könnten. Das gilt für Frauen und Männer. ◀

Dr. med. Linda Meyer ist Fachärztin für Neurologie und aktuell in der Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss. Sie hat einen Sohn, ist gewähltes Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein und engagiert sich bei Generation PSY und als Vorstandsmitglied des Jungen Forums beim DÄB.

E-Mail: lindameyer1212@gmail.com



Foto: © Fotostudio Eif

Ist Vereinbarkeit von Beruf und Familie eigentlich noch ein Thema für junge Ärztinnen?

GESINE MARIE SALLANDT

Man sollte meinen, dass eine junge Ärztin im Jahr 2022 gelassener an die Frage nach Kind und Karriere herangehen könnte als die Kolleginnen der vorherigen Generationen. Immerhin haben die Frauen in diesem Berufsstand viel erreicht – auch dank des DÄB. Trotzdem spüren viele Nachwuchsmedizinerinnen einen Druck auf sich lasten. Hier die Gründe.

Es ist 2022 und vieles hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gebessert für Frauen in unserem Berufsstand. Teilzeitarbeit ist oft möglich, auch beim Arbeiten als Schwangere gibt es Lichtblicke und es existieren vielerorts Angebote für die Kinderbetreuung.

In meinem Freundeskreis finden sich wirklich viele junge Ärztinnen: keine Überraschung bei dem hohen Frauenanteil im Studium. Wenige von ihnen haben bereits Kinder. Andere möchten erstmal arbeiten und später Kinder. Wieder andere wollen gar keine Familie, einige wissen es noch nicht. Die Vielfalt ist schön, denn ich habe das Gefühl, dass für alle Wünsche die Möglichkeit besteht, dass sie sich erfüllen. Trotzdem ist „Kinder/Beruf/Vereinbarkeit“ für viele von uns ein Dauerthema. Dies beruht auf verschiedenen Punkten.

Wo ist die Selbstbestimmung?

Auch wenn es positive Beispiele für die Weiterarbeit in der Schwangerschaft gibt: Die Situation ist in jeder Klinik anders. Daher haben viele Frauen ein ungutes Gefühl, schließlich ist es oft unbekannt, wie der Chef – in den meisten Fällen ist es noch ein Mann – oder die Chefin auf die Nachricht reagieren wird. Oder wahlweise die Betriebsärzt:in oder die Behörde. Die meist strikte Klinikhierarchie lässt einen die Unsicherheit bezüglich der Konsequenzen eines derartigen Gesprächs als bedrohlich empfinden. Letztendlich kann der Chefarzt oder die Chefärztin quasi bestimmen, wie es bei mir in der Karriere weitergeht. Keine angenehme Startposition.

Einige Frauen haben zusätzlich den Eindruck, nicht mit Kolleg:innen außerhalb des Freundeskreises über das Thema sprechen zu können. Es könnte ja sein, dass das Wissen darüber, dass ein Kinderwunsch besteht, verbreitet wird und einem daraus Nachteile entstehen können. Dazu kommt die nachgestellte Frage: „Wenn ich schwanger bin: Wann und wie sage ich es meinem Arbeitgeber?“ Die berühmte 12-Wochen-Regel tritt

hier zu Tage und das Bewusstsein, dass ich mich zwischen Arbeitsschutz oder Privatsphäre in der Frühschwangerschaft entscheiden muss.

Schon allein diese Fragen wären genug, um Stress im Umgang mit dem Thema heraufzubeschwören, und zwar auch schon bei Frauen, die noch nicht schwanger sind.



Familie: Mütter sollten keine Nachteile im Beruf fürchten müssen

Anwesenheit oder Kompetenz?

Weiterhin ist es nun einmal so, dass eine Frau, die gerade Mutter wird, für eine gewisse Zeit nicht arbeitsfähig ist. Solange die männlichen Kollegen keine vergleichbar lange Elternzeit nehmen, ist hier der Gendergap vorprogrammiert. Da Anwesenheitszeit mancherorts immer noch als Indikator für Kompetenz herangezogen wird, ist man hiermit als Frau automatisch im Nachteil.

Nach der Geburt steht die nächste Frage an: Wird es möglich sein, in Teilzeit weiterzuarbeiten? Kann ich auch wichtige Rotationen absolvieren, wenn ich nicht immer da bin oder

werde ich auf das sprichwörtliche Abstellgleis verfrachtet? Es gibt Kliniken, in denen durch eine Schwangerschaft automatisch der Anspruch auf Rotationen „verfällt“.

Viele dieser Eindrücke möchte man einem anderen Jahrhundert zuordnen. Es sind aber Fakten und immer noch an der Tagesordnung. Durch die oft weiterhin hierarchische Personalstruktur in Kliniken mit dem typischen Geschlechtergefälle sowie dem zusätzlich wirtschaftlichen Druck, aus jedem und jeder Mitarbeitenden die maximal mögliche Arbeitszeit herauszuholen, lastet weiterhin unnötig viel auf den Schultern junger Frauen. In vielen Fällen entscheidet die Haltung einer einzelnen vorgesetzten Person in wesentlichen Punkten mit.

Solange die Frage nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiterhin mit so vielen Unsicherheiten verknüpft ist, dürfte es kein Wunder sein, dass Frauen immer später Kinder bekommen. Es besteht ein Widerspruch zwischen den realen Schwierigkeiten und der Tatsache, dass eine Schwangerschaft einen normalen und natürlichen Teil im Leben einer Frau darstellt.

Vorschlag: Mehr Transparenz

Mein Vorschlag wäre eine offene Kommunikation in Kliniken, inwiefern Arbeiten in der Schwangerschaft oder danach, zum Beispiel in Teilzeit, möglich ist – ohne dass die Mitarbeiterinnen danach fragen müssen. Ein Gütesiegel wie beispielsweise das des Ärztinnenbundes zeigt Motivation und Engagement der Klinik und gibt klar zu sehen: Mit uns können Sie darüber reden!

Zusätzlich sollte insbesondere in die Kinderbetreuung investiert werden, auch an den Kliniken – in Lübeck gibt es beispielsweise eine Versorgungsquote von lediglich 43,2 Prozent für Kinder unter 3 Jahren. Und wir wissen ja, wer dann eher zu Hause bleibt und die Kinder betreut. ◀

Gesine Marie Sallandt ist 26 Jahre alt und arbeitet seit Februar 2021 am UKSH Campus Lübeck, wo sie zudem ihre Promotion abschließt. Seit Februar 2022 ist sie Beisitzerin im Vorstand der DÄB Regionalgruppe Lübeck. Weiterhin ist sie Mitglied im Jungen Forum des Marburger Bundes Schleswig-Holstein.

E-Mail: luebeck@aerztinnenbund.de



Foto: © Sabine Kunzer



Foto: privat

Wie ein erfolgreicher Start als Wissenschaftlerin gelingen kann

ANDREA MARTINI UND SONJA MATHES

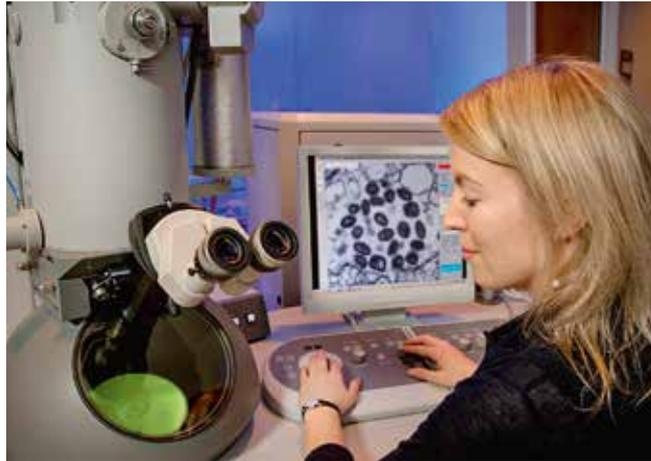
Neben privaten Faktoren spielt für den Karriereverlauf wissenschaftlich interessierter Frauen auch ihre Vernetzung in der Forschung eine Rolle. Strukturierte Programme ermöglichen es, die Regeln der Wissenschaftswelt Schritt für Schritt und umfassend kennenzulernen. Zwei verbreitete Programme für Medizinerinnen sind „Clinician Scientist“ und „PhD“, die aus verschiedenen Gründen attraktiv sein können.

Gerade in der Wissenschaft existieren auch heute noch Unterschiede bei den beruflichen Chancen zwischen Männern und Frauen. Ein Indikator, der – neben anderen – Hinweise gibt, wie weit die Gleichstellung gediehen ist, besteht in der Zeit, die Männer und Frauen in die Forschungsarbeit investieren: Frauen beschäftigen sich damit noch immer im Durchschnitt weniger zeitintensiv als Männer.

Woran das liegt? Ein möglicher Faktor ist eine geringere Vernetzung von Frauen im Forschungssystem. Inzwischen gibt es Programme, die sich für wissenschaftsinteressierte junge Medizinerinnen lohnen könnten.

Geschützte Zeit als Chance

Das „Clinician Scientist Programm“ ist ein strukturiertes, klinisches Forschungsprogramm, welches durch Unikliniken, medizinische Fachgesellschaften und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) getragen wird. Das „Clinician Scientist Programm“ verzahnt die fachärztliche Weiterbildung und die klinische oder translationale Forschungstätigkeit. Dafür wird der Anteil der Zeit für Forschung vertraglich gewährleistet. Es entsteht eine geschützte Zeit (protected time) für die Wissenschaft. Im Idealfall führt das Programm sowohl zum erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung als auch zur Habilitation.



Zeitintensiv: Virusforschung

Das Projekt entspricht dem Wunsch der jungen forschungsinteressierten Generation von Ärzt:innen nach einer strukturierten wissenschaftlichen Ausbildung. So hatte das „Bündnis Junge Ärzte“ schon 2015 in einem Positionspapier bessere Rahmenbedingungen gefordert, um die „Attraktivität und Leistungsfähigkeit der akademischen und evidenzbasierten Medizin in Deutschland in einem weltweit zunehmend kompetitiven Umfeld zu sichern“. Dabei hatten sie auch darauf hingewiesen, dass ein Kernproblem darin liege, dass wissenschaftliches Arbeiten meist die Weiterbildung verlängere und eine zeitliche und inhaltliche Zusatzbelastung darstelle: zwei Faktoren, die für viele Frauen noch relevanter sind als für Männer. Als Stichwort sei hier nur das Zeitproblem durch den Mutterschutz genannt.

Eine kritische Bestandsaufnahme des „BIH Charité (Junior) Clinician Scientist Programms“ zeigte, dass die Forschungszeiten während der Weiterbildung die Qualität der klinischen Ausbildung nicht beeinträchtigen, dennoch wird überwiegend die Forschungszeit nicht als Weiterbildungszeit anerkannt.

Alternative zum Dr. med.



Langwierig: Krebsforschung

Ein weiterer Zugang zur Wissenschaft kann über „PhD“ gelingen. Dahinter verbirgt sich der Doctor of Philosophy. Dieser akademische Grad ist für eine internationale Karriere anerkannter als der deutsche „Dr. med.“. Wer sich für ein PhD-Programm bewirbt, strebt nach einer umfassenden praktischen und theoretischen Weiterqualifikation, bei der grundlegende Kenntnisse zum wissenschaftlichen Arbeiten vermittelt werden. Hierbei liegt der Schwerpunkt vieler Programme auf der Grundlagenforschung.

An einigen Universitäten besteht auch die Möglichkeit, einen individuellen PhD zu beginnen, zu einem eigenen Thema,

das nicht im jeweiligen PhD-Programm angeboten wird. Beispielsweise kann der PhD-Grad auf dem Gebiet des „International Health“ auf diesem Wege abgeschlossen werden. Während des zwei- bis fünfjährigen weiterführenden PhD-Promotionsstudiums arbeiten Teilnehmende einerseits an eigenen Projekten und Publikationen. Andererseits sammeln sie ECTS für Prüfungs-Leistungen des Kursprogramms. Zum Abschluss des PhD verfassen sie eine Dissertationsschrift und es wird die Zahl der Publikationen unter Berücksichtigung des Impact-Factors und der Art der Autorschaft, etwa als Erstautorin, ausgewertet. Für diejenigen, die nach einer Professur streben, ist zu beachten, dass Publikationen, die beim PhD eingebracht werden, nicht ohne weiteres auf eine spätere Professur angerechnet werden können.

Früher Zugang ist wichtig

Neben diesen etablierten Formaten existieren weitere spannende Ideen, die schon früh in der medizinischen Laufbahn einen Zugang zur Wissenschaft erleichtern sollen, beispielsweise die einer optionalen wissenschaftlichen Famulatur. Zentral wichtig ist es jedenfalls, Nachwuchsmediziner:innen bereits im Studium und zu

Beginn der klinischen Tätigkeit in der Wissenschaft zu vernetzen und sie durch ein vielseitiges Angebot zu stärken. ◀

Andrea Martini ist Doktorandin an der Universität Heidelberg und stellvertretende Repräsentantin der AG Junge DGIM beim Bündnis Junge Ärzte.

Sonja Mathes ist angehende Dermatologin, aktuell im zweiten Weiterbildungsjahr, an der Technischen Universität München und Mitglied im Vorstand des Jungen Forums des DÄB.

E-Mail: jungesforum@aerztinnenbund.de



Foto: privat

Ärztin, Forscherin und Mutter – Chaos oder Chance?

DR. MED. ANN-KRISTIN REINHOLD

Was bietet der Weg als Clinician Scientist für Ärztinnen konkret? Ein Erfahrungsbericht.

Morgens, 5:30 Uhr. Das einjährige Kind hat eine schlechte Nacht hinter sich, es brüdet was aus. Fieber oder Durchfall hat es nicht, aber die Vorstellung, es heute in die KiTa zu bringen, fühlt sich nicht gut an ... Ich klappe den Laptop auf, schreibe „heute im Home Office“ und setze mich an die Arbeit, bis das Kind sich meldet. Eigentlich bin ich Anästhesistin, ein Job, der sich kaum mit Home Office verbinden lässt. Aktuell aber Clinician Scientist.

Anreize fehlen oft

Seit Jahren wird der sinkende Anteil forschender Ärzt:innen beklagt. Die Gründe hierfür sind vielseitig: Die klinische Belastung nimmt immer weiter zu, in vielen Bereichen ist eine Feierabendforschung gar nicht möglich – und die Work-Life-Balance kippt rasch. Darüber hinaus fehlen oft die Anreize, sowohl finanziell als auch im Hinblick auf die Karriere: Wissenschaftliche Tätigkeit wird selbst an vielen Universitätskliniken nicht mehr vorausgesetzt. Im Gegenteil fürchten viele Ärzt:innen eher, klinisch ausgebremst zu werden.



Forschung: Die Chance, frei zu gestalten

Besonders schlägt sich dieser Trend bei Frauen nieder. Ihr Anteil nimmt ab, je weiter es die wissenschaftliche Leiter nach oben geht. Diese „leaky pipeline“ verzeichnet ihr größtes Leck zwischen den Stationen „Promotion“ und „Habilitation“. Also

meist zwischen 30 und 40, in der Phase der Weiterbildung – und der Familienplanung. Der weitere Verlauf zeigt, dass, wer einmal die Hürde Habilitation genommen hat, häufig weiter Richtung Professur beziehungsweise Ordinariat strebt. Clinician-Scientist-Programme wurden entwickelt, um der sinkenden Forschungstätigkeit entgegenzuwirken (siehe auch Seite 10). Die klassische Vorstellung der „forschenden Ärztin“ sollte in ein Konzept jenseits von Selbstaussbeutung und Feierabendforschung überführt werden. Das Konzept wurde rasch populär. Ziel ist meist die Habilitation. Besonders auffällig ist der Anteil an weiblichen Clinician Scientists. Neben der expliziten Förderung von Frauen findet sich eine Erklärung sicher auch in der besonderen Attraktivität gerade für Mütter: Der besondere Charme des Clinician Scientist liegt in der Flexibilität, die wir sonst in unserem Beruf nur selten haben. Flexibilität, die man gerade als junge berufstätige Mutter dringend benötigt. Während die klinische Tätigkeit häufig nur in drastischer Teilzeit möglich ist, kann durch die Hinwendung zur Wissenschaft aus einem scheinbaren Nachteil der Grundstein für die weitere Karriere werden. Außerdem ermöglicht die Forschung eine ganz andere Freiheit, nicht nur zeitlich, sondern auch des kreativen Denkens, für die im eng getakteten und durchstrukturierten klinischen Alltag sonst meist kein Raum bleibt.

Sicherlich bedeutet Forschung zunächst erst einmal Abstriche in klinischen Belangen: Die Arbeit mit Patienten stockt, andere Kollegen kommen in dieser Zeit klinisch vielleicht weiter. Allerdings sähe die Situation als „Teilzeit-Mutti“ wohl ähnlich aus. Außerdem muss man das für viele Frauen Unangenehme tun: sich zu seinem wissenschaftlichen – und beruflichen – Ehrgeiz bekennen. Fazit: Der Clinician Scientist bietet die Möglichkeit, aus einer großen Herausforderung als Mutter erfolgreich wieder einzusteigen, eine große Chance zu formen und eröffnet neue Horizonte. ◀

Dr. med. Ann-Kristin Reinhold ist derzeit Clinician Scientist der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie am Uniklinikum Würzburg.

E-Mail: reinhold_a@ukw.de



Foto: privat

Diversity@DRG: Engagement für eine zukunftsfähige Medizin und Radiologie

PD DR. MED. NIENKE LYNN HANSEN

Im Sommer 2020 hat sich das Netzwerk Diversity@DRG innerhalb der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) gegründet. Das Ziel: mehr Vielfalt in die Radiologie und damit in das Gesundheitssystem zu bringen. Welches Potenzial Diversitätskonzepte gerade im medizinischen Kontext bieten, berichte ich hier als Mitinitiatorin.

Die Konzepte „Diversity und Inclusion“ habe ich zuerst durch meine Arbeitserfahrungen im Ausland kennengelernt: Im Vielvölkerstaat Singapur erlebte ich das harmonische Zusammenleben unterschiedlicher Kulturen und Religionen, die zudem gemeinsam an einem Strang ziehen. In England durfte ich erfahren, wie verschiedene Fachrichtungen erfolgreich interdisziplinär zusammenarbeiten, um die Versorgung von Patient:innen zu verbessern und wie sie dabei aus ihren eigenen Fehlern lernten und sich zugleich bemühten, eine vertrauensvolle und respektvolle Arbeitsatmosphäre zu schaffen.

Diese Inspiration möchte ich gerne in die radiologische Community in Deutschland und damit allgemein in das deutsche Gesundheitssystem weitertragen.

Die Potenziale würdigen

Warum? Die Medizin kann ihr Potenzial nur dann vollständig ausschöpfen, wenn sie die vorhandene personelle Vielfalt im Zeitalter demografischen und sozialen Wandels erkennt, fördert und nutzt. Dazu gehört die Beachtung aller Diversity-Dimensionen wie zum Beispiel Gender und sexuelle Orientierung/Identität sowie die Anerkennung von Menschen mit Migrationsgeschichte, unterschiedlichen sozialen Herkunft und mit verschiedenem Alter, die Anerkennung unterschiedlicher Religion beziehungsweise

Weltanschauung und der vielfältigen physischen und psychischen Fähigkeiten, die Menschen einbringen. Aber auch die äußeren und organisationalen Dimensionen von Vielfalt sind wichtige zu berücksichtigende Faktoren, darunter zum Beispiel Elternschaft, Berufserfahrung oder Status innerhalb der beruflichen oder berufspolitischen Organisation. Dabei lässt sich Diversität nicht ohne Inklusion denken: Inklusion bedeutet, dass alle Menschen auf unterschiedliche Art und Weise ihr Wohlbefinden und ihre Leistung entfalten können. So profitiert die Gemeinschaft von der Vielfalt der einzelnen Beiträge.



Diversity: Aus Unterschiedlichkeit erwächst Stärke

Attraktivität ausbauen

Gerade mit Blick auf die nachfolgenden ärztlichen Generationen möchten wir eine Arbeitswelt schaffen, die die Vielfalt aller Mitarbeiter:innen berücksichtigt, ihre Entfaltung in einer vorurteilsfreien Umgebung ermöglicht und Talente optimal fördert. Wir möchten medizinische

Potenziale in ihrer Vielfalt anziehen, einstellen und halten, um die Medizin und insbesondere die Radiologie als ein attraktives Arbeitsfeld für die aktuelle und die künftige Generation zu erhalten und auszubauen.

Neue Bewegung anstoßen

Langfristiges Ziel ist es, dass aus der Radiologie heraus eine neue Bewegung in der Medizin entsteht, welche die teilweise noch sehr alten homogenen Strukturen aufbricht und unser Gesundheitssystem auch vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen wie beispielsweise der Digitalisierung zukunftsfähig macht. Wir wollen mit dem Netzwerk Diversity@DRG Vielfalt wirklich leben. Als einen ersten Schritt haben wir dafür einen Podcast gestartet, in dem Expertinnen und Experten, Funktionsträgerinnen und -träger innerhalb und außerhalb unserer Fachgesellschaft miteinander diskutieren und voneinander lernen. ◀

PD Dr. med. Nienke Lynn Hansen (38) ist Mutter von zwei Kindern, Unternehmensgründerin und arbeitet als angestellte Fachärztin in einer radiologischen Praxis in Neuss. Sie ist Gründungsmitglied und Co-Vorsitzende des Netzwerks Diversity@DRG der Deutschen Röntgengesellschaft.

E-Mail: diversity@drg.de



Foto: privat

Schlagen Frauenherzen immer noch anders?

DR. MED. VIYAN SIDO

Unser Augenmerk für geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Medizin nimmt seit Jahren stetig zu. Heute wissen sogar medizinische Laien oft zumindest, dass sich die Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen häufig von denen bei Männern unterscheiden. Wohin entwickelt sich die Gendermedizin?

Die Gendermedizin beschäftigt sich mit dem Einfluss des Geschlechts auf die Prävention, Entstehung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen. Sie etabliert sich zunehmend. Seit 2015 wird sogar im fünften Buch des Sozialgesetzbuches die Beachtung geschlechtsspezifischer Besonderheiten für Krankenkassenleistungen gefordert.

Die Gendermedizin betrachtet speziell Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die oftmals vernachlässigt werden, aber dennoch relevant sind: Herz-Kreislauf-Erkrankungen beispielsweise sind nach wie vor die häufigste Todesursache – sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2017 56 820 Frauen an einer koronaren Herzkrankheit. Dies entspricht 12 Prozent aller Todesfälle bei Frauen. Zum Vergleich: Bei Männern waren es 15 Prozent.

Immer mehr Unterschiede

Ungeachtet ihrer Relevanz für Frauen galten Herz-Kreislauf-Krankheiten dennoch jahrzehntelang als männertypisch. Und es gibt weitere Auffälligkeiten: Medizinisches Wissen wurde bis vor kurzem meist geschlechterneutral gelehrt und in den klinischen Alltag integriert. Dabei zeigen viele Studien, dass sich viele Erkrankungen bei gleicher Therapie je nach Geschlecht unterschiedlich auf das Outcome auswirken.

Durchschnittlich treten akute Herzinfarkte und auch die Arteriosklerose bei Frauen 15 Jahre später auf als bei Männern. Hierbei spielen vor allem Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie eine große Rolle bei der Entstehung der koronaren Herzkrankung (KHK) im Vergleich zur Entwicklung bei Männern. Männer sind vom plötzlichen Herztod viel häufiger betroffen als Frauen und auch eine Herzinsuffizienz ist bei ihnen wahrscheinlicher. Inzwischen spielt so ein Wissen um Geschlechterunterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine immer größere Rolle.



Herzkrankheiten bei Frauen: Noch viel Forschungsbedarf

Vor- und Nachsorge

Wie geht es also weiter? Die gegenwärtige medizinische Situation sollte verbessert werden, indem man ein besonderes Augenmerk auf Frauen und ihre (kardiovaskulären) Erkrankungen legt. Die geschlechtsspezifische Vor- und Nachsorge müsste ausgeweitet werden. Wünschenswert wären mehr Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzt:innen und auch das Pflegepersonal über ge-

schlechtssensible Themen. Aber auch die Lehre in speziellen medizinischen Fächern an der Universität, wie etwa Gendermedizin, gilt es weiter auszubauen. Das Interesse der Studierenden in Deutschland an der medizinischen Geschlechterforschung jedenfalls steigt.

Weiterhin sollten wir uns dafür einsetzen, dass das weibliche Geschlecht zukünftig häufiger in Studien eingeschlossen wird, denn Frauen sind in klinischen Studien in Europa immer noch weitgehend unterrepräsentiert. Dabei sollte in wissenschaftlichen Arbeiten ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt werden. Vielleicht sollte sich dieses Verhältnis letztlich aber auch an der Geschlechterverteilung der Krankheiten orientieren? Ein über 80 Kilo schwerer Mann darf jedenfalls kein Maßstab für medizinische Studien sein: Eine geschlechtsspezifische Medizin und Forschung könnte für mehr Gerechtigkeit sorgen und sich an die individuellen Risiken und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anpassen. ◀

Dr. med. Vivan Sido ist Fachärztin für Herzchirurgie und hat gerade ihren Master im Fach Public Health beendet. In ihrer Masterarbeit beschäftigt sie sich mit dem Thema Gendermedizin. Sie ist zudem Mitglied im Beirat für geschlechtersensible Medizin der Universität Bielefeld.

E-Mail: viyan.sido@immanuelalbertinen.de



Foto: © J. Rolles

Steter Tropfen höhlt den Stein: Gendersensible Sprache auf dem Deutschen Ärztetag

DR. MED. CHRISTIANE GROSS, M.A.

Ähnlich wie in der Diskussion um die Einführung einer Quote gibt es beim Thema gendersensible Sprache viele, die nicht zu überzeugen sind. Aber es gibt auch viele, die, wie ich, anfänglich zurückhaltend reagierten, die Bedeutung dieser sprachlichen Unterscheidungen inzwischen aber verstanden haben. Im Umfeld meiner Aktivitäten bei Frauenverbänden ist meine Sensibilität über die Jahre gewachsen. Zum Beispiel fiel mir auf, dass ich, solange ich denken kann, mich nie selbst als „Arzt“ bezeichnet hätte.

In § 4 des Gesetzes zur Gleichstellung von Frauen und Männern NRW (Landesgleichstellungsgesetz; LGG) heißt es zur Sprache: „Gesetze und andere Rechtsvorschriften tragen sprachlich der Gleichstellung von Frauen und Männern Rechnung. In der internen wie externen dienstlichen Kommunikation ist die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern zu beachten. In Vordrucken sind geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen zu verwenden. Sofern diese nicht gefunden werden können, sind die weibliche und die männliche Sprachform zu verwenden.“ Wenn also in amtlichen Papieren die weibliche und männliche Form stehen muss, dann sollte überall überlegt werden, wie das zu handhaben ist. Ja, auch ich finde gendern manchmal schwierig. Aber ich bin dankbar, dass es oft Begriffe gibt, die helfen: Studierende ist ein wunderbares Beispiel. Dennoch bleibt eine gewisse Skepsis bezüglich einer gelingenden Ausführung.

Mächtige Bilder im Kopf

Warum setze ich mich trotz gewisser Schwierigkeiten dafür ein, dass gendersensible Sprache zur Normalität werden muss? Es hat etwas mit der Erfahrung zu tun, wie mächtig Bilder in uns arbeiten. Ein Teil meiner psychotherapeutischen Arbeit mit Patient:innen beruht auf Verfahren, innere Bilder zu verändern. Ein Beispiel: Sprechen wir den Begriff Arzt aus, entsteht das Bild eines Mannes.

Nur durch unsere tägliche Erfahrung mit fast 50 Prozent Ärztinnen beginnen wir das Bild zu verändern und letztendlich können wir dann entscheiden, ob wir einen Arzt oder eine Ärztin vor uns sehen. Sprechen wir den Begriff Chefarzt aus, kommt nur sehr schwer die weibliche Vorstellung einer Chefarztin in unserem Kopf an. Und da Bilder auch für Ziele und Lebensperspektiven notwendig sind, wird hier schon ein Problem sichtbar: Die Position der Chefarztin als Ziel fällt weitgehend aus.

Bereits auf dem letztjährigen Deutschen Ärztetag (DÄT) war spürbar, dass das Bewusstsein sich wandelte. Wurden zuvor Anträge zur gendergerechten Sprache – wie ich selbst erleben musste – mit Ablehnung oder gar Nichtbefassung abgestimmt, war die erste Veränderung beim 124. DÄT spürbar beim Antrag (I-02) „Sprache schafft Wahrnehmung“ von Christine Neumann-Grutzeck et al. Dieser Antrag, in dem die Verwendung gendersensibler Sprache durch die Bundesärztekammer gefordert wurde, aber auch die Anpassung der Bezeichnungen der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, wurde nicht abgeschmettert – sondern an den Vorstand überwiesen. Dort wurde er diskutiert, bearbeitet, dann aber doch abgelehnt.

Positive Abstimmung

Auf dem 126. DÄT in Bremen wurden von Helene Michler et al. zwei Anträge zum Thema gestellt und positiv abgestimmt. In Antrag Ic-46 „Gendersensible Sprache ermöglichen“ werden gendersensible Formulierungen während des DÄT gefordert, um damit entsprechend Antrag Ic-48 „Sprachliche Repräsentation von Ärztinnen“ sowohl ein Mittel zu schaffen für die wertschätzende Ansprache gegenüber Menschen jeglicher Geschlechtsidentität als auch die Sichtbarkeit sowie Repräsentation von Ärztinnen zu verbessern. Auch wird der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, Voraussetzungen für gendersensible Bezeichnungen der berufspolitischen Organisationen (Ärztikammern) sowie ihrer Hauptversammlung (Ärztetag) zu schaffen. Sprache hat sich immer verändert, Sprache wird sich auch in diesem Fall verändern. Ich denke, in 20 Jahren wird man über die verhärteten Grenzen bei der Diskussion um die gendersensible Sprache schmunzeln. ◀

Dr. med. Christiane Groß, M.A., ist Präsidentin des DÄB und Delegierte der Ärztekammer Nordrhein am 126. DÄT.



Foto: privat



Foto: © UMG

Karriere und Vereinbarkeit: Die Weiterbildung ist richtungsweisend

DR. MED. JULIANE KNUST, ANJA LIPSCHIK

Die Herausforderungen und Lösungsansätze für mehr Familienfreundlichkeit in der fachärztlichen Weiterbildung sind ein Thema, mit dem sich die Universitätsmedizin Göttingen seit einigen Jahren verstärkt beschäftigt. Aus mehreren Projekten hat die UMG inzwischen einige Erfahrungen gewonnen.

Die mindestens fünfjährige fachärztliche Weiterbildung ist das Nadelöhr nach dem Studium, durch das alle durchmüssen – Ärztinnen und Ärzte. Für die, die bereits in der Phase der fachärztlichen Weiterbildung eine Familie gründen, wird es nicht einfach, beides zu schaffen. Eine 42-Stunden-Woche, die Verantwortung für ein kleines Kind und Familie, die oft unzureichende Infrastruktur bei der Kinderbetreuung, lange Arbeitstage, voller Einsatz sowie Wochenend- und Bereitschaftsdienste stellen eine große Herausforderung dar.

Start mit kurzem Film

Das geht oft nur mit einer Stundenreduzierung, was das Erreichen der Weiterbildungsziele erschwert und nicht selten mit Karriereeinbußen und Wartezeiten verbunden ist. 2019 ist ein kurzer Trailer zu Karriere und Teilzeit an der UMG entstanden, der sich in einem vom Wissenschaftsministerium geförderten Projekt darauf konzentriert und vor allem junge Ärztinnen zu Wort kommen lässt.

Wir wollten am Thema dranbleiben. In Gesprächen mit unterschiedlichen Klinikleitungen wurde deutlich, dass die Bedarfe nach insbesondere vollzeitnaher Teilzeit weiter steigen. Auch der Frauenanteil in der fachärztlichen Weiterbildung ist seit 2016 um 10 Prozent gestiegen und beträgt aktuell an der UMG 59 Prozent. Von den 350 Ärztinnen in Weiterbildung arbeitet ein Viertel nicht in Voll-

zeit, bei den Ärzten sind es 11 Prozent. Damit wird deutlich, dass reduzierte Arbeitszeit nicht nur ein Frauenthema ist. Gleichwohl besteht bei Frauen ein weit größerer Bedarf als bei Männern. Zudem beträgt der Frauenanteil bei den Oberärztinnen nur noch ein Drittel. Der UMG gehen also viele weiblichen Talente nach der Weiterbildung verloren. Hier beginnt sich die Karriereschere umzudrehen.

Pilotprojekt läuft

Wenn wir Frauen auf dem Weg an die Spitze besser unterstützen wollen, brauchen wir in der fachärztlichen Weiterbildung Arbeitszeitmodelle, die die Bedarfe nach vollzeitnaher Teilzeit erfüllen, betont Anja Lipschik, hauptamtliche Gleichstellungsbeauftragte an der UMG. „Für mich als Gleichstellungsbeauftragte ist das ein Auftrag. Aus diesem Grund haben wir eine Maßnahme im Rahmen des Professorinnenprogramms III entwickelt, um mit zwei 30-Prozent-Stellenanteilen im klinischen ärztlichen Dienst Themen im Bereich Gleichstellung, Karriereentwicklung und Vereinbarkeit bearbeiten zu können.“ Ein 2021 begonnenes Projekt hat zum Ziel, in vier Kliniken strukturelle Arbeitszeitmodelle hauptsächlich in vollzeitnaher Teilzeit – also 70- bis 90-Prozent-Stellen – pilothaft zu entwickeln. Die Klinikleitungen sind sehr motiviert und es ist spannend, welche Potenziale sich im Zuge der Zusammenarbeit zeigen. Die Modelle sollen im Herbst dieses Jahres an den Start

gehen und werden durch den Vorstand Krankenversorgung maßgeblich unterstützt. Nur diese enge Kooperation zwischen den Akteuren in Gleichstellungsbüro, der Geschäftsführung der Kliniken, dem Geschäftsbereich Personal und den Pilotkliniken ermöglicht die Erstellung tragfähiger und funktionierender Konzepte.

Kleinteilig und intensiv

Wir wollen den jungen Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass die UMG auf ihre Bedarfe eingehen kann. Es ist an der Zeit, dass sich die Strukturen im Krankenhaus verändern. Das ist ein gesellschaftlicher und politischer Prozess, bedeutet aber auch kleinteilige Konzeptentwicklung und viel Kommunikation, wie wir in diesem Projekt erfahren. Im Sommer 2023 können wir berichten, ob unser Konzept aufgeht, zumindest als Pilot in den vier Kliniken. ◀

Dr. med. Juliane Knust ist Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie an der Klinik für Hämatologie und medizinische Onkologie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG). Sie ist Beauftragte für Vereinbarkeit und Gleichstellung in den Kliniken der Inneren Medizin der UMG.

Anja Lipschik ist Diplom-Ökonomin und seit 2013 hauptamtliche Gleichstellungsbeauftragte der UMG.

E-Mail: anja.lipschik@med.uni-goettingen.de



Foto: © Michael Wozdak, Uniklinik Köln

IM INTERVIEW

„Das Ziel sind Konzepte für Hausärzt:innen, damit sie ihren Beitrag in der Klimakrise leisten können“

PROF. DR. MED. BEATE MÜLLER

Seit April 2022 leiten Sie das neugegründete Institut für Allgemeinmedizin an der Uniklinik Köln. Ihr Fokus liegt auf der Rolle der Hausarztpraxis im Klimawandel. Warum?

Schon allein wegen der häufigeren Hitzewellen ist das Thema für die Patient:innen und die Hausärzt:innen wichtig. Wir müssen uns darauf einstellen, was extrem heiße Tage zum Beispiel für die Medikamenteneinnahme bedeuten – und das in die Behandlung einbeziehen. Darüber hinaus bietet die Hausarztpraxis auch ein paar Hebel, um einen Beitrag gegen eine weitere Erderwärmung zu leisten. Insgesamt ist der Gesundheitssektor für rund fünf Prozent des CO₂-Ausstoßes in Deutschland verantwortlich. Hausarztpraxen sollten hier eine Vorbildfunktion wahrnehmen, weil sie viele Menschen erreichen.

Können solche ärztlichen Bemühungen etwas ändern?

Natürlich haben politische Entscheidungen einen viel größeren Einfluss. Aber wir brauchen beides: politische und persönliche Maßnahmen. In der Hausarztpraxis liegt ein Ansatzpunkt beispielsweise bei der Versorgung von Menschen mit Lungenerkrankungen. Ein Trockenpulver-Inhalator ist sehr viel klimafreundlicher als ein Dosier-Aerosol. Letzteres verursacht wegen der extrem klimaschädlichen Treibmittel einen sehr viel höheren CO₂-Fußabdruck als ein Pulverinhalator. Wir könnten 80 bis 90 Prozent der Patient:innen, die ein solches Spray benutzen, völlig problemfrei umstellen. Wir müssen sie dafür über den Wechsel aufklären und in der richtigen Handhabung schulen.

Wie wollen Sie das Klimathema in Ihrem Institut an der Uni und der Uniklinik verankern?

Ab dem Wintersemester soll das Thema Klimawandel in jeder allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltung vorkommen.

Die Studierenden erhalten dann unter anderem solche Informationen wie das eben genannte Beispiel mit den Asthmasprays. Außerdem arbeiten wir neue Forschungsprojekte aus. Auf der Agenda stehen zum Beispiel Schulungen, bei denen Patient:innen lernen, den Rat zu ausreichend Bewegung und ausgewo-



Begleitung, ein Leben lang: Hausärzt:innen wissen oft mehr über ihre Patient:innen als andere Ärzt:innen. Daher liegt hier ein Ansatz, um Klimabewusstsein zu verankern

gener Ernährung, den sie ja sehr häufig erhalten, nicht nur umzusetzen, sondern ihn klimafreundlich zu realisieren. Dabei möchten wir unter anderem die gesundheitlichen Benefits von klimafreundlichem Verhalten näher betrachten. Auch Hitzeschutzpläne in der Hausarztpraxis und die klimafreundliche Gestaltung der Praxis werden Forschungsthemen. Das Ziel ist es, praxisnahe Konzepte zu entwickeln, die für andere Praxen als Blaupause dienen können.

Gibt es schon viel, auf dem Sie aufbauen können?

Zur Medikation bestehen bereits viele Erkenntnisse. Etwa dass Insulin an heißen Tagen schneller wirken kann als an kalten. Oder dass Menschen, die Beta-Blocker nehmen, ein höheres Risiko für einen Hitzschlag haben, weil diese Mittel die Gefäße eng stellen, wodurch Wärme langsamer abtransportiert wird. Und ACE-Hemmer, genauso verbreitete Medikamente, verringern das Durstgefühl. In unserer Hochschulambulanz, die wir gerade an der Uniklinik einrichten, möchten wir nun eine Medikationsberatung für Hitze etablieren. Wir arbeiten zum Beispiel daran, per Videogespräch die Patient:innen direkt zu Hause zu beraten, was sie tun sollen, wenn es 30 Grad oder mehr sind. Wir zielen mit solchen Projekten nicht nur auf die Patient:innen, sondern auch auf Ärzt:innen. Wie lassen sie sich für das Thema Klimawandel, gerade im unterfinanzierten und darum zu wenig beachteten Präventionsbereich, sensibilisieren?

Wie sieht Ihre Hochschulambulanz aus? Lässt sich die Klimafreundlichkeit sofort erkennen?

Vorweg: Sie ist noch nicht eröffnet. Und es ist keine Praxis mit normaler Kassenzulassung. Unsere Ambulanz wird ein Real-labor, über das wir Forschungsergebnisse generieren und Allgemeinmedizin lehren können. Und ja: Das Bemühen um Klimafreundlichkeit ist unserer Praxis anzusehen.

Wie genau?

Unsere Ambulanz war früher eine zahnärztliche Praxis. Ich habe mich bei der Sanierung für einen klimaschonenden Lino-leum-Boden entschieden und die Räume mit gebrauchten Möbeln ausgestattet, die wir aus dem Lager der Uniklinik haben. Lieber alt und klimaschonend statt schick, aber ressourcenverbrauchend – das ist ein neuer Denkansatz an der Uniklinik Köln. Viele Ärzt:innen fürchten ja, dass Patient:innen das Vertrauen in sie mit dem Erscheinungsbild der Praxis in Verbindung bringen. Nach dem Motto: Eine Ärztin oder ein Arzt, der Möbel mit Macken hat, kann nicht wirklich gut sein. Um dem entgegenzuwirken, planen wir Schilder anzubringen, die ökologische Zusammenhänge erklären. Außerdem versuchen wir Papier und Plastik in der Ambulanz so weit wie möglich zu reduzieren.

Wie weit geht Ihr Konzept für Klimafreundlichkeit?

Wir sehen es auch als unsere Aufgabe, Ärzt:innen Möglichkeiten aufzuzeigen, um das Thema Klimafreundlichkeit auch auf Mitarbeitende auszuweiten, etwa indem man Dienstfahrräder anbietet oder ein E-Bike-Leasing. Auch die ärztlichen Versorgungswerke wollen wir auf das Thema aufmerksam machen. Sie können durch die Finanzströme viele Veränderungen anstoßen. Mir persönlich ist auch der Bürger:innen-Dialog wichtig. Mit der Stadt Köln existieren bereits gute Ansätze. ◀

Interview: Alexandra von Knobloch

Prof. Dr. med. Beate Müller (37) hat die neu eingerichtete W3-Professur für Allgemeinmedizin an der Uniklinik Köln und der Medizinischen Fakultät inne. Zuvor arbeitete sie ab 2015 am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main, wo sie Anfang 2017 die Leitung des Arbeitsbereichs Patientensicherheit übernahm. Fehlermanagement und Digitalisierung waren weitere Schwerpunktthemen. 2020 absolvierte sie ihre Facharztprüfung und arbeitete neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis in Offenbach. Schon in Frankfurt beschäftigte sie sich in einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Klimawandel im ärztlichen Kontext. Außerdem engagiert sie sich dazu in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM).

E-Mail: beate.mueller@uk-koeln.de



REGIONALGRUPPE DORTMUND

Neue Horizonte

Die Dortmunder Gruppe des Ärztinnenbundes beschäftigte sich diesmal mit Kunst und besuchte den Skulpturenpark Waldfrieden in Wuppertal. Der dort lebende britische Bildhauer Tony Cragg hat auf dem zuvor verwaisten Villengrundstück Waldfrieden einen Lebenstraum verwirklicht und das Areal in ein Ausstellungszentrum für Skulpturen umgestaltet. Sehr sehenswert! Wir empfehlen, eine Führung zu buchen, um etwas über die Geschichte des Parks zu erfahren. ◀



Foto: privat

Kunst und Natur: Teilnehmerinnen im Skulpturenpark

Mitgeteilt von Karin Verbücheln-Wirth,
Regionalgruppe Dortmund

WIR GRATULIEREN



Prof. in Dr. med. Heike Kielstein ist die neue Dekanin der halle-schen Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Damit ist sie seit mehr als 70 Jahren die erste Frau an deren Spitze. Seit 2011 ist Kielstein als Professorin für Anatomie tätig, seit 2015 auch als Direktorin des Institutes für Anatomie und Zellbiologie. Sie engagiert sich unter anderem für Qualität und Weiterentwicklung der medizinischen Lehre und wurde dafür mehrfach ausgezeichnet. ◀

DIE SILBERNE FEDER

Ausschreibung läuft!

Die Silberne Feder wird zum 24. Mal vergeben. Einsendeschluss ist der 30. April 2023. Der Kinder- und Jugendbuchpreis des DÄB würdigt herausragende Bücher, die sich im weitesten Sinne mit Gesundheit und Krankheit befassen. Die Auszeichnung ist mit 2.000 Euro dotiert. Teilnahmeberechtigt sind Bücher, die zwischen Frühjahr 2021 und Frühjahr 2023 erschienen sind. Nähere Infos bei der stellvertretenden Juryvorsitzenden Prof. Dr. Maria Linsmann-Dege: maria.linsmann@posteo.de oder auf der Website des DÄB: www.aerztinnenbund.de/Silberne_Feder.0.115.1.html ◀

FORUM 40 PLUS

Botox, Booster, Chirurgie

19 Ärztinnen trafen sich vom 10. bis 12. Juni in Wiesbaden zum Anti-Aging-Thema "Botox, Booster, Chirurgie". Am Samstag präsentierte Prof. Dr. med. Christiane Bayerl, Direktorin der Klinik für Dermatologie und Allergologie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden, alles über „Topisches Anti-Aging – evidenzbasiert“.



Foto: privat

Auch geschlechtsspezifische Aspekte bei Hauterkrankungen wurden berücksichtigt. So haben Männer bis zum 60. Lebensjahr ausgeprägtere Falten als Frauen, vor allem Stirnfalten, jedoch weniger und nicht so tiefe Falten perioral. Dies leitete über zu möglichen therapeutischen Maßnahmen, die Cornelia Vogt von Taunus-Aesthetics in Kelkheim, aus Sicht der Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie anhand von vielen Beispielen erläuterte. Nächste Veranstaltungen: Tagung vom 4. bis 6. November 2022 in Weimar, Dorint-Hotel, "Krise als Chance", und vom 2. bis 4. Juni 2023 im Tagungskloster Frauenberg in Fulda mit Workshop zu körperlicher Bewegung. Wir danken „Frauen fördern die Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Heike Raestrup,
Schriftführerin Forum 40 plus



Foto: privat

Immer noch nicht weiter! Frauen in Führungspositionen der Universitätsmedizin

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Die Repräsentanz von Frauen als Klinikdirektorinnen in 14 ausgewählten klinischen Fächern der universitären Medizin beträgt 2022 wieder nur 13 Prozent – und verharrt damit auf dem Stand von 2019. Das ist das ernüchternde Ergebnis der aktuellen Studie des DÄB „Medical Women on Top 2022“.

Die Evaluation hat auch gezeigt, dass 37 Prozent der Oberärzt:innen Frauen sind; davon 253 Professorinnen. An Nachwuchs mangelt es also nicht! In anderen akademischen Fächern ist die Zahl der potentiellen Kandidatinnen für die Vergabe von Spitzenpositionen deutlich geringer. Insgesamt gilt: Ob Doppelspitzen in Wirtschaft und Parteien, ob ein Führungspositionengesetz, ob vorgezogene Berufungen, ob eingerichtete Juniorprofessuren: In den letzten Jahren wurde etwas getan, um die Situation zu verändern, aber ohne Erfolg!



Woran liegt es?

Aus dem Kreis der universitären Gleichstellungsbeauftragten wird über eine dünne Bewerberinnenlage berichtet. Wahrscheinlich, so eine Vermutung, würden Frauen auf eine Bewerbung eher verzichten, wenn sie keine guten Arbeitsbedingungen vorfinden. Außerdem sprächen Ausschreibungstexte immer noch deutlicher Männer an und beinhalteten die unausgesprochene Forderung nach Selbstausschreibung. Ebenfalls in der Ursachendiskussion: Die selbstverständliche Unterwerfung unter ökonomische Zwänge ist für viele Frauen mit ihrem Berufsethos nicht vereinbar.

Was womöglich ebenfalls abschreckt: Die moderne Medizin erfordert eigentlich verstärkt als weiblich geltende Kompetenzen, beispielsweise Teamfähigkeit, Kommunikationstalent und Konfliktbewältigung. Diese werden aber in Ausschreibungen noch kaum berücksichtigt, und, falls vorhanden, nicht besonders hoch bewertet.

Angebote von geteilten Führungspositionen fehlen, obwohl sie verwaltungstechnisch machbar sind. Und: Vorwiegend

mit Männern besetzte Berufungskommissionen entscheiden auch in der Medizin meist nach dem „Thomas-Prinzip“ – sie bevorzugen ihresgleichen. Da ist wenig Platz für Frauen, deren Qualifikation dann logischerweise angezweifelt wird, selbst wenn sie mit doppeltem Einsatz durch das für Frauen bewusst eng gehaltene Nadelöhr der Habilitation gekommen sind.

Aktuelle Forderungen

1. Keine strukturelle Diskriminierung mehr: keine Nachteile durch Schwangerschaft und Mutterschutz. Stattdessen flexible und vertretbare Arbeitszeiten mit Rücksicht auf Patient:innen, verbesserte Kinderbetreuung, Freistellung für Forschung usw.
2. Parität in den obersten Gehaltsgruppen der Kliniken und der Verwaltung.
3. Paritätische Besetzung von Berufungskommissionen. Falls die wenigen Professorinnen der eigenen Fakultät nicht reichen, könnten auch Wissenschaftlerinnen von auswärts in Berufungskommissionen gebeten werden.
4. Mehr Kompetenzen, etwa ein Vetorecht oder eine Wiederwahl, für Gleichstellungsbeauftragte in Berufungskommissionen bereits bei Ausschreibungen.
5. Teilung von Spitzenpositionen: „Top Sharing“ und verpflichtende Angebote in Ausschreibungen.
6. Hinterfragen der geforderten Publikationsflut und der absurden Impact-Faktoren zugunsten guter universitärer Lehre, gesichert durch unabhängige Evaluationen.
7. Abbau subtiler Diskriminierung durch selbstkritische Evaluationsprogramme für Entscheidungsträger:innen.
8. Aufwertung exzellenter Krankenversorgung durch Einführung nachprüfbarer Kriterien. ◀

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Senior Consultant des DÄB und Leiterin der Studie. Diese dritte Runde erhielt die finanzielle Förderung über die Regionalgruppen des DÄB.

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@aerztinnenbund.de

FRAUEN FÖRDERN DIE GESUNDHEIT e.V.

Erste Fortbildung: MehrWert für Medizin

Selfcare, Selbstfürsorge, war das Thema der ersten Fortbildung für „MehrWert in der Medizin“, die Ende April/Anfang Mai auf Schloss Beilstein in Baden-Württemberg stattfand. 25 Ärztinnen aus ganz Deutschland und der Schweiz trafen sich dort, um gemeinsam zu lernen und sich zu stärken. DÄB-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß eröffnete den Kongress mit aktuellsten Daten zur Ärztinnengesundheit, zur Besetzung von Führungspositionen und zur Gleichstellung von Medizinerinnen in Deutschland.



Sich selbst stärken: Ein Thema der Teilnehmerinnen

Prof. Dr. med. Angela Geissler führte dann in das Thema „Achtsamkeit im Ärztinnenalltag“ ein. Denn an diesem Wochenende lag der Fokus darauf, wie ärztliche Gesundheit umgesetzt und gelebt werden kann. Die Referentin präsentierte die Studie zu Stressreduktionsprogrammen, Mind-Body-Techniken und Meditationen. Ein interaktiver Workshop von Dr. med. Shirin Mansouri widmete sich der Weiblichkeit in der Medizin. Dieser eröffnete den Raum für vielerlei Veränderungsprozesse. Im Intensiv-Workshop am Nachmittag konnten die Teilnehmerinnen ihre inneren Hindernisse genauer beleuchten und Veränderungsprozesse starten.

In der Mittagspause ermöglichte Prof. Dr. med. Katja Schlosser einen Blick in die Welt der selbstbewussten Führung und verdeutlichte die Wichtigkeit des gegenseitigen Empowerments, um Diversität in der Medizin zu ermöglichen. Nach ihrem Mut machenden Interview wurde in der Mittagspause an vielen Tischen weiter dazu diskutiert.

Am Nachmittag führten Dr. med. Sophie Zötler mit „Authentisch Ärztin sein“, Dr. med. Sabine Egger mit „Mindful Self Compassion“, Prof. Dr. med. Angela Geissler mit „Achtsamkeit im Ärztinnenalltag“ und Dr. med. Shirin Mansouri mit „Weiblichkeit in der Medizin“ durch ihre Intensivworkshops. Am Abend waren die Teilnehmerinnen im wahrsten Sinne des Wortes gestärkt, denn Ärztin Lisa Schuster lud zu einem Klangbad in die Hallen des Schlosses ein.

Am Folgetag startete die Fortbildung mit Achtsamkeitsübungen aus Yoga und Qi Gong. Im Anschluss beleuchtete Dr. med. Astrid Bühnen die Selbstfürsorge im berufspolitischen Kontext näher. Welche finanziellen Gesichtspunkte und Aspekte der Fürsorge – auch fürs Alter – werden von Ärztinnen häufig übersehen und wie kann man hier frühzeitig agieren? Im Anschluss widmete sich Dr. med. Enise Lauterbach mit einer persönlichen Note dem Thema Empowerment, bevor Dr. med. Karin Kelle-Herfurth Gesundheit aus der Führungsperspektive betrachtete.

Die Rückmeldungen der Ärztinnen war einstimmig: Dies war eine Fortbildung mit sehr viel MehrWert für Medizin. Der Wunsch nach einer Wiederholung war groß. Ermöglicht und finanziell unterstützt wurde diese Fortbildung durch den Verein Frauen fördern die Gesundheit e.V. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Brigitte Klein,
Vorsitzende von Frauen fördern die Gesundheit e.V.



Yoga: Übungen für den zukünftigen Alltag

AUSSCHUSS KLIMAWANDEL

Lehren aus dem Hitzesommer: Was Ärztinnen beachten sollten

Was können wir als Ärztinnen tun, um die unmittelbaren Auswirkungen von hohen Temperaturen an Hitzetagen zu reduzieren? Ein Überblick.

Besonders bedrohlich ist die steigende Mortalität durch die Hitzewellen, die der menschengemachte Klimawandel auslöst: Modellrechnungen prognostizieren für Deutschland zukünftig einen Anstieg der hitzebedingten Sterblichkeit von 1 bis 6 Prozent pro einem Grad Celsius Anstieg der Durchschnittstemperatur. Das entspräche über 5.000 zusätzlichen Sterbefällen pro Jahr durch Hitze bereits in etwa 20 Jahren.

Extreme Hitze bedingt zudem Folgeerkrankungen. Sie belastet das Herz-Kreislaufsystem stark, verschlechtert KHK und erhöht das Risiko für Herzinfarkte. Sie bedingt Regulationsstörungen und bewirkt so Kopfschmerzen, Erschöpfung und Kreislaufprobleme bis zum Kollaps. Das Risiko für zerebrovasculäre Erkrankungen steigt. Mentale Gesundheit und Produktionsfähigkeit lassen nach. Menschen werden aggressiver und gewaltbereiter.

Eine hohe Lufttemperatur fördert zusammen mit intensiver Sonneneinstrahlung die Entstehung von gesundheitsgefährdendem bodennahem Ozon mit Folgen wie Tränenreiz, Husten und Kopfschmerzen – unabhängig vom Ausmaß der körperlichen Belastung im Freien. Bei intensiverer und länger andauernder körperlicher Belastung bei hohem Ozon können dauerhafte Atemweg- und Kreislaufkrankungen mit Entzündungsreaktionen die Folge sein. Durch Mangel an Flüssigkeit und Elektrolytverschiebung steigt das Risiko von Nierenerkrankungen, etwa akuter oder chronischer Niereninsuffizienz. Starke UV-Belastung führt zu mehr Sonnenschäden in der Haut.

Frauen leiden durch ihre höhere Stoffwechsellistung und ihr geringeres Schwitzen häufiger unter Hitzefolgeerscheinungen.



Extremtemperatur: Frauen schwitzen weniger und sind daher stärker gefährdet

Bei Schwangeren steigern hohe Lufttemperaturen die Gefahr, ein sehr kleines oder leichtes Baby zu bekommen. Dies betrifft vor allem Schwangere in kälteren Klimazonen während des 2. und 3. Trimesters. Weltweit sind Frauen stärker von Armut bedroht, wenn sie weniger produktiv sind. Und höhere Gewaltbereitschaft bedroht Frauen ebenfalls stärker.

Hauptaufgaben im medizinischen System sind der Schutz für Mitarbeitende sowie das Minimieren der Gesundheitsgefährdung für Patient:innen. Praxen, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sollten Maßnahmen zur Schadensminderung treffen, etwa kühle Orte als Erholungsräume einrichten. Hierzu gibt es Muster-Hitzeschutzpläne. Diese und weitere übersichtliche und hilfreiche Tipps zum Verhalten bei Hitze finden sich auf der Homepage „KLUG e. V. – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit“. www.klimawandel-gesundheit.de/hitze-schutz/

Unsere Aufgabe als Ärztinnen ist es, die Patient:innen auf ihr Verhalten bei hohen Außentemperaturen anzusprechen. Hilfreich könnte hierbei das Faltblatt „Wie schützen wir uns vor Hitze?“ sein. Dabei gilt es besonders, die vulnerablen Gruppen im Blick zu haben: Kleinkinder, Senioren und Menschen mit chronischen Erkrankungen, darunter auch Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder Demenz. Ein Fokus sollte auf

der Beratung zur Einnahme von Medikamenten liegen. Mittel, die bei einer Hitzewelle Probleme bereiten können, sollten gegebenenfalls in der Dosis angepasst werden. Insbesondere: Neuroleptika, Antidepressiva, Anticholinergika, Sedativa, Antiepileptika, ACE-Hemmer/AT-II-Blocker, Diuretika, β -Blocker, Fentanyl-TTS.

Auch Ursachenbekämpfung ist notwendig: Gesunde Menschen kann es nur auf einem gesunden Planeten geben. Werden Sie politisch aktiv, schließen Sie sich entsprechenden Organisationen an, und setzen Sie sich in Ihrer eigenen Kommune für Umsetzung von Hitzeaktionsplänen ein. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Ulrike Berg und Dr. Tonia Iblher,
den Organisatorinnen des Ausschuss Klimawandel und
Gesundheit im DÄB.



Foto: privat

BUCHBESPRECHUNG

Gewalt und ihre Folgen: Ein lohnenswerter, vertiefter Einblick

DR. MED. HEIDRUN POPOVIC

Alle Erhebungen sprechen dafür: Häusliche Gewalt und ihre verschiedenen Ausprägungen haben während der Corona-Pandemie zugenommen. Die ohnehin große Dringlichkeit des Themas ist noch einmal gewachsen. Das Buch „Gewalt und ihre Folgen – Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien“ trifft genau in diese Aktualität. Es beschreibt in mehreren Kapiteln, die von verschiedenen Autor:innen verfasst wurden, die resultierenden Erkrankungen auf psychischem und somatischem Gebiet. Außerdem schafft es einen Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten.

Wenig erforschte Opfergruppen

Die Dunkelziffer für Gewalt und speziell auch sexuelle Gewalt ist hoch anzusetzen, da durch die langen Aufenthalte im häuslichen Umfeld – durch Home Office, Homeschooling und Quarantäne – kaum Informationen über die wahre Situation nach außen gedrungen sind. Außerdem war den außerhäuslichen Instanzen, darunter Erzieher:innen in KiTas und Schulen – die Kontrolle entzogen.

Die überwiegende Anzahl der Betroffenen von Gewalt sind Frauen. Aber das Buch rückt auch Gruppen ins Blickfeld, zu denen bisher relativ wenig Forschungsarbeit existiert, darunter Männer sowie Menschen ohne Wohnung. Bei der großen Mehrheit von Betroffenen und dadurch traumatisierten Menschen ist die Möglichkeit, ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot annehmen zu können, noch nicht angekommen oder wird aus Angst nicht angenommen. Vielfach ist es auch nicht möglich, den Traumatisierten eine Behandlung anzubieten, da die notwendigen Ressourcen fehlen.

Angst ist in der Krisensituation eine von der Gesellschaft tolerierte Reaktion, und es wird nicht nach der Ursache geforscht. Dabei ist die neu aufgetretene Angst eine in der Gegenwart getriggerte Erinnerung an eine frühere Gewalterfahrung oder Traumatisierung. Und so können nach und nach Traumafolge-

störungen auftreten, die sich chronifizieren, wenn sie nicht behandelt werden – beziehungsweise gar nicht erst diagnostiziert werden.



Die Autor:innen des Buchs stellen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vor, unter anderem das mit gutem Erfolg angewandte „Philippinen-Modell“ oder die Körperarbeit, um das Wechselspiel Soma und Psyche in Beziehung und Balance zu bringen. Voraussetzung ist allerdings, dass Therapeut:innen ein Gespür dafür entwickelt haben, diese Wechselwirkungen (Ursache/Wirkung) zu erkennen, um dann auch Retraumatisierung verhindern zu können. Für die unmittelbare Versorgung nach Flucht und Gewalterfahrung wurden spezielle Konzepte entwickelt.

Demenz als Traumafolge

Warum ist der professionelle Umgang mit Traumatisierten so wichtig? Weil körperliche Beschwerden mit Manifestation und Chronifizierung durchaus als Folge auftreten können wie etwa Diabetes mellitus und Demenz. Das gilt es so gut wie möglich zu verhindern.

Das Buch eröffnet eine neue Sicht auf das Thema – und das gilt nicht nur für Fachleute wie beispielsweise Jurist:innen, Ärzt:innen, medizinisches Personal, Sozialarbeiter:innen oder Berater:innen. Wertvolle Informationen erhält durch diese Zusammenstellung jedes wache, mündige Mitglied der Gesellschaft. ◀

Barbara Bojack (Hrsg.): Gewalt und ihre Folgen – Traumafolgestörungen und Bewältigungsstrategien, ZKS-Verlag; ISBN 978-3-947502-51-6

Dr. med. Heidrun Popovic ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und ärztliche Psychotherapie in Pohlheim.

Ordentliche Mitgliederversammlung (MV) des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Vorläufige Tagesordnung der MV am 08.10.2022 auf der Fraueninsel im Chiemsee

Ort: Abtei der Benediktinerinnen Frauenwörth
im Chiemsee

Zeit: ab 08:30 Uhr, persönliche Anmeldung

09:00 bis 10:00 Uhr/öffentlicher Teil:

1. Begrüßung
2. Vortrag, N.N.

10:00 bis 10:15 Uhr Kaffeepause

10:15 bis 12:15 Uhr nicht öffentlicher Teil der MV

12:15 bis 13:00 Uhr Mittagspause

13:00 bis 14:30 Uhr nicht öffentlicher Teil der MV

Teilnahme nur für Mitglieder

3. Feststellen der Beschlussfähigkeit
4. Genehmigung des Protokolls der letzten MV
5. Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung
6. Totenehrung
7. Bericht der Präsidentin und des Vorstandes
8. Bericht der Schatzmeisterin
9. Anträge
 - a. Satzungsänderungsanträge
 - b. Weitere Anträge
10. Künftige Orte für MV und Kongresse
11. Verschiedenes
12. Ausblick und Verabschiedung

Anträge zur Veränderung der Tagesordnung können bis zum **27.08.2022** schriftlich mit Begründung eingereicht werden. Der Antrag muss von mindestens 5 ordentlichen Mitgliedern durch Unterzeichnung des Antrags unterstützt werden.

Wegen eventueller Corona-Auflagen bitten wir Sie, sich möglichst bald über unser Online-Formular verbindlich anzumelden! Hier der Link:

<https://www.aerztinnenbund.de/MV2022>

Bitte beachten Sie, dass wir uns nach den jeweils aktuellen Corona-Auflagen der Region richten müssen, so dass kurzfristige Änderungen möglich sind. Selbstverständlich bleibt auch die spontane Teilnahme möglich, wenn noch freie Plätze vorhanden sind. Wir freuen uns auch über Anmeldungen zum Get-together am Vorabend (auf Selbstkostenbasis). Wir können nicht ausschließen, dass wegen veränderter Corona-Auflagen die MV online stattfinden oder verschoben werden muss, was wir selbstverständlich vorher juristisch abklären werden. Doch auch dann ist eine verbindliche Anmeldung notwendig. Im Anschluss an die MV planen wir derzeit das Angebot von 2 parallelen Workshops von 15:30 Uhr bis 17:00 Uhr. Beachten Sie diesbezüglich unsere nächsten Mitteilungen und neue Informationen auf der Website.

Save the Date! 07.10.2022

Für den Tag vor der MV (07.10.2022) planen wir ebenfalls auf der Fraueninsel im Chiemsee eine Vorstands- und eine Beiratssitzung ein.

Aktuelle Zeitplanung:

Vorstandssitzung 10:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Beiratssitzung 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Get-together 19:00 Uhr für alle, die schon da sind
(auf Selbstkostenbasis)

Einladung und Tagesordnung zur Beiratssitzung erhalten die Beiratsmitglieder zeitgerecht. Die jeweiligen Zeiten gelten auch, falls wir wegen der Pandemie nur online tagen können.



Deutscher
Ärztinnenbund