

PRESSEMAPPE

28. Internationaler Weltärztinnenkongress

28. bis 31. Juli 2010
Münster/Deutschland



Globalisation in Medicine -
Challenges and Opportunities

Globalisierung in der Medizin -
Herausforderungen und Chancen



28. Internationaler Weltärztinnenkongress Münster 2010

www.mwia2010.net

www.aerztinnenbund.de

Ärztinnen und Ärzte aus aller Welt treffen sich in Deutschland

**Angola • Armenia • Australia • Austria • Azerbaijan • Belarus • Belgium
Brazil • Canada • China • Cuba • Czech Republic • Denmark • Ecuador
Egypt • Finland • France • Germany • Ghana • Greece • Hungary • India
Indonesia • Iran • Ireland • Israel • Japan • Jordan • Kenya • Korea
Kosovo • Mongolia • Nigeria • Norway • Philippines • Romania • Russia
Sweden • Switzerland • Taiwan • Tanzania • Thailand • The Netherlands
United Kingdom • USA • Zambia**

Inhalt

Über den Weltärztinnenbund und den Deutschen Ärztinnenbund	2
Das Lokale Organisationskomitee	4
Das Internationale Wissenschaftskomitee	5
Fototermin: Kampagne von medica mondiale "Im Einsatz"	6
Ausgewählte Abstracts.....	7
Der Deutsche Ärztinnenbund in den Medien.....	11

Pressekontakt

Gundel Köbke, Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Tel. +49 (0) 30 8868 37 48,
Mobile +49 (0) 170 551 80 55, Email: gundel.koebke@t-online.de
Petra Conradi: Medienarbeit regional Münster, Tel. +49 (0)251 68 69 114,
Mobil +49 (0) 176 96 43 57 94, E-Mail: mail@petra-conradi.de

Über die Medical Women's International Association (MWIA)

Die **Medical Women's International Association (MWIA)** ist der weltweite Zusammenschluss von nationalen Ärztinnenverbänden. In Ländern, in denen keine nationalen Ärztinnenvereinigungen existieren, können Ärztinnen als Einzelmitglieder dem MWIA beitreten. Die MWIA wurde am 25. Oktober 1919 gegründet. Sie ist damit auf internationaler Ebene die erste ärztliche Vereinigung überhaupt. Zur ersten Präsidentin wurde Esther P. Lovejoy gewählt, der erste internationale Kongress der Organisation 1922 abgehalten. Mitte der 1950er Jahre begann die Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen.

Ziel des Weltärztinnenbundes ist der weltweite Austausch über Gesundheitsfragen, insbesondere unter dem Aspekt der unterschiedlichen Lebenslagen und Gesundheitsbedürfnisse von Frauen im Vergleich zu Männern. Weiterhin engagiert sich der MWIA für die Überwindung von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten im Arztberuf. Die Medical Women's International Association arbeitet mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen, hat einen Kategorie-II-Status beim UN-Wirtschafts- und Sozialrat und ist am Impfprogramm der UNICEF beteiligt.

Im Jahr 2009 gehörten der MWIA Mitglieder aus 76 Ländern an. Auf den im 3-Jahres-Rhythmus in wechselnden Ländern stattfindenden MWIA - Kongressen findet zugleich die Generalversammlung statt. Unabhängig von Kultur und politischen Systemen vernetzt die MWIA Ärztinnen weltweit.

Waltraud Diekhaus, Vizepräsidentin der MWIA für Zentraleuropa: „Die gelebte Solidarität vereint uns in diesem Verband. Die Vernetzung von Ärztinnen lässt uns über den Tellerrand blicken, bringt unterschiedliche medizinische Erkenntnisse, weitet den Horizont und gibt wesentlich tiefere Einblicke in die Medizin, die Kultur und die Menschen eines Landes als es eine Urlaubsreise je könnte. Darüber hinaus macht uns der Zusammenschluss stärker.“

Das von der MWIA herausgegebene Trainings-Handbuch für Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist ein wichtiges, weit über die MWIA hinaus bekannt gewordenes Beispiel, wie ein Projekt auf internationaler Ebene durchgeführt und zum gegenseitigen Nutzen erarbeitet werden kann.

PRESIDENT

Dr. Atsuko Heshiki (Japan)

IMMEDIATE PAST PRESIDENT

Dr. Gabrielle Casper (Australia)

PRESIDENT ELECT

Dr. Afua Hesse (Ghana)

SECRETARY-GENERAL

Shelley Ross (Canada)

<http://www.mwia.net>



Prof. Dr. med. Atsuko Heshiki, Präsidentin der Medical Women's International Association (MWIA), Japan und Dr. med. Waltraud Diekhaus, Vizepräsidentin der MWIA für Zentraleuropa, Deutschland

Über den Deutschen Ärztinnenbund (DÄB)

Zwischen 1900 und 1909 konnten in den deutschen Staaten erstmals Frauen zum Medizinstudium zugelassen werden. Erst 1924 wurde der damalige Bund Deutscher Ärztinnen gegründet.

Heute ist der **Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB)** ein Netzwerk von Ärztinnen und Zahnärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder. Wir setzen uns für Rahmenbedingungen im Arztberuf ein, bei denen sich Beruf und Privatleben für Frauen und Männer in einer ausgewogenen Balance befinden. Dies bedeutet auch, dass wir gleiche Karrierechancen für Frauen fordern und uns für familienfreundliche Arbeitsbedingungen stark machen. Wir engagieren uns für eine nach Geschlecht differenzierende Gesundheitsforschung und -versorgung, von der Frauen und Männer und nicht zuletzt auch das Gesundheitssystem profitieren.

Was bietet der Deutsche Ärztinnenbund?

- Wir bilden ein Forum für Gedankenaustausch, Vernetzung und Diskussion unter Ärztinnen und in der Gesundheitspolitik
- Wir machen Ärztinnen fit für Beruf und Karriere
- Wir vertreten die beruflichen und gesellschaftspolitischen Interessen von Ärztinnen und Zahnärztinnen in der Öffentlichkeit, in der Politik und Berufspolitik
- Wir unterstützen junge Kolleginnen bei der Durchsetzung ihrer Forderungen und Ansprüche in der Weiterbildung
- Wir engagieren uns für familienfreundliche Rahmenbedingungen im Krankenhaus und in der Praxis
- Wir befassen uns mit dem Thema Ärztinnengesundheit
- Wir setzen uns für eine Gesundheitsforschung und -versorgung ein, die nach Geschlecht im Sinne von Sex als biologischer und Gender als sozialer Kategorie differenziert.



(v.l.n.r.): Prof. Dr. med. Marianne Schrader, Dr. Inke-Iria Doench, Dr. med. dent. Lore Gewehr, Barbara Spill-Doleschal, Dr. med. Regine Rapp-Engels, Dr. med. Ute Luckhaupt, Dr. med. Karin Rudzki, Dr. med. dent. Brita Petersen, Dr. med. Erla Spatz-Zöllner, Dr. med. Anne Grund, Dr. med. Kirstin Borchers

<http://www.aerztinnenbund.de>

LOKALES ORGANISATIONSKOMITEE

- Dr. med. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (Präsidentin)



Foto: Ulrike Dammann

- Prof. Dr. med. Dr. rer.nat. Bettina Pfeleiderer



Foto: Ulrike Dammann

- Dr. med. Hedwig Wening



INTERNATIONALES WISSENSCHAFTSKOMITEE

- Prof. Dr. med. Dr. rer.nat. Bettina Pfeleiderer (Vorsitzende)



Foto: Ulrike Dammann

- Prof. Dr. med. Marianne Schrader, Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes



- Dr. med. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes



- Prof. Afua A. J. Hesse, Ghana (President-elect MWIA)



- Prof. Dr. Kyung Ah Park, Korea (Financial Chair of the MWIA)



- Dr. Shelley Ross, Canada (Secretary-General MWIA)



Fototermin am 28. Juli 2010 um 14 Uhr auf dem Lambertikirchplatz

Im Einsatz für Frauen in Kriegs- und Krisengebieten

Mit einem „Frauen(auf)Marsch“ vor der Lambertikirche ruft *medica mondiale* zum Auftakt des Weltärztinnenkongresses zur Solidarität mit Vergewaltigungsoptionen auf

Herzstück der Kampagne „Im Einsatz für Frauen in Kriegs- und Krisengebieten“ sind 36 Schaufensterpuppen, die am Mittwoch (28. Juli 2010) vor der Lambertikirche in Münster stehen. Sie tragen blaue T-Shirts mit der Aufschrift „Kriegsbeute“ und auf dem Rücken Zitate von vergewaltigten Frauen. Im Mittelpunkt der Kampagne stehen insbesondere traumatisierte Frauen und Mädchen in Afghanistan, in der Demokratischen Republik Kongo und in Liberia.



Foto: Stefanie Keienburg / *medica mondiale*

Ausgewählte Abstracts

KEYNOTE

Wie global ist die Gesundheit?

Ilona Kickbusch, Graduate Institute Geneva, Geneva, Switzerland

Da Gesundheit global ist, muss auch die Gesundheitspolitik auf eine andere Art und Weise geführt werden. Während die Kontrolle von Gesundheit und Gesundheitssystemen nach wie vor ein zentraler Bereich nationaler Politikgestaltung ist, wird der Schutz der Gesundheit einer Bevölkerung zunehmend zwischen Innenpolitik und Außenpolitik eingeordnet. Er ist in gleichem Maße von Entscheidungen internationaler und regionaler Einrichtungen und von Entscheidungen anderer Länder abhängig wie von Entscheidungen, die „zu Hause“ gefällt werden. Er hängt stark von globalen Geschäftsfeldern und politischen Bereichen wie Klimawandel, Ernährung oder Landwirtschaft ab. Zum Thema Gesundheit wird nun über die Vorbereitung auf Pandemien und deren Eindämmung, den Zugang zu Medikamenten und deren Preis, die Mobilität von medizinischen Fachkräften oder die wirtschaftlichen Auswirkungen öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen auch auf globaler Ebene oder in regionalen Einrichtungen wie der Europäischen Union verhandelt. Viele Länder und Organisationen haben dies erkannt und dem Thema Gesundheit auf ihrer jeweiligen politischen Agenda aktiv einen höheren Stellenwert eingeräumt. Dabei geht es darum, die Rolle der Gesundheit in vielen verschiedenen politischen Bereichen, in der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung, in der Außenpolitik und im Zusammenhang mit Sicherheit und Handel besser zu verstehen. In der Tat sorgt diese Ausdehnung gesundheitsbezogener Überlegungen und die globale Dimension vieler politischer Bereiche für zähere Verhandlungen als dies in der Vergangenheit der Fall war, da heute mehr auf dem Spiel steht. Als Folge davon werden viele globale Gesundheitsfragen stark politisiert und wandern aus dem rein technischen Bereich der Gesundheit der Weltbevölkerung in den Bereich der Weltpolitik. Gleichzeitig beeinflussen zunehmende Interdependenzen und bedeutende Machtverschiebungen auf geopolitischer Ebene Programme und geplante Maßnahmen.

Schlussfolgerungen: Die Ausdehnung des Themas Gesundheit auf verschiedene Bereiche der Politik bedeutet, dass es einen strategischen Platz in der internationalen Agenda, in der Außenpolitik und in der Entwicklungspolitik einnimmt. Thematisiert werden hierbei Pandemien, Bioterrorismus, Entwicklung, Menschenrechte, Gerechtigkeit, Handel und humanitäre Aktivitäten. Einige Länder haben bereits auf nationaler Ebene globale Gesundheitsstrategien entwickelt, um all diese Bereiche zusammenzuführen. Dies bedeutet auch, dass sich Außenpolitik verändern und Entwicklungspolitik neu überdacht werden muss. Im Rahmen einer solchen Politik ist es wichtig zu verstehen, dass nationale Sicherheit heute eine grundlegend andere Bedeutung hat. In einer kürzlich verabschiedeten Resolution der UN-Generalversammlung haben sich verschiedene Länder darauf verständigt, den „Einfluss auf die Gesundheit“ zu einem Ausgangspunkt und zu einem Leitmotiv zu machen. Hierzu gehört die Untersuchung von außenpolitischen Schlüsselementen und Entwicklungsstrategien sowie der aktive Dialog darüber, wie aus dieser Perspektive mit politischen Optionen umgegangen werden kann.

SUCHT

Tobacco Free United – Gesundheitsfachkräfte für ein Leben ohne Tabak

Christa Rustler, Manja Nehr Korn, Julia Sahling, Sibylle Fleitmann, German Network for Tobacco Free Health Services, Berlin, Germany.

Eine rauchfreie Gesellschaft ist anerkanntermaßen ein erstrebenswertes Ziel. Dies zu erreichen ist nicht leicht, aber in der Zusammenarbeit mit allen Schlüsselbereichen der Gesellschaft kann es gelingen. Gesundheitseinrichtungen, darunter vor allem Krankenhäuser, haben die wichtige Verpflichtung, den Kampf gegen den Tabakkonsum und des-

sen gesundheitsschädlichen Auswirkungen anzuführen. Zu dieser Verpflichtung gehört nicht nur das Einrichten einer rauchfreien Umgebung zum Schutz vor passivem Rauchen, sondern auch die aktive Unterstützung der Raucher und Tabakkonsumenten bei ihrer Entwöhnung. Dies betrifft sowohl Patienten als auch Personal aus allen Bereichen. Dies ist die zentrale Botschaft des Kodex und der Standards des ENSH für rauchfreie Gesundheitseinrichtungen. Es wurde ein internationaler Zertifizierungsprozess eingeführt, um Informationen zu erhalten und auszutauschen und um Gesundheitseinrichtungen zu unterstützen und zu ermutigen, die Standards des ENSH bestmöglich umzusetzen. Tobacco Free United (TFU) entstand als eine gemeinsame Task Force zwischen den wichtigsten Partnern auf dem Gebiet der Tabakkontrolle in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen: dem International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) und dem ENSH-Global Network for Tobacco Free Healthcare Services. Die Hauptaufgabe von TFU ist es, Synergien zwischen den beiden Netzwerken herzustellen und Gesundheitsfachkräfte, Kliniken und Gesundheitseinrichtungen mit Einzelpersonen und Organisationen für eine rauchfreie Gesellschaft zu rekrutieren. Zugrunde liegen die Grundsätze der Ottawa Charta, das WHO-Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), die Empfehlungen der WHO zur Beteiligung von Gesundheitsfachkräften an der Eindämmung des Tabakgebrauchs sowie die Unterstützung bei der Umsetzung der Standards und Instrumente des ENSH.

Schlussfolgerungen: Die ENSH-Selbsteinschätzung, das Hauptinstrument zur Überwachung und Umsetzung der internationalen Standards, wurde von 1173 Krankenhäusern, Kliniken und Pflegeheimen in 10 Netzwerken in 9 europäischen Ländern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen nur durch eine vollständige Umsetzung der ENSH Standards ernsthaft die Thematik Tabak und Tabakentwöhnung in den Griff bekommen können. Die Präsentation enthält einen Überblick über die Standards und Instrumente des ENSH, den Zertifizierungsprozess sowie einige Beispiele guter Praxis. Der TFU Pakt zur Tabakkontrolle in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen sowie die TFU Charta für Gesundheitsberufe werden vorgestellt. In Anlehnung an das Motto des Weltnichtrauchertages 2010, „Geschlecht und Tabak mit dem Augenmerk auf frauenorientiertem Marketing“ wird der Schwerpunkt darauf liegen, Frauen im Gesundheitswesen gegen Tabakkonsum zu mobilisieren.

ERNÄHRUNG

Selfish Brain: Ursprung der Adipositas

Prof. Dr. med. Achim Peters, University of Lübeck, Lübeck, Germany

Adipositas und Diabetes Typ II stellen mittlerweile in vielen Industrieländern die Hauptursachen gesundheitlicher Probleme dar. Es gibt eine Anzahl von Theorien, der möglichen determinativen Ursache der Adipositas auf den Grund zu gehen. So wird u. a. die Ansicht vertreten, dass die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln die Nahrungsaufnahme bestimmt, d.h. Adipositas ist das Ergebnis eines externen Energiepush in den Körper. Ferner wird die Theorie aufgestellt, dass das Energiemilieu im menschlichen Organismus die Nahrungsaufnahme bestimmt, d.h. Adipositas ist das Ergebnis eines exzessiven Sogs aus dem Körperinneren. Wir präsentieren hier das unkonventionelle Konzept, dass ein gesunder Körper von einem ‚kompetenten *brain-pull*‘ am Funktionieren gehalten wird, was der systemischen Homöostase dient und dass die Ursache für Adipositas im ‚inkompetenten *brain-pull*‘ liegt, d.h. das Gehirn ist unfähig, angemessene Glukosemengen vom Körper zu verlangen. Wir beschreiben die Energieflüsse aus der Umgebung durch den Körper zum Gehirn mit einem mathematischen ‚Lieferketten‘-Modell und prüfen, ob seine Voraussagen auf medizinische und experimentelle Datensätze aus unseren und anderen Forschungsgruppen zutreffen. Datengestützte Erkenntnisse unterstützen so unsere Hypothese, dass der inkompetente *brain-pull* bei einem Nahrungsmittelüberangebot zu Steigerungen in der Lieferkette führt, die in Adipositas und Diabetes Typ II gipfeln. Ebenso lässt sich so die damit verbundene Hypothese stützen, dass ein kompetenter *brain-pull*-Mechanismus bei einem Nahrungsmittelmangel unerlässlich für die Erhaltung des hohen Energielevels des Gehirns ist.

Schlussfolgerungen: Abschließend vertreten wir den Standpunkt integrativer Physiologie und liefern Beweise für die Notwendigkeit der *brain-pull*-Mechanismen zur Gesundheitserhaltung. Auf ähnliche Art und Weise unterstützt unsere

Arbeit auch kürzlich gewonnene molekulare Erkenntnisse aus dem Bereich Neuroenergetik und setzt die Arbeiten an der ‚Selfish Brain‘-Theorie fort, die sich mit der Aufrechterhaltung zerebraler und peripherer Energiehomöostase beschäftigt.

GENDER STRATEGIEN

Gender Mainstreaming in der Medizin verbessert die Gesundheit von Frauen

Dr. Waltraud Diekhaus, Medical Women's International Association (MWIA), Dortmund, Germany

Das biologische Geschlecht (sex) und das soziale Geschlecht (gender) unterscheiden sich in ihrer Wirkung auf die Gesundheit von Frauen und von Männern. In den fünfzehn Jahren seit Peking 1995 wurden wichtige Änderungen durchgesetzt, doch was die Umsetzung von Verpflichtungen für die Frauengesundheit betrifft, befinden wir uns noch am Anfang der Reise. Die vielfältigen Unterschiede zwischen Mann und Frau haben noch keine wesentliche Wirkung auf die Gesundheitspolitik genommen. Gender Mainstreaming hat weder bei Diagnose noch bei Behandlung als fundamentale Voraussetzung Einzug gehalten.

Ohne die Entfaltungsmöglichkeiten des Gender Mainstreaming wird es keine Verbesserung der Frauengesundheit geben. Besonders Frauen sind Armut und gesellschaftlicher Ausgrenzung ausgesetzt, dies gilt insbesondere für die ältere Generation, bei der der Frauenanteil überwiegt. Maßnahmen, die dazu führen, dass Frauen gesünder werden, machen die Welt gesünder. Gender-disaggregierte Statistiken und vergleichbare Daten sind noch immer eine Herausforderung, insbesondere bezogen auf Gesundheitspolitik, Bildung, Mädchen und Gesundheit. Aktuelle Forschungsergebnisse werden präsentiert, z. B. werden Unterschiede in der Symptomatik beschrieben. Bessere Daten für die Überprüfung der Leistungen des Gesundheitssystems sind erforderlich. Und schließlich fordern wir, dass alle medizinischen Lehrbücher und Beipackzettel gender-spezifische Informationen enthalten, was natürlich bedeutet, dass sie überarbeitet werden müssen. Dies ist eine gute Gelegenheit, die Gleichstellung von Mann und Frau voranzubringen, was wiederum zu einem besseren Verständnis der Unterschiede bei Identität, Bedürfnissen und Erfahrungen führen wird. Gender-Stereotypen zu bekämpfen bedeutet, die fundamentalen Ursachen noch immer bestehender Lücken in der Medizin anzugehen. Obwohl es heute mehr Absolventinnen eines Medizinstudiums gibt, als je zuvor, ziehen sich noch immer traditionelle Stereotypen über den Platz von Ärztinnen in der Medizin durch die berufliche Laufbahn. In Toppositionen sind Frauen noch immer empfindlich unterrepräsentiert. Nur mutige Einmischung und Streben nach Führungspositionen bringt uns auf dem Weg zur gesundheitlichen Gleichstellung voran. Die Art und Weise, wie Ärztinnen diese Herausforderungen meistern, entscheidet über den Erfolg der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen.

Schlussfolgerung: Gender Stereotypen zu bekämpfen bedeutet, die fundamentalen Ursachen noch immer bestehender Lücken in der Medizin anzugehen. Die Art und Weise, wie Ärztinnen diese Herausforderungen meistern, entscheidet über den Erfolg der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen.

Familie und Medizinstudium? Studie zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben von Medizinstudenten in Deutschland

Prospero, Katrin, IU Niehues, Johanna, Medical University, Clinic for Child and Adolescent Psychiatry, Ulm, Germany, Liebhardt, Hubert, Ulm University, Dean's Office of Medical Faculty, Ulm, Germany, Fegert, Joerg M. Ulm University, Clinic for Child and Adolescent Psychiatry, Ulm, Germany

Angesichts der Schwierigkeiten, die berufliche Karriere als Ärztin/Arzt und die Gründung einer Familie unter einen Hut zu bringen und der steigenden Anzahl ungewollt kinderloser Akademikerinnen, ist ein neuer Ansatz zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben unter Einbeziehung der medizinischen Ausbildung erforderlich. Eine Familienforschungsgruppe der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm führte daher 2009/2010 in

Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm an allen fünf medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs eine Studie zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben von Medizinstudenten durch. Die Studie soll aufzeigen, welche Faktoren für ein erfolgreiches Medizinstudium von Studenten erforderlich sind, die beschließen, eine Familie zu gründen. Dazu wurden qualitative Befragungen mit über 50 studierenden Eltern zur Familienfreundlichkeit des Studienplans, Einrichtungen und Förderstrukturen auf Universitätsniveau sowie zu Alltagserfahrungen durchgeführt. Aufgrund dieser Befragungen wurden quantitative Fragebögen an alle Eltern verteilt, die in Baden-Württemberg Medizin studieren, um die Erkenntnisse statistisch zu verifizieren und sichtbar zu machen, welche Faktoren sich positiv bzw. möglicherweise nachteilig auf eine erfolgreiche Kombination Studienabschluss in Medizin und Familiengründung auswirken. Die Erkenntnisse werden in die Liste von Vorschlägen aufgenommen, wie die medizinischen Fakultäten am besten auf die zunehmende Bedeutung der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben reagieren können.

Schlussfolgerung: Durch die Untersuchung individueller Faktoren und Bedingungen auf Universitätsniveau wie Studienplan bzw. Förderstrukturen, die ein erfolgreiches Studium neben der Kindererziehung ermöglichen, wird aufgezeigt, wie medizinische Fakultäten Studenten durch Bereitstellung der notwendigen Ressourcen unterstützen können. Ein besseres Verständnis der spezifischen Erfahrungen Medizin studierender Eltern erweist sich als hilfreich, erforderliche Veränderungen und Förderstrukturen an der Universität einzuführen, wovon Studienleistungen und Wohlergehen studierender Eltern profitieren. Eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben studierender Eltern kann Studenten zufriedener machen und Universitäten einen wertvollen Wettbewerbsvorteil verschaffen. In Übereinstimmung mit der politischen Zielsetzung, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Berufs- und Privatleben von Ärztinnen zu bieten, wird die Studie ihren Beitrag zu der Erkenntnis leisten, dass es möglich ist, Familie und Karriere unter einen Hut zu bringen, selbst wenn man sich noch in der medizinischen Ausbildung befindet.

Special Lecture: Dr. Jhirad Oration

Es gibt ein weibliches und es gibt ein männliches Gehirn – hat das überhaupt eine Bedeutung in der Medizin?

Bettina Pfeiderer, Arbeitsgruppe Cognition & Gender, Institut für klinische Radiologie, Universität Münster, Germany

Der Faktor „Geschlecht“ und Biologie (Sex) und andere, oft damit zusammenhängende sozialen Faktoren, spielen eine wesentliche Rolle bei Diagnose und Verlauf von Krankheiten. Rein biologische Einflussfaktoren (Sex) wie zum Beispiel ein bestimmtes genetisches Muster definieren dabei unter anderem Hormonverteilungen, Aktivität von Enzymen und Ausprägung von Merkmalen, die letzten Endes wiederum Gesundheit/Krankheit bedingen oder zumindest beeinflussen. Aber auch der Faktor „Gender“, der damit zu tun hat, wie Unterschiede zwischen Männern und Frauen in unterschiedlichen Kulturen sich niederschlagen, ist bedeutsam. Um dieses komplexe Wechselspiel aller Faktoren besser zu fassen, muss man Sex- und Gender-Aspekte gemeinsam berücksichtigen. Es ist allerdings nicht immer eindeutig zu bestimmen, ob etwas eher durch sex-spezifische Faktoren, als durch Gender verursacht ist. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, werden inzwischen zunehmend Ergebnisse aus den Neurowissenschaften mit dem Auftreten von Krankheiten und deren Symptomausprägung vernetzt.

Zu selten werden dabei immer noch sex- und geschlechtsspezifische Unterschiede des Gehirns berücksichtigt. Das weibliche Gehirn ist eben nicht nur kleiner, sondern man weiß zum Beispiel inzwischen, dass Sprache auch an unterschiedlichen Orten bei Frauen verarbeitet wird oder dass das Gehirn von Frauen anders auf Sprachreize reagiert als das der Männer. Das Frauenhirn habituiert deutlich geringer als Männer, wenn es Sprachreize wahrnimmt, das heißt, es ist länger aufmerksam. Wie wichtig eine genderspezifische Analyse von Forschungsdaten ist, zeigen auch unsere Ergebnisse in depressiven Patienten/innen. Weibliche depressive Patientinnen wiesen eine stärker veränderte auditorische Wahrnehmung von Sprachstimuli auf als Männer. Einen wesentlichen Einfluss haben aber auch Hormone auf die Hirnaktivierung: Östrogen wirkt bei Frauen – dazu noch in Abhängigkeit vom menstruellen Zyklus – anders auf Hirnleistungen wie zum Beispiel Schmerz Wahrnehmung als bei Männern.

Der Deutsche Ärztinnenbund in der Presse

Zweiwochendienst (zwd) vom 15.7.2010

Runder Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ nimmt seine Arbeit auf

ZWD
Zweiwochendienst

FrauenGesundheit & Politik Online

KONTAKT: Impressum ZWD-PRODUKTE: Überblick NEWSLETTER: Kostenlos

FrauenGesundheit Nachrichten Service

- www.zwd.info
- FG&P Startseite
- Nachrichten
- Dossiers
- Termine
- Who is Who
- Dokumente
- Links
- Frauen & Politik

Suche in FG&P

Lesen Sie auch...

- Bildung & Politik
- ePunkt

GESUNDHEITSWESEN

Runder Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ nimmt seine Arbeit auf

zwd Berlin (jvo). Auf Einladung des Bundesgesundheitsministeriums haben sich am 13. Juli Experten und Expertinnen aus dem Gesundheitswesen gemeinsam an einen Tisch gesetzt, um bessere Bedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Krankenhäusern auszuloten. Eine ausgewogene Work-Life-Balance sei künftig unabdingbar, erklärte die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU). Nur so könne der notwendige Nachwuchs für das Gesundheitswesen gewonnen werden.

Am Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft, der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften, der Länder und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teil. In der ersten Sitzung wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die bestehende Probleme im Bereich Aus- und Weiterbildung aufzeigen und Lösungsvorschläge erarbeiten wird.

Internetseite mit Good Practice-Beispielen

Als eine erste vom Gesundheitsministerium unterstützte Maßnahme sollen vorbildliche Arbeitszeitmodelle und Beispiele von Krankenhäusern mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen auf einer Internetplattform veröffentlicht werden. Auch für den ambulanten Bereich sei eine Internetplattform über den Austausch guter Lösungen denkbar, teilte das Ministerium mit. Darüber und über weitere konkrete Maßnahmen werde in einem Folgetreffen beraten.

„Hoffnungsvolles Signal für Veränderungen“

Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Teilnehmerin des Runden Tisches, begrüßte die Vernetzung im Gesundheitswesen außerordentlich. Der Runde Tisch könne zu einem konstruktiven Austausch der Beteiligten mit konkreten Lösungsvorschlägen beitragen. „Wir sehen ihn als ein hoffnungsvolles Signal für notwendige Veränderungen der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten“, erklärte Rapp-Engels. Sie betonte, dass die Forderungen zur Work-Life-Balance auch für pflegende Angehörige gelten müssen.

Aktuelle Printausgabe

Archiv

- Printausgaben
- Newsletter

Bestellen...

- Abo
- Schnupperabo
- Probeexemplar
- Newsletter
- RSS-Feeds

zwd-Spezial

Neu: Frauen.Gesundheit & Politik SPEZIAL III

FAZ.NET vom 28.Juni 2010

Auch Männer sind willkommen

Franfurter Allgemeine
FAZ.NET

Aktuell Beruf und Chance **Arbeitswelt**

Interview

„Auch Männer sind willkommen“

Wer im ärztlichen Schichtdienst arbeitet, ist oft auf betriebliche Kindergärten oder Notfall-Tagesmütter angewiesen. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, über die Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie.

28. Juni 2010 **Frau Rapp-Engels, gibt es bald mehr Ärztinnen als Ärzte in den Krankenhäusern?**



Die Allgemeinmedizinerin Regine Rapp-Engels (54) aus Münster ist seit 2009 Präsidentin des Ärztinnenbundes

In den verantwortlichen Gremien dominieren nach wie vor die Männer. Es arbeiten zwar immer mehr Frauen an den Kliniken, aber die 50-Prozent-Marke haben wir noch nicht überschritten.

Werden sich die Krankenhäuser verändern?

Es sind strukturelle Dinge, wie betriebliche Kindergärten oder Notfall-Tagesmütter, die hier gebraucht werden. Es geht darum, jungen Frauen nicht das Gefühl zu geben, dass sie lästig sind, auch wenn sie Kinder haben.

Aber es gibt doch auch viele Ärzte, die Kinder haben. Sind die Männer dann auch lästig?

Der Kulturwandel im Kopf findet nur ganz langsam statt, je mehr Frauen in den Kliniken arbeiten, desto mehr wird sich auch für die Männer ändern. Schwierig ist es für Paare, wenn beide als Ärzte im Schichtdienst arbeiten. Ohne Betreuungsplätze geht

das nicht.

Ist die Situation in anderen Ländern denn besser?

In einigen schon. Wir werden das auf dem Weltärztinnenkongress Ende Juli in Münster mit Teilnehmern aus 40 Ländern diskutieren. Männer sind natürlich auch sehr willkommen.

Zum Thema

Die Ärztinnen sind da

Das Gespräch führte Carola Sonnet

FAZ.NET vom 28. Juni 2010

Die Ärztinnen sind da



Frankfurter Allgemeine
FAZ.NET

28. Juni 2010

Aktuell Beruf und Chance **Arbeitswelt**

Medizin

Artikel-Services

Die Ärztinnen sind da

In Deutschland ist die Mehrheit der Medizinstudenten mittlerweile weiblich. Im harten Wettbewerb um gutes Personal steigt deshalb der Druck auf die Kliniken: Wer als Arbeitgeber keine Kinderbetreuung und Teilzeitmodelle anbietet, droht abgehängt zu werden.

Von Carola Sonnet



28. Juni 2010 Ulrike Raap ist eine Ausnahmerscheinung: Erstens ist sie eine der wenigen Professorinnen im Fach Medizin in Deutschland. Zweitens ist sie zweifache Mutter und drittens trotzdem voll berufstätig. Das hört sich nach vollen Arbeitstagen und viel Stress an. Aber Ulrike Raap empfindet das nicht so. Sie hat das Gefühl, ihren verschiedenen Rollen gerecht zu werden. Dabei hilft ihr auch das Entgegenkommen des Arbeitgebers. Langsam, aber sicher erkennen die Hochschulen, dass sie die guten Nachwuchswissenschaftler nur anziehen können, wenn sie kinderfreundlicher werden. Denn die

Zukunft der Medizin ist weiblich.

Schon jetzt sind 64 Prozent der Medizinstudenten Frauen, in absehbarer Zeit wird ihr Anteil auf 70 Prozent steigen - bei den Erstsemestern ist es schon so weit. „Da rollt eine Welle auf Krankenhäuser zu, die wenigsten haben das schon realisiert und gehandelt“, sagt Dieter Bitter-Suermann, der Präsident des Medizinischen Fakultätentages.

Anzeige

Google Anzeigen

Rolex Luxusuhren

Enthüllen Sie die Rolex Luxus Uhren der neuen Kollektionen
www.rolex.com/Luxusuhren

educare Betriebskita´s

Ausgezeichnete Vereinbarkeit von Beruf und Familie
www.educare.de

Er meint damit die Ansprüche, die junge Medizinerinnen stellen werden. Nach dem Studium lassen sie sich im Schnitt sechs Jahre zu Fachärzten ausbilden. Das Problem: Genau in diese Phase, zwischen Ende 20 und Anfang 30, fällt die Familiengründung. Aber eine Wissenschaftlerin, die zwei Jahre nicht forscht, hat ein Problem. Eine Ärztin, die zwei Jahre mit der Ausbildung aussetzt, muss das später nachholen. Wer ihnen dann Krippen- und Kindergartenplätze biete, sei in den meisten Fällen der attraktivere Arbeitgeber, sagt Bitter-Suermann.

Sobald der Schichtdienst losgeht, werden die Schwangerschaften verschoben

So wie die Medizinische Hochschule Hannover (MHH): Sie hat mittlerweile 375 Krippen- und Kitaplätze eingerichtet, Tendenz steigend. Zwar ist die Nachfrage immer noch größer, aber als medizinische Einrichtung im deutschen Hochschulsystem haben sie sich damit eine Sonderstellung erarbeitet.

Zum Thema

Ärzte und Kliniken einigen sich im Tarifstreit
Video: An kommunalen Kliniken streiken die Ärzte

Davon profitieren junge Familien wie die von Ulrike Raap. Die 38-Jährige ist Oberärztin für Dermatologie an der MHH. Ihre beiden Söhne sind drei und ein Jahr alt. Raap wollte sofort wieder anfangen zu arbeiten, denn sie ist Wissenschaftlerin, lehrt, hat Doktoranden, fährt auf Kongresse - da kann man nur schwer ein paar Jahre aussetzen, ohne den Anschluss zu verlieren. Ihr Mann hat eine Vollzeitstelle bei einer amerikanischen IT-Firma, manchmal kann er sich Urlaub nehmen, wenn sie weg muss. Aber eben nicht jedes Mal.

„Wenn wir die Plätze nicht gehabt hätten, wäre es extrem schwierig geworden“, sagt Raap. Wer nicht schon während seines Studiums eine Familie gründet und einen Betreuungsplatz findet, sobald der Schichtdienst in der Klinik losgeht, verschiebt entweder die Schwangerschaft auf unbestimmte Zeit in die Zukunft - oder lässt das Kinderkriegen ganz bleiben.

Der Beruf wird unattraktiver

Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen ist selbst Medizinerin und setzt sich dafür ein, dass im Gesundheitssystem bessere Arbeitsbedingungen für junge Familien geschaffen werden. Auf dem Medizinischen Fakultätentag Anfang Juni in Hannover sprach sie von der Chance, die sich den Krankenhäusern bietet, junge gute Leute für sich zu gewinnen, wenn sie auf die gesellschaftlichen Veränderungen reagieren. Aber sie sprach auch von einer Änderung, die zuallererst in den Köpfen der Mediziner stattfinden müsse.

Ob sie als Arbeitgeber attraktiv für Nachwuchswissenschaftler sind, darüber mussten sich Kliniken lange keine Gedanken machen. Die Studierendenzahlen sind konstant hoch, die Abbrecherquote niedrig. Nur wird der Beruf selbst unattraktiver: 60-Stunden-Wochen, schlecht bezahlte Überstunden, zu wenig Schlaf, mehr Patienten. Die Ärzte werden stark beansprucht, verdienen aber vergleichsweise wenig. Männer gucken sich angesichts der härteren Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern eher nach lukrativeren Tätigkeiten um. Die Chefärzte sind trotz der zunehmenden Anzahl der Medizinerinnen aber meist noch männlich.

Viele Frauen gehen nach der Facharztausbildung verloren, denn dann wandern sie aus, wechseln in die Wirtschaft oder bekommen Kinder und arbeiten nicht mehr - entweder weil sie nicht wollen oder weil Betreuungsmöglichkeiten fehlen und sie nicht können. Je weiter eine Mutter bereits in der Krankenhaus-Hierarchie aufgestiegen ist, desto mehr ist sie darauf angewiesen, weiterarbeiten zu können, wenn sie den Karriereknick vermeiden möchte.

Es gibt kaum Alternativen als die Rahmenbedingungen zu verbessern

Für die Krankenhäuser gibt es kaum Alternativen, als die Rahmenbedingungen zu verbessern: Je weniger Nachwuchskräfte für die vielen Stellen zur Verfügung stehen, desto besser muss das Angebot sein. Und der Trend zur weiblicheren Medizin nimmt eher noch zu. Mehr Frauen strömen in die frei werdenden Stellen nach Pensionierungen. Bis 2017 gehen voraussichtlich 18.000 Ärzte in Rente, eine neue Generation tritt an.

Statt also den Ärztemangel zu beklagen, sollten lieber schnellstmöglich familienfreundliche Arbeitsbedingungen umgesetzt werden, findet der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB): „Man muss jungen Frauen, auch mit Kindern, signalisieren, dass sie nicht lästig sind, sondern willkommen“, sagt DÄB-Präsidentin Regine Rapp-Engels.

Kindertagesstätten mit Gewinn

Dass sich das auch lohnt, zeigt die Prognos-Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen“ im Auftrag des Bundesfamilienministeriums. Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau hat anhand der Untersuchungsergebnisse erklären können, warum die Fluktuation von 34 Prozent Ende der siebziger Jahre auf 8 Prozent bis 2004 sinken konnte: Wegen vieler Teilzeitangebote schon während der Elternzeit und auch danach kehrten fast alle jungen Eltern zum Krankenhaus zurück. Überbrückungs- und Wiedereingliederungskosten fielen weg, das Krankenhaus machte sogar mit seiner Kindertagesstätte einen Gewinn von 82.000 Euro.

Viele Unis bieten inzwischen auch Mentorinnenprogramme an, in denen die jungen Ärztinnen sich das Selbstbewusstsein aufbauen können, das ihnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen oft fehlt. Sie werden bei Promotionen und Habilitationen unterstützt, die Zahl der Professorinnen steigt dennoch nur langsam. Bisher sind 10,4 Prozent der Professoren in der Medizin weiblich, bei den C4/W3-Professoren sogar nur 5,6 Prozent.

Eltern arbeiten oft effizienter

Spätestens in fünf Jahren, so schätzt Bitter-Suermann, werde die Welle der jungen Frauen in der Ausbildung die Kliniken erreichen. Und dann werden alle überspült, die sich bis dahin nicht besser darauf vorbereitet haben. Wer weiterhin auf kommunale Kindergärten setze, die aber oft nur bis mittags auf die Kleinen aufpassen, habe die Bedürfnisse der jungen Mediziner-Eltern nicht verstanden.

Wenn Ulrike Raap in Hannover nicht den Betreuungsplatz bekommen hätte, wäre sie entweder heute noch kinderlos oder woandershin gewechselt. Nach ihrem ersten Sohn prophezeite ihr ein Kollege, dass ihre Karriere dann aber spätestens mit dem zweiten Kind beendet sei. Das Gegenteil war der Fall: Seit sie zwei Kinder hat, ist die Anzahl ihrer Publikationen sogar gestiegen. Normalerweise tritt dieses Phänomen bei männlichen Forschern auf, die Kinder bekommen und sich dann öfter in ihre Studierzimmer zurückziehen oder auf Kongressen mal wieder eine Nacht durchschlafen können. Raap hingegen meint, dass Eltern effizienter und zielstrebig arbeiten, weil sie wissen, bis wie viel Uhr sie Zeit haben: bis sie die Kinder aus der Kita abholen.

Wie global ist die Gesundheit?



Gesundheit

Weltärztinnenkongress 2010 in Münster
Wie global ist die Gesundheit?

(zwd) In wenigen Wochen ist es soweit: Rund 600 Teilnehmerinnen aus über 40 Ländern erwartet der Deutsche Ärztinnenbund auf dem 28. Internationalen Weltärztinnenkongress vom 28. bis 31. Juli in Münster. Der Kongress steht dieses Jahr unter dem Motto „Globalisierung in der Medizin – Herausforderungen und Chancen“.

zwd: Frau Rapp-Engels, wo sehen Sie als Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes derzeit die dringendste globale Herausforderung für die Medizin?

Dr. Regine Rapp-Engels: Gesundheit ist ein globales Gut. Ob es dabei um Müttergesundheit, die Auswirkungen des Klimawandels oder den Einfluss von Bildung auf die Gesundheit geht, lokale Lösungen allein werden scheitern. Um mit globalen Erscheinungen umzugehen, bedarf es differenzierter Konzepte und nicht zuletzt auch geschlechtssensibler Strategien, die bei unserem Kongress im Mittelpunkt stehen.



zwd: Welche Themen und Vorträge sind aus Ihrer Sicht besonders hervorzuheben?

Dr. Rapp-Engels: Bei dem viertägigen wissenschaftlichen Kongress geht es schwerpunktmäßig um die Themen Ernährung, Sucht, epidemische Erkrankungen, medizinische Grundversorgung sowie Gewalt gegen Frauen. Besonders gespannt bin ich auf die Beiträge zum selbstüchtigen Gehirn und zum Suchtgehirn. Mein persönliches Highlight ist der Eröffnungsvortrag, in dem Prof. Dr. Ilona Kickbusch, vormalige Direktorin der Weltgesundheits-

organisation (WHO), die Frage stellt: „Wie global ist die Gesundheit?“

zwd: Als Gastgeberin des diesjährigen Weltärztinnenkongress verzeichnen Sie vergleichsweise viele Anmeldungen aus Asien und Afrika? Wie erklären Sie sich dieses große Interesse?

Dr. Rapp-Engels: Die Kolleginnen aus Europa haben viel häufiger die Möglichkeit, zu wissenschaftlichen Kongressen zu reisen und sich mit westlichen Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen auszutauschen als Kolleginnen aus Afrika oder Asien, die sich förmlich nach dem Kontakt mit der westlichen „scientific community“, sehnen. Wir haben zudem bewusst Themen gewählt, zu denen auch Ärztinnen aus weniger entwickelten Ländern Beiträge leisten können und freuen uns ganz besonders über deren reges Interesse.

Alle Informationen zum Weltärztinnenkongresses unter www.mwia2010.net. Der zwd wird in der August-Ausgabe des **zwd-FRAUEN.GESELLSCHAFT UND POLITIK Nr. 281** über den Kongress berichten.

aerzteblatt.de vom 15.6.2010

Ärztinnenbund fordert geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung



aerzteblatt.de

Dienstag, 15. Juni 2010

Ärztinnenbund fordert geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung

Berlin – Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) fordert, die Gesundheitsbedürfnisse von Männern und Frauen künftig in der Grundlagenforschung, der Versorgungs- und Präventionsforschung deutlicher als bisher zu berücksichtigen.

Denn Männer und Frauen unterscheiden sich laut DÄB in ihren Lebensstilen und Bedingungen ebenso deutlich wie in vielen biologischen Faktoren oder ihren Krankheitsverläufen.

„Frauen und Männer benötigen eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung, die die biologischen und die sozialen Unterschiede berücksichtigt“, sagte DÄB-Präsidentin Regine Rapp-Engels. Die Norm sei leider immer noch häufig der männliche Körper und Patient.

Die gewonnenen Erkenntnisse würden in der Regel eins zu eins auf Frauen übertragen, allenfalls erfolge beispielsweise bei Medikamenten eine Dosisreduktion. „Aber Frauen sind nicht einfach nur 10 Kilogramm leichter als Männer“, so Rapp-Engels. Es gebe deutliche biologische Unterschiede, die medizinisch aber noch nicht genügend beachtet würden.

Deshalb fordert der DÄB, dass Arzneimittel künftig in allen Phasen der klinischen Prüfung bezüglich ihrer Wirkung bei Männern und Frauen beurteilt werden. Zudem soll das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seine Bewertungen geschlechtsdifferenziert abgeben.

Auch bei der Entwicklung und Implementierung von Konzepten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollte dem DÄB zufolge die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern eine größere Rolle spielen. © hil/aerzteblatt.de