



## Ärztinnen = Superfrauen?

### INHALTSVERZEICHNIS

#### Editorial

Dr. med. Regine Rapp-Engels ..... 3

#### Gastbeitrag

Dr. med. Simone Heinemann-Meerz

„Ohne Frauen geht es nicht“  
Weibliche Medizin in Sachsen-Anhalt ..... 4

#### ÄRZTINNEN = SUPERFRAUEN?

Im Interview: **Susanne Garsoffky und Britta Sembach**

„So wie es jetzt ist, kann es nicht weitergehen“  
Warum „Die alles ist möglich-Lüge“  
auch für Ärztinnen gilt ..... 5

**Prof. Dr. phil. Bettina Franzke und Vivian Jäger**

Karriereaspirationen von Medizinstudentinnen -  
wie attraktiv sind die „harten“ Fachrichtungen ..... 8

**Dr. med. Maya Niethard**

Schwangere Ärztinnen dürfen jetzt operieren ..... 11

**Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**

Nachschlag zur Mitgliederumfrage ..... 13

#### AUS DEM VERBAND

34. DÄB-Kongress 2015 in Düsseldorf  
Einladung zur DÄB-Mitgliederversammlung 2015 ..... 14

Regionalgruppe Baden-Württemberg:  
Aktuelles aus der Sportonkologie ..... 15

Regionalgruppe Frankfurt: Über 100 Mitglieder aktiv  
Mitgliederwerbung lohnt sich ..... 16

Glückwünsche ..... 17

Leserbrief - DÄB fragt medizinische Fakultäten  
nach Gender in der Lehre

Forum 40 plus: Seminar zum Thema Resilienz ..... 18

Neue Statistik zum alten Gender Pay Gap

Erfolgreiche Quote an Universitäten in Österreich ..... 19

**Dr. med. Gudrun Günther**

MWIA Newsticker - ausgewählte Meldungen

Dezember 2014 ..... 20



**DIE  
ZUKUNFT...**

- ✓ **Online**
- ✓ **Individuell**
- ✓ **Flexibel**



**... ab heute einfach  
Praxissoftware.**



[diesoftware.medatixx.de](http://diesoftware.medatixx.de)

**medatixx**

Liebe Kolleginnen,

Sie halten eine neue interessante ÄRZTIN mit dem Titel „Ärztinnen = Superfrauen?“ in den Händen. Gemeint ist sicherlich nicht das weibliche Gegenstück zu Superman - einer Comicfigur, die in den 1930er-Jahren entstand. Doch emanzipiert, tough und ein bisschen egoistisch - mit diesen Attributen wurde 1995 die „Superfrau der Zukunft“ geboren und in der WELT zitiert. Im selben Jahr wurde auch ein Spielfilm mit dem Titel „Das Superweib“ gedreht, der auf dem gleichnamigen Roman von Hera Lind beruhte und den einige von Ihnen vielleicht gelesen haben.

In diesem Heft lesen wir über das, was die meisten von uns kennen: Männer und Frauen können Beruf, Karriere und Familie nicht miteinander vereinbaren – immer noch nicht. Und Ärztinnen und Ärzte schon gar nicht. Allerdings liegt bei der derzeit noch vorherrschenden Rollenteilung die Betonung schon noch auf Ärztinnen. Hoffen wir also auf die Männer und Väter der sogenannten Generation Y.

Und wie steht es mit uns? Wählen wir in vorauseilendem Gehorsam das „Dazuverdiener-Modell“ oder die „Hausfrauenpraxis“ oder werten wir gar andere Kolleginnen mit diesen Bezeichnungen ab? Oder hat unser Tag weit mehr als 24 Stunden und bewältigen wir scheinbar mühelos Karriere, Kinder, Pflege von Angehörigen und Partnerschaft. Trotz 14 Stunden-Tag im Top-Job gibt es am Kindergeburtstag natürlich nur selbst Gebackenes, und wir brauchen weder Haushälterin noch Gärtner. Trotz Alltags- und Freizeitstress haben wir Zeit für Konzerte und Yoga. Machen die anderen Frauen, die das nicht so hinbekommen, einfach etwas falsch? Das ist doch alles nur eine Frage der Power, der Organisation und des Zeitmanagements, oder?

„Das Bild von den Superfrauen, die alles perfekt unter einen Hut bringen, Kinder, Karriere und Partnerschaft, das stimmt einfach nicht!“ Zum Glück gibt es auch solche Aussagen, wie die von unseren Autorinnen Susanne Garsoffky und Britta



Foto: Privat

Dr. med. Regine Rapp-Engels li., Dr. med. Christiane Groß, M.A. re.

Sembach. Im Interview ab Seite 5 beschreiben sie, warum „Die alles ist möglich-Lüge“ auch für Ärztinnen gilt.

Und dann kommt der Deutsche Ärztinnenbund und will diese verhinderten Superfrauen auch noch für berufspolitisches Engagement gewinnen.

Liebe Kolleginnen, ich kenne die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Beruf, Privatleben und Ehrenämtern nur zu gut. Und deshalb habe ich von meinem ersten Tag als Präsidentin an darüber nachgedacht und Ausschau gehalten, wer mich eines Tages ablösen kann. Immer wieder bin ich bei den jungen Kolleginnen, die in der so genannten Rushhour des Lebens stehen, an Grenzen gestoßen. Mittlerweile finde ich es auch ein bisschen vermessen, diesen jüngeren Frauen dann zum Beispiel ein Präsidentinnenamt anzutragen. Aber: Warmlaufen, Erfahrungen sammeln und Gremienarbeit lernen, das kann der einen oder anderen Kollegin vielleicht doch dosiert, nahe gebracht werden – zum Beispiel auf der Ebene der Regionalgruppen. Wir Älteren sollten sie dabei unterstützen, indem wir sie coachen und nicht mit Ratschlägen erschlagen, indem wir realistische Vorbilder sind und uns nicht mit dem Superfrauenimage umgeben, das andere entmutigt. Auch die Kolleginnen, die solche Ämter bekleiden, sollten wir positiv begleiten. Ihrem

Einsatz von Kraft, Ideen, Freizeit, Urlaubstagen und auch Geld gebührt Anerkennung. Das Hamsterrad einzufordern, also noch höher, noch schneller, noch weiter – alles ohne Gegenleistung – schadet ganz sicher der Gesundheit.

Wenn Sie dies lesen, bin ich bereits Past-Präsidentin – nach 14 Jahren im DÄB Bundesvorstand, davon sechs als Präsidentin, möchte ich nun andere Prioritäten setzen. Beispielsweise will ich einem deutlichen Hinweis von Freunden nachkommen und die Begriffe Zeitfenster und Zeitbudget nur noch selten gebrauchen.

In diesem Sinne wünsche ich meiner Nachfolgerin Christiane Groß, die Sie auf dem Foto mit mir bei der Schlüsselübergabe sehen, und dem Vorstand, dass sie mit viel Freude und Elan die Geschäfte des DÄB weiterführen und dabei tatkräftig und loyal von Ihnen allen unterstützt werden.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Ihre

*Regine Rapp-Engels*

■ DR. MED. SIMONE HEINEMANN-MEERZ

## „Ohne Frauen geht es nicht“ Weibliche Medizin in Sachsen-Anhalt

Die Medizin ist weiblich. Immer mehr Frauen drängen in den Arztberuf. Dies belegen die Arztzahlen der Ärztekammer Sachsen-Anhalt deutlich: 2014 waren von den Kammermitgliedern gut 54 Prozent weiblich und knapp 46 Prozent männlich. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist seit Bestehen der Ärztekammer immer klarer geworden. Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich auch unter den Berufstätigen: Während etwa 54 Prozent Frauen berufstätig waren, arbeiteten im Gegensatz dazu gut 46 Prozent Männer.

Dies sah vor ungefähr 250 Jahren noch wesentlich anders aus. Damals war die in Quedlinburg geborene Dorothea Christiane Erxleben die erste Ärztin, die in Deutschland ihren Beruf offiziell ausüben durfte. Auf Bitten ihres Vaters wies Friedrich der Große die Universität Halle an, seine begabte Tochter promovieren zu lassen. Als erste Frau legte sie daraufhin 1755 erfolgreich die Prüfung ab und erwarb damit das Recht, als Ärztin in ihrer Geburtsstadt zu praktizieren. Sie wird nicht ohne Grund als eine Pionierin des Frauenstudiums bezeichnet. Während es heute selbstverständlich ist, dass Frauen den Arztberuf ausüben, war dies zu Lebzeiten von Dorothea C. Erxleben eine Besonderheit, wenn nicht sogar – in den Worten der damaligen Zeit gesagt – eine der weiblichen Natur entgegenstrebende Tätigkeit.

Ein Blick auf die Verteilung von Männern und Frauen in der Teilzeitarbeit gibt uns Aufschluss darüber, wie Frauen ihrer ärztlichen Tätigkeit in Sachsen-Anhalt nachgehen. Auch wenn Teilzeitarbeit lediglich von etwa neun Prozent der Berufstätigen wahrgenommen wird, zeigt sich hier ein eindeutiger Trend. Von den in Teilzeitarbeit befindlichen Medizinerinnen und Mediziner arbeiteten im letzten Jahr 685 Frauen

und nur knapp 140 Männer in diesem Arbeitsmodell. Frauen bevorzugen also wesentlich häufiger diese Form, da sie vermutlich verstärkt damit konfrontiert sind, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren.

Die Zahlen belegen eindeutig, dass Medizin weiblich ist. Jedoch gilt dies nur bis zu einer bestimmten Hierarchiestufe, da Frauen in Chefarztpositionen leider immer noch die Ausnahme sind. Die oberen Positionen bleiben den Frauen leider oftmals verwehrt. Männer nehmen in Sachsen-Anhalt knapp fünfmal so oft eine Chefarztposition ein wie Frauen. Bei



Foto: Privat

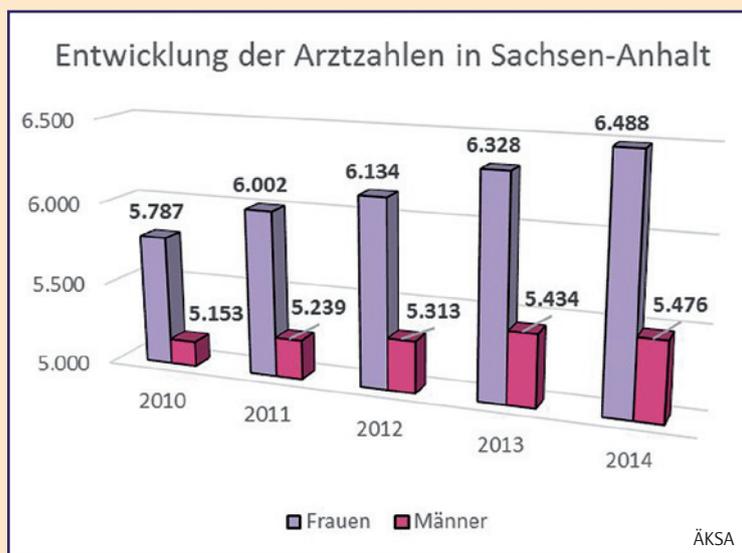
Dr. med. Simone Heinemann-Meerz

muss man verstärkt auf die angehenden Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Work-Life-Balance zugehen und ihnen mehr Möglichkeiten zum Beispiel in Bezug auf die Kinderbetreuung unterbreiten, um sie als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu gewinnen. Auch die Wahl, in die Selbstständigkeit zu gehen und sich niederzulassen, muss gefördert und die jungen Menschen dazu ermuntert werden. Für uns ist dies ein zentrales Thema.

Die Ärztekammer bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit an, ihre Facharztweiterbildung in Teilzeit zu absolvieren. Dadurch wird es ihnen ermöglicht, Familie und Beruf auch in der Weiterbildungszeit zu vereinbaren. Vermutlich nehmen Frauen aufgrund der Kindererziehung diese Möglichkeit mehr in Anspruch als Männer. Sind Frauen letztendlich zunehmend bereit, für ihre Kinder mehr Zeit in ihre Ausbildung zu investieren?

*Dr. med. Simone Heinemann-Meerz ist Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie und seit 2011 Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und Chefredakteurin des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt.*

Eines ist jedoch klar festzuhalten: Frauen sind immer mehr im Kommen. Sie werden sich zunehmend proportional zu ihrem Anteil unter den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten auch in den oberen Positionen durchsetzen. Dass an der Spitze der Ärztekammer Sachsen-Anhalt eine Frau steht, ist dafür ein deutliches Signal.



den Oberarztstellen befinden sich zum Beispiel ein Drittel mehr Männer als Frauen in dieser Position. Auch wenn das Verhältnis bei den ärztlichen Direktoren etwas ausgeglichener ist – fast doppelt so viele Männer als Frauen haben diese Position inne –, so wird deutlich, dass die weibliche Medizin in den oberen Berufsebenen noch nicht angekommen ist.

Wir müssen die Tatsache, dass immer mehr Frauen den Arztberuf wählen, als eine Chance für die gesamte Ärzteschaft betrachten. In der heutigen Arztgeneration ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie immer bedeutender geworden, besonders für die Frauen. Im heutigen Zeitalter des Ärztemangels können wir es uns nicht erlauben, auf weibliche ärztliche Fachkräfte zu verzichten. Daher

## ■ BRITTA SEMBACH UND SUSANNE GARSOFFKY

### Im Interview

## „So, wie es jetzt ist, kann es nicht weitergehen“

### Warum „Die alles ist möglich-Lüge“ auch für Ärztinnen gilt

*Das Buch „Die alles ist möglich-Lüge“ will mit der allgemein verbreiteten Annahme aufräumen, dass Familie und Beruf vereinbar seien. Susanne Garsoffky und Britta Sembach fordern mehr Ehrlichkeit und stellen fest: Es gibt keine Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und das ist auch keine Frage der Organisation. Es gibt nur ein Nebeneinander. Strukturelle Probleme werden auf das Individuum verlagert, obwohl es um gesellschaftliche Solidarität geht. Was dies bedeutet, erläutern sie im Interview mit Gundel Köbke.*

**ÄRZTIN:** Der Deutsche Ärztinnenbund setzt sich seit Jahrzehnten für die Vereinbarkeit von Arztberuf, Karriere und Familie bzw. das Gleichgewicht zwischen Privat- und Berufsleben ein. Sind Sie tatsächlich der Meinung, dass sowohl Männer als auch Frauen Karriere und Familie nicht miteinander vereinbaren können?

### Der Ärztinnenberuf verlangt einen hohen zeitlichen Einsatz

**Britta Sembach:** Es ist doch immer die Frage, was wir unter „Vereinbarkeit“ überhaupt verstehen. Natürlich können Sie heutzutage eine Familie und einen Beruf haben. Ob sie beides so miteinander in Einklang bringen können, dass sie im Job und bei den Kindern zufrieden sind und Ihr Bestes geben können, ist eine andere Frage. Vor allem für Ärzte und Ärztinnen stellt sich diese Frage in besonderer Schärfe: Ihr Beruf ist fordernd und verlangt einen hohen – gerade auch zeitlichen – Einsatz. Auch sie stellen sich diese Frage fast immer nur individuell: Warum schafft es denn meine Kollegin und ich bin immer erschöpft? Dabei müsste sie strukturell gestellt werden: Wie sind die Arbeitsbedingungen? Ist das Unternehmen oder die Klinik familienbewusst, das heißt: geht sie in irgendeiner Form auf familienbedingte Zwänge und Bedürfnisse ihres Personals ein? Oder fordert sie die gleichen Schichten zu allen möglichen und unmöglichen Zeiten von allen im gleichen Maß, egal ob sie kleine Kinder oder etwa kranke Eltern haben.

### Solidarität im Team ist gefordert

**Susanne Garsoffky:** Gerade in Unternehmen, die vom Schichtdienst leben,

wäre da viel mehr möglich. Etwa, dass man beim Dienstplan eine bestimmte Zeit lang Rücksicht auf junge Mütter nimmt und ihnen nicht zumutet, jede erdenkbare Tages- und Nachtzeit mit Betreuung abzudecken. Da ist auch Solidarität im Team gefordert – vor allem aber das Bewusstsein der Arbeitgeber, dass junge Familien auch im Job leistungsbereit sind, aber eben vielleicht nicht direkt nach der Geburt eines Kindes und nicht zu allen Tages- und Nachtzeiten.

**ÄRZTIN:** Ist dies nicht zumindest etwas besser geworden, als es noch vor einigen Jahren oder gar Jahrzehnten zu beobachten war?

### Wie viele familienfreundliche Krankenhäuser kennen Sie?

**Britta Sembach:** Sicher hat es da Bewegung gegeben. Aber seien wir doch mal ehrlich: Wie viele familienfreundliche Krankenhäuser kennen Sie, die sich das Thema bewusst auf die Fahnen geschrieben haben und sich aktiv darum kümmern, dass ihr medizinisches Personal eine gute Balance findet? Sicher gibt es ein paar Leuchttürme, der Großteil ist unserer Einschätzung nach aber von genau denselben ökonomischen Zwängen getrieben wie der Rest der Wirtschaft, und die heißen: immer mehr Leistung mit immer weniger Personal. Wo ist da noch Platz für Rücksicht auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer?

**ÄRZTIN:** Welches sind heute die wichtigsten Gründe, warum es immer noch nicht möglich ist?



Britta Sembach li., Susanne Garsoffky re.

### Wir haben immer noch keine echte Gleichstellung

**Susanne Garsoffky:** Weil wir viel zu lange nicht erkannt haben, dass Menschen, die Verantwortung für andere in der Familie tragen, eben zu anderen Bedingungen arbeiten (müssen) als Menschen, die alleinstehend sind. Und weil wir in unserer Arbeitswelt immer noch keine echte Gleichstellung von Männern und Frauen haben. Unsere gesamte Arbeitswelt – und mit Verlaub, die Medizin ganz besonders – geht immer noch vom männlichen Alleinverdiener ohne weitere Verpflichtungen aus. Dass es den schon lange so gar nicht mehr gibt, dass jede Menge Frauen dazugekommen sind und Paare sich Familien- und Erwerbsarbeit untereinander aufteilen wollen, wurde nicht bedacht. Arbeitszeiten, aber auch Beurteilungen und Karrierechancen und -wege, sind immer noch stark männlich dominiert. Die Frage, wer kümmert sich mehr um die Kinder, wird und muss in den Familien mit dem Blick auf den Gehaltszettel beantwortet werden. Und es ist ja hinlänglich bekannt, dass Frauen immer noch weniger verdienen als Männer, auch in der Medizin. Solange wir diese Ungerechtigkeiten nicht ausgeräumt haben, brauchen wir über Vereinbarkeit eigentlich gar nicht reden.

**ÄRZTIN:** Raten Sie zum Beispiel auch jungen Ärztinnen, erst einmal mit dem Beruf auszusetzen, wenn sie eine Familie gründen und Kinder bekommen wollen?

### Arbeitgeber müssten flexibler sein

**Britta Sembach:** In dieser Frage ist es schwer, Ratschläge zu geben. Denn das hängt ja immer sehr von der individuellen

Lebenssituation ab. Wenn junge Mütter etwa einen Partner haben, der sich stark in die Babypflege und Kinderbetreuung einbringt, haben sie andere Voraussetzungen als viele andere Frauen. Es ist doch immer eine Frage des rechten Maßes: Muss jede Frau und jeder Mann zu jeder Zeit Vollzeit arbeiten? Auch wenn er oder sie gerade ein Kind bekommen hat? Viele Menschen fühlen sich geradezu dazu gezwungen, weil sie wissen, dass sie möglicherweise ihre Karriere riskieren, wenn sie aussetzen. Und damit haben sie ja auch oft recht. Aber: Muss das so sein und müssen wir das so akzeptieren? Oder können Arbeitgeber nicht doch ein bisschen mehr Flexibilität an den Tag legen – und zwar nicht nur bei den täglichen Arbeitszeiten, sondern eben auch in der Frage, wie wir die (Erwerbs-)Arbeit über ein Leben verteilen? Und ganz ehrlich: Gerade Ärzte und Ärztinnen sind hervorragend ausgebildete Akademiker und Akademikerinnen: Da kann uns niemand erzählen, dass die nach kleineren oder vielleicht sogar größeren Pausen oder Phasen in Teilzeit nicht ganz schnell wieder den Anschluss im Beruf finden. Man muss sie nur lassen. Und ihnen gleichzeitig die entsprechenden Rahmenbedingungen bieten: Wie etwa eine Kita in der Klinik oder eine Unterstützung bei der Suche nach Haushaltshilfen.

**ÄRZTIN:** Welchen Preis müssen junge Frauen zahlen, wenn sie Beruf und Privatleben verbinden?

### Der Druck auf Medizinerinnen ist enorm

**Susanne Garsoffky:** Auch das ist individuell sehr unterschiedlich. Was uns die meisten Frauen berichtet haben ist, dass sie überhaupt keine Zeit mehr für sich selbst haben, sondern nur noch für den Beruf und die Familie da sind. Zeit für Regeneration entfällt da ersatzlos. Das führt in nicht wenigen Fällen zu einer großen Erschöpfung, mit der niemandem gedient ist. Der Druck, unter dem vor allem auch Medizinerinnen stehen, ist oft enorm. Und sie haben ja auch wirklich viel in diesen Beruf investiert: eine lange und anspruchsvolle Ausbildung, viele Jahre noch, bis sie endlich in die Position kommen, die sie angestrebt haben. Disziplin und Durchhaltevermögen sind die Grundvoraussetzungen, um das zu schaffen. Aber irgendwann kann der Preis eben zu hoch werden – wenn man merkt, dass einem

die Kinder entgleiten oder man keine Zeit mehr für die Partnerschaft hat. Uns ist wichtig, dass das nicht als individuelles Versagen gewertet wird nach dem Motto: du bist halt schlecht organisiert oder hast nicht so viel Kraft wie andere. Schon die Erkenntnis, dass es oft die Umstände sind, die einen zermürben und nicht die eigene Unzulänglichkeit, kann schon eine Entlastung sein.

**ÄRZTIN:** Was muss sich in unserer Gesellschaft ändern, um je nach Lebensphase den unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden zu können?



### Unbezahlte Arbeit in den Familien sichtbar machen

**Britta Sembach:** Wir müssen endlich erkennen, dass Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen nicht in allen Bereichen gleich leistungsfähig sind. Und dass das auch gar nicht schlimm ist. Wenn sie eine Zeitlang im Beruf kürzertreten, leisten sie dafür ja umso mehr in der Familie. Dafür sollten sie dann aber nicht ein Leben lang – etwa mit Rentenabzügen – bestraft werden. Wir sollten uns ganz neu darauf verständigen, was wir eigentlich unter „Arbeit“ verstehen und endlich die viele unbezahlte und wenig wertgeschätzte Arbeit in den Familien sichtbar machen. Auch darüber, wie wir arbeiten und zu welchen Zeiten müssen wir diskutieren. Wir brauchen kein starres Renteneintrittsalter oder gar die Rente mit 63. Im Gegenteil: Wir brauchen eine Kultur, in der diejenigen willkommen sind, die eben auch im Alter noch arbeiten können und wollen – etwa weil sie sich in der berühmten Rushhour des Lebens ein bisschen mehr Zeit für ihre Kinder genommen haben.

**ÄRZTIN:** Der DÄB setzt sich seit vielen Jahren für familienfreundliche Krankenhäuser und flexible Arbeitszeitmodelle ein. Wie könnte zum Beispiel in die Umsetzung bei Kliniken etwas mehr Tempo kommen?

### Männer und Väter müssen mit im Boot sitzen

**Susanne Garsoffky:** Das geht nur, wenn alle Beteiligten von der Wichtigkeit dieses Themas überzeugt sind. Und wenn die Männer und Väter mit im Boot sitzen – denn seltsamerweise sorgen die für noch mehr Aufmerksamkeit, wenn sie mit diesem Thema ankommen. Oft kann so ein Wandel nur von oben eingeleitet werden: Erst wenn die Chefs und Abteilungslei-

ter merken, dass sie dringend benötigtes Personal verlieren, wenn sie nichts anbieten, bewegt sich was. Wir verstehen, dass es schwer ist, aufzubegehren. Aber wenn jede Frau individuell versucht, alles möglich zu machen, gibt es eben auch keinen Druck, etwas zu verändern. Aber wenn viele Frauen (und es sind ja leider immer noch in der Hauptsache Frauen, die das Thema betrifft) sagen, wir können und wollen unter diesen Bedingungen nicht mehr arbeiten, entsteht vielleicht doch so etwas wie ein Problembewusstsein.

**ÄRZTIN:** Teilzeit wird häufig als Falle für Frauen bezeichnet - sehen Sie das auch so?

## Gebraucht wird eine Aufwertung der Teilzeit

**Britta Sembach:** Ja, so wie Teilzeit in Deutschland angelegt und bewertet wird, ist das leider so. Das liegt aber nicht an der Teilzeit an sich, sondern daran, wie wir damit umgehen. Teilzeitarbeit wird immer noch als minderwertig gesehen, nur der lange Arbeitstag gilt als richtiger Arbeitstag. Das ist natürlich völliger Unsinn, zumal Teilzeitkräfte ja oft viel produktiver sind als viele Vollzeitkollegen, allein, weil sie fast nie eine Kaffeepause machen, sondern die ganze Arbeit in der halben Zeit wegschaffen. Wir haben hier eine Kultur, die gestattet, dass Teilzeit als halbe Arbeit wahrgenommen wird - und das ist fatal. Denn sie ist unter den jetzigen Rahmenbedingungen (schlechte Kinderbetreuung, wenige Ganztagschulen etc.) für viele oft die einzige Möglichkeit, überhaupt im Job zu bleiben. Wir brauchen also nicht mehr Vollzeit, sondern eine Aufwertung der Teilzeit. Erst wenn es echte Aufstiegsmöglichkeiten in Teilzeit gibt und Führungskräfte in Teilzeit nicht die absolute Ausnahme sind, wird das Thema Vereinbarkeit anders diskutiert werden.

**ÄRZTIN:** Auch jungen Medizinerinnen bereitet der Gedanke an die eigene Familienplanung Kopfzerbrechen, denn immer mehr junge Männer sind durchaus bereit, Elternverantwortung zu übernehmen. Ist dies Ihrer Ansicht nach der richtige Ansatz?

## Das Thema betrifft beide Partner

**Susanne Garsoffky:** Absolut! Erst unlängst gab es einen Bericht über ein Krankenhaus, das jetzt einen Väterbeauftragten hat. Das ist erstens unheimlich gut fürs

Image, und - so traurig es ist - dadurch, dass das mal was Neues ist, gibt es auch viel Aufmerksamkeit. Wir denken generell, dass das Thema Vereinbarkeit schon lange kein Frauenthema mehr sein sollte, sondern dass es in der Tat beide Partner betrifft. Und wenn die Männer da mehr einfordern, kann das für alle nur gut sein. Die Frauen haben doch auch längst ihre Hausaufgaben gemacht, sind gut ausgebildet und hervorragend im Job. Jetzt müssen die Männer halt auch in den Familien nachziehen. Dabei können alle nur gewinnen.

**ÄRZTIN:** Sie stellen in Ihrem Buch einige Modelle vor, wie es besser gehen könnte. Welche könnten auf den Ärztinnenberuf zutreffen?

## Ein gesetzliches Rückkehrrecht auf Vollzeit schaffen

**Britta Sembach:** Ach, da gibt es einige. Zum Beispiel das Stichwort „Späte Karrieren“. Unsere Karrierewege sind auf einen linearen Lebenslauf abgestimmt ohne Brüche. Wenn Kinder kommen gibt es die aber. Das wirft Frauen oft aus der Bahn - gerade in der Medizin. Das müsste aber überhaupt nicht so sein. Warum kann man nicht auch nach der Familienphase, selbst wenn man eine Zeitlang ausgesetzt hat, noch im Fokus für eine gute Karriere sein? Weil es bis jetzt unüblich ist - undenkbar ist es aber überhaupt nicht. Ein anderes Thema ist die Zusammensetzung von Teams: Wenn alle Mitarbeiter zwischen 20 und 35 sind, muss man sich nicht wundern, wenn da plötzlich durch Familiengründungen große Zeitausfälle entstehen. Wären Teams wieder heterogener zusammengestellt, könnten die Mitarbeiter untereinander Arbeitszeiten und -modelle aushandeln, die den Einzelnen und den Unternehmen nützen. In hierarchischen Strukturen ist das sicher etwas gewöhnungsbedürftig - aber bestimmt sehr erfolgreich! Natürlich brauchen wir auch immer noch eine verbesserte Kinderbetreuung, was sowohl die Zahl der Plätze, vor allem aber die Qualität angeht. Und wir brauchen endlich ein gesetzliches Rückkehrrecht auf Vollzeit, damit eben die Teilzeit nicht zur Falle wird.

**ÄRZTIN:** „Männer und Frauen können Karriere und Familie nicht miteinander vereinbaren“ - so werden Sie zitiert. Ist das nicht doch etwas zu pessimistisch und im Alltag - auch von Ärztinnen - vielfach widerlegt?

## Der Begriff „Vereinbarkeit“ verschleiert die Probleme

**Susanne Garsoffky:** Ja, in dieser Diskussion kommen wir mit Absicht als „Spielverderberinnen“ daher. Denn alle Umfragen und Studien der vergangenen zehn Jahre geben uns recht: Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen können nur sehr wenige Männer und Frauen Karriere und Familie wirklich miteinander vereinbaren, ohne einen hohen Preis zu zahlen. Meist haben sie dann individuelle Möglichkeiten, die nur wenige Eltern haben - die Großeltern am Ort oder sehr viel Geld für eine umfassende und gute Kinderbetreuung zum Beispiel. Natürlich arbeiten sehr viele Mütter und Väter hierzulande - und haben Kinder. Aber meist im „Dazuverdienen-Modell“: Sie arbeiten Teilzeit, er Vollzeit in seinem Beruf. Mit der Konsequenz, dass in der Regel die Mütter Gehaltseinbußen haben, die sie in ihrem Berufsleben nie wieder aufholen können. Und dass sie durch weniger Rentenzahlungen schlechter abgesichert sind. Der Begriff „Vereinbarkeit“ verschleiert unserer Meinung nach diese Probleme. Wenn wir aber die Vereinbarkeitsdebatte ehrlich führen wollen, müssen wir das zum Thema machen. Denn an den Rahmenbedingungen ändern wird sich erst etwas, wenn immer mehr aufstehen und sagen: So, wie es jetzt ist, kann es nicht weitergehen.

*Susanne Garsoffky, Jahrgang 1968, studierte Geschichte und Politikwissenschaften. Nach der Journalistenschule in Berlin arbeitete sie zunächst als Reporterin bei der Berliner Morgenpost. Dann folgte der Wechsel als Autorin und Redakteurin zum Westdeutschen Rundfunk nach Düsseldorf und Köln. Zuletzt gestaltete sie als Redakteurin das frauenpolitische Magazin „frauTV“ mit. Susanne Garsoffky ist verheiratet und Mutter zweier Söhne.*

*Britta Sembach, Jahrgang 1968, studierte Politikwissenschaft, Geografie und Portugiesisch in Köln und Hamburg. Nach einem Zeitungsvolontariat in Halle an der Saale arbeitete sie als Redakteurin, Reporterin und Autorin für die Nachrichtenagentur Reuters, diverse Printmedien und TV-Sender, etwa den WDR. Seit mehreren Jahren ist sie neben ihrer journalistischen Arbeit in freier Praxis als Mediatorin BM® und Kommunikationstrainerin tätig. Sie ist verheiratet und hat zwei Söhne.*

■ PROF. DR. PHIL. BETTINA FRANZKE UND VIVIAN JÄGER

## Karriereaspirationen von Medizinstudentinnen – wie attraktiv sind die „harten“ Fachrichtungen?

### Eine explorative Studie zum Genderwandel in der Medizin\*

„Aus Sicht der Genderforschung lohnt es sich, den Genderwandel in der Medizin weiter im Fokus zu behalten.“ Zu diesem Schluss kommen Prof. Dr. phil. Bettina Franzke, Dipl.-Psych., und Vivian Jäger, Arbeitsvermittlerin in einem Jobcenter, in ihrer Studie über die Karriereaspirationen von Medizinstudentinnen. Sie beschäftigen sich vor allem mit der Frage, wie attraktiv die sogenannten harten Fachrichtungen für angehende Ärztinnen sind. Damit der Genderwandel nicht zu einem Bumerang wird, fordern sie eine Flankierung durch gleichstellungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen. Die folgenden Auszüge aus der Studie wurden uns freundlicherweise zum Nachdruck überlassen.

#### Standortbestimmung und Relevanz der Studie

In der Medizin hat sich in den letzten Jahren ein Genderwandel vollzogen: Der Frauenanteil unter den Studierenden der Humanmedizin verzeichnet einen stetigen Anstieg. Doch obwohl Frauen inzwischen mit 63 Prozent die Mehrheit der Studienanfängerinnen und -anfänger stellen (Statistisches Bundesamt, 2012), sind sie nicht in allen Fachrichtungen der Medizin gleichermaßen vertreten. Bisher galten Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin mit 62 Prozent bzw. 56 Prozent Frauenanteil als eher frauendominierte, die Chirurgie, Radiologie, Innere Medizin sowie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit 20 Prozent, 32 Prozent und je 34 Prozent Frauenanteil hingegen als klar männerdominierte Bereiche (Bundesärztekammer, 2013).

Gründe für die geschlechtsspezifische Segregation liegen unter anderem in den Rahmenbedingungen des Arztberufes, entlang derer in der vorliegenden Arbeit zwischen „harten“ und „weichen“ Fachrichtungen unterschieden wird. Als „harte“ Fachrichtung werden vorrangig die Chirurgie, ihre dazugehörigen Bereiche wie die Orthopädie und Unfallchirurgie sowie teilweise die Innere Medizin angesehen. Die entsprechenden Arbeitsfelder sind durch körperlichen Einsatz, wenig Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, unregelmäßige Arbeitszeiten und schlechtere Karrierechancen für Frauen gekennzeichnet. Demgegenüber umfassen die „weichen“ Fachrichtungen diejenigen Bereiche der Medizin, welche eine angemessene Balance zwischen Arbeit und anderen Lebensbereichen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, viel Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und regel-

mäßige Arbeitszeiten ermöglichen. Dies sind beispielsweise die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

#### Ziele, Inhalte und Hypothesen

Ziel der Studie war es zu erfragen, was Frauen zum Medizinstudium motiviert hat, welche Fachrichtungen der Medizin sie interessieren und welche sie dann tatsächlich für ihre ärztliche Weiterbildung in Betracht ziehen.

Hinsichtlich des Genderwandels in der Medizin wurden die beiden Hypothesen aufgestellt:

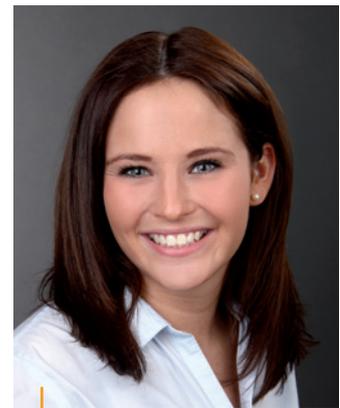
1. Frauen bevorzugen auch künftig die „weichen“ Fachrichtungen wie Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der Fachkräftemangel in den „harten“ Fachrichtungen wie der Chirurgie, Orthopädie und Inneren Medizin bleibt bestehen bzw. verschärft sich weiter.

2. Bedingt durch die steigende Präsenz von Frauen in der Medizin im Allgemeinen, interessieren sich zunehmend mehr Frauen für die „harten“ Fachrichtungen. Infolgedessen denken Arbeitgeber um und gestalten die bisherigen Arbeitsbedingungen und -kulturen anders oder neu, zum Beispiel indem sie flexible und reduzierte Arbeitszeiten oder Bedingungen schaffen, die eine ausgewogene Work-Life-Balance ermöglichen. Der Work-Life-Balance wird hier eine große Wertigkeit bei der Wahl der Fachrichtung zugeschrieben.

Die beiden genannten Annahmen schließen sich grundsätzlich nicht aus, denn sie



Prof. Dr. phil. Bettina Franzke, Dipl.-Psych.



Vivian Jäger

könnten zum Beispiel zeitlich versetzt eintreten.

#### Studienentscheidung, Berufsmotivation und Studienschwerpunkte

Die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung hinsichtlich der Studienentscheidung und Berufsmotivation zeigen, dass die meisten Studentinnen ein Studium der Medizin anstreben, weil sie sich für die Medizin interessieren und meinen, über entsprechende Fähigkeiten zu verfügen (96,77 Prozent). Oft gibt es auch Ärztinnen und Ärzte in der Familie (35,48 Prozent), die bei der Entscheidung eine Rolle spielen.

Gefragt nach den Fachrichtungen, für die sich die Medizinstudentinnen am meisten interessieren, wurden die Innere Medizin und die Chirurgie ungefähr doppelt so häufig genannt wie die Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Mehrfachnennungen waren möglich). Darauf folgen die Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie die Neurologie.

Als die Studentinnen in der Befragung direkt angeben sollten, wie attraktiv sie die „harten“ Fachrichtungen halten, antwortete eine Mehrheit von 16 Studentinnen mit „nicht

attraktiv". Nur sechs bzw. fünf gaben „sehr attraktiv“ bzw. „attraktiv“ an. Es wird deutlich, dass die Studentinnen einerseits ein ausgeprägtes Interesse an Innerer Medizin und Chirurgie bekunden, sie andererseits jedoch „harte“ Fachrichtungen zum Großteil als nicht attraktiv einschätzen – was auch in den Interviews deutlich wird.

Im Vorfeld der Entscheidung für eine fachärztliche Weiterbildung kommt es offenbar zu Verunsicherungen, Neu- oder Umorientierungen: Knapp die Hälfte der Befragten geben an, zwei- bis fünfmal die Vorstellungen bezüglich der Fachrichtung während des Studiums geändert zu haben, weil sie das Fachgebiet entweder nicht richtig eingeschätzt oder sich etwas anderes darunter vorgestellt hatten. Nur elf Befragte gaben an, dass sie bei ihrer einmal getroffenen Entscheidung geblieben sind.

Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit wirft die Frage auf, ob es bestimmte Bedingungen oder Schwierigkeiten gibt, welche die Studentinnen von der Wahl „harter“ Fachrichtungen abhalten. Die interviewten Studentinnen erläutern:

*„(...) eigentlich möchte ich nicht in so einem körperlich anstrengenden Beruf arbeiten.“ (Studentin 1)*

*„Also Chirurgie wäre absolut gar nichts für mich. Ich möchte im Krankenhaus den Kontakt zu den Patienten haben und als Chirurg/Chirurgin sieht man die Patienten einmal vor und einmal nach der Narkose. (...) daher ist das einfach nicht attraktiv für mich.“ (Studentin 2)*

Zwei Genderexpertinnen beantworten die Frage, weshalb Frauen vor den „harten“ Fachrichtungen zurückschrecken, damit, dass sie die Zuständigkeit für familiäre Aufgaben noch immer bei sich wahrnehmen und die Chirurgie als nicht vereinbar mit ihrem Familien- und Freizeitleben einschätzen würden. Außerdem habe die Chirurgie eine „sehr maskuline Struktur und Kultur“, in die Frauen nicht „reingelassen werden“ (Genderexpertin 2). Und die Chirurgin ergänzt:

*„Die Chirurgie ist sicherlich nicht für jeden so attraktiv wie für mich. Aber das kommt auch auf den Typ Frau an. (...) Die Arbeitszeiten und die Chefs sind meiner Meinung nach die Hauptgründe.“ (Chirurgin)*

Die Studentinnen wurden auch danach gefragt, welche Kriterien bei der Wahl der

Fachrichtung eine Rolle spielen (vgl. Abb. 6, Mehrfachnennungen waren möglich). Am häufigsten wurden hier das Interesse am Fachgebiet, die Vielseitigkeit des Fachgebiets sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf genannt. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nimmt dabei für die befragten Studierenden den größten Stellenwert ein. Ein Großteil (87 Prozent) findet, dass die Vereinbarkeit für Frauen schwerer zu realisieren sei als für Männer. Neben der Vereinbarkeit ist allen befragten Frauen eine ausgewogene Work-Life-Balance wichtig oder sehr wichtig: Die meisten (77,4 Prozent) stimmten der Hypothese zu, dass Arbeitgeber in Zukunft umdenken und familienfreundlichere Arbeitswelten schaffen müssten und dies auch tun werden, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

geben. Es herrscht demnach eine Uneinigkeit bei der Frage, ob Frauen die „weichen“ Fachrichtungen bevorzugen.

Bei der Einschätzung über einen sich entwickelnden Fachkräftemangel sind sich die Befragten überwiegend einig. 26 von 31 Befragten glauben, dass der Fachkräftemangel in der Medizin weiter zunimmt. Nur zwei bzw. drei von ihnen verneinen die Frage oder wissen dies nicht einzuschätzen.

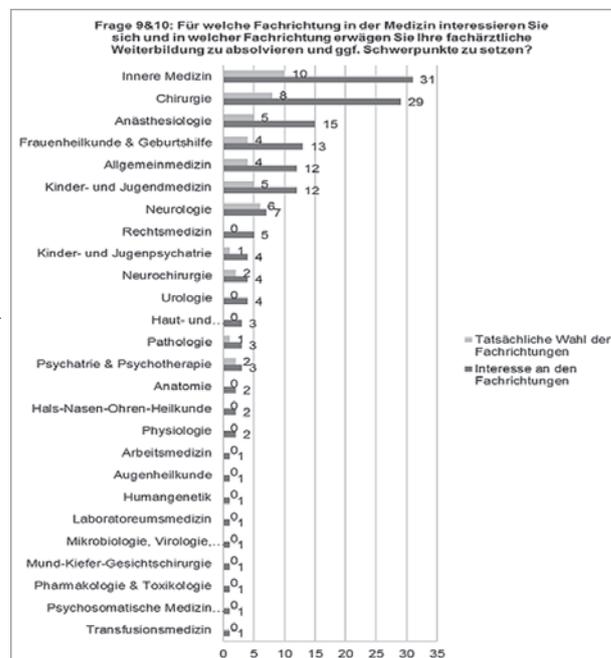
## Die Zukunft der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Von 31 befragten Studentinnen gaben 29 an, dass sie den Hauptteil ihrer späteren Berufstätigkeit als Ärztin praktizieren möchten. Nach ihrem Studium wollen die Frauen bevorzugt im Krankenhaus, in medizinischen Versorgungszentren bzw. einer Gemeinschaftspraxis und in alleinigen Niederlassungen arbeiten. Eine Forschungseinrichtung gaben nur drei Studentinnen als mögliches Berufsziel an, für die pharmazeutische Industrie sowie die Verwaltung und andere Tätigkeiten in der freien Wirtschaft entschied sich keine Studentin. Die Frage des Stellenwertes von Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde von allen Studentinnen als „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“ eingeschätzt.

Um die berufliche Zukunft näher zu betrachten, wurde den Studentinnen die Frage gestellt, ob sie irgendwann in ihrer beruflichen Laufbahn eine Führungsposition bekleiden möchten. 13 Studentinnen gaben „ja“ an, zehn Studentinnen „nein“. Acht Studentinnen antworteten „weiß nicht“. Die Frauen haben also unterschiedliche Vorstellungen über ihre beruflichen Zukunftspläne.

Die vorletzte Frage des Fragebogens beschäftigte sich mit einer der eingangs aufgestellten Hypothesen. Gefragt wurde, ob Arbeitgeber in Zukunft umdenken und familienfreundlichere Arbeitswelten wie z. B. flexible Arbeitszeitmodelle, krankenhausinterne Krippenplätze und Kinderbetreuungsmöglichkeiten usw. schaffen müssten. Dieser These stimmten 24 Studentinnen zu. Vier Studentinnen verneinten die These und drei Studentinnen wussten dies nicht einzuschätzen.

Zum Schluss wurden die Studentinnen in den Fragebögen nach der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit für die Work-Life-Balance gefragt. Alle Studentinnen gaben



## Das Studium der Medizin im Wandel

Die Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung zum Genderwandel in der Medizin zeigen, dass 20 der 31 Befragten es gut finden, dass immer mehr Frauen Medizin studieren. Nur vier Studentinnen finden dies nicht gut und sieben wissen dies nicht zu beurteilen.

Zusätzlich wurden die Studentinnen gefragt, ob sie bei sich oder Kommilitoninnen festgestellt haben, dass Medizinerinnen die Fachrichtungen wie z. B. Kinderheilkunde, Psychosomatik, Frauenheilkunde, Dermatologie usw. bevorzugen. 15 Studentinnen beantworteten die Frage mit „ja“, 13 Studentinnen mit „nein“. „Weiß nicht“ wurde von drei Befragten ange-

„sehr wichtig“ oder „wichtig“ an. Niemand gab „unwichtig“ oder „keine Bedeutung“ an. Auch dies mag eine mögliche Erklärung darstellen, weshalb das Interesse an der Fachrichtung Chirurgie grundsätzlich groß, aber bei der verbindlichen Wahl der Fachrichtung nicht mehr so häufig vertreten ist. Die „harten“ Fachrichtungen entsprechen also nicht den Vorstellungen der Frauen von einer gesunden Lebensführung, bei der verschiedene Lebensbereiche ausbalanciert sind.

### Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die heutigen Medizinstudentinnen durchaus großes Interesse an der Chirurgie oder Inneren Medizin haben. Steht jedoch die Wahl der fachärztlichen Weiterbildung an, entscheiden sie sich meistens für eine andere Fachrichtung. Da Frauen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hoch gewichten und gleichzeitig die Rahmen- und Arbeitsbedingungen „harter“ Fachrichtungen als unvereinbar mit persönlichen Zielen und familiären Aufgaben betrachten, schließen sie häufig die Chirurgie und Innere Medizin als spätere Tätigkeitsfelder aus. Ähnliche Erkenntnisse wie in dieser Studie sind aus dem Verbundprojekt des Uniklinikums Hamburg und der Universität Leipzig zu erwarten, welche die Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung untersucht hat. Auch dort wurde deutlich, dass Frauen überwiegend in die Frauen- und Kinderheilkunde streben, Männer in die Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie (Schnack, 2012).

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie zeigen, dass sich von den hypothetischen Modellen vor allem die Annahmen zur sozialen Konstruktion von Geschlecht sowie zur Vergeschlechtlichung von Berufsarbeit bestätigt haben: Die heutigen Frauen ziehen grundsätzlich ein breites Spektrum von ärztlichen Tätigkeiten für sich in Betracht und schreiben sich auch in den „harten“ Fachrichtungen Interessen und Fähigkeiten zu. Wird es dann jedoch konkret, so scheuen sie vor Arbeitswelten zurück, die klassischerweise männerdominiert sind und Arbeitsbedingungen aufweisen, die ihren Lebens- und Berufsvorstellungen nicht entsprechen.

Die erste Hypothese ging davon aus, dass Frauen die „weichen“ gegenüber den „harten“ Fachrichtungen bevorzugen. Diese An-

nahme hat sich teilweise bestätigt. In der Tat entscheiden sich nicht viele Frauen für die „harten“ Fachrichtungen, doch bedeutet dies nicht, dass sie sich ausschließlich auf „weiche“ Fachrichtungen spezialisieren, sondern ihre Präferenzen verteilen sich auf mehrere unterschiedliche Disziplinen.

Die zweite Hypothese kann bislang nicht bestätigt werden: „Harte“ Fachrichtungen sind für die Studentinnen keinesfalls attraktiver geworden, und Arbeitgeber scheinen weiterhin weit davon entfernt, Arbeitswelten in den „harten“ Fachrichtungen an den Bedürfnissen des dort arbeitenden Personals auszurichten.

Neue Rahmenbedingungen für den Beruf der Ärztin fordert auch der Deutsche Ärztinnenbund, deren Präsidentin, Dr. med. Regine Rapp-Engels, herausstellt: „Wir erwarten, dass die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen, die in diesem Beruf zunehmend vertreten sind und wahrscheinlich schon bald die Mehrheit der berufstätigen Ärzteschaft stellen werden, künftig sehr viel deutlicher in den Fokus rücken. Dabei geht es uns unter anderem um geregelte Arbeitszeiten, um Familienfreundlichkeit als Teil der Unternehmenskultur im Gesundheitswesen und nicht zuletzt um die Sensibilisierung für die Geschlechterthematik in Forschung, Lehre und Versorgung.“ (Deutscher Ärztinnenbund, 2014).

Mit der Zurückhaltung bei den „harten Fachrichtungen“ bringen die heutigen Medizinstudentinnen zum Ausdruck, dass sie die dort üblichen Arbeitsbedingungen ablehnen. Wenn Arbeitgeber künftig Frauen – und es wird zunehmend weniger männliche Alternativen geben – als Fachkräfte gewinnen und halten wollen, sind sie aufgefordert, über die Gestaltung der Arbeitswelten nachzudenken. Auch die Analyse des Fachkräftebedarfs 2030 durch Ostwald et al. (S. 11) kommt zu dem Schluss, dass Staat und Arbeitgeber die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Gesundheitsversorgung sowie die dortigen Arbeitsbedingungen verbessern sollten.

Die Bundesagentur für Arbeit als eine wichtige Akteurin auf dem Arbeitsmarkt sollte im Rahmen der Arbeitgeberberatung und Öffentlichkeitsarbeit nicht in ihren Anstrengungen nachlassen, Betriebe zur Gestaltung von Arbeitswelten anzuregen, welche die Verwirklichung persönlicher Ziele und familiärer Aufgaben zulassen. Nur so wird es in der Zukunft möglich sein, Stellen in der

Medizin mit hoch qualifizierten weiblichen Nachwuchskräften zu besetzen.

Die Forschung könnte in einem nächsten Schritt die Karriereaspirationen von Frauen und Männern im Medizinstudium vergleichen und auf diese Weise prüfen, inwieweit es sich bei dem Wunsch nach Vereinbarkeit und besseren Rahmenbedingungen um frauenspezifische Vorstellungen handelt oder dies einem allgemeinen Trend entspricht, der auch Medizinstudenten betrifft.

Aus Sicht der Genderforschung lohnt es sich, den Genderwandel in der Medizin weiter im Fokus zu behalten. Damit die Potenziale, die in einem steigenden Frauenanteil in der Medizin liegen, für die Chancengleichheit am Arbeitsmarkt und die Fachkräftesicherung auch wirklich genutzt werden und sich der Genderwandel nicht gar zu einem Bumerang im Sinne der Verstärkung geschlechtsspezifischer Segregationen und des Fachkräftemangels entwickelt, bedarf es einer Flankierung durch gleichstellungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen.

### Literatur im Originalaufsatz.

*Bettina Franzke ist Professorin für Interkulturelle Kompetenzen und Diversity-Management an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung NRW, Standort Köln. 2008 bis 2013 war sie Professorin an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Genderaspekte in der beschäftigungsorientierten Beratung, interkulturelles Lernen und Diversity in Verwaltung und Polizeivollzugsdienst. E-Mail: [bettina.franzke@fhoev.nrw.de](mailto:bettina.franzke@fhoev.nrw.de)*

*Vivian Jäger hat einen Bachelor in Arbeitsmarktmanagement und ist Arbeitsvermittlerin im Jobcenter Oberhausen. 2013 hat sie im Rahmen ihrer Bachelorthesis an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit über Genderwandel in der Medizin geforscht. Die in diesem Zusammenhang erhobenen Daten bilden die Grundlage des hier vorgestellten Berichtes.*

*\*Franzke, Bettina & Jäger, Vivian (2014). Karriereaspirationen von Medizinstudentinnen – Wie attraktiv sind die „harten“ Fachrichtungen? Eine explorative Studie zum Genderwandel in der Medizin. Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, 34, S. 31-41. Verfügbar unter: [www.netzwerk-fgf.nrw.de/koordinationsforschungsstelle/publikationen/netzwerk-journale/netzwerk-journale-2014-20170](http://www.netzwerk-fgf.nrw.de/koordinationsforschungsstelle/publikationen/netzwerk-journale/netzwerk-journale-2014-20170)*

■ DR. MED. MAYA NIETHARD

Nachgefragt

## Schwangere Ärztinnen dürfen jetzt operieren

## Ärztinnenbund begrüßt Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“

Zwei Chirurginnen haben durch eine zeitgemäße Auslegung des Mutterschutzgesetzes bewiesen, dass schwangere Ärztinnen unter individuell abgesicherten Bedingungen operieren dürfen und können. Bisher war dies bei einer häufig nicht mehr zeitgemäßen und restriktiven Auslegung des Mutterschutzgesetzes nicht erlaubt. Das Projekt „Operieren in der Schwangerschaft“ des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) hat dazu in Zusammenarbeit mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie eine informative Website unter [www.OPidS.de](http://www.OPidS.de) veröffentlicht. Der DÄB begrüßt dieses Projekt, spiegelt es doch das langjährige Anliegen des Ärztinnenbundes, dass schwangere Ärztinnen nicht automatisch einem Tätigkeitsverbot unterliegen, sondern ein Recht darauf haben, unter angepassten Bedingungen weiterzuarbeiten und ihre berufliche Aus- und Weiterbildung fortzusetzen. Die überfällige Reform des Mutterschutzgesetzes bleibt Ziel des Verbandes. Dr. med. Maya Niethard, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Departement Tumororthopädie in Berlin, DÄB-Mitglied und eine der beiden Initiatorinnen des Projekts, erläutert im Folgenden die Hintergründe.

**ÄRZTIN:** Sie haben bewiesen, dass schwangere Ärztinnen unter bestimmten Bedingungen operieren dürfen. Was hat Sie bewogen, zusammen mit Ihrer Kollegin Dr. med. Stefanie Donner, diese Initiative zu ergreifen?

**Dr. med. Maya Niethard:** Dazu kam es, weil ich selbst schwanger war und als Oberärztin in einem Spezialgebiet in der Urlaubszeit als Stellvertreterin plötzlich ausgefallen wäre. Man hat mir damals nahegelegt, ins komplette Beschäftigungsverbot zu gehen. Da ich mich schon länger auch berufspolitisch als Leiterin der Sektion Familie und Beruf im Jungen Forum der DGOU und Mitglied des DÄB engagiere, habe ich bemerkt, dass sich bei diesem Thema etwas bewegt. Ich habe alle Informationen zur Rechts- und Datenlage zusammengetragen, nach denen schwangere Ärztinnen nicht automatisch durch Bekanntgabe der Schwangerschaft aus dem OP verbannt werden. Gemeinsam mit Betriebsarzt und Fachvorgesetztem haben wir eine individuelle Gefährdungsbeurteilung für meinen Arbeitsplatz erstellt. Als kurz darauf meine Kollegin Frau Dr. Stefanie Donner ebenfalls schwanger wurde, hat sie die Unterlagen ebenfalls vorgelegt.

**ÄRZTIN:** Sie haben daraus ein Projekt gemacht und diese Informationen auf eine eigene Website gestellt.

**Dr. med. Maya Niethard:** Richtig. Meine Kollegin hat, als sie schwanger wurde, in ih-

rer Klinik einen runden Tisch initiiert, an dem wirklich alle, die dort ein Mitspracherecht haben, inklusive einem Vertreter des Gewerbeaufsichtsamtes, ihre Bedenken äußern konnten. Am Ende waren sie sich einig, dass die Kollegin nach Erarbeitung einer individuellen Gefährdungsbeurteilung weiter operativ tätig sein konnte. Die Informationen haben sich schnell rumgesprochen bei den Kolleginnen in unterschiedlichen Fachbereichen, sei es jetzt Plastische Chirurgie, Augenchirurgie oder Kinderchirurgie. Irgendwann war das dann einfach zu viel Arbeit, diese Informationen einzeln weiterzuleiten, und wir haben beschlossen, sie auf einer Website zur Verfügung zu stellen, damit Arbeitgeber, Betriebsärzte und Gewerbeaufsichtsamter und vor allem die schwangeren Ärztinnen sich informieren können.

**ÄRZTIN:** Sie haben damit ein ganz beachtliches mediales Echo erzielt – welche Reaktionen gab es darauf?

**Dr. med. Maya Niethard:** Also wir stehen im engen Kontakt auch mit Frau Dr. Bühren, der Ehrenpräsidentin des DÄB. Es gibt meines Wissens keine schriftliche Aussage seitens des Ministeriums, aber es ist zumindest so, dass es neu diskutiert werden soll. Durch die mediale Präsenz sind wir ganz zuversichtlich, da wir auch die volle Rückendeckung unserer Fachgesellschaft haben. Auch bei den aktiv chirurgisch tätigen Weiterbildungsassistenten gibt es inzwischen über 50 Prozent Frauen, das



Foto: Privat

Dr. med. Maya Niethard

heißt, man kann sich anders als vor 15 Jahren diesem Thema einfach nicht mehr verschließen.

„Wir sind uns dessen bewusst, dass das Mutterschutzgesetz mit seinem Kernbestand 1952 und die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz von 1997 nicht mehr in jeder Hinsicht zeitgemäß sein können. Daher wurde auch im Koalitionsvertrag die Reform des Mutterschutzrechts in Aussicht gestellt. **Wir sind mit der Erarbeitung eines entsprechenden Gesetzentwurfs befasst.** Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich Ihnen heute noch keinen genauen Zeitpunkt für die öffentliche Befassung der Fachgremien mit dem Entwurf nennen kann. Ich werde Sie zu gegebener Zeit gern informieren.“ (aus einem Brief des BMFSFJ vom 9.2.15 an Frau Dr. med. Regine Rapp-Engels)

Unser Projekt hat in der Öffentlichkeit eine Debatte entfacht. Es gibt im Internet jetzt etliche Blogs und Diskussionsforen, bei denen das Thema heiß diskutiert wird. Und wir haben auch über unsere Website zahlreiche Zuschriften bekommen, die durchweg positiv sind und sagen, „endlich gibt es mal eine Liste, endlich tut sich mal was in die richtige Richtung“, und man muss das Gesetz erst mal gar nicht ändern. Wir haben vor, diese Präsenz aufrechtzuerhalten und vielleicht doch noch einmal an die Regierung heranzutreten. Es wäre uns dabei sehr wichtig, dass man eine bundeseinheitliche Regelung findet, dass es nicht so ist, dass man in einem Bundesland bestimmte Tätigkeiten im OP machen darf und in dem anderen nicht.

**ÄRZTIN:** Welche Risiken lassen sich heutzutage für schwangere Ärztinnen minimieren?



Foto: © wesetneworld - Fotolia.com

Ärztinnen wollen nicht länger hinnehmen, dass sie während ihrer Schwangerschaft nicht operieren dürfen.

**Dr. med. Maya Niethard:** Auf der Webseite haben wir dazu zahlreiche Informationen zusammengestellt - zu rechtlichen Aspekten, zum Röntgen und Strahlenschutz, zu Narkose und Infektionsrisiko. Auf der Seite befindet sich außerdem auch ein Musterbeispiel für eine individuelle Gefährdungsbeurteilung, durch die das Risiko für zahlreiche Gefahrenquellen im OP heute weitestgehend minimiert werden kann und warum intravenöse und regionale Anästhesieverfahren eine gute Alternative zu Narkosegasen darstellen. Beim Röntgen können die Schwangeren zum Beispiel den OP-Saal verlassen, und in Bezug auf die Infektionskrankheiten Hepatitis C und HIV gibt es heutzutage schnell verfügbare Tests zum Patientenscreening sowie stichsichere Instrumente.

**ÄRZTIN:** Ein wichtiger Begriff bei Ihnen ist das Mitbestimmungsrecht der schwangeren Ärztin. Was bedeutet Mitbestimmung in diesem Zusammenhang?

**Dr. med. Maya Niethard:** Wir haben mit unserer Forderung nicht das Ziel, alle in den OP zu zwingen, sodass man sagt: ok, wir sind personell so knapp besetzt, Sie müssen jetzt, obwohl sie schwanger sind, weiter zur Verfügung stehen und weiter operieren bis zum Entbindungstag. Wenn es berechtigte Gründe gibt, und dazu gehört auch der

Wunsch der Schwangeren, nicht operativ weiter tätig zu sein, dann ist das zu respektieren. Wenn eine Frau vor einem Infektionsrisiko oder vor Röntgenstrahlen Angst hat, dann ist auch das zu akzeptieren. Wir haben schließlich alle Medizin studiert, um in der Chirurgie abzuwägen zu können, ob das Risiko akzeptabel ist.

**Dr. med. Lea Seidlmayer, Vorsitzende des Jungen Forums des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.:** „Das Projekt „Operieren in der Schwangerschaft“ trifft, was viele operativ tätige Ärztinnen denken: Warum soll ich neun Monate nicht operieren, nur weil ich schwanger bin? Anstatt wie bisher üblich erhebliche Einschnitte in der Ausbildung zur Fachärztin weiterhin hinzunehmen, haben Dr. med. Maya Niethard und Dr. med. Stefanie Donner einen neuen Weg beschritten. Ihr Ziel ist es, Operieren in der Schwangerschaft unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen und so die Position von Frauen in den operativen Fächern zu stärken. **Das veröffentlichte Positionspapier stellt einen ersten, längst überfälligen Schritt in diese Richtung dar.** Ziel sollte sein, die Regelungen des Mutterschutzgesetzes in allen Fachbereichen individuell an die Wünsche und Bedürfnisse der schwangeren Ärztin anpassen zu können, um so eine Unterbrechung der Facharztausbildung zumindest zu verkürzen. Da inzwischen ein Groß-

teil der in der Medizin tätigen Menschen Frauen sind, resultiert eine individualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes auch in erheblichen Erleichterungen für die Arbeitgeber. Die Auszeichnung des Projektes „Operieren in der Schwangerschaft“ mit dem FamSurg-Sonderpreis stellt eine großartige Auszeichnung dar und öffnet den Weg in Richtung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Was wir künftig verhindern wollen ist, dass Kolleginnen einfach mit inoffiziellen Absprachen weitermachen, die Schwangerschaft verschweigen und sich dann den entsprechenden Risiken aussetzen, weil sie ihre Schwangerschaft nicht bekannt geben. Viele Kolleginnen befinden sich in der Weiterbildung und können und wollen nicht auf die Operationen verzichten. Und in einer Position als Fachärztin und Oberärztin deckt die Ärztin meist ein Gebiet selbstständig ab und fällt mit ihrer Expertise als Leistungsträger sofort weg. Es ist für die Patienten und auch für eine schwangere Chirurgin nicht verständlich, warum ihr von einem Tag auf den nächsten plötzlich all ihre Fähigkeiten abgesprochen werden. Den Kolleginnen aus dem DÄB möchte ich empfehlen, auf unsere Website zu schauen und dann zu entscheiden, was genau auf sie zutrifft.

*Das Gespräch führte Gundel Köbke.*

■ PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

## Nachschlag zur Mitgliederumfrage

### Oder: was wir noch hätten fragen können...

Wie in der letzten Ausgabe der *ÄRZTIN* angekündigt, habe ich weitere Auswertungen der Mitgliederumfrage vorgenommen. Selbstverständlich ist es immer so – und diejenigen, die sich mit Fragebögen auskennen, wissen das –, dass man hinterher besser weiß, was man noch hätte fragen können. Andererseits sollte der Fragebogen auch nicht zu lang werden, um nicht von der Beantwortung abzuhalten. Fest steht jedoch, dass die Antworten als Instrument für viele nützliche Informationen gut und sehr hilfreich waren. Wenn eine Kollegin noch mehr aus der Umfrage „rausholen“ möchte, dann bitte ich diejenige um eine entsprechende Anfrage – ich antworte gern. Im Folgenden möchte ich auf einige Stichpunkte etwas genauer eingehen, die den Ärztinnenbund aktuell besonders beschäftigen.

Bei der Frage nach den **Führungspositionen** streben immerhin 27 Prozent der Befragten eine Führungsposition an. Die Gründe, nicht danach zu streben, sind verständlich: Kinder zu haben und/oder alleinerziehend zu sein zum Beispiel. Aber auch, keine Lust zu haben, in dem gegenwärtigen Medizinsystem mit der sich ständig erweiternden Schere zwischen guter ärztlicher Versorgung und ökonomischen Zwängen auch noch Verantwortung in einer Führungsposition zu übernehmen.

Bei weiteren Fragen taten sich in den Antworten Kontraste zwischen **Wunsch und Wirklichkeit** auf: Immerhin können sich 31 Frauen eine Arbeit im Vorstand des Deutschen Ärztinnenbundes durchaus vorstellen.

Wir haben uns daraufhin gefragt, wie sich dies aber mit der geringen Zahl der Kandidatinnen bei den letzten Vorstandswahlen in Berlin vereinbart, als es für jedes Amt nur eine Bewerberin gab.

Aus den unterschiedlichsten Gründen strebt kaum jemand einen Sitz in einem berufspolitischen Gremium an, aber 122 Frauen



Foto: Privat

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

freut sich also sehr über weitere Mitzeichnerinnen.

### Die Quote in der Medizin ist mir....

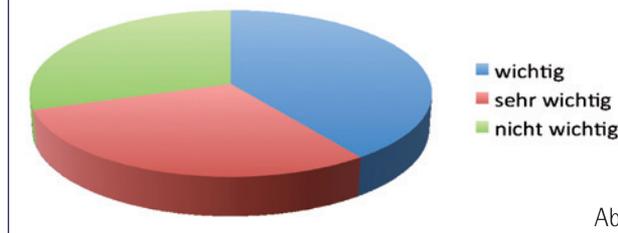


Abb.1

Interessant ist, dass sich quer durch alle Altersgruppen mehr als 50 Prozent der befragten Ärztinnen ein **Jobsharing in einer Führungsposition** vorstellen können (s. Abb. 3): eine Steilvorlage für Diskussionen um eine Neuordnung der Arbeitswelt unter Berücksichtigung qualifizierter Frauen, die

befürworten Fortbildungskurse über Gremienarbeit. Dies verstehen wir als Auftrag an den Vorstand und die Vorstände der Regionalgruppen, entsprechende **Fortbildungen** zu organisieren. Vielleicht entwickelt sich dann auch der Wunsch, in einem Gremium mitzuarbeiten und mitzubestimmen.

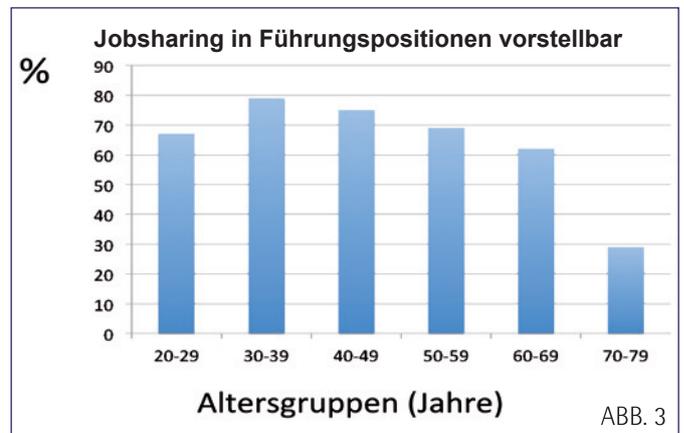


ABB. 3

### Die Quote in der Medizin finden „wichtig“ oder „sehr wichtig“ (in %)

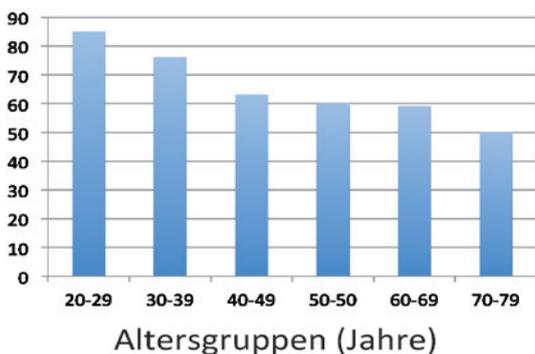


ABB. 2

Die **Forderung nach einer verbindlichen Quote** in den medizinischen Leitungspositionen finden insgesamt 60 Prozent der befragten Mitglieder, vor allem die der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre (siehe Abb.1), sehr wichtig oder wichtig (siehe Abb. 2). Die von mir und Frau Dr. Ley initiierte Aktion Pro-Quote in der Medizin

eine Führungsposition anstreben und auch mit einer Familie leben möchten.

Wir danken noch einmal ausdrücklich allen Kolleginnen, die sich an der Mitgliederumfrage beteiligt haben, dass sie sich Zeit für die Zukunft des Ärztinnenbundes genommen haben.

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

## Vorläufiges Programm

**34. DÄB-Kongress vom 17. bis 20. September 2015**  
im Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9 in 40474 Düsseldorf.

## Wir mischen uns ein

**Schirmherrin:**

**Manuela Schwesig**, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



Altstadt Düsseldorf am Rhein

Foto: Landeshauptstadt Düsseldorf

**Donnerstag 17.09.2015**

**Vorstands- und Beiratssitzung des DÄB**

**Freitag 18.09.2015**

**Eröffnungsveranstaltung** mit Verleihung des „Wissenschaftspreises des Deutschen Ärztinnenbundes“ und Auszeichnung der „Mutigen Löwin 2015“

**Festvortrag:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt  
Heilerinnen, Ärztinnen – der weibliche Part in der Heilkunst

**Berufspolitik:** Medizin im Strukturwandel – Ärztinnen auf dem Vormarsch

**Referat:** Prof. Dr. med. Gustav J. Dobos  
Frauen erobern die Medizin: Strukturwandel im Gesundheitswesen

**DÄB-Mitgliederversammlung**

**Samstag 19.09.2015**

**Gesundheitspolitik:** von evidenzbasierter Medizin bis Priorisierung – Folgen für die Qualität der ärztlichen Tätigkeit

Referentinnen und Referenten: Dr. phil., M.Sc. Britta Lang, Cochrane Institut, Dr. med. Christof Veit IQTIG, Prof. Dr. phil. Adele Diederich, Universität Bremen

### Workshops zu aktuellen Themen in der Gesundheits- und Berufspolitik:

Social Freezing: Emanzipativ oder kollektiv falsch? • Quote für Führungspositionen in der Medizin? • Pro und Kontra Medizinrecht: Arzneimittel-, Arztrecht und Arzthaftungsrecht • Wie Frauen die Medizin verändern: Klinik und Praxis im Umbruch?

### Interaktive Workshops: Ärztinnen trainieren soziale Kompetenz:

Sprechtechnik: „Sprech“-Stunde für Ärztinnen – Kompetenz hören lassen • Präsentation: „Kenntnisse für Frauen auf Erfolgskurs“ • Austausch und neue Ideen zum Mentorinnen-Netzwerk • Internationale Vernetzung

### Rahmenprogramm:

**Donnerstag 17.09.2015**

19:00 Uhr: Get Together

**Freitag 18.09.2015**

18:00 Uhr: „Auf den Spuren von Florence Nightingale“ – Besuch des Pflegemuseums in Düsseldorf Kaiserswerth

20:00 Uhr: Festabend mit Verleihung der „Silbernen Feder“, dem Kinder- und Jugendbuchpreis des DÄB

**Sonntag 20.09.2015**

11:00 Uhr: „Woher wir kommen – wohin wir gehen“

Führung durch das Neanderthal-Museum in Erkrath mit anschließendem Mittagssnack

Das ausführliche, aktualisierte Programm finden Sie **ab Mai 2015** auf [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de) Ein Programmflyer wird der ÄRZTIN 02/15 beigelegt, die Anfang August 2015 erscheint.

## Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung

des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. im Rahmen des 34. DÄB-Kongresses

in Düsseldorf am 19.09.2015 um 13:45 Uhr

Während des 34. DÄB-Kongresses vom 17. bis 20. September 2015 in Düsseldorf findet turnusgemäß die Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes statt. Dazu sind alle DÄB-Mitglieder sehr herzlich eingeladen. Die Mitgliederversammlung hat folgende vorläufige Tagesordnung:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Begrüßung  | 8. Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstandes |
| 2. Feststellen der Beschlussfähigkeit                           | 9. Wahl der Kassenprüferinnen                        |
| 3. Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung | 10. Dr. Edith Grünheit Stiftung                      |
| 4. Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung                 | 11. Anträge  |
| 5. Bericht der Präsidentin und des Vorstandes                   | 12. Kongressort 2017                                 |
| 6. Kassenbericht  | 13. Verschiedenes, Ausblick                          |
| 7. Bericht der Kassenprüferinnen                                |  |

## REGIONALGRUPPE BADEN-WÜRTTEMBERG

## Aktuelles aus der Sportonkologie: Sport und Bewegung trotz(t) Krebs

Im Februar 2015 unterstützte die Regionalgruppe Baden-Württemberg des Deutschen Ärztinnenbundes mit finanzieller Hilfe des Vereins „Frauen fördern die Gesundheit e.V.“ eine Veranstaltung des Sportmedizinischen Arbeitskreises Ludwigsburg. Dem Organisator, dem Kardiologen Dr. med. Dierk-Christian Vogt, gelang es, die ganze Bandbreite des Themas, einschließlich praktischer Übungen, an diesem Fortbildungstag darzustellen. Die 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzten

Umgebung der Tumorzelle. Bei körperlicher Belastung vor und während Chemotherapie konnte nachgewiesen werden, dass die Mitochondrien durch der Chemotherapie weniger geschädigt werden.

## Sport ist ein weiteres „Krebsmedikament“

Mit sportlicher Betätigung steigt zum Beispiel auch das antiinflammatorische und

den die zahlreichen Einrichtungen, die es im Kreis Ludwigsburg gibt, vorgestellt.

Den ganzen Tag über gab es immer wieder lebendige Berichte von Betroffenen und ihren Übungsleiterinnen, wie Sport trotz Krebs in erstaunlicher Weise ausgeübt werden kann. Was habe ich von dem Tag mitgenommen? Jeder Frau mit Krebs werde ich jetzt spätestens bei der Frage „Was kann ich sonst noch tun?“ sagen: „Wenn Sie Sport treiben, machen Sie weiter. Wenn nicht, fangen Sie an, sich zu bewegen.“

Mitgeteilt von Dr. med. Sabine Kielkopf-Renner

Foto: Deutsches Krebsforschungszentrum

## Bewegung und Sport bei Krebs

Bewegung und Sport bei Krebs



sich aus Ärztinnen und Ärzten aus Praxen, Akut- und Rehakliniken zusammen und kamen zahlreich aus dem Physiotherapie-, Übungsleiter- und Selbsthilferebereich.

## Primäre Krebsprävention für Kolonkarzinom gesichert

Der Vormittag war der Wissenschaft gewidmet. Bei allen Referentinnen und Referenten zog sich der Tenor durch, dass Bewegung und Sport das krankheitsfreie Überleben, die Mortalität verbessern und die Nebenwirkungen der Therapie, zum Beispiel das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, senken. Vorteile ergeben sich auch bei Vorliegen von Metastasen („palliative Phase“). Die primäre Krebsprävention durch Bewegung und Sport ist für das Kolonkarzinom gesichert und sehr wahrscheinlich auch für das postmenopausale Mammakarzinom und das Endometriumkarzinom.

Richtig spannend wurde es bei der Darstellung der biochemischen Abläufe in der

somit für den Tumor ungünstige IL6. Durch Veränderung der DNA-Methylierung werden Tumorsuppressorgene aktiviert. Durch epigenetische Effekte können positive Effekte sogar auch bei einmaligen Maßnahmen entstehen. Die Auswirkungen von körperlichem Training sind so eindeutig, dass Sport und Bewegung als ein weiteres „Krebsmedikament“ anzusehen sind.

## Wie sind Patientinnen und Patienten in Schwung zu bringen?

Der Nachmittag gehörte der praktischen Umsetzung und der Frage, wie eine regionale Vernetzung der Anbieter zu erreichen ist und bisher nicht so „bewegte“ Patientinnen und Patienten in Schwung zu bringen sind. Ein Hilfsmittel, das wir ruhig öfter dafür einsetzen können, ist die Verordnung von Rehasport (Formblatt 56). Die von Krebs Betroffenen können 18 Monate auf Kosten der Krankenkasse, ohne unser Heilmittelbudget zu belasten, trainieren. Bei einem weiteren Programmpunkt wur-

## NEUE MITGLIEDER

**Akkanen-vom Stein, Eeva-Kristina**, 42929 Wermelskirchen

**Buhlinger-Göpfarth, Nicola**, Dr. med., 75181 Pforzheim

**Ehmann-Hänsch, Elisabeth**, Dr. med. Dipl.-Psych., 49525 Lengerich

**Großrichter-Hansel, Stefanie**, Dr. med., 48317 Drensteinfurt

**Herter, Dorothee**, Dr. med., 48155 Münster

**Hiermeyer-Schmalohorst, Elisabeth**, Dr. med., 48145 Münster

**Hollunder, Elisabeth**, 50677 Köln

**Keriel Schmidtberg, Eva**, Dr. med., 12043 Berlin

**Köster, Johanna**, 60594 Frankfurt/Main

**Krause, Sonja**, Dr. med., 65199 Wiesbaden

**Leonhard, Ira**, Dr., 38116 Braunschweig

**Mirastschijski, Ursula**, PD Dr. med. Dr. phil., 28209 Bremen

**Müller, Karin**, 70193 Stuttgart

**Regitz-Zagrosek, Vera**, Prof. Dr. med. Dr. h.c., 10115 Berlin

**Ruf, Katharina**, Dr. med., 97072 Würzburg

**Saalmüller, Kristina**, 97422 Schweinfurt

**Seeland, Ute**, Dr. med., 01467 Potsdam

**Seelen, Annika**, 53225 Bonn

**Sobik, Hanna Maria**, 45883 Gelsenkirchen

**Wolfer, Susanne**, Dr. med., 07749 Jena

REGIONALGRUPPE FRANKFURT

## Über einhundert Mitglieder aktiv – die Regionalgruppe Frankfurt stellt sich vor

Die Regionalgruppe Frankfurt des DÄB besteht seit 1980, damals von Frau Dr. med. Rau geleitet. Nach dem Tod der Nachfolgerin Frau Dr. Peters war die Gruppe länger inaktiv und wurde 1992 von Frau Dr. med. Gräfin zu Solms-Wildenfels wieder mit 25 Mitgliedern ins Leben gerufen. 1999 übernahm Frau Dr. med. Borchers den Vorsitz, und die Gruppe wuchs auf 55 Mitglieder an. Im Jahr 2002 wurde dann Frau. Dr. med. Bös zur Vorsitzenden gewählt. Nach deren Umzug übernahm Christine Hidas 2005 den Vorsitz und ist seitdem mit Sabine Schlitt und mit der Schatzmeisterin Heike Raestrup im Amt.

Neben den monatlichen Treffen, die zunächst fast ausschließlich als Fortbildungen geplant waren, wurde im Laufe der Zeit der Schwerpunkt verlagert, sodass aktuell neben vier Fortbildungsabenden auch Museumsbesuche, Kochabende, Wanderungen und Ausflüge sowie ein Sprechtraining stattfinden. Als Referentinnen für die Fortbildungen laden wir jede Kollegin aus der Uniklinik Frankfurt ein, die sich habilitiert hat. Die Fortbildungen sind immer industrieunabhängig und kostenfrei. Auch darauf sind wir ein bisschen stolz.

Nach einem gemeinsamen Ausflug in die Pfalz wurde die Idee einer jährlichen Reise geboren. Wir waren mittlerweile in Budapest, Krakau, Thessaloniki, Interlaken, Brüssel und Hamburg.

Bei einigen dieser Reisen ist es uns gelungen, mit den dortigen Ärztinnenverbänden Kontakt aufzunehmen, so in Budapest und Thessaloniki. In diesem Jahr geht es nach Helsinki, auch hier haben wir bereits eine Einladung von den finnischen Ärztinnen erhalten, und in 2016 fahren wir nach Wien zur MWIA.

Da eine Gruppe immer von ihren Mitgliedern lebt, sind wir zunächst stolz, dass es einen Mitgliederzuwachs auf mittlerweile 107 Kolleginnen gibt. Besonders stolz sind wir über den Zustrom junger Kolleginnen und Studentinnen. Die jungen Ärztinnen bringen frischen Wind in die Gruppe, sie zeigen uns aktuelle Probleme auf und wir können ihnen vielleicht bei dem einen oder anderen Problem Ratschläge geben – oder sie uns. Zu guter Letzt sind wir stolz auf unser kleines lokales Netzwerk mit so viel Expertise aus unterschiedlichen Fachrichtungen.

In diesem Jahr haben wir eine größere Spende an eine Lern- und Spielstube und eine Mädchenwerkstatt gegeben. Die Freude war überwältigend, jetzt können die Kinder schwimmen und ins Theater oder den Zoo gehen wie andere auch. Dies ist in der Finanzierung durch die Stadt nämlich nicht enthalten. Ebenfalls besonders stolz bin ich als Vorsitzende darauf, dass ich jederzeit delegieren und nachfragen kann, ob eine Kollegin eine Aufgabe überneh-



Foto: Privat

Christine Hidas

men möchte, wie zum Beispiel die Teilnahme an einer Beiratssitzung oder beim Landesfrauenrat.

Wir planen auch weiterhin ein ausgewogenes Programm, das möglichst viele Kolleginnen anspricht, und wollen junge Mütter und in Elternzeit befindliche Ärztinnen mehr einbinden. Gerne würden wir die Regionalgruppe weiter vergrößern und Werbung für den DÄB machen. Auch auf berufspolitischer Ebene zeigen wir die Belange der Ärztinnen/Patientinnen immer wieder auf. Unsere Reiseplanungen sind inzwischen so vielfältig, dass wir wahrscheinlich noch Jahre benötigen, um sie abzuarbeiten. Darüber hinaus sorgen wir in Balintgruppen für uns selbst und unterstützen uns gegenseitig bei Karriereplanung, Praxisgründungen und Stellenvermittlung. Damit wir den Beruf Ärztin noch lange mit Freude und ohne Ermüdungserscheinungen ausüben können.

Mitgeteilt von Christine Hidas, Regionalgruppenvorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt

Anzeige

### Aktive Mitgliederwerbung für den DÄB als berufspolitisches Netzwerk lohnt sich

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

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

#### DÄB-Mitglieder werben neue Mitglieder

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

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Ihre E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Gewünschtes Paket: \_\_\_\_\_

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

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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



Bücherpaket von Lehmanns



Weinpaket von Delinat



Wellness-Paket von L'Occitane

■ GLÜCKWÜNSCHE AN



**Dr. med. Ulrike Bös** (DÄB-Mitglied seit 1999) zur Wahl in den Vorstand der Bezirksärztekammer Südbaden.

**Dr. med. Gabriele du Bois** (DÄB-Mitglied seit 1997) zur Wahl in die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

**Prof. Dr. med. Annegret Kuhn, MBA** (DÄB-Mitglied seit 2013), zur Leitung des Interdisziplinären Zentrums Klinische Studien der Universitätsmedizin Mainz.

**Frau Prof. Dr. Sigrun Merger** (DÄB-Mitglied seit 2004). Sie wurde als Chefärztin für Endokrinologie und Diabetologie an das Klinikum Coburg berufen und ist damit die erste Chefärztin am Klinikum in Coburg.

**Dr. med. Barbara Schmeiser** (DÄB-Mitglied seit 2010) zur Wahl in die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

**Dr. med. Miriam Rössler** (DÄB-Mitglied seit 2008) für die Ehrung mit dem Theodor-Stern-Stiftungspreis.

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott** (DÄB-Mitglied seit 1997) zum Vorstandsvorsitz der Deutschen AIDS-Stiftung.

**ÄRZTIN:** Sie haben als Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen bis vor Kurzem die Bundes-



Foto: Privat

Prof. Dr. med. Elisabeth Pott

zentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geleitet und sich dabei für Präventionskampagnen gegen AIDS eingesetzt. Auch nach Ihrem Ausscheiden bleibt das Thema AIDS für Sie wichtig, denn Sie haben den ehrenamtlichen Vorsitz der Deutschen AIDS-Stiftung übernommen. Warum engagieren Sie sich auch weiterhin für dieses Thema?

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott:** Die Prävention gegen die Ausbreitung von HIV/AIDS war in Deutschland bisher sehr erfolgreich. Trotzdem infizieren sich immer noch Menschen neu. Da sie sich in einem Alter infizieren, in dem sie materiell noch nicht abgesichert sind, sind viele von ihnen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Solche Hilfe und Unterstützung bietet die Deutsche AIDS-Stiftung. Mein besonderes Anliegen ist es, das Bewusstsein für das Problem von HIV/AIDS in der Bevölkerung wachzuhalten und für Unterstützung und Hilfe zu werben.

**ÄRZTIN:** Warum brauchen Frauen und Männer mit HIV und AIDS nach wie vor Unterstützung?

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott:** Durch die verbesserte Behandelbarkeit einer HIV-Infektion leben infizierte Menschen lange, so dass eine HIV-Infektion wie einige andere chronische Krankheiten zu einer fast normalen Lebenserwartung führt. Im Verlauf dieses längeren Lebens treten deshalb auch häufiger Situationen auf, in denen Menschen in Not

geraten können und Unterstützung brauchen. Gleichzeitig leiden viele Menschen mit einer Infektion auch heute noch unter Diskriminierung. Ein wesentlicher Unterstützungsbedarf besteht deshalb – und das macht eine HIV-Infektion zu einer ganz besonderen Krankheit – im Abbau von Stigmatisierung und in verstärkter Solidarität.

**ÄRZTIN:** Wie könnte die Zukunft der Prävention in Bezug auf HIV und AIDS Ihrer Ansicht nach aussehen?

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott:** Wir dürfen uns nicht auf den Erfolgen der Prävention ausruhen. Wir müssen das Bewusstsein dafür aufrechterhalten, dass eine HIV-Infektion nach wie vor eine lebenslange, nicht heilbare Krankheit ist. Wir müssen auch in Zukunft Solidarität als wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Prävention verstehen. Wir müssen Menschen, die sich vor Ansteckung schützen, immer wieder in ihrem Schutzverhalten bestärken, und wir müssen immer wieder die nachfolgenden Generationen erreichen, die aus Altersgründen bisher von der Prävention noch nicht angesprochen worden sind. Eine besondere Herausforderung besteht darin, parallel dazu über die anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) aufzuklären, weil sie neben der Tatsache, dass sie eigene ernst zu nehmende Krankheiten sind, einen wesentlichen Motor für die Ausbreitung von HIV darstellen. In dieser Situation kommt der Ärzteschaft eine zunehmend wichtigere Rolle zu. Die frühzeitige Diagnose von Infektionen und die rechtzeitige und konsequente Behandlung in Verbindung mit präventiver Beratung sind in Zukunft wesentliche Bausteine erfolgreicher Prävention.



Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V.

Anzeige

**Gesundheit von Frauen und Männern soll gleich wichtig sein – überall!**  
**Frauen und Männer in der Medizin sollen gemeinsam entscheiden – auf allen Ebenen!**

Dazu brauchen wir Sie. Werden Sie jetzt Mitglied und besuchen Sie uns auf dem **Internationalen Gender Kongress in Berlin vom 20. bis 23. September 2015**

Ihre Vorteile: Ein niedrigerer Jahresbeitrag · reduzierte Kongressbeiträge und Qualitätszirkel · Informationsmaterial zu Herzinfarkt · Schlaganfall · Krebs · Prävention/Früherkennung · Diabetes · rheumatischen Erkrankungen · Depression · Osteoporose · Arzneimitteltherapie · Chirurgie · u.v.a.m. · Fortbildung zur Gendermedizinerin DGesGM®

Homepage: [www.dgesgm.de](http://www.dgesgm.de) · E-Mail: [info@gim-office.de](mailto:info@gim-office.de) (schreiben Sie uns formlos mit dem Stichwort: Mitglied)  
 Vorstand: Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek · Dr. med. Astrid Bühren · Dr. med. Natascha Hess

### LESERBRIEF

Beim Durchblättern der ÄRZTIN 03/14 fiel mir auf Seite 7 in dem Nachdruck des von Christine Eckelmann und mir verfassten Beitrags zum Bund Deutscher Ärztinnen 1933-1936 eine von der Redaktion eingefügte Überschrift ins Auge, die behauptet, „Über 60 Prozent der Mitglieder im BDÄ wurden als ‚nicht arisch‘ bezeichnet.“ Diese Aussage ist falsch.

Offenbar hat die nachfolgende Textpassage Anlass zu diesem Missverständnis gegeben: Im März 1933 hatte der BDÄ über 900 Mit-

glieder, vertrat also mehr als ein Viertel der 3.400 Ärztinnen, die es damals im Deutschen Reich gab. 572 Ärztinnen wurden als ‚nicht- arisch‘ bezeichnet. Die Zahl 572 bezieht sich, wie auch aus dem vorausgehenden Text ersichtlich, auf die Gesamtzahl der Ärztinnen, nicht auf die Mitglieder des DÄB. Da keine Mitgliederverzeichnisse des DÄB überliefert sind, wäre eine solche Rechnung auch gar nicht möglich. Vermutlich betraf die rassistische Verfolgung knapp 16 Prozent aller Ärztinnen und entsprach damit in etwa dem Anteil jüdischer Ärzte an der gesamten deutschen Ärzteschaft.

Damit nicht der falsche Eindruck entsteht, der DÄB sei ein überwiegend von jüdischen Kolleginnen betriebener Verein gewesen, bitte ich die Redaktion um Richtigstellung.

**Prof. Dr. med. Johanna Bleker**

*Die Redaktion bedauert die irrtümlich missverständliche Darstellung. Der Artikel wurde in der Online-Version der ÄRZTIN 03/14 auf der Homepage des DÄB korrigiert und nach Rücksprache mit Frau Prof. Bleker mit einer neuen Zwischenüberschrift „Jüdische Kolleginnen hatten im BDÄ eine wichtige Rolle gespielt“ versehen.*



## Wo findet sich Gender in der Lehre?

### Der DÄB befragt Prodekane und Prodekaninnen für Lehre und Studien an Deutschen medizinischen Fakultäten

„Gender in der Lehre“ ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Ausbildung von Studentinnen und Studenten in den medizinischen Fakultäten. Die geschlechter-gerechte Ausgestaltung des Studiums der Human- und Zahnmedizin ist eine große Herausforderung. Einige Fakultäten haben bereits Gender Module im Pflicht- oder Freiwilligenangebot, andere haben Genderaspekte in einzelne oder alle Fächer in der Lehre, in Seminaren, Vorlesungen, Praktika usw. integriert.

Es ist klar, dass mit der nach Geschlecht differenzierenden Medizin (zwischenzeitlich hat

sich hierfür der Begriff Gendermedizin eingebürgert) eine Neuorientierung der Medizin in zahlreichen Bereichen von Forschung, Lehre, Klinik und Praxis verbunden sein wird. Für diese neue Qualität sind Ressourcen und Anstrengungen erforderlich.

Der Deutsche Ärztinnenbund möchte sich einen aktuellen, orientierenden Überblick über die Verankerung von Geschlecht als biologischer und sozialer Kategorie in der Lehre der deutschen medizinischen Fakultäten verschaffen. Wir bitten Sie daher, in Ihrer Eigenschaft als Prodekan/Prodekanin Lehre

die nachstehenden Fragen kurz zu beantworten. Besten Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Regine Rapp-Engels, Präsidentin*

1. Gibt es in Ihrer Fakultät **hauptamtliche** Beauftragte, die sich um Genderinhalte in der Lehre kümmern? (...)
2. In welchen Fächern (Vorklinik und Klinik) gehören Genderaspekte bereits jetzt schon zum Lerninhalt? Ist geplant, Genderaspekte in den Lehrstoff mit aufzunehmen. Sind Genderaspekte bereits im Prüfungstoff enthalten?
3. Wer garantiert die Nachhaltigkeit dieser Vorhaben?
4. Finden genderbezogene Forschungsergebnisse (Patienten und Patientinnen, Tierversuche, etc.) Eingang in die studentische Lehre?

### FORUM 40 PLUS

## Resilienz – Umgang mit Belastungen und innere Widerstandskraft

Frau Regina Brehm, Diplom-Theologin, Organisationsberaterin und Coach, führte mit uns im November 2014 ein Hands-on-Seminar in Boppard durch. Ganz nach der - inzwischen in jeder Berufsgruppe angekommenen - Methode der Selbstwahrnehmung, durchliefen wir verschiedene Lernschritte, um unser Konflikterleben und unsere Konfliktfähigkeit zu verstärken. Mit dem Zeit-Balance-Modell lernten wir vier Bereiche und ihre prozentuale Ausdehnung im Leben kennen: Körper, Arbeit, Kontakte und Sinn. Anschließend ergründeten wir unseren persönlichen Zeit-

Balance-Zustand. Danach erfuhren wir ein Coaching in Widerstandskraft hinsichtlich beruflicher und privater Anforderungen.

### Mehr Kondition und Entspannung für Körper und Geist

Insbesondere für uns Ärztinnen im Deutschen Ärztinnenbund war die Methode der kollegialen Beratung interessant, die der Balint-Technik nahesteht. Übungen zum Nachahmen finden sich zum Beispiel unter [www.mental-aktiv.de](http://www.mental-aktiv.de). Eine erfrischende

Wanderung durch den Bopparder Hamm zum Vierseenblick am Nachmittag und eine spätabendliche, spaßige „Funzel-Tour“ durch die Bopparder Altstadt, reiseführerkommentiert und garniert mit Weinproben aus dem Bollerwagen, die durch die hiesige Mittelrhein-Weinkönigin, Dhana Kröber, exzellent erklärt wurden, ließen diesen lehrreichen Tag auch zu einem erlebnisreichen Tag werden und in bester Erinnerung bleiben. Wir danken dem Verein „Frauen fördern Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung für dieses Seminar und möchten unser nächstes Forum 40 plus Seminar zum Thema „Kunsttherapie“ in Würzburg vom 12. bis 14. Juni 2015 ankündigen.

*Mitgeteilt von Dr. med. Eva Maria Pott-Bärtsch, Schriftführerin im Forum 40 plus.*

## Neue Statistik zum alten Gender Pay Gap

*Eine neue Statistik belegt, dass Frauen in Deutschland im Schnitt immer noch 22 Prozent weniger verdienen als Männer. Die Zahl wäre noch dramatischer, wäre der Osten nicht viel fortschrittlicher als der Westen.*

Die Diskussion über den sogenannten Gender Pay Gap hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen – am konkreten Lohngefälle zwischen Männern und Frauen hat sie zumindest in Deutschland nichts geändert: Auch 2014 erhalten Frauen für ihre Arbeit durchschnittlich 22 Prozent weniger Geld als ihre männlichen Kollegen, teilte das Statistische Bundesamt mit.

Den Statistikern zufolge lag der durchschnittliche Bruttolohn pro Stunde von Frauen bei 15,83 Euro, während Männer 20,20 Euro erhielten. Die Differenz blieb damit das fünfte Jahr in Folge unverändert.

Im Westen ist die Lohnlücke besonders groß. Hier bekommen Frauen 23 Prozent weniger, im Osten sind es lediglich neun Prozent.

Während die Lohnkluft in Westdeutschland in den vergangenen Jahren um einen Prozentpunkt kleiner geworden ist, nahm sie im Osten seit 2009 um drei Punkte zu. Experten führen das auf die Entwicklung in der männerdominierten Industrie zurück, wo die Löhne von 2009 bis 2013 um fast zwölf Prozent zulegten. Im Gesundheits- und Sozialwesen, wo vor allem Frauen beschäftigt sind, fiel das Plus mit 6,7 Prozent deutlich geringer aus. *(fdi/Reuters)*

## Erfolgreiche Quote an Universitäten in Österreich

*In Österreich haben sich die Karrierechancen für Frauen an öffentlichen Universitäten stark verbessert. Als Hauptgrund gilt eine Quote für die Leitungsgremien.*

In den Universitätsräten liegt der Frauenanteil bei 50 Prozent, in den Rektoraten (Rektorinnen und Vizerektorinnen) bei 43 Prozent, in den Berufungskommissionen bei 42 Prozent, in den Habilitationskommissionen bei 38 Prozent und in den Senaten bei 42 Prozent. Dies geht aus Zahlen des Wissenschaftsministeriums zu den öffentlichen Universitäten hervor. Von den derzeit 22 Rektorinnen und Rektoren werden nach dem Amtsantritt von Edeltraud Hanappi-Egger als Rektorin der Wirtschaftsuniversität Wien sieben Frauen sein (32 Prozent). Anfang 2007 gab es noch keine einzige Rektorin.

**Quote für Nominationen:** Für die universitären Kollegialorgane ist seit 2009 eine Frauenquote von 40 Prozent in Kraft. Sie wurde Anfang dieses Jahres auf 50 Prozent erhöht. Die Quote gilt für Gremien, deren Mitglieder nominiert werden: Rektorate, Universitätsräte, Berufungs- und Habilitationskommissionen. Für gewählte Gremien

wie die Senate gilt die Quote für die Listen der wahlwerbenden Gruppen. Die Arbeitskreise für Gleichbehandlungsfragen der Universitäten überwachen, ob die Universitäten die Quote einhalten. Im Konfliktfall können sie verlangen, dass ein Gremium anders zusammengesetzt wird. Allein diese Sanktionsmöglichkeit habe den Druck auf die Universitäten stark erhöht, sagte Angela Wroblewski vom „Institut für Höhere Studien (IHS)“ im ORF: „Ich denke nicht, dass Frauen ohne Quotenregelung in diesem Ausmaß in Leitungsfunktionen vertreten wären. Diese Regelung hat Zähne.“

**Mehr Professorinnen:** Für die Berufung von Professorinnen gilt die Quote nicht. Der höhere Frauenanteil in den Wahl- und Berufungsgremien soll jedoch dazu führen, dass mehr Frauen berücksichtigt werden. Laut dem „Glass-Ceiling-Index“ des Wissenschaftsministeriums ist dies tatsächlich der Fall, berichtet der „standard.at.“ *(fs/16. Mrz. 2015)*



**Bitte besuchen Sie den DÄB auf facebook!**

<https://www.facebook.com/pages/Deutscher-%C3%84rztinnenbund-eV/153055441524719>

## IMPRESSUM



### ÄRZTIN

Offizielles Organ  
des Deutschen Ärztinnenbundes  
ISSN 0341-2458

### Herausgeber:

Deutscher Ärztinnenbund e.V.  
Präsidentin: Dr. med. Christiane Groß, M.A.  
E-Mail: [gdaeb@aerztinnenbund.de](mailto:gdaeb@aerztinnenbund.de)

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

Gundel Köbke  
Pressereferentin des Deutschen  
Ärztinnenbundes  
E-Mail: [presse@aerztinnenbund.de](mailto:presse@aerztinnenbund.de)

### Redaktionsausschuss:

Dr. med. Regine Rapp-Engels  
Dr. med. Christiane Groß, M.A.  
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

### Geschäftsstelle des DÄB

**NEU seit 01.04.2014:**  
Rhinstraße 84, 12681 Berlin  
Tel.: 030 54 70 86 35  
Fax: 030 54 70 86 36  
E-Mail: [gdaeb@aerztinnenbund.de](mailto:gdaeb@aerztinnenbund.de)

### Grafikdesign:

Webdesign Schwarte, Reinhard Schwarte  
Eschstr. 6, 48282 Emsdetten, Tel.: 0160/94948807  
E-Mail: [info@webdesign-schwarte.de](mailto:info@webdesign-schwarte.de)

### Druck:

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

Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr  
Heftpreis 5 Euro.

Bestellungen werden von der  
Geschäftsstelle entgegengenommen.  
Für Mitglieder des DÄB ist der Bezugspreis durch  
den Mitgliedsbeitrag abgegolten.  
Redaktionsschluss d. Ausg. August 02/15:  
20. Juni 2015

### Titelfoto: adpic\_ T. Lammeyer\_355651

Seite 6: ©lordalea/Fotky&Foto Seite 12: © weseethe-  
world - Fotolia.com, Seite 14: Landeshauptstadt Düs-  
seldorf, Seite 15: Deutsches Krebsforschungszentrum,  
Seite 18: [http://frauenbeauftragte.charite.de/service/  
gender\\_in\\_der\\_lehre\\_forschung/](http://frauenbeauftragte.charite.de/service/gender_in_der_lehre_forschung/), Privatfotos

### Haftungsbeschränkung

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



Die Präsidentin der MWIA, **Professor Dr. Kyung Ah Park**, Korea, lässt herzlich grüßen. In diesem Jahr legt die MWIA einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung des „Training Manual on Gender Based Violence, dem Übungsleitfaden für geschlechtsbezogene Gewalt. Die Präsidentin bedankt sich bei Professorin Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer und allen, die das Manual realisiert haben. Ihr Dank geht ebenfalls an Dr. Clarissa Fabre, MWIA-Vertreterin der WHO und die Experten bei der WHO, die sich mit diesem Thema beschäftigen. 2014 traf sich die MWIA-Präsidentin mit den Präsidentinnen der Ärztinnenbünde von Indonesien, Malaysia, Nepal und Myanmar.

Die Generalsekretärin der MWIA, **Dr. Shelley Ross**, Kanada, informierte über den einhundertsten Geburtstag des amerikanischen Ärztinnenbundes mit seinen geplanten Feierlichkeiten im April 2015. Weitere Informationen finden sich auf [www.amwa-doc.org](http://www.amwa-doc.org).

Zum 90. Geburtstag beglückwünschte die Generalsekretärin den Deutschen und den Kanadischen Ärztinnenbund. In diesem Zusammenhang machte Dr. Ross auf die Einhundertjahrfeier der MWIA aufmerksam, die seit dem Jahr 1919 besteht. Die Planungen für das Ereignis haben bereits begonnen, ein call for abstracts wird in Kürze auf der Homepage erscheinen.

Die Arbeit an einem Projekt für eine sichere Geburt gemeinsam mit ZONTA schreitet fort. MWIA bemüht sich, bei der WHO eine Checkliste für eine sichere Geburt als Teil des Projekts zu etablieren. Die Liste soll unter anderem all die Orte aufführen, an denen Frauen sicher entbinden können. Die erste „Geburtskit-Box“ ist bereits auf dem Weg zu einem Camp außerhalb von Kabul in Afghanistan. Ein Dank geht an Dr. Joanne Young aus Kanada und an Dr. Rosemary Ogu, die ähnliche Standorte in Nigeria betreut.

**Die designierte Präsidentin der MWIA, Professor Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer**, Münster, berichtet als Vorsitzende des Komitees, dass in den von der MWIA erarbeiteten Leitfaden für geschlechtsbezogene Gewalt die Berichte über 32 Fälle aus allen Teilen der Welt einbezogen werden und bedankt sich bei allen Einsenderinnen.

**Dr. Edith Schratzberger** traf sich als MWIA-Vertreterin der EWL (European Women's Lobby) in Lissabon mit dem Vorstand der EWL 2015. Bis 2020 werden auch hier die Themen Gewalt gegen Frauen, Geschlechts- und Reproduktionsgesetze bearbeitet.

Ein Dank geht an **Dr. Mini Murthy** für die Einladung der MWIA zum Radioprogramm African Views: [www.africanviews.org](http://www.africanviews.org), bei dem es um eine Einschätzung der US-amerikanischen Antwort zu Ebola im In- und Ausland ging.

### Meldungen aus den Mitgliedsländern

#### Ghana

[www.mwagh.org](http://www.mwagh.org).

In Ghana fand ein Fortbildungstag zum Thema weibliche reproduktive Rechte statt, der Themen wie geschlechtsbasierte Gewalt und die Identifizierung von misshandelten Frauen in der Klinik mit einschloss. Dazu wurde im Ministerium für Geschlechter- und Sozialen Schutz ein Referat gehalten. Wie die vormalige Präsidentin der MWIA, Professor Dr. Afua Hesse, berichtete, wurde darüber hinaus die Erstellung von Postern unterstützt.

#### Kenia

<http://kmwa.or.ke/>

Die MWA Kenia veranstaltete im Oktober 2014 ein Symposium zu Stabilisierung von Gesundheitssystemen in Südafrika. Dr. Nono Simelea, die Vorsitzende der neu konstituierten MWA-Gruppe Südafrika begrüßte im November 2014 alle Teilnehmer/-innen, die an der Gründung teilnahmen. Den Höhepunkt bildeten Diskussionen zur Frauengesundheit, zur Berufsausübung und einem sicheren Arbeitsplatz.

### MWIA-Veranstaltungen 2015

**09. bis 21. März, New York, NY, USA.** The Commission on the Status of Women, United Nations New York Beijing + 20 [www.unwomen.org/co/csw/csw59-2015](http://www.unwomen.org/co/csw/csw59-2015)

**16. bis 18. April, Oslo, Norwegen.** World Medical Association Council Session [www.wma.net](http://www.wma.net)

**24. bis 25. April, Taipeh, Taiwan** Western Pacific Regional Meeting Evergreen International Convention Centre [www.tmwa.com.tw/2015mwia-wprm](http://www.tmwa.com.tw/2015mwia-wprm)

**24. bis 27. April, Chicago, Illinois, USA.** 100th Anniversary Meeting of the American Medical Women's Association, Palmer House Hilton, Chicago [www.amwa-doc.org/centennial-meeting-registration](http://www.amwa-doc.org/centennial-meeting-registration)

### MWIA-Auszeichnungen

**Dr. Deborah German**, Amerika: Alma Dea Morani Renaissance Women Preis.

**Dr. Marilene Melo**, Präsidentin Brasilien: Stipendium der Medizin-Akademie Malaysia. Ehrung beim XXII Lateinamerikanischen Kongress für klinische Pathologie und Laboratoriumsmedizin. Nach der Ehrung hielt sie ein Referat über Geschlechterdifferenzen beim Schlaganfall.

**Dr. Usha Saraiya**, Vizepräsidentin Zentralasien: Preis vom Forum für Ethische Rezensionen Komitee Asien und West-Pazifik für ihre Arbeit im Ethik-Ausschuss für klinische Forschung des nationalen Instituts für Reproduktionsforschung in Mumbai.