49 Umdenken im 21. Jahrhundert: Unfallchirurgie – von der Männer- zur Frauendomäne?

Astrid Bühren, Lisa Wenzel und Volker Bühren, Murnau am Staffelsee

1898 diskutierte der 26. Deutsche Aerztetag sehr kontrovers über die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium [32]. 2002 beschäftigte sich der 105. Deutsche Ärztetag das zweite Mal mit dem Thema, diesmal mit den Auswirkungen nach 100 Jahren: „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ [6, 17]. 20 weitere Jahre später sind konstant mindestens zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich. Grundsätzlich kommt für 14 % der Studentinnen – und 24 % der Studenten – eine berufliche Karriere in der Orthopädie und Unfallchirurgie infrage, das Interesse sinkt aber u. a. nach demotivierenden Erfahrungen im Praktischen Jahr [5]. Die Zukunftsfähigkeit des Fachs braucht sowohl einen quantitativen, vor allem aber einen qualitativen Zuspruch der potenziellen Talente, und diese sind inzwischen tatsächlich vorwiegend Frauen.

Chirurgie – It’s a Man’s World

Ein Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat 2018 pointiert Selbsterkenntnis formuliert: „Der Ruf nach der Frauenquote in Führungsetagen ist nur deshalb so laut geworden, weil die Männerwelt nicht dazu imstande war, oder sich offen, teilweise auch verdeckt und, um es einmal beschönigend zu umschreiben, situationselastisch geweigert hat, laufbahnfördernde Lebens- und Arbeitsumstände für Frauen zu schaffen. Genüsslich haben so manche Männer beobachtet, wie die eine oder andere Kollegin nach der ersten Babypause und Rückkehr in das Berufsleben auf den brüchigen Sprossen der Karriereleiter durchgebrochen und zurückgefallen ist, um schließlich nach der zweiten Babypause entnervt den Kampf um eine Führungsposition aufzugeben. Böse Zungen behaupten sogar, dass einzelne Sprossen der Karriereleiter von Männern angesägt wurden“ [3].

Erkenntnisse müssen an Ergebnissen gemessen werden. Zumindest das Megathema einer geschlechtergerechten Sprache wird von Verlag und Fachgesellschaft 20 Jahre nach der Jahrtausendwende in schon fast absurder Weise ignoriert: „Der Chirurg“, „Der Orthopäde“ und „Der Unfallchirurg“. Die männliche Form markiert „Männer als Norm“ und „Frauen als Abweichung oder nicht existent“. Der historische Kontext der einstigen Männerdomäne, die als Bestandsargument wichtige Indexerkennung, aber eben auch die derzeitige und zukünftig wachsende Realität können mit der Ergänzung – „Der Unfallchirurg – Die Unfallchirurgin“ – gleichermaßen berücksichtigt werden.

Wie tickt der ärztliche Nachwuchs?

Aktuell brennende Themen wie hierarchische Strukturen, Trennung von Arbeit und Freizeit oder Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden oft von Frauen angestoßen und folglich als typisch weibliche Herausforderungen betrachtet, obwohl sie bei näherer Betrachtung durchgehend Männer und Frauen gleichermaßen betreffen. Der ärztliche Nachwuchs stimmt mit den Füßen ab.

Laut Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) gewinnt die ambulante Medizin für zukünftige Kolleginnen und Kollegen an Attraktivität. Gründe hierfür sind, dass die Klinik als langfristige Option aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und des hohen ökonomischen Drucks unattraktiver wird. 68 % der Studierenden geben an, dass starker ökonomischer Druck bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten gegen die Tätigkeit in der Klinik spricht [5]. Doris Henne-Bruns, erste Frau auf einem chirurgischen Lehrstuhl in Deutschland, formuliert nach 19 Jahren Erfahrung in ihrer Abschiedsvorlesung: „Entscheidend für die Sicherung und die Exzellenz der Patientenversorgung wird es aber sein, ob die junge Ärztegeneration sich mit ihren Idealen in dem vorhandenen System wiederfinden kann. Die ökonomische Betrachtungsweise vernachlässigt den gesamten Bereich der sozialen und menschlichen Fürsorge, die das Berufsethos des Arztes ausmacht“ [20].

Schwangerschaft und Mutterschutz

In der geschlechterdifferenzierenden Analyse zu den Herausforderungen für den unfallchirurgischen Nachwuchs verbleibt als frauenspezifisches Alleinstellungsmerkmal die Fähigkeit zur Schwangerschaft und Geburt eines Kindes. Die in der Folgezeit resultierenden Aufgaben wie Betreuung und Erziehung können prinzipiell partnerschaftlich durch beide Elternteile und geeignete gesellschaftliche Rahmenbedingungen gemeistert werden. Am 1. Januar 2018 ist ein Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts (MuSchG) in Kraft getreten, in § 9 (1) heisst es: „Nachteile aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden“ [18].

Zur Studie „Schwanger im OP“ gaben 76 % der Chirurginnen an, ihre operative Tätigkeit während der Schwangerschaft fortsetzen zu wollen [16] wie die Chirurgin in *Abb. 1*.

In einer deutschlandweiten Erhebung unter schwangeren Frauenärztinnen und Chirurginnen wollen sogar 88 % weiter operieren [24]. Voraussetzung ist, dass diese Entscheidung freiwillig getroffen wird und jederzeit widerrufen werden kann [34]. In der praktischen Umsetzung hat sich die Situation für schwangere Chirurginnen auch nach dem 1. Januar 2018 nicht grundlegend geändert und ihnen bleibt der Weg in den Operationssaal meist weiterhin versperrt, sie werden „herausgeschützt“ [9]. Dies hindert insbesondere Assistenzärztinnen daran, ihre Weiterbildung in gewünschter Kontinuität, aber auch Fachärztinnen,

Abb. 1: Eine schwangere Chirurgin führt eine Arthroskopie durch unter Einhaltung der erforderlichen Schutzmaßnahmen. (Copyright der DGOU am 09.12.2020 erteilt)

ihren beruflichen Karriereweg mit entsprechendem Erfolg fortzusetzen, einschließlich nachvollziehbarer Frustration und einhergehender psychischer Belastung. Dabei sind laut MuSchG § 9 (1) erforderliche Maßnahmen auch zum Schutz der psychischen Gesundheit zu treffen. Zur Bindung der Ärztin an die Klinik empfiehlt sich das Heidelberger Schwangerschafts- & Elternzeitprogramm (HeiSEP), damit bekommt sie auch eine Perspektive für ihre operative Tätigkeit nach erfolgtem Mutterschutz bzw. der Elternzeit [35].

In einer aktuellen Umfrage des Jungen Forums O und U geben nur 26 % der weiblichen Befragten an, dass schwangeren Ärztinnen die Möglichkeit gegeben wird, ihre operative Tätigkeit fortzusetzen. Dagegen wird 15 % seitens der Klinikleitung/Verwaltung sehr deutlich nahegelegt, sich ein ärztliches Beschäftigungsverbot einzuholen, mit dem Hintergrund, dass der Arbeitgeber dann per Umlage U2 das fortgezahlte Arbeitsentgelt von der Krankenkasse erstattet bekommt. Regelhaft werden diese Stellen wegen fehlender Bewerbungen oder schlicht zur willkommenen Kosteneinsparung nicht nachbesetzt, mit konsekutiver Mehrbelastung der verbleibenden Kolleginnen und Kollegen. 23 % der Ärztinnen halten ihre Schwangerschaft geheim und führen entsprechend ihrer eigenen fachlichen Kompetenz und Verantwortung weiterhin Operationen durch [22].

Das Junge Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat gemeinsam mit dem Perspektivforum Junge Chirurgie das Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“, OPidS, als Handlungsempfehlung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet: Durch eine individuelle Gefährdungsbeurteilung kann das Risiko für zahlreiche Gefahrenquellen im OP weitestgehend minimiert werden. Zunächst sollten

Schwangere vorzugsweise planbare Operationen durchführen und nicht in der Notaufnahme tätig sein. Intravenöse und regionale Anästhesieverfahren stellen eine gängige Alternative zu Narkosegasen dar, beim Röntgen können die Schwangeren den OP-Saal verlassen [28]. Bezüglich der infektiösen Risiken existieren z. B. für Hepatitis C und HIV schnell verfügbare Tests zum Patientenscreening und intraoperativ präventive Schutzmaßnahmen und Techniken [37]. Die Umsetzung derartiger gesetzeskonformer Maßnahmen ist allerdings nicht flächendeckend gegeben, laut der vorgenannten Studie nur in einem Drittel der Kliniken [22].

Sexuelle Belästigung und Diskriminierung

Ein überwiegend Frauen und speziell auch Chirurginnen belastendes Thema ist die sexuelle Belästigung. Die Grenze zwischen nett gemeintem Kompliment und Übergriffigkeit ist zwar fließend, aber es gibt eine klare und inzwischen als Straftatbestand definierte Grenzziehung. Abwertende oder obszöne Sprüche, sexistische Äußerungen durch Gesten oder Worte, unerwünschte Gespräche einschließlich derartiger E-Mails und Telefonate, ein unerwünschter Körperkontakt z. B. am OP-Tisch und natürlich alle noch weitergehenden Annäherungen bis zur tätlichen Bedrohung gelten als sexuelle Belästigung und Nötigung. Die Umfrage des Jungen Forums O und U ergibt: Verbale sexuelle Diskriminierung und ungewollte sexualisierte körperliche Annäherung im beruflichen Alltag erleben 35 % der Chirurginnen monatlich, 14 % wöchentlich und 3 % täglich, aber auch 7 % der Chirurgen monatlich und 3 % wöchentlich. 50 % der Frauen und 90 % der Männer mussten derartige Erfahrungen bisher nicht machen [22]. Im Umkehrschluss gehört für die Hälfte der in dieser Befragung überwiegend jüngeren Ärztinnen sexuelle Belästigung zum Berufsalltag in der Chirurgie.

Im Jahr 2020 und angesichts der breit publizierten MeToo-Bewegung sind derartige Quoten auch mit Blick auf die gesellschaftliche Imageprägung und die konsekutive Abschreckung des Nachwuchses ein Unding. Nach § 12 AGG müssen Arbeitgeber und damit auch die Vorgesetzten alle Angestellten vor sexueller Belästigung schützen. In Analogie zu den Klimazielen ist von den Fachgesellschaften daher proaktiv und mit klaren zeitlichen Vorgaben unter fortlaufender Ergebniskontrolle Abhilfe einzufordern und zu initiieren. Hinweise liefern ein Leitfaden der Antidiskriminierungsstelle des Bundes [4] oder z. B. die von der Universität zu Köln erarbeiteten Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierung, sexualisierter Gewalt und Mobbing [15].

Diskriminierungen erfahren auch und besonders unterrepräsentierte Minoritäten, vor allem wenn sie zudem noch weiblich sind. Für lesbische Chirurginnen zeigen Studiendaten im Vergleich zu ihren heterosexuellen Kolleginnen noch einmal erhöhte Raten für sexuelle Belästigung und berufliche Benachteiligung. Derartige Effekte werden auch für nicht weiße Ethnien und religiöse Minderheiten berichtet, mit der Konsequenz verschlechterter

Karriereaussichten, einem erhöhten Stress im Beruf und letztendlich resultierenden individuellen Gesundheitsstörungen wie der Depression mit allen Folgen, wie z. B. Sucht oder auch Suizid [36].

Genderspezifisch besteht für Frauen zusätzlich zur Berufstätigkeit durch die noch immer traditionelle Mehrbelastung in Familie und Haushalt – in Corona-Zeiten im Übrigen verstärkt [38] – ein erheblicher Risikofaktor für ihre psychische und physische Gesundheit. Speziell Ärztinnen haben ein signifikant höheres Suizidrisiko [13]. Für Deutschland wird es für Ärztinnen mit 2,5- bis 5,6-mal und bei Ärzten mit 1,1- bis 3,4-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung angegeben [33]. Angebote zu einer strukturierten Gesundheitsvorsorge und Stärkung der Resilienz sollten präventiv allen Mitarbeiter*innen und insbesondere den Ärztinnen zugänglich sein [10].

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

2001 wurde die Frage „Ist die Chirurgie männlich?“ von einem chirurgischen Ordinarius so beantwortet: „Es ist bei der heute sehr komplizierten und wissenschaftlich rasch fortschreitenden Medizin kaum vorstellbar, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Eine Frau, die sich in der Chirurgie und der wissenschaftlichen Laufbahn bewegt, hat in der Regel keine Chance, eine Familie zu gründen, oder sie vernachlässigt Beruf oder Ehe und Familie“ [12]. Dazu passend ergab eine Umfrage des Berufsverbands aus 2008, dass 86 % der Chirurginnen die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im beruflichen Alltag nicht gewahrt sehen [2].

Aktuell ist zumindest bezüglich der Forderungen nach einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf fast der Gleichstand erreicht. Für 94 % der Studentinnen und 86 % der Studenten bildet die Vereinbarkeit den wichtigsten Faktor für die Wahl des späteren Fachgebietes. Als häufigster Grund gegen eine angestellte Tätigkeit im Krankenhaus wird von Frauen mit 80% und von Männern mit 76 % die hohe Arbeitsbelastung genannt. In der Konsequenz lautet eine typische Antwort im Berufsmonitor zur Fachgebietswahl: „Ich würde vom Interesse her wirklich extrem gerne in der Chirurgie/Unfallchirurgie arbeiten, bin jedoch von den schlechten Arbeitsbedingungen, insbesondere gegenüber Frauen und hinsichtlich der super schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf abgeschreckt“ [5].

Das Rekrutierungspotential für den ärztlichen Nachwuchs aus dieser Generation Z ist zu mehr als zwei Drittel weiblich. Zukünftige Ärztinnen haben bei klaren Vorstellungen zu beruflichen Zielen, Familienleben und Freizeit konkrete Anforderungen: Kinderbetreuung zeitlich flexibel und arbeitsplatznah, Ferienbetreuung, Unterstützung bei familiären Pflegeaufgaben und haushaltsnahen Dienstleistungen zur Verringerung der Mental Load, Möglichkeit zum Home-Office wo vertretbar entsprechend der New-Work-Konzepte, Arbeitszeitmodelle individualisiert und tätigkeitsbezogen ausgestaltet, Vermeidung von Mehrarbeit oder ggf. auf Wunsch mit Freizeitausgleich, gleichberechtigte

Aufstiegschancen, Jobsharing und Teilzeittätigkeit auch in Führungspositionen. Mutterschutzgesetzgebung, eine Ausdehnung der Partnermonate beim Elterngeld oder eine regelhafte Ganztagsbeschulung sind Beispiele für allgemeine politische Forderungen, jedoch können Kliniken und Universitäten viele der vorgenannten Faktoren selbst initiieren oder zumindest unterstützen [8].

Die genannten Faktoren in Verbindung mit einer qualifizierten Weiterbildung, guten Arbeitsatmosphäre und Karriereförderung sind ausschlaggebend für die Entscheidung, in ein durch Notfälle geprägtes und damit prinzipiell hochmotivierendes Fach einzusteigen, das aber eben auch rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr besetzt sein muss. Für viele Lebensbereiche, aber insbesondere die Unfallchirurgie, gilt, dass es einfacher ist, eine frische Begeisterung zu entfachen, als eine Motivation auf Dauer zu halten, mit Forderungen und Förderungen, Verantwortungsübergabe und auch mit finanziellen Anreizen. Neben einer verlässlichen Planung der Karriere und einer gegenseitigen kommunizierten Wertschätzung zählen auch positive Beispiele und Vorbilder im beruflichen Umfeld.

Weibliche Rollenvorbilder – Der Ist-Zustand

Chirurgische Chefärztinnen beschreiben sich mit Blick auf ihre männlichen Kollegen durchaus als sach- statt machtorientierter, mit stringenterem Zeitmanagement, belastbarer im OP, in der Führung als teamorientierter, mit flacherer Hierarchie agierend, im Kommunikationsstil als empathischer, auch Patient*innen und Angehörigen gegenüber, wertschätzender und selbstkritischer [7]. In der Umfrage des Jungen Forums O und U halten sich 25 % der befragten Ärztinnen im Vergleich zu Männern für die besseren Führungskräfte, umgekehrt denken dies nur 5 % der Ärzte im Vergleich zu Frauen [22].

Laut Bundesärztekammer (BÄK) sind 4,4 % aller berufstätigen Ärztinnen in einem chirurgischen Fach tätig, gegenüber 14,4 % bei den Männern. Insgesamt 11 407 Fachärzte und Fachärztinnen sind im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie tätig, 7 371 davon stationär. Insgesamt gibt es 2 048 Fachärztinnen für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie, 1 415 von ihnen, im Sinne eines Frauenanteils von 24 %, sind stationär tätig, davon 57 in leitender Funktion in der Definition der BÄK entsprechend 4 %. Von den 5 956 stationär tätigen männlichen Kollegen sind 1 040 entsprechend 18 % in leitender Funktion [1, 26]. In den BG-Verfahren sind bundesweit 3 817 Durchgangsärzt*innen zugelassen, davon 251 entsprechend 6,6 % Durchgangsärztinnen. Von diesen sind 204 niedergelassen und 47 in Kliniken zu den stationären Heilverfahren zugelassen, 33 im stationären DAV, 9 im Verletzungsartenverfahren und 5 im Schwerstverletztenartenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung [39].

Folgerichtig sind weibliche Vorbilder in der Unfallchirurgie bisher rar. Seit 2020 ist Tina Histing in Tübingen sowohl Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie als auch die erste Ärztliche Direktorin der großen BG Klinik Tübingen *(Abb. 2)*.

Abb. 2: Seit 2020 ist Professorin Dr. Tina Histing sowohl Deutschlands erste Lehrstuhlinhaberin für Unfallchirurgie als auch die erste Ärztliche Direktorin der Unternehmensgruppe BG Kliniken. (Copyright der BG Klinik Tübingen liegt vor)

Klinisch orthopädisch geprägte Lehrstühle existieren in Marburg mit Susanne Fuchs-Winkelmann, in Frankfurt mit Andrea Meurer und in Oldenburg mit Ingke Jürgensen. Die Bundeswehr, wie die Unfallchirurgie eine klassische und ausgeprägte Männerdomäne, verzeichnet mit Gesine Krüger und Erika Franke immerhin zwei Generalstabsärztinnen. Als gute Orientierungsmöglichkeit zu Rollenvorbildern sind fast alle leitenden Chirurginnen in Deutschland kurzbiographisch in dem Buch „Chirurginnen“ vorgestellt [23].

Die fehlende Diversität in der Besetzung von Führungspositionen, zu beobachten in allen chirurgischen Fachgebieten, ist ein gesellschaftliches Megathema, additiv zur fehlenden Förderung und Berücksichtigung von Frauen mit vielen weiteren Ursachen und Wechselwirkungen. Aktuell zusätzlich problematisierend wirkt das Phänomen, dass namentlich die klassischen Chefarztpositionen durch die Klinikgeschäftsführungen und dabei insbesondere durch die Klinikkonzerne über Befristungen des sicheren Arbeitsplatzes, überbordende bürokratische Verpflichtungen bei gleichzeitigen Beschneidungen von Kompetenz und Mitsprache sowie deutlich reduzierten Gehaltsaussichten zunehmend unattraktiver ausgestattet werden [21].

Laut „Jahresumfrage Junges Forum O und U 2020“ [22] wollen sich von den jungen Ärztinnen 17 % in eigener Praxis niederlassen und 4 % angestellt in einer Praxis arbeiten. Im Falle einer Klinikkarriere wollen 29 % Oberärztin, 11 % Leitende Oberärztin, 7 % Chefärztin, 1 % Klinikdirektorin und 3 % Lehrstuhlinhaberin werden. Die anderen haben ihre Wunschposition schon erreicht. Das Kernziel der beruflichen Wunschvorstellung von Studentinnen lautet: „Möglichkeiten der Familiengründung ohne Verzicht auf Karriere“ [5]. Für die digitalen Y- und Z-Generationen wird somit ein Paradigmenwechsel erkennbar, der sich der noch in den Führungspositionen befindlichen analogen Generation nur schwer erschließt. Während Mediziner*innen der Babyboomer-Generation in strengen Hierarchien sozialisiert wurden und Karriere für sie einen großen Stellenwert hatte, verschieben sich bei der jüngeren Generation die Prioritäten: „Den Chefarzt strebe ich nicht an“ [25]. Die Erfahrungsbücher zweier junger Chirurginnen finden eine weite Leser*innenschaft beim Nachwuchs und sind geeignet, in der zumeist männlichen Vorgesetztensicht neue Erkenntnisse zu erzeugen [27, 30].

Männerdomäne Fachgesellschaft – Konzepte zur Überwindung

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie verschläft derzeit die Chance, sich für den potenziellen und zwangsläufig mehrheitlich weiblichen Nachwuchs attraktiv zu machen. Der Generalsekretär äußert sich aktuell: „Spezifische Pläne zur Förderung von Unfallchirurginnen existieren nicht“ [31]. Stand 2020 war und ist im Geschäftsführenden Vorstand keine Frau vertreten. Satzung und Geschäftsordnung sind durchgehend männlich formuliert. Im Leitbild von O und U heißt es: „Wir Orthopäden und Unfallchirurgen setzen uns für das Wohlergehen und das Leben unserer Patienten ein.“

Moderne Konzepte sehen anders aus. Die Eckpunkte gibt z. B. der Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover schon 2013 vor: „Zur Durchsetzung der Chancengleichheit von Männern und Frauen ein Anreizsystem schaffen, Gleichstellungsplan als Instrument des Gender Controlling, Einführung einer Frauenquote für Führungspositionen, flexible Arbeitszeitmodelle“ [19]. Das Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ beschreibt die neue Arbeitsweise der heutigen Gesellschaft im globalen und digitalen Zeitalter u. a. mit Einführung von New Work [29]. Die Klinik für Allgemeine Chirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck hat beispielhaft ein von der EU gefördertes Projekt FamSurg (family and surgery) durchgeführt mit derzeitig ständigem Ausbau [14].

Eine erfolgreiche und wunschgerechte Karriere beruht zweifelsohne auch auf Beziehungen und Kontakten. Mangels Zugang zum old-boy network müssen Chirurginnen sich folgerichtig eigene Netzwerke aufbauen [11]. Mit dem Jungen Forum O und U gibt es seit 2003 eine Interessenvertretung des studentischen Nachwuchses, der 2018 erstmals und dem Zug der Zeit folgend mit Gina Grimaldi und Lisa Wenzel eine weibliche Doppelspitze wählte. Im Deutschen Ärztinnenbund gibt es seit 2001 ein gut funktionierendes MentorinnenNetzwerk. „Die Orthopädinnen e. V.“ netzwerken verlässlich seit 2009. 2021 wurde der Verein „Die Chirurginnen e. V.“ gegründet, das Netzwerk ist unter dem Motto „Gemeinsam einfach besser“ als eine Plattform des Erfahrungs- und Wissensaustausches für alle Frauen gedacht, die chirurgisch tätig sind sowie für interessierte Studentinnen.

Die deutsche Unfallchirurgie muss rasch verkrustete Strukturen der Selbstdarstellung, Zielsetzung und Arbeitsweise aufbrechen, schon gar nicht mehr nur, um nicht im Kampf um die besten Talente abgehängt zu werden, sondern um den überlebensnotwendigen Nachwuchs überhaupt noch im eigenen Land zu generieren. Nach 20 Jahren Fokussierung auf den Zusammenschluss mit der Orthopädie sollte das Fach den Blick auf die aktuelle gesellschaftliche Wirklichkeit richten und sich damit gleichzeitig für die akademischen Berufseinsteiger*innen, die nun einmal zu 70 % weiblich sind, attraktiv machen. Eckpunkte wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Anerkennung von Familienarbeit als Qualifikation, flache Hierarchien und eine faire Anerkennungs- und Wertschätzungskultur betreffen dabei Männer und Frauen gleichermaßen. Unfallchirurginnen

sind allerdings aufgrund der besonderen Arbeitsbedingungen mit Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft und mit Blick auf den hergebrachten Ist-Zustand des Faches besonders sensibilisiert. Wenn es nicht gelingt, gleichberechtigte Aufstiegschancen, flexible Arbeitszeitmodelle, adäquate Kinderbetreuung und für Schwangerschafts-, Mutterschutz- und Erziehungszeiten fördernde Rahmenbedingungen zu implementieren und gleichzeitig die immanenten frauenfeindlichen Riten zu stoppen, wird in Zukunft der größere Teil des potenziellen Nachwuchses das Fach meiden.

Summary

In overall terms it would be futile to replace the male dominated world of Trauma Surgery with the other extreme i. e. female domination. Rather, a fundamental rethinking with the induction of the topics relevant for female doctors – in many respects just as pertinent for male doctors – is essential. In Germany 25 % of the resident positions in Trauma Surgery and Orthopaedics are held by women doctors. Women however occupy only 4 % of the higher positions among doctors dealing with the most severely injured patients and most complex procedures. A department chair in Trauma Surgery was filled by a woman for the first time ever in 2020.

A clear requirement for the female 70 % of all medical students in their choice of specialty and career, is a well defined work and family life compatibility. Despite the advancing commercialization of medicine and the evolution of free market models that include even emergency areas such as Trauma Surgery, the general framework for female surgeons must be developed in line with current social standards. This must include the prospect and possibility of flexible working time models including parttime and job sharing even in management positions, hospital childcare facilities, provisions for child care during school holidays, family support, household-related services to reduce mental load and home office opportunities corresponding to New Work.

It is important that a career in Trauma Surgery is attractive to women both in reality and in perception with the following key points: Ruling out disadvantages or "gender penalties" during further training and career advancement because of pregnancy and motherhood. Fixing clear guidelines aimed at advancing equal opportunities for desired management positions and eradication of discriminatory and sexualized behaviour. Creating incentive schemes and transparency policies within the institutions. Only then will the 'glass ceiling' effect be abolished.

The German Society for Trauma Surgery, DGU, and the German Society for Orthopedics and Trauma Surgery, DGOU, must visibly do justice to reality in their own committees, position female surgeons adequately and use their influence to increase the participation of women in these specialty areas in a future-orientated manner. Externally,

family-promoting measures are to be politically demanded proactively and with great clarity and implemented in one's own sphere of influence. Only by doing all of this will we see the transformation of the male dominated field of Trauma Surgery into a more family and women friendly discipline, thereby reducing the risk of a shortage of surgical talents.

Literatur

1. Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2019 (2019) Ärztinnen nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeitsbereichen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19Tab04.pdf (aufgerufen: 10.10.2020)
2. Ansorg Jörg U, Leschber Gunda (2009) Chirurgin in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage 2008, 01.04.2009 BDC| Umfragen. https://www.bdc.de/chirurgin-in-deutschland-ergebnisse-einer-umfrage-2008/ (aufgerufen: 10.10.2020)
3. Anthuber Matthias (2018) „Damenrede", Nachlese Chirurgenkongress 2018. Passion Chirurgie, Mitgliederzeitschrift: DGCH, BDC, S. 77 06/11/
4. Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020) Was tun bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz? Leitfaden für Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsräte, Stand: Mai 2020, 7. Auflage. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Leitfaeden/leitfaden_was_tun_bei_sexueller_belaestigung.pdf?__blob=publicationFile&v=11 (aufgerufen: 10.10.2020)
5. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf (aufgerufen: 30.10.2020)
6. Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28.–31. Mai 2002 in Rostock. https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/105-daet-2002/zu-punkt-III-der-tagesordnung-aerztinnen-zukunftsperspektive-fuer-die-medizin/ (aufgerufen: 30.11.2020). Vortragsfolien und kompletter Vortragstext bei der Referentin Dr. Astrid Bühren
7. Bühren Astrid (2020) Chefärztinnen in der Chirurgie – Rollenvorbilder für Medizinstudentinnen und junge Chirurginnen. Passion Chirurgie. 10(7/8): Artikel 04_01.
8. Bühren Astrid (2010) Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen. In: Bühren Astrid, Schoeller Annegret (Hrsg.) Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität der Berufsausübung. Bundesärztekammer
9. Bühren Astrid (2010) Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN. Derzeitige gesetzliche Regelungen sind Hindernis für Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 3/2010, 230–233
10. Bühren Astrid (2010) Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht – Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit. In: Report Versorgungsforschung, Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, F W Schwartz/P Angerer (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag Köln
11. Bühren Astrid (2006) Netzwerke-Mentoring-Coaching – Wiedereinstieg. In: Dettmer Sabine, Kaczmarczyk Gaby, Bühren Astrid: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer, Heidelberg
12. Bühren Astrid (2001) Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils, Sonderband zum Chirurgenkongress 2001 „Umdenken in der Chirurgie", 177–190, Herausgeg. Klaus Schönleben. Hans Marseille Verlag GmbH München
13. Duarte Dante, El-Hagrassy Mirret M, Couto Tiago C E, Gurgel Walter, Fregni Felipe, Correa Humberto (2020) Male and female physician suicidality: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2020; 77: 587–597
14. FamSurg-Umsetzungsleitfaden. Ein ganzheitlicher Ansatz zur Karriereentwicklung von Chirurginnen und zur Etablierung familienfreundlicher Strukturen in der Chirurgie. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. (2014) Klinik für Allgemeine Chirurgie Campus Lübeck. www.uksh.de

15. Freimuth Axel, Rektor der Universität zu Köln (2019) Richtlinie zum Umgang mit Diskriminierung, sexualisierter Gewalt und Mobbing. 15.02.2019 in Kraft getreten. Amtliche Mitteilungen 22/2019

16. Fritze-Büttner Frauke, Toth Bettina, Bühren Astrid, Schlosser Katja, Schierholz Stefanie, Rumpel Beatrix, Helm Paul C, Bauer Ulrike M M, Dittmar Ronny, Niethard Maya, Prediger Sarah (2019) Im Fokus: Schwanger im OP. BDC-Umfrageergebnisse: Operieren in der Schwangerschaft. Passion Chirurgie 03/1/2019, 9–163

17. Gerst Thomas (2002), TOP III – Ärztinnen – Zukunftsperspektive für die Medizin: Familie und Beruf – beides muss möglich sein. Politik: Deutscher Ärztetag. Dtsch Arztebl 2002; 99 (23): A-1563 / B-1316 / C-1230. https://www.aerzteblatt.de/archiv/31872/TOP-III-Aerztinnen-Zukunftsperspektive-fuer-die-Medizin-Familie-und-Beruf-beides-muss-moeglich-sein (aufgerufen: 03.11.2020)

18. Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium. https://www.gesetze-im-internet.de Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG). Ausfertigungsdatum: 23.05.2017. Vollzitat: „Mutterschutzgesetz vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), das durch Artikel 57 Absatz 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist“ Hinweis: Geändert durch Art. 57 Abs. 8 G v. 12.12.2019 I 2652 (aufgerufen: 21.12.2020)

19. Gleichstellungsmaßnahmen der Medizinischen Hochschule Hannover Dokumentation und Konzept. (2013) Präsident und Vorstand für Forschung und Lehre der MHH Prof. Dr. med. Bitter-Suermann, 26.03.2013.

20. Henne-Bruns Doris (2020) Verantwortung in der Medizin heute, leicht modifiziert nach Video-Abschiedsvorlesung von Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns. CHAZ 21: 532–536, Kaden Verlag, Heidelberg

21. Hoffmann Reinhard (2020) Chefarzt – ein Auslaufmodell?! Orthopädie und Unfallchirurgie, 10 (6), 46–49

22. Jahresumfrage Junges Forum O und U 2020. https://jf-ou.de/projekte/umfragen/ (aufgerufen: 08.03.2021)

23. Klimpel Volker (2021) Chirurginnen. Dr. Reinhard Kaden Verlag, Heidelberg

24. Knieper Catherine, Ramsauer Babette, Hancke Katharina, Woeckel Achim, Ismail Lars, Bühren Astrid, Toth Bettina (2014) „Schwanger und Operieren“: Auswertung einer deutschlandweiten Erhebung unter Frauenärztinnen und Chirurginnen. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014 Sep; 74 (9): 875–880. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. New York

25. Kreis Torsten (2014) Talentmanagement: Der Kampf um Arbeitskräfte. Dtsch Arztebl 111(19): [2]

26. Lutz Patricia M, Lenz Julia, Achtnich Andrea, Geyer Stephanie (2020) Ärztinnen in der Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland: ein aktueller Status Quo. Orthopäde, https://doi.org/10.1007/s00132-020-04048-7, published online: 08.12.2020

27. Müller Lieschen (2020) „Oha, können Sie denn auch operieren?“ Eine junge Unfallchirurgin erzählt aus ihrem Klinikalltag. Hanserblau

28. Niethard Maya, Donner Stefanie (2014) Positionspapier „Operieren in der Schwangerschaft“. Erarbeitet in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, dem Jungen Forum O&U und dem Perspektivforum Junge Chirurgie. www.OPidS.de (aufgerufen: 19.09.2020)

29. Operation Vereinbarkeit: Kulturwandel im Krankenhaus/Zukunft der Arbeit. https://www.erfolgsfaktor-familie.de/news-1/meldung/operation-vereinbarkeit-kulturwandel-im-krankenhaus.html (aufgerufen: 02.11.2020)

30. Ostmüller Klara (2008) Aeskulap’s zerbrochener Stab – Weg zur Chirurgin. ARAKI-Verlag, 1. Auflage

31. Pennig Dietmar, Beantwortung eines von den Autorinnen am 11. August 2020 an die Geschäftsstelle der DGU gerichteten Fragenkatalogs per Mail vom 24. August 2020.

32. Penzoldt Franz (1898) Das Medizinstudium der Frauen. Referat auf dem 26. Deutschen Aerztetag zu Wiesbaden. Jena

33. Püschel Klaus, Schalinski Sarah (2006) Zu wenig Hilfe für sich selbst – Ärzte in Suizidgefahr. Archiv für Kriminologie, 21b; 89–98

34. Toth Bettina, Bühren Astrid (2011) Ich bin schwanger und operiere trotzdem – alles klar? Chir Allg 12: 168–170

35. Toth Bettina, Schütz Florian, Strowitzki Thomas, Sohn Christof (2011) Heidelberger Schwangerschafts- & Elternzeitprogramm (HeiSEP). FRAUENARZT, 52, 9, 849–51

36. Weiss Roberts, Laura (2020) Women and Academic Medicine. Acad Med. 2020 Oct; 95 (10): 1459–1464.

37. Wicker Sabine, Rabenau Holger F, Haberl Annette E, Bühren Astrid, Bechstein Wolf O, Sarrazin Christoph M (2012) Blutübertragbare Infektionen und die schwangere Mitarbeiterin im Gesundheitswesen Risiko und Präventionsmaßnahmen. Der Chirurg, 83, 136–142

38. Würzen Barbara von (2020) Rollen und Aufgabenverteilung bei Frauen und Männern in Corona-Zeiten. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage, Bertelsmann

39. Zeitler Harald, Persönliche Mitteilung (2020) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Landesverband Südost, Stand 15.12.2020

In Absprache mit den Editoren werden in diesem Literaturverzeichnis die Vornamen der Autoren und Autorinnen ausgeschrieben. Dies entspricht nicht der Zitierweise nach „Der Unfallchirurg", trägt aber dem Inhalt des Artikels Rechnung.