

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Grenzverletzungen und
Machtmissbrauch – Risiken für
Ärztinnen von innen und außen



Inhalt

- 03 **Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 05 **Schwerpunkt: Grenzverletzungen und Machtmissbrauch**
Ferda Ataman
Diagnose Diskriminierung
- 06 **Prof. Dr. Margarete Boos**
Genderbasierte Diskriminierung von Studentinnen und Ärztinnen
- 07 **Dr. med. Christiane Groß, M.A.**
Grenzverletzungen und Machtmissbrauch
- 10 **Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon**
Anonyme Meldestelle „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“
- 11 **Corinna Schwetasch**
Klinikalltag mit Rückhalt: Das Deeskalationstraining der DRK Kliniken Berlin
- 12 **Stefan Boltz**
Aushalten ist keine Option
- 14 **Aus dem Verband**
Dr. med. Ulrike Berg & Dr. med. Tonia Iblher
Ernährungswende jetzt: Die neue Bundesregierung muss handeln
- 16 **Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**
Keine Parität bei Professoren und Professorinnen in Berufungskommissionen: Ein Nadelöhr für Frauen auf dem Weg in klinische Führungspositionen?
- 19 Regionalgruppe Köln-Bonn-Aachen
- 20 Regionalgruppe Hannover • DACH-Kongress
- 21 Berichte der MWIA
- 22 **Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**
Buchbesprechung: Durch die gläserne Decke
- Hon.-Prof. Dr. Maria Linsmann-Dege**
Buchbesprechung: Ah, ein Herz, verstehe
- 23 **Mitgliederversammlung und Vorstandswahl 2025**
DÄB-Mitgliederversammlung
- 24 Vorstellung der Kandidatinnen für die Vorstandswahl 2025
- 28 39. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes

Impressum:

ärztin

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

Herausgegeben vom

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

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

Anne Wewer
Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes (frei)
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Dr. med. Sonja Mathes
Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
Dr. med. Heike Raestrup

Geschäftsstelle des DÄB

Glinkastraße 32, 10117 Berlin
Tel.: 030 54 70 86 35
Fax: 030 54 70 86 36
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin
Nassauische Str. 13/14, 10717 Berlin
Tel.: 030 883 94 95
E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:

Umweltdruck Berlin GmbH
Sportfliegerstr. 9, 12487 Berlin



Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr.
Heftpreis 5 Euro. Bestellungen werden von der Geschäftsstelle entgegengenommen.
Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Redaktionsschluss der Ausgabe 03/2025:
10. Oktober 2025

Foto:

S. 1: 123rf_peopleimages12

Haftungsbeschränkung

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



Liebe Kolleginnen, liebe Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes,

lassen Sie mich heute, in meinem letzten Editorial, das ich als Präsidentin des Ärztinnenbundes schreibe und welches etwas länger wird als gewohnt, einen Blick zurückwerfen auf die letzten zehn Jahre. Ein Jahrzehnt, in dem ich diesen wunderbaren Verband als Präsidentin führen durfte.

Im Jahr 2013 überraschte mich auf dem Deutschen Ärztetag die Frage der damaligen Präsidentin, ob ich mich zur Wahl als Vizepräsidentin stellen wolle. Damals hatte ich schon 15 Jahre Kammeraktivität hinter mir. Währenddessen hatte ich – tatsächlich innerlich widerstrebend, weil ich der Meinung gewesen war, in einer Zeit angekommen zu sein, in der Frauen und Männer gleichberechtigt sind – erkannt, dass Frauen nicht so vorankamen, wie sie es eigentlich verdient hätten. Bestimmte Ämter waren immer schon vergeben an „verdiente“ Menschen. Dass dies immer Männer waren, fiel diesen wohl selbst nicht auf. Wir Frauen hatten begonnen, uns zu treffen. Unsere Treffen waren „Kaffeekränzchen“ aus Sicht der Männer und dort „verschworen“ wir uns. Ich sah, dass nur gegenseitige Unterstützung hilft, und lernte, bei Wahlen nur die Frauennamen aus der Liste zu wählen und uns untereinander das Wort zu geben. Das war die Verschwörung!

Frauen konnten bereits damals gerne mitarbeiten – aber bitte nur in aus Männersicht unwichtigen Ausschüssen wie z. B. Ärztinnen, Ärztegesundheit oder auch in den Psych-Fächern. Wichtige Ausschüsse wie Weiterbildung, Fortbildung, Berufsordnung, Ethik etc. hatten hauptsächlich (alte und ältere) Männer als Mitglieder und im Vorsitz.

Heute sehe ich – auch wenn sich schon vieles gewandelt hat und Frauen deutlich mehr in der Kammerarbeit vertreten sind – immer noch Elemente der fehlenden Gleichberechtigung oder auch der Diskriminierung. Immer noch sind die Spitzen, egal ob Kammern, K(Z)Ven, Verbände, Fachgesellschaften, Klinikleitungen, Lehrstühle, hauptsächlich männlich besetzt. Lediglich in den stellvertretenden Positionen sind mittlerweile deutlich mehr Frauen angekommen.



Foto © J. Rolles

Ärztinnen sind unverkennbar gleichberechtigter geworden, doch fehlt immer noch entsprechende Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und ärztlichem Beruf. Mütter, und hier auch Ärztinnen, fühlen sich immer noch mehr als die Väter der Kinderbetreuung verpflichtet. Es fehlen ausreichende Bemühungen, schwangeren Ärztinnen die Weiterarbeit zu ermöglichen oder ihre Weiterbildungszeit zu gestalten. Anschließend fehlt es an entsprechender Kinderbetreuung im Klinikumfeld. Schleppende Umsetzung für eine alternative Arbeitsplatzgestaltung und oft der fehlende Blick auf das entsprechende Umfeld und auf das, was sogar manchmal einfach zu ändern wäre, sind immer noch an der Tagesordnung.

Manchmal werden die Grenzen der Diskriminierung überschritten, sogar tief verletzt. Grenzverletzungen geschehen durch Entwertung, durch Mobbing, durch Sexismus, durch Blicke, Worte und Taten. Auch wenn es im realen Leben auch Männer treffen kann, sind die Opfer doch meistens Frauen, in unserem Fall Ärztinnen und Zahnärztinnen. Im Jahr 2013, zu Beginn der weltweiten #MeToo-Bewegung, hat sich der DÄB sofort für Hilfe eingesetzt. Im Vorstand haben wir damals beschlossen, für betroffene Kolleginnen eine Ansprechstelle anzubieten. Unser Flyer ist immer noch aktuell, weil wir auf die Definition von Übergriffigkeit und auf Ansprechstellen hinweisen.

Die #MeToo-Debatte hat zwar einiges verändert, geht aber nicht weit genug. Das Öffentlichmachen von Übergriffen ist die eine Seite, der immer noch stattfindende Machtmissbrauch ist die andere Seite. Wie auf unserem Titelbild ist der Schatten des Geschehens sichtbar – wir müssen es nur sehen wollen. Wir müssen es verstehen und handeln! Oft verändert sich das Verhalten der Opfer. Sie ziehen sich zurück, bis sie nur noch ein Schatten ihrer selbst sind. Das Geschehen ist oft transparent, man muss nur willig sein, es wahrzunehmen. Patriarchale Strukturen und männliche Denkweisen, der immer noch fehlende weibliche Blick und sogar oftmals die fehlende Sensibilität für diese Grenzüberschreitungen halten das System aufrecht.

Im vergangenen Jahr konnten wir den 100. Gründungstag des Vorgängerverbandes „Bund Deutscher Ärztinnen“ feiern: 100 Jahre, in denen viele Frauen sich um Veränderungen bemüht haben. 100 Jahre, in denen aktive Ärztinnen und Zahnärztinnen vieles verändert haben. 100 Jahre im Kampf um Gleichberechtigung.

100 Jahre – und immer noch notwendig! So sehe ich den Deutschen Ärztinnenbund.

Immer wieder finden wir wichtige Themen, um die Gleichberechtigung von Ärztinnen und Ärzten, Frauen und Männern sowie anderen Geschlechtern voranzubringen: Seien es, wie in den vergangenen Jahrzehnten, die Forderungen zur Vereinbarkeit von Privatleben und ärztlichem Beruf, seien es die Bestrebungen zur fachübergreifenden Umsetzung und Berücksichtigung der geschlechtersensiblen Medizin, seien es die Aktivitäten gegen die Benachteiligung schwangerer Ärztinnen oder sei es der Kampf gegen Diskriminierung allgemein. All das sind Themen, die inzwischen gesamtgesellschaftlich erkannt und aufgenommen wurden. Es scheint also so, als hätten wir schon viel erreicht. Haben wir auch, aber werden wir es erhalten? Leider können wir uns nicht zurücklehnen und hoffen, dass es so weiter geht – positiv im Sinne von uns Frauen.

Aktuell sind wir in einer Situation, in der sogar mehr über Frauengesundheit gesprochen wird. In Politik und Gesellschaft wird diskutiert über Brustkrebs, Endometriose, Menstruationsbeschwerden, Schwangerschaft, Fehlgeburt oder auch Menopause. Alles ist wichtig, und doch ist darin eine Gefahr zu erkennen. Was geschieht, wenn unter dem Deckmantel „wir kümmern uns um die Frauenmedizin“ eine Reduktion von uns Frauen erfolgt auf die Funktionen unserer biologischen Geschlechtsorgane? Die Gefahr ist real. Das ist nicht nur Manipulation. Es wäre Diskriminierung unter dem Mantel der Fürsorge. Lassen Sie uns also aufpassen!

Da dies mein letztes Editorial als Präsidentin des DÄB ist, möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich zu bedanken: bei den Aktiven des Verbandes, für die fruchtbaren Diskussionen und das Einbringen von neuen Ideen, für die Unterstützungen und Motivationen, die ich in den vergangenen zehn Jahren als Präsidentin habe erfahren dürfen. Ich möchte mich bedanken bei allen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, allen voran natürlich Martina Baddack und Stephanie Tahden, ohne die ich mein ehrenamtliches Engage-

ment nie hätte durchziehen können. Die reibungslose Zusammenarbeit mit unseren Pressereferentinnen habe ich immer als sehr gelungen empfunden und bedanke mich dafür bei Gundel Köbke, Alexandra von Knobloch und Anne Wewer. Dank auch an die Verlässlichen im Hintergrund, an André Zentzis, den Korrektor der **ärztin**, Jürgen Rödiger als Ansprechpartner für die IT, insbesondere aber Anne-Claire Martin, der ich eine Idee zurufen kann und eine entsprechende Graphik bekomme, und Dirk Schmidtke, der die DÄB-Homepage betreut und uns durch die für uns neuen Wogen der Digitalisierung bei unserer ersten hybriden außerordentlichen Mitgliederversammlung gesteuert hat.

Mein besonderer Dank gilt all denen, die ehrenamtlich Verantwortung für Regionalgruppen, Foren und Ausschüsse übernommen haben, sowie denen, die den Vorstand im Hintergrund unterstützt haben. Und natürlich möchte ich mich bedanken bei „meinen“ Vizepräsidentinnen – Gaby Kaczmarczyk, Barbara Puhahn-Schmeiser, Eva Hennel und Jana Pannbäcker – für die kooperative Übernahme von Themen, für ihre Verlässlichkeit. Dank auch den ehemaligen und aktuellen Vorstandsmitgliedern – Gudrun Günther, Tanja Kobuß, Angelika Brandl-Riedel, Heike Raestrup, Jana Aulenkamp und Renate Böhm – für die Gewissheit, in einem Team arbeiten zu können. Diese Teamarbeit hat mich getragen in all den Jahren. Mein Dank geht aber auch an all die stillen Mitglieder, denn auch sie haben mir – jede für sich durch ihre Mitgliedschaft – bei Diskussionen und Forderungen zu den Themen des Ärztinnenbundes den Rücken gestärkt.

Dem neuen Vorstand wünsche ich schon an dieser Stelle, dass er ebenfalls im Teamgedanken den Deutschen Ärztinnenbund weitertragen, Themen der Ärztinnen, Zahnärztinnen und Frauen sehen, aufnehmen und bearbeiten kann. Dies alles mit glücklicher Hand und guter Kooperation, aber auch mit Freude an jeder noch so kleinen Verbesserung.

Mit ganz herzlichen Grüßen
Ihre



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



Diagnose Diskriminierung

Foto: © Sarah Eick

FERDA ATAMAN

Benachteiligungen und Diskriminierungen im Gesundheitswesen treffen vor allem Frauen – und sie werden noch immer viel zu oft ignoriert.

Frauen sind das Rückgrat der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Sie arbeiten in der Pflege, in Arztpraxen oder Kliniken. Doch wie heißt bis heute der Premium-Tarif fürs Krankenhaus? „Chefarzt-Behandlung“. Leider stimmt das meistens, denn Chefärztinnen gibt es wenige. Zwar sind seit 2022 erstmals mehr Ärztinnen als Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig (Arztzahlstatistik 2022 der KBV). Allerdings liegt der Anteil in Führungspositionen an Universitätskliniken bundesweit bei nur 14 % (MwOT 2024, siehe S. 18). Dabei sind rund zwei Drittel aller Medizinstudierenden heute weiblich. Es ist schwer vorstellbar, dass so viele Frauen nicht qualifiziert genug sein sollen, um aufzusteigen. Die Zahlen deuten auf ein strukturelles Problem. Auf dem Weg zur Fach-, Ober- oder Chefärztin werden für manche offenbar die Hürden höher gesetzt – und die Chancen ungleich verteilt.

Ein wesentliches Problem: die enorme Arbeitsbelastung. Überstunden, Nacht- und Wochenendschichten sind Alltag. Viele Ärztinnen arbeiten 50 bis 60 Stunden pro Woche. Wenn Frauen in diesem Umfeld Kinder bekommen oder Angehörige pflegen, führt das oft zum Karriereknick – anders als bei Männern.

Hinzu kommt: Diskriminierung und sexuelle Belästigung gibt es auch im Gesundheitswesen. Überall, wo Menschen aufeinandertreffen, gibt es Ungleichbehandlungen. Doch im Gesundheitswesen

wurde dieses Thema viel zu lange übersehen oder geduldet. Auch Machtstrukturen spielen eine Rolle – etwa, wenn Chefarzte junge Kolleginnen sexuell bedrängen. Manche „Götter in Weiß“ sind offenbar „Machos in Weiß“. Insbesondere aus Kliniken berichten Frauen davon. Aber auch von Kollegen oder Patienten gehen Grenzüberschreitungen aus. Wir wissen aus einer Erhebung: 33 % der befragten Frauen haben sexuelle Belästigung erlebt, einige schon im Medizinstudium oder zu Beginn ihrer Laufbahn.

Oft bleiben die Vorfälle im Verborgenen. Betroffene schweigen aus Scham oder Angst – auch weil häufig Aussage gegen Aussage steht. Dabei ist sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) eine Diskriminierung und verboten. Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, ihre Beschäftigten zu schützen und eine Beschwerdestelle einzurichten. Wer Diskriminierung erlebt, sollte diese nutzen. Kliniken und Arztpraxen sind gut beraten, Strukturen aufzubauen, in denen Missstände offen angesprochen und konsequent bearbeitet werden können. Bleiben Arbeitgeber untätig, etwa bei sexueller Belästigung, haben Beschäftigte das Recht, die Arbeit vorübergehend niederzulegen – ohne Lohnverlust. Vor Gericht haben sie außerdem Anspruch auf eine Entschädigung oder Schadensersatz.

Leider wird Diskriminierung in der medizinischen Ausbildung bislang kaum

thematisiert. Studien zeigen, dass Studierende selten darauf vorbereitet werden. Dabei müsste die Sensibilisierung bereits an der Uni beginnen. Antidiskriminierung muss Teil der Ausbildung sein – z. B. Strategien, wie man Diskriminierung erkennt und ihr begegnet. Es gibt dafür gute Vorbilder. Einige Kliniken setzen wichtige Signale: Als erste deutsche Universitätsklinik hat die Charité in Berlin verbindliche Schutz- und Präventionsmaßnahmen gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz eingeführt. Die Asklepios Klinik in Hamburg ermöglicht Chefärztinnen, eine Leitung zu teilen. Wenn Strukturen für Frauen verbessert werden, profitieren auch alle anderen davon. Nicht nur Mütter. Auch Väter, Menschen, die von Rassismus betroffen sind, und andere Gruppen. Und vielleicht wird dann der Premium-Tarif eines Tages auch mal nach Chefärztinnen benannt.

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes berät Betroffene kostenlos und anonym. Sie prüft, ob eine Diskriminierung nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz vorliegt, gibt rechtliche Hinweise und kann Arbeitgeber zu einer Stellungnahme auffordern – sofern Betroffene das ausdrücklich wünschen. ◀

Ferda Ataman ist Unabhängige Bundesbeauftragte für Antidiskriminierung und leitet seit 2022 die Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

E-Mail: presse@ads.bund.de



Foto: © Peter Zezula

Genderbasierte Diskriminierung von Studentinnen und Ärztinnen



PROF. DR. MARGARETE BOOS

Ergebnisse einer Online-Umfrage der Georg-August-Universität Göttingen

In der Studie haben wir uns mit genderbasierter Diskriminierung (GBD) in der medizinischen Ausbildung und Berufspraxis in Deutschland beschäftigt. Darunter verstehen wir die systematische Benachteiligung aufgrund der zugeschriebenen Geschlechtszugehörigkeit. Frühere Arbeiten konzentrierten sich häufig auf sexuelle Belästigung. Unsere Studie betrachtet ein breiteres Spektrum von Erfahrungen, z. B. strukturelle Benachteiligungen und stereotype Erwartungen an geschlechtsspezifisches Verhalten. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass GBD vielfältige negative Auswirkungen auf Gesundheit, Karriere und Organisationsklima haben kann. Ursachen sind auf verschiedenen Ebenen verortet: Makroebene (kulturelle Normen und patriarchale Strukturen), Mesoebene (organisationale Prozesse und Strukturen) und Mikroebene (individuelle Einstellungen und Wahrnehmungsverzerrungen). Die ausgeprägte Hierarchie und wirtschaftliche Ausrichtung in medizinischen Einrichtungen kann GBD zusätzlich verstärken.

Befragt wurden 392 Frauen (157 Ärztinnen, 235 Medizinstudentinnen) aus fünf norddeutschen Universitätskliniken zu ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und ihrer Einschätzung eines Glasdeckeneffekts für Frauen in der Medizin. Aus beiden Gruppen gaben jeweils ca. 75 % an, GBD erlebt zu haben. Anhand einer offenen Frage konnten die Befragten ihre persönlichen Erfahrungen mit GBD schildern. Die qualitativen Antworten wurden nach Mayrings Methode ausgewertet und inhaltlich kategorisiert. Die induktiv gewonnenen Kategorien wurden anschließend quantitativ auf ihre Häufigkeit hin analysiert. Fünf Hauptkategorien von GBD-Erfahrungen wurden identifiziert:

1. Sexuelle Belästigung (verbal/körperlich)
2. Diskriminierung aufgrund von Mutterschaft (strukturell/verbal)
3. Unmittelbare Bevorzugung von Männern
4. Unmittelbare Vernachlässigung von Frauen
5. Herabwürdigender Umgang aufgrund des Geschlechts

83,5 % der Ärztinnen und 46,3 % der Studentinnen beantworteten die Frage zu GBD-Erfahrungen, ca. 75 % schilderten konkrete Vorfälle. Ein Nichtbeantworten der Frage ist dabei nicht

per se als Verneinung zu verstehen, sondern kann fehlende Bereitschaft sein, Erlebtes mitzuteilen. Ausgewählte Zitate aus der Umfrage zeigen, mit welcher drastischen Aussagen Ärztinnen und Studentinnen konfrontiert sind:

„Bei der Genehmigung einer (...) Weiterbildung forderte mein Chef mich auf, wie ein Hund Sitz zu machen.“

„Inadäquate Kritik durch Vorgesetzten: nicht so viele Schuhe kaufen, sondern lieber mal vernünftige Arbeit machen.“

„Wenn Sie erst mal Kinder haben, werden Sie hier nicht mehr zu gebrauchen sein.“

Ärztinnen berichteten häufiger über alle Kategorien von GBD. Nur der herabwürdigende Umgang wurde häufiger von Studentinnen genannt. Besonders oft genannt: strukturelle Benachteiligung aufgrund von tatsächlicher/potenzieller Mutterschaft. Grund ist hierfür in erster Linie die ökonomische Bewertung weiblicher Arbeitskraft als „weniger verfügbar“ durch Schwangerschaft, Elternzeit oder Care-Arbeit. Unsere Ergebnisse legen außerdem nahe, dass Ärztinnen mit zunehmender Dauer ihrer Berufslaufbahn stärkeren GBD-Erfahrungen ausgesetzt sind. Dies kann sowohl mit längerer Exposition als auch mit den Machtverhältnissen auf höheren Karriere-stufen zusammenhängen.

Die Studie unterstreicht die Dringlichkeit struktureller Veränderungen, um GBD systematisch zu erkennen und zu bekämpfen und so eine gleichberechtigte, faire Arbeitsumgebung für alle Geschlechter zu schaffen. Wir plädieren dafür, GBD als gesamtgesellschaftlich verankertes Phänomen ernst zu nehmen und durch gezielte, langfristige Interventionen anzugehen. ◀

Prof. Dr. Margarete Boos hatte die Professur für Wirtschafts- und Sozialpsychologie an der Universität Göttingen inne.

E-Mail: mboos@uni-goettingen.de

Jan-Filip Tameling, Mareike Lohöfener, Judith Bereznaï, Thi Phuong Anh Tran, Marie Ritter & Margarete Boos (2023). In: *GMS Journal for Medical Education*. Vol. 40(6).



Foto: © J. Rolles

Grenzverletzungen und Machtmissbrauch

DR. MED. CHRISTIANE GROSS, M.A.

Übergriffe im Gesundheitswesen, die stille Gefahr

Dieser Beitrag beleuchtet Grenzverletzungen und Machtmissbrauch mit Blick auf das Gesundheitswesen. Auch wenn grundsätzlich alle Berufsgruppen und Berufszweige gleichermaßen betroffen sein können, sind Beteiligte aller Parteien im Gesundheitswesen wegen verschwimmender Grenzen zwischen Beruf und Privatleben zusätzlich gefährdet.

Grenzverletzungen stellen eine tiefgreifende Verletzung persönlicher Integrität für Menschen aller Altersgruppen, aller Geschlechter, aller Ethnien, aller Berufe dar. Sie gehen häufig Hand in Hand mit Machtmissbrauch. Ein vorhandenes Machtgefälle – im Gesundheitswesen oft durch gelebte patriarchale Strukturen – bereitet den Grenzverletzungen fruchtbaren Boden. Manchmal geschehen sie auch unwissentlich oder aus Leichtsinnigkeit. Grenzverletzungen können durch Blicke, Worte und Taten ausgelöst werden. Sie reichen von Diskriminierungen, Entwertungen, Lächerlichmachen, Sexismus oder Beschämung bis hin zu Mobbing, Gewalt, Erpressung, sexuellen Übergriffen und sexualisierter Gewalt. Frauen sind bei sexuellen Übergriffen und Diskriminierung häufiger betroffen, Außenseiter und ältere Kolleginnen und Kollegen sind häufiger Opfer von Mobbing.

Sexualisierte Gewalt umfasst alle sexuellen Handlungen, die gegen den Willen einer Person vorgenommen werden oder bei denen aufgrund von Machtverhältnissen keine Zustimmung möglich ist. Zur Definition – beginnend bei sexistischen Kommentaren, ehrverletzenden Bemerkungen, aufdringlichen Fragen, obszönen Witzen, schlüpfrigen SMS, Mails oder Posts, eindeutigen Angeboten, Begrapschen, Betasten bis hin zu Nötigung und Gewalt – verweise ich auf den Flyer des DÄB:

www.aerztinnenbund.de/downloads/5/Faltblatt_MeToo.pdf



Definitionen und Unterstützungsangebote im DÄB-#MeToo-Flyer

Im Gesundheitswesen kommt hinzu, dass die Grenzen zwischen Privatem und Beruflichem stärker verschwimmen als in anderen Berufen:

- Sie verschwimmen bei den zu übernehmenden Nachtdiensten: übernachtet wird in der Klinik. Es gibt ein Bett. Man zieht sich aus, man „lebt“ im Nebenzimmer.
- Im OP-Bereich wird die Kleidung gewechselt. OP-Kleidung ist insgesamt lockerer, gleichförmiger. Grenzen verschwimmen zwischen Geschlechtern, einzelnen Berufsgruppen und Hierarchieebenen.
- Als sehr privat empfundene und oft auch schambesetzte Körperstellen von Patientinnen und Patienten werden bei Eingriffen entblößt.

Grenzverletzungen können Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie alle im Gesundheitswesen beteiligten Personen als Opfer oder aber auch als Täterinnen und Täter betreffen.

Patientinnen und Patienten als Opfer und als Täter

Entblößte Körperstellen können vereinzelt be- oder entwertende Fantasien anregen. Das Verbalisieren dieser Fantasien oder auch inadäquates Anfassen sind als Übergriffe zu werten. Da die Patientinnen und Patienten narkotisiert und machtlos sind, verschwimmt hier eine weitere Grenze: Hemmungen fallen. Auch anwesende Mitarbeitende können betroffen sein, weil sie Scham empfinden, wenn sie zuschauen/-hören, wie mit dem Opfer umgegangen wird. Bei entsprechenden Bemerkungen gilt man als Spaßbremse, uncool oder gar unmännlich. Oder man schweigt aus Angst, bei Protest an anderer Stelle benachteiligt zu werden. Grundlage ist Machtmissbrauch.

*Ausgeliefert –
Die Macht der Chefärzte*
C. Kaffanke
Das Erste, Report Mainz,
12/2024



*Diskriminierung,
Benachteiligung, Mobbing*
C. Kaffanke
Das Erste, 3/2024



*Mutter oder Chirurgin?
Entscheide dich*
A. Agarwala & H. Grabbe
ZEIT Nr. 27/2025
(hinter einer Paywall)



Ärztinnen berichten über erlebte Grenzverletzungen und Machtmissbrauch im medizinischen Alltag

Während Patientinnen und Patienten, die Übergriffe bei vollem Bewusstsein erleben, selbst tätig werden können, sind bei narkotisierten Menschen alle Anwesenden gefordert. Angezeigte Grenzverletzungen müssen berufsrechtlich geprüft werden und können ggf. bis zum Entzug der Approbation führen. Diese Fälle, insbesondere bei sexuellen Grenzverletzungen, müssen grundsätzlich an die Berufsgerichte weitergeleitet werden, zum Schutz vor Schädigung des ärztlichen Berufes und zum Schutz der Patientinnen und Patienten vor Folgefällen.

Auch seitens der Patientinnen und Patienten können gegenüber dem behandelnden Personal Grenzen verschwimmen. Kleidung bietet keinen Schutz mehr. Nähe durch körperliche Untersuchungen kann falsch interpretiert werden. Auf Fehldeutungen von Zuwendung und Empathie kann forderndes oder sexualisiertes Verhalten folgen. Handelt es sich um Patientinnen und Patienten bei klarem Bewusstsein und nicht um einen Notfall, kann die (Weiter-)Behandlung verweigert werden. Handelt es sich um nicht zurechnungsfähige Personen, ist darauf zu achten, dass eine weitere Behandlung nur mit entsprechenden Schutzmaßnahmen (zweite Person, offene Zimmertüren etc.) erfolgt. Der Schutz des Personals muss immer an erster Stelle stehen – vor jeder ökonomischen Überlegung.

Machtmissbrauch bei Mitarbeitenden

Berichte von Gewalt durch Patientinnen und Patienten in Praxen und Kliniken nehmen zu. Berichte über Gewalt und Missbrauchserfahrungen innerhalb der Kollegenschaft sind selten zu lesen. Warum ist das so? Warum wurde ich auf dem

Deutschen Ärztetag 2018 als Mit-antragstellerin für einen Antrag zur Vorsorge gegen sexuelle Übergriffe innerhalb der Ärzteschaft mit den Worten „Ziehen Sie den Antrag zurück! Das gibt es doch bei uns nicht“ angegangen? Der Antrag wurde schließlich mit Nichtbefassung belegt. 2019 wurde ein ähnlicher Antrag dann an den Vorstand überwiesen. Offiziell ist das

Problem kein Thema der Bundesärztekammer geworden, aber einige Ärztekammern haben es ernst genommen und Ansprechstellen geschaffen (u. a. die Ärztekammern Nordrhein, Niedersachsen, Hessen und Westfalen-Lippe).

Als langjährige Ansprechpartnerin des DÄB sowie im Hintergrund einer solchen Kontaktstelle der Ärztekammer Nordrhein habe ich Gespräche mit Betroffenen geführt. Eine Gemeinsamkeit haben alle: Keine der Kolleginnen hat Anzeige erstattet, auch wenn einige – letztendlich frustriert – Kontakt zur Personalvertretung aufgenommen haben. Das Phänomen dahinter heißt Abhängigkeit und wird durch patriarchalische Strukturen, wie sie gerade in den Hierarchieebenen im Gesundheitswesen und an Universitäten noch häufig sind, begünstigt.

In Kliniken kann Abhängigkeit schon bei der Dienstplanung beginnen, geht weiter bei der Einteilung zu Stationen, OPs und Interventionen und gipfelt in der Wissenschaft bei der Zu- oder Absage von Unterstützung, Bewertung, Beurteilung, beim Kontaktaufbau zu Netzwerken. All diese Abhängigkeiten können genutzt werden für kleine Erpressungen bis hin zu Machtmissbrauch durch Mobbing oder gar sexuelle Übergriffe.

Sexuelle Übergriffe erleben meist jüngere Frauen durch (ältere) Kollegen aus höheren Hierarchieebenen. Manchmal beginnt alles mit einer Romanze, einer Affäre. Am Ende stehen Ängste, sich selbst zu schädigen, die Karriere zu behindern, die Weiterbildung nicht schnell genug zu absolvieren. Diese Ängste lassen Betroffene stillhalten. Scham steht dem Offenlegen häufig im Weg, ausgelöst durch Fragen: „Wie kann mir so etwas passieren? Was habe ich falsch gemacht?“

#MeToo – Informationen
für Ärztinnen bei sexueller
Belästigung am Arbeitsplatz
DÄB 2013



Beratungsangebot bei
sexueller Belästigung am
Arbeitsplatz
ÄKNO 05/2022



Interessanterweise kennen die betroffenen Frauen oft auch „Vorgängerinnen“, denen es ähnlich erging. Sie wissen, welche Maßnahmen bei Verweigerung folgen können. Sie haben massive Entwertungen und heftiges Mobbing der Betroffenen mitbekommen. Sie haben erlebt, wie die Stimmung in der Kollegenschaft kippen kann. Sie kennen Kolleginnen, die gehen mussten, denen gekündigt wurde. Sie kennen Kolleginnen, die gegangen sind, weil sie es nicht mehr aushielten. Sie kennen Kolleginnen, die still ausgehalten haben, bis der nächste Karriereschritt erreicht war. Sie haben erlebt, wie sich deren Persönlichkeit dabei verändert hat.

Für mich kristallisierten sich zwei Fragen heraus:

1. Warum hat keine der Frauen, die weggegangen sind, danach eine Anzeige gestellt?
2. Wenn Frauen aus der Abteilung Taten/Täter kennen, dann wissen auch die Männer davon. Warum reagiert niemand?

Zu Frage 1: Ist man der Situation entronnen, scheinen Ängste, sich selbst weiter zu schädigen, im Vordergrund zu stehen, gepaart mit Fragen: Wie sieht die Täter-Umwelt das Geschehene? Halten alle zu ihm, weil er so wichtig, so bekannt ist? Kann ich mich darauf verlassen, dass der Täter nicht geschützt wird? Welche Anstrengung kostet es mich? Wird es mir etwas nützen? Wie wird ein Gericht urteilen? Was bleibt an mir hängen? Welche „Schuld“ wird mir zugeschrieben? Die Bedenken sind nachvollziehbar. Allzu oft werden der Abhängigkeitsaspekt und die Verantwortung der Führungsperson weniger/zu wenig berücksichtigt. Häufig bleibt selbst nach einem Gerichtsurteil hängen, dass die Frauen einen Teil der Schuld tragen durch ihr Verhalten, ihre Kleidung, ihre Art ...

Zu Frage 2: Auch wenn es Menschen im Täterumfeld gibt, die sich eine solche Tat nicht vorstellen können, die gutgläubig oder nicht nah genug am Täter sind, gibt es andere, die Gerüchte gehört haben, von Vorfällen wissen oder zumindest die Anzeichen dafür deuten könnten. Dass diese Menschen bei Übergriffen nicht reagieren, ist ebenfalls mit Selbstschutz zu erklären. Auch hier kann Machtmissbrauch der Grund sein, indem sich der Täter auf die Abhängigkeit der anderen verlässt: gemeinsame wissenschaftliche Arbeit, langjährige Freundschaft, bisherige Zusammenarbeit, kollegiale Verbundenheit, vielleicht aber auch Gleichgültigkeit oder Bequemlichkeit.

An dieser Stelle möchte ich klarstellen, dass es sich, auch wenn ich es so massiv berichte, immer um Einzelfälle handelt und natürlich auch Frauen Täterinnen sein können.

Aus all diesen unterschiedlichen Perspektiven müssen Konzepte entwickelt werden, um Übergriffe grundsätzlich zu reduzieren. Ebenso wichtig ist meiner Meinung nach, dass der Führungsaspekt und die Führungsqualifikation der Menschen eine wichtigere Rolle spielen müssen.

Fazit

Meine Erfahrung mit dem Thema innerhalb der Ärztinnen- und Ärzteschaft lässt folgenden Schluss zu: Es gibt, wie in allen anderen Berufsgruppen auch, Täter (meist Männer). Es gibt Opfer: Es gibt die Opfer, die die Tat nicht anzeigen und aushalten. Es gibt die Opfer, die froh sind, aus der Situation zu entfliehen und deren Angst vor dem Aufwand und vor eventuellen Folgeschäden nach einer Anzeige größer ist als die Zuversicht, nachfolgende Opfer durch Offenlegung schützen zu können. Es gibt darüber hinaus diejenigen Menschen im Umfeld, die „davon hören“, es aber nicht wahrhaben wollen, „es sich (von der Person) nicht vorstellen können“.

Leider gibt es immer auch die Mitwissenden, die die Augen verschließen oder sich wegducken und hoffen, dass sie sich nie äußern müssen. Diese Gruppe macht mich richtig wütend. Diesen Menschen möchte ich gerne zurufen: „Sie machen sich mitschuldig, auch wenn Sie sich wegducken, auch wenn Sie wegschauen!“ Es ist aber auch die Gruppe, die in erster Linie angesprochen werden muss, um Veränderung voranzubringen. Sie bauen – oft gutgläubig – um den Täter eine schützende Mauer, sie halten das Geschehen am Laufen, und sie gefährden damit die nächsten Opfer. Ihnen müssen wir alle laut zurufen: „Wer schweigt, macht sich mitschuldig und wird zum Mittäter!“ ◀

Dr. med. Christiane Groß ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie. In der ÄKNO war sie Ansprechpartnerin für Mobbing und Übergriffe. Frau Dr. Groß ist Präsidentin des DÄB.

E-Mail: christiane.gross@aerztinnenbund.de



Foto: © Isolde Asbeck-LÄKH

Anonyme Meldestelle „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“



DR. SC. HUM. DIPL.-SOZ. IRIS NATANZON

Landesärztekammer Hessen ruft zur Meldung von Gewaltvorfällen auf.

Gewalt gegen die Ärzteschaft sowie medizinisches Personal stellt eine akute Bedrohung für die Sicherheit der Mitarbeitenden dar und wirkt sich negativ auf die Patientinnen- und Patientensicherheit aus. Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von ausgeübter Gewalt zu erhalten, wurde von der Landesärztekammer Hessen 2019 die Meldestelle „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ eingerichtet. Bundesweit ist die Landesärztekammer Hessen bisher die einzige Ärztekammer, die eine anonyme Meldestelle zu Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und medizinische Teams implementiert hat. Ärztinnen und Ärzte aus allen Bundesländern und Fachgebieten haben die Möglichkeit, Aggressionsformen, die sie im Rahmen eines Vorfalls erlebt haben, anzugeben. Um die Anonymität der Meldenden zu bewahren, werden personenbezogene Daten wie Alter oder Geschlecht nicht abgefragt.

Auszug aus dem Gewalt-Meldebogen der Landesärztekammer Hessen

Aggressionsformen: Von Beleidigungen bis zur sexuellen Belästigung

Bis Juni 2025 sind 425 Meldebögen bei der Landesärztekammer Hessen eingegangen. Betrachtet man die Formen aggressiven Verhaltens, so wird deutlich, dass die Mehrheit über Beleidigungen oder Beschimpfungen berichtet (74 %) sowie

über Bedrohungen oder Einschüchterungen (64 %). 28 % berichten über Rufschädigung in Form von Falschaussagen auf Ärzteportalen im Internet, gefolgt von körperlicher Gewalt in leichterer Form (z. B. Schubsen, Bedrängen, Festhalten) in 13 % der Fälle. In jeweils 7 % der Fälle wurde ausgeprägte körperliche Gewalt genannt wie Beißen, Schlagen, Treten sowie sexuelle Belästigung in Form von anzüglichen Bemerkungen und Gesten sowie Grabschen (außer Brüste und Genitalien). Betroffene haben im Meldebogen die Möglichkeit, den benannten Vorfall in einem Freitextfeld zu erläutern. Schaut man sich die Freitextangaben an, geht daraus hervor, dass sexuelle Belästigungen in vielen Fällen von Ärztinnen oder weiblichen Teamkolleginnen erlebt wurden. Einschränkend muss gesagt werden, dass es nicht verpflichtend ist, das Freitextfeld auszufüllen.

Die Landesärztekammer Hessen hat auf diese Problematik reagiert. Um Praxisteams für den Umgang mit kritischen Situationen zu stärken, bietet die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen seit 2024 die Fortbildung „Aggression im Praxisalltag“ an. Die Schulung vermittelt nicht nur theoretisches Wissen zu den Ursachen und Auswirkungen aggressiven Verhaltens, sondern bietet auch praxisorientierte Deeskalationsstrategien. ◀

Wo können Gewaltvorfälle gemeldet werden?

Angesichts der aggressiven Vorfälle in der medizinischen Praxis ruft die Landesärztekammer Hessen Ärztinnen und Ärzte aus allen Bundesländern und Fachgebieten dazu auf, Gewaltvorfälle, die man selbst erfahren hat oder die im Team erlebt wurden, konsequent zu melden. Der Meldebogen „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“ ist auf der Website der Kammer oder unter <https://kurzlinks.de/Gewalt-Meldebogen> abrufbar.

Dr. Iris Natanzon ist wissenschaftliche Referentin an der Stabsstelle Qualitätssicherung und Gesundheitssystemanalyse bei der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt am Main.

E-Mail: qs@laekh.de



Foto: © DRK

Klinikalltag mit Rückhalt: Das Deeskalationstraining der DRK Kliniken Berlin

CORINNA SCHWETASCH

Nicht nur Bewegungsabläufe, sondern Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit vermitteln.

Es sieht fast martialisch aus, wenn Daniël Lautenschlag, Experte für körperliche Deeskalation, zeigt, welche Handgriffe helfen können, sich aus einer Umklammerung zu befreien. Seit September 2024 trainiert er gut 200 Auszubildende und Mitarbeitende der DRK Kliniken Berlin monatlich für drei Stunden – als Teil der Arbeitszeit und verbindlich im Dienstplan hinterlegt.



Foto: © Annette Hauschild/Ostkreuz

Deeskalationsmanagement: Sicherheit durch Selbstwirksamkeit

Häufiger als man denkt, kommt es im Krankenhaus zu Gewalt – durch empörte Angehörige, Menschen mit akuten Psychosen, intoxikierte Personen und Menschen, die z. B. aufgrund von Demenz nicht verstehen, was mit ihnen passiert. Klammern, Festhalten, Kneifen, Spucken und Schlagen gehören neben verbalen Angriffen zum Alltag in vielen Krankenhäusern. Die DRK Kliniken Berlin haben deswegen vor ca. 5 Jahren ein Deeskalationsmanagement im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgebaut. Ein Notfall-Button wurde auf jedem Desktop installiert. Ein Deeskalationsmanager bietet Seminare, Team-Schulungen und individuelle Beratungen zu verbaler Deeskalation. Das Programm wurde inzwischen fest verankert. Aber es gab den Bedarf nach Schulungen für Situationen, die sich nicht mehr verbal lösen lassen.

Ein Punkt, den Dr. Elke Rahausen, Fachärztin aus der Klinik für Innere Medizin – Pneumologie und Schlafmedizin der DRK Kliniken Berlin Mitte, bestätigen

kann. Sie kam im Rahmen des verbalen Deeskalationsmanagements mit Daniël Lautenschlag in Kontakt: „Die Griffe, die er dort gezeigt hat, haben mir sofort Sicherheit gegeben. Deswegen habe ich mich entschieden, an dem Training teilzunehmen. Ich bin nicht der Typ ‚Kämpferin‘, aber die letzten Monate haben etwas mit mir gemacht. Viele Angehörige und Patienten sind in solchen emotionalen Ausnahmezuständen, dass es wichtig ist, selbst eine große Ruhe ausstrahlen. Ich weiß jetzt, was ich im Zweifel machen kann, um mich zu befreien und Hilfe zu holen – ohne mein Gegenüber zu verletzen. Das gibt Sicherheit, die man auch ausstrahlt.“

Eine Einschätzung, die viele teilen, so belegen Umfragen, die begleitend in den letzten Monaten durchgeführt wurden. Der Anteil derjenigen, die sich in einer bedrohlichen Situation als kompetent wahrnehmen, stieg im Verlauf des Trainings von 27 auf 92 %. In Bezug auf körperlich bedrohliche Situationen gab niemand mehr an, sich nicht hand-

lungssicher zu fühlen. Vorher lag dieser Wert bei 58 %. Aufgrund dieser Ergebnisse haben sich die DRK Kliniken Berlin schon sechs Monate vor Ablauf des Projektes für eine Fortsetzung entschieden.

Grit Hübschmann, Oberärztin in der Zentralen Notaufnahme der DRK Kliniken Berlin Köpenick, begrüßt diesen Schritt ausdrücklich: „Inzwischen gab es Situationen, bei denen Pflegekräfte in der

Rettungsstelle das Gelernte anwenden konnten. Es ist erstaunlich, wie gut das funktioniert. Gleichzeitig brauchen wir die kontinuierliche Übung, damit wir nicht erst nachdenken, sondern automatisiert reagieren. Deswegen sind wir auch alle im nächsten Kurs dabei.“

Rückmeldungen zeigen, dass sich Mitarbeitende durch das Angebot in ihrem täglichen Einsatz ernst genommen, gesehen und unterstützt fühlen. Oberin Doreen Fuhr, Vorsitzende der DRK-Schwesternschaft Berlin e. V., des alleinigen Gesellschafters: „Unsere Deeskalationstrainings sind weit mehr als Maßnahmen zur Sicherheit. Sie sind ein Ausdruck von Wertschätzung. Denn wer anderen täglich Halt gibt, sollte selbst nie den Boden unter den Füßen verlieren.“ ◀

Corinna Schwetasch ist Leiterin Unternehmenskommunikation und Pressesprecherin der DRK Kliniken Berlin.

E-Mail: c.schwetasch@drk-kliniken-berlin.de



Foto: © DGLV

Aushalten ist keine Option

STEFAN BOLTZ

Gewalt bei der Arbeit verunsichert und belastet Beschäftigte besonders im Gesundheitswesen. Umso wichtiger ist es, dass Einrichtungen das Risiko ernst nehmen. Eine klare Haltung gegen Gewalt ist der erste Schritt zu wirksamer Prävention.

Freiheitsstrafen von über einem Jahr ohne Bewährung: Viele Menschen dürften das Urteil mit Zustimmung aufgenommen haben, das das Amtsgericht Berlin-Tiergarten im März 2025 gesprochen hat. Der Fall: Zwei junge Männer hatten an Silvester 2023/24 medizinisches Personal in der Notaufnahme einer Lichtenberger Klinik angegriffen. Ein Arzt hatte eine Platzwunde an der Augenbraue erlitten, ein Pfleger eine Gehirnerschütterung. Vor Gericht hatten die Täter ihre Tat damit begründet, sie hätten nach der Erstversorgung einer Schnittwunde zu lange auf die weitere Behandlung durch einen anderen Arzt warten sollen, der gerade einen Notfallpatienten versorgte (1).

Vorfälle wie der geschilderte schockieren. Selten sind sie nicht. Unfallkassen (UK) und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) verzeichnen jedes Jahr einige tausend meldepflichtige Arbeitsunfälle aufgrund von Gewalt in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Betroffen sind unter anderem Mitarbeitende in Notaufnahmen sowie Rettungskräfte – siehe hierzu auch ein Interview mit Karl-Heinz Banse, Präsident des Deutschen Feuerwehrverbandes (DFV) unter www.aerztinnenbund.de/Interview_DFV-Praesident.

„Körperliche Übergriffe sind dabei nur ein Teil des Geschehens“, sagt Hannah Huxholl, Präventionsexpertin bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Auch verbale Angriffe wie Beschimpfungen und Bedrohungen können für Beschäftigte eine starke Belastung sein. Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich daher die Definition der Internationalen Arbeitsorganisation für ihre Präventionsarbeit zu eigen gemacht. Danach beinhaltet der Gewaltbegriff „eine Bandbreite von inakzeptablen Verhaltensweisen und Praktiken oder deren Androhung (...), die darauf abzielen, zur Folge haben oder wahrscheinlich zur Folge haben, physischen, psychischen, sexuellen oder wirtschaftlichen Schaden zu verursachen, und umfasst auch geschlechtsspezifische Gewalt und Belästigung“ (2).

Der Schutz vor Gewalt, Aggression und Belästigung ist eine wichtige Aufgabe des betrieblichen Arbeitsschutzes. Das betont BGW-Hauptgeschäftsführer Jörg Schudmann: „Ganzheitliche Gewaltmanagementkonzepte reichen von Prävention über Notfallpläne bis zur Nachsorge. Für Betriebe ist es wichtig, solche Konzepte umzusetzen und Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten zu ergreifen.“ Die BGW und die UK unterstützen Unternehmensleitungen, Führungskräfte und Arbeitsschutzakteure dabei.

Wirksame Prävention beginnt mit einer klaren Haltung. „Führungskräfte sollten deutlich machen, dass Gewalt gegen die Mitarbeitenden nicht hingenommen wird“, so Huxholl – z. B. in persönlichen Gesprächen, aber auch durch kommunikative Maßnahmen wie Plakate. Solche Signale seien wichtig, denn manche Betroffene würden aus Scham oder Resignation schweigen. „Dass über Gewaltvorfälle gesprochen wird, ist aber die Voraussetzung dafür, dass sich etwas ändert. Nur wenn Führungskräfte wissen, was passiert, können sie Schutzmaßnahmen ergreifen.“

Stellen Arbeitgebende fest, dass in ihrer Einrichtung Risiken für Gewalt bestehen oder es bereits zu Übergriffen gekommen ist, müssen sie dies in der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigen. Jede Erscheinungsform von Gewalt erfordert dabei ein Vorgehen, das an die jeweilige Situation und Zielgruppe angepasst ist. Bei der Kategorisierung hilft das sog. Aachener Modell. Es sortiert unterschiedliche Formen von Gewalt nach vier Stufen, anhand derer Präventionsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten festgelegt werden können (2).

Ein Beispiel für die Umsetzung dieses Ansatzes ist das Klinikum Worms, das 2024 mit dem Präventionspreis der UK Rheinland-Pfalz ausgezeichnet wurde. Nach einem gewalttätigen Übergriff entwickelte ein Arbeitskreis ein System für die Erfassung von Gewaltvorfällen und legte „Eskalationsstufen“ fest, die wiederum bestimmte Maßnahmen nach sich ziehen. Ein wichtiges Instrument im gesamten Prozess: die Erarbeitung ei-

ner betrieblichen Checkliste für eine Gefährdungsbeurteilung. In Workshops wurden den Stationen, Bereichen und Funktionen der Klinik daraufhin abgeklopft, inwiefern es hier potenzielle Gefährdungen gibt. Im nächsten Schritt wurden die gewonnenen Erkenntnisse und neuen Regelungen den Beschäftigten vermittelt (3).



Notärztinnen und -ärzte sind im Einsatz oft von Gewalt betroffen (Situation nachgestellt)

„Gemäß dem Arbeitsschutzgesetz haben nach dem TOP-Prinzip technische Maßnahmen Priorität vor organisatorischen Maßnahmen und diese wiederum vor personenbezogenen Maßnahmen. Für eine ganzheitliche Gewaltprävention sollten Maßnahmen aller drei Ebenen ineinandergreifen“, sagt BGW-Expertin Claudia Vaupel. Zu technischen Maßnahmen gehören bspw. Schließ- oder Alarmierungssysteme sowie Informationen im Wartezimmer, die über die Gründe für lange Wartezeiten aufklären. Organisatorische Maßnahmen umfassen z. B. Notfallpläne oder Alarmierungsketten mit einem besonderen Augenmerk auf Zeiten, in denen nur wenig Personal vor Ort ist. Personenbezogene Maßnahmen wie Deeskalationstrainings sind zwar gegenüber technischen und organisatorischen Maßnahmen nachrangig, können aber besondere Wirkung entfalten.

Zu einem ganzheitlichen Konzept gehört die Nachsorge. „Sinnvoll ist die Erstellung eines Betreuungskonzepts inklusive Notfallplan“, so DGUV-Expertin Hannah Huxholl. „Darin wird u. a. geregelt, wie nach einem traumatischen Ereignis die Meldkette verläuft, wer sich um die betroffenen Kolleginnen und Kollegen kümmert und wie die Unfallmeldung beim zuständigen Träger erfolgt.“ Da die soziale Unterstützung unmittelbar nach dem Ereignis wichtig sei, sollte eine Betreuung der Betroffenen bereits im Betrieb bzw. am Unfallort sichergestellt werden, bspw. durch eine betriebliche psychologische Erstbetreuung. Auch von der BG oder UK könne man Unter-

stützung erhalten. „Über das Psychotherapeutenverfahren stellen wir sicher, dass Versicherte schnell professionelle Hilfe erhalten, wenn aufgrund eines Gewaltereignisses eine Traumafolgestörung droht.“ Wichtig sei, dass der Betrieb seinen Unfallversicherungsträger informiere. „Das können Führungskräfte übrigens auch dann tun, wenn der Arbeitsunfall an sich nicht meldepflichtig ist“, so Huxholl (4).

Auch Krankenpflegerin Claudia Plohmann, die selbst einen Übergriff erlebt hat, hat dieses Erlebnis aufgearbeitet – u. a. durch eine Ausbildung als Deeskalationstrainerin: „Man sagt, dass hinter jeder Aggression eine Not des Patienten steht. Das hat mir geholfen.“ Die Pflegerin wünscht sich, dass die Gesellschaft bei Gewalt nicht wegschaut. „Das Motto ‚Ihr müsst das aushalten‘ ist keine Option. Wir sind Menschen und sind verletzlich. Wir müssen alle mehr aufeinander achtgeben.“ ◀

Die Kampagne #GewaltAngehen der gesetzlichen Unfallversicherung informiert unter www.gewalt-angehen.de über Prävention und Unterstützungsangebote für Betroffene.

Die BGW veranstaltet am 7. November 2025 ein Symposium zu Gewalt im Gesundheitswesen in Dresden. Die Teilnahme ist in Präsenz und online möglich. Weitere Informationen unter: www.bgw-online.de/gewalt-symposium

Eine ausführlichere Version des Artikels inkl. Literaturangaben finden Sie online:

www.aerztinnenbund.de/DGUV-Praeventionskonzepte

Stefan Boltz ist Pressesprecher bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

E-Mail: stefan.boltz@dguv.de



Foto: privat



Foto: privat

Ernährungswende jetzt: Die neue Bundesregierung muss handeln!

DR. MED. ULRIKE BERG, DR. MED. TONIA IBLHER

Ein breites Bündnis aus Ernährungs-, Gesundheits- und Umweltorganisationen drängt auf eine zukunftsfähige Ernährungspolitik, bevor die Kosten für Gesellschaft und Wirtschaft weiter steigen.

Unser Ernährungssystem ist maßgeblich verantwortlich für das drohende Überschreiten von mindestens fünf planetaren Grenzen: Klimawandel, Biodiversität, Landnutzungsänderung, Wasserverbrauch und Stickstoff-Kreislauf. Warum ist das so? Rund ein Drittel der globalen menschengemachten Treibhausgasemissionen sind auf unser Ernährungssystem zurückzuführen: Hauptverursacher der Emissionen ist die Produktion tierischer Lebensmittel. Unsere Landwirtschaft ist verantwortlich für den Großteil der globalen Entwaldung, insbesondere in den Tropen. Unser Ernährungssystem ist Haupttreiber des weltweiten Artensterbens. Auch die Verschmutzung von Luft, Wasser und Böden sowie die Veränderung von Nährstoffkreisläufen sind zum großen Teil auf unsere Landwirtschaft zurückzuführen. Zudem herrscht große Ungerechtigkeit: Während ein Drittel der weltweit verfügbaren Kalorien an Nutztiere verfüttert und global rund 80 % der landwirtschaftlichen Flächen für die Herstellung tierischer Lebensmittel genutzt werden, leiden fast 10 % der Weltbevölkerung unter chronischem Hunger. Die WHO stuft die Klimakrise als größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert ein. Umweltveränderungen beeinflussen unsere Ernährungssicherheit. Die Häufigkeit von Ernteauffällen nimmt mit steigender Erderhitzung und häufigeren Extremwetterereignissen zu.

Als Zielsetzung für Deutschland sollte laut Bündnis #ErnährungswendeAnpacken ein System gelten, das die planetaren Grenzen einhält und das Erreichen der nachhaltigen Entwicklungsziele gewährleistet. Andernfalls drohen erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Kosten in den Bereichen Gesundheit, Umweltschutz und soziale Teilhabe. Eine Lösung liegt u. a. in einer Ernährungsumstellung hin zu einer vollwertigen, überwiegend pflanzenbasierten Ernährung wie der „Planetary Health Diet“. Diese umfasst vor allem den Verzehr von Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Nüssen; Milchprodukte nur in Maßen und Fleisch, besonders rotes, nur sparsam. Damit könnte man Menschen weltweit bis 2050 nachhaltig und gesund ernähren, zeigt ein 2019 veröffentlichter Report der EAT-Lancet-Kommission (siehe **ärztin** 03/2024: S. 21 f.).

Das Bündnis #ErnährungswendeAnpacken priorisiert sechs Handlungsfelder: Stärkung einer pflanzenbetonten Landwirtschaft, Neuausrichtung der Lebensmittelbesteuerung und der gesetzlichen Einordnung von Grundnahrungsmitteln, Umsetzung des Rechts auf angemessene Nahrung als Teil der Daseinsvorsorge, verbesserte Gemeinschaftsverpflegung in Schulen, Kitas, Pflegeheimen, Krankenhäusern und Betriebskantinen, aktive Gestaltung von gesunden Ernährungsumgebungen sowie Bilanzierung der Auswirkungen unserer Ernährungsgewohnheiten auf Umwelt, Gesundheit und Sozialverträglichkeit.

In der ausführlicheren Online-Version dieses Artikels (Link siehe unten) gehen wir den Forderungen des Bündnisses detailliert nach. Das 2023 von der Bundesärztekammer beschlossene Positionspapier „zur Rolle der Bedeutung von Ernährung für die menschliche und planetare Gesundheit“ betont die Schlüsselrolle von Ernährung im gesundheitsförderlichen Verhalten und empfiehlt die Integration von Ernährungsberatung in unser alltägliches Handeln. Gutes Aufklärungsmaterial finden Sie zum Beispiel bei KLUG e. V. (Flyer: Gesund Essen – Gutes Klima) oder bei den KlimaDocs (Flyer: Gut für das Klima – doppelt gut für mich).

Wir möchten an dieser Stelle einen Aspekt der Forderungen des Bündnisses herausgreifen, der ebenfalls im Positionspapier der BÄK verankert ist: gesunde und nachhaltige Gemeinschaftsverpflegung. Wie wichtig dieser Hebel für die Ernährungswende ist, wird deutlich, wenn wir uns vor Augen führen, dass etwa 16 Mio. Menschen täglich in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung essen.

Das Bündnis fordert daher eine flächendeckende Einführung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) in Kitas, Schulen, Pflegeheimen, Krankenhäusern und Betriebskantinen bis 2030, eine sukzessive Erhöhung des Anteils an Bioprodukten (50 % bis 2030) sowie verpflichtende Maßnahmen zur Messung und Vermeidung von Lebensmittelabfällen.

ERNÄHRUNG

„Die Ernährung ist die beste Möglichkeit um mit einem Hebel sowohl die Gesundheit als auch Umwelt nachhaltig zu stabilisieren „ EAT-Lancet-Kommission

The Planetary Health Plate

Labels: Fruits and vegetables (Non-starchy vegetables), Whole grains, Starchy vegetables, Dairy, Animal protein, Plant protein, Added sugars, Unsaturated plant oils.

<https://www.who.int/dietary-guidance/2019/07/EAT-Lancet-Commission-Summary-Report.pdf>
<https://healthforfuture.de/ernaehrung/>

Planetary Health Diet
Gesunde Ernährung für Mensch und Erde

Was ist das?
Eine Ernährungsempfehlung, die es ermöglicht, mit einem nachhaltigen Lebensstil zu leben und gleichzeitig die Gesundheit zu verbessern. Sie enthält alle essentiellen Nährstoffe für eine gesunde Ernährung und ist reich an pflanzlichen Lebensmitteln.

Warum?
Die Weltbevölkerung wächst und es wird erwartet, dass bis zum Jahr 2050 die Hälfte der Weltbevölkerung in städtischen Gebieten leben wird. Dies führt zu einer Zunahme der Nachfrage nach Nahrungsmitteln, die die Umwelt belasten. Eine gesunde Ernährung kann dazu beitragen, die Umwelt zu schützen und die Gesundheit zu verbessern.

Wie funktioniert's?
Für alle Lebensstile wurde ein „richtiger Nahrungsmittelspiegel“ entwickelt, der die richtige Menge an Nahrungsmitteln für eine gesunde Ernährung angibt. Dies umfasst eine Vielzahl von pflanzlichen Lebensmitteln, wie Obst, Gemüse, Getreide und Hülsenfrüchten, sowie eine begrenzte Menge an tierischen Produkten, wie Fleisch, Milch und Eiern.

Was heißt erhaltend?
Die EAT-Lancet-Kommission ist eine internationale Wissenschaftlergruppe, die die Ernährung für die Gesundheit und die Umwelt untersucht. Sie besteht aus Experten für Ernährung, Gesundheit und Umwelt.

Sind Sie?
Wenn Sie ein gesunder Mensch sind, der die Umwelt schützt, sind Sie ein Teil der Lösung. Eine gesunde Ernährung kann dazu beitragen, die Umwelt zu schützen und die Gesundheit zu verbessern.

Quelle: Dr. Ulrike Berg

Informationen zur Planetary Health Diet

Um diesen negativen Umwelteinfluss zu reduzieren, geht das Universitätsklinikum Essen mit der Initiative „Green Hospital Food“ mit gutem Beispiel voran. Patientinnen, Patienten und Beschäftigte werden künftig mit Speisen nach den Empfehlungen der Planetary Health Diet versorgt. Dazu wurde mit allen Beteiligten inkl. Caterer und Lieferanten ein Konzept zur Umstellung abgestimmt. Für viele Kliniken ist die mangelnde Finanzierung der Verpflegung problematisch: Für durchschnittlich etwa 5 EUR pro Tag und Mensch müssen drei Mahlzeiten zubereitet werden – auch hier besteht unbedingt Nachbesserungsbedarf! Allerdings ist laut Projektleitung zwar ein einmaliger finanzieller Mehraufwand mit der Umsetzung einer Planetary Health Diet verbunden, z. B. durch Veränderung der Rezepte, Sensibilisierung der Beschäftigten, einen Lieferantenwechsel oder andere Raumaufteilungen (mehr Platz für die Lagerung von frischem Obst und Gemüse). Auf der anderen Seite ließen sich aber Kosten sparen, etwa durch den Einkauf von weniger Fleisch.

Krankenhäuser sollten aus Sicht vieler Gesundheitsverbände beim Thema Ernährung eine Vorbildfunktion einnehmen. Aktuell ist die Kost in Kliniken häufig weder gesundheitsförderlich noch gesund für die Ökosysteme unseres Planeten: Der ökologische Fußabdruck eines Krankenhauses ist beträchtlich. Rund 17 % der von Krankenhäusern verursachten Treibhausgasemissionen entfallen auf die Verpflegung. Wenn Sie sich für eine gesundheitsförderliche und ökologisch nachhaltige Ernährung an Kliniken und in Kantinen einsetzen wollen, finden Sie viele Anregungen im Kochbuch „Klimagesund kochen und genießen – Rezepte, Infos und Tipps für soziale Einrichtungen“. Es ist als Download erhältlich über den paritätischen Gesamtverband.

Zusammenfassend liegt das Potential einer Ernährungstransformation auf der Hand: Eine nachhaltige und gleichzeitig ge-

sunde Ernährung spielt eine Schlüsselrolle bei der Bewältigung der größten globalen Herausforderungen. Die Verantwortung für gesunde Ernährung liegt aber nicht nur beim Individuum, sondern vor allem bei Politik, Unternehmen und Einrichtungen. Der Zeithorizont für effektive Lösungen schließt sich zunehmend – die Ernährungswende muss auch aus unserer Sicht dringend angepackt werden! ◀

Literaturempfehlungen finden Sie in der Online-Version des Artikels unter: www.aerztinnenbund.de/Ernaehrungswende-jetzt

Der Ausschuss „Klima und Gesundheit“ des DÄB wurde 2021 gegründet. Wir möchten einen Beitrag leisten zur Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen. Der DÄB ist Mitglied und/oder kooperiert mit anderen Verbänden, die sich im Bereich Klima und Gesundheit engagieren, um Synergien zu nutzen, z. B. KLUG und KlimaDocs. Weitere Informationen finden Sie im Internet!

Ein neues Angebot ist der Download „one slide for the future“. Nutzen Sie gerne eine Folie für Ihren Vortrag und machen Sie sich so stark für unser Klima! Im geschützten Mitglieder-Bereich der Homepage des DÄB stehen mehrere Folien zur Verfügung, die im Rahmen von Vorträgen oder bei Qualitätszirkeln verwendet werden können. Auch wenn das eigentliche Fortbildungsthema keinen Klimabezug hat, bietet sich die Einbindung kurzer Impulse an, um das Wissen rund um das Thema Klimawandel und den persönlichen Umgang mit Veränderungen zu verbessern. (Grafik)

Dr. med. Tonia Iblher und Dr. med. Ulrike Berg leiten gemeinsam den Ausschuss „Klima und Gesundheit“ im DÄB.

E-Mail: klima@aerztinnenbund.de



Foto: privat

Keine Parität bei Professoren und Professorinnen in Berufungskommissionen: Ein Nadelöhr für Frauen auf dem Weg in klinische Führungspositionen?

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Der Anteil von Frauen in klinischen Spitzenpositionen (W3-Stellen) der medizinischen Fakultäten stagniert seit Jahren bei durchschnittlich nur 14 %, obwohl qualifizierter Nachwuchs (37 % z. T. Habilitierte oder Professorinnen als Oberärztinnen im Durchschnitt) vorhanden ist. Die Gründe für die Unterrepräsentanz sind vielfältig (1).

Die vorliegende Untersuchung adressiert eine der möglichen Barrieren für Bewerberinnen: die überwiegend männliche Besetzung in der professoralen Gruppe der Berufungskommissionen (BK) der 37 deutschen medizinischen Fakultäten. Vor allem für Frauen mit Kindern scheint eine Bewerbung vor einer homosozialen Männergruppe fast aussichtslos. Das Auftreten und der Habitus einer Bewerberin im Rahmen eines Berufungsverfahrens scheinen das Ergebnis am Ende sehr stark zu beeinflussen (2).

Eine zweite Hürde könnte das Fehlen einer konkreten integrativen (und nicht nur einer kooperierenden) Beteiligung an Berufungen durch die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der medizinischen Fakultäten oder der Universität selbst sein.

Die BK, in der die Gleichstellungsbeauftragten auf gesetzlicher Grundlage mitwirken, strukturiert die Ausschreibung und das Berufungsverfahren, sie entscheidet über Einladungen, wählt Bewerber und Bewerberinnen aus und bestimmt Gutachter und Gutachterinnen. Das gesamte Verfahren wird durch die äußerst komplizierten und unterschiedlichen Landeshochschulgesetze geregelt. Den meisten medizinischen Fakultäten wird aufgetragen, im vorgegebenen Rahmen eine eigene Berufsungsordnung oder einen eigenen Berufsungsleitfaden vorzulegen.

Die Zusammensetzung der BK sollte paritätisch sein (je 50 % Männer/Frauen), aber eine Parität ist für die wichtige Gruppe der Universitätsprofessoren und -professorinnen nirgendwo vorgeschrieben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die professoralen Kommissionsmitglieder einen wesentlichen Einfluss auf das Berufungsergebnis haben. In den Berufungsverfahren nutzen unterschiedliche Akteurinnen und Akteure ihren Einfluss, um ihre Interessen durchzusetzen (2). Ebenso wird kaum eine Parität bei den von der BK bestellten Gutachtern und Gutachterinnen gefordert.

Methodik

In der Zeit von Mai bis Juni 2024 wurde telefonischer Kontakt zu den Frauen-/Gleichstellungsbeauftragten hergestellt, die entweder als zentrale Gleichstellungsbeauftragte der Universität (n=7, davon eine Medizinerin) oder als dezentrale Frauenbeauftragte der medizinischen Fakultät (n=24, davon 15 Medizinerinnen) mit Berufungen auf Spitzenpositionen (W3-Stellen) qua Amt befasst sind. Trotz wiederholter Versuche konnte kein telefonischer oder schriftlicher Kontakt zu den Gleichstellungsbeauftragten der medizinischen Fakultäten Homburg, Regensburg, Ulm, Gießen und Tübingen hergestellt werden. Diese konnten daher nicht mit ausgewertet werden. 31 Beauftragte erklärten sich bereit, an einer Umfrage mit einem strukturierten Fragebogen (25 Fragen) teilzunehmen sowie z. T. informell Auskunft zu geben. Gefragt wurde nach strukturellen Arbeitsbedingungen (Freistellung, Vertretungsregelungen, Arbeitsbelastung) und Mitwirkungsrechten (Beteiligung bereits bei Ausschreibungen und Zusammensetzung der BK, Teilnahme an Sitzungen, Einsicht in sämtliche Unterlagen, Rede-, Antrags- und Stimmrecht in den BK).

Ergebnisse

Die Arbeitszeit, die den Gleichstellungsbeauftragten (in Bayern Frauenbeauftragte) für ihre Amtsausübung neben ihrem Beruf zur Verfügung steht, ist sehr unterschiedlich (Abb. 1). Beim Ehrenamt erfolgt neben der eigenen beruflichen Tätigkeit keine Kompensation. Eine stundenweise Freistellung kann bis zu 50 % der eigenen Arbeitszeit betragen. Volle Freistellung bedeutet eine volle Arbeitszeit als Gleichstellungsbeauftragte ohne andere berufliche Verpflichtungen. Vertretungsregelungen für die Arbeit in den Gremien, Sitzungen etc. sind an nahezu allen Fakultäten vorhanden. Auch die Beteiligung der Beauftragten bei der Ausschreibung einer W3-Stelle ist fast immer gegeben, ebenso größtenteils die Möglichkeit, bereits den Ausschreibungstext mitzugestalten.

Die Zusammensetzung der BK wird in der Regel vom Fakultätsrat aufgrund eines Vorschlages des Dekans/der Dekanin bestimmt. Hier ist die Mitwirkung der Gleichstellungsbeauftragten nur bei 20 von 31 gegeben. Akteneinsicht und Einladungen zu den Sitzungen der BK, Rede- und teilweise Antragsrecht bestehen. Ein Abstimmungsrecht ist für die Beauftragten jedoch selten vorgesehen und unterschiedlich in den Bundesländern geregelt. Ist die Gleichstellungs-/Frauenbeauftragte zugleich Professorin (17 von 31), ist sie häufig dadurch stimmberechtigt. Zudem können alle Beauftragten von ihrem Veto-recht Gebrauch machen, um ein Verfahren zu unterbrechen.

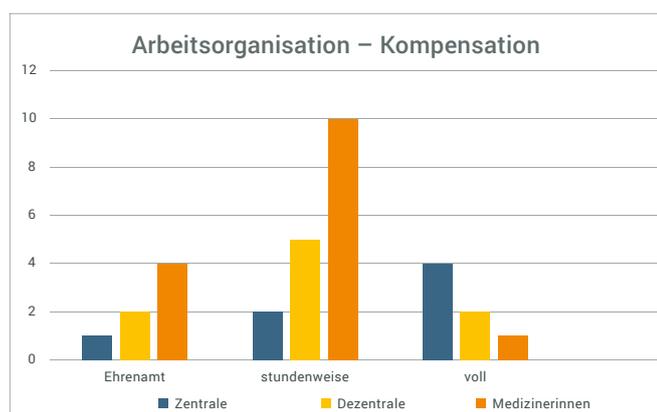


Abb. 1 Arbeitsorganisation von n=31 Gleichstellungs-/Frauenbeauftragten der medizinischen Fakultäten. Die 15 Medizinerinnen unter den dezentralen Gleichstellungsbeauftragten sind getrennt aufgeführt (orange): Die stundenweise Freistellung reicht von einzelnen Stunden bis zur Kompensation mit Referentinnen (drei mit 50 %-Referentinnen-Stelle, zwei mit 75 %-Stelle und eine mit 2,5 Stellen), eine mit voller Freistellung.

Sind die Berufungskommissionen paritätisch besetzt?

In elf Fakultäten sind die BK paritätisch mit Männern und Frauen aus den korporationsrechtlichen Gruppen der Hochschule besetzt, in 20 ist die Besetzung variabel und unterschiedlich. Die paritätische Besetzung mit der Gruppe der Universitätsprofessoren und -professorinnen gibt es jedoch regelhaft bei nur drei medizinischen Fakultäten (10 %, Abb. 2). In den anderen 28 Fakultäten ist dies unregelmäßig der Fall. Es wird beklagt, dass es zu wenig Universitätsprofessorinnen in der eigenen Fakultät gibt, von denen die Berufung in eine BK häufig aus Zeitmangel und Überlastung durch die klinische Tätigkeit abgelehnt wird. Teils vorhandene gesetzliche Regelungen geben vor, dass der Anteil der Universitätsprofessorinnen in den BK ihrem prozentualen Anteil an der Fakultät entsprechen soll (dieser Anteil ist jedoch bekanntlich seit Jahren sehr gering). Es handelt sich dabei um eine unwirksame Regelung – aktive Gleichstellungspolitik sieht anders aus! Ebenso wird kaum eine Parität bei den von der BK bestellten Gutachtern und Gutachterinnen gefordert.

Teilweise sind über 20 Berufungsverfahren in einem Jahr zu bearbeiten. Die Mitarbeit an der akademischen Selbstverwal-

tung (eine Dienstaufgabe mit viel Bürokratie) bleibt hier auf der Strecke. Ebenso besteht, insbesondere für die Gleichstellungsbeauftragten, die nicht voll freigestellt sind oder ehrenamtlich arbeiten (und sich anerkennenswerterweise sehr für ihre Aufgaben einsetzen), ein ständiger Spagat zwischen ihrem Amt und ihrem eigentlichen Beruf. Hinzu kommen langwierige, umständliche Prozesse und langsame Verwaltungen, sodass sich die Verfahren oft über mehrere Monate bis Jahre hinziehen. Die Belastung wird übereinstimmend als sehr hoch eingeschätzt, kann aber nur an einigen Fakultäten durch zusätzliche Referentinnen-Stellen abgedeckt werden. Wünschenswert wäre eine faire Gleichbehandlung der Beauftragten in allen Bundesländern.

Offen bleibt, inwieweit sich die Gleichstellungsarbeit auf die eigenen Karrierechancen auswirkt, also ob sie positiv (Wahrnehmung eines gesetzlichen Auftrages, Unterstützung der Fakultätsleitung durch Gleichstellungskonzepte) oder negativ (häufige Abwesenheit am eigenen Arbeitsplatz durch Gremiensitzungen, Einsicht in vertrauliche fakultätsinterne Vorgänge) bewertet wird.



Abb. 2 Parität von Universitätsprofessoren und -professorinnen in medizinischen Fakultäten (n=31): grundsätzliche Parität in 3 Fakultäten (blau: 10 %), mit Frauenbeteiligung in 11 Fakultäten (gelb: 35 %), kaum oder nie, da zu wenig Universitätsprofessorinnen vorhanden, in 17 Fakultäten (orange: 55 %).

Die Zahl der Bewerberinnen bei Berufungsverfahren ist nach wie vor geringer als die der Bewerber. Weibliches Nachwuchspotential (habilitierte Oberärztinnen und außerplanmäßige Professorinnen) ist allerdings vorhanden und wird größer (1). Unterschiede zwischen den klinischen Fächern bestehen: In der Kinderheilkunde gibt es z. B. relativ gesehen mehr Bewerbungen von Frauen als in den chirurgischen Fächern. Als Qualitätsfaktor gilt nach wie vor meist die Zahl der Veröffentlichungen (oft unter Berücksichtigung des äußerst umstrittenen Impaktfaktors). Die Tatsache, dass eine junge Mutter, die Zeit für Kinderbetreuung aufwendet, weniger veröffentlichen kann, wird nicht entsprechend berücksichtigt. So wird die Vereinbarkeitsproblematik zu einer Stellschraube in der komplexen Gemengelage des Drop-Out von Medizinerinnen aus dem Hochschulsystem, wie es u. a. im Gleichstellungsbericht der Medizinischen Fakultät Göttingen steht. Die numerische Höhe

der eingeworbenen Drittmittel und die in Aussicht gestellten weiteren Drittmittel sind ebenso von Bedeutung. Quantität statt Qualität? Maßnahmen aktiver Rekrutierung von Bewerberinnen sind nur in zwei Fakultäten grundsätzlich vorgesehen, werden in weiteren Fakultäten gelegentlich eingesetzt.

Einzelne Gleichstellungsbeauftragte berichten zudem, dass viele Medizinerinnen, die für eine Spitzenposition in Frage kämen, schon in der Postdoc-Phase oder als bereits qualifizierte Professorinnen in nachgeordneter Stellung die Fakultäten verlassen: Sie wünschen flexiblere Arbeitszeiten, geteilte Verantwortung (3, 4), Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Klinikleitung, flachere Hierarchien und einen konstruktiven, wertschätzenden Umgangston. Sie vermissen eine professionelle Führungskultur, die negative Erfahrungen in ihrem ärztlichen Alltag vermeiden kann. Geklagt wird ebenso über eine häufig fehlende Förderung und Unterstützung einer Bewerbung durch den Chef. (Will man vielleicht eine gute Oberärztin als Steuerfrau einer Klinik ungern gehen lassen?) Potenzielle Kandidatinnen, die z. T. direkt angesprochen wurden, bewerben sich nicht, weil ihnen die vorherrschende Arbeitskultur in Verbindung mit einer Spitzenposition nicht attraktiv erscheint. Hier wäre ein Ansatz für die Etablierung anderer Arbeitsmodelle (z. B. Top Sharing) in Spitzenpositionen zu sehen (3).

Arbeitsbedingungen und Mitwirkungsrechte der Frauen-/Gleichstellungsbeauftragten wurden von Molzberger et al. (2020) ausführlich untersucht. Konstatiert wird eine unzureichende Transparenz bei fakultätsinternen Berufungsverfahren für Lehrstühle und ein mitunter schwach ausgeprägtes gleichstellungsbezogenes Problembewusstsein bei Führungskräften, besonders in der Medizin (5).

Überlegungen zur Herstellung von Parität

Wäre es generell nicht möglich, fachlich kompetente Frauen außerhalb der eigenen Fakultät einzubinden, um Parität herzustellen?

Wäre es nicht möglich, fachlich kompetente Personen aus dem europäischen und/oder transatlantischen Ausland, zu dem eine Fakultät meist Kontakte hat, in die BK einzubinden?

Wäre es nicht möglich, auch emeritierte Professorinnen in die BK zu wählen und damit Parität zu erreichen?

Könnte man ggf. die Zahl der Professoren reduzieren und mehr Professorinnen einbinden, um Parität zu erreichen?

Fazit

Die formalen Rahmenbedingungen für die Berufung von Frauen auf Spitzenpositionen der Medizin haben sich in den letzten Jahren nicht verschlechtert. Es scheint eher so, dass die Attraktivität von Spitzenpositionen nachgelassen hat und

viele qualifizierte Kräfte in der Universitätsmedizin nicht mehr ihren Platz sehen.

Die Studie wurde im Rahmen des Ausschusses für Parität des DÄB erstellt. Großzügig unterstützt hat der Verein „Frauen fördern die Gesundheit e. V.“ und die Regionalgruppe Berlin des DÄB. Die Recherchen erfolgten durch E. Lehmisch-Rambo. ◀

Die Literaturangaben finden Sie online unter:
www.aerztinnenbund.de/Paritaet-in-Berufungskommissionen

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Medical Women on Top – Update 2024

Der DÄB legte im März 2025 die 4. Umfrage zu „Medical Women on Top“ vor. Untersucht wurden 16 wichtige klinische Fächer in 36 deutschen medizinischen Fakultäten hinsichtlich der Zahlen von Frauen in Führungspositionen (W3).

Fazit: In den letzten 8 Jahren stieg deren Zahl von 10 % auf 14 %, an der Spitze wiederum die TU Dresden mit 29 %, gefolgt von der TU München und der Universitätsmedizin Bonn. Im Fach Chirurgie gibt es nur 5 %, in der Frauenheilkunde jetzt 25 % Frauen in Führungspositionen. Deutlich zugenommen hat die Zahl der Oberärztinnen und Dekaninnen. Einzelheiten finden Sie im „Medical Women on Top – Update 2024“ auf der Homepage des DÄB. ◀



Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Senior Consultant und stellvertretende Vorsitzende im Ausschuss Parität des DÄB.

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@aerztinnenbund.de

REGIONALGRUPPE KÖLN-BONN-AACHEN

Geführte Wanderung: Weg der Demokratie



Eine lebendige Führung mit Gabriele Mertens

ermöglichte einen anschaulichen Blick auf die politischen, kulturellen und architektonischen Entwicklungen der jungen Bundesrepublik Deutschland.

Ausgangspunkt des Rundgangs: das ehemalige Bonner Regierungsviertel mit seinen zentralen Stationen der deutschen Nachkriegsgeschichte, darunter das Museum Koenig – Ort der konstituierenden Sitzung des Parlamentarischen Rates –, die Villa Hammerschmidt, das Palais Schaumburg, das Bundeskanzleramt sowie das Bonner Bundeshaus mit dem alten Plenarsaal. Auch das Alte Wasserwerk und das ehemalige Abgeordnetenhochhaus „Langer Eugen“ gehörten zu den Stationen der Führung.



Der „Weg der Demokratie“ bei herrlichem Wetter

Am 14. Mai 2025 unternahmen Vertreterinnen der Regionalgruppe Köln-Bonn des DÄB gemeinsam mit der zertifizierten Gästeführerin Gabriele Mertens einen eindrucksvollen Spaziergang entlang des „Wegs der Demokratie“ in Bonn. Die Führung bot eine lebendige Zeitreise durch 50 Jahre Bonner Demokratiegeschichte und

ermöglichte einen anschaulichen Blick auf die politischen, kulturellen

und architektonischen Entwicklungen der jungen Bundesrepublik Deutschland.

Ein besonders eindrucksvoller Moment war die Vorstellung der sogenannten „Mütter des Grundgesetzes“ – vier Frauen, die maßgeblich an der Ausarbeitung des Grundgesetzes beteiligt waren: Elisabeth Selbert, Frieda Nadig, Helene Weber und Helene Wessel. Mit Nachdruck und unermüdlichem Engagement setzten sie sich für die Aufnahme der Gleichberechtigung von Männern und Frauen in die Verfassung ein – ein Meilenstein. Darüber hinaus erinnerte Frau Mertens an Elisabeth Schwarzhaupt, die 1961 als erste Frau in der Bonner Republik zur Bundesministerin für Gesundheitswesen ernannt wurde. Mit einem Augenzwinkern wurde die Geschichte von Lenelotte von Bothmer erzählt – der ersten Abgeordneten, die im Bundestag eine Hose trug. Damals löste das einen kleinen politischen Aufruhr aus, machte aber auch den gesellschaftlichen Wandel sichtbar.



Foto: © Bestand Erna Wagner-Helmke, Stiftung Haus der Geschichte

Mit großem Engagement für die Gleichberechtigung von Männern und Frauen: Die vier Mütter des Grundgesetzes

Frau Mertens verstand es, mit umfangreichem Hintergrundwissen und anschaulichen Anekdoten die politischen Entscheidungen und architektonischen Ausdrucksformen der Epoche in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Besonders interessant war die Frage, wie und warum Bonn zum Regierungssitz der neu gegründeten Bundesrepublik wurde und wie sich das junge westdeutsche Staatswesen nach außen präsentierte: eher sachlich und bescheiden oder modern und repräsentativ?

Im letzten Teil des Rundgangs wurde der Blick auf die Zeit nach dem Regierungsumzug nach Berlin gelenkt. Wie hat Bonn den Wandel verkraftet? Welche Funktionen haben die historischen Gebäude heute? Hier zeigte sich: Die Stadt hat sich mit viel Kreativität und Engagement neu erfunden – ganz im Sinne des kölschen Grundsatzes: „Et kütt wie et kütt un et hätt noch emmer joot jejange.“

Die Führung war für alle Beteiligten informativ und inspirierend – ein gelungener Einstieg in das gemeinsame Netzwerken und den Austausch innerhalb des DÄB. ◀

*Dr. med. Martina Waltz ist Vorsitzende
der Regionalgruppe Köln-Bonn-Aachen des DÄB*

REGIONALGRUPPE HANNOVER

Sterbehilfe: (K)eine ärztliche Aufgabe? Besuch bei der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, hatte die Regionalgruppe Hannover des DÄB, deren Mitglied sie ist, am 14.05.2025 zu einer Führung durch das neue Gebäude der Ärztekammer Niedersachsen mit anschließendem Vortrag zum Thema Sterbehilfe eingeladen.

Ein Blick in das Foyer ließ die 30 Kolleginnen, Studentinnen und Gäste staunen: Der weite, lichtdurchwirkte Raum mit der sog. Himmelstreppe als Kernstück vermittelt einen einladenden und transparenten Eindruck. Neben einem öffentlich genutzten Restaurant, einer großzügig angelegten Tiefgarage und Gendertoiletten sowie einem Eltern-Kind-Raum für alle Gelegenheiten, in denen Eltern ihre Kinder in die Ärztekammer mitbringen, stellte sich die breit angelegte Terrassierung mit Ausblick über Hannover als das Highlight der Führung heraus.



Ein Dankeschön an Dr. Martina Wenker (2. v. l.) von Dr. Ilsemarie Horst, Dr. Nora Stief und Dr. Ange Hanke-Lensing in der ÄKN

In dem auf die Führung folgenden Vortrag „Sterbehilfe: (k)eine ärztliche Aufgabe?“ schilderte Dr. Wenker die ethische und rechtliche Problematik nach dem verfassungsrechtlich gefällten Urteil, dass jeder Mensch auch ohne medizinische Indikation/Begründung das Recht auf selbstbestimmtes Sterben habe. Daraus resultieren neue Herausforderungen für den ärztlichen Beruf und ein kontrovers diskutierter Interpretationsspielraum entsteht. Im Anschluss an den Vortrag wurde

die Diskussionsrunde eröffnet: Hier teilten die Ärztinnen und angehenden Ärztinnen ihre intensiven beruflichen und persönlichen Erfahrungen mit Palliativmedizin, Sterbehilfe bei todkranken Kindern und den zu wenig berücksichtigten „second victims“: den Lokführerinnen und -führern, den Pflegenden sowie chronisch belasteten Angehörigen. Wie selbstverständlich die Tiermedizin dagegen mit der Sterbehilfe umgeht! Einig waren sich alle, dass Ärztinnen und Ärzte Suizidwünsche ernst nehmen und gewissenhaft beraten müssen. Die tatsächliche Beihilfe zum Suizid sei jedoch keine ärztliche Pflicht und liege somit im persönlichen Ermessen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Fortbildung und Erfahrungsaustausch zu diesem Thema seien unverzichtbar.

Und so neigte sich die Veranstaltung dem Ende zu: gestärkt und durch intensiven kollegialen Austausch mit verschiedenen professionellen Perspektiven angeregt. Ein großer Dank für diese Veranstaltung! ◀

Dr. med. Ilsemarie Horst ist Hausärztin und erste Vorsitzende der Regionalgruppe Hannover des DÄB

Nachwort zum DACH-Kongress 23.–24. Mai 2025 in Zürich

Liebe Kolleginnen,
ich danke allen für die große Mithilfe beim Kongress „Neue Welten“. Den Anfang machte die Fortpflanzungsmedizin, ausgezeichnet von R. Moffat dargestellt und von der Genetikerin G. du Bois (Statistik, Rechtliches, Zukunftsaussichten) kritisch beleuchtet. Im anschließenden Workshop diskutierten wir Eizellspende und Leihmutterchaft. Weiter berichteten drei Kolleginnen (L. Hütter, H. Wolf, M. Hufgard-Leitner) über eine interdisziplinäre gynäkologisch-rheumatologische Sprechstunde für Schwangere, über eine Anlaufstelle für Frauengesundheit außerhalb von Wien-Zentrum sowie über wissenschaftliche Fortschritte bzgl. Gendermedizin. Am zweiten Tag ging es um Geschlechtsinkongruenz und -varianz bei Jugendlichen und um geschlechtsmodifizierende Behandlungen. Der Kinderendokrinologe S. Riedl beschrieb die hormonellen und chirurgischen Eingriffe. Die Psychiaterin A. Güldenring erläuterte die Situation bei Erwachsenen. Der letzte Themenblock umfasste KI und Digitalisierung, u. a. den „digitalen Zwilling“, vorgestellt von C. Witt (Integrative/komplementäre Medizin und Digitalisierung) und B. Strahwald (Epidemiologie und Public Health). Es wurde gefordert, dass KI geschlechtergerecht sein und immer kritisch hinterfragt werden muss. ◀

Dr. med. Adelheid Schneider-Gilg ist ehem. Präsidentin und Quästorin der medical women switzerland (mws).

SAVE THE DATE:

4. Internationaler Kongress der Ärztinnen
Deutschland | Österreich | Schweiz
15.–17. Oktober 2027 in München

ERSCHÜTTERNDER BERICHT AUS EINEM KRIEGSGEBIET

Ukrainische Kollegin zu Gast beim DACH-Kongress in Zürich

Kolleginnen aus den Regionalgruppen Bayern-Süd und Wuppertal des DÄB haben sich zusammengetan und Frau Prof. Valentyna Kondratiuk aus Kyjiw zum DACH-Kongress in Zürich eingeladen. Frau Prof. Kondratiuk ist Gynäkologin und spezialisiert auf In-Vitro-Fertilisation, dem Hauptthema des ersten Kongresstages. Sie macht zurzeit ein unentgeltliches Praktikum in der Schweiz, wo sie nach dem geltenden Asylgesetz als ukrainische Staatsbürgerin Schutz erhalten hat.



Renate Böhm, NC des DÄB und Prof. Valentyna Kondratiuk

Für uns war es erschütternd, von Frau Prof. Kondratiuk zu hören, dass in der Ukraine Frauen um die vierzig ihre Eizellen einfrieren lassen. Sie wollen die Chance wahren, ggf. ein weiteres Kind bekommen zu können, sollte der Sohn im Krieg fallen. Ebenso lassen viele Männer ihr Sperma einfrieren, bevor sie an die Front müssen, für den Fall, dass sie im Krieg fallen.

Da tat es am Abend gut, mit der Schweizer Musikerin Olga Tucek die schönen und komischen Seiten unseres Berufs wiederzufinden. ◀

Dr. Renate Böhm, NC

MEETING DER REGION NORTHERN EUROPE DER MWIA

Deutscher Ärztinnenbund zu Gast in Cambridge

Es begann mit einem Formal Dinner im altherwürdigen Downing College in Cambridge und der Begrüßung durch Prof. Graham Virgo, den Master. Ärztinnen aus Nord- und Zentraleuropa, Kanada und sogar aus Brasilien trafen sich auf Einladung der Medical Women's Federation UK (MWF) zum Kongress der Region Nordeuropa des Weltärztinnenbundes (MWIA) in Cambridge. Die Freude über das persönliche Wiedersehen nach fünf Jahren Online-Treffen war groß. Vom DÄB waren die Ehrenpräsidentin Dr. Astrid Bühren, die NC Dr. Renate Böhm und Dr. Anna Miletzki nach Cambridge gereist.



Foto: © R. Böhm

Auf dem Rasen des Downing College: rechts außen: Dr. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des DÄB; 3. von rechts: Dr. Renate Böhm NC; Mitte: Dr. Eleanor Nwadinobi, Präsidentin der MWIA; links daneben in der 1. Reihe: Dr. Elizabeth Lichtenstein, Vice President Northern Europe

Nach dem Dinner sprach Dr. Rachel Clarke, Ärztin für Palliativmedizin und Autorin von „Breathtaking“, einem Buch über die COVID-19-Pandemie, über die Herausforderungen unserer Tätigkeit.



Foto: © R. Böhm

Pragmatische Lösung: Meeting auf dem Flur

Nach dem Dinner sprach Dr. Rachel Clarke, Ärztin für Palliativmedizin und Autorin von „Breathtaking“, einem Buch über die COVID-19-Pandemie, über die Herausforderungen unserer Tätigkeit. Am Samstag ging es weit weniger ehrwürdig weiter: Die anwesenden Kolleginnen versammelten sich unter Leitung der Vizepräsidentin der MWIA, Dr. Elizabeth Lichtenstein, zum Business Meeting im Flur der East Anglia University. Der Hörsaal war noch geschlossen, also wurde schnell improvisiert – das können wir Ärztinnen gut. Es war kalt und laut von den Automaten im Hintergrund. Trotz der improvisierten Umgebung wurden viele Themen der MWIA behandelt und die Präsidentin, Dr. Eleanor Nwadinobi, lud zum Kongress der MWIA vom 12. bis 14. Oktober 2025 in Kairo ein.

Als der zuständige Hausmeister kam und den Hörsaal aufschloss, ging es deutlich komfortabler weiter mit zwei Panels zu den Themen „Violence against Women and Girls“ und „The Woman Doctor's Experience and their Work Environment“.

Das nächste Northern Europe Meeting findet vom 5. bis 7. Juni 2026 in der Nähe von Amsterdam statt. ◀

Dr. Renate Böhm ist Mitglied der Interessensgruppe MWIA des DÄB und kooptiertes Mitglied im DÄB-Vorstand. Als National Coordinator (NC) koordiniert sie den Austausch mit der MWIA.



Foto: privat

BUCHBESPRECHUNG

Durch die gläserne Decke

 PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Das Buch enthält Beiträge von 24 Chefärztinnen in der Neurochirurgie in Deutschland, die von 12 Mitgliedern der Kommission „Frauen in der Neurochirurgie – offen für alle“ befragt wurden, ergänzt durch eine sorgfältige Recherche, z. B. in Dokumentationen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Die Interviewten beschrieben ihren Weg in einem Fach, das traditionell androzentriert wahrgenommen, verwaltet und fachlich verantwortet wird. Es war für alle Befragten schwer, die gläserne Decke zu durchstoßen und sich den Weg an die Spitze zu erkämpfen. Vorbilder waren rar, so musste z. B. die erste Neurochirurgin weltweit, Alice Rosenstein, vor den Nazis fliehen. Sie starb 1991 mit 93 Jahren in den USA: nicht der einzige Fall eines Aderlasses, den die Nationalsozialisten durchgeführt haben, indem sie exzellente Ärztinnen und Ärzte verfolgten. Sie fehlten als Vorbilder für kommende Generationen – bis heute.

Jutta Krüger, Ulrike Eisenberg (Hg.)

Durch die gläserne Decke

Wege deutscher Neurochirurginnen in Spitzenpositionen



Benachteiligung durch Vorurteile, fehlende Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Mobbing durch männliche Kollegen erschwerten bereits den Weg zur Fachärztin. Trotz aller Widrigkeiten hatte man sein Ziel im Auge – als Einzelkämpferin, fernab von offiziellen Beteuerungen hinsichtlich der Gleichstellung. Die Befragten berichten über Benachteiligungen

aufgrund ihres Geschlechts, über Anmache und Sexismus. Das Buch soll zeigen: Du bist nicht allein, wir haben es geschafft, das kannst du auch! Und das gilt genauso für andere Fächer der Medizin! ◀

Jutta Krüger, Ulrike Eisenberg (Hg.): „Durch die gläserne Decke. Wege deutscher Neurochirurginnen in Spitzenpositionen“, LIT Verlag Dr. W. Hopf, Berlin 2024, ISBN: 978-3-643-25100-8, ISBN: 978-3-643-45100-2 (PDF).

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Senior Consultant des DÄB.

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@aerztinnenbund.de



Foto: privat

BUCHBESPRECHUNG

Ah, ein Herz, verstehe

 HON.-PROF. DR. MARIA LINSMANN-DEGE

Das Buch umfasst die Werke von 101 Dichterinnen und Dichtern mit ihrem Blick auf die Medizin. Es spannt einen zeitlichen Bogen von der Neuzeit bis heute. Große Dichternamen sind dabei: Teresa von Avila, Philipp Melanchthon, Shakespeare, Goethe, Schiller oder Hölderlin, nicht zu vergessen Gottfried Benn, Else Lasker-Schüler, Erich Kästner, Bertolt Brecht, Paul Celan und Ingeborg Bachmann. Ein lyrischer Ritt durch die Jahrhunderte, grenzenlos und frei. Da wird „barock lamentiert, romantisch verklärt und anatomisch beobachtet“.

Herausgeber des Buches ist der Freiburger Arzt und Schriftsteller Jakob Leiner. Die Sammlung tastet die Schnittstelle von Poesie und Medizin, von Krankheit und Heilung ab. Immer schon gehörte zum Heilen: das Wort, die Pflanze, das Messer. Angesichts unserer heutigen hochspezifizierten Medizin möchte Leiner seine Anthologie auch als Plädoyer verstanden wissen für eine sprechende Medizin der Zukunft. Denn hinter dem Wort komme das Menschliche zum Tragen, sei Sprache ein Kurort.



Leiners Gedichtsammlung funktioniert auch als Spiegel gesellschaftlicher Umwälzungen, ausgelöst etwa durch Pandemien oder Kriege. Sie liest sich als Revue der Medizingeschichte. Das meist unterschätzte Heilmittel, so Leiner, ist das der lyrischen Sprache. Sie stillt Neugier, weckt Lebensmut und trägt so zur Herzensbildung bei. „Ah, ein Herz, verstehe“ sollte daher in keinem Arztzimmer fehlen. ◀

Jakob Leiner (Hg.): „Ah, ein Herz, verstehe. Gedichte von Heilenden und Kranken aus 500 Jahren“, Quintus-Verlag, ISBN: 978-3-96982-102-2.

Eine Version des Textes mit Auszügen aus der Gedichtsammlung finden Sie online: www.aerztinnenbund.de/Ah-ein-Herz

Hon.-Prof. Dr. Maria Linsmann-Dege ist Vorsitzende der Jury für die Vergabe der „Silbernen Feder“ des DÄB.

E-Mail: maria.linsmann@posteo.de

DÄB-Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung (MV) findet im Anschluss an den 39. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes statt: (25.–27.09.2025)

Datum: 27.09.2025

Uhrzeit: ab 13:30 Uhr

Ort: STRAZE – Kultur- und Initiativenhaus
Greifswald e.V.
Stralsunder Str. 10
17489 Greifswald

Turnusgemäß wird bei dieser MV der Vorstand neu gewählt. Informationen zu den Kandidatinnen für den neuen Vorstand finden Sie auf den hier folgenden Seiten 24 bis 27 sowie im internen Bereich der DÄB-Website.

Vorläufige Tagesordnung

Informationen zum öffentlichen Teil des Kongressprogramms am 27.09.2025 finden Sie auf der Rückseite dieser Ausgabe der **ärztin**.

13:30–17:00 Uhr DÄB-Mitgliederversammlung
(Teilnahme nur für Mitglieder)

1. Feststellen der Beschlussfähigkeit
2. Genehmigung der Protokolle der ordentlichen MV am 26.10.2024 in Berlin und der außerordentlichen MV am 08.03.2025 in Düsseldorf
3. Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung
4. Totenehrung
5. Bericht der Präsidentin und des Vorstandes
6. Finanzbericht

7. Bericht der Kassenprüferinnen
8. Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstandes
9. Wahl des neuen Vorstandes des DÄB
10. Wahl der Kassenprüferinnen
11. Anträge zur Satzung
12. Weitere Anträge
13. Wahl der Antragskommission für die kommende Legislaturperiode
14. Termine/künftige Kongressorte
15. Verschiedenes
16. Ausblick und Verabschiedung

Briefwahl

Es ist Ihnen nicht möglich, an der MV und an der Vorstandswahl teilzunehmen? Satzungsgemäß haben die Mitglieder die Möglichkeit der Briefwahl. Das Anforderungsschreiben erhalten Sie über die Geschäftsstelle des DÄB. Laut Wahlordnung müssen die Anträge auf Briefwahl spätestens zwei Wochen vor der Wahl, das heißt am **13.09.2025**, bei der Wahlleiterin postalisch eingegangen sein. Die ausgefüllten Unterlagen zur Briefwahl müssen bis spätestens **23.09.2025** der Wahlleiterin vorliegen.

Anträge

Anträge zur Ergänzung der Tagesordnung können noch bis zum **16.08.2025** in der Geschäftsstelle des DÄB angenommen werden. Weitere Anträge müssen bis spätestens 4 Wochen vor der MV bei der Antragskommission via Geschäftsstelle (gsgdaeb@aerztinnenbund.de) eingegangen sein. Informationen hierzu und Formulare zur Einreichung der Anträge finden Sie im internen Bereich der Homepage, oder Sie können diese über die Geschäftsstelle anfordern.



Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung am 27.09.2025 in Greifswald

Die DÄB-Mitgliederversammlung (MV) findet um 13:30 Uhr im STRAZE – Kultur- und Initiativenhaus Greifswald e. V. statt. Turnusgemäß wird bei dieser MV der Vorstand neu gewählt. Wie in der außerordentlichen MV am 08.03.2025 beschlossen, können sich zwei Co-Präsidentinnen als Team bewerben.

Im Folgenden stellen sich die Kandidatinnen vor, die bis zum Redaktionsschluss am 20.06.2025 eine vollständige Bewerbung eingereicht hatten. Ausführlichere Versionen der Kandidatinnenprofile finden Sie im internen Bereich der DÄB-Website.

Jana Pannenbäcker Kandidatur als Co-Präsidentin (im Team mit Barbara Puhahn-Schmeiser)

Als Fachärztin für Allgemeinmedizin bin ich in einer Hausarztpraxis in Sprockhövel angestellt. Ich befinde mich in der letzten Phase der Weiterbildung zur ärztlichen Psychotherapeutin. In den letzten vier Jahren durfte ich zunächst als Beisitzerin, später als Vize-Präsidentin die Arbeit des DÄB-Vorstandes mitgestalten.



Foto: Catharina Tewes

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Weiterbildung zur ärztlichen Psychotherapeutin, 35 Jahre, Essen

2019 bekam ich auf dem Deutschen Ärztetag in Münster durch meine heutige Mentorin, Dr. Christiane Groß, einen Einblick in die Berufspolitik. Meine Faszination für diese „Parallelwelt“ sowie meine Motivation, etwas für Ärztinnen in dieser doch noch sehr von „alten weißen Männern“ dominierten Welt verändern und mitgestalten zu wollen, führten dazu, dass ich zunächst fünf Jahre Mitglied im Arbeitskreis „Junge Ärztinnen und Ärzte“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe wurde.

Seit Oktober 2024 bin ich Vorsitzende dieses Arbeitskreises und gewähltes Mitglied der Kammerversammlung der ÄKWL.

Mit meiner Kandidatur im Team mit Barbara Puhahn-Schmeiser als Co-Präsidentinnen des DÄB möchte ich eine Brücke bauen zwischen niedergelassenen und angestellten Kolleginnen, zwischen jungen und älteren Ärztinnen sowie zwischen dem Aufrechterhalten von Tradition und der Offenheit für Innovation. Es ist mir eine Herzensangelegenheit, dass wir jungen Ärztinnen zeigen, dass es möglich ist, Familie, Beruf, Karriere und Berufspolitik zu vereinen, ohne dabei die eigene Gesundheit aufs Spiel zu setzen.

Meine Erfahrungen, die ich in den letzten Jahren gemeinsam mit dem aktuellen Vorstands-Team gesammelt habe, meine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Barbara Puhahn-Schmeiser, aber ebenso außerhalb des Vorstandes mit Sonja Mathes im Rahmen der Planungen für Workshops des MentorinnenNetzwerks mit dem Jungen Forum, geben mir das Vertrauen, dieser neuen Aufgabe gewachsen zu sein. Ich bin überzeugt, dass wir in einem sich wertschätzenden Vorstandsteam die Themen des DÄB weiter voranbringen können.

Ich möchte Sie, liebe Kolleginnen, um Ihr Vertrauen und Ihre Stimme bei der Wahl im September dieses Jahres bitten. ◀

Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser Kandidatur als Co-Präsidentin (im Team mit Jana Pannenbäcker)

Als Neurochirurgin absolviere ich aktuell die Zusatzweiterbildung in Spezieller Schmerztherapie. Zudem leite ich den Studiengang Physician Assistant in Münster. Ich bin verheiratet und habe vier Kinder.



Foto: Oliver Kraus

Fachärztin für Neurochirurgie, Uniklinik Freiburg, aktuell Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie, 42 Jahre, Heilbronn

Seit 2013 engagiere ich mich mit großer Freude im Vorstand des DÄB, seit 2015 als Vizepräsidentin. In dieser Zeit konnte ich vielfältige Einblicke gewinnen, Verantwortung übernehmen und aktiv zur Weiterentwicklung unseres Verbandes beitragen. Besonders bereichernd waren für mich die Begegnungen mit vielen inspirierenden Kolleginnen – sie motivieren mich bis heute.

Ein wichtiges Anliegen ist für mich die stärkere Vernetzung von jungen und erfahrenen Kolleginnen. Dieser Austausch ist essenziell für einen lebendigen Verband. Dafür möchte ich gezielt Räume

und Formate schaffen. Auch die Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen Verbänden ist mir wichtig: Ich möchte Allianzen ausbauen, Netzwerke stärken und unsere Expertise gezielt einbringen.

Den DÄB sehe ich als starke Stimme im gesundheitspolitischen Diskurs, um strukturelle Veränderungen für bessere Rahmenbedingungen in Klinik, Praxis, Wissenschaft und Lehre mitzugestalten. Wir brauchen eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, faire Karriere-chancen sowie gleichberechtigte Teilhabe in Führungspositionen.

Für die kommende Legislatur bewerbe ich mich gemeinsam mit Jana Pannenbäcker als Co-Präsidentin. Unsere bisherige Zusammenarbeit war – genauso wie zum Rest des bisherigen Vorstands – stets geprägt von Vertrauen, Offenheit und gemeinsamen Zielen. Mit mir bewerben sich u. a. Dr. Petra Büchin, die ich über die mehrfache Vertretung des DÄB als Keynote-Speakerinnen sehr gut kenne, Dr. Sonja Mathes, die ich über die Organisation gemeinsamer Seminare kennen- und schätzen gelernt habe, sowie Dr. Monika Stichert, mit der ich über das Thema Mutterschutz eng verbunden bin. Ich bin davon überzeugt, dass wir gemeinsam viel bewegen können. Mein Ziel ist es, den Einfluss des DÄB zu stärken und den Mehrwert für unsere Mitglieder auszubauen – mit Offenheit für neue Impulse und einem klaren Blick für die Herausforderungen der Zukunft.

Dafür möchte ich meine Erfahrung, Energie und Leidenschaft einbringen und bitte um Ihr Vertrauen und Ihre Stimme. ◀

Dr. med. dent. Angelika Brandl-Riedel

Kandidatur als Vizepräsidentin

Seit 2017 bin ich Schriftführerin im Vorstand des DÄB. Besondere Freude hat es mir bereitet, mit den engagierten Kolleginnen aktiv wichtige Themen von Ärztinnen mitgestalten zu können und die

Möglichkeit zu haben, eine Brücke zwischen den Zahnärztinnen und Ärztinnen zu sein.



Niedergelassene Zahnärztin, Düsseldorf

Seit meiner Niederlassung 1998 in Düsseldorf in einer eigenen ganzheitlich orientierten zahnärztlichen Praxis u. a. mit den Schwerpunkten Implantologie und Phobiotherapie engagiere ich mich standespolitisch. Der Fokus meiner standespolitischen Gremien-Arbeit lag und liegt auf der Realisierung einer genderunabhängigen Gleichbehandlung im beruflichen Alltag und der Karriereplanung der Kolleginnen.

Seit 2000 bin ich im Vorstand des Deutschen Zahnärzte Verbandes aktiv und wurde 2012 zur Vorsitzenden gewählt. Ich konnte mir ein langjährig gewachsenes gesundheitspolitisches Netzwerk bundesweit aufbauen.

Meine Ziele in der Vorstandsarbeit sind:

- Formulierung von Forderungen an die Politik nach genderunabhängiger Gleichstellung im ärztlichen Berufsfeld (Niederlassung, Klinik und Universität),
- Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für alle Beteiligten,
- Stärkung der Chancengleichheit von Ärztinnen bei der Besetzung von Führungspositionen auf allen beruflichen und standespolitischen Ebenen.

Als Vizepräsidentin im DÄB möchte ich mein Wissen, meine Energie und meine Erfahrungen in fachübergreifender interdisziplinärer Vernetzung von Frauen im Gesundheitswesen einbringen. Ich möchte gerne die konstruktive, innovative und vertrauensvolle DÄB-Vorstandsarbeit mit den geschätzten Kolleginnen

Barbara Puhahn-Schmeiser, Jana Pannenbäcker, Jana Aulenkamp und Heike Raestrup fortsetzen. Zudem schätze ich die Expertise von Monika Stichert und Petra Büchin für eine erfolgreiche Arbeit im DÄB sehr.

Ich hoffe auf Ihr Vertrauen und bitte um Ihre Stimme, um diese Ziele weiterhin verfolgen und die Rechte der Kolleginnen vertreten und stärken zu können. ◀

Dr. med. Petra Büchin

Kandidatur als Vizepräsidentin

An der RWTH Aachen habe ich meine Ausbildung zur Allgemeinchirurgin abgeschlossen. Nach meinem Studium an der RWTH Aachen absolvierte ich dort meine Weiterbildung zur Allgemeinchirurgin. Nach der Elternzeit habe ich meinen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie eine Weiterbildung zur Wirbelsäulenchirurgin abgeschlossen. Seit acht Jahren leite ich im Top-Sharing die Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Rückentherapie am Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart. Zudem war ich 2,5 Jahre als ärztliche Direktorin tätig und setze mich deshalb intensiv mit der Krankenhausreform auseinander.



Chefärztin für Wirbelsäulenchirurgie, Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart, 56 Jahre, Kornwestheim

In der SANA AG engagiere ich mich im Frauennetzwerk EMPOWERHER. Im DÄB engagiere ich mich seit vielen Jahren. Gemeinsam mit meiner Regionalgruppe habe ich im Jahr 2022 einen Workshop „Traumberuf Ärztin im Spannungsfeld Klinik, Familie und Karriere“ ausgerichtet. Jährlich organisiere ich außerdem den Girls' Day in meiner Klinik. Mit

Barbara Puhahn-Schmeiser arbeite ich zu Female-Leadership-Themen: Wir waren mehrfach als Keynote Speakerinnen für den DÄB eingeladen. Zeitweise habe ich im DÄB die AG für lebensfreundliche Arbeitsbedingungen geleitet.

Mein Engagement im DÄB sehe ich in der Gleichberechtigung von Ärztinnen sowie im Schaffen von Arbeitsplätzen für Ärztinnen in Führungspositionen. Nur durch die Umgestaltung der Arbeitsabläufe in Krankenhäusern und durch flexible Arbeitsmodelle wie z. B. Top-Sharing lässt sich eine moderne Work-Family-Balance erreichen. Als Chefärztin kenne ich sowohl die Perspektive der Arbeitnehmerin als auch die des Arbeitgebers und sehe für den DÄB ein großes Aufgabenfeld in der Unterstützung von Ärztinnen im privaten und beruflichen Umfeld.

Außerdem setze ich mich für geschlechtersensible Medizin ein. Als Wirbelsäulenchirurgin sehe ich einen dringenden Bedarf, bereits vor der Perimenopause Präventionsprogramme für Frauen zu entwickeln, um mit einer passgenauen Hormonersatztherapie (HRT) präventiv Alterserkrankungen wie Osteoporose, Sarkopenie, Fettstoffwechselstörungen, Herzerkrankungen und psychische Erkrankungen zu minimieren. Ohne HRT reduzieren diese Erkrankungen die Gesundheitsspanne und Lebensqualität von Frauen im Alter sehr stark.

Unterstützt durch das Vertrauen von Barbara Puhahn-Schmeiser und aufgrund meines bisherigen beruflichen Engagements, sehe ich mich der Aufgabe im DÄB-Vorstand gewachsen und freue mich auf eine konstruktive Zusammenarbeit in einem gut vernetzten Team.

Ich möchte Sie, liebe Kolleginnen, um Ihre Stimme bei der Wahl im September dieses Jahres bitten. ◀

Dr. med. Heike Raestrup Kandidatur als Schatzmeisterin

Nach Rückkehr von der Uniklinik Tübingen in die Rhein-Main-Region und nach

meiner Tätigkeit als Oberärztin an Krankenhäusern bin ich seit einigen Jahren in Teilzeit als angestellte Chirurgin in einem MVZ beschäftigt. Seit 2006 bin ich Mitglied der Regionalgruppe Frankfurt des DÄB und als Schatzmeisterin dort tätig.



Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie, 66 Jahre, Limburg a. d. Lahn

Berufspolitisch engagiere ich mich seit 2017 als Delegierte der Landesärztekammer Hessen. Dort gefällt mir besonders, dass in Hessen fast alle weiblichen Delegierten aller Listen ebenfalls Mitglied im DÄB sind. Seit 2022 bin ich Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für Angestellte Ärztinnen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Hier sehe ich noch Nachholbedarf, da in der Vertreterversammlung und in leitenden Positionen leider nur wenige Ärztinnen zur Mitarbeit motiviert werden konnten. Darüber hinaus bin ich Mitglied im Vorstand des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen.

In den Vorstand des DÄB wurde ich 2017 gewählt und bin dort Schatzmeisterin. Neben der Unterstützung der Geschäftsstelle und des Vorstandes in Sachen Finanzen sowie der weiteren Vorstandsarbeit engagiere ich mich im Redaktionsausschuss der **ärztin** und bin Mitglied im Ausschuss Mentoring. Das MentorinnenNetzwerk, für das wir noch deutlich mehr ehrenamtliches Engagement von erfahrenen Kolleginnen brauchen, verlangt viel Organisation, die auch mit Unterstützung der Geschäftsstelle erfolgt. Im MentorinnenNetzwerk bin ich für das Matching, also das Zusammensuchen und -finden von erfahrener Kollegin als Mentorin und junger Kollegin als Mentee, zuständig. Diese

Arbeit würde ich im neuen Vorstand gerne fortsetzen. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit in einem gut vernetzten Vorstandsteam.

Ich möchte Sie, liebe Kolleginnen, um Ihre Stimme bei der Wahl im September dieses Jahres bitten. ◀

Dr. med. Monika Stichert Kandidatur als Schriftführerin

Nach einer Ausbildung zur Röntgenassistentin und meiner Arbeit in der Diagnostik und im Herzkatheterlabor habe ich in Düsseldorf mein Medizinstudium aufgenommen. Anschließend habe ich meine Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin in den Städtischen Kliniken der Stadt Düsseldorf (Lehrkrankenhaus der Universität zu Düsseldorf) verbracht.



Fachärztin für Arbeitsmedizin, 67 Jahre, Düsseldorf

Nachdem unser Sohn geboren war, wurde mir schnell bewusst, dass ich neue Wege gehen musste und wollte. Daher bin ich an den Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln gewechselt. Als Fachärztin für Arbeitsmedizin wurde ich 1995 die Leitende Betriebsärztin der Universität und Uniklinik zu Köln. Die Gestaltungsmöglichkeiten aus einer leitenden Position heraus habe ich immer als herausfordernd und befriedigend empfunden.

2001 folgte der Schritt in die Privatwirtschaft: Ich übernahm die Leitung eines übergeordneten arbeitsmedizinischen Zentrums mit 14 ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. 2004 habe ich mich in eigener Praxis für Arbeits- und Reisemedizin selbstständig gemacht. Im gleichen Jahr wurde ich DÄB-Mitglied und

leite seitdem die Regionalgruppe Düsseldorf mit einer Unterbrechung von zehn Jahren. Seit sechs Jahren bin ich vom DÄB in die AG für körperliche Belastungen des Unterausschusses III des Mutterschutzausschusses beim Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend berufen. Seit vier Jahren leite ich diesen Ausschuss.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Frauen im Berufsleben und deren Akzeptanz bzw. Karrieremöglichkeiten sind Themen, die mich schon als Betriebsärztin interessiert haben. Ich bewerbe mich deshalb als Schriftführerin für die Vorstandsarbeit und würde gerne gemeinsam mit den Kolleginnen Puhahn-Schmeiser, Pannenbäcker, Brandl-Riedel – eine frühere Schulkollegin – und den weiteren Kolleginnen, die sich zur Wahl stellen, an den gegenwärtigen und zukünftigen Zielen des DÄB weiterarbeiten.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mir Ihr Vertrauen aussprechen und bitte um Ihre Stimme. ◀

Dr. med. Jana Aulenkamp Kandidatur als Beisitzerin

In der vergangenen Amtsperiode konnte ich die Arbeit des DÄB aktiv mitgestalten, insbesondere mit einem Schwerpunkt auf Digitalisierung in der Medizin und dem Ausbau unserer Social-Media-Präsenz. Ziel war es, unsere Themen noch stärker in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken und insbesondere jüngere Kolleginnen gezielt anzusprechen und einzubinden.



Ärztin in Weiterbildung für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Essen, 34 Jahre, Bochum

Besonders positiv habe ich in der letzten Periode die Teamarbeit im Vorstand erlebt. Die wertschätzende Zusammenarbeit und der offene Austausch unter uns Frauen waren für mich sehr bereichernd. Ich bin überzeugt, dass wir gemeinsam mehr erreichen können und dass gegenseitige Unterstützung unter Ärztinnen essenziell ist. Gemeinsam sind wir stark – das möchte ich weiter fördern.

Seit vielen Jahren engagiere ich mich für Wissenschaft und Nachwuchsförderung. Als promovierte Ärztin in Weiterbildung bin ich an einer Universitätsklinik tätig und bringe mich in mehreren Fachgesellschaften ein. Die Verbindung von Forschung, Lehre und Klinikalltag ist mir wichtig, da sie strukturelle Gleichstellung, wissenschaftliche Förderung und Berufsrealität vereint. An der Universität Essen habe ich ein Seminar zur Frauenförderung etabliert, das junge Medizinerinnen unterstützt und Themen wie Sichtbarkeit, Netzwerke und Karrierewege behandelt. Neben medizinischen Themen ist es mir wichtig, dass wir Ärztinnen auch gesellschaftliche Entwicklungen wie Digitalisierung, Diversität und soziale Gerechtigkeit aktiv mitgestalten. Offenheit gegenüber anderen Netzwerken halte ich dabei für einen wichtigen Erfolgsfaktor.

Ich freue mich über Ihr Vertrauen und die Möglichkeit, mich weiterhin im Vorstand des DÄB engagieren zu dürfen. ◀

Dr. med. Sonja Mathes Kandidatur als Beisitzerin

Seit vier Jahren engagiere ich mich im Vorstand des Jungen Forums des DÄB und durfte dort zahlreiche Impulse mitgestalten – u. a. bei der Konzeption und Durchführung der Zukunftsabende sowie bei der Organisation und Moderation unseres großen Zukunftskongresses vor zwei Jahren.

Darüber hinaus vertrete ich den DÄB im Deutschen Frauenrat, was mir die besondere Ehre ermöglichte, als Delegierte bei den Vereinten Nationen zu agieren. Im Marburger Bund setze ich mich

zudem als Vorsitzende im Sprecherat der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte für die Belange des ärztlichen Nachwuchses ein. Gemeinsam mit Jana Pannenbäcker organisiere ich seit vielen Jahren Seminare für junge Ärztinnen – eine Zusammenarbeit, die ich sehr schätze.



Ärztin in Weiterbildung an der Technischen Universität München, 31 Jahre

Ich arbeite als Ärztin in Weiterbildung an der Technischen Universität München, bin Mitglied der dortigen Ethikkommission und leite das von mir gegründete nationale Netzwerk Young Ethics Experts. Neben meiner klinischen Tätigkeit forsche ich zu Themen rund um KI, Ethik und Allergologie.

Im Vorstand des DÄB möchte ich insbesondere die Perspektiven junger Ärztinnen sichtbar machen, wie sie mir über meine Netzwerke täglich begegnen. Ich wünsche mir eine noch stärkere Verbindung zwischen jungen und erfahrenen Kolleginnen, um voneinander zu lernen und gemeinsam eine Berufsrealität zu schaffen, die unseren Bedürfnissen als Ärztinnen und unseren Familien gerecht wird. Ein besonderes Anliegen ist mir zudem die Stärkung ethischer Perspektiven und eines respektvollen, fairen Miteinanders.

Ich freue mich über Ihr Vertrauen und die Möglichkeit, mich künftig im Vorstand des DÄB engagieren zu dürfen. ◀



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

39. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes in Greifswald „STRAZE“

Donnerstag, 25. September 2025

15.00–18.30 Uhr Vorstandssitzung
ab 19.00 Uhr Get together

Freitag, 26. September 2025

08.30–08.50 Uhr Achtsamkeitsübung
09.00–09.30 Uhr Grußworte, Eröffnung
09.30–10.15 Uhr Als ÄrztIn, Persönlichkeit und Mensch in der Operativen Medizin
10.15–10.45 Uhr Kaffeepause
10.45–11.30 Uhr InKE – Inklusive Exzellenz in der Medizin
11.30–12.30 Uhr Podiumsdiskussion InKE
12.30–14.00 Uhr Mittagspause
14.00–16.00 Uhr **Workshop A:** Jugend- und Kinderpsychiatrie. Bindungsbasierte und körperorientierte Methode
Workshop B: Das Geschlecht der Ärztin (historische Perspektiven)
Workshop C: Femizide aus der medizinischen Perspektive
16.00–18.00 Uhr **Workshop D:** Notfall-Simulationstraining, BLS
Workshop E: KRITMed „Papaya“, Schwangerschaftsabbruch
Workshop F: KRITMed Antidiskriminierung
Workshop G: Institut für Anatomie, Führung
ab 19.00 Uhr Festabend inkl. Verleihung „Silberne Feder“

Samstag, 27. September 2025

08.30–08.50 Uhr Achtsamkeitsübung
09.00–09.45 Uhr Frauen in der Geschichte der Hebammenwissenschaften
09.45–10.30 Uhr KI und Ethik im Dialog
10.30–11.00 Uhr Kaffeepause
11.00–11.30 Uhr Preisverleihung „Mutige Löwin“, Laudatio
11.30–12.30 Uhr Mentorinnenprojekt: Erfolgsgeschichten
12.30–13.30 Uhr Mittagspause
13.30 Uhr Mitgliederversammlung inkl. Vorstandswahl
20.00 Uhr Stadtführung, Treffpunkt Marktplatz

Sonntag, 28. September 2025

09.00 Uhr Arbeitsfrühstück: Nach dem Kongress ist vor dem Kongress
09.00–12.00 Uhr Bootsfahrt auf einem Traditionsegler

Ausführliches Programm und Anmeldehinweise finden Sie auf der Homepage des DÄB.

