

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Ärztinnen- und Ärztemangel:
Fakt oder Fiktion?



Inhalt

- 03 Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 04 Gastbeitrag**
Dr. med. Susanne Johna
 Die neue Brückenteilzeit: Arbeitszeit, die zum Leben passt
- 05 Schwerpunkt: Ärztinnen- und Ärztemangel – Fakt oder Fiktion**
- Im Interview: Dr. rer. pol. Christine Arentz**
 Der Ärztinnen- und Ärztemangel im Faktencheck
- 07 Im Interview: Prof. Dr. med. Erika Baum**
 Hausärztinnen und Hausärzte für ländliche Regionen gesucht!
- 09 Im Interview: Constanze Czimmeck**
 Aber bloß nicht aufs Land! Lockrufe zwecklos?
- 11 Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns**
 Chirurginnen auf dem Vormarsch?
- 13 Gut zu wissen – Aktuelle Notizen zur Gendermedizin**
- 14 Christine Hidas**
 Medizinische Sozialisation
- 15 Erfolgreicher Auftakt der Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“**
- 16 Prof. Dr. jur. Maria Wersig**
 Demokratie braucht Parität
- 17 Aus dem Verband**
 Das Junge Forum im DÄB stellt sich vor
- 18 Berichte aus den Regionalgruppen**
 Das MentorinnenNetzwerk sucht neue Mentorinnen
- 20 Neue Mitglieder**
 Wir gratulieren
 Engagement ist ansteckend
- 21 Einladung zur Mitgliederversammlung**
- 22 Dr. med. dent. Lore Gewehr**
 Antragstellung bei der Mitgliederversammlung
- 23 Eleanor Ann Nwadinobi**
 Klubs gegen die Mauer des Schweigens
- Dr. med. Gudrun Günther**
 MWIA-Newsletter Dezember 2018 und März 2019

ärztin

Offizielles Organ
 des Deutschen Ärztinnenbundes
 ISSN 0341-2458

Herausgegeben vom

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

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

Gundel Köbke
 Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes
 E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
 Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
 Dr. med. Heike Raestrup
 Dr. med. Barbara Schmeiser

Geschäftsstelle des DÄB

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

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

Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin
 Mommsenstraße 70, 10629 Berlin,
 Tel.: 030 883 94 95
 E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:

DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
 Wilhelm-Kabus-Straße 21-35, 10829 Berlin



Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr.
 Heftpreis 5 Euro.
 Bestellungen werden von der Geschäftsstelle entgegengenommen.
 Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
 Redaktionsschluss der Ausgabe 02/19:
 28. Juni 2019

Fotos:

Titelseite: 123rf_Katarzyna Bialasiewicz
 Seite 4: 123rf_sudowoodo, Peter Hermes Furian
 Seite 5, 6: 123rf_avs1
 Seite 12: 123rf_Alexander Korzh
 Seite 13: 123rf_sylverarts
 Seite 24: 123rf_iconisa

Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffentlichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernehmen wir keine Haftung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors oder der jeweiligen Autorin und nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. Wir behalten uns das Recht vor, Beiträge und auch Anzeigen nicht zu veröffentlichen.

“

Liebe Kolleginnen,

der Ärztemangel ist immer wieder in aller Munde und bedarf einer differenzierten Betrachtung. Oft wird dieser Mangel – nahezu schon reflexartig – der steigenden Anzahl von Ärztinnen angelastet. Ja, sie sind auf dem Weg, die Mehrheit in der Ärzteschaft zu werden. Aber nein, das ist zumindest nicht der alleinige Grund, denn die jüngere Generation – männlich wie weiblich – legt insgesamt mehr Wert auf bessere Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf. In der ambulanten Versorgung erreichen die Ärztinnen bald 51 Prozent. Die Hoffnung, dass sich die Verschiebung von Mehrheiten auch in den Chefetagen der Krankenhäuser und Gesundheitsinstitutionen bemerkbar machen wird, muss aktuell noch mit Geduld verbunden werden.

In dem Schwerpunkt dieser **ärztin** haben wir den Fokus auf den Ärztinnenmangel gelegt, den die vielzitierte „weibliche“ Zukunft der Medizin logischerweise mit sich bringt. Als erste Frage in diesem Zusammenhang wollten wir wissen, ob der Mangel an Ärztinnen und Ärzten nur gefühlt oder real vorhanden ist. Wir haben beim Wissenschaftlichen Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) angefragt. Es attestierte uns bei einem Vergleich der Ärztedichte in ausgewählten OECD-Ländern keinen Mangel, sondern ein Verteilungsproblem in Deutschland.

Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang Hausärztinnen und Hausärzte: Sie werden in der Tat dringend gebraucht. Insbesondere im ländlichen Raum könnte es wegen des mangelnden Nachwuchses zu einer dramatischen Unterversorgung kommen. Eine Lösung ist nicht in Sicht, solange es keine Strukturveränderungen gibt und die Arbeit und damit auch die Arbeitszeit in den Praxen – wie gerade durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – entwertet und infrage gestellt wird. Bis dahin wird sich der Nachwuchs auch nicht mit Geld und guten Worten aufs Land locken lassen. Auch wenn es inzwischen 7.983 Chirurginnen in Deutschland gibt, beklagt der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) einen eklatanten Nachwuchsmangel und betreibt seit 2008 die bundesweite Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob – ChirurgIn“, die seitdem knapp über 11.000 Medizinstudierende erreichte und 8.000 Follower auf der Nur-Mut-Seite auf Facebook verzeichnet. Das Fach wird aber meiner Ansicht nach keinen ausreichenden weiblichen Nachwuchs finden, solange



Foto © J. Rolles

noch von dem einen oder anderen männlichen Chef die Meinung vertreten wird, dass Chirurgie für Ärztinnen nur als Alternative zur Familie zu sehen ist. So lange solche und ähnlich schädliche Aussagen verbreitet werden, haben vernünftige Chefärztinnen und Chefärzte in der Chirurgie einen schweren Stand und das Fach ein Nachwuchsproblem.

In dieser **ärztin** 01/19 können Sie weiterhin etwas über die medizinische Sozialisation einer Kollegin lesen, die sich kritisch mit der zunehmenden Ökonomisierung in Praxen und Kliniken auseinandersetzt – einem Thema, das glücklicherweise inzwischen sowohl in den Ärztekammern als auch in der Politik diskutiert wird. Die Erinnerung an 100 Jahre Frauenwahlrecht wirkt fort und stößt weitere Aktivitäten an. So lesen Sie einen Bericht über den erfolgreichen Auftakt der Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“, die in einer Resolution der sehr gut besuchten Veranstaltung in der Bremer Landesvertretung Berlin formulierte: „Das Gesundheitswesen braucht Spitzenfrauen und ein Paritätsgesetz nach europäischem Vorbild.“ An den Bericht schließt sich nahtlos eine Betrachtung des mit dem DÄB vernetzten Deutschen Juristinnen Bundes (djb) an, der Parität als ein demokratisches Instrument zur Durchsetzung der Gleichberechtigung wertet.

Im Verbandsteil dieser **ärztin** möchte ich Sie insbesondere auf die Vorstellung des neuen Vorstandes des Jungen Forums (JF) im DÄB hinweisen. Die Aktivitäten des JF wollen wir zukünftig zeitlich und örtlich mit den Beiratssitzungen koppeln, um den innerverbandlichen Kontakt zu intensivieren. Beachten Sie bitte auch die Einladung zur Mitgliederversammlung (MV) im Herbst in Erfurt sowie die Darstellung der Feinheiten rund um alle möglichen Antragstellungen bei der Mitgliederversammlung (MV). Zur MV und zum 36. Kongress des DÄB können Sie sich auf unserer Homepage online anmelden.

Mit kollegialen Grüßen

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



Foto: © Andrea Friedrich

Die neue Brückenteilzeit: Arbeitszeit, die zum Leben passt

DR. MED. SUSANNE JOHNA

Es gibt viele Gründe, vorübergehend teilzeitig tätig zu sein. Natürlich sind dies Zeiten der Familiengründung mit Kinderbetreuung oder auch Pflege von Angehörigen. Aber es gibt auch noch eine ganze Reihe anderer Gründe. Lebensentwürfe sind vielfältig, und insofern ist es gut, dass für einen Anspruch auf Brückenteilzeit dem Arbeitgebenden kein Grund benannt werden muss. Aus Umfragen wie dem Marburger Bund-Monitor wissen wir, dass mittlerweile etwa 24 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichem Ausmaß in verkürzter Arbeitszeit tätig sind. Wenn dies aber nur vorübergehend gewünscht ist, steht jetzt jedem Arbeitnehmer das Recht zu, wieder beim gleichen Arbeitgeber vollzeitig tätig zu werden. Geregelt ist dies in § 9a des Teilzeitbestedungsgesetzes (TZG). Das hört sich alles sehr gut an – aber wie so oft steckt der Teufel im Detail:

Wer hat Anspruch auf Brückenteilzeit und wer nicht? Grundvoraussetzung ist, dass die Arbeitnehmenden länger als sechs Monate im Unternehmen beschäftigt sind. Brückenteilzeit muss für mindestens ein Jahr genommen werden und darf maximal fünf Jahre andauern. Die nächste Hürde ist die vorgeschriebene Größe des Unternehmens:

Kleine Arbeitgebende wie zum Beispiel Praxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit weniger als 45 Mitarbeitenden sind vom sachgrundlosen Recht auf Brückenteilzeit ausgenommen. Es besteht nur wie bisher ein Anspruch auf unbefristete Teilzeit ohne Rückkehrrecht in Vollzeit unter der Vor-

aussetzung, dass mehr als 15 Mitarbeitende beschäftigt werden.

Arbeitgebende mittlerer Größe mit 46 bis 200 Mitarbeitenden: Hier können Arbeitgebende Einschränkungen vornehmen, wenn bereits mehr als jeder 15. Mitarbeitende von seinem Recht auf Brückenteilzeit Gebrauch gemacht hat.

Unternehmen mit mehr als 200 Arbeitnehmenden: Hier haben alle ein Recht auf Brückenteilzeit.

Soweit zu den Fakten – obschon sich das Recht auf Brückenteilzeit auf das Unternehmen bezieht, in dem die anspruchsberechtigte Ärztin oder der Arzt arbeitet, ist es sicher sinnvoll, auch das Team über die geplante Brückenteilzeit zu informieren. Der gewünschte Beginn der Brückenteilzeit sowie der Umfang, die gewünschte Verteilung der Wochenarbeitszeit und das Ende der Brückenteilzeit müssen ebenfalls vorab mitgeteilt werden.



Muster für einen Antrag auf zeitlich begrenzte Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit finden Sie im Internet unter „Antrag auf Brückenteilzeit: Musterschreiben“ oder „So beantragen Sie Brückenteilzeit“. Sollten die Arbeitgebenden dem so gestellten Antrag nicht entsprechen wollen, müssen sie dies

spätestens einen Monat vor Beginn der beantragten Brückenteilzeit formgerecht tun, sonst gilt der Antrag als genehmigt. Bei Ablehnung eines Antrags sollte sich jede Ärztin, jeder Arzt juristisch beraten lassen.

Auch für Ärztinnen und Ärzte, die bereits vor dem 01.01.2019 teilzeitig beschäftigt sind, verbessert sich die Möglichkeit, in eine Vollzeitstätigkeit zurückzukehren. Der Arbeitgeber muss mit der Änderung des Gesetzes nun darlegen, dass kein Bedarf besteht oder andere Bewerber*innen besser geeignet sind.

Fazit: Insgesamt sind die Auswirkungen für die Ärzteschaft sicher geringer als für andere Arbeitnehmende. Die sogenannte Teilzeitfalle – also die fehlende Möglichkeit, nach einer Reduktion der Arbeitszeit wieder vollzeitig tätig zu werden – spielt für uns schon allein aufgrund des hohen Bedarfs an ärztlichen Mitarbeitenden keine große Rolle. Dennoch gibt die Brückenteilzeit Sicherheit, auch tatsächlich bei den bisherigen Arbeitgebenden nach einem definierten Zeitraum wieder vollzeitig tätig werden zu können. Zusätzliche Informationen zum Weiterlesen finden Sie unter: <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Brueckenteilzeit/brueckenteilzeit.html> ◀

Dr. med. Susanne Johna ist Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer, im Präsidium der Landesärztekammer Hessen und im Bundesvorstand des Marburger Bundes.

E-Mail: mb@johna.eu



IM INTERVIEW

Gefühlt oder real vorhanden? Der Ärztinnen- und Ärztemangel im Faktencheck

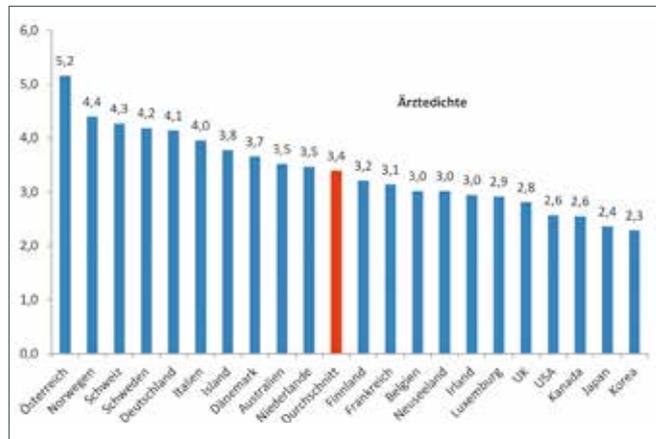
Foto: Privat

DR. RER. POL. CHRISTINE ARENTZ

Haben wir in Deutschland einen Ärztemangel, gibt es zu viele Ärztinnen und Ärzte oder zu wenige? Dieser Frage gehen wir im Schwerpunkt der Ärztin 01/19 nach. Es heißt, dass es für einen generellen Mangel keine Belege gibt, für eine mehrfache Fehlverteilung hingegen schon. Im internationalen Vergleich besitzt Deutschland eine hohe Ärztedichte – sowohl bei Allgemeinärztinnen und -ärzten als auch bei Fachärztinnen und Fachärzten. Wir fragten Dr. rer. pol. Christine Arentz vom Wissenschaftlichen Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP), wie sich dies erklärt und ob von einem Mangel zu Unrecht gesprochen wird.

Bei den OECD-Zahlen zur Ärztedichte handelt es sich um eine reine Kopfzählung. Wir wissen nicht, in welchem zeitlichen Umfang diese Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen oder ob – wie in anderen Ländern üblich – andere Berufsgruppen ärztliche Tätigkeiten übernehmen und damit die Versorgung sichern. Insofern kann man von der alleinigen Betrachtung der Ärztedichte nicht auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen schließen.

das Versorgungsangebot, während der Versorgungsbedarf in einer älteren Gesellschaft tendenziell zunehmen wird.



Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP – DISKUSSIONSPAPIER 2 /2017, WIP Wissenschaftliches Institut der PKV

Ärztin: Die Ärztedichte sinkt in ausgewählten OECD-Ländern. Woran liegt das?

Dies ist auf die Anzahl der Allgemeinmediziner*innen bezogen, die tatsächlich in vielen Ländern gesunken ist. Das hat seine Ursachen unter anderem in einer spezialisierteren Ausbildung, die die Ärztinnen und Ärzte in Kliniken machen und darauf aufbauend dann eher den Facharzt oder die Fachärztin anstreben statt einer Karriere als Allgemeinmediziner*in.

Präferenz liegt bei kooperativen Modellen

Ärztin: Ihre Analysen zeigen, dass sich Ärztinnen und Ärzte lieber in Regionen niederlassen, die mit guten Job-, Bildungs-, Kultur- und Betreuungsangeboten und einer guten Verkehrsinfrastruktur aufwarten können. Wie können dann gerade jüngere Ärztinnen, die Wert auf die Work-Life-Balance legen, für eine Tätigkeit auf dem Land gewonnen werden?

Das Versorgungsangebot sinkt weiter

Es gibt jedoch Faktoren, die einen Ärztemangel insbesondere in ländlichen Regionen erwarten lassen: In den nächsten Jahren werden viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen. Die jüngeren Ärztegenerationen legen Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance. So steigt auch der Anteil derer, die wenigstens vorübergehend in Teilzeit arbeiten möchten. Insgesamt sinkt also bei gleicher Anzahl von Ärztinnen und Ärzten

Sieht man sich die Präferenzen der jüngeren Generationen an, wird dieses Problem am ehesten über kooperative Arbeitsmodelle auf dem Land abgemildert werden können. In Arzthäusern/MVZ können Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis und auch in Teilzeit arbeiten. Die Verantwortung wird geteilt und man kann sich im Team austauschen. Die Ärztin oder der Arzt kann auf dem Land arbeiten, muss aber nicht dort leben. Zusätzlich müsste in eine bessere Mobilität insbesondere der

älteren Patientinnen und Patienten investiert werden, indem der öffentliche Nahverkehr ausgebaut wird. Dann sind diese in der Lage, in andere Kommunen auszuweichen, wenn in ihrer Kommune trotz aller Bemühungen keine ausreichende Ärzteversorgung mehr vorhanden ist.

ärztin: Sie haben die sich wandelnden Rollenbilder und die Vorstellungen von Work-Life-Balance mit einbezogen. Welche Folgen hat diese Entwicklung für die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland?

Ärztinnen und Ärzte wollen nicht mehr rund um die Uhr arbeiten

Heute sind Ärzte und Ärztinnen mit Partnerinnen oder Partnern verheiratet, die selbst auch den Anspruch haben, sich beruflich weiterzuentwickeln. Somit wird die Erwerbs- und Familienzeit zunehmend gleichmäßiger zwischen den Partnern aufgeteilt. Das führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte, wie oben beschrieben, vermehrt in Teilzeit arbeiten oder wenn sie in Vollzeit arbeiten, dann nicht mehr rund um die Uhr. Das bedeutet wiederum: Für das gleiche Versorgungsvolumen werden mehr Ärztinnen und Ärzte gebraucht.

ZEIT ONLINE

Ärztlemangel: Notruf nach dem Landarzt

ärztin: Die Analyse zeigt, dass bei der Niederlassungsentcheidung von Ärztinnen und Ärzten viele Faktoren eine Rolle spielen. Welche Faktoren sind das konkret?

In erster Linie die schon genannte Vereinbarkeit von Beruf und Familie beziehungsweise Freizeit. Hinzu kommt, dass Partnerinnen und Partner häufig selbst eine Karriere anstreben, sodass sie sich eher dort niederlassen, wo beide eine interessante Stelle finden. Das ist eher in wirtschaftlich prosperierenden Ballungsräumen der Fall.

Dann spielt auch der Ort der Ausbildung eine Rolle, da Ärztinnen und Ärzte oft dort bleiben möchten, wo sie studiert haben. Auch das sind eher städtische Gegenden. Studien haben gezeigt, dass auch die Biografie einen Einfluss hat: Wenn sie auf dem Land aufgewachsen sind, lassen sie sich eher als „Stadtkinder“ auf dem Land nieder.

Ob finanzielle Erwägungen eine große Rolle spielen, ist umstritten. Schon heute verdient man nicht nur in Deutschland als Ärztin oder Arzt auf dem Land mehr als in der Stadt, wo die Konkurrenz größer ist. Trotzdem zieht es weniger Ärztinnen und Ärzte aufs Land. Die Ungleichverteilung zwischen urbanen und ländlichen Gebieten ist in allen betrachteten Ländern zu sehen, unabhängig von der Organisation des Gesundheitssystems.

ärztin: Insbesondere in den neuen Bundesländern fehlen Ärztinnen und Ärzte in den Städten und auf dem Land. Auch auf internationaler Ebene hat sich gezeigt, dass eine unattraktive Infrastruktur nur schwer durch finanzielle Anreize aufzuheben ist.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVERSICHERUNG

Umfrage: Trend zur Anstellung verschärft Ärztemangel

Das stimmt, dieses Problem zeigt sich in allen betrachteten OECD-Ländern. Ärztinnen und Ärzte sind eine gefragte Berufsgruppe und können sich daher aussuchen, wo sie leben und arbeiten wollen. Und ein Leben in einer prosperierenden Gegend ist attraktiver als in Regionen, die von Abwanderung junger Menschen und der damit einhergehenden schleichenden Reduzierung der Infrastruktur betroffen sind. Man möchte Arbeitsplatz, Kindergarten und Schule in der Nähe haben. Aber auch als Single sind Städte mit ihren großen Freizeitangeboten einfach attraktiver. Die Frage der Verteilung ist damit längst nicht mehr die alleinige Frage der Gesundheitspolitik. Vielmehr müsste wie bereits erwähnt eine stärkere Verzahnung mit der Infrastrukturpolitik erfolgen.

ärztin: Eine Studie und der Ärzteatlas der AOK verneinen einen Mangel im Großen und Ganzen. Was ist nun richtig?

Es herrscht ein Verteilungsproblem

Legt man die Kriterien der Bedarfsplanung zugrunde, herrscht insgesamt in Deutschland tatsächlich kein Mangel. Die Bedarfsplanung war und ist jedoch immer wieder Gegenstand von Kritik, weil angezweifelt wird, ob die Kriterien der Bedarfsplanung den tatsächlichen Bedarf widerspiegeln und damit die „richtige“ benötigte Zahl von Ärztinnen und Ärzten angibt. Aber selbst wenn man davon ausgeht, dass sie annähernd für Deutschland richtig ist, konstatieren die Autoren des AOK-Instituts ebenfalls große regionale Unterschiede, also ein Verteilungsproblem. Dieses zu lösen ist allerdings sehr schwierig, da Ärztinnen und Ärzte nicht zur Niederlassung in bestimmten Gegenden gezwungen werden können. Daher kann man nur wieder auf die Notwendigkeit innovativer Arbeitsmodelle hinweisen: Ärztinnen und Ärzte müssen nicht immer zwangsweise dort leben, wo sie arbeiten. ◀

Dr. rer. pol. Christine Arentz ist Projektleiterin am Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP). Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen internationale Gesundheitssystemvergleiche, deutsche Gesundheitspolitik und Fragen der Finanzierung in der Kranken- und Pflegeversicherung.

E-Mail: Christine.Arentz@wip-pkv.de

Das Gespräch führte Gundel Köbke.



Foto: Privat

IM INTERVIEW

Hausärztinnen und Hausärzte für ländliche Regionen gesucht!

PROF. DR. MED. ERIKA BAUM

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in ihrem Gebäude eine sogenannte „Arztzeituhr“ aufgestellt. Nach Angaben der KBV verringert sich pro Minute rechnerisch die in allen deutschen Praxen verfügbare ärztliche Arbeitszeit um 474 Minuten. Alle vier Stunden geht der Versorgung damit eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt „verloren“. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im hausärztlichen Bereich sinkt schon seit der Jahrtausendwende, und der Sachverständigenrat Gesundheit hat schon vor vielen Jahren vor dem zunehmenden Mangel gewarnt. Wir fragten Professorin Dr. med. Erika Baum, wie die Uhr für Hausärztinnen und Hausärzte tickt.

ärztin: Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), siehe Artikel auf den Seiten 5/6 dieser ärztin, verneint den Ärztinnen- und Ärztemangel mit Ausnahme der Hausärztinnen und -ärzte. Gibt es also nur in diesem Bereich einen Mangel?

Es gibt klar den Mangel bei den Hausärztinnen und Hausärzten, insbesondere in ländlichen Regionen und in sozial unterprivilegierten Stadtquartieren. Im Gegensatz zu dem gebietsärztlichen Bereich liegen wir hier in Deutschland mit einem Anteil von Hausärztinnen und Hausärzten von 0,53/1000 Menschen deutlich unter dem internationalen Durchschnitt. Jahrelang lag der Anteil der Allgemeinmedizin unter den Facharztabschlüssen bei lediglich 10 Prozent. Steuern wir nicht umgehend gegen, wird sich der Mangel zudem verstärken.

ärztin: Wenn Sie die Arztzeituhr der KBV sehen, die für alle Ärztinnen und Ärzte tickt, läuft den Hausärztinnen die Zeit noch schneller davon.

Das stimmt. Um allein den Status quo der Versorgung zu erhalten, müssten

mindestens doppelt so viele Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin weitergebildet werden als bisher.

ärztin: Welche Gründe gibt es nach Ihren Erfahrungen für die zahlenmäßige Abnahme der Hausärztinnen und Hausärzte?

Patientinnen und Patienten vertrauen der Allgemeinmedizin

nen zu geringen Anteil in der Ausbildung. Deshalb fordern wir eine zügige Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, der eine Stärkung der Allgemeinmedizin vor allem im Praktischen Jahr sowie im Staatsexamen vorsieht. Viele haben sich zudem aus dem Topf der Basisversorgung bedient. Die Weiterbildung erforderte Stellenwechsel, und das Einkommen lag im unteren Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.



Die Arztzeituhr der KBV zeigt: Die Zeit läuft langsam, aber stetig ab.

Foto: © KBV

Das Fach wurde oft schlechtgeredet. Wir sehen uns selbst als die „Zehnkämpfer*innen der Medizin“. Dabei ist das Ansehen von und das Vertrauen in Hausärztinnen und Hausärzte vonseiten der Patientinnen und Patienten traditionell gut. Die Allgemeinmedizin hat seit jeher ei-

An all diesen Punkten haben wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft in den letzten Jahren angesetzt, und so zeichnet sich jetzt eine erfreuliche Trendwende ab: Heute können sich wieder viele Studierende eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorstellen, weil sie keine zeitlichen oder finanziellen Nachteile mehr befürchten müssen. Und auch die Politik hat die Probleme erkannt. Bis die erarbeiteten Lösungen al-

lerdings in der Versorgung ankommen, wird noch einige Zeit vergehen, und wir müssen hier konstant am Ball bleiben. Wichtig sind auch attraktive Versorgungsmodelle wie die hausarztzentrierte Versorgung. Es gibt klare Hinweise, dass unser System relativ ineffizient agiert.

Mit einem Primärarztsystem könnten wir Ressourcen schonen und gleichzeitig die Versorgung verbessern. Dazu haben wir ein Positionspapier und eine wissenschaftliche Begründung verfasst (DOI 10.3238/zfa.2018.0248–0249 und DOI 10.3238/zfa.2018.0250–0254).

ärztin: Welche Rolle spielt das Alter – aktuell im Durchschnitt 55 Jahre – von Ärztinnen und Ärzten bei dieser Entwicklung?

Medizinische Versorgung muss attraktiv sein

Wir haben tatsächlich einen relativ hohen Altersschnitt und durch die bevorstehende Ruhestandswelle einen großen Nachbesetzungsbedarf, was die oben genannten Probleme verschärft. Deshalb müssen wir das Fach attraktiv gestalten, gerade auch für junge Ärztinnen, die mittlerweile einen Anteil von rund 70 Prozent der Weiterbildung stellen.

ärztin: Es fehlt also bekanntlich an Nachwuchs. Eine düstere Prognose lautet, dass im Jahr 2030 rund 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland fehlen werden. In Niedersachsen könnte sich die Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten auf 75 Prozent belaufen. Halten Sie diese Prognosen für realistisch?

Durch verstärkte Förderung der Weiterbildung, des Quereinstiegs mit finanzieller Förderung des Umstiegs von anderen Fachgruppen mit verkürzter Weiterbildungszeit können wir die Situation entschärfen, indem attraktive Arbeitsbedingungen einschließlich guter Teamarbeit in der Praxis geboten werden. Mit unzureichender hausärztlicher Versorgung

und Koordination verschlechtert sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Systems erheblich. Darunter leiden am Ende die Patientinnen und Patienten, und zwar zuerst diejenigen in ländlichen Regionen der Flächenländer.

ZEIT ONLINE
Landärztin
Wie beim Bergdoktor

ärztin: Was wird und was müsste noch getan werden, damit insbesondere Ärztinnen für diesen Beruf gewonnen werden können? Und wie können angehende Hausärztinnen über alle Stadien der hausärztlichen Laufbahn vom Studium bis zur Weiterbildung und zum Praxisalltag sowie beim berufspolitischen Engagement unterstützt werden?

Tatsächlich ist die hausärztliche Tätigkeit für Ärztinnen mit Kindern besonders attraktiv (DOI 10.3238/zfa.2019.0009–0013). Ich habe das selbst als Mutter von zwei Kindern erlebt. Die rechtlichen Voraussetzungen für flexible Arbeitszeiten und Kooperationsmodelle sowie Arbeit im Angestelltenverhältnis sind inzwischen gegeben. Beides ist für die nun nachrückende Ärztinnengeneration sehr wichtig. Wir haben jetzt flächendeckend Kompetenzzentren zur Unterstützung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, eine zunehmende Zahl von Weiterbildungsverbänden sowie Koordinierungsstellen bei den KVen. Hinzu kommt eine verbesserte finanzielle Förderung unserer Weiterbildung und hoffentlich auch die baldige Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020. Auch in der Berufspolitik ermutigen wir junge Frauen, sich einzubringen. In meiner Fachgesellschaft sind von sieben Mitgliedern

im geschäftsführenden Präsidium vier Frauen. Wichtig ist dabei, für gute Kinderbetreuung zu sorgen, Verständnis für die Notwendigkeit eines solchen Engagements in der Familie zu haben, die Sitzungen gut zu organisieren und das Internet zu nutzen, damit vieles von zu Hause aus erledigt werden kann. (gk) ◀

Weitere Informationen im „Ärzteatlas 2017 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“ (<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/aerzte-atlas/>) und in einem zusammenfassenden Artikel in der Zeitschrift Forschung & Lehre mit dem Titel „Gibt es einen Ärztemangel?“ (<https://www.forschung-und-lehre.de/gibt-es-einen-aerztemangel-1092/>)

Prof. Dr. med. Erika Baum im (Un-) Ruhestand ist Wissenschaftlerin und Allgemeinmedizinerin. Sie hat an der Universität Marburg das Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung sowie die Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin geleitet. 36 Jahre lang war sie auch Hausärztin in einer Gemeinschaftspraxis in Mittelhessen, Mitglied im DÄB und Sprecherin der Regionalgruppe Gießen. Seit 2016 ist sie Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und engagiert sich derzeit unter anderem für die Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin. Sie organisiert den Europäischen Kongress für Allgemeinmedizin/Familienmedizin (WONCA Europe Conference 2020), der vom 24. bis 27.6.2020 in Berlin stattfinden wird.

E-Mail: baum064092007@t-online.de



Foto: Martin Büdenbender

IM INTERVIEW

Aber bloß nicht aufs Land! Lockrufe zwecklos?

CONSTANZE CZIMMECK

Als erstes Bundesland eröffnet NRW zum Wintersemester 2019/20 rund 140 Abiturientinnen und Abiturienten auch ohne Spitzenabitur den Weg ins Medizinstudium. Zum Sommersemester 2020 werden 25 weitere Sonderstudienplätze vergeben. Hintergrund ist die sogenannte Landarztquote, mit der die Versorgung in ländlichen Gebieten verbessert werden soll. In Sachsen zum Beispiel ist diese Quote für Studienanfänger*innen vorerst vom Tisch. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) wehrt sich seit Jahren scharf gegen eine Landarztquote und sieht darin überhaupt keinen Sinn – warum nicht, erklärt Constanze Czimmeck.

Die Landarztquote wurde in einigen Bundesländern eingeführt, um damit dem Problem des Landarztmangels entgegenzuwirken und Mediziner*innen für die ländliche Versorgung zu gewinnen. In dieser Unterversorgung an Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Gegenden sehen wir primär ein Attraktivitäts- und Strukturproblem, welches durch eine Quotenregelung nicht ursächlich angegangen wird. Stattdessen wird ausschließlich versucht, „das Symptom zu behandeln“ und eine nachhaltige Verbesserung des Problems verfehlt. Der Wunsch auf Zulassung zum Medizinstudium darf nicht als Mittel zur Sicherstellung der Versorgung missbraucht und die berufliche Freiheit dadurch eingeschränkt werden. Studieninteressierte müssen sich durch eine solche Quote mindestens zu 21 Jahren verpflichten: sechs Jahre Studium, fünf Jahre Facharztweiterbildung sowie weitere zehn Jahre landärztliche Tätigkeit. Dies halten wir insbesondere für junge Schulabgänger*innen für nicht verantwortlich. Zudem besteht die Gefahr, dass Studierende die Quote als Zugangsmöglichkeit zum Medizinstudium wahrnehmen, ohne dass sie gro-

ßes Interesse an der Versorgung im landärztlichen Raum haben beziehungsweise die Zeit später absitzen oder sich der Verpflichtung entziehen und eine Ausgleichsstrafe zahlen. Wir sehen deshalb die Gefahr, dass sich finanziell besser gestellte Interessierte einen Studienplatz „erkaufen“ können und somit der Zugang fürs Medizinstudium nicht mehr allen Interessierten gleich möglich ist.



Ärztmangel/Fernsehen rbb

Die Landärztin **Dr. med. Silvia Steinebach** (40), Internistin und Kardiologin, im **SPIEGEL** vom 17. Juli 2018: „Ich liebe meinen Job, doch die Umstände sind unerträglich. (...) Ich habe dann eine Praxis in der Nähe von Fulda übernommen, von der meine Vorgängerin sagte, dass sie 2000 Scheine

pro Quartal habe. Was das hieß, war mir am Anfang gar nicht klar: 2000 Patienten pro Quartal, da können an einem Tag schon mal 100 Leute vor einem stehen... Belastend sind die Bestimmungen, Regeln und Vorschriften, mit denen meine Kolleginnen und ich überschüttet werden. (...) Meine Wochenarbeitszeit liegt zwischen 50 und 60 Stunden. (...) Aber die Umstände sind zum Teil unerträglich. Ich würde diesen Beruf gern auch die nächsten 25 Jahre noch ausüben. Das geht aber nur, wenn sich die Bedingungen massiv und schnell ändern.“

ärztin: Ist das Landleben also per se öde? Junge Ärztinnen und Ärzte, so heißt es, wollen heutzutage vor allem Familie und Freizeit mit dem Beruf vereinbaren. Wenn Sie den Bericht der Landärztin Dr. med. Silvia Steinebach im

SPIEGEL lesen, ist das abschreckend?

Diese Sorge hört man oft unter Studierenden und findet sie auch im Berufsmonitor der KBV bei einer Umfrage unter knapp 14.000 Medizinstudierenden. Dabei geben zwar 42,5 Prozent der Befragten an, dass für sie eine selbstständige,

freiberufliche Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt auf jeden Fall oder wahrscheinlich infrage kommt. Dennoch spricht für 57,4 Prozent das finanzielle Risiko, für 46,7 Prozent drohende Regressforderungen und für 62,3 Prozent ein hohes Maß an medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie gegen die Niederlassung. Daher sprechen sich fast alle Studierende für eine Beratung zu Verwaltung und Abrechnung als Unterstützung für die Niederlassung aus. Zusätzlich sollten weitere Konzepte entwickelt werden, um bürokratischen Aufwand und die Angst vor Regressen zu senken.

ärztin: Es gibt jedoch auch positive Beispiele – macht Ihnen der Artikel aus der *Ärzte Zeitung* vom 14.02.2019 vielleicht Mut, aufs Land zu gehen?

„HNO-Ärztin Eva-Maria Ebner ist seit fünf Jahren in Oldenburg in Holstein niedergelassen und hat ihre Entscheidung nicht bereut. ‚Ich würde mich jederzeit wieder niederlassen‘, sagt die heute 38-Jährige fünf Jahre nach ihrem Praxisstart. Sie schätze es, dass sie ihre eigenen Entscheidungen fällen könne. Deshalb sei für sie die Einzelpraxis auch fünf Jahre nach der Übernahme noch der richtige Weg. Schon ihr Vorgänger hatte eine Praxis mit rund 1600 Scheinen im Quartal. Bei Ebner stieg die Patientenzahl noch einmal an – auf 2100 Scheine wurde die Praxis ausgebaut. (...) Die Androhung eines Regresses konnte Ebner abwehren. Nach Bewältigung dieser Hürde(n) blickt Ebner noch optimistischer in die Zukunft. Als Mutter, so lautete ihre Einschätzung, wäre der Schritt in die Niederlassung sicherlich schwerer gewesen.“

Das Fazit von Frau Ebner nimmt mir leider den Mut. Eine Karriere in der Medizin und auch die Niederlassung sollten nicht durch den Wunsch nach einer Familie beeinträchtigt werden, da dies eine Option ist, die Medizinstudierende nicht von vornherein ausschließen möchten.

Durch den häufigen Kontakt mit klinischen Fächern im Studium ist die stationäre Arbeit den Studierenden gut vertraut. Mehr und insbesondere qualitativ hochwertige Lehre in der Allgemeinmedizin mit Bezug auf die landärztliche Versorgung sowie Positivbeispiele und Vorbilder können Studierenden helfen, sich für diesen Bereich zu entscheiden. Darüber hinaus wünschen sich Studierende vor allem auch Mentoringprogramme und Supervisionskonzepte in Aus- und Weiterbildung. Um die Niederlassung zu fördern, sollten zudem Praxismanagement, Betriebswirtschaft und weitere Arbeitsbereiche der Niederlassung im Studium gelehrt werden.

ärztin: Womit könnte man Medizinstudierende Ihrer Ansicht nach aufs Land locken? Mit Geld? Oder zum Beispiel mit den Angeboten einer Ferienakademie, bei der im Urlaubsmodus gelernt wird?

Finanzielle Reize und auch Angebote wie Ferienakademien sind Möglichkeiten, Studierende in ländliche Regionen zu locken. Allerdings ändern sie nichts an der ursächlichen fehlenden Attraktivität der Landarztstätigkeit. Als Möglichkeiten für strukturelle Veränderungen sehen wir dabei zum Beispiel die Anbindung von Praxen an Kliniken, sodass eine Supervision, aber auch Rotationsmodelle über die KV gewährleistet werden können. Dadurch kann dem Wunsch nach Flexibilität, Wissenschaftlichkeit, Work-Life-Balance und auch weiteren Karrieremöglichkeiten nachgegangen werden. Zudem muss darüber nachgedacht werden, ob die hohe Anzahl an Ärztinnen und Ärzten auf dem Land wirklich notwendig ist. In diesem Zusammenhang fordern wir die Förderung interprofessioneller Versorgungsnetzwerke, die nicht nur verschiedene Möglichkeiten der Berufstätigkeit beinhalten, sondern die Qualität der Versorgung verbessern und möglicherweise mit weniger Ärztinnen und Ärzten die gleiche Bevölkerungsanzahl versorgen.



Foto: Ferienakademie Altmühlfranken



Foto: Ferienakademie Altmühlfranken

Für Studierende der klinischen Semester wird zum Beispiel eine Woche mit zehn medizinischen Workshops in niedergelassenen Praxen und im örtlichen Klinikum angeboten – zusammen mit einem umfangreichen Sport- und Erlebnisprogramm mit Coaches zu einem günstigen Lockvogel-Sonderpreis.

Generell zeigt sich, dass viele Studierende lieber im Team arbeiten, sodass die Verantwortung auf mehrere Köpfe verteilt ist. Um diesem Wunsch gerecht zu werden, sollte sich auch die ambulante Versorgung in eine teamorientierte Richtung wandeln. Diese Punkte sind als Anregung gedacht und müssen auf zielgerichtete Wirkung und rechtliche Aspekte geprüft und weitergedacht werden. (gk) ◀

Constanze Czimmeck ist Medizinstudentin im 5. Semester an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Sie ist seit Oktober 2018 Bundeskoordinatorin für Gesundheitspolitik bei der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) und setzt sich dort vor allem für die Themen Primärversorgung, den Masterplan Medizinstudium 2020 und Interprofessionalität ein.

E-Mail: nohp@bvmd.de



Foto: Privat

Chirurginnen auf dem Vormarsch? Einwände gegen eine allzu euphorische Betrachtungsweise

PROF. DR. MED. DORIS HENNE-BRUNS

2025 werden wahrscheinlich 10.000 Chirurginnen und Chirurgen fehlen, so hieß es beim diesjährigen Chirurgetag. Denn es gibt einen eklatanten Mangel an Chirurginnen und Chirurgen. Vor acht Jahren hat Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns als DÄB-Mitglied die Perspektiven für Chirurginnen im Jahr 2020 benannt. Heute möchten wir von ihr unter anderem wissen, wie es um die Zukunft der Medizinerinnen und des Faches Chirurgie bestellt ist. Auch wenn sich der Anteil der Chirurginnen 2018 um 5,8 Prozent gegenüber 2017 auf 7.983 erhöht hat, warnt Autorin Henne-Bruns vor zu viel Optimismus.

Zwischen 2011 und 2018 hat sich nach der aktuellen Statistik der Bundesärztekammer die Anzahl der berufstätigen Chirurginnen also mehr als verdoppelt. Bei der singulären Betrachtung dieser Zahlen und der damit verbundenen zweifelsfrei positiven Entwicklung entsteht der Eindruck, dass die Vorbehalte gegenüber Chirurginnen in den letzten acht Jahren deutlich abgenommen haben.

„Warum eine Ärztin mit höherem Ausfallrisiko (wegen Familiengründung) einstellen, wenn genug Kollegen zur Verfügung stehen“, hatte vor etwa 15 Jahren ein Chefarzt mir seine Personalauswahl begründet. Leider kann auch dieser Chefarzt heute seine Stellen kaum besetzen, da weder genügend Kolleginnen noch Kollegen zur Verfügung stehen.

Prognosen mit vielen Unbekannten

Die Entwicklung des Personalmangels in den operativen Fächern ist ein bundesweites Phänomen. Obwohl diese Entwicklung seit einigen Jahren beobachtet wird, ist es schwierig, genaue Prognosen für die Zukunft zu erstellen, da zahlreiche Faktoren wie zum Beispiel die zukünftige Anzahl der Krankenhäuser, die Anzahl der in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Entwicklung des Renten-

eintrittsalters beziehungsweise die Anzahl der Tätigen über das Rentenalter hinaus und nicht zuletzt die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums die Entwicklung beeinflussen können.

Der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) hatte 2008 die bundesweite Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob – ChirurgIn“ gestartet, welche die faszinierende Vielseitigkeit, aber auch die Belastungen des Berufes darstellen und somit für eine Weiterbildung in der Chirurgie werben sollte. Diese Kampagne war aus der Beobachtung eines sich abzeichnenden Nachwuchsmangels entstanden, der als Ursache im Zusammentreffen mehrerer Faktoren betrachtet werden kann.

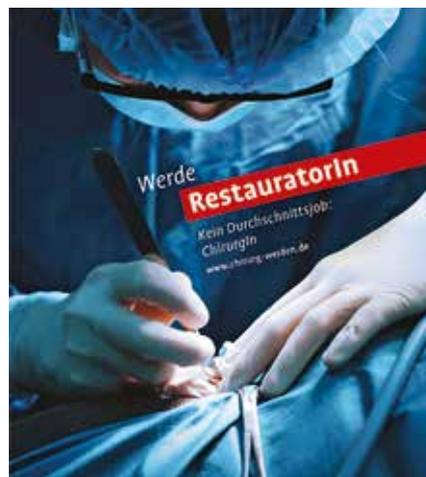


Foto: © BDC

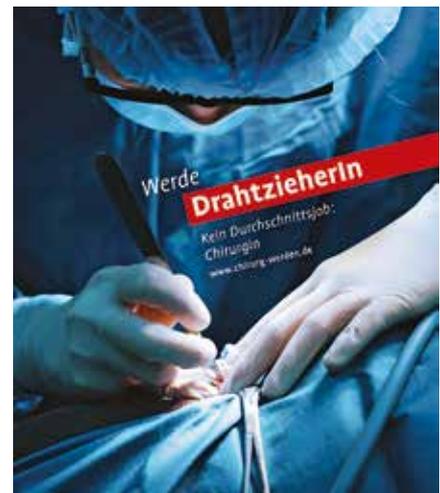


Foto: © BDC

Mit der Kampagne: „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob – ChirurgIn“ weckt der Bundesverband Deutscher Chirurgen (BDC) mit provokanten Motiven auf Plakaten, Postkarten und Buttons Interesse für die Chirurgie.

Neben einer Änderung des Arbeitszeitrechts im Jahr 2004 mit der Begrenzung der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeit war als wesentliche Veränderung der letzten 20 Jahre der Anstieg des prozentualen Anteils weiblicher Absolventen des Medizinstudiums auf über 60 Prozent zu beobachten. Da Frauen bisher zu einem geringeren Anteil eine chirurgische Laufbahn planen als Männer, ist und war mit einer geringeren Nachwuchsrekrutierung zu rechnen. Zudem schien und scheint ein Berufsweg in einem operativen Fach unattraktiv zu sein, da es sich mit den aktuell artiku-

lierten „Work-Life-Balance“-Vorstellungen nur schwer vereinbaren lässt.

Große Lücken im Stellenplan

Die grundsätzlich positivere Einstellung zu operativ tätigen Kolleginnen hat vor dem Hintergrund des Personalmangels in den letzten Jahren zu einer deutlich größeren Kompromissbereitschaft bezüglich der Arbeitszeiten (Vollzeit oder Teilzeit), Wiedereinstiegsunterstützung, Auszeiten (Elternzeit), Fortbildungen etc. geführt. Die Zertifizierungen als familienfreundliches Krankenhaus sollen ebenfalls zukünftige Mitarbeitende anlocken. Die Fachgesellschaften reduzierten die Anforderungen für die Facharztqualifikation, um somit einen schnelleren Berufsabschluss zu ermöglichen. Unterstützt werden diese Bemühungen unter anderem durch Trainingskurse, strukturierte Curricula und verbindliche Weiterbildungszusagen.

All diese Dinge sind allerdings nicht aus der Erkenntnis der Chancengleichheit für Chirurginnen, sondern unter dem Druck des Personalmangels entstanden und sollen Unterstützungsmaßnahmen insbesondere für Kolleginnen darstellen, um diese in den Beruf zu führen beziehungsweise im Beruf zu halten.



Chirurginnen bei der Arbeit

So sehr dies auf der einen Seite zu begrüßen ist, so sehr zeigt es auf der anderen Seite, wie stark die Akteure an der Erhaltung des aktuell bestehenden Gesundheitssystems hängen. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Anpassungen dann vollzogen werden, wenn auch die Kolleginnen nicht mehr bereit sind, ihre ärztliche Kunst und Verantwortung einem immer kommerzieller ausgerichteten Krankenhaus-System mit immer größerem wirtschaftlichen Druck zur Verfügung zu stellen.

Immer mehr ausländische Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxen

In 2019 ist zu beobachten, dass in vielen Krankenhäusern der Dienstplan nur unter intensiver Rekrutierung ausländischer

Kollegen und Kolleginnen aufrechtzuerhalten ist. Ein Blick auf die Ärztestatistik 2018 der BÄK zeigt, dass sich die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte zwischen 2011 und 2018 mehr als verdoppelt hat.

Zahlen und Fakten aus der Statistik 2018 der Bundesärztekammer (BÄK)

Im Jahr 2018 waren insgesamt 392.402 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland berufstätig. Dies sind 1,9 Prozent mehr als im Jahr 2017. Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen ist dabei auf 185.310 angestiegen und beläuft sich nun auf 47,2 Prozent.

Der Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten verteilt sich regional sehr unterschiedlich: Das geringste Wachstum haben Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Bremen mit Werten zwischen 0,2 Prozent und 1,2 Prozent.

Etwas Entlastung schafft der Zuzug von Ärzten aus dem Ausland. Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2018 um rund 3.500 auf annähernd 55.000 gestiegen. Die größte Zahl berufstätiger ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (4.312), Syrien (3908) und Griechenland (2777), gefolgt von Österreich (2309).

Dem Zuzug stehen allerdings 1.941 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte gegenüber, die ins Ausland abgewandert sind. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind – wie schon in den vergangenen Jahren – die Schweiz, Österreich und die USA.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf

„Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland steigt, aber wer nur Köpfe zählt, macht es sich zu einfach. Die Realität ist komplexer“, kommentierte der Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery die Versorgungssituation schon 2017. Dem ist auch in Bezug auf die Anzahl der berufstätigen Chirurginnen meinerseits nicht hinzuzufügen. (gk) ◀

Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns ist Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Ulm.

E-Mail: doris.henne-bruns@uniklinik-ulm.de

Gut zu wissen – Aktuelle Notizen zur Gendermedizin

Die Gendermedizin ist für den Deutschen Ärztinnenbund ein zentrales Thema. Wir wissen heute schon viel, zum Beispiel in der Kardiologie, aber insgesamt doch noch zu wenig, um Patientinnen und Patienten individuell und punktgenau geschlechtsspezifisch behandeln zu können. Im Folgenden haben wir interessante Analysen, Studien und Zeitungsartikel für Sie zusammengestellt, die Sie im stressigen Praxis- oder Klinikalltag nicht lesen konnten und die zur Diskussion anregen sollen.

Ärzte Zeitung Online vom 09.01.2019

Aktuelle Studie: Männer fühlen sich kränker als Frauen

Nach der Wiedervereinigung fühlten sich Männer in Ost wie West gesünder als Frauen. Inzwischen halten sich Männer für kränker als Frauen – vor allem im Osten.

ROSTOCK. Direkt nach der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 sahen Männer in den alten und neuen Bundesländern ihre Gesundheit deutlich positiver als Frauen, teilt das **Max-Planck-Institut für demografische Forschung (MPIDR)** in Rostock mit. Innerhalb der nächsten 25 Jahre wurden die gefühlten Gesundheitsunterschiede zwischen Frauen und Männern immer kleiner, so das Ergebnis einer Studie von Forschern um die Sozialwissenschaftlerin Mine Kühn vom MPIDR (SSM Popul Health. 2018; online 1. Dezember). Die Zufriedenheit mit der Gesundheit sei dabei nicht nur ein gutes Maß für die tatsächliche Gesundheit, erklärt Kühn: „Das selbst wahrgenommene Befinden der Menschen sagt gleichzeitig viel über ihr Lebensgefühl aus.“ ◀

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/979248/aktuelle-studie-maenner-fuehlen-kranker-frauen.html



Medinside vom 14./15. Februar 2019

Große Studie der Hamburger Stiftung Gesundheit zeigt: Ärzte werden besser bewertet als Ärztinnen

Ärztinnen bekommen im Schnitt weniger gute und sehr gute Bewertungen als männliche Mediziner – sowohl bei der Bewertung durch Patienten als auch durch andere Ärzte.

Patienten sind zufriedener mit Männern: In der Zufriedenheit ihrer Patienten hatten die Männer in fast allen Feldern und Tätigkeitsarten die Nase deutlich vorn. Lediglich bei den angestellten psychologischen Psychotherapeuten konnten die Frauen mit ihren männlichen Kollegen gleichziehen. (...) **Frauen sind nicht die schlechteren Ärzte:** Klar ist: Es gibt einige Studien, die zeigen, dass Frauen keineswegs schlechtere Medizin als Männer betreiben. So lag die **Sterblichkeit bei älteren Patienten niedriger**, wenn diese von Ärztinnen und nicht von

Ärzten behandelt worden waren. Es gibt zudem eine Debatte, ob Frauen aufgrund einer höheren empathischen Zuwendung und einem stärkeren «patient-centered behaviour» sogar eher bessere Ärzte seien. ◀

<https://www.medinside.ch/de/post/aerzte-werden-besser-bewertet-als-aerztinnen>



ZEIT ONLINE vom 25.02.2019

Gendermedizin: Männer sind halt keine Patientinnen

Die Medizin orientiert sich zu sehr an einem Geschlecht: Medikamente werden an Männern getestet, Leitlinien von Männern geschrieben. Für Frauen kann das gefährlich sein.

Bisher gibt es nur ein Institut für Gendermedizin in ganz Deutschland, denn die Gendermedizin führt immer noch ein Nischendasein: „In Lehrbüchern wird noch immer so getan, als wäre der Mensch ein geschlechtsneutrales Wesen“, sagt Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek, Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin. Das liege daran, wer diese Lehrbücher geschrieben habe: „In einem Leitlinienkomitee sitzen nicht selten 20 Männer und eine Frau.“ Sie sagt, es brauche in der Medizin mehr Frauen in Führungspositionen, um die geschlechterspezifische Behandlung endlich zur Normalität im klinischen Alltag zu machen. (...) Wie wirksam es ist, die Gendermedizin zum Lehrinhalt zu erheben, zeigt das Beispiel Österreich. An Universitäten wird Medizinstudierenden im Studium und im praktischen Jahr beigebracht, wie Männer und wie Frauen behandelt werden sollten. (...) ◀

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-02/gendermedizin-gesundheit-aerzte-patient-medikamente-maenner-frauen-gleichberechtigung>



Die **Zeitschrift „Der Gastroenterologe“** beschäftigt sich in ihrer Ausgabe 2/2019 mit dem Schwerpunkt Gendermedizin – Oder: Sind m und w und d anders krank? ◀

<https://www.springermedizin.de/gendermedizin/16577064> (gk)



Foto: Privat

Medizinische Sozialisation

CHRISTINE HIDAS

Der folgende Beitrag von Christine Hidas, Internistin und Oberärztin am Klinikum Darmstadt sowie Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, setzt sich kritisch mit der zunehmenden Ökonomisierung in Praxen und Kliniken auseinander. Ihr Artikel wurde uns freundlicherweise vom Hessischen Ärzteblatt 03/19 auszugsweise zum Nachdruck überlassen.

Eigentlich bin ich noch nicht alt genug, um über die früheren Zeiten zu sprechen – frei nach dem Motto „Früher war alles besser“. Aber die Entwicklung, in der Medizin alles, jede und jeden nur in monetärer Hinsicht zu beurteilen und den medizinischen Beruf ständig unter dem Schwert der Ökonomie zu erleben, ist nahezu unerträglich geworden. In meinem beruflichen Beginn als Ärztin im Praktikum in der Chirurgie wurden wir gelehrt, vor allem mittels Anamnese und körperlicher Untersuchung, ergänzt durch Labor, Ultraschall und Röntgen, eine Diagnose zu stellen und eine Therapie einzuleiten. Von Verweildauer, DRG (Diagnosis Related Group), Fallschwere, Erlössteigerung oder gar Rentabilität eines Kranken war keine Rede. Dies bedeutet, die medizinische Sozialisation war auf die Medizin ausgerichtet. Natürlich war früher nicht alles besser. Die Dienstzeiten, deren (Nicht-) Vergütung, die 36-Stunden-Dienste und die zum Teil abartige hierarchische Struktur waren eine Katastrophe.

Die fast ausschließliche Konzentration auf das Anwenden von Wissen, welches wir im Studium erlernt hatten – das war aufregend genug. Ich erinnere an einige Situationen, bei denen ich vor Ehrfurcht erstarrte, wenn der Oberarzt oder die Oberärztin bei einer körperlichen Untersuchung eine Verdachtsdiagnose stellte, die sich dann intraoperativ bewahrheitete.

Heute lernen die jungen Kolleginnen und Kollegen auch Medizin, aber eben nicht nur. Sie werden täglich mit der Frage konfrontiert: Darf ich den Patienten mit der Pneumonie aufnehmen? Meckert dann nicht der Chef der Abteilung? Kann ich die Patientin mit rezidivierenden Oberbauchschmerzen aufnehmen? Eigentlich ist sie zu jung für eine stationäre Diagnostik – und das Labor ist auch nicht so auffällig. Aber sie ist schmerzgeplagt und hat Gewicht verloren, hat eine B-Symptomatik. Sie bewegen sich permanent im Gewissenskonflikt.

Als Oberärztin einer Zentralen Notaufnahme in einem Haus der Maximalversorgung erlebe ich täglich das Engagement, die Empathie, den Wissensdurst und die Freude über erkannte Diagnosen bei den jungen Kolleginnen und Kollegen. Ich bewundere ihren Mut, nachts alleine in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) zu bestehen, ich bewundere auch ihre Kraft und ihr Durchhaltevermögen, ihre Solidarität mit den kranken Menschen. Sie diskutieren mit dem Rettungsdienst, den einweisenden Kolleginnen und Kollegen, sie reanimieren und retten Leben zusammen mit dem Team, sie identifizieren sich aufs Höchste mit der Arbeit als Ärztin oder Arzt.

Und dann sollen sie vor dieser ganzen Arbeit überlegen, was ein Patient oder eine Patientin „wert“ ist? Ob er oder sie es „wert“ ist, aufgenommen zu werden?

Oder überhaupt „wert“ ist, eine medizinische Behandlung zu bekommen? Was haben die Begriffe Prozessoptimierung, Effizienz und Gewinnmaximierung mit dem Erlernen richtiger Medizin zu tun? Wenn vor jeder Suche nach der Krankheit und deren Ursache immer die Ökonomie steht, dann kann sich der kreative Geist gar nicht entfalten. (...)

Im Ärzteblatt vom 16.11.18 gab es einen kurzen Bericht über die Umfrage junger Ärztinnen und Ärzte des Ausschusses Weiterbildung des Hartmannbundes. Er zeigt, dass der Anspruch auf eine angemessene Weiterbildung nach sechs Jahren Studium nicht nur berechtigt ist, sondern geradezu verpflichtend sein muss. (...)

Ich meine, die Ärzteschaft muss zusammen mit den „Jungen“ (den Begriff Generation Y finde ich despektierlich und benutze ihn nie) immer wieder auf die Wertigkeit der Weiterbildung hinweisen, bei allen Gelegenheiten laut werden, sich einmischen und nicht akzeptieren, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen schon zu Beginn ihres beruflichen Werdeganges abgeschreckt und sogar eingeschüchtert werden. Die Zukunft der Medizin liegt bei ihnen, nicht mehr bei uns „Alten“. Und deshalb haben sie es verdient, anständig weitergebildet zu werden. ◀

E-Mail: Frankfurt@aerztinnenbund.de

Erfolgreicher Auftakt der Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“



Foto: © pag/axentis

12 Spitzenfrauen und eine Moderatorin aus dem Gesundheitswesen starten durch, u.a. gesponsert vom „Verein Frauen fördern die Gesundheit“.

Es ist Zeit, dass sich etwas ändert, sagten sich die Initiatorinnen Cornelia Wanke, Geschäftsführerin des Vereins der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) und der Wankeconsulting, Antje Kapinsky, Fachleiterin Gesundheitspolitik der Techniker Krankenkasse, Dr. med. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, und Dr. med. Kirsten Kappert-Gonther, Bundestagsabgeordnete BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Am 22. Februar 2019 luden sie zu einer Auftaktveranstaltung in die Bremer Landesvertretung in Berlin ein.

Sie stellten fest: Die Rolle der Frauen im deutschen Gesundheitswesen ist sehr ambivalent. Ihr Anteil an den Beschäftigten ist hoch. In Krankenhäusern und Arztpraxen, bei Krankenkassen und Institutionen – überall sind Frauen zahlenmäßig stark vertreten. Teilweise liegt ihr Anteil sogar bei mehr als zwei Dritteln der Beschäftigten. Auch in Medizin und Psychotherapie steigt der Anteil der Frauen stetig. Mittlerweile ist hier nahezu die Hälfte weiblich. Dennoch werden die Führungspositionen in den Organisationen und Gremien des Gesundheitswesens überwiegend von Männern besetzt. In vielen Organisationen ist nicht einmal jede zehnte Führungskraft eine Frau. Und es gibt sogar Bereiche, in denen gar keine Frau in der Selbstverwaltung im Vorstand oder ersten Führungsebene vertreten ist.

vergeuden, deshalb ist mangelnde Geschlechterparität kein Frauenproblem, sondern ein gesellschaftliches Problem.“

Zum Abschluss wurde von den Teilnehmer*innen eine Resolution an die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Karin Maag, übergeben. Darin werden eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens und die gleichberechtigte Teilhabe in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung gefordert, die künftig paritätisch mit Ärztinnen und Ärzten besetzt werden sollen.

... und ein Paritätsgesetz nach europäischem Vorbild

In der Resolution wird zudem ein Paritätsgesetz gefordert, wie es zahlreiche EU-Länder wie Frankreich oder Luxemburg bereits haben. Auch die Parlamente müssten nach 100 Jahren Frauenwahlrecht die Geschlechterverteilung in der Gesellschaft widerspiegeln. ◀ (gk)



Foto: © pag/axentis

Begrüßung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn durch Dr. med. Christiane Groß, M.A., Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Das Gesundheitswesen braucht Spitzenfrauen...

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn forderte zum einen, dass die Rahmenbedingungen verbessert werden müssten. Zum anderen versprach er, zum Beispiel bei einer Reform der Sozialwahlen die Einführung einer Frauenquote zu prüfen. Im darauffolgenden Impulsvortrag sagte Dr. phil. Ulrike Ley: „Eine Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts wie Deutschland kann sich nicht leisten, die Hälfte des Potenzials der klugen Köpfe beim Putzen und Windelwechseln zu



Foto: © pag/axentis

Unterschriften für die Resolution



Foto: © Hoffotografien Berlin

Demokratie braucht Parität

PROF. DR. JUR. MARIA WERSIG

100 Jahre nach der ersten Ausübung des aktiven und passiven Wahlrechts durch die Frauen in Deutschland schrieb das Land Brandenburg mit seinem neuen Paritätsgesetz Geschichte. Es verpflichtet Parteien, die an der Landtagswahl 2024 teilnehmen wollen, zur Aufstellung paritätischer Listen – also abwechselnd Frau/Mann oder umgekehrt. Auch in anderen Bundesländern und auf Bundesebene wird über gesetzliche Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils in den Parlamenten diskutiert. Und das ist auch gut so. Denn es gab noch nie ein paritätisch besetztes deutsches Parlament. Weder auf Bundes- noch auf Landesebene.

Das aktive und passive Wahlrecht, von Frauen erkämpft, bildet die Grundlage für staatsbürgerliche Partizipation. Formal gleiche Rechte führen aber nicht zu gleichen Chancen. Die Gleichstellung in allen Lebensbereichen ist noch längst nicht erreicht. Es gibt zwar eine Bundeskanzlerin, und die beiden aktuellen Koalitionsparteien auf Bundesebene werden von Frauen geleitet. Aber der Anteil der Frauen im aktuellen Deutschen Bundestag ist mit 30,9 Prozent auf den Stand von vor 20 Jahren zurückgefallen. Noch schlechter sieht es in der Kommunalpolitik aus. Ein Ergebnis des jahrzehntelangen Kampfes für gleiche Rechte und gleiche Chancen für Frauen ist: Ohne Gesetze wird es nicht gehen.

Der Deutsche Juristinnenbund (djb) hat als Mindestanforderung formuliert, dass im Parteiengesetz eine Verpflichtung zur Frauenförderung verankert wird. Indirekte Anreize zur Schaffung dieses Satzungs-

rechts wären möglich. Erfolgreich gelebte Frauenquoten im Parteisatzungsrecht könnten im Parteienfinanzierungsrecht durch angemessene Bonuszahlungen belohnt werden. Gegen viele der genannten Vorschläge wurden bereits verfassungsrechtliche Bedenken geäußert. So forderte der ehemalige Richter des Bundesverfassungsgerichts, Udo Di Fabio, Frauen dazu auf, sich in Parteien zu engagieren und Bedenken gegen Wahlrechtsänderungen und Anreize in der Parteienfinanzierung zu formulieren. Eine Einflussnahme darauf, wer gewählt wird, sei ein unzulässiger Eingriff in das Wahlrecht, das allein regeln dürfe, wie gewählt wird. Damit steht er nicht allein.

Parität ist ein Instrument zur Durchsetzung der Gleichberechtigung

Die Verfassungsinterpretation bewegt sich seit jeher im Spannungsfeld eines etablierten Methodenkanons und der Notwendigkeit, auf gewandelte Verhältnisse und Anschauungen zu reagieren. Was heute von der sogenannten herrschenden Meinung in der Staatsrechtslehre abgelehnt wird, kann morgen schon verfassungsrechtliches Allgemeinut sein. Auch wenn es (noch) nicht herrschende Meinung ist: Paritätsregelungen im Wahlrecht sind verfassungsgemäß. Sie reagieren auf den unerträglichen Zustand, dass die Parteien Frauen seltener – auf aussichtsreichen Listenplätzen oder als Direktkandidatinnen – zur Wahl stellen, sie also geringere Wahlchancen haben. Grund dafür sind im Wesentlichen Männernetzwerke, Vorurteile und Parteiarbeitsstrukturen, die auf

Doppelbelastungen in Beruf und Familie keine Rücksicht nehmen. Paritätsregelungen fördern verfassungsgemäß die Durchsetzung der Gleichberechtigung der Geschlechter für die Zukunft, wie es Art. 3 Abs. 2 GG fordert. Einer solchen Förderung der Chancengleichheit von Frauen stehen weder Wahlgrundsätze noch Parteienfreiheit entgegen. ◀

Prof. Dr. jur. Maria Wersig ist Präsidentin des Deutschen Juristinnenbundes e. V. (djb)

E-Mail: geschaeftsstelle@djb.de

Quote in der Medizin war gestern?

War das eine Überraschung, als die Bundeskanzlerin, die noch 2015 im Bundestag gegen eine Quote für die Aufsichtsräte war, beim Festakt zu 100 Jahren Frauenwahlrecht am 12.11.2018 sagte: „Die Quote war wichtig, aber was wir brauchen, ist Parität in allen Bereichen.“ Ich dachte zunächst, ich hätte mich verhört, aber es war richtig und kam mehr als gut an. Wir Medizinerinnen und Mediziner sollten jedoch erst einmal an unserer Forderung „Pro-Quote-Medizin“ festhalten, damit es in unseren Spitzenpositionen, die seit Jahrzehnten unter der Maskulinisierung leiden, mehr Frauen gibt. Vielleicht hilft irgendwann ein Paritätsgesetz – qualifizierter Nachwuchs ist genug vorhanden! ◀

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

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@charite.de

Das Junge Forum im DÄB stellt sich vor

Das Junge Forum richtet sich an Ärztinnen, Zahnärztinnen und Studentinnen. Es bietet die Möglichkeit zum persönlichen Austausch sowie Seminare und Workshops zu häufigen Fragen dieser Lebensphase. Wir freuen uns auf den Kontakt mit Euch!



Dr. med. Wajima Safi, M.A., Vorsitzende im Jungen Forum

Ich heiße Wajima Safi und habe nach meinem Studium der Medizin, Philosophie und Deutschen Literatur die Facharztweiterbildung zur Internistin sowie die Weiterbildung zur Nephrologin in München und Erlangen gemacht. Aktuell befinde ich mich zu einem Forschungsaufenthalt

Dr. med. Viyan Sido, Dr. med. Wajima Safi, M.A.

in New York. Ich bin seit über einem Jahr Mitglied des DÄB und habe in dieser Zeit viele engagierte Frauen kennengelernt, die in diesem solidarischen Verbund sehr viel tun, um Arbeitsbedingungen und Karrierechancen für alle Frauen in der Medizin zu verbessern.

Ich freue mich sehr darüber, auch selbst Verantwortung übernehmen zu dürfen. Mir liegt insbesondere am Herzen, jüngeren Kolleginnen sowie angehenden Ärztinnen die Möglichkeiten, die der DÄB zum Erfahrungsaustausch und zum Aufbau von Netzwerken sowie Coachings in Seminaren bietet, nahezubringen. Wichtig ist mir, bei Problemen, die im Rahmen der Weiterbildung, Niederlassung oder einer wissenschaftlichen Karriere anfallen, behilflich zu sein und unkompliziert Lösungen zu organisieren. ◀

E-Mail: wajima.safi@uk-erlangen.de

Dr. med. Viyan Sido, Vorsitzende im Jungen Forum

Mein Name ist Viyan Sido und ich bin Ärztin in Weiterbildung zur Herzchirurgin an der Charité in Berlin. Nach meinem Studium an der Universitätsklinik in Bonn habe ich zunächst viele Jahre in der Klinik für Herzchirurgie an der Uni Bonn gearbeitet. Im DÄB möchte ich mich insbesondere für die Förderung junger Frauen in der Medizin einsetzen. Wenn ich nicht gerade im OP stehe, reise ich gerne, forsche oder engagiere mich berufspolitisch.

Die Förderung wissenschaftlicher Karrieren von Frauen in der Medizin sollte zunehmend in den Fokus rücken. Dazu gehört auch eine Veränderung der Rollenbilder der Geschlechter. Ich möchte mich daher ganz besonders für die Vereinbarkeit von beruflicher Weiterbildung, Familie, Karriere und Work-Life-Balance einsetzen. Durch meine Tätigkeit in einem chirurgischen, sehr von Männern dominierten Fachgebiet sehe ich im DÄB Chancen für junge Medizinerinnen, sich auszutauschen und Netzwerke zu bilden. ◀

E-Mail: viyan.sido@charite.de



Dr. med. Dilan Sinem Sert, Schriftführerin

Ich bin Dilan Sinem Sert und 28 Jahre alt. Ich habe an der Universität Düsseldorf promoviert und war in der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig. Bereits im Medizinstudium merkte ich, dass Ärztinnen im Laufe ihres Lebens Probleme damit haben, ihre berufliche Kontinuität zu erhalten. Das liegt unter anderem daran, dass die Führungsetagen im Gesundheitswesen noch immer von Männern dominiert werden.

Dr. med. Sinem Sert

Der wichtigste Karriereknick ist die Schwangerschaft. Ich möchte mich für echte Teilzeit- und Jobsharing-Modelle engagieren und eine Familie planen, ohne dass die Weiterbildung um die doppelte Zeit verlängert wird. Deshalb arbeite ich derzeit an meinem eigenen E-Health-Startup SeDiDoc, einer Vermittlungsplattform für ärztliche Tätigkeiten. Mein zweiter Schwerpunkt ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Im DÄB wurde ich Mitglied, als meine Mentorin Dr. med. Tanja Kobuß mich zur Beiratssitzung 2016 in Mannheim mitnahm. ◀

E-Mail: dilan.sinem.sert@uni-duesseldorf.de



Dr. med. Linda Meyer, Schatzmeisterin

Mein Name ist Linda Meyer und ich befinde mich aktuell in der Weiterbildung zur Neurologin im Klinikum Leverkusen. Mein Studium absolvierte ich an der Universität Bonn. Bevor ich meine klinische Ausbildung an der Uni Köln begann, arbeitete ich zuerst

Dr. med. Lina Meyer

zwei Jahre im Forschungszentrum Jülich. Durch meine Aktivität bei den Jungen Neurologen bin ich vor etwa drei Jahren auf das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben auf den DÄB gestoßen.

Als Mitglied des DÄB konnte ich erste Einblicke in die Berufspolitik gewinnen. Mir liegt am Herzen, Familie und berufliche Ziele zu vereinbaren. Dazu gehören flexible Arbeitszeitmodelle, die in vielen Kliniken bislang fehlen. Eine tolle Unterstützung bietet der DÄB durch sein MentorinnenNetzwerk. Gerade für junge Kolleginnen sind die Förderung eines Erfahrungsaustausches und die Vernetzung essenziell. ◀

E-Mail: Lindameyer1212@gmail.com

REGIONALGRUPPE BERLIN-BRANDENBURG

Wahl eines neuen Vorstands



Die langjährige Vorsitzende Susanne Schroeder gab ihr Amt ab und wurde mit langanhaltendem Beifall für ihre Arbeit verabschiedet. Eine jüngere Kollegin, Dr. Susanne Harff, erklärte sich bereit, den Vorsitz zu übernehmen. Als Schriftführerin wurde Dr. med. Ingeborg Geisler gewählt, als Schatzmeisterin wie bisher

Dr. med. dent. Lore Gewehr (li) und Susanne Schroeder (re)

Dr. med. dent. Lore Gewehr. Wir alle wünschen der neuen Vorsitzenden viel Glück bei ihren neuen Aufgaben. ◀

*Mitgeteilt von Dr. med. dent. Lore Gewehr,
Schatzmeisterin der Gruppe Berlin-Brandenburg*

REGIONALGRUPPE DÜSSELDORF

Ein Halt für junge Mädchen: das TrebeCafé in Düsseldorf



Katharina Schwarz, Dr. Katharina Melber, Teamleiterin Maria Peixoto, Dr. Wiltrud Kling

Das TrebeCafé in der Kölner Str. 148 in Düsseldorf ist ein Treffpunkt für wohnungslose Mädchen. Drei Mitglieder des DÄB haben sich 2018 mit der Teamleiterin des Projekts getroffen, um die Arbeit des TrebeCafé kennenzulernen. Auf Trebe gehen heißt, als Kind oder Jugendliche aus einem Heim oder aus der Familie wegzulaufen. Hier im Café können die Mädchen Ansprechpartnerinnen finden, duschen, Wäsche waschen, Kraft schöpfen und Zuflucht finden. Die meisten sind 17 bis 22 Jahre alt. Im Jahr 2018 kamen 206 Mädchen aus Düsseldorf ins TrebeCafé. Die Mädchen kommen fast alle aus instabilen Elternhäusern, die zum großen Teil von Vernachlässigung und Gewalt geprägt sind.

Sie leben nicht direkt auf der Straße, sondern pendeln von Schlafplatz zu Schlafplatz, mal bei Verwandten, mal bei Freunden. Sie besuchen die Schule nur noch unregelmäßig; eine klare Lebensplanung ist nicht möglich. Genau hier setzt das Angebot an:

Das Café ist ein warmer Ort, der einen sofort für sich einnimmt, ebenso wie die freundliche und direkte Art der acht Mitarbeiterinnen. Sie betreuen die Mädchen nicht nur während der Öffnungszeiten, sondern helfen ihnen bei der Wohnungssuche, begleiten sie zum Jobcenter, vermitteln in der Schule, sind Elternersatz in allen Lebenslagen. Die Unterstützung geschieht auf Augenhöhe, wenn notwendig auch mit dem Jugendamt zusammen. Oft braucht es lange Zeit, bis die Mädchen sich öffnen und ihre Sorgen mitteilen. Sie müssen erst lernen, Pläne zu machen und Verpflichtungen einzuhalten. Generell gilt das Motto: Keine muss, jede kann. Ein zweiter, ganz wesentlicher Teil der Arbeit des TrebeCafés ist die Präventionsarbeit. So soll gefährdeten Mädchen zum Beispiel frühzeitig vermittelt werden, wo es Hilfsangebote gibt. Ziel dabei ist es, eine drohende Wohnungslosigkeit zu vermeiden und den Ausstieg aus sozialen Netzen wie Schule, Ausbildung, Freundinnen und Freunden zu verhindern. Den Mitarbeiterinnen gelingt es immer wieder, 50 bis 70 Prozent (!) der Mädchen in ein stabiles Leben zu führen. Bei der Finanzierung kommen jährlich 248.000 Euro von der Stadt Düsseldorf, weitere 250.000 Euro müssen über Spenden finanziert werden. Dabei sind Sachspenden ebenso willkommen. Auch der DÄB möchte mit einer Spende diese gute Arbeit zusammen mit dem Freundeskreis des TrebeCafés unterstützen. Weitere Infos: www.freundeskreis-trebecafe.de ◀

*Mitgeteilt durch Dr. med. Wiltrud Kling,
Vorsitzende der Gruppe Düsseldorf*

REGIONALGRUPPE LÜBECK

Treffen zum Thema Berufliches Wiedereingliederungsmanagement (BWM)

Ein Thema, das uns allen im Alltag als Ärztin in der Beratung unserer Patienten, als Arbeitgeberinnen und als Arbeitnehmerinnen begegnen kann. Ein Thema, das trocken klingt, aber uns durch die Referentin Sabine-Zalimoon Wackernagel großartig nähergebracht wurde. „Durch Transparenz, ehrliches Interesse und fachliche Unterstützung profitieren Arbeitgeber und Arbeitnehmer von einer merklich veränderten Motivation, die sich nicht nur im Arbeitsalltag, sondern auch im Miteinander bemerkbar macht. Das ist mir eine Herzensangelegenheit“, so Sabine-Zalimoon Wackernagel, die als Sportwissenschaftlerin für eine Hamburger Firma im Eingliederungsmanagement tätig ist. Sie legte rechtliche und finanzielle Aspekte dar und stellte vor, welche Hilfsmittel beantragt werden können, um einer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Interessant war es zu

erfahren, dass jeder Arbeitgeber – gleichgültig, wie groß oder klein das Unternehmen ist – verpflichtet ist, BMW anzubieten. Beim anschließenden regen Austausch wurde deutlich, wie sehr dieses Thema uns alle angeht. Wir danken dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“, der die Veranstaltung finanziell unterstützt hat. ◀

Mitgeteilt durch Dr. med. Tonia Iblher,
Ansprechpartnerin der Regionalgruppe Lübeck

REGIONALGRUPPE MÜNSTER

Die Rolle der Frau in der Medizin: Herausforderungen im Alltag in Klinik und Praxis



Foto: privat

v.l.n.r.: Regina von Einsiedel, Bettina Pfeleiderer, Antje Flüchter und Solmaz Golsabahi-Broclawski

Pfeleiderer, Vorsitzende der Regionalgruppe Münster, organisiert. Wir danken dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung.

Trotz des schönen Wetters kamen 16 Kolleginnen, um den Vorträgen von Dr. phil. Antje Flüchter, Professorin für Geschichte der Frühen Neuzeit der Universität Bielefeld, und Dr. med. Regina von Einsiedel, Chefärztin des Zentrums für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin (ZPPM), Bad Lippspringe, zuzuhören.

Antje Flüchter schilderte in ihrem Vortrag mit dem Titel „Frauen in der Medizin – Herausforderungen im Wandel der Zeit“, dass die Geschichte von Frauen in der Medizin keine Erfolgsgeschichte war, sondern eine mit Höhen und Tiefen. Im späten 18. und 19. Jahrhundert mit der zweiten Professionalisierungswelle und Institutionalisierung in der Medizin wurden Frauen aus der Medizin ausgeschlossen. Im Vortrag von Frau von Einsiedel mit dem Titel „Mehrfachbelastung(en) und andere Herausforderungen“ wurde auf die von Ärztinnen heute erwarteten Rollen eingegangen. Diskutiert wurde zum Beispiel, welche Folgen Dauerstress hat. ◀

Mitgeteilt von Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Bettina Pfeleiderer,
Vorsitzende der Gruppe Münster

REGIONALGRUPPE SAARBRÜCKEN

Neuwahl der Stellvertreterin der Vorsitzenden

Ende 2018 wurde in der Gruppe Saarbrücken die Kollegin Dr. med. Ingrid Kojan als Stellvertreterin gewählt. Sie ist in einer Gemeinschaftspraxis als Allgemeinärztin mit einer Kollegin in der Gemeinde Heusweiler im Saarland niedergelassen. Eva Groterath wurde als Vorsitzende wiedergewählt. Sie ist Oberärztin in der Kinderklinik des Klinikums Saarbrücken. Bei den Ärztekammerwahlen im Mai 2019 hoffen wir auf eine höhere Quote von Kolleginnen in der Kammerversammlung. ◀

Mitgeteilt von Eva Groterath,
Vorsitzende der Gruppe Saarland/Saarbrücken



DÄB sucht neue Mentorinnen

Mentoring und Networking sind seit jeher feste Bestandteile im Deutschen Ärztinnenbund. Zur besseren Vernetzung zwischen Mentees und Mentorinnen sowie untereinander wurde das seit vielen Jahren bestehende Netzwerk neu aufgestellt. Das Mentoring, das bisher ausschließlich aus einem Tandem von Mentee und Mentorin bestand, wurde durch zwei weitere Säulen, nämlich Training und internationale Vernetzung, ergänzt. Das Mentoring basiert auch weiterhin auf dem unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Mentee und Mentorin. Das Training beinhaltet regelmäßige Netzwerktreffen mit Workshops, in denen verschiedenste Soft Skills vermittelt werden, um auf Führungskompetenzen in der Klinik, im niedergelassenen Bereich und in der Berufspolitik vorzubereiten. Die internationale Vernetzung soll künftig durch Hospitationen und Praktika im Ausland erfolgen.

Aufgrund des großen Interesses an unserem Mentorinnen-Netzwerk benötigen wir dringend Ihre Mitarbeit als engagierte Mentorin. Bitte beachten Sie, dass Mentorinnen nicht zwingend Mitglieder im DÄB sein müssen. Das neue Mentorinnen-Netzwerk wird bei der Eröffnungsveranstaltung beim 36. DÄB-Kongress in Erfurt mit einem Sektempfang gefeiert. Hierzu laden wir alle Mentorinnen und Mentees ganz herzlich ein und freuen uns auf Ihre Mitarbeit. Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.aerztinnenbund.de/MentorinnenNetzwerk.0.176.1.html> ◀



Foto: privat



Foto: privat

Kontakt: Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser (li), Vizepräsidentin des DÄB und Dr. med. Heike Rastrup (re), Schatzmeisterin des DÄB



67! NEUE MITGLIEDER

Wittmann, Laura, 89134 Blaustein
Lehmanski, Franziska, 14770 Brandenburg a. d. Havel
Daum, Barbara Elisa, Dr. med., 34132 Kassel
Siebrecht, Christina, Dr. med., 51503 Rösrath
Goethe, Irmgard, Dr. med., 52074 Aachen
Kussinger, Yvonne, 80995 München
Grauel, Charlotte, 71364 Winnenden
Berbée, Clara, 04275 Leipzig
Böttger-Wurmbach, Petra, Dr. med., 44229 Dortmund
Pressler, Hannah, 55271 Stackeden-Elsheim
Gottkehaskamp, Gotje, 89077 Ulm
von den Driesch, Luisa, 55122 Mainz
Duranceyk, Heidi, Dr. med., 67549 Worms
Gerster, Lisa, 70199 Stuttgart
Wenzel, Sabine, Dr. med., 63486 Bruchköbel
Feld, Anja, 66346 Püttlingen
Sugimoto, Narumi, 35037 Marburg
Binder, Leah-Larissa, 69121 Heidelberg
Perl, Clara, 39112 Magdeburg
Szecsey, Larissa, 93053 Regensburg
Enke, Johanna, 81373 München
Köhler, Karolin, 67434 Neustadt
Behncke, Lisa Marie, 23795 Weede
El-Masri, Laila, Dr. med., 66620 Kastel
Quindeau, Alischa, 40223 Düsseldorf
Angermund, Christine, Dr. med., 45134 Essen
Bourrat, Marietta, 55116 Mainz
Buchen, Alfonsa, Dr. med., 20253 Hamburg
Ullrich, Nora, Dr. med., 48143 Münster
Peters, Heike, Dr. med., 24114 Kiel
Konner, Mariam, Dr. med. Dipl.-Ing., 51427 Bergisch Gladbach
Suárez, Isabelle, Dr. med., 50935 Köln
Brandl, Birgit, Dr. med., 94469 Deggendorf
Pannbäcker, Jana, 45257 Essen
Wenker, Martina, Dr. med., 31134 Hildesheim
Schaad, Laura, Dr. med., 14197 Berlin
Faust, Ulrike, Dr. med. univ., 73525 Schwäbisch Gmünd
Peker-Vogelsang, Julia, 10827 Berlin
Mandel, Linda, Dr. med., 76344 Eggenstein-Leopoldshafen
Bitsch, Sigrid, Dr. med., 66663 Merzig
Imdahl, Sophie, 20457 Hamburg
Adler, Christine, Dr. med., 22143 Hamburg
Lynghjem, Julia, 81371 München
Hofmann, Debora, 55469 Simmern
Weiss, Pia, 90489 Nürnberg
Karentzou, Eireni, 42113 Wuppertal
Stahlkopf, Inga Lena, 45259 Essen
Keller-Mannschreck, Oranna, Dr. med., 73614 Schorndorf
Balbierer, Andrea, 90478 Nürnberg
Gabriel, Eva, 10437 Berlin
Herzog, Regina, Dr. med., 79199 Kirchzarten
Gabriel, Pia, 10437 Berlin
Villnow, Christina, 61476 Kronberg
Beermann, Janna-Luisa, 17489 Greifswald
Orywal, Ann Kathrin, Dr. med., 42109 Wuppertal
Suerdieck, Doris, Dr. med., 38179 Schwülper
Slump, Theresa Maria, 48151 Münster
Eczko, Julia-Christin, 04317 Leipzig
Klein, Patricia, Dr. med., 01257 Dresden
Schütz, Hannah, 64289 Darmstadt
Wolf, Claudia, Dr. med., 49078 Osnabrück
Kotschenreuther, Silke, 86157 Augsburg
Günzel, Judith, 58454 Witten
Beimdick, Stefanie, 44225 Dortmund
Zahn, Selina, 04315 Leipzig
Sowa, Elisabeth, Dr. med., 04157 Leipzig
Alefeld, Marie, 52441 Linnich

WIR GRATULIEREN

Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek, die von Bundespräsident Walter Steinmeier im November 2018 das Verdienstkreuz erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhielt. Professorin Regitz-Zagrosek ist Fachärztin für Kardiologie und Mitbegründerin der Gendermedizin in Deutschland. Sie ist Mitglied im DÄB und hat die erste und bisher einzige Professur für *Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herzkreislauf-Erkrankungen* inne. Sie ist seit 2007 Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin. ◀

Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann, Pharmakologin der Universität Witten/Herdecke und seit 2019 Leiterin des HELIOS Centers for Research & Innovation, wurde von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zum Februar 2019 in einen neuen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen. Der Sachverständigenrat ist das renommierteste Gremium wissenschaftlicher Politikberatung im Gesundheitswesen. Professorin Thürmann hat sich als Pharmakologin vor allem durch ihren geschlechtsspezifischen Blick auf die Pharmakotherapie einen Namen gemacht. ◀



**Deutscher
Ärztinnenbund**
 Informieren. Vernetzen. Gestalten.

Engagement ist ansteckend: Mitglieder werben Mitglieder

Sehr geehrte Kollegin,

Deutschlands Ärztinnen und Zahnärztinnen haben im Deutschen Ärztinnenbund **eine gemeinsame Stimme**. Als Mitglied machen Sie den DÄB stark, dafür bedanken wir uns ganz herzlich. Aber der DÄB muss weiterwachsen, um sich auch in Zukunft erfolgreich in Berufs- und Gesundheitspolitik einzumischen. **Wir brauchen 2019 neue Mitglieder!**

Die Idee: Sie kennen ein potenzielles neues DÄB-Mitglied schon – und zwar persönlich! Sicherlich sind in Ihrem professionellen und persönlichen Netzwerk einige Ärztinnen. Könnten Sie sich vorstellen, eine davon für eine Mitgliedschaft im Deutschen Ärztinnenbund zu gewinnen? **Wenn jedes Mitglied wie Sie ein neues Mitglied werben würde, kämen wir zusammen einen großen Schritt voran.**

Sind Sie dabei? Wir würden uns sehr freuen, wenn Ihr Engagement ansteckend wäre. Alles Weitere zum Thema „Mitglied werden“ finden Interessierte auf unserer Website www.aerztinnenbund.de

Ihr DÄB-Vorstand



Deutscher Ärztinnenbund

Informieren. Vernetzen. Gestalten.

Einladung zur Mitgliederversammlung am 18. Oktober 2019

Anlässlich des 36. Kongresses des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) laden wir Sie hiermit herzlich zur Mitgliederversammlung des DÄB am 18. Oktober 2019 in das Evangelische Augustinerkloster in Erfurt ein.

Tagesordnung:

- Begrüßung
- Feststellen der Beschlussfähigkeit
- Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung
- Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung
- Bericht der Präsidentin und des Vorstands
- Kassenbericht
- Bericht der Kassenprüferinnen
- Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstands
- Wahl der Kassenprüferin
- Anträge zu Satzungsänderungen
- Stiftung Dr. Edith Grünheit
- Anträge
- Kongressort 2021
- Verschiedenes, Ausblick

Neue Videos der Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen (BAG)



Klug.Mutig.Unbeirrt. Der neue Clip der Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen (BAG) handelt vom Kampf der Frauen um das Wahlrecht, den Tricks der Männer mit den Listenplätzen und der Forderung nach Parité.



Agentinnen des Wandels. Die Agentinnen des Wandels spüren in weniger als drei Minuten die zahlreichen Benachteiligungen von Frauen auf und kämpfen für die Gleichstellung.

Zu den beiden Videos geht's hier: <https://www.frauenbeauftragte.org/>



Foto: Privat

Zu Ihrer Information: Anträge für die Mitgliederversammlung

DR. MED. DENT. LORE GEWEHR

Der 36. Kongress des DÄB in Erfurt naht und mit ihm die Mitgliederversammlung (MV), vom Vorstand oft mit gemischten Gefühlen erwartet. Grund dafür könnten anstehende Wahlen sein, aber auch der Tagesordnungspunkt Anträge birgt unvorhersehbares Chaos. Wer von uns erinnert sich nicht mit Schaudern an die MV in Regensburg? Es war die erste MV, die ich im DÄB erlebte: Eigentlich wollte ich daraufhin wieder austreten. Nach einiger Bedenkzeit beschloss ich aber, mich mit der Satzung und ihrer dringend notwendigen Neugestaltung zu befassen. Die Angelegenheiten eines Vereins werden, soweit sie nicht von dem Vorstand oder einem anderen Vereinsorgan zu besorgen sind, durch Beschlussfassung über vorliegende Anträge in einer MV geordnet. Was sind das für Anträge? Leider ist dieser Begriff nur schwammig und unterschiedlich definiert. Deswegen möchte ich hier eine Gliederung vorlegen, die uns bei der MV helfen sollte.

Da es dem Verständnis dient, beginne ich mit dem weitestgehenden Antrag, nämlich dem auf **Auflösung des Vereins**, die aktuell noch nicht einmal angedacht ist: Hierzu gibt es in unserer Satzung in § 16 genaue Bestimmungen: *Die Auflösung des Vereins kann nur in einer für diesen Zweck einberufenen Mitgliederversammlung beschlossen werden. Zur Beschlussfassung bedarf es der Anwesenheit von mindestens einem Viertel der Mitglieder. Der Beschluss ist mit Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitglieder zu fassen. Die Einladung zu dieser Mitgliederversammlung erfolgt schriftlich mindestens einen Monat vor dem Versammlungstermin.* Auch der nächste Antrag, der auf **Satzungsänderungen**, ist in § 14 klar formuliert: *Anträge auf Satzungsänderung sind mindestens vier Monate vor der Mitgliederversammlung an den Bundesvorstand zu richten und müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Sie müssen im Mitteilungsorgan mindestens einen Monat vor der Mitgliederversammlung bekannt gegeben werden. Die Änderung der Satzung benötigt einen Zweidrittelmehrheitsbeschluss der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.*

Nun wird es allmählich komplizierter: Beschlussfassungen über **Angelegenheiten von wesentlicher Bedeutung**, wozu es in der Satzung keine Regelung gibt, müssen rechtzeitig vor der Versammlung allen Mitgliedern zum Beispiel als Tagesordnungspunkt angekündigt werden. Das Mitglied muss die Mög-

lichkeit haben, sich zum Thema sachkundig zu machen, um dann gut überlegt entscheiden zu können. Dazu ist es sinnvoll, die zum Antrag gehörende Begründung ebenfalls zu verschicken. Dazu heißt es in der Satzung § 8, Abs. 4: *Aus den Reihen der ordentlichen Mitglieder können bis spätestens sechs Wochen vor dem Termin der Mitgliederversammlung Anträge auf Ergänzung der Tagesordnung gestellt werden. Entsprechende Anträge mit Begründung sind schriftlich an den Vorstand des Vereins zu richten. Dieser hat die Tagesordnung entsprechend zu ergänzen, wenn der Antrag von mindestens fünf ordentlichen Mitgliedern durch Unterzeichnung des Antrags unterstützt wird.* Und in § 8, Abs. 9 heißt es: *Bei der Beschlussfassung entscheidet die einfache Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der Präsidentin bzw. einer ihrer Stellvertreterinnen.*

Jetzt komme ich zu den schwierigen **Spontananträgen**, also den erst in der Versammlung gestellten Anträgen, die meist als Zeichen gelebter Basisdemokratie gelten, oft zu unkontrollierten Diskussionen führen und einen Abbruch der Versammlung bewirken können. Bei unvorhersehbaren politischen oder medizinischen Geschehnissen aber müssen Spontananträge möglich sein, um schnell reagieren zu können. Solche Anträge werden allerdings eher die Ausnahme sein. § 4 Abs. 3 der Geschäftsordnung dazu: *Über Einsprüche und Änderungen der Tagesordnung entscheidet die Versammlung mit Zweidrittelmehrheit.*

Es gibt aber auch andere, erst in der Versammlung zu stellende Anträge, nämlich **Änderungsanträge** zu Themen, die auf der Tagesordnung stehen, über die dann in ursprünglicher oder geänderter Form abgestimmt werden kann. Die gängigste Form der Anträge während der MV sind die **Anträge zur Geschäftsordnung**, sicher allen bekannt und nachzulesen in der Geschäftsordnung für die MV des DÄB e.V. in § 6.

Ich hoffe, die Unterschiede der Anträge für die MV für Sie so weit verdeutlicht zu haben, damit in Erfurt eine entspannte Mitgliederversammlung stattfinden kann. ◀

Dr. med. dent. Lore Gewehr war langjährig im Vorstand des Deutschen Ärztinnenbundes tätig.



Foto: Privat

Klubs gegen die Mauer des Schweigens

ELEANOR ANN NWADINOBİ

Frauen und Mädchen in Nigeria sind nach Gewalttaten stigmatisiert und isoliert. Mit Friedensklubs – einem sichereren Ort zum Reden, Spielen und Lernen, wie man mit Gewalt umgeht und sie vermeidet – ist es gelungen, das Schweigen zu brechen.

Nigeria ist eine männlich dominierte Gesellschaft. Jede dritte Frau zwischen 15 und 24 Jahren wird Opfer von Gewalt. Aus Scham zeigt kaum eine die Übergriffe an. Die Opfer leben hinter einer Mauer des Schweigens, oft von der Gesellschaft stigmatisiert. Die bewaffneten Konflikte im Land haben die Lage der Frauen und Mädchen weiter verschlechtert. Zwangs- und Frühverheiratungen, Entführungen, Vergewaltigungen und erzwungene Selbstmordattentate sind gängige Kriegsmittel, speziell für die islamistische Terrororganisation Boko Haram. Sie wütet seit rund 15 Jahren im Nordosten des westafrikanischen Landes.

Ein sicherer Ort

Einen geschützten Ort schaffen wollten internationale Hilfsorganisationen mit Friedensklubs. Diese geben Frauen und Mädchen Räume, in denen sie sich sicher fühlen und Geschehenes verarbeiten können. Bis zur Entführung von 200 Mädchen aus einer Schule in Chibok durch Boko Haram waren Schulen die bevorzugten Orte für die Treffen der Friedensklubs. Heute setzt man auf mobile Klubs, unweit der Wohnorte der Betroffenen. Das kann in einem unfertigen Gebäude, unter einem Baum

oder im Haus eines lokalen Dorfführers sein. Oft sind es Orte in der Nähe von Lagern für intern Vertriebene, wo psychosoziale Hilfe dringend nötig ist. (...)

Lernen fürs Leben

40 Friedensklubs sind zwischen 2012 und 2017 im Rahmen des von Großbritannien finanzierten Programmes Stability and Reconciliation entstanden. Ihr nachhaltiger Erfolg sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst: Deren Einfluss auf die Gemeinschaft ist wegweisend. Die im Klub erlernten Fähigkeiten brauchen sie ihr ganzes Leben lang. ◀

Die Ärztin Eleanor Ann Nwadinobi setzt sich für die Menschenrechte ein. Als President Elect wird sie bei den nächsten Präsidentschaftswahlen der MWIA zur Präsidentin gewählt. Sie war Frauen- und Mädchenbeauftragte im Programm „Nigeria Stability and Reconciliation“ und hat die Friedensklubs in Nigeria mit aufgebaut. Der nachgedruckte Artikel ist in den WELTNACHRICHTEN, einem Magazin der Austrian Development Agency, in der Ausgabe 3/2018 erschienen.

MWIA-Update Dezember 2018 und März 2019

In vier Monaten steht die 100-Jahr-Feier der MWIA bevor. Die Vorbereitungen sind mit Publikationen zur Geschichte der MWIA und vielen Rezepten aus aller Welt im vollen Gange. Sie sind herzlich eingeladen, Ihr Lieblingsrezept mit Ihrem Namen als Worddokument und einem Foto Ihres Rezepts einzusenden. Eine Vorlage (templated provided) finden Sie unter: https://mwia.net/centennial_articles/

Das Jubiläumsbuch „100 Jahre auf 100 Seiten“ mit Fotos und Beiträgen aus 37 MWIA-Mitgliedsstaaten befindet sich in der Endphase. Alle Kongressbesucher*innen erhalten eine Kopie kostenfrei auf einem Memory Stick. Zusätzlich kann das Buch auch als gedrucktes Souvenir für 10 USD erworben werden.

Um dies zu finanzieren, wurde eine Fundraisingkampagne gestartet, an der sich bisher 540 Spenderinnen beteiligt haben. „Wir freuen uns über jede Spende und bedanken uns sehr herzlich“, so MWIA-Präsidentin Bettina Pfeleiderer. Das Kongresskomitee arbeitet mit Hochdruck an einem spektakulären Programm. Sie sind alle herzlich eingeladen, sich noch kurzfristig zum MWIA-Jubiläumskongress vom 25. bis 28. Juli 2019 in New York City anzumelden:

<https://www.amwa-doc.org/mwia> 100/ ◀

Mitgeteilt durch Dr. med. Gudrun Günther,
Beisitzerin im Vorstand des DÄB und National Coordinator
für die MWIA

E-Mail: gudrun.guenther@kinderkliniken.de

36. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes

17.– 20. Oktober 2019 in Erfurt



Sehr geehrte Kollegin,

im Oktober 2019 laden wir Sie zum 36. Kongress des DÄB in das Augustinerkloster in Erfurt ein.

Unser Kongress steht auch in diesem Jahr unter dem Motto:

Wir mischen uns ein in Berufs- und Gesundheitspolitik

Das **Programm** folgt in Kürze auf unserer Homepage www.aerztinnenbund.de



Deutscher
Ärztinnenbund

Informieren. Vernetzen. Gestalten.