

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Die Freiheit, Gleichheit,
Würde, Gesundheit und
das Wohlergehen aller
Menschen sind unser
oberstes Anliegen.

Wir sind stolz und glücklich, zu den Unterzeichnerinnen des Genfer Gelöbnisses gehören zu dürfen, dessen Werte wir vertreten, und erklären hiermit:

Wir, der Deutsche Ärztinnenbund, sehen mit großer Sorge und tiefer Betroffenheit ein Fortschreiten von Rechtsextremismus, Antisemitismus, jeder Form des religiösen Extremismus, Fremdenfeindlichkeit, Hass und Hetze, Rassismus, Ausgrenzung von Migranten und Migrantinnen, Gewalt gegen Andersdenkende und -lebende. Deutschland lebt aktuell vor dem Hintergrund einer immer bedrohlicher werdenden Demokratiefeindlichkeit. Universelle Menschenrechte und erkämpfte Humanität sind gefährdet, diese Werte und Verpflichtungen müssen jetzt und immer wieder verteidigt werden.



Inhalt

- 03 **Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 04 **Gastbeitrag**
Manuela Queitsch
Warum wir uns für MINT starkmachen
- 05 **Schwerpunkt:**
Erklärung des DÄB zu Freiheit und Demokratie
Die Erklärung des DÄB im Wortlaut
Im Interview: Jule Stock
Im Interview: Ferda Ataman
Lena Honerkamp, Simon M. Gerhards
- 10 **Dr. med. Renate Böhm**
Karriere ... oder doch Care?
- 13 **100. Gründungstag**
Preisverleihungen und Ehrungen
Impressionen
- 18 **Aus dem Verband**
Beschlüsse der Mitgliederversammlung •
Ausschuss Klima • Forum 40 plus • Forum 60 plus •
Regionalgruppe Berlin-Brandenburg •
Regionalgruppe Saarbrücken •
Umzug der DÄB-Geschäftsstelle •
Zum Tod von Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried
- 21 **Dr. med. Ulrike Berg, Dr. med. Tonia Iblher**
Wir sollten als Ärztinnen und Ärzte Influencer:innen für
menschliche und planetare Gesundheit werden!
- 22 **Aus dem Verband**
Wir gratulieren • Weltärztinnenbund
- 23 **Dr. med. Ulrike Berg**
Buchbesprechung: Wichtige Analyse, auch über
frauenverachtende Strukturen hinter der Prostitution
- 24 Podcast-Reihe im Gründungsjahr, Videos und mehr!

Impressum:

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

Glinkastraße 32, 10117 Berlin
Tel.: 030 54 70 86 35
Fax: 030 54 70 86 36
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

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. 9, 12487 Berlin



Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr.
Heftpreis 5 Euro. Bestellungen werden von der
Geschäftsstelle entgegengenommen.
Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Bezugs-
preis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Redaktionsschluss der Ausgabe 01/2025:
14. Februar 2025

Fotos:

S. 5: 123rf_zanjuryfox, S. 7: 123rf_xartproduction,
S. 8: 123rf_wavebreakmediamicro, S. 11: 123rf_
chormail, S. 12: 123rf_kanghj103

Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den
Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffent-
lichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte Manu-
skripte 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,

zum Ende des Jahres lohnt ein Blick auf das ereignisreiche 2024. Die langen Vorbereitungen zur Feier des Jubiläums – des 100. Gründungstages unseres Vorgängerverbandes – haben sich gelohnt. Die Resonanz war sehr positiv, sowohl was den Festakt anging als auch die abendliche Feier für die Mitglieder selbst. Wir vom Vorstand danken allen, die sich beteiligt und ihre Unterstützung eingebracht haben, herzlich!

Viele positive Rückmeldungen haben uns erreicht über die Auseinandersetzung des Ärztinnenbundes mit der Vergangenheit des BDÄ. Diese wurde als verantwortungsbewusst wahrgenommen. Die Beschäftigung mit dieser Zeit, in der Diskriminierung an der Tagesordnung war und jüdische und andere unerwünschte Kolleginnen ausgeschlossen wurden, lehrt uns, wie sehr das Thema uns noch heute – oder gerade heute – beschäftigt, beschäftigen muss. Am Tag nach dem Jubiläum hat der Deutsche Ärztinnenbund in seiner Mitgliederversammlung sein Bekenntnis zum Genfer Gelöbnis – und damit zu Freiheit und Demokratie – in einer offiziellen Erklärung bekräftigt und seine Haltung ebenso deutlich gemacht wie seine Einschätzung der Weltlage.

Einen Auszug aus der Erklärung finden Sie auf dem Titel dieser Ausgabe der **ärztin**. Sie steht als erster Text des Titelthemas auf Seite 5. Wir haben die Stimme des DÄB gegen Diskriminierung und Rassismus ergänzt mit Studien und Analysen aus dem Medizinbereich.

Diskriminierung ist oft subtil, manchmal brachial und betrifft gerade uns Frauen an vielen Stellen auch im ärztlichen Beruf. Sie reicht von der Tatsache, dass von Frauen höhere Leistungen und weniger Fehler verlangt werden bis hin zu sexistischen Übergriffen, vom anzüglichen Witz bis hin zur sexuellen Nötigung, die Frauen hinnehmen sollen, wenn sie ihre Karriere nicht aufs Spiel setzen möchten. Sie geht vom abfälligen kollegialen Spruch bis hin zur Skepsis von Patientinnen und Patienten, ob denn eine Ärztin so kompetent sein kann wie ein Arzt.



Foto © J. Rolles

Diskriminierung findet sich in der Medizin leider an allen Ecken. Ich selbst erinnere mich an die eine Fortbildung, bei der ich persönlich realisiert habe, dass selbst Fachbücher diskriminieren können. Es ging um Dermatologie-Bücher

und die Abbildung dunkelhäutiger Menschen beziehungsweise deren Fehlen. Vermissen wir es, dass wir gar nicht lernen, Hautkrankheiten bei vielen Menschen richtig zu erkennen? Die Erkenntnis war für mich beschämend, weil ich nie darüber nachgedacht hatte.

Ein anderes Beispiel, das ich noch aus meiner Zeit in der Gynäkologie verinnerlicht hatte, ist die unterschiedliche Art, mit Schmerzen umzugehen. Kennen wir doch alle den „Mittelmeerschmerz“. Wie schnell werten wir damit Menschen aus anderen kulturellen Kontexten generell ab? Sehr eng ist hier die Nähe zwischen Diskriminierung und Rassismus. Genau hier müssen wir aufpassen und uns gewahr werden, wie verwurzelt Missachtungen der Menschenwürde bei uns sind. Sie können einen treffen aufgrund des Geschlechts, der Herkunft, des Alters, des sozialen Status und wegen zahlreicher anderer persönlicher Gegebenheiten.

In einer Zeit, wie wir sie aktuell erleben, müssen wir immer wieder darauf pochen: Im Mittelpunkt der ärztlichen Versorgung stehen kranke Menschen. Und zwar alle gleich.

In diesem Sinne lassen Sie uns dieses wichtige Jahr zum Ende hinbegleiten. Lassen Sie uns neu zum Bewusstsein kommen, dass jede und jeder von uns es in der Hand hat, sein Gegenüber als Mensch wahrzunehmen; und nur das ist wichtig!

Mit kollegialen Grüßen

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



Foto: © Jan Brenner

Warum wir uns für MINT starkmachen

MANUELA B. QUEITSCH

Technik wird immer noch überwiegend von Männern entwickelt. Frauen, mit einem Bevölkerungsanteil von 50 Prozent, nutzen sie. Der soziale, kulturelle und ökonomische Entwicklungskontext beruht auf meist männlicher Sichtweise. Wir brauchen darum eine feministische Technik.

Ein gutes schlechtes Beispiel ist das Design von Sicherheitsgurten auf der Grundlage von Crash-Test-Dummys (CTD). Bereits 1949 gab es den ersten männlichen CTD für die U.S. Airforce. Modelle für Frauen und Kinder wurden erst seit 1966 entwickelt. Ein weiteres Beispiel sind Algorithmen, die digitalen Produkten wie KI zu Grunde liegen. Mehrheitlich wurden und werden sie mit männlich assoziierten Fakten verknüpft, was dazu führt, dass die Ergebnislisten auf Anfragen in Suchmaschinen auch mehr Antworten mit männlich verknüpften Fakten bereithalten.

MINT ist ein Akronym aus den Wörtern Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und Technik und wird verwendet, um ganz allgemein von mehreren, in sich weit gefächerten Wissenschaftsgebieten zu sprechen. Damit ist die Problemlage auch schon umrissen: Es geht um Interdisziplinarität und Nachbarschaftsbeziehungen der Fächer. Wird dann noch eine geschlechtsspezifische Sichtweise gefordert, ist die Komplexität deutlich. Viele fragen sich, ob man schneller zum Ziel kommt, wenn wir sie auf einfache lineare Fragestellungen herunterbrechen. Die einfache Antwort ist NEIN.

Frauen müssen gleichberechtigt und paritätisch in den bisher männlich geprägten Fachgebieten vertreten sein, um die Fragestellungen auch mit weiblichem Wissen und weiblichem Blick zu bearbeiten. Dazu benötigen wir die feministische Technik – und darüber hinaus MINT-Forschung, um die Verwobenheit von Geschlechterverhältnissen mit technologischer Forschung und Entwicklung wissenschaftlich zu begleiten. An mehreren deutschen Universitäten wurden mittlerweile entsprechende Lehrstühle eingerichtet.

Wir wollen als Frauen sichtbar sein und nicht nur das: Wir wollen die Hälfte der Führungspositionen. Wir wollen Technik haben, die für und mit Frauen und Männern entwickelt ist, wir wollen Medizin für Frauen und Männer und wir wollen geschlechtergerechte Beteiligung in Forschung und Entwicklung. Wir wollen die Gender Gaps sichtbar machen und ins

Bewusstsein holen, um sie zu überwinden. Das ist eine enorm komplexe Herausforderung, aber sie muss sein.

Was können wir alle, als Frauen, als Verband und als gesellschaftliche Gruppe, dazu beitragen? Der Deutsche Akademikerinnenbund e.V. (DAB) engagiert sich seit Jahren für die Vielfalt in MINT-Fächern, um die Lösung von Forschungsfragen und deren Praxisentwicklungen geschlechtergerecht auszurichten. Wir pushen weibliche Role Models und zeigen damit, dass die MINT-Branche attraktiv für Mädchen und Frauen ist. Wir machen weibliche Forschungserkenntnisse und Unternehmen verstärkt sichtbar, indem wir dazu forschen, publizieren, weibliche Forschung auszeichnen und in die Medien gehen. Wir unterstützen die MINT-Strategien in der Politik. Der DAB war beispielsweise Initiatorin und Mitveranstalterin des 1. Münchner-Mädchen-Technik-Tages, dem Vorläufer des heutigen Girls' Day und ebenso des ersten Stands „Frau+Technik“ auf der männlichen Industrie-Messe in Hannover, wodurch Frauen in MINT erstmals bundesweit sichtbar wurden. Der DAB gehört zum Kreis der vorschlagsberechtigten Institutionen für den Deutschen Umweltpreis. Das nutzen wir, um exzellente Frauen aus dem MINT-Bereich ins Spiel zu bringen. Im Arbeitskreis „MINT-Frauen im DAB“ engagieren sich Ingenieurinnen, Naturwissenschaftlerinnen und Informatikerinnen, um technikaffine Workshops auf Frauenmessen und eigene Tagungen zu veranstalten. MINT im Allgemeinen ist dem DAB so wichtig, dass das Thema selbst in der Satzung des Verbandes verankert ist. ◀

Manuela Queitsch hat Maschinenwesen, Werkstoffwissenschaft und Anglistik in Dresden und Bibliotheks- und Informationswissenschaft in Berlin studiert und war bis zur Rente als Wissensmanagerin an der Sächsischen Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden tätig. Seit 2019 ist sie Präsidentin des Deutschen Akademikerinnenbundes.

Mail: manuela.queitsch@dab-ev.org



Deutscher
Ärztinnenbund

Informieren. Vernetzen. Gestalten.

ERKLÄRUNG DES DEUTSCHEN ÄRZTINNENBUNDES ZU FREIHEIT UND DEMOKRATIE

Der Deutsche Ärztinnenbund hat 1950 nach den Gräueltaten des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges und in der historischen Verantwortung des Bundes Deutscher Ärztinnen das heute noch gültige Genfer Gelöbnis unterzeichnet. Dadurch wurden die deutschen Ärztinnen wieder in die Weltgemeinschaft der Ärztinnen aufgenommen.

Wir sind stolz und glücklich, zu den Unterzeichnerinnen des Genfer Gelöbnisses gehören zu dürfen, dessen Werte wir vertreten, und erklären hiermit:

Wir, der Deutsche Ärztinnenbund, sehen mit großer Sorge und tiefer Betroffenheit ein Fortschreiten von Rechtsextremismus, Antisemitismus, jeder Form des religiösen Extremismus, Fremdenfeindlichkeit, Hass und Hetze, Rassismus, Ausgrenzung von Migrantinnen und Migranten, Gewalt gegen Andersdenkende und -lebende. Deutschland lebt aktuell vor dem Hintergrund einer immer bedrohlicher werdenden Demokratiefeindlichkeit. Universelle Menschenrechte und erkämpfte Humanität sind gefährdet, diese Werte und Verpflichtungen müssen jetzt und immer wieder verteidigt werden.

Deshalb erklären wir, der Deutsche Ärztinnenbund, im Geiste des Genfer Gelöbnisses:

Die Freiheit, Gleichheit, Würde, Gesundheit und das Wohlergehen aller Menschen sind unser oberstes Anliegen.

Alter, Krankheit oder Beeinträchtigung, Glaube, Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren treten nicht zwischen uns und unsere Patientinnen und Patienten. Wir werden, selbst unter Bedrohung, unser medizinisches Wissen nie zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Wir achten und respektieren alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, Studentinnen und Studenten hier und weltweit in ihrer ärztlichen Tätigkeit und ihrer Würde als Menschen.

„Nie wieder ist jetzt!“

Potsdam, 26. Oktober 2024

Die Erklärung wurde von der Mitgliederversammlung des DÄB im 100. Gründungsjahr des Vorgängerverbands „Bund Deutscher Ärztinnen“ beschlossen. Sie fand am 26.10.2024 in Potsdam statt.

Gleichheit und Menschenwürde: Wie gerecht ist unser Medizinsystem?

Die „Erklärung des Deutschen Ärztinnenbundes zu Freiheit und Demokratie“ nehmen wir zum Anlass, um in dieser Titelstrecke einige Analysen zur Ist-Situation in der Medizin einzuholen. Der

Blick richtet sich sowohl auf die Patient:innen als auch auf die (angehenden) Ärzt:innen und es werden diskriminierende und rassistische Grundstrukturen benannt, welche die Medizin in

Deutschland durchziehen. Ein Tipp zum Weiterlesen: Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusteam (NaDiRa) „Rassismus und seine Symptome“ vom November 2023.



Foto: privat

IM INTERVIEW

„Frauen werden vorgeführt, Fehler werden ihnen stärker nachgetragen“

JULE STOCK

Ungleichbehandlung von Frauen und Männern im Medizinstudium? Dazu gibt es in Deutschland bislang fast keine wissenschaftlichen Erhebungen. 2024 ist eine hinzugekommen. Sie belegt: Vor allem Frauen erleben während ihrer Ausbildung die ganze Bandbreite geschlechtsbezogener Diskriminierung – so viel, dass es ihre Fächerwahl beeinflusst.

Frau Stock, in Ihrer Doktorarbeit haben Sie die Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen auf Medizinstudierende erforscht. Was waren die wichtigsten Erkenntnisse?

Genderdiskriminierung ist an medizinischen Fakultäten sehr verbreitet. Sie betrifft Frauen und Männer, aber Frauen in einem deutlich höheren Maß als Männer. Das ist ein zentraler Befund, wenn auch keiner, der uns überrascht hätte. Es gab zu diesem Thema in Deutschland zuvor lediglich eine Pilotstudie von 2020. Darin hatte sich die Größe des Problems aber schon abgezeichnet. Ein Kernergebnis unserer Erhebung war ein Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und der gewählten Fachrichtung. Dieser trägt zum Beispiel dazu bei, dass Frauen Chirurgie wenig attraktiv finden und eine andere Fachrichtung wählen, etwa Gynäkologie. Dieses Beispiel ist besonders markant, denn von den Arbeitsanforderungen her bestehen zwischen Gynäkologie und Chirurgie recht hohe Überschneidungen. Dennoch nehmen viele angehende Ärztinnen die Fächer unterschiedlich wahr – und das liegt offenbar teilweise an Sexismus-Erfahrungen im Studium.

Was widerfährt den Studentinnen?

Wir haben die Diskriminierungsformen in Kategorien abgefragt. Ganz oben stehen sexistische Sprüche und Witze, dicht gefolgt von abwertenden Ansprachen. Drei von vier Medizinstudentinnen müssen sich Komplimente anhören, die sie als unangenehm empfinden und 5,7 Prozent berichteten von se-

xuellen Übergriffen. Die meisten Diskriminierungserlebnisse entstehen im Kontakt mit Patient:innen. Das sind dann oft sogenannte Mikroaggressionen. Beispielsweise, dass sie einer Ärztin die Kompetenz absprechen, indem sie fragen, ob sie eine Entscheidung überhaupt treffen dürfe. Beruflich gravierend wird es, wenn eine Person, die beispielsweise gerne im Operationssaal steht, am Ende etwas anderes macht, weil sie sich der Situation in dem Fach nicht länger aussetzen möchte.

Haben Sie ein konkretes Beispiel?

Nicht aus der Studie, aber unter Studierenden wird über sexistische Erfahrungen natürlich gesprochen. Es berichtete mir zum Beispiel eine Ärztin in Weiterbildung, der Arzt, der eine OP leitete, habe noch vor Beginn des Eingriffs gesagt: „Holt den PJler, um das Bein des Patienten zu halten. Sie ist zu schwach.“ Das ist ein Fall, in dem eine Frau vorgeführt und vorverurteilt wurde, weil sie eine Frau ist. Ebenso typisch ist es, dass Fehler von Frauen strenger beurteilt werden als von Männern. Ihre Eignung wird grundlegender angezweifelt.

Wie kann so ein System Bestand haben?

Es liegt zu einem Teil am extrem hierarchischen System in der Medizin. Der nächste Karriereschritt ist von der Bewertung einer – oder meist eines – Vorgesetzten abhängig. Das erschwert es, sich vor allem gegen Mikroaggressionen zur Wehr zu setzen. Sagt man „Dieser Kommentar ist unangemessen,

das passt mir nicht“? Oder schweigt man, weil man Nachteile fürchtet, wenn man Diskriminierung thematisiert?

Wie ließe sich die Situation verbessern?

Wie in allen anderen Branchen auch, muss der Wandel von oben nachvollzogen werden, um sich durchzusetzen. Die Medizin benötigt unter anderem mehr Frauen in Führungspositionen, die eine andere Kultur verkörpern und Vorbilder abgeben. Es muss aber auch die ganze Institution, etwa das ganze Krankenhaus, ernsthaft für Gleichberechtigung einstehen. Ebenso wichtig: Schon an der Universität müsste an vielen Stellen deutlich werden, dass Diskriminierung – und nicht nur die geschlechtsbezogene – in der Medizin keinen Platz hat.



Sexismus: Wenn Männer die Kompetenz von Frauen im OP in Frage stellen

Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass sich etwas ändert?

Mein Eindruck ist, dass jede Form von Diskriminierung inzwischen in der Gesellschaft stärker wahrgenommen wird als noch vor ein paar Jahren. Gerade in der Medizin ist der Frauenanteil inzwischen so hoch, dass eine Reaktion erfolgen muss. Außerdem wächst der wirtschaftliche Druck. Wenn man Ärztinnen nicht insgesamt oder in bestimmten Fächern verlieren möchte, gehört das – auch strukturelle – Vorgehen gegen genderbasierte Diskriminierung dazu. ◀

Interview: Alexandra von Knobloch

Jule Stock studiert Medizin an der RWTH Aachen und absolviert gerade ihr Praktisches Jahr. Aus ihrer Doktorarbeit, betreut von der Professorin für Arbeits- und Sozialmedizin Dr. med. Andrea Kaifje-Pechmann, ging dieses Jahr eine Veröffentlichung in „BMC Medical Education“ hervor: „The effects of gender discrimination on medical students' choice of specialty for their (junior) residency – a survey among medical students in Germany“.

E-Mail: jule.stock@rwth-aachen.de



Foto: © Steffen Kugler/Bundespresseamt

IM INTERVIEW

„Es fehlt oft an klaren Verfahren und Möglichkeiten, Diskriminierung auch zu ahnden“

FERDA ATAMAN

Der Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors von 2023 konstatiert: „Die Selbstzuschreibung von und die gesellschaftliche Erwartungshaltung an Ärzt:innen, ihren Patient:innen gegenüber neutral zu sein (...), stellen eine Barriere für eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus dar, weil dieser als gesellschaftlich missbilligtes Phänomen den Ansprüchen auf humanistische Neutralität diametral entgegenläuft und deshalb tabuisiert wird.“ Die Antidiskriminierungsbeauftragte Ferda Ataman beschäftigt sich mit den Auswirkungen – unter anderem in der Studie „Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen“ von 2024.

Frau Ataman, welche Patient:innen-Gruppen erleben im Gesundheitswesen Diskriminierungen?

Menschen im Gesundheitsbereich leisten tagtäglich unfassbar wichtige Arbeit. Dass es hier Diskriminierungen geben kann, ist erst mal kaum vorstellbar. Aber wie in jedem anderen Bereich, wo sich Menschen begegnen, kommt es auch hier zu Diskriminierungen. Wir wissen aus unserer Beratung, dass Patient:innen etwa wegen ihrer Behinderung, aus rassistischen Gründen oder aufgrund ihres Geschlechts schlechter behandelt werden. Gerade beim Geschlecht ist wichtig zu wissen, dass sich Krankheitsbilder bei Frauen und Männern unterscheiden können – zum Beispiel beim Herzinfarkt. Bei Frauen wird der Infarkt seltener festgestellt und das kann schlimmstenfalls tödlich enden. Bei migrantischen Frauen, die über Schmerzen klagen, wird leider noch immer „Morbus Mediterraneus“ diagnostiziert. Das ist keine medizinische Diagnose, sondern ein rassistisches Klischee von wehleidigen Migrantinnen. Auch ältere Patient:innen berichten uns immer wieder davon, dass sie nicht ernst genommen werden und ihnen bestimmte Behandlungsformen verwehrt werden. Nur aufgrund des Alters. Das sind nur einige Beispiele für Diskriminierungen, die Menschen im Gesundheitswesen erleben.

Inwiefern spielt Mehrfachdiskriminierung eine Rolle?

Als Schwarze Frau kann eine Patientin mehrere Diskriminierungen gleichzeitig erleben – aus rassistischen Gründen und wegen des Geschlechts. Leider sind Schwarze Patientinnen besonders oft sexualisierten Vorurteilen ausgesetzt. Ärzt:innen bieten ihnen zum Beispiel ungefragt HIV-Tests an. Bei muslimischen Frauen wird dagegen oft angenommen, dass sie ihre Sexualität unterdrücken. Deshalb werden sie seltener auf Geschlechtskrankheiten untersucht.



Sexualisierte Vorurteile: Schwarze Frauen bekommen häufiger als andere einen HIV-Test angeboten

Existiert für intersektionale Diskriminierungszusammenhänge bereits ein Bewusstsein in der Medizin?

Leider fehlt größtenteils noch das Bewusstsein in der Medizin. Das haben wir auch in unserer Studie „Diagnose Diskriminierung“ festgestellt. Wir wollten herausfinden, was passiert, wenn sich Menschen nach einer Diskriminierung im Gesundheitswesen an eine Anlaufstelle wenden. Die gute Nachricht: Es gibt bereits einige Beschwerdestellen im Gesundheitsbereich. Aber leider ist der Schutz vor Diskriminierung dort oft noch ein blinder Fleck. Viele Betroffene bekommen kaum Unterstützung. Auch haben noch lange nicht alle Ärztekammern in den Ländern Ansprechpersonen gegen Diskriminierung.

Wie entwickelt sich die Diskriminierungssituation nach der Erfahrung der Antidiskriminierungsstelle?

Diskriminierungen können schon vor der Behandlung anfangen – etwa für Patient:innen im Rollstuhl. Leider sind viele Praxen in Deutschland nicht barrierefrei. So kann der Arztbesuch schnell zum Alptraum werden. Zum Beispiel, wenn Rollstuhlfahrerinnen zu einer ganz normalen Routineuntersuchung zum Frauenarzt müssen. Dann müssen sie oft lange nach einer barrierefreien Praxis suchen, die auch einen Hebelift hat. Denn ohne kommen viele nicht auf den Untersuchungsstuhl.

Die Diskriminierung kann sich auch von Patient:innen gegen Ärzt:innen richten. Beispielsweise, wenn sie generell nicht von ausländischem Medizinpersonal untersucht werden wollen, sich rassistisch äußern oder sich vor allem gegenüber weib-

lichem Fachpersonal sexistisch verhalten. Und dann kann es auch unter Ärzt:innen oder Pflegepersonal zu Diskriminierungen kommen. Sexuelle Belästigung ist hier ein sehr großes Thema. Wir wissen aus einer großen Befragung zu Belästigung am Arbeitsplatz, dass die Gesundheitsbranche die Branche mit dem höchsten Risiko ist. Ein Drittel aller befragten Frauen, die Belästigung im Job erlebt hatten, hat sie im Gesundheitswesen erlebt. Es kommt zum Beispiel vor, dass Chefärzte Ärztinnen oder Pflegerinnen sexuell belästigen, aber auch unter Kolleg:innen oder Patient:innen kann es dazu kommen.

Sie weisen in Ihrer Studie darauf hin, dass sich viele Patient:innen nicht gegen Diskriminierung wehren, weil sie Sorge haben, sonst gar nicht oder schlecht behandelt zu werden. Was muss sich ändern?

Menschen, die medizinische Einrichtungen besuchen, sind oft besonders verletzlich. Sie haben Angst davor, krank zu werden oder sind durch Krankheiten erschöpft und eingeschränkt. Erleben Menschen in so einer Situation auch noch Diskriminierung, schwächt sie das zusätzlich. Im schlimmsten Fall kann es dazu führen, dass sie dadurch eine bestimmte Praxis oder sogar das ganze Gesundheitssystem meiden. Deshalb brauchen sie bessere und vor allem sichtbare Beratung. Die Stellen müssen die Belange der Patient:innen ernst nehmen und professioneller mit Diskriminierungen umgehen. Denn obwohl es Unterstützungsangebote gibt, fehlt es oft an Wissen über Diskriminierungen im Gesundheitswesen und an klaren Verfahren und Möglichkeiten, Diskriminierung auch zu ahnden. Das kann für diskriminierte Patient:innen krasse Folgen haben. Sie dürfen nicht im Stich gelassen werden.

Welche Strategien könnten die Medizin selbst weniger diskriminierend machen?

Studien zeigen, dass der Umgang mit Diskriminierungen im Studium und in der medizinischen Ausbildung kaum eine Rolle spielt. Deshalb sollte dies bereits Teil der medizinischen Lehre an der Uni oder in der Ausbildung sein. Außerdem sollte das Bewusstsein für Diskriminierungen gestärkt werden und Lösungsansätze für den Umgang erarbeitet werden. Ein gutes Beispiel ist die Charité in Berlin, die als erste deutsche Universitätsklinik Präventions- und Schutzstrategien gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz auf den Weg gebracht hat. ◀

Ferda Ataman ist Unabhängige Bundesbeauftragte für Antidiskriminierung und Leiterin der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Sie wurde im Juli 2022 vom Bundestag für 5 Jahre in dieses Amt gewählt. Zuvor war die Politikwissenschaftlerin als Unternehmensberaterin zu Fragen von Diversität und Antidiskriminierung und publizistisch tätig.

Kontakt: www.antidiskriminierungsstelle.de



Rassismuskritik gehört ins Medizinstudium!

SIMON M. GERHARDS, LENA HONERKAMP

Das Genfer Gelöbnis fordert von uns als (angehende) Ärzt:innen nicht zuzulassen, dass „Erwägungen von [...] ethnischer Herkunft, [...] Rasse [...] oder jeglicher anderer Faktoren“ zwischen unsere Pflichten und unsere Patient:innen treten. Doch Diskriminierung und Rassismus sind gesamtgesellschaftlich tief verankerte Probleme, die auch in der Medizin zu Ungleichheit führen.

Rassismus: Schlecht für die Gesundheit

Rassismus führt als soziale Determinante von Gesundheit dazu, dass Betroffene von Rassismus häufiger an beispielsweise Herzinfarkten oder Depressionen erkranken und früher versterben. Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusteam (NaDiRa) von 2023 zeigt, dass Betroffene in Deutschland häufiger den:die Ärzt:in wechseln, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Auch nehmen sie aus Sorge vor Rassismus Gesundheitsversorgung verzögert in Anspruch. Dabei ist davon auszugehen, dass die meisten Ärzt:innen nicht bewusst rassistisch handeln wollen. Umso wichtiger ist es, dass bereits im Medizinstudium vermittelt wird, was Rassismus ist und was dagegen getan werden kann.

Rassismuskritik im Medizinstudium

Eine Möglichkeit, Rassismuskritik im Medizinstudium zu verankern, bieten die Weiterentwicklung des Medizinstudiums im Rahmen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ sowie die geplante Aktualisierung der Approbationsordnung. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) soll die zentralen Lernziele für ein weiterentwickeltes Medizinstudium unter der noch zu verabschiedenden Approbationsordnung festhalten.

Der NKLM 2.0 sieht vor, dass Medizinstudierende lernen, Diskriminierung aus rassistischen Gründen zu erkennen und dagegen zu handeln. Jedoch zeigt sich in unserer Analyse, dass der Lernzielkatalog selbst durch sprachliche und begriffliche Ungenauigkeit Rassismus reproduziert und diskriminierende Tendenzen in der Lehre verstärken kann. Lernziele zu wichtigen rassismuskritischen Kompetenzen fehlen. So fehlt im deutschsprachigen Medizinstudium bislang weitestgehend eine kritische Beschäftigung mit der Beteiligung der akade-

mischen Medizin an der Entwicklung und pseudowissenschaftlichen Begründung von Rasetheorien und ihrer Beteiligung an Verbrechen des Kolonialismus. Problematisch ist auch das verbreitete Missverständnis, dass es Menschenrassen im biologischen Sinne gäbe.

Ansatzpunkte für Rassismuskritik in Medizin und Gesundheitsversorgung

Im Medizinstudium sollte deshalb klargestellt werden, dass sich der vorrangig in den englischsprachigen Gesundheitswissenschaften verwendete Begriff „race“ nicht auf biologisch unterscheidbare Menschengruppen bezieht. Stattdessen stellt der Begriff eine sozial konstruierte Kategorie dar, die verwendet werden kann, um rassistische Diskriminierung zu erfassen. Die in Vorlesungsfolien immer wieder zu findende Übersetzung von „race“ in den deutschen Begriff „Rasse“ fördert ohne kritische Einordnung einen biologistischen Rassismus.

Weiterhin weist das Medizinstudium inhaltliche Leerstellen auf, die zur Vermittlung von medizinischer Rassismuskritik zu füllen sind: So ist dermatologisches Wissen über Hauterkrankungen auf dunklen Hauttönen noch eine Seltenheit in der Lehre. Auch fehlt Wissen über rassistische Vorurteile gegenüber verschiedenen „Kulturen“ und ihre Auswirkungen auf die medizinische Praxis, etwa in der Schmerzbehandlung. Die vollständige Analyse des NKLM 2.0 und unsere Vorschläge für die Berücksichtigung von Rassismuskritik in seiner Weiterentwicklung sind unter www.t.ly/c1_40 abrufbar. ◀

Lena Honerkamp und Simon M. Gerhards sind Mitglieder der Studierendenorganisation „Medicine for Antiracist Action“, einem Projekt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), und haben zusammen mit Ronja Finke-Gori den NKLM 2.0 aus rassismuskritischer Perspektive analysiert. Lena Honerkamp ist Ärztin in Weiterbildung in der Viszeral- und Allgemein Chirurgie in Berlin. Simon M. Gerhards studiert Medizin in Oldenburg und erforscht in seiner Promotion die Perspektiven von Medizinstudierenden auf Rassismus.

E-Mail: maa@bvmd.de



Foto: privat

Karriere ... oder doch Care?

DR. MED. RENATE BÖHM

Warum die Pflege von Angehörigen für Ärztinnen ein gesundheitliches und berufliches Risiko birgt und warum Unternehmen mit starken Programmen zur „Work-Life-Balance“ erfolgreicher sind.

Ein Schlaglicht aus meiner eigenen Geschichte: Die beste Freundin meiner 84-jährigen Mutter erzählt ihr von Susanne (Name geändert; Anm. d. Red.) – der Tochter einer anderen Freundin. Sie habe gesagt: „U N S E R E Mama kommt nicht ins Heim!“ Susanne lebt mit ihrem Ehemann und ihrer Mutter zusammen in ihrem Elternhaus. Die beste Freundin meiner Mutter sagt auch, dass wir uns doch „eine Polin nehmen“ könnten. Zum Zeitpunkt des Gesprächs wohne ich (damals 56) seit gut drei Monaten wieder in meinem Jugendzimmer im Haus in dem Dorf, in dem meine Mutter bisher allein lebte. Inzwischen kommt meine Mutter so nicht mehr zurecht. Seit vier Jahren schreitet ihre Demenz voran.

Die Möglichkeiten einer Betreuung aus der Ferne hatten wir in den letzten vier Jahren ausgereizt: Hausarztpraxis, Menüdienst, Pflegedienst, Haushaltshilfe, Gartenhelfer, Nachbarinnen und Mutters beste Freundin haben geholfen. Ich kenne alle Raststätten zwischen München und Frankfurt. Jetzt bin ich in Pflegezeit. Die Miete für meine 500 Kilometer entfernte Wohnung wird aus meinen Ersparnissen bezahlt, den Alltag finanzieren wir von Mutters Rente. Wenn ich ein Wochenende in mein eigenes Zuhause fahren möchte, um etwas zu erledigen, meinen Partner und seinen Enkel zu sehen, plane ich genau, wer wann nach Mutter sieht.

Ich versuche nachzuzählen, wie viele Haustürschlüssel zu meinem Elternhaus in den letzten vier Jahren in Umlauf gegangen sind. Waren es 5 oder 7? Es lässt sich nicht klären. Bin ich mal nicht da, passieren Grenzüberschreitungen. Die Mieterin meiner Mutter versucht auf sie einzuwirken. Mich empört das. Doch die Referentin im Angehörigen-Kurs der Alzheimer Gesellschaft, den ich besuche, sagt, es sei „ganz normal“, was sich da im Umfeld meiner Mutter abspielt. Es nicken auch alle. „Demenzkranken sind hilflos“, sagt die Referentin. Das provoziere Übergriffe und: nein, es sei nicht sinnvoll, eine Pflegerin zu einer alleinlebenden demenzkranken Person ins Haus zu holen, wenn man selbst als Angehöriger mehr als 20 Kilometer entfernt wohnt. Wie gesagt: „Demenzkranken sind hilflos.“

Mein Kollege ruft an: Seine 90-jährige Mutter lebt allein in einem Haus. Er wohnt 90 Kilometer davon entfernt. Er macht sich große Sorgen und fährt fast jeden Tag nach dem Dienst zu ihr. Er fühlt sich müde, zugleich sind Pflegezeit oder Arbeitszeitreduktion für ihn undenkbar. Seine Frage an mich heute lautet schlicht, ob er mich ab September wieder im Dienstplan berücksichtigen könne. Ich spüre den Zeitdruck, wieder zu arbeiten. Das Pflegezeitgesetz sieht eine 6-monatige Pflegezeit ohne Bezüge vor. Währenddessen kann man freiwillig in die Rentenkasse einzahlen. Doch wer kann sich das schon im vollen Umfang oder überhaupt leisten? Neben den akuten Einkommenseinbußen in der Pflegezeit entsteht darum für viele eine Lücke in der Rentenversicherung.

Situation in Deutschland

92 Prozent der Dreijährigen besuchen eine Kita. Das wird inzwischen gesellschaftlich positiv beurteilt und gefördert. Zugleich werden 75 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause betreut. Die gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen, die Versorgung ihrer Angehörigen und die ihres Ehemannes zu übernehmen, sind hoch. Sie orientieren sich an dem 1950er-Ideal einer Tochter oder Schwiegertochter. „Du machst das doch gerne“, heißt es. Und: „Schau, du bekommst doch emotional so viel zurück.“

Das ist aber nur die halbe Wahrheit: Studien zeigen, dass die Langzeitpflege von Angehörigen zu großem körperlichen und starkem psychosozialen Stress führt. Langzeitpflegende erleben negative gesundheitliche Auswirkungen, eine verringerte Lebensqualität und sie haben geringe Indikatoren für Glück – sogar wenn sie die Pflege als wichtig und bereichernd empfinden. In Deutschland gibt es etwa 300 000 bis 400 000 Personen aus Osteuropa, die in den Haushalten leben, in denen sie Pflegebedürftige versorgen. Die allermeisten sind Frauen. In wissenschaftlichen Untersuchungen ist von „Live-Ins“ die Rede. Rechnet man deren Stundenlöhne auf die 24-h-Betreuung um, sind sie lächerlich gering. Die eigenen Familien dieser Live-Ins sind in der Heimat sich selbst überlassen.

Live-Ins unterstützen häufig pflegende Angehörige bei der Versorgung, wenn diese nicht in der Nähe wohnen. „Long-distance caregivers“ heißen diese Betreuenden. Es sind vornehmlich gut ausgebildete Töchter und Schwiegertöchter, die neben Besuchen organisatorische, koordinierende und emotionale Leistungen erbringen. Long-distance caregivers sind häufig finanziell, emotional und physisch belastet, etwa durch häufige lange Fahrten zu den Angehörigen.

Frauen zwischen 50 und 64

Gerade wenn die Karriere laufen sollte, werden die Eltern pflegebedürftig, der Partner braucht „einen freien Rücken“, Kinder oder schon erste Enkel benötigen Betreuung. Plötzlich geben Frauen Interessen auf, reduzieren die Arbeitszeit, der nächste Karriereschritt bleibt aus, in die Rentenversicherung wird weniger eingezahlt, so dass der Gender-Pay-Gap dem Gender-Pension-Gap folgen wird. Unternehmen, Kliniken und Praxen verlieren ihre besten Führungskräfte an die Familienarbeit, in einem Alter, in dem Frauen eigentlich mehr und mehr Verantwortung am Arbeitsplatz übernehmen. Die wirtschaftlichen Verluste dadurch gehen in die Milliarden.

Es ist und bleibt ein Problem: Unbezahlte Care-Arbeit wird überwiegend von Frauen geleistet. Das BMFSFJ gibt den Gender-Care-Gap mit 44,3 Prozent an. Basis ist die Zeitverwendungserhebung von 2022. Diese Zahl bezieht sich jedoch auf die Care-Arbeit in allen Lebensphasen. Aussagekräftiger sind die Zahlen des European Institute for Gender Equality. Es stellt fest, dass vorwiegend Frauen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren über längere Zeiträume hinweg pflegen: die Long-term informal carers. „We are losing our best leaders to caregiving“, sagt Shelley Zalis.

Die Situation für Ärztinnen

Die Erhebung „Medical Women on Top“ (MWoT) 2022 des DÄB und viele internationale Studien zeigen, dass mit je-

dem Karriereschritt der Anteil der Ärztinnen auf dieser Stufe kleiner wird. Obwohl 37 Prozent der Oberärzte Frauen sind und damit ein riesiger Pool von qualifizierten Ärztinnen vorhanden ist, um die vergleichsweise wenigen wirklichen Toppositionen zu besetzen, bleibt der Frauenanteil an der Spitze mit 13 Prozent sehr gering. Die Ursachen dieser Unterrepräsentanz sind vielfältig.



Typisch für die Pflege durch Angehörige: Sie wird von Frauen geleistet

„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 Selbstausschöpfung.“ Das schreibt Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk in der Auswertung der MWoT.

Vor mehr als einem Jahr haben wir als Deutscher Ärztinnenbund mit drei Anträgen beschlossen, Care-Arbeit sichtbar zu machen und Strategien zu entwickeln, wie Care-Arbeit nicht zur Bremse im sozialen Leben und der Karriere von älteren Ärztinnen werden muss.

Das Forum 40 plus des Deutschen Ärztinnenbundes hat das Thema „Pflege von Angehörigen“ als eines der Tabuthemen unserer Zeit identifiziert und möchte sich dessen annehmen, wie Dr. med. Regina Strüber, Vorsitzende des Forum 40 plus, mir mitgeteilt hat. Ein wichtiges Ziel sei es, für das Thema eine Öffentlichkeit zu schaffen und Netzwerke zu bilden. Das Forum 40 plus be-

absichtigt außerdem darauf aufmerksam zu machen, welche enormen finanziellen Belastungen die Pflege von Angehörigen mit sich bringen kann, wenn etwa die Arbeitszeit reduziert oder Pflegezeit genommen wird.

Jede Menge Änderungsbedarf

Studien zeigen, dass in Ländern, in denen mehr für das formelle Pflegesystem ausgegeben wird, der Gender-Care-Gap geringer ist. Zugleich ist in Ländern mit einer generell größeren Geschlechterungleichheit und einer stärkeren Ungleichheit in der Erwerbsbeteiligung auch der Gender-Care-Gap zwischen Männern und Frauen tendenziell größer. Der Berechnung des Gender-Care-Gap durch das BMFSFJ liegen alle Care-Zeiten im Lebenslauf zugrunde, die Versorgung von Kindern wird in der Erhebung explizit aufgelistet, die Versorgung von pflegebedürftigen oder sterbenden Angehörigen wird jedoch nur sehr pauschal betrachtet. Es wäre daher sinnvoll, wenn sich der DÄB dafür einsetzen würde, die Pflege von Angehörigen und die Sterbebegleitung in zukünftigen Zeitverwendungserhebungen aufgeschlüsselt zu berücksichtigen. Denn diese Care-Arbeit ist Lebensrealität für Frauen – und somit für uns Ärztinnen.

Das aktuelle Pflegezeitgesetz sieht eine 6-monatige Pflegezeit ohne Bezüge vor. Zusätzlich besteht ein Anspruch auf eine Freistellung zur Begleitung Sterbender. Die Pflegezeit und die Freistellung können auch in Teilzeit in Anspruch genommen werden. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für Arbeitnehmer:innen in Betrieben mit mehr als 15 Mitarbeiter:innen. Ein Entgelt gibt es nicht. Insgesamt ist in der familiären Pflege nur an den wenigsten Stellen eine Entlohnung vorgesehen. Wenn Care-Arbeit vom Gesetzgeber umfassend verstanden wird, gibt es aber keinen vernünftigen Grund, den finanziellen Ausgleich in dieser Zeit anders zu regeln als während der Elternzeit! Wenn Frauen gerade im mittleren Lebensalter Einkommensverluste hinnehmen, wirkt sich das negativ auf die Gesamtwirtschaft, auf die Rentenkas-

sen und die Qualität der Pflege aus. Gerade für Ärztinnen, die selbstständig sind oder in Praxen mit weniger als 15 Mitarbeiter:innen arbeiten, wäre eine umfassende Regelung im Pflegezeitgesetz hilfreich. Dafür setzt sich der DÄB ein.

Es ist erstrebenswert, dass Menschen in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt werden können. Dazu sind Unterstützungssysteme wie Tagespflege, mobile Pflegedienste und Haushaltshilfe auszubauen. Auf Live-Ins aus anderen Ländern wird in nächster Zukunft nicht verzichtet werden können; die Bezahlung und die Arbeits- und Lebensbedingungen für diese Frauen, die ihre Familien zurücklassen, müssen daher adäquat sein. Der Ausbau von Kurzzeitpflege, auch für Notfälle – etwa bei Ausfall der pflegenden Angehörigen oder Live-Ins – oder bei einer gesundheitlichen Verschlechterung, die im häuslichen Umfeld nicht zu bewältigen ist, ist dringend erforderlich. Ebenso notwendig: die Verpflichtung, in Pflegeheimen gut ausgebildetes und adäquat bezahltes Pflegepersonal in ausreichender Anzahl zu beschäftigen. Die auf jede Frage passende Antwort „Weiß nicht, bin Zeitarbeit“ sollte keine Angehörige im Heim mehr hören müssen!



Gender-Pension-Gap: Sich kümmern bringt Rentennachteile

Aufgaben für die Wirtschaft

Die Care-Arbeit über die gesamte Lebensspanne ist ein Wirtschaftsfaktor: Nicht umsonst verzeichnen Unternehmen mit starken Programmen zur „Work-Life-Balance“ weniger Kündigungen, dafür höhere Produktivität und engagiertere Mitarbeiter:innen. Es ist in unser aller Sinne, dass Gesetzgeber und Unternehmen besonders ihre leistungsstarken Mitarbeiterinnen in den mittleren Jahren in den Fokus nehmen. Unternehmen müssen erkennen, dass sie ihre Produktivität steigern, wenn sie es ihren Mitarbeiterinnen ermöglichen, der aktuellen Lebenssituation entsprechend zu arbeiten. Die junge Familie, die ihre Elternzeit nicht voll ausschöpft, weil sie große Unterstützung von der Herkunftsfamilie hat, kann in echte Bedrängnis geraten, wenn jemand aus diesem privaten Netzwerk plötzlich pflegebedürftig wird. Ein Lebensarbeitszeitkonto wäre eine Lösung. „Ein Ehemann ist keine Altersvorsorge“, sagt Helma Sick, Deutschlands berühmteste Finanzberaterin und rät Frauen dringend zu einem konsequenten Vermögensaufbau. Dieser kann jedoch nicht gelingen, wenn Frauen durch Pflege und Teilzeitarbeit ein geringes

Einkommen haben. Es ist eine Steuer- und Pflegegesetzgebung notwendig, die den demographischen Wandel berücksichtigt und Frauen wie uns Ärztinnen den Verbleib im Beruf ermöglicht.

Die MWoT weist auf strukturelle Probleme im Gesundheitswesen hin. Dagegen müssen wir uns im DÄB stemmen. Es darf keine Nachteile mehr für Frauen in den mittleren Lebensjahren geben. Wir verlieren derzeit viele unserer besten berufstätigen Kolleginnen. Pflegefreundliche Arbeitsplätze im Gesundheitswesen mit flexibler Lebensarbeitszeit, Top-Sharing, Day-Care-Programme für Erwachsene, gute Pflegeheime und vieles mehr gehört dazu, um strukturelle Nachteile zu beseitigen. Das oft bemühte Argument, die Arbeitszeit von Ärzt:innen lasse sich kaum normieren, zieht in Wahrheit nicht. Die Nobelpreisträgerin Claudia Goldin, eine Wirtschaftswissenschaftlerin, erklärt, dass Übergaben im ärztlichen Beruf ohnehin notwendig sind. Die 24/7-Versorgung unserer Patient:innen muss gewährleistet sein, und irgendwann müssen Ärzt:innen sich dabei abwechseln. Warum also nicht mit klar begrenzten Arbeitszeiten und Top- sowie Job-Sharing? Gerade in unserem Beruf ist es eigentlich gut umsetzbar!

Zurück zum Persönlichen

Meine Mutter hat noch vier Jahre im Heim gelebt. Ich habe wieder in Teilzeit gearbeitet. Warum zeitreduziert? Pflege hört für Angehörige nicht auf, wenn die zu pflegende Person im Heim ist. Die Tochter meines Partners hat ein zweites Kind bekommen, ihre Karriere lief gut. Das ältere Kind war meistens bei uns. Solange meine Mutter mobil war, ist es mit ins Heim gegangen. Die zwei verstanden sich gut. In der Todesnacht meiner Mutter habe ich dem diensthabenden Pfleger – der noch nie mit einer Sterbenden allein auf der Station war und große Angst hatte – versprochen, nicht von ihrer Seite zu weichen. So konnte er sich darauf einlassen, dass sie nicht ins Krankenhaus verlegt wurde, und er wurde mir sogar zu einer großen Hilfe. Meine Mutter ist in dieser Nacht in ihrem eigenen Bett gestorben. ◀

Dr. med. Renate Böhm ist kooptiertes Mitglied im Vorstand des DÄB, Nationale Koordinatorin (NC) des DÄB zum Weltärztinnenbund (MWIA). Dort leitet sie Senior-MWIA, die Vereinigung älterer Ärztinnen im Weltärztinnenbund.

Ich danke den Mittwochphilosophinnen Sigrun, Marie-Louise, Marianne und Ivana für die wertvollen Anregungen, besonders zu Long-Distance-Care und gesundheitlichen Auswirkungen von Langzeitpflege auf die Pflegenden. Ich danke Dr. Ulrike Engelmayr für die Anregung, Claudia Goldin zu lesen und Regina Strüber für die wertvollen Hinweise zur finanziellen Situation von Pflegenden. Literatur bei der Verfasserin.

E-Mail: renate.boehm@aerztinnenbund.de

12. Wissenschaftspreis des DÄB für Dr. med. Marianne Hahn

Dr. med. Marianne Hahn, Ärztin und Wissenschaftlerin in der Klinik für Neurologie der Universitätsmedizin Mainz, wurde mit dem 12. Wissenschaftspreis des DÄB ausgezeichnet. Der Preis würdigt ihre Arbeit über mögliche geschlechtsbedingte Unterschiede bei der beruflichen Reintegration von Menschen nach einem Schlaganfall, behandelt mit mechanischer Thrombektomie. Es zeigte sich, dass Frauen trotz positiver Prognose drei Monate



Preisträgerin Dr. med. Marianne Hahn



Laudatorin Prof. Dr. med. G. Kaczmarczyk

nach dem Ereignis mit 60 Prozent geringerer Wahrscheinlichkeit wieder berufstätig sind als Männer. Hahn folgert, dass eine zielgerichtete berufliche Rehabilitation erforderlich sei und mögliche systemische Barrieren für Frauen besonders berücksichtigt werden sollten. Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, frühere langjährige Jurvorsitzende, sagte, gendersensible Studien wie diese seien erforderlich, um die Versorgungslage besser zu verstehen. ◀

„Mutige Löwin“: Astrid Näkel und Prof. Esther Troost

Im 100. Gründungsjahr zeichnete der DÄB zwei Ärztinnen als „Mutige Löwin“ aus. **Astrid Näkel**, hausärztlich-internistisch niedergelassen in Dernau im Ahrtal, stammt aus Dernau, wo sie auch ihre Praxis betrieb – bis diese von der Flut im Juli 2021 zerstört wurde. Sie wurde

sofort wieder tätig, um zu helfen. Bis heute engagiert sie sich besonders für ältere Bewohnerinnen und Bewohner des Orts, die durch die Folgen der Flut entwurzelt wurden. „Trotz der massiven Naturkatastrophe, die Handlungsunfähigkeit hätte bedeuten können, wurde Astrid Näkel gegen alle Widrigkeiten aktiv“, betonte die 1. Vorsitzende des „Forum 60 plus“, Dr. med. Bettina von Gizycki-Nienhaus, in ihrer Laudatio. Ihr Gestaltungswille sei beispielhaft für Eigenschaften einer



v. li.: Dr. med. Bettina von Gizycki-Nienhaus, Vorsitzende des Forum 60 plus, Preisträgerin Astrid Näkel, DÄB-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß



v. li.: DÄB-Ehrenpräsidentin Dr. Astrid Bühnen, Preisträgerin Prof. Dr. med. Dr. Esther Troost, DÄB-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß

Bühnen, Ehrenpräsidentin des DÄB, nicht nur die persönlichen Leistungen von Esther Troost im Bereich der bildgestützten Hochpräzisionsstrahlentherapie – einer traditionellen Männerdomäne –, sondern hob insbesondere ihr Engagement für die Förderung von Frauen in Spitzenpositionen sowohl in den Kliniken als auch in der Forschung hervor. Die Ehrennadel „Mutige Löwin“ wird gestiftet von DÄB-Ehrenmitglied Elke Burghard und seit 2001 vergeben. ◀

„Mutigen Löwin“ des DÄB. **Prof. Dr. med. Dr. Esther Troost** ist Dekanin der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Dresden. In ihrer Laudatio würdigte Dr. med. Astrid

Ehrungen bei der MV

Dr. med. Gabriele du Bois (li.) und Dr. med. Dorothee Dörr, M.A. (re.) sind nun Ehrenmitglieder. Die Humangenetikerin Gabriele du Bois leitet seit 2009 den Ethikausschuss des DÄB zusammen mit der klinischen Humanethikerin Dorothee Dörr als langjähriger zweiter Vorsitzenden. Sie erhalten die Ehrenmitgliedschaft für ihre hochqualifizierte Arbeit im Ethikausschuss.



Martina Baddack ist nun Ehren-Fördermitglied. Die Facharbeiterin für Schreibtechnik und staatlich geprüfte Sekretärin managt seit Juli 2004 die Geschäftsstelle des DÄB und unterstützt die Vorstandsarbeit. Ihr unermüdliches Engagement für den DÄB hält das Tagesgeschäft am Laufen.



Impressionen vom 100. Gründungstag am 25.10.2024



Offizieller Festakt in der Vertretung des Landes Brandenburg in Berlin mit zahlreichen Vertreter:innen aus Politik, ärztlichen Vertretungen und Netzwerken des DÄB



Gäste aus dem Netzwerk der Berliner Erklärung: (v. l.) Monika Schulz-Strelow (Sprecherin der Berliner Erklärung von „Frauen in die Aufsichtsräte“; FidAR), Dr. med. Christiane Groß (DÄB), Manuela Queitsch (Deutscher Akademikerinnenbund; DÄB), Dr. phil. Helga Lukoschat (Europäische Akademie für Frauen in Politik und Wirtschaft Berlin; eaf), Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk (ProQuote Medizin), Helga Nothing (Vereinigung für Frauen im Management; fim)



Der DÄB ist international eingebunden. Hier (v. l.) DÄB-Vizepräsidentin Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser, Co-Präsidentin der Medical women Switzerland (mws) Dr. med. Daniela Zeller, ehemalige Präsidentin der mws Dr. med. Adelheid Schneider-Gilg, DÄB-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß, Generalsekretärin der MWIA Dr. med. Mariam Jashi (sprach ein Grußwort beim Festakt), frühere Vizepräsidentin der MWIA Dr. Francisca Griffioen aus Amsterdam, Präsidentin der Organisation der Ärztinnen Österreichs und MWIA-Vizepräsidentin der Zentraleuropäischen Region Dr.in med. Mag.a phil. Edith Schratzberger-Vécsei, Past-Präsidentin der MWIA Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, National Coordinator der MWIA beim DÄB Dr. med. Renate Böhm, DÄB-Vizepräsidentin Jana Pannenbäcker



Zeit für Begegnung und Austausch beim Empfang nach dem Festakt



Per Videobotschaft lobte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das Engagement des DÄB und hob hervor, dass bei der Parität in der Medizin noch Luft nach oben bestehe



Prof. Dr. Mag. theol. Sabine Schleiermacher (v. l.) vom Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité sprach über die Geschichte der Ärztinnen im Nationalsozialismus. Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler, Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, beleuchtete die Bedeutung von Frauen im ärztlichen Beruf. Daneben der DÄB-Vorstand: Dr. med. Jana Aulenkamp, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Heike Raestrup, Dr. med. dent. Angelika Brandl-Riedel, Jana Pannenbäcker, Dr. med. Renate Böhm, Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser



DÄB-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß begrüßte die Gäste und führte in die aktuellen Themen des DÄB ein



Einige der aktiven (angehenden) Ärztinnen im Jungen Forum: (v. l.) 2. Vorsitzende Dr. med. Sonja Mathes, Schatzmeisterin Dr. med. Christine Drießler, Studentische Beisitzerin Valeska Kunisch, Vorsitzende Dr. med. Margarete Heibl



Eindringliche Worte und zugleich viel Fröhlichkeit zum 100. Gründungstag. Hier zu sehen (v. l.): Dr. Francisca Griffioen, Dr. in med. Mag. a phil. Edith Schratzberger-Vécsei, Dr. med. Adelheid Schneider-Gilg, Dr. med. Daniela Zeller, CTO der Universitätsmedizin Essen Dr. med. Anke Diehl, Dr. Martina Kloepfer vom Institut für Gender-Gesundheit, Bundesärztekammer-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Dr. med. Susanne Johna



Staatssekretärin Dr. Friederike Haase, die Bevollmächtigte des Landes Brandenburg beim Bund, unterstrich in ihrem Grußwort die Bedeutung von Verbänden wie dem DÄB für die Stärkung der Demokratie



Das international besetzte Trio mit (v. l.) Tal Yadin, Ruben Staub und Emilia Lomakova beeindruckte mit Klezmer, Gypsy-Jazz und einem Bossa Nova



Im Dialog: Professor Dr. med. Marianne Schrader (li.) und Dr. med. Esther Gaertner, die 2001 das MentorinnenNetzwerk des DÄB gründeten



Abends wurde im Inselhotel Potsdam-Hermannswerder gefeiert und gespeist. Auch dort gab es ein schönes Rahmenprogramm und mehrere spontane Einlagen und Glückwünsche



Wer waren die Gründerinnen des Bundes Deutscher Ärztinnen und was bewegte sie 1924? Dr. PH Benjamin Kuntz, Leiter des Museums im Robert Koch-Institut in Berlin, nahm die Gäste in seinem Vortrag mit auf eine Zeitreise



Dortmund trifft Hamburg: (v.l.): Karin Verbücheln-Wirth, Dr. med. Brigitte Klein, Dr. med. Karin Strehl von der Dortmunder Regionalgruppe mit Dr. med. Ruth Spitzer von der Hamburger Regionalgruppe



Tischgespräche: Dr. med. Karin Steinhart (RG Ulm), Dr. med. Ulrike Berg (RG Wiesbaden-Mainz), Dr. med. Didona R. Weippert (RG Bayern-Süd)



Gründungsfeier und MV wurden auch von vielen Aktionen und persönlichen Gesten mitgetragen. Hier nur einige Beispiele: Mutige-Löwin-Stifterin Elke Burghard steuerte unter anderem Trillerpfeifen bei, um Ärztinnen eine laute Stimme zu verleihen. Die Regionalgruppe Berlin-Brandenburg hatte 100-Jahre-Täschchen als Give-away designt. Der Ethikausschuss bot die Teilnahme an einer verbandsübergreifenden Postkartenaktion zum § 218 an und die Familie der kürzlich verstorbenen DÄB-Ehrenpräsidentin Dr. med. Ute Otten lud mit Kerzen zu einem Gedenken ein



Aufmerksamkeit für den Vortrag: Dr. med. Brigitte Ende, seit 2017 „Mutige Löwin“



Foto: © Gabriele Koczmarczyk

Eine Führung über das geschichtsträchtige Areal der Halbinsel Hermannswerder schloss dieses besondere Wochenende ab



Im Austausch (v. l.): Vorsitzende des Berufsverbands der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege des Landes Berlin Dr. phil. Ina Czyborra, Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein Dr. med. Lydia Berendes



Ein feines Buffet durfte natürlich nicht fehlen



Berliner Musik-Frauenpower: Die Band Rag Doll brachte den Sound der 1920er Jahre mit zur Party



ZU DEN BESCHLÜSSEN DER MITGLIEDER-VERSAMMLUNG VOM 26.10.2024

Zu den Anträgen 10 b) weitere Anträge:

10b-1 Antrag von Antragstellerin zurückgezogen

10b-2

Positionspapier „Parität in Führungspositionen von deutschen Universitätsklinika!“
an den Vorstand überwiesen

10b-3

Erneute Positionierung des DÄB zum § 218
an den Vorstand überwiesen

10b-4

Überarbeitung der Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung
angenommen mit Änderungen

10 b-4 Ergänzung

für die MV 2025 wird eine Antragskommission gewählt:

Dr. Ines Ziegler	- Mitglied
Dr. Ursula Windemuth	- Mitglied
Regina Strüber	- Mitglied
Dr. Ulrike Berg	- Stellvertreterin
Victoria Kaufmann	- Stellvertreterin
Beate Pallagi	- Stellvertreterin

10b-5 Antrag von Antragstellerin zurückgezogen

10b-6

Budget für Ausschüsse
mit Änderungen angenommen

10b-7

Frauengesundheit: Zum Schutz der Schwächsten in unserer Gesellschaft muss eine bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren und Gebärenden vorgehalten und garantiert werden
an den Vorstand überwiesen

10b-8

Aktualisierung der Reisekosten-Vorgaben für den DÄB (Sitzungspauschalen)
nach Diskussion zieht der Vorstand seinen Antrag zurück

10b-8 Ergänzung

In Ergänzung des Antrags wird vorgeschlagen, einmalig die Aufwandsentschädigung für den Vorstand als Kompensation der Arbeit rund um das Jubiläum (für die Aktivität 2022 bis 2024) zu verdoppeln.
angenommen

Näheres finden Sie im internen Bereich der DÄB-Website.

AUSSCHUSS KLIMA

Anmelden für Online-Stammtische

Unser Klimastammtisch findet im ersten Quartal 2025 jeweils am 4. Donnerstag im Monat um 19.30 Uhr als Zoomkonferenz statt: also am 23.01., 27.02. und 27.03. Anmeldung per Mail an: klima@aerztinnenbund.de ◀

FORUM 40 PLUS

Lehrreich und unterhaltsam: Frühjahrstagung in Hildesheim

Vom 31.5. bis 2.6.2024 haben sich 16 Teilnehmerinnen zur Frühjahrstagung in Hildesheim getroffen. Nach einem Gettogether im historischen Knochenhaueramtshaus in der Innenstadt hatten wir einen spannenden und kurzweiligen Fortbildungsteil am Samstagvormittag.

Zunächst hat uns Dr. Maren Kempf, Chefarztin des Zentrums Affektive und Psychotische Störungen am Ameos Klinikum Hildesheim, Mitglied im DÄB und stellvertretende Vorsitzende der Regionalgruppe Hannover, einen spannenden Einblick in ihre Arbeit gegeben und einen Vortrag gehalten zum Thema Umgang mit Situationen mit Gewaltpotential im beruflichen Umfeld – inklusive praktischer Übungen. Sie war freundlicherweise kurzfristig für die erkrankte Referentin der Polizei Hildesheim eingesprungen. Im Anschluss berichtete Dr. Silvia Engelbart aus Kassel über ihre engagierten Einsätze bei German Doctors e. V. in Bangladesch und Kolkata.

Nach einem leckeren Mittagessen trafen wir Susanne Kiesel zum ebenfalls äußerst kurzweiligen Stadtrundgang durch das historische Hildesheim, bevor wir in Schlegels Weinstube einkehrten und der Abend bei leckerem Essen, Wein und guten Gesprächen ausklang. Am Sonntagvormittag ergab sich kurzfristig die Möglichkeit für Interessierte zu einem Rundgang in der geschlossenen Psychiatrie. Wir danken dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung. Die nächste Tagung des Forum 40 plus ist geplant für den 13. bis 15.6.2025 in Leipzig. ◀

Dr. med. Marion Werner,
Schriftführerin Forum 40 plus



Gut gelaunt: Die Teilnehmerinnen unterwegs in Hildesheim

FORUM 60 PLUS

Kulturelles Vorprogramm in Breslau zur 45. Tagung

Anlässlich der 42. Tagung vom 21. bis 23.4.2023 war Görlitz als Ort für die Herbsttagung 2024 festgelegt worden, Breslau als Ort für das kulturelle Vorprogramm. Damals war Dr. Adriana Pietraszkiwicz als Gast dabei gewesen und hatte die Wahl als Wiederbelebung der Kontakte mit den polnischen Ärztinnen begrüßt. Dr. Dagmar Dennin, Gründerin des Forum 60 plus, und Dr. Marianne Schrader, Gründerin des MentorinnenNetzwerkes im DÄB, erinnerten sich der besonderen polnischen Gastfreundschaft beim 1. polnischen Ärztintag vom 16. bis 17.6.2006 in Breslau und befürworteten die Wahl insbesondere im Hinblick auf die Aktivierung der Netzwerke. Die Tage vom 3.9. bis 6.9.24 in Breslau waren gefüllt mit erinnerungswürdigen Besichtigungen, Stadtrundgängen, dem Universitätsmuseum, der imposanten Aula der Universität, dem Blick vom Turm über die Stadt, der Jahrhunderthalle, einer Oder-Schiffahrt, einem Abendessen am wunderschön gedeckten Tisch im Restaurant „Lemberger“ am Marktplatz, einem Imbiss in Adrianas Zukunftsprojekt – einem Café der Begegnung – und am letzten Abend einem begeisternden Konzert im Musikforum. Höhepunkt der Reise war der Empfang in der Niederschlesischen Ärztekammer. Wir



Foto: © Bettina von Gizycki-Nienhaus

Herzlicher Empfang: (v. l.) Prof. Krzysztof Wroniecki gab Einblicke in die Medizingeschichte, Dr. Pawel Wróblewski, Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer, Übersetzerin

Katarzyna Jungiewicz, Beauftragte für internationale Beziehungen, und vermittelte eine Einladung zum nächsten MWIA-Meeting der Region Central Europe. Zum Abschied erhielt jede Teilnehmerin ein aufmerksames Gastgeschenk. Schließlich besichtigten wir das kleine Museum in der Ärztekammer und sahen den verheerenden Bombenangriff auf Breslau im Film. Meine Vorbereitungen dieser wunderbaren Reise wurden dank der ständigen Unterstützung durch Adriana Pietraszkiwicz und Agata Janiszewska unvergesslich. Dankbar blicken wir auf die vielseitigen, hochinteressanten Tage zurück. ◀

*Dr. med. Bettina von Gizycki-Nienhaus,
Vorsitzende des Forums 60 plus*

REGIONALGRUPPE BERLIN-BRANDENBURG

Neuer Vorstand



Foto privat

Ende April 2024 hat die Regionalgruppe einen neuen Vorstand gewählt, der sich danach zu seiner 1. konstituierenden Sitzung traf: (v. l. n. r.) Dr. Wajima Safi – Schriftführerin, Dr. Lore Gewehr – Schatzmeisterin, die Studentinnen Greta Harnisch und Friederike Speckmann – Beisitzerinnen, Dr. Ines Ziegler – Vorsitzende. ◀

REGIONALGRUPPE SAARBRÜCKEN

Drei DÄB-Mitglieder in den Kammervorstand gewählt

Nach den Neuwahlen in der Ärztekammer des Saarlandes im Mai 2024 wurde im Juli bei der konstituierenden Sitzung der Kammerversammlung der Vorstand gewählt: Neue ärztliche Vizepräsidentin ist DÄB-Mitglied Dr. Dorothea Kerner. Die Oberärztin an der Klinik für Radiologie am Universitätsklinikum des Saarlandes ist auch 1. Vorsitzende des Marburger Bunds LV Saar. Als weitere ärztliche Beisitzerin neu in den Kammervorstand wurde DÄB-Mitglied Dr. Clara Braun gewählt. Die Fachärztin für Innere Medizin arbeitet seit zehn Jahren am Winterberg Klinikum in der Landeshauptstadt Saarbrücken und absolviert eine weitere Facharztausbildung in Anästhesie. Die Ärztin für Allgemeinmedizin Anja Feld, ebenfalls DÄB-Mitglied, wurde erneut als weitere ärztliche Beisitzerin in den fünfköpfigen Vorstand der Abteilung Ärzte der ÄK Saar gewählt. Herzlichen Glückwunsch! ◀

*Sanitätsrätin Eva Groterath,
Vorsitzende der Regionalgruppe*



Der DÄB ist umgezogen

Die Geschäftsstelle des DÄB befindet sich seit 4.12.2024 an einer neuen Adresse in Berlin, unweit des Brandenburger Tores.

Neue Postanschrift:

Geschäftsstelle Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Glinkastraße 32
10117 Berlin

ZUM TOD VON PROF. DR. MED. INGBORG SIEGFRIED



Eine prägende Ärztin – nicht zuletzt für die geschlechtsspezifische Medizin in Deutschland

Der Deutsche Ärztinnenbund e. V. und insbesondere die Regionalgruppe Gießen trauern um ihr Gruppen-Gründungsmitglied Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, die am 23. Juni 2024 in Berchtesgaden verstorben ist.



Foto privat

Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried: Bild aus dem Album der Familie

Erste deutsche Professorin für Allgemeinmedizin

Geboren am 26.03.1928 in Gießen ist sie ihrem Geburtsort und seiner Umgebung immer treu geblieben. Hier wuchs sie auf, machte Abitur, studierte von 1949 bis 1954 Medizin in Bonn, Marburg und Gießen. Sie promovierte 1955 und arbeitete bis 1960 als wissenschaftliche Assistentin an der medizinischen Poliklinik der Universitätsklinik Gießen. Dann er-

öffnete sie eine Allgemeinarztpraxis in Biebertal, die sie über 28 Jahre lang leitete. 1982 wurde sie als erste deutsche Professorin für Allgemeinmedizin an die Justus-Liebig-Universität Gießen berufen und lehrte dort bis zu ihrer Emeritierung.

Als Allgemeinmedizinerin und Sportärztin war sie aktiv in der Förderung des Breitensports und der Präventionsmedizin tätig, beispielsweise in der Implementierung von Herzsportgruppen. Auch im Hochleistungssport war sie eine gefragte Beraterin, so auch bei den Olympischen Sommerspielen 1972 in München. Sie bekleidete vielfältige Ehrenämter, war in der ärztlichen Berufspolitik engagiert, aber auch in Vorständen allgemeinmedizinischer, kardiologischer und sportmedizinischer Fachgesellschaften.

Für ihre Verdienste wurde sie vielfältig ausgezeichnet: unter anderem mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande, der Christoph-Faust-Medaille, dem Verdienstorden des Landes Hessen, der Richard-Hammer-Medaille und der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen sowie der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer.

In besonderer Weise fühlte sie sich innerhalb der Medizin dem DÄB verbunden, dessen Regionalgruppe Gießen sie von 1994 bis 2002 als Vorsitzende leitete und prägte. Sie war es,

die, neben dem ganzheitlichen Ansatz in der Medizin, begann, einen speziellen Blick auf unterschiedliche Symptome und Krankheitsverläufe unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu betrachten und zu erforschen.

Initialzündung für ein zentrales DÄB-Thema



Wichtiger Kongress: Ingeborg Siegfried war Wegbereiterin der geschlechtsspezifischen Medizin in Deutschland

Heute ist die Gendermedizin in der Gesellschaft verankert, damals war sie es noch keineswegs. Insofern hatte das Thema des von ihr zum 75. Gründungsjahr des DÄB mitorganisierten 26. wissenschaftlichen Kongresses 1999 in Gießen etwas fast Revolutionäres: Er stand unter dem Titel „Schlagen Frauenherzen anders? Geschlechtsspezifische Aspekte von Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen“. Dieser Kongress legte einen der Grundsteine für einen Schwerpunkt im Denken, Handeln und Forschen des DÄB und der Einsatz des Verbands für die Etablierung der genderspezifischen Medizin war lange ein Alleinstellungsmerkmal.

Heute kommt nun kein medizinisches Lehrbuch mehr an der Notwendigkeit der genderspezifischen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit vorbei.

Außergewöhnlich engagiert

Ingeborg Siegfried war eine außergewöhnlich engagierte, neugierige und sehr präzise Medizinerin, die viele von uns Ärztinnen im DÄB und darüber hinaus „entdeckt“, geprägt, gefördert, beeindruckt hat und immer zum Nachdenken anregte. Auch das vom DÄB Gießen 2018 zu ihrem 90. Geburtstag veranstaltete Symposium („Wie schlagen Frauenherzen heute – und andere Herzensangelegenheiten“) war getragen von ihrer Lebensenergie und Großzügigkeit.

Ein besonderes Frauenherz hat aufgehört zu schlagen! Uns ist es eine Herzensangelegenheit, an Ingeborg Siegfried zu erinnern und ihren hinterbliebenen zwei Kindern, fünf Enkeln und zwei Urenkeln unsere Anteilnahme auszudrücken. Sie wird fehlen! ◀

Dr. med. Carmen Brosig, Dr. med. Brigitte Ende
für die Regionalgruppe Gießen



Foto: privat



Foto: © Fotoweltler Ganzler Berg

Wir sollten als Ärztinnen und Ärzte Influencer:innen für menschliche und planetare Gesundheit werden!

DR. MED. ULRIKE BERG, DR. MED. TONIA IBLHER

Im Mai 2023 hat die Bundesärztekammer ein Positionspapier verabschiedet, welches die Bedeutung von Ernährung für die menschliche und planetare Gesundheit erfasst. Das war ein folgerichtiger Schritt, nachdem in unserer Musterberufsordnung die Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte verankert ist, sich für die Gesundheit der Einzelnen und der Bevölkerung einzusetzen sowie für die Erhaltung der für die Gesundheit bedeutenden Lebensgrundlage. Hier wollen wir beleuchten, was die wichtigsten Aussagen dieses Positionspapiers sind und wie die Umsetzung in unserem Tätigkeitsfeld gelingen kann!

Was hat unsere Ernährung mit dem Weltklima zu tun? Auf die Hintergrundfakten sind wir in unserem gleichnamigen Artikel in der **ärztin** 3/2022 eingegangen und fassen sie hier erneut kurz zusammen: Zum einen hängt rund ein Drittel aller menschengemachten Treibhausgasemissionen damit zusammen, wie wir Lebensmittel produzieren, verarbeiten und konsumieren. Unsere Ernährung ist hauptverantwortlich für den dramatischen Biodiversitätsverlust. Tierische Lebensmittel sind für zwei Drittel der Treibhausgas-Emissionen im Ernährungsbereich sowie für 80 Prozent der Landnutzung verantwortlich: Sie sind hauptsächlich für die ernährungsassoziierte Überschreitung der planetaren Belastungsgrenzen. Zum anderen ist die in Deutschland weit verbreitete Fehlernährung gekennzeichnet durch die Aufnahme energiereicher, hoch verarbeiteter Lebensmittel sowie einen hohen Anteil an tierischen Lebensmitteln bei gleichzeitig zu geringem Konsum frischer und gering verarbeiteter pflanzlicher Nahrungsmittel wie Vollkorngetreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Nüsse und Samen. Ein Großteil der Erkrankungen hier ist mitbedingt durch eine ungesunde Ernährung. Somit ist zweifelsfrei die Ernährung die Schnittstelle von individueller und planetarer Gesundheit und berührt unser ärztliches Handeln in besonderer Weise.

Laut Positionspapier sollen wir Ärztinnen und Ärzte die Ernährungsberatung in unser alltägliches Handeln integrieren – also quasi als Influencer:innen fungieren. Wir müssen uns für einen Wechsel zu einer stärker pflanzenbasierten Ernährungsweise einsetzen, um die Gesundheit der Menschen auf vielfältige Weise zu schützen. Ohne eine ambitionierte Ernährungswende lassen sich die Ziele des Pariser Klimaabkommens sowie die globalen Biodiversitätsziele nicht erreichen. Zudem würde der Wechsel zu überwiegend pflanzenbasierten Ernährungsmustern mit erheblichen Vorteilen für die Gesundheit der Bevölkerung einhergehen. Um diesen Wechsel

zu transportieren, wird eine Ernährung nach dem Vorbild der von der EAT-Lancet Kommission entwickelten „Planetary Health Diet“ (www.eatforum.org/eat-lancet-commission/) empfohlen oder gemäß den 2024 überarbeiteten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gut-essen-und-trinken/dge-empfehlungen/). Bei konsequenter Umsetzung wäre es machbar, zehn Milliarden Menschen auf der Erde gesund zu ernähren, ohne den Planeten zu zerstören. Dieses Wissen unseren Patient:innen zu vermitteln gelingt zum Beispiel durch das Erläutern von Co-Benefits. Sehr schön dargestellt sind diese im Flyer „Co-Benefits: Gut fürs Klima – doppelt gut für mich!“ von Klug/Health for Future oder auch in den Flyern der Klimadocs (www.klimadocs.de/mehr-gesundheit-durch-klimaschutz/), die auch für die Sprechstunde bestellt werden können.

Saubere Luft, kristallklares Wasser, angenehme Temperaturen? Co-Benefits zeigen, dass wir viel gewinnen können. Denn glücklich und gesund leben, das geht nur auf einem intakten Planeten. Eine pflanzenbasierte Ernährung hat einen direkten Effekt auf die Gesundheit und senkt unter anderem das Risiko für Übergewicht, Bluthochdruck, Herzinfarkt und Darmkrebs. Auch indirekt nützt sie unserer Gesundheit, denn diese Ernährungsform führt zu weniger Emission von Treibhausgasen, zu weniger Land-/Wasserverbrauch und Artensterben, wenn wir aktive Transportmöglichkeiten wählen. Einen guten Nebeneffekt hat dieses Bemühen um körperliche Aktivität: Das umweltbewusste Verhalten stärkt unsere Resilienz, fördert also unsere psychische Gesundheit.

Das Positionspapier fordert auch, wir Ärztinnen und Ärzte sollten uns für gesunde und nachhaltige Ernährung in Kliniken und Kantinen einsetzen. Die Verantwortung für gesunde Ernährung liegt nicht nur beim Individuum, sondern auch bei Unternehmen und Einrichtungen. Das wird deutlich, wenn

wir uns vor Augen führen, dass etwa 16 Millionen Menschen täglich in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung essen. „Health for Future“ fordert, dort gesundes und nachhaltiges Essen breit verfügbar zu machen, Menschen zu informieren und ihnen den Wert dieser Ernährung näherzubringen. Weiter gibt „Health for Future“ zu bedenken, dass Krankenhäuser beim Thema Ernährung eine Vorbildfunktion einnehmen sollten, die aktuelle Krankenhausernährung hierzulande jedoch in der Regel weder gesundheitsförderlich noch gesund für die Ökosysteme unseres Planeten sei. Ein großes Problem sei hier die mangelnde Finanzierung der Klinikverpflegung: Für durchschnittlich etwa 5 Euro pro Tag und Mensch müssen 3 Mahlzeiten zubereitet werden. Wir können jedoch die Transformation auf der eigenen Klinik-Arbeitsstelle voranbringen, indem wir Entscheidungsträger:innen mit dem Konzept von KliMeG (www.klimawandel-gesundheit.de/institutionen-und-initiativen/kompetenzzentrum-fuer-klimaresiliente-medizin-und-gesundheitseinrichtungen/) bekannt machen.



Foto: © Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)

Politisch wäre es geboten, die Mehrwertsteuer für gesunde und pflanzliche Nahrungsmittel entfallen zu lassen, um Menschen dabei zu unterstützen, sich gesund und nachhaltig zu ernähren. Auch sollten die wahren Kosten von Lebensmitteln eingepreist werden (True Cost Accounting) und Werbung für ungesunde Nahrungsmittel verboten werden.

Das größte, aber auch herausforderndste Handlungsfeld ist sicherlich, **sich auf gesellschaftlicher Ebene für die Ernährungswende zu engagieren – was wir ebenfalls laut Positionspapier tun sollten.** Eine Partei zu wählen, die sich dafür einsetzt, sich Organisationen anzuschließen, das ist ein Anfang – vielleicht gibt es auch immer mehr Ärztinnen, die den Mut haben, hier weiter einzusteigen! ◀

Dr. med. Tonia Iblher (Co-Vorsitzende der Regionalgruppe Lübeck) und **Dr. med. Ulrike Berg** (Vorsitzende der Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz) leiten gemeinsam den Ausschuss „Klima und Gesundheit“ im DÄB.

E-Mail: klima@aerztinnenbund.de

WIR GRATULIEREN



Dr. med. Sonja Mathes ist die neue Vorsitzende des Sprecherrats der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund. Dabei liege ihr der interdisziplinäre Austausch der jungen Ärztinnen und Ärzte untereinander sowie innerhalb des Verbandes besonders am Herzen.



Foto: © Stadt Wuppertal

Dr. med. Christiane Groß, M.A. ist mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet worden. Es wurde ihr während einer Feierstunde im Rathaus von Wuppertals Oberbürgermeister Uwe Schneidewind überreicht (Foto). Die Auszeichnung würdigt ihren ehrenamtlichen berufspolitischen Einsatz für die Gleichstellung von Ärztinnen im Beruf und für eine geschlechtersensible und dadurch bessere Versorgung von Patient:innen. Sie ist zudem eine Anerkennung ihres Engagements für digitalisierte medizinische Strukturen. ◀

WELTÄRZTINNENBUND (MWIA)

Frauengesundheit beim WHS

„Wenn du eine Frau für dein Panel möchtest, ruf zweimal an, denn viele Frauen sagen erst nach gründlichem Nachdenken zu“, betonte Prof. Dr. Veronika von Messing vom Bundesministerium für Bildung und Forschung bei einem Side-Event des World Health Summit (WHS) Mitte Oktober 2024 in Berlin. Thema waren Innovationen zur Frauengesundheit. Zu den Keynote-Speakern des Abends gehörte Dr. Eleanor Nwadinobi, Präsidentin des Weltärztinnenbundes (MWIA). Sie betonte, dass sich die globale Ungleichheit stark auf die Gesundheit von Frauen auswirkt. Für den DÄB nahmen Dr. Renate Böhm, NC, und Dr. Evgenia Scheffner, Vorsitzende der Interessengruppe MWIA im DÄB, teil.



Foto: privat

(v. l.) Dr. Evgenia Scheffner, Dr. Eleanor Nwadinobi, Dr. Renate Böhm

Dr. Mariam Jashi, Generalsekretärin der MWIA und CEO der Global Sepsis Alliance, lud uns spontan zum Kongress von UNITE, Parliamentarians Network for Global Health, am Folgetag ein. Mehr als 100 aktive und ehemalige Parlamentarier:innen und Vertreter:innen der WHO sprachen mit Gästen aus Politik und Gesundheitswesen sowie von Patient:innenverbänden. ◀



Foto: privat

BUCHBESPRECHUNG

Wichtige Analyse, auch über frauenverachtende Strukturen hinter der Prostitution

DR. MED. ULRIKE BERG

Die Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Traumapsychotherapie, Dr. med. Margot Kreuzer, nimmt uns in ihrem Buch mit auf eine gesellschaftsgeschichtliche Zeitreise durch die sexuellen Frauenrollen seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges. Einer ihrer Praxisschwerpunkte sind sexuell traumatisierte Frauen. Die Autorin zeichnet das ambivalente Bild der Frau zwischen der „Heiligen“ – der idealen, asexuellen Ehefrau, die durch das Mutterideal gekennzeichnet ist – und der „Hure“ – der sexuell aktiven, quasi zügellosen Frau – ihrer geächteten Gegenspielerin.

Gut belegt und lebendig

Durch Studien gut belegt, lebendig und reich bebildert schildert sie die Entwicklung der Vorstellung von der „Idealfrau“ über die Jahrzehnte: Es geht um die Nachkriegs-Kameradin, die streng reglementierte Hausfrau der 1950er-Jahre, den Einfluss der sexuellen Revolution und der Frauenbewegung bis hin zur gegenwärtigen Situation von Frauen zwischen Selbstoptimierung, Neosexualität und Identitätssicherheit.

Margot Kreuzers kritischer Blick auf die aktuellen Bedingungen der Prostitution in Europa zeigt ein erschreckendes Bild: Seit Anfang der 2000er-Jahre findet sich ein eindeutiger Anstieg von sexueller Gewalt in Pornofilmen. Diese richtet sich fast ausschließlich gegen Frauen und beinhaltet in über 80 Prozent der Filme physische Aggression. Eine Folge davon ist eine Zunahme von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen in der Prostitution: Etwa die Hälfte der Prostituierten berichten von Vergewaltigungen, Depression und Drogengebrauch.

Prostitution geht einher mit körperlichen Krankheiten, etwa Unterleibsentzündungen, Infektionskrankheiten, Unfruchtbarkeit, Inkontinenz, chronischen Schmerzen oder akuten Verletzungen des Anal- und Genitalbereiches. Ebenso verbreitet sind psychische Erkrankungen wie Angst- und Panikstörungen, Depression, Suchterkrankungen, Schmerzsyndrome, PTBS, Suizidalität und dissoziative Störungen. Bei 70 Prozent haben Erfahrungen von sexuellem Missbrauch die Entscheidung zur Prostitution beeinflusst. Das durchschnittliche Sterbealter von Frauen in der Prostitution liegt bei 39 Jahren.

Die Gesetze, die seit 2001 vom deutschen Gesetzgeber erlassen wurden, änderten an diesen Bedingungen wenig: Hierzulande herrscht der liberalste Umgang in der EU mit Prostitution und Deutschland gilt als Bordell Europas. Die Autorin fragt: Wieso gilt hier noch immer „Sex ist ein Beruf wie jeder andere“ und „Es gibt keinen Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung, sondern nur migrantische Sexarbeiterinnen“? Ihr Befund: Dies ist das Ergebnis erfolgreicher Lobbyarbeit, die seit den 1970er-Jahren von verschiedenen Vereinen gesellschaftlich verankert wurde. Die Profiteure sind Freier, Zuhälter, Bordellbetreiber und Zimmervermieter (Tagesmiete bis 200 Euro pro Zimmer) – aber auch der Staat, da Prostitution seit 2002 steuerpflichtig ist.



Foto: privat

Margot Kreuzer kommt zu dem Schluss, dass das System der Prostitution eine Menschenrechtsverletzung darstellt und die Gleichstellung der Geschlechter verhindert. Sie plädiert für das Nordische Modell, in dem Prostitution nicht verboten ist, es aber ein Sexkaufverbot für Freier gibt und Zuhälterei und Bordellbetrieb verboten sind. Bis 2018 haben sich bereits sieben Länder diesem Modell angeschlossen. Wesentlich für einen anderen Umgang mit Prostitution ist nicht nur die Entkriminalisierung der Frauen in der Prostitution und die Kriminalisierung der Freier und Zuhälter. Genauso entscheidend ist ein gesellschaftlicher Wandel hin zu einer antisexistischen Erziehung, die schon im Kindergarten anfängt, und mit gezielter Aufklärung der Bevölkerung. Die betroffenen Frauen erhalten Ausstiegshilfe (Wohnungssuche, Umschulungen, Ausbildung) und kostenlose Gesundheitsbehandlung. ◀

◀

Margot D. Kreuzer: „Heilige und Hure – die beiden Seiten weiblicher Sexualität“, BoD – Books on Demand, ISBN: 978-3-7597-9853-4

Dr. med. Ulrike Berg ist Vorsitzende der Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz.

E-Mail: wiesbaden-mainz@aerztinnenbund.de

Podcast-Reihe im Gründungsjahr, Videos und mehr!



100 Jahre Vertretung von Ärztinnen und Zahnärztinnen in Deutschland: Die dreiteilige Podcast-Reihe des DÄB „Ärztinnen im Fokus“ leitet die Hörerinnen und Hörer durch die bewegte Verbandsgeschichte und verknüpft sie mit kommenden Herausforderungen. In eindringlichen Statements schildern Frauen aus dem DÄB und seinem thematischen Umfeld ihre Sicht. Folge 1 beleuchtet „Frauenrechte und die Frauen im ärztlichen Beruf“. Folge 2 fragt „Chancengleichheit – oder doch nicht?“. Folge 3 (folgt demnächst) widmet sich der Zeit nach dem Jubiläumsjahr 2024. Was kommt da auf uns Ärztinnen und Zahnärztinnen zu?

Der Podcast ist abrufbar unter:

<https://www.aerztinnenbund.de/Podcasts.0.435.1.html>

Für alle, die am Jubiläumstag in Berlin und Potsdam nicht dabei waren, gibt es Videos:

<https://www.aerztinnenbund.de/Video.0.434.1.html>

Dort findet sich ein Link zur Aufzeichnung des Festakts vom Vormittag sowie direkt abrufbar ein Mitschnitt vom Abendvortrag über die Gründung des DÄB-Vorläuferverbands.

Alle Informationen – auch viele weitere Lesegeschichten – sind über die Seite „Jubiläumsspezial“ auf der DÄB-Website erreichbar:

<https://www.aerztinnenbund.de/Jubilaeumsspezial.0.432.1.html>



Wir danken allen, die durch persönlichen Einsatz oder finanzielle Unterstützung zum Gelingen der Gründungsfeierlichkeiten beigetragen haben!

Unsere Sponsoren und Spender:

Stiftung Dr. Edith Grünheit, Frauen fördern die Gesundheit e. V., Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apobank), Marburger Bund, Deutsche Krankenversicherung und die Regionalgruppen des Deutschen Ärztinnenbundes: Baden-Württemberg, Bayern-Nord, Bayern-Süd, Berlin-Brandenburg, Düsseldorf, Duisburg, Hannover, Heidelberg-Mannheim, Köln-Bonn-Aachen, Saarbrücken, Wiesbaden-Mainz, Wuppertal