

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Das Mutterschutz-Dilemma –
und wie es sich lösen lässt



Inhalt

- 03 **Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 04 **Gastbeitrag**
Prof. Dr. med. Britta Siegmund
 Der Anteil der DFG-geförderten Medizinerinnen wächst
- 05 **Schwerpunkt: Das Mutterschutz-Dilemma –
 und wie es sich lösen lässt**
PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
Prof. Dr. jur. Katja Nebe
Prof. Dr. med. Detlef K. Bartsch
anonymisierter Bericht einer jungen Ärztin
- 12 **Sabine C. Jenner, M.A.; Dr. phil. Christine Kurmeyer**
 Schutz und Prävention vor sexueller Belästigung an der Charité
- 14 **Dr. med. Dagmar Hertle**
 Interprofessionelle Schwangerenvorsorge:
 Kein Abrechnungs- oder Haftungsproblem für Frauenärztinnen
- 16 **Dr. med. Svenja Sliwinski**
 Frauen in der Chirurgie im Digitalisierungsprozess
- 17 **Bewegung in der Genderdebatte in der Chirurgie**
- 18 **Aus dem Verband**
Dr. med. Ulrike Berg; Dr. med. Tonia Iblher
 Frauen gesundheitlich vom Klimawandel stärker
 betroffen als Männer
- 20 **Junges Forum: Interview mit Lina Mosch über Veränderungen
 durch die Digitalisierung der Medizin – aus Sicht junger Ärztinnen**
- 21 **Dr. med. Olga Herschel**
 Buchbesprechung: Einmalig breites Kompendium zur Zukunft
 der Frauen in der Medizin
- 22 **Neue Mitglieder • Mitgliederversammlung • Wir gratulieren**
- 23 **Dr. PH Benjamin Kuntz**
 150. Geburtstag von Hermine Heusler-Edenhuizen:
 Gründungsvorsitzende des Bundes Deutscher Ärztinnen
- 24 **Aufruf: Themen und Material für 100 Jahre Ärztinnenbund**

ärztin

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

Herausgegeben vom

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

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

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

Redaktionsausschuss:

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

Geschäftsstelle des DÄB

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

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

Grafikdesign:

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

Druck:

Umweltdruck Berlin GmbH
 Sportfliegerstr. 5, 12487 Berlin



Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr.
 Heftpreis 5 Euro. Bestellungen werden von der
 Geschäftsstelle entgegengenommen.
 Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Be-
 zugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
 Redaktionsschluss der Ausgabe 02/2022:
 30. Juni 2022

Fotos:

S. 1: 123rf_sheeler, S. 5: 123rf_kittikornphongok,
 S. 8: 123rf_donot6, S. 10, 12, 13, 15, 16: Unsplash,
 S. 17: 123rf_jeep5d, S. 18: 123rf_alohaflaminggo,
 S. 19: 123rf_manpeppe, S. 20: 123rf_rumkavodki,
 S. 21: 123rf_gmast3r

Haftungsbeschränkung

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

“

Liebe Kolleginnen,

in der vorliegenden Ausgabe der **ärztin** beschäftigen wir uns in der Titelstrecke (ab S. 5) mit einem der aktuell wichtigsten Themen für junge Ärztinnen. Schwangerschaft verlängert für sie – zum Teil schon während des Studiums – durch die Beschäftigungsverbote die zeitlichen Abstände gegenüber Ärzten bis zur Facharztanerkennung. Ein Kind zu erwarten ist damit einer der Hauptgründe für den Karriereknick bei Ärztinnen.

Das Thema Mutterschutz betrifft auch die Kolleg:innen, die bei einem Beschäftigungsverbot die anfallenden Aufgaben und ausfallenden Dienste übernehmen und abfedern müssen. Das wird oft als Argument herangezogen, um eine schwangere Kollegin möglichst rasch und konsequent aus der Planung zu nehmen. Kein Wunder also, dass sich immer noch viele Ärztinnen entscheiden, ihre Schwangerschaft erst mal gar nicht oder sehr spät zu melden. Das konterkariert natürlich den Sinn der Mutterschutz-Gesetzgebung.

Erstaunlich ist für mich, dass sich die Arbeitgeber:innen trotz des Ärzt:innenmangels nicht stärker dafür einsetzen, die Schwangere zu unterstützen und sie sich als Arbeitskraft zu erhalten. Wie der Begriff Ärzt:innenmangel ja verdeutlicht, müsste außerdem die Gesellschaft daran interessiert sein, dass schwangeren Ärztinnen, die weiterarbeiten wollen, ein Weg bereitet wird, dies zu tun. Und zwar ohne dass sie damit sich und das Kind gefährden. Nichts anderes sollte die Novellierung der Mutterschutz-Gesetzgebung erreichen. Gut gedacht ist hier aber nicht gut gemacht und für Frauen im Gesundheitswesen hat sich die Novellierung eher zu einem Bumerang entwickelt.

Wir fordern eine Besserung. Natürlich darf diese aber nicht dazu führen, dass nun psychischer Druck auf diejenigen Schwangeren ausgeübt würde, die nicht weiterarbeiten möchten, weil sie Bedenken wegen des Kindes haben. Das darf nicht passieren! In unserem Heft stellen wir uns dem Spannungsfeld zwischen der Freude von Schwangeren, bald Mutter zu werden, und den Problemen, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen, so dass – wie auf unserem Titelbild – mancher ärztliche Arbeitsplatz leer bleibt.



Foto © J. Rolles

Im Heft finden Sie außerdem andere wichtige Themen, die den DÄB seit Jahren beschäftigen. Der Blick auf Gendermedizin, Digitalisierung, die Problematik sexueller Übergriffe im beruflichen Umfeld und der Blick in die Geschichte des DÄB werden Sie hoffentlich ebenso faszinieren wie mich.

Die Mitgliederversammlung hat die Mitgliedschaft bei KLUG beschlossen (S. 18–19), damit der Deutsche Ärztinnenbund auch ein sichtbares Zeichen für Klima und Gesundheit setzt. Ein neuer Ausschuss ist für das Thema zuständig und Ihre Mitarbeit ist erwünscht! Wir arbeiten auch an weiteren Ausschüssen, so dass sich Mitglieder insgesamt einfacher beteiligen können. Auch bei diesem Prozess ist Ihre Mitwirkung erwünscht! Schauen Sie einfach demnächst mal auf die Homepage und erkunden Sie die neuen Mitmach-Optionen.

Und last, but not least sind wir von der Situation des Krieges in der Ukraine auch sehr betroffen und haben überlegt, wie wir Hilfe bieten können. Möglichkeiten für Hilfen und Spenden gibt es viele mit finanziellem und/oder persönlichem Einsatz. Ärztinnen und Ärzte in der Ukraine benötigen Medikamente und andere Materialien für die Gesundheitsversorgung. Hier möchte ich unter anderem auf „Aktion Medeor“ und „I.S.A.R. Germany“ (International Search and Rescue) aufmerksam machen, falls Sie noch eine diesbezügliche Spendenoption suchen.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie weiter gut durch die Pandemie kommen und wünsche uns allen, dass die Weltgemeinschaft einen Weg findet zum Frieden, um das Leid zu verringern.

Mit kollegialen Grüßen

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

”



Foto: © Leopoldina

Der Anteil der DFG-geförderten Medizinerinnen wächst

PROF. DR. MED. BRITTA SIEGMUND

Genderforschung? Chancengleichheit für Frauen in der Wissenschaft? Unter anderem bei solchen Themen kommt der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eine wichtige Rolle zu.

Die Gleichstellung von Männern und Frauen in der Wissenschaft ist in der Satzung der DFG verankert und stellt damit ein zentrales Ziel dar. Als Konsequenz wurden bereits 2008 die „Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards“ als Selbstverpflichtung verabschiedet (dfg.de/foerderung/grundlagen_rahmenbedingungen/chancengleichheit/gleichstellungsstandards). Dazu existiert ein qualitatives Berichtswesen und zu zwei Schwerpunktthemen (Rekrutierungsverfahren zur Gewinnung von Wissenschaftlerinnen, Entlastung von Wissenschaftlerinnen für die Gremienarbeit) gibt es seit 2020 Empfehlungen, um noch weiter voranzukommen.

Anstieg um 5 Prozent

Schaut man auf die DFG-Geförderten in der Medizin, hat der Anteil der Bewilligungsempfängerinnen in der Einzelförderung in den letzten zehn Jahren erfreulich zugenommen, nämlich um 5 Prozentpunkte auf 30,8 Prozent. Es ist aber auch richtig, dass in der Medizin der Dropout von Wissenschaftlerinnen besonders hoch ist.

Um dies zu verbessern, sind auch bessere Rahmenbedingungen erforderlich. Maßnahmen, die hierzu beitragen, sind unter anderem die durch die Senatskommission für Grundsatzfragen der Klinischen Forschung initiierten DFG Clinician Scientist-Programme. Sie erlauben eine größere zeitliche Planbarkeit der wissenschaftlichen Arbeit und sind an vielen Standorten etabliert. Darüber hinaus unterstützt die DFG Forscherinnen und Forscher aller Disziplinen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Ausgleich des Ausfalls oder bei einer Teilzeittätigkeit der Projektleitung aus familiären Gründen oder des im Projekt beschäftigten Personals. In verschiedenen Projektarten kann hier eine spezielle Pauschale für Chancengleichheitsmaßnahmen beantragt werden. Für die Medizin hat die DFG mit den Clinician Scientist-Programmen somit einen wichtigen Akzent gesetzt. Sie strukturieren universitätsmedizinische Laufbahnen und erlauben eine bessere Planbarkeit von Karrieren in einem hoch kompetitiven Umfeld.

Verteilung der Gelder

Grundsätzlich besteht die Besonderheit der DFG jedoch darin, Forschungsvorhaben in allen Wissenschaftsbereichen zu fördern. Die Lebenswissenschaften spielen mit rund 1,2 Mrd. Euro Fördervolumen im Jahr 2020 eine wichtige Rolle: Das ist etwas mehr als ein Drittel der laufenden Förderung. Die Forschungsthemen werden von den Wissenschaftler:innen bestimmt und nach Qualität und Qualifikation der Antragstellenden von Forschenden begutachtet. Natürlich kann es hierbei auch von der Wissenschaft getriebene, themenbezogene Ausschreibungen geben, wie im Format der Schwerpunktprogramme oder aber durch die Kommission für Pandemie-forschung die Fokus-Förderungen für die aktuelle Pandemie. Beide Beispiele gelten für alle Wissenschaftsbereiche.

Genderforschung im Blick

Was die Gendermedizin angeht, so ist klar: Nicht nur die gendermedizinischen Aspekte, sondern auch die Diversität sind kritische Aspekte in wissenschaftlichen Projekten, die lange nicht ausreichend Aufmerksamkeit erfahren haben. Die Antragstellenden werden nun aber angehalten, zur Relevanz dieser Punkte für ihr spezifisches Forschungsvorhaben Stellung zu nehmen. Dies steht in Übereinstimmung mit dem Kodex „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der DFG. Darüber hinaus hat die DFG eine umfangreiche Informationswebseite mit Begriffserklärungen, einer Checkliste sowie Beispielen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen veröffentlicht, um die Relevanz des Themas allen zu verdeutlichen (dfg.de/foerderung/grundlagen_rahmenbedingungen/vielfaeltigkeitsdimensionen). ◀

Prof. Dr. med. Britta Siegmund ist Direktorin der Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie an der Berliner Charité. Seit 2019 ist sie außerdem Vizepräsidentin der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

E-Mail: britta.siegmund@dfg.de



Foto: © Oliver Kraus

Mutterschutz: Quo vadis?

PD DR. MED. BARBARA PUHAHN-SCHMEISER

43 Prozent der Medizinstudentinnen und Ärztinnen sehen ihre berufliche Entwicklung behindert, weil ihr Aufgabenbereich umgestaltet wird, sobald sie eine Schwangerschaft bekannt geben. Dieses Ergebnis einer Umfrage des DÄB ist besorgniserregend. Der Ärztinnenbund hat inzwischen mehrere Initiativen angestoßen, um die Situation zu bessern.

Seit 01. Januar 2018 ist das novelierte Mutterschutzgesetz in Kraft. Es sollte eine diskriminierungsfreie Teilhabe von schwangeren, stillenden und jüngst entbundenen Frauen an ihrem Arbeitsplatz bewirken. Allerdings werden nun schwangeren und stillenden Ärztinnen meist Tätigkeiten zugewiesen, die zum Teil berufsfremd und meistens nicht weiterbildungsrelevant sind. Viele werden sogar direkt ins Beschäftigungsverbot geschickt. Für manche Schwangere beginnt der Karriereknick bereits im Studium, weil sie bestimmte Kurse nicht mehr belegen können oder nicht mehr „am Patienten“ arbeiten dürfen.

Spielraum für Willkür

Juristische Formulierungen im Gesetztext sind nicht eindeutig und daher weit auslegbar. Das macht es für Arbeitgeber:innen schwer, Schwangere weiter zu beschäftigen – selbst bei fundierter Gefährdungsbeurteilung, gewissenhafter Umgestaltung der Arbeitsbedingungen und Einhaltung strenger Schutzmaßnahmen. Nicht selten halten beaufsichtigende Behörden Restrisiken für nicht gänzlich ausgeschlossen und bescheiden daher die Gefährdungsbeurteilung negativ. Noch komplizierter ist die Situation, weil die Bewertung in verschiedenen Regionen Deutschlands ganz unterschiedlich erfolgt – und zudem individuell davon abhängt, wer einen solchen Vorgang bearbeitet.

Der DÄB engagiert sich für die weiterbildungsrelevante Weiterbeschäftigung von schwangeren Ärztinnen, die bei normal verlaufender Schwangerschaft weiter mit Kontakt zu Patient:innen sicher tätig sein möchten. Wir sind im Bundesausschuss für Mutterschutz vertreten, der jedoch nur langfristig zu einem Ergebnis führen wird. Um schneller Verbesserungen zu erreichen, hat der DÄB im Sommer 2021 die Ärztekammern sowie Fach- und Berufsverbände zur Unterstützung unseres Anliegens aufgerufen. Die daraus entstandene Unterstützerliste findet sich auf der DÄB-Website.

Ende 2021 haben wir einen gemeinsamen Brief mit der Bundesärztekammer, dem Deutschen Pflegerat und dem Deutschen Hebammenverband an drei Bundesministerien (BMG, BAM, BMFSFJ) sowie an die gesundheitspolitischen Ausschüsse der Koalitionsparteien verschickt, um auf die Missstände aufmerksam zu machen. Kürzlich erfolgte zudem ein Aufruf, uns Positiv-Beispiele zu melden von Kliniken, Krankenhaus-Abteilungen und Arztpraxen, die den Mutterschutz im Sinne der schwangeren Frauen umsetzen. Ein solches Beispiel finden Sie auf S. 9. Ziel ist es, daraus eine Liste von Best-Practice-Beispielen zu erstellen, um damit auch anderen Arbeitgebern Vorbilder zu liefern, wie es zu schaffen ist, dass schwangere Ärztinnen gut geschützt ihrer Arbeit nachgehen können.

Wir fordern, dass notwendige Schutzmaßnahmen ergriffen werden, um die Arbeitsbedingungen gesundheitlich sicher zu gestalten und so eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Pauschale Beschäftigungsverbote müssen vermieden werden, um die Gesetzesnovelle ihrem Sinn gemäß umzusetzen.

Es besteht Rechtsanspruch

In einer Zeit des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist es nicht hinnehmbar, dass hochmotivierte und gut ausgebildete Beschäftigte nicht weiterarbeiten dürfen, obwohl die Risikolage verantwortbar ist. Ein Nullrisiko existiert nirgendwo für Schwangere, folglich kann das kein Argument sein. Frauen aus der Retraditionalisierungsfalle holt nur, wer den Mutterschutz konsequent in den betrieblichen Arbeitsschutz integriert und Lösungen sucht. Auf einen Mutterschutz, der beiden Schutzanliegen gleichermaßen gerecht wird, haben Frauen einen Rechtsanspruch (S. 6 ff.). Staat und Gesellschaft sind in der Pflicht. Die Benachteiligung von Frauen, die das Gesundheitswesen maßgeblich stützen und am Laufen halten, muss enden. ◀

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser ist Vizepräsidentin des DÄB und im Vorstand zuständig für das Thema Mutterschutz.

E-Mail: barbara.schmeiser@aerztinnenbund.de



Foto: © Markus Scholz

Diskriminierungsfreier Mutterschutz: Mut und Erkenntnisforschung zur verantwortungsvollen Gestaltung

PROF. DR. JUR. KATJA NEBE

Gesundheitsschutz darf nicht einseitig Frauen von ihrer beruflichen Teilhabe ausschließen. Diese Erkenntnis wurde in Deutschland jedoch lange nicht auf den Mutterschutz übertragen. Die Abkehr von der paternalistischen Aussperrung, die aktuell Ärztinnen als diskriminierend erleben, ist überfällig. Eine juristische Betrachtung.

Frauen haben dieselben Rechte wie Männer. Falls die Gleichberechtigung der Geschlechter nicht erreicht ist, müssen Staat und Gesellschaft tätig werden. Frauen haben das Recht auf freie Berufswahl und Berufsausübung und damit auch auf Berufsbildung wie Männer. All dies ist verfassungsrechtlich verankert. Faktisch ist der Weg vom Medizinstudium zur Chefärztin oder Medizinprofessorin für viele Frauen bis heute steiniger als für Männer.

Frauenfördernd wirkt sich die Nachfrage nach Fachkräften aus. Nicht selten ziehen Klinikleitungen und Medizinerinnen an einem Strang, wenn es um Kontinuität in der Ausbildung und Beschäftigung geht. Die Perspektiven der beiden Seiten unterscheiden sich allerdings bisweilen deutlich. Was sich aus weiblicher Sicht als Durchsetzung eines Menschenrechts darstellt, ist aus personalwirtschaftlicher Sicht eine ökonomische Kennzahl.

Aufgabe von Verfassungsrang

Nicht erst seit der gesetzgeberischen Reform des Mutterschutzrechts im Jahr 2017 treten im oben beschriebenen Zusammenhang besondere Herausforderungen zutage. Frauen und ihre (ungeborenen) Kinder müssen vor den gesundheitlichen Risiken während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in der Stillphase besonders geschützt werden. Die Vulnerabilität und der damit verbundene besondere Gesundheitsschutz von (werdender) Mutter und (ungeborenem) Kind sind unbestritten. Ebenso wie die Geschlechtergleichstellung sind sie eine Aufgabe von Verfassungsrang.

Jahrzehntelang galten dazu fürsorgliche Beschäftigungsverbote als das zentrale Schutzinstrument. So war es im Mutterschutzgesetz der Bundesrepublik seit 1952 bis zur jüngsten Gesetzesreform nahezu unverändert geregelt. Die gesamte Rechtssystematik war auf einen Mechanismus ausgelegt: Mitteilung der Schwangerschaft und Ausspruch eines Beschäfti-

gungsverbotes mit gleichzeitigem Entgeltersatzanspruch für abhängig beschäftigte Frauen.

Seit den 1970er Jahren jedoch wurde über die negativen Wirkungen speziell frauenschützender Normen diskutiert. Bekannt ist vor allem die Aufhebung des gesetzlichen Nachtarbeitsverbotes allein beschränkt auf Frauen. Gesundheitsschutz darf nicht einseitig Frauen von ihrer beruflichen Teilhabe ausschließen. Diese Erkenntnis wurde in Deutschland nicht auf den Mutterschutz übertragen. Die Stimmen für einen diskriminierungsfreien Mutterschutz erlangten erst im Zuge der Reform des Mutterschutzrechts Gehör und Gewicht.

Anpassung vor Verbot

Seit 1.1.2018 gilt gemäß Paragraf 1 des Mutterschutzgesetzes, dass Frauen durch mutterschutzspezifische Maßnahmen in Ausbildung und Beruf nicht benachteiligt werden dürfen. Das Mutterschutzgesetz ist gegenüber dem Normbestand aus 1952 deutlich modernisiert worden. Heute lässt sich der mit dem Mutterschutzrecht bezweckte Mechanismus auf folgende Formel komprimieren: „Kommunikation der Risiken und Schutzmaßnahmen auf Basis der Gefährdungsbeurteilung und zusätzliche Anpassung der Beschäftigungssituation bei Eintritt eines Mutterschutzfalls.“

Die Abbildung rechts zeigt den Kreislauf der Präventionsmaßnahmen. Dabei spielen die – noch sogenannten – Beschäftigungsverbote erst als letztes Mittel eine Rolle. Besser bezeichnet wären sie als Expositionsverbote. Demnach kommt eine Freistellung von der gewohnten Tätigkeit überhaupt erst in Betracht, wenn sich eine Gefährdung nicht durch andere Gestaltungs- oder Anpassungsmaßnahmen beseitigen lässt. Die Rangfolge der gesetzlich vorgesehenen Schutzmaßnahmen – Umgestaltung der Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzwechsel und zuletzt ein Beschäftigungsverbot – dient der gleichberechtigten Teilhabe der Frau an Ausbildung und Beschäftigung.



Bereits einige Urteile

Gerichtlich ist geklärt, dass der vorschnelle oder automatische Ausspruch eines Beschäftigungsverbots eine unzulässige Diskriminierung der betreffenden Frau darstellt. Ebenso ist gerichtlich geklärt, dass das Unterlassen der präventiven Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, und damit vor allem das Unterlassen der Gefährdungsbeurteilung, eine diskriminierende Behandlung darstellt.

Gründe für Rückschritt

Wenn all dies normativ so gut fundiert und auch so eindeutig judiziert wird: Warum mehrten sich dann seit der Reform die Stimmen, die von Rückschritten beim Mutterschutz sprechen? Ohne pauschalisieren zu wollen und zu dürfen, lassen sich mehrere Gesichtspunkte anführen: Das Reformvorhaben ist gewaltig, denn jahrzehntelang wurde es versäumt, Praxiswissen für einen teilhabesichernden Mutterschutz zu sammeln.

Schon mit der Reform im allgemeinen Arbeitsschutz durch das 1996 mit gänzlich neuem Leitbild eingeführte Arbeitsschutzgesetz hat sich gezeigt, wie anspruchsvoll der Lernprozess für den kulturellen Wandel ist. Die vorausschauende betriebliche Arbeitsschutzorganisation braucht handhabbare Instrumente, kommunikationsbereite und gut vernetzte Akteur:innen sowie den fortlaufenden arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisprozess. Noch heute gibt es zahlreiche Betriebe ohne allgemeine Ge-



Büroarbeit statt Operationen: Das ist nicht im Sinne des teilhabesichernden Mutterschutzes und muss nach Möglichkeit vermieden werden

fährdungsbeurteilung. Die Folge sind erhöhte Fehlbeanspruchungen und Arbeitsausfallzeiten. Wiederum funktioniert Mutterschutz dort besser, wo bereits der betriebliche Arbeitsschutz insgesamt kommunikativ aufgestellt ist.

Institutionen sind gefordert

Die Erkenntnis ist eindeutig: Mutterschutz muss als systemischer Teil des präventiven und kommunikativen Arbeitsschutzes umgesetzt werden. Aufsichtsbehörden, einschließlich der Berufsgenossenschaften, müssen Betriebe, Belegschaften, Interessenvertretungen und sonstige Verantwortliche in der Anwendung des teilhabesichernden Mutterschutzes unterstützen. Die mit dem gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisgewinn betrauten Institutionen müssen zügig die Lücken in der Forschung schließen. Gefordert sind hier vor allem die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Ausschuss für Mutterschutz am Bundesfamilienministerium. Die betrieblichen Akteur:innen brauchen klare Erkenntnisse über die Risiken und geeigneten Schutzmaßnahmen im Mutterschutzfall. Die Verbreitung der Leitlinien der Kommission ist nur ein erster, aber wichtiger Schritt, um das neue Leitbild zu kommunizieren. (https://www.llv.li/files/avw/pdf-llv-avw-technik-as-kom2000_466de01.pdf)

Auswüchse des Ist-Zustands

Der Handlungsbedarf ist dringlich. Wenn Verantwortliche – etwa Vorgesetzte, Betriebsärzt:innen, Aufsichtsbeamt:innen – pauschale Tätigkeitsverbote aussprechen, statt auf fundierte

Gefährdungsbeurteilungen zu setzen, werden Frauen genötigt, ihre Schwangerschaft zu verschweigen, um keine beruflichen Nachteile zu erleiden. Dabei bleibt der Mutterschutz auf der Strecke, im schlimmsten Fall mit unerkannten Risiken für Mutter und Kind. Zu beobachten sind zudem Fälle, in denen Schwangere nur weiterbeschäftigt werden, wenn sie ihre Arbeitgeber:innen und Vorgesetzten von etwaiger Haftung freistellen. All das stellt die Rechtslage auf den Kopf und ignoriert fundierte Erkenntnisse, wie sich risikoarmes Arbeiten im Gesundheitssektor ermöglichen lässt.

Rechtswidrige Praktiken

Prävention, Rehabilitation und Entschädigung sind allesamt Aufgaben der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber beziehungsweise der Unfallversicherung. Auch eine berufsbedingte Schädigung der Leibesfrucht, falls das trotz aller verantwortlicher Weiterbeschäftigung passiert, löst wie jede(r) andere Arbeitsunfall/Berufskrankheit die Versicherungsleistungen der Unfallversicherung aus. Arbeitgeber sind durch die gesetzliche Unfallversicherung weitestgehend von der eigenen Haftung befreit. Diese seit über 120 Jahren normierte sozialpolitische Lösung gilt natürlich auch für arbeitende Frauen.

Auch wenn der Gesetzgeber seine Reform des Mutterschutzgesetzes nicht an die Unfallversicherungsträger adressiert hat, sind diese dringend gefordert, den genannten rechtswidrigen Praktiken über die vermeintliche individuelle Haftung der Frauen entgegenzutreten und sich in den überfälligen Prozess zur Entwicklung gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse einzubringen.

Fazit: Frauen mit Pioniergeist brauchen die Unterstützung aller Akteur:innen, damit sie ihre Fähigkeiten entfalten können, ohne sich oder ihr (werdendes) Kind zu schädigen. ◀

Prof. Dr. jur. Katja Nebe hat den Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht, Recht der Sozialen Sicherheit an der Universität Halle-Wittenberg inne. Die rechtswissenschaftliche Bewertung von Fragen zur Teilhabe an Arbeit ist ihr Schwerpunkt.

E-Mail: katja.nebe@jura.uni-halle.de



Foto: © UKGM Gießen-Marburg

Operieren in der Schwangerschaft: Es kann möglich sein

PROF. DR. MED. DETLEF K. BARTSCH

Um operative Fächer für Frauen weiter attraktiv zu machen, müssen für die Kolleginnen vernünftige Rahmenbedingungen herrschen, die eine an die jeweilige persönliche Situation angepasste Facharztausbildung sicherstellen. Darum war es für mich als Direktor einer chirurgischen Universitätsklinik unerlässlich, Lösungen für den Mutterschutz zu finden.

Im Jahr 2020 waren von den 101 712 Medizinstudierenden in Deutschland rund zwei Drittel Frauen. Der Zuwachs an weiblichen Chirurgen betrug in den Jahren 2012 bis 2020 fast 40 Prozent. Insbesondere die operative Weiterbildung während der Schwangerschaft stellte lange Zeit ein großes Problem dar: Das in meinen Augen unzeitgemäße Mutterschutzgesetz von 1952 führte dazu, dass sich viele Chirurgen gezwungen sahen, ihre Schwangerschaft erst spät bekannt zu geben. Wurde sie offiziell, führte das zu einem strikten Operationsverbot und damit zu einer Verzögerung der Facharztweiterbildung und auch zu Einschnitten in der Karriereplanung.

Als Erstes: Genauer Plan

Anfang 2018 wurde das Mutterschutzgesetz endlich angepasst. Dies öffnete auch der Chefetage die Möglichkeit, die Facharztausbildung im OP trotz einer Schwangerschaft weiter anzubieten. Dennoch war der Weg durch die Regularien nicht einfach. Wir mussten zunächst gemeinsam mit dem betriebsärztlichen Dienst und der Klinik für Anästhesie einen Plan erarbeiten, um das neue Gesetz in der Universitätsklinik in Marburg umzusetzen. In der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie wurden folgende Eckpunkte definiert, konsentiert und bis zur Corona-Pandemie umgesetzt:

Das Arbeiten im OP erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch der Chirurgen. Die OP-Dauer durfte maximal 3 Stunden nicht überschreiten. Eingriffe wurden klar definiert (etwa Struma, Galle, Leistenhernie, Hemikolektomie rechts). Alle Patient:innen für diese elektiven Operationen mussten zuvor negativ auf HBV, HCV und HIV getestet sein. Zu jedem Zeitpunkt bestand eine Auslösemöglichkeit für die Schwangeren.

Schutz exakt definiert

Zu den obligatorischen Schutzmaßnahmen während aller OPs gehörten doppelte Handschuhe mit Indikatorsystem sowie eine Schutzbrille oder Visier. Zusammen mit den Kolleg:innen der Anästhesie wurde ein „Schwangerensaal“ an 2 bis 3 Tagen in der Woche eingerichtet, in dem alle Narkosen als TIVA oder Regional- bzw. Leitungsanästhesie gemacht werden mussten. In diesem Saal durften an diesen Tagen keine Gasnarkosen stattfinden.

Regierungspräsidium entschied

Nach Konsentierung und Verschriftlichung dieser Rahmenbedingungen erfolgte ein offizieller Antrag mit Prüfung des Konzepts beim Regierungspräsidium Hessen. Nach dessen Freigabe war dann das Operieren für unsere schwangeren Chirurgen möglich. So konnten bis zum Beginn der Corona-Pandemie

zwischen 2018 und März 2020 bisher 4 Chirurgen ihre operative Tätigkeit an der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie bis kurz vor der Niederkunft fortführen.

Zudem war auch Schwangeren aus der Klinik für Anästhesie und dem OP-/Anästhesie-Pflegepersonal eine Weiterbildung im OP möglich. Hervorzuheben ist, dass diese Umsetzung des Mutterschutzgesetzes in Marburg nur durch eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst und der Klinik für Anästhesie gelang.

Leider machte die Pandemie in Hessen, wie auch in anderen Bundesländern, alle Erfolge kurzerhand zunichte: Bis heute wird für schwangere Ärztinnen ausnahmslos ein Beschäftigungsverbot verhängt. Meines Erachtens ist es dringend geboten, diese Regelung zügig zu überdenken und bundeseinheitliche Regeln festzulegen. Das ausnahmslose Beschäftigungsverbot stellt, obwohl in protektiver Intention verhängt, eine erhebliche Benachteiligung für schwangere Chirurgen dar. ◀

Prof. Dr. med. Detlef K. Bartsch ist Direktor der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Marburg und stellvertretender Direktor des Transplantationszentrums.

E-Mail: bartsch@med.uni-marburg.de

Junge Ärztinnen wünschen sich Klarheit – bevor sie schwanger werden

Wann ist der richtige Zeitpunkt für ein Kind? Diese Frage stellt sich wohl jede Frau einmal, wenn sie Mutter werden möchte. Viele junge Ärztinnen sehen sich aktuell durch ihren Beruf in einem besonderen Dilemma. Das drohende Beschäftigungsverbot bei einer Schwangerschaft verdichtet die Abwägung für sie zu einer Grundsatzfrage. Kind oder Karriere? Den DÄB erreichen immer wieder Berichte von Ärztinnen, die versuchen, ihre Zukunft zu planen und stattdessen gegen Wände prallen. Hier ein Fall:

Darf eine schwangere Ärztin eine FFP2-Maske tragen? Angeblich nicht. Zu gefährlich für das werdende Kind. So wurde es der angehenden Internistin Lisa Bergmann (*Name von der Redaktion geändert*) zugetragen. Das basiere auf Leitfäden des Gewerbeaufsichtsamts zum Mutterschutz in der Corona-Pandemie. Doch ohne Schutzmaske, das ist klar, ist man als werdende Mutter derzeit in einer Klinik nur sehr bedingt einsetzbar. Die Konsequenz: Beschäftigungsverbot für alle schwangeren Ärztinnen. Vorsorglich.

Viele Fragen, keine Vorarbeit

Ob sich das wirklich so ableiten ließe? Ob solche zum Beginn der Pandemie eilig erstellten Schutzvorgaben mit dem heutigen wissenschaftlichen Kenntnisstand über Corona überhaupt noch anwendbar sind? Ob das Gewerbeaufsichtsamt wirklich relevant ist für die Entscheidung über die Beschäftigung von schwangeren Ärztinnen? Was ist mit der Betrachtung jedes einzelnen Falles und mit individuellen Lösungen? Lisa Bergmann weiß es nicht.

Seit einigen Wochen versucht sie mit mehreren Kolleginnen in der Klinik – jungen Ärztinnen in der Weiterbildung wie sie – herauszufinden, was Sache ist. „Wir stehen mit unseren Chefärzt:innen in Verbindung, mit der Personalabteilung, dem Personalrat und den Hausjurist:innen“, berichtet sie. „Alle sind sehr freundlich, aber es heißt immer, es gebe noch alles Mögliche zu klären.“

Lisa Bergmann hat das Gefühl, die Zeit arbeite gegen sie. „Würde ich jetzt

schwanger und müsste allein deshalb 6 oder 7 Monate aussetzen, würde es extrem eng, beruflich noch mitzuhalten“, berichtet sie. „Ja zu sagen zur Mutterschaft, das fällt momentan vielen Ärztinnen schwer, obwohl es eigentlich gut ins Leben passen würde.“ Das Thema Mutterschutz: Für die Ärztinnen um die 30 im Umfeld von Lisa Bergmann ist es

verdeutlicht einem die aktuelle Situation die wahre Chancenungleichheit besonders stark.“ Alleingelassen oder bevormundet, ohne etwas ändern zu können: So erleben sich viele Ärztinnen mit Kinderwunsch derzeit. „Wir erkennen geballt, was für Frauen in der Medizin noch schief läuft, sei es Teilzeit, Jobsharing oder Kinderbetreuung.“



Alleingelassen mit vielen Fragen: Lebensgefühl mancher junger Ärztin mit Kinderwunsch

untrennbar mit entscheidenden Weichenstellungen in ihrem Leben verknüpft. „Gespräche dazu verlaufen oft sehr emotional“, berichtet sie.

10 Jahre für die Weiterbildung?

Kein Wunder, wenn einem Kolleginnen, die mehrere Kinder haben, vorrechnen, wie schnell sich die Weiterbildung mit Pausen durch Schwangerschaft, Elternzeit und Teilzeit auf 10 Jahre ausdehnen kann. „Als Frau hat man in der Klinik ohnehin ein paar Hürden mehr zu nehmen als Männer“, erzählt die 28-Jährige. „Da

Lisa Bergmann wünscht sich eine Mutterschutz-Regelung, die junge Ärztinnen ernst nimmt: „Wir wissen sehr genau, was uns und einem Kind schadet.“ Greifbar scheint ihr eine Lösungsfindung auf Augenhöhe derzeit an ihrer Arbeitsstätte kaum. Für ihre Gruppe junger Ärztinnen stehen erst einmal weitere Gespräche an, etwa mit der Landesärztekammer. Die Situation frustriert: „Es gibt viele nette Worte, aber wenig konkrete Taten.“ Einen Lichtblick sehen die Ärztinnen mit Familienwunsch: „Inzwischen solidarisieren sich einige junge männliche Kollegen mit uns.“ (AvK) ◀



Foto: © Wiebke Peitz/Charité



Foto: privat

Schutz und Prävention vor sexueller Belästigung an der Charité

SABINE C. JENNER, M.A., DR. PHIL. CHRISTINE KURMEYER

Mit der sogenannten WPP-Studie hat die Berliner Charité als erstes Universitätsklinikum in Deutschland das Thema Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz systematisch untersucht. Inzwischen greifen dort zahlreiche Präventionsmaßnahmen.

Sexuelle Belästigung betrifft Berufstätige jeglichen Geschlechts und Alters und ist unabhängig von der Branche und der beruflichen Position. Im Klinikambiente können potenziell alle Beschäftigten in allen Statusgruppen sowie Patient:innen betroffen sein. Weltweit ist Belästigung weit verbreitet. Dabei reichen die Erscheinungsformen von subjektiver Betroffenheit bis zu Bedrohungsszenarien und auch die Akteur:innen sind unterschiedlich. Sexuelle Belästigung stellt nur bedingt ein sexualisiertes Verhalten dar, sondern auch einen professionell relevanten Machtkonflikt, der auf nichtprofessioneller Ebene ausgetragen wird.

Im klinischen Bereich ist die Datenlage limitiert. Doch es lässt sich folgern, dass Hierarchie, Machtverhältnisse, Stressbelastung und Unternehmenskultur in der Medizin eine erhebliche Rolle spielen. Insbesondere aus Klinikbereichen, in denen diese Faktoren stark ausgeprägt sind, wird häufiger als anderswo von Übergriffen berichtet. In der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind Grenzüberschreitungen an der Tagesordnung: Patient:innen müssen sich entblößen – im übertragenen Sinn und konkret – um Diagnose, Therapie und Heilung überhaupt zu ermöglichen. Die Gefahr, dass bei dieser Grenzüberschreitung auch Grenzverletzungen stattfinden, ist besonders groß. Es bedarf einer permanenten Sensibilisierung und Aufmerksamkeit, um Grenzverletzungen zu verhindern oder zumindest einzudämmen.



Spezielle Strukturen in Kliniken fördern sexuelle Übergriffe

In der Medizin verbreitet

Sexuelle Belästigung kann alle Beteiligten in der medizinischen Versorgung treffen: Studierende, pflegerisches und ärztliches Personal sowie Patient:innen. Internationale Studien zu sexueller Belästigung und Formen von Gewalt und Diskriminierung belegen eine hohe Prävalenzrate im Gesundheitssystem. Als besondere Risikogruppe werden weltweit Medizinstudierende, Ärztinnen und weibliche Pflegekräfte ausgewiesen. Beispielsweise existieren Daten zur Betroffenheit von Studierenden aus dem In- und Ausland. Sie spiegeln konsistent ein erhöhtes Risiko beim Eintritt in die klinische Berufswelt wider.

Während das Thema in den Medien präsent ist, fehlte es lange in Kliniken in Deutschland an objektiven wissenschaftlichen Grundlagen, um einen sensiblen, konstruktiven und präventiven Umgang zu ermöglichen.

Nulltoleranz für alle

Die Charité stellte sich erstmalig dem Phänomen: Ein Team von Wissenschaftlerinnen und den Gleichstellungsbeauftragten erhob 2014 bis 2016 die WPP-Studie. WPP steht für „Watch-Protect-Prevent“. Ziel war es, Prävalenzdaten zu erfassen und diese mit Präventionsmaßnahmen zu koppeln. Mehr als 13 000 Mitarbeiter:innen wurden befragt. Nach der ersten Datenerhebung (JAMA Intern Med., 2018; DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.4859) hat die Charité als erstes deutsches Universitätsklinikum umfangreiche Präventions- und Schutzmaßnahmen für alle Beschäftigten und Studierenden als Richtlinie verabschiedet und umgesetzt. Dafür wurde es von der ADS (Antidiskriminierungsstelle des Bundes) als Best Practice Beispiel anerkannt.

Die ersten Maßnahmen ergriff der Vorstand gleich 2016. Das Motto: Nulltoleranz gegenüber sexueller Belästigung. Die zu-

ständigen Beratungsstellen und die Richtlinie sowie der Beschwerdeablauf sind prominent – und deutschlandweit einzigartig – auf der ersten Seite des Intranets des Klinikums hinterlegt.

Kultur des Hinschauens

Im Kontext der Richtlinie nutzte die Charité die Chance, Regularien zum Umgang mit sexueller Belästigung für interne und externe Beschäftigte nachvollziehbar aufzuzeigen. Alle betrieblichen (Hierarchie-)Ebenen, Beschäftigte, Führungskräfte, Arbeitgebende und externe Stakeholder erhielten dafür Informationen zu Rechten, Verhaltenskodexen und Pflichten. Allgemeine Verhaltenskodexe für die Beschäftigten aller betrieblichen Ebenen sind festgeschrieben, auch für Unbeteiligte, die Fehlverhalten wahrnehmen. Das fördert eine Kultur des Hinschauens, der Zivilcourage und der solidarischen Verantwortung. Bei den Rechten der Beschäftigten könnte ein Verweis auf den gesetzlichen Rahmen dazu beitragen, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und das Unrechtsempfinden zu stärken.

Hohe Hürde: Unsicherheit

Die Studie hatte zuvor einen deutlichen Handlungsbedarf aufgezeigt: 57 Prozent der Ärztinnen hatten klare Sanktionsabläufe bei Vorfällen gefordert. Denn aus Unkenntnis und Furcht vor Loyalitätskonflikten wurden Beschwerden zum Teil nicht eingereicht oder es wurde nicht einmal informelle Beratung eingeholt. So sagte eine Ärztin: „Gerade sexuelle Belästigung kann mit Scham verbunden sein. Und viele wissen ja auch gar nicht, wie sie sich verhalten sollen. Gerade, wenn Vorgesetzte beteiligt sind beziehungsweise nichts dagegen unternehmen. Wir sind hier in einem hierarchischen System, in dem Beschwerden ungeahnte Folgen haben können.“



Stop: Scham, Furcht, Unkenntnis hindern Betroffene, gegen Belästigung vorzugehen. Die Klinik muss die Hürden beseitigen

Die Klinik muss sich ändern

Von den Interviewten wurden auch Instrumente zur Bekämpfung von sexueller Belästigung genannt, darunter strukturelle Änderungen wie flache Hierarchien, offene Kommunikation in den Abteilungen und das Ziel der Geschlechtergerechtigkeit auf allen Führungsebenen. Die Analyse aus WPP-Befragung und der Literatur zeigt, dass sich die Problematik prinzipiell als arbeitskulturell bedingt beschreiben lässt. Es lässt sich dabei aber nicht isoliert vom gesellschaftlichen Kontext betrachten. Als Lösungsansatz gelten daher auch Instrumente zur geschlechtergerechten Organisations- und Personalentwicklung.

Zur Senkung der Hürde für Beratungsgesuche wurde der Beschwerdeablauf transparent gemacht und ist jetzt über einen Button im Intranet leicht zugänglich. Der Ablauf mit konkreten Ansprechpartner:innen bringt Handlungssicherheit für alle Beschäftigten. Die Entscheidung, welche Schritte im Beschwerdeverfahren eingeleitet werden, liegt letztendlich bei den Betroffenen.

Niederschwellige Angebote

Neben der Aufklärung bezüglich der Beratungsabläufe und der Deeskalationsstufen wird besonders die Option einer informellen Beratung ohne Einleitung ei-

nes offiziellen Verfahrens verdeutlicht. Zur Wahrung der Anonymität der Betroffenen wird auf das stellvertretende Vorgehen durch die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten verwiesen.

Außerdem ist die Vernetzung der Beratungsstellen mit dem Personal der Gleichstellungsbeauftragten sichergestellt. Das förmliche Verfahren beginnt mit einer offiziellen schriftlichen Beschwerde bei der zuständigen Personalabteilung durch die Ansprechpartner:innen der Beschwerdestelle. Dies bedarf, da auf den Einzelfall bezogen Maßnahmen zu treffen sind, einer engen Kommunikation und Zusammenarbeit von Personalabteilung und der Ansprechpartner:innen. Zur niederschweligen Beschwerdemeldung können die Beschäftigten anonym zusätzlich das Whistleblower-Programm und den Vertrauensanwalt nutzen.

Pflichtfortbildung für Führungskräfte

Ein essentielles Element für die Bekämpfung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz ist die Fortbildung und Verpflichtung von Führungskräften. Nicht nur aufgrund ihrer Rolle als Ansprechpartner:innen, ihrer Vorbildfunktion und der Fürsorgepflicht für die Mitarbeitenden erscheint es unabdingbar, die Führungskräfte und Oberärzt:innen zum strukturierten Beschwerdeablauf zu informieren. ◀

Sabine C. Jenner, M.A., ist Dezentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dr. phil. Christine Kurmeyer ist Zentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte. Beide waren maßgeblich an der WPP-Studie und der Ausarbeitung des Null-Toleranz-Programms beteiligt.

E-Mail: christine.kurmeyer@charite.de



Foto: © Barmer Institut für Gesundheits-systemforschung

Interprofessionelle Schwangerenvorsorge: Kein Abrechnungs- oder Haftungs- problem für Frauenärztinnen

DR. MED. DAGMAR HERTLE

Schwangere, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen möchten, können frei wählen, ob sie dies bei einer Frauenärzt:in oder bei einer Hebamme oder bei beiden im Wechsel tun. Viele Frauenärzt:innen sorgen sich, ob ihnen das unter anderem Abrechnungsprobleme bereitet. Eine Klarstellung.

Die Wahlfreiheit der Schwangeren steht im fünften Sozialgesetzbuch im § 24d: „Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerschaftsvorsorge.“

Basierend darauf und auf der Grundlage internationaler Studien zur Hebammenvorsorge sieht auch das 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ eine gute Kooperation von Frauenärzt:innen und Hebammen in der Schwangerenvorsorge als wichtiges Ziel einer frauenzentrierten Versorgung.

Falsche Formulierung in den Mutterschafts-Richtlinien

Unter den Frauenärzt:innen ist jedoch die Sorge weit verbreitet, dass eine Beteiligung von Hebammen an der Schwangerenvorsorge zu Abrechnungs- und Haftungsproblemen bis hin zu Regressforderungen der Krankenkassen führen könnte. Durch Warnungen ihres Berufsverbandes und Abrechnungshinweise von kassenärztlichen Vereinigungen fühlen sich viele Frauenärzt:innen darin bestärkt, sich nicht auf eine gemeinsame Vorsorge mit Hebammen, etwa im sogenannten Wechselmodell,

einzulassen – auch wenn diese von den Schwangeren gewünscht wird.

Begründet wird die ablehnende Haltung unter anderem mit dem in den Mutterschafts-Richtlinien verankerten Delegationsvorbehalt, der eine Versorgung durch die Hebamme nur vorsieht, „wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen“. Hieraus leiten die Frauenärzt:innen ab, dass sie für eventuelle Fehler der Hebammen haften.

Hinzu kommt, dass die Abrechnung im EBM über eine Pauschale erfolgt (EBM GOP 01770), die alle Vorsorgen eines Quartals beinhaltet. Dies scheint für viele Frauenärzt:innen zu belegen, dass sie tatsächlich alle Vorsorgen selbst erbringen müssen, um die Pauschale abrechnen zu dürfen.

Es gibt Entwarnung

Doch es kann Entwarnung gegeben werden. Die Annahme, eine interprofessionelle Schwangerenvorsorge könne für die Frauenärzt:innen zu Problemen führen, ist aus den folgenden Gründen falsch:

1. Der Delegationsvorbehalt in den Mutterschafts-Richtlinien steht im Wider-

spruch zum Leistungsanspruch, wie er im § 24d des fünften Sozialgesetzbuches festgelegt ist. Hier hat das Sozialgesetzbuch den Vorrang: Die Wahlfreiheit ist zu gewährleisten und die angeführten Leistungen müssen von den Krankenkassen bezahlt werden.

2. Der Delegationsvorbehalt ist nicht mit dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Hebammen vereinbar. Die Befähigung zur Berufsausübung umfasst laut Gesetz eine eigenverantwortliche Tätigkeit der Hebammen, welche auch das Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten umfasst, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen. Das Vergütungsverzeichnis der Hebammen nimmt ausdrücklich Bezug auf die Leistungsinhalte der jeweils gültigen Fassung der Mutterschafts-Richtlinie. Die Vorsorgeleistungen von Hebammen und Ärzt:innen sind also gleichwertig. Dies findet auch darin Ausdruck, dass eine doppelte Durchführung und Abrechnung nicht zulässig ist.

3. Auch die Abrechnungspauschale steht der gemeinsamen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Frauenärzt:innen nicht im Wege. In den Angaben zu den obligaten Leistungsinhalten zur Abrechnung heißt es lediglich, die Vorsorgeleistungen seien „im Allgemeinen alle vier Wochen zu erbringen“. Ein Ausschluss der Abrechnung bei nur einmaliger Vorsorge im Quartal, wie von der KBV kommuniziert, ist daraus nicht

abzuleiten. Dem widerspricht die Wahlfreiheit, denn diese beinhaltet sowohl die Inanspruchnahme von Hebamme und Ärzt:in als auch etwa den Verzicht auf einzelne Vorsorgeleistungen, der keinesfalls die Abrechnung der Vorsorgepauschale ausschließt.

Da alle Vorsorgeleistungen im Mutterpass dokumentiert werden, ist aus ihm ersichtlich, welche Untersuchungen schon stattgefunden haben, so dass eine unzulässige doppelte Erbringung und Abrechnung von Ärzt:innen und Hebammen leicht vermieden werden kann. Eine systematische Prüfung der abgerechneten Vorsorgeleistungen durch die Krankenkassen – wie im Newsletter des BVF behauptet wird – findet nicht statt. Diese ist aus sachlogischen Gründen gar nicht möglich, denn den Kassen liegen keine Angaben zu den einzelnen im Rahmen der Pauschale erbrachten Leistungen vor.

Gemeinsam wäre vorteilhaft

Analysen der Barmer zeigen, dass trotz Versorgungsanspruch und eindeutigen Regelungen im Hebammengesetz und in den Berufsordnungen für Hebammen die eigenständige Schwangerenvorsorge durch Hebammen allein oder im Wechsel mit Frauenärzt:innen in Deutschland die Ausnahme ist. Analysiert wurden 430 000 Schwangerschaften der Jahre 2015 bis 2019. Im Durchschnitt wurde für jede schwangere Barmer-Versicherte während der Schwangerschaft 3,9-mal die ärztliche Quartalspauschale abgerechnet, jedoch nur durchschnittlich 0,37-mal eine Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme. Für 75 Prozent der Schwangerschaften wurde gar keine Schwangerschaftsvorsorge durch eine Hebamme in Rechnung gestellt. Vorsor-

ge im Wechsel fand nur bei 1,2 Prozent der Schwangerschaften statt. Dabei zeigen Studien, dass der präventive Ansatz der Hebammenvorsorge unter anderem zu geringeren Interventionsraten bei der Geburt, zur Vermeidung von Frühgeburten, zu einer höheren Stillrate und zu mehr Zufriedenheit bei den Frauen beiträgt. Der Einbezug der Hebamme hat also positive Auswirkungen auf das Outcome und führt darüber hinaus zu einer hohen Zufriedenheit bei allen Beteiligten. Das sagen auch Frauenärzt:innen, die mit Hebammen in der Vorsorge kooperieren. Sie gewinnen ohne finanzielle Einbußen Freiraum für die Schwangeren mit pathologischen Verläufen, die eine besonders intensive ärztliche Betreuung benötigen. Frauen, die eine Mitbetreuung durch eine Hebamme wünschen, können von den Vorteilen beider Berufsgruppen profitieren und die Praxisbindung und Zufriedenheit ist hoch.

Was kann getan werden?

Stellt man die Bedürfnisse und die Rechte der Schwangeren in den Mittelpunkt, kommt man nicht umhin, ausreichend Vorsorgeangebote aller Berufsgruppen zur Verfügung zu stellen und für eine reibungslose Zusammenarbeit zu sorgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte dafür zügig die Voraussetzungen schaffen durch eine Streichung des Delegationsvorbehaltes aus der Mutterschaftsrichtlinie. Zusätzlich wäre eine klarstellende Anmerkung zur GOP 01770 im EBM-Katalog hilfreich.

Die gute Nachricht

Auch jetzt schon ist eine interdisziplinäre Schwangerenvorsorge ohne Nachteile möglich. Dies stellen einige erfolgreiche Kooperationspraxen unter Beweis,

die eine Zusammenarbeit über viele Jahre erprobt haben.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.) veranstaltet am 4./5. November 2022 eine Fachveranstaltung zum Nationalen Gesundheitsziel mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Interdisziplinären Schwangerenvorsorge. Dort oder über die Autorin können Sie erfolgreiche Kooperationspraxen kennenlernen und sich inspirieren lassen. ◀



Zufriedener: Schwangere, bei denen auch Hebammen an der Vorsorge beteiligt sind

Literatur und mehr Infos bei der Autorin.

Dr. med. Dagmar Hertle, Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie und äQM, war nach klinischer und niedergelassener Tätigkeit in der Qualitätssicherung (BQS und IQTIG) unterwegs und arbeitet seit 2019 am Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung. Sie engagiert sich seit vielen Jahren im AKF e.V. und war von 2014 bis 2017 dessen Vorsitzende.

E-Mail: hertle@akf-info.de



Foto: © Universitätsklinikum Frankfurt

Frauen in der Chirurgie im Digitalisierungsprozess

DR. MED. SVENJA SLIWINSKI

Die Digitalisierung nicht nur in der Medizin, sondern über alle Professionen hinweg, schreitet voran und sie wird immer weiblicher. Hier ein Einblick in aktuelle Fortschritte am Beispiel meiner Abteilung.

Obgleich viele von struktureller Diskriminierung in der Chirurgie sprechen, möchte ich ein positives Beispiel zeigen: Das Universitätsklinikum Frankfurt am Main ist bei der Frauenförderung vorn dabei. Die Abteilung der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie besteht zur Hälfte aus Frauen. 50 Prozent der Oberärzt:innen sind hier Frauen. Die leitende Oberärztin hat vier Kinder. Das motiviert mich als junge Frau enorm.

Forschungsarbeit gefördert

Die Digitalisierung ist ein großer Forschungsbereich. Eine meiner Kolleginnen und ich verfügen jeweils über eine 50-Prozent-Forschungsstelle, um uns neben der Chirurgie auf wissenschaftliche Arbeit konzentrieren zu können. Dabei besteht die Arbeitsgruppe (AG), welche sich mit Digitalisierung in der Chirurgie beschäftigt, hauptsächlich aus Frauen. Wir fördern in unserer AG den Wechsel von Rehabilitation zu Prähabilitation. Dazu gehören ein multimodales Programm aus aerobem Ausdauertraining, Lebensstiländerung wie Nikotin- und Alkoholkarenz, eine gesunde Ernährung sowie mentale Techniken etwa zur Stressreduktion. Damit dieses Programm – gerade in Zeiten der Pandemie – baldmöglichst remote (also über weite Entfernungen), in Echtzeit und individualisiert möglich ist, entwickeln wir eine medizinische App für den Part des Ausdauertrainings unter der Leitung von Prof. Dr. Schnitzbauer.



Chirurgie: Mehr Chancen für Frauen

Chirurgie als Fach verlangt beiden Geschlechtern enorm viel ab. Doch Karriere und Familie zu vereinbaren ist bei weitem nicht mehr unmöglich. Eine 80-Prozent-Stelle nach der Elternzeit sowie Elternzeit für männliche Kollegen sind Möglichkeiten, die in der chirurgischen Abteilung der Uni Frankfurt unter Leitung von Prof. Dr. Bechstein umgesetzt werden. Gefördert werden Frauen am Universitätsklinikum nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in anderen Abteilungen. In der Forschung gibt es den sogenannten Lady's Lunch.

Dort findet Austausch über Projekte und Problembewältigung in der Forschung statt. Das FIT-Mentoring wird als Karriereförderprogramm für Frauen angeboten. „Mentoring Hessen“ ist ein weiteres Frauenförderprogramm in Wissenschaft und Wirtschaft. Es unterstützt mich in meiner Karriereplanung ebenso wie das Mentoring-Programm des Deutschen Ärztinnenbundes. Der im letzten Jahr neu gegründete Verein „Die Chirurginnen e.V.“ hat sich in Rekordgeschwin-

digkeit etabliert und fördert gegenseitige weibliche Unterstützung, auch um die eigene wissenschaftliche Reichweite zu vergrößern.

Noch viel zu tun

Gleichberechtigung ist jedoch immer noch nicht flächendeckend vorhanden. Je weiter nach oben man sich auf der Karriereleiter bewegt, desto geringer werden die Zahlen weiblicher Vorbilder. An Universitätskliniken waren es laut der Untersuchung des DÄB, Medical Women on Top, 13 Prozent Frauen in Führungspositionen im Jahr 2019. In der Chirurgie sind es nur 5 Prozent. Die standardmäßige Verlängerung der Weiterbildung durch Schwangerschaft ist nicht wegzudiskutieren. Dennoch vollzieht sich auch hier ein Wandel und Operieren ist in unserer Abteilung bis 6 Wochen vor Geburtstermin gemäß des seit 2018 geltenden Mutterschutzgesetzes möglich (OPiDs). Jedes Jahr hören wir vom Ärzt:innenmangel, von Stellenbesetzungsschwierigkeiten in der Chirurgie. Auch in diesem Kontext bleibt Frauenförderung ein wichtiger Faktor – nicht nur für die Chirurgie! ◀

Dr. med. Svenja Sliwinski ist Digitalisierungsbeauftragte in der Chirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main und forscht in ihrer Habilitation an Digitalisierung im chirurgischen translationalen Bereich der Prähabilitation.

E-Mail: svenja.sliwinski@kgu.de

Bewegung in der Genderdebatte in der Chirurgie

Operieren Ärztinnen besser als männliche Chirurgen? Eine kanadische Studie deutet erstmals darauf hin. Sie hat die Debatte um den Frauenanteil in der Chirurgie ebenso neu entflammt wie die Diskussion um einen Gender-Bias männlicher Ärzte zu Lasten von Patientinnen. Nun reagiert die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) – unter anderem mit neuen Regeln auf Kongressen.

Als „besorgniserregend“ bezeichnete Dr. Angela Jerath, Mitautorin der Studie, die Ergebnisse, die im Dezember 2021 in JAMA Surgery erschienen sind (doi: 10.1001/jamasurg.2021.6339). Schließlich sollte es für den Gesundheitszustand von Patient:innen nach dem Eingriff keinen Unterschied machen, ob sie von einem Mann oder einer Frau operiert worden sind. Tut es aber offenbar doch: Der Studie zufolge überstehen Angehörige beider Geschlechter Operationen generell besser, wenn eine Frau das Skalpell führt. Besonders stark profitieren weibliche Patienten.



Wie geht's? Das hängt bei Operationen vom ärztlichen Geschlecht ab

Nüssler, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), zu dem Thema geäußert: Es sei auch aus anderen Fächern bekannt, dass sich ein Geschlechterunterschied zwischen Ärzt:in und Patient:in vornehmlich negativ auf die Gesundheit der weiblichen Behandelten auswirken kann, etwa beim Herzinfarkt. „Eine Erklärung wäre, dass Ärzte die Schwere von Symptomen ihrer Patientin-

nen eher unterschätzen oder Frauen Hemmungen haben, gegenüber einem Arzt Schmerzen zu offenbaren“, sagte die Chefärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie der München Klinik Neuperlach.

Sogar das Sterberisiko steigt

Im Umkehrschluss heißt das: Männliche Chirurgen versorgen vor allem Frauen schlechter. In der Studie hatten Patientinnen, die von einem Chirurgen behandelt wurden, ein um bis zu 15 Prozent höheres Risiko für Komplikationen und ein um 32 Prozent höheres Sterberisiko als Frauen in den Händen von Chirurginnen. Das galt auch, nachdem mehrere mögliche Einflussfaktoren wie Alter oder chronische Grunderkrankungen herausgerechnet worden waren.

Um zu untersuchen, welche Auswirkungen das Geschlecht von Behandelnden und Patient:innen auf das Operationsergebnis hat, analysierten die kanadischen Forschenden retrospektiv die Behandlungsdaten von über 1,3 Millionen Erwachsenen ab 18 Jahren aus der kanadischen Provinz Ontario. Diese hatten sich zwischen 2007 und 2019 geplanten oder dringlichen chirurgischen Eingriffen unterzogen. Mehr als 2900 Chirurginnen und Chirurgen hatten diese Operationen vorgenommen.

Erste Studie dieser Art

Es ist die erste Studie dieser Art und ihre Ergebnisse haben die Debatte um die Geschlechterfrage in der Männerdomäne Chirurgie neu angeheizt – auch in Deutschland. Hier sind noch immer weniger als ein Viertel der Chirurg:innen Frauen. Im Vorfeld des 139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hatte sich darum Prof. Dr. Natascha

Die Studienautor:innen selbst halten noch weitere Gründe für möglich; beispielsweise, dass weibliche und männliche Ärzte einen anderen Arbeitsstil pflegen, der sie zu verschiedenen Behandlungsentscheidungen führt. Auch unbewusst verankerte Rollenmuster und Vorurteile könnten dazu führen, dass vor allem Männer weibliche und männliche Patienten augenscheinlich unterschiedlich behandeln – während Chirurginnen das der Studie zufolge nicht taten. Bei ihnen standen Patientinnen und Patienten nach einer Operation gleich gut oder schlecht da.

Paritätische Sitzungsleitung

DGAV-Präsidentin Nüssler sieht gemischtgeschlechtliche Ärzteteams als Ausweg, um gesundheitsgefährdende Gendereffekte zu reduzieren. „Dafür müsste der Frauenanteil in der Chirurgie jedoch deutlich steigen“, sagte sie. Noch fehle es dort aber an weiblichen Vorbildern. „Während in der Viszeralchirurgie der Frauenanteil insgesamt bei knapp 30 Prozent liegt, sind Führungspositionen weiterhin nur zu wenig mehr als zehn Prozent weiblich besetzt“, konstatierte die Chefärztin. Sie präsentierte einen Ansatz, um Frauen in der Chirurgie für junge Ärztinnen sichtbarer zu machen: 2022 ließ die DGAV erstmals alle ihre Sitzungen auf dem Chirurgenkongress gemeinsam von einer Chirurgin und einem Chirurgen leiten. Zudem hat sich die DGAV verpflichtet, diese paritätische Verteilung der Sitzungsleitungen als Standard beizubehalten. ◀



Foto: © B. R. Basha



Foto: privat

Frauen gesundheitlich vom Klimawandel stärker betroffen als Männer

DR. MED. ULRIKE BERG, DR. TONIA IBLHER

Wie bei der Mitgliederversammlung im Oktober 2021 beschlossen, ist der DÄB dem KLUG e.V. (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) beigetreten. Ziel dieser Allianz ist es, deutlich zu machen, welche weitreichenden Folgen der Klimawandel für die Gesundheit hat. Warum das für den DÄB ein Thema ist.

Als Deutscher Ärztinnenbund wahren und fördern wir die beruflichen und sozialen Interessen von Ärztinnen und Zahnärztinnen und beraten bei gesundheits- und sozialpolitischen Gesetzgebungen und bei ethischen Fragestellungen – immer auch mit Blick auf die Verbesserung der Situation von Frauen in unserer Gesellschaft. So sieht es die Satzung vor. Als Mitglied des Weltärztinnenbundes interessiert uns zudem die gesundheitliche Situation von Frauen weltweit.

Im Folgenden möchten wir aufzeigen, warum der Klimawandel für Mädchen und Frauen weltweit ein überproportional hohes Gesundheitsrisiko bedeutet. Eine 2020 erschienene Metaanalyse aus 130 Studien hat dies ergeben ([carbonbrief.org/mapped-how-climate-change-disproportionately-affects-womens-health/](https://www.carbonbrief.org/mapped-how-climate-change-disproportionately-affects-womens-health/)). Gesundheitlich sind Frauen grundsätzlich drastischer von den Auswirkungen der Erderwärmung betroffen: Sie leiden häufiger als Männer an Hitzesymptomen wie Kopfschmerzen, Leistungsabfall und Schlaflosigkeit. Während Hitzewellen entstehen vermehrt Schwangerschaftskomplikationen, etwa Frühgeburten. Im Hitzesommer 2003 waren in Europa 75 Prozent der Verstorbenen weiblich. Prinzipiell ist die Überlebenschance von Frauen bei einer Ressourcenverknappung – etwa von Lebensmitteln oder Trinkwasser – geringer als bei Männern.

Darüber hinaus gibt es viele gesellschaftliche und politische Gründe, warum die aktuelle Klimaveränderung besonders für Frauen und Mädchen ein hohes Gesundheitsrisiko darstellt.

- Traditionelle Rollenzuschreibungen könnten bewirken, dass Frauen sich zunächst um andere kümmern, bevor sie gut für sich selbst sorgen. Weltweit leisten Frauen deutlich mehr Sorgearbeit als Männer. Sie sind zudem in Pflegeberufen in der Überzahl vertreten und dort den besonderen Risiken übermäßig häufig ausgesetzt. Die Ungleichverteilung der Sorge- und Haushaltsarbeit macht es Frauen schwerer, sich an die Auswirkungen des Klimawandels anzupassen. Oft bleibt ihnen zu

wenig Zeit, sich um Dinge wie neue Anbaumethoden in der Landwirtschaft zu kümmern oder sich eine bezahlte Arbeit zu suchen – Faktoren, die Familien resilienter gegen Klimakrisen machen könnten.



Wassermangel: Trifft Frauen mehr als Männer

Das gilt nicht nur für Länder des globalen Südens. Auch in den USA zeigte sich nach dem Wirbelsturm Katrina 2005, dass eher die Frauen die Care-Arbeit übernahmen und mit höherer Wahrscheinlichkeit ihre Jobs aufgaben. Ein anderes relevantes Beispiel ist die Corona-Pandemie: Häufig sind es Frauen, die an vorderster Front in systemrelevanten Berufen arbeiten – mit damit einhergehendem höherem Infektionsrisiko und höherer Arbeitsbelastung. Wir wissen auch, dass zudem Frauen sich mehr um die von Homeschooling betroffenen Kinder kümmern als Väter. Durch die Pandemie sind Fortschritte in der Gleichstellung der Geschlechter gefährdet und es könnten weltweit zusätzliche 47 Millionen Frauen und Mädchen von Armut bedroht sein.

- Weltweit – auch in den sogenannten Industrieländern – sind Frauen stärker von Armut betroffen und verfügen über weniger Geld oder Besitz als Männer. Im globalen Süden ist die

Situation der Frauen besonders dramatisch. Dort haben Frauen tendenziell weniger Landbesitz, weniger Zugang zu landwirtschaftlichen Produktionsmitteln wie Geräten, Saatgut oder Dünger, aber auch weniger Kapital.

- Zunehmende Trockenheit verlängert die Strecken bis zu den Wasserquellen. Mädchen werden früher zu Hausarbeit – wozu auch das Heranschaffen von Wasser gehört – herangezogen. Sie haben dadurch weniger Zeit und Gelegenheit, Bildung zu erlangen.

- Da gesellschaftliche Rollen dazu führen, dass knappe Nahrung eher an Männer und Jungen verteilt wird, besteht für Frauen in ärmeren Ländern ein höheres Risiko zu hungern, wenn Lebensmittel aufgrund klimatischer Veränderungen knapp werden.

- Auch die Wirtschaftspolitik trägt dazu bei, selbstversorgende Familien weiter zu verdrängen. Sie müssen sich auf immer schlechteren Böden durchschlagen. Diese sind besonders von den Klimawandel-Folgen betroffen. Verlassen die Männer als „Klimaflüchtlinge“ ihre Familien, müssen die zurückbleibenden Frauen ihre Familie alleine versorgen, was sie häufig noch verletzlicher macht.

- Bei Extremwetterereignissen, vor allem in Ländern, in denen Frauen einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, verletzen sich Frauen häufiger als Männer und sterben auch häufiger. Bekannt ist dies aus Bangladesch, wo Frauen selten ohne männliche Begleitung aus dem Haus gehen und Kleidung tragen, die die Bewegungsfreiheit im Fall von Überflutungen stark einschränkt.

- Klimawandelbedingte Katastrophen unterbrechen häufig die Versorgung mit Mitteln der Familienplanung. Der Zugang zu gynäkologischer Versorgung oder Geburtshilfe ist noch eingeschränkter.

- Die sexualisierte Gewalt steigt: Kinderehen könnten im globalen Süden wieder zunehmen, weil Krisen den Zugang zu Bildung und Hilfsangebote für Mädchen einschränken und durch Ernteauffälle oder Vertreibung in Armut gedrängte Familien ihre Töchter jung verheiraten oder gegen Vieh verkaufen. Mädchen und Frauen werden in die Prostitution gezwungen. In ländlichen Gebieten im südlichen Afrika ist darum während klimawandelbedingter Dürreperioden ein Anstieg der HIV-Rate zu verzeichnen. Frauen und Mädchen werden als Folge der Wetterextreme und der daraus resultierenden Ernteauffälle verkauft, prostituiert oder verheiratet, um das fehlende Einkommen zu kompensieren und die restliche Familie vor Hunger zu schützen. Geflüchtete Frauen und Mädchen finden in Notunterkünften häufig keine ausreichende Privatsphäre und sind dort Gewaltdelikten vermehrt ausgesetzt.

Bevölkerungsbefragungen in den Industrieländern zeigen, dass Frauen den Klimawandel stärker als Bedrohung wahrnehmen als Männer. Sie fordern in der Regel mehr politische Maßnahmen zur Bekämpfung und Anpassung und sind auch bereit, mehr Geld dafür auszugeben. Eine Studie konnte sogar aufzeigen, dass in Ländern, in denen Frauen einen höheren politischen Status haben, die CO₂-Emissionen pro Kopf niedriger sind als anderswo.



Frauen: Betreiben wirksameren Klimaschutz

Kaum Frauen entscheiden mit

Auf der Weltklimakonferenz COP25 in Madrid 2019 hatten sich die Länder darauf geeinigt, geschlechtsspezifische Ansätze für Klimaschutzmaßnahmen in den kommenden 5 Jahren stärker voranzutreiben und das erweiterte Klima-Arbeitsprogramm zu Gender (LWPG) und den Gender Action Plan (GAP) verabschiedet. Dringend muss nach solchen Beschlüssen auch deren Umsetzung folgen. Ziel ist außerdem die Förderung einer gleichberechtigten und sinnvollen Beteiligung von Frauen am internationalen Klimaprozess, da Frauen bei klimabedingten Entscheidungsprozessen sowie bei Klimakonferenzen immer noch deutlich unterrepräsentiert sind.

Der beschlossene Beitritt des Ärztinnenbundes zu KLUG ist vor diesem Hintergrund sehr zu begrüßen. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit sollte darauf liegen, die geschlechterspezifischen Folgen des Klimawandels zu beleuchten, regelmäßig darauf aufmerksam zu machen und Maßnahmen für deren Bekämpfung zu unterstützen oder auch zu initiieren. ◀

Mehr Literatur bei den Verfasserinnen.

Dr. med. Ulrike Berg von der DÄB-Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz und **Dr. Tonia Iblher**, eine von zwei Vorsitzenden der Lübecker Regionalgruppe, organisieren zusammen den neu beschlossenen Ausschuss „Klimawandel und Gesundheit“.

E-Mail: wiesbaden-mainz@aerztinnenbund.de

JUNGES FORUM

Interview: Wohin führt die Digitalisierung die Ärzt:innen?



Foto: © Charité/Baier

Lina Mosch spricht über Digitale Medizin

Viele DÄB-Mitglieder im Jungen Forum engagieren sich in mehreren Ärztinnen-Netzwerken – darunter auch bei SheHealth, einem Kollektiv in engem Austausch mit dem DÄB. Viele junge Ärztinnen, die sich mit der Digitalisierung beschäftigen, sehen dadurch neue Chancen in der Medizin und wünschen sich, dass die digitale Transformation schneller vorankäme.

Ein Gespräch mit Lina Mosch, Ärztin in Weiterbildung für Anästhesie und Forscherin zu digitalen Anwendungen in der Medizin an der Charité Berlin.

Frau Mosch, Sie forschen zu Digitalmedizin und sind Teil des #SheHealth-Kollektivs. Was ist das Charakteristische an diesem Netzwerk?

Das Kollektiv ist ein Netzwerk für Frauen in der Digitalen Medizin. Es gibt unter anderem eine LinkedIn-Gruppe und Online-Treffen. Man kann dort seine Projekte teilen und so Aufmerksamkeit gewinnen. Zugleich lernt man die Arbeit anderer Frauen in diesem Sektor kennen. Ich habe zum Beispiel einmal einen Aufruf für eine Studie zu Künstlicher Intelligenz (KI) geteilt, an der ich beteiligt bin. Wir suchten damals Interviewpartnerinnen an der Schnittstelle zwischen KI und Medizin. Darüber habe ich Dr. med. Enise Lauterbach kennengelernt. Sie ist eine Pionierin in der Digitalen Medizin, sehr aktiv und engagiert. Und ich habe mit diesem Netzwerk viele spannende Projekte anderer Forscherinnen und Medizinerinnen entdeckt.



Intensivüberwachung: In Zukunft auch auf der Normalstation Standard?

Wie sind Sie zum Thema KI gekommen?

Generell beschäftige ich mich mit Digitaler Medizin durch meine Doktorarbeit, die ich 2018 bei Professor Felix Balzer am Institut für Medizinische Informatik an der Berliner Charité angefangen habe. Noch mehr sensibilisiert wurde ich über meine Arbeit als Health Policy Director bei der European Medical Students Association. Dort hatte ich ein Amt, in dem ich das Thema Digitale Medizin mitverantwortet habe, Positionspapiere dazu geschrieben habe und mich vor allem mit digitalen Kompetenzen für Ärzt:innen, aber auch für Medizinstudierende auseinandergesetzt habe.

Nach neun Monaten am Institut für Medizinische Informatik haben Sie nun mit einer versorgenden Facharztrichtung angefangen, der Anästhesie. Warum?

Der Plan ist schon, weiterzumachen mit der Forschung zur Digitalen Medizin. Aber zur Einarbeitung bin ich erst einmal 100 Prozent in der Klinik. Ich glaube, Anästhesie eignet sich sehr gut, um Digitale Medizin und Klinik zu verbinden; vor allen Dingen das Monitoring von Patient:innen, das bereits Thema meiner Doktorarbeit war. Ich bin in der AG für Monitoring und Alarmmanagement. Das lässt sich prima mit der Anästhesie in Einklang bringen, weil eben alles überwacht wird. Aktuell überlegen wir in der AG, wie sinnvolles Monitoring auf der Normalstation stattfinden kann. Dass also nicht nur auf der Intensivstation und rund um eine OP alle Parameter überwacht werden, sondern auch auf den Stationen eine kontinuierliche Überwachung und damit auch Früherkennung von Komplikationen erfolgt. Das wird in Zukunft noch wichtiger werden. Dabei spielt KI eine große Rolle.

Was reizt Sie an der Digitalen Medizin und den Möglichkeiten der KI in der Medizin?

Was mir sehr gefällt, ist der große Imaginationsspielraum – also sich vorzustellen, was für Möglichkeiten offenstehen. Und auf der anderen Seite ist es interessant, was es für Hürden oder Barrieren gibt, die das nicht möglich machen – vor allem rechtliche und finanzielle. Es geht darum, die ethischen Implikationen bestimmter technologischer Entwicklungen zu erfassen und dann Lösungen zu finden, wie sich solche Technologien in den klinischen Alltag integrieren lassen. Die Digitalisierung bringt für die Ärzt:innenschaft Herausforderungen, denen sie sich nicht so gerne stellt. Sie muss sich auf die Transformation vorbereiten. Ich finde es spannend, wie sich dieser Prozess gerade entwickelt.

Beim Thema Digitale Medizin fallen einem spontan vor allem Radiolog:innen ein, weil sie schon seit vielen Jahren bei der Bildgebung mit sehr aufwendigen Computerprogrammen und Rechenprozessen arbeiten. Welche Pilot- und Leuchtturmprojekte gibt es noch in anderen Disziplinen, die in Zukunft der Standard sein werden?

Da gibt es das ERIC Projekt, auch bei uns an der Charité. ERIC steht für "Enhanced Recovery after Intensive Care". Das Konzept ist eine Tele-Intensivstation, in die sich Expert:innen aus verschiedenen Kliniken über einen mobilen Roboter einwählen können. So haben etwa auf Corona spezialisierte Intensivmediziner:innen Kolleg:innen in kleineren Häusern im ländlichen Raum, etwa in Brandenburg, unterstützen können. Der Roboter lässt sich durch den/die Intensivmediziner:in in der Charité fernsteuern. Er kann an die Patient:innen dank einer Kamera sehr gut heranzoomen und verschiedene Parameter erheben. Der Roboter ermöglicht und vertieft also die Kommunikation zwischen zwei weit entfernten Teams von Ärzt:innen.



Stationär oder ambulant? In der Digitalen Medizin macht das kaum noch einen Unterschied

Wie bewerten Sie die Schnittstelle zwischen Klinik und ambulanten Praxen? Sehen Sie Chancen oder Hürden?

Ich glaube, es wäre es eine sehr große Chance, wenn es sich umsetzen ließe. Es existieren ja schon Ansätze, etwa Tele-Visiten von Hausärzt:innen. Das Problem ist die Ausgestaltung dieses Übergangs von stationär zu ambulant. Wer rechnet es ab, wenn Monitoring vom Krankenhaus eingesetzt wird, aber ambulante Dienstleistende weiterbetreuen? Und zu wem sollen Daten fließen? Es gibt große Datenlücken. Die meiste Zeit sind Patient:innen ja zuhause und dort müssten ihre Werte erhoben werden. Diese wären vermutlich sogar am validesten, wenn man an das Weißkittel-Syndrom denkt. Es wäre zum Beispiel wertvoll, Vitalparameter von Smartwatches und Fitnessarmbändern sowie anderen Gesundheitsapps zu nutzen. Die Digitalisierung könnte dafür einen großen Beitrag leisten. Allerdings muss sich dazu die Politik und vor allem auch die Ärzt:innenschaft ein bisschen öffnen und von sich aus Lösungsszenarien entwerfen. Das geschieht noch zu langsam. Ließe sich die Lücke zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Betreuung schließen, wäre es eine wertvolle Zusammenarbeit, nicht zuletzt für die Patient:innen. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Olga Herschel, in Weiterbildung zur Kinder- und Jugendpsychiaterin, Mitglied im Jungen Forum und freie Journalistin



BUCHBESPRECHUNG

Einmalig breites Kompendium zur Zukunft der Frauen in der Medizin

Foto: © Ron Rothschild

DR. MED. OLGA HERSCHEL

Wenn Sie die **ärztin** regelmäßig lesen, ist Ihnen der folgende Satz sicher vertraut: Die Medizin ist weiblich und Frauen sind ihre Zukunft. Doch wie zeigt sich das konkret? Im Herbst 2021 haben über 40 Expert:innen aus Forschung, Klinik, Wirtschaft und IT ein Buch vorgelegt, das diesem Satz Leben einhaucht: „Frauen in der digitalen Zukunft der Medizin und Gesundheitswirtschaft.“ Die Autor:innen betrachten alle Bereiche unserer Gesundheitsversorgung aus weiblicher Perspektive: von der Patientin zur Pflegerin, IT-Entwicklerin, Ärztin bis zur Gesundheitsmanagerin.

Es wagt zu träumen

Welche Rollen spielen Frauen im Gesundheitswesen aktuell? Wohin sollte die Entwicklung gehen? Welche Strukturen verhindern Geschlechtergerechtigkeit? Das Buch gibt Antworten. Es wagt zu träumen, wie unser Gesundheitssystem aussehen könnte, wenn der weiße Mann jeden Alters und das Faxgerät dort nicht mehr der Standard sind.

Auch ein politisches Buch

Das Buch ist für alle lesenswert, die an der Zukunft unseres medizinischen Systems interessiert sind, die neugierig sind, wie die Digitalisierung der Medizin aussehen wird, die sich aktiv mit Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin auseinandersetzen wollen und dafür Inspiration suchen. Egal ob sie forschen, in der Praxis niedergelassen sind oder die patientennahe Versorgung verlassen haben: Dieses Buch ist wichtig. Es ist eine Art Standardwerk auch mit entsprechendem Preis. Auf rund 500 Seiten ist es politisch, es informiert, es fordert und öffnet Perspektiven und man kann nur wünschen, dass seine Appelle von der Realität sehr schnell überholt werden. ◀



Thun/Heinemann/Aulenkamp (Hrsg.): *Frauen in der digitalen Zukunft der Medizin und Gesundheitswirtschaft*, medhochzwei Verlag; ISBN 978-3-86216-805-7

WIR GRATULIEREN



Prof. Dr. med. Beate Müller ist seit April 2022 die Leiterin des neugegründeten Instituts für Allgemeinmedizin und Lehrstuhlinhaberin der neu eingerichteten W3-Professur für Allgemeinmedizin an der Uniklinik Köln und der Medizinischen Fakultät. Ein Fokus ihrer Tätigkeit liegt auf der Bestimmung und Gestaltung der Rolle der hausärztlichen Praxis im Klimawandel. In der neuen Hochschulambulanz Allgemeinmedizin bieten sie und ihr Team allgemeinmedizinische Sprechstunden an – etwa für Patient:innen, die bislang nicht hausärztlich angebunden waren. Hier nimmt Beate Müller auch den Klimawandel und dessen gesundheitliche Folgen in den Blick. Zu Beate Müllers wissenschaftlichen Schwerpunkten gehören außerdem Themen wie die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für die Hausarztpraxis.

Nach dem Studium und der Promotion in Frankfurt am Main entschied sich Beate Müller 2012 für die Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin im Krankenhaus in Düren sowie einer hausärztlichen Praxis im Sauerland. 2015 wechselte sie ans Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, wo sie Anfang 2017 die Leitung des Arbeitsbereichs Patientensicherheit übernahm. 2020 absolvierte sie ihre Facharztprüfung und arbeitete neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit als Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Praxis in Offenbach. Die Medizinerin ist verheiratet und hat zwei Kinder. ◀

Ordentliche Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes

Schon jetzt vormerken!

Die Mitgliederversammlung 2022 des DÄB findet
am 08.10.2022 auf der Fraueninsel
im Chiemsee statt.

Weitere Informationen folgen beizeiten.



150. Geburtstag von Hermine Heusler-Edenhuizen: Gründungsvorsitzende des Bundes Deutscher Ärztinnen

DR. PH BENJAMIN KUNTZ, MPH

Hermine Heusler-Edenhuizen war in vielerlei Hinsicht eine Pionierin: Als erste in Deutschland ausgebildete Frauenärztin setzte sie sich auch für die Rechte von Frauen ein. Von 1924 bis 1928 leitete sie als Gründungsvorsitzende des Bundes Deutscher Ärztinnen (BDÄ) die Vorgängerorganisation des DÄB.

Hermine Edenhuizen kam am 16. März 1872 in Pewsum bei Emden zur Welt. Der Vater war Landarzt, ihre Mutter starb, als Hermine neun Jahre alt war. Nachdem sie in Berlin die von der Pädagogin und Frauenrechtlerin Helene Lange angebotenen Gymnasialkurse für Mädchen und Frauen besucht hatte, bestand sie im März 1898 die Abiturprüfung. Anschließend wollte sie Medizin studieren. Doch dies war am Ende des 19. Jahrhunderts für Frauen in Deutschland noch fast unmöglich. Viele Männer bezweifelten, dass Frauen körperlich und geistig den Anforderungen des Medizinstudiums und des Arztberufs gewachsen seien. Doch Hermine Edenhuizen überwand sämtliche Hürden und nach den Stationen Berlin, Zürich und Halle legte sie 1903 an der Universität Bonn ihr Staatsexamen ab und promovierte.

Skandal im Privaten

Nach einer Zeit als Volontärärztin bestellte sie ihr ehemaliger Doktorvater zu seiner ersten etatmäßigen Assistentin der Bonner Universitätsfrauenklinik. Nach drei Jahren erhielt sie als erste in Deutschland ausgebildete Medizinerin die Anerkennung als „Spezialärztin für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe“. 1909 ließ sie sich zunächst in Köln nieder, zog aber bald nach Berlin. Ein Grund: In Bonn war sie eine Beziehung mit dem verheirateten Arzt Otto Heusler eingegangen – zu jener Zeit ein Skandal. Otto Heusler ließ sich scheiden. Die beiden heirateten 1912 und lebten gemeinsam in Berlin, wo sie später zwei Kinder adoptierten.

Trend: Ärztinnennetzwerk

Bereits ab 1909 war Hermine Edenhuizen an der „Klinik weiblicher Ärzte“ in Berlin tätig; am 8. März 1911 eröffnete sie mit zwei Kolleginnen eine Poliklinik für Frauen. Darüber hinaus behandelte sie Privatpatientinnen in der eigenen Praxis. Hermine Heusler-Edenhuizen engagierte sich auf vielfältige Weise für die Rechte von Frauen. Nachdem sie im Juli 1924 mit einer Delegation deutscher Ärztinnen am Kongress der Medical



Hermine Heusler-Edenhuizen mit Stethoskop, 1932

Women's International Association teilgenommen hatte, wurde sie am 25. Oktober 1924 in Berlin zur Gründungsvorsitzenden des Bundes Deutscher Ärztinnen gewählt. Bis 1928 blieb sie an der Spitze der Vorgängerorganisation des heutigen DÄB.

Sie hielt Vorträge und veröffentlichte Aufsätze zur Aufklärung der Jugend sowie zur Erwerbstätigkeit und sportlichen Betätigung von Frauen. Vehement setzte sie sich für die Abschaffung des § 218 ein, der Abtreibungen grundsätzlich unter Strafe stellte.

In der Zeit des Nationalsozialismus konzentrierte sich Heusler-Edenhuizen auf ihre Praxis. Nach dem Tod ihres Mannes 1943 begann sie mit der Niederschrift ihrer Lebenserinnerungen. 1945 zog sie in ihren Heimatort und praktizierte dort bis 1952. Am 26. November 1955 starb Hermine Heusler-Edenhuizen im Alter von 83 Jahren in Berlin an den Folgen eines Schlaganfalls. 1996 veröffentlichte ihr Großneffe, der Oldenburger Kinder- und Jugendpsychiater Heyo Prahm, ihre Lebenserinnerungen als Buch. ◀

Dr. PH Benjamin Kuntz ist Gesundheitswissenschaftler und Medizinhistoriker. Nach seinem Public Health-Studium ist er seit 2011 am RKI tätig. Seit Juni 2021 leitet er zudem die Geschäftsstelle des Projekts „GeDenkOrt.Charité – Wissenschaft in Verantwortung“ an der Charité. Er hat mehrere Biographien über jüdische Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht.

E-Mail: b.kuntz@rki.de

Der Artikel wurde zuerst in längerer Form – mit Matthias David und Andreas D. Ebert als Co-Autoren – in „Berliner Ärzt:innen“, Ausgabe 3/2022, S. 33–34, gedruckt.

Aufruf: Themen und Material für 100 Jahre Ärztinnenbund

Liebe Kolleginnen,

bald besteht der Deutsche Ärztinnenbund seit 100 Jahren. 2024 ist es soweit. Jetzt beginnen wir mit den Planungen und Vorbereitungen, um 2024 die zentrale Bedeutung unserer Organisation von Ärztinnen und Zahnärztinnen in Deutschland in all ihren Facetten angemessen darzustellen.

Dazu brauchen wir Sie, liebe Kolleginnen! In Ihrem privaten Archiv haben Sie vielleicht einiges an Material über den DÄB, das für die Gesamtschau auf unseren traditionsreichen und gleichzeitig stets nach vorne gerichteten Verband bedeutsam ist. Wir denken beispielsweise an Unterlagen und Informationen über den Bund Deutscher Ärztinnen (BDÄ) und seine Mitglieder und Gründerinnen, die wir noch nicht kennen. Wir interessieren uns für die Schicksale engagierter Ärztinnen im Nationalsozialismus und für die Rolle des BDÄ bis zu seiner Auflösung 1936.

Seit der Neugründung als Deutscher Ärztinnenbund im Jahr 1946 hat sich enorm viel für Frauen allgemein und für uns Ärztinnen in Deutschland verändert. Welche Rolle spielte der DÄB dabei? Welche herausragenden Beiträge des DÄB zur Berufspolitik und zur Frauenfrage sind Ihnen

in Erinnerung? Welche Mauern konnte der DÄB noch nicht einreißen und warum? Welche Frauen haben den DÄB geprägt und wie? Kurz: Wir sammeln Informationen über die Meilensteine des DÄB.

Die Unterlagen beim DÄB selbst sind umfassend, aber sicher nicht vollständig. Darum freuen wir uns, wenn Sie uns auf Themen und Materialien aufmerksam machen, die wir uns näher ansehen sollten.

Bitte schicken Sie uns kein Material direkt zu! Im ersten Schritt freuen wir uns über kurze Benachrichtigungen per Mail oder Brief an die Geschäftsstelle, was Sie als denkwürdig, wissens- und erhaltenswert erachten.

Vielen Dank schon jetzt!



Deutscher
Ärztinnenbund

Informieren. Vernetzen. Gestalten.

Foto: © Vierteljahrsschrift des Bundes Deutscher Ärztinnen, 1. Jahrgang 1924/25, Heft 3

