

Der Rede wert

# Ärztinnen im Kreißaal sind wichtiger denn je

Leider suchen sich viele Ärztinnen im Laufe ihres Berufslebens eine Tätigkeit außerhalb der Kreißsäle. Im Kreißaal werden sie aber – besonders vor dem Hintergrund weiterer drohender Pandemien – dringend benötigt. Denn die aktuelle Covid-19-Pandemie zeigt ein weiteres Mal: Frauen sind das starke Geschlecht.

**D**ie Absolventen des Medizinstudiums sind zu einem Drittel Männer und zu zwei Drittel Frauen. Ärztliche Berufsanfänger an Frauenkliniken sind zu rund 80 % weiblich. Sie versorgen wesentlich die Patienten im Kreißaal. Nach der Weiterbildungszeit jedoch verlässt die Mehrheit die Klinik. Laut den Daten des Future Health Index 2020 [1] ist für drei von vier Angehörigen in Gesundheitsberufen unter 40 Jahre regelmäßiger beruflicher Stress ein Problem. Ein Drittel überlegt, den Beruf im Gesundheitswesen aufzugeben. Das liegt wesentlich an der Kluft zwischen medizinischer Ausbildung und täglichen beruflichen Anforderungen. Zur Digitaltechnik besteht mehrheitlich ein ambivalentes Verhältnis. Vier von zehn können mit den verfügbaren Daten nicht gut arbeiten und ein Drittel fühlt sich durch Datenmengen „erschlagen“. In der Befragung wurde jedoch nicht detailliert unterschieden zwischen Ärztinnen und Ärzten.

Eine Dissertation zum Burnout-Risiko bei Medizinstudierenden kommt zu dem Schluss, dass Frauen alle Studienbereiche weniger positiv erlebten als Männer, Studentinnen waren außerdem mit ihren Studienleistungen seltener zufrieden [2]. Von im Studium vermittelten Strategien zur Stressbewältigung berichteten 13 % der Frauen und 44 % der Männer. Von 450 befragten Medizinstudierenden im klinischen Semester waren 64 % Frauen und 36 % Männer.

Die Ergebnisse stimmen jedoch nicht mit den Erfahrungen überein, die ich in 20 Jahren als Prüfer und Prüfungsvorsitzender von mündlichen Prüfungen gewonnen habe: Studentinnen schnitten darin besser ab als ihre männlichen Mitstreiter.

Ärztinnen berichten häufiger über Defizite in der geburtshilflichen Ausbildung und haben oft ethische Probleme mit „learning by doing“. Studenten berichteten in obiger Studie oft von sinkender Empathiefähigkeit im Verlauf des Studiums. Das ist für Studentinnen kaum zu ertragen und für Ärztinnen im Kreißaal erst recht nicht. Letztere haben meiner Erfahrung nach ein anderes Risikoverständnis und mehr Geduld,



**Prof. Dr. med. Dipl. Psych. J. Matthias Wenderlein**

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Ulm

beispielsweise beim Prostaglandin-Einsatz mit individueller Dosisfindung.

## Frauen und Gesundheit

Aus Selbstschutz geben viele Ärztinnen die Klinik­tätigkeit auf. Generell achten Frauen mehr auf ihre Gesundheit und haben deshalb auch eine höhere Lebenserwartung. Kurioserweise haben Mönche, die vor dem 40. Lebensjahr ins Kloster gegangen sind, wo feste Regeln herrschen, eine ähnlich hohe Lebenserwartung wie Frauen [3]. Eine biologische Erklärung für den Vorteil der Frauen könnte der XX-Chromosomen-



Viele Ärztinnen verlassen im Laufe ihres Arbeitslebens die Klinik und damit auch die Kreißsäle.

© Hans Wiedl / ZB / picture-alliance

satz sein, der mit einer besseren Proges-  
teron-Versorgung einhergeht als ein  
XY-Chromosomensatz. Dieses Hormon  
fördert Stressbewältigung und umsich-  
tiges Risikoverhalten. Unter Testostero-  
n besteht die Tendenz zu aggressivem  
Verhalten, was unter anderem in den  
Unfallstatistiken deutlich wird.

Auch das Immunsystem ist genderspe-  
zifisch einzustufen: Frauen sind besser  
ausgestattet als Männer. Das bestätigen  
auch die aktuellen Corona-Daten. Bei  
den Todesfällen in Wuhan war die Letal-  
ität aufgrund einer Pneumonie bei  
Männern deutlich höher als bei Frauen.  
Das wurde unter anderem mit dem er-  
höhten Nikotinkonsum unter Männern  
erklärt (50 % vs. 3 %, in Deutschland:  
32 % vs. 20 %). Nach Daten des Robert  
Koch-Instituts (RKI) beträgt das Infek-  
tionsrisiko bei Männern 52 % und bei  
Frauen 48 %, das Letalitätsrisiko jedoch  
bei 65 % beziehungsweise 35 %. Nach der  
Menopause hebt sich dieser Unterschied  
auf.

Diese Unterschiede sind biologisch er-  
klärbar: Der XX-Chromosomensatz ist  
mit vielen Genen für das Immunsystem  
ausgestattet, Männer mit nur einem X-  
Chromosom sind daher benachteiligt.  
Mit XX gelingt offenbar die Virusab-  
wehr schneller. Der Nachweis eines  
schnelleren Antikörperanstiegs steht je-  
doch noch aus.

### Frauen im fertilen Alter mit besserer Virusabwehr?

Auch der Autor einer kanadischen Stu-  
die kommt im British Medical Journal  
zu folgendem Schluss [4]: Die Immunab-  
wehr gegen Erkältungsviren (oft Coro-  
na-Subtypen) sei bei Männern weniger  
erfolgreich als bei Frauen gleichen Alters.  
Dazu wurden unter anderem Tierexpe-  
rimente angeführt, in denen Östrogene  
einen stimulierenden Effekt auf die Im-  
munabwehr hatten. Auch an menschli-  
chen Zellkulturen bestätigte sich das:  
Die Abwehr gegen Rhinoviren war bei  
Frauen im fertilen Alter besser als bei  
Männern. Wurden Östrogenrezeptoren  
blockiert, dann hob sich der Geschlech-  
terunterschied auf. Klinisch wurde auf  
Influenzaepidemien in den USA (1997–  
2007) und Hongkong (2004–2009) ver-  
wiesen, mit höherer Mortalität bei Män-  
nern.

Der kanadische Kollege erklärt in sei-  
ner Untersuchung: Östrogene haben im-  
munfördernde Eigenschaften, Testostero-  
n wirke eher immunsuppressiv. Bestä-  
tigt wird dies auch durch eine aktuelle  
Studie aus Wuhan mit 30 infizierten  
Schwangeren [5]: Lediglich 9 % der Neu-  
geborenen wurden positiv getestet. Das  
ist für die Kinderklinik einer 11-Millio-  
nen-Metropole eine geringe Fallzahl!

### Kreißsäle brauchen qualifiziertes Personal und weniger Ökonomie

Hoch qualifiziertes ärztliches Personal  
und erfahrene Hebammen sind für die  
Gesellschaft relevant. Die Ergebnisse ei-  
ner skandinavische Studie belegen, dass  
bereits 5-Minuten-Apgar-Werte von 8  
für die spätere kindliche Entwicklung  
nachteilig sind [6]. Auch zur Versorgung  
von Rissverletzungen sind rund um die  
Uhr qualifizierte Ärzte mit vieljähriger  
Erfahrung nötig [7]. Denn Inkontinenz  
jeglicher Art reduziert die Lebensquali-  
tät und kann im Extremfall das Leben  
verkürzen, durch Depression und sozia-  
ler Isolation. In 35 Jahren Tätigkeit im  
Kreißsaal habe ich die Beobachtung ge-  
macht, dass Ärztinnen für diese Proble-  
matik der Gebärenden eher mehr Empa-  
thie zeigen – wahrscheinlich weil sie  
selbst auch schon ähnliche Erfahrungen  
machen mussten.

Theoretisch würden sich Ärztinnen  
den Herausforderungen im Kreißsaal  
langfristig stellen, jedoch fehlen ihnen  
berufliche Perspektiven. Das „Rein-  
raus-Rotieren“ bei Kreißsaaltätigkeit ist  
meist nur Stress und für das Ziel einer  
möglichen Praxistätigkeit nur bedingt  
sinnvoll.

Ich hatte das Glück unbefristeter Tä-  
tigkeiten. Damit war der Kreißsaal keine  
stressige Arbeit, sondern eine abwech-  
slungsreiche Herausforderung. Warum  
erwähne ich dieser Exkurs? Weil viel  
Stress führt intelligenterweise zu Ver-  
meidungsverhalten, also „Flucht“ – und  
das bedeutet nach der Facharzt-Prüfung  
in die Praxis zu gehen.

Zusätzlich erhöht Dauerstress zwei-  
felsohne das Infektionsrisiko, auch bei  
ärztlichem Personal. Kliniken sind da-  
für besonders prädestinierte Orte. Nach  
dem RKI haben sich 2019 circa 600.000  
Menschen eine Krankenhausinfektion  
zugezogen, 10.000–20.000 verstarben

daran. Und auf Seiten des Krankenhaus-  
personals geht die Hygienefrage weiter:  
17.000 Pflegestellen sind nicht besetzt.  
Putzdienste externer Firmen haben zu  
oft Mitarbeiter mit mäßigen Deutsch-  
kenntnissen. Wissen sie sicher, welche  
Verantwortung sie mit ihrer Tätigkeit  
ausüben? Haben Klinikverantwortliche  
(meist Männer) die eingesparten Putz-  
kosten mit Infektionsproblemen hoch-  
rechnen lassen?

Kreißsäle, als wesentlicher Teil unse-  
res Gesundheitssystems, sind als Da-  
seinsfürsorge zu verstehen. Dort wird  
mit einer risikoarmen Geburt der  
Grundstein für das spätere Leben gelegt.

### Sind Männer im Gesundheitswesen für Notfallszenarien geeignet?

Möglichst alle Lebensbereiche sollten  
nicht nur für den Alltag ausgelegt sein,  
sondern auch Notfallszenarien gerecht  
werden. Unser Gesundheitswesen ist  
kaum für eine Notversorgung ausge-  
richtet und das mit der Begründung  
fehlender finanzieller Mittel. Für die  
Feuerwehr gilt das nicht. Auch Bauun-  
ternehmen verbauen in Hochhäuser  
nicht nur die Hälfte des Stahls, obwohl  
dieser für Normalzeiten ausreichen  
würde.

Die Coronakrise ist nicht nur durch  
das hoch ansteckende Virus bedingt,  
sondern auch durch einen massiven  
Mangel an Schutzmaterial und zu weni-  
gen Arbeitskräften, teils mit vermeidba-  
ren Letalitätfolgen. Sollten im Gesund-  
heitswesen die Entscheidungsfunkti-  
onen mehr von Frauen übernommen wer-  
den, da diese weniger risikoreich  
agieren? Wäre diese auch menschlich  
mit verursachte Katastrophe durch mehr  
Frauen in Führungspositionen weniger  
problematisch verlaufen?

Ein wichtiger Unterschied zwischen  
Männern und Frauen kommt in einer  
aktuellen Längsschnittstudie zutage, die  
35–55-jährigen Probandinnen und Pro-  
banden (n = 6.117), also jenem Alter, das  
die meisten „Dienstleister“ an Kliniken  
haben, untersuchte [8]. Bei über 30 Jah-  
ren Gesamtbeobachtung wurde der  
Zusammenhang zwischen Alkoholkon-  
sum und Schlafdauer/Insomnie unter-  
sucht. Bei den Männern konsumierten  
15,7 % pro Woche 168 g Alkohol bei den  
Frauen waren dies nur 2,4 %. Das ist ein

Unterschied um den Faktor 7. In der Kategorie Risikokonsum (Audit 5 und mehr) waren Männer doppelt so oft vertreten wie Frauen (30,5 % zu 12,8 %). Die Menge von 168 g Alkohol (entspricht 4 l Bier) pro Woche ging mit ungünstigen Schlafprofilen einher. Männer mit darüber liegendem Konsum wachten nachts häufiger auf als jene mit moderatem Konsum (relatives Risiko [RR]: 1,52). Erwartungsgemäß war das assoziiert mit häufiger morgendlicher Müdigkeit (RR: 1,37). Das galt auch für Männer mit „instabilem“ Konsum, die Alkohol als eine „Einschlafhilfe“ nutzten. Laut den Studienergebnissen ist die Leistungsfähigkeit von Frauen ab 30 Jahren weniger durch Alkoholkonsum eingeschränkt. Wie wichtig ist es doch, morgens im Kreißaal ausgeruhte leitende Ärzte anzutreffen – für Schwangere und Hebammen gleichermaßen!

### Risikofaktor Alter anders bewerten

Die US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) berichteten am 9. April 2020 von Corona-Infektionen bei 10.000 Klinikmitarbeitern. Vier von zehn seien unter 54 Jahre alt gewesen, zehn von 27 Verstorbenen waren über 65 Jahre alt. Um für die nächste Pandemie gewappnet zu sein, müsste beim ärztlichen Personal langfristig eine Auswahl getroffen werden, dass möglichst wenige Personalausfälle zu erwarten sind. Schon jetzt ist zu handeln. Auch in den Kreißsälen ist das Personal gefährdet, da Abstandsregeln kaum eingehalten werden können, auch nicht in Isolations-Kreißsälen.

### Ärztinnen für Kreißaal-Tätigkeit favorisieren

Die nächsten Pandemien kommen sicher: durch Erd-Erwärmung, Abnahme der Artenvielfalt und Desinfektionsmittel-Einsatz im öffentlichen Raum. Neue riskante Viren/Bakterien sind zu erwarten. Kreißsäle lassen sich jedoch nicht einfach schließen. Wie die erwähnten Studien gezeigt haben, sind Frauen für die Klinik- und die Kreißaaltätigkeit zu favorisieren.

Es muss mehr dafür getan werden, damit Ärztinnen an längerfristiger Tätigkeit im Kreißaal interessiert sind. Deren derzeitige mehrheitliche Ablehnung

ist sowohl verantwortungsvoll als auch intelligent. Die Weiterbildung muss klinisch orientierter werden und den hohen Ansprüchen von Ärztinnen entsprechen. Dass ein höherer Anteil an Ärztinnen die Versorgungsqualität an Kliniken verbessern, wurde 2018 durch zwei Studien bestätigt [9, 10]. Die klinische Kompetenz von Frauen ist mehr gefordert denn je.

Bei zu erwartenden erneuten Erregerpandemien sind Kreißsaalschließungen nicht möglich – dafür brauchen wir Ärztinnen.

*Prof. Dr. med. Dipl. Psych.  
J. Matthias Wenderlein*

### Literatur

1. Philips Healthcare. The age of opportunity. Future Health Index 2020; <https://www.philips.com/c-dam/corporate/newscenter/global/future-health-index/report-pages/experience-transformation/2020/philips-future-health-index-2020-report-the-age-of-opportunity-direct.pdf>
2. Peter Rädler. Abschätzen des Burnout-Risikos bei Medizinstudenten im Vergleich zu Studenten anderer Fachrichtungen mit Bezug zu soziobiographischen Daten (Pilotstudie an 1423 Studierenden). Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Ulm 2012
3. Die Klosterstudie zur Erforschung der Determinanten von Gesundheit und Lebenserwartung. Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW), Institut für Demographie, Forschungsgruppe Gesundheit und Lebenserwartung. Studienleiter: Dr.MarLuy.info@klosterstudie.de
4. Sue K. The science behind “man flu”. *BMJ* 2017;59:j5560
5. Zeng L et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr* 2020 March 26
6. Razaz N. Association between Apgar scores of 7 to 9 and neonatal mortality and morbidity: population based cohort study of term infants in Sweden. *BMJ* 2019;365:11656
7. Beilecke K. Postpartale Verletzungen – Bereits im Kreißaal anatomisch korrekt versorgen. *gynäkologie + geburtshilfe* 2020;25(2):35-8
8. Britton A et al. The association between alcohol consumption and sleep disorders among older people in the general population. *Sci Rep* 2020;10(1):5275
9. Greenwood BN et al. Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart at-tack patients. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018;115(34):8569-74
10. Regitz-Zagrosek V. Unsettled Issues and Future Directions for Research on Cardiovascular Diseases in Women. *Korean Circ J* 2018;48(9):792–812