



# Ärztinnenblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer  
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen  
gegründet 1990

© shutterstock/Rustie



## THEMENHEFT FRAUEN IN DER MEDIZIN

Frauen in der Medizin

6

Ärztin und Familie

35

Frauen als Patientinnen

41

# Impressum

## Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

## Herausgeber

Sächsische Landesärztekammer, KöR  
mit Publikationen ärztlicher Fach- und  
Standesorganisationen, erscheint monatlich,  
Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des  
vorangegangenen Monats.

## Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon: 0351 8267-161  
Telefax: 0351 8267-162  
Internet: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

## Redaktionskollegium

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder (V.i.S.P.)  
Erik Bodendieck  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin  
Dr. med. Roger Scholz  
Ute Taube  
Dipl.-Med. Heidrun Böhm  
Dr. med. Marco J. Hensel  
**seitens Geschäftsführung:**  
Dr. Michael Schulte Westenberg  
Dr. med. Patricia Klein  
Knut Köhler M.A.

## Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M. A.

## Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden  
[www.rundundeckig.net](http://www.rundundeckig.net)

## Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,  
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin  
Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680  
Internet: [www.quintessenz.de](http://www.quintessenz.de)  
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /  
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

## Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de)  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne  
Telefon: 0341 710039-94  
Telefax: 0341 710039-99  
E-Mail: [elgendy@quintessenz.de](mailto:elgendy@quintessenz.de)

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2019,  
gültig ab 01. Januar 2019

## Druck

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

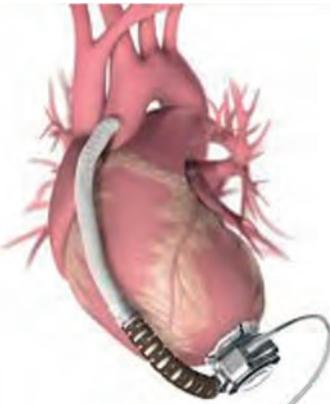
Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Post-  
anschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden.  
Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine  
Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle  
in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind ur-  
heberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schrift-  
licher Genehmigung des Herausgebers und Verlages  
statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen wer-  
den in der männlichen Form verwendet. Diese gelten  
einheitlich und neutral für Personen jeglichen Ge-  
schlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen  
nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des  
Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträ-  
gen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und  
Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung  
in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält  
sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem  
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redak-  
tioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und  
Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit  
in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die  
Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:  
[www.slaek.de](http://www.slaek.de) oder auf Anfrage per Post.

## Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 130,00 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 130,00 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 12,80 € zzgl. Versandkosten 2,50 €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündi-  
gung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei  
Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich  
und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonne-  
mentsgebühren werden jährlich im voraus in Rech-  
nung gestellt.



Pharmakotherapeutische Besonderheiten bei Frauen  
Seite 41



Geschlechtsspezifische Unterschiede im Fach Herzchirurgie  
Seite 51



Ida Boysen – eine Chirurgin von intellektueller Bescheidenheit und profunder Humanitas  
Seite 57

## Inhalt

<b>EDITORIAL</b>	• Frauen als Ärztinnen, Patientinnen und Wissenschaftlerinnen . . . . .	4
<b>FRAUEN IN DER MEDIZIN</b>	• Die Medizin wird weiblich – und das ist gut so . . . . .	6
	• Primaten im OP . . . . .	10
	• Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginen . . . . .	13
	• Sächsische Chefinnen: Interviews . . . . .	20
	• Ärztinnen in Führungspositionen im Wandel der Zeit und der eigene Werdegang . . . . .	33
<b>ÄRZTIN UND FAMILIE</b>	• Work-Life-Balance – eine Herausforderung für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen? . . . . .	35
	• Umsetzung des Mutterschutzgesetzes für Ärztinnen in Sachsen . . . . .	38
	• Paare in Widerspruchsverhältnissen . . . . .	40
<b>FRAUEN ALS PATIENTINNEN</b>	• Pharmakotherapeutische Besonderheiten bei Frauen . . . . .	41
	• Die „Million Women Study“ und ihr Beitrag zur Frauengesundheit . . . . .	45
	• Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Burnout-Entwicklungen? . . . . .	48
	• Geschlechtsspezifische Unterschiede im Fach Herzchirurgie . . . . .	51
<b>MEDIZINGESCHICHTE</b>	• Ida Boysen – eine Chirurgin von intellektueller Bescheidenheit und profunder Humanitas . . . . .	57
<b>SONSTIGES</b>	• Der Blick über den Tellerrand . . . . .	62
<b>MITTEILUNGEN DER KVS</b>	• Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen . . . . .	65
<b>PERSONALIA</b>	• Jubilare im September 2019 . . . . .	68
	• Wir gratulieren zum 90. Geburtstag . . . . .	71
<b>MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE</b>	• Konzerte und Ausstellungen . . . . .	71
<b>AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN</b>	• Einladung zum Seniorentreffen der KÄK Dresden . . . . .	71
	• Arzneimittelwechselwirkungen – erkennen, beurteilen, vermeiden! . . . . .	72
<b>VERSCHIEDENES</b>	• Alumni-Treffen in Leipzig . . . . .	72
<b>EINHEFTER</b>	• Fortbildung in Sachsen – Oktober 2019	



Dr. med. Patricia Klein und Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.l.)

## Frauen als Ärztinnen, Patientinnen und Wissenschaftlerinnen

Die Jahre 2018 und 2019 sind Jahre voller wichtiger Jubiläen: 100 Jahre Frauenwahlrecht in Deutschland, 30 Jahre Friedliche Revolution und 70 Jahre Grundgesetz mit dem „Gleichheitsparagrafen“. Bei der Diskussion über solche Anlässe entstand in der Redaktion die Idee zu einem Themenheft „Frauen in der Medizin“. So schnell, wie wir uns einig waren, DASS wir ein „Ärztinnenblatt“ gestalten wollen, so lebhaft wurde die Diskussion, WIE soll das aussehen? WAS soll drin stehen?

Ein „Ärztinnenblatt“? Es gibt doch weiß Gott wichtigere Probleme in der Gesundheitsversorgung, oder?

Wir wollen uns in diesem Heft mit dem „...oder?“ beschäftigen. Wir beide sind 40 beziehungsweise 30 Jahre im Gesundheitswesen tätig und haben es aus vielen erhellenden Per-

spektiven kennengelernt: als MFA, als Putzhilfe, als Krankenschwesternschülerin und als studentische Pflegekraft im Pflegenotstand, als Medizinstudentin, als Ärztin und als haupt- oder ehrenamtlich Tätige in der Berufspolitik. Beide haben wir unseren Weg gemacht, ohne uns in unserer Karriere sonderlich beeinträchtigt gefühlt zu haben. Die Erkenntnis, wie der Medizinbetrieb durch traditionelle Rollenmuster dominiert ist, blieb allerdings nicht aus. In den frühen 1990ern war dies zum Beispiel die studentische Beobachtung in Berufungsverfahren, dass ausschließlich die (wenigen) Frauen, die sich beworben hatten, nach Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen gefragt wurden, die Männer dagegen nicht. Bei und von den Männern (eher West) wurde damals relativ selbstverständlich angenommen, dass sie eine sich ausschließlich um Haushalt und Familie kümmernde Gattin mitbrächten. Eher kritisch betrachtet wurde, wenn diese Gattin eine eigene berufliche Karriere vorantrieb. Hier gibt es eine passende Anekdote: Eines der Kinder aus so einer tradierten Familie – Vater Chefarzt, Mutter Hausfrau – geriet nun Anfang der 1990er in eine Dresdner Schule. Es kam irgendwann heim und sagte zu seiner Mutter: „Weißt Du, Mama, wirklich alle Mütter in der Klasse gehen arbeiten.“

Du bist ja noch nicht mal arbeitslos!“ Dass berufstätige Mütter ein großer Vorteil sind, hat sich zum Glück mittlerweile herumgesprochen und ist ein klarer Standortvorteil in den neuen Bundesländern.

Männlich dominiert ist der Medizinbetrieb natürlich vor allem in den Führungsetagen – einen schönen Artikel zu chirurgischen CHEFÄRZTINNEN finden Sie in diesem Heft. Die Dominanz vor allem in der Arbeits- und Kommunikationskultur beschreibt ein wunderbarer Artikel von Dr. Peter Modler in diesem Heft. Titelte 1928 noch die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift in einer Stellenanzeige „Auch Ärztinnen in Betracht kommend“ so sind 2017 doch immerhin circa 25 Prozent der leitenden Funktionen in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik mit Frauen besetzt. Das war es dann aber schon mit den positiven Nachrichten, denn über alle Fächer liegen wir, mehr als 100 Jahre nach der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium in Deutschland, bei gerade einmal 12,5 Prozent Frauen in leitender Funktion. In den letzten zehn Jahren bewegte sich hier kaum etwas und das trotz des immer stetig wachsenden Frauenanteils unter den Medizinstudierenden und Absolventen. Nicht von ungefähr fordert inzwischen auch der Bundesärztekammerpräsident, Dr. med. Klaus Reinhardt, eine Frauenquote in medizinischen Führungspositionen, verbunden mit familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen für Ärzte und Ärztinnen. Würde eine Quote etwas ändern? Darüber sollten wir trefflich streiten. Aber die Nonchalance, mit der postuliert wird „Die Medizin wird weiblich!“ und vor allem die negative Konnotation „Jetzt werden wir die Arbeit nicht mehr organisieren können“ verblüfft. In Zeiten des massiven Arbeitskräftemangels knirscht es kräftig im Gebälk und Arbeitgeber werden zunehmend kreativ, wenn es um die Gewinnung von Ärztinnen UND Ärzten geht. „Viel Arbeit, große Verantwortung, wenig Geld – das spricht sich herum“, bestätigte noch 2008 Dr. med. Heidrun Gitter im „Deutschen Ärzteblatt“. Aber schon damals war sie der Meinung, dass das Pendel umschlagen werde: „Dafür werden der Ärztemangel und neue Vergütungsvorschriften sorgen.“ Und das Pendel ist umgeschlagen. Wohl den Krankenhäusern, die im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte zu kreativen Programmen bereit sind. Kreative Ideen wie „Topsharing“, Doppelspitzenführung, flexible Arbeitszeitmodelle und vieles andere sind kluge Ansätze, auch wenn es bei der Umsetzung noch erhebliches Verbesserungspotenzial gibt.

Frauen sollten endlich aufhören, sich unter Druck setzen zu lassen. Denn, wie sie es auch machen, machen sie es im Moment noch falsch: Haben sie Kinder und arbeiten voll, sind

sie Rabenmütter. Arbeiten sie nur Teilzeit, werden sie ihrer Profession nicht gerecht. Bekommen sie keine Kinder, sind sie egoistisch und karrieregeil.

Akzeptieren wir endlich verschiedene Lebensentwürfe, und zwar bei Frauen UND Männern! Lassen wir die Gratwanderung von „guter Patientenversorgung und wissenschaftlichem Anspruch/Forschungsdrang“ zum privaten „Familienmensch mit eigenen Bedürfnissen“ von einem individuellen Drahtseilakt zu einer Gemeinschaftsaktion werden. Und lösen wir uns doch endlich vom Geschlecht, denken und leben wir eine echte Gleichberechtigung. Dafür müssen wir Frauen allerdings auch etwas tun und nicht erwarten, dass sich die anderen um uns kümmern. Wir müssen tradierte, oft bequeme Rollenmuster verlassen, wir müssen fordern und aushalten, dass das zunächst nicht unbedingt positiv ankommt. Die klassische Männerseilschaft, die wirklich zum Erklimmen höchster Berge fähig ist, sollte durch Frauennetzwerke ergänzt werden. Leistungsbereitschaft brauchen wir von allen Geschlechtern. Und wir müssen den jungen Kolleginnen und Kollegen ein Vorbild sein. Es geht um Freiheitsgrade, sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Organisation der Versorgung, es geht um Lebensqualität für alle! Schließlich wissen wir, dass die Gesellschaften am wohlhabendsten, gesündesten und die mit der größten Lebenszufriedenheit sind, wo Gleichberechtigung selbstverständlich gelebt wird.

Wahrnehmung hat etwas mit „wahr“ und mit „nehmen“ zu tun. Hier müssen wir aktiv werden, und genau das wollen wir mit diesem Heft tun: Wahrnehmung bewirken und verändern! Wir stellen beeindruckende Frauen in Interviews vor, wir berichten über Studien zur Behandlungsqualität bei Ärztinnen, Sie erfahren viel über genderspezifische Medizin. Wir stellen die Frau in den Mittelpunkt dieses Heftes, um „Wahrnehmung“ zu verändern, um Ärztinnen, Wissenschaftlerinnen und Patientinnen prominent wertzuschätzen. Nicht, weil wir die Männer nicht schätzen, sondern um Kollegen und Kolleginnen die Augen zu öffnen für die Chancen, die eine wirkliche Gleichberechtigung für Frauen UND Männer mit sich bringt. ■

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Stellvertretende Vorsitzende des  
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

# Die Medizin wird weiblich – und das ist gut so

A. Möllemann

Die Sächsische Landesärztekammer hatte 2018 einen Anteil von 53 Prozent berufstätiger Ärztinnen [1], das heißt grob geschätzt die Hälfte der Patienten wird durch Ärztinnen versorgt.

## Warum ist das eine gute Nachricht?

Als im Jahr 2017 der Artikel „Vergleich der Sterblichkeit und der Wiederaufnahmerate von stationären Medicare-Patienten in Abhängigkeit ihrer Behandlung durch männliche oder weibliche Internisten“ in der Zeitschrift JAMA International Medicine erschien [2], hätte ein Aufschrei durch die Medizin gehen müssen.

Erstmals wurden nicht nur – wie in zahlreichen vorherigen Studien [3, 4] – die geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Behandlung von weiblichen und männlichen Patienten durch Ärztinnen und Ärzte untersucht, sondern es wurde ausdrücklich das Behandlungsergebnis analysiert: Eine zwanzigprozentige randomisierte Stichprobe von Medicare-Versicherten (Gesetzliche Versicherung in den USA) über 65 Jahre aus einem Vierjahres-Zeitraum (2011 bis 2014) mit nicht-elektiver Krankenhaus-Aufnahme wurde hinsichtlich ihrer Behandlung durch einen männlichen oder einen weiblichen Internisten untersucht. Eingeschlossen wurden über 1,5 Millionen Patienten, das Durchschnittsalter betrug 80 Jahre, davon waren 620.000 Männer und 960.000 Frauen.

Im Ergebnis liegt die 30-Tages-Mortalität für Patienten, die von Ärztinnen behandelt wurden, bei 11,1 Prozent versus 11,5 Prozent bei Behandlung durch einen männlichen Kollegen (Grafik).

Damit beträgt die relative Risikoreduktion vier Prozent bei Behandlung durch eine Frau. Dies entspricht einer NNT\* von 233. Hochgerechnet auf zehn Millionen stationäre Behandlungen im amerikanischen Versicherungssystem Medicare könnten daraus allein in dieser Patientenpopulation circa 32.000 Todesfälle pro Jahr durch weibliche Behandlung verhindert werden. Diese Zahl entspricht in etwa der Zahl der verkehrsbedingten Todesfälle in den USA.

Auch die 30-Tage-Wiederaufnahmerate zeigt behandlergeschlechtsspezifische Unterschiede: 15,0 Prozent bei Behandlung durch eine Ärztin versus 15,6 Prozent bei Behandlung durch einen Arzt (Grafik). Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von fünf Prozent oder einer NNT\* von 182. Diese Zusammenhänge blieben nachweisbar bei Adjustierung nach Patienteneigenschaften, Krankenhausmerkmalen, Arztmerkmalen und anderen Wirkungsmechanismen.

Als Limitationen dieser umfassenden Untersuchung wird Folgendes diskutiert:

- Da es sich um eine reine Beobachtungsstudie handelt, sind nicht erfasste Differenzen der Patienten hinsichtlich ihres Risikos für Tod beziehungsweise Wiederaufnahme nicht vollständig auszuschließen, laut statistischer Analysen der Autoren als Ursache der Unterschiede jedoch sehr unwahrscheinlich.
- Die Analyse ist limitiert auf Medicare-Versicherte, die mit internistischen Grunderkrankungen von

allgemeinen Internisten behandelt wurden. Das verhindert die Ausweitung der Aussagen auf chirurgische oder andere Fachgebiete und auf ambulante Patienten.

- Die Autoren können aus der Untersuchung keine Ursachen für die gefundenen Differenzen ableiten. Wenn man davon ausgeht, dass das Behandlergeschlecht selbst das Ergebnis nicht beeinflusst, so könnte es doch als Marker für Unterschiede im Behandlungsmuster von Männern und Frauen dienen [2].

Hinweise auf einen vierprozentigen Vorteil einer Behandlungsform für eine sehr große Patientengruppe erregen im Allgemeinen sehr große Aufmerksamkeit. Diese zu erwartende Aufmerksamkeit blieb hier allerdings aus.

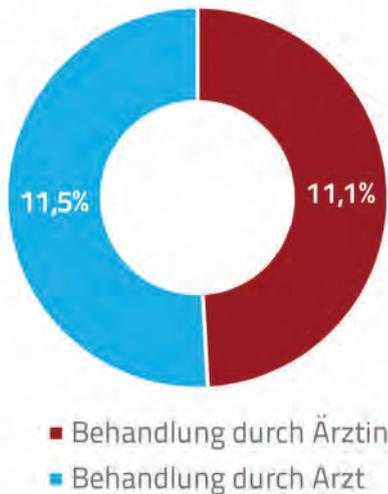
## Was könnten Unterschiede im Behandlungsmuster zwischen Männern und Frauen sein?

Eine ganze Reihe von Studien geben dazu Hinweise. Hier vier Beispiele:

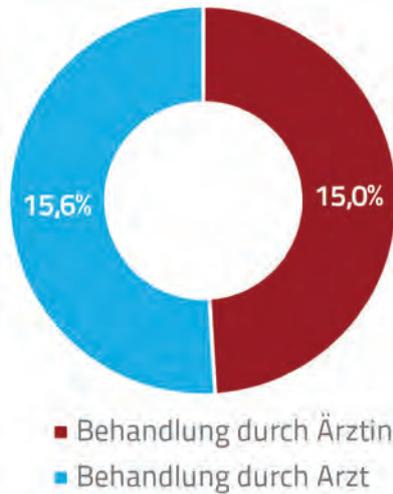
1. In einer Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich allgemeiner und krebsspezifischer Präventions-Praxis wurde gezeigt, dass US-amerikanische weibliche Hausärzte eine ausführlichere Anamnese erheben und signifikant häufiger gezielte Fragen nach Ernährungsgewohnheiten, körperlicher Aktivität, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie nach Stress stellen. Laut ihrer Selbsteinschätzung sehen sie sich eher in der Lage, präventiv in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen tätig zu sein. Sie nehmen potenzielle Hürden, wie „fehlende Zeit“, „Unvermögen des Patienten zu Lebensstiländerungen“ et cetera, als signifi-

\* Number need to treat = Zahl der Patienten, die so behandelt werden muss, um einen Todesfall zu verhindern.

30-Tages-Mortalität für Patienten,  
Stichprobe Medicare-Versicherte  
(2011 – 2014)



30-Tage-Wiederaufnahmerate,  
Stichprobe Medicare-Versicherte  
(2011 – 2014)



kant weniger störend in der Prävention wahr, als ihre männlichen Kollegen.

Eine Limitation der Studie stellt unter anderem das Studiendesign in seiner Beschränkung auf weiße und latino-stämmige US-amerikanische Ärzte dar. Außerdem wurde das Patientengeschlecht nicht erfasst, sodass keine Aussagen zum Einfluss der geschlechtsspezifischen Interaktion im Arzt-Patienten-Verhältnis zu treffen waren [5].

2. Eine deutsche Studie [6] befasste sich mit dem Einfluss des Geschlechts von Patienten und Ärzten auf die Leitlinienadhärenz in der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz. Es zeigten sich signifikante Unterschiede sowohl hinsichtlich des Patienten- als auch des Behandlergeschlechts: Ärztinnen verschreiben deutlich häufiger die komplette Medikamententherapie leitliniengerecht, sowohl an Patientinnen als auch an Patienten. Im Gegensatz dazu behandeln männliche Ärzte männliche Patienten bevorzugt hinsichtlich Verschreibung und Dosierung von leitliniengerechter Therapie. Auch auf Patientenseite zeigten sich signifi-

kante Unterschiede: Männliche Patienten erhielten von Ärzten und Ärztinnen eher eine leitlinienkonforme Verschreibung als Patientinnen. Als Limitation dieser Untersuchung werden von den Autoren folgende Aspekte kritisch diskutiert:

- Die leitlinienkonforme Behandlung, die in dieser Studie untersucht wurde, betraf allein die chronische systolische Herzinsuffizienz.
- Die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten Untersuchung sind nicht auf andere Länder oder andere

Gesundheitssysteme übertragbar, aber für uns natürlich relevant.

- Die Studie ist eine Beobachtungsstudie zu evidenzbasierter Behandlung von Herzinsuffizienz. Es ist davon auszugehen, dass Ärzte, die sich an einer solchen Studie beteiligen, höheres Interesse an der Behandlung ihrer Patienten entsprechend der aktuellen Leitlinien haben. Das heißt im Umkehrschluss, dass die Behandlungssituation im Durchschnitt für Patienten mit Herzinsuffizienz unbefriedigender sein kann. Die Patientenselektion erfolgte durch die behandelnden Ärzte.

3. In einer experimentellen Studie mit kanadischen Gynäkologen [7] fanden Gotlieb et al. geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung und Verarbeitung von Informationen in einer perioperativen Entscheidungsfindung. Es zeigte sich, dass männliche Gynäkologen weniger die zur Verfügung stehenden Informationen nutzten und die Entscheidungen schneller trafen als Gynäkologinnen. Die Begrenzung dieser Studie liegt im experimentellen Ansatz.

4. Eine Analyse amerikanischer ophthalmologischer Versicherungsfälle aus den Jahren 1990 bis 2008 ergab, dass

männliche Ophthalmologen von ihren Patienten um 54 Prozent häufiger verklagt werden als weibliche [8]. Männliche Ärzte hatten ein 1,7-fach erhöhtes Risiko, wegen eines schweren permanenten Patientenschadens verklagt zu werden. Das Risiko, wegen eines Patiententodes verklagt zu werden, lag für Männer achtfach höher als für Ärztinnen. Warum werden männliche Augenärzte häufiger verklagt als ihre Kolleginnen? Patienten entscheiden sich zur Klage gegen ihren Arzt aus einer Vielfalt von Gründen, aber immer wieder schälen sich zwei Hauptursachen heraus: 1. schlechtes Behandlungsergebnis, 2. schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis.

Seit langem beschäftigen sich Studien mit den Unterschieden in der Kommunikation zwischen Patienten und Ärztinnen und Ärzten. In einer Metaanalyse über 26 Studien zum Arzt-Patienten-Verhältnis stellten Rother et al. fest, dass Ärztinnen generell mehr partnerschaftliches Gesprächsverhalten zeigen, eine positive und emotional fokussierte Gesprächstechnik anwenden und mehr psychosozial interagieren. Ihre Patienten-Visiten dauern durchschnittlich zwei Minuten (oder zehn Prozent) länger als die von männlichen Ärzten [4].

Und bereits vor über 25 Jahren wurde in einer Untersuchung zur Teilnahme von Frauen an Krebsprävention in Abhängigkeit vom Behandlergeschlecht festgestellt, dass es notwendig ist, die Faktoren zu identifizieren, die für die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die zugunsten weiblicher Behandler nachweisbar waren, verantwortlich sind, um sie gezielt in die Behandlungspraxis aller Ärzte zu implementieren [3]. Über geschlechtsspezifische Unterschiede im Vorgehen und im Outcome in operativen Fachgebieten gibt es so gut wie keine Daten.

Hier nur ein Schlaglicht, das in eine ähnliche Richtung weist: Ein männlicher kardiologischer Chefarzt schrieb unter der Fragestellung „Sind Frauen die besseren Ärzte“ 2018 in einer Kolumne im Handelsblatt, „dass männliche Ärzte bei komplexen Problemen, wie zum Beispiel einer Katheterintervention bei einem frischen Herzinfarkt, teilweise weniger achtsam vorgehen als Frauen. Zu viel Testosteron ist gerade bei solchen Operationen nicht gefragt.“ [9]

### Warum spielen die Unterschiede in den Behandlungsergebnissen in der öffentlichen Wahrnehmung keine Rolle?

Die Wahrnehmung der Leistung von Frauen als Ärztinnen ist eine andere [10]: Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Kolleginnen und Kollegen beurteilen die ärztliche Leistung von Frauen im Durchschnitt weniger sehr gut und gut als die der männlichen Kollegen und dies sowohl in der Humanmedizin, Zahnmedizin als auch in der Psychologischen Psychotherapie, egal ob in der eigenen Praxis oder angestellt tätig. Patienten sind zufriedener mit Männern. Fachkollegen messen Frauen weniger Fachkompetenz zu. Auch Frauen bewerten Frauen schlechter, sowohl als Patientinnen als auch als Kolleginnen.

Möglicherweise hat diese Wahrnehmung mit der immer noch unzureichenden Anzahl von weiblichen Vorbildern in Führungspositionen zu tun. Auch wenn zum Beispiel in den sächsischen Universitätskliniken mit einem Frauenanteil in Oberarztposition von 37 Prozent bereits ein deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegender Anteil besteht [11], so fehlt offenbar die flächendeckende Wahrnehmung weiblicher Kompetenz sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Kolleginnen und Kollegen.

Wenn aber objektive Ergebniskriterien, wie Sterblichkeit oder Wiederaufnah-

Folgende Thesen lassen sich aus den vorgestellten Ergebnissen generieren:

- Es gibt in der ärztlichen Tätigkeit verschiedene Arbeitsweisen beziehungsweise Eigenschaften, die überproportional männlich beziehungsweise weiblich attribuiert sind und die Einfluss auf das Outcome haben.
- Es ist für das Patienten-Outcome sinnvoll, diese Eigenschaften beziehungsweise Vorgehensweisen zu analysieren, einzugrenzen und entsprechend zu fördern, zu trainieren beziehungsweise zu kontrollieren.
- Für das Patienten-Outcome ist Forschungsfinanzierung in diesem Bereich mindestens so sinnvoll wie große Screeningprogramme und Arzneimittelforschung.

merate, in Bezug auf das Behandlergeschlecht ein anderes Bild spiegeln als das Kriterium „Patientenzufriedenheit“ (hier verkürzend als Surrogat für die subjektive Beurteilung der ärztlichen Leistung von Frauen genannt) – was sagt uns das über die Wertigkeit von Qualitätsindikatoren aus? Welche Qualität wollen wir messen, um sie zu verbessern, welche Qualität ist die „richtige“?

### Welche Schlussfolgerungen sind zu ziehen?

Kommen wir noch einmal zum fehlenden Aufschrei nach der Studie im JAMA 2017 [2], zu Behandlungsergebnissen und NNT\* zurück. Zum Vergleich: Das

Mammografie-Screening in der Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen hat eine Number needed to screen von 200, das heißt für einen Todesfall weniger in 20 Jahren müssen 200 Frauen über 20 Jahre gescreent werden [12]. Die milliardenschweren Kosten für dieses Programm werden selbstverständlich von den Kassen getragen. Angesichts der hier exemplarisch dargestellten Mittelallokation für das Fachgebiet der Radiologie und der röntgentechnischen Industrie erscheint es nicht nachvollziehbar, warum nicht deutlich mehr in die Erforschung und in das nachfolgende Training sowie in die Vergütung von Softskills wie patientenzentrierte Gesprächsführung, ausführliche Anamneseerhebung, Präventionsberatung, Leitlinienadhärenz und so weiter investiert wird. Liegt es daran, dass hier keine Industrie am Patienten mitverdient und „nur“ der ärztliche Einfluss auf den Patienten hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht, gestärkt und vergütet würde?

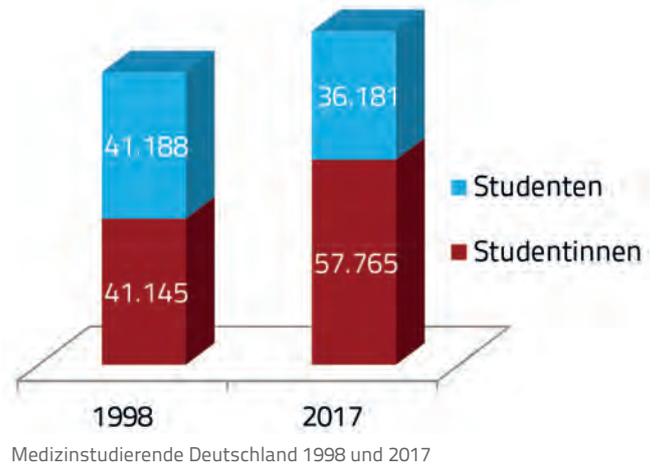
Entsprechende Forschung zu initiieren und zu unterstützen ist genuine Aufgabe der Gesundheitspolitik, wenn es um das Patientenwohl und um effektive Mittelverwendung ginge. Denn an dieser Stelle wird es aufgrund immaterieller Anreize beziehungsweise negativer Spar-Anreize „der Markt“ mit Sicherheit nicht richten.

Es geht angesichts der vorgestellten Daten nicht darum, Männer gegen Frauen auszuspielen. Aber es geht nicht mehr nur um Unterschiede im

Behandlungsmodus von Ärztinnen und Ärzten. Es geht inzwischen um Outcome-Relevanz. Und wenn heute eine Firma ein Medikament mit vergleichbarer Wirksamkeit (nämlich einer NNT\* von 233) gegen Alzheimer-Demenz auf den Markt brächte, so würde dieses Medikament von jeder Kasse bezahlt werden und die Aktien der Firma wären sehr hoch gehandelt!

Unsere zunehmend komplexen, multimorbiden, immer älter werdenden Patientinnen und Patienten brauchen beides gleichermaßen: Den aggressiven Mut zum Handeln und die fürsorgliche, empathische Achtsamkeit mit dem Mut zum Lassen. Kolleginnen und Kollegen sollten sich in gegenseitigem Respekt ergänzen in dem, was sie für die Patienten einbringen können.

Fest steht: Der Anteil der Frauen unter Studienanfängern lag 2016 bereits bei fast zwei Drittel [13]. In diesem Sinne



Quelle: Rebecca Beerheide/Deutsches Ärzteblatt Oktober 2017, „Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen“, Statisches Bundesamt

liegt für unsere Patientinnen und Patienten sehr viel Hoffnung in dem strapazierten (und vom „alten weißen Mann“ häufig mit einem Seufzer geäußerten) Satz „Die Medizin wird weiblich!“ Die Sächsische Landesärztekammer wird sich an dieser Stelle mit ihrem Anteil von derzeit 53 Prozent berufstätiger Ärztinnen [4] auch für Forschungsaufträge, Fragestellungen und Mittelallokation engagieren müssen, wenn sie sowohl der Mehrzahl ihrer Mitglieder als auch dem erklärten Ziel einer stetig besseren und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gerecht werden will. ■

Literatur bei der Autorin

Dr. med. Angela Möllemann  
Elblandklinikum Radebeul  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul  
E-Mail: Angela.Moellemann@elblandkliniken.de

Dr. med. Angela Möllemann ist Vorsitzende des Ausschusses „Qualitätsmanagement“ der Sächsischen Landesärztekammer

# Primaten im OP

P. Modler

Die herausragende Chirurgin, der die männlichen Kollegen regelmäßig den Platz der ersten OP-Assistentin streitig machen, indem sie sich im OP-Raum einfach vor sie hinstellen. Die Ärztin, die dem Patienten von einem Assistenzarzt vorgestellt wird – aber dass es die Oberärztin ist, verschweigt er ihm geflissentlich; mit dem Effekt, dass der Patient sofort ihre Kompetenz bezweifelt. Der ärztliche Direktor, der fachliche Nachfragen von Ärztinnen grundsätzlich als Zumutung empfindet und sie dafür vor dem Kollegium herunterputzt. Es gibt viel mehr solche Beispiele im deutschen Klinik-Kontext als wir es uns wünschen würden.

Woher kommt das? Und wie lässt sich damit umgehen? In einem originellen Forschungsansatz haben Wissenschaftler der amerikanischen Emory University das Verhalten von Primaten mit dem von Operateuren verglichen; sie nannten ihr Projekt ganz unverfroren „Operating Room Primatology“. An drei Kliniken und mit 400 beteiligten Klinikern fanden sie deutliche Parallelen: Konflikte wurden meistens top down entschieden, streng hierarchisiert. Und wenn nur Männer im Raum waren, sank die Bereitschaft zur Kooperation deutlich. Nicht wirklich überraschend. Aber im Ernstfall von erheblicher medizinischer Relevanz.

Seit vielen Jahren arbeite ich mit weiblichen Führungskräften – zunehmend auch aus der Medizin – in einem sehr besonderen Workshop-Kontext. 20 bis 25 von ihnen sitzen in einem Meeting-Raum, während vor dem Raum (getrennt durch eine schallschluckende Tür) ein Mann sitzt: ihr Sparringspartner. Dieser Protagonist hat keine Regieanweisung

bekommen. Sein Alter ist ebenso irrelevant wie sein eigener beruflicher Hintergrund – es darf nur kein professioneller Schauspieler oder Gender-Experte sein. Es muss einfach ein Mann sein, er muss sprechen können und Deutsch verstehen. Durchschnitt eben. Der Protagonist wird nur bei einem einzigen Workshop eingesetzt, danach nicht mehr. Der Sparringspartner weiß nur, dass er gleich eine Geschichte hören wird, in der eine der Teilnehmerinnen von einem Konflikt mit einem medizinischen Vorgesetzten, Kollegen oder Patienten erzählen wird, und dass er dessen Rolle darstellen soll. Das trauen sich diese Herren normalerweise ohne jeden Zweifel zu.

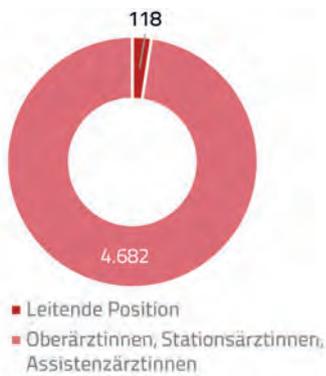
Er betritt also den Raum, hört zu und wir inszenieren die konfliktive Situation, um die es dabei ging. Obwohl dieser Sparringspartner ja keinerlei Handlungsanweisung bekommen hatte und in der Regel weder die Klinik der Betreffenden, oft nicht einmal die Medizin-Branche kennt, geschieht etwas Verblüffendes. Regelmäßig verhält sich dieser Herr nämlich tatsächlich auf Antrieb genauso wie der seinerzeitige Konfliktpartner, bis hinein in kleine Finger oder Fußbewegungen. Woher weiß er das? Gute Frage.

Wenn wir die seinerzeitige Szene so abgebildet haben wie sie stattgefunden hatte (Korrekturen sind nur selten erforderlich), muss der Sparringspartner den Raum verlassen. In seiner Abwesenheit sprechen wir die Struktur der Situation durch und vor allem, was die Betroffene anders machen kann, damit es ihr in Zukunft mit dem unangenehmen Kollegen oder dem übergriffigen Chef besser geht.

Dann holen wir den Sparringspartner zurück, dieselbe Situation beginnt noch

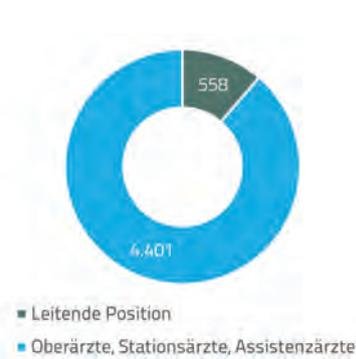
einmal. Nur wird sich die Betroffene nun anders verhalten und der Protagonist muss sich, entsprechend seines Rollenverständnisses als Pfleger oder ärztlicher Direktor spontan verhalten. Ich unterbreche dann immer wieder einmal, um ihn zu fragen, wie es ihm in gerade dieser Sekunde geht. Die Antworten kommen in der Regel ohne jedes Zögern und ohne Filter. Allerdings sind es oft Antworten, die das beobachtende Publikum völlig überraschen oder in ungläubiges Staunen versetzen. Damit hatten sie nicht gerechnet. Was sie als unangenehm empfanden, verstand der Sparringspartner als Motivation. Was ihnen als unhöflich erschien, sah er als interessantes Spiel. Wo sie bei ihm Verletztheit vermuteten, verstand er nicht einmal die Frage danach. Die Muster, die sich bei den vielfachen Szenen aus den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen herauschälen, werden im Lauf eines Seminartages sehr deutlich. Sie bestätigen vor aller Augen die Forschungsergebnisse der nord-amerikanischen Soziolinguistin Deborah Tannen. Die Lehrstuhlinhaberin an der Georgetown University hatte schon Anfang der 1990er Jahre mit ihrem Team eine bahnbrechende Entdeckung gemacht. Bei der Analyse von Kindergruppen beim Spiel identifizierte Tannen ein Kommunikationssystem, das zuerst Rang- und Revierfragen klären musste, bevor es inhaltlich werden konnte. Sie bezeichnete es als „vertikal“. In diesem System wirkt es entspannend und motivierend, wenn am Anfang einer Gruppenbildung die Hierarchie innerhalb der Gruppe geklärt wird. Das bedeutet nicht, dass jede und jeder die erste Position möchte; wohl aber einen definierten Platz. Wird dieser Prozess der anfänglichen Rangklärung gestört, verebbt das Spiel. Die Gruppe hat keine Energie mehr und

Position von Ärztinnen im Krankenhaus 2018 in Sachsen



Quelle: Sächsische Landesärztekammer, 31.12.2019

Position von Ärzten im Krankenhaus 2018 in Sachsen



neue Spielalternativen werden nicht entwickelt. Gelingt diese Phase der Rangklärung, kann die Gruppe stundenlang neue Spielalternativen entwickeln. Tendenziell kommunizieren eher Männer vertikal, aber nicht exklusiv.

Tannen fand aber noch ein zweites System, das mit diesem „vertikalen“ fast nichts gemeinsam hat. In dieser anderen Kommunikationsordnung geht es von Anfang an um den Austausch von Zugehörigkeitsbotschaften und um inhaltliche Fragen. Hierarchiekärlungen werden als überflüssig, ja peinlich empfunden. Eine hohe emotionale Qualität wird als existenziell erlebt. Intensive verbale Prozesse werden erwartet. Tannen bezeichnete dieses Kommunikationsverhalten als „horizontal“. Hier werden Informationen geradezu egalitär ausgetauscht: Ich erzähle von mir, Du erzählst von Dir, und dann suchen wir Gemeinsamkeiten. Eine intellektuelle Herausforderung toppt sämtliche Statusfragen. Tannen stellt eine Neigung von Frauen für diese Form der Kommunikation fest, aber auch hier gibt es eine Minderheit von Männern, die sich ebenfalls horizontal verständigen. Und damit sind wir, nicht wirklich überraschend, mitten im Klinikalltag. Nicht nur dort, aber dort besonders signifikant, treffen diese beiden Systeme laufend auf einander, meistens allerdings

naiv. Denn jede Repräsentantin, jeder Vertreter des jeweiligen Systems geht in der Regel davon aus, dass es nur eine einzige Kommunikationsordnung auf der Welt gebe – die eigene. Das äußert sich dann vielleicht konkret so: Die Oberärztin hat eine 80 Prozent-Stelle. Das bedeutet, dass sie einen Tag in der Woche nicht da ist. Diesmal war es der gestrige Donnerstag. Nun ist Freitag und die morgendliche Visite wird durchgeführt. Im Krankenzimmer ist es ein Assistenzarzt, der vor dem Patienten die nächsten therapeutischen Schritte erläutert (ohne sie mit der Oberärztin abgesprochen zu haben). Allerdings sind seine Erläuterungen fachlich nicht korrekt. Und deshalb stellt die Oberärztin fest, dass das

anders gemacht werden müsse. Worauf der Assistenzarzt laut äußert: „Das haben wir gerne. Nie da sein und dann mitreden wollen!“ Was die Oberärztin derart frech findet, dass ihr erst einmal nichts einfällt.

Ein Klassiker. Als wir die Szene mit unserem Sparringspartner durchspielen, stellt sich Folgendes heraus: Die Oberärztin tritt auch sonst nicht ranginteressiert auf. Sie hat mehr Erfahrung und Wissen als andere und geht selbstverständlich davon aus, dass sich das von allein klarmacht. Genauso denkt man in einem horizontalen System. Leider funktioniert diese Idee von Kommunikation in der Regel bei einem vertikalen Gegenüber nicht. Das ist nicht einmal böser Wille oder Unhöflichkeit. Wenn man im vertikalen Kontext eine Rangklärung braucht, dann ist das auch kein unzivilisierter Akt, vielmehr liefert sie so etwas wie einen hierarchischen Kompass, ohne den die vertikalen Vertreter sozial nicht orientiert sind und, oft mit einer gewissen Not, versuchen, diese Klärung herbeizuführen.

Die horizontale Antwort auf den Kommentar des Assistenzarztes wäre wahrscheinlich eine inhaltliche Richtigstellung oder eine Zugehörigkeits- bezie-

hungsweise Beziehungsbotschaft gewesen: „Wieso, ich war doch nur gestern nicht da!“ oder „Das finde ich jetzt aber nicht gerade höflich von Dir!“ Was das Bedürfnis des vertikalen Partners nach einer Rangklärung aber gerade nicht ernst nimmt.

Die Antwort, die unseren Assistenzarzt alias Sparringspartner jedoch tatsächlich erreichte, schien gar nichts mit dem „Thema“ zu tun zu haben. Die Oberärztin stellte sich nämlich langsam vor ihn und sagt lediglich: „Du bist der Assistenzarzt. Ich bin die Oberärztin. Wir machen es anders.“ Was die die Szene beobachtenden Ärztinnen mehrheitlich zu simpel, beschränkt oder unhöflich fanden. Allerdings war der vertikale Kronzeuge anderer Meinung. Nach seinen Gefühlen befragt, erklärte nämlich der Sparringspartner: „Alles im grünen Bereich.“ Als eine Ärztin ungläubig nachsetzte, wieso es für

ihn in Ordnung sei, wenn er so schlecht behandelt würde, meinte der Sparringspartner nur: „Ja, das ist doch o.k., sie ist ja die Chefin.“ Bei ihm blieben nicht einmal schlechte Gefühle zurück, sondern sogar so etwas wie Respekt.

„Horizontale“ Kommunikation hat ebenso wie die „vertikale“ Variante ihre spezifischen Stärken und Schwächen. In einem Mix ist das unschlagbar. Aber

### „Horizontale und vertikale Kommunikation ist im Mix unschlagbar.“

wenn beide Seiten fundamentalistisch darauf bestehen, dass es außer der eigenen Kommunikationsstruktur weit und breit keine andere gebe, kann das nur schwer produktiv werden. Das ist übrigens durchaus kein Thema, das sich bei einer jüngeren Generation von

Ärztinnen oder Ärzten von allein erledigt. Medizinermilieus überliefern oft unhinterfragt von Generation zu Generation einen Habitus, der ganz selbstverständlich vertikales Verhalten präferiert – auch wenn der Frauenanteil steigt. Dabei könnten sich alle Beteiligten nicht nur im Forum internum, sondern gerade auch in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten wie auch mit Kolleginnen und Kollegen aus dem

Pflegebereich eine Menge Energie sparen, wenn zusätzlich zur jeweiligen „Muttersprache“ noch eine weitere gelernt wird. ■

Dr. Peter Modler  
Dorfstraße 17, 79346 Engingen  
E-Mail: modler@drmodler.de

Dr. Peter Modler ist Unternehmensberater und Lehr-Coach unter anderem auch für Führungskräfte im medizinischen Bereich.

Anzeige



**ÄRZTE FÜR SACHSEN  
GEHT AN DIE BÖRSE**

10 Jahre Netzwerk „Ärzte für Sachsen“  
25. September 2019 | 16.00 - 18.30 Uhr  
Festsaal "Börse" auf dem Dresdner Messegelände

Infos: [www.aerzte-fuer-sachsen.de/aktuelles](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de/aktuelles)  
Anmeldung: [info@aerzte-fuer-sachsen.de](mailto:info@aerzte-fuer-sachsen.de)

# Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginnen

Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Chefärzten aus Sicht der seltenen Chefärztinnen

A. Bühnen

## Schlüsselbegriffe

Chefärztinnen, Vereinbarkeit Beruf und Familie, Unterschiede im Führungsstil

## Zusammenfassung

In der Chirurgie sind Chefärztinnen mit einem durchschnittlichen Anteil von 5,4 Prozent auch mehr als 100 Jahre nach Zulassung von Frauen zum Medizinstudium in dieser Männerdomäne eine Seltenheit.

Für die zukünftige Besetzung chirurgischer Stellen – auch in Führungspositionen – ist es aber erforderlich, dass Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen Frauen in Führungspositionen als Rollenvorbilder erleben können.

Schon 2010 wurden daher 47 Chefärztinnen aus diversen chirurgischen Disziplinen telefonisch interviewt. Unisono berichten alle Kolleginnen, dass sie mit Begeisterung und einem hohen zeitlichen Arbeitseinsatz tätig sind. Die meisten von ihnen vereinbaren dabei Beruf und Familie und haben aus eigener Erfahrung Vorschläge, was aktiv dafür getan werden kann, damit sich zukünftig mehr Frauen für die Chirurgie entscheiden und im beruflichen Werde-

gang auch eine Führungsposition anstreben. 44 der interviewten Ärztinnen geben an, dass es strukturelle Unterschiede im Führungsstil und im Umgang mit Patientinnen und Patienten zwischen Männern und Frauen gibt. Diese Ergebnisse sind auch neun Jahre nach ihrer Erhebung von unveränderter Relevanz, was die hier im Themenheft abgedruckten Interviews einmal mehr bestätigen (siehe ab S. 20). Der chirurgischen Community ist also zu empfehlen, ihre Anstrengung zur Förderung von Frauen in Führungspositionen nicht nur fortzusetzen, sondern unbedingt zu forcieren. Anderenfalls wird sich die Nachwuchsproblematik gerade in der Chirurgie in Anbetracht von fast 70 Prozent Frauen im Medizinstudium weiter verschärfen.

## Einleitung

Die Mehrheit der Medizinstudierenden und Medizinabsolventen ist und wird in absehbarer Zukunft weiblich sein, derzeit sind es 60 Prozent der Berufseinsteiger und im Durchschnitt 70 Prozent der Medizinstudierenden. Aber der Anteil an Chefärztinnen in der Chirurgie liegt weiter im einstelligen Bereich. Ob Frauen sich auch in der Chirurgie für

Führungspositionen interessieren werden, hängt zu einem gewissen Teil auch davon ab, welche Erfahrungen sie mit Rollenvorbildern gemacht haben, wie sie den Umgang mit Ärztinnen, zum Beispiel auch während einer Schwangerschaft, und mit Medizinstudentinnen während ihres Pflichtpraktikums, ihrer Famulatur und insbesondere während ihres PJ erlebt haben [1].

In den letzten Jahren sind mehrfach Meldungen medizinintern und öffentlich in den Medien bekannt geworden, wie schwer es Ärztinnen haben, die in ihrem jeweiligen chirurgischen Fachgebiet als erste die Berufung auf einen Lehrstuhl erhielten [2]. Wenn Chefärztinnen entlassen werden, fällt dies besonders auf, weil nur 5,4 Prozent aller leitenden Positionen in der Chirurgie (amtliche Krankenhausstatistik 2017) mit Frauen besetzt sind, andererseits gibt es aber keine verlässliche Statistik darüber, ob diese Situation Ärztinnen häufiger trifft als Ärzte. Ganz sicher hat in den letzten Jahren in ärztlichen Leitungsfunktionen seitens der Krankenhausverwaltungen die „Hire and fire-Mentalität/-Strategie“ zugenommen, was die Skepsis der jungen Generation zunehmen lässt. Die Chirurgie

gie sorgt sich um ihre Zukunft. Immer weniger Kollegen und Kolleginnen entscheiden sich für dieses für die Versorgung so existenzielle Fach. Es werden eine Vielzahl von Gründen dafür diskutiert und Vorschläge zur Bewältigung gemacht [3]. In diesem Artikel wird nur auf das wichtige Potenzial von Frauen zur Bewältigung dieser Krise eingegangen, obwohl die chirurgischen Fächer aus verschiedenen Gründen auch unter den männlichen Medizinstudierenden an Attraktivität eingebüßt haben.

Bei der Mehrzahl der Ärztinnen und Medizinstudentinnen galt und gilt die Chirurgie traditionell als Männerdomäne mit familien- und frauenfeindlichen Rahmenbedingungen. Resultat ist unter anderem natürlich ein extrem geringer Frauenanteil in Führungspositionen: Nach einer Zusammenstellung des Statistischen Bundesamtes lag dieser 2017 bei 5,4 Prozent. 2008 lagen die Werte mit 3,2 Prozent im Durchschnitt noch niedriger, es hat sich allerdings in den letzten neun Jahren nicht maßgeblich viel geändert.

Um Medizinstudentinnen und Ärztinnen zu motivieren, sowohl ein chirurgisches Fach zu ergreifen als auch Leitungsfunktionen anzustreben, ist es für die meisten erforderlich, positive Vorbilder zu erleben und vor allem auch zu erfahren, ob und wie die Chirurginnen diesen Beruf mit einer Partnerbeziehung, Schwangerschaft, Mutterschutz und Kindererziehung zufriedenstellend vereinbaren können. Aber auch junge Männer entscheiden sich immer seltener für das Fach Chirurgie, da die Organisation im deutschen Krankenhaus gerade in den chirurgischen Fachgebieten relativ wenig Platz lässt für Familie und Freizeit.

Tatsache ist, dass die Mehrheit der Medizinstudierenden mit circa 70 Prozent und die der Berufseinsteiger mit

circa 60 Prozent bereits weiblich ist. Es gilt also, die Männer wieder und die Frauen neu für die Wahl der Weiterbildung in einem chirurgischen Fachgebiet zu begeistern/motivieren. Auch wenn es für die derzeit in chirurgischen Führungspositionen tätigen Kolleginnen und Kollegen ungewohnt ist, muss die Organisation sich bezüglich der Rahmenbedingungen auf die zukünftige Fachkräftegeneration ein- und umstellen. Die chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbände versuchen seit einigen Jahren mit diversen Maßnahmen, wie zum Beispiel Studierenden-Tage und Studierenden-Stipendien bei chirurgischen Fachkongressen, Naht-Seminaren und vieles mehr, im Wettbewerb mit anderen Fachgebieten zu punkten. Hier darf die Vorbildfunktion von Frauen in Führungspositionen nicht unterschätzt werden.

Aufgrund der zunehmenden Erkenntnis, dass die chirurgischen Fachgebiete ihre Stellen nicht mehr besetzen und ihre fachlichen Aufgaben in Zukunft nicht mehr bewältigen können, wenn sie nicht die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennbar verbessern, wurden nun in den letzten 20 Jahren diverse Maßnahmen ergriffen:

Seit dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2001 unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Klaus Schönleben, Ludwigshafen, wurden regelmäßig von der Autorin unter anderem mit Unterstützung der ersten Ordinaria für Chirurgie, Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns, Sitzungen und Vorträge bei Kongressen der DGCH und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), unter anderem zu folgenden Themen organisiert:

- „Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils“ (DGCH 2001),
- „Karrierechancen auch für Chirurginnen – Strukturen gemeinsam nutzen und entwickeln“ (DGCH 2002),

- „Das familien-freundliche Krankenhaus als Wunsch-Arbeitsplatz! Kinderbetreuungsangebote als Schlüssel zum Erfolg noch viel zu selten“ (DGCH 2006),
- „Ärzte- und Ärztinnengesundheit“ (DGU 2009),
- „Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN“ (DGCH 2010).

Später gründete sich der Orthopädinnen e. V. und in allen chirurgischen Disziplinen wurden Foren für den ärztlichen Nachwuchs gegründet, wie zum Beispiel das Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH oder das Junge Forum O&U, der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Weiterhin wurde 2001 auf Initiative von Prof. Dr. med. Jens Witte im Berufsverband der Deutschen Chirurgen eine Vorstandsposition geschaffen, die sich mit den Interessen der Ärztinnen befasst. 2011 bis 2019 war Prof. Dr. med. Julia Seifert Vizepräsidentin und seit 2019 ist die Geschäftsführungsposition des Bundesverbandes Deutscher Chirurgen e. V. (BDC) mit Dr. med. Friederike Burgdörfer besetzt. Weiterhin wurde durch Mentoringprogramme von Berufsverbänden wie dem Deutschen Ärztinnenbund, dem Marburger Bund und dem Hartmannbund vor allem die Förderung junger Ärztinnen intensiviert und in einigen Universitäten (zum Beispiel Leipzig, Aachen, MH Hannover, Charité Berlin und Würzburg) gibt es spezielle Förderprogramme für Frauen in der Wissenschaft. Nachfragen bei einigen privaten Klinikkonzernen wie Helios, Sana und Asklepios ergab überraschenderweise, dass es derzeit offensichtlich keine konzernweiten Förderprogramme gibt. Im kommunalen Klinikkonzern Vivantes in Berlin wird seit Jahren Karriereförderung für

Ärztinnen aktiv betrieben, andere Konzerne, wie zum Beispiel die Klinikregion Hannover (KRH), haben 2018 nachgezogen. Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk vom Deutschen Ärztinnenbund initiierte 2012 die Aktion ProQuote Medizin. Aktuell hat der im Mai 2019 neu gewählte Bundesärztekammerpräsident, Dr. med. Klaus Reinhardt, eine Frauenquote für Führungspositionen in der Medizin gefordert.

All diese Maßnahmen können jedoch von den Medizinstudenten und Medizinstudentinnen nur als glaubwürdig und zukunftsfest erlebt werden, wenn sich das auch in der Realität widerspiegelt. Medizinstudenten finden an jeder Universität, jedem Lehrkrankenhaus und in jeder anderen Klinik männliche Chefärzte vor, die sie sich gegebenenfalls zum Vorbild nehmen können. Ganz anders stellt sich die Situation für Medizinstudentinnen und Ärztinnen dar. Entsprechend den Statistiken sind in den chirurgischen Fachgebieten Chefärztinnen nur sehr selten anzutreffen beziehungsweise nur marginal vertreten. In der gesamten Chirurgie gab es 2008 durchschnittlich 3,2 Prozent Chefärztinnen mit einer Streuung von 0,7 Prozent in der Unfallchirurgie und sechs Prozent in der Gefäßchirurgie, 2017 lagen die Werte zwar darüber, aber weiterhin im einstelligen Bereich: Durchschnittlich 5,4 Prozent mit einer Streuung von 2,4 Prozent in der Unfallchirurgie und acht Prozent in der Gefäßchirurgie (Statistisches Bundesamt). Dieser Fakt war die Hauptmotivation, Chefärztinnen in einem chirurgischen Fach zu befragen und deren Erfahrungen und Erkenntnisse an junge Kolleginnen und Kollegen und in den zuständigen Gremien weiterzugeben.

## Material und Methode

Vor fast 20 Jahren fand 2001 die erste programmatisch intendierte Sitzung „Frauen in der Chirurgie“ auf Anregung

des damaligen Präsidenten der DGCH, Prof. Schönleben, bei einem Deutschen Chirurgenkongress statt. Zur Ausgestaltung dieser Sitzung wurde seitens der Vorsitzenden, Dr. med. Astrid Bühren, die Ausstellung „Pionierinnen in der Chirurgie“ organisiert und dafür alle 36 vom BDC genannten Chefärztinnen in der Chirurgie angefragt. Die meisten übersandten ein Foto und ihren Lebenslauf. Für diese Umfrage unter Chefärztinnen war 2008/2009 erneut der BDC die Anlaufstelle, um über dessen Mitgliederverzeichnis die Kontaktdaten möglichst aller Chefärztinnen chirurgischer Abteilungen zu bekommen. Die inzwischen herausgegebenen Daten des Statistischen Bundesamtes mit Stand 31. Dezember 2008 geben rückwirkend für den gewählten Interviewzeitraum 2.200 männliche und 72 weibliche leitende Ärzte und Ärztinnen für die gesamte Chirurgie an. Zum Zeitpunkt der Vorbereitung der Umfrage waren im BDC mit Stand vom 24. August 2008 52 leitende Ärztinnen Mitglied. Diese Ärztinnen wurden alle telefonisch 2009 und 2010 kontaktiert. Von diesen 52 waren:

- eine Ärztin nicht mehr berufstätig,
- zwei Ärztinnen nur noch privatärztlich tätig (eine aus Altersgründen),
- eine der genannten Chefärztinnen war lediglich vorübergehend kommissarisch bis zum Beginn eines neuen Chefarztes tätig,
- vier leitende Ärztinnen waren trotz mehrfacher Versuche und Abspra-

chen mit Mitarbeiterinnen nicht erreichbar beziehungsweise zu jeweils vereinbarten Terminen durch Notfalloperationen verhindert.

Nur eine einzige Chefärztin erklärte sich nicht bereit, das Interview durchzuführen. Sie begründete dies damit, dass sie bereits wochenlang auf ihre zwei Oberärzte wegen Krankheit beziehungsweise Urlaub habe verzichten müsse. Sie sei deshalb völlig überarbeitet.

Damit beteiligten sich 43 der eingangs 52 genannten Chefärztinnen an der Umfrage. Des Weiteren nahmen noch vier angefragte Chefärztinnen aus orthopädischen Kliniken teil. Insgesamt wurden also 47 Interviews ausgewertet.

Die Befragung wurde in mündlichen Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Die Dauer des Interviews betrug zwischen einer halben und zwei Stunden. Im Einzelfall wurden Daten auch schriftlich nachgeliefert.

Ein weiterer Anlass für diese aufwändige Untersuchung waren zwei aktuelle Ereignisse gewesen: Einer Chefärztin (Unfallchirurgie) war Stunden vor Ende ihrer Probezeit ohne Angabe von Gründen gekündigt worden, eine Professorin (Herzchirurgie) hatte nach massiven Problemen von einer Uniklinik als Chefärztin in ein städtisches Herzzentrum gewechselt.

**Ergebnisse**

**Akademische Titel**

Alle 47 Chefärztinnen waren promoviert, acht von ihnen habilitierte Privatdozentinnen, insgesamt führten sieben Chefärztinnen, also 15 Prozent, einen Professorinnentitel.

**Alter**

Das Alter der Chefärztinnen lag zum Befragungszeitpunkt zwischen 40 und 64 Jahren (Grafik 1).

**Fachrichtungen**

Doppelnennungen waren möglich, da mehrere Chefärztinnen für mehrere Schwerpunkte qualifiziert waren.

Tab. 1: Fachrichtungen

Anzahl	Fachrichtung
22	Unfallchirurgie und Orthopädie
19	Viszeral- und Allgemeinchirurgie
8	Gefäßchirurgie
5	Plastische- und Handchirurgie
5	Kinderchirurgie
2	Herzchirurgie

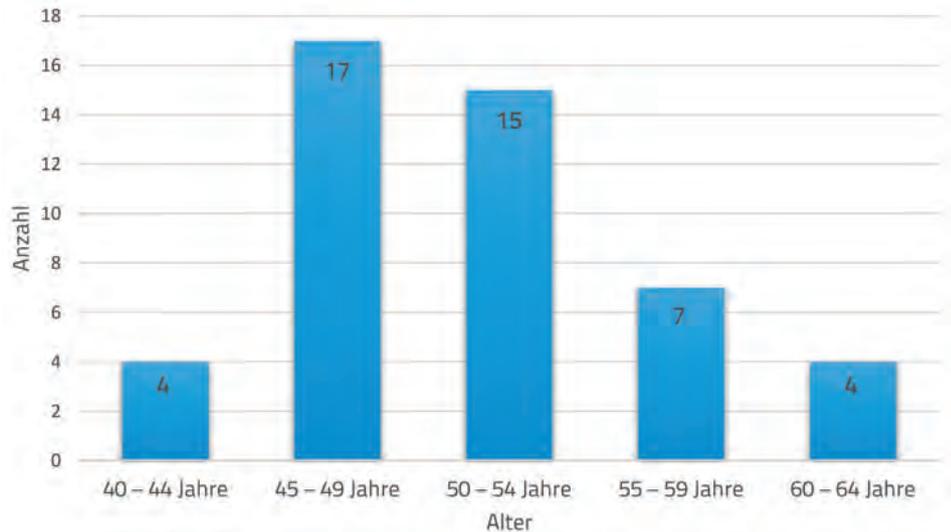
**Familienstand**

Von den 47 Chefärztinnen waren 32 verheiratet, sechs geschieden, drei lebten in fester Partnerschaft und sechs Kolleginnen waren ledig. 19 der Chefärztinnen gaben an, dass ihr Ehemann beziehungsweise fester Lebenspartner beziehungsweise inzwischen geschiedener Ehemann ebenfalls von Beruf Arzt sei.

**Kinder**

29 der Chefärztinnen (61 Prozent) hatten Kinder, 18 Chefärztinnen (39 Prozent) waren zum Zeitpunkt der Interviews kinderlos. Dabei waren mehr als die Hälfte der Kinder über 20 Jahre alt und nur sechs Prozent jünger als fünf Jahre. Eine chirurgische Chefärztin hatte vier Kinder, vier Kolleginnen hatten drei Kinder, zehn hatten zwei Kinder und 14 Kolleginnen hatten Einzelkinder.

Eine der Chirurginnen vereinbarte ihre cheförztlliche Tätigkeit seit zwei Jahren



Grafik 1: Altersverteilung der Chefärztinnen

mit einem Zwillingsspaar im Vorschulalter und einem Kind in der ersten Schulklasse. Ihre Kinder waren zum Zeitpunkt der Bewerbung und der Zusage durch die Klinikleitung bereits geboren. Hauptzuständig für die Kindererziehung war in elf Fällen der Ehemann/Vater der Kinder, in neun Fällen waren beide Elternteile gleichberechtigt zuständig. Sechs Chefärztinnen sahen sich selbst hauptsächlich in der Verantwortung und zwei Kolleginnen waren alleinerziehend. Eine Chefärztin gab an, dass sich tagsüber hauptsächlich ihre eigene Mutter um die Kinder kümmere. 15 der Chefärztinnen kümmern sich zusätzlich zu ihren sonstigen Verpflichtungen auch mindestens um ein pflegebedürftiges Elternteil.

**Klinikmerkmale**

Die Hälfte aller Kolleginnen arbeitete in Kliniken der Grund- und Regelversorgung, 28 Prozent arbeiteten in Kliniken der Maximalversorgung einschließlich Universitäten [5]. Der Rest verteilte sich auf BG-Kliniken, Schwerpunkt-kliniken und Fachkliniken.

39 Chefärztinnen waren in Krankenhäusern der westlichen Bundesländer tätig und sieben in einem der fünf neuen Bundesländer. Hinzu kam eine Kollegin aus Berlin.

**Gender**

20 der Chefärztinnen gaben an, in ihrer Klinik die einzige Chefärztin im Chefarztkollegium zu sein. 27 Kolleginnen gaben an, es gäbe noch mindestens eine weitere Chefärztin bei einer ganz überwiegenden Anzahl von Chefarzten. Damit sind über 40 Prozent als Frau im Chefarztkollegium allein.

**Abteilungsgröße**

Die Anzahl der Betten in der Verantwortung der jeweiligen Chefärztinnen rangierte zwischen maximal 104 und mindestens zehn Betten, der Durchschnitt der zu verantwortenden Betten betrug 41.

Die Anzahl der Oberärzte beziehungsweise Oberärztinnen in der Abteilung schwankte zwischen elf vollen und einer halben oberärztlichen Stelle.

In 26 Fällen (fast 60 Prozent) waren in den jeweiligen Abteilungen ausschließlich männliche Oberärzte tätig, nur in einem Fall waren mehr weibliche als männliche Oberärzte in der Abteilung beschäftigt.

Die maximale Anzahl der Assistenten beziehungsweise Assistentinnen in den Abteilungen lag bei 30 und die minimale bei einem beziehungsweise einer. 38 Chefärztinnen haben insgesamt 113 männliche Assistenten und

89 weibliche Assistenten. Das Verhältnis schwankt hierbei von sieben männlichen und keine Assistenzärztin über 25 männliche und fünf Assistenzärztinnen bis zu einem Assistenten und sechs Assistenzärztinnen.

### Weiterbildungsbefugnis

44 Chefärztinnen hatten eine oder mehrere Weiterbildungsbefugnisse von unterschiedlicher Dauer, drei Chefärztinnen hatten keine Weiterbildungsbefugnis

### Dauer der Chefarztstätigkeit

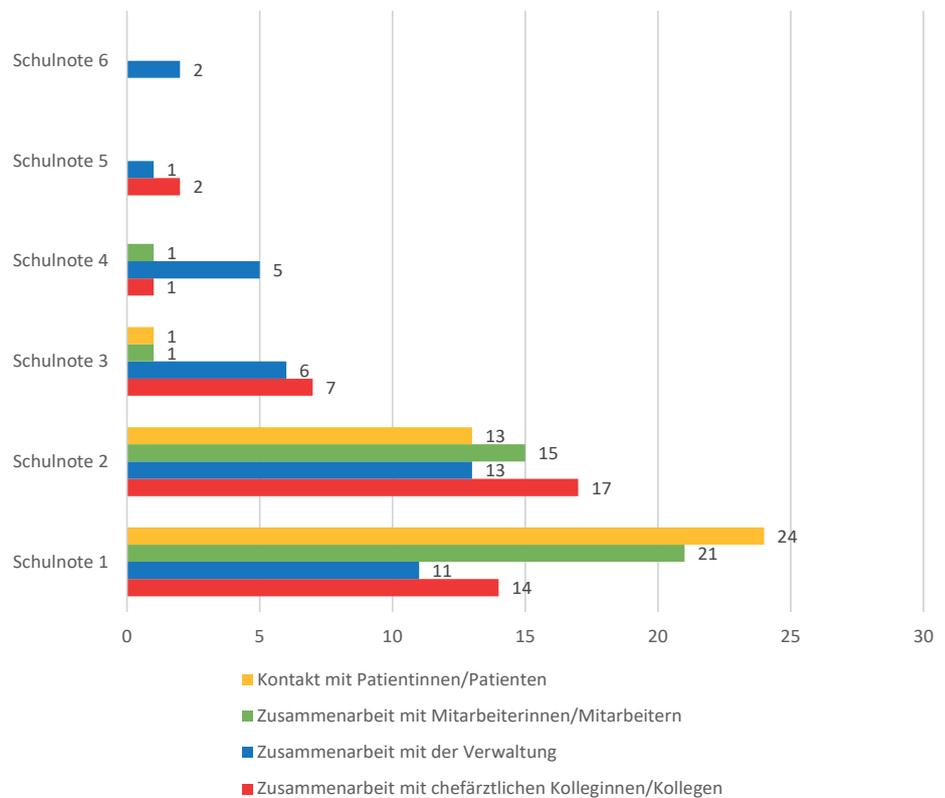
Am längsten war eine Chefärztin seit 21 Jahren in dieser Position, vier Ärztinnen erst seit einem Jahr und alle anderen Chefärztinnen länger als ein Jahr.

### Zufriedenheiten mit den diversen beruflichen Bereichen

Gefragt wurde, wie zufrieden entsprechend der Notengebung die Chefärztin mit ihren Chefarztkollegen und -kolleginnen, mit der Verwaltung, mit ihren ärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und mit den Patienten und Patientinnen sei. Der Kontakt zu den Patienten und Patientinnen wurde in jedem Fall mit den Noten 1 oder 2 belegt. Lediglich eine der Kinderchirurginnen beschrieb, dass die Betreuung der kindlichen Patienten und Patientinnen unkompliziert, jedoch die zusätzliche Betreuung der Eltern gelegentlich stressig sei.

Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen folgte mit der Durchschnittsnote 1,5. Diese Zusammenarbeit wurde nur ein einziges Mal mit der Note 4 benotet, in keinem Fall schlechter.

Die Zusammenarbeit mit den chefärztlichen Kollegen und Kolleginnen wurde im Durchschnitt mit 1,9 benotet, auch hier gab es nur drei Benotungen schlechter als befriedigend bei insgesamt 41 Nennungen.



Grafik 2: „Zufriedenheit mit“ nach Schulnoten

Das Verhältnis zur Verwaltung wurde am schlechtesten im Durchschnitt mit 2,9 eingeschätzt, wobei zweimal die Note 6 und einmal die Note 5 vergeben wurde, allerdings auch elfmal die Note 1 für die Zusammenarbeit mit der Verwaltung (Grafik 2).

### Arbeitsbelastung

Bei der Frage nach der Arbeitsbelastung in Stunden pro Woche ergab sich im Interview das Phänomen, dass jede der Chefärztinnen spontan deutlich zu wenige Arbeitsstunden angab. Erst auf detailliertes Nachfragen nach der Arbeitsbelastung je Werktag und nach zusätzlicher Arbeitsbelastung beziehungsweise Anwesenheit in der Klinik am Wochenende und nachts kamen die realistischen Zahlen zustande.

Kongressbesuche, Fortbildungsveranstaltungen für Niedergelassene oder ähnliches wurden nicht mitgezählt. Mehr als die Hälfte der Kolleginnen

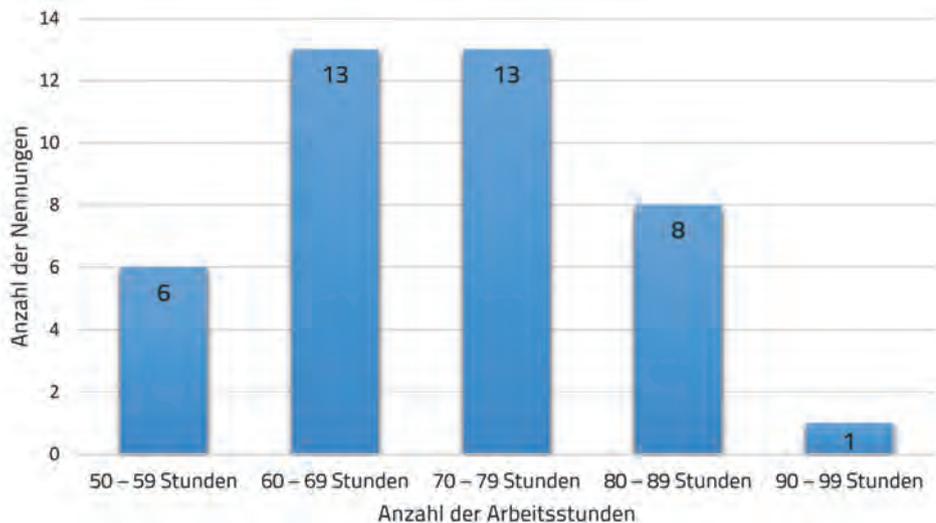
sind also mehr als 70 Wochenstunden in der Klinik chefärztlich tätig (Grafik 3). Von sechs Chefärztinnen wurde die Arbeitsbelastung nicht exakt verzeichnet.

### Kinderbetreuung und Haushaltshilfen

Die Betreuung von schulpflichtigen Kindern wurde zusätzlich zu Betreuungseinrichtungen wie einer Kita beziehungsweise der Schule in sieben Fällen von den Großeltern und in weiteren sieben Fällen von einer Kinderfrau/Aupair/Studierendem geleistet. Die Mehrzahl der Chefärztinnen gab an, Haushaltshilfen beziehungsweise Haushälterinnen zu beschäftigen. In einem Fall lebte die Chefärztin im Haus ihrer Großfamilie und wurde mit allem versorgt.

### Freizeitgestaltung

Die Frage nach sportlicher Betätigung beantworteten 30 Kolleginnen mit Joggen, Wandern, Golf oder Reiten (der Häufigkeit nach). Keine der Kolleginnen



Grafik 3: Von 41 Chefärztinnen geleistete Arbeitszeit pro Woche

trieb strikt termingebundene Aktivitäten, wie zum Beispiel Mannschaftssport. 17 Kolleginnen gaben an, keine Zeit für Sport zu finden.

Nach weiteren Freizeitbetätigungen gefragt, wurden in absteigender Häufigkeit Lesen, Reisen, Oper, Theater, Kochen, Gartenarbeit, Jagen und Fliegen genannt. 14 Kolleginnen (also immerhin 30 Prozent) gaben an, keine Zeit für Hobbys zu haben.

### Unterschiede zwischen Chefärztinnen und Chefärzten

Auf die Frage: „Gibt es aus Ihrer Sicht Unterschiede zwischen Chefärztinnen und Chefärzten?“ antworteten drei Chefärztinnen, sie sähen keine prinzipiellen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Chefärzten, sondern lediglich individuelle. Alle anderen 44 Chefärztinnen benannten fast immer mehrere deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese ergeben entsprechend der Häufigkeit der Nennung folgende Unterschiede:

### Chefärzte unterscheiden sich von Chefärztinnen im:

#### Verhaltensstil

- Sie handelten machtorientierter bei ausgeprägtem Kampf- und Wettbewerbsverhalten, auch untereinander.

Sie seien „Alphatiere“.

- Sie seien status- und karriereorientierter, „Chefärztherrlichkeit“.
- deutlich mehr Selbstdarstellung, Ich-bezogener, eitler, „Profilneurotiker“,
- geringere Selbstkritik: „Nie gesehen, nie gehört, aber machen wir ...“.

#### Führungsstil

- Sie führten hierarchischer und autoritärer, „Basta-Politik“.

#### Kommunikationsstil

- Chefärzte wendeten sich weniger den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu (Zeit, psychosoziale Aspekte).
- Sie hinterfragten sich weniger selbst, sondern suchten die Fehler eher bei anderen.
- Männer seien nüchterner.
- Manchmal arte ihre Kommunikation in Brüllen aus.
- Spezifischer Umgangsstil mit dem eigenen Geschlecht.
- Akzeptanz automatisch qua Geschlecht, gut vernetzt im „Old-boys-Network“.

### Chefärztinnen unterscheiden sich von Chefärzten:

#### Verhaltensstil

- Chefärztinnen arbeiteten stringenter und fleißiger.

- Sie haben ein besseres Zeitmanagement,
- bessere Entscheidungsfähigkeit,
- sind im OP belastbarer und flexibler einsetzbar und
- handeln sachorientiert versus status-/machtbezogen.

#### Führungsstil

- Chefärztinnen führen teamorientierter.
  - Sie bevorzugen eine flachere Hierarchie.
  - Sie verhalten sich integrativer, kompromissbereiter, diplomatischer.
- Als Nachteil dieses Führungsstils wurde benannt, dass das Bemühen um Konsens den Alltag manchmal erschwert.

#### Kommunikationsstil

- empathischer, mütterlicher (auch Patienten/Patientinnen und Angehörigen gegenüber),
- wertschätzende Kommunikation,
- hohe Sozialkompetenz,
- selbstkritischer als Männer („befundehrlicher“),
- geduldig,
- kollegial.

#### Forderungen

Interessant waren die Antworten auf die Frage, was gefordert würde, um die Bedingungen für Frauen zu verbessern. 16 Chefärztinnen forderten einen echten Berufsbildwandel. Die Leitungsposition im chirurgischen Fachbereich muss für eine Person gut/zufriedenstellend machbar sein. Dies bedeutet für alle familienfreundliche Bedingungen, eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die wertschätzende Akzeptanz der fortschreitenden „Feminisierung der Medizin“, kreativere Arbeitszeitmodelle und vieles mehr. Insbesondere wurde genannt, dass eine Schwangerschaft „normal“ sein sollte und nicht als Karrierehindernis gesehen werden darf. Hier wurde offen Frauendiskriminierung im Karrierebereich angesprochen, teilweise auch sehr

emotional („da geht einem das Messer in der Tasche auf“ ...). Gefordert wurde von zwölf Kolleginnen ein Mentoring insbesondere zu den Bereichen Gremienarbeit und Vernetzung, neun Kolleginnen forderten frauenspezifisches Coaching zu Kommunikation und Führung, elf Chefärztinnen erwarten eine bessere Kinderbetreuung nicht nur in der Klinik, sondern auch auf Kongressen. Nur vier Kolleginnen sprachen sich damals für eine Frauenquote aus. Diese Anzahl wäre heute vermutlich höher.

Exemplarisch sei hier eine besonders wichtige Aussage zitiert: „Es gibt bisher keine Rollenvorbilder und keine Maßstäbe. Damit ist eine Chefärztin immer kritisierbar und alles kann so oder so ausgelegt werden. Da Chefärztinnen andererseits oft nicht so gut vernetzt und (berufs-)politisch aktiv sind, sind sie in ihren Positionen gefährdeter.“

### Diskussion

Ärztinnen sind in chirurgischen Führungspositionen auch 2017 mit 5,4 Prozent nur marginal vertreten. Dies ist im Vergleich zu den Zahlen von 2010 zwar eine signifikante Steigerung (damals 3,2 Prozent), allerdings weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.

In den Vorständen der 160 größten deutschen Unternehmen (DAX, MDAX, SDAX) waren zum 1. Januar 2019 8,6 Prozent Frauen Mitglied. Im Vergleich zu einem Anteil von drei Prozent im Jahr 2011 natürlich ein Fortschritt, aber auch hier auf einem zu vernachlässigenden Niveau. 15,6 Prozent der Unternehmen hatten keine einzige Frau im Aufsichtsrat [5]. Nach aktuellen Zahlen der EU-Kommission liegt der Anteil von Frauen in Führungspositionen in der deutschen Wirtschaft bei 33,8 Prozent. Deutschland liegt damit EU-weit auf Rang sieben.

Siemens und EON sind bisher die Einzigen der dreißig DAX-Unternehmen mit

Frauen im Vorstand. Bei der Telekom gibt es bereits offizielle Quoten – bis Ende 2020 sollen weltweit 30 Prozent der Führungspositionen von Frauen besetzt sein. Bei Daimler-Benz und EON gibt es ebenfalls Projekte, Quoten zu etablieren. Eine aktuelle Studie von Mac-Kinsey weist auf die höhere Produktivität bei gemischten Vorständen und Führungsgruppen hin [5].

### Fazit

Chirurgische Abteilungen, die von Chefärztinnen geleitet werden, sind weiterhin eine Seltenheit. Die Umfrage ergab sowohl bedeutsame Daten zum Familienstand, zur Arbeitszeit und zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie als auch beeindruckende (subjektive) Bewertungen zu den unterschiedlichen Führungsstilen und Persönlichkeitsstrukturen von Chefärztinnen und Chefärzten. Darüber hinaus wurden Empfehlungen an die zuständigen Verbände und Gremien formuliert, was zur notwendigen Förderung von Chirurginnen erforderlich sei. Gerade die unterschiedliche Einschätzung der Persönlichkeitsmerkmale von Chefärzten und Chefärztinnen wird vermutlich Diskussionen auslösen und sollte unbedingt auch eine Befragung von männlichen Chefärzten nach sich ziehen. Der Einfluss verschiedener Führungsstile auf die Mitarbeiterbindung ist immens und gerade bezüglich der umworbenen Generation Y ein beliebtes Forschungsfeld [6]. Zu Recht wurde das Curriculum „Ärztliche Führung der Bundesärztekammer“ auf diese Tatsache hin angelegt. Hier bietet die Sächsische Landesärztekammer auch im nächsten Jahr wieder einen Kurs an.

In Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels sollten Krankenhäuser mit chirurgischen Abteilungen die Zeichen der Zeit endlich erkennen und sich dem Wandel in den Bedürfnissen der Bewerberinnen UND der Bewerber aktiver

stellen. Eigentlich benötigt man dazu keine Quote, allerdings stimmen die letzten 18 Jahre bedenklich (freiwillige Vereinbarung zur Quote in Deutschland zwischen Politik und Wirtschaft 2001). Die befragten Chirurginnen waren auf jeden Fall durchweg fasziniert von ihrem Fach und ihrem Tätigkeitsfeld, und sie vermittelten überzeugend den Eindruck, als Vorbilder für den ärztlichen Nachwuchs prädestiniert zu sein. ■

Literatur bei der Autorin

Dr. med. Astrid Bühnen  
Hagener Straße 31, 82418 Murnau  
E-Mail: abuehren@t-online.de

Dr. med. Astrid Bühnen war von 1997 bis 2009 Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. (DÄB). Seither ist sie als Ehrenpräsidentin des DÄB aktiv. Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer war sie von 1999 bis 2007.

Mittlerweile ist akzeptiert, dass gemischte Teams am effektivsten arbeiten. Der BDC hat es sich zum Ziel gesetzt, explizit Chirurginnen auf Führungspositionen vorzubereiten und dafür eine Seminarreihe aufgelegt. Die Seminare bieten Module zu folgenden Themen:

1. Führungsstrategien (27./28. März 2020)
2. Durchsetzungsstrategien (15./16. Mai 2020)
3. Persönliche Erfolgsstrategien (12./13. Juni 2020)
4. Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden (18./19. September 2020)
5. MISSION KARRIERE: Spielregeln für den Klinikalltag (27./28. November 2020)

Die Module können ab November 2019 unter [www.bdc.de](http://www.bdc.de) gebucht werden.

# Sächsische Chefinnen

Als die Interviews während der letzten Monate die Redaktion erreichten, dachten wir: „Was für beeindruckende Frauen haben wir hier!“ Im Folgenden stellen wir Ihnen sächsische Ärztinnen in Führungspositionen vor – Chefärztin, Professorin, Praxisinhaberin – stellvertretend für zum Glück immer mehr, aber unserer Meinung nach noch nicht genügend Frauen, die es geschafft haben, eine Leitungsposition in der Medizin zu erreichen. Wir wollen Frauen mit unterschiedlicher Herkunft und Sozialisation (Ost/West/Fachrichtung)

und aus verschiedenen Generationen porträtieren und damit durchaus sehr unterschiedliche Haltungen und Meinungen zeigen. Allerdings auch Gemeinsamkeiten, gleiche Erfahrungen und ähnliche Widerstände und Ermutigungen, die diese Frauen auf ihrem Karriereweg erfahren haben. Inwiefern die hier geschilderten individuellen Karrieren Modell für künftige Chefinnen stehen, muss jede Frau für sich entscheiden. Eines aber können diese Interviews: Mut machen und Beispiel sein für junge Kolleginnen, gerade in Zeiten,

in denen frau/man mit der Kultur im Gesundheitswesen hadert und in denen es kreative Ideen für die Lösung der Probleme nicht nur dort braucht.

Unabhängig davon, ob Quoten hilfreich sind oder nicht – mit den folgenden Interviews hoffen wir, lebhaftere Diskussionen anzuregen! ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Stellvertretende Vorsitzende des  
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

## „Ich habe immer versucht, Chancen zur Weiterentwicklung wahrzunehmen.“

**Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?**

Nein, geplant habe ich das nicht. Aber ich hatte schon in der frühen Schulzeit den Wunsch, Ärztin zu werden. Vorbilder hatte ich dafür einige in der Familie. Damals in der DDR musste ich trotz sehr guter Noten darum kämpfen, einen Studienplatz zu bekommen. Später habe ich mich für eine Facharztweiterbildung entschieden, die ich besonders interessant und spannend fand, obwohl damit ein langer Ausbildungsweg verbunden war. Ich habe immer versucht, Chancen zur Weiterentwicklung wahrzunehmen.

**Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?**

Frauen benötigen ebenso wie Männer ein günstiges Umfeld und Förderung,

**Dr. med. Annegret Dörre**  
**Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**  
**Fachärztin für Plastische Chirurgie**

- 1982 – 1988 Studium der Humanmedizin in Berlin und Dresden
- 1988 Approbation als Ärztin
- 1991 – 1995 Studium der Zahnmedizin an der Universität Leipzig
- 1995 Approbation als Zahnärztin
- 1996 Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, anschließend Weiterbildung auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie
- 1999 Zusatzbezeichnung Plastische Operationen und Weiterbildungsermächtigung MKG-Chirurgie
- 2001 Promotion Dr. med.
- 2002 1. Oberärztin der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH
- 2012 Berufung zur Chefärztin der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH; Anerkennung der Gebietsbezeichnung Plastische und Ästhetische Chirurgie



© Klinikum Chemnitz gGmbH

um sich entwickeln zu können. Dabei sehe ich einen enormen Vorteil bei Männern, die sich besser unterstützen und Netzwerke bilden. Frauen versuchen häufig, mit mehr Leistung zu überzeugen, aber das genügt nicht. Auch ich habe überwiegend auf Leistung gesetzt. Nachdem ich mich für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie als spannendes Fachgebiet entschieden hatte, habe ich ein Zweitstudium Zahnmedizin absolviert. Die Möglichkeiten der Weiterbildung auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie habe ich angenommen und später auch einen Zweitfacharzt erworben. Diese Qualifikation war dann entscheidend für die Übernahme der Chefarztposition.

#### **Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf der Karriereleiter?**

Im beruflichen Umfeld sollte meines Erachtens die Geschlechtszugehörigkeit keine wesentliche Rolle spielen. Dennoch habe ich Kollegen erlebt, die sich aufgrund ihrer Geschlechterrolle in natürlicher Weise überlegen fühlen oder irritiert sind, es mit einer Frau zu tun zu haben.

#### **Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?**

Heutzutage stellt im Arztberuf meines Erachtens die Vereinbarung von klassischen ärztlichen Aufgaben, wie der Therapie und Fürsorge für die Patienten, mit wirtschaftlichen Aspekten eine

Herausforderung dar. Darüber hinaus wird sich durch die Digitalisierung das Berufsbild des Arztes dramatisch ändern. Wir müssen uns neu definieren.

#### **Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?**

Privatleben und Karriere gut zu vereinbaren, ist wirklich eine Herausforderung. Der Familie wird sehr viel Verständnis abverlangt. Ohne Unterstützung geht es nicht. Für Haushalt und die Betreuung meiner drei Kinder habe ich neben Unterstützung durch Großel-

---

**„Im beruflichen Umfeld sollte die Geschlechtszugehörigkeit keine Rolle spielen.“**

---

tern auch eine private Kinderbetreuung und Haushaltshilfe engagiert.

#### **Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?**

Man sollte nicht zu bescheiden sein, sondern Selbstbewusstsein zeigen.

#### **Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?**

Unterstützung hatte ich durch die Familie, einige Kollegen und besonders durch meinen ehemaligen Chefarzt Prof. Dr. med. Karli Döring, der mich immer gefördert hat. Nicht zu vergessen sind meine Mitarbeiter, die mit mir an einem Strang ziehen.

#### **Was war im Laufe Ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?**

Offene Frauenfeindlichkeit habe ich nicht erlebt. Das heißt allerdings nicht, dass ich keinen Gegenwind gespürt hätte.

#### **Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?**

Junge Ärztinnen sollten Selbstvertrauen entwickeln, selbstbewusst auftreten, Verbündete suchen und Herausforderungen annehmen.

#### **Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?**

Die alten Probleme, zum Beispiel der Vereinbarkeit von Karriere und Familie, das heißt Kinderbetreuung, Teilzeitmodelle und so weiter, stehen noch immer auf

der Agenda. Ich glaube, es sollten mehr Männer in Führungspositionen erkennen, dass es auch für sie Vorteile hat, Frauen zu fördern.

#### **Was halten Sie von einer Frauenquote?**

Früher glaubte ich, eine Frauenquote sei unnötig. Diese Meinung habe ich revidiert.

Heute bin ich der Meinung, dass die Frauenquote hilft, Dinge in Gang zu bringen, die Strukturen zu verändern, denn von allein ändert sich nichts. Wir sollten die nachweislichen Vorteile von gemischten Teams auch auf Leitungsebene im Sinne der Gesellschaft nutzen. ■

# „Gute Vorbilder sind die motivierendsten Erlebnisse auf der eigenen Karriereleiter.“

## Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?

Nein, keineswegs. Es war eher eine Aneinanderkettung von Zufällen und Entwicklungen, welche ich primär nicht so geplant hatte. So ist mein persönlicher beruflicher Werdegang ja eher „atypisch“ und entspricht nicht einer „klassischen“ universitären Karriere, da ich erst nach Abschluss meiner Ausbildung zur Fachärztin für Chirurgie von einem städtischen Klinikum an die Uniklinik gewechselt bin. Mein oberstes Interesse war es, eine gute Chirurgin zu sein und die bestmöglichen operativ-technischen Fertigkeiten zu entwickeln. Gleichwohl war während dieser Zeit meine Begeisterung für Wissenschaft, Innovationen und Lehre sehr groß, sodass ich mich zum Wechsel an die Universitätsklinik entschloss.

## Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?

Authentisch unterstützt, gefördert und gefordert zu werden, waren sicherlich die wichtigsten Positiv-Erfahrungen und entscheidenden Momente für meine Karriere. Dies in Dankbarkeit auch an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben, war und ist für mich ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg.

## Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf der Karriereleiter?

Gute Vorbilder sind aus meiner Sicht die besten und motivierendsten Erlebnisse auf der eigenen Karriereleiter. Sheryl Sandberg war und ist eines der größten weiblichen Vorbilder für mich. Sie ist eine der wenigen sichtbaren Top-Managerinnen weltweit und ihr Werdegang hat schon seit vielen Jahren eine große Faszination auf mich ausgeübt:

## Univ.-Prof. Dr. med. habil. Ines Gockel, MBA Fachärztin für Viszeralchirurgie/ Spezielle Viszeralchirurgie Fachärztin für Chirurgie

1989 – 1995	Studium der Humanmedizin in Mainz
1991/1992	Stipendiantin der Emilie Lemmer-Stiftung der Universitätsmedizin Mainz
1995	1. und 2. Amerikanisches Staatsexamen (USMLE Step I/USMLE Step II)
1995	Promotion
2001	Facharztanerkennung für Chirurgie
2005	Schwerpunktanerkennung Viszeralchirurgie
2005	Habilitation und Ernennung zur Oberärztin
2011	Ernennung zur Geschäftsführenden Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; APL-Professur
2012	European Board of Surgery (EBS) Qualification in Surgical Oncology
seit 2012	Professor of Ethical Leadership und Vice Chair des New Westminster College, Vancouver, Kanada
2013	Schwerpunktanerkennung Spezielle Viszeralchirurgie
2014	Ruf auf die W3-Professur für Viszeralchirurgie mit Leitung der Klinik für Viszeralchirurgie an der Universität Leipzig

### Zusatzqualifikationen:

- Masterstudiengang International Hospital and Healthcare Management der Frankfurt School of Finance and Management in Kooperation mit der HEC Montréal, Kanada
- Diplomstudiengang Leadership, St. Galler Business School (SGBS)

### Klinische Schwerpunkte:

Komplexe onkologische Viszeralchirurgie, minimal-invasive Chirurgie, Robotik, Ösophagus- und Magenchirurgie, kolorektale Chirurgie, Pankreaschirurgie, Sarkomchirurgie, endokrine Chirurgie, multiviszzerale Operationen, Hyperthermie intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) bei Peritonealkarzinose, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen



© Universitätsklinikum Leipzig

Sandberg arbeitete nach dem Studium in Harvard bei der Weltbank und als Stabschefin von Finanzminister Larry Summers unter Bill Clinton. Danach machte sie das Anzeigengeschäft für Google rentabel. Heute ist sie Geschäftsführerin bei Facebook Inc. und lebt mit ihrer Familie in Kalifornien. In ihrem 2013 erschienen Buch „Lean In: Women, Work, and the Will to Lead“ untersucht sie, warum oftmals der Auf-

stieg von Frauen in Führungspositionen verzögert beziehungsweise verhindert wird, nur ein geringer Prozentsatz der Führungskräfte in Spitzenpositionen weiblich ist, und sie erklärt die grundlegenden Ursachen und Hintergründe hierfür. Gleichzeitig startete Sandberg ihre an Frauen gerichtete Ideenplattform „Lean in Circles“ (Quelle: New York Times, 21. Februar 2013: „A Titan’s How-To on Breaking the Glass

Ceiling“). Sie setzte sich für mehr Gleichberechtigung in der von Männern dominierten Internet-Branche ein. Sandberg hat es nicht nur geschafft, ihre traumwandlerische Karriere mit ihrer Familie zu vereinbaren (sie ist Mutter von zwei Kindern) und wurde diesbezüglich maximal von ihrem 2015 leider verstorbenen Ehemann Dave Goldberg, ehemaliger US-amerikanischer Unternehmer, unterstützt, sondern hat Frauen verschiedener Generationen darin bestärkt, ihr volles Potenzial zu entwickeln und ihre Ziele zu realisieren.

### Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?

Überbürokratisierung des Arztberufes, zunehmender zeitlicher und ökonomischer Druck, das Gefühl, sich nicht mehr richtig um Patienten mit all ihren Bedürfnissen kümmern zu können. Hinzu kommen unflexible Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddienste, die nicht mit einer ausgewogenen „Work-Life-Balance“ einhergehen.

### Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?

Indem mein beruflicher Zeitplan sehr durchstrukturiert und gut organisiert ist – und somit genügend zeitliche Ressourcen für mein Privatleben bleiben. Aber manchmal vermischen sich auch Beruf und Privatleben und sind nicht strikt voneinander zu trennen. Da mir mein Beruf sehr viel Spaß macht, empfinde ich das nicht als negativ.

### Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?

Geschlechtsspezifische Stereotypisierungen.

### Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?

Dies waren Mitstreiter\*innen, Mentor\*innen, Motivator\*innen und meine

früheren Chefs. Zur Gruppe der Mentoren & Motivatoren zählt unter anderem Prof. Tom R. DeMeester, bei dem ich an der University of Southern California, Los Angeles, mein Research Fellowship absolvierte. DeMeester ist als Pionier der modernen Ösophaguschirurgie bekannt und die Zeit bei ihm war unter anderem die inspirierendste in meinem Leben. Ein entscheidender und mir noch heute sehr präsenter Appell dieser beeindruckenden Persönlichkeit war: „Think out of the Box“.

Mit Prof. Dr. Volker F. Eckardt, Gastroenterologie, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden, habe ich die ersten klinischen Studien durchgeführt und war stets fasziniert von seiner wissen-

---

**„Junge Ärztinnen sollten sich von Widerständen, Rückschlägen oder vermeintlichen Misserfolgen nicht entmutigen lassen.“**

---

schaftlichen Präzision und Geradlinigkeit. Eines seiner Lieblingszitate lautete: „Randomize the first patient“. Er spornte mich damals an, an die Uniklinik zu wechseln.

Des Weiteren gehören meine drei ehemaligen chirurgischen Chefs, Prof. Dr. D. Lorenz, Prof. Dr. Th. Junginger und Prof. Dr. H. Lang, zu meinen größten Förderern. Bei ihnen durfte ich nicht nur eine exzellente chirurgische Ausbildung genießen, sondern hatte auch die uneingeschränkten Freiheiten, eigene Ideen und Projekte zu verwirklichen.

### Was war im Laufe ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?

Mit „harten“ Sprüchen wurde ich persönlich eher selten konfrontiert. Mikro-

aggressionen, despektierliche Kommentare, Abwertungen oder Annahmen, die auf stereotypen Geschlechts-Schemata basieren, sind aber generell nicht selten, zum Beispiel gegenüber Oberärztinnen: Hier werden oftmals vermeintliche „mangelnde Belastbarkeit“, „fehlendes Durchsetzungsvermögen“, „zu weicher Führungsstil“, „geringe Sachkompetenz“, „geringere Produktivitätserwartungen“ und „höhere Fluktuationsraten durch Schwangerschaften und Familienpflichten“ angekreidet.

### Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?

Ich rate jungen Medizinerinnen, sich möglichst früh ihrer Chancen bewusst zu werden und sich hinsichtlich der verschiedenen Karrierepfade beraten beziehungsweise coachen zu lassen. Hier spielen auch Mentoring-Programme und die „Macht des Vorbilds“ eine große Rolle. Viele junge Medizinerinnen befürchten oftmals, der simultanen Herausforderung von Karriere und familiären Verpflichtungen nicht gerecht werden zu können

und setzen somit ihre Fähigkeiten und Talente nicht gezielt ein beziehungsweise lassen sie sogar im Hintergrund unerkannt. Für viele junge Kolleginnen kommt somit oftmals eine Universitätskarriere überhaupt erst nicht in Betracht. Aufgrund der heutigen gesellschaftlichen und medizinisch-infrastrukturellen Gegebenheiten sollten sie sich aber immer wieder ermutigen lassen, dem Karrierepfad ihres Wunsches und ihrer Wahl nachzugehen, auch bei sogenannten dualen Karrieren beider Partner und Vorhandensein von Kindern beziehungsweise Kinderwunsch. Weibliche Karrieren sind immer ganzheitliche Lebensplanungen, somit sollten junge Medizinerinnen aktiv ihre Visionen und Karrierewünsche konkret planen, umsetzen und nicht darauf warten, bis sich eventuell irgendwann

einmal die Gelegenheit „zufällig“ ergibt, um im medizinischen Tätigkeitsfeld an die Spitze zu gelangen beziehungsweise um die beruflichen Ziele und die eigene Lebensvision zu verwirklichen. Junge Ärztinnen sollten sich von Widerständen, Rückschlägen oder vermeintlichen Misserfolgen nicht entmutigen lassen und „Steine im Weg“ immer zu positiven „Wachstumsreizen“ konvertieren.

### Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Einerseits haben wir eine Feminisierung in der Medizin (auch in der Chirurgie), das heißt in den letzten Jahren zunehmend weibliche Absolventinnen und Assistenzärztinnen (national wie international). Es besteht keine „gender barrier“ mehr, das heißt viele Frauen sehen Geschlecht nicht mehr als Hindernis ihrer beruflichen Karriere und Selbstverwirklichung. Es ist heute eine Selbstverständlichkeit, ebenbürtig den männlichen Kollegen zu sein.

Dennoch machen Frauen in Führungspositionen in deutschen Universitätskliniken nur circa zehn Prozent aus (Quellen: Ärzttestatistik der Bundesärztekammer; Deutscher Ärztinnenbund 2016; Statistisches Bundesamt) und Chefärztinnen/Klinikdirektorinnen verdienen in Deutschland circa 20 bis 30 Prozent weniger als männliche Kollegen (Quelle: Der Gehaltsreport 2017; [www.gehalt.de](http://www.gehalt.de)) („gender pay gap“) – für die gleiche Qualifikation und Leistung.

Das „Glass Ceiling“-Phänomen, das heißt die Tatsache, dass qualifizierte Frauen deutlich weniger in die Top-Positionen vordringen und oftmals auf der Ebene des mittleren Managements, zum Beispiel auf einer Oberarztposition, „hängenbleiben“, ist gerade für die akademische Chirurgie besonders

bekannt (Quelle: Zhuge Y, et al. Ann Surg 2011). Diese wirkmächtige Karriererestriktion, die oftmals subtil und kaum sichtbar den Weg von Frauen in gehobene Positionen verhindert, beruht möglicherweise auf (irrationaler) Angst vor einer geringeren Durchschnittsproduktivität, Führungseffizienz und generell vor höheren weiblichen Fluktuationsraten durch Schwangerschaften und Familienpflichten – welche allerdings durch zahlreiche nationale und internationale Studien eindeutig widerlegt sind. Stattdessen sorgen Stereotypisierungen bei der Beförderungspolitik in den karriererelevanten Netzwerken für Schließungsprozesse gegenüber Frauen. Zudem ist die Balance zwischen Fürsorgepflicht für die Familie und einer anspruchsvollen Karriere sehr herausfordernd und für viele Frauen ist der mutmaßliche Aufwand beziehungsweise Einsatz zu

---

**„Es ist heute eine Selbstverständlichkeit, den männlichen Kollegen ebenbürtig zu sein.“**

---

hoch. Die deutsche Politik für Elternzeit ist zwar – im internationalen Vergleich – relativ gut geregelt, doch nicht optimal. Die Realität zeigt oftmals, insbesondere bei sehr hoher Qualifikation und Sub-Spezialisierung, eine Verkürzung der Elternzeit mit der Begründung der Angst, spezielle (technische) Fertigkeiten oder die erreichte Position zu verlieren. Zudem empfinden viele Frauen die Länge der Elternzeit als negative Beeinflussung ihrer Karriere, zum Beispiel durch eine längere Zeit bis zum Facharzt. Somit sind nicht nur eine Optimierung der „Re-Integrationsbedingungen“ in die Facharzt-Ausbildung oder vorhandene Sub-Spezialisierung, sondern auch bessere Zugangsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützungen

gen hinsichtlich Tagesmüttern, Kitas, Haushaltsbetreuungen et cetera in Deutschland dringend vonnöten und flexiblere Arbeitszeiten zukunftsweisend.

Dabei ist Skandinavien mit Blick auf „Gender Equity“-Ideologien und -Praktiken für uns immer ein wichtiges Vorbild. Dort wurden bekanntlich verschiedene Arten einer gesetzlich vorgeschriebenen, familienfreundlichen Politik entwickelt, um Eltern eine bessere „Work-Family-Balance“ sowie eine „Shared Parenthood“ zu ermöglichen. Finnland ist zum Beispiel auf Platz Nr. 2 beim „Global Gender Gap Index“, welcher relative Lücken zwischen Frauen und Männern bezogen auf Gesundheit, Bildung, Wirtschaft und Politik aufzeigt (Quelle: Global Gender Gap Report. [http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR\\_CompleteReport\\_2014.pdf](http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR_CompleteReport_2014.pdf)).

Weitere sinnvolle Karriereförderungen von Ärztinnen bestehen in Mentoring-Programmen und der Unterstützung eines effektiven Networkings.

### Was halten Sie von einer Frauenquote?

Nicht viel. Meiner Meinung nach sollten fachliche Qualifikationen und persönliche Kompetenzen ausschlaggebend sein, um Führungspositionen einzunehmen. Wichtiger erscheint mir eine systematische Beseitigung des „Glass Ceiling“-Phänomens: Diese sollte allerdings nicht nur der gerechteren Verteilung von Chancen auf dem Arbeitsmarkt dienen, sondern auch einen signifikanten Beitrag zur Vermeidung volkswirtschaftlicher oder betriebswirtschaftlicher Verschwendung darstellen. Die „effizienzerhöhende“ weibliche Ressource muss also sinnvoll genutzt werden. Prinzipiell bin ich für einen „gesunden Mix“ der Geschlechter in Führungsteams. ■

# „Frauen werden immer kritischer betrachtet als Männer.“

## Seit wann sind Sie in Dresden?

Seit 21 Jahren – so lange war ich noch nie irgendwo anders, nicht einmal zu Hause.

## Wollten Sie schon immer in einer Führungsposition tätig sein?

Diese Perspektive hat sich erst im Laufe der beruflichen Karriere entwickelt. In der Oberstufe hat sich bei mir der Wunsch verfestigt, Medizin zu studieren. Ich habe dann das Studium in Marburg an der Philipps Universität absolviert und dort auch promoviert.

Als Assistenzärztin in der Anästhesiologie an der Medizinischen Universität zu Lübeck wurde mir relativ schnell klar, dass ich über die Routineversorgung hinaus mehr gestalten und klinische Fragestellungen erforschen wollte. Als mein damaliger Chef mich 1989 als einzige Assistenzärztin fragte, ob ich mit ihm an die Klinische Fakultät nach Mannheim gehen möchte, wo er mir auch Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten in Aussicht stellte, habe ich nach Rücksprache mit meinem Mann zugesagt. Er hat mich immer in meiner wissenschaftlichen Karriere unterstützt, auch wenn es für viele Jahre eine Wochenendbeziehung bedeutete. Mein Mann ist Physiker und es war klar, dass er nicht jede meiner Stationen mitmachen kann.

Nach über einem Jahr in der klinischen Versorgung im OP und auf der Intensivstation erhielt ich dann mit DFG-Antrag eine Freistellung in der klinischen Pathophysiologie bei Prof. Dr. med. H. Neuhof an der Justus-Liebig-Universität Gießen, wo ich Grundlagen für die Habilitation erarbeitet habe.

Als ich dann zurück in die Klinik kam, habe ich mich habilitiert und wurde zur Oberärztin ernannt. Das zog natürlich Konkurrenz und Neid der nicht habilitierten Oberärzte nach sich. Für mich war

## Prof. Dr. med. habil. Thea Koch Fachärztin für Anästhesiologie/ Spezielle Schmerztherapie

- 1986 – 1991 Assistenzärztin am Institut für Anästhesiologie der Medizinischen Universität zu Lübeck (Direktor Prof. Dr. med. K. van Ackern)
- 1991 Anerkennung als Fachärztin für Anästhesiologie
- 1995 Habilitation für das Fach Anästhesiologie und Verleihung der Venia Legendi
- 1996 – 1998 Hochschuldozentin am Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg
- 1998 – 2002 Ruf auf die Professur für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, stellvertretende Klinikdirektorin an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden (Direktor Prof. Dr. med. habil. D. M. Albrecht)
- 2000 Advanced Medical Education Program der Harvard Medical School in Boston
- seit 2002 Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie verbunden mit der Lehrstuhlvertretung an der TU Dresden, Weiterbildungsbefugnis für Anästhesiologie und Zusatzweiterbildungen Intensivmedizin und Spezielle Schmerztherapie
- 2006 – 2013 Studiendekanin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden
- 2007 – 2014 Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF), Director of CEEA courses in Germany
- 2015 – 2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA)I
- 2019 – 2022 Berufung in das Präsidium der Dresden International University

### Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Pathomechanismen und therapeutische Ansätze bei Sepsis
- Entwicklung neuer Beatmungsverfahren
- Endothelin Rezeptoren in der pulmonalen Strombahn
- Cardiovasculäre Effekte von Lokalanästhetika
- Kombinierte Anästhesieverfahren
- Klinische Studien in der Schmerztherapie, Sepsis-Therapie, Beatmung



© Uniklinikum C.G.C. Dresden

das eine anstrengende Zeit, da ich ins kalte Wasser geworfen wurde und viel Verantwortung übernehmen musste. Ich wusste, dass mir nichts passieren durfte!

In den folgenden zwei Jahren habe ich mich klinisch profiliert und eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe aufgebaut.

1998 wurde ich dann auf die Professur in Dresden berufen. Dresden hat mich

als Stadt schon im Rahmen einer Vortragseinladung von Professor Albrecht einige Jahre zuvor sehr beeindruckt.

## Wie sind Sie dann in Dresden aufgenommen worden? War es schwierig?

Ich wurde in der Klinik von Prof. Dr. med. habil. D. Michael Albrecht und Prof. Dr. med. habil. Helga Schiffner sehr nett

aufgenommen. Sicherlich waren am Anfang einige Kolleginnen und Kollegen etwas skeptisch. Doch nach kürzester Zeit konnte ich mir das Vertrauen erarbeiten und fühle mich sehr wohl im gesamten Kollegium der Klinik und Fakultät.

### **Was änderte sich, als Sie Chefärztin in Dresden wurden?**

2002 habe ich die Leitung der Klinik übernommen. Dies war eine neue große Herausforderung, da es doch noch einen deutlichen Unterschied ausmacht, ob man Stellvertreterin oder dann wirklich die Chefin und voll verantwortlich ist. Das Klinikkollegium hat mich hierbei sehr unterstützt. 2004 erhielt ich dann den Ruf auf die W3-Professur an der Universität zu Köln. Nach Abwägung aller Für und Wider habe ich mich insbesondere aufgrund der vertrauensvollen Zusammenarbeit im eigenen Team, mit den Vorständen und Klinikdirektoren aber auch in der Fakultät für Dresden entschieden, was ich auch bis heute nicht bereut habe.

### **Was war die schwierigste Angelegenheit in Ihrem beruflichen Werdegang?**

Am schwierigsten für mich war die Anfangszeit als jüngste Assistenzärztin in Mannheim, als einer der älteren Oberärzte sagte: „Was wollen Sie denn hier? Sie können hier doch sowieso nichts werden.“ Das war schwer zu verkraften, da ich ja privat viele Opfer bringen musste. Auch im Forschungslabor in Gießen war es nicht leicht, da ich wenig Unterstützung fand. Nun endlich für die Forschung freigestellt, habe ich mich ziemlich unter Druck gesetzt, schnellstmöglich Erfolge in Form von Publikationen vorweisen zu können.

In dieser Situation war es entscheidend, sich nicht so schnell entmutigen zu lassen. Ich konnte dann mit Doktoranden eine neue Arbeitsgruppe aufbauen, die auch zu nachhaltigen Freundschaften geführt hat. So haben mich mehrere Doktoranden auch auf meinen weiteren

beruflichen Stationen begleitet und selbst Karriere gemacht.

### **Wie bekommen Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut?**

Mittlerweile sind mein Mann und ich 35 Jahre glücklich verheiratet, insofern sieht man, dass es auch gut gehen kann. Letztendlich haben wir 13 Jahre an verschiedenen Standorten gelebt. Wir haben uns durch meine Dienste oder Vorträge auf Symposien nur alle zwei bis drei Wochen gesehen. Das war eine harte Zeit. 2002 erhielt mein Mann dann die Chance, sich beruflich nach Dresden zu orientieren und dem Ruf auf eine Professur an der Technischen Universität Dresden zu folgen.

### **Wo sehen Sie denn Optimierungspotenzial für die Stellung der Frauen?**

Die Spitzenpositionen sind ja nach wie vor zum großen Teil mit Männern besetzt. Bei meinen ersten Bewerbungen auf die W3-Professuren habe ich gemerkt, dass selbst bei gleicher Leistung und Beurteilung durch die Gutachter häufig der männliche Mitbewerber bevorzugt wurde. Dies mag auch daran liegen, dass die Berufungskommissionen überwiegend männlich besetzt sind und bestimmte Vorbehalte gegen Frauen noch immer bestehen. Als Frau wird einem einfach weniger zugetraut. Vielleicht kommt noch hinzu, dass ich von meiner Person her eine zierliche Frau bin, der man prima vista nicht zutraut, dass sie eine große Klinik leiten kann. Wenn man sich behauptet und durchsetzt, wird man als Frau schnell als zickig tituliert. Ist man aber ein bisschen netter und konzilianter, dann heißt es wieder: Die ist ja viel zu nett, die kann sich nicht durchsetzen.

### **Wie sind denn Ihre Erfahrungen in der Klinik mit Frauen? Wie gehen Sie mit Frauen oder Männern um?**

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen: Die Frau wird immer kritischer betrachtet als der Mann und es geht eben nicht

nur nach der Leistung.

Mein erklärtes Ziel ist es, Frauen und Männer zu fördern und zu habilitieren. Von Anfang an habe ich geschaut, wer Interesse hat, wissenschaftlich zu arbeiten. Ich habe Verständnis für familienfreundliche Arbeitszeiten und ermögliche die Freistellung von klinischer Tätigkeit. Bisher habe ich leider die Erfahrung machen müssen, dass die Kolleginnen, die mit großem Interesse und Einsatz erfolgreich gearbeitet haben, dann die Habilitation nicht abgeschlossen haben.

Ich habe mir viele Gedanken gemacht, woran das liegen könnte. Liegt es an der fehlenden Kinderbetreuung, an der Doppelbelastung oder mangelnden Unterstützung durch den Partner? Eine Umfrage unter Männern und Frauen, die ich für die europäische Fachgesellschaft erarbeitet habe, zeigt, dass diese nicht die Hauptgründe sind. Häufig liegt es daran, dass die Frauen oder auch manche Männer lieber am Patienten arbeiten wollen, mehr Freizeit für Familie und Hobbys haben möchten und die administrativen Belastungen, die mit Führungspositionen verbunden sind, scheuen. Frauen geben häufiger noch mangelndes Selbstvertrauen und fehlendes Management- und Führungsausbildung an. Es liegt also gar nicht nur an den äußeren Bedingungen, sondern an veränderten Lebensperspektiven. Voraussetzung für den Karriereerfolg ist neben dem wissenschaftlichen Interesse der persönliche Wille und ein gewisses Maß an Durchhaltevermögen.

### **Was halten Sie von der Frauenquote?**

Früher war ich immer gegen die Frauenquote. Denn ich wollte die Position aufgrund meiner Leistung bekommen und nicht, weil ich eine Frau bin. Nach meinen Erfahrungen, dass selbst bei gleicher Leistung häufig der männliche Kollege bevorzugt wird, denke ich mittlerweile, dass eine Quote vielleicht doch hilfreich wäre. ■

# „Ich bin mein schärfster Kritiker.“

## Wann entstand der Wunsch, Medizin zu studieren?

Das war in der Schulzeit. Meine Mutter war Apothekerin und immer berufstätig. Mein Vater hatte auch Pharmazie studiert. Deshalb hatte ich immer Kontakt mit medizinischen Dingen.

Ich habe in Heidelberg Medizin studiert. Im PJ kam ich zufällig in die Neurochirurgie. Nach dem Studium habe ich geheiratet und mein Mann wollte unbedingt nach Erlangen. In Erlangen bekam ich eine Stelle in der Neurochirurgie und bin nun seit 41 Jahren im Beruf. Später sind wir nach Heidelberg zurückgekehrt, weil der damalige leitende Oberarzt in Erlangen einen Ruf nach Heidelberg erhielt, mich mitnahm und gleich zur Funktionsoberärztin machte. Das war noch während meiner Facharztweiterbildung.

1984 habe ich dann in Heidelberg meine Facharztweiterbildung abgeschlossen. Von 1986 bis 1988 gingen wir nach Houston/USA in die Forschung. Dort war ich zwei Jahre am MD Anderson Cancer Center in der Zellbiologie und habe über Hirnmetastasen geforscht.

In der Zwischenzeit hatten wir zwei Kinder bekommen (1984 und 1986). Die Zeit in den USA war für die Kinder sehr gut, weil ich keine Nachtdienste hatte. Als ich zurückkam, habe ich mich in Heidelberg habilitiert und weiter als Oberärztin gearbeitet.

## Wann kamen Sie nach Dresden?

1993 bekam ich den Ruf nach Dresden. Der Gründungsdekan Prof. Dr. med. Karl-August Bushe, ehemals Direktor der Neurochirurgischen Klinik in Würzburg, hatte damals meinen Chef angerufen und gefragt, ob er einen geeigneten Bewerbungskandidaten für den Lehrstuhl in Dresden vorschlagen könnte. Ich hatte eine solche Möglich-

## Prof. Dr. med. habil.

### Gabriele Schmitz-Schackert Fachärztin für Neurochirurgie

- 1971 – 1977 Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg
- 1977 Staatsexamen und Approbation als Ärztin, Promotion
- 1978 – 1984 Facharztweiterbildung für Neurochirurgie: Universität Erlangen/Nürnberg (Prof. Dr. med. Wolfgang Schiefer) und Universität Heidelberg (Prof. Dr. Stefan Kunze)
- 1984 – 1986 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1986 – 1988 Forschungsstipendium der Dr. Mildred Scheel-Stiftung für Krebsforschung am Department of Cell Biology, M.D. Anderson Hospital and Cancer Center, Houston/Texas, USA. 1988 – 1993 Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg
- 1990 Habilitation im Fach Neurochirurgie
- 1991 Venia legendi für das Fach Neurochirurgie
- 1993 Berufung auf die C4-Professur für Neurochirurgie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, seit Oktober 1993 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
- 1999 Berufung auf C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität Hamburg/Eppendorf – Ruf nicht angenommen
- 2001 Verleihung des Verdienstordens des Freistaates Sachsen
- 2010 – 2012 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- 2012 – 2014 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
- 2015 – 2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 2017 Berufung in Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Heidelberg

#### Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Neuroonkologie, Tumorchirurgie, intraoperative Bildgebung



© Uniklinikum C.G.C. Dresden

keit bis dahin gar nicht in Betracht gezogen. Es gab keine Frauen in diesen Positionen.

Nachdem ich mich habilitiert hatte, trug ich mich sogar mit dem Gedanken aufzuhören und etwas ganz anderes zu machen. Mein Vater ermutigte mich, mich zu bewerben. Im Westen wollte ich mich nicht bewerben, weil dort mehr Vorurteile herrschen gegenüber arbeitenden Müttern. Denn als ich meine Kinder bekommen hatte, hieß es, jetzt musst du zuhause bleiben. Aber

wofür hatte ich die Ausbildung gemacht? Meine Mutter war auch immer berufstätig, das heißt, ich kannte es nicht anders. Mein Mann sah das genauso. Außerdem war es mit Kindern im Westen recht schwer. Der Kindergarten ging um neun Uhr los. Mittags musste man die Kinder wieder abholen und um zwei Uhr wieder bringen bis fünf Uhr. Wie will denn da einer arbeiten? Ich hatte immer ein ausgeklügeltes Kindermädchensystem: Ich hatte diejenige, die kam und das Haus mit sauber-

machte. Dann hatte ich die Ersatzkinderfrau, die Ersatzersatzkinderfrau und die Ersatzersatzersatzkinderfrau. So dass ich immer jemanden für die Kinder da hatte. Dass man sich so wie heutzutage abmeldet, weil die Kinder krank sind, ging damals gar nicht, oder dass die Männer zuhause bleiben. Meinem Mann hätte man das nie zugestanden. Es gab auch keine Elternzeit bei uns. Wir hatten nur Mutterschutz: sechs Wochen vorher und acht Wochen nach der Geburt.

Als ich dann mit Gründung der Fakultät nach Dresden kam – ich hatte mich auch auf den Lehrstuhl in Jena und an der Charité beworben – hat es mir auf Anhieb hier gefallen. Mein Mann blieb allerdings noch anderthalb Jahre in Heidelberg. Er hatte die Möglichkeit, sich auf die Professur für die Chirurgische Forschung zu bewerben, und diese Chance wollte er gerne wahrnehmen. So kam ich mit den Jungs (sieben und acht Jahre) allein nach Dresden.

Meine Mitarbeiter haben mich sehr unterstützt. Wenn ich lange operiert habe, sind die Oberärzte zu mir nach Hause gegangen und haben auf meine

Kinder aufgepasst. Vor lauter Arbeit habe ich nicht nach rechts, nicht nach links geschaut. Ich habe mich in den OP-Saal verkrochen und viel gearbeitet. Alle hatten große Erwartungen, ob ich das überhaupt schaffe. Ich wurde teilweise so begrüßt: „Wir erwarten Großes von Ihnen.“ Ich hatte gar keine Zeit, mich um irgendetwas zu kümmern, aber ich hatte immer sehr gute Mitarbeiter.

#### **War es schwer, sich als Frau zu behaupten?**

Ich habe es nicht so empfunden. Ich empfand es eher als Privileg. Ich habe einfach meine Pflicht getan. Ich bin ein Pflichtenmensch und will im Interesse der Patienten alles gut machen. Ich denke, ich bin mein schärfster Kritiker.

#### **Gab es einmal die Option, aus Dresden wegzugehen?**

Ich erhielt 1998/1999 einen Ruf nach Hamburg. Ich hatte mich auf das Ordinariat Hamburg-Eppendorf beworben und den Ruf auch bekommen. Das war für mich eine sehr schwere Entscheidung. Ich liebe den Norden und ich liebe das Meer. Und eigentlich war es das, was ich immer wollte. Ich habe mich

aber dennoch dagegen entschieden, weil ich hier nicht weg wollte. Denn was ich hier habe, habe ich selbst aufgebaut. Ich habe tolle Mitarbeiter und das fand ich ganz, ganz wichtig. Ich denke nach wie vor, dass es richtig war. Für mich war es natürlich auch noch mal eine Bestätigung. Ich konnte mit diesem Ruf zeigen, dass auch der Westen an mir Interesse hatte.

#### **Sie haben viele männliche Kollegen überholt. Wie haben diese darauf reagiert?**

Ich war von 2012 bis 2014 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Dann bin ich 2015/2016 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geworden. Darüber hat sich sicherlich nicht jeder gefreut, dass erstmals nach 143 Jahren eine Frau Präsidentin wurde, und ich die erste Neurochirurgin in dieser Position war. Ich dachte, es ist gut für beide Gesellschaften. Deshalb habe ich diese Position übernommen.

#### **Was halten Sie von einer Frauenquote?**

Ich finde, es muss die Leistung bewertet werden. Aber wie viele Frauen wollen denn wirklich in Führungspositionen? Wer will sich denn ständig messen und behaupten? Wer will ständig gemessen werden? Aber auch Männer ziehen nicht mehr so an Frauen auf der Karriereleiter vorbei. Auch Männer haben viele „Extras“: müssen auf die Kinder aufpassen, wollen geregelte Arbeitszeiten oder melden sich krank. Auf der anderen Seite haben die Frauen die Kapazität! Wenn sie ihre Leistung bringen und trotzdem zurückgesetzt werden, dann hätte die Frauenquote ihre Berechtigung. Es sollte absolut der/die Beste genommen werden und nicht, weil es eine Frau oder ein Mann ist. ■

# „Wenn ich Familie und Karriere möchte, dann sind Abstriche notwendig.“

## Wollten Sie immer schon in eine Führungsposition oder wie hat sich Ihre Karriere entwickelt?

Die Entwicklung meines beruflichen Werdegangs war davon geprägt, dass es nicht darum ging, eine Führungsposition oder leitende Tätigkeit zu erstreben. Es bestand und besteht der Wunsch, meinen Beruf möglichst selbstbestimmt zu leben mit allen Rechten und Pflichten, um dadurch meine Selbstwirksamkeit und Vorstellung von guter ärztlicher Tätigkeit möglichst gut und frei umzusetzen und weitergeben zu können.

## Welche Erfahrungen haben Sie auf Ihrem Karriereweg als Frau gemacht?

Meine berufliche Laufbahn begann in einer Zeit, die von einem Mangel an Ausbildungsstellen und Überschuss von Ärzten geprägt war. Das heißt, eine Ausbildungsstelle zu erhalten und auch gut ausgebildet zu werden, war von viel persönlichem Engagement, Einsatz, hartem Nachfragen und auch Konkurrenz geprägt.

Schön, dass in der heutigen Zeit junge Kollegen eher gesucht werden und dadurch mehr Unterstützung erfahren. Ich persönlich muss aber sagen, dass die Härte meines Ausbildungsweges mir auch geholfen hat, durch den entsprechenden Biss, Durchhaltevermögen und Leidenschaft schwierige Zeiten später gut zu überstehen.

## Gibt es spezielle „Frauenerlebnisse“ auf Ihrer Karriereleiter?

Spezielle Frauenerlebnisse gibt es nicht. Mir ist jedoch aufgefallen, dass bestimmte Aufgaben, Kompetenzen oder Tätigkeitsbereiche eher Männern oder Frauen zugetraut werden.

## Dr. med. Kirsten Schubert-Fuchs Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1993 – 2000 Studium der Humanmedizin, Dresden

2000 – 2006 Facharztweiterbildung Frauenheilkunde, Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt

2004 Sachkunde Laser in der Medizin, Charité Berlin

2005 Promotion „magna cum laude“ zum Thema „Reproduzierbarkeit von DNA-Ploidiemessungen an verschiedenen Gerätesystemen am Beispiel vom Mammakarzinom“

2003 – 2005 Ausbildung auf dem Gebiet der Ultraschall Diagnostik Gynäkologie/ Geburtshilfe Prof. Bollmann Charité, Prof. Vetter Vivantes Berlin

2004 – 2006 Ausbildung Akupunktur/Traditionell chinesische Medizin pro medico Dr. med. Römer

2006 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

2003 – 2006 Mitarbeit im Mitteldeutschen Referenzzentrum für Zervixpathologie, Dresden-Friedrichstadt

2007 Niederlassung als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oberlungwitz

2012 Zusatzbezeichnung Psychotherapie (TP) DIPP, Dresden

2018 Stellvertretende wissenschaftliche Leitung Kurs Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde, Sächsische Landesärztekammer



© Privat

Hier habe ich immer versucht, das Geschlechterprinzip außer Acht zu lassen und zu schauen, welcher Mensch, mit welchen Stärken für welche Aufgaben besonders geeignet ist. Das gilt für meine persönliche Entwicklung genauso wie im Umgang im Team.

## Was sind Probleme, die Männer und Frauen im Beruf gleichermaßen betreffen?

Wir leben in einer Zeit, in der Frauen und Männer sich entscheiden können, dürfen und sollen, wie sie ihr Leben leben und welche Prioritäten sie bezüglich Familie und Beruf setzen.

Dies ist eine große Chance und Errungenschaft. Gleichzeitig fordert es uns aber auch auf, zu entscheiden und bis zu einem gewissen Grade Kompromisse zu finden, wieviel Zeit und Einsatz ich wo investiere.

Diese Entscheidung kann uns aber keine Gesellschaft, kein Betreuungssystem und keine Quote abnehmen. Diese Entscheidung kann nur jede Frau und jeder Mann für sich alleine treffen.

## Wie haben Sie Ihr Privatleben und die Karriere unter einen Hut bekommen?

Es ist wichtig, sich und sein Leben gut zu organisieren und zu planen und ein entsprechendes Hilfesystem zu installieren. Außerdem finde ich es wichtig, seine Prioritäten und Lebensplanung sich bewusst zu machen, um dies klar dem Team, aber auch der Familie kommunizieren zu können.

Gleichzeitig habe ich mir persönlich immer klar gemacht, dass Abstriche notwendig sind. Wenn ich Familie und Karriere möchte, kann ich nicht beides zu

110 Prozent leisten. Dabei ist es übrigens egal, ob ich weiblich oder männlich bin. Ich muss also damit leben, dass ich nicht so viel an einem Tage schaffe, wie ich mir vorgenommen habe oder sich durch Elternschaft ein Karriereschritt verzögert. Oder weil ich Zeit für die Familie investieren möchte, ich bei manchen Positionen oder Projekten ablehne.

Gleichzeitig muss ich aushalten, dass ich nicht so viel Zeit für die Familie habe oder nicht so lange Elternzeit nehmen kann oder nicht jeden Elternnachmittag in Kita oder Schule besuchen kann, wie ich es mir wünschen würde.

**Was sollte man als Frau (im Team/bei Vorgesetzten) unbedingt unterlassen?**

Wenn ich als Mensch mit meinen Stärken und Schwächen gesehen werden möchte und ich mir Gleichberechtigung wünsche, so sollte ich dies auch vorleben und nicht auf besonders weibliche oder männliche Vorzüge setzen oder besondere Rücksicht verlangen, weil ich ein Mann oder eine Frau bin. Gleichberechtigung ist eine Haltung, die aus uns selber kommen muss, man kann sie nicht verordnen.

**Wer oder was hat Sie besonders unterstützt?**

Meine größte Unterstützung war die Erziehung durch meine Eltern. Sie haben mir klar gemacht haben, dass es egal ist, ob ich ein Mädchen oder ein Junge bin. Es ist wichtig, sich anzustrengen, sich herauszufordern und seine Schwächen zu erkennen und auszuhalten.

Dabei kam es mir nie in den Sinn, dass es abhängig von meinem Geschlecht ist, was ich in meinem Leben erreiche.

**Was war im Laufe Ihres beruflichen Werdegangs der „härteste“ Spruch in Bezug auf Ihre Frauenrolle?**

Als ich mit meinem vierten Kind schwanger war, wurde ich gefragt: „War das etwa geplant?“ Diese Frage kam übrigens von einer Frau.

**Welchen Tipp würden Sie jungen Ärztinnen heute geben?**

In meinen Augen geht es nicht darum, die Situation oder die Tätigkeit auf ein spezielles Frauen- oder Männerproblem zu spezifizieren. Es zählt Leistungsbereitschaft, Engagement und Selbstbewusstsein. Und das Vertrauen,

dass auch Männer gut Kinder ins Bett schaffen können, zu Elternabenden gehen oder bei den Hausaufgaben unterstützen, während Frau gerade in Klinik oder Praxis tätig ist. Und das Wissen, dass beide Tätigkeiten wichtig, wertvoll und schön sind.

**Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?**

Das Optimierungspotenzial liegt in uns selbst. Wir brauchen Selbstbewusstsein um auszuhalten, dass nicht alles auf einmal geht oder gewisse Dinge, wie Familie genauso wie Karriere, ihre Zeit haben. Dies ist aber nicht nur negativ, sondern auch toll, dass Frauen und Männer entscheiden können. Das sollten wir auch unseren Kindern vorleben und vermitteln.

**Was halten Sie von einer Frauenquote?**

Nichts. Eine Frauenquote suggeriert Frauen, dass sie es nur schaffen, wenn Plätze für sie freigehalten werden oder sie besondere Hilfe und Unterstützung brauchen. Frauen sind genauso leistungsfähig, klug und familienkompetent wie Männer. Das wird nur gesellschaftliche Normalität, wenn wir es persönlich leben. Ich persönlich möchte keine „Quotenfrau“ sein. ■

## „Das Bild eines Chefarztes – ob Frau oder Mann – hat sich inzwischen grundlegend geändert.“

In der Schule und beim Studium war ich sehr ehrgeizig, eine „Einser-Schülerin“. Dann habe ich beim Studium meinen Mann kennengelernt. Er war drei Jahre älter und begann mit seiner Ausbildung zum Chirurgen. Wir waren sehr glücklich, bekamen zwei Kinder und ich ent-

schloss mich zu einer Facharztweiterbildung für Physiotherapie. Meine zukünftige Arbeitsstelle sollte die Poliklinik Gorbitz sein und ja, es war auch der Gedanke dabei, mich um die Familie zu kümmern und meinem Mann „den Rücken freizuhalten“. Anfang der

1980er Jahre hatte ich schon Probleme als junge Mutter im Beruf. Meine Ausbildungszeit in der Anästhesie wollte der damalige Chefarzt nicht anerkennen, weil ich zu häufig mit den sich in der Eingewöhnungsphase in die Kinderkrippe befindlichen kranken Kindern

ausgefallen war. Zu dieser Zeit wäre es gar nicht denkbar gewesen, dass mein Mann als zukünftiger Chirurg wegen erkrankter Kinder zu Hause geblieben wäre.

Irgendwann eskalierte die Situation in unserer Familie, denn, wie mein Mann, musste natürlich auch ich während meiner Ausbildungszeit in vielen verschiedenen Kliniken am Bereitschafts- und Notarztdienst teilnehmen. So stellte ich den Antrag auf Arbeit in Teilzeit, mein damaliger Chef in einer Inneren Klinik sah mir tief in die Augen und meinte: „Natürlich können Sie 14 Uhr nach Hause gehen, wenn Sie Ihre Arbeit auf der Station (die ich allein betreute) geschafft haben“.

Durch den plötzlichen Tod meines Mannes und die gesellschaftspolitischen Umbrüche zur Wendezeit mit Auflösung der Polikliniken und völlig unklarer Perspektive für den Facharzt für Physiotherapie, wechselte ich in die Facharztweiterbildung für Innere Medizin und bin heute noch ausgesprochen dankbar dafür, dass sich sowohl Prof. Dr. med. habil. Heinz Herzog als auch Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel sehr für mich verwendeten und so bekam ich die Assistentenstelle in der I. Medizinischen Klinik am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt zu einem Zeitpunkt, zu dem es wegen der unklaren politischen Verhältnisse zunächst keine neuen Einstellungen gab. Ich wollte nun Rheumatologin werden.

In unser Haus zogen glücklicherweise meine Eltern ein, um mich mit den zwei kleinen Kindern zu unterstützen. Ein besonderer Glücksfall für mich war, dass sie gerade durch die Wende-Umbrüche in den Vorruhestand geschickt worden waren.

Mit diesem Hintergrund konnte ich engagiert meine Weiterbildung zur Internistin und Rheumatologin vorantreiben. Ich wurde Stationsärztin und

### Dr. med. Leonore Unger Fachärztin für Innere Medizin

1978 – 1984	Studium der Humanmedizin, Greifswald und Dresden
1985 – 1990	Facharztweiterbildung Physiotherapie und rehabilitative Medizin, beendet mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“
1990 – 1996	Facharztweiterbildung Innere Medizin
1994	Zusatzbezeichnung Chirotherapie
1994	Fachkunde Rettungsdienst
1997	Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie
1999	Ernennung zur Oberärztin
2002	im Rahmen des PROVIDE-Hospitationsprogrammes Hospitation an der Division of Rheumatology, University Michigan, Ann Arbor
2004	Ernennung zur leitenden Oberärztin der I. Medizinischen Klinik des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt
2005	Zertifizierung „Osteologie DVO“
2008	Ernennung zur Chefärztin der I. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt



© Städtisches Klinikum Dresden

fühlte mich insbesondere nach meiner fünfjährigen vielfältigen Ausbildung in der Physiotherapie im Vorfeld für eine Stelle als Oberärztin in der Rheumatologie nach Abschluss meiner Prüfung zur Subspezialistin qualifiziert.

Mit meinem jetzigen Mann, der für unsere Beziehung seine Stellung in einem Krankenhaus im Norden Deutschlands aufgab und am Stadtrand von Dresden eine eigene Praxis gründete, bekam ich glücklich mein drittes Kind. Damals (1994) waren Facharzt-Stellen in Kliniken sehr begehrt und ich konkurrierte mit zwei befreundeten Kollegen um die eine vorhandene Stelle. Durch Mutterschutz und Elternzeit kam ich „ins Hintertreffen“. Im Wissen um das Behütetsein unserer drei Kinder durch unsere Eltern beschlossen wir, meine Elternzeit zu verkürzen und zehn Wochen nach der Geburt meines Sohnes war ich wieder in der Klinik, bekam die Facharztstelle und ein paar Jahre später wurde ich 1999 Oberärztin unter der Leitung meines von mir sehr geschätzten Chefs, Prof. Dr. med. habil. Hubert Gerd Nüßlein.

Das war damals keine einfache Zeit für uns, zumal mein Mann sich ja auch mit der Praxis erst etablieren musste und so manches Mal waren wir „grenzkompensiert“. Lachend erinnern wir uns heute, wie wir mit der Taschenlampe in der Nacht im Garten herumstolperten, um das Herbstkörbchen, welches am nächsten Tag im Biologie-Unterricht fällig war, zusammenzubringen, oder die Klage meines Sohnes über die rutschende Jeans zur Erkenntnis führte, dass er ja schon den zweiten Tag die Hose von der Oma trug. Mit Stolz berichtet unser jüngster Sohn heute auf Familienfesten von dem Hausaufsatz, den wir nicht auf dem Schirm hatten und den ich in einem Sonntagsdienst verfasste und auf den wir beide dann eine Vier erhielten. Ich hatte in der Eile zu viel aus dem einzigen verfügbaren Sachbuch im Dienstzimmer abgeschrieben. Der Lehrer hatte uns im Zeitalter des Internets überführt. Meine Sekretärin konnte beim Briefeschreiben auf den Kassetten der sonntags vormittags diktierten Arztbriefe die Fortschritte der Kinder im Klavier-

und Geigespielen im Hintergrund verfolgen. Das war nicht immer ein Genuss.

Nachdem Prof. Nüßlein 2007 leider die Klinik verlassen hatte, wurde die Chefarzt-Stelle für die I. Medizinische Klinik ausgeschrieben. Ich hatte als leitende Oberärztin die Klinik bereits kommissarisch geleitet und nach reiflicher Überlegung und mit dem Zuspruch meiner Kollegen und meiner Familie bewarb ich mich für diese Position – und erhielt sie auch. Ich war nun, neben der Augenärztin, Dr. med. Hannelore Pigors, die zweite Frau in der Geschichte des Krankenhauses Friedrichstadt, die eine Klinik leitete.

Ich erinnere mich gut an die wunderschöne Jugendstil-Villa neben dem Krankenhaus Bethanien im damaligen Karl-Marx-Stadt, in der meine Schwiegereltern in den 1980er Jahren wohnten. Mein Schwiegervater, Prof. Dr. med. Kurt Unger, war Chefarzt der Chirurgischen Klinik dort. Ihm wurde höchster Respekt erwiesen.

Wenn er nach dem Mittagessen, das ihm pünktlich 13 Uhr von seiner Frau zu Hause serviert wurde, nach einer kurzen Mittagsruhe und dem Studium der wichtigsten neuesten medizinischen Zeitschriften am Nachmittag wieder in der Klinik erschien, waren alle Kollegen bereit für die Nachmittagsvisiten und -besprechungen. Es gab keinen definierten „Feierabend“, auch das Wort „Überstunde“ gab es nicht, Kollegen in Teilzeit waren eine Rarität.

Das Bild eines Chefarztes – ganz gleich ob Frau oder Mann – hat sich inzwischen grundlegend geändert. Ich denke, dass inzwischen auch die meisten meiner männlichen Kollegen ihre Kinder zum Sport fahren und am Samstag am Rande eines Fußballfeldes ihre Söhne anfeuern oder in den Konzerten der Musikschule sich die ersten Geigenstriche ihrer Zöglinge anhören. Wahr-

scheinlich können die meisten auch eine Spülmaschine einräumen und die Wäsche abnehmen – Bügeln, Einsortieren und entscheiden, was die Kinder heute anziehen, wird vielleicht schon schwieriger. Daran denken, dass der eine heute den Sportbeutel, der andere die Werkschürze und die dritte den Geburtstagskuchen mitnehmen (und vorher gebacken kriegen) muss, quasi die ganze Logistik, wird wohl in den meisten Familien noch Frauensache sein – Chefarzt hin oder her. Ich habe mir manchmal gewünscht, so viel Geld zu verdienen, dass eine Haushaltshilfe, eine Kinderfrau (gerade zur Überbrückung der Nachmittagsstunden) und ein „Hausmeister“ kein Problem sind. Ich hatte Glück, weil diese „Jobs“ jahrelang mit großer Liebe von meinen Eltern erledigt wurden.

---

### „Meine Kinder haben mich vieles gelehrt – vor allem Toleranz und Flexibilität.“

---

Glück muss man auch mit dem Partner haben, nicht jeder Mann kommt mit einer starken, „bestimmenden“ Frau zurecht (und man muss als Frau natürlich zu Hause auch mal aufhören können zu bestimmen).

Die Gesellschaft hat sich grundlegend geändert. Ich habe mich daran gewöhnt, dass mir nicht mehr immer die Tür aufgehalten wird und ich auch nicht als Erste durch diese Tür gehe, dass ich für viele nicht mehr Frau Chefarzt oder Frau Doktor sondern nur Frau Unger bin, froh, nicht noch geduzt zu werden. Vielleicht sind das auch nur Äußerlichkeiten, aber ich wünsche mir schon, dass es generell wieder mehr Respekt vor einer Lebens- und Arbeitsleistung gibt, ja auch „nur“ vor einem tapfer gelebten Leben, dem Alter, der Erfahrung. Wir leisten in unserem Beruf

schon Außergewöhnliches, die meisten von uns engagieren sich weit über einen normalen Arbeitstag hinaus, dafür möchten wir Wertschätzung erfahren, von unseren Patienten, von unseren Kollegen, aber auch von unseren Vorgesetzten, die ja inzwischen meist Ökonomen sind.

Meine Kinder haben mich vieles gelehrt – vor allem Toleranz und Flexibilität. Ich habe gelernt, dass es auch ganz andere Lebensentwürfe geben kann als die, die wir uns bisher vorstellen konnten, dass es gut ist, mit seinen Ansichten auch einmal in Frage gestellt zu werden, dass es wichtig ist, über sich lachen zu können – und immer im Dialog zu bleiben. Kritische Dinge müssen angstfrei gesagt werden können, nur dann geht es kreativ vorwärts.

Ich genieße deshalb die Zusammenarbeit mit den Kollegen in meiner Klinik. Es ist ein Mix aus alten erfahrenen Hasen und den erwartungsvollen, enthusiastischen Jungen, die natürlich auch ihre eigenen Vorstellungen haben und sich Dinge einfordern, die manchmal erfüllbar sind und manchmal nicht und die uns Ältere davor bewahren, in eingefahrenen Gleisen bequem zu werden.

Ja, wenn ich keine Kinder bekommen hätte, hätte ich mich sehr wahrscheinlich habilitiert und vielleicht einer Professur angestrebt. Ja, es gab Situationen, in denen ich Vorträge, Weiterbildungen und ähnliches, die für die Karriereleiter wichtig gewesen wären, wegen der Familie abgesagt habe, an vielen Netzwerk schmiedenden Arbeitsessen habe ich nicht teilgenommen. Es gibt auch heute Situationen, in denen man als „Nicht-Professorin“ zurückstehen muss – in wissenschaftlichen Gremien, Ausschüssen, bei der Bewerbung für bestimmte Positionen und manchmal hab ich mir gewünscht, dass das Großziehen von drei Kindern

zu anständigen Menschen wie eine Habilitation bewertet wird.

Aber unzufrieden oder benachteiligt fühle ich mich nicht. Ich habe im Beruf viel erreicht und ich habe eine wunderbare Familie, darauf bin ich sehr stolz. Eine Frauenquote brauche ich nicht. Unabhängig vom Geschlecht muss eine Position mit demjenigen besetzt werden, der sie am besten ausfüllen kann, der am besten dafür qualifiziert ist. Viele Dinge haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, Frauen in Teilzeitarbeit werden nicht mehr schief angesehen. Mütter, die einen Haushalt mit mehreren Kindern organisieren, sind in der Regel auch auf Arbeit sehr strukturiert und sie haben das, was heute ein etwas ausgeleierter Begriff

geworden ist: soziale Kompetenz. Dies kommt den Patienten, aber auch den Arbeitskollektiven zugute. Allerdings gibt es ein großes Potenzial, Frauen, die sich im Beruf mehr engagieren wollen, dies zu erleichtern, zum Beispiel mit Kinderkrippen und -gärten, die auch eine Arbeit im Schichtdienst möglich machen, mit einem Stellenschlüssel, der Teilzeitarbeit einplant. Mütter sollten nicht weniger, sondern mehr verdienen, damit sie Haushaltshilfen, Kindermädchen und ähnliches bezahlen können.

Mein Problem als Chefärztin sind nicht „die Männer“, meine Problem als Chefärztin ist (und da sind meine männlichen Kollegen genauso betroffen)

die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Behandlung für alle Betroffenen in einer Zeit, in der „Effizienz“ dargestellt durch das Erreichen vieler Case mix-Punkte und niedrigstmöglicher Verweildauer mit Qualität verwechselt wird, in der wir dauererschöpft sind durch Zeitdruck und überbordende Bürokratie. Meine Herausforderung als Chefärztin ist, meinen jungen Kollegen unter diesen Bedingungen die Begeisterung für unseren schönen Beruf zu erhalten, zu zeigen, wie befriedigend es sein kann, Menschen in schwierigsten Situationen beizustehen und sie zu begleiten. Die Männer? Wie langweilig wäre die Welt ohne Männer?! ■

## Ärztinnen in Führungspositionen im Wandel der Zeit und der eigene Werdegang

Erst vor 100 Jahren haben Frauen in Deutschland nach Jahrhunderten, alle Gesellschaftsschichten übergreifenden Kämpfen, das Wahlrecht erhalten. Bis 1962 durften Frauen im Westen Deutschlands kein eigenes Konto eröffnen. Wollte eine Frau arbeiten, benötigte sie dafür bis 1977 in der BRD die Erlaubnis ihres Ehemannes. In der DDR stellte sich diese Problematik nicht: Hier war es Normalität und meist auch eine wirtschaftliche Notwendigkeit, dass Frauen erwerbstätig waren. Sehr bezeichnend für die aktuelle gesellschaftliche Stellung der Frau ist das Ergebnis in Suchmaschinen bei Eingabe des Buchtitels „Und das als Frau“. Es erscheinen Beiträge zu Sexualität und Styling oder Tipps, um allein auf Reisen zu gehen, aber nicht für Wege, um den beruflichen Alltag neben der Familie zu meistern oder in Führungspositionen erfolgreich zu sein.



Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert

Gerade für die Erlernung und spätere Ausübung des gesellschaftlich hoch angesehenen Berufes als Ärztin lagen anfangs für die Frauen die gesellschaftlichen und Standes-Hürden hoch. Pionierinnen (denen zum Beispiel Dorothy C. Wilson literarische Denkmale gesetzt hat) haben sich ein Leben lang

unermüdlich den Herausforderungen gestellt und den Anfeindungen getrotzt. Sie haben aber auch, wie viele erfolgreiche Frauen in der Vergangenheit, auf eine eigene Familie verzichtet; eine Haltung, zu der junge Frauen heute nur noch selten bereit sind und in der heutigen Zeit auch nicht mehr gezwungen sein sollten.

Ich selbst bin in der DDR aufgewachsen und vor 61 Jahren zur Schule gekommen. Weder in der Schule noch später im Studium spielte das Geschlecht eine Rolle. Lehrerinnen prägten die Schulzeit stärker als Lehrer und im Studium lernte ich Wissenschaftlerinnen mit großer Vorbildfunktion kennen.

Die ersten Jahre im Beruf sind ganz wesentlich für den späteren Weg. Es sind die Jahre, in denen man hungrig sein Wissen aus dem Studium im prak-

tischen Alltag unter Beweis stellen möchte und gleichzeitig den Anforderungen einer Familie gerecht werden muss. Sehr hilfreich für die Organisation des Alltags waren für mich damals die umfassend verfügbare Betreuung der Kinder in Krippe, Kindergarten und Schulhort sowie die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Frauen voll berufstätig war. In der Zeit meines Berufsstarts hatte das Leben der Frauen mit Beruf und Familie eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Für die Kinder war es selbstverständlich, dass die Mütter in Vollzeit zur Arbeit gingen, Schulbesuche erfolgten ohne „Elterntaxi“ und Sportgemeinschaften waren häufig für die Kinder allein erreichbar. Durch eine Vielzahl an Veränderungen ist dieser Lebensabschnitt für Kolleginnen heute deutlich schwerer (Ost) oder immer noch schwer (West) zu bewältigen.

Das beginnt mit der Verfügbarkeit und den Öffnungszeiten von Kindertagesstätten, setzt sich in den Entfernungen, den Verkehrsbedingungen und damit auch der Sicherheit auf den Wegen zwischen Elternhaus und Schule bis zur Erreichbarkeit von sportlichen und künstlerischen Ausbildungsstätten fort. Eine Übernahme von elterlichen Verpflichtungen, wie Krankenbetreuung und Elternzeit durch beide Elternteile, stand damals erst am Anfang und ist bis heute keine Normalität.

Ob die fachliche Entwicklung und die Qualifikationsmöglichkeiten einer Frau mit Familie unter einem männlichen oder weiblichen Vorgesetzten erfolgreicher zu realisieren sind, hängt stark von der persönlichen Situation des oder der Vorgesetzten ab. Wichtig für die spätere Entwicklung einer Ärztin ist, dass sie die gleichen Entwicklungschancen hat und die gleichen Möglichkeiten zum Beispiel für eine Habilitation oder eine Oberarztposition be-

kommt wie ihre männlichen Kollegen. Wesentlich ist dabei auch, welche Rolle Frauen in ihrem beruflichen wie wissenschaftlichen Umfeld spielen.

Ich selbst hatte diese Bedingungen uneingeschränkt. Die Fachorganisation meines Spezialgebietes, die Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e. V., ist seit vielen Jahren durch einen hohen Anteil an Frauen in verantwortungsvollen Positionen geprägt. Frauen werden ohne jegliche Quotenvorgabe zu Vorsitzenden und/oder Vorstandsmitgliedern der Gesellschaft sowie zu Präsidentinnen der

---

**„In der Zeit meines Berufsstarts hatte das Leben der Frauen mit Beruf und Familie eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz.“**

---

Jahrestagungen gewählt. Die Verantwortung für die Jahrestagung 2007 in Dresden durfte ich übernehmen und bekam dafür als erste Frau den Dresden Congress Award in der Kategorie über 1.000 Teilnehmer überreicht. Bis heute schmückt sich die Stadt überwiegend mit männlichen Preisträgern.

Obwohl die Laboratoriumsmedizin (das übergeordnete Fach) mehr Möglichkeiten zur individuellen Organisation des Alltagslebens zwischen Beruf und Familie sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit bietet als ein rein klinisches Fach, dominieren Männer die Fachgesellschaft. Durch meinen Status als einzige Direktorin eines Institutes an einer Hochschule kandidierte ich als Fachkollegiat für die Deutsche Forschungsgemeinschaft und bekam von den Wählerinnen und Wählern ohne Quotenregelung das Vertrauen ausgesprochen. Diese beiden Beispiele verdeutlichen meines Erachtens, dass das medizinische Fachgebiet an sich nicht

entscheidend für die Entwicklung einer Frau zu einer Führungspersönlichkeit ist.

2001 übernahm ich – mit der Qualifikation als habilitierte Fachärztin – die Leitung des Institutes für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden zunächst kommissarisch. Trotz der Situation, die Funktion als Frau unter den überwiegend männlichen Direktoren nur kommissarisch auszuüben, ist es mir gelungen, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Dekanat, Vorstand und führenden Mitarbeitern des Klinikums aufzubauen. 2005 wurde mir die Leitung des Institutes übertragen, 2013 erhielt ich vom Rektor der Technischen Universität Dresden die mitgliedschaftlichen Rechte eines Hochschullehrers. Nach meinem altersbedingten Ausscheiden als Direktorin konnte

ich die Leitung direkt an einen Hochschullehrer mit einer W3-Professur übergeben. Bis heute bin ich vertretungsweise im Institut tätig.

Um den Anteil an Frauen in Führungspositionen zu erhöhen, muss auf allen Ebenen die volle Berufstätigkeit von Frauen akzeptiert und ermöglicht werden, um sie in die Lage zu versetzen, sich in fachlicher Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Führungsstil behaupten zu können. Leider wird eine Frau in einer Führungsposition über ihre äußere Erscheinung und ihre Fähigkeit zur Repräsentation beurteilt. Für die Mitarbeiter muss eine Frau ein fachlich und persönlich überzeugendes Vorbild sein. Diese Anforderung ist unabhängig von der Zeitepoche und darf nicht durch Quotenregelungen abgeschwächt werden. ■

Prof. Dr. med. habil. Gabriele Siegert  
ehemalige Direktorin des Instituts für Klinische  
Chemie und Laboratoriumsmedizin am  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

# Work-Life-Balance – eine Herausforderung für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen?

## Ein Weckruf an Kliniken

D. Scheurlen

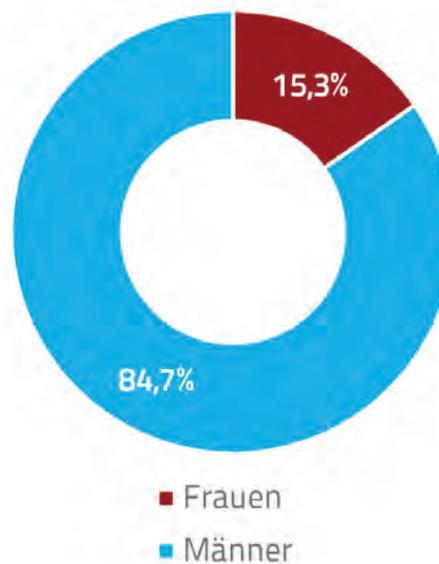
Bis zum Jahr 2020 werden laut einer Studie von PWC (Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030) 56.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, eine große Anzahl davon auch in Kliniken.

Zu dieser Entwicklung tragen unter anderem die Herausforderungen des Wiedereinstiegs nach Familienzeiten bei, die oftmals Ärztinnen beschließen lässt, nicht in die Klinik zurückzukehren. Familienarbeit wird auch heute noch mehrheitlich von Frauen geleistet.

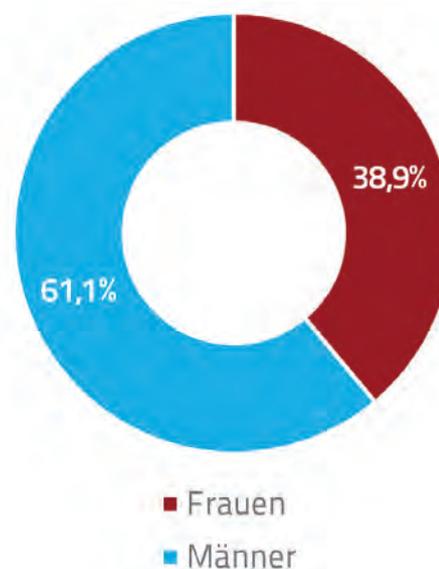
Das führt in vielen Bereichen dazu, dass Arbeitgeber Rahmenbedingungen für die Beschäftigten an deren Lebenswirklichkeiten anpassen (müssen). Gerade in Kliniken stellen sich hier – ob vermeintlich oder real – spezielle Herausforderungen. Dies führt dazu, dass Ärztinnen zwischen Familie und Beruf jonglieren müssen und das Potenzial von Frauen nicht ausgeschöpft wird.

Wie sieht es heute in vielen Kliniken aus? Ist Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein präsent Thema? Wenn selbst große städtische Kliniken einen Teilzeit-Anteil im ärztlichen Dienst von nur zum Beispiel 6,2 Prozent ausweisen, ist es dort mit hoher Wahrscheinlichkeit für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen extrem schwer, beides unter einen Hut zu bekommen. Kliniken verzichten im Zweifelsfall auf gut ausgebildete Mitarbeiterinnen. Selbst einer etablierten Oberärztin wird der Wunsch auf Reduzierung um 20 Prozent nicht

Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft:  
Obere Führungsebene, Deutschland 2015

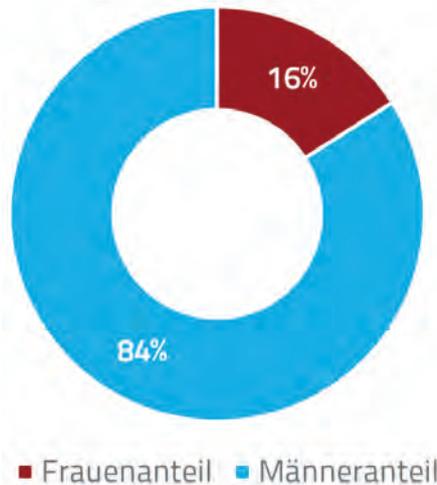


Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft:  
Mittlere Führungsebene, Deutschland 2015

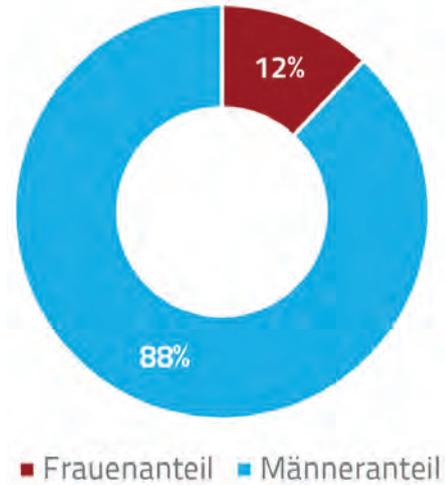


Quelle: Corinna Friedl, Sevilay Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

Krankenhäuser: Topmanagement  
Deutschland 2015



Krankenhäuser: Geschäftsführung  
Deutschland 2015



Quelle: Corinna Friedl, Sevilay Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

genehmigt – und wenn, dann nur verbunden mit dem Verzicht auf die Oberarztfunktion.

Gerade Kliniken tun sich immer noch schwer, in Teilzeit-Stellen zu denken und die Prozesse darauf abzustimmen. Chefärzte, meistens Männer, geben Besprechungszeiten für Frühbesprechungen vor, die oft gerade für Ärztinnen, die Kinder versorgen, nur sehr schwer einzuhalten sind. Die Öffnungszeiten von Kitas in den westlichen Bundesländern orientieren sich nur selten an den Arbeitszeiten von in Kliniken beschäftigten Müttern und Vätern, sodass viele große Schwierigkeiten haben, rechtzeitig in den für alle verpflichtenden Besprechungen zu sein. Oft finden gerade strategische Besprechungen, zum Beispiel Oberarztbesprechungen, in Randzeiten statt – meist auch außerhalb der Kernzeit, ohne dass eine Kinderbetreuung angeboten wird oder überhaupt bedacht wird, dass diese Zeiten eine besondere Herausforderung darstellen.

Doch auch da, wo Teilzeit-Stellen ermöglicht werden, ist es für Ärztinnen

nicht immer leicht, die geforderten Qualifikationen, zum Beispiel für den Facharzt, in akzeptabler Zeit zu erlangen. Die Ausbildungszeit verlängert sich entsprechend. Hinzu kommt, dass Müttern, die in Teilzeit arbeiten weniger anspruchsvolle Tätigkeiten übertragen werden und dadurch das Erfüllen von zum Beispiel OP-Katalogen sich ebenfalls hinzieht.

Ärztinnen, die mit reduziertem Zeiteinsatz arbeiten, werden häufig keine Führungspositionen zugetraut. Selten werden sie bei Karriereplanungen berücksichtigt, selbst in Kliniken mit etablierter Personalentwicklung.

Gerade in Krankenhäusern herrschen oft tradierte Modelle der Zusammenarbeit mit hierarchischen Strukturen. Dies begründet sich zum einen in der Verantwortlichkeit für das Wohl der Patienten zum anderen in der Notwendigkeit, schnell und zuverlässig Informationen zu übermitteln und Entscheidungen zu treffen. Im Krankenhaus mit über Jahrzehnten „regierenden“ Patriarchen etablierten sich nicht in Frage stellbare Rituale, wie die Früh- oder

auch Mittagsbesprechung. Darüber hinaus gelten hier auch noch Rollenvorstellungen des belastbaren und aufopfernden Arztes, dem kein Tag zu lang ist und der weder Essen noch Trinken noch Schlaf benötigt und niemals krank ist. Anstehende Aufgaben erschließen sich für jeden leicht erkennbar und dienen nicht dem Arbeitgeber, sondern dem Patienten. Nichterledigung ist nicht verkraftbar und keine Option. Gerade das postulierte hohe Pflichtbewusstsein von Ärztinnen führt hier zu mangelnder Abgrenzung mit überdurchschnittlicher Arbeitsbelastung. Oft bedeutet für sie Teilzeit nicht Teilzeit, aber auch Vollzeit nicht Vollzeit. Gesehen wird häufig noch, wer morgens als erster anwesend ist und abends als letzter geht. Diese Präsenzkultur im Krankenhaus wird dadurch unterstützt, dass es meistens keine Leistungsvereinbarungen gibt beziehungsweise keinen eigenverantworteten Bereich, in dem dann die Kennzahlen die Leistung widerspiegeln würden und führt dazu, dass Teilzeit-Beschäftigte oft mit schlechtem Gewissen ihre Arbeitszeiten versuchen umzusetzen.

Die Abwesenheit durch Elternzeiten trifft überproportional Ärztinnen. Das bedeutet zum einen eine Stagnation in der Weiterbildung. Zum anderen ist der Wiedereinstieg durch die familiäre und berufliche Situation schwierig – je nach Dauer der Abwesenheit. Viele Ärztinnen trauen sich die beruflichen Anforderungen nach längerer Auszeit nicht zu und sehen den fachlichen Nachholbedarf als Hürde. Oft unterschätzen Ärztinnen die eigene Leistung, eine fatale Gegebenheit, die durch die Fehleinschätzung männlicher Kollegen noch verstärkt wird. Da es während der Abwesenheiten zu keiner beruflichen Bestätigung kommt, nimmt dieses Insuffizienz- oder Überforderungsgefühl häufig noch zu. Besonders in den westlichen Bundesländern kommt hinzu, dass die Gesellschaft und die tradierten Rollenmodelle Müttern ein schlechtes Gewissen macht, wenn sie nicht beide Rollen perfekt erfüllen.

Flexible, individuell vereinbarte Arbeitszeitmodelle sind angesichts dieser Situation eine enorme Entlastung für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen und halten gleichzeitig die qualifizierten Mitarbeiterinnen in den Kliniken. Jedoch sind oft langjährige Chefarzte und/oder die Verwaltungen noch nicht auf diese neuen Anforderungen eingerichtet. Derartige Modelle sind vielerorts bereits erprobt und erfolgreich umgesetzt. Sie reichen von Wochenarbeitszeitmodellen, zum Beispiel jeden Tag vier Stunden über 2,5 Tage arbeiten und 2,5 Tage frei oder drei Wochen arbeiten und eine Woche frei, bis hin zu Jobsharing. Aber immer noch nehmen im Klinikumfeld diese Regelungen häufig nur eine marginale Bedeutung ein. In Schweizer Krankenhäusern ist Teilzeit viel weiter verbreitet, was zeigt, dass es organisatorisch möglich ist. Wichtig

ist hierbei die Wertschätzung von Beschäftigten, die in Teilzeit arbeiten. Eingeschränktes zeitliches Engagement/Verfügbarkeit ist kein Indiz für geringeres fachliches Engagement oder Loyalität. Unabhängig von den vereinbarten Arbeitszeiten, ist die Planbarkeit der Arbeitszeiten für die Organisation von Beruf und Familie unabdingbar. Hierzu können bessere Vertretungsregelungen, fixierte Dienstpläne inklusive einer Springerregelung für die Vertretung bei krankheitsbedingtem Ausfall beitragen. Für regulär schwer einzuhaltende Arbeitszeiten, zum Beispiel früh morgens oder der spätere Nachmittag, haben sich zeitlich abgestimmte Elternschichten bewährt. Die Selbstor-

---

### **„Gerade in Krankenhäusern herrschen oft tradierte Modelle der Zusammenarbeit mit hierarchischen Strukturen.“**

---

ganisation im ärztlichen Dienst bei durch die Leitungsebene definierten Rahmenbedingungen kann hierbei Lösungen herbeiführen, die sowohl die Qualität der Patientenversorgung gewährleisten, als auch den unterschiedlichen Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen gerecht werden. Zum Beispiel kann die Besetzung einer Ambulanz mit Ärztinnen mit unterschiedlichsten Arbeitszeiten einen erweiterten Betrieb über 40 Stunden hinaus erreichen.

Kontinuierliche Weiterbildungen von zu Hause aus während familiär bedingter Auszeiten durch zum Beispiel online Kurse – auch Management-Kurse – oder das Involvieren in Forschungsprojekte, die oftmals flexibel von zu Hause erledigt werden können, reduzieren die Hürden des Wiedereinstiegs. Die kontinuierliche Beschäftigung mit reduzierten Arbeitszeiten, eine bestimmte

Anzahl von Wochenend-Diensten im Jahr oder Urlaubs- und Krankheitsvertretungen erleichtern ebenso den Wiedereinstieg wie eine definierte Anzahl von Sprechstunden während der Auszeit.

Bei längeren Auszeiten können Wiedereinstiegsprogramme, wie zum Beispiel „Zurück in den Kittel“ mit der Förderung der persönlichen und fachlichen Entwicklung einen begleiteten, zügigen Einstieg ermöglichen und sicherstellen, dass Ärztinnen diesen wagen und den Kliniken nicht verloren gehen.

Arbeitsplatznahe Parkplätze für Eltern mit betreuungspflichtigen Kindern, die es insbesondere morgens erleichtern, pünktlich vor Ort zu sein, Spieldecken in der Klinik oder Spielekoffer, um eine kurze Beendigung der Arbeit zu überbrücken und die Möglichkeit, Mittagessen der Kinder in der Kantine zu ermöglichen, erleichtern es Ärztinnen, Beruf und Familie zu vereinbaren.

Gut organisierte Kliniken können von Ärztinnen mit Kindern mehr profitieren, wenn sie diese in der Bewältigung der Work-Life-Balance unterstützen. Die Gesellschaft wird sich ändern mit Eltern, die ihre berufliche Entwicklung mit der Betreuung ihrer Kinder in Einklang bringen und Berufstätigen, die ihre Work-Life-Balance selber definieren. Kliniken können sich bereits jetzt für die Zukunft in einem immer enger werdenden Bewerbermarkt aufstellen, in der sich die jüngeren Generationen – Frauen und Männer – andere Ziele und Schwerpunkte in ihren Lebenskonzepten vorstellen. ■

Daniela Scheurlen  
c/o DS Leadership  
90491 Nürnberg

E-Mail: [d.scheurlen@berufundfamilie.de](mailto:d.scheurlen@berufundfamilie.de)

Daniela Scheurlen ist seit 2008 Auditorin der berufundfamilie Service GmbH.

# Umsetzung des Mutterschutzgesetzes für Ärztinnen in Sachsen

## Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Betroffenen

S. Schmauder<sup>1</sup>, D. Kämpf<sup>1</sup>, A. Seidler<sup>1</sup>

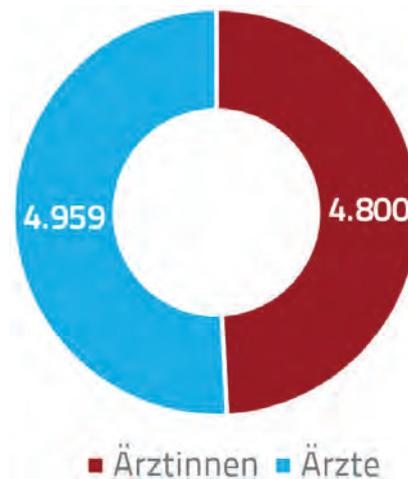
„Arztberuf – Die Medizin wird weiblich“. So titelte bereits 2008 ein Beitrag des „Deutschen Ärzteblattes“, der unter anderem auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die damit verbundenen Schwierigkeiten einer Karriereplanung für Frauen thematisiert [1]. Insbesondere in den operativen Fachgebieten (aber auch ganz allgemein in den Gesundheitsberufen) stellt sich für werdende Mütter bis heute die Frage, wie ein Arbeitsplatz sicher gestaltet sein kann und wie gleichzeitig berufliche Nachteile vermieden werden können. Die Neuregelungen des Mutterschutzgesetzes vom Jahr 2018 versprechen mehr Flexibilität; allerdings fehlt bisher nicht zuletzt eine genaue Definition der „unverantwortbaren Gefährdungen“, denen die Schwangeren per Gesetz unter keinen Umständen ausgesetzt sein dürfen (MuSchG § 9 Abs. 2 Satz 1 [2]). Darüber hinaus stellt die Gestaltung von sicheren und zugleich karriereförderlichen Arbeitsbedingungen für schwangere operativ tätige Ärztinnen auch eine Herausforderung für die Fort- und Weiterbildung dar. Diese sollte auch Situationen berücksichtigen, in denen die Schwangere aus betrieblichen oder persönlichen Gründen nicht operieren kann beziehungsweise möchte.

Die Entwicklung praxisingerechter Regeln zur Umsetzung des Mutterschutzes ist Aufgabe des per Gesetz verordneten und auf Bundesebene agierenden Ausschusses für Mutterschutz (§ 30 MuSchG [2]). Unter Federführung des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden (IPAS) wurden bereits konkrete Kriterien vorgeschlagen, die beim Einsatz Schwangerer im OP berücksichtigt werden sollten [3]. Diese umfassen sowohl die notwendigen Aspekte des Arbeitsschutzes als auch die fort- und weiterbildungsbezogenen Interessen der Schwangeren. Bei Erfüllung dieser Kriterien kann aus unserer Sicht die operative Tätigkeit der Schwangeren grundsätzlich in Erwägung gezogen werden. Allerdings haben in

den letzten Jahren mehrere staatliche Aufsichtsbehörden lediglich einzelnen Ärztinnen im Sinne von Einzelfallentscheidungen das Operieren in der Schwangerschaft gestattet [3].

Unverzichtbar für die Gestaltung des „operativen“ Arbeitsplatzes als Ganzes – also ungeachtet der Fortführung oder Unterbrechung der operativen Tätigkeit – ist in jedem Fall auch die Sicht der „betroffenen“ Frauen. Bislang gibt es keine repräsentativen Erhebungen, wie der Mutterschutz für Ärztinnen in der Praxis in Deutschland umgesetzt wird. Aus diesem Grund führt das Institut und die Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden (IPAS) in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer

Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus 2018 in Sachsen



<sup>1</sup> Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden (IPAS)

Quelle: Sächsische Landesärztekammer 31.12.2018

aktuell eine Befragung unter 595 sächsischen Fachärztinnen operativer Fächer zwischen 25 und 45 Jahren durch. Ziel der Studie mit dem Titel „Gleichberechtigung durch modernisierten Mutterschutz? – Befragung zur beruflichen Situation chirurgisch tätiger Ärztinnen in Deutschland“ ist es, zu ermitteln, unter welchen Bedingungen die Schwangeren innerhalb und/oder außerhalb des OP-Bereiches arbeiten oder gearbeitet haben. Erhoben wird auch, welche Situationen die Probandinnen ganz persönlich als „unverant-

wortbare Gefährdung“ einschätzen und aus welchen Beweggründen die operative Tätigkeit weiter beibehalten oder aufgegeben wurde. Sicherlich werden die Ergebnisse dieser Studie vom neuen Ausschuss für Mutterschutz berücksichtigt werden: Insbesondere die Ermittlung von Art, Ausmaß und Dauer einer möglichen unverantwortbaren Gefährdung einer schwangeren Frau am Arbeitsplatz ist die Aufgabe der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) berufenen Mitglieder dieses

Gremiums. Bei reger Teilnahme können die Ergebnisse der Studie einen wichtigen Beitrag für eine bestmöglich partizipative Gestaltung zukünftiger Arbeitsplätze während der Schwangerschaft leisten. ■

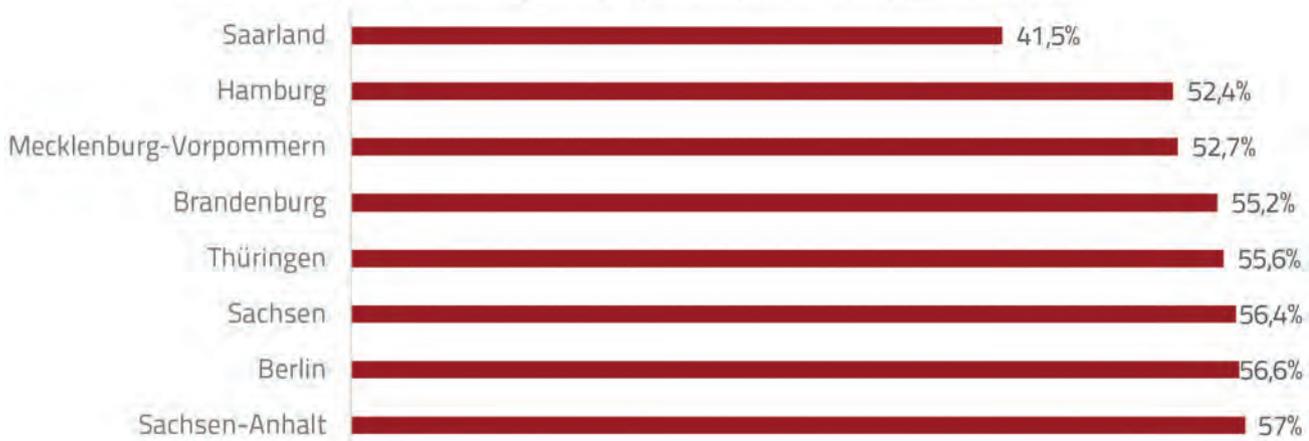
Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Stefanie Schmauder  
 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin  
 Technische Universität Dresden  
 Medizinische Fakultät  
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
 E-Mail: stefanie.schmauder@mailbox.tu-dresden.de

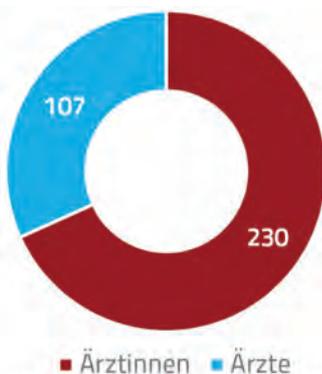
ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Anteile an Ärztinnen und Psychotherapeutinnen nach Bundesländern 2019

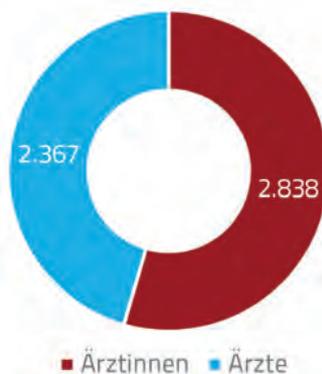


Quelle: RND/dpa, „In diesem Bundesland gibt es die meisten Ärztinnen“

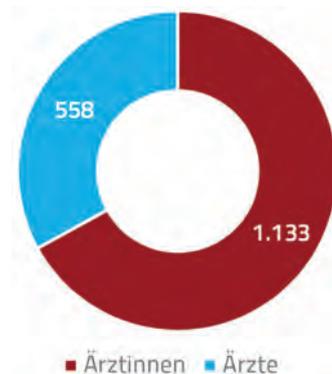
Angestellte Ärztinnen und Ärzte bei Behörden 2018 in Sachsen



Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis 2018 in Sachsen



Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Praxen 2018 in Sachsen



Quelle: Sächsische Landesärztekammer 31.12.2018

# Paare in Widerspruchsverhältnissen

Die partnerschaftliche Arbeitsteilung von Ärztinnen beim Übergang zur Elternzeit

**Autorin:** Kathleen Pöge

**Verlag:** Springer Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2019, 1. Auflage, Bd. 71 „Geschlecht und Gesellschaft“, 270 Seiten

**ISBN:** 978-3-658-22302-1

**Preis:** 44,99 Euro

Das Buch entstand aus einer Promotion im Rahmen des Forschungsprojekts „Karriereläufe und Karriererbrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“ (KarMed) an der Universität Leipzig. Die Autorin untersuchte in einer qualitativen Längsschnittanalyse, wie Doppelkarrierepaare die Aufteilung von Arbeit organisieren und begründen, und wie sich dies wandelt. Dazu wurden Paare befragt, die zu Beginn der Studie in der Regel noch kinderlos waren, aber bereits ein Kind erwarteten und im Verlauf der Befragungen über mehrere Jahre Elternzeit, weitere Schwangerschaften und den Wiedereinstieg in den Beruf managten. Die Hälfte der Partner waren ebenfalls Mediziner. In detaillierten Ausführungen gibt Kathleen Pöge einen Überblick über den Stand der Sozialforschung zum Thema, vor allem zu geschlechtlichen Kodierungen, Konstruktionen und Deutungsmustern. Deutlich wird in den Interviews, wie fest tradierte Rollenmodelle auf allen Ebenen (oft unbewusst) verankert sind, und wie besonders in der Medizin durch traditionelle hierarchische Strukturen dieses Denken bei beiden Geschlechtern verinnerlicht ist. Auch hierin liegen Ursachen, warum sich Frauen in der Medizin trotz ihres mittlerweile hohen Anteils nur langsam in den Chefebene durchsetzen. Pöge zeigt allerdings, wie durch



das Offenlegen dieser Strukturen Bewusstsein und damit Änderungschancen geschaffen werden. Doppelkarrierepaare sind Lebensstilpioniere im Sinne einer echten gleichberechtigten Gestaltung von Partnerschaft und Karriere. Dass gleichberechtigte Karrieren, Elternschaft und Familienleben einander nicht ausschließen müssen, beweisen einige der interviewten Paare. Dass es sich dabei um einen erheblichen Kraftakt handelt, der von den gegenwärtigen gesellschaftlichen und Arbeitsbedingungen noch nicht wirklich unterstützt wird, wird jedoch auch deutlich. Interessant ist die Wirkung politischer Maßnahmen auf „private“ Karrieren, zum Beispiel durch die Neuordnung des Elterngeldes und der Erziehungszeit. Ebenso erhellend ist die Erkenntnis, dass es wesentlich leichter für Männer ist, bisher weiblich kodierte Rollenmuster zu übernehmen (wie Elternzeit, nach Möglichkeit aber nicht länger als die

Minstdauer), dass es aber nach wie vor mit hohem Rechtfertigungsdruck für Frauen einhergeht, bislang männlich kodierte Domänen zu besetzen.

Wie bei vielen soziologischen Arbeiten gestaltet sich die Lektüre relativ sperrig. Einzelne Fehler, zum Beispiel bei der Beschreibung des AiP und der Dauer von Weiterbildungszeiten sind ärgerlich, ändern aber nichts Grundlegendes.

Es lohnt, sich in das „Kleingedruckte“ zu vertiefen, stecken doch dort die wichtigen Informationen und treffende Fachbegriffe wie „Innovationsresistenz“. Unterhaltsam und mit Selbsterkenntnis für die Rezensentin verbunden, lasen sich die Interviews.

Die Autorin reflektiert über sozialen Wandel und gesellschaftliche Beharrungskräfte. Durch deren Offenlegung kann es durch vielerlei (Förder-)Maßnahmen, aber vor allem der Bewusstmachung von Geschlechtskodierungen von Beruf, Karriere, Erwerbs- und Familienarbeit zu Veränderungen kommen. Es führt zu einem Gewinn an Freiheitsgraden und echter partnerschaftlicher Teilhabe für beide, wenn es gelingt, tradierte Festschreibungen und Verinnerlichungen aufzulösen. Und dies wiederum führt neben der erhöhten individuellen Lebenszufriedenheit zu einem klaren Gewinn für die Gesellschaft.

Eine Neuauflage in einer lesbareren Fassung könnte sicher zu einer weiteren Verbreitung führen. Das Buch sei allen mit partnerschaftlichen Karrierezielen, denen mit bereits erreichten Karrieren und unbedingt auch denen empfohlen, die die Karrieren von Ärztinnen begleiten und fördern (wollen). ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Stellvertretende Vorsitzende des  
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

# Pharmakotherapeutische Besonderheiten bei Frauen

U. Ravens

## Schlüsselbegriffe

Geschlechtsunterschiede, Arzneimitteltherapie, Pharmakokinetik, Pharmakogenomik

## Zusammenfassung

Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern in der Arzneimittelwirkung können sowohl pharmakokinetisch (Resorption, Verteilung, Biotransformation und Elimination) als auch pharmakodynamisch (Ansprechbarkeit pharmakologischer Zielstrukturen) bedingt sein. Im Zeitalter der personalisierten Medizin ist uns wohl bewusst, dass individuelle Unterschiede in den Reaktionen auf Medikamente sowohl den Therapieerfolg infrage stellen als auch für ernste unerwünschte Arzneimittelwirkungen verantwortlich sein können. Jahrzehntlang wurden neue Arzneimittel vorwiegend an Männern geprüft, aber trotz der lückenhaften Datenlage auch bei Frauen eingesetzt. Trotz vielfältiger Hinweise auf geschlechtsbezogene Unterschiede, gibt es nur wenige systematische Untersuchungen über die Besonderheiten der Pharmakotherapie bei Frauen. In der folgenden Übersicht werden die frauenspezifischen Besonderheiten bei der medikamentösen Therapie anhand einiger klinisch bedeutsamer Beispiele zusammengefasst.

## Repräsentation von Frauen bei der klinischen Arzneimittelprüfung

Dass Krankheiten sich bei Frauen und Männern unterschiedlich manifestieren, ist eine generelle klinische Erfahrung. Darüber hinaus geht das biologische Geschlecht aber auch mit Unter-

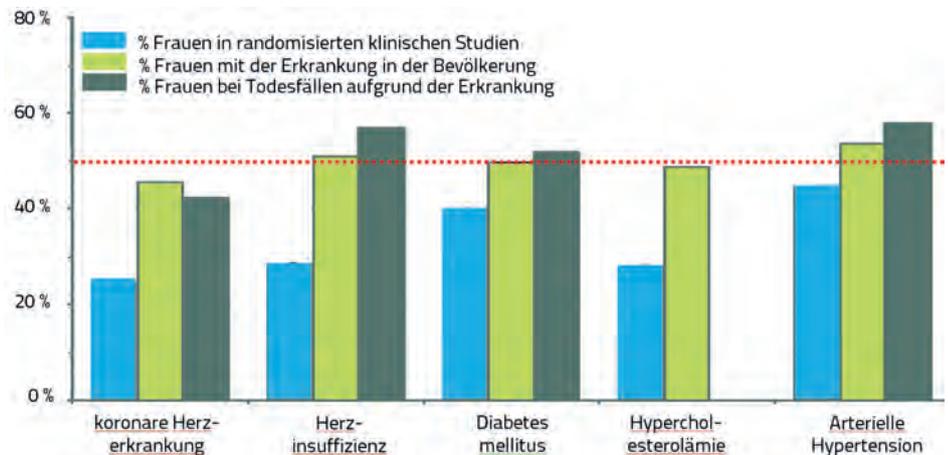


Abb. 1: Anteil von Frauen an klinischen Studien im Vergleich zu ihrem Anteil an bestimmten kardiovaskulären Erkrankungen beziehungsweise zum Anteil der Frauen, die an der entsprechenden Erkrankung versterben. Gezeichnet nach Daten von [3].

schieden in der Ansprechbarkeit auf Medikamente [1] und im Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) einher [2]. Obwohl in den hoch entwickelten Industrieländern mehr Frauen als Männer leben – in Deutschland kommen auf 1.000 Frauen 968 Männer (United Nations Population Report 2015) – sind Frauen in klinischen Studien zur Arzneimittelprüfung jahrzehntlang unterrepräsentiert worden. Am Beispiel von kardiovaskulären Erkrankungen wird in Abbildung 1 das Missverhältnis zwischen dem Frauenanteil bei klinischen Studien und dem Anteil von Frauen bei den zu behandelnden Erkrankungen deutlich [3].

Die Gründe für die Unterrepräsentation sind vielfältig. Ganz vordergründig ist die Variabilität in einer geschlechtshomogenen Probandengruppe geringer, als wenn beide Geschlechter einbezogen werden, sodass gerade die frühen Phasen der klinischen Prüfung bevorzugt an Männern durchgeführt werden. Da sich viele Herzkrankheiten, wie zum Beispiel die koronare Herzerkrankung,

bei Frauen in einer späteren Lebensphase manifestieren, in der die Prävalenz für kardiovaskuläre Risikofaktoren deutlich ansteigt, werden Frauen auch von den späten Phasen der klinischen Prüfung neuer Arzneimittel ausgeschlossen [4]. Der wichtigste Grund liegt jedoch in den katastrophalen Erfahrungen mit dem Schlafmittel Thalidomid (Contergan®), die einen unmittelbaren Einfluss auf die Richtlinien der Arzneimittel zulassenden Behörden hatten. So schlossen die Leitlinien der amerikanischen Behörde Food and Drug Administration (FDA) 1977 schwangere Frauen grundsätzlich von der Arzneimittelprüfung aus, weil potenzielle fötale Missbildungen durch Arzneimittel verhindert werden sollten. In den folgenden Jahren stellte sich heraus, dass auf der einen Seite verlässliche Informationen über Wirksamkeit und Sicherheit von neuen Medikamenten hinsichtlich Alter, Geschlecht oder Rasse dringend benötigt werden, dass auf der anderen Seite jedoch selbst bei Studien mit großen Patientengruppen geschlechtsbezogene Analysen der

Tab. 1: Für die Verteilung wichtige Unterschiede zwischen Frauen und Männern nach [24]

Parameter	Frauen	Männer
Körpergewicht (kg)	68	78
Größe (cm)	162	176
Gesamtkörperwasser (L)	29,0	42,0
Körperfett (kg)	16,5	13,5

Daten häufig fehlen. Erst 1993 wurde in neuen Richtlinien der FDA ausdrücklich festgelegt, dass beide Geschlechter in die klinische Arzneimittelprüfung einbezogen werden sollten [5]. Eine Analyse von 126 Publikationen aus den folgenden zehn Jahren (1993 bis 2003), ob Geschlechtsunterschiede bei Arzneimittelinteraktionen aufgrund pharmakokinetischer Interferenzen feststellbar sind, brachte allerdings unbefriedigende Ergebnisse: nur in fünf Studien wurden die Daten von Frauen und Männern direkt miteinander verglichen, fünf Studien befassten sich nur mit Frauen, 60 Studien nur mit Männern, und in vier Studien gab es sogar überhaupt keine Angaben zum Geschlecht der Probanden [6]. Nach wie vor müssen daher frauenspezifische Daten für die Zulassung neuer Arzneimittel gefordert werden. Die Europäische Zulassungsbehörde (EMA; European Medi-

cine Agency) betrachtet die Geschlechter als spezifische Populationen, deren Ausschluss bei einer Studie extra begründet werden muss (EMA 2017). Im Folgenden sollen Besonderheiten bei Frauen hinsichtlich der medikamentösen Therapie aufgrund pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie anhand einiger klinisch wichtigen geschlechtsbezogenen Unterschiede bei UAW zusammengefasst werden.

### Pharmakokinetik

Der zeitliche Verlauf der Arzneistoffkonzentration im Körper nach der Einnahme eines Medikamentes wird von seinen pharmakokinetischen Eigenschaften bestimmt. Dazu zählen die Resorption, Verteilung, Biotransformation und die Elimination. Pharmakokinetische Besonderheiten bei Frauen

und Männern (Tab. 1) haben unterschiedliche Wirkstoffkonzentrationen und damit unterschiedliche erwünschte aber auch unerwünschte Medikamentenwirkungen zur Folge [1, 7].

### Resorption

Die Resorption im Darm ist bei Frauen wegen der verzögerten Magen-Darm-Passage langsamer als bei Männern. Das trifft allerdings nicht für die Alkoholresorption zu. Sie ist bei Frauen beschleunigt, weil deren Alkoholdehydrogenase in der Magenschleimhaut weniger aktiv ist als bei Männern [8]. Für die transdermale Resorption sind keine geschlechtsbezogenen Unterschiede bekannt.

### Plasmaeiweißbindung

Viele Arzneistoffe sind schlecht wasserlöslich und werden im Blut an Plasmaeiweiße gebunden transportiert. Die Plasmaeiweißbindung stellt ein Reservoir an Arzneistoff dar: Nur der freie, nicht gebundene Anteil eines Pharmakons bestimmt seine Wirkung oder Toxizität und steht für die Verteilung ins Gewebe zur Verfügung. Von den Pharmaka-bindenden Plasmaproteinen Albumin, saures  $\alpha$ Glykoprotein und  $\alpha$ Globulin sind geschlechtsbezogene Unterschiede nur für saures  $\alpha$ Glykoprotein bekannt, dessen Plasmakonzentration durch Estrogene reduziert wird [1].

### Verteilung

Die Verteilung eines Medikaments im Organismus bestimmt die Wirkstoffkonzentration am Ort der Wirkung. Als Maß für die Verteilung wird das Verteilungsvolumen herangezogen, das als das virtuelle Volumen definiert ist, in dem die gesamte Dosis eines Arzneistoffes in derselben Konzentration wie im Plasma gelöst vorliegen würde. Dabei muss das Pharmakon vollständig resorbiert und nicht metabolisiert worden sein. Stark lipophile Substanzen



Jahrzehntelang wurden neue Arzneimittel vorwiegend an Männern geprüft, aber trotz der lückenhaften Datenlage auch bei Frauen eingesetzt.

haben ein großes Verteilungsvolumen, weil sie sich im Fettgewebe anreichern. Da Frauen einen höheren Anteil an Fettgewebe am Gesamtkörpervolumen besitzen (Tab. 1), unterscheidet sich ihr Verteilungsvolumen von dem der Männer. Für lipophile Substanzen, wie zum Beispiel Diazepam, ist das Verteilungsvolumen bei Frauen größer, für mehr wasserlösliche Stoffe, wie zum Beispiel Alkohol oder Alprazolam, dagegen kleiner als bei Männern. Frauen wiegen im Durchschnitt weniger als Männer (Tab. 1). Oftmals wird dies im klinischen Alltag nicht ausreichend berücksichtigt, sodass Frauen bei gleicher Dosierung wie für Männer eine relativ zu hohe Dosis erhalten. Obwohl bei beiden Geschlechtern große interindividuelle Schwankungen in der Fläche unter der Kurve beziehungsweise in den maximalen Plasmakonzentrationen von ganz unterschiedlichen Pharmaka festgestellt wurden, waren die entsprechenden Werte bei Frauen signifikant um 20 bis 88 Prozent höher, wenn nicht um das Körpergewicht korrigiert wurde [9].

### Biotransformation

Die Biotransformation durch arzneimittelabbauende Enzyme ist einer der beiden wichtigen Prozesse für das Abklingen des pharmakologischen Effektes. Sie findet vornehmlich in der Leber statt, aber auch Darm, Niere, Lunge oder Haut können daran beteiligt sein. Die Cytochrom P450 Isoenzyme sind für die Umwandlung in zum Teil noch aktive Metabolite (Phase I) verantwortlich; der endgültige Inaktivierungsschritt findet durch Kopplung unter anderem an Glucuronsäure (Phase II) statt. Etwa die Hälfte aller Arzneistoffe, einschließlich Sexualhormone und Glukokortikoide, werden durch das Isoenzym CYP3A4 umgewandelt. Bei Frauen wird CYP3A4 vermehrt in der Leber exprimiert, seine Aktivität ist höher und dementsprechend ist die Abbaugeschwindigkeit für

Tab. 2: Unterschiede in der Biotransformation von Arzneimitteln bei Frauen und Männern (zusammengestellt nach [1])

Enzym	Aktivität	Metabolismus bei Frauen im Vergleich zu Männern
CYP3A4	F > M	↑ für: Cyclosporine, Erythromycin, Verapamil, Nifedipin, Diazepam, Alfentanil, Lovastatin, Simvastatin, Steroidhormone
CYP2D6	F > M	↑ für: Desipramin, Flecainid, Fluoxetin, Metoprolol, Phenformin, Testosteron
CYP2C9	F = M	↔ Fluvastatin, Ibuprofen, Losartan
CYP2C19	F = M	↔ Celecoxib, Imipramin, Omeprazol
Uridin-diphosphat-glucuronyltransferase	F = M	↔ Clofibrat, Diflusalin, Ibuprofen, Paracetamol, Zidovudin
N-Acetyltransferasen	F = M	↔ Hydralazin, Isoniazid
Methyltransferasen	F < M	↓ für: Azathioprin, Dopamin, Levodopa, Mercaptopurine

viele Pharmaka (hepatische Clearance) um bis zu 50 Prozent größer als bei Männern [10]. Die Aktivität von CYP2D6, das  $\beta$ -Blocker wie Metoprolol oder Propranolol hydroxyliert, ist bei Frauen ebenfalls höher als bei Männern. Nach Gabe einer Standarddosis werden bei Frauen aber dennoch deutlich höhere Wirkspiegel gefunden, auch wenn um das niedrigere Körpergewicht korrigiert wird, weil die beiden Stereoisomere der  $\beta$ -Blocker unterschiedlich rasch metabolisiert werden [11, 12]. Für CYP2C9 und CYP2C19 (Tab. 2) sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beschrieben worden [1]. Die Phase II-Kopplungsenzyme haben ähnliche Aktivität bei beiden Geschlechtern, lediglich für die Methyltransferasen wurde eine geringere Aktivität bei Frauen festgestellt (Tab. 2).

### Elimination

Die Elimination der Arzneistoffe erfolgt im Wesentlichen über die Leber (Biotransformation) und die Niere. Die glomeruläre Filtration ist bei Frauen niedriger als bei Männern. Vorwiegend renal eliminierte Arzneistoffe erreichen daher bei Frauen auch nach Korrektur um das Körpergewicht höhere Wirkspiegel als bei Männern. Ein klinisch relevantes Beispiel ist die verminderte

renale Clearance von Digoxin bei Frauen und die damit verbundenen höheren Plasmaspiegel als bei Männern [13].

### Pharmakodynamik

Die geschlechtsspezifische Ansprechbarkeit auf Arzneimittel und die Häufigkeit und Schwere von UAW sind ein multifaktorielles Problem, das sowohl Unterschiede in der Pharmakokinetik als auch der Pharmakodynamik umfasst (Tab. 3). Gesichert scheint die höhere Ansprechbarkeit von Frauen auf Opiate, Digoxin, Antiarrhythmika und Antikoagulantien [14]. Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Pharmakodynamik sind noch wenig systematisch untersucht und außerdem schwer zu beurteilen, weil in vielen therapeutischen Bereichen Medikamente bei Frauen und Männern unterschiedlich angewendet werden (Anxiolytika und Antidepressiva, [15]; allgemein, [16 – 18]).

Es ist gut belegt, dass UAW häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten [19 – 21]. Neben den Faktoren hohes Alter, Anzahl der gleichzeitig eingenommenen Medikamente, Leber- und Nierenerkrankungen ist das weibliche Geschlecht ein anerkannter Risikofaktor für das Auftreten von UAW [2]. Die

Tab. 3: Beispiele von unterschiedlichen Arzneimittelwirkungen bei Frauen im Vergleich zu Männern (erweitert nach [14])

Arzneimittel	Parameter	Unterschied	Ursache	Referenz
Digoxin	Mortalität	F > M	(pharmakokinetisch)	[13, 25]
ASS	Schlaganfallrisiko	nur Frauen	nicht bekannt	[26]
	Myokardinfarkttrisiko	nur Männer	nicht bekannt	Physician's Health Report. NEJM 1889
Antikoagulantien	schwere Blutungen	F > M	multifaktoriell	[27]
ACE Hemmer	Reizhusten	F > M		[28]
b-Blocker (Metoprolol, Propranolol)	Bradykardie; Blutdrucksenkung	F > M	pharmakokinetisch	[11, 12]
Antiarrhythmika; nicht kardial indizierte Medikamente	TdP-Risiko	F >> M	längere QT-Zeit bei Frauen, höhere Empfindlichkeit bei Frauen	[29, 30]
Opiate	analgetische Wirksamkeit	F > M	Rezeptorempfindlichkeit Periaquäduktales Höhlengrau	[31, 32]
Antidepressiva	Wirksamkeit von SSRI	F > M	nicht bekannt	[33]
	Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva	F < M	nicht bekannt	[33]
Intravenöse Kontrastmittel	schwere anaphylaktische Reaktionen	F >> M	nicht bekannt	[34]
Zytostatika (Krebsmittel)	Toxizität	F > M	relative Überdosierung (?)	[35]

Gründe hierfür sind vielfältig. Frauen werden meist überdosiert, erhalten mehr Medikamente als Männer und sind möglicherweise auch eher bereit, unerwünschte Wirkungen mitzuteilen. In einer schwedischen Studie erhielten Frauen signifikant mehr Arzneimittelverschreibungen als Männer, Antidepressiva wurden doppelt so häufig bei Frauen verschrieben [16].

Besonders bei Therapie mit Medikamenten, die eine enge therapeutische Breite haben, wirkt sich eine relative Überdosierung verheerend aus [22]. Daher ist es nicht verwunderlich, dass gerade im kardiovaskulären Bereich und bei Krebserkrankungen höhere Inzidenzen für UAW bei weiblichen Patienten berichtet werden [4, 22]. Eine Metaanalyse zur 5-Fluorouracil-Toxizität bei Patienten konnte die Daten von 1.093 Frauen und 1.355 Männern auswerten. Trotz ähnlicher Ansprechbarkeit und Überlebensraten nach 5-Fluorouracil zur Therapie eines kolorektalen

Karzinoms bei beiden Geschlechtern wurde bei Frauen eine signifikant höhere Inzidenz der typischen schweren Nebenwirkungen (Mucositis, gastrointestinale und hämatologische Toxizität) gefunden [23]. Diese Beobachtungen sind mehrfach bestätigt worden, sodass die Autoren vorschlagen, doch niedrigere Dosen für die Chemotherapie bei Frauen als bei Männern in Erwägung zu ziehen [23].

Im Zeitalter der personalisierten Medizin ist uns wohl bewusst, dass individuelle Unterschiede in den Reaktionen auf Medikamente sowohl den Therapieerfolg infrage stellen als auch für ernste unerwünschte Arzneimittelwirkungen verantwortlich sein können. Trotz vielfältiger Hinweise auf geschlechtsbezogene Unterschiede, gibt es nur wenige systematische Untersuchungen über die Besonderheiten der Pharmakotherapie bei Frauen. Jahrzehntlang wurden neue Arzneimittel vorwiegend an Männern geprüft, aber

trotz der lückenhaften Datenlage auch bei Frauen eingesetzt. Es gilt also, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass Frauen aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Krankheitsverlauf und in der Empfindlichkeit gegenüber erwünschten wie unerwünschten Arzneimittelwirkungen anders als Männer behandelt werden müssen. Die Evidenz hierfür ist bislang lückenhaft und muss systematisch erhoben werden. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur bei der Autorin

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Ravens  
 Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät  
 Carl-Gustav-Carus der Technischen Universität  
 Dresden und Institut für Experimentelle  
 Kardiovaskuläre Medizin, Universitäts-Herz-  
 zentrum Freiburg, Bad Krozingen

Anschrift:  
 Institut für Experimentelle  
 Kardiovaskuläre Medizin  
 Universitäts-Herzzentrum  
 Elsässerstraße 2Q, 79110 Freiburg  
 E-Mail: ursula.ravens@uniklinik-freiburg.de  
 ursula.ravens@tu-dresden.de

# Die „Million Women Study“ und ihr Beitrag zur Frauengesundheit

S. Weinmann<sup>1</sup>, S. J. Klug<sup>1</sup>

## Einleitung

Die im Jahr 1996 in Großbritannien initiierte „Million Women Study“ (MWS) hatte das primäre Ziel, den Einfluss von verschiedenen Hormonersatztherapien (HRT) auf die Brustkrebsinzidenz und -mortalität zu untersuchen [1]. Mit aktuell etwas mehr als 1,3 Millionen Frauen gehört die MWS weltweit zu den größten Studien, die sich mit dem Thema Frauengesundheit beschäftigt. Geplant und durchgeführt wird die MWS von den britischen Gesundheitsdiensten (NHS) und der Organisation Cancer Research UK.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Für das Jahr 2020 prognostiziert das Robert Koch-Institut (RKI) eine Neuerkrankungszahl von 77.600 [2]. Die rohe Inzidenzrate lag im Jahr 2014 bei 167,7 pro 100.000 [3]. Somit ist das Mammakarzinom von besonders hoher Relevanz für die gynäkologische Praxis und die individuelle Gesundheit der Frau. Ein weiteres Behandlungsfeld stellen der Beginn der Menopause und die damit einhergehende Hormonumstellung dar. Unter den im Jahr 2017 verschriebenen Sexualhormonen machen östrogenhaltige Präparate mit 59 Prozent den größten Anteil aus [4]. In den letzten Jahrzehnten jedoch wurde der Einsatz einer HRT kontrovers diskutiert. Ein Fokus lag dabei auf der Frage, ob die Durchführung einer solchen Therapie die Entstehung eines Mammakarzinoms fördert. Die International Agency



Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland.

for Research on Cancer (IARC), das Krebsforschungszentrum der Weltgesundheitsorganisation, beurteilt und klassifiziert Substanzen im Hinblick auf ihre Kanzerogenität. Seit 2012 stuft die IARC eine HRT in die höchste Gruppe der krebserregenden Substanzen ein („Carcinogenic to humans-group 1“) [5]. Zu dieser Einschätzung trugen auch die Ergebnisse der MWS bei.

## Das Studiendesign

Die MWS ist eine populationsbasierte, prospektive Kohortenstudie mit mehr als einer Million Studienteilnehmerinnen [1, 6]. Eine Kohortenstudie ist eine Längsschnittstudie, bei der exponierte mit nicht-exponierten Personen über die Zeit (prospektiv) mit Bezug zu einer vorab definierten Zielgröße, zum Beispiel Brustkrebsinzidenz, beobachtet werden [7]. Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen erfolgte im Rahmen des NHS Mammographie-Screening Programmes an 66 NHS Studienzent-

ren in Großbritannien [6]. Innerhalb von nur fünf Jahren, von 1996 bis 2001, erhielten alle Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren zusammen mit der Einladung zum Mammographie-Screening eine Einladung zur Studienteilnahme sowie einen Fragebogen. Abgefragt wurden soziodemografische und reproduktive Faktoren, Lebensstilfaktoren, Angaben über orale Kontrazeptiva, den Erhalt einer HRT sowie über eine familiäre Vorbelastung mit Brustkrebs [1]. Zu Beginn der Studie lagen von rund 71 Prozent der eingeladenen Teilnehmerinnen ausgefüllte Fragebogen und das Einverständnis zur Studienteilnahme vor. Ausgeschlossen wurden alle Frauen, bei denen bereits eine Tumorerkrankung diagnostiziert wurde [6]. Alle Teilnehmerinnen wurden nach drei, acht, 12 und 15 Jahren erneut postalisch oder online per Fragebogen kontaktiert, um ergänzende und sich möglicherweise verändernde Faktoren abzufragen. Weiterhin wurde die ge-

<sup>1</sup> Lehrstuhl für Epidemiologie, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München

samte Kohorte jährlich mittels Verlinkung zu NHS Datenbanken auf Todesfälle, Krebserkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Migration nachverfolgt (6). Aufgrund der Vielzahl an vorliegenden Informationen zu den einzelnen Studienteilnehmerinnen untersucht die MWS mittlerweile ergänzend zu dem primären Ziel weitere Einflüsse von modifizierbaren Faktoren auf die Gesundheit von Frauen und leistet weiterhin einen beachtlichen Beitrag zur Frauengesundheit (siehe auch [www.millionwomenstudy.org](http://www.millionwomenstudy.org)).

### Ergebnisse der Million Women Study

Erste Ergebnisse von 1.084.110 Frauen wurden im Jahr 2003 im Journal „The Lancet“ veröffentlicht [8]. Innerhalb einer mittleren Follow-up Zeit von 2,6 Jahren wurden 9.364 inzidente Mammakarzinome registriert. Die Hälfte aller Frauen gab an, bereits mindestens einmal eine HRT erhalten zu haben. Bezogen auf den Status der Menopause (pre-, peri-, postmenopausal) erhalten die meisten der Frauen eine HRT nach der Menopause (53 Prozent) [8]. Unabhängig von der Therapie und der Behandlungsdauer hatten postmenopausale Frauen, die zum Zeitpunkt der Erhebung eine HRT erhielten, ein 1,6-fach höheres Risiko (RR 1,66, 95 Prozent Konfidenzintervall [CI] 1,58-1,75) ein Mammakarzinom zu entwickeln als Frauen, die noch nie eine HRT eingenommen hatten. Frauen, welche die Einnahme einer HRT innerhalb der letzten fünf Jahre oder länger beendet hatten, wiesen kein erhöhtes Risiko mehr auf und unterschieden sich nicht mehr von jenen Frauen, die noch nie eine HRT erhalten hatten. Dieser Effekt scheint unabhängig davon zu sein, wie lange eine HRT eingenommen wurde [8].

Von den Frauen mit einer HRT gaben 50 Prozent an, eine kombinierte Östro-

gen-Gestagen Therapie zu erhalten, wohingegen 41 Prozent eine reine Östrogen Therapie erhielten. Vergleicht man die beiden Therapieformen, so weisen Frauen unter einer kombinierten HRT ein zweifach erhöhtes Risiko auf, an Brustkrebs zu erkranken (RR 2,00, 95 Prozent CI 1,88-2,12). Frauen mit einer reinen Östrogen Therapie hatten ein 1,3-faches Risiko (RR 1,30, 95 Prozent CI 1,21-1,40) Brustkrebs zu entwickeln als Frauen ohne HRT [8]. Weiterhin stieg das Risiko für Brustkrebs mit der Dauer der Einnahme einer HRT. Eine Einnahme von zehn Jahren resultiert unter einer reinen Östrogen HRT in fünf und unter Einnahme einer kombinierten HRT in 19 zusätzlichen Mammakarzinomen pro 1.000 Frauen [8]. Nach weiteren drei Jahren Beobachtungszeit haben Reeves et al. [9] die

## „Das Risiko für Brustkrebs stieg mit der Dauer der Einnahme einer Hormonersatztherapie.“

Ergebnisse nach der Histologie der Mammakarzinome stratifiziert. Unter Einnahme einer HRT war das Risiko für lobuläre, duktal-lobuläre sowie tubuläre Tumore statistisch signifikant erhöht. Auch duktale und muzinöse Tumore waren statistisch signifikant erhöht. Kein Unterschied hingegen konnte für medulläre Tumore festgestellt werden. Hierbei halten die Autoren fest, dass das Risiko unter einer kombinierten HRT konstant höher war, als bei einer Monotherapie [9].

Weitere Ergebnisse aus dem Jahr 2011 bestätigen auch nach längerer Beobachtungszeit die signifikant erhöhten Risiken eines Mammakarzinoms unter HRT Einnahme [10]. Das Risiko einer kombinierten HRT bleibt weiterhin über dem einer Monotherapie. Die Ergebnisse lassen zudem eine Abhängigkeit

vom Zeitpunkt der Hormonbehandlung erkennen. Frauen, die eine HRT vor oder nahe zum Beginn der Menopause ( $\leq$  fünf Jahre) erhalten hatten, wiesen im Vergleich zu Frauen, die eine HRT mehr als fünf Jahre nach dem Beginn der Menopause erhalten hatten, ein höheres Brustkrebsrisiko auf. Dieser Effekt wurde für beide Therapieformen beobachtet [10].

### Ergebnisse anderer großer Studien

Zusammenfassend kommt die MWS zu dem Schluss, dass im Laufe der letzten zehn Jahre 20.000 Brustkrebsfälle in Großbritannien auf den Einsatz einer HRT zurückzuführen sind, davon allein 15.000 auf den Einsatz einer kombinierten HRT [8]. Mit diesen Ergebnissen bestärkte die MWS die Ergebnisse der im Jahr 2002 publizierten „Women Health Initiative“ (WHI) Studie. In einem Studienarm dieser Placebo-kontrollierten klinischen Studie erhielten 16.608 Frauen im Alter von 50 bis 79 per Zufall eine Östrogen-Gestagen Kombitherapie oder ein Placebo [11]. Ziel war es, mögliche Effekte der HRT auf Herz-Kreislauferkrankungen zu untersuchen. Nach 5,6 Jahren wurde dieser Studienarm abgebrochen, da bei den Frauen unter der kombinierten HRT ein um 26 Prozent höheres Brustkrebsrisiko im Vergleich zur Placebo-Gruppe festgestellt wurde [11]. Nach Beendigung des Studienarms wurden die Frauen unter anderem bezüglich der Brustkrebsinzidenz nachbeobachtet. Sowohl drei als auch elf Jahre nach Studienabbruch waren die Brustkrebsinzidenzen bei Frauen mit einer kombinierte HRT im Vergleich zu den Frauen aus der Placebo-Gruppe weiterhin erhöht [12, 13].

Der Studienarm mit einer reinen Östrogen Monotherapie der WHI wurde zunächst aufrechterhalten und schließlich im Jahr 2004 nach 7,1 Jahren ebenfalls vorzeitig abgebrochen, nachdem

das Schlaganfallrisiko um 39 Prozent erhöht war [14]. Das Brustkrebsrisiko der Frauen mit einer Monotherapie lag zum Zeitpunkt des Studienabbruchs um 23 Prozent unterhalb der Placebo-Gruppe, erreichte jedoch keine statistische Signifikanz [14]. Über mehr als 20 Jahre hinweg wurden im Rahmen der „Nurses Health Study“ (NHS) Krankenschwestern in den USA beobachtet. Postmenopausale Frauen zeigten unter Einnahme einer kombinierten HRT ebenfalls ein statistisch signifikant höheres Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Die Einnahme einer Östrogen Monotherapie führte in der Kohorte zu einem leicht erhöhten, jedoch statistisch nicht signifikanten, Brustkrebsrisiko [15].

In Europa untersuchte die „European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition“ (EPIC) den Effekt unterschiedlicher HRTs auf die Entwicklung eines Mammakarzinoms [16]. Über acht Länder hinweg wiesen postmenopausale Frauen mit einer Östrogen Monotherapie ein 1,4-fach (RR 1,42, 95 Prozent CI 1,23-1,64) höheres Risiko für Brustkrebs auf. Unter Einnahme einer Gestagen-Östrogen Therapie erhöht sich das Risiko um das 1,7-fache (RR 1,77, 95 Prozent CI 1,40-2,24) [16]. Bezüglich der Therapieformen kommt die EPIC Studie zu einem ähnlichen Ergebnis wie die MWS. Einen Effekt zwischen der Einnahmedauer und dem Risiko kann die EPIC Studie jedoch nicht feststellen, wobei die Autoren selbst auf eine möglicherweise nicht ausreichende statistische Power hinweisen [16]. Eine Meta-Analyse von Shah et al. [17] konnte ähnlich wie die MWS ein erhöhtes Risiko in Abhängigkeit der Einnahmedauer feststellen. Für beide Therapiearten können signifikant erhöhte Brustkrebsrisiken beobachtet werden, mit einem deutlich höheren Risiko unter Einnahme einer Östrogen-Gestagen Kombitherapie [17].

### Auswirkungen der Ergebnisse

Mit der MWS und WHI Studie lagen innerhalb kürzester Zeit zwei große Studien vor, die insbesondere eine kombinierte HRT negativ beurteilten und bei Ärzten und Frauen zu Verunsicherungen und einem Umdenken ange-regt haben. Folglich nahm innerhalb kürzester Zeit in vielen Ländern die Verschreibung einer HRT ab. In den USA sank die Zahl der Verschreibungen direkt nach Veröffentlichung der WHI Ergebnisse und hat im Juli 2003 mit einem Rückgang um 38 Prozent den Tiefstand erreicht [18, 19]. In Großbritannien kann seit Juli 2002 ein nachlassender Trend der HRT Anwendungen von 29 Prozent auf elf Prozent beobachtet werden [20]. Gleiches gilt für die Niederlande. Interessanterweise ist hier ein massiver Rückgang der HRT Verschreibung erst im Jahr 2003 nach den Ergebnissen der MWS zu beobachten [21]. In Deutschland kann ein Rückgang der Verschreibungen von 16,9 Prozent im Jahr 1998 auf 10,1 Prozent im Jahr 2004 festgestellt werden, wobei der Rückgang in Ostdeutschland geringer war als im Westen [22].

Zwischenzeitlich sind 15 Jahre seit den ersten Veröffentlichungen vergangen und zumindest für Deutschland scheint der rückläufige Trend an Verschreibungszahlen weiterhin anzuhalten. Dem Arzneimittelreport 2018 zufolge hat jedoch die Verordnung einer Östrogen Monotherapie im Jahr 2017 wieder leicht zugenommen (+ 2,7 Prozent) [4].

Neben den möglichen Risiken konnte die WHI Studie in beiden Studienarmen einen positiven Effekt der HRT auf das Frakturrisiko bei postmenopausalen Frauen feststellen [11, 14]. Auch ein aktuelles Review der Cochrane Collaboration kommt zu dem Ergebnis, dass nur für Osteoporose ausreichend wissenschaftliche Evidenz über einen protektiven Effekt der HRT vorhanden ist

[23]. In Bezug auf Brustkrebs kann für eine kombinierte HRT bei einer Einnahmedauer von mehr als fünf Jahren ein erhöhtes Risiko festgestellt werden [23]. Weiterhin liegen keine Evidenzen vor, dass eine HRT für die primäre oder sekundäre Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen oder von Demenz geeignet wäre. Für die Demenz liegen Daten vor, wonach Frauen über 65 Jahren unter Einnahme einer kombinierten HRT nach vier Jahren häufiger an einer Demenz erkranken [23].

Nach bisherigen Evidenzen aus großen und qualitativ hochwertigen Studien scheinen die Risiken einer HRT im Hinblick auf Brustkrebs zu überwiegen und sollten bei einer Behandlung zusammen mit dem individuellen Risikoprofil in Bezug auf Vorerkrankungen und Lebensstilfaktoren thematisiert und berücksichtigt werden. ■

Literatur bei den Autorinnen

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:  
Univ.- Prof. Dr. Stefanie J. Klug, MPH  
Technische Universität München  
Fakultät für Sport- und  
Gesundheitswissenschaften  
Lehrstuhl für Epidemiologie  
Georg-Brauchle Ring 56, 80992 München  
E-Mail: sekretariat.klug@tum.de

# Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Burnout-Entwicklungen?

Frauen werden depressiv, Männer süchtig

G. Mundle

Vor einer „Burnout-Pandemie unter Ärzten“ hat der neue Präsident des Weltärztebundes (WMA), Leonid Eidelman, auf der Generalversammlung des WMA in Reykjavik (Island) gewarnt. „Der Burnout von Ärzten ist ein Symptom für ein größeres Problem – ein Gesundheitssystem, das Ärzte zunehmend überlastet und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse unterbewertet“. Fast die Hälfte der zehn Millionen Ärzte weltweit würden Symptome eines Burnouts aufweisen. Ein steigender Verwaltungsaufwand, steigende Betriebskosten, neue Technologien und eine immer größere Patientennachfrage würden dazu führen, dass Ärzte „mit einem unglaublichen Arbeitsaufwand konfrontiert“ sind [1]. Folgen von Burnout sind körperliche und psychische Erkrankungen. Bei den psychischen Erkrankungen entwickeln Frauen häufiger Depressionen, Männer greifen eher zu Suchtmitteln.

## Geschlechtsspezifische Häufigkeitsunterschiede

Obwohl die Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen bei Frauen und Männern etwa gleich hoch ist, zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit spezifischer psychischer Störungen [2]. Während bei den Frauen affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und somatoforme Störungen überwiegen, haben Männer konsistent höhere Raten an Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, antisozialer Persönlichkeit und Störungen der Impulskontrolle [3]. In der „Epidemiologic-Catchment-Area Studie“, einer der größten repräsentati-

ven Feldstudien in den USA, zeigte sich bei affektiven Störungen eine Lebenszeitprävalenz von 10,2 Prozent bei Frauen und 5,2 Prozent bei Männern [4]. Noch höhere Prävalenzraten von affektiven Störungen mit 23,9 Prozent bei Frauen und 14,7 Prozent bei Männern zeigten sich beim „National Comorbidity Survey“ [5]. Bestätigt werden die internationalen Studien durch die in Deutschland durchgeführte Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener (DEGS1-MH) (n = 5.318) [6]. Bei Frauen traten gehäuft unipolare Depressionen (F 11,4 Prozent/M 5 Prozent), Angststörungen (F 22,6 Prozent/M 9,7 Prozent) sowie posttraumatische Belastungsstörungen (F 3,8 Prozent/M 0,9 Prozent) und Somatoforme Störungen (F 4,9 Prozent/M 1,7 Prozent) auf. Bei Männern fanden sich gehäuft Alkoholstörungen (M 18,4 Prozent/F 3,9 Prozent). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Alkoholstörungen konnten auch im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 [7] nachgewiesen werden, in dem 28 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum aufwiesen. Erfreulicherweise begeben sich Frauen häufiger in Behandlung. Die Behandlungsraten in den letzten zwölf Monaten lag bei den Frauen über alle Altersgruppen hinweg höher als bei den Männern [6]. Zwischen Ost- und Westdeutschland fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Auftreten psychischer Störungen, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Osten etwas stärker ausgeprägt waren als im Westen (Ost: F 36,6 Prozent/M 20,4 Prozent; West: F 33,7 Prozent/23,0 Prozent).



Bei psychischen Erkrankungen entwickeln Frauen häufiger Depressionen, Männer greifen eher zu Suchtmitteln.

Untersuchungen zur Häufigkeit von Burnout zeigen im Gegensatz zur Depression kein einheitliches Bild. In einer Untersuchung an knapp 3800 ÄrztInnen aus den Fachrichtungen Psychiatrie/Psychotherapie, Anästhesie/Intensivmedizin sowie Zahnmedizin waren Frauen häufiger emotional erschöpft und berichteten häufiger über Depressionen und Burnout (Besonder et al. 2016). In einer norwegischen Untersuchung (n = 4507) zeigten sich Unterschiede bei Burnout-Raten in Abhängigkeit vom Berufsstand, nicht aber vom Geschlecht [8]. Nur geringe bis keine geschlechtsspezifischen Unterschiede konnten bei knapp 500 niedergelassenen Zahnärzten und bei etwas über 150 Fachärzten für Allgemeinmedizin und Psychiatrie gefunden werden [9]. Auch in einer Untersuchung an über

2.000 befragten Erwachsenen konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gefunden werden, sodass davon ausgegangen wird, dass Burnout weder eine „Frauen-“ noch eine „Männersache“ sei [10].

### Scheinbare Unterschiede

Trotz klarer Unterschiede in der Häufigkeit von psychischen Störungen zwischen Männern und Frauen sind geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung von Daten und der Interpretation von Studienergebnissen zu berücksichtigen. Möglicherweise gibt es einen „Geschlechterbias“ dahingehend, dass es zwischen Männern und Frauen einer anderen Symptomschwelle bedarf, um diagnostiziert zu werden [11]. Angaben zur Prävalenz können dadurch beeinflusst sein, dass Männer eine höhere Schwelle haben, seelische Probleme zuzugeben – sowohl vor anderen als auch vor sich selbst. Im Gegensatz hierzu nehmen Frauen Beschwerden besser wahr, berichten bereitwilliger darüber und nehmen Hilfe schneller in Anspruch. Außerdem gibt es Hinweise, dass bei identischer Beschwerdeschilderung bei Frauen schneller eine Depression diagnostiziert wird als bei Männern. Da Frauen sich häufiger in Behandlung begeben, wird bei Frauen eine größere Häufigkeit an psychischen Störungen gefunden, wenn die Studien sich auf Behandlungsdaten stützen. Diese Unterschiede sind nicht repräsentativ für Häufigkeitsunterschiede in der Bevölkerung [12, 13].

### Ursachen der Unterschiede

Die unabhängig vom „Geschlechterbias“ bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sind multifaktoriell bedingt. Bei den biologischen Einflüssen spielen hormonelle Faktoren eine wichtige Rolle. Das aktuelle seelische Befinden von Frauen wird

durch hormonelle Veränderungen, zum Beispiel während der Schwangerschaft, Perinatalzeit, Menopause, aber auch während der Menstruation, beeinflusst. Östradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, hat einen modulierenden Einfluss auf vielfältige Neurotransmittersysteme, die einen direkten Einfluss auf das seelische Befinden haben. Bei den psychosozialen Faktoren spielen zugeschriebene und übernommene Rollenerwartungen in Beruf, Familie und Partnerschaft eine wichtige Rolle. Auch wenn Erziehungs- und Familienaufgaben zunehmend von Männern mit übernommen werden, wird der überwiegende Teil der Kindererziehung und familiären Verpflichtungen von Frauen durchgeführt [14]. Oft ist die Belastung dreifach: Sehr viele Frauen sind durch den Beruf, die Kinder und den Haushalt stark eingebunden. Wenn sie von der Arbeit nach Hause kommen, geht es dort gleich weiter. Die betroffenen Frauen sollen alle Aufgaben gleichzeitig erfüllen und häufig wollen sie selbst dabei noch perfekt sein [15]. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt auch heute noch trotz bereits umgesetzter familienorientierter Maßnahmen eine große Herausforderung dar. Bereits bei Medizinstudierenden hing die Studienzufriedenheit von der Vereinbarkeit von Studium und Familie ab [16]. Abzuwarten bleibt, was mit den Männern passiert, die sich immer häufiger um Familie und Kinder kümmern, in Elternzeit gehen und dann den gleichen Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind. Durch die Erziehung vermittelte Rollenbilder und Rollenerwartungen als Ehefrau und Mutter verstärken zusätzlich zu den äußeren Arbeitsbelastungen innere Konflikte und Ambivalenzen. Noch heute müssen Frauen um ihre Legitimation beziehungsweise mit dem „Rabenmutter-Syndrom“ kämpfen [14]. Bereits in der Jugend werden anhand des „sozialen“ Geschlechts (Gender) unterschiedliche geschlechtsspezifische

Rollen, Aufgaben und Verhaltensweisen vermittelt. Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle beinhaltet eine klare Priorität in der Berufsrolle, die traditionelle weibliche Geschlechtsrolle in der Familie.

Diese Rollenzuweisungen beinhalten auch geschlechtsspezifische Verhaltens- und Reaktionsmuster im beruflichen Kontext, auch in Konfliktsituationen. So scheinen Männer ihre gegenwärtige Position eher als Baustein einer „Karriere“ zu betrachten, während Frauen dazu tendieren, ihre aktuelle Position im Fokus zu haben und diese möglichst gut erfüllen zu wollen [18]. Männer legen ihr Augenmerk mehr auf individuelles, leistungsorientiertes Verhalten, Frauen hingegen mehr auf emotionale, teamorientierte Faktoren. In Stresssituationen scheinen Frauen eher die Strategie „tend and befriend“ (sich kümmern, behilflich sein) zu zeigen, während bei Männern vorwiegend die „fight or flight“-Reaktion (also Kampf und Aggression oder Flucht und Verdrängung, zum Beispiel mit Suchtmitteln) zu beobachten ist [19]. Entsprechend manifestiert sich Burnout bei Männern eher in Depersonalisation und Zynismus, bei Frauen eher in emotionaler Erschöpfung. Kritisch anzumerken ist, dass es sich hierbei um tendenzielle Unterschiede und Stereotype handelt, die im Einzelfall nicht zutreffen müssen [18].

Auch wenn es sich bei den genannten Verhaltensmustern um „stereotype“ Rollenzuweisungen handelt, die sich heute zunehmend auflösen, besteht weiterhin der Druck auf Frauen, in einer bisher Männer dominierten Arbeitswelt, ihren Platz behaupten zu müssen und immer noch mit stereotypen Vorurteilen konfrontiert zu sein. Fehler und Unzulänglichkeiten können als Schwäche ausgelegt werden und das Vorurteil schüren, dass Frauen für die „harte“ Berufswelt doch nicht geschaffen sind. Der daraus resultierende Leis-

tungsdruck, der „weibliche Perfektionismus“, mit hohen Erwartungen an die eigene Leistung und Angst vor Fehlern, stellt neben den Anforderungen im Gesundheitswesen selbst einen weiteren Faktor für chronischen Stress und Basis für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen dar [20].

### Gesundheitsbewusstes Verhalten

Mehrere in Deutschland durchgeführte Gesundheitssurveys konnten nachweisen, dass Frauen sich in der Mehrzahl gesundheitsbewusster als Männer verhalten [21]. Frauen „ernähren sich gesünder, rauchen weniger, trinken weniger Alkohol, schlafen mehr und gehen zu regelmäßigeren Zeiten abends zu Bett“ [22]. Auch bei der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe nutzen Frauen häufiger präventive und kurative Angebote [23].

Von dem Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter (1973) wurde bereits sehr früh auf den Zusammenhang zwischen Rollenerwartungen und gesundheitsbewusstem Verhalten hingewiesen: „Frauen geben schneller und früher zu erkennen, wenn sie innerlich unter Spannung stehen. Ihr anerzogenes Rollenstereotyp erlaubt ihnen eher, sich klagsam und leidend darzustellen. Von den Männern hingegen wird erwartet, dass sie jederzeit stark und fit sind. Wer männlich sein will, darf – jedenfalls nach der herkömmlichen Norm – nicht wehleidig sein“.

Die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wird eher als unmännlich angesehen, „Marlboro-Männer“ gehen nicht in Stressbewältigungskurse [21, 24, 25].

### Therapeutische Angebote

Da Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen und bereitwilliger über ihre Probleme berichten, ist der Zugang zu Therapien für weibliche Patienten einfacher; sie gehen häufiger und früher in Therapie [26] und haben ins-

gesamt eine positivere Einstellung gegenüber Psychotherapie [27]. Gelingt es, einen therapeutischen Zugang herzustellen, so sind viele Fragen für Frauen und Männer insbesondere zum Arbeitskontext ähnlich:

- Wie können neben der beruflichen Kompetenz eigene persönliche Werte bei der Arbeit verwirklicht werden?
- Welche strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind für ein gesundes Arbeiten notwendig [28]?
- Wie können eigene überhöhte Ansprüche wahrgenommen werden?
- Wie können (und dürfen) eigene Grenzen wahrgenommen und formuliert werden?
- Wie kann ein modernes Stressmanagement umgesetzt werden?
- Wie kann eine gesunde Balance zwischen Freizeit und Arbeitszeit hergestellt werden [29, 30, 31]?

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind insbesondere im Kontext Beruf und Familie zu thematisieren. Rollenkonflikte als Mutter, berufstätige Person und eigenständige Persönlichkeit stellen heute typische Herausforderungen für berufstätige Frauen dar, die in beiden Bereichen – Beruf und Familie – möglichst „erfolgreich“ sein wollen. Bestehende Rollenkonflikte sind auch vor dem Hintergrund der eigenen Biografie zu thematisieren und zu hinterfragen. Gerade im ärztlichen Kontext besteht die Tendenz, immer für die Bedürfnisse der Patienten da sein zu wollen (müssen) und eigene Bedürfnisse und Grenzen zu vernachlässigen. Wurden diese in der Kindheit bereits vernachlässigt oder abgelehnt, so kann dies dazu führen, dass die Betroffenen im beruflichen Alltag den Kontakt zu ihren eigenen Bedürfnissen, Überforderungen und Grenzen verlieren und nur noch mit der Erfüllung äußerer Anforderungen beschäftigt sind [30]. Eine Patientin berichtet, dass sie nach

außen eine erfolgreiche und angesehene Ärztin gewesen sei, jedoch den Kontakt zu ihren Wünschen und Bedürfnissen verloren habe. Arbeitszeiten von zehn Stunden täglich seien nichts Ungewöhnliches gewesen, sie habe funktioniert wie im Hamsterrad und sei Gefangene ihres enormen Ehrgeizes gewesen. Bis sie körperliche Symptome entwickelt habe und zweimal den Notarzt trotz fehlender körperlicher Befunde rufen musste, was ihr enorm peinlich gewesen sei [32]. Neben den krankheitsbezogenen Themen stellen übergeordnete Fragen für eine sinnvolle Gestaltung des Lebensalltages und somit zur Gestaltung der eigenen Gesundheit eine wichtige Rolle dar:

- Wie können Beruf, Familie und Freizeit kreativ gestaltet werden?
- Wie können wertschätzende und lebendige Beziehungen in der Familie und am Arbeitsplatz hergestellt werden?
- Wie gelingt es, die innere Stimme wahrzunehmen und eigene Werte und Lebensziele so umzusetzen, dass das eigene Leben sinnvoll erlebt wird?
- Wie gelingt es, nicht perfekt sein zu müssen und freundlich sowie mitfühlend mit sich selbst, seinen Fehlern und Schwächen zu sein [34]?

Eine Erkrankung zu behandeln, ist wichtig. Gesundheit in Zeiten massiv gestiegener äußerer Anforderungen und Möglichkeiten aktiv zu gestalten, ist für die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit mindestens genauso wichtig. ■

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: keine

Prof. Dr. med. Götz Mundle  
Oberbergkliniken  
Hausvogteiplatz 10, 10117 Berlin  
E-Mail: praxis@goetzmundle.de

Prof. Dr. med. Götz Mundle ist Mitglied des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer.

# Geschlechtsspezifische Unterschiede im Fach Herzchirurgie

S. Eifert

In der Herzchirurgie bergen Frauen ein größeres Risiko der erhöhten postoperativen Morbidität und Mortalität als Männer. Sind die Untersuchungen nach Alter, Körperoberfläche und Blutvolumen adjustiert, so bleibt das weibliche Geschlecht als unabhängiger Risikofaktor bestehen. In bereits bekannten Forschungsarbeiten wurde nachgewiesen, dass der menschliche Körper in Hormonpräsenz und Physis vor allem vom genetisch determinierten Geschlecht abhängig ist.

Wie in den weiteren Artikeln der Zeitschrift bereits ausführlich beschrieben, erstrecken sich geschlechtsspezifische Unterschiede über den gesamten Verlauf einer Erkrankung. Dies beinhaltet unter anderem die chirurgische Therapie. Nachfolgend wird zu den geschlechtsabhängigen Differenzen in der Erwachsenenherzchirurgie Bezug genommen.

## Koronarchirurgie

Die aortokoronare Bypassoperation (ACVB) ist eine der häufigsten chirurgischen Eingriffe weltweit. Die Sterblichkeit von Frauen nach ACVB ist höher im Vergleich zu der der Männer (Frauen: 7,1 Prozent versus Männer: 3,3 Prozent). In allen wichtigen „Scoring“ Systemen zur präoperativen Risikostratifizierung vor ACVB wird das „weibliche Geschlecht“ als unabhängiger Risikofaktor geführt. Auch wenn sich das klinische Ergebnis in den letzten Jahren insgesamt verbessert hat, sind die Anzahl der Komplikationen und die Mortalität, insbesondere bei jüngeren Frauen, konstant erhöht gegenüber gleichaltrigen Männern.

Entsprechend des häufigen Auftretens der Erkrankung bei Männern sind zwei

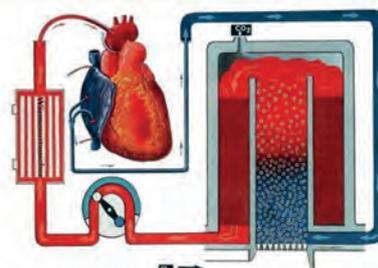
Drittel der Bypasspatienten Männer. Frauen sind viele Jahre durch die Östrogene vor der Entwicklung der Herzkranzgefäßerkrankung und einem Herzinfarkt geschützt. Im Schnitt kommen sie circa zehn Jahre später zur Bypassoperation. Die Daten zeigen, dass Frauen zum Zeitpunkt der Operation mehr Nebenerkrankungen aufweisen, ein schlechteres NYHA-Stadium haben und älter sind als die Männer. Daten einer prospektiven Studie am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) mit 1.559 konventionell operierten Patienten demonstrieren, dass präoperativ berichtete körperliche Einschränkungen das Ausmaß der frühen postoperativen Komplikationen signifikant beeinflussen und somit eine Ursache für die alters-adjustierte „Übersterblichkeit“ von Frauen nach Bypassoperation darstellen.

Lehmkuhl et al. untersuchte die Frühmortalität nach konventioneller Bypassoperation. Diese war bei den untersuchten Frauen höher als bei den Männern (6,9 versus 2,4 Prozent, HR 2,91,  $p < 0,001$ ). Die Frauen waren knapp fünf Jahre älter als die Männer ( $p < 0,001$ ), zeigten eine höhere Rate postoperativer Herz- (6,6 versus 3,3 Prozent,  $p = 0,01$ ) sowie Ateminsuffizienz (9,4 versus 5,3 Prozent,  $p = 0,006$ ) und benötigten häufiger eine kardiopulmonale

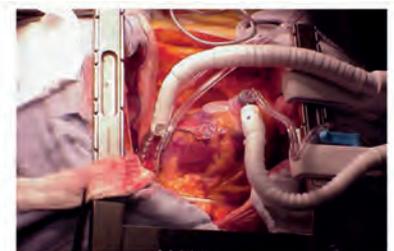
Reanimation (5,2 versus 1,8 Prozent,  $p = 0,001$ ). 71 Prozent der Genderunterschiede lassen sich durch die Kombination der identifizierten Faktoren erklären, allein 61 Prozent resultieren aus Frühsterblichkeit, Alter und klinischer Konstitution. Nach Risikoadjustierung betrug die HR für das weibliche Geschlecht 1,36 ( $p = 0,29$ ).

Einen weiteren Grund für das unterschiedliche Outcome bei Männern und Frauen stellt die Revaskularisationstechnik dar. Grundsätzlich gibt es zwei Techniken in der Bypasschirurgie: zum einen die koronare Revaskularisation am stillgelegten Herzen mit Hilfe der extrakorporalen Zirkulation (EKZ) und kardioplegischer Lösung, welche auch konventionelle „on-pump“ Technik (ONCAB) genannt wird. Andererseits kann man diese Operation ohne extrakorporale Zirkulation, also am schlagenden Herzen, „off-pump“ (OPCAB) ausführen. In Deutschland werden in den letzten Jahren etwa 18 Prozent der Operationen in OPCAB-Technik durchgeführt (Abb. 1).

Eigene Ergebnisse zeigten nach retrospektiver Analyse der Daten von 3.441 Patienten (davon 28 Prozent Frauen), dass die Mortalität von Frauen, die off-pump operiert wurden, wesentlich geringer war. Die 30-Tage- und 1-Jah-

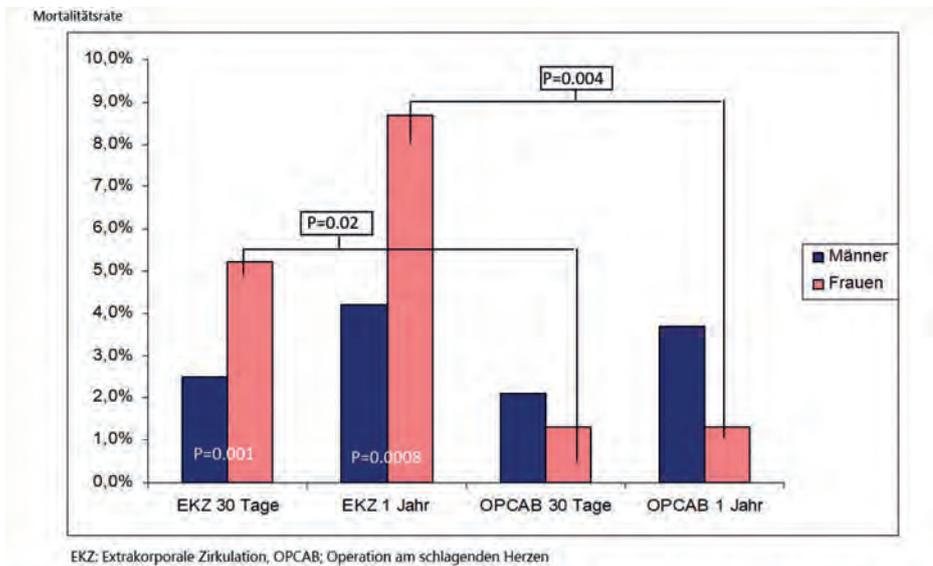


Prinzip der extrakorporalen Zirkulation (EKZ)



Operation am schlagenden Herzen

Abb 1: Techniken der koronaren Revaskularisation; links: Prinzip der extrakorporalen Zirkulation (EKZ); rechts: Operatives Vorgehen am schlagenden Herzen, „off pump“ (OPCAB) unter Zuhilfenahme von Stabilisatoren zur Fixation des Anastomoseareals.



Eifert S, et al. Early and mid term mortality after coronary artery bypass grafting in women depends on the surgical protocol: retrospective analysis of 3441 on- and off-pump coronary artery bypass grafting procedures. J Cardiothor Surg 2010

Abb 2: Sterblichkeit nach 30 Tagen und einem Jahr in Abhängigkeit von der operativen Technik und dem Geschlecht

res Mortalität der Frauen war mit jeweils 1,7 Prozent wesentlich geringer im Vergleich zu 5,2 Prozent beziehungsweise 8,7 Prozent bei der Technik unter Verwendung der EKZ (on-pump). Die Sterblichkeit der Männer bleibt hingegen von der Operationstechnik weitgehend unbeeinflusst (Abb. 2).

Aus der Literatur ist die sogenannte unvollständige Revaskularisation ein weiterer Faktor, der das Überleben nach ACVB maßgeblich beeinflusst. Oertelt-Prigione et al. untersuchte die Diskrepanz zwischen Operationsplanung (Anzahl der Grafts) und den operativ effektiv angelegten Bypasses. Hierbei zeigte sich bei Männern häufiger eine Dreifäßerkrankung, die auch öfter komplett revaskularisiert wurde als bei Frauen (85 Prozent versus 77 Prozent,  $p < 0,001$ ). Wengleich dies für Herzchirurgen keine große Überraschung darstellt, traf die inkomplette Revaskularisation neben anderen Risikogruppen – statistisch betrachtet – häufiger Frauen (HR 2,62,  $p < 0,001$ ). Frauen erhalten durchschnittlich weniger koronare Bypässe, insbesondere weniger arterielle Grafts. Das liegt vor allem an den durchschnittlich anatomo-

misch kleineren Verhältnissen bei Frauen und weniger an den unter Umständen damit verbundenen technisch höheren Anforderung an die Operation. Perioperativ brauchen Frauen mehr Katecholamine. Die Beatmungszeiten nach ACVB sind bei Frauen länger und somit auch der Aufenthalt auf der Intensivstation mit den damit verbundenen Risiken.

### Chirurgie der terminalen Herzinsuffizienz

Regitz-Zagrosek beschrieb die NYHA-Klasse und Ejektionsfraktion als die entscheidenden Prädiktoren eines Herzversagens bei den Männern und das Alter sowie Diabetes mellitus bei den Frauen. Bekannt ist weiterhin, dass unabhängig von der Pathologie die Inzidenz der Herzinsuffizienz bei Frauen ab dem Alter  $\geq 55$  Jahre deutlich ansteigt.

### Herz-Transplantation

Die Überlebensrate nach Herztransplantation (HTx) bei Männern und Frauen wird in der medizinischen Literatur unterschiedlich dargestellt. Symptome und Schweregrad der Erkrankung

vor Transplantation sind abhängig vom Geschlecht. Frauen leiden grundsätzlich seltener an einer Herzschwäche und werden dementsprechend im Vergleich zu Männern seltener transplantiert. Daten einer prospektiven Kohortenstudie mit dilatativer Kardiomyopathie (DCM) aus dem DHZB bestätigten diesen Befund. Nur 16 Prozent aller HTx mit dieser Indikation waren Frauen. Die Autoren erklärten den Genderbias damit, dass Zuweiser Komorbiditäten eher bei Frauen als Kontraindikation ansahen als bei Männern. Die schlechtere soziale Unterstützung der Frauen im Vergleich zu Männern, der unter Umständen bestehende mangelnde Zugang zum Gesundheitswesen oder die geringere Akzeptanz der HTx als Therapie können zur Unterrepräsentanz von Frauen auf der Warteliste führen. Andererseits wurden Frauen schneller transplantiert als Männer, da sie ein höheres NYHA-Stadium und eine schlechtere Nierenfunktion bei Aufnahme auf die Warteliste aufwiesen.

Entsprechend des ISHLT-Registers wurden seit Aufzeichnungsbeginn 1982 über 132.000 Herzen transplantiert (Stand Dezember 2018). Die Rate der Herztransplantationen bei Frauen lag zwischen 1992 und 2001 bei 19,9 Prozent und stieg in den Jahren 2002 bis 2009 auf 22,9 Prozent an. Seit 2016 liegt die Quote der transplantierten Frauen bei circa 27 Prozent.

Das möglicherweise unterschiedliche Geschlecht von Spender und Empfänger kann Auswirkungen auf das Überleben nach HTx haben und über multiple Mechanismen das Outcome beeinflussen. Bezüglich des Geschlechts spielen (neben Blutgruppe, Größe und Gewicht) beim Erwachsenen Größe und Muskelmasse des Herzens, hormonelle sowie genetische beziehungsweise chromosomale Differenzen als auch immunologische Faktoren eine entscheidende Rolle. „Weibliche“ Herzen

sind tendenziell kleiner und muskelschwächer als „männliche“, und können den hämodynamischen Gegebenheiten im Empfänger dann unter Umständen nicht entsprechen. Kaczmarek et al., berichtete die beste 5-Jahres-Überlebensrate männlicher Empfänger von männlichen Spenderherzen (70,75 Prozent,  $p < 0,0001$ ). Im Langzeitverlauf wurden die besten Ergebnisse nach HTx bei der Kombination weibliches Spenderherz in weiblicher Empfängerin erreicht. Ein Grund hierfür ist die seltener auftretende Transplantatvaskulopathie bei Frauen.

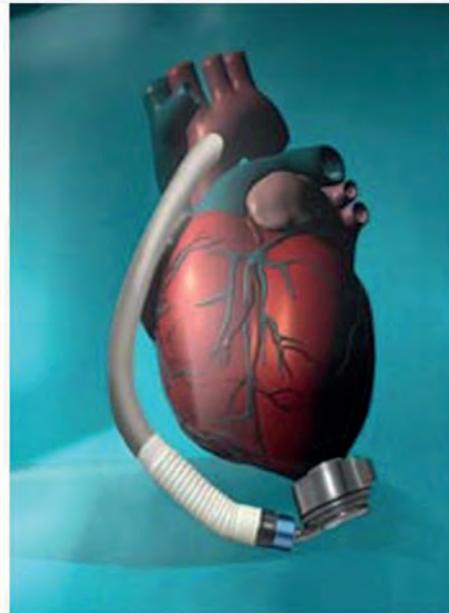
Frauen spenden in Deutschland 32 Prozent und erhalten 18 Prozent aller Organe, Männer spenden 68 Prozent aller Transplantate und bekommen 82 Prozent.

### Ventrikuläre Unterstützungssysteme (VAD)

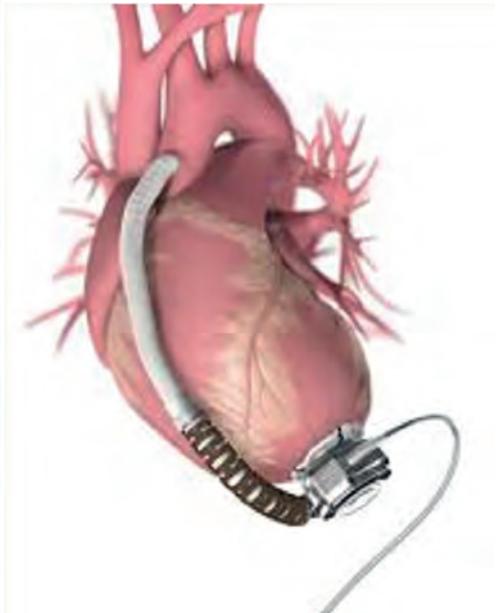
Herzunterstützungssysteme können

- als Überbrückung bis zur Herztransplantation,
- als endgültige Lösung für Patienten, die für eine Herztransplantation nicht qualifiziert sind, und
- als Übergangstherapie bis zur Entscheidungsfindung oder in seltenen Fällen
- zur Erholung des Herzmuskels eingesetzt werden (Abb. 3).

Bernhardt et al. untersuchte mehr als 1.000 VAD-Patienten des Euromacs-Registers in den Jahren 2011 bis 2014. In dieser Europäischen Kohorte waren 16,7 Prozent der Patienten Frauen ( $p < 0,001$ ). Die ICM war bei den Frauen seltener (24,4 Prozent) als bei den Männern (44,4 Prozent;  $p < 0,001$ ). Zum Zeitpunkt der VAD-Implantation waren die Frauen – im Gegensatz zu den übrigen Herzoperationen – jünger als die Männer:  $48 \pm 17$  Jahre versus  $52 \pm 12$  Jahre ( $p < 0,001$ ). Die Frauen präsentierten sich zum Operationszeitpunkt im Vergleich zu Männern in kritischerem



HeartMate 3, Thoratec, Abbott



HVAD, HeartWare, Medtronic

Abb 3: Aktuell verfügbare und vor allem linksventrikulär bei Erwachsenen eingesetzte Herzunterstützungssysteme

Zustand im Sinne des INTERMACS-Levels: 51,7 Prozent der Frauen waren in Intermacs-Level 1 und 2, während nur 41,5 Prozent der Männer zum Operationszeitpunkt in diesem klinisch kritischen Zustand waren ( $p < 0,001$ ). Der Einsatz einer extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) als Überbrückung war bei Frauen weit häufiger notwendig, nämlich zu 12,5 Prozent und zu 9,3 Prozent bei den Männern ( $p < 0,001$ ). Eine passagere beziehungsweise permanente Unterstützung des rechten Ventrikels wurde bei 25,6 Prozent der Frauen durchgeführt und bei 14,3 Prozent der Männer ( $p < 0,001$ ). Die Frauen zeigten eine niedrigere 1-Jahres-Überlebensrate: 63,7 Prozent versus 75,3 Prozent bei Männern. Auch das Überleben nach zwei (59,7 Prozent versus 66,4 Prozent) beziehungsweise drei Jahren (51,1 Prozent versus 60 Prozent) entsprach diesem Trend.

Birks et al., untersuchte den Einfluss des Geschlechts unter VAD-Therapie als Überbrückung bis zur Herztransplantation. Grundsätzlich waren die Frauen präoperativ kleiner (BSA:  $1,8 \pm$

$0,2$  versus  $2,1 \pm 0,3$ ,  $p < 0,0001$ ), hatten weniger arterielle Hypertonie (50,0 Prozent versus 61,9 Prozent,  $p = 0,05$ ) und litten seltener an einer ischämischen Kardiomyopathie (ICM, 15,6 Prozent versus 45,3 Prozent,  $p < 0,0001$ ). In der Kaplan-Meier-Überlebenskurve zeigten sich 180 Tage nach VAD-Implantation unter der genannten Indikation keine signifikanten Unterschiede (m: 91,8 Prozent; f: 91,7 Prozent) und ebenso nach einem Jahr (m: 85,3 Prozent; f: 85,1 Prozent, alles nach Adjustierung). Männer wiesen eine niedrigere Inzidenz an frühzeitigem Rechtsherzversagen, an Nieren- als auch Lungeninsuffizienz und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt auf als Frauen.

### Chirurgie der Herzklappenerkrankungen

Die am häufigste erkrankte Klappe beim Erwachsenen ist die Aortenklappe. Im Rahmen des mechanischen Aortenklappenersatzes (Carbomedics Prothese) untersuchte eine australische Studiengruppe die geschlechtsspezifischen Unterschiede über einen Zeit-

raum von zehn Jahren nach Primäroperation. Von den 600 Patienten waren 215 Frauen (34 Prozent). Die Krankenhaussterblichkeit lag bei den Männern bei 7,3 Prozent versus 11,0 Prozent bei den Frauen ( $p = 0,005$ ). Als unabhängige Risikofaktoren für eine erhöhte Sterblichkeit beim weiblichen Geschlecht wurden folgende Prädiktoren ermittelt: die Kombination mit einer Bypassoperation ( $HR = 2,15$ ), Re-Operationen ( $HR = 3,64$ ) sowie das Alter ( $HR = 1,48$ ). Bei den Männern zeigten sich als unabhängige Prädiktoren die eingeschränkte linksventrikuläre Funktion  $< 30$  Prozent (LVEF;  $HR = 2,47$ ) und das Alter ( $HR = 1,75$ ).

Anders verhält es sich beim kathetergestützten Aortenklappenersatz (TAVI). Die TAVI-Technik hat sich bei Patienten mit schwerer, symptomatischer Aortenklappenstenose und einem hohen Operationsrisiko als Alternative zum konventionellen chirurgischen Eingriff etabliert, besonders bei früher inoperablen Patienten. Ein Ergebnis der geschlechtsspezifischen Auswertung der Daten von insgesamt 30.292 Patienten zeigte die Mortalität herzchirurgisch behandelter Patienten nach „konventioneller Operation“. Hierbei war die Sterblichkeitsrate bei Frauen mit 3,8 Prozent höher als bei Männern (2,6 Prozent).

In der TAVI-Gruppe hingegen wiesen die Frauen trotz des höheren Lebensalters keine erhöhte Sterblichkeit auf, berichtet Bauer et al., aus dem GARY-Register. In einer geschlechtsspezifischen Subgruppenanalyse der 15.616 TAVI-Patienten des Registers (8.456 Frauen, 7.160 Männer) unter Berücksichtigung der LVEF betrug die „Overall“ 1-Jahres-Mortalität 18,1 Prozent bei den Frauen und 22,6 Prozent unter den Männern ( $p < 0,001$ ). Die multivariate Analyse bestätigte dies. Die adjustierte HR war 0,88 zugunsten der Frauen. Wenn die EF  $\geq 50$  Prozent lag, ergab sich kein Unterschied. Mit sinkender EF

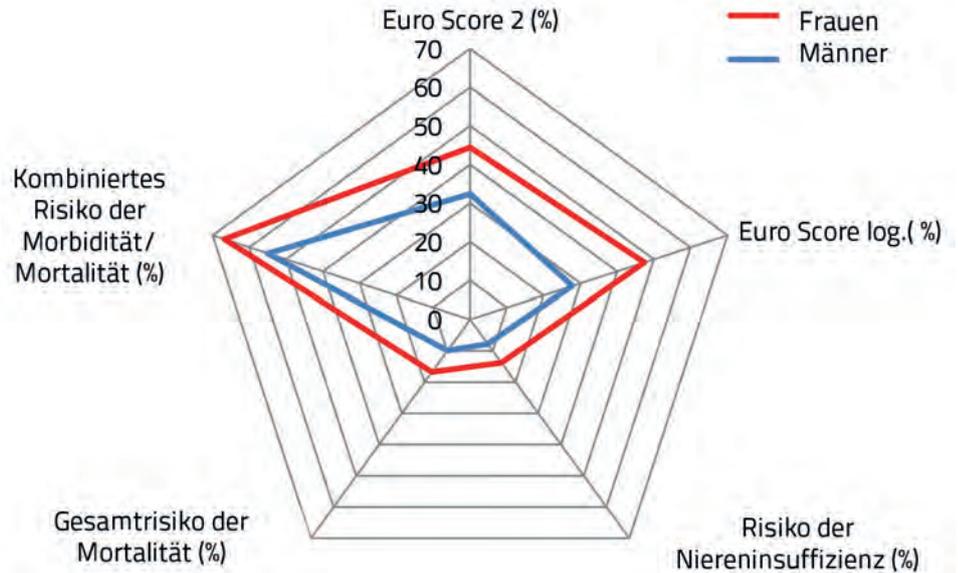


Abb 4: Risikostratifizierung der Endokarditis-Patienten, die sich einer Operation unterziehen. Erhöhte Wahrscheinlichkeit eines erhöhten postoperativen Gesamtrisikos der Frauen: EuroScore 2, logistischer EuroScore, Risiko der Niereninsuffizienz, Risiko der Morbidität und Mortalität (einzeln oder in Kombination)

stiegen die Mortalitätsraten an: Bei einer LVEF von 30 bis 50 Prozent lagen die Mortalitätsraten bei den Frauen bei 21 Prozent versus 25,7 Prozent ( $p < 0,001$ ) und bei einer LVEF  $< 30$  Prozent betragen sie 26,2 Prozent versus 37,6 Prozent unter den Männern ( $p < 0,001$ ). Der Überlebensvorteil der Frauen gegenüber den Männern nach TAVI ließ sich für die Patienten mit einer EF  $\leq 50$  Prozent nachweisen.

Zur Chirurgie der Aortenwurzel untersuchte Girrbaach et al., 398 Patienten (86 Frauen [f], 312 Männer [m]), die sich einem mechanischen Aortenklappen- und Aortenwurzelersatz unterzogen. Die Frauen waren zum Operationszeitpunkt vier Jahre älter ( $p = 0,01$ ). Männer zeigten im Langzeitverlauf bis zu zehn Jahren deutlich bessere Ergebnisse als Frauen, dies gilt besonders für die Altersgruppe zwischen 55 bis 75 Jahre ( $p = 0,04$ ). Als Prädiktoren für den Langzeitverlauf wurden nach multivariater Analyse das Alter zum Operationszeitpunkt ( $p < 0,01$ ), die Aortenklammzeit ( $p < 0,01$ ), der Diabetes mellitus ( $p = 0,04$ ), sowie der partielle ( $p <$

0,01) beziehungsweise vollständige Bogenersatz ( $p < 0,01$ ) identifiziert.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Pathologie und des postoperativen Outcomes nach minimalinvasiver Mitralklappenrekonstruktion untersuchte Seeburger et al., an 3.761 Patienten (2.124 Männern, Alter:  $58,8 \pm 12,5$  Jahre, und 1.637 Frauen, Alter:  $64,5 \pm 13$  Jahre).

Eine Mitralinuffizienz fand sich gleichermaßen bei Frauen (91,3 Prozent) und Männern (92,4 Prozent, n.s.). Eine begleitende Stenosekomponente wurde bei 2,7 Prozent der Männer und 13,9 Prozent der Frauen ( $p < 0,001$ ) diagnostiziert. Die Lokalisation der Kalzifikation war zwischen den Geschlechtern differenzierter: eine Verkalkung des posterioren Segels wurde in 20,1 Prozent der Frauen registriert, aber nur bei 6,5 Prozent der Männer. Dagegen zeigten die Männer mit 63,1 Prozent ein deutlich höheres Auftreten des posterioren Segelprolaps im Vergleich zu 35,7 Prozent bei den Frauen ( $p < 0,001$ ).

Geschlechterunterschiede in der operativen Technik fanden sich eindeutig für

die Resektion des posterioren Mitralsegels mit 17,9 Prozent bei Männern versus 10,1 Prozent bei Frauen; Neo-Chordae wurden bei 39,3 Prozent der Männer rekonstruktiv eingesetzt im Vergleich zu 20,4 Prozent der Frauen. Der Mitralklappenersatz war bei 26,8 Prozent der Frauen notwendig, und betraf 10,7 Prozent der Männer. Männliche Patienten zeigten ein besseres postoperatives Langzeitüberleben als Frauen mit 96 Prozent, 89 Prozent und 72 Prozent nach 1, 5 und 10 Jahren versus 92 Prozent, 82 Prozent, 58 Prozent ( $p < 0,0001$ ).

Mögliche Ursachen stellen sich als multifaktoriell heraus. Höheres Alter, eine begleitende Trikuspidalklappenerkrankung und die häufigere Notwendigkeit eines Mitralklappenersatzes könnten die Unterschiede im Langzeitüberleben zugunsten der Männer erklären.

Auch die Behandlung der Trikuspidalklappen (TK)-Erkrankung wird vom Geschlecht beeinflusst. So liegt der Anteil der Frauen, die TK-Chirurgie benötigen, höher als bei Männern. Besonders gilt dies bei Re-Operationen. Es scheint eine andere Genese für das Auftreten von Trikuspidalklappenvitien bei Männern und Frauen zu geben, wie Pfannmüller et al., berichtete. Ursächlich für die Therapienotwendigkeit fand sich in dieser Kohorte eine schwere TK-Insuffizienz und/oder eine aktive infektiöse Endokarditis. Der mittlere EuroSCORE I wurde mit  $12,1 \pm 11,3$  Prozent ermittelt. 51,4 Prozent der Operationen waren Re-Operationen (Frauen: 65 Prozent, Männer: 27 Prozent,  $p < 0,001$ ), 36 Prozent der Patienten wurde infolge einer aktiven Endokarditis (Männer: 62 Prozent, Frauen: 18 Prozent,  $p < 0,001$ ) behandelt.

### Chirurgie bei Endokarditis

Eine Studiengruppe untersuchte 78 Patienten mit infektiöser Endokarditis. Im Ergebnis zeigte sich, dass präopera-

tiv der kardiogene Schock und die neurologische Dysfunktion verstärkt unter Frauen auftrat ( $p = 0,037$  und  $0,013$ , respektive). Die „Major“ Duke Kriterien unterschieden sich nicht. Männer tendierten eher zu positiven Blutkulturen als Frauen ( $p = 0,070$ ). Die Blutkultur-Ergebnisse führten zu einem differenteren Keimspektrum bei Männern und Frauen mit Endokarditis.

Die Art der Chirurgie unterschied sich: Männer benötigten generell eine exzessivere Operation, speziell die UFO-Prozedur ( $p = 0,033$ ). Frauen wurden an den Herzklappen häufiger reoperiert ( $p = 0,019$ ); vor allem an der Mitralklappe ( $p = 0,005$ ). Darüber hinaus zeigten die Frauen dieser Kohorte häufiger eine TK-Beteiligung ( $p = 0,008$ ). Die Frauen waren zum Diagnosezeitpunkt circa sechs Jahre älter als die Männer und blieben länger hospitalisiert. Die Risikostratifizierung wider-

spiegelte das höhere Gesamt-Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei Frauen (Abb. 4).

### Einsatz der intraaortalen Ballonpumpe nach Herzchirurgie

Beiras et al., verglich die Daten von 57 Patientinnen und 182 Patienten mit postoperativer IABP retrospektiv und zeigte, dass die Operationsart und vorbestehende Nieren- oder Lebererkrankungen keinen Unterschied im Outcome machten. Männer hatten häufiger eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Weiterhin waren die Patientinnen, die ein IABP erhielten, signifikant älter ( $73 \pm 9$  versus  $67 \pm 10$  Jahre) und hatten einen höheren EuroSCORE ( $25 \pm 20$  versus  $19 \pm 17$  Prozent,  $p < 0,05$ ). Die Frauen wiesen eine höhere LVEF ( $45 \pm 24$  versus  $36 \pm 14$  Prozent) auf. Der postoperative Katecholaminaminsupport war bei Patien-

### Frauenspezifische Sprechstunde am Herzzentrum Leipzig Indikationen und Kontakt

Zielgruppe dieser Sprechstunde:

Frauen im erwachsenen Alter mit

- vor allem Herz- und Gefäßerkrankungen,
- systemischen Autoimmunerkrankungen (50 Prozent Risiko für koronare Mikroangiopathie),
- Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (mit Rheumatologie; 50 Prozent Risiko für koronare Mikroangiopathie),
- Schwangerschaftskomplikationen (50 Prozent Risiko für koronare Mikroangiopathie),
- peripartale Kardiomyopathie/Aortendissektion,
- spezielle hormonelle Situation: Z.n. Tumorerkrankung, Hormontherapie, PCOS, Endometriose, IVF,
- HIV-Erkrankung.

In Kooperation mit Gynäkologen, Rheumatologen und Psychologen und in Absprache mit bestehenden Spezialsprechstunden (EMAH, Psychokardiologie, Genetik)

Terminvereinbarung unter Telefon: 0341 8651021, 0341 865256112 bzw. 0341 865256140

Ort: Herzchirurgische Ambulanz, Herzzentrum Leipzig

tinnen erheblich höher. Damit verlängerte sich ihr ICU-Aufenthalt ( $10,64 \pm 9,7$  und  $7,6 \pm 7,6$  d), sie benötigten häufiger eine temporäre Nierenersatztherapie und die Mortalität der Frauen stieg (19,4 Prozent) nach postoperativer IABP-Unterstützung an verglichen mit den männlichen Patienten (33,9 Prozent,  $p < 0,05$ ).

Die Untersuchung des geschlechtsspezifischen Einflusses auf das Outcome nach herzchirurgischen Operationen ist von immensem Interesse und hoher klinischer Relevanz. Das weibliche Geschlecht gilt als unabhängiger Risikofaktor für das Überleben bei der Mehrheit kardiochirurgischer Eingriffe. Eine deutlich eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion ist ein unabhängiger Prädiktor für das Überleben bei männ-

lichen Patienten, während es bei Frauen das Alter und der Diabetes mellitus sind.

Diese geschlechtsbezogenen Unterschiede heben noch einmal die Bedeutung des Diagnosezeitpunktes und die der chirurgischen Therapie, besonders bei Frauen, hervor.

Aus diesem Grund wird am Herzzentrum Leipzig seit dem IV. Quartal 2018 eine spezifische Sprechstunde für Frauen mit folgenden Indikationen angeboten (siehe Infokasten). Das Risiko dieser Patientinnen, im Laufe des Lebens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln, ist in Abhängigkeit von der jeweiligen Entität im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen um ein Vielfaches erhöht. Der Effekt einer solchen Sprechstunde lässt sich nicht kurzfris-

tig messen. Es geht vielmehr um den langfristigen Verlauf und die Sekundärprävention sowie Therapie. Innerhalb der letzten neun Monate hat sich die Sprechstunde gut etabliert. Gegenwärtig stellen sich im Rahmen der Hochschulambulanz bis zu zehn Patientinnen pro Woche mit den im Infokasten genannten Erkrankungen vor. Meist sind es Patientinnen mit Systemerkrankungen und untypischen Symptomen. ■

Literatur bei der Autorin

Prof. Dr. med. habil. Sandra Eifert  
Universitätsklinik für Herzchirurgie,  
Herzzentrum Leipzig  
Strümpelstraße 39, 04289 Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Sandra Eifert  
ist federführend in der AG Geschlechterstudien  
in der Herzchirurgie, Deutsche Gesellschaft für  
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.  
(DGTHG) tätig.

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Deutschland: Sterbeziffern bei Frauen auf 100.000 Einwohner an Herzkrankheiten

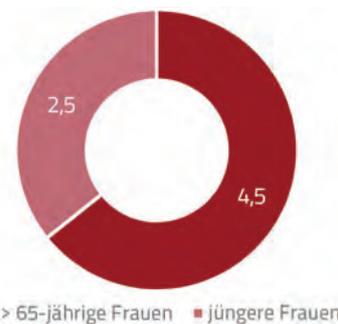


Deutschland: Sterbeziffern bei Männern auf 100.000 Einwohner an Herzkrankheiten

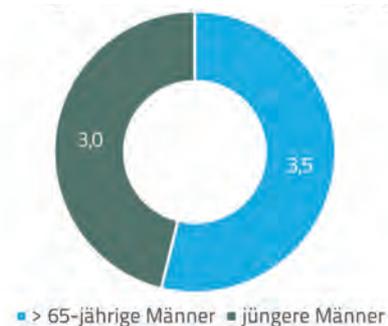


Quelle: Prof. Dr. Eckert Fleck, „Herzkrankheiten: Männer erkranken häufiger, Frauen sterben öfter daran“, 27.1.2016

Herzinfarkt: Zeitangabe in Stunden bis Frauen in der Notaufnahme eintreffen  
Erhebung: 4 Jahre, 619 Patientenbefragungen



Herzinfarkt: Zeitangabe in Stunden bis Männer in der Notaufnahme eintreffen  
Erhebung: 4 Jahre, 619 Patientenbefragungen



Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Herzstiftung e. V. „Herzinfarkt bei Frauen: Bauchschmerzen können ein Warnzeichen sein“, 06.03.2019

# Ida Boysen – eine Chirurgin von intellektueller Bescheidenheit und profunder Humanitas

„Eine ganz ausgezeichnete Mitarbeiterin von ungewöhnlicher Begabung, ungeheurem Fleiß und größtem Verantwortungsgefühl hatte ich in diesen Jahren in Fräulein Dr. Ida Boysen. Sie stellte für die jüngeren Assistenten eine Art Gouvernante und Erziehungsmutter dar, die zu jeder Stunde des Tages und des Nachts bereit war, zur Entscheidung über anstehende Eingriffe zu kommen und auch selbst sofort einzugreifen, wenn die Lage kritisch wurde. Ich bin dieser edlen Dame, die in ihrem Erziehungswerk der Jungmannschaft geradezu rührend war, zu allergrößtem Dank verpflichtet“ [8].

Mit dieser beeindruckenden, charaktervollen Deskription würdigt Geheimrat Prof. Dr. med. Erwin Payr ein inhaltsrei-

ches und bedeutungsvolles Leben seiner langjährigen, treuen Assistentin, welches aber auch in wesentlichen Etappen einen bedrückenden und schmerzvollen Passionsweg darstellt.

Eine Zeitepoche hat ihren eigenen und spezifischen Richtsatz und Kompass, und es ist zweifelsohne zu respektieren, dass sogenannte Paradigmaänderungen in den unterschiedlichsten Begriffswelten, Wissenschaft, Kultur, Gesellschaft, Technik und so weiter auftreten.

So ist es in heutiger exaltierter Zeit oft wohlthuend, wenn Kenntnis und Wissen, Inspiration und Remineszenz aus guter Tradition und überlieferten Werten Gutes zu erkennen geben und daraus lernen lassen.

Hierbei erinnere ich mich eines Aphorismus von Aristoteles „Angenehm ist am Gegenwärtigen die Tätigkeit, am Künftigen die Hoffnung und am Vergangenen die Erinnerung“ [2].

Jedes Zeitalter hat stets Persönlichkeiten mit ausgeprägter Individualität, fachlicher Integrität und Charisma hervorgebracht, deren Lebensbahn und Leistungen brillierten.

Deren beeindruckende, gelegentlich auch unvergängliche Leistungen und ehrenvolles humanistisches Handeln gilt es respektvoll zu werten, zu würdigen und zu bewahren – gerade in heutiger überreizter Zeit.

Eine dieser ausgeprägten Charaktergestalten war Ida Boysen: geliebt, verehrt, ausgestattet mit „intellektueller Bescheidenheit“ [11] im Sokrates'schen Sinne und unvergessen.

Ida Boysen wurde am 19. Mai 1889 in Marburg an der Lahn geboren (Abb. 1). Sie war einziges Kind einer recht verschlossenen und ängstlichen Mutter, die schon frühzeitig unter einer zunehmenden Schwerhörigkeit zu leiden hatte. Ihr Vater, der Bibliotheksrat Prof. Karl Boysen, war eine hoch intellektuelle Persönlichkeit, den seine berufliche Tätigkeit 1895 nach Berlin und 1899 nach Königsberg/Ostpreußen geführt hat. In Steglitz bei Berlin und auch in Königsberg besuchte Ida Boysen die höhere Mädchenschule. Von der heimlichen Begehrlichkeit der Tochter, einmal Ärztin zu werden, wollten beide Eltern nichts wissen.

„Erst sollte das eigenwillige Mädchen mal etwas Tüchtiges lernen, dann wollte man weiter sehen“ [9].

Die sieben Jahre ihrer Königsberger Schulzeit von 1899 bis 1906 haben Ida Boysen für ihre weitere Lebenszeit unvergessliche Empfindungen und Reminiszenzen hinterlassen. Mit Berufskollegen aus Ostpreußen und späteren ostpreußischen Conassistenten der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik blieb Ida Boysen ihr ganzes Leben in treuer Freundschaft liebevoll verbunden [5].

Schweren Herzens verließ sie das geliebte Königsberg als ihr Vater 1906 zum Direktor der Universitätsbibliothek Leipzig berufen wurde.

Um dem elterlichen Wunsch gerecht zu werden, war sie nun dem Töchterheim der Mathilde-Zimmerstiftung in Kassel beigetreten und erwarb mit dem Abgangszeugnis 1906 „die Fähigkeit zur selbständigen Führung eines kleinen Haushaltes“ [1, 9], welche sie auf einem Oldenburgischen Gut erweiterte.



© Archiv Prof. Dr. G. Wiemers

Abb. 1: Ida Boysen (19. Mai 1889 – 23. Mai 1961)

Anschließend absolvierte sie eine dreijährige Ausbildung im städtischen Lehrerinnenseminar Leipzig und bestand 1911 ihre Schulamtskandidaten-Prüfung mit dem Prädikat „vorzüglich“. Nachdem sie nachfolgend als Externe am Petri-Gymnasium Leipzig die Reifeprüfung ebenfalls vorzüglich bestand,

waren endlich die Prämissen für das ersehnte Studium der Medizin erfüllt.

Aber schon wieder konnte die junge, ehrgeizige Frau der Bestimmung ihres Schicksals nicht ausweichen, jedenfalls konnte sie nicht geradewegs das Studium der Humanmedizin beginnen. Der

Erste Weltkrieg war ausgebrochen und Ida Boysen ließ sich nun unverzüglich im St. Jacob-Krankenhaus Leipzig beim Roten Kreuz zur freiwilligen Krankenpflegerin ausbilden. Versehen mit ausreichenden medizinischen Kenntnissen und dem aufrichtigen Verlangen, verletzten Soldaten unverzüglich helfen zu wollen, wurde sie im November 1914 zur Dienstleistung in der Chirurgischen Abteilung des Garnisonhauptlazarets Insterburg geschickt. Einerseits kehrte sie mit einem gewissen freudigen Gefühl des Wiedersehens ihres geliebten Ostpreußens zurück, andererseits drängte sie die leidenschaftliche Pflicht, Schwerverletzten samariterhaft Unterstützung und Hilfeleistung geben zu wollen. Obwohl dieser medizinische Hilfseinsatz mit etwa einem halben Jahr kurz gewesen ist, blieben ihr alle in dieser Zeit gewonnenen Eindrücke lebenslang unvergesslich, insbesondere die Dankbarkeit und unvorstellbare Geduld der von ihr betreuten Soldaten. Im Frühjahr 1915 hatte sich Ida Boysen eine Scharlachinfektion und Nierenerkrankung zugezogen, welche zum vorzeitigen Abbruch ihres Hilfseinsatzes in Insterburg führte.

Sie kehrte nach Leipzig zurück und begann nun ihr angestrebtes Medizinstudium. Nach glänzender ärztlicher Vorprüfung in Jahre 1917 absolvierte sie ihre klinischen Semester in München, wo sie 1920, gleichfalls mit dem Prädikat „sehr gut“, das medizinische Staatsexamen bestand.

In der Folgezeit wurde sie zunächst sechs Monate an der Medizinischen Klinik des Krankenhauses St. Jacob in Leipzig tätig, die unter dem Direktorat von Prof. Dr. med. habil. Adolf v. Strümpell stand. Ein weiteres Halbjahr als Medizinalpraktikantin absolvierte Ida Boysen bis Mitte Februar 1921 bei ihrem späteren Chef Geheimrat Prof. Payr in der Chirurgischen Klinik der Universität Leipzig.

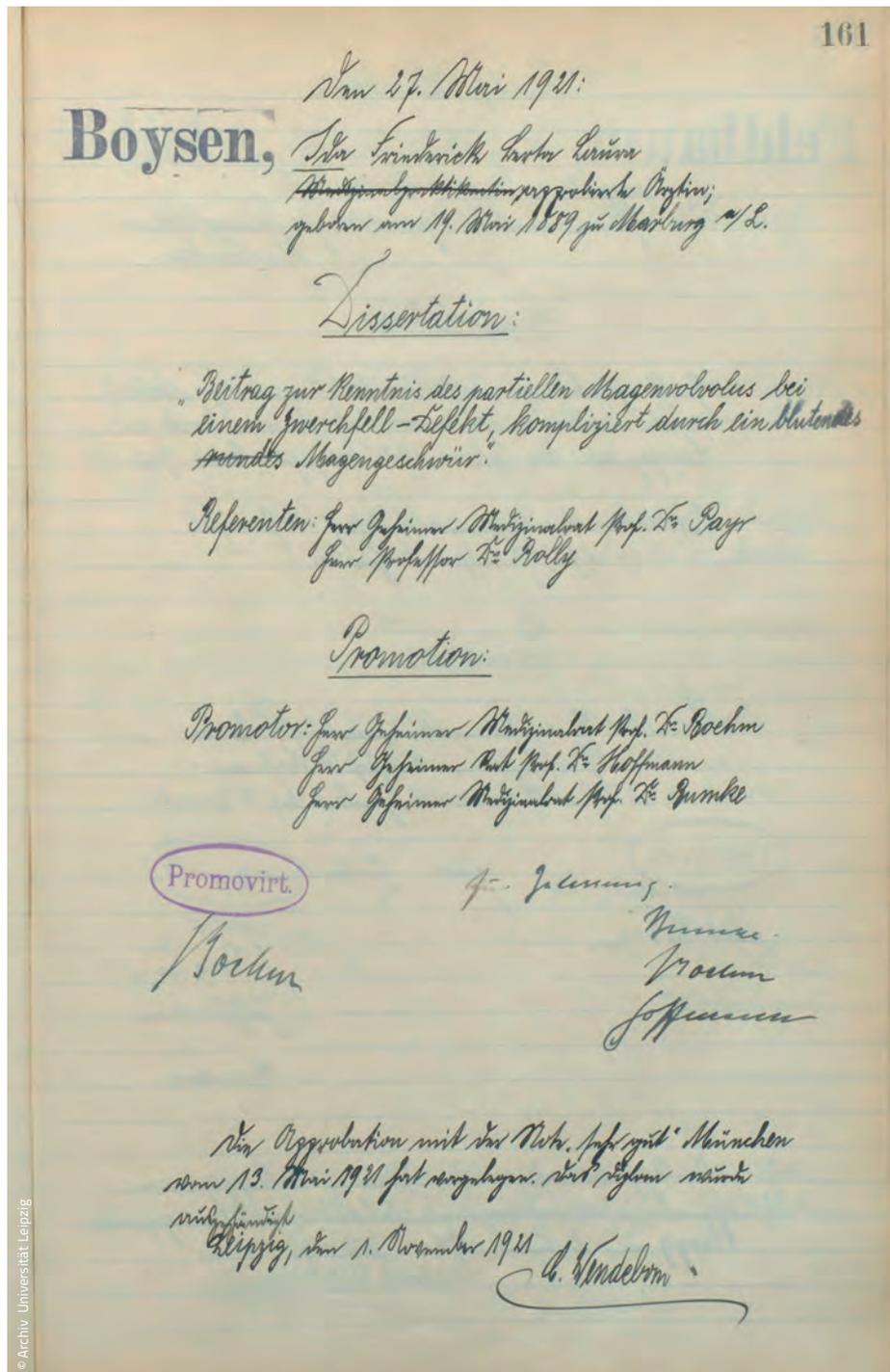


Abb. 2: Protokoll der Promotion

Mit akribischem Tätigkeitsdrang folgte die Approbation 1921 und auch die Promotion am 27. Mai 1921 mit dem Thema „Beitrag zur Kenntnis des partiellen Magenvolvulus bei einem Zwerchfell-Defekt, kompliziert durch ein blutendes Magengeschwür“ [3] (Abb. 2).

Bedauerlicherweise hatte die Mutter von Ida Boysen die ersten beruflichen Erfolge ihrer Tochter durch ihren frühen Tod nicht mehr erleben können und nachdem auch ihr Vater nach schwerem Leiden sie 1922 verlassen hatte, stand sie nun mit 32 Jahren allein, vereinsamt ohne familiäre Stütze.

Glücklicherweise konnte sie ihre begonnene ärztliche Tätigkeit ohne Unterbrechung an der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig zur Ausbildung als Chirurgin fortsetzen. Ehrgeiz, Fleiß und unbeschreibliche Hilfsbereitschaft hatte Ida Boysen bereits beweisen können. Hinzu kam nun die tiefgründige Leidenschaft zu ihrem gewählten Beruf mit präziser Beobachtungsgabe, sicherer Urteilsfähigkeit, scharfem Verstand und überzeugendem unerschütterlichen Beistand für Menschen in körperlicher und seelischer Not. 1923 wurde zwischen der Chirurgischen und alten Medizinischen Klinik in der Liebigstraße ein moderner Neubau für das Röntgeninstitut geschaffen [13].

Im Erdgeschoss war die Röntgendiagnostik untergebracht, während im ersten Stockwerk die Strahlentherapie Krebskranker erfolgte. Auf dieser Ebene waren auch Krankenzimmer für derartige Patienten eingerichtet, dazu eine kleine Wohnung für Ida Boysen [8]. Da sie ja keinerlei familiäre Bindungen mehr hatte, wurden die Beziehungen zu den Kollegen der Klinik immer intensiver und achtungsvoller. Kollegiales Verständnis und Verhalten, sowie menschliche Kontakte zu Mitarbeitern wurden nachdrücklich und dauerhaft. Für ihre Kranken war sie ohnehin schon zu jeder Tages- und Nachtzeit verfügbar.



Abb. 3: Prof. Dr. med. Erwin Payr (1. Reihe, Mitte) und seine Mitarbeiter, 17. Februar 1935

Bis zum Jahre 1937 blieb sie der Klinik über 17 Jahre treu und hingebungsvoll verbunden (Abb. 3). In diesen langen Jahren rastloser Arbeit unter Geheimrat Prof. Payr hat sie mit vielen renommierten Chirurgen gearbeitet, die später selbst Lehrstuhlinhaber oder Chefärzte großer Chirurgischer Kliniken geworden sind. Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kuntzen, späterer Ordinarius in Jena, den ich selbst noch als Jenenser Student kennengelernt habe, berichtet über seinen Eintritt in die Payr'sche Klinik: „Als ich 1923 in die Payr'sche Klinik kam, war Ida Boysen bereits Assistentin und imponierte mir damals sogleich als eine der geradesten Persönlichkeiten an der Klinik. Ich erinnere mich, daß sie manche Nacht wachend im Labor verbracht hat, und daß sie ihr Lager auf dem Heizbrett aufgeschlagen hatte, um die Versuchstiere in kürzesten Abständen beobachten zu können. Daneben war sie bei ihrer Tätigkeit als Stationsärztin von unvergleichbarer Gründlichkeit und Aufopferungsfähigkeit“ [9].

Prof. Dr. med. habil. Friedrich Hesse, späterer Chefarzt in Saarbrücken berichtet: „Ich könnte viel über ihre

Grundsätze zu dem Thema – Arzt und Patient – und von – Mensch zu Mensch – sagen, wie überhaupt das Anständige im Menschen in ihrem Leben eine entscheidende Rolle gespielt hat. Sie hatte ein unglaublich sicheres Gefühl für Echtes und Unechtes, und ich vermute, dass dieses Gefühl ein wesentlicher Bestandteil ihres weiblichen Charakters war. Es kam eben bei ihr ein untrügliches Gefühl und ein scharfer Verstand zusammen, dazu die Fähigkeit, um sich selbst völlig zu abstrahieren; wie anders hätte sie sonst dieses Leben meistern können“ [9].

Ein still auftretendes, aber beharrlich fortschreitendes Leiden mit untrüglichen körperlichen Funktionseinschränkungen sollte den nahenden Abschied von ihrem geliebten und sowohl mühevoll als auch opferreich erwirkten Berufe ankündigen. Zu den anfänglichen Schmerzen in allen Fingergelenken gesellten sich unaufhaltsame Versteifungen dieser Gelenke, die zunehmend zu einem qualvollen Martyrium wurden. Zu alledem verstärkten sich die schmerzvollen Beschwerden der Wirbelsäule, die letztlich zu einer schweren Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führte.

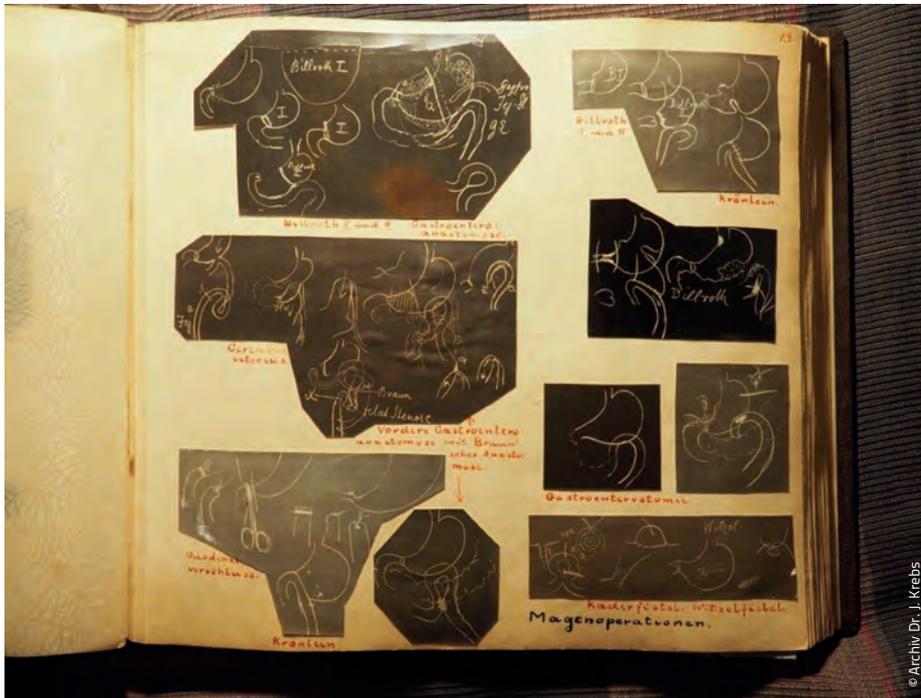


Abb. 4: Wandtafelzeichnungen von Prof. Dr. Erwin Payr aus Originalmappe Ida Boysens

Geduldig und tapfer, still und ohne Klagen hat diese bewundernswerte Frau ihr Schicksal angenommen und lange Zeit die wohlwollende Hilfe Außenstehender abgelehnt.

Als Prof. Dr. med. habil. Wilhelm Rieder am 1. April 1937 die Nachfolge von Geheimrat Prof. Erwin Payr im Direktorat der Chirurgischen Klinik antrat, konnte Ida Boysen schon einige Jahre nicht mehr operieren; blieb aber der geliebten Klinik weiterhin treu verbunden. Mit dem ihr eigenen Eifer hat sie nun im Archiv und Bibliothek ihre Aufgaben gewissenhaft erfüllt, insbesondere den Professoren wertvolle Zuarbeit für die Anfertigung wissenschaftli-

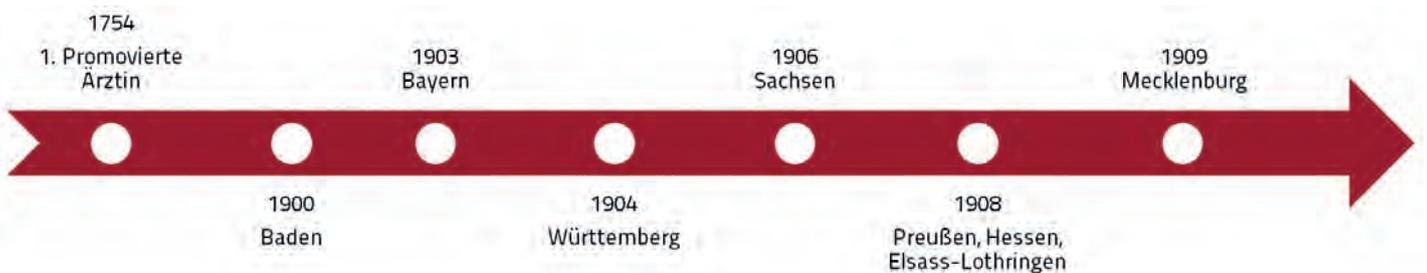
cher Werke erbracht, und gönnte sich hier weiterhin ihr Rauchen von Pfeife und Zigarren als einzige menschliche Schwäche [7]. Auch diese archivarische Tätigkeit sollte ihr jähes Ende finden, als in der Nacht zum 4. Dezember 1943 in etwa 20 Minuten große Teile der Stadt und des Universitätsklinikums durch Bombeneinwirkungen zerstört wurden.

In der mit Schreibmaschine verfassten Dokumentation der Schäden durch den damaligen Direktor des Medizinhistorischen Institutes, Prof. Dr. med. habil. Walter von Brunn, sowie den Bericht des Direktors der Chirurgischen Klinik, Prof. Rieder, über das Ausmaß der Zer-

störungen seiner Klinik, wurden die unvorstellbaren, unermesslichen Verrichtungen geschildert [4, 12]. Durch die getroffenen intensiven Vorkehrmaßnahmen konnten glücklicherweise sämtliche Kranke der Chirurgischen Klinik gerettet werden.

Da die chirurgischen Stationen in mehreren Häusern untergebracht waren, wurden die Verlegungen der Patienten durch die zerstörten Korridore, Treppen und Fahrstühle, Flammennester und ätzende Rauchentwicklung außerordentlich kompliziert und gefährlich. Ausweichkrankenhäuser, dazu noch mit Operationsmöglichkeiten, standen lediglich im Stadtteil Leipzig-Dösen sowie in der 65 Kilometer entfernten Heilanstalt Hochweitzschen zur Verfügung.

Ärzte, Schwestern, Pfleger, Medizinstudenten, technische Kräfte und Hauspersonal hatten mit gewaltigen Schwierigkeiten, Mühen und organisatorischen Problemen zu kämpfen, wie sie heute kaum noch vorstellbar sind. Aufgrund fehlender Transportmöglichkeiten konnten viele Kranke erst am 5. Dezember 1943 nach Hochweitzschen gebracht werden und vier Tage später waren dann auch dort notdürftige Operationsräume geschaffen worden. Ida Boysen hatte Hab und Gut und ihre Wohnstätte im Röntgeninstitut verloren: Es stand „in hellen Flammen bis zu den Grundmauern, so daß hier nichts mehr zu retten war“ [8, 9] und ging mit ihren Patienten nach Hochweitzschen.



Zeitstrahl zur Zulassung von Frauen an deutschen Universitäten

Zu den körperlichen Schmerzen und zunehmenden Funktionseinbußen an sämtlichen Hand- und Fußgelenken verstärkten sich auch zunehmend die schweren Veränderungen ihrer Wirbelsäule, sodass dieser leidgeprüften aber niemals klagenden Frau etwa um das Jahr 1954 selbst wenige kleinere Schritte kaum mehr möglich waren. Diese doch früher so kraftvolle, energiereiche und mutige Persönlichkeit mit starkem Willen und dominierendem Leitbild von Zuwendung und Helfenwollen war von nun an auf eine liebevolle und treue Fürsorge der ihr das ganze weitere Leben nahe stehenden Elsa Dreyer angewiesen. Geblieben war ihr selbst lediglich die eigene unvergängliche Seelenkraft [10].

Am 17. Februar 1941 feierte ihr hoch verehrter langjähriger Chef Geheimrat Payr seinen 70. Geburtstag. Nicht nur aus Leipzig, sondern aus ganz Deutschland nahmen Persönlichkeiten von hohem Rang aus Wissenschaft und gesellschaftlichem Leben an der Gratulationskur teil. Aufgrund ihres eigenen Leidens konnte Ida Boysen nicht anwesend sein.

Die Festrede hielt der langjährige Mitarbeiter Payrs, Prof. Dr. med. Alfons Kortzeborn, der eine 31-seitige Festschrift überreichte, in welcher er in sehr informativer, teils heiterer Art seine Anmerkungen über alle früheren und derzeitigen Schüler des Jubilars wiedergibt [6, 13].

In seiner außerordentlich beeindruckenden Ansprache berichtet er unter anderem, dass „Dr. Ida Boysen, eine der treuesten und anhänglichsten Payr-Schüler, die durch fast 20 Jahre hindurch, man kann schon sagen die Klinik ‚bemuttert‘ hat und durch ein schweres Gelenkleiden verhindert ist, an der heutigen Feier teilzunehmen, hat unserem Meister durch Überreichung einer einzigartigen, durch sieben Jahre hindurch geführten Sammlung seiner Wandta-



Abb. 5: Grabstein von Karl und Ida Boysen auf dem Leipziger Südfriedhof

felskizzen eine besondere Freude bereitet. Sie liegt dort zur Besichtigung bereit (Abb. 4). Es ist schwer, denjenigen von Ihnen, die dieses Mädchen, Tochter des früheren Direktors der Leipziger Universitätsbibliothek, nicht kennen, eine Vorstellung davon zu geben, was diese kluge, unerhört fleißige Frau, eine ausgezeichnete Ärztin, eine glänzend ausgebildete Chirurgin, im Rahmen der Payr'schen Klinik bedeutete.

Immer hilfsbereit, immer im Dienst, verließ sie kaum je die Räume der Klinik. Ihr gegenüber wurden alle damaligen Payr-Männer einmal schwach, wenn es sich darum handelte, einen Vertreter für den Tages- oder Nachtdienst zu suchen, wenn es sie aus den engen Räumen der Klinik heraustrrieb, um ins Theater zu gehen, oder auf irgendwelchen sonstigen Pfaden zu wandeln. Ida Boysen war immer bereit einzuspringen und drückte als kluge Frau verständnisvoll ein Auge zu, manchmal auch beide. Bei Kleinschmidt fing sie im Jahre 1921 an und hat bei seinem Abschied von Leipzig, den wir in der ‚alten Waage‘ feierten, ihren Trennungsschmerz in einem Rausch abregiert, der auch einem trinkfesten

Manne alle Ehre gemacht hätte“ [6]. Trotz Progredienz des nun wohl alle Gelenke ihres Körpers betreffenden Leidens, welches zur Gehunfähigkeit geführt hatte, blieben ihr wacher Geist, ihre Anteilnahme und ihr leidenschaftliches Interesse am Sein von früheren Kollegen, Freunden und der Umgebung – also ein ungebrochener glühender Wille zur Teilnahme am Leben – erhalten.

Aber weiteren Fügungen des Schicksals konnte sie nicht entgehen. Ein ausgebreiteter Dekubitus fügte ihr weiteres Leid zu, sodass auch Sitzen und Liegen qualvoll wurden. Und die zuletzt hinzugekommene Halbseitenlähmung machte sie gänzlich zum hilf- und schutzlosen Wesen. Am 23. Mai 1961 vollendete sich das Leben eines außergewöhnlichen, vortrefflichen und unvergessenen Menschen.

In den letzten Jahren weitgehend vereinsamt, blieb ihr nur noch die treue und altruistische Hingabe von Elsa Dreyer, mit der sie auch ihre gemeinsame Ruhestätte, zunächst in Hochweitzschen gefunden hatte.

Auf Ersuchen des langjährigen Direktors des Universitätsarchivs Leipzig, Prof. Dr. Gerald Wiemers, und dessen Frau, Dr. med. Ulrike Wiemers, die eine entfernte Verwandte von Ida Boysen ist, erfolgte im Jahre 2009 die Zusammenführung von Ida Boysen zu ihrem Vater auf den Leipziger Südfriedhof [14, 15] (Abb. 5).

Im Gedenken an Ida Boysen ehren und verehren wir eine einzigartige Frau, die in ihrem Leben nicht gerade vom Schicksal begünstigt wurde, aber durchdringend berufen war zum Helfen, und von ausnehmend überzeugender Charakterstärke, Aufrichtigkeit, Demut und Moral tief erfüllt war. ■

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. habil. Christian Schwokowski,  
Leipzig

# Der Blick über den Tellerrand

Wie sieht es in anderen freien, akademischen Berufen, zum Beispiel bei den Juristen, aus?\*

## Wie ist die Zusammensetzung der (berufstätigen) Mitglieder (Frauen vs. Männer)?

In Sachsen sind 1.607 Rechtsanwältinnen und 2.832 Rechtsanwälte tätig.

## Wie stellt sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in diesen Berufsgruppen dar und welche Auswirkung hat eine temporäre Teilzeittätigkeit auf die Karrierechancen?

An sich ist der Beruf des Rechtsanwalts geeignet, in Teilzeit ausgeübt zu werden. Gerade die außergerichtliche Beratung kann zeitlich flexibel und letztlich auch ortsungebunden erbracht werden. Unter Beachtung von berufs- und datenschutzrechtlichen Vorgaben kann der Anwaltsberuf bequem auch im Home-Office erbracht werden. Festzustellen ist, dass Teilzeit-Modelle und die Wahrnehmung von Elternzeit durch Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in den vergangenen Jahren stärker in Anspruch genommen werden.

Es gibt sicherlich Bereiche, wie zum Beispiel das internationale Transaktionsgeschäft, die sich aufgrund einer nicht gleichbleibenden Verteilung des Arbeitsanfalls und der Kommunikation über Kontinente hinweg wegen der Zeitverschiebung nicht unbedingt für eine Teilzeittätigkeit eignen. Doch als Teil eines Bearbeiter-Teams innerhalb einer Kanzlei lässt sich selbst dies abbilden.

Ob kleine/mittelständische Kanzlei oder Großkanzlei mit wirtschaftsrechtlichen Fokus – der Fachkräftemangel ist auch in der Rechtsberatungsbranche angekommen und stellt Kanzleien in den kommenden Jahren vor Heraus-

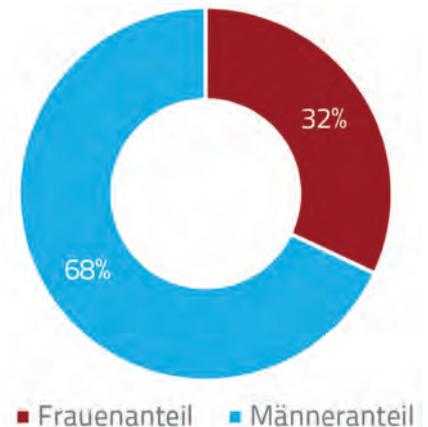
forderungen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Implementierung von neuen Arbeitszeit- und damit auch Karriere- und Vergütungsmodellen bedingen. Dies wird auch durch die Karrieremöglichkeiten von Juristinnen und Juristen in Unternehmen sowie in der Justiz und der Verwaltung gefördert, die unter anderem mit geregelten – anders gesagt familienfreundlicheren – Arbeitszeiten reizen und deshalb als Alternative gut ausgebildete Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte locken. Teilzeitmodelle sind mit unterschiedlichen Herausforderungen verbunden, die jedoch nicht unlösbar sind. Doch einer so konservativen Branche wie der Rechtsberatung fällt es nicht leicht, mit Flexibilität zu reagieren und neue Wege zu gehen. Die Erwartungshaltungen der Mandanten an eine ständige Erreichbarkeit, die Einsatzbereitschaft aufgrund wirtschaftlicher Erwartungen und das Engagement der Rechtsanwältin und des Rechtsanwalts vor dem Hintergrund von Betreuungszeiten in Kita und Schule sind nicht immer in Einklang zu bringen. Ohne den Rückhalt im privaten Umfeld von Partner und Familie lässt sich dies freilich kaum realisieren.

Auch in Großkanzleien steigt die Anzahl an Teilzeit-Partnern – und zwar sowohl weiblichen als auch männlichen. Zur Normalität gehört es – leider – noch nicht.

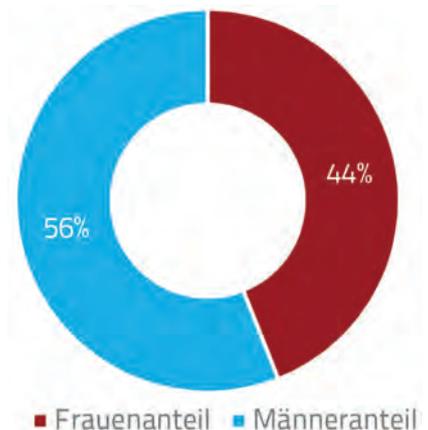
Zu folgenden Fragen liegen der Rechtsanwaltskammer keine Angaben vor:

- Wie hoch ist der Anteil der von Frauen geführten Kanzleien?
- Wie hoch ist der Anteil angestellter vs. selbstständig tätiger Frauen?
- Wie hoch ist der Anteil an Frauen zu Beginn und am Ende des Studiums?

Leitende Positionen in Verbänden, Interessenvertretungen und wissenschaftliche Institutionen Deutschland 2015



Leitende Funktionen in Politik und Behörden auf Bundes- und Länderebene 2015



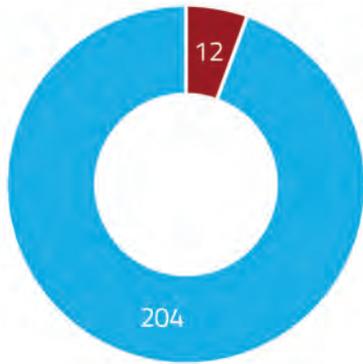
Quelle: Corinna Friedl, Sevilay Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

- Gibt es besonders schwierige Sparten im Bereich Jura und wenn ja warum?
- Gibt es Untersuchungen zum Thema Gendergerechtigkeit unter Juristen? ■

Rechtsanwältin Sabine Fuhrmann  
Vizepräsidentin der Rechtsanwaltskammer Sachsen

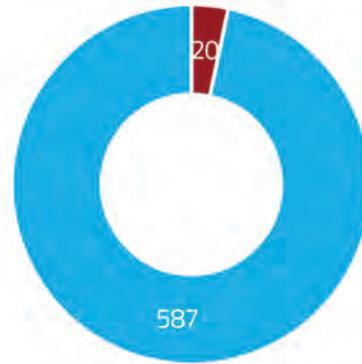
\* Stand 31. Dezember 2018

Medizin-Nobelpreis



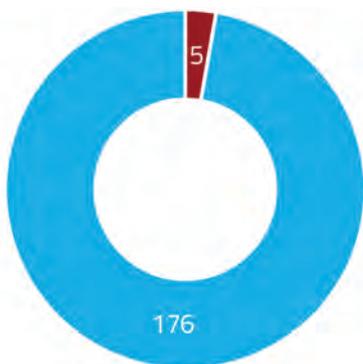
■ Frauen ■ Männer

Nobelpreisträger der Naturwissenschaften



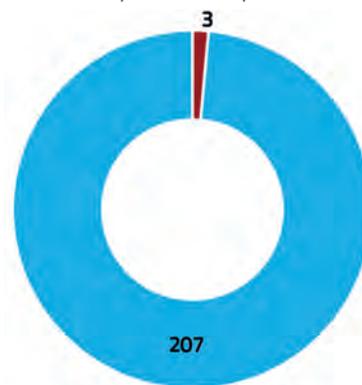
■ Frauen ■ Männer

Chemie-Nobelpreis



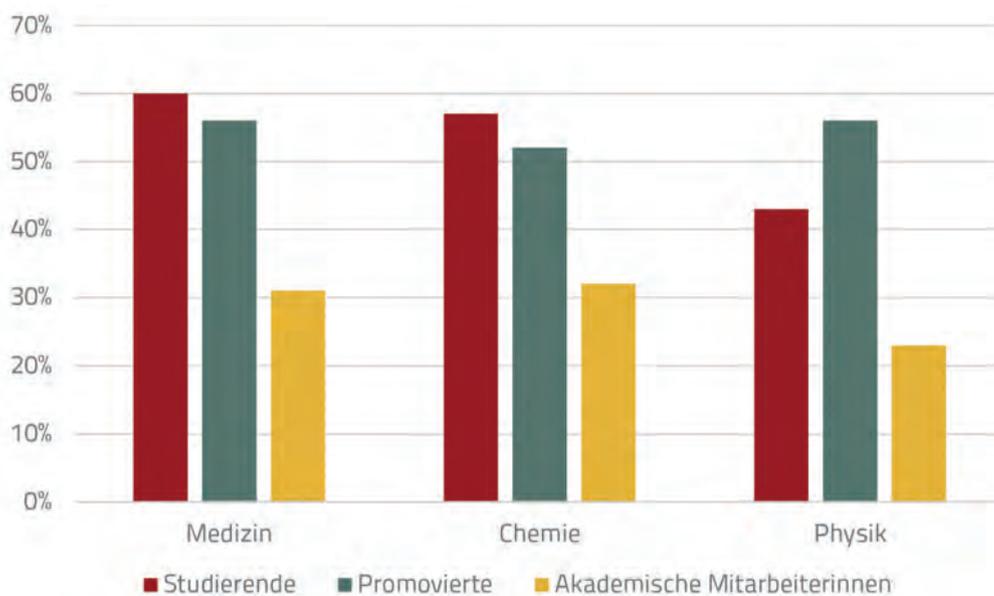
■ Frauen ■ Männer

Physik-Nobelpreis



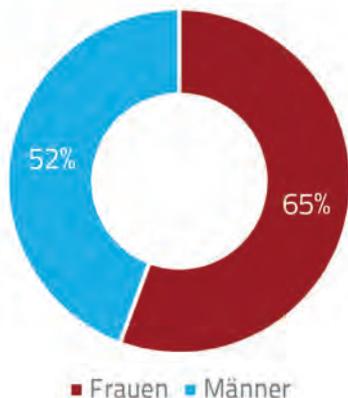
■ Frauen ■ Männer

Prozentualer Frauenanteil in naturwissenschaftlichen Fächern  
Auswertung: 53 Länder, 1.800 wissenschaftliche Fachbereiche, Stand 2018

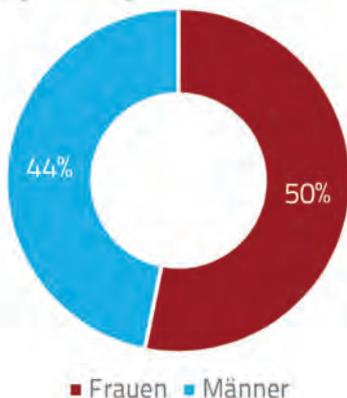


Quelle: DIE ZEIT, Nr. 11, 7. März 2019, Seite 58

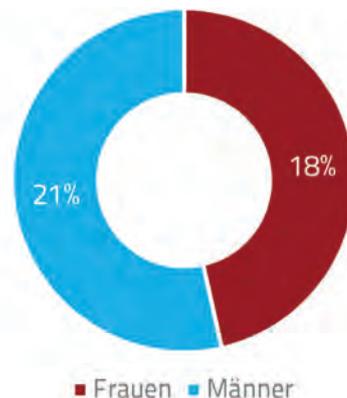
Gründung Einzelpraxis 2014/2015



Praxisgründung in Großstadt 2014/2015

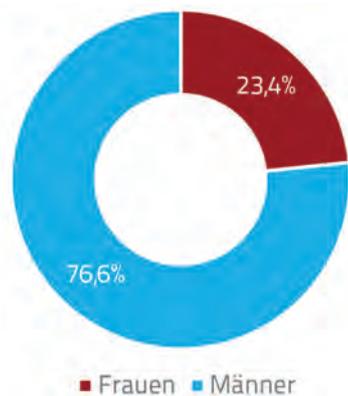


Praxisgründung in Kleinstadt 2014/2015

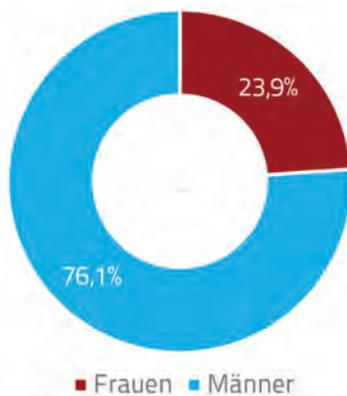


Quelle: Rebecca Beerheide/Deutsches Ärzteblatt Oktober 2017, „Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen“

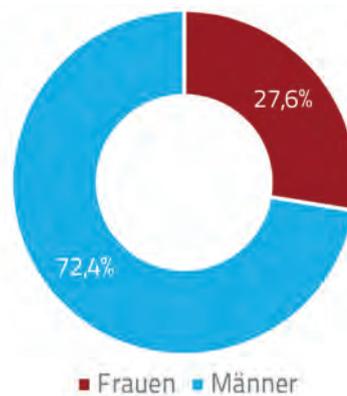
Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft, Deutschland 2015



Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft, Bundesländer West 2015

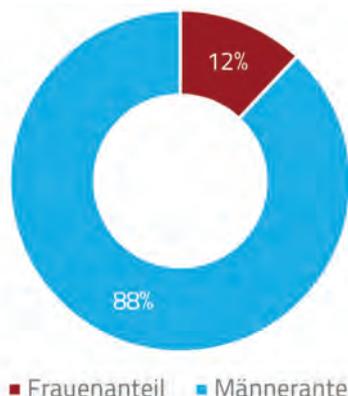


Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft, Bundesländer Ost 2015

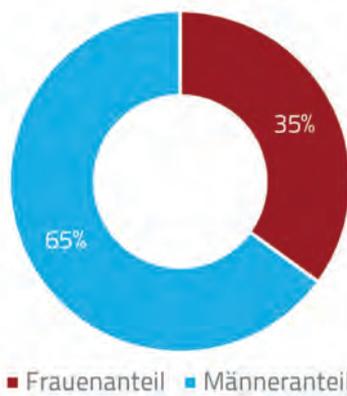


Quelle: Corinna Friedl, Sevilya Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

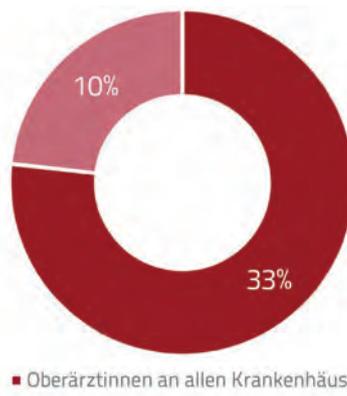
Krankenkassen: Unternehmensführung Deutschland 2015



Krankenhäuser: Führungsebene Deutschland 2015



Oberärztinnen und Frauenanteil in Führungspositionen an Unikliniken 2015



Quelle: Corinna Friedl, Sevilya Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

Quelle: Rebecca Beerheide/Deutsches Ärzteblatt Oktober 2017, „Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen“

# Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

## Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

**Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar**

([www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan).

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/D055	Kinder- und Jugendmedizin	Meißen	26.08.2019
19/D060	Neurologie und Psychiatrie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D061	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D062	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D063	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D064	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D065	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	26.08.2019
19/D066	Augenheilkunde	Löbau-Zittau	26.08.2019
19/D067	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	11.09.2019
19/D068	Ärztliche Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Sächsische Schweiz	26.08.2019
19/D069	Kinder- und Jugendmedizin	Sächsische Schweiz	11.09.2019
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/D070	Innere Medizin/ SP Angiologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.08.2019
19/D071	Innere Medizin/ SP Pneumologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Meißen	26.08.2019

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

## Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/C045	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Annaberg	11.09.2019
19/C046	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	26.08.2019
19/C047	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie	Chemnitz, Stadt	26.08.2019
19/C048	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	11.09.2019
19/C049	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	11.09.2019
19/C050	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	26.08.2019
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/C051	Innere Medizin/ SP Nephrologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Erzgebirgskreis	26.08.2019
19/C052	Innere Medizin/ SP Nephrologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Vogtlandkreis	11.09.2019
19/C053	Anästhesiologie	Südsachsen	26.08.2019

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

## Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/L036	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.09.2019
19/L037	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.09.2019
19/L038	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.09.2019
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/L039	Kinder- und Jugendmedizin/ SP Kinderkardiologie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.08.2019
19/L040	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.08.2019
19/L041	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	11.09.2019
19/L042	Psychotherapeutisch tätiger Arzt – Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	11.09.2019
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
19/L043	Innere Medizin/ SP Endokrinologie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.08.2019

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

# Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger veröffentlicht:

## Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Allgemeinmedizin*)	Aue	Abgabe: IV/2020
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	Abgabe: Ende 2019
Innere Medizin*)	Hohenstein-Ernstthal	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Glauchau	Abgabe: I/2021
Allgemeinmedizin*)	Plauen	Abgabe: I/2020
Allgemeinmedizin*)	Plauen	Abgabe: IV/2019 bzw. I/2020

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon 0371 2789-406 oder -403.

## Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Innere Medizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Zittau	Abgabe: Dezember 2019
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: März 2020
Innere Medizin*)	Riesa	Abgabe: März 2020
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: Juli 2020
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Januar 2021
Innere Medizin*) (Diabetes-Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Löbau-Zittau Ort: Ebersbach-Neugersdorf	Abgabe: I/2020

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon 0351 8828-310.

Anzeige

**EINLADUNG**  
**VOGLÄNDISCHER ÄRZTEBALL**  
BAND / DJ / BUFFET / BAR  
SONNABEND, 16. NOVEMBER 2019  
KURHAUS BAD ELSTER

75,- p.P. / 40,- Assistenten,  
Studenten  
Karten: Kreisärztekammer  
Vogtland  
Tel.: 03744 3614102

# Unsere Jubilare im September 2019

## Wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Kühn, Gert  
09599 Freiberg
- 02.09.** Dipl.-Med. Diez, Sabine  
08468 Reichenbach
- 02.09.** Dipl.-Med. Wunder, Martina  
04668 Großsteinberg
- 03.09.** Dipl.-Med. Bellmann, Gabriele  
09638 Lichtenberg
- 03.09.** Dipl.-Med. Rudolph, Andrea  
08058 Zwickau
- 04.09.** Dipl.-Med. Scheibner, Katrin  
04157 Leipzig
- 04.09.** Dipl.-Med. Schmidt, Dagmar  
01744 Dippoldiswalde
- 05.09.** Dr. med. Gruber, Heiderose  
01705 Freital
- 07.09.** Dipl.-Med. Steinbach, Anna  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 09.09.** Dr. med. Ernst, Detlef  
01833 Stolpen
- 09.09.** Dipl.-Med. Hofmann, Matthias  
09423 Gelenau
- 10.09.** Dipl.-Med. Röhner, Barbara  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 11.09.** Dipl.-Med. Reißmann, Stephan  
08412 Werdau
- 13.09.** Dipl.-Med. Schindler, Gerd  
09600 Freiberg-Zug
- 16.09.** Prof. Dr. med. habil. Grass, Rene  
01326 Dresden
- 16.09.** Dr. med. Schendel, Heidi  
09120 Chemnitz
- 17.09.** Dr. med.  
Schmitz, Hermann-Josef  
02827 Görlitz
- 17.09.** Dipl.-Med. Seifert, Petra  
04288 Leipzig
- 18.09.** Dr. med. Müller, Sabine  
04838 Doberschütz
- 19.09.** Dr. med. Flössel, Conrad  
01900 Kleinröhrsdorf
- 19.09.** Dr. med. Schuster, Dieter  
08289 Schneeberg
- 20.09.** Dr. med. Nowke, Barbara  
02827 Görlitz
- 21.09.** Dr. med. Bauer, Stephan  
04416 Markkleeberg-Wachau

- 23.09.** Dr. med. Lehmann, Jörg  
04774 Dahlen
- 24.09.** Dr. med. Schmidt, Lieselotte  
08523 Plauen
- 26.09.** Dipl.-Med. Kleinert, Thomas  
04824 Beucha
- 28.09.** Dr. med. Leider, Ludmilla  
01219 Dresden
- 29.09.** Dipl.-Med. Hänig, Annerose  
01326 Dresden
- 29.09.** Dr. med.  
Tekle, Wubtaye Duressa  
01277 Dresden
- 30.09.** Dr. med. Gabel, Helmut  
08315 Lauter-Bernsbach
- 30.09.** Dipl.-Med. Gühler, Jutta  
09569 Oederan
- 30.09.** Dr. med. Inglik, Jutta  
04105 Leipzig
- 30.09.** Dr. med. Klotz, Thomas  
09573 Augustusburg

### 70 Jahre

- 03.09.** Dipl.-Med. Bellmann, Heidrun  
01825 Liebstadt
- 05.09.** Dipl.-Med. Kipping, Volkmar  
08141 Reinsdorf b. Zwickau
- 07.09.** Dipl.-Med. Borchert, Elvira  
02906 Niesky
- 07.09.** Dr. med. Stibenz, Goy  
01896 Pulsnitz
- 08.09.** Dr. med. Trache, Carmen  
01187 Dresden
- 09.09.** Dr. med. Vollstädt, Steffie  
01129 Dresden
- 11.09.** Dr. med. Lorenz, Bergit  
01156 Dresden
- 14.09.** Dipl.-Med. Sporbert, Gabriele  
04207 Leipzig
- 15.09.** Dr. med. Quasdorf, Monika  
01705 Freital
- 17.09.** Schmitz, Ronaldo Miguel  
08523 Plauen
- 19.09.** Dr. med. Fickel, Bernd  
08294 Löbnitz
- 20.09.** Dr. med. Vulturius, Hannelore  
09112 Chemnitz

- 20.09.** Dr. med. Zimmermann, Hanna  
09603 Großschirma
- 21.09.** Dr. med. Reinhöfer, Monika  
08548 Syrau
- 24.09.** Dr. med. Starke, Friederike  
01259 Dresden
- 24.09.** Dr. med. Weichenhain, Erika  
01587 Riesa
- 25.09.** Dr. med. habil.  
Kothe, Hans-Werner  
04277 Leipzig
- 26.09.** Dr. med. Baumann, Josef  
04838 Eilenburg
- 26.09.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Riehn, Axel  
01705 Freital
- 29.09.** Dr. med. David, Peter  
04178 Leipzig

### 75 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Schaffrath, Joachim  
01833 Dürrröhrsdorf-Dittersbach
- 03.09.** Prof. Dr. med. habil. Julius, Ulrich  
01239 Dresden
- 03.09.** Dipl.-Med. Seipt, Frank  
09603 Großschirma
- 04.09.** Wetzels, Martin  
08309 Eibenstock
- 08.09.** Dr. med. Fischer, Jörg-Uwe  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 08.09.** Dipl.-Med. Grüner, Burckhard  
09661 Hainichen
- 09.09.** Dipl.-Med. Gerewitz, Bernd  
04289 Leipzig
- 10.09.** Dr. med. Patzschke, Ulrich  
09487 Schlettau
- 11.09.** Dr. med. Spichale, Gerd  
02906 Niesky
- 12.09.** Eilenberg, Monika  
04808 Wurzen
- 12.09.** Dr. med. Pätzug, Hans-Peter  
01731 Kreischa-Gombsen
- 13.09.** Dr. med. Stiehler, Rüdiger  
01217 Dresden
- 13.09.** Dr. med. Themel, Joachim  
08223 Falkenstein
- 14.09.** Horn, David  
01665 Diera-Zehren
- 14.09.** Mende, Manfred  
09623 Rechenberg-Bienenmühle
- 14.09.** Dipl.-Med.  
Staudinger-Maly, Erika  
01156 Dresden

- 15.09.** Dr. med. Jänichen, Egbert  
01744 Dippoldiswalde
- 17.09.** Dr. med. Göttlich, Klaus  
04299 Leipzig
- 18.09.** Dr. med. König, Detlef  
09569 Oederan
- 19.09.** Dr. med. Richter, Marianne  
01099 Dresden
- 20.09.** Kaps, Ulrike  
01259 Dresden
- 21.09.** Dr. med. Junghans, Holger  
08289 Schneeberg
- 21.09.** Dr. med. Reichel, Margitta  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 23.09.** Thomas, Jürgen  
08523 Plauen
- 24.09.** Dr. med. Telle, Frank-Günther  
04779 Wermsdorf
- 25.09.** Dipl.-Med. Schütze, Karin  
01257 Dresden
- 26.09.** Dr. med. Adam, Rüdiger  
02827 Görlitz
- 27.09.** Boehm, Margret  
04316 Leipzig
- 28.09.** Dr. med. Ahtelig, Christina  
02763 Zittau
- 29.09.** Dr. med. Rürup, Bernd  
09419 Thum

## 80 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Kirschner, Hartmut  
01454 Radeberg
- 02.09.** Dr. med. Hammer, Lieselotte  
04435 Schkeuditz
- 04.09.** Dr. med. Kluge, Norbert  
02627 Radibor
- 04.09.** Dr. med. Schöbl, Renate  
01309 Dresden
- 05.09.** Dr. med. Jelinek, Wilfried  
01099 Dresden
- 05.09.** Dr. med. Maiwald, Dieter  
01159 Dresden
- 09.09.** Dr. med. Grünert, Frank  
08527 Straßberg
- 09.09.** Dr. med. Skrzypczak, Ingrid  
04157 Leipzig
- 14.09.** Klatte, Christel  
04157 Leipzig
- 14.09.** Kokschal, Maria  
04416 Markkleeberg
- 14.09.** Dr. med. Weinhold, Gudrun  
01324 Dresden
- 15.09.** Dr. med. Breitfeld, Allmut  
09557 Flöha
- 15.09.** Dr. med. Edelmann, Frank-Jens  
09120 Chemnitz

- 15.09.** Dr. med. Jährig, Dieter  
02692 Obergurig
- 16.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Borkhardt, Hertha-Lore  
01069 Dresden
- 19.09.** Dr. med. Leupold, Bettina  
01219 Dresden
- 21.09.** Dr. med. Schnabel, Klaus  
09127 Chemnitz
- 22.09.** Doz. Dr. med. habil.  
Goertchen, Roland  
02827 Görlitz-Kunnerwitz
- 22.09.** Dr. med. Grohmann, Ingeborg  
09111 Chemnitz
- 23.09.** Schwarz, Gertraud  
08209 Auerbach
- 23.09.** Dr. med. Wihsgott, Eberhardt  
01139 Dresden
- 24.09.** Reinicke, Volker  
04158 Leipzig
- 24.09.** Thieme, Gottfried  
02799 Waltersdorf
- 25.09.** Dr. med. Thomsen, Holger  
01324 Dresden
- 25.09.** Zetsche, Elge  
04571 Rötha
- 27.09.** Dr. med. Grigorow, Ingeborg  
08328 Stützengrün
- 28.09.** Dr. med. Enderlein, Maja  
04683 Naunhof
- 29.09.** Dr. med.  
Bochmann-Kutzner, Irmtraud  
09322 Penig

- 30.09.** Dr. med. Brode, Klaus  
08107 Kirchberg
- 30.09.** Dr. med. Otremba, Arno  
08412 Königswalde

## 81 Jahre

- 04.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Heidrich, Lothar  
04109 Leipzig
- 06.09.** von Großmann, Anke  
08058 Zwickau
- 09.09.** Dr. med. Herold, Karl-Heinz  
08525 Plauen
- 09.09.** Dr. med. Pochodzaj, Klaus  
08359 Breitenbrunn
- 10.09.** Dr. med. Kallauch, Günter  
02708 Niedercunnersdorf
- 11.09.** Dr. med. Lerchner, Nelly  
04416 Markkleeberg
- 13.09.** Dr. med. Boxberger, Klaus Dieter  
04288 Leipzig
- 16.09.** Stöber, Eva-Maria  
04736 Waldheim

- 21.09.** Dr. med. Ohrt, Gabriele  
04463 Großpösna
- 22.09.** Doz. Dr. med. habil.  
Kadner, Peter  
04178 Leipzig
- 22.09.** Dr. med. König, Wolfgang  
01855 Sebnitz
- 22.09.** Dr. med. Uhlig, Ingrid  
09130 Chemnitz
- 24.09.** Neßmann, Marianne  
04442 Zwenkau
- 24.09.** Dipl.-Med. Päßler, Edda  
09116 Chemnitz
- 25.09.** Dr. med. habil. Altmann, Ernst  
01328 Dresden
- 27.09.** Dr. med. Gärtner, Anita  
01328 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Friedrich, Johannes  
01324 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Kayser, Horst  
04329 Leipzig
- 28.09.** Stein, Günter  
01728 Rippien
- 29.09.** Dr. med. Stolzenburg, Ulrich  
01728 Possendorf
- 30.09.** Dr. med. Hausmann, Christine  
01239 Dresden

## 82 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Rose, Marita  
04275 Leipzig
- 03.09.** Dr. med. Heiland, Lothar  
04316 Leipzig
- 08.09.** Dr. med. Bitzer, Frieder  
04668 Grimma
- 08.09.** Trautloft, Charlotte  
08393 Meerane
- 11.09.** Franz, Peter  
08606 Oelsnitz
- 14.09.** Dr. med. May, Brigitte  
04680 Colditz
- 17.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Dettmer, Dietrich  
04107 Leipzig
- 18.09.** Dr. med. Kirsten, Gottfried  
09114 Chemnitz
- 21.09.** Stolle, Renate  
04229 Leipzig
- 22.09.** Dr. med. Forcker, Gebhard  
09130 Chemnitz
- 22.09.** Dr. med. Tilke, Renate  
09648 Mittweida
- 25.09.** Dr. med. Golde, Winfried  
09114 Chemnitz

- 25.09.** Dr. med. Kanig, Margarete  
01187 Dresden
- 26.09.** Dr. med. Nehler, Klaus  
09125 Chemnitz
- 26.09.** Dr. med. Wappler, Friedhelm  
08485 Lengenfeld
- 27.09.** Dr. med. Groeschel, Walter  
01796 Pirna
- 28.09.** Dr. med. Helmer, Klaus  
08412 Werdau
- 29.09.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Brethner, Ludwig  
04157 Leipzig
- 30.09.** Dr. med. Nebel, Gisela  
01307 Dresden

## 83 Jahre

- 03.09.** Dr. med. Hanisch, Inge  
02733 Cunewalde
- 06.09.** Dr. med. Knothe, Alice  
04178 Leipzig
- 07.09.** Dr. med. Fuhrmann, Marita  
04105 Leipzig
- 09.09.** Dr. med. Langer, Hans  
01587 Riesa
- 10.09.** Dr. med. Götz, Annerose  
02828 Görlitz
- 11.09.** Weis, Anita  
08527 Plauen
- 13.09.** Dr. med. Grethe, Ursula  
09465 Sehma
- 14.09.** Dr. med. Hofmann, Regina  
08056 Zwickau
- 14.09.** Dr. med. Pirllich, Ingrid  
04155 Leipzig
- 14.09.** Dr. med. Ziehank, Eberhard  
08468 Reichenbach
- 16.09.** Dr. med. Roch, Christiane  
01326 Dresden
- 17.09.** Dr. med. Vogel, Helga  
01277 Dresden
- 24.09.** Scherbak, Anatol  
01307 Dresden
- 26.09.** Dr. med. Matthes, Eva-Maria  
01277 Dresden
- 28.09.** Dr. med. Just, Gabriele  
04155 Leipzig

## 84 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Kaschl, Irmgard  
09366 Stollberg
- 07.09.** Dr. med. Zschau, Gudrun  
09120 Chemnitz
- 08.09.** Kubicek, Annelies  
01067 Dresden

- 16.09.** Dr. med. Dörfelt, Christoph  
01591 Riesa
- 16.09.** Taubert, Monika  
01259 Dresden
- 19.09.** Prof. Dr. sc. med.  
Hanefeld, Markolf  
01445 Radebeul
- 24.09.** Dr. med. Hübner, Ursula  
01307 Dresden
- 30.09.** Dr. med. Seyfert, Gottfried  
09127 Chemnitz
- 30.09.** Prof. Dr. med. habil. Todt, Horst  
01187 Dresden

## 85 Jahre

- 05.09.** Dr. med. Müller, Wolfgang  
04158 Leipzig
- 06.09.** Dr. med. Schreiber, Helmut  
01328 Dresden
- 14.09.** Dr. med. Geschke, Käthe  
09217 Burgstädt
- 17.09.** Dr. med. Rohrwacher, Ingrid  
04157 Leipzig
- 24.09.** Dr. med. Beyer, Peter  
01844 Hohwald
- 24.09.** Dr. med. Seckendorf, Brunhilde  
09112 Chemnitz
- 26.09.** Dr. med. Kirschner, Wolfgang  
08315 Bernsbach
- 26.09.** Dr. med. Seidel, Rolf  
08543 Jocketa

## 86 Jahre

- 01.09.** Dr. med. Meier, Gudrun  
01326 Dresden
- 09.09.** Dr. med. Gräbner, Anny  
09350 Lichtenstein
- 13.09.** Dr. med. Kösser, Christa  
04277 Leipzig
- 27.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Wolfgang  
04299 Leipzig
- 29.09.** Dr. med. Klemm, Brigitte  
02694 Malschwitz

## 87 Jahre

- 02.09.** Dr. med. Berthold, Regina  
04103 Leipzig
- 07.09.** Dr. med. Heilek, Walter  
01326 Dresden
- 12.09.** Dr. med. Gregori, Peter  
08529 Plauen
- 13.09.** Bilger, Sigrid  
01069 Dresden
- 19.09.** Dr. med. Klapper, Johannes  
08058 Zwickau

- 23.09.** Dr. med. Hebenstreit, Renate  
01920 Haselbachtal
- 26.09.** Prof. Dr. med. habil.  
Helbig, Werner  
04155 Leipzig

## 88 Jahre

- 06.09.** Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda
- 08.09.** Dr. med. Steudtner, Ursula  
01217 Dresden
- 09.09.** Kuhnert, Friedegard  
01217 Dresden
- 12.09.** Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen
- 20.09.** Dr. med. Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg
- 22.09.** Dr. med. Lippoldt, Roland  
08115 Lichtentanne
- 23.09.** Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden

## 89 Jahre

- 19.09.** Dr. med. Vollmer, Christa  
01109 Dresden
- 29.09.** Dr. med. Kretschmar, Christian  
02730 Ebersbach-Neugersdorf

## 90 Jahre

- 05.09.** Dr. med. Dießner, Magdalena  
01157 Dresden
- 15.09.** Dr. med. Holzhausen, Günter  
04821 Waldsteinberg
- 28.09.** Dr. med. Tützer, Anny  
08451 Crimmitschau
- 29.09.** Tuchscherer, Isolde  
08280 Aue

## 93 Jahre

- 03.09.** Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig

## 95 Jahre

- 26.09.** Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra

## 96 Jahre

- 16.09.** Dr. med. habil. Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz

## Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

**Maja Nagel**  
„Kammerstücke“  
bis 20. Oktober 2019

**Marlet Heckhoff**  
„INTERSPACE“

Vernissage  
Donnerstag, 24. Oktober 2019, 19.30 Uhr

### Programmorschau

29. September 2019, 11.00 Uhr  
Junge Matinee  
Es musizieren Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen



Aktuelle Ausstellung: Maja Nagel

# Wir gratulieren zum 90. Geburtstag

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel feierte am 6. August 2019 seinen 90. Geburtstag. Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ gratuliert dazu ganz herzlich und wünscht weiterhin gute Gesundheit. Prof. Geidel war von 1990 bis 1996 Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer. Von 1990 bis 1998 war er als Mandatsträger am Aufbau der standespolitischen Vertretung der Ärzte Sachsens mitbeteiligt und von 1990 bis 1994 Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Des Weiteren gratuliert das Redaktionskollegium Dr. med. Hermann Queißer ganz herzlich, der bereits am 13. Juli 2019 seinen 90. Geburtstag feierte. Dr. Queißer hat sich große Verdienste für den Aufbau und die Facharztausbildung der Sächsischen Landesärztekammer erworben. Er war von 1990 bis 1999 für das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ tätig.

Im Kampf gegen diverse Erkrankungen ist Dr. Queißer uns allen ein Vorbild. Wir wünschen ihm weiterhin viel Freude im Kreise der Familie. ■

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“

### AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN

## Einladung zum Seniorentreffen der KÄK Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt am 3. September 2019, 15 Uhr, zum Seniorentreffen in den Carl Gustav Carus Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer ein. Referent Christoph Pötzsch spricht über „August den Starken – Das unbekannte Leben eines bekannten Fürsten“.

Seien Sie zu spannendem Vortrag, gemütlichem Kaffeetrinken und bei Interesse gern ab 14 Uhr zur offenen Seniorenausschuss-Sitzung herzlich willkommen. ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

# Alumni-Treffen in Leipzig

Treffen der Studienabgänger von 1967 an der Universität Leipzig 2019

Auch in diesem Jahr findet unser Studienjahrestreffen wieder am 2. Oktober 2019 statt. Wir treffen uns zunächst um 14.45 Uhr im Foyer des Museums der bildenden Künste Leipzig (Katharinenstraße 10) zum Besuch einer aktuellen Ausstellung mit dem Thema „Point of No Return, Wende und Umbruch in der ostdeutschen Kunst“. Voraussichtlicher Unkostenbeitrag für die

Teilnahme an der bereits gebuchten Führung circa 8 bis 10 Euro pro Person (je nach Teilnehmerzahl). Außerdem konnten wir für diesen Tag, ab 18.00 Uhr, wieder den Salon im Auerbachs Keller reservieren. Wir bitten um Information über Eure geplante Teilnahme (Führung und/oder Auerbachs Keller mit Angabe der Personenzahl) bis 31. August 2019 an:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Bernd Wiedemann  
(bernd.wiedemann@arcor.de, Tel.: 0341 30877594 oder 0157 71086018, auch als SMS) oder Dr. med. Hans-Otto Kluge  
(hansottokluge@gmx.de, Tel.: 0871 23184 oder 0157 73067645). ■

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Bernd Wiedemann

## AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN

# Arzneimittelwechselwirkungen – erkennen, beurteilen, vermeiden!

Einladung zur überregionalen Fortbildungsveranstaltung der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Gegen ihre verschiedenen Beschwerden und Krankheiten nehmen insbesondere ältere, chronisch kranke Patienten eine Vielzahl von Medikamenten ein – mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen am Tag mindestens fünf verschiedene Arzneimittel. Multimorbidität und Polypharmazie stellen prinzipiell eine mögliche Gefahr für unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen dar, die teilweise vermeidbar sind. Ärzte sollten für ihre hauptsächlich verordneten Arzneimittel die wichtigsten und potenziell gefährlichen Interaktionen kennen und beachten.

Das Wissen über Arzneimittelwechselwirkungen ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Datenbanken können eine wichtige Hilfe sein, mögliche Interaktionen aufzuspüren. Ob eine Wechselwirkung für den Patienten relevant ist und ob interveniert werden muss, kann nur am konkreten Patienten beurteilt werden.

Donnerstag, 17. Oktober 2019, 19.00 Uhr  
**Arzneimittelwechselwirkungen – erkennen, beurteilen, vermeiden!**  
**Referent:** Dr. Klaus Gerlach, Apotheker Oelsnitz/E., Sächsische Landesapothekerkammer  
**Ort:** Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz  
Anmeldung: chemnitz@slaek.de, Tel.: 0371 216514

Die Veranstaltung wird mit zwei Punkten auf das Fortbildungszertifikat angerechnet. Um Anmeldung wird gebeten.

Achtung! Ausnahmsweise findet die Veranstaltung nicht Dienstag sondern Donnerstag statt. ■

Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder  
Leitende Sachbearbeiterin  
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Anzeige

**Leipziger Sommermedizin** *Open Air*  
**MEDIZIN trifft...**  
**Sich und Andere**

*Two Stages*  
**MOMENTUM**  
*Jasmin Graf*  
**ROCKBAND**

Und andere  
Programm Highlights

Ärzte Förderverein Leipzig a.V.  
Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

Kassenärztliche Vereinigung Bez. Leipzig  
Sächsische Landesapothekerkammer  
Sächsische Landestierärztekammer

**Haus Auensee**  
Gustav-Esche-Straße 6, 04159 Leipzig

**16.08.2019 von 19:00 - 01:00 Uhr** - Eintritt 30,-€  
Einlass ab 18:00 Uhr • Info: aertzte-foerderverein-leipzig@gmx.de