



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

PRESSEMAPPE

31. Wissenschaftlicher Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes

„ÄRZTIN MACHT PRÄVENTION – Generation Gesundheit - Investition in die Zukunft“ vom 10. bis 13. September 2009 in Leipzig

Presseinformation vom 15. September 2009

Presseinformation vom 11. September 2009

Einladung zum Pressegespräch

85 Jahre Deutscher Ärztinnenbund

Grußwort der Schirmherrin:

Bundesfamilienministerin Dr. med. Ursula von der Leyen

Preisverleihungen und Ehrungen

Wissenschaftspreis

Mutige Löwin

Ehrenplakette des DÄB

Abstracts ausgewählter Vorträge

Dr. Brita Petersen: Wie gesund sind die Zähne der Deutschen?

PD Dr. med. Ulrike Korsten-Reck: Welche Rolle spielen Bewegung und Ernährung für eine gesunde Entwicklung im Kindesalter

Dr. med. Susanne Brist: Welche Möglichkeiten und Grenzen hat das Mammografiescreening?

Dr. med. Lea Küppers-Tiedt: Was ist wichtig bei der Sekundärprävention nach einem Schlaganfall?

Dr. med. Ursula von Salis-Soglio: Wie kann die Sturzhäufigkeit bei Osteoporose verringert werden?

Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth: Welche Ergebnisse zeigt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey?

Prof. Dr. med. Ioanna Gouni-Berthold: Sind Frauen die besseren Mediziner?

Fachartikel

Dr. med. Astrid Bühren: Ärztinnen-Gesundheit

aus: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133:23-25

Dr. med. Astrid Bühren: Das familienfreundliche Krankenhaus

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern und sich so als attraktiver Arbeitgeber positionieren

aus: Arzt und Krankenhaus 06/2008, S.173

Dr. med. Regine Rapp-Engels: Angst ist ein schlechter Berater

Vor einer HPV-Impfung sollten junge Frauen sich gründlich informieren

aus: FrauenRat 1/09, S.31ff.

Der Deutsche Ärztinnenbund in der Presse

Ärztinnen fordern mehr Zeit für die Familie

Ärztezeitung.de vom 12. Mai 2009

Feminisierung in der Medizin

Berliner Ärzte 7/2009 S.6

ÄRZTINNENBUND

Frauenfreundliche Arbeitsbedingungen gegen den Fachkräftemangel

aus: zwd vom 11. Mai 2009

HPV-Impfung im Zwielficht

FR-online vom 04. September 2009

Checklisten des Deutschen Ärztinnenbundes

DÄB-Checkliste "Das familienfreundliche Krankenhaus"

DÄB-Checkliste "Die familienfreundliche Niederlassung"



Presseinformation | 15. September 2009

Dr. med. Regine Rapp-Engels neue Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes:

„Für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem, in dem Ärztinnen einen adäquaten Platz haben“

Anlässlich des 31. Wissenschaftlichen Kongresses des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB), der am vergangenen Wochenende in Leipzig stattfand, wurde Dr. med. Regine Rapp-Engels, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Sozialmedizin aus Münster/Westfalen, zur neuen Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes gewählt. Die 53jährige Dr. med. Regine Rapp-Engels tritt die Nachfolge von Dr. med. Astrid Bühren an, die satzungsgemäß nach dreimaliger Amtszeit nicht mehr zur Wahl antrat. Dr. med. Astrid Bühren wurde nach 12 Jahren Amtszeit wegen ihrer hervorragenden Verdienste zur Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes gewählt. Als Vize-Präsidentinnen wurden Prof. Dr. med. Marianne Schrader aus Lübeck und Dr. med. Kirstin Borchers aus Herne/Westfalen aufgestellt.

Dr. med. Regine Rapp-Engels betonte anlässlich ihrer Wahl zur Präsidentin: „Der Deutsche Ärztinnenbund hat in Leipzig sein 85-jähriges Bestehen gefeiert und wird sich auch in Zukunft den gewandelten Anforderungen an Ärztinnen erfolgreich stellen und eine angemessene Beteiligung von Frauen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen fordern. Dabei setze ich mich gemeinsam mit dem neuen Vorstand des Deutschen Ärztinnenbundes vor allem für gute Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und für eine Medizin ein, die nach Geschlecht differenziert - weil Frauen und Männer unterschiedlich krank sind und unterschiedlich gesund bleiben oder werden. Ich möchte den Deutschen Ärztinnenbund als kollegiales Netzwerk und als durchsetzungsfähigen Verband weiter stärken und die geschlechtersensible Sicht des Deutschen Ärztinnenbundes bei den Veränderungen im Gesundheitswesen deutlich einbringen. Dies gilt auch für die internationale Zusammenarbeit mit dem Weltärztinnenbund (MWIA), für den der Deutsche Ärztinnenbund im Juli 2010 in Münster den Weltärztinnenkongress ausrichtet“.

Der 31. Wissenschaftliche Kongress hat rund 280 Ärztinnen aller Fachrichtungen aus Deutschland zu den Themen Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung in Leipzig zusammengeführt und ging am Sonntag mit einer Podiumsdiskussion unter dem Motto: „Gesund altern – leistungsfähig im Alter“ zu Ende.

Pressekontakt: Gundel Köbke | Kommunikation - www.aerztinnenbund.de
Tel. 030 – 8868 37 48 & 0170 551 80 55

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) ist ein Netzwerk von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder sowie von Zahnärztinnen und macht Lobbyarbeit für Frauengesundheit. Der Deutsche Ärztinnenbund ist Mitglied im Weltärztinnenbund, der Medical Women's International Association (MWIA). Der 28. Internationale Kongress des Weltärztinnenbundes „Globalisation in Medicine – Challenges and Opportunities“ wird unter der Präsidentschaft der Radiologin Atsuko Heshiki aus Japan vom 28. bis 31. Juli 2010 in Deutschland stattfinden.

Deutscher Ärztinnenbund e.V., Präsidentin: Dr. med. Regine Rapp-Engels
Bundesgeschäftsstelle, Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel. 030/400456-540, Fax: 030/400456-541, gsdaeb@aerztinnenbund.de | <http://www.aerztinnenbund.de>



Presseinformation | 11. September 2009

Ärztin Macht Prävention: Deutscher Ärztinnenbund für bessere Lebensqualität von Ärztinnen und Patienten

Unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin Dr. med. Ursula von der Leyen findet vom 10. bis 13. September 2009 in Leipzig der 31. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) statt. Unter dem Motto „Ärztin Macht Prävention – Generation Gesundheit – Investition in die Zukunft“ tauschen sich rund 280 Ärztinnen aller Fachrichtungen aus Deutschland über die zunehmende Bedeutung von Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung aus.

Die Zukunft von Medizin und Prävention hängt in hohem Maße auch davon ab, dass es berufstätige Ärztinnen und Ärzte gibt. Für den Deutschen Ärztinnenbund, der in Leipzig sein 85jähriges Bestehen feiert, stehen zum Beispiel familienfreundliche Arbeitsbedingungen, gleichberechtigte Aufstiegs- und Karrierechancen sowie geschlechtergerechte Leitungs- und Managementkonzepte seit langem auf der Agenda. Die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Astrid Bühren, betonte in ihrer Eröffnungsrede:

„Als Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes habe ich mich sowohl für die Gesundheit der Patienten und Patientinnen, als auch für die Gesundheit der praktizierenden Ärztinnen und Zahnärztinnen in Kliniken und niedergelassenen Praxen eingesetzt. Ärztinnen verfügen nachweislich über hohe kommunikative Fähigkeiten, die sie zum Wohle ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen. Dafür verdienen sie es, wert geschätzt zu werden. Ärztinnen verfügen über ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen, sind Patienten und Patientinnen zugewandt und erhöhen nach wissenschaftlichen Studien die Compliance stärker als männliche Kollegen.“

Durch die prozentuale Zunahme der weiblichen Berufseinsteiger wandelt die Medizin: Zielgruppengerecht werden über die rein biologischen und naturwissenschaftlichen Aspekte hinaus die somatischen und psychosozialen therapeutischen Aspekte geschlechtsspezifischer berücksichtigt. Damit Ärztinnen und Ärzte auch in Zukunft gute Medizin machen können, gilt es dringend, attraktivere berufliche Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich der bereits erkennbare Ärzte- und Ärztinnenmangel nicht weiter durch Abwanderung ins Ausland bzw. Flucht in alternative Berufsfelder verschärft.

Wer allerdings unkommentiert von der Feminisierung der Medizin spricht, verkennt den damit immer noch verbundenen Zungenschlag des Defizitären. Der Deutsche Ärztinnenbund beobachtet vielmehr einen Normalisierungsprozess - weg von der immer noch herrschenden Maskulinisierung der Medizin zu einem effektiven Gleichgewicht von Ärztinnen und Ärzten“.

Die Themenpalette des Kongresses reicht von der Primärprävention im Kindesalter über die Sekundärprävention mit der Krebsfrüherkennung bis zur

Tertiärprävention durch sinnvolle Rehabilitation, um die Lebensqualität im Alter zu erhöhen. Bei den Vorträgen werden insbesondere geschlechtsspezifische Aspekte in den Mittelpunkt gestellt. Insbesondere zur HPV-Impfung und zum Mammografiescreening, dessen Nutzen durch eine vor kurzem veröffentlichte Studie bezweifelt wurde, werden kontroverse Diskussionen erwartet. Der Kongress wird am Sonntag mit einer Öffentlichen Podiumsdiskussion unter dem Motto: „Gesund altern – leistungsfähig im Alter“ abgeschlossen.

Der 31. Wissenschaftliche Kongress begann heute mit der Verleihung des mit 4.000 Euro dotierten Wissenschaftspreises des Deutschen Ärztinnenbundes und der Dr. Edith Grünheit-Stiftung an PD Dr. med. Katharina Domschke. Die Assistenzärztin in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster wurde für ihre Arbeiten über die Rolle eines Gens bei der Entstehung von Panikstörungen und Depressionen ausgezeichnet, die einen innovativen Ansatz bei deren geschlechtsspezifischer Behandlung eröffnen.

Eine weitere Ehrung des DÄB, die Auszeichnung „Mutige Löwin“, wurde Dr. med. Annegret Elisabeth Schoeller, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin zuteil. Sie trat 1997 als Referentin in die Geschäftsführung der Bundesärztekammer ein und ist dort seit 2008 Bereichsleiterin. Der Mut von Frau Dr. Schoeller bestand darin, sich für Themen einzusetzen, die nicht Mainstream waren, in zehn Jahren Leitung der Ärztinnen Gremien viele Aufgaben im wahrsten Sinne des Wortes „in Angriff“ und dabei auch eigene Nachteile in Kauf zu nehmen.

Die Ehrenplakette des Deutschen Ärztinnenbundes erhielt die Literaturwissenschaftlerin Dr. Barbara von Korff Schmising, die seit 1995 die Geschäftsführung der Silbernen Feder, dem Kinder- und Jugendbuchpreis des Deutschen Ärztinnenbundes innehat und als dessen Jurorin und Ansprechpartnerin fungiert.

Am Samstag, den 12. September 2009 wird der DÄB in Leipzig einen neuen Vorstand wählen.

Pressekontakt: Gundel Köbke | Kommunikation

www.aerztinnenbund.de

Tel. 030 – 8868 37 48 & 0170 551 80 55

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) ist ein Netzwerk von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder sowie von Zahnärztinnen und macht Lobbyarbeit für Frauengesundheit.

Deutscher Ärztinnenbund e.V., Präsidentin: Dr. Astrid Bühren,
Bundesgeschäftsstelle, Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin,
Tel. 030/400456-540, Fax: 030/400456-541, gsdaeb@aerztinnenbund.de -
<http://www.aerztinnenbund.de>



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

Einladung zum Pressegespräch

Anlässlich des 31. Wissenschaftlichen Kongresses des Deutschen Ärztinnenbundes unter dem Motto „**ÄRZTIN MACHT Prävention. Generation Gesundheit – Investition in die Zukunft**“ möchten wir Sie herzlich zu unserem Pressegespräch

am Freitag, den 11. September 2009 um 12.15 Uhr einladen.

Ort: Operatives Zentrum des Universitätsklinikums Leipzig, Liebigstraße 40, 04103 Leipzig / Zentrum für Frauen- und Kindermedizin / Raum Cerutti Trier

Konsequente Prävention bedeutet ein großes Stück Lebensqualität. Das Thema des diesjährigen DÄB-Kongresses ist eine Querschnittsaufgabe, die zahlreiche Lebensbereiche betrifft und insbesondere für Ärztinnen große Herausforderungen beinhaltet. Welche geschlechtsspezifischen Aspekte hat Prävention - ist Prävention weiblich? Welche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind sinnvoll, welche nicht? Welche Warnsignale können frühzeitig diagnostiziert und eventuell sofort behandelt werden? Auf diese und andere Fragen möchten wir in unserem Pressegespräch eingehen und Sie exemplarisch über den aktuellen Stand von Forschung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation informieren.

Gleichzeitig möchten wir Sie über die kritische Haltung des Deutschen Ärztinnenbundes zu der aktuellen Diskussion über den Ärztemangel informieren.

Als Gesprächspartnerinnen stehen Ihnen zur Verfügung:

Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes
Niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Murnau

Dr. med. Ursula von Salis-Soglio, Fachärztin für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie, Leipzig

Dr. med. Regine Rapp-Engels, Vize-Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Sozialmedizin, Münster

Wir freuen uns, wenn Sie am Pressegespräch teilnehmen können und bitten um eine kurze Nachricht per Mail an gundel.koebke@t-online.de

Mit freundlichen Grüßen | 04. September 2009
Gundel Köbke | Deutscher Ärztinnenbund – Presse
Tel. 030 – 8868 37 48 & 0170-551 80 55 | Email: gundel.koebke@t-online.de

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) ist ein Netzwerk von Ärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder sowie von Zahnärztinnen und macht Lobbyarbeit für Frauengesundheit. Anlässlich des 85jährigen Jubiläums des Deutschen Ärztinnenbundes findet vom 10. bis 13. September 2009 in Leipzig der 31. Wissenschaftliche Kongress zum Thema: „Generation Gesundheit - Investition in die Zukunft – ÄRZTIN - MACHT – PRÄVENTION“ statt.

Grußwort der Schirmherrin: Dr. med. Ursula von der Leyen

Herzlich willkommen zum 31. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes in Leipzig!

Gerne habe ich die Schirmherrschaft für die Veranstaltung unter dem Motto „Ärztin Macht Prävention“ übernommen. Wie gewohnt werden von Ihnen Themen aufgegriffen, die sowohl medizinisch als auch gesellschaftspolitisch aktuell sind. Der besondere Blick auf die Gesundheit von Frauen ist dabei selbstverständlich. Die Kongresse des Deutschen Ärztinnenbundes nehmen daher innerhalb der immer noch männerdominierten medizinischen Wissenschaft eine herausgehobene Stellung ein.

Die Zukunft der Medizin hängt in hohem Maße von Ihnen als Ärztinnen ab. Denn der ärztliche Beruf entwickelt sich - wie viele andere Gesundheitsberufe - zur Frauendomäne. Darum unterstütze ich den Deutschen Ärztinnenbund bei seinem Engagement für familienfreundliche, moderne Arbeitsbedingungen in den medizinischen Einrichtungen. Gebraucht werden flexible Arbeitszeitmodelle, arbeitszeitkompatible Kinderbetreuung, geschlechtergerechte Leitungs- und Managementkonzepte und gleichberechtigte Aufstiegschancen in der Medizin. Ärztinnen sind unverzichtbar, um den Herausforderungen des Gesundheitswesens begegnen zu können. Prävention und Gesundheitsförderung sind vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen von zunehmender Bedeutung. Das gilt für die Primärprävention, die bereits im Kindesalter einsetzt, genauso wie für die Sekundärprävention z.B. durch die Krebsfrüherkennung bis hin zur Tertiärprävention durch sinnvolle Rehabilitation, die auch im Alter die Lebensqualität erhöht.

Ich freue mich daher sehr, dass Sie diese Themen in den Mittelpunkt Ihres Kongresses 2009 gestellt haben. Gemeinsam haben wir die Aufgabe, das Bewusstsein über den Wert der Prävention zu stärken, damit präventive Potenziale besser genutzt werden.

In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung einen guten Verlauf und Ihnen allen informative und fruchtbare Kongresstage in Leipzig.

Ursula von der Leyen
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

85 Jahre Deutscher Ärztinnenbund

Dr. med. Astrid Bühren

in: Ärztin in Deutschland - Festschrift 85 Jahre Deutscher Ärztinnenbund e.V. - vorgelegt zum 31. Wissenschaftlichen Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes 2009 in Leipzig

„Mit demselben Wissen und Können ergänzt die Ärztin, was in der Arbeit des Mannes fehlt.“

Kolleginnen organisieren sich
Zwischen 1900 und 1909 konnten in den deutschen Staaten erstmals Frauen zum Medizinstudium zugelassen werden. Erst 14 Jahre danach wurde – auf Anregung von internationaler Ebene – der Bund Deutscher Ärztinnen gegründet. Es waren keine berufspolitischen Absichten, die zur Gründung führten. Seit jeher hatten die Ärztinnen offene Auseinandersetzungen mit der mächtigen männlichen Ärzteschaft vermieden und sich um kollegiale Akzeptanz bemüht. Sie wollten „in keiner Weise unseren männlichen Kollegen gegenüber in Kampfstellung“ gehen. Erst im Lauf der Jahre vollzog sich der Schritt, offensiv für die Interessen der Ärztinnen einzutreten. Historische Stationen auf einem langen Weg:

1923/24 – Die Gründung

Initiative zur Gründung des Bundes Deutscher Ärztinnen (BDÄ), ausgelöst durch ein Beitrittsangebot des Internationalen Ärztinnenbundes an die deutschen Kolleginnen. Die Berliner Frauenärztin Hermine Heusler-Edenhuizen, die Ärztin Lilly Meyer-Vedell, die Kinderärztin Laura Turnau, die Dresdener Frauenärztin Dorothea Dietrich und die Essener Gynäkologin Toni von Langsdorff verschickten daraufhin folgenden Aufruf: „Eine Gruppe deutscher Ärztinnen ist in Berlin zur Gründung eines Bundes Deutscher Ärztinnen zusammengetreten. Die Aufgaben des Bundes sind:

- Zusammenschluss der Ärztinnen Deutschlands
- Bearbeitung sozial-hygienischer Aufgaben vom Standpunkt der Ärztin als Frau
- Ausarbeitung von Vorschlägen für die sozial-hygienische Gesetzgebung
- Sorge für die nicht mehr arbeitsfähigen älteren Kolleginnen, sowie Unterstützung der jungen Medizinerinnen in ihren Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten.“

Am 25. Oktober 1924 fand in Berlin die Gründungsversammlung statt. 280 Ärztinnen waren inzwischen Mitglied - 12 Prozent der insgesamt 2500 deutschen Ärztinnen.

1924 - Erste Ausgabe der „Ärztin“

Ab Mai 1924 veröffentlichte der BDÄ die bis heute existierende Verbandszeitschrift „Die Ärztin“. In der ersten Ausgabe ist zu lesen „wie die Mutter in der Familie die härtere Art des Vaters ergänzt zu schöner Harmonie, so möchten wir, dass künftighin auch im Volksleben das

bisher ausschließlich männliche Prinzip einen Ausgleich erfahre, durch größere Mitarbeit von mütterlichen Frauen auf Gebieten, die ihrer Wesensart zu Bearbeitung bedürfen und in Berufen, die ihrer mütterlichen Einstellung besonders liegen, wie unseres ärztlichen, möchten wird, dass sie nicht die Art des Mannes nachahme, sondern immer darauf bedacht sei, ihre eigene Arzt zu geben. Mit demselben Wissen und Können ergänzt sie dann, was in der Arbeit des Mannes fehlt.“

1933 – Vollzug der Gleichschaltung

Bis 1933 waren 900 Kolleginnen beigetreten - mehr als ein Viertel der deutschen Ärztinnen. Mit Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde der BDÄ aufgefordert, sich aufzulösen oder die sogenannte Gleichschaltung zu vollziehen. Dies bedeutete:

ausdrückliches Bekenntnis zu den Zielen der NSDAP und ihrem Führer Adolf Hitler „die Entfernung von Juden und Marxisten“ aus den Vorständen

Der BDÄ entschied sich für die Gleichschaltung und wurde in der Folge aus dem Weltärztinnenbund ausgeschlossen. Bereits Ende Juni 1933 waren alle Kolleginnen jüdischer Abstammung ausgeschlossen. Hierzu gehörten mit Else Liefmann, Lilly Meyer-Wedell und Laura Turnau auch drei der sechs Mitglieder des Gründungsvorstands.

1936 – Endgültige Auflösung

Mit der neuen Reichsärzteordnung musste sich auch der Bund Deutscher Ärztinnen auflösen.

1939–1945 – Zweiter Weltkrieg

In den Kriegsjahren entschied sich das Lebensschicksal der meisten ehemaligen Mitglieder des BDÄ. Viele endeten im Konzentrationslager oder im Exil, in dem die Ärztinnen meist nicht mehr in ihrem Beruf tätig sein durften. In Hannover und in Dortmund trafen sich unseres Wissens nach regelmäßig weitere Mitglieder des aufgelösten Verbands.

1946–1950 – Neugründung als Deutscher Ärztinnenbund

1946 entstand die „Hannoversche Ärztinnengruppe“. Gruppen in der sowjetisch besetzten Zone und in der späteren DDR gab es aus politischen Gründen nicht. Am 09. Juni 1947 gründeten niederlassungswillige Kolleginnen den „Bayerischen Ärztinnenbund e.V.“ als „Kampf-Organisation“. Frauen waren damals besonders bei der Niederlassung in Kassenarztpraxen benachteiligt: Unverheiratete Ärztinnen wurden nicht zugelassen, weil sie keine Familie hatten. Verheirateten war die Zulassung verwehrt, weil das Einkommen ihrer Ehemänner berücksichtigt wurde. Nach längerer Vorbereitung, in der die die Mitgliederzahl 1.200 überschritt, organisierten sich die Ärztinnen seit 1950 wieder bundesweit. Der damals gegründete „Deutschen Ärztinnenbund e.V.“ ist bis heute Plattform und Sprachrohr für die Interessen der Kolleginnen.

Preisverleihungen und Ehrungen

Der mit 4.000 Euro dotierte **Wissenschaftspreis des Deutschen Ärztinnenbundes und der Dr. Edith Grünheit-Stiftung** ging an PD Dr. med. Katharina Domschke. Die Assistenzärztin in der Klinik und Poliklinik für Neurologie an der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster wurde für ihre Arbeiten über die Rolle eines Gens bei der Entstehung von Panikstörungen und Depressionen ausgezeichnet, die einen innovativen Ansatz bei deren geschlechtsspezifischer Behandlung eröffnen. In den preisgekrönten Arbeiten *‘Genes and Gender’ - Das COMT Gen und psychische Erkrankungen bei Frauen*“ wird die Rolle einer funktionellen Variante im Catechol-O-methyltransferase (COMT) -Gens, des höher aktiven COMT158val Allels, lokalisiert auf dem langen Arm von Chromosom 22 (22q11.2), bei der Entstehung der Panikstörung und der Depression beschrieben.

Beide Erkrankungen treten bei Frauen 2-3 mal häufiger als bei Männern auf. Das höher aktive COMT 158val Allel wurde signifikant häufiger bei Patientinnen nachgewiesen als bei Patienten. Darüber hinaus korrelierte eine Trägerschaft des aktiven COMT 158val Allels mit einem ausgeprägteren Schweregrad der Depression und einer verschlechterten Wirksamkeit der antidepressiven Pharmakotherapie. Diese Patientinnen sprachen besonders rasch und effektiv auf eine Elektrokrampftherapie an. Die vorgelegten molekulargenetischen Ergebnisse eröffnen einen innovativen Ansatz zu einer Genotyp-basierten und geschlechtsspezifischen Behandlung der Panikstörung und Depression. Bei beiden Erkrankungen könnte die spezifische Diagnostik und nachfolgend das spezifische Therapievorgehen besonders für Patientinnen eine erhebliche Verkürzung ihrer Leidenszeit bedeuten. Frau PD Dr. med. Katharina Domschke ist Assistenzärztin in der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Westfälische Wilhelms - Universität Münster.

Preisträgerin der **"Mutigen Löwin"** ist Dr. med. Annegret Elisabeth Schoeller, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Sie trat 1997 als Referentin in die Geschäftsführung der Bundesärztekammer ein und ist dort seit 2008 Bereichsleiterin. Als Frau Dr. Schoeller in die Bundesärztekammer eintrat, wurde ihr auch die Geschäftsführung für den Ausschuss und die ständige Konferenz „Berufliche Belange von Ärztinnen“ – kurz Ärztinnen-Gremien – übertragen, der nach den letzten Vorstandswahlen 2007 aufgelöst wurde.

Der nicht zu unterschätzende Mut von Frau Dr. Schoeller bestand darin, sich auch für Themen einzusetzen, die nicht Mainstream waren und nicht so wichtig erschienen wie zum Beispiel Weiterbildung, Fortbildung, eine EU-kompatible Allgemeinmedizin und Priorisierung. Bei der einseitigen Darstellung von Sachverhalten hat sie den Finger in die Wunden gelegt und dabei auch eigene Nachteile in Kauf genommen. In zehn Jahren Leitung der Ärztinnen-Gremien wurden von ihr viele Aufgaben im wahrsten Sinne des Wortes „in Angriff“ genommen. Ihr Fazit: Um diese Aufgaben erfolgreich abzuschließen, benötige man einen langen Atem und ausgeprägte Beharrlichkeit,

untermauert mit der Gewissheit, dass schnelle Ergebnisse in der Berufspolitik selten sind“.

Auch bei dem Projekt Handbuch „Karriereplanung für Ärztinnen“ galt es über mehrere Jahre viele Unwegsamkeiten zu überwinden. Das Projekt hätte an vielen Stellen scheitern können, zum Beispiel daran, dass die Bundesärztekammer nicht die Ressourcen hatte, die Gelder zu verwalten. Zwei Professorinnen sagten aus unterschiedlichen Erwägungen ab - Sollbruchstellen, an denen das Projekt auch hätte scheitern können, aber letztlich nicht gescheitert ist, weil sich Frau Dr. Schoeller auch hier wieder unbeirrt einsetzte, um das „Handbuch: Karriereplanung für Ärztinnen“ umzusetzen.

Die **Ehrenplakette des Deutschen Ärztinnenbundes** erhielt die Literaturwissenschaftlerin Dr. Barbara von Korff Schmising, die seit 1995 die Geschäftsführung der Silbernen Feder, dem Kinder- und Jugendbuchpreis des Deutschen Ärztinnenbundes innehat und als dessen Jurorin und Ansprechpartnerin fungiert.

Abstracts ausgewählter Vorträge

Dr. Brita Petersen: Wie gesund sind die Zähne der Deutschen?

Dr. Brita Petersen, Zahnärztin in Bremen und Vorstandsmitglied im DÄB, wird Ihnen die Ergebnisse der zahnärztlichen Prophylaxe in Deutschland vorstellen. Wie häufig finden sich Karies und Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung? Welche sozialen Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Die Untersuchung aus dem Jahre 2005, veröffentlicht Ende 2006, umfasst 4.500 Personen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen in einer repräsentativen Erhebung.

Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zeigt nicht nur eine Momentaufnahme der Mundgesundheit der Deutschen. Als Wiederholungsuntersuchung zur DMS III aus dem Jahre 1997 gibt sie auch einen Überblick über die Entwicklung der Mundgesundheit während der letzten Dekade und liefert eine solide Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung.

Die Studie zeigt auf, dass die Zahngesundheit der Deutschen dank erfolgreicher Prävention und guter zahnärztlicher Versorgung immer besser geworden ist. 70 Prozent der 12-Jährigen haben heute ein naturgesundes Gebiss. Erwachsene und Senioren behalten ihr Zähne immer länger und verbessern damit ihre Lebensqualität. Eine nicht überraschende Konsequenz dieses Erfolges ist aber auch, dass Parodontalerkrankungen auf dem Vormarsch sind. Denn erhaltende Zähne führen zum Beispiel mit zunehmendem Lebensalter zu einem erhöhten Risiko für Erkrankungen des Zahnhalteapparates. So leiden fast 40 Prozent der Senioren unter einer schweren Form von Parodontitis. Daraus erbeben sich neue Herausforderungen für die zahnärztliche Versorgung.

PD Dr. med. Ulrike Korsten-Reck: Welche Rolle spielen Bewegung und Ernährung für eine gesunde Entwicklung im Kindesalter

PD Dr. med. Ulrike Korsten-Reck, Sportmedizinerin und Oberärztin an der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin in der Medizinischen Universitätsklinik in Freiburg, wird Ihnen die Schlüsselrolle erläutern, die körperlicher Aktivität und Ernährungsweise im Kindes- und Jugendalter in Anbetracht der zunehmenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas und der Zunahme der Schweregrade auch in Deutschland zukommt. Die Eltern haben dabei eine Modellfunktion, da Ernährungs- und Aktivitätsverhalten sowohl genetisch vorgegeben sind als auch über die familiäre Sozialisation geprägt werden. Die Daten des Kinder- und Jugendsurveys des RKI (KIGGS) dokumentieren die Gesundheitssituation und die motorischen Fähigkeiten erstmals repräsentativ für deutsche Kinder.

Mangelnde körperliche Aktivität wird mittlerweile als „das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends“ angesehen. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Es lässt sich eine Veränderung des Freizeitverhaltens mit einem vermehrten Medienkonsum und damit einhergehender Verhäuslichung feststellen. Vor allem in Großstädten finden Kinder eine erlebnisarme Umwelt mit begrenzten Bewegungsräumen vor. Daraus entsteht ein Mangel an Bewegungen und Bewegungserfahrungen. Im Kindesalter besteht allerdings ein enger Zusammenhang von sensorischer Wahrnehmung und motorischen Fähigkeiten. Gerade das Vorschul- und frühe Schulkindalter sind wichtige Zeitfenster in der Entwicklung der sensorischen Wahrnehmung. Viele Kinder und Jugendliche haben diesbezüglich große Defizite. Darüber hinaus ist erwiesen, dass ein enger Zusammenhang

zwischen körperlicher Inaktivität und der Entwicklung von Übergewicht besteht.

Untersuchungen zeigen, dass übergewichtige Kinder weniger Zeit mit moderater bis anstrengender körperlicher Aktivität als normalgewichtige Gleichaltrige verbringen und die Kinder am dicksten sind, die den größten Medienkonsum und die geringste Bewegungszeit aufweisen. Es konnte auch gezeigt werden, dass das nicht organisierte Sporttreiben eine größere Bedeutung in der Vermeidung von Übergewicht als sportliche Aktivitäten im Verein hat. Dies unterstützt die besondere Bedeutung eines bewegungsreichen Alltags in der Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas.

Auch bezüglich der Ernährung sehen wir zunehmende Veränderungen. Die Aufnahme von energiereichen Lebensmitteln, Fast-Food-Produkten sowie falsche und einseitige Ernährungsgewohnheiten kennzeichnen unsere heutige Gesellschaft. Kinder haben häufig keine geregelten Mahlzeiten und verzehren zu fettreiche Zwischenmahlzeiten und zu viele zuckerhaltige Getränke. Dies wird durch den massiven Anstieg von Werbung für Lebensmittel mit hoher Energiedichte und die ständige Verfügbarkeit von Essen unterstützt. Eine gesunde Entwicklung der heutigen Kinder kann somit nur über ausreichende Aufklärung von allen an der Erziehung und Fürsorge von Kindern beteiligten Gruppen auf der Grundlage geeigneter Interventionsmaßnahmen erfolgen.

Dr. med. Susanne Briest: Welche Möglichkeiten und Grenzen hat das Mammografiescreening?

Dr. med. Susanne Briest, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Leiterin des Brustzentrums am Universitätsklinikum Leipzig, beschäftigt sich in ihrem Vortrag mit dem Mammakarzinom als der häufigsten Krebserkrankung der Frau in Deutschland. Derzeit gibt es ca. 57.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Etwa 20 Prozent der Frauen, die an einem Krebs in Deutschland versterben, haben ein Mammakarzinom. Die Anzahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) nimmt mit dem Lebensalter zu, das mittlere Erkrankungsalter liegt derzeit bei 63 Jahren. Über den Verlauf der letzten 30 Jahre ist eine Zunahme der Inzidenz zu verzeichnen, gepaart mit einem Trend zur Verringerung der Mortalität. Während die Ursachen für den Anstieg der Inzidenz bisher unklar sind, wird der Rückgang der Mortalität, der sich auch in anderen Ländern, wie den USA verzeichnen lässt, dort vor allem auf zwei Ursachen zurückgeführt: die Einführung des Mammografiescreenings und die konsequente adjuvante systemische Therapie.

Die Mammografie ist die grundlegende Methode in der apparativen Diagnostik des Mammakarzinoms. Gründe hierfür sind unter anderem die hohe Detailerkennbarkeit und die untersucherunabhängige Reproduzierbarkeit. Dem steht ein relativ geringes Strahlungsrisiko gegenüber. Aus diesen Gründen ist die Mammografie die bildgebende Methode zum Screening auf das Vorliegen eines klinisch bisher nicht erfassbaren Mammakarzinoms. Ziel des in Deutschland 2008 flächendeckend eingeführten qualitätsgesicherten Mammografiescreenings ist die Senkung der Mortalität am Mammakarzinom. Die kostenlose Untersuchung wird symptomlosen und gesunden Frauen im Alter von 50 – 69 Jahren aller zwei Jahren angeboten. Die Klientinnen können sich entweder selbst einladen, oder sie werden durch eine sogenannte zentrale Stellung aufgrund der beim Einwohnermeldeamt vorliegenden Daten von der Möglichkeit des Screening unterrichtet.

Ungeachtet des inzwischen in vielen Ländern weltweit eingeführten Mammografiescreenings wird diese Untersuchung kontrovers diskutiert. Anlass für das erneute Aufflammen der Diskussion sind aktuelle

Publikationen, die sich kritisch mit Fragen wie der Überdiagnostik und der daraus resultierenden Therapie sowie mit der Information der Frauen über das Screening auseinandersetzen. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen der Entdeckungsrate eines Mammakarzinoms im Rahmen des Screenings im Verhältnis zu den notwendigen Untersuchungen, sowie die sogenannte „recall“-Rate. Die Einbestellung der Klientin zur Abklärung führt häufig zur Entdeckung von gutartigen Läsionen, geht jedoch für die Patientin mit einem nicht zu unterschätzenden emotionalen Stress einher. Ein unauffälliges Ergebnis im Screening kann andererseits zu einer falschen Sicherheit führen, in der sich sowohl die Frau als auch ihre behandelnde Ärztin oder der sie behandelnde Arzt wiegen.

Unerlässlich erscheint es daher, die Frauen umfassend über die Möglichkeiten und die Grenzen des Screenings zu informieren. Die Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung schützt nicht vor Krebs und kann weder den aufmerksamen klinischen Blick noch das Gespräch mit der Patientin ersetzen.

Dr. med. Lea Küppers-Tiedt: Was ist wichtig bei der Sekundärprävention nach einem Schlaganfall?

Dr. med. Lea Küppers-Tiedt, Fachärztin für Neurologie in Freiburg, hat ein Thema aus dem Bereich der Sekundärprävention gewählt. Als sekundäre Prävention wird die Gesamtheit aller Maßnahmen bezeichnet, die der Früherkennung und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen dienen.

In Deutschland erleiden jährlich etwa 200.000 Menschen (200 - 300 / 100.000 Einwohner) eine akute zerebrale Durchblutungsstörung (Durchblutungsstörung im Gehirn), von denen 80-85 Prozent die Akutphase überleben. Allerdings kommt es in 8-15 Prozent dieser Fälle innerhalb eines Jahres zu einem erneuten Ereignis, wobei Patienten mit multiplen vaskulären Risikofaktoren bzw. manifesten anderen vaskulären Erkrankungen (Gefäßkrankheiten) besonders gefährdet sind.

Hieraus leitet sich die dringende Notwendigkeit einer differenzierten Sekundärprävention nach einem ischämischen Schlaganfall ab.

Ein Schwerpunkt dieser Sekundärprävention ist die antithrombotische Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern bzw. Cumarinderivaten. Abhängig von der Pathophysiologie der zerebralen Ischämie und der Abschätzung des Rezidivrisikos, zum Beispiel mit dem Essener Risiko Score, sollte eine möglichst optimale antithrombotische Sekundärprävention gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie begonnen werden, worauf im ersten Teil des Vortrages eingegangen werden soll.

Weiterhin ist es nach einer zerebralen Ischämie notwendig, die vaskulären Risikofaktoren, wie zum Beispiel arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie, zu behandeln bzw. eine bereits bestehende Therapie zu modifizieren. Welche Gesichtspunkte unter dem Aspekt der zerebralen Ischämie besonders zu beachten sind, werden im zweiten Teil erläutert.

Abschließend werden im dritten Teil spezielle Situationen im Bereich der Sekundärprävention nach einem ischämischen Schlaganfall dargestellt. Dabei wird besonders auf die konservative bzw. interventionelle Therapie symptomatischer Stenosen der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße aus neurologischer Sicht eingegangen. Ebenfalls diskutiert wird die Sekundärprävention bei Koagulopathien (Störung der Blutgerinnung), einem persistierenden Foramen ovale oder einer dem Schlaganfall zugrunde liegenden Dissektion der hirnversorgenden Gefäße.

Dr. med. Ursula von Salis-Soglio: Wie kann die Sturzhäufigkeit bei Osteoporose verringert werden?

Die Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. Ursula von Salis-Soglio aus Leipzig beschäftigt sich in ihrem Vortrag mit einer Erkrankung, die vor allem Frauen betrifft: Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine Verringerung der Knochenmasse und eine Veränderung der Mikroarchitektur des Knochens charakterisiert ist. Die Folge der Osteoporose ist die Erhöhung der Knochenbrüchigkeit und damit der Anstieg des Frakturrisikos. Die osteoporotischen Frakturen führen nicht nur zu einem Verlust an Lebensqualität, sondern sind auch ein starker ökonomischer Faktor. Dieses Problem wird in Folge des sich abzeichnenden demographischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten noch bedeutsamer. Frauen über 55 Jahre sind zu 7 Prozent von postmenopausaler Osteoporose betroffen, bei den über 80jährigen sind es 19 Prozent. Typische osteoporotische Frakturen betreffen vor allem die Wirbelkörper und den Oberschenkelknochen. Die jährliche Inzidenz liegt bei Frauen deutlich höher als bei Männern.

Im Rahmen der primären Prophylaxe der Osteoporose wird körperliche Aktivität gefördert und Immobilisation vermieden. Druckkräfte am Knochen haben einen deutlichen Effekt auf den Knochenstoffwechsel und können zum Erhalt und sogar zur Zunahme der Knochenmasse führen. Des Weiteren ist auf eine kalziumreiche Ernährung zu achten, ggf. sind Zusatzpräparate (Kalzium, Vitamin D) notwendig.

Osteoporose ist nicht heilbar, daher spielt die sekundäre Prophylaxe eine entscheidende Rolle. Bei bereits manifester Osteoporose ist die Gabe von Kalzium und Vitamin D indiziert; bei einer sekundären Osteoporose die sekundäre Prophylaxe entsprechend der Therapie der Grunderkrankung erweitert.

Die Sturzprophylaxe zielt daraufhin, zusätzlich zur Therapie der Osteoporose, sturzbedingte Frakturen zu vermeiden. Hierzu gehören zum Beispiel die ausführliche Sturzanamnese, um individuelle Risiken zu erkennen, die Optimierung des häuslichen Umfeldes (Beseitigen von "Stolperfallen"), das Training der Patienten (Verhaltens- und Balancetraining, Seniorensportgruppe), das Anpassen von Hilfsmitteln wie Gehstützen und die Förderung von Mobilität. Studien zeigen, dass regelmäßiges Training, neben dem Kraftaufbau auch insbesondere sensomotorisches Training, die Sturzhäufigkeit wesentlich reduzieren kann.

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger: Haben Frauen ein signifikant erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen bei Adipositas, metabolischem Syndrom und Typ 2 Diabetes mellitus?

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Chefarztin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie im Klinikum Bogenhausen (Städtisches Klinikum München) beschäftigt sich in ihrem Vortrag mit der Frage, ob Frauen mit Übergewicht, Diabetes und dem metabolischen Syndrom bei Herz-Kreislauferkrankungen stärker gefährdet sind: Trotz großer Fortschritte in der Behandlung bleiben Herz-Kreislauferkrankungen mit 35 Prozent aller Todesfälle mit Abstand die Todesursache Nummer Eins in den westlichen Industrienationen.

Während wir einige wichtige Risikofaktoren wie ungünstige Blutfette, Bluthochdruck und Rauchen schon lange kennen, gilt heute als gesichert,

dass das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall, insbesondere durch ein „Zuviel“ an innerem „Bauchfett“, das heißt einer „abdominalen Adipositas“, ausgelöst wird. Das Risiko eines Herzinfarktes steigt, wie neue internationale Daten beweisen, bei diesen Menschen dramatisch an und ist um den Faktor 4,5 höher als bei Menschen ohne vermehrtes Bauchfett.

Das bedeutet – dick ist nicht gleich dick! Entscheidend ist, an welchen Stellen des Körpers sich das überschüssige Fett einlagert. Äußerlich sichtbares und leicht messbares Kennzeichen der abdominalen Adipositas ist ein größerer Taillen- bzw. Bauchumfang: Um Risikopatienten möglichst früh zu erkennen, sollte regelmäßig der Bauchumfang gemessen werden, der ab einem Wert von 88 cm bei Frauen und 102 cm bei Männern die Gefahr von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem des Typ 2 Diabetes mellitus deutlich erhöht! Der Bauchumfang korreliert eng mit dem Gewicht und Body Mass Index (BMI), deutet jedoch noch besser auf die abdominale Adipositas hin und ist sehr einfach und schnell zu bestimmen.

Fast immer geht ein erhöhter Bauchumfang mit weiteren Risikofaktoren wie Insulinresistenz, Hyperglykämie, Dyslipidämie, erhöhten Blutfetten und Hypertonie einher. Ursache hierfür ist die hohe Stoffwechselaktivität des bei der abdominalen Adipositas vermehrten inneren Bauchfettes, das eine Vielzahl von Steuerungs-Substanzen produziert, die die Entstehung von Typ 2 Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck fördern. Jeder dieser Faktoren für sich, aber insbesondere deren Kombination erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erheblich.

Bei betroffenen Personen sollten Blutzucker, HbA1c-Werte, Blutfette, sowie der Blutdruck gemessen werden: Ergeben sich zusätzlich zum erhöhten Bauchumfang mindestens zwei weitere krankhaft veränderte Befunde, wie zum Beispiel ein zu hoher Blutdruck und ein zu niedriges HDL-Cholesterin und/oder ein erhöhter Blutzucker, so sprechen wir vom „metabolischen Syndrom“, das durch die gefährliche Kombination der verschiedenen so genannten „kardio-metabolischen“, d.h. der Herz-Stoffwechsel-Risikofaktoren ein extrem hohes Herz-Kreislauf-Risikoprofil bedingt.

Übergewicht und vor allem die abdominale Adipositas gelten als die entscheidenden Schrittmacher des „Metabolischen Syndroms“ und sind damit unmittelbar verbunden mit dem in der Folge entstehenden Diabetes mellitus. In besonderer Weise alarmierend ist es, dass Frauen, und hier in den letzten Jahren insbesondere jüngere Frauen, nicht nur deutlich mehr gefährdet sind, eine Adipositas, ein metabolisches Syndrom und einen Typ 2 Diabetes mellitus zu entwickeln, sondern dass Frauen insgesamt ein signifikant erhöhtes Risiko v.a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit Adipositas, metabolischem Syndrom und Typ 2 Diabetes mellitus haben.

Wie aktuell verfügbare Daten zeigen, haben Frauen mit metabolischem Syndrom bzw. Typ 2 Diabetes mellitus

Unabhängig vom menopausalen Status ein 4- bis 6-fach erhöhtes Risiko, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln (bei Männern ist dies nur 2- bis 3-fach gesteigert)

Eine schlechtere Prognose und ein höheres Mortalitätsrisiko nach durchgemachtem Myocardinfarkt, bzw. bei kardiovaskulären Erkrankungen allgemein und werden weniger aggressiv als Männer behandelt

Ein höheres Risiko für die Entwicklung einer arteriellen Hypertonie

Einen „gefährlicheren“ Typ der Fettstoffwechselstörung mit deutlich erniedrigtem HDL-Cholesterin, erhöhten Triglyceriden, sowie signifikant mehr schädlichen Komponenten des ungünstigen LDL-Cholesterins

Ein im Hinblick auf die Entwicklung cardiovasculärer Komplikationen ungünstigeren Verlauf des inflammatorischen Prozesses, der zur endothelialen Dysfunktion und cardiovasculären Erkrankung führt. In Abhängigkeit von der reproduktiven Physiologie erhöhte Risikokonstellationen zur Entwicklung eines metabolischen Syndroms bzw. eines Typ 2 Diabetes mellitus bei Gestationsdiabetes, sowie polyzystischem Ovarsyndrom (PCOS)

Es ist von außerordentlich großer Bedeutung, in der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Frauen mit Übergewicht, Adipositas, metabolischem Syndrom und Typ 2 Diabetes mellitus die Geschlechtsdifferenzen insbesondere für die gesamte Risikokonstellation und den Krankheitsverlauf zu beachten und eine frühzeitige, alle Risikofaktoren berücksichtigende Beratung und Behandlung einzuleiten.

Es besteht ein erheblicher Handlungsbedarf das „kardio-metabolische“ Risikos vor allem frühzeitig zu erkennen und ein besseres Behandlungs-Management zu gewährleisten, wobei dabei unbedingt alle beteiligten Risikofaktoren geschlechtsspezifisch berücksichtigt werden müssen.

Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth: Welche Ergebnisse zeigt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey?

Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth, Direktorin und Professorin und Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut Berlin sowie Leiterin des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) und Leiterin des Deutschen Erwachsenengesundheitsurveys (DEGS) stellt in ihrem Festvortrag die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, Bildung und Gesundheit anhand der Ergebnisse des Kinder- und Jugend-Gesundheitsurveys dar.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) hatte zum Ziel, durch eine bundesweite repräsentative Untersuchung und Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren die Datenlage zur Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland zu verbessern und Informationslücken zu schließen. Von Mai 2003 bis Mai 2006 nahmen 17.641 Jungen und Mädchen an 167 Orten der Bundesrepublik an der Studie teil und lieferten gemeinsam mit den Angaben Ihrer Eltern einen einzigartigen Datenpool, der seit nunmehr drei Jahren systematisch ausgewertet wird. Die dabei unter anderem festgestellten Unterschiede zwischen den Sozialschichten und zusätzlich für Kinder mit Migrationshintergrund, das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Schutzfaktoren und die festgestellte Verschiebung von den akuten zu den chronischen, von den somatischen zu den psychischen Störungen lassen die These einer „neuen Morbidität“ bei Kindern und Jugendlichen entstehen, die zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist.

Die im Sinne von Public Health am schwersten wiegende Erkenntnis ist, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern in durchweg allen. In dieser Gruppe findet man eine Häufung von Risikofaktoren, eine Häufung von Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung und häufigere psychische Auffälligkeiten. In vielen Fällen ist die Bildung der Mutter, insbesondere bei den jüngeren Kindern, der wesentliche Einflussfaktor auf die gesundheitliche Entwicklung. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Herausbildung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter, bei der Freizeitgestaltung ebenso wie beim Rauchverhalten der Kinder und deren Passivrauchexposition.

KiGGS zeigt, dass es eindeutig zu definierende Risikogruppen bei den Kindern und Jugendlichen gibt, die eine Förderung insgesamt benötigen, nicht nur in gesundheitlichen Bereichen, sondern auch auf dem Gebiet von Bildung, Sport, Freizeitangeboten, schulischer Verpflegung und vielem anderen mehr. Damit ist die Gesundheit unsrer Kinder keine allein medizinische oder gar ärztliche Angelegenheit. Hier stehen wir vor der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, für alle Jugendliche gleiche Chancen einzuräumen, unter anderem eben auch auf gesundheitlichem Gebiet.

Prof. Dr. med. Ioanna Gouni-Berthold: Sind Frauen die besseren Mediziner?

Prof. Dr. med. Ioanna Gouni-Berthold von der Medizinische Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln fragt in ihrem Vortrag, ob die Versorgungsqualität eines Patienten davon abhängt, ob der behandelnde Arzt eine Frau oder ein Mann ist. Obgleich diese Frage nie im Zentrum der Versorgungsforschung stand, ist sie doch seit langem kontrovers diskutiert worden. Sie gab unserem Team an der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln Anlass, ein Register von mehr als 50.000 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 daraufhin zu untersuchen. Diese Patienten wurden deutschlandweit von mehr als 3000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten versorgt, wobei die Gebietsbezeichnungen repräsentativ auf Allgemeinärzte, Internisten und einige Diabetologen verteilt waren.

Die Ergebnisse sprechen eine überaus eindeutige Sprache: in vielen Bereichen schnitten die Ärztinnen wesentlich besser ab als ihre männlichen Kollegen. Die Patienten der weiblichen Mediziner erhielten mehr Diabetesschulungen und erreichten häufiger die objektiv messbaren Therapieziele, sei es beim Blutzucker, beim Blutdruck oder bei den Blutfetten – alles wesentliche Faktoren zur Vermeidung von Organkomplikationen oder vorzeitigem Tod. Und darüber hinaus, all diese Ergebnisse waren unabhängig davon, ob die Patienten Männer oder Frauen waren: beide erhielten die bessere Behandlung.

Wie lassen sich diese Unterschiede erklären? Zahlreiche Gründe sind denkbar. Es ist bekannt, dass die Wege der Entscheidungsfindung bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich sind, unabhängig vom Patientengeschlecht. Beispielsweise erhalten die Patienten von männlichen Ärzten häufiger Herzkatheter nach akutem Myokardinfarkt im Vergleich zu den Patienten von Ärztinnen. Auf der anderen Seite wurde gezeigt, dass Ärztinnen den präventiven Maßnahmen eine größere Bedeutung beimessen und die Arzt-Patienten-Beziehung anderes geartet sein kann. Das, was man eine partizipatorische Entscheidungsfindung nennt, also das partnerschaftlich-teilnehmende Einbeziehen des Patienten in den gesamten Diagnostik- und Therapieprozess könnte bei weiblichen Ärztin deutlicher ausgeprägt sein. Gerade der Diabetes mit seinen Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung (Essen, Bewegung, Blutzuckerselbstmessung, Tabletten und Insulin, Umgang mit Folgeerkrankungen und Behinderungen bis hin zu psychischen, beruflichen und familiären Auswirkungen) ist ein Beispiel für die Wichtigkeit der partnerschaftlichen Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen. Die Berücksichtigung seiner Präferenzen und Möglichkeiten mündet in eine höchstmögliche Motivation und Stärkung der Selbstverantwortung. Könnte es nicht sein, dass Frauen in der Gestaltung dieses partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses erfolgreicher sind?

Obgleich Untersuchungen gezeigt haben, dass Ärztinnen und Ärzte in der Sprechstunde dieselbe Zeit mit ihren Patienten verbringen, verbringen sie

diese Zeit offensichtlich mit unterschiedlicher Gewichtung. Ärztinnen legen ihre Schwerpunkte mehr auf Aufklärung und Beratung, wohingegen Ärzte eher Untersuchungen durchführen und Therapien erklären. Ärztinnen zeigen mehr Empathie, positive Zuwendung und Bildung von Partnerschaft als ihre männlichen Kollegen. Diese Eigenschaften sind bei der Behandlung von Patienten mit vielen chronischen Erkrankungen essentiell, da von der Therapietreue häufig das langfristige Behandlungsergebnis abhängt.

Frauen sind wahrscheinlich nicht „die besseren Ärzte“, aber es ist nicht auszuschließen, dass die „weibliche Heilkunst“ in manchen Situationen die besseren Ergebnisse hervorbringt. Dies hat zumindest unsere Kölner Studie zur Versorgungsqualität von Diabetikern gezeigt. Zuhören, Zuwendung und ein partnerschaftlicher Kommunikationsstil bringen vielleicht manchmal mehr, als Laboruntersuchungen. Und sie sind zudem noch billiger!

Fachartikel

Dr. med. Astrid Bühren: Ärztinnen-Gesundheit
aus: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133:23-25

Dr. med. Astrid Bühren: Das familienfreundliche Krankenhaus
Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern und sich so als attraktiver
Arbeitgeber positionieren
aus: Arzt und Krankenhaus 06/2008, S.173

Dr. med. Regine Rapp-Engels: Angst ist ein schlechter Berater
Vor einer HPV-Impfung sollten junge Frauen sich gründlich informieren
aus: FrauenRat 1/09, S.31ff.

Ärztinnen-Gesundheit

Health of female physicians

Autoren

A. Bühren¹

Institut

¹ Deutscher Ärztinnenbund

Einleitung

Grundsätzlich arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter den gleichen beruflichen Bedingungen. Diese unterscheiden sich von den meisten anderen akademischen Berufen u.a. maßgeblich dadurch, dass Patientinnen und Patienten in der stationären und ambulanten Medizin ganzjährig auch an Wochenenden, Feiertagen und während der Nachtzeiten der medizinischen Versorgung bedürfen. Diese Arbeitszeiten belasten auch soziale Kontakte und sind nicht kompatibel mit den üblichen Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zusätzlich erschwert.

Solange die bestehenden Institutionen allerdings demjenigen die besten Chancen versprechen, der auf seine Familie und einen weiblichen Lebensentwurf am wenigsten Rücksicht nimmt, ist der Preis für Frauen, eine Karriere im klassischen Sinne zu wählen, in der Regel sehr oder zu hoch.

Ärztinnen orientieren sich häufiger am therapeutischen Ansatz des „Caring“, Ärzten wird eher die Haltung des „Curing“ zugeordnet [7]. Das heißt, Ärztinnen gehen in höherem Maße als Ärzte auf die Bedürfnisse ihrer Patienten und Patientinnen ein und investieren mehr Zeit in die Behandlung – was im Rahmen der zu erwartenden größeren Anzahl von chronisch kranken und alten Menschen sicher auch eine zunehmende Notwendigkeit erhält. Der Erfolg einer Klinik misst sich jedoch oft an einer schnellen Entlassung, und die Karrierechancen in der Medizin richten sich maßgeblich nach dem Impact factor. Entsprechend haben Ärztinnen und Ärzte, die sich am Caring-Ansatz orientieren, weniger Chancen, eine Führungsposition zu erlangen.

Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzte sind sowohl gemeinsam im Zusammenhang mit den speziellen Anforderungen des ärztlichen Berufes zu betrachten als auch geschlech-

terdifferierend bezüglich der unterschiedlichen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen im Sinne von Gender Mainstreaming.

Unterschiedliche Ausgangssituation von Ärztinnen und Ärzten?

Nachdem es bereits vom 1. bis 4. Jahrhundert n. Chr. Chirurginnen gab [13] ist das Medizinstudium für Frauen erst seit 100 Jahren in Deutschland erlaubt. Sie sind speziell in den chirurgischen Fachgebieten aus diversen Gründen noch massiv unterrepräsentiert [4]. Die sprechende Medizin wird überproportional häufig von Ärztinnen ausgeübt, was auch mit den besseren kommunikativen Fähigkeiten zusammenhängt [19].

In Deutschland verdienen Frauen laut Statistischem Bundesamt 2006 auf allen Gehaltsstufen mindestens 20% weniger als Männer, entsprechendes gilt auch für Chefärztinnen und niedergelassene Ärztinnen [13, 21]. Zusammenhänge ergeben sich mit der deutlichen Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen in Kliniken, in Gremien von Fachgesellschaften und Berufsverbänden und Körperschaften des öffentlichen Rechts wie Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen Honorierungskategorien bestimmt werden.

Zusätzlich zu den äußeren Barrieren durch gesellschaftliche Rollenzuschreibungen, „old-boys-networks“ und diverse Diskriminierungen – auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen wie veraltete Mutterschutzrichtlinienverordnungen – sind hierbei die inneren Barrieren mit einem geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzept aufgrund traditioneller Sozialisation und fehlender Rollenvorbilder wirksam [1].

Ein spezifisches Mentoring, Netzwerke und Wiedereinstiegskonzepte entfalten allmählich Wirksamkeit [6].

Ärztinnengesundheit

Schlüsselwörter

- ▶ Gender Mainstreaming
- ▶ Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- ▶ Zuwendung und Kommunikation
- ▶ Unterrepräsentation von Ärztinnen in Führungspositionen
- ▶ Risiko-Depression bei Nicht-Berufstätigkeit

Key words

- ▶ gender mainstreaming
- ▶ compatibility of family and profession
- ▶ caring versus curing
- ▶ bad representation of medical women in leading position
- ▶ risk of depression for mothers without work

eingereicht 31.5.2007

akzeptiert 14.6.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1017466
Dtsch Med Wochenschr 2008;
133: 23–25 · © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Dr. med. Astrid Bühren

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes
Hagenerstraße 31
82418 Murnau
Tel. 08841-2703
Fax 08841-2708
eMail abuehren@t-online.de

Spezielle Auswirkungen hat die Gebärfähigkeit von Frauen, die die nicht biologisch begründbare Konsequenz nach sich zieht, dass sie und extrem selten Väter die Pflichten der alltäglichen Kindererziehung und Haushaltsführung zu erfüllen haben. Im Resultat verlaufen die Berufswege von Ärztinnen bisher oft diskontinuierlich, einschließlich Elternzeit, Teilzeit, Familienarbeit ohne Berufstätigkeit und Pflege kranker Familienangehöriger.

Dies ist vermutlich nicht immer freiwillig gewählt, sondern eher der Realität zuzuschreiben, dass zumindest in akademischen Berufen Frauen sich oft noch zwischen Familie und Karriere entscheiden müssen, während Männer mit Familie eher sogar größere Karrierechancen haben.

So stehen in Deutschland nur Frauen vor der Entscheidung: Karriere oder Kinder? Auch der notwendige Paradigmenwechsel bei Arbeitgebern hat sich trotz guter Beispiele noch nicht überall durchgesetzt: Wir wollen Ihre Arbeitskraft für die Patientenversorgung. Was können wir tun, um Ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern [6]?

Es liegen keine spezifischen Daten über Ärztinnen vor, die aus familiären Gründen auf die Ausübung ihres hochqualifizierten Berufes verzichten (müssen). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass für sie auch gilt: Ebenso wie die einseitige Festlegung auf Erwerbsarbeit für Männer negative gesundheitliche Konsequenzen hat [2], hat die traditionelle Festlegung auf Familie und Haushalt bei Frauen negative gesundheitliche Konsequenzen [17]. Aus Untersuchungen mit anderer Ausrichtung könnte geschlossen werden, dass es sowohl für die Gesundheit der Ärztinnen selbst als auch in bezug auf die Rückwirkung auf ihre Kinder vorteilhaft ist, in Teilzeit berufstätig sein zu können. Flexible Arbeitszeitmodelle haben sich zwar auch für den Arbeitgeber als vorteilhaft herausgestellt [16], werden aber noch nicht in allen Kliniken angeboten. Mit dem am 1.4.2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, wurden hier für die Niederlassung mit der neu geschaffenen Möglichkeit einer Teilzulassung zusätzlich zum Job-Sharing Bedingungen geschaffen, die den Bedürfnissen der jüngeren Ärzte- und Ärztinnengeneration Rechnung tragen. Es sind mir keine Daten über Ärztinnen nach der aktiven Berufsphase bekannt. Hier gilt es zu eruieren, wie well-aging statt anti-aging gelingen kann.

Karrierespezifische Daten für Ärztinnen

Inzwischen sind 54% der ärztlichen Berufseinsteiger Ärztinnen und unterschiedlich je nach Medizinischer Fakultät bis zu 80% der Erstsemester. Demgegenüber gab es noch nie eine Präsidentin der Bundesärztekammer oder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. In Leitungsfunktionen gelangen Frauen immer noch extrem selten, hier rangiert der Anteil von 24,5% in der Allgemeinmedizin über 20,1% Dermatologie bis 4,2 in der Gefäßchirurgie, 2, 4% in der Gastroenterologie und 0, 7% in der Unfallchirurgie (Ärztliches Personal an Krankenhäusern insgesamt, Grunddaten für 2005, Fachserie 12, Statistisches Bundesamt 2006). Ein Drittel der Niedergelassenen sind Ärztinnen.

Gesundheitliche Risiken bei Ärztinnen

Bisher wurde dem Thema generell in bezug auf Ärzte und Ärztinnen relativ wenig Bedeutung beigemessen, 2004 thematisierte das

British Medical Journal die „Unhappy Doctors“ und im Oktober 2007 wird die Doctors Health Conference in Sydney stattfinden.

Die meisten der vorhandenen Daten aus gut fundierte Studien mit größeren Kohorten und Metaanalysen stammen aus Nordamerika und auch aus Skandinavien. Sie sollten bezüglich der Übertragbarkeit auf Deutschland überprüft werden.

Daten zur „Physical and mental Health of Women“ wurden zusammengetragen von Frank in „Women in Medicine – Career and Life Management“ [10].

Geschlechtersensible Medizin – Gender medicine

Die Unterschiede bezüglich Sex und Gender, Biologie und Geschlechtsrollen, bei Männern und Frauen werden seit knapp zwanzig Jahren systematischer untersucht [3, 9] und als Konsequenz auch gesetzlich berücksichtigt (12. Arzneimittelgesetz-Novelle 2004). Erst mit einer selbstverständlichen Beachtung der jeweiligen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und Belange in allen Politikbereichen einschließlich der Gesundheitspolitik – also Gender Mainstreaming – werden immer mehr wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Seelische Gesundheit – Suizidalität

Speziell die Daten zu den Suizidraten werden sehr widersprüchlich diskutiert. Frank kommt nach Analyse der vorliegenden Daten 2002 zu dem Schluss, dass Ärztinnen zwar eine höhere Suizidrate als andere Frauen aufweisen, aber eine gleich hohe wie Ärzte.

Der Rechtsmediziner des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dahingegen benennt ebenfalls das Suizidrisiko in der Ärzteschaft 40–130 Prozent höher als in der Allgemeinbevölkerung, unterscheidet aber das Suizidrisiko in der Ärzteschaft nach Geschlecht, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung, bei Ärztinnen als 2,5–5,6-mal höher und bei Ärzten 1,1–3,4-mal höher.

Interessanterweise stellt er die häufigsten Zeitpunkte des Auftretens des Suizids in der Allgemeinbevölkerung während des Jugend- und Rentenalter dem Zeitpunkt des Auftretens in der Ärzteschaft während des Berufslebens gegenüber. Die häufigste Suizidmethode in der Ärzteschaft ist die Medikamentenüberdosierung. Fachrichtungen mit höchster Suizidgefährdung sind in absteigender Reihenfolge: PsychiaterInnen > AnästhesistInnen > ChirurgInnen > InternistInnen > NeurologInnen > AllgemeinmedizinerInnen.

Seelische Gesundheit – Depression

Die psychische und soziale Dimension unter besonderer Berücksichtigung der Gender – Perspektive soll am Beispiel der Depression aufgezeigt werden. Verheiratetsein wirkt bei Männern protektiver gegenüber Depressionen als bei Frauen, während bei Frauen qualitative Aspekte der Partnerschaft eine größere Rolle spielen. Berufstätigkeit geht bei Frauen und Männern mit psychischem Wohlbefinden einher. Dieser Zusammenhang ist jedoch bei verheirateten Frauen und Müttern mit Kindern im Haushalt weniger

deutlich, was Auswirkungen multipler Rollenbelastungen widerspiegelt. Frauen tragen auch die Hauptlast bei der Pflege älterer und kranker Angehöriger. Die „Cost of Caring“ Theorie postuliert, dass Frauen aufgrund ihrer Geschlechtsrolle häufiger mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind, die ihr soziales Umfeld betreffen. Das Ausmaß z.B. politischer Beteiligung, ökonomischer Autonomie, Berufstätigkeit und Verdienst wirkt sich positiv auf die individuellen Depressionswerte aus [14].

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Ärztinnen signifikant häufiger als Ärzte Erziehungszeiten wahrnehmen, nicht in ihrem Beruf tätig, arbeitslos oder in Teilzeit angestellt sind mit entsprechenden Einbußen bezüglich Gehalt und Rente [5].

Konsequent werden Ärztinnen zu den Hochrisiko-Gruppen gezählt wegen der besonderen Herausforderung, die Balance zwischen den Anforderungen im Beruf und in der Familie zu halten. Ärztinnen in Leitungspositionen seien auch seltener verheiratet und häufiger kinderlos als ihre entsprechenden männlichen Kollegen [20].

Gesundheitsverhalten von Ärztinnen

Das gesundheitsbewusste Verhalten in bezug auf die eigene Person ist bei Ärztinnen und bei Ärzten [10] signifikant ausgeprägter als bei Frauen und Männern entsprechender anderer akademischer Berufe und Gehaltsgruppen. Eine Doktorarbeit aus Hessen zeigt, dass Hausärztinnen in Bezug auf eigene gesunde Ernährung, Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Häufigkeit von Adipositas deutlich gesundheitsbewusster abschneiden als ihre männlichen hausärztlichen Kollegen [12]. Allerdings äußerten ein Drittel der Ärztinnen, aber nur ein Viertel der Ärzte Überforderungsgefühle, was auch Ausdruck eines geschlechtstypischen Rollenverhaltens sein kann.

Dies hat auch Auswirkungen auf ihr ärztliches Verhalten, da Ärztinnen und Ärzte, die für sich selbst gesünder leben mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre Patientinnen und Patienten über präventive Maßnahmen beraten [11].

Gesundheitsfördernde Faktoren

Die allgemeinen gesundheitsfördernden Lebensstile wie gesunde Ernährung, ausreichende sportliche Betätigung, Anwendung von Stressbewältigungsstrategien, Reduktion von Suchtstoffen, Aufsuchen von geeigneten ÄrztInnen statt Selbstbehandlung etc. gelten selbstverständlich auch für Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus gilt spezifisch für Ärztinnen:

Berufstätigkeit wirkt protektiv in Bezug auf das Auftreten einer Depression. Entsprechend den Befunden von Jurkat (siehe Seite 14 in diesem Heft) ist die Lebensqualität von Chefärzten die höchste von allen hierarchischen Ebenen. Wenn gleichzeitig in der Familie eine partnerschaftliche Aufgabenverteilung eingehalten wird, könnte dies auch für Chefärztinnen gelten, und Frauen müssten allein schon aus Gerechtigkeitsgründen durch adäquate Förderung der Karriere die gleichen Chancen zur Erlangung dieser wohl eher von Eustress geprägten Position erhalten.

Entsprechend sind Mentorinnennetzwerke wie das am langfristigen etablierte und umfangreichste des Deutschen Ärztinnenbundes intensiv und nachhaltig zu fördern.

In der ambulanten Medizin haben sich Gemeinschaftspraxen für Ärztinnen als positiv herausgestellt: Die regelmäßige kollegiale Kommunikation ist im Gegensatz zur Einzelpraxis unkomplizierter und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Absprachen und gegenseitige Vertretung leichter zu bewerkstelligen.

Arztspezifische Anlaufstellen für physisch oder psychisch überforderte und suchtgefährdete Ärztinnen und Ärzte werden inzwischen von den meisten (Landes-) Ärztekammer angeboten. Die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) bietet eine Burnout-Hotline für alle ratsuchenden Ärzte und Ärztinnen an.

Der Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) bietet eine Burnout-Hotline für die Ärztinnen und Zahnärztinnen an, die Mitglied in diesem Berufsverband sind (www.aerztinnenbund.de).

Literatur

- 1 Abele A. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg). Karriereplanung für Ärztinnen. 1. Auflage. Heidelberg: Springer, 2006: 35–37
- 2 Bründel H, Hurrelmann K. Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1999
- 3 Bühren A. „Schluss mit der Gender-Blindheit: Wir brauchen maßgeschneiderte Therapien für Patientinnen und Patienten“, Standpunkt. DZKF Ausg. 2007/5/612–14
- 4 Bühren A. Ist die Chirurgie männlich? – Diskussion eins Vorurteils. In: Schönleben K, (Hrsg). Sonderband zum Chirurgenkongress 2001 „Umdenken in der Chirurgie“. München: Hans Marseille Verlag, 2002: 177–190
- 5 Bühren A. Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin; Vortrag Deutscher Ärztetag, Homepage www.baek.de, Bundesärztekammer. 2002
- 6 Bühren A, Dettmer S. „Vorteil im Wettbewerb durch zufriedenerer Ärztinnen und Ärzte – Ergebnisse einer Umfrage an allen deutschen Krankenhäusern und Kosten-Nutzen-Analyse für eine klinikeigene Kindertagesstätte“. Dtsch Ärztebl 2006; 103 (49): A 3320–5
- 7 von Castelberg B. In: Vetter K, Buddeberg C. Feminisierung in der Medizin, 1. Auflage. Hamburg: akademos Wissenschaftsverlag, 2003: 54–59
- 8 Dettmer , Kaczmarczyk , Bühren . Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer, 2006
- 9 Fischer G. Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben – Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2005
- 10 Frank E. in: Bowman Majorie A, Frank Erica, Allen Deborah. I. Women in Medicine. New York: Springer-Verlag, 2002
- 11 Frank E, Rothenberg R, Lewis C et al. Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices Findings From the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med 2000; 9: 359–367
- 12 Kaiser P. Hausärztinnen leben gesundheitsbewusster. Ärztin November 2002; 49: 5
- 13 Kienbaum Management Consultant. Vergütungsstudie „Führungskräfte in Krankenhäusern 2001“
- 14 Kühner C. „Frauen“. In: Stoppe Gabriela; Bramesfeld Anke; Schwartz Friedrich-Wilhelm (Hrsg). „Volkskrankheit Depression“. Berlin, Heidelberg: Verlag Springer, 2006
- 15 Künzl E. „Chirurginnen gab es bei den Römern schon im 1. Jahrhundert“. Ärztin 2002; 48: 14
- 16 Kuhnert-Frey Bl. „Berufsperspektiven durch Teilzeit. Dtsch Ärztebl 1999; 96 (41): A–2578–2582
- 17 Möller-Leimkühler AM. „Männer“. In: Stoppe G; Bramesfeld A; Schwartz F-W (Hrsg). „Volkskrankheit Depression“. Heidelberg: Springer, 2006
- 18 Püschel K, Schalinski S. Zu wenig Hilfe für sich selbst – Ärzte in Suizidgefahr. Archiv für Kriminologie 2006; 21b: 89–98
- 19 Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. JAMA 2002; 288: 756–764
- 20 Royal Australian College of General Practitioners. Keeping the doctor alive, A self-care Guidebook for Medical Practitioners 2005
- 21 Schnee M, Brechtel T. Ärzte-Umfrage 1992 und 1998: Ärztinnen haben geringere Einkommen. Dtsch Ärztebl 3.12.1999; 96 (48): 3093/B-2490/C-2244



Foto: MEV, projektphotos

Dr. Astrid Bühren

Das familienfreundliche Krankenhaus

*Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern
und sich so als attraktiver Arbeitgeber positionieren*

Eine Familie wünschen sich fast alle angehenden Ärzte und Ärztinnen. Doch die Realität in deutschen Kliniken sieht meist so aus: Noch allzu häufig müssen sich gerade Ärztinnen zwischen Nachwuchs und Karriere entscheiden oder erfahren beim Wiedereinstieg in den Beruf nur wenig Unterstützung. Dabei haben Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst fördern, deutliche Vorteile, wenn es darum geht, qualifizierte Ärzte und Ärztinnen zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden.

Firmen müssen um Eltern kämpfen. Beruflich erfolgreiche Paare sind Trendsetter, brauchen aber mehr Unterstützung" titelte „Welt Kompakt“ am 15. Mai 2008. Einer neuen Studie der EAF zufolge werden von den befragten beruflich erfolgreichen Elternpaaren die Organisation der Kinderbetreuung

und das Zeitmanagement als größte Herausforderung gesehen. 91 Prozent halten Unterstützungsangebote der Unternehmen für dringlich, die sich explizit an Väter richten (1).

Ärztmangel und Ärzteflucht nehmen beständig und für einige Fachgebiete bedrohlich zu (2). Auch am Arbeitsplatz Krankenhaus werden zukünftig die Schaffung und tatsächliche Umsetzung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen wesentliche Standort- und Wettbewerbsvorteile hinsichtlich der Rekrutierung ausreichend gut qualifizierter Ärztinnen und Ärzte sein (3).

Kliniken brauchen den weiblichen Nachwuchs

Warum soll zusätzlich zu allen anderen neuen Qualitätsanforderungen auch noch die Familienfreundlichkeit maßgeblich sein? Das bisher als eher exotisch abgetane Thema ist relevant ge-

worden, weil sich in der Gesellschaft und entsprechend auch im ärztlichen Beruf einige Faktoren maßgeblich geändert haben:

1. Die prognostizierte Ärzteschwemme stellt sich tatsächlich als zunehmender Ärzte- und Ärztinnenmangel dar, was bei der Besetzung freier Arztstellen und im Anzeigensektor offensichtlich wird.
2. Gleichzeitig schreitet der Prozess der „Feminisierung der Medizin“ auch in Deutschland voran (4). 2006 waren bereits 57 Prozent der Berufseinsteiger weiblich und bei den Erstsemestern sogar schon zwei Drittel (5).
3. Die junge Ärztinnen- und Ärztegeneration hat ein verändertes Geschlechterrollenverständnis: Frauen wollen mehr Lebensqualität durch Familie plus Ausübung ihres akademischen Wunschberufes, Männer entsprechend durch stärkeres Engagement in Familie und Freizeit neben dem Beruf. Im Sinne einer modernen „Work-Life-Balance“ streben sie mit ihren inzwischen häufig beruflich ebenso hoch qualifizierten Lebens-

partner/innen eine gleichberechtigte Aufgabenteilung in Beruf und Familie an (6, 7). Daraus folgt, dass die Positionierung als attraktiver Arbeitgeber zukünftig wesentlich von Angeboten zur Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bestimmt werden wird (8).

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen immer wichtiger

Was zeigen harte Umfrage-Daten?

■ Eine Online-Umfrage der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, bvmd, ergab, dass von 3 600

rücksichtigung der Ärztinnen und Ärzte, die derzeit gar nicht oder in Teilzeit berufstätig sind, zur Besetzung von zwei Vollzeitstellen tatsächlich drei Ärztinnen oder Ärzte ausgebildet werden müssen (13).

■ Eine Erhebung von Basisdaten zur Kinderbetreuung durch den Deutschen Ärztinnenbund 2005/2006 an allen deutschen Krankenhäusern mit einer hohen Rücklaufquote von 32,5 Prozent ergibt, dass nur etwa zehn Prozent der 2 222 angefragten Krankenhäuser Kinderbetreuung für den Nachwuchs von Ärztinnen und Ärzten anbieten. Dies neben üblichen Wartelisten allerdings oftmals mit erheblichen Einschränkungen: kein Angebot für alle Alterstufen, keine

zumindest aber den beruflichen Wiedereinstieg nach möglichst kurzfristigem Intervall hoch motiviert wieder schaffen können. Die Straffung, zum Beispiel der OP-Kataloge in den Weiterbildungsordnungen, hat hierfür eine gute Basis geschaffen.

3. Betreuungs- und Serviceangebote: Arbeitszeitkompatible, arbeitsplatznahe und qualitativ hochwertige Kinderbetreuungsangebote für Kinder bis mindestens zehn Jahren, logistische Unterstützung bei der Pflege von Familienangehörigen und Serviceangebote für die private Haushaltsführung können betriebseigene Angebote sein oder in Kooperation mit externen Einrichtungen organisiert werden (14, 18).

Nur etwa zehn Prozent der deutschen Kliniken bieten bisher Kinderbetreuung für den Nachwuchs von Ärztinnen und Ärzten an

Befragten 86 Prozent Kinder haben wollen. Allerdings hielten es 79 Prozent für (sehr) schwierig, ihren Kinderwunsch mit dem ärztlichen Beruf zu vereinbaren (9).

■ Im Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ geben junge Ärzte und Ärztinnen als vorrangige Gründe für ihr Auswandern in andere Gesundheitssysteme an, dass sie dort höhere Gehälter und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie erwarten (10).

■ In einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes schätzten 63 Prozent ein familienfreundliches Krankenhaus als sehr wichtig ein, 71 Prozent sind allerdings der Meinung, dass ihr Arbeitgeber keine ausreichenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bietet. Fast jede zweite Ärztin und jeder dritte Arzt würden gerne in Teilzeit zwischen 30 bis 40 Stunden tätig sein (11).

■ Nach einer Internet-Befragung des Deutschen Ärzteblattes studierende.de und bvmd sehen 74 Prozent der Befragten für den Arbeitsplatz Praxis eine Möglichkeit zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber nur 14 Prozent für den Arbeitsplatz Krankenhaus (12).

■ Eine Berechnung der Landesärztekammer Hessen ergibt, dass unter Be-

Hausaufgabenbetreuung oder Öffnungszeiten, die weder Feiertage und Wochenenden berücksichtigen noch schichtdienst- und überstundenkompatibel sind (14, 15). Auf Wunsch von Studierenden listet der Deutsche Ärztinnenbund e.V. als Service auf seinen Internetseiten www.aerztinnenbund.de unter dem Stichwort „Kinderbetreuung“ die deutschen Kliniken auf, die Kinderbetreuung anbieten.

Welche Faktoren bestimmen die Familienfreundlichkeit?

1. Flexibilisierung der Arbeitszeit:

Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes kann unter dem Aspekt lebensphasengerechter Arbeitszeitmodelle bedeuten, „einen Gang zurückzuschalten“, nicht mehr permanent zur Verfügung stehen zu müssen und über mehr verlässliche Freizeit für Familie und Erholung zu verfügen (16).

2. Optimierung der Weiterbildung:

Eine strukturierte Weiterbildung soll auch während Schwangerschaft, Elternzeit, Wiedereingliederung und in Teilzeitmodellen mit dem Ziel möglich sein, dass Ärztinnen wegen fehlender Vereinbarkeit von Beruf und Familie während der Facharztweiterbildung gar nicht erst aussteigen müssen (17),

Was können leitende Krankenhausärzte und -ärztinnen tun?

Arbeitsorganisation und Weiterbildungsgestaltung liegen in der Verantwortung des leitenden Krankenhausarztes oder der leitenden Krankenhausärztin, die Implementierung der Kinderbetreuungs- und Serviceangebote muss über die Verwaltung auf der Unternehmensebene angeregt werden.

Das Thema „Familienfreundlicher Arbeitsplatz“ muss als ein wesentliches Element der Unternehmenskultur in die Leitwerte ärztlicher Führung integriert, „top-down“ realisiert und damit konsequent von der Geschäftsführung und den Führungspersonen als „Chefsache“ verstanden, vorgelebt und zielgerichtet delegiert werden. Über die Ärztliche Selbstverwaltung können unter anderem weitere Anpassungen der Weiterbildungsordnung und von der Politik zum Beispiel eine Aktualisierung der Mutterschutzverordnungen (19, 20, 21) und auch flächendeckende Ganztagsangebote eingefordert werden.

Wie kann Familienfreundlichkeit implementiert werden?

Vorbildlich haben Industrie, Handel und Banken in der 90er Jahren innerbetriebliche Strukturen geschaffen, damit ihnen kompetente und eingearbeitete Arbeitskräfte nicht aufgrund familiärer Verpflichtungen verloren gehen (22).

1. Ein Krankenhaus kann sich nach außen durch das Zertifikat „Audit Beruf und Familie“ der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung als familienfreundlich darstellen (23).

2. Tatkräftige Verbündete bei der Umsetzung und eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit finden Kliniken auch in den „Lokalen Bündnissen für Familie“ zusammen mit Kommunen, Unternehmen und Verbänden für die Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeits- und Lebenswelt (24).

3. Es gilt zu sondieren, welche als familienfreundlicher erlebten Möglichkeiten der ambulanten Medizin in den Krankenhaussektor übertragen werden können.

4. Betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen können selber oder über verlässliche Kooperationen mit kommunalen oder anderen Einrichtungen organisiert werden. Sekundärinvestitionen dieser Art werden angesichts der teils dramatisch angespannten finanziellen Lage in vielen Kliniken als indiskutabel angesehen. Die Frage ist, ob das so stimmt?

Familienfreundliche Angebote rechnen sich

Die klinikeigene Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau mit 1500 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und 433 Betten hat bereits seit 1977 eine Kindertagesstätte, in der Kinder von ärztlichen und anderen Beschäftigten ab der achten Lebenswoche bis zum zehnten Lebensjahr betreut werden können – und zwar zwischen 5.15 Uhr und 21.30 Uhr täglich an allen 365 Tagen im Jahr.

In einer Kosten-Nutzen-Berechnung anhand der sogenannten Prognos-Studie, die das Bundesfamilienministerium zur Verfügung stellte, hat die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau die monetär bewerteten Nutzenzuwächse der familienfreundlichen Maßnahmen für den Arbeitgeber mit den Kosten der Maßnahmen saldiert. Geringe Fluktuation und entsprechend niedrige Kosten für Anwerbung, Einstellung und Einarbeitungszeit von neuem Personal sowie frühe Rückkehr aus der Elternzeit und weitere Faktoren ergeben für das Jahr 2004 eine Kosten-Nutzen-Differenz von plus 82804 Euro als Gewinn für das Unternehmen. Die Analysedaten können von der Klinik-Homepage heruntergeladen werden (14, 31).

Auch zunehmend mehr Universitätskliniken nutzen diese Vorteile beim Kampf um die besten Köpfe für die Wissenschaft (25).

Checkliste der möglichen Maßnahmen

Je besser die Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Aufgaben strukturell am Arbeitsplatz verankert ist, desto größer ist die Motivation, nur kurz oder gar nicht in der Familienphase aus dem Beruf auszusteigen und desto weniger kompetente Arbeitskräfte gehen „verloren“ (17).

1. Wertschätzung von Familienkompetenz und gesundheitlicher Prävention für ärztliche Managementaufgaben und Persönlichkeitsbildung fördern

- Flexible Elternzeit-Regelungen für Ärzte und Ärztinnen,
- Förderung des frühzeitigen Wiedereinstiegs von Eltern (26),
- Aufstiegschancen auch in Teilzeittätigkeit,
- Kompetente Ansprechpersonen in der Verwaltung, die initiativ die Vereinbarkeit begleiten,
- Betrachtung von Eltern- und Schwangerschaft und Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren für die klinischen Organisationsabläufe (27),
- Fortbildungen zu Kommunikations- und Entspannungstechniken, Stressmanagement, Rückengesundheit, Burn-out-Prophylaxe, Ärztinnen- und Ärztegesundheit (28).

2. Gleichberechtigte Karrierechancen auch für Ärztinnen schaffen

- Paritätische Einteilung für weiterbildungsrelevante Tätigkeiten, zum Beispiel OP-Katalog,
- Mentoring mit weiblichen Rollen Vorbildern (26, 29),
- Sanktionierung verbaler, sexualisierter und geschlechtsrollenspezifischer Diskriminierungen im Arbeitsalltag (30),
- Wertschätzung statt Ablehnung von Doppel-Karriere-Paaren,
- Überprüfung von Vorurteilen: Ärztinnen mit kleinen Kindern werden fälschlicherweise als weniger leistungsfähig eingeschätzt, wohingegen Ärzte mit

Nachwuchs als besonders verantwortlich und leistungsbereit gelten,

- Lebensphasenentsprechende familiäre Anforderungen akzeptieren.

3. Nachwuchs für die eigene Abteilung gewinnen

Wesentlich ist bereits die Beachtung und Wertschätzung der Studierenden:

- Krankenpflegepraktikant/innen: als zukünftige Medizinerinnen und Mediziner kontaktieren und ihre Freude am Beruf fördern.

- Famulant/innen: für ihr Fach und ihre Klinik begeistern und durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen auffallen. Mindestens Bereitstellung und Waschen der Schutzkleidung und kostenlose, qualitativ gesunde und optisch appetitanregende Mahlzeiten in der Kantine.

- PJ-Studierende: gute Lehre und Mentoring. Sie beobachten genau, wie mit Ärztinnen mit Kindern und mit Ärzten in der Elternzeit umgegangen wird (30). Gegebenenfalls Aufwandsentschädigung während des Praktischen Jahres.

4. Gute Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte an das Klinikum binden

Bisher lautete der Tenor eher: „Sie können bei uns arbeiten, aber es ist Ihr und nicht unser Problem, wie und ob Sie Ihre Berufstätigkeit mit Ihren familiären Aufgaben unter einen Hut bringen.“ Moderne Personalpolitik sollte vermitteln: „Wir wollen Ihre Mitarbeit, wir brauchen Sie, was können wir Ihnen anbieten, damit Sie Beruf, Weiterbildung, Wissenschaft, Familie und private Haushaltsführung ohne unnötigen Reibungsverlust tagtäglich bewältigen?“

Das Literaturverzeichnis kann über die Redaktion bezogen werden (E-Mail: brigitte.teigeler@bibliomed.de).

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Astrid Bühren
Präsidentin Deutscher Ärztinnenbund
Hagener Straße 31
82418 Murnau
E-Mail: abuehren@t-online.de

Angst ist ein schlechter Berater

Vor einer HPV-Impfung sollten junge Frauen sich gründlich informieren

von Regine Rapp-Engels

»Sex macht krank.« Diese Botschaft vermittelt neuerdings die Pharmawerbung im Zusammenhang mit dem Thema Gebärmutterhalskrebs. Und sie liefert die Lösung gleich mit: Junge Mädchen sollen sich schon vor dem ersten Geschlechtsverkehr gegen Humane Papillom-Viren (HPV) impfen lassen, die diesen Krebs auslösen können. Doch das ist keineswegs die einzige Lösung.

Foto: Techniker Krankenkasse

Keine Frage: Eine Impfung, die nachweislich Krebsneuerkrankungen verhindert, sollte jedes Gesundheitssystem, das über die nötigen Ressourcen verfügt, unter Abwägung aller Aspekte wie Nutzen, Nebenwirkungen und Kosten anbieten. Damit Mädchen und ihre Eltern jedoch eine informierte Entscheidung treffen können, müssen sie zunächst umfassend aufgeklärt werden. Dies ist heute keineswegs durchgängig der Fall.

Die Fakten

Von den Humanen Papillom-Viren (HPV) sind heute über hundert

Typen bekannt, vierzig davon befallen den Genitalbereich, mindestens 13 können Gebärmutterhalskrebs auslösen. Gegen vier dieser Virentypen gibt es derzeit zwei Impfungen, beide Impfstoffe richten sich gegen die Typen 16 und 18, die für siebzig Prozent der Fälle von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich gemacht werden. Der Begriff »Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs« ist dabei allerdings insofern irreführend, als die Wirksamkeit nicht daran gemessen wird, ob durch die Impfung Krebs verhindert wird, sondern nur daran, inwieweit höhergradige Zellveränderungen durch die Impfung verringert

werden. Unerwähnt bleibt dabei meist, dass HPV-Infektionen sich zwar über viele Jahre zu Gebärmutterhalskrebs entwickeln können, über neunzig Prozent der Infektionen allerdings ohne Behandlung und folgenlos wieder ausheilen. Auch durch HPV-Viren hervorgerufene Zellveränderungen entwickeln sich oft von selbst wieder zurück und verschwinden.

Da die Wirksamkeit der Impfung bei denjenigen Frauen deutlich sinkt, die bereits mit den Virentypen 16 und 18 infiziert sind, empfiehlt die Ständige Impfkommission seit 2007 die HPV-Impfung für Mädchen von zwölf bis

17 Jahren. Die Kosten in Höhe von ca. 500 Euro übernehmen die Krankenkassen. Die Impfung erfolgt dreimal im Abstand von jeweils sechs bis zwölf Monaten. Der vollständige Impfschutz besteht vermutlich erst nach der dritten Impfung und soll sechs Jahre anhalten. Ob und in welchen Abständen danach Auffrischungsimpfungen erforderlich sein werden, ist derzeit nicht bekannt.

Die Risiken

Bislang sind verschiedene Nebenwirkungen beschrieben, neben Rötungen an der Injektionsstelle u.a. Übelkeit und Erbrechen, Schwindel und Kopfschmerzen. Ein möglicher Zusammenhang zwischen gemeldeten Todesfällen und der Impfung wird sehr kontrovers beurteilt. Die langfristige Verträglichkeit kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Frauenverbände, WissenschaftlerInnen und das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) fordern deshalb, die HPV-Impfung nur unter kontrollierten Studienbedingungen einzuführen.

Ebenfalls unklar ist bislang, wie andere HPV-Typen, die ebenfalls Gebärmutterhalskrebs verursachen können und gegen die die Impfung nicht immunisiert, sich entwickeln, wenn die Typen 16 und 18 durch die Impfung reduziert oder sogar eliminiert werden. Es gibt Befürchtungen, dass sich dann bisher seltenere Hochrisikotypen weiter verbreiten und sich möglicherweise als sehr aggressiv darstellen (sog. Replacement). Feststeht, dass die Früherkennung auch bei geimpften Frauen keineswegs überflüssig wird, denn die Impfung schützt nicht vor allen gefährlichen HPV-Typen, sodass auch geimpfte Frauen an Gebärmutterhalskrebs erkranken können.

Informierte Entscheidung

Für eine informierte Entscheidung ist es wichtig, jungen Frauen und ihren Eltern neutrale Informationen zur Verfügung zu stellen. Erst dann können sie, evtl. im Gespräch mit ihren ÄrztInnen, Nutzen und Risiken

abwägen und entscheiden. Derzeit wird jedoch häufig versucht, junge Mädchen durch eine gezielt einseitige Darstellung von Fakten oder durch Verschweigen von Informationen zur Impfung zu motivieren. Dies geschieht häufig, indem Angst- oder Schuldgefühle erzeugt werden. Ein Standardargument in diesem Zusammenhang lautet, Gebärmutterhalskrebs sei »weltweit die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen«. Tatsächlich erkranken in Deutschland jährlich etwa 6.500 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, rund 1.700 sterben daran. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts macht dies drei Prozent aller Krebsneuerkrankungen aus. Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland also keineswegs epidemisch, sondern im Gegenteil selten – neunmal seltener als beispielsweise Brustkrebs.

Doch so lange dies nicht transparent gemacht wird, fühlen sich Eltern unter Druck, ihren Töchtern eine HPV-Impfung zukommen zu lassen, in der Hoffnung, sie so vor dem drohenden Krebsstod zu bewahren. Dazu kommt der Gruppendruck; schon heute ermuntern sich Mädchen gegenseitig nach dem Motto: »Du bist doch auch schon geimpft?« So wird ein neuer Initiationsritus geschaffen, der Mädchen medikalisiert und ihre Sexualität kontrolliert.

Wenig förderlich für eine freie Entscheidung ist auch ökonomischer Druck. Junge Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren sind, müssen künftig eine Pflichtberatung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs absolvieren. Können sie diesen Nachweis nicht erbringen, verdoppelt sich im Falle einer späteren Gebärmutterhalskrebs-Erkrankung ihre Eigenleistung: Statt maximal ein Prozent müssen sie zwei Prozent von ihrem jährlichen Bruttoeinkommen für medizinische Leistungen zuzahlen. Vor diesem Hintergrund ist Wachsamkeit angesagt – nicht nur bei Früherkennungsmaßnahmen: Alle möglicherweise noch kommenden Verpflichtungen zur Eigenverantwortung sind abzulehnen, solange keine ausreichenden Zahlen dafür vorliegen,

dass solche Maßnahmen nachweislich zum Erfolg führen.

Und die Männer?

Es ist kein Zufall, dass bei der HPV-Impfung die Frauen im Fokus stehen: Sie sind dankbarere Ansprechpartnerinnen, da sie, wie viele Studien belegen, eher an Präventionsmaßnahmen teilnehmen als Männer. Dabei ist der Impfstoff auch für Jungen zugelassen, und Männer sind Überträger dieser Viren. Es wäre also vom medizinischen Standpunkt her genauso möglich, Jungen und Männer gegen HPV zu impfen. Untersuchungen belegen, dass die Hygiene der Männer für die Übertragung der Viren eine wichtige Rolle spielt: Frauen, deren Männer beschnitten sind, haben ein deutlich geringeres Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Eine Übertragung von HPV kann auch das Kondom verhindern – das Männer und Frauen zusätzlich vor der Ansteckung mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen schützt.

Regine Rapp-Engels ist Medizinerin und Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.



Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit hat in Kooperation mit der Barmer Ersatzkasse und der Techniker Krankenkasse eine Broschüre zur informierten Entscheidung zum Thema Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und HPV-Impfung herausgegeben: www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de

Der Deutsche Ärztinnenbund in der Presse

Ärztinnen fordern mehr Zeit für die Familie
Ärztezeitung.de vom 12. Mai 2009

Feminisierung in der Medizin
Berliner Ärzte 7/2009 S.6

ÄRZTINNENBUND
Frauenfreundliche Arbeitsbedingungen gegen den Fachkräftemangel
aus: zwd vom 11.Mai 2009

HPV-Impfung im Zwielficht
FR-online vom 04. September 2009

Sie befinden sich hier: Home » Politik & Gesellschaft » Berufspolitik

Ärzte Zeitung, 12.05.2009 05:00 [Kommentare \(0\)](#)



suchen...
 aerztezeitung.de

Ärztinnen fordern mehr Zeit für die Familie

Die Medizin wird immer weiblicher - Stellt sich Deutschland nicht mit besseren Arbeitsbedingungen darauf ein, droht langfristig eine Versorgungskrise.

Von **Bülent Erdogan**

BERLIN. Verbindliche Kinderbetreuung in Kliniken, Ausbau von Jobsharing, Teilzeit und flexiblen Dienstplänen, mütterfreundliche Zeiten von ärztlichen Gremien oder von universitären Kursen, Einrichtung von weniger Not- und Bereitschaftsdienstzentralen: Mit einem Bündel an Forderungen will der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) wenige Tage vor dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz eine Debatte "über verkrustete Strukturen und überholte Rollenbilder" in Praxis und Klinik anstoßen.



Die Frauen erobern die Medizin - und wollen Beruf und Familie verbinden.

Foto: Monkey
 Business@www.fotolia.de

Ziel müsse eine familien- und frauenfreundlichere Arbeitswelt sein, forderte Dr. Astrid Bühren, Präsidentin des DÄB, am Montag vor Journalisten in Berlin. Sowohl bei den Medizin-Studenten als auch bei den Berufseinsteigern stellten Frauen inzwischen mit 60 Prozent klar die Mehrheit, so Bühren. Die Funktionärin wehrte sich dabei gegen Vorwürfe, dass der zunehmende Frauenanteil zu einer Schwächung der Versorgungssicherheit führt. Die Feminisierung des Berufs sei keineswegs die Ursache, sondern eine Chance zur Behebung des in Deutschland beklagten Ärztemangels - etwa über eine Stärkung der Sprechenden gegenüber der technischen Medizin, sagte sie. Bühren sprach sich dabei für eine generelle Debatte um die künftige Rolle beider Medizinbereiche aus.

Unabhängig vom Geschlecht wollten junge Mediziner heute mehr von ihrem Privatleben haben. Die Lebensarbeitszeit von Ärztinnen sei entgegen mancher Behauptung dabei nicht geringer als die von Männern, so Bühren.

Als positive Nebenwirkung des Frauenbooms erwartet die Medizinerin auch eine bessere Patientenversorgung: So erzielten Frauen in der "zugewandten Medizin" teils bessere Behandlungsergebnisse als ihre männlichen Kollegen. Sie behandelten leitliniengerechter und lägen auch bei der Anamnese vorn. Folge sei eine höhere Compliance der Patienten. Mit dem Vormarsch der Frauen bestehe "vielleicht die große Chance für die Medizin, die Reset-Taste zu drücken" und die Versorgung der Patienten zu verbessern, so Bühren.

Wie essenziell eine frauenfreundlichere Arbeitswelt inzwischen offenbar ist, verdeutlichte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Professor Rolf Kreienberg, am Beispiel seines Faches. Betrage der Anteil weiblicher Assistenzärzte an allen Kollegen derzeit 80 Prozent und der der Oberärztinnen noch 50 Prozent, liege er bei Chefärzten und Wissenschaftlern nur bei fünf Prozent, so Kreienberg.

Gynäkologe Kreienberg warnt vor Aus für Abteilungen.

Für die Chefetagen und Forschungsbereiche der Kliniken drohe damit ein für das klinische Fach existenzbedrohender Engpass. "Entweder wir begeistern die Frauen oder für diese Positionen oder wir schließen die Kliniken", schlug Kreienberg, der auch Ärztlicher Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm ist, Alarm. "Es

muss etwas passieren."

Als Ursache für die geringe Präsenz von Frauen auf Chefarztposten oder Ordinarien sieht Kreienberg einen Mix von Angst vor einer zeitlichen Überanspruchung und von anderen Prioritäten. Darüber hinaus stünden auch die Chefärzte in einer größeren Verantwortung: So könnten sich statt eines Oberarztes auch zwei oder drei Kollegen den Dienst in einem Kreißsaal teilen. Er selbst habe sich dies bis vor zwei Jahren noch nicht vorstellen können, räumte Kreienberg ein. "In unseren Köpfen muss sich etwas ändern."

Kreienberg sprach sich zudem dafür aus, die Theorie- und Praxisprüfungen in der Weiterbildung voneinander zu trennen, damit Medizinerinnen die Theorieprüfung in der Elternzeit absolvieren können.

Schlagworte

[Berufspolitik](#)



Leserfavoriten

gelesen versendet gesucht kommentiert

- Nach 30 Jahren Qualmen ist fast jeder zweite starke Raucher tot
- Zahl der Schweinegrippe-Infektionen nimmt weltweit zu
- Arzthelferinnen bekommen ab Juli fünf Prozent mehr Gehalt
- Ab Juli mehr Gehalt für Arzthelferinnen
- Jetzt ist aber höchste Eisenbahn für die FSME-Impfung
- Auch in MVZ angestellte Ärzte sehen den Trend zu Ketten mit Sorge
- Auch ohne Vertrag können Ärzte jetzt SARV verwenden

Premium Partner

[www.univadis.de - medical and more](#)
 Das Internetportal für Mediziner

Hausarztvertrag - Der Runde Tisch

Der Hausarztvertrag zwischen Hausärzterverband, Medi und AOK Baden-Württemberg hat den Vertragswettbewerb angefacht.



Anlass genug, die Umsetzung des Vertrags und die Verhandlungen in weiteren Regionen in einem Special zu begleiten.

[Zum Special](#)

Zertifizierte Fortbildung für Ärzte

250 CME-Punkte müssen bis zum 30. Juni 2009 gesammelt werden. Punkten Sie kostenlos online.



[Fortbildung & CME](#)

Specials der Ärzte Zeitung

- Medizin
- [Best Agers im Blick](#)
 - [Darmkrebsmonat März](#)
 - [Diabetes im Blick](#)
 - [Herz und Gefäße im Blick](#)
 - [Knochen und Gelenke im Blick](#)
 - [Schmerzen im Blick](#)
 - [Verdauungsorgane im Blick](#)

Praxis & Wirtschaft
[Arzt und Patient](#)

Politik & Gesellschaft
[Hausarztverträge - Der Runde Tisch](#)

Extras

[ApothekerPlus](#) [Praxis](#) [ernährung](#) [Weitere](#)

ApothekerPlus

Ärzte und Apotheker kommen sich näher! Die einzigartige Kombination aus Ärzte Zeitung und Apothekerplus bietet wichtige Themen, die für beide Berufsgruppen **interessant sind** »

Feminisierung in der Medizin

„Der immer größere Anteil von Ärztinnen ist Realität und kein Desaster“, unterstrich Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), auf einer Pressekonferenz im Mai in Berlin. Die niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sieht mit der Feminisierung in der Medizin die Chance, endlich verkrustete Strukturen und überholte Rollenbilder über Bord zu werfen.

Die Fakten laut Bundesärztekammer: Von allen Erstmeldungen bei den Ärztekammern stellten im Jahr 2008 Frauen einen Anteil von 57,9 Prozent. Der Ärztinnen-



ANZEIGE

anteil an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte beträgt 41,5 Prozent.

Bühren betonte, dass Ärztinnen und Ärzte fachlich gleich kompetent seien. Wissenschaftliche Studien weisen jedoch auch darauf hin, dass Ärztinnen ihre Patienten besser therapieren. Sie sind u.a. deutlich empathischer, beziehen psychosoziale Aspekte ein und berücksichtigen erforschte Geschlechtsunterschiede in der Medizin. Aktuelle Daten bezüglich Diabetes Typ II zeigen auf, dass Ärztinnen leitliniengerechter behandeln als ihre männlichen Kollegen, so die DÄB-Präsidentin.

Unabhängig vom steigenden Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft ist die Realität für Ärztinnen mit Beruf und Familie gleichwohl von einer Mehrfachbelastung gekennzeichnet. Dr. med. Katrin Welcker, Fachärztin für Chirurgie und Thoraxchirurgie, Leitende Oberärztin am Klinikum Bremen-Ost, Vertreterin der Oberärzte/-innen im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), schilderte, wie es ihr als alleinerziehender

Mutter mit zwei Töchtern nur durch die volle Unterstützung der Eltern und insgesamt 10 Au-Pairs gelang, den berechtigten Wunsch nach Kindern und Karriere zu verwirklichen.

Der DÄB versucht Ärztinnen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf konkret zur Seite zu stehen. Der Ärztinnenbund hat Checklisten erarbeitet, die die gezielte Umsetzung familien- und frauenfreundlicher Rahmenbedingungen voranbringen sollen: „Das familienfreundliche Krankenhaus“, „Studieren mit Kind“ sowie „Die familienfreundliche Niederlassung“. Die Checklisten sind auf der Homepage des DÄB abrufbar, ebenso eine Liste mit Kliniken, die Kinderbetreuung anbieten.

Professor Dr. med. Rolf Kreienberg, Ärztlicher Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), beklagte vor allem das Fehlen von Frauen in Führungspositionen. „Wir brauchen dringend Oberärztinnen, Chefärztinnen und Spezialistinnen in der Niederlassung“, meinte Kreienberg. Das Fach und das Berufsbild müsse dafür jedoch in vielen Teilen völlig neu gestaltet werden, insbesondere „in den Köpfen der Chefs muss sich etwas ändern“. Man müsse ganz neue Dienstpläne schreiben, Jobsharing machen und sich davon lösen, dass der gute Gynäkologe nur der ist, auf den man rund um die Uhr Zugriff habe, so der DGGG-Präsident. „Wie wir den Arbeitsalltag von Ärztinnen familienfreundlicher gestalten, ist entscheidend für die nächsten Jahre. Sonst könnte es sein, dass wir nicht in der Lage sind, das Fach am Leben zu erhalten.“ *Ulrike Hempel*

Weitere Informationen:
www.aerztinnenbund.de

ÄRZTINNENBUND

Frauenfreundliche Arbeitsbedingungen gegen den Fachkräftemangel

zwd Berlin (jvo). Statt den Ärztemangel zu beklagen, fordert der Deutsche Ärztinnenbund, familien- und frauenfreundliche Arbeitsbedingungen umzusetzen. Hierzu hat er eine Checkliste für ein "familienfreundliches Krankenhaus" entwickelt. Arbeitgebende, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aktiv fördern, hätten deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, betonte die Präsidentin des Ärztinnenbunds, Astrid Bühren, am 11. Mai in Berlin. Ihnen fiel es leichter, qualifiziertes Fachpersonal zu gewinnen.

An erster Stelle der Check-Liste steht die "Wertschätzung von Familienkompetenz". Dazu gehört es, eine Elternschaft sowie Pflege von Angehörigen "als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der Klinischen Organisationsabläufe" zu betrachten.

"Kinder und Karriere - das geht noch immer nicht"

In der Humanmedizin stellen Frauen bei den BerufseinsteigerInnen mittlerweile knapp 60 Prozent. Familienfeindliche Arbeitsbedingungen in Kliniken reduzierten aber nach wie vor die Karrierechancen von Frauen, kritisierte Katrin Welcker, leitende Oberärztin am Klinikum Bremen-Ost. "Kinder und Karriere - das geht noch immer nicht." Ihr selbst sei die Vereinbarkeit nur gelungen, da sie einen verständnisvollen Chef mit eigenen Kindern hatte und die volle Unterstützung von Eltern- und Großeltern.

Nachwuchsmangel auf allen Ebenen

In Welckers Fachbereich, der Chirurgie, liegt der Frauenanteil bei rund 16 Prozent. Wenn es nicht gelinge, mehr Frauen zu gewinnen, werde sich bald ein "eklatanter Nachwuchsmangel" bemerkbar machen, warnte Welcker. Diese Prognose teilte Prof. Rolf Kreienberger, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In seinem Fach fehle es vor allem auf der Führungsebene an weiblichen Nachwuchs, konstatierte der Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm.

In der Gynäkologie sind 80 Prozent der Assistenz-ÄrztInnen weiblich, der Frauenanteil auf Leitungsebenen liegt indes unter 10 Prozent. "Vielleicht sind Frauen auch so klug, nicht zu wollen", mutmaßte Kreienberger mit Blick auf die schlechten Arbeitsbedingungen in den Kliniken. Um Beruf und Familie stärker in Einklang zu bringen, plädierte er unter anderem für eine bessere Arbeitsteilung. Es müsse möglich sein, dass Ärzte und Ärztinnen ihre Funktionen reibungslos übergeben können.

Chancen für Patienten und Patientinnen

Der Deutsche Ärztinnenbund betrachtet die "Feminisierung der Medizin" nicht nur für Ärztinnen, sondern auch für Patienten und Patientinnen als Chance. Immer mehr Studien wiesen darauf hin, dass Frauen besser therapieren, so die Präsidentin Bühren. Ärztinnen seien deutlich zugewandter, fürsorglicher und empathischer. Und sie bereicherten die Medizin, indem sie zunehmend biologische und soziale Geschlechterunterschiede berücksichtigen.

◀ zurück

HPV-Impfung im Zwielflicht

VON BIRGITTA VOM LEHN



Harald zur Hausen
(Bild: dpa)

Immer wieder flammt Kritik an der HPV-Impfung auf, die vor Gebärmutterhalskrebs schützen soll. Dabei stehen die Zeichen für die Impffobby nicht schlecht: Anfang August erneuerte die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (Stiko) ihre Empfehlung, alle Zwölf- bis 17-jährigen Mädchen impfen zu lassen.

Kurz zuvor waren im britischen Medizinjournal "Lancet" die abschließenden Daten der "Patricia"-Studie veröffentlicht worden - mit respektablen Ergebnissen zu Cervarix. Der Impfstoff war etwas später als der Konkurrent Gardasil zugelassen worden und soll vor den als hochriskant eingestuften Papillomaviren-Typen 16 und 18 schützen. Mit sieben Jahren Laufzeit ist diese (herstellerfinanzierte) Studie zudem die bisher längste.

Demnach sank in der Gesamtgruppe aller 18720 Studienteilnehmerinnen die Rate der ausschließlich mit HPV 16/18 assoziierten auffälligen Vorstufen um 53 Prozent und die Gesamtrate aller Vorstufen um 30 Prozent. Unter Cervarix "werden signifikant weniger Eingriffe am Gebärmutterhals vorgenommen", resümiert selbst das pharmakritische "Arznei-Telegramm" (a-t). Die a-t-Autoren, ein Team um den Pharmakologen Wolfgang Becker-Brüser, monieren allerdings methodische Mängel.

So offenbare die Studie eine verwirrende Vielfalt an ausgewerteten Endpunkten, und es bleibe unklar, welche vorher festgelegt wurden: "Die Angaben in der Veröffentlichung und im Studienregister ClinicalTrials.gov stimmen hier nicht überein". Auch sei das Protokoll vor zwei Jahren bezüglich der primären und sekundären Ziele geändert worden. Daneben beeinträchtigte eine "Flut von Auswertungen" nicht nur die Lesbarkeit, sondern begünstigte auch Zufallsbefunde.

"Kaum beurteilen" lasse sich die Verträglichkeit von Cervarix, da die Kontrollgruppe einen Hepatitis-A-Impfstoff (und keine unwirksame Kochsalzlösung) erhalten habe, zu dem keine näheren Informationen vorliegen. Das Ergebnis der Studie, die Nebenwirkungen hätten sich in beiden Gruppen nicht voneinander unterschieden, bleibe daher "ohne Aussagekraft", urteilen die a-t-Autoren und fordern einen herstellerunabhängigen Vergleich von Cervarix und Gardasil.

Nur zwei von 24 Studien sind auf Deutschland übertragbar

Ähnlich äußert sich auch der Bielefelder Gesundheitsforscher Wolfgang Greiner. Gemeinsam mit dem Charité-Mediziner Stefan Willich hatte er im März eine 120-Seiten-Analyse zur HPV-Impfung für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Dimdi) in Köln angefertigt. Dass die Impf-Studien in der Einführungsphase vom Hersteller bezahlt wurden, sei nicht das Problem, sagt Greiner. Wichtig finde er aber, dass jetzt in der Anwendungsphase eine unabhängige Begleitforschung statt finde. Genau die fehle jedoch.

Merkwürdigerweise verbreitete sich der Dimdi-Bericht in der Öffentlichkeit höchst einseitig unter der Schlagzeile "HPV-Impfung: wirksam und sicher". Das lag wohl an der positiv formulierten Pressemitteilung des Instituts: Die Bedenken, mit denen Greiner und Willich in ihrem Bericht aber keinesfalls gespart hatten (zu kleine Fallzahlen in den bisherigen Impfstoff-Studien; Überschätzung der Wirksamkeit; nur zwei von 24 Studien zur Kosteneffektivität auf deutsche Verhältnisse übertragbar; mangelnde kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Studiendesign; Abhängigkeit der Studienautoren von der Pharmaindustrie), blieben unerwähnt. Die Dimdi-Analyse wurde folglich allgemein als Votum für die Impfung transportiert, obwohl der Inhalt des Berichts dem klar widersprach.

Auch jetzt, nach Veröffentlichung der "Patricia"-Ergebnisse, sei "bezüglich der Wirksamkeit alles beim Alten geblieben", erklärt Greiner. Es gebe "immer noch keinen direkten Beleg für eine Abnahme von Gebärmutterhalskrebs oder der damit verbundenen Sterblichkeit". Aber das werde "naturgemäß auch noch viele Jahre so bleiben müssen". Daher seien Langzeitstudien "unerlässlich".

Willich plädiert für einen fünfjährigen kontrollierten "Probelauf", um dann neu zu entscheiden, ob die Impfung Kassenleistung bleiben könne oder nicht. Aber vor solchen Probelaufen scheue man hierzulande leider zurück, bedauert Willich. Solange die ökonomische Effizienz aber unklar bleibe, sei ein flächendeckendes Impfprogramm nicht zu rechtfertigen, meint der Mediziner. Die komplette Dreifach-Impfung ist in Deutschland so teuer wie in keinem anderen Land der Welt: 480 Euro. Sie wird von den Krankenkassen erstattet. Ob Auffrischungsimpfungen nötig sind, ist unklar.

Willich und Greiner schlagen deshalb eine "Risk- beziehungsweise Cost-Sharing-Vereinbarung" vor: Die Hersteller könnten sich bereit erklären, die Kosten für eventuell notwendige Auffrischungsimpfungen zu übernehmen. Auf Anfrage der Frankfurter Rundschau heißt es aus der Pressestelle des Cervarix-Herstellers Glaxo Smith Kline (GSK) in München, man sei "grundsätzlich bereit, Cost-Sharing-Modelle im Falle eines Boosters mit Krankenkassen und Behörden zu diskutieren".

Einige Monate vor der Veröffentlichung in "Lancet" hatte GSK die "Patricia"-Ergebnisse auf einem Fachkongress im schwedischen Malmö präsentiert. Auf den Weg dorthin machte sich auch ein freier Medizinerjournalist aus Deutschland, der über die Studienergebnisse dann Mitte März in einer großen deutschen Wochenzeitung berichtete. Die Impfkritiker - jene 13 deutschen Wissenschaftler, die im vergangenen November in einem Manifest die Stiko aufgefordert hatten, ihre Impfpfempfehlung noch einmal zu überdenken - wurden in dem Zeitungsbericht praktisch zu Spielverderbern degradiert. In Deutschland sei "die Impfkampagne zur Tragödie missraten", bedauerte der Journalist; jedenfalls seien "die Zahlenspiele der Kritiker" durch die neuen Studienergebnisse "nun endgültig obsolet." Der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler Ansgar Gerhardus widersprach in einem Leserbrief, diese Einschätzung sei "voreilig und irreführend", da die Zahlen, die in dem Zeitungsbericht verwendet wurden, "auf der Analyse einer nicht repräsentativen Teilgruppe" basiert hätten. Die Bezeichnung "Zahlenspiele" war übrigens durchaus passend gewählt - nur trifft sie auf die "Patricia"-Studie selbst zu, nicht auf die Impfkritik: Es wimmelt in der Studie von Untergruppen und Endpunkten. "Selbst wir Ärzte blicken da nicht mehr durch. Wie soll Otto Normalverbraucher das verstehen? Man hat mit den verwirrenden Zahlenspielen bewusst Nebelkerzen gestreut", sagt Regine Rapp-Engels, Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Für sie persönlich habe sich an der Skepsis gegenüber der Impfung durch die jüngsten Veröffentlichungen "nichts geändert", auch wenn da "jetzt immer noch was nachgeschoben" werde. "Das war bei der Hormonersatztherapie genauso. Wir Ärzte wurden damals enorm unter Druck gesetzt durch immer neue Studien. Und auch beim Mammographie-Screening werden immer noch absolute und relative Risikozahlen miteinander vermengt, um Frauen zur Teilnahme zu bewegen."

Wer den Streit um die HPV-Impfung verstehen will, kommt um das Studium gängiger Marketing-Maschen nicht herum. Die jüngsten Veröffentlichungen in Jama überraschen dann jedenfalls nicht mehr: Nach Untersuchungen des New Yorker Forscherteams und Ehepaars Sheila und David Rothman hatte der US-Pharma-Riese Merck, dessen Tochterfirma Sanofi Pasteur MSD den Impfstoff Gardasil herstellt, mindestens drei US-Fachgesellschaften kräftige Finanzspritzen verpasst, damit diese massiv Werbung für die HPV-Impfung betrieben.

Hinweise auf mögliche Risiken hätten in den an Schulen verteilten Broschüren aber gefehlt, monieren die Rothmans. Schüler und Lehrer seien von der Industrie regelrecht geimpft worden. Zwar erweise sich der Impfstoff bislang als recht sicher, heißt es in einem weiteren Jama-Bericht: Zwischen Juni 2006 und Dezember 2008 wurden in den USA nur wenige Zwischenfälle registriert - aber doch mehr, als die Mediziner erwartet hatten: Vor allem Thrombosen und Ohnmachtsanfälle mit Stürzen wurden gehäuft beobachtet.

Als die Lüge aufflog, war der Krieg schon vorbei

Die norwegische Immunforscherin Charlotte Haug fragt in derselben Jama-Ausgabe vom 19. August, wie

es überhaupt sein konnte, dass für die Impfung bereits derart die Werbetrommel gerührt wurde, obwohl die klinischen Studien noch gar nicht veröffentlicht waren? Die Kampagnen in den Schulen hätten schon im Jahr 2006 begonnen - und damit ein Jahr vor der Studienpublikation mit den klinisch relevanten Endpunkten.

Aber das sogenannte "Prämarketing" hat in der Branche System. Einer der Marktführer ist die amerikanische PR-Agentur Hill & Knowlton, die im Irak-Krieg eine zwielfichtige Rolle mit einer getürkten Kampagne spielte: Eine Krankenschwester sollte beobachtet haben, wie irakische Soldaten Frühchen aus Brutkästen rissen und zum Sterben auf den Boden legten. Die Empörung der westlichen Welt war groß.

Später stellte sich allerdings heraus, dass es sich bei der vor laufender Kamera gefilmten "Krankenschwester" in dem Kriegs-Werbespot um die Tochter des damaligen kuwaitischen Botschafters handelte und die Szene folglich gestellt war. Als die Lüge aufflog, war der Krieg schon vorbei. 14 Millionen Dollar soll die PR-Agentur laut "Süddeutsche Zeitung" für diesen Coup erhalten haben, unter anderem von der US-Regierung.

Nun: Eine solche Agentur betreibt auch Pharmamarketing. Auf ihrer Website beschreibt Hill & Knowlton detailliert am Beispiel der chronischen Lungenkrankheit "COPD", wie man a) "eine Indikation erfolgreich aufbaut", b) "wissenschaftliche Kompetenz sichtbar macht", c) "einen Kongressauftritt in Szene setzt", d) "ein Produkt intern einführt" und e) "mit Kampagnen online geht".

Durch "gezieltes Prämarketing und eine breit angelegte Aufklärungskampagne" habe man "Meinungsbildner gewonnen, aufgebaut und langfristig gebunden". Das habe "dafür gesorgt, dass das Thema COPD bei Kostenträgern, Verordnern und Patienten präsent wurde. (.) Mit diesen Maßnahmen wurde die Indikation COPD etabliert und der Weg für die Markteinführung eines Blockbusters geebnet."

Die PR-Strategen entwickelten für COPD "ein maßgeschneidertes Kommunikationsprogramm für Pipelinesubstanzen und klinische Phase II/III-Studien mit Print- und Online-Newslettern, Studienpublikationen und Imageartikeln". In einer "CME-zertifizierten Fortbildungsakademie" würden darüber hinaus "junge Klinikärzte weitergebildet". Auf diese Weise binde man "wichtige Meinungsbildner und Nachwuchswissenschaftler an das Unternehmen".

Um das neue Präparat dann auch als "Meilenstein in der Firmengeschichte zu kommunizieren", müssten Mitarbeiter begeistert werden. Hier reichen die Mittel von der "Tabletzeitung für die Kantine" bis zur "Einführungstagung auf Sardinien inklusive Teambuilding-Event". Darüber hinaus unterstützt die Agentur Websites von Patientenvereinen oder Führungskräfte-Akademien und bindet die Pharmaindustrie in Fachkongresse ein.

An die Stelle der Blockbuster treten mittlerweile die Impfstoffe. Während bei Medikamenten der Trend zur individualisierten Medizin geht, sollen die - möglichst flächendeckend eingesetzten - Sera das weg brechende Pillen-Massengeschäft auffangen.

Auch in Deutschland wurden schon früh massive Hersteller-Kampagnen für die HPV-Impfung gefahren und Ärzte geschult, bevor die Studien überhaupt auf dem Tisch lagen. Erst im Nachhinein hat man übrigens bei der Impf-Werbung den Schwerpunkt auf die Verhütung von Krebsvorstufen gelegt - lange Zeit war immer nur von der "Impfung gegen Krebs" die Rede.

Geradezu peinlich wurde es, als bekannt wurde, dass die von der Stiko voreilig angegebene, von den Manifest-Wissenschaftlern aber kritisierte "lebenslange Impfkaktivität von 92,5 Prozent" ein fiktiver Wert war. So ist es kein Wunder, dass das Vertrauen vieler Fachleute in die HPV-Impfung und deren emsige Fürsprecher nachhaltig beschädigt wurde.

Laut Europäischer Arzneimittelbehörde liegt die Wirksamkeit, mit der die Impfung mittelschwere und bösartige Zellveränderungen verhindert, bei insgesamt 18,4 Prozent. Bei Mädchen und Frauen ohne vorherige HPV-Infizierung liege sie bei 46,1 Prozent. Von einem fast vollständigen Impfschutz ist das weit entfernt.

Checklisten des Deutschen Ärztinnenbundes

DÄB-Checkliste "Das familienfreundliche Krankenhaus"

DÄB-Checkliste "Die familienfreundliche Niederlassung"



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

DÄB-Checkliste "Das familienfreundliche Krankenhaus"

Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, haben deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden. Zusätzlich erschließen familienfreundliche Maßnahmen betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale und positive Kosten-Nutzen-Effekte für die Bilanz.

Aus der Checkliste kann je nach Bedarf und Wünschen ausgewählt werden.

1. Wertschätzung von Familienkompetenz durch
 - Betrachtung von Eltern- und Schwangerschaft und Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der klinischen Organisationsabläufe
 - Anerkennung des zunehmenden Bedürfnisses auch von Ärzten, ihre Aufgaben als Vater während Elternzeit, Krankheit eines Kindes etc. wahrzunehmen, ohne Unverständnis und Karriereeinbußen befürchten zu müssen.
 - flexible Elternzeit- und Teilzeit-Regelungen für Ärzte und Ärztinnen
 - Kontaktpflege während der Elternzeit + Förderung des frühzeitigen Wiedereinstiegs von Eltern
 - Aufstiegschancen auch in Teilzeittätigkeit und Anerkennung elterlicher Managementfähigkeiten
 - kompetente Ansprechpersonen in der Verwaltung, die initiativ die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und familiären Pflichten begleiten und Eltern organisatorisch unterstützen
2. Gleichberechtigte Karrierechancen für Ärztinnen schaffen durch
 - paritätische Einteilung für weiterbildungsrelevante Tätigkeiten, z.B. Operationen/OP-Katalog, Endoskopie, Intensivmedizin und Pflichtkurse
 - paritätische Freistellung und Förderung für wissenschaftliches Arbeiten
 - Mentoring auch durch weibliche Rollenvorbilder
 - Vorbildfunktion durch ChefärztInnen und Sanktionierung verbaler, sexualisierter und geschlechtsrollenspezifischer Diskriminierungen im Arbeitsalltag
 - Wertschätzung statt Ablehnung von Doppel-Karriere-Paaren
 - Überprüfung von Vorurteilen: Ärztinnen mit kleinen Kindern werden fälschlicherweise als weniger leistungsfähig eingeschätzt, wohingegen Ärzte mit Nachwuchs als besonders verantwortlich und leistungsbereit gelten
 - Akzeptanz von Lebensphasen entsprechenden familiären Anforderungen
 - Berücksichtigung auch kürzerer Weiterbildungseinheiten als ein halbes Jahr in Absprache mit der jeweiligen Landesärztekammer
 - individuelle und situationsgerechte Umsetzung der Mutterschutzrichtlinien zum Schutz von werdender Mutter und Kind, aber Schwangere nicht pauschal von bestimmten ärztlichen Tätigkeiten in der PatientInnenversorgung ausschließen.
3. Attraktive Grundbedingungen bieten durch
 - adäquate Honorierung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denn Vereinbarkeit von Beruf und Familie kostet auch Geld
 - verlässliche Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienstpläne und Urlaubsplanung
 - Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle – bedarfsgerecht aus MitarbeiterInnen- und Klinikumsicht
4. Serviceangebote für Kinderbetreuung und private Haushaltsführung durch
 - arbeitsplatznahe, arbeitszeitkompatible und qualitativ hochwertige und tägliche Kinderbetreuung von 0 bis 10 Jahren, möglichst betrieblich, sonst Vermittlung + Kooperationen

- Angebote zur Hausaufgaben- und Ferienbetreuung und zur Obhut bei leichten Erkrankungen der Kinder bzw. bei Ausfall der sonstigen Kinderbetreuung, z.B. Tagesmutter oder Großeltern
 - Kinderbetreuungsangebote während Fortbildungen und Kongressen
 - Rückzugsmöglichkeiten zum Stillen
 - logistische Unterstützung bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
 - Angebote für die Kinder von MitarbeiterInnen, in der Klinik-Mensa zu speisen, gemeinsam mit den Eltern Mittag zu essen und Familienmenüs nach Hause mitzunehmen
 - Einkaufsservice, Bügelservice und ähnliche Angebote am Arbeitsplatz
5. Persönlichkeitsbildung und Gesundheitliche Prävention fördern durch Angebote für
 - Kommunikationstechniken, Psychosomatische Grundversorgung, Patientenbezogene Supervision, Balint-Gruppen, Weiterbildung Psychotherapie fachgebunden
 - MitarbeiterInnengesundheit: Burnout-Prophylaxe, Entspannungstechniken, Stressmanagement, Rückengesundheit, Raucherentwöhnung
 6. Familienfreundliche Medizin – auch als Standortvorteil
 - Berücksichtigung geschlechtsdifferenter Aspekte in der Behandlung - Gendermedizin
 - familienfreundliches Arbeitsklima wirkt sich positiv auf den Umgang mit PatientInnen aus
 - Kommunikation Ärztin/Arzt – Patientin/Patient – partnerschaftlich statt patriarchalisch
 - ggf. auch Kinderbetreuungsangebote für PatientInnen und BesucherInnen
 7. Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte durch ein explizit familienfreundliches Leitbild und konkrete Angebote gewinnen und weiterhin an das Klinikum binden.
 Bisher lautete der Tenor: „Sie können bei uns arbeiten, aber es ist Ihr und nicht unser Problem, wie und ob Sie Ihre Berufstätigkeit mit Ihren familiären Aufgaben unter einen Hut bringen.“
 Moderne Personalpolitik sollte vermitteln: „Wir wollen Ihre Mitarbeit, wir brauchen Sie, was können wir Ihnen anbieten, damit Sie Beruf, Weiterbildung, Wissenschaft, Familie und private Haushaltsführung ohne unnötigen Reibungsverlust tagtäglich bewältigen können?“
 8. Ärztlichen Nachwuchs für die eigene Abteilung interessieren und rekrutieren durch Beachtung und Wertschätzung bereits der Studierenden und Sicherstellung „Studium mit Kind“:
 - KrankenpflegepraktikantInnen: als zukünftige Medizinerinnen und Mediziner kontaktieren und ihre Freude am Beruf fördern
 - FamulantInnen: für die eigene Klinik begeistern und durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen auffallen. Mindestens Bereitstellung und Waschen der Schutzkleidung und kostenlose, qualitativ gesunde und optisch appetitanregende Mahlzeiten in der Kantine/Mensa
 - PJ-Studierende: gute Lehre und Mentoring. Sie beobachten genau, wie mit Ärztinnen mit Kindern und mit Ärzten in der Elternzeit umgegangen wird. Möglichst Aufwandsentschädigung während des Praktischen Jahres
 - ggf. Vergabe von Stipendien an diejenigen, die später in dieser Klinik ärztlich tätig werden
 9. Einbindung in „Lokale Bündnisse für Familie“ und ggf. Zertifizierung durch „Hertie-Stiftung“:
 In lokalen Bündnissen setzen sich zunehmend auch Krankenhäuser für die Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeits- und Lebenswelt ein:
 - Steigerung des Images der Stadt als Ort mit familienfreundlichen Arbeitgebern
 - Schaffung hochwertiger Betreuungsangebote für Beschäftigte und Studierende
 „Audit Beruf und Familie“ durch die gemeinnützige Hertie-Stiftung



DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V.

DÄB-Checkliste "Die familienfreundliche Niederlassung"

Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden am Arbeitsplatz in der ambulanten Medizin deutlich bessere Chancen zugesprochen (74%) als im Krankenhaus (14%). (Deutsches Ärzteblatt, Heft 26, 29.6.07)

Die Anzahl der Ärztinnen steigt kontinuierlich, ihr Anteil an den berufstätigen ÄrztInnen beträgt bereits 43 %. Gleichzeitig sind sie im Privatleben weiterhin hauptverantwortlich für die Kindererziehung und private Haushaltsführung, treffen aber nicht auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen.

Alle Ärztinnen und Ärzte absolvieren eine stationäre Weiterbildungszeit für die Facharztanerkennung, siehe hierzu die DÄB-Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“.

Als FachärztInnen sollten sie sich nach eigener Neigung und nicht nur aus Gründen der Praktikabilität zwischen einer klinischen oder einer ambulanten Tätigkeit als Niedergelassene entscheiden können.

Diese Checkliste ist ein „Steinbruch“ zur Auswahl geeigneter Maßnahmen und wird beständig aktualisiert.

1. Generell mögliche familienfreundliche Aspekte der ambulanten Tätigkeit

- Planbarkeit und Absprache der Arbeitszeiten – insbesondere in einer Gemeinschaftspraxis
- Anpassung der Urlaubszeiten an Schulferien und Feiertage
- Anpassung der Sprechzeiten an Schulstundenpläne + Freizeitaktivitäten der Kinder
- Geregeltere Arbeitszeit, selten Dienst an Feiertagen und an Wochenenden
- Besserer Verdienst als in der Klinik unterschiedlich je nach Fachgebiet und Standort
- Abgabe von Diensten an Bereitschaftspraxen und Notdienstzentralen
- Kombination von Praxis und Wohnung in einem Haus
- Mitnahme des Kindes in die Praxis, z. B. Extraraum für Hausaufgaben, Stillen, Spielen
- Splitten der Arbeitszeiten: z. B. Mittagessen gemeinsam, Bürokratie nach Ins-Bett-Bringen

Die besondere Konstellation der Niederlassung als Ehepaar in Gemeinschaftspraxis bietet deutliche Vorteile, aber auch Nachteile. (Bühren, Buchalik „Praxis und Familie – Selbstverständlich, oder Problem?“ Der Hausarzt 10/08, 19).

Die neue Kennzeichnungspflicht (Bundesmantelvertrag BMV seit 1.7.2008) - bei der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Leistungen unter Angabe der Arztnummer anzugeben - erweckt die Befürchtungen, dass zukünftig der jeweils individuelle Tätigkeitsumfang durch Angabe der Arztnummer transparent ist und damit die Vorteile des flexiblen lebensphasengerechten Arbeitsumfangs eingeschränkt werden.

2. Vielfalt ärztlicher Tätigkeit bietet situative Anpassung an familiäre Anforderungen

Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes von 2007 erheblich erweiterte Vielfalt an ambulanten Tätigkeitsprofilen hat die individuellen und familienfreundlichen Gestaltungsmöglichkeiten erweitert.

- Variabler Arbeitsumfang in Voll- und Teilzeittätigkeit
- Kombination von Berufstätigkeit in Klinik und Praxis
- Einzel- und Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft
- Jobsharing mit Option der späteren Zulassung auch in einem gesperrten Gebiet
- Verschiedene Formen der Angestellten-Tätigkeit auch in der Praxis
- Medizinisches Versorgungszentrum: Anstellung mit/ohne eigener Zulassung in unterschiedlichem zeitlichem Ausmaß, einschließlich Reduktion der Zuständigkeit für Bürokratie und Abrechnung
- Teilniederlassung

3. Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Aufgabe für Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer

- Adäquate Honorierung, denn Vereinbarkeit von Beruf und Familie kostet auch Geld

- Die KV Bayerns bietet vorbildhaft eine eigene betriebliche Kinderbetreuung an - auch für Kinder von niedergelassenen ÄrztInnen. Die Ärztekammer Nordrhein bietet Kinderbetreuung z. B. während Schulferien, Brückentagen, Prüfungsterminen und Fortbildungsveranstaltungen für ÄrztInnen an
- Gesetzliche Verbesserung ist erforderlich: Einführung Mutterschutz-Regelungen auch für niedergelassene Freiberuflerinnen entsprechend Initiativen auf der EU – Ebene
- Organisierte Verbundweiterbildung in Kliniken und Praxen – speziell für Gebiete, die den Abteilungs-/ Ortswechsel voraussetzen: z. B. Allgemeinmedizin, Orthopädie/ Unfallchirurgie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Vermeidung von Umzügen mit der Familie oder Trennungszeiten.
- Jobbörsen
- Sowohl ÄrztInnen mit vielen Familienpflichten als auch PraxisinhaberInnen vermissen die bisher offiziell nicht erlaubte Option einer sog. Freien Mitarbeit ohne gegenseitige Verpflichtungen aus einem Anstellungsvertrag.

4. PraxisinhaberInnen als GestalterInnen der Arbeitsbedingungen

- Kommunikative Kompetenzen fördern durch ärztliche Fort- und Weiterbildungen: Balintgruppe, Qualitätszirkel, Psychosomatische Grundversorgung, Fachgebundene Psychotherapie
- Gesundheitliche Prävention und Persönlichkeitsbildung für ÄrztInnen und MitarbeiterInnen: Kommunikations-/Entspannungstraining, Stressmanagement, Burnout-Prophylaxe, Rückengesundheit
- Ärztlichen Nachwuchs für die eigene Praxis interessieren und rekrutieren:
 FamulantInnen: durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen auffallen.
 PJ-Studierende: gute Lehre und Mentoring, ggf. Beachtung Checkliste „Medizin studieren mit Kind“

5. Gute Beispiele zur Förderung der Allgemeinmedizin und ggf. Psychosomatischen Medizin

- Verbund – Weiterbildung: In einer Region sprechen sich Kliniken und Praxen ab, Weiterbildungsstellen – auch in Teilzeit - für die erforderlichen WB-Abschnitte anzubieten
- Förderzuschläge – 5 Jahre lang finanzielle Zuschläge für ÄrztInnen, die sich in unterbesetzten Gebieten neu niederlassen
- KoStA: Koordinierungsstelle für Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt (Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen), ggf. KoSta auch als Arbeitgeber
- Angemessenere Honorierung der ambulanten Weiterbildung: statt bisher 2040.- Euro zukünftig ca. 4.000,- Euro
- Stipendiumvergabe bereits während der klinischen Fachsemester im Medizinstudium bei Verpflichtung, die allgemeinärztliche WB zu durchlaufen und mindesten 2-3 Jahre in der Region niedergelassen tätig zu werden.

6. Kommunen als Gestalterinnen der Rahmenbedingungen für Niedergelassene

Insbesondere die Aufrechterhaltung der PatientInnenversorgung auch auf dem Land erfordert kreative Angebote. Für Verantwortliche in Dörfern und kleine Städte abseits der großen Städte gilt es, Standort- und Wettbewerbsvorteile zu schaffen, um qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für freierwerbende Arztsitze zu gewinnen:

- Alle weiterführende Schulen vor Ort mit Ganztagsbetreuung einschließlich Mittagsverpflegung
- Angebote für Kinderbetreuung, die kompatibel ist mit Praxis- und Bereitschaftsdienstzeiten
- Hausaufgabenbetreuung, Ferienbetreuung
- ggf. Unterstützung bei Organisation von Bereitschaftspraxen, Notdienstzentralen
- „Lokale Bündnisse für Familie“. Mit Schaffung und Einbindung in lokale Bündnisse, Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeits- und Lebenswelt, Imagesteigerung als familienfreundlicher Ort

Dr. med. Astrid Bühren
 Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 Tel.: 030 400456-540, Fax: 030 400456-541, www.aerztinnenbund.de, Email: gsdaeb@aerztinnenbund.de
 Vereinsregister-Nr. VR 25601 Nz beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

© Deutscher Ärztinnenbund e.V.