

Ärztinnen & Kommunikation

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial

Dr. med. Christiane Groß, M.A. 3

Gastbeitrag

Dr. med. Katja Staade

Traumberuf Chefärztin 4

KOMMUNIKATION

Im Interview: **Jun.-Prof. PD Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann**
Die Bedeutung von Kommunikation
und Gespräch im ärztlichen Beruf 5

Im Interview: **Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Gregor Weißflog**
Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit
vom Geschlecht 7

Johanna Zebisch

Bei ärztlicher Kommunikation von Ärztinnen lernen? 9

Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME

Ärztliche Gesprächsführung im Medizinstudium
Mustercurriculum Kommunikation 10

FRAUEN IN FÜHRUNGSPPOSITIONEN IN DER MEDIZIN

Im Interview: **Dr. med. Anke Lasserre**
Führungsstil von Frauen in Führungspositionen 11

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Frauen an der Spitze von medizinischen
Fakultäten 12

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MEDIZIN

Im Interview: **Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek**
Gender Medizin kompakt 13

AUS DEM VERBAND 14

Dr. med. Thomas Meißner

DÄB-Studie zur Situation von Ärztinnen und Ärzten
im Ruhestand 17

PRESSEBERICHT OBERBERG-AKTUELL

Gummersbacher Ärztin half in Nepal 19

Dr. med. Gudrun Günther

MWIA Newsticker - Juni 2015 20



„Anders“ von Adreas Steinhöfel mit der Silbernen Feder des DÄB ausgezeichnet

Andreas Steinhöfel erhält den diesjährigen Kinder- und Jugendbuchpreis des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) Silberne Feder für sein Kinderbuch „Anders“, erschienen im Königskinder Verlag im Carlsen Verlag, Hamburg 2014.

In der Begründung der Jury heißt es: „Anders“ ist die Geschichte eines elfjährigen Jungen, der nach einem Unfall neun Monate lang im Koma liegt und ins Leben zurückkehrt. Die sorgfältige Darstellung medizinischer Aspekte, der sozialen und familiären Irritationen, ist mit einer spannenden Parallelhandlung verschränkt. Sprachgewandtheit und eine raffinierte literarische Konstruktion halten die Leserinnen und Leser bis zum Schluss in Atem.



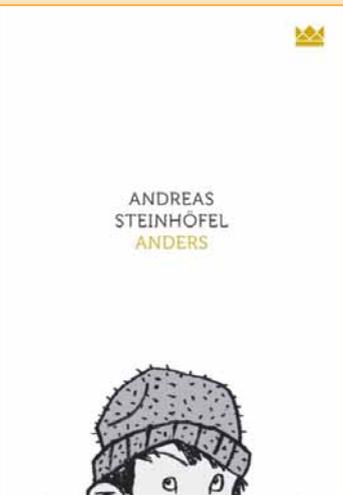
Die Auszeichnung wird am 18. September 2015 anlässlich des 34. Kongresses des Deutschen Ärztinnenbundes in Düsseldorf überreicht. Sie ist mit einer Preissumme von 2.000 Euro dotiert. Der Autor erhält außerdem eine silberne Schreibfeder und eine Urkunde.

Die Jury der Silbernen Feder setzt sich aus Ärztinnen und Literaturwissenschaftlerinnen sowie Schülerinnen des Clavius-Gymnasiums in Bamberg zusammen.

Die Silberne Feder wird seit 1974 alle zwei Jahre an Autorinnen oder Autoren verliehen, die sich in hervorragender Weise mit dem Thema Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.
Kontakt: Dr. phil. Barbara von Korff Schmising, E-Mail: bschmising@gmx.de

Andreas Steinhöfel ist für seine Kinder- und Jugendbücher vielfach ausgezeichnet worden. Auf der Buchmesse 2013 erhielt er für sein Gesamtwerk den Jugendliteraturpreis.

Andreas Steinhöfel: „Anders“. Mit Bildern von Peter Schössow. Verlag Königskinder, Hamburg 2014. 240 S., geb., 16,90 Euro. Ab 12 J.



DAS MUSS MAN GENAUER BETRACHTEN. DIE PRIVATE GRUPPENVERSICHERUNG FÜR ÄRZTINNEN IST ATTRAKTIV.

Krankentagegeldversicherung ab 22,60 EUR
mtl. Beitrag für eine 35-jährige Ärztin nach Tarif KTA A für 3.000 EUR Krankentagegeld mtl. ab dem 29. Tag

Ich vertrau der DKV
Der Gesundheitsversicherer der **ERGO**

Gestalten Sie als Ärztin Ihre Gesundheitsvorsorge und die Ihrer Familie jetzt noch effektiver. Die DKV bietet Ihnen Krankenversicherungsschutz mit einem Höchstmaß an Sicherheit und Leistung. Nutzen Sie die günstigen Konditionen des Gruppenversicherungsvertrages mit dem Deutschen Ärztinnenbund e.V.:

ATTRAKTIVE BEITRÄGE, ANNAHMEGARANTIE FÜR VERSICHERUNGSFÄHIGE PERSONEN, SOFORTIGER VERSICHERUNGSSCHUTZ OHNE WARTEZEITEN BEI TARIFEN MIT GESUNDHEITSPRÜFUNGEN.

- Ja, ich interessiere mich für die DKV Gruppenversicherung für Ärztinnen. Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf.
- Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten aus dieser Anfrage an einen für die DKV tätigen Vermittler zur Kontaktaufnahme übermittelt und zum Zwecke der Kontaktaufnahme von der DKV und dem für die DKV tätigen Vermittler erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Einfach ausschneiden und faxen: **02 21 / 5 78 21 15**

Oder per Post an: DKV AG, VUAC K, 50594 Köln. Telefon: 02 21 / 5 78 45 85
Internet: www.dkv.com/aerzte, E-Mail: arzt@dkv.com

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon privat/beruflich _____

E-Mail _____

Unterschrift _____

angestellt selbstständig

180051695



Liebe Kolleginnen,

vor einem guten Jahr wagte ich hier an dieser Stelle als neue Vizepräsidentin einen Blick in die Zukunft, nichtsahnend, dass ich heute erstmalig an dieser Stelle selbst als Präsidentin schreiben würde.

Lassen Sie mich aber – und als Erstes – Regine Rapp-Engels danken, für die lange und intensive Zeit, die sie unserem Verband zur Verfügung gestellt hat. Sie war schon lange, bevor sie in das Amt der Präsidentin gewählt wurde, aktiv im Vorstand, sodass sich ihre Vorstandsarbeit – als Beisitzerin, als Vertreterin (NC) bei der MWIA, als Vizepräsidentin und als Präsidentin – auf insgesamt 16 Jahre summiert hat. Gerade heute, in einer Zeit, in der ehrenamtliche zusätzliche Arbeit immer schwerer in den normalen Alltag zu integrieren ist, wissen wir alle ihre Arbeit zu schätzen. Wir im Vorstand haben ihr Ausscheiden sehr bedauert, akzeptieren aber ihre persönliche Entscheidung und hoffen, dass sie uns auch als ehemalige Präsidentin dann und wann mit ihrer Expertise und mit Rat und Tat zur Seite stehen kann.

Dass wir im Vorstand drei Vertreterinnen der jungen Ärztinnen haben, freut uns schon seit der Wahl 2013, dass aber Barbara Schmeiser als Jüngste im Vorstand sogar Ja gesagt hat zur Aufgabe der Vizepräsidentin, werten wir als Zeichen, dass der Verband auf einem guten Weg ist, für alle Generationen interessant zu bleiben.

Den dadurch frei gewordenen Platz der Schriftführerin hat Eva Hennel übernommen. Als neue Beisitzerin ist Justyna Swol zum Vorstand hinzugestoßen, die sich insbesondere um die Weiterführung des Mentorinnen-Netzwerkes kümmern möchte. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit.

Als neue Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes werde ich mich ebenso wie meine Vorgängerinnen für eine verbesserte Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf einsetzen. Auch das Thema Gendermedizin als Einstieg in eine Art von individualisierter Medizin liegt mir am Herzen.

Ein nicht weniger wichtiges Thema ist für mich die Vertretung der Ärztinnen in den Gremien der Selbstverwaltung. Dies betrifft sowohl die Beteiligung von Ärztinnen bei den Wahlen als auch die Berücksichtigung der dann gewählten Ärztinnen in den Gremien. Hier steht das Heranführen an die Verbandsarbeit im Mittelpunkt. Meiner Meinung nach ist es daher dringend notwendig, mehr Studentinnen schon während des Studiums für die Arbeit im und durch den Deutschen Ärztinnenbund zu interessieren. Hier liegt eine Herkulesaufgabe vor uns, der wir uns nur gemeinsam stellen können.

Eine gute Kommunikation ist dabei sicher der Schlüssel zum Erfolg. Dies gilt auch für die Kommunikation zwischen Ärztinnen, Ärzten, Patientinnen und Patienten. Wir haben das Thema, mit dem sich auch der 118. Deutsche Ärztetag beschäftigt hat, in dieser ÄRZTIN zum Anlass für vertiefende Nachfragen genommen. Wir wollten unter anderem wissen, wie wichtig Kommunikation für den diagnostischen und therapeutischen Prozess ist, woran sie häufig scheitert und ob Leitfäden und verpflichtende Fortbildungsangebote im Berufsalltag weiterhelfen. Besonders interessiert hat uns selbstverständlich die Frage, ob Ärztinnen tatsächlich emotionaler kommunizieren und ob Patienten mit Ärztinnen zufriedener sind als mit ihren männlichen Kollegen. Sie dürfen auf die Antworten gespannt sein.

Der 34. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes steht unter dem Motto „Wir mischen uns ein“. Neben der Auseinandersetzung mit aktuellen Themen wie der Priorisierung im Gesundheitswesen, Social Freezing, Feminisierung des Arztberufes, dem Für und Wider des Mammografie-Screenings und der Quote bieten wir auch die Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung durch Rhetorik und Coaching-Seminare. Hinzu kommen Informationen zu Medizin und Recht und ein Workshop zur Selbstverteidigung. Gelegenheit für Vernetzung mit anderen Mentorinnen Netzwerken und Ärztinnen aus Österreich und der Schweiz ist ebenfalls geboten.

Die Verleihung des Wissenschaftspreises des Deutschen Ärztinnenbundes, die Auszeichnung der „Mutigen Löwin“ und die Verleihung des Jugendbuchpreises die „Silberne



Foto: Privat

Dr. med. Christiane Groß, M.A.

Feder“ runden das Programm ab. Auch das Rahmenprogramm kann sich sehen lassen: Wir schlagen den Bogen von der Nordrheinischen Ärzteschaft, in deren Haus wir tagen, über die frühe Pflegepionierin Florence Nightingale, die in der Diakonie Kaiserswerth tätig war, bis zu einem Besuch in der Düsseldorfer Altstadt und dem nahegelegenen Neanderthal Museum.

Wir laden Sie ein, mit uns während des Kongresses in gute fachliche, sachliche Kommunikationen zu treten und diese dann im Rahmenprogramm locker mit Kolleginnen und Kollegen weiterzuführen.

Ihnen allen wünsche ich einen schönen Sommer mit viel Gelegenheit zu guter Kommunikation im Beruf, im Freundeskreis und in der Familie und hoffe, Sie alle möglichst zahlreich auf dem Kongress vom 18. bis 20. September in Düsseldorf begrüßen zu können.

Mit besten Grüßen

Ihre

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB)

■ DR. MED. KATJA STAADE

Traumberuf Chefärztin Oder: Wie Jobsharing bis in oberste Führungsebenen gelingen kann

Trotz eines deutlichen Zuwachses von Assistenzärztinnen auch in der Chirurgie sind Frauen in leitenden Positionen weiter deutlich unterrepräsentiert. Im Kammerbereich Nordrhein stieg deren Anteil von 2,9 Prozent im Jahr 2004 auf nur 5,4 Prozent im Jahr 2014 (s. Abb.1). Ein bedauerliches Ergebnis, denn diese Position sollte von viel mehr Kolleginnen angestrebt und erreicht werden. Für mich ist Chefärztin zu sein deshalb ein Traumberuf, weil ich mein erworbenes Wissen endlich voll verantwortlich anwenden kann und immer wieder feststelle, wie viel Freude eine Abteilungsentwicklung unter der eigenen Verantwortung bereiten kann.

Frauen schätzen laut Studien ihre eigene Leistung in der Regel niedriger ein als Männer. Beispielhaft bewerben sich Frauen auf Stellenangebote im Gegensatz zu männlichen Kollegen mit gleicher Qualifikation nur, wenn tatsächlich alle geforderten Kriterien erfüllt sind. Empowerment im Sinne der Gestaltung eigener Ressourcen kann nicht nur helfen, innere Barrieren zu überwinden. Vorgesetzte sind gefordert, sich weiblicher Denkweisen bewusst zu werden und Kolleginnen in ihrer Weiterentwicklung zu stützen, zu stärken und zu fördern. Im Gegenzug besteht der Anspruch an die jungen Kolleginnen, aktiv und selbstverantwortlich eine Karriereplanung vorzunehmen, ihr Karriereziel stringent zu verfolgen, sich früh in Netzwerke einzubringen und an Förder- und Mentoringprogrammen teilzunehmen.

Arbeitszeiten müssen im Sinne des Arbeitszeitgesetzes eingehalten werden, um das Arbeits- und Familienleben planbar zu machen. In einem Krankenhaus müssen zum Beispiel Jobsharing, flexible Arbeitszeiten und längere Kinderbetreuung angeboten werden.

Jobsharing ist durchaus bis in die Chefärztinnenebene denkbar und praktikabel und sollte akzeptiert werden. Das Modell wird zudem nicht mit den befürchteten Qualitätsverlusten verbunden sein, sondern bietet Arbeitgebern den Nutzen unerwarteter Synergien.

Wir erleben im Assistenzarztbereich heute funktionierende flexible Arbeitszeitmodelle, die zumindest in der Chirurgie vor 15 bis 20 Jahren noch völlig undenkbar waren. Durch Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes existiert keine tägliche Acht-Stunden-Präsenz der Mitarbeiterinnen mehr. Der Klinikbetrieb wurde angepasst und ist auf einen täglich wechselnden Mitarbeiterinnenpool einge-



Foto: Privat

Dr. med. Katja Staade

Arbeit hinsichtlich der fachlichen Qualität und Präsenz analog zur Besetzung mit einer Person übernehmen und garantieren.

Die kooperative Bereitschaft der Personalabteilung und der Abteilungsleitung, für bestimmte Zeiten den Stellenplan über den Rahmen hinaus zu besetzen, dafür vakante Stellen gegebenenfalls kurzzeitig nicht zu besetzen, sind eine notwendige Vorausset-

Gebiet laut Weiterbildungsordnung	2004			2015		
	Leitende Ärztinnen/ Chefärztinnen	Leitende Ärzte/ Chefärzte	Gesamt	Leitende Ärztinnen/ Chefärztinnen	Leitende Ärzte/ Chefärzte	Gesamt
7. Gebiet Chirurgie	11	373	384	26	457	483
8. Gebiet Frauenheilkunde	7	108	115	25	85	110
9. Gebiet HNO	2	26	28	3	28	31
18. Gebiet MKG	0	10	10	0	11	11
19. Gebiet Neurochirurgie	0	16	16	4	22	26

Abb.1: Anteil leitender Ärztinnen/Chefärztinnen in operativen Fachgebieten ÄK Nordrhein

stellt. Aus dieser Erfahrung ergab sich die Chance, auch mehr flexible Arbeitszeiten anzubieten. Durch klar definierte Rahmenvorgaben und gute Absprachen haben sich in meiner Klinik neben der Vollzeitarbeit drei parallel umsetzbare Varianten der Teilzeitarbeit entwickelt. Für den Arbeitgeber gelingt durch solche Konzepte frühzeitig eine bessere Mitarbeitendenbindung. Im Fall einer Schwangerschaft wird klar sein, dass ein Wiedereinstieg in das Arbeitsleben garantiert und variabel ermöglicht werden kann und auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert wird.

Auf der Führungsebene werden die Arbeitszeitmodelle genauer abgestimmt sein müssen. Ein tatsächliches Jobsharing bietet sich an, wenn eine Stelle in die Hand von zwei Kolleginnen oder Kollegen gegeben wird, die selbstverantwortlich die Aufteilung der

zung für die Praktikabilität dieses Konzeptes. Insbesondere vor dem Hintergrund eines Mangels qualifizierter Mitarbeiterinnen in bestimmten Fachdisziplinen und Regionen wird ein Umdenken auch bei einigen Personalleiterinnen und Geschäftsführerinnen nötig werden.

Nur durch die Kombination von flexiblen und durchgeplanten Arbeitszeiten mit Jobsharing bis in die obersten Führungsebenen, verbunden mit konsequentem Empowerment, werden wir in den nächsten Jahren mehr Chefärztinnen auch in operativen Fächern wie der Chirurgie finden.

Dr. med. Katja Staade ist Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Unfall- und Viszeralchirurgie im Dominikus-Krankenhaus Düsseldorf-Heerd. E-Mail: katja.staade@dominikus.de

■ JUN.-PROF. PRIV.-DOZ. DR. MED. NICOLE ERNSTMANN

Im Interview

„Ärztinnen und Ärzte müssen sich der großen Bedeutung von Gesprächen und Kommunikation bewusst sein“

Beim diesjährigen Deutschen Ärztetag in Frankfurt am Main ging es nicht nur um neue Methoden und innovative Medizin. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient war Schwerpunktthema. In der *ÄRZTIN* fragen wir nach, was erfolgreiche Kommunikation ausmacht und ob es Unterschiede bei der Kommunikation von Ärzten und Ärztinnen gibt. Unsere erste Gesprächspartnerin ist Nicole Ernstmann von der Universität Köln. Sie ist Professorin für Medizinsoziologie und hat auf dem Ärztetag ein Impulsreferat zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation gehalten, das für viele Ärzte und Ärztinnen, so bedauert sie, immer noch kein Thema sei.



Foto: Universität Köln

Jun. Prof. Priv.-Doz. Dr. med.
Nicole Ernstmann,
Diplom-Psychologin

ÄRZTIN: Sie haben in Ihrem Referat festgestellt, dass viele Ärzte und Ärztinnen immer noch gravierende Kommunikationsprobleme haben – woher kommt das?

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: (lacht) ...immer die schwierigsten Fragen am Anfang. Das hat sicherlich vielfältige Ursachen, wahrscheinlich gibt es auch den Arzt oder die Ärztin gar nicht, weil wir sehr unterschiedliche Kommunikationskompetenzen finden. Das unterscheidet sich sicherlich ein bisschen je nach Persönlichkeit. Aber wir finden selbstverständlich auch systemische Ursachen, die sicherlich in der Aus- und in der Weiter- und Fortbildung liegen.

Bei der jüngeren Generation hat sich schon viel gewandelt

Man kann sagen, dass die Problematik sich bei der jüngeren Generation, die sehr gut ausgebildet wird, schon etwas gewandelt hat: Wir haben mittlerweile flächendeckend an medizinischen Fakultäten in den Curricula Kommunikationstrainings und Schulungen, theoretisch wie auch praktisch. Ich meine zwar, es könnte in der Facharztausbildung durchaus noch mehr passieren, man könnte die Auszubildenden in der Facharztausbildung noch ein bisschen mehr in die Pflicht nehmen mit verbindlichen Kommunikationstrainings. Allerdings hatten diejenigen, die jetzt schon Jahre und Jahrzehnte in der Praxis tätig sind, diese Schwerpunkte in ihren Studiengängen so nicht.

ÄRZTIN: Können Ärztinnen und Ärzte gute Kommunikation im fortgeschrittenen Berufsalltag noch lernen?

Jedes Training ist besser als gar kein Training

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Ja, das kann man definitiv sagen, daran glaube ich fest. Viele Studien zeigen, dass man und auch frau das kann. Man kann sowohl in der eigenen Einschätzung – wie Psychologen sagen würden in der Selbstwirksamkeitshaltung – etwas ändern als auch mit Kommunikationstrainings die Adhärenz deutlich fördern. Das hat zur Folge, dass Patienten aktiver mitarbeiten und dass der Informationsfluss verbessert wird. Man muss selbstverständlich immer schauen, wie man diese Trainings gestaltet. Es gibt da im Moment eine große Vielfalt. Aber ich sage einfach mal: Jedes Training ist besser als gar kein Training. Es hat sich zum Beispiel auch in Bezug auf die Empathie gezeigt, dass wir uns durch Schulungen tatsächlich empathischer verhalten können. Das klappt ziemlich gut – unabhängig vom Alter.

ÄRZTIN: Sie haben in Ihrem Vortrag auch erwähnt, dass es oft zu viele Informationen in zu kurzer Zeit gibt und dass dies ein Problem zwischen Ärzten und Patienten darstellt, was meinen Sie damit?

Informationen aus einem Gespräch sollten nicht untergehen

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Wenn wir Patienten befragen, wie sich das mit der Kommunikation verhält, finden wir häufig, dass gerade bei neuen Diagnosen oder wenn es sich um schwerwiegende Erkrankungen dreht, die Menge der Informationen gar nicht behalten werden kann. Das stoppt

dann bei zwei, drei, vier Informationen, und der Rest geht in einem Rauschen unter und ist nicht mehr abrufbar. Da muss man den Patienten eine Menge Tipps geben, wie sie sich auf die Gespräche mit Checklisten vorbereiten können oder dass sie ihre Angehörigen mitnehmen, sodass sie so viel wie möglich aus dem Gespräch ziehen können. Es gibt Studien in der Gesundheitskommunikation, die ergeben haben, dass zwischen 40 und 80 Prozent der Inhalte vergessen werden. Und das, was erinnert wird, ist leider – so einige Studien – auch noch zur Hälfte falsch. Es bleibt wirklich wenig Richtiges übrig.

ÄRZTIN: Wie muss eine Beziehung aufgebaut sein, damit Kommunikation funktionieren kann?

Eine enge, vertrauensvolle Beziehung eingehen

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Der Aspekt der Beziehung ist sehr wichtig. Was sich in vielen Studien zeigt ist, dass für den Patienten natürlich Vertrauen das größte Thema ist. Dass Ärztinnen und Ärzte also gut daran tun, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Denn wir wissen, wo Vertrauen ist, da kommen die Patienten wieder, da arbeiten sie mehr in der Therapie mit, brechen nicht ab, empfehlen die Klinik oder die Praxis auch weiter: eine Menge wünschenswerter Outcomes sind mit Vertrauen assoziiert. Und das ist merkwürdigerweise etwas, was arztseitig interessanterweise noch keine große Rolle spielt.

Es gibt zum Beispiel Studien in der Onkologie, also von Ärztinnen und Ärzten, die sich hauptsächlich mit schwerkranken Krebspa-

tienten befassen, die thematisieren Vertrauen ihrerseits überhaupt nicht. Wobei ich glaube, dass es wichtig wäre, dass auch eine Ärztin oder ein Arzt den Patientinnen und Patienten vertraut und dass er oder sie bei einer Chemotherapie darauf vertrauen kann, dass der Patient oder die Patientin die Medikamente vernünftig zu Hause einnimmt. Oder dass sie oder er darauf vertrauen kann, wenn Nebenwirkungen auftauchen, dass dies unter der Chemotherapie auch zurückgemeldet wird.

Ich denke, das hat etwas damit zu tun, dass vielfach noch die Meinung vorherrscht, dass man professionelle Distanz bewahren muss – gerade wenn man mit schwerkranken Patienten zu tun hat. Ich glaube, dass wir da durchaus ein bisschen mehr in Richtung vertrauensvolle und empathische Beziehung gucken könnten, und dafür braucht es Unterstützung. Denn was Ärzte in dem Zusammenhang ja befürchten ist, dass sie zu sehr mit den Patienten leiden oder trauern um Patienten, die versterben. All das braucht Unterstützung durch Kollegen oder vielleicht Supervision, sodass Ärzte und Ärztinnen den Mut aufbringen, eine solche vertrauensvolle oder engere Arzt/Ärztin-Patienten-Beziehung zuzulassen.

ÄRZTIN: Von Praxisärztinnen und -ärzten heißt es vor allem: „Wir haben zu wenig Zeit und es rechnet sich nicht“ – ist das eine echte Bredouille?

Informationen mutig zusammenfassen

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Ja, das hört man sehr häufig, und ich kann das auch verstehen. Andererseits kann man auch wenig Zeit gut nutzen. Oder noch drastischer formuliert: gerade wenn man wenig Zeit hat für das Gespräch mit dem Patienten, muss man genau diese Zeit gut nutzen, dass beide Seiten maximal profitieren und ihr Ziel erreichen. Ein kurzes empathisches Gespräch kann Wunder bewirken, kann eine Beziehung zwischen zwei Menschen herstellen, sodass der Patient oder die Patientin hinterher zuversichtlicher aus dem Gespräch herausgeht. Ein langes Gespräch hingegen, das nicht gut geführt ist,

kann das Gegenteil bewirken. Zeit ist also nur ein Faktor, was das Gelingen des Gesprächs angeht.

ÄRZTIN: Wie wichtig ist Kommunikation für den diagnostischen und therapeutischen Prozess?

Gute Gespräche sind wichtig für den Behandlungserfolg

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Dazu gibt es auch recht eindeutige Studien, die belegen, dass eine gelungene Kommunikationssituation zu besseren Diagnosen und zu einer



„Kommunikation ist nicht alles, aber ohne Kommunikation ist alles nichts“

dadurch besseren und angepassten Therapie führt, weil sie gerade bei chronischen Patienten zu einem Therapieansatz führt, der auch tatsächlich das psychosoziale Umfeld mit einbezieht. Und in dem Moment, wo ein Patient mit Vertrauen aus dem Gespräch rausgeht, da wird er sich auch eher darauf einlassen. Das hat tatsächlich viele positive Folgen für den Krankheitsverlauf. Fest steht: Wir alle werden älter und kränker und auch chronisch kränker. Und gerade bei chronischen Erkrankungen werden erfolgreiche Gespräche immer einen größeren Stellenwert bekommen. Ein gut geführtes Gespräch hat tatsächlich Bedeutung für den Behandlungserfolg.

ÄRZTIN: Es gibt zum Beispiel von der Techniker Krankenkasse und der Ärztekammer Nordrhein Broschüren, in denen unter anderem auf häufige Fehler aufmerksam ge-

macht wird. Sollten Ärztinnen und Ärzte diese Leitfäden nutzen?

Verpflichtende Fortbildung zum Kommunikationsverhalten verstärken

Prof. Dr. med. Nicole Ernstmann: Ich glaube, dass es gut ist, das zahlreiche Angebot bedenkenlos zu nutzen und dass Kolleginnen und Kollegen, die sich so einen Leitfaden runterladen und ihr eigenes Kommunikationsverhalten reflektieren, ohnehin schon gut kommunizieren. Es wäre wichtiger, diejenigen zu erreichen, die ihr Kommunikationsverhalten wenig reflektieren und dem Ganzen nicht so einen hohen Stellenwert beimessen. Ich fürchte, dass man sie mit solchen freiwilligen Angeboten einfach nicht erreicht. Es wäre schön, wenn es verpflichtendere Fortbildungsangebote gäbe. Hier sind zum Beispiel Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen gefragt.

Jun.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Nicole Ernstmann, Diplom-Psychologin, leitet seit 2010 die Abteilung Medizinsoziologie am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. 2011 wurde sie zur Juniorprofessorin für Medizinsoziologische Versorgungsforschung ernannt. 2012 wurde ihr die Venia

Legendi für Medizinsoziologie und Versorgungsforschung erteilt.

E-Mail: nicole.ernstmann@uk-koeln.de

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

Ausgewählte Empfehlungen der Redaktion zum Weiterlesen:

Ärztekammer Nordrhein: Kommunikation im medizinischen Alltag <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=13996>, auch als E-Paper zu lesen.

Techniker Krankenkasse: Schwerpunkt Onkologie: Heilsame Kommunikation zwischen Arzt und Patient <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/482052/Datei/61236/TK-Broschuere-Heilsame-Kommunikation-zwischen-Arzt-und-Patient.pdf>

■ DR. RER. MED. DIPL.-PSYCH. GREGOR WEISSFLOG

Im Interview

Ärztinnen sprechen intensiver mit ihren Patienten

Studie untersucht Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht

Wie zufrieden Patienten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sind, wirkt sich auf die Behandlung aus. Einer aktuellen Studie zufolge spielt es dabei durchaus eine Rolle, ob ein Patient oder eine Patientin auf einen Arzt oder auf eine Ärztin trifft. Wie sich die Geschlechterverteilung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung auf die Patientenzufriedenheit auswirkt, berichten die Wissenschaftler um Gregor Weißflog, Psychologe an der Universität Leipzig. Sie kommen zu dem Schluss, dass es von Vorteil ist, wenn mindestens einer der beiden Gesprächspartner eine Frau ist. An der Befragung nahmen insgesamt 1.130 Patienten teil. Da die Studie zum Teil in der Urologie angesiedelt war, trafen mit über 800 der untersuchten Zweierbeziehungen, sogenannten Dyaden, in der Mehrzahl männliche Patienten auf männliche Ärzte. Ausgerechnet diese Patienten zeichneten sich durch die geringsten Zufriedenheitswerte aus.

ÄRZTIN: Nach Ihrer Studie bewerten Patienten Gespräche mit Ärztinnen positiver und die Kommunikation mit ihnen als insgesamt besser - warum?

Dr. Gregor Weißflog: Wir haben in unserer Studie in Leipzig und München Krebspatienten nach ihrer Zufriedenheit mit der onkologischen Nachsorge befragt. Diese Zufriedenheitseinschätzungen sind eng verkoppelt mit der Einschätzung der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten.

Ärztinnen berücksichtigen die gesamte Lebenssituation von Patienten

Es hat sich gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit in einigen Bereichen höher war, wenn eine Ärztin die Nachsorge durchführte. Dies kann damit begründet werden, dass Ärztinnen in ihren Gesprächen zum Beispiel die familiäre und sonstige Lebenssituation nach Meinung der Patienten in größerem Umfang berücksichtigen.

Besonders gut bewertet wurden die Gespräche, in denen eine Patientin von einer Ärztin betreut wurde. Bis zu 80 Prozent der Patientinnen fühlten ihre gesamte Lebenssituation bei einer Ärztin sehr gut berücksichtigt, bei einem Arzt waren es zwischen 64 Prozent und 69 Prozent.

ÄRZTIN: Ist dies ein gravierender Unterschied?

Dr. Gregor Weißflog: Zunächst lässt sich festhalten, dass die meisten befragten männlichen und weiblichen Patienten – nämlich zwischen 80 Prozent und 90 Prozent – unabhängig davon, ob sie bei einer Ärztin oder bei einem Arzt waren, sehr zufrieden mit ihrer Nachsorge waren. Es haben sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Konstellationen (Arzt-Patient, Arzt-Patientin, Ärztin-Patient und Ärztin-Patientin) hinsichtlich der vertrauensvollen Kommunikation und der Weiterempfehlung des Arztes oder der Ärztin ergeben. Hingegen waren die Unterschiede hinsichtlich der Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation und der Gesamtbewertung statistisch bedeutsam. Viele Studien haben belegt, dass Ärztinnen tatsächlich emotionaler kommunizieren. Dies geht auch oft mit einem Kommunikationsstil einher, der stärker patientenzentriert ist. Dies wird begünstigt durch eine geschlechtsrollenkonforme Kommunikation, die zum Beispiel durch eine stärkere Empathie für den Gesprächspartner geprägt ist.

ÄRZTIN: Worin unterscheidet sich der Kommunikationsstil von Ärztinnen und Ärzten?

Unterschiedliche Stile und Rollen erneut bestätigt

Dr. Gregor Weißflog: Wir bewegen uns hier ein wenig im Bereich der Stereotypisierung; aber wenn man so will, ist der männliche Kommunikationsstil eher sachlich und dominant, das heißt im Arzt-Patient-Kontakt gekennzeichnet durch die Vermittlung von Fakten. Trotz aller Wandlungen in der Beziehung



Dr. rer. med., Dipl.-Psych. Gregor Weißflog

Foto: Privat

zwischen Arzt und Patient ist der Arzt oder die Ärztin nach wie vor ein medizinischer Experte oder eine Expertin und die Patienten sind in den meisten Fällen medizinische Laien. Das heißt, es besteht eine Asymmetrie zwischen Arzt- und Patientenrolle.

ÄRZTIN: Was bewirkt ein Gespräch auf Augenhöhe?

Dr. Gregor Weißflog: Dies spielt natürlich in der Kommunikation eine bedeutsame Rolle und einem Gespräch „auf Augenhöhe“ sind gewisse Grenzen gesetzt. Nichtsdestotrotz können wir vermuten, dass eine Annäherung an die „Augenhöhe“ zum Beispiel durch die Schließung von Wissenslücken aufseiten der Patienten mit einer höheren Zufriedenheit einhergeht. Dies ist zum Teil auch empirisch belegt. Die schon erwähnte Asymmetrie wirkt sich jedoch auch in der Arzt-Patient-Kommunikation aus und führt mitunter zu „Verstimmungen“, zum Beispiel dann, wenn sich Ärztin oder Arzt als medizinische Experten nicht anerkannt fühlen.

ÄRZTIN: Sie haben Ihre Studie mit Klinikärzten und Krebspatienten in der Nachsorge durchgeführt – ist das repräsentativ?

Dr. Gregor Weißflog: Krebspatienten sind eine besondere Gruppe von Patienten, und sie unterscheiden sich deutlich von anderen. Ihre Erkrankung ist in vielen Fällen zwar gut heilbar, aber doch potenziell lebensbedrohlich. Die Behandlungen, zum Beispiel mit Chemo- und Strahlentherapie, sind häufig komplex und sehr invasiv und für Patienten schwer überschaubar. Vor diesem Hintergrund unterliegt auch die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten

Besonderheiten. Die Ergebnisse lassen sich daher nicht auf alle anderen Patienten verallgemeinern.

ÄRZTIN: Vermuten Sie Unterschiede bei der Kommunikation auch bei niedergelassenen Ärzten?

Ökonomische Zwänge wirken aufs Zeitbudget

Dr. Gregor Weißflog: Die verschiedenen Kontexte Klinik und Niederlassung stehen vermutlich auch mit punktuellen Unterschieden in der Kommunikation im Zusammenhang. Eine Gemeinsamkeit dürfte aber sein, dass Klinikärzte und niedergelassene Kollegen ökonomischen Zwängen unterliegen. Diese Zwänge wirken sich zum Beispiel darauf aus, wieviel Zeit für einen einzelnen Patienten zur Verfügung steht.

ÄRZTIN: Die interkulturelle Kompetenz wird immer wichtiger, sollte es hier mehr spezifische Programme für die Kommunikation geben?

„Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“

Dr. Gregor Weißflog: Ohne Zweifel wird die interkulturelle Kompetenz auch in der Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patienten in Zukunft eine größere Rolle spielen. Diesen Aspekt haben wir jedoch in unserer Studie nicht untersucht.

Modellprojekt: Arzt-Patienten-Kommunikation empathisch und interkulturell gestalten

Laut Studien des AOK-Bundesverbandes verstehen 25 Prozent aller Deutschen ihre behandelnde Ärztin oder ihren behandelnden Arzt nicht. Besonders schwierig wird es, wenn Ärztin und Arzt, Patientin und Patient sowie Pflegende aus unterschied-

lichen Ländern kommen und verschiedene Sprachen, Kulturen und Religionen aufeinander treffen. Grundlegende Sprachkenntnisse, Verständnis für die jeweiligen kulturellen Hintergründe und Empathie sind daher entscheidende Faktoren für gute zwischenmenschliche Kommunikation und eine optimale Behandlung. Um die über 5.000 ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die zurzeit in den Kliniken in NRW arbeiten, und ihre Stationsteams hierbei zu unterstützen, haben Forscherinnen und Forscher am Universitätsklinikum Essen (UK Essen) ein fünfjähriges Modellprojekt zur „Empathisch-Interkulturellen Arzt-Patienten-



Frauen und Männer kommunizieren und interpretieren Gespräche unterschiedlich

Kommunikation“ (EI-AP-K) zur Ausbildung von Dozentinnen und Dozenten gestartet, die dann NRW-weit Projekte zur Vermittlung von empathischer-interkultureller und patientengerechter Kommunikation aufbauen. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) fördert diese Lehrplanentwicklung mit rund einer Million Euro.

Nähere Informationen: *Stefanie Merse, Ärztliche Projektleitung EIAPK*, Tel.: 0201/723-5234, E-Mail: stefanie.merse@uk-essen.de www.uk-essen.de

ÄRZTIN: Wenn Sie Ärzten und Ärztinnen eine Empfehlung geben sollten, was empfehlen Sie zum Thema Kommunikation mit Patienten?

Dr. Gregor Weißflog: Ärzte und Ärztinnen können lernen, patientenzentriert zu kommunizieren. Eine dem Mitmenschen zugewandte, empathische Grundhaltung ist – so glaube ich – eine Grundvoraussetzung für den Arztberuf. Durch eine patientenzentrierte Kommunikation kann diese Empathie verstärkt werden. Das heißt: Hören Sie darauf, was Ihre Patienten sagen, welche Sorgen und Nöte sie gegebenenfalls neben

der Erkrankung und deren medizinischer Behandlung haben. Eine alte Definition des Arztberufs besagt: „Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer.“

Dr. rer. med., Dipl.-Psych. Gregor Weißflog ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Seine Forschungsschwerpunkte sind Psychosoziale Onkologie (Interventionen, Krebs & Partnerschaft/Familie) und gesundheitliche Folgen politischer Inhaftierung. Gemeinsam mit Dr. Grit

Klitzke wurde er 2013 mit dem Hans-Heimann-Preis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ausgezeichnet.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

Originalquelle: Weißflog, G., J. Ernst, A. Szokoda, S. Berger, C. Stuhr, P. Herschbach, K. Book & E. Brähler, Patientenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge – differenzielle Befunde zur Geschlechtsspezifität in Arzt-Patient-Dyaden. *Gesundheitswesen*, 2014, 76(5): 306-11.

■ JOHANNA ZEBISCH

Bei ärztlicher Kommunikation von Ärztinnen lernen?

Beteuerungen, wie wichtig eine gelingende Arzt-Patient-Kommunikation ist, sind so zahlreich wie die Klagen über deren Scheitern. Von ärztlicher Seite wird moniert, dass Patienten nicht tun, was man ihnen sagt, während diese „die Ärzte“ beschuldigen, nicht zuzuhören, nichts zu erklären, und wenn doch, dann verstehe man sie nicht.

Mittlerweile gibt es viele Forschungsergebnisse, die auf ihre Umsetzung warten. Einig ist man sich weitgehend darüber, dass gute Kommunikation auf Augenhöhe durch nichts zu ersetzen ist.

Schlechte Kommunikation ist teuer – für alle

Missverständnisse und verloren gegangene Informationen sind dagegen richtig teuer: Für das US-amerikanische Gesundheitssystem schätzt man deren Kosten auf über 73 Milliarden Dollar jährlich. In der Schweiz sollen es etwa drei Prozent der Versichertenbeiträge sein. Für Deutschland kann man nur vermuten, dass die damit einhergehende geringe Therapietreue ein beträchtlicher Kostenfaktor sein dürfte.

Neben ärztlicher Kommunikation ist auch das Thema Geschlecht in der Medizin im Aufwind. Erstaunlicherweise kamen die beiden Themen in der Forschung lange nicht recht zusammen. Dabei zeigen aktuelle Untersuchungen wie die von Dr. Gregor Weißflog (siehe Seite 7 f. in diesem Heft) deutlich, wie sehr es sich lohnt, nach Geschlechteraspekten in der ärztlichen Kommunikation zu fragen. Es gibt inzwischen doch starke Belege dafür, dass Ärztinnen patientenzentrierter und emotionaler kommunizieren als ihre Kollegen und mehr auf den Stellenwert einer Krankheit im Leben der Betroffenen achten.

Ärztinnen behandeln manches besser und verordnen weniger Antibiotika

Das scheint sich offenbar auszuzahlen. So konnte schon 2008 in einer großen Studie mit 50.000 Diabeteserkrankten gezeigt werden, dass Ärztinnen bessere Ergebnisse erzielen als Ärzte: ihre Patienten (Frauen und Männer) haben bessere Blutdruck- und Cho-

lesterinwerte, besuchen häufiger Diabetiker-schulungen und kommen mit weniger Diabetesmedikamenten aus. Ob es auch eine Folge besserer Kommunikation ist, dass Ärztinnen mit weniger Antibiotika-Verschreibungen auskommen, lässt sich nicht sagen. Fakt ist jedenfalls, dass 72 Prozent der männlichen Ärzte, aber nur 56 Prozent der Ärztinnen täglich ein Antibiotikum verordnen.

Sind Ärztinnen also die besseren Ärzte? 2009 erschien eine Studie über den Einfluss des Geschlechts des Patienten sowie des Arztes auf die leitliniengetreue Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Die überraschenden Ergebnisse: Patientinnen wurden seltener als Patienten mit Medikamenten therapiert und zudem auch seltener in ausreichender Dosierung. Ärztinnen machen dagegen keinen Unterschied bezüglich des Geschlechts ihrer Patienten, behandeln insgesamt mehr Betroffene mit den erforderlichen Medikamenten und dosieren diese auch höher.

Die Zufriedenheit derer, die von Ärztinnen behandelt werden, ist meist höher, auch wenn die Studienlage hier nicht einheitlich ist. Mit einem intelligenten Studiendesign gelang es aber, den entscheidenden Faktor für die Patientenzufriedenheit herauszuarbeiten. Man hat Gespräche von 200 weiblichen und männlichen Frauenärzten mit ihren Patientinnen gefilmt und das jeweilige Kommunikationsverhalten ausgewertet.

Art der Gesprächsführung beeinflusst Patientenzufriedenheit am stärksten

Auch hier fragten die Ärztinnen genauer als männliche Kollegen nach der Krankengeschichte, gingen eher auf Ängste ein, besprachen Diagnose und weiteres Vorgehen ausführlicher, und die Patientinnen der Gynäkologinnen waren insgesamt zufriedener als die der männlichen Ärzte. Es wurde aber auch gezeigt, dass einzelne männliche Gynä-



Foto: Privat

Johanna Zebisch

kologen vergleichbare Zufriedenheitswerte erzielten, wenn sie ebenso genau wie die Kolleginnen nachfragten, emphatisch auf die Patientinnen eingingen und ausführlich erklärten. Das kam bei den männlichen Ärzten eben nur seltener vor.

Aber leider haben im Augenblick diejenigen das Nachsehen, die sich Zeit für ihre Patientinnen und Patienten nehmen. Der brandaktuelle Jahresbericht zum Zi-Praxis-Panel (ZiPP) zeigt, dass niedergelassene Ärztinnen im Schnitt über 64.000 Euro pro Jahr weniger verdienen als niedergelassene Ärzte. Als einer der Gründe wird angeführt, dass Ärztinnen über alle Fachgebiete hinweg mehr Zeit für ihre Patienten aufwenden, nämlich im Schnitt 38,3 Minuten je Patient, Ärzte dagegen nur 31,1 Minuten.

Fazit: Ärztinnen können es zwar besser, verdienen dafür aber weniger. Wie sähe eine Lösung aus? Die sprechende Medizin ist nicht nur weiterhin einzufordern, sondern vor allem entsprechend zu honorieren, damit sie nicht nur von einigen Idealistinnen praktiziert wird.

Literatur bei der Verfasserin.

Johanna Zebisch ist Diplom-Soziologin und Fachreferentin für Gendermedizin, Marketing & Kommunikation am Städtischen Klinikum München.

E-Mail: johanna.zebisch@klinikum-muenchen.de

■ PROF. DR. MED. JANA JÜNGER, MME (BERN)

Ärztliche Gesprächsführung im Medizinstudium

Das „Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation“

Ein gutes ärztliches Gespräch ist die Grundlage für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung. In den letzten Jahren gab es daher zahlreiche Initiativen, die Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung fest zu etablieren. Mit der Änderung der Approbationsordnung im Mai 2012 wurde hierfür eine rechtliche Grundlage geschaffen: die ärztliche Gesprächsführung wurde laut Beschluss des Bundesrates aus dem Jahr 2012 Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung.

Die medizinischen Fakultäten stehen nun vor der Herausforderung, die kommunikativen Lernziele und Kompetenzen in ihre Curricula zu integrieren. Für die Entwicklung und den Aufbau solcher Lehrpläne sind jedoch zusätzlich organisatorische, planerische, finanzielle und personelle Ressourcen notwendig.

Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums Kommunikation seit 2012

Um die Lehrbeauftragten der medizinischen Fakultäten bei dieser Aufgabe zu unterstützen, wurde unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit und unter meiner Leitung seit 2012 das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ initiiert. Der interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppe gehören inzwischen über 500 Vertreterinnen und Vertreter aus 36 medizinischen Fakultäten an. Begleitet werden sie von einem hochkarätig besetzten Beirat und vielen Fachgesellschaften – unter anderem Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie. Ziel des von Heidelberg aus koordinierten Projektes ist es, die vorhandenen Ressourcen wie zum Beispiel Lehrmaterialien und Erfahrungen zu bündeln und einen national möglichst einheitlichen Qualitätsstandard in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu schaffen.

Für die Entwicklung des Curriculums wurde an den medizinischen Fakultäten Deutschlands zum einen eine Ist-Stand-Erhebung zu den inhaltlichen und strukturellen Merkmalen der Lehrveranstaltungen und Prüfungen durchgeführt. Zum anderen werden Best-Practice-Beispiele, sogenannte Lehr-

und Prüfungsbeispiele, aus dem Bereich der ärztlichen Gesprächsführung von allen Fakultäten für eine „Toolbox“ gesammelt. Dadurch soll den teilnehmenden Dozierenden ein Austausch ihrer Beispiele auf der gemeinsamen Online-Plattform „medtalk“ ermöglicht werden (www.medtalk-education.de). Die Best-Practice-Beispiele werden nach den Lernzielen und Teilkompetenzen des Arbeitspaktes „Ärztliche Gesprächsführung“ des „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin“ (NKLM) kategorisiert und klassifiziert. So können Lücken identifiziert und gezielt gefüllt, aber auch neue Lehrmaterialien diskutiert und optimiert werden.

Umsetzung des Mustercurriculums Kommunikation in die Lehre bis 2017

Parallel dazu werden auch Konzepte für Tutoren- und Dozierendenschulungen entwickelt, da die Lehrbeauftragten auch gut auf den Unterricht vorbereitet werden müssen. Ziel ist es, bis 2017 das Mustercurriculum Kommunikation erfolgreich in die Lehre umgesetzt zu haben.

Durch den Einsatz von Best-Practice-Beispielen können die Medizinstudierenden sehr gut kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln, trainieren und weiter ausbauen. Häufig werden dabei Simulationspatientinnen und -patienten eingesetzt. Die Studierenden sollen mit ihnen in einem gemeinsamen Rollenspiel den Umgang mit akut und chronisch Erkrankten oder auch Maßnahmen zur Prävention üben. Dadurch haben sie in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit, durch Selbsterfahrung theoretisch erworbenes Wissen alltagsnah in Handlung umzusetzen. Sie lernen hier nicht nur, wie ein gut strukturiertes Gespräch geführt wird, sondern auch, wie man eine tragfähige und empathische Beziehung



Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME

Foto: Privat

zum Gegenüber aufbaut. Ein wesentliches Ausbildungsmoment in solchen Kommunikationstrainings bildet das Feedback von Simulationspatientinnen und -patienten aus der Patientenrolle heraus. Die Studierenden erweitern dabei durch Reflexion und Selbstkritik ihre Lerndimensionen und können nachhaltig ihren Lernprozess optimieren.

Effektive Trainings mit Simulationspatientinnen und -patienten

Die Wirksamkeit von Rollenspielen mit Simulationspatientinnen und -patienten und die Effektivität professionellen Feedbacks konnte in mehreren Forschungsarbeiten nachgewiesen werden. So zeigte sich zum Beispiel in einer Studie, dass Studierende, die an einem Kommunikationstraining mit Simulationspatientinnen und -patienten teilgenommen haben, wesentlich besser in einer OSCE-Prüfung abgeschlossen haben als ihre Kontrollgruppe.

Die Projektzusammenarbeit verläuft sehr gut, und die zahlreichen Rückmeldungen spiegeln uns die hohe Bedeutung eines Mustercurriculums Kommunikation auf nationaler Ebene in der medizinischen Aus- und Weiterbildung wider.

Literatur bei der Verfasserin.

*Prof. Dr. med. Jana Jünger (MME, Bern), geb. 1963, ist Fachärztin für Innere Medizin und arbeitet als Oberärztin am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie ist Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin (Baden-Württemberg) und des Projekts Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation.
E-Mail: jana.juenger@med.uni-heidelberg.de*

■ DR. MED. ANKE LASSERRE

Im Interview

„Frauen in Führungspositionen pflegen häufig einen empathischeren Führungsstil“

ÄRZTIN: Sie sind seit Herbst 2014 alleinige Geschäftsführerin des Westküstenklinikums in Schleswig-Holstein, eines Krankenhauses mit über 800 Klinikbetten und 2.300 Mitarbeitenden. War Ihr Weg als Frau zur Geschäftsführerin ein gerader und haben Sie von Anfang an eine Führungsposition angestrebt?

Dr. med. Anke Lasserre: Als ich 1990 in Heidelberg promoviert habe, wusste ich nicht, dass ich während meiner Laufbahn die Leitung eines Klinikums übernehmen werde. Doch während verschiedener beruflicher Stationen hat sich gezeigt, dass mir Managementaufgaben liegen. Zudem habe ich einen Master im Bereich Gesundheitsmanagement absolviert. Da war es dann schon das Ziel, auch Leitungsaufgaben zu übernehmen. Doch bevor ich 2011 die Geschäftsführung des Klinikums Salzgitter übernahm, hatte ich erst einmal noch mehrere Zwischenstationen und Elternzeiten. Meine guten Erfahrungen in Salzgitter haben mich darin bestätigt, dass das Aufgabenfeld zu mir passt. Als sich schließlich die Chance ergab, die Geschäftsführung des WKK zu übernehmen, habe ich nicht lange gezögert. Dabei hat mich insbesondere die Größe des Klinikums gereizt.

ÄRZTIN: Sie haben einmal gesagt, „es ist noch selten, dass zum einen Ärzte Krankenhäuser führen und dass Frauen Führungsaufgaben übertragen werden“. Welche Vorteile hat es, wenn Ärztinnen die Geschäftsführung übernehmen?

Frauen ermutigen, sich ihre Stärken bewusster zu machen

Dr. med. Anke Lasserre: Ein Krankenhaus ist kein typisches Wirtschaftsunternehmen. Es ist daher gut, wenn jemand eine Klinik führt, der mit den speziellen Abläufen und den medizinischen Hintergründen vertraut ist. Deswegen halte ich es für sinnvoll, wenn auf der Leitungsebene einer Klinik wirtschaftliche und medizinische Kompetenzen miteinander kombiniert werden. Das ermöglicht es,

ein Krankenhaus besonders effektiv zu führen. Und natürlich gibt es auch gute Gründe, mehr Ärztinnen in Führungspositionen zu bringen. Frauen pflegen häufig einen empathischeren Führungsstil als ihre männlichen Kollegen. Das sehe ich als Stärke. Kommunikation auf Augenhöhe finde ich sehr wichtig. Ich möchte immer ein offenes Ohr haben und die Ideen anderer aufnehmen. Womit ich nicht sagen will, dass Frauen generell besser führen können, aber ich möchte gerne mehr Frauen dazu ermutigen, sich ihre Stärken bewusster zu machen und häufiger Führungsaufgaben zu übernehmen.

ÄRZTIN: Die Medizin wird beziehungsweise ist schon weiblich. Ist die Förderung von jungen Ärztinnen für Sie ein Thema?

Berufsrückkehrerinnen „Zurück in den Kittel“

Dr. med. Anke Lasserre: Es stimmt, die Statistiken belegen, dass die Medizin in den vergangenen Jahren immer weiblicher geworden ist. Doch wir sehen auch, dass in Krankenhäusern zwar mehr Ärztinnen arbeiten, aber immer noch mehr Männer die Führungspositionen und Chefarztpositionen besetzen. Dies sollten wir in Zukunft ändern. Wir brauchen mehr Frauen, die Verantwortung zum Beispiel als Chefärztinnen übernehmen. Leider mangelt es häufig an der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Deswegen habe ich während meiner Zeit in Salzgitter unter anderem das „Zurück in den Kittel“-Programm gestartet. Es sollte Ärztinnen animieren, in ihren Beruf zurückzukehren, die diesen aus familiären Gründen zeitweilig aufgegeben haben. Also ja, ich möchte Ärztinnen fördern – in allen Altersgruppen.

ÄRZTIN: Ein Krankenhaus wirtschaftlich erfolgreich zu führen, ist eine starke Herausforderung. Wie kann die Qualität von Krankenhäusern angesichts knapper Kassen und schwindender Finanzen noch besser werden? Bleibt dabei überhaupt noch Raum für Innovation?



Foto: Westküstenklinikum (WKK)

Dr. med. Anke Lasserre

Dr. med. Anke Lasserre: Gerade in solchen Situationen sind ja Innovationen gefragt. Wir stehen vor der Aufgabe, diese Herausforderungen anzunehmen und positive Lösungsansätze zu entwickeln. Unser Standort in Brunsbüttel wird beispielsweise in den kommenden Jahren zu einem integrierten Versorgungszentrum umstrukturiert, in dem ambulante und stationäre Versorgung eng miteinander verzahnt werden. Das hat Modellcharakter. Die verstärkte Kooperation mit externen Ärztinnen und Ärzten und die Konzentration auf ausgewählte Leistungsbereiche ist sicherlich ein Modell für Krankenhäuser, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auch unter finanziellem Druck zu sichern. Außerdem kommt in Zukunft kein Krankenhaus um ein effektives Erlös- und Kostencontrolling herum. Auch dieses Thema treiben wir hier am WKK stark voran. Ebenso wird medizinische Ergebnisqualität in Zukunft immer stärker ein Faktor für den Erfolg werden. Wir müssen uns stetig weiterentwickeln.

Dr. med. Anke Lasserre ist Geschäftsführerin der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide. Sie ist Fachärztin für Radiodiagnostik und ärztliches Qualitätsmanagement. Zusätzlich studierte sie Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft. Sie ist Autorin mehrerer Fachbücher. Ihre Aufgabenschwerpunkte sind medizinische und administrative Prozessoptimierung, strategisches Controlling, medizinische Leistungsplanung, Erlös- und Kostenkalkulation sowie Personal- und Organisationsentwicklung. <http://www.westkuestenklinikum.de>

■ PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Knapp über der Fünfprozentklausel

Umfrage zum Geschlechterverhältnis bei der Führung deutscher medizinischer Fakultäten

Frauen in Führungspositionen der Medizin? „Das tu ich mir nicht an...“, sagen die Frauen. Sind es etwa die sauren Trauben, die man gar nicht erreichen will, weil man sie nicht erreichen kann? Und: „Die Frauen wollen ja gar nicht“, sagen oft männliche Führungskräfte und warten mit Erzählungen auf, nach denen sie alles getan haben, um eine Frau in eine Führungsposition zu bringen, die ihnen dann im letzten Moment einen Korb gegeben hat. Unglaublich, allerdings schwer nachprüfbar.

Wie sieht es denn nun in den deutschen medizinischen Fakultäten aus? Es gibt derer 37, einschließlich der vor kurzer Zeit gegründeten Universität Oldenburg. Die Leitung der Fakultäten obliegt den Dekanen und Dekan

legitimiertes Gremium, in dem in jedem Fall die Professoren die Mehrheit hat. Das bedeutet, dass alle anderen Gruppen, die korporationsrechtlich im Fakultätsrat vertreten sind, auch mit einigen Professoren zusammen nichts beschließen können, was gegen den zahlenmäßig größeren Rest der Professoren geht – die sogenannte „qualifizierte Professorenmehrheit“.

Männliche Tiger im Uni-Dschungel unter sich

Das Hochschulrahmengesetz schließt also eine wirksame Opposition durch die drei anderen Vertretungen im Fakultätsrat (Wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,



Foto: Privat

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

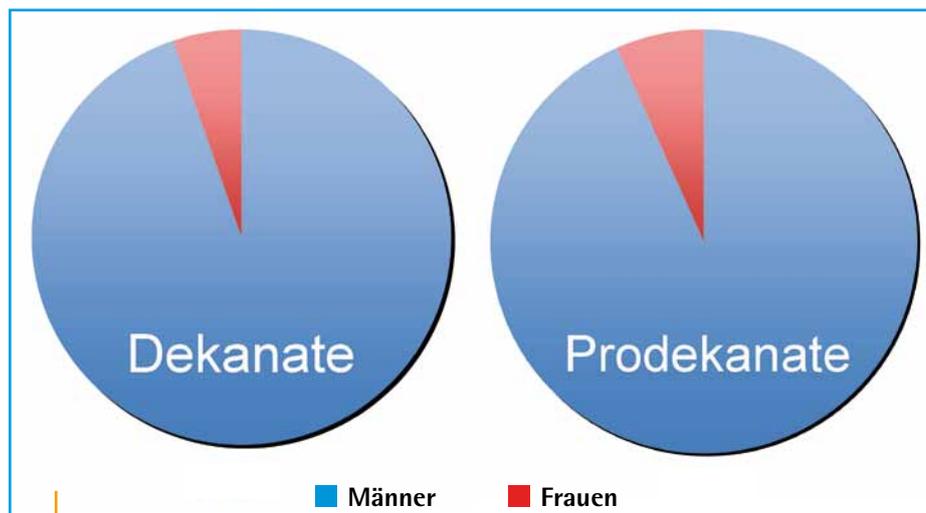
setzt, weil die wenigen Professorinnen der Fakultät entweder nicht kandidieren, keinen Mumm haben, eine reine Frauenliste aufzustellen, oder von ihren männlichen Kollegen wahrscheinlich – die Wahlen sind geheim – nicht gewählt werden.

Die Verteilung zwischen Männern und Frauen sieht nach meinen Recherchen im Mai 2015 so aus: 5,4 Prozent Frauen sind Dekaninnen – zwei von 37 – und 6,7 Prozent Prodekaninnen – elf von 164. Die nebenstehenden Grafiken verdeutlichen dieses krasse Missverhältnis mit absoluten Zahlen.

Ausgewogenes Verhältnis nur in wenigen Medizinischen Fakultäten

Visionen einer ausgeglichenen Verteilung können jedoch nur realisiert werden, wenn mehr Frauen Professorinnen werden, sich in universitärer Selbstverwaltung engagieren und frischen Wind in Fakultätsleitungen bringen. Übrigens: auch in den Aufsichtsräten sind Frauen nur zu durchschnittlich 25 Prozent vertreten. Ein ausgewogenes Verhältnis findet sich nur in den Medizinischen Fakultäten Duisburg/Essen, Dresden, Oldenburg und Ulm, Schlusslichter – mit circa 10 Prozent – sind Aachen, Düsseldorf und Gießen/Marburg.

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



Die Abbildungen zeigen die Verteilung zwischen Männern und Frauen bei den Dekanaten und Prodekanaten

ninnen sowie verschiedenen Prodekanen und Prodekaninnen. Sie sind unter anderem für Lehre und Studium, Forschung und Wirtschaft, Struktur und wissenschaftlichen Nachwuchs zuständig.

Die Zahl der Prodekanate ist in den einzelnen medizinischen Fakultäten unterschiedlich, manchmal sind es nur zwei (Forschung und Lehre/Studium), manchmal sechs: Daraus ergibt sich im Endeffekt eine relativ hohe Anzahl von Führungskräften in den Prodekanaten. Die Wahl dieser Fakultätsleitungen erfolgt durch den Fakultäts beziehungsweise Fachbereichsrat oder ein anderes, gesetzlich

Studierende und sonstige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) praktisch aus. Die „Gruppenuniversität“, vielerorts geschmäht, ist also genau besehen ein zahnloser Tiger.

Mitglieder des Dekanats werden vom Fakultätsrat demokratisch gewählt, selten extern ernannt. Oft üben sie das Amt „nebenbei“ aus, das heißt, sie arbeiten weiter in ihrer Klinik oder Forschungsabteilung – ein Unding, wenn man sich die Dimensionen der medizinischen Fakultäten ansieht und die damit verbundenen Herausforderungen für die Führungskräfte. Die wahlberechtigte Professorenschaft der Fakultätsräte ist überwiegend männlich be-

■ PROF. DR. MED. VERA REGITZ-ZAGROSEK

Im Interview

Gendermedizin kompakt

Neue Ergebnisse zur geschlechtsspezifischen Medizin

ÄRZTIN: Vom 20. bis 23. September 2015 führen zwei Kongresse in Berlin die internationale Community der Gender Medicine zusammen. Zwei Themen fallen ins Auge: Schwangerschaft, Geschlecht, Sex und Gewalt sowie die Rolle von Sexualhormonen in der Forschung – was erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu?

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek: Unter dem Thema Schwangerschaft wollen wir uns mit Mutterschaft und Vaterschaft auseinandersetzen, insbesondere auch mit der neuen Rolle der Väter in der Kinderbetreuung bereits direkt nach der Geburt. Es geht auch um das Verarbeiten von Schwangerschaft und Nicht-Schwangerschaft durch Mütter und Väter.

Aktuelles aus der Forschung über Sexualhormone

Der Block „Geschlecht, Sex und Gewalt“ setzt sich damit auseinander, wie Sex instrumentalisiert werden kann, um gewalttätige Übergriffe, die nicht unbedingt nur körperlich sein müssen, auf einen Angehörigen des anderen Geschlechtes durchzusetzen.

Die Thematik der Rolle von Sexualhormonen in der Forschung schließlich springt auf ein völlig anderes Gebiet: hier geht es um die bislang erheblich unterschätzte Rolle von Sexualhormonen als bestimmende Faktoren für die lebenslange Zusammensetzung und Funktion auch von Nicht-Geschlechtsorganen. Wir lernen, wie Sexualhormone bereits in der frühen Embryonalentwicklung den Aufbau unseres Körpers steuern. Das amerikanische National Institute of Health (NIH) rückt diese Fragestellungen jetzt stark in den Vordergrund und erwartet, dass die Rolle von Geschlecht und Sexualhormonen bei möglichst allen Forschungsvorhaben berücksichtigt werden soll.

ÄRZTIN: Welche neuen Forschungsergebnisse werden bei den beiden Kongressen vorgestellt?

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek: Neue Ergebnisse gibt es zu der geschlechtsspezifischen Interaktion von Stress, Depression und Aggression mit Herz-Kreislauf-Gesundheit. Die Arbeiten zeigen, wie Stress bei Frauen und Männern in unterschiedlichen Lebensphasen mit der gesundheitlichen Entwicklung vor allem im Herz-Kreislaufsystem interagiert. Weiter erwarten wir neue Ergebnisse im Bereich der Grundlagenforschung. Es geht um die prägende Rolle der Sexualhormone bereits in der frühen Embryonalentwicklung auf Nicht-Sexualorgane des Körpers wie Herz, Leber, Niere, Hirn.

Überraschende geschlechtsspezifische Normalwerte

ÄRZTIN: Sie kündigen an, vor allem auch praktische Konsequenzen für die medizinische Versorgung zu präsentieren, welche werden das sein?

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek: Neueste Befunde zeigen, dass Standardparameter für die Diagnose eines Myokardinfarktes wie zum Beispiel Troponin, das in allen Leitlinien als grundlegender Test erwähnt wird, überraschenderweise geschlechtsspezifische Normalwerte haben. Tatsächlich sind Troponin-I-Werte, die mit den jetzt verfügbaren hoch sensitiven Tests gemessen werden, bei gesunden Männern deutlich höher als bei normalen Frauen. Das führt dazu, dass man einen krankhaften Anstieg beim Herzinfarkt übersieht, wenn Frauen anhand von Normalwerten diagnostiziert werden, die nicht für sie gemacht sind. Dies könnte ein Grund für eine Unterdiagnostizierung von Herzinfarkten bei Frauen sein. Hier muss darüber diskutiert werden, welche Normalwerte für Troponin-I benutzt werden sollen.

Noch in den Kinderschuhen steckt die Erforschung geschlechtsspezifischer Biomarker. Neue Marker wie pro-Enkephalin scheinen nur bei Frauen Herz-Kreislauf-erkrankungen und auch Brustkrebs vorherzusagen. Dies muss sicher in weiteren großen Studien überprüft werden.



Foto: Regitz-Zagrosek

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek

ÄRZTIN: Was erhoffen Sie sich ganz allgemein von diesem internationalen Wissens- und Erfahrungsaustausch für die geschlechtsspezifische Medizin?

Nachwuchsforscherinnen für geschlechtsspezifische Analysen fit machen

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek: Wir erhoffen uns vor allem, dass Wissensnetze entstehen, dass Nachwuchsforscher und internationale Experten und Expertinnen zueinander kommen, dass die Nachwuchsforscherinnen sich vernetzen und wettbewerbsfähig für die Antragsstelle im europäischen Gesundheitsforschungsprogramm Horizon 2020 werden. Dieses Gesundheitsforschungsprogramm fordert geschlechtsspezifische Analysen in vielen seiner thematischen Bereiche ein, und dafür wollen wir unsere Nachwuchsforscherinnen fit machen.

- **7th Congress of the International Society for Gender Medicine** (20. bis 21. September 2015) Für DÄB-Mitglieder werden Sonderkonditionen eingeräumt. Die Teilnahme ist zu den Konditionen der IGM-Mitglieder möglich. <http://igmcongress.com/>
- **Internationaler Kongress für Geschlechterforschung in der Medizin – GIM**, Berlin (22. bis 23. September 2015) Bei Registrierung vor dem 30. August 2015 entfallen die Teilnahmegebühren. Reisekostenzuschüsse können bis 30.08.2015 beantragt werden. <http://genderkongress.com/>

Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek ist Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Charité Berlin und Vorstandsmitglied des Cardiovascular Research Center (CCR) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

■ DANK AN DR. MED. REGINE RAPP-ENGELS

Dr. med. Christiane Groß und Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk für den Redaktionsausschuss und Gundel Köbke für die Redaktion danken der ehemaligen Präsidentin Dr. med. Regine Rapp-Engels für ihre langjährige Mitarbeit im Redaktionsausschuss. Dr. Rapp-Engels war uns eine wertvolle Beraterin bei der Themenfindung und bei der Suche nach kompetenten Autoren und Autorinnen. Sie hat die *ÄRZTIN* geduldig und mit scharfem Auge Korrektur gelesen und dabei stets nachdrücklich auf eine geschlechtergerechte Sprache geachtet. Wir wünschen uns, dass sie der Verbandszeitschrift *ÄRZTIN* auch weiter als Autorin und Ideengeberin erhalten bleibt.



Foto: Ulrike Dammann

Dr. med. Regine Rapp-Engels

Antrag auf Satzungsänderung bei der Mitgliederversammlung 2015 in Düsseldorf

Hiermit beantrage ich folgende Satzungsänderungen:
 Ergänzung § 8 (1) der Satzung des Deutschen Ärztinnenbundes (Mitgliederversammlung): Abweichend hiervon finden im Rahmen der Frühjahr-Beiratssitzung 2019 sowie im Herbst 2020 im Rahmen des Kongresses jeweils die ordentlichen Mitgliederversammlungen statt. Danach gilt die o.g. Regelung unverändert fort.
 Ergänzung § 9 (2), Satz 2 der Satzung des Deutschen Ärztinnenbundes (Vorstand): Abweichend hiervon wählt die Mitgliederversammlung 2017 den Vorstand einmalig für drei Jahre. Danach gilt die o.g. Regelung unverändert fort.
 Begründung: Der Deutsche Ärztinnenbund wird 2024 sein hundertjähriges Bestehen feiern. In zweijährigen Abständen finden die

Kongresse des DÄB seit 1953 zeitgleich mit den Mitgliederversammlungen (MV) statt, also immer in den ungeraden Jahren. Damit das Jubiläum 2024 im Rahmen einer Tagung adäquat gefeiert werden kann, muss einmalig eine 1,5-Jahres-Periode für die MVs und eine Drei-Jahresperiode für die Vorstandszeit eingelegt werden. (Eine Verlängerung des satzungsgemäßen Abstandes zwischen den MVs auf drei Jahre ist nicht sinnvoll.)
 Es ergibt sich folgende Zeitschiene: Herbst 2017: MV, Wahlen, Kongress; Frühjahr 2019: MV, Beiratssitzung (ggf. erweitert); Herbst 2020: MV, Wahlen, Kongress; Herbst 2022: MV, Kongress; Herbst 2024: MV, Wahlen, Kongress

*Dr. med. Regine Rapp-Engels, Freiburg
 – Past-President –*

■ NEUE MITGLIEDER

- Ahab, Greta**, Dr. med., 65929 Frankfurt
- Gerber, Ludmila**, Dr. med., 63110 Rodgau
- Haun, Angelika**, 26133 Oldenburg
- Heintze, Andrea**, 65207 Wiesbaden
- Hensgen, Mirjam**, Dr. med., 64287 Darmstadt
- Kulik, Susanne**, Dr. med., 65191 Wiesbaden
- Nau, Teresa Gabriele**, 48149 Münster
- Nothhof, Jutta**, Dr. med., 65232 Taunusstein
- Priemer, Silia**, Dr. med., 83379 Wonneberg
- Ragibovic, Maida**, 64283 Darmstadt
- Rastamzadeh, Ayda**, 50674 Köln
- Ridder-Schaphorn, Sabine**, Dr. med., 48157 Münster
- Rudolph, Maria Isabella**, 48151 Münster
- Schelleis, Ute**, 53127 Bonn
- Schmidt, Astrid**, Dr. med., 63897 Miltenberg
- Speer, Stephanie**, Dr. med., 31226 Peine
- Sternal, Julia**, Dr. med. 24103 Kiel
- Szabo Kristina**, Prof. Dr. med., 69221 Dossenheim
- Yildiz, Özlem**, Dr. med., 30173 Hannover

■ GRATULATION



Dr. med. Ellen Lundershausen, Fachärztin für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde zu ihrer Wahl zur Präsidentin der Ärztekammer Thüringen.

Dr. med. Kirstin Böchers, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und ehemalige Vizepräsidentin des DÄB zu ihrer Auszeichnung als TOP CONSULTANT und Expertin für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen durch Bundespräsident a.D. Christian Wulff.

Anzeige

Mitgliederwerbung – jetzt auch online unter www.aerztinnenbund.de

Für ein neues Mitglied erhalten Sie Prämien im Wert von je 50 Euro

Machen Sie mit: Empfehlen Sie den Deutschen Ärztinnenbund weiter. Für jede neue Mitgliedschaft erhalten Sie als Dankeschön eine unserer attraktiven Prämien.

DÄB-Mitglieder werben neue Mitglieder

Ja, ich bin bereits Mitglied des DÄB und möchte ein neues Mitglied werben.

Nachname _____ Vorname _____ Straße _____ Nr _____ PLZ _____ Ort _____

Ihre E-Mail-Adresse _____ Gewünschtes Paket: _____

Ja, ich möchte ab (Datum) _____ DÄB-Mitglied werden:

Nachname _____ Vorname _____ Straße _____ Nr _____ PLZ _____ Ort _____

Bitte beachten Sie: Der Prämienwunsch kann nur dann zugestellt werden, wenn das zukünftige Mitglied Sie als Werberin auf dem Mitgliedschaftsantrag bestätigt. Wenn Sie ein neues Mitglied geworben haben, schicken Sie bitte Name, Adresse und E-Mail-Adresse entweder per E-Mail an gdaeb@aerztinnenbund.de oder per Post an Martina Baddack, Geschäftsstelle des DÄB, Rhinstraße 84, 12681 Berlin, Tel. 030/54708635. Wir schicken dem neuen Mitglied dann Infos und einen Mitgliedsantrag. Sobald der ausgefüllte und unterschriebene Mitgliedsantrag und der erste Mitgliedsbeitrag in der DÄB-Geschäftsstelle eingehen, ist die Prämie für Sie auf dem Weg.



Bücherpaket von Lehmanns



Weinpaket von Delinat



Wellness-Paket von L'Occitane

■ JUNGES FORUM

Seminar zur Karriereplanung

„Frauen, die nichts fordern, bekommen das, was sie fordern: Nichts.“ Nicht nur einmal fällt dieses Zitat von Simone de Beauvoir aus dem Mund von Seminarleiterin Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, der zweiten Vizepräsidentin des DÄB, bei unserem Seminarwochenende zum Thema „Karriereplanung“ in Berlin.

Gleich am ersten Tag nahm das Thema Teilzeit einen umfassenden und spannenden Teil ein. Es zeichnete sich ab, dass ein Großteil der Teilnehmerinnen in Teilzeit arbeitet oder bereits gearbeitet hat oder demnächst reduzieren will, um ein ausgewogeneres Verhältnis von Arbeit und Privatleben zu erreichen. Thematisiert wurden auch die großen Widersprüche, denen man durch Teilzeit-Tätigkeit tagtäglich ausgesetzt ist. Sei es, dass der Kollege fragt: „Und was machst du dann immer mittwochs?“ oder die nicht unerhebliche Zeit, die durch die Tätigkeit in Teilzeit an die Weiterbildungszeit angehängt wird. Gerade dieser Punkt liegt den Teilnehmerinnen am Herzen, die sich auch vom DÄB wünschen, sich für eine adäquate Reform der Weiterbildungsordnung einzusetzen. Weitere

Themen, die wir in diesem gelungenen Seminar diskutiert haben, waren unter anderem die kontroverse Debatte um das „Social Freezing“ und das „Top-Sharing“ auf Führungsebene.

Es war eine gelungene Veranstaltung, zu der der Deutsche Ärztinnenbund uns nach Berlin eingeladen hatte: Frau Prof. Dr. Kaczmarczyk teilte in lockerer Atmosphäre ihre Expertise und versprühte viel Energie unter den motivierten Teilnehmerinnen. Dr. Daniela Pfaff und Dr. Lea Seidlmayer als Vorsitzende des Jungen Forums haben das Treffen ganz wunderbar arrangiert, und auch die Berliner Jugendherberge International war ein sehr geeigneter Ort für unsere Bedürfnisse.

Zum Abschluss des Treffens hatten wir noch einmal Zeit zur Reflexion und schrieben auf, wo wir uns in zwei Jahren sehen. Diese Post an uns wird von nun an zwei Jahre im Safe des DÄB in Berlin aufbewahrt und im Frühjahr 2017 an uns versendet. Wir sind gespannt, ob wir mit unseren Voraussagen ins Schwarze getroffen haben... Dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit e.V.“ sei an dieser Stelle ganz



Foto: Privat

Auf die Leiter klettern ist nicht alles – junge Ärztinnen beim DÄB-Seminar zur Karriereplanung

herzlich für die finanzielle Unterstützung der Veranstaltung gedankt.

Mitgeteilt von Friederike Jahn, Medizinstudentin

■ FORUM 40 PLUS

Tagung in Würzburg

Im Juni 2015 fand die Tagung des Forum 40 plus in Würzburg zur Kunsttherapie statt. Die Kunsttherapeutin Barbara Schneider führte uns zunächst in die Kunsttherapie ein, die auch zur Bewältigung von Krankheiten und Krisensituationen genutzt wird. Nach einem kurzen Überblick zur geschichtlichen Entwicklung konnten wir in praktischen Übungen eigene Ressourcen und

kreatives Gestalten wieder- und auch neu entdecken. Nach Entspannungsübungen haben wir zum Beispiel unsere Vorstellung von einem Baum bildlich dargestellt. Am Nachmittag radelten wir bei schönem Sommerwetter auf dem Mainradweg und ließen das Seminar in einem traditionellen Gasthaus ausklingen. Somit blieb wieder viel Zeit zum Austausch und zum Kennenlernen.

■ REGIONALGRUPPE GIESSEN

Vortrag über sexuelle Gewalt

Dr. med. Barbara Bojack führte in ihrem Vortrag bei der Regionalgruppe unter anderem aus: Bekannt ist, dass Traumatisierung und speziell sexuelle Gewalt oder sexueller Missbrauch bei den Opfern früher oder später zu Folgeerscheinungen führen kann. Die therapeutische Erfahrung mit traumatisierten Patienten zeigt, dass häufig eine Vielzahl von Symptomen oder Krankheiten auftreten, die zum Teil unerklärlich sind und nicht zusammenpassen. Oft erinnern Patienten den Traumatisierungsvorgang auch nicht mehr, weil er abgespalten oder verdrängt wurde.

Die Reaktionen auf traumatische Erfah-

rungen können sich in einer totalen Gefühlsabstumpfung oder in einer Gefühlsüberflutung zeigen, denn die Gefühle geraten außer Kontrolle. Im Verhalten kann sich dies einerseits in Erstarrung, Lähmung, Apathie zeigen. Andererseits kann dies auch zu einem übermäßigen Aktivismus führen, der unbewusst den Gefühlen der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Angst entgegensteht. Diese Angstlähmung kann zur Entwicklungsstörung oder zum Entwicklungsstillstand führen.

In der Literatur finden wir die Angabe, dass jedes vierte Mädchen und jeder zwölfte Junge sexuell missbraucht wurden. Als Behandlung

Wir danken dem Verein „Frauen fördern Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung und freuen uns auf das nächste Seminar vom 6. bis 8. November in Mainz mit dem Titel „Wertschätzend Klartext reden im beruflichen Kontext!“, ein Training von Kommunikationstechniken, um Konflikte produktiv zu nutzen. Mitgliederversammlung und Vorstandwahl finden während des 34. Kongresses des DÄB in Düsseldorf im September statt.

Mitgeteilt von Dr. med. Ursula Windemuth

bieten sich psychotherapeutische Verfahren an. Möglich ist eine Linderung der durch die Traumatisierung verursachten Stressverarbeitungsstörung. Möglich ist auch eine Integration der Traumatisierung in die eigene Lebensgeschichte. An Bewältigung und Heilung kann also gearbeitet werden.

Wir als Ärztinnen können hier einwirken und tätig werden. Wie sich aus einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2008 ergibt, sind wir in vielen Fällen entscheidende Ansprechpartnerinnen für gewaltbetroffene Frauen und – ich füge hinzu – auch für betroffene Männer.

Mitgeteilt von Dr. med. Barbara Bojack, Vorsitzende der Regionalgruppe Gießen

REGIONALGRUPPE BRAUNSCHWEIG



Foto: Privat

Die Mitglieder des Vorstandes der Gruppe Braunschweig im DÄB gratulierten Marion Renneberg zur Wahl als Kammerpräsidentin der Bezirksstelle Braunschweig. Frau Renneberg ist Mitglied in unserer Gruppe und seit über 20 Jahren berufspolitisch in diversen

Gremien der Kammer auf Kreis-, Bezirks- und Landesebene aktiv. Die Mutter dreier Kinder und langjährig niedergelassene Hausärztin ist mit allen Problemen und Gepflogenheiten des Ärztinnenberufes vertraut. Wir freuen uns, eine so kompetente Kollegin an der Spitze der Ärztekammer Bezirksstelle Braunschweig zu wissen und wünschen ihr für ihr Amt gutes Gelingen und viel Erfolg.

Marion Renneberg (Mitte) mit dem Vorstand der DÄB-Gruppe Braunschweig, v.l.n.r.: Dr. med. Regina Grünke, Dr. med. Ingeborg Kriebel, Dr. med. Dagmar Berkling, Dr. med. Erika-B. Prediger-Behrens

REGIONALGRUPPE KÖLN-BONN-AACHEN

Unsere Regionalgruppe hat einen neuen Vorstand gewählt: 1. Vorsitzende ist Dr. med. Martina Waltz, Gynäkologin mit Praxis in Rösrath, 2. Vorsitzende ist PD Dr. med. Beate

Klimm, Hämato-Onkologin und Oberärztin im Krankenhaus Düren. Die Finanzen verwaltet Dr. med. Ursula Windemuth, Gynäkologin mit Praxis in Boppard. Wir freuen uns über das

uns entgegengebrachte Vertrauen und arbeiten am Programm für das restliche Jahr 2015. Vorschläge für das Jahr 2016 sind willkommen. *Mitgeteilt von Dr. med. Martina Waltz, Dr. med. Beate Klimm und Dr. med. Ursula Windemuth*

REGIONALGRUPPE WUPPERTAL

Resümee zur Teilnahme an den Kongressen der MWIA

Auf den Kongressen der Medical Women's International Association (MWIA) haben wir über viele Jahre hinweg viel Neues und Interessantes erfahren – vor allem auch über Themen, die bei uns in Deutschland noch nicht im Blickfeld standen.

Hier einige für uns herausragende Beispiele: 1993 in Brighton stellte die MWIA-Region Nordeuropa das Thema Gewalt in der Familie und gegen Frauen und alte Menschen in den Mittelpunkt. In den Niederlanden erhielten wir bei einem Kongress Anregungen zum Thema Frauen und Kardiologie, das uns motivierte, diese Problematik 1999 zum Thema unseres DÄB-Kongresses in Gießen zu machen. In den Folgejahren beschäftigten sich MWIA-Kon-

gresse mit Themen wie Genetik und weiblicher Beschneidung. Die afrikanischen Kolleginnen waren erstmals bereit, dieses Problem zum Thema für Ärztinnen in aller Welt zu machen und haben es auf dem MWIA-Kongress 2010 in Accra (Ghana) erneut aufgegriffen.

Bei einem internationalen MWIA-Kongress in den Niederlanden nutzten wir das Angebot, eine Abtreibungsambulanz zu besuchen. Für uns neu und überzeugend war eine Regelung, die die dort arbeitenden Ärztinnen verpflichtet, mindestens einen Arbeitstag pro Woche in einer gynäkologischen Einrichtung mit einem anderen Aufgabenfeld tätig zu sein. Kurz danach haben wir zusammen mit belgischen Kolleginnen an einer Fachtagung zum

Thema Euthanasie teilgenommen. Als man in Deutschland noch kaum von sogenannten Sterbekliniken in England gehört hatte, wurde auf einem MWIA-Weltkongress bereits ausführlich über das Hospizwesen und die aufkommende Palliativmedizin berichtet.

Bei den MWIA-Kongressen geht es also keineswegs nur um interessante und schöne Erlebnisse. Diese Kongresse bieten vielmehr ein Forum für Wissens- und Gedankenaustausch von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Einblicke in ihre medizinische Tätigkeit in anderen Kontinenten und Ländern. Wir freuen uns als Mitglieder im DÄB und damit in der MWIA, an diesem informativen, frauenorientierten Angebot zusammen mit Kolleginnen aus aller Welt teilhaben zu können.

Mitgeteilt von Dr. med. Sigrun Muthmann-Hellwig und Dr. med. Marie-Louise Fasshauer

REGIONALGRUPPE MÜNSTER

Veranstaltung zum Thema Sterbehilfe

Im Juni 2015 fand in Münster eine gemeinsame Veranstaltung der DÄB Regionalgruppe Münster und der Gruppe Münster des Deutschen Juristinnenbundes (djv) zum Thema „Sterbehilfe“ statt. Präsentiert wurden zwei Vorträge von Dr. jur. Jenny Sträter, Fachanwältin für Medizinrecht aus Soest, und von der Medizinethikerin und Leiterin der Patientenberatung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Doris Dorsel.

Sterbehilfe ist ein hochaktuelles Thema. Seit 2014 wird im Bundestag darüber diskutiert, und bald soll ein neues Gesetz zur Sterbehilfe verabschiedet werden, das Suizidvereine und damit die gewerbsmäßige, organisierte Ster-

behilfe unter Strafe stellt. Ärztlich assistierter Suizid ist strafbar, wenn dabei mit einem Ver- ein zusammengearbeitet wird.

Frau Dr. Dorsel, Mitglied der Münsteraner Gruppe, stellte angesichts der vermeintlichen Grenzenlosigkeit des Machbaren der modernen Medizin aus ethisch-ärztlicher Sicht zum Beispiel die Frage, wann ein Mensch sterben darf. Und: Sollen wir als Ärztinnen und Ärzte dem Paradigmenwechsel folgen, der Patienten durch die Hand von Ärzten sterben lässt, anstatt sie in den Tod zu begleiten? Was würde aus dem Selbstverständnis unseres Berufs, nach dem Medizin keine Ware und die Patienten keine Kunden sind? Frau Dr. Dorsel war

es wichtig zu betonen, dass eine Therapieänderung in Palliativsituationen kein Therapiebruch ist, auch wenn dies oft in den Medien so dargestellt werde.

Weiterhin wurde diskutiert, warum Patienten das Vertrauen in Ärzte verloren haben und dass sie uns zutrauen, sie leiden zu lassen, so dass der Suizid dann als der einzige Ausweg erscheint. Es wurde angeregt, für ein gutes Sterben eine ärztliche Beratung beim Aufsetzen einer Patientenverfügung zur Pflicht zu machen. Nichtmediziner/-innen sind häufig von der Thematik überfordert. Durch ein Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin können jedoch viele Ängste genommen werden, die zu einem Sterbewunsch führen können.

Mitgeteilt von Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer, Vorsitzende der DÄB Gruppe Münster

■ DR. MED. THOMAS MEISSNER

„Hören Sie nicht auf, zu arbeiten!“

DÄB-Studie zur sozialen und gesundheitlichen Situation von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand

Die soziale Situation von Ärztinnen im Ruhestand unterscheidet sich maßgeblich von der ihrer ehemaligen Kollegen: Sie leben seltener in Partnerschaft, haben seltener Kinder und Enkel und ein geringeres Nettoeinkommen als Männer. Dennoch sind Frauen mit vielen Aspekten ihrer Lebenssituation deutlich zufriedener als Männer, so die Erkenntnisse aus einer Studie, die vom Forum 60 plus des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand initiiert worden war. Teilgenommen hatten Kolleginnen und Kollegen aus Schleswig-Holstein sowie in einer separaten Stichprobe DÄB-Mitglieder aus dem gesamten Bundesgebiet.

Die Studie des DÄB ergab, dass sich nur die Hälfte der Ärztinnen auf den Ruhestand freut, nicht wenige haben sogar Angst davor. „Das Loch, in das man fallen kann, ist sehr tief“, sagt Dr. Dagmar-E. Dennin, frühere Vizepräsidentin des DÄB. „Die Männer, scheint mir, leiden noch mehr als die Frauen“, ergänzt sie. Dagmar Dennin und das Forum 60 plus wollten es genauer wissen:

Wie geht es Ärztinnen und Ärzten im Alter wirklich?

Mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Dr. Edith Grünheit des DÄB initiierte das Forum 60 plus eine Querschnittsstudie unter Leitung von Dr. Ruth Deck vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck. Deren aufschlussreiche Ergebnisse sind bislang, außer bei einer Posterpräsentation während des DÄB-Kongresses 2009 in Leipzig, noch nicht publiziert worden. Dies soll an dieser Stelle nachgeholt werden. *Zur Methodik vgl. Infobox im Anhang.*

Akademikerinnen leben oft ohne Partner

Was bei Betrachtung der Stichprobencharakteristika sofort ins Auge fällt, sind die signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern beim Familienstand sowie beim Einkommen: Etwa 85 Prozent der Männer, die den Fragebogen beantwortet hatten, sind verheiratet, aber nur knapp 60 Prozent der Frauen.

90 Prozent der Männer leben in fester Partnerschaft, doch nur jede zweite Frau. Und:

Über ein Nettoeinkommen von mehr als 3.000 Euro monatlich verfügen knapp 60 Prozent der Männer, aber nur 22 Prozent der Frauen.

Einkommens- und Qualifikationslücken kaum aufzuholen

Doch der Wiedereinstieg in den Beruf war für viele Ärztinnen dieser Generation schwer: kein Facharztabschluss, kaum Berufspraxis, wenig Erfahrung. Denn in der Adenauer-Ära Westdeutschlands sozialisierte Ärztinnen haben bevorzugt das traditionelle Familienbild gelebt: Sie blieb mit den Kindern zu Hause, er war der Versorger der Familie. Handelte es sich beim Mann um einen Arzt, so zahlte dieser ab Mitte 20 monatlich Beiträge in die Ärzteversorgung ein. Mit steigendem Einkommen wurde vielfach der Kauf von Immobilien möglich. Das dürfte durch Verpachtung und Vermietung die monatliche Rente vor allem männlicher Kollegen vielfach aufbessern.

Eine Ärztin dagegen, die nach mehreren Jahren Hausfrauenlebens den beruflichen Wiedereinstieg versucht, kann die entstandene Einkommenslücke kaum wieder aufholen, zumal bei fortbestehender Doppelbelastung in Familie und Beruf. Hinzu kommt die Qualifikationslücke, oftmals ein fehlender Facharztabschluss. Nicht wenige haben dann in der Praxis des Ehemannes mit ausgeholfen, sind Pharmareferentin geworden oder haben zum Beispiel im Gesundheitsamt gearbeitet. All das sind spezifisch westdeutsche Charakteristika. Es wäre interessant zu erfahren, wie dies



Dr. med. Thomas Meißner

Foto: Privat

in derselben Generation, in der damaligen DDR, ausgesehen hat.

Nun wäre ein im Vergleich zu Männern geringeres Einkommen ein minderschweres Problem, wenn die Partnerschaft bis ins hohe Alter gehalten hätte. Jedoch gehen viele Beziehungen in die Brüche, da machen Ärztinnen und Ärzte keine Ausnahme. Akademiker, das ist aus anderen Studien bekannt, finden sehr viel leichter eine neue Partnerin als Akademikerinnen einen neuen Partner. In der Tat lebt jede dritte der befragten Kolleginnen in Schleswig-Holstein allein – das sind hochsignifikant mehr, als es alleinstehende Männer gibt: 36,0 Prozent versus 8,6 Prozent. Die im Bevölkerungsdurchschnitt geringere Lebenserwartung von Männern, Alleinsein der Frau wegen Verwitmung also, kann diesen Unterschied kaum erklären.

Lebenszufriedenheit ist geschlechtsunabhängig hoch

Dennoch sind die befragten Ärztinnen in vielen Lebensbereichen zufriedener als Männer, und zwar teils deutlich: Das betrifft nicht nur die finanzielle Lage oder Sozialkontakte mit signifikant zufriedeneren Frauen. Auch mit dem Lebensstandard waren in der Studie Ärztinnen und Ärzte gleichauf zu etwa 95 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden. Das ist offenbar weniger berufs- als geschlechtstypisch. Frauen definieren sich offenbar weniger über ihren früheren Beruf als Männer. So besuchen Letztere signifikant häufiger auch im Ruhestand noch ärztliche Fortbildungen (etwa 40 Prozent vs. etwa 30 Prozent), suchen damit zweifellos auch

Kontakt zur alten Peergroup. Pensionierte Ärztinnen haben dagegen kein Problem, zum Beispiel ihr Englisch oder Französisch in der Volkshochschule aufzufrischen. 54 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte bezeichneten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, 15 Prozent als weniger gut oder schlecht. Insgesamt sei die Prävalenz gesundheitlicher Beschwerden „erfreulich gering“, so die Studienautorin.

Frauen haben eher Angst vorm Ruhestand

Dass sich nur etwa die Hälfte der Männer und Frauen tatsächlich auf den Ruhestand freut, überrascht kaum. Mit Mitte 60 fühlen sich viele noch fit und motiviert genug, um ein paar Tage pro Woche oder auch mehr zu arbeiten. Bedenklich ist allerdings die Tatsache, dass jede fünfte Ärztin ausdrücklich „Angst“ vor dem Ruhestand beschreibt, bei den Männern sind das etwas weniger. In gewisser Weise passt dies zu den oben beschriebenen sozioökonomischen Befunden. Hinzu kommt, dass sich ein über Jahrzehnte vielfach fremdbestimmtes Leben mit durchgeplanten Praxis- oder Dienstzeiten bei Eintritt in den Ruhestand schlagartig ändert. Dagmar Dennin: „Man ist es nicht gewöhnt, sich um sich selbst zu kümmern. Mit einem Mal muss man das Leben neu und selbstständig durchstrukturieren.“ Auch der soziale Status als Ärztin oder Arzt im Alltag fällt weg: Man ist eben nicht mehr Ansprechpartnerin und Ratgeberin seiner Patienten, ist nicht mehr die Instanz, die sich um das Wohl und Wehe von monatlich Hunderten Menschen kümmert.

Soziale Situation der Seniorinnen im DÄB

Um den Einfluss des DÄB auf Aspekte des Ruhestands zu untersuchen, waren in der Studie Ärztinnen aus dem DÄB mit Kolleginnen ohne DÄB-Mitgliedschaft verglichen worden. Dabei unterschieden sich Ärztinnen im DÄB in allen Familien- und Lebenssituationen signifikant: Sie leben noch häufiger

allein als Nicht-Mitglieder (54,9 Prozent versus 36,8 Prozent) und haben seltener familiären Rückhalt. Zugleich sind DÄB-Mitglieder häufiger selbstständig tätig gewesen (50,9 Prozent versus 38,4 Prozent) und verfügen häufiger über ein Nettoeinkommen über 3.000 Euro monatlich (32,3 Prozent versus 22,4 Prozent).



Unter dem Motto „Neues braucht Erfahrung“ treffen sich zweimal im Jahr Kolleginnen aller Fachrichtungen ab einem Alter von 60 Jahren beim Forum 60 plus im DÄB. Einige Kolleginnen sind noch berufstätig, die Mehrzahl bereits im Ruhestand

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Studie zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand vor allem gravierende Unterschiede zwischen Männern und Frauen offenbart.

Unterschiede, die zweifellos einem traditionellen Rollenbewusstsein und Familienverständnis geschuldet sind. Wenn Dagmar Dennin jungen Kolleginnen einen Rat geben würde, dann den: „Hören Sie nicht auf, zu arbeiten!“ Einen Großteil der Lebenszeit seinen Kindern zu widmen und dem Ehemann ein schönes Zuhause zu bieten, das werde später in „keiner Weise“ honoriert.

Angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen mit inzwischen etwa 60 Prozent Frauenanteil bei den Absolventinnen muss man fragen, inwiefern sich diese Situation künftig ändern wird. Eine Wiederholung der Studie im Jahre 2017/18 wird im Forum 60 plus bereits diskutiert.

Methodik der Querschnittsstudie:

Mithilfe der Landesärztekammer Schleswig-Holstein waren 666 Ärztinnen und Ärzte mit einem Mindestalter von 68 Jahren identifiziert und in den Jahren 2007 bis 2008 per

Fragebogen pseudonymisiert zu ihrer Lebenssituation befragt worden.

Insgesamt hatten sich 450 Ärztinnen und Ärzte aus Schleswig-Holstein mit einem Geburtsdatum vor und bis 1940 beteiligt, etwa zur Hälfte jeweils Frauen und Männer. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lag bei 73 Jahren. Zusätzlich waren Ärztinnen des DÄB aus dem gesamten Bundesgebiet mit entsprechender Altersstruktur befragt worden; daraus ergaben sich weitere 118 auswertbare Datensätze zur gesundheitlichen Situation und Lebensqualität, zum allgemeinen Wohlbefinden und zu körperlichen Aktivitäten ebenso wie zu Hobbys und Sozialkontakten.

Es handelte sich dabei um mehrere validierte Einzelinstrumente und Skalen wie zum Beispiel den Fragebogen SF-36 (Short-Form-36-Questionnaire) zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder den Fragebogen FFB-Motzur Erfassung des motorischen Funktionsstatus.

Die Studie wurde durch das Forum 60 plus des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. mit Unterstützung der Stiftung Dr. Edith Grünheit des DÄB initiiert; Leitung: Dr. Ruth Deck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Sozialmedizin

Dr. med. Thomas Meißner ist Medizinjournalist mit Redaktionsbüro in Erfurt. Nach medizinischem Staatsexamen und Promotion in Jena hat er einige Jahre als Assistenzarzt in Großbritannien und Deutschland gearbeitet, bevor er von 1999 bis 2000 eine Ausbildung zum Journalisten bei der „Ärzte Zeitung“ (Springer Medizin Verlag) absolvierte. Seit 2001 ist er freiberuflich für medizinische Fachverlage und Publikumsmedien tätig. Info & Kontakt: www.redaktionsbuero-meissner.de

■ STEUERBERATUNG

Bei Fragen der Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. an unseren Steuerberater Herrn Peter Pfeil wenden Sie sich bitte direkt an Herrn Pfeil, Berliner Straße 103 in 13507 Berlin, Tel.: 030 434 60 91.

Bevorzugte Sprechstunde:

10.08.2015: 12.00 bis 14.00 Uhr; 14.09.2015: 12.00 bis 14.00 Uhr; 12.10.2015: 12.00 bis 14.00 Uhr, 16.11.2015: 12.00 bis 14.00 Uhr

■ PRESSEBERICHT OBERBERG-AKTUELL

Am 13. Mai 2015 veröffentlichte Jessica Schöler in Oberberg-aktuell, einer Zeitung aus dem Oberbergischen Kreis, einen ausführlichen Bericht über unser DÄB-Mitglied Cornelia Lindlohr. Wir drucken den Artikel im Folgenden auszugsweise nach.

Erdbeben: Gummersbacher Ärztin half in Nepal

Gummersbach – Nach dem schweren Erdbeben in der Himalaya-Region brach eine Assistenzärztin des Kreiskrankenhauses zu einem Hilfeinsatz in Nepal auf. Mit einem Team der Johanniter behandelte Cornelia Lindlohr täglich zwischen 40 und 70 Menschen.

Am 25. April erschütterte ein Erdbeben der Stärke 7,8 die Himalaya-Region. Nepal wurde besonders schwer von der Naturkatastrophe getroffen. Das Epizentrum des Bebens lag rund 80 Kilometer nordwestlich der Hauptstadt Kathmandu. Unmittelbar nach dem Erdbeben geht eine Alarmierungs-SMS auf Cornelia Lindlohrs Mobiltelefon ein und informiert sie über die Geschehnisse. Wenige Tage später ist die Assistenzärztin auf einem Chirurgenkongress, um ihre Doktorarbeit vorzustellen. Während der Veranstaltung erhält sie eine weitere Textnachricht. Die Johanniter bitten die registrierte Helferin, die in Kursen für Hilfeinsätze ausgebildet wurde, um Unterstützung. Man fragt an, ob sie zum zehntägigen medizinischen Hilfeinsatz nach Nepal reisen könne.

mit meinem Chef, ob ich freinehmen kann, stand außer Frage, dass ich fahre", erklärt die Assistenzärztin der Allgemeinchirurgie. Die Chefetage des Kreiskrankenhauses Gummersbach entscheidet, dass Lindlohr für ihren ehrenamtlichen Einsatz Sonderurlaub erhält. „Ich wäre aber auch gegangen, wenn ich meine üblichen Urlaubstage hätte nehmen müssen“, berichtet die junge Ärztin, die bereits Erfahrung mit Hilfeinsätzen hat. (...) Am Einsatzort wird auf 1.300 Metern Höhe ein Basislager errichtet. Zwei Ärzte, vier Rettungssanitäter, ein Medienexperte, ein IT-Spezialist für Kommunikation und ein Logistiker für die Fracht postieren sich mit ihren Zelten neben einem kleinen buddhistischen Kloster. Von dort aus brechen sie jeden Tag zu Fuß oder per Jeep in die umliegenden Siedlungen auf, überwinden dabei bis zu 800 Höhenmeter. Sie tragen Rucksäcke mit medizinischer Grundausstattung, wandern mehrere Kilometer, um die Dörfer zu erreichen. Man versorgt und näht Wunden, richtet und bandagiert Brüche, gibt Antibiotika und Schmerzmittel. Allein am ersten Tag werden 70 Patienten



Cornelia Lindlohr



Cornelia Lindlohr reiste in die nepalesische Provinz Sindhupalchowk, um die Bevölkerung medizinisch zu behandeln

behandelt. „Es kam öfters vor, dass Wunden bereits genäht waren, sich aber entzündet hatten. Viele Menschen hatten über 40 Grad Fieber“, berichtet die Ärztin. (...) Zurück in Deutschland zieht sie ein Fazit: „In Nepal geht es in erster Linie ums Überleben. Hier geht es bei der Behandlung vor allem darum, dass die Patienten besser leben können.“ (...)

Lesen Sie den vollständigen Artikel auf www.aerztinnenbund.de (Presse - Medienecho)

■ IMPRESSUM



ÄRZTIN
Offizielles Organ
des Deutschen Ärztinnenbundes
ISSN 0341-2458

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

Redaktion und V.i.S.d.P.:
Gundel Köbke
Pressereferentin des Deutschen
Ärztinnenbundes
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

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

Grafikdesign:
Webdesign Schwarte, Reinhard Schwarte
Eschstr. 6, 48282 Emsdetten, Tel.: 0160/94948807
E-Mail: info@webdesign-schwarte.de

Druck:
Lammert Druck, Rudolf Lammert GmbH
Bevergerner Str. 51, 48477 Hörstel-Riesenbeck

Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr
Heftpreis 5 Euro.
Bestellungen werden von der
Geschäftsstelle entgegengenommen.
Für Mitglieder des DÄB ist der Bezugspreis durch
den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Redaktionsschluss d. Ausg. November 03/15:
20. September 2015

Titelfoto: Fotolia.com-Photographieeu,
Seite 6: Fotolia.com-muchmania,
Seite 8: Fotolia.com-Andrey Kuzmin,
Seite 14: Ulrike Damann,
Seite 19: Johanniter/ Paul Hahn, Privatfotos

Haftungsbeschränkung
Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für
den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den
veröffentlichten Beiträgen. Für unverlangt einge-
sandte 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.

Foto: Johanniter/ Paul Hahn

Foto: Johanniter/ Paul Hahn

Die **Präsidentin Dr. Kyung Ah Park**, Korea, berichtet im MWIA-Update vom Juni 2015 zunächst von Aktivitäten des Weltärztinnenbundes nach dem katastrophalen Erdbeben in Nepal im April 2015, bei dem sie durch die Vizepräsidentinnen Dres. Viteri, Lateinamerika und Yamamoto, Westlicher Pazifik, unterstützt wurde. Ihr Dank geht auch an die MWIA-Mitgliedsländer Ecuador, Peru, Japan, Taiwan und Korea für deren großzügige Spenden.

Die Präsidentin fährt in ihrem Bericht fort: Ende Mai 2015 brach der MERS-CoV Virus in Korea aus. Koreanische Ärztinnen wie Drs. Myung Ock Ahn, Sook Hee Kim und Bong Ok Kim standen hier an vorderster Front, um die weitere Verbreitung von MERS zu stoppen. Mittlerweile scheint die Situation wieder unter Kontrolle zu sein.

Die Generalsekretärin Dr. Shelley Ross, Kanada war im April bei der Western Pacific Regionalversammlung in den USA. Im Mai besuchte sie den Ärztinnenbund des Vereinigten Königreiches. Mit den Dres. Clarissa Fabre, MWIA-Abgeordnete, WHO und Shafika Nasser, Vizepräsidentin des Nahen Ostens und Afrika, nahm sie an der Versammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) teil. Dies hat die MWIA bei ihren Aktivitäten zu geschlechtsbezogener Gewalt, weiblicher Genitalverstümmelung, Jugendgesundheit, dem gleichberechtigten Zugang zu Chirurgie, sowie den Checklisten zur sicheren Entbindung und Versorgung von Neugeborenen bestärkt. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>

Dr. med. Gabrielle Casper leitete vom australischen Rotary Club gesponserte Ultraschallgeräte nach Afghanistan weiter.

Ross erinnert an das **Finanzjahr beim Weltärztinnenbund**, es geht vom 1. Juli bis zum 30. Juni des Folgejahres. Die Wahlen beim Wiener MWIA-Kongress 2016 sind abhängig von der Zahl der Mitglieder in der jeweiligen nationalen Organisation. Schatzmeisterin Dr. Gail Beck, Kanada, versendet über das Sekretariat die Beitragsgebühren für 2015 und 2016. www.mwia.net; secretariat@mwia.net

Der **niederländische Ärztinnenbund** verlieh erstmals den Professor Els-Borst-Preis – <http://www.vnva.nl/els-borst> . Professor Dr. Els Borst-Eilers (1932-2014) war eine herausragende Ärztin und unter anderem Ehrenmitglied der Ärztekammer sowie Gesundheitsministerin der Niederlande. Sie unterstützte die Cochrane Collaboration und engagierte sich für Krebspatienten. Die frühere niederländische Gesundheitsministerin wurde 2014 unter ungeklärten Umständen tot aufgefunden. Im März 2015 überreichte die Tochter von Els Borsts, die ebenfalls Ärztin ist, einen Preis im Rahmen eines Filmfestivals von Amnesty International an Vertreterinnen der „Women on Waves“, einer Initiative, die sich für straffreie Schwangerschaftsabbrüche und den Zugang zu Verhütungsmitteln einsetzt. „Women on Waves“ hat im Juni 2015 Drohnen mit Verhütungsmitteln von Deutschland nach Polen geschickt, um gegen das Abtreibungsverbot in Polen zu protestieren. Nach dem Start der Drohnen in Frankfurt (Oder) hat die deutsche Polizei eingegriffen und die Technik beschlagnahmt. Dennoch sind die Drohnen sicher auf der polnischen Seite in Slubice gelandet. Zwei Polinnen haben die Medikamente an sich nehmen können.

Tagungen und Kongresse 2015

18. bis 20. September, Düsseldorf, Deutschland: 34. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes www.aerztinnenbund.de



25. bis 27. September, Toronto, Kanada: Nordamerika Regional- plus MWIA-Beirats- und Vorstandssitzung Kanada www.fmwca.ca

7. November, London, UK: Konferenz des englischen Ärztinnenbunds www.medicalwomensfederation.org.uk



Medical Women's Federation
Working for Women Doctors and Their Patients

14. November, Brüssel, Belgien: 5. Südeuropäisches Regionaltreffen. Der Unterschied des Gehirns zwischen Frauen und Männern bei Straftaten VP_southerneurope@mwia.net

6. bis 7. Dezember, Kalkutta, Indien: Zentralasien-Regionaltreffen www.centralasia2015.com

Auszeichnungen

Dr. Jane Underson vom englischen Ärztinnenbund erhielt eine CBE-Auszeichnung von der Ehrenliste.

Dr. Shaila Misri vom Ärztinnenbund Kanada erhielt die Ehrenmitgliedschaft der Kanadischen Ärztekammer.

Dr. Mini Murthy vom amerikanischen Ärztinnenbund wurde in der UN in den Vorstand von CSW NGO gewählt. Sie erhielt den „Millennium Milestone Maker“-Preis für globale Interaktionen und nahm den Preis des Sias International University Campus in der Henan-Provinz, China entgegen.

Dr. Dorothy Shaw vom Ärztinnenbund Kanada wurde mit Silbermedaille „Doctors of BC“ für ihren Einsatz geehrt.

Dr. Linda Warren vom Ärztinnenbund Kanada erhielt den Dr.-Don-Rix Preis für „Physician Leadership“ durch die „Doctors of BC“.

Dr. Carole Williams, Vizepräsidentin des nordamerikanischen Ärztinnenbundes, wurde mit der Dr. David Goldmedaille für herausragende medizinische Leistungen durch die „Doctors of BC“ geehrt.

Dr. Rinko Yamazaki, Ehrenmitglied des MWIA, verstarb im Mai nach langer Krankheit im Alter von 96 Jahren. Die Beerdigung im Juli wird durch die Stadt Tokyo erfolgen, der sie ihr ganzes Vermögen vermachte.

Die „HPV Vaccine Global Community of Practice“ (<http://hvp-vaccines.net/>) fordert dazu auf, die Initiative zur HPV-Impfung zu unterstützen und sich registrieren zu lassen.

Mitgeteilt von Dr. med. Gudrun Günther, National Coordinator DÄB