

Autor: VON SILKEROENNEFAHRT
Seite: 11
Ressort: Lokales
Seitentitel: STADT NÜRNBERG
Weblink: www.nordbayern.de

Gattung: Tageszeitung
Jahrgang: 2016
Auflage: 22.159 (gedruckt) 21.370 (verkauft)
 21.860 (verbreitet)
Reichweite: 0,07 (in Mio.)

Warum Männer anders leiden

Gendermedizin befasst sich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden

Die Medizin entdeckt den kleinen Unterschied: Bereits zum zweiten Mal befasst sich ein Symposium des Klinikums Nürnberg mit geschlechtsspezifischen Aspekten in der Therapie, unter dem Motto: „Frauen ticken anders — Männer erst recht“.

Mann oder Frau? Lange Zeit habe das keine allzu große Rolle in der Medikamentenentwicklung gespielt, sagt **Dr. Annette Sattler**, leitende Apothekerin am Klinikum. Neue Präparate wurden vorwiegend an Männern erprobt, die Hersteller schlossen damit das Risiko aus, unter den Probanden Schwangere zu haben und womöglich das Ungeborene zu schädigen. Seit ein paar Jahren ist das nicht mehr zulässig, die Medikamente müssen auch an Frauen getestet werden, wie Sattler sagt.

Dabei stellte sich heraus, dass es in der Wirksamkeit der Medizin keine allzu großen Unterschiede gibt, wohl aber in der Wahrnehmung der Wirkung. „Männer bewerten Nebenwirkungen positiv“, sagt **Prof. Dr. Wolfgang Söllner**, Chefarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Klinikum. „Für sie ist es der Hinweis, dass sich etwas tut.“ Frauen dagegen setzen Medikamente, die sie nicht gut vertragen, aus Angst vor den Folgen eher ab.

Ein Beispiel für die vielen, höchst unterschiedlichen Erkenntnisse, die die sogenannte Gendermedizin liefern kann. „Es geht nicht um eine Medizin für Frauen“, betont die Gleichstellungsbeauftragte am Klinikum, **Roswitha Weidenhammer**. „Es geht auch um die gleiche Erkrankung. Die Frage ist, welche Unterschiede man in der Behandlung beachten muss.“

Und da gibt es einige, wie Wolfgang

Söllner betont. Besonders auffällig sind sie bei Depressionen, unter denen Frauen doppelt so oft leiden wie Männer. Die Unterschiede zeigen sich ab dem 13. Lebensjahr, was die Forscher zunächst vermuten ließ, die hormonelle Entwicklung könne eine Rolle spielen. Doch der Effekt hält laut Söllner bis ins hohe Alter an, auch nach den Wechseljahren sinkt die Erkrankungsrate nicht — hormonelle Faktoren sind offenbar nicht entscheidend.

Belastende Erfahrungen

Entscheidend sei vielmehr die erhöhte Stressbelastung von Frauen, sagt der Mediziner. Das beginne bereits in der Kindheit, Mädchen litten häufiger unter Traumatisierungen durch Missbrauch und sexuelle Übergriffe. „Aber auch erwachsene Frauen kämpfen häufiger mit Stress als Männer.“ Das liege oft an ihrer Lebenssituation, betont Söllner: Sie sind häufiger alleinerziehend, sie haben häufiger Probleme mit ihrem Körperbild, sie hadern mit der Mehrfachbelastung und ihrer sozialen Stellung. Und sie gehen mit Stress anders um, neigen zu Grübeleien, suchen die Schuld für die Probleme bei sich. Dort, wo es weniger Gleichberechtigung gibt, sei die Depressionsrate besonders hoch, sagt Söllner.

Männer dagegen verdrängen ihre Probleme und neigen zu Aktionismus, werden aggressiv oder ertränken ihren

Kummer im Alkohol. „Deshalb entwickeln sie auch häufiger eine koronare Herzkrankheit“, sagt Söllner. Diese Forschungsergebnisse haben Auswirkungen, vor allem auf die Psychotherapie: Sie setzt bei Frauen eher an den „kränkenden Lebensereignissen“ an, bei Männern geht es eher darum, die Verleugnung zu durchbrechen und ihre Bereitschaft zu fördern, sich Hilfe zu holen. Auch beim Ersatz von Knie- oder Hüftgelenken spielen geschlechtsspezifische Aspekte eine Rolle. In Deutschland werden pro Jahr 190 000 Kniegelenke ersetzt, zwei Drittel davon bei Frauen. Denn sie leiden häufiger an Arthrose und Osteoporose, die häufigsten Gründe für diese Operation. Lange Zeit wurde Frauen und Männern ein Einheitsmodell transplantiert, sagt Dr. Holger Herzing, Chefarzt der Unfallchirurgie am Krankenhaus Lauf. Erst vor einigen Jahren brachte ein amerikanischer Hersteller das „gender knee“ auf den Markt. Das aber funktionierte anders als gedacht, die Unterschiede in der Passform hängen nämlich nicht so sehr vom Geschlecht ab, sondern von der individuellen Konstitution des Patienten. Positive Effekte hatte das „Frauenknie“ dennoch: Mittlerweile sind Modelle in vielen verschiedenen Größen vorhanden.

Abbildung: Die Wirkung einer Pille ist bei Männern und Frauen oft ähnlich, doch die Geschlechter gehen anders damit um. Foto: AOK
Fotograf: Foto: AOK
Wörter: 585
Urheberinformation: © 2016 ERLANGER NACHRICHTEN

Autor: Fragen: Tilmann Grewe
Seite: 10
Ressort: Lokales
Seitentitel: Nürnberg
Ausgabe: Hauptausgabe
Weblink: www.nordbayern.de

Gattung: Tageszeitung
Jahrgang: 2016
Auflage: 24.057 (gedruckt) 22.569 (verkauft)
 23.309 (verbreitet)
Reichweite: 0,08 (in Mio.)

NZ-Gespräch mit der langjährigen Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Kliniken brauchen weibliche Chefs

Krankenhäuser sind Männerbetriebe. Zumindest auf der Führungsebene. Im Schnitt beschäftigen die Kliniken rund 50 Prozent Assistenzärztinnen, aber nur 30 Prozent der Oberärzte sind weiblich und etwa zehn Prozent der Chefärzte. Die Gründe dafür liegen in gesellschaftlichen Strukturen, sagt

Dr. Astrid Bühren. Seit Jahrzehnten tritt die langjährige Präsidentin und heutige Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes für Veränderungen ein. Beim **Klinikum Nürnberg** war sie jetzt deshalb für ein Symposium zu Gast. Ein NZ-Gespräch.

NZ: Frau Dr. Bühren, im Medizinstudium sind sechs von zehn Studierenden weiblich. Aber nur jeder zehnte Chefarztstuhl wird von einer Frau besetzt. Woran liegt das?

Dr. Astrid Bühren:

Dass mehr Frauen Medizin studieren, hat sicher damit zu tun, dass sie die besseren Abiturnoten haben. Zum anderen damit, dass für die Arzt-Patienten-Beziehung soziale und kommunikative Fähigkeiten und Fürsorge gefragt sind – also eigentlich urweibliche Tätigkeiten. Die entscheidenden Entwicklungen in Beruf und Familie fallen dann letztlich in die gleiche Zeit. Entsprechend ihrer biologischen Uhr müssen Frauen spätestens Ende 30 ihre Kinder bekommen, gleichzeitig finden in diesem Alter die entscheidenden Karriereschritte statt: Werde ich Oberärztin, leitende Oberärztin, bringe ich meine Habilitation zu Ende, und so weiter.

NZ: Befragungen zeigen, dass nicht wenige Ärztinnen traditionelle Muster anstreben: Sie wollen ihre Facharztweiterbildung absolvieren, dann Kinder bekommen, um später als niedergelassene Ärztinnen zu arbeiten.

Bühren:

Da müssten wir zuerst hinterfragen: Warum wollen sie das? Wir haben Studien, die ganz klar zeigen: Vor der

Geburt eines Kindes sagen viele Männer, dass sie nach der Geburt in ihrem beruflichen Engagement zurückstecken wollen. Nach der Geburt sind die Zahlen deutlich anders. Da wird wieder das klassische Brotverdiener-Modell gelebt, und der Frau bleibt dann im Interesse des Kindes oft nur die Teilzeittätigkeit. Die niedergelassene Tätigkeit als Selbstständige ist auch erstrebenswert.

NZ: Also ein Geschlechter-Problem?

Bühren:

Nein. Der einzige Unterschied zwischen Frauen und Männern auf der beruflichen Seite liegt beim Mutterschutz und beim Stillen. Alles andere ist nicht frauen-, sondern gesellschaftsspezifisch.

NZ: Was könnten also die Kliniken verändern, damit Ärztinnen bessere Aufstiegschancen bekommen?

Bühren:

Erstens indem eine Schwangerschaft nicht als Störung der Organisationsabläufe gesehen wird, sondern dass Reproduktion eine wünschenswerte gesellschaftliche Aufgabe ist. Uns gäbe es ja gar nicht mehr, wenn die Frauen keine Kinder mehr bekämen. Aber es gibt immer noch Frauen, die mit einem schlechten Gefühl und einem Schuldbewusstsein zum Vorgesetzten gehen und das Gefühl haben, gestehen zu müssen, dass sie schwanger sind. Das muss dringend aufhören. Der nächste Schritt besteht darin, als Arbeitgeber mit der Schwangeren zusammen genau zu überlegen: Wie können wir während der Schwangerschaft die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie bis zum Mutterschutz zum Beispiel weiter operieren oder eine Narkose verabreichen kann? Und wie können wir danach einen gestaffelten Wiedereinstieg gestalten, der allen gerecht wird?

NZ: Gibt es dafür Modelle?

Bühren:

Es gibt Kliniken privater Träger, die den

Ärztinnen beim Wiedereinstieg nach einem Jahr Geld geben, um die Kinderbetreuung mit zu finanzieren. An der medizinischen Hochschule Hannover bekommen Abteilungen dann mehr Geld, wenn es ihnen gelingt, Ärztinnen möglichst schnell wieder beruflich zu integrieren. Das gehören dann geeignete Rahmenbedingungen. Ich komme ja aus Murnau. In der Unfallklinik dort haben wir seit vielen Jahrzehnten eine Kinderbetreuung – an 365 Tagen im Jahr von 5.15 bis 21.30 Uhr. Dadurch haben wir zum Beispiel drei leitende Unfallchirurginnen mit Kind, was eher ungewöhnlich ist.

NZ: . . . und was entsprechende Kosten nach sich zieht.

Bühren:

Nein, eben nicht! Im Jahr 2004 habe ich unseren Verwaltungsleiter gebeten, das für die Unfallklinik Murnau einmal ausrechnen zu lassen. Dort hatte man immer gedacht, dass ein solches Modell bis zu einer Million Euro im Jahr kosten würde. Herausgestellt hat sich, dass es betriebswirtschaftlich sogar einen Gewinn bringt, wenn man alle Faktoren hineinrechnet.

NZ: Flexible Arbeitszeiten, Befreiung von Nacht- und Bereitschaftsdiensten und andere Hilfen entlasten junge Mütter – und ärgern womöglich Kollegen.

Bühren:

Teilzeitarbeit im Klinikbereich bedeutet natürlich nicht, dass die Betroffenen sich nur die angenehmen Zeiten aussuchen können. Zudem werden wir zum 1. Januar 2017 voraussichtlich ein neues Mutterschutz-Gesetz bekommen. Bisher durften Schwangere zum Beispiel nicht länger als bis 20 Uhr arbeiten. Aber es ist nirgends nachgewiesen, dass eine Arbeitszeit bis 22 Uhr für das Ungeborene gefährlicher wäre. Der Arbeitgeber wird insgesamt dazu verpflichtet, eine adäquate berufliche Tätigkeit auch während der Schwangerschaft

zu ermöglichen.

NZ: Also sind wir wieder bei gesellschaftlichen Strukturen.

Bühren:

Ja, wir sollten das alles gar nicht den Frauen zuschieben. Wenn sich die Väter bei einer Krankheit der Kinder genauso für die Kinderbetreuung freistellen lassen, wenn die Väter ebenfalls mit ihren Arbeitgebern besprechen, dass sie zum Beispiel montags, mittwochs und freitags das Kind in die Krippe bringen und dass sie dienstags und donnerstags pünktlich gehen müssen, weil sie das Kind abholen müssen – wenn wir das mehr hätten, dann wäre das Thema nichts Frauenspezifisches.

NZ: Haben Sie selbst das so gelebt?

Bühren:

Ich hatte gar keine Alternative zu dem traditionellen Rollenmodell. Als ich in der Klinik angefangen habe, haben wir jeden Tag drei bis vier Überstunden gemacht, Teilzeitstellen gab es nicht. Das heißt, in dem Moment, in dem ich Mutter geworden war, sah ich keine Alternative zum vorübergehenden Berufsausstieg. Mein Mann ist Chirurg, wir sind exakt gleich alt, wir haben gleichzeitig Staatsexamen gemacht, wir haben beide im Ausland studiert. Als mir klar wurde, wie unterschiedlich dennoch unsere Berufs- und Lebenswege ab Geburt unserer gemeinsamen Tochter waren, da habe ich mir gedacht: Irgendetwas stimmt doch hier nicht. Und das

war mein Motor für mein berufspolitisches Engagement.

NZ: Muss also die Medizin weiblicher werden?

Bühren:

Die Medizin ist sowieso weiblich. 76 Prozent aller Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind weiblich. Unter den Hebammen gab es lange Zeit einen einzigen Mann, einen Entbindungspfleger. Dennoch galt als Normalität immer das Männliche. Dass die Professoren alle männlich waren, das war ebenfalls normal. Mein Leitsatz lautet: „Wir haben bisher nicht die Feminisierung der Medizin, sondern wir beginnen die Normalisierung der Maskulinisierung der Medizin.“ Bei den Berufseinsteigern überwiegen in der Tat die Ärztinnen, bis zu knapp 65 Prozent. Für mich zählt aber nicht, wer besonders fleißig die Stationsarbeit macht, sondern welche Personen entscheiden, wie in unserer Klinik behandelt wird, und wo angesichts knapper Ressourcen das Geld landet. Ich fände es erstrebenswert, dass wir auf allen Ebenen eine hälftige Struktur zwischen Frauen und Männern bekommen.

NZ: Das wäre ja auch eine Voraussetzung für eine Gender-Medizin, also die geschlechtsspezifische Betrachtung von Krankheiten und deren Behandlung.

Bühren:

Die Verteilung zwischen Patienten und Patientinnen ist unter dem Strich halbe-

halbe. Das heißt, die unterschiedlichen Blickwinkel für Lebenszyklen und Lebensphasen zwischen Frauen und Männern sollten ebenfalls gleich verteilt sein. Neben vielen anderen Dingen ist ja auch die Gender-Medizin von Frauen auf den Weg gebracht worden. Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patienten und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

NZ: Für die Patienten ist das wahrscheinlich von Vorteil. Und für die Gesellschaft?

Bühren:

... hat das nicht zuletzt positive finanzielle Aspekte. Je früher die geschlechtsspezifische Behandlung beginnt und das adäquate Medikament verordnet wird, desto weniger und kürzere Krankschreibungen haben wir, desto weniger Kosten werden dadurch verursacht. Also bringt diese Betrachtungsweise dem Gesundheitswesen, der Wirtschaft, allen Vorteile.

#####

Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patientinnen und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

Dr. Astrid Bühren

Ganzseiten-PDF:

nzl-lokal2-010-051216.pdf

Wörter:

1187

Urheberinformation:

© 2016 NÜRNBERGER ZEITUNG

Politischer Adventskalender

5 Klaus Schrage



Meinung statt Schokolade: An 24 Tagen im Advent sprechen Bürger im Kulturförderverein Nordkurve über ihre Vision für Deutschland in zehn Jahren.

Auch in der NZ kommen sie zu Wort. Der Redner des Politischen Adventskalenders am 5. Dezember (um 19 Uhr in der Rothenburger Straße 5a, Eintritt frei) ist Klaus Schrage. Der 58 Jahre alte Zeitungsjournalist ist Betriebsratsvorsitzender des Verlags Nürnberger Presse.

Unser Leben ist schön geworden. Wir arbeiten weniger als früher, sind freier, haben mehr Zeit für uns und andere. Möglich machen das die Roboter. Die Digitalisierung hat Arbeitsplätze überflüssig gemacht. Aber die Gesellschaft hat durchgesetzt, dass die durch die Automatisierung erzielte Wertschöpfung nicht ausschließlich an die Unternehmen und deren Anteilseigner geht. Stattdessen wurden ein bedingungsloses Grundeinkommen und die 20-Stunden-Woche finanziert. Wer mehr arbeiten möchte, kann es tun. Wer lieber Bilder malt, hat dafür Zeit. Der auf Spekulation aufgebaute Finanzkapitalismus ist entzaubert. Politiker und Politikerinnen, die vor zehn Jahren versprochen hatten, ihr Land wieder groß zu machen, sind als billige Marktschreiber entlarvt und in der Versenkung verschwunden. Solidarisches Handeln ist wieder modern. Konsum ist langweilig geworden. Es wird mehr repariert als weggeworfen. Wir nutzen unser Wissen nicht mehr, um ärmere Regionen auszubuten. Wir teilen es – zum Nutzen aller.

Hans Meyers Stern leuchtet noch über Nürnberg



Strahlend blauer Himmel und knackige Kälte haben am Wochenende die Massen auf den Hauptmarkt gezogen. Rund um den Christkindlesmarkt herrschte so viel Gedränge, dass man als Nürnberger fast weigerlich auf alte Bekannte stieß. An der Bude der Aktion „Sternstunden“ war's der Ex-Club-Trainer (2005–2008) Hans Meyer (rechts im Bild). Der Besucher auf unserem Foto trat ihm vorbildlich gegenüber: mit FCN-Mütze auf dem Kopf und Geldschein in der Hand, um Meyer gebastelte Sterne für Kinder in Not abzukaufen. isa/Foto: Roland Fengler

NZ-Gespräch mit der langjährigen Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Kliniken brauchen weibliche Chefs

Krankenhäuser sind Männerbetriebe. Zumindest auf der Führungsebene. Im Schnitt beschäftigen die Kliniken rund 50 Prozent Assistenzärztinnen, aber nur 30 Prozent der Oberärzte sind weiblich und etwa zehn Prozent der Chefarzte. Die Gründe dafür liegen in gesellschaftlichen Strukturen, sagt Dr. Astrid Bühren. Seit Jahrzehnten tritt die langjährige Präsidentin und heutige Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes für Veränderungen ein. Beim **Klinikum Nürnberg** war sie jetzt deshalb für ein Symposium zu Gast. Ein NZ-Gespräch.

NZ: Was könnten also die Kliniken verändern, damit Ärztinnen bessere Aufstiegschancen bekommen?
Bühren: Erstens indem eine Schwangerschaft nicht als Störung der Organisationsabläufe gesehen wird, sondern dass Reproduktion eine wertschöpfende gesellschaftliche Aufgabe ist. Uns gäbe es ja gar nicht mehr, wenn die Frauen keine Kinder mehr bekämen. Aber es gibt immer noch Frauen, die mit einem schlechten Gefühl und einem Schuldbewusstsein zum Vorgesetzten gehen und das Gefühl haben, gestehen zu müssen, dass sie schwanger sind. Das muss dringend aufhören. Der nächste Schritt besteht darin, als Arbeitgeber mit der Schwangeren zusammen genau zu überlegen: Wie können wir während der Schwangerschaft die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie bis zum Mutterschutz zum Beispiel weiter operieren oder eine Narkose verabreichen kann? Und wie können wir danach einen gestaffelten Wiedereinstieg gestalten, der allen gerecht wird?

NZ: Flexible Arbeitszeiten, Befreiung von Nacht- und Bereitschaftsdiensten und andere Hilfen entlasten junge Mütter – und ärgern womöglich Kollegen.
Bühren: Teilzeitarbeit im Klinikbereich bedeutet natürlich nicht, dass die Betreffenden sich nur die angenehmen Zeiten aussuchen können. Zudem werden wir zum 1. Januar 2017 voraussichtlich ein neues Mutterschutz-Gesetz bekommen. Bisher durften Schwangere zum Beispiel nicht länger als bis 20 Uhr arbeiten. Aber es ist nirgends nachgewiesen, dass eine Arbeitszeit bis 22 Uhr für das Ungeborene gefährlicher wäre. Der Arbeitgeber wird insgesamt dazu verpflichtet,

waren, da habe ich mir gedacht: Irgendwas stimmt doch hier nicht. Und das war mein Motor für mein berufspolitisches Engagement.
NZ: Muss also die Medizin weiblicher werden?
Bühren: Die Medizin ist sowieso weiblich. 76 Prozent aller Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind weiblich. Unter den Hebammen gab es lange Zeit einen einzigen Mann, einen Entbindungspfleger. Dennoch galt als Normalität immer das Männliche. Dass die Professorinnen alle männlich waren, das war ebenfalls normal. Mein Leitsatz lautete: „Wir haben bisher nicht die Feminisierung der Medizin, sondern wir beginnen die Normalisierung der Maskulinisierung der Medizin.“ Bei den Berufseinstiegern überwiegen in der Tat die Ärztinnen, bis zu knapp 65 Prozent. Für mich zählt aber nicht, wer besonders fleißig die Stationsarbeit macht, sondern welche Personen entscheiden, wie in unserer Klinik behandelt wird, und wo angesichts knapper Ressourcen das Geld landet. Ich fände es erstrebenswert, dass wir auf allen Ebenen eine häftige Struktur zwischen Frauen und Männern bekommen.

NZ: Frau Dr. Bühren, im Medizinstudium sind sechs von zehn Studierenden weiblich. Aber nur jeder zehnte Chefarztstuhl wird von einer Frau besetzt. Woran liegt das?

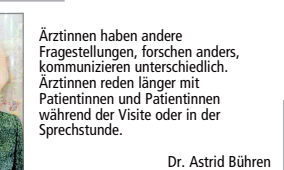
Dr. Astrid Bühren: Dass mehr Frauen Medizin studieren, hat sicher damit zu tun, dass sie die besseren Abiturnoten haben. Zum anderen damit, dass für die Arzt-Patienten-Beziehung soziale und kommunikative Fähigkeiten und Fürsorge gefragt sind – also eigentlich urweibliche Tätigkeiten. Die entscheidenden Entwicklungen in Beruf und Familie fallen dann letztlich in die gleiche Zeit. Entsprechend ihrer biologischen Uhr müssen Frauen spätestens Ende 30 ihre Kinder bekommen, gleichzeitig finden in diesem Alter die entscheidenden Karriereschritte statt: Werde ich Oberärztin, leitende Oberärztin, bringe ich meine Habilitation zu Ende, und so weiter.

NZ: Befragungen zeigen, dass nicht wenige Ärztinnen traditionelle Muster anstreben: Sie wollen ihre Facharztweiterbildung absolvieren, dann Kinder bekommen, um später als niedergelassene Ärztinnen zu arbeiten.
Bühren: Da müssten wir zuerst hinterfragen: Warum wollen sie das? Wir haben Studien, die ganz klar zeigen: Vor der Geburt eines Kindes sagen viele Männer, dass sie nach der Geburt in ihrem beruflichen Engagement zurückstecken wollen. Nach der Geburt sind die Zahlen deutlich anders. Da wird wieder das klassische Brotverdiener-Modell gelebt, und der Frau bleibt dann im Interesse des Kindes oft nur die Teilzeittätigkeit. Die niedergelassene Tätigkeit als Selbständige ist auch erstrebenswert.

NZ: Also ein Geschlechter-Problem?
Bühren: Nein. Der einzige Unterschied zwischen Frauen und Männern auf der beruflichen Seite liegt beim Mutterschutz und beim Stillen. Alles andere ist nicht frauen-, sondern gesellschaftsspezifisch.

NZ: Gibt es dafür Modelle?
Bühren: Es gibt Kliniken privater Träger, die den Ärztinnen beim Wiedereinstieg nach einem Jahr Geld geben, um die Kinderbetreuung mit zu finanzieren. An der medizinischen Hochschule Hannover bekommen Abteilungen dann mehr Geld, wenn es ihnen gelingt, Ärztinnen möglichst schnell wieder beruflich zu integrieren. Das gehören dann geeignete Rahmenbedingungen. Ich komme ja aus Murnau. In der Unfallklinik dort haben wir seit vielen Jahrzehnten eine Kinderbetreuung – an 365 Tagen im Jahr von 5.15 bis 21.30 Uhr. Dadurch haben wir zum Beispiel drei leitende Unfallchirurginnen mit Kind, was eher ungewöhnlich ist.

NZ: ...und was entsprechende Kosten nach sich zieht.
Bühren: Nein, eben nicht! Im Jahr 2004 habe ich unseren Verwaltungsleiter gebeten, das für die Unfallklinik Murnau einmal ausrechnen zu lassen. Dort hatte man immer gedacht, dass ein solches Modell bis zu einer Million Euro im Jahr kosten würde. Herausgestellt hat sich, dass es betriebswirtschaftlich sogar einen Gewinn bringt, wenn man alle Faktoren hineinrechnet.



Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patientinnen und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

Dr. Astrid Bühren

eine adäquate berufliche Tätigkeit auch während der Schwangerschaft zu ermöglichen.
NZ: Also sind wir wieder bei gesellschaftlichen Strukturen.
Bühren: Ja, wir sollten das alles gar nicht den Frauen zuschieben. Wenn sich die Väter bei einer Krankheit der Kinder genauso für die Kinderbetreuung freistellen lassen, wenn die Väter ebenfalls mit ihren Arbeitgebern besprechen, dass sie zum Beispiel montags, mittwochs und freitags das Kind in die Krippe bringen und dass sie dienstags und donnerstags pünktlich gehen müssen, weil sie das Kind abholen müssen – wenn wir das mehr hätten, dann wäre das Thema nichts Frauenspezifisches.

NZ: Haben Sie selbst das so gelebt?
Bühren: Ich hatte gar keine Alternative zu dem traditionellen Rollenmodell. Als ich in der Klinik angefangen habe, haben wir jeden Tag drei bis vier Überstunden gemacht, Teilzeittellen gab es nicht. Das heißt, in dem Moment, in dem ich Mutter geworden war, sah ich keine Alternative zum vorübergehenden – Berufsurlaub. Mein Mann ist Chirurg, wir sind exakt gleich alt, wir haben gleichzeitig Staatsexamen gemacht, wir haben beide im Ausland studiert. Als mir klar wurde, wie unterschiedlich dennoch unsere Berufs- und Lebenswege ab Geburt unserer gemeinsamen Tochter

NZ: Das wäre ja auch eine Voraussetzung für eine Gender-Medizin, also die geschlechtsspezifische Betrachtung von Krankheiten und deren Behandlung.
Bühren: Die Verteilung zwischen Patientinnen und Patientinnen ist unter dem Strich halbe-halbe. Das heißt, die unterschiedlichen Blickwinkel für Lebenszyklen und Lebensphasen zwischen Frauen und Männern sollten ebenfalls gleich verteilt sein. Neben vielen anderen Dingen ist ja auch die Gender-Medizin von Frauen auf den Weg gebracht worden. Ärztinnen haben andere Fragestellungen, forschen anders, kommunizieren unterschiedlich. Ärztinnen reden länger mit Patientinnen und Patientinnen während der Visite oder in der Sprechstunde.

NZ: Für die Patientinnen ist das wahrscheinlich von Vorteil. Und für die Gesellschaft?
Bühren: ... hat das nicht zuletzt positive finanzielle Aspekte. Je früher die geschlechtsspezifische Behandlung beginnt und das adäquate Medikament verordnet wird, desto weniger und kürzere Krankenschreibungen haben wir, desto weniger Kosten werden dadurch verursacht. Also bringt diese Betrachtungsweise dem Gesundheitswesen, der Wirtschaft, allen Vorteilen. *Fragen: Tilmann Grewe*

NZ-Leserfrage der Woche

Handyverbot aufheben?

Was meinen Sie?

NZ-Leserfrage der Woche

Soll das Handyverbot an Schulen fallen?
Rufen Sie uns an unter

Ja: 0137/666 222 1
Nein: 0137/666 222 0
25 Cent/Anruf (nextID)
Abweichender Mobilfunktarif

Immer und überall klingelt es. Fortwährend spricht ein Mensch in ein Smartphone oder spielt damit herum. Ist es das nicht gut und richtig, dass wenigstens in der Schule Sendepause herrscht? Die Frage, ob die Handynutzung an Schulen erlaubt oder verboten werden soll, wird seit langem heftig diskutiert – auch jüngst erhitze das Thema bei einer Podiumsdiskussion in Nürnberg die Gemüter. Dass die Schüler für eine Freigabe sind, versteht sich. Aber es gibt auch Politiker, für die das Handy-Verbot abgeschafft gehört, so etwa Nürnbergs Schulbürgermeister Clemens Gsell. Das Smartphone sei nun einmal ein Teil der Lebenswirklichkeit der jungen Leute, finden sie. Einen verantwortungsvollen Umgang damit könne man erlernen. Wir wollen in unserer Leserfrage von Ihnen wissen: „Soll das Handyverbot an Schulen fallen?“ Unter nz.de/senf können Sie über die Leserfrage abstimmen und diskutieren. Vergangene Woche haben wir Sie gefragt: „Reichen zwei verkaufsoffene Sonntage?“ Teilgenommen haben 217 Leser. Mit Ja antworteten 81,1 Prozent, mit Nein 18,9 Prozent. *gs*

Unter Nürnbergs Krankenhaus-Medizinern verlangen auch Männer heute nach Teilzeit

Die neue Ärztegeneration scheut klassische Karrieren

Ein Blick in die Abteilungsleitungen bestätigt, was die Medizinerwelt zunehmend zur Selbstkritik antreibt: Auch Nürnbergs Krankenhäuser sind an der Spitze männlich (siehe obenstehendes Interview). Am Klinikum werden nur zwei der knapp 30 Chefarztposten von Frauen besetzt, dazu die Leitung der Apotheke und der Anatomie-Abteilung. Die Kliniken Dr. Erlert und die Hallerwiese/Cnopfsche Kinderklinik weisen jeweils eine Chefarztin vor. Die Krankenhäuser Martha-Maria und St. Theresien keine.

„Ich kann in vielen Fällen keine Frauenförderung machen, weil es gar keine Frauen gibt“, stellt Roswitha Weidenhammer, die Gleichstellungsbeauftragte am Klinikum, anlässlich eines Symposiums zur Gender-Medizin fest. Sie müsse manche Kandidatinnen regelrecht bekriegen, sich auf eine Oberarztstelle zu bewerben. Und traditionell männlich geprägte Fächer wie die Chirurgie ernten immer noch zu 95 Prozent Bewerbungen von Männern. Obwohl das Klinikum flexible Teilzeitmodelle und XXL-Kinderbe-

treuung biete: Die berühmte gläserne Decke scheint unverrückbar. Dabei sind mittlerweile die Hälfte der rund 1100 ärztlichen Mitarbeiter Frauen, unter den 150 hauseigenen Medizinstudierenden ebenso. Weidenhammer folgert daraus: „Wir sind als Arbeitgeber gefordert, uns zu verändern.“ Das Schlüsselwort laute „gute Führung“ – und zwar für beide Geschlechter. Die junge „Generation Y“ habe ein neues „Arbeits- und Anwesenheitsverständnis“. So forderten die Nachwuchskräfte weni-

ger Hierarchie und mehr Mitsprache ein. Weiterbildung und kollegiale Atmosphäre seien vielen wichtiger als der klassische Aufstieg und das Sich-behaupten-Müssen. Das gelte für Männer wie Frauen, unabhängig von der Familiengründung. Immer mehr „neue Männer“ wünschten sich Teilzeitarbeit. Wenn ein Krankenhaus da gleichziehe und außerdem Ärztinnen nach der Babypause besser beim Wiedereinstieg begleite, könne es für mehr Ausgleich zwischen den Geschlechtern sorgen. *isa*

Autor: isa
Seite: 10
Ressort: Lokales
Seitentitel: Nürnberg
Ausgabe: Hauptausgabe
Weblink: www.nordbayern.de

Gattung: Tageszeitung
Jahrgang: 2016
Auflage: 24.057 (gedruckt) 22.569 (verkauft)
23.309 (verbreitet)
Reichweite: 0,08 (in Mio.)

Unter Nürnbergs Krankenhaus-Medizinern verlangen auch Männer heute nach Teilzeit

Die neue Ärztegengeneration scheut klassische Karrieren

Ein Blick in die Abteilungsleitungen bestätigt, was die Medizinerwelt zunehmend zur Selbstkritik antreibt: Auch **Nürnbergs Krankenhäuser** sind an der Spitze männlich (siehe obenstehendes Interview). Am Klinikum werden nur zwei der knapp 30 Chefarztposten von Frauen besetzt, dazu die Leitung der **Apotheke** und der **Anatomie-Abteilung**. Die Kliniken Dr. Erler und die Hallerwiese/Cnopf'sche Kinderklinik weisen jeweils eine Chefarztin vor. Die Krankenhäuser Martha-Maria und St. Theresien keine.

„Ich kann in vielen Fällen keine Frauenförderung machen, weil es gar keine Frauen gibt“, stellt Roswitha Weidenhammer, die Gleichstellungsbeauftragte am Klinikum, anlässlich eines Symposi-

ums zur Gender-Medizin fest. Sie müsse manche Kandidatin regelrecht bekriegen, sich auf eine Oberarztstelle zu bewerben. Und traditionell männlich geprägte Fächer wie die Chirurgie ernten immer noch zu 95 Prozent Bewerbungen von Männern. Obwohl das Klinikum flexible Teilzeitmodelle und XXL-Kinderbetreuung biete: Die berühmte gläserne Decke scheint unverrückbar. Dabei sind mittlerweile die Hälfte der rund 1100 ärztlichen Mitarbeiter Frauen, unter den 150 hauseigenen Medizinstudierenden ebenso.

Weidenhammer folgert daraus: „Wir sind als Arbeitgeber gefordert, uns zu verändern.“ Das Schlüsselwort laute „gute Führung“ – und zwar für beide Geschlechter. Die junge „Generation Y“

habe ein neues „Arbeits- und Anwesenheitsverständnis“. So forderten die Nachwuchskräfte weniger Hierarchie und mehr Mitsprache ein. Weiterbildung und kollegiale Atmosphäre seien vielen wichtiger als der klassische Aufstieg und das Sich-behaupten-Müssen. Das gelte für Männer wie Frauen, unabhängig von der Familiengründung. Immer mehr „neue Männer“ wünschten sich Teilzeitarbeit. Wenn ein Krankenhaus da gleichziehe und außerdem Ärztinnen nach der Babypause besser beim Wiedereinstieg begleite, könne es für mehr Ausgleich zwischen den Geschlechtern sorgen.

Wörter: 248
Urheberinformation: © 2016 NÜRNBERGER ZEITUNG