



## Ethik in der Medizin

### INHALTSVERZEICHNIS

#### Editorial

Dr. med. Christiane Groß, M.A. .... 3

#### Gastbeitrag

##### Dr. phil. Henrike Wolf

Mentoring in Universitäten und Hochschulen ..... 4

#### DOKUMENTATION DES 34. DÄB-KONGRESSES 2015

Festvortrag: Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Heilerinnen, Ärztinnen –  
der weibliche Part der Heilkunst ..... 5

##### Dr. rer. medic. Kyung-Eun Choi und

##### Prof. Dr. med. Gustav Dobos

Frauen erobern die Medizin: Strukturwandel  
im Gesundheitswesen ..... 6

##### Dr. phil. M. Sc. Britta Lang

Wissen, was (wirklich!) hilft – medizinisches  
Wissen auf dem Prüfstand ..... 7

##### Prof. Dr. phil. Adele Diederich

Priorisierung in der Medizin – Umfrage beim DÄB ..... 8

##### Dr. med. Christof Veit

Qualitätsorientierte Steuerung im Gesundheitswesen:  
Chancen und Gefahren ..... 8

Preisverleihungen & Auszeichnungen ..... 9

#### ETHIK IN DER MEDIZIN

Im Interview: Dr. med. Christiane Woopen

Der Deutsche Ethikrat ..... 11

Im Interview: Dr. med. Gabriele du Bois

Das Thema Ethik im Deutschen Ärztinnenbund ..... 12

Im Interview: Dr. med. Dorothee Dörr

Ethische Konfliktberatung in der Klinik ..... 13

##### Dr. phil. Katharina Beier

Beispiel: Social Freezing –  
ethisch differenziert betrachtet ..... 14

Im Interview: Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß

Ethik in der Zahnheilkunde ..... 15

AUS DEM VERBAND ..... 16

#### FÜR SIE GELESEN

Buchbesprechung: Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Peter Götzsche: Tödliche Medizin und organisierte  
Kriminalität ..... 18

Zur Information: Dr. med. Brigitte Ende

Rente von der DRV für Kindererziehungszeiten ..... 19

##### Dr. med. Gudrun Günther

MWIA-Newsticker ..... 20



# ARBEIT DIE FREUDE MACHT IST SCHON ZUR HÄLFTE FERTIG!

*(Französisches Sprichwort)*



## FÜR SPASS BEI DER ARBEIT: INTELLIGENTE PRAXISSOFTWARE, DIE MITDENKT

Wenn alles einfach funktioniert, können sich alle auf die Behandlung der Patienten konzentrieren. So unterstützt medatix die Abläufe in der Arztpraxis. Und bevor es eine Frage zur Software gibt, ist sie auch schon beantwortet. Per Selbst-Update oder intuitiv. Das freut das Team und die Patienten.

Mehr erfahren unter: [alles-bestens.medatixx.de](http://alles-bestens.medatixx.de)

alles  
einfach

Liebe Kolleginnen,

ein auch für den Deutschen Ärztinnenbund turbulentes Jahr neigt sich dem Ende zu. Turbulent war es nicht zuletzt deshalb, weil die Zusammensetzung des Vorstandes sich geändert hat, neue Aufgaben verteilt und übernommen werden mussten. Die gut funktionierende Zusammenarbeit des im Jahr 2013 gewählten Vorstandes konnte trotz des Wechsels in verschiedenen Positionen erfolgreich weitergeführt werden. Die generationsübergreifende Arbeit im Vorstand wird auch weiterhin durch eine freundschaftliche Atmosphäre der Ärztinnen aus verschiedenen Fachdisziplinen getragen.

Nach einer halben Wahlperiode können wir im Vorstand ein Resümee ziehen. Viel kleinteilige Arbeit hinter den Kulissen, die auf den ersten und gar auch auf den zweiten Blick nicht sichtbar ist, haben wir erledigt. Wir haben uns aber auch mit dem einen oder anderen großen Thema an die Öffentlichkeit gewandt. Kritische Anmerkungen zum Mammographie-Screening, zur gendergerechten Besetzung ärztlicher Gremien, zur Veränderung der medizinischen Versorgung durch die Zunahme der Anzahl von Ärztinnen finden sich in zahlreichen Pressebeiträgen wieder. Die bessere Dokumentation der Anzahl von Ärztinnen in leitenden Positionen bleibt ebenso unser Thema wie die Verankerung der gendergerechten Medizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Auch die Vereinbarkeit von Privatleben und ärztlichem Beruf, mit den Facetten Teilzeitstellen bis hin zur Chefärztin oder auch der Erhalt der psychischen Gesundheit wird weiter ein Thema sein, mit dem sich der Deutsche Ärztinnenbund und damit auch der Vorstand beschäftigen muss.

Viel organisatorische Aufmerksamkeit des Vorstandes hat auch die Vorbereitung des 34. DÄB-Kongresses auf sich gezogen. Die Resonanz auf diesen

Kongress in Düsseldorf hat uns bestätigt, dass sich die Arbeit gelohnt hat. Das neue Konzept des Kongresses, weg von einem wissenschaftlichen Kongress hin zu einer berufspolitisch und gesundheitspolitisch getragenen Veranstaltung, wurde von den Teilnehmerinnen angenommen.

Für diejenigen, die nicht teilnehmen konnten, fassen wir in dieser Ausgabe der ÄRZTIN einige Beiträge zusammen, die auch auf der DÄB-Homepage nachzulesen sind. Denjenigen, die als Teilnehmerinnen in Düsseldorf dabei waren, kann die Zusammenfassung als Erinnerung dienen.

Insbesondere die Möglichkeit, durch verschiedene Workshop-Angebote die persönliche Entwicklung zu stärken, hat bei vielen Teilnehmerinnen den Wunsch nach Wiederholung oder Ergänzung der Kurse geweckt. Wir werden uns im Vorstand Gedanken machen, wie wir innerhalb der kongressfreien Zeit diesen Wünschen nachkommen können.

Extrem wichtig für uns nicht nur im Vorstand, sondern auch für den gesamten Verband ist die Veränderung in der Beitragsordnung: Studentinnen der Human- und Zahnmedizin können künftig ohne einen Beitrag zu zahlen Mitglied werden. Gerade für Regionalgruppen in den Universitätsstädten sollte diese Regelung hilfreich sein, zukünftige Kolleginnen zu gewinnen, ohne dass deren Mitgliedschaften - wie bisher häufig - zusätzlich von den aktiven Kolleginnen getragen werden. Unterstützend sehen wir auch die Möglichkeit einer guten Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd). So kann am ersten Dezember-Wochenende der DÄB auf dem Bundeskongress des bvmd in Leipzig einen Workshop zum Thema der Veränderung der Medizin durch die Zunahme an Ärztinnen anbieten.

Liebe Kolleginnen, liebe Studentinnen, Ihnen allen wünsche ich eine geruhige Adventszeit, frohe Weihnachtstage und einen



Foto: Privat

Dr. med. Christiane Groß, M.A.

guten Start ins neue Jahr. Mögen Sie dies alles bei bestmöglicher Gesundheit im Kreise von Familie und Freunden erleben können. Für das gesamte Jahr 2016 wünsche ich Ihnen und Ihren Familien im Namen des Vorstandes alles Gute.

Mit besten Grüßen

Ihre

Dr. med. Christiane Groß, M.A.  
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. (DÄB)

■ DR. PHIL. HENRIKE WOLF

## Mentoring in Universitäten und Hochschulen Erfolgreiches Instrument der Nachwuchsförderung

Tell me and I forget, teach me and I may remember, involve me and I learn  
(Benjamin Franklin)

Mentoring boomt in den Universitäten und Hochschulen. Gerade in den letzten fünf bis sieben Jahren wurden zahlreiche formelle Mentoring-Maßnahmen an deutschen Hochschulen initiiert. Wie sieht es in der Medizin aus? Von den insgesamt 34 staatlichen deutschen Universitäten, die das Studienfach Humanmedizin anbieten, verfügen nur vier Medizinische Fakultäten über keine Mentoring-Angebote (Stand März 2015). Auf die spezifischen Anforderungen der Studierenden sowie des ärztlichen und wissenschaftlichen Personals in der Medizin wird damit fast flächendeckend in Deutschland mit institutionalisierten Mentoring-Maßnahmen reagiert (Klamm/Wolf 2015).

Auffällig ist gleichzeitig die große Bandbreite der Angebote, die unter dem Label Mentoring firmieren. Zum einen werden darunter Mentoring-Programme zur Berufsorientierung und Karriereförderung subsumiert, die ihre Wurzeln in der Gleichstellungspolitik haben. Diese richten sich überwiegend an den weiblichen Nachwuchs, mit dem Ziel, langfristig den Frauenanteil in leitenden Positionen zu erhöhen. Zum anderen zählen dazu auch Maßnahmen im Bereich der Studierendenbetreuung, sogenanntes „Tutoring“. Diese „neuen“ Mentoren-Angebote sind integraler Bestandteil des Studiums, um die Zahl von erfolgreichen Studienabschlüssen zu erhöhen. Sie richten sich an beide Geschlechter und beziehen den Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit nicht mit ein (WOLF 2012).

### Abgrenzung von Konzepten notwendig

Im Zuge dieser Entwicklung scheinen eine systematische Abgrenzung der verschiedenen Mentoring-Konzepte sowie eine begriffliche Trennung notwendig, um Verwirrungen und Verunsicherungen der Zielgruppen an Hochschulen entgegenzuwirken. Als Bundesverband für Mentoring in der Wissenschaft (Forum Mentoring e. V.) plädieren wir dafür, Mentoring-Maßnah-

men im Bereich der geschlechtergerechten Karriereförderung und Berufsorientierung als Mentoring-Programme zu bezeichnen. Angebote im Bereich der Studierendenbegleitung sollten hingegen unter dem Begriff Mentoring-Systeme subsumiert werden, um den ganzheitlichen Ansatz der Studierendenbegleitung über einen langen Studienabschnitt zu betonen. Unter dieser Bezeichnung firmiert Mentoring bereits an der Universität Duisburg-Essen und der RWTH Aachen sehr erfolgreich (Klamm/Wolf 2015).

Aber nicht nur in der Zielsetzung und den Zielgruppen unterscheiden sich die beiden Maßnahmen voneinander, sondern auch in ihrem Leistungsspektrum. So umfassen fast alle Mentoring-Programme in der Wissenschaft neben einem Rahmenprogramm mit Auftakt, Zwischen- und Abschlussveranstaltungen die drei Module Mentoring-Training-Networking, das heißt, neben der Mentoring-Beziehung (in Form eines One-to-one-, Peer- oder Gruppen-Mentorings) umfassen diese auch mehrere ganztägige Trainings zu Schlüsselkompetenzen. Ergänzt werden sie mit verschiedenen Vernetzungsangeboten zum Erfahrungs- und Informationsaustausch.

### Unterschiede zum DÄB Mentorinnen Netzwerk

Hier unterscheiden sich die Mentoring-Programme in der Hochschulmedizin auch vom Mentorinnen Netzwerk des Deutschen Ärztinnenbundes:

- Während die Mentoring-Programme in der Hochschulmedizin die drei Module Mentoring-Training-Networking und ein Rahmenprogramm umfassen, konzentriert sich das Mentorinnen Netzwerk des DÄB auf den Baustein Mentoring-Beziehung.
- Beim DÄB fördern ausschließlich Frauen Frauen – im Gegensatz zu den Hochschulprogrammen, in der weibliche und männliche Mentoren zur Wahl stehen.
- Auch im Hinblick der Zielgruppe sind Differenzen erkennbar. Während Programme



Foto: Privat

Dr. phil. Henrike Wolf

in der Hochschulmedizin sich ausschließlich an Studentinnen, ärztliches und wissenschaftliches Personal richten, die überwiegend eine Wissenschaftskarriere anstreben, unterstützt der DÄB auch Frauen in niedergelassenen Praxen – zum Beispiel die Begleitung beim Wechsel von der Klinik in die Praxis. Zudem findet hier kein schriftliches und mündliches Bewerbungsverfahren statt – anders als in der Universitätsmedizin.

Insgesamt betrachtet bieten sowohl die Mentoring-Programme in der Hochschulmedizin als auch des DÄB, trotz einiger Unterschiede, durch ihren zielgruppenorientierten Ansatz ein bereits vielfach erprobtes und erfolgreiches Instrument der Nachwuchsförderung und geschlechtergerechten Personalentwicklung. Durch den Transfer von Know-how, den Ausbau von Schlüsselkompetenzen und durch die Vernetzung innerhalb der medizinischen Community stellen sie einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung, Stärkung und Rekrutierung des ärztlichen Nachwuchses dar.

Aus diesem Grund ist die geplante Kooperation des Bundesverbandes Forum Mentoring mit seiner Arbeitsgruppe „Internationale Konferenz in der Medizin“ und dem Deutschen Ärztinnenbund sehr erstrebenswert, noch dazu, weil sie sich punktuell wunderbar ergänzen, denn: Nur gemeinsam sind wir stark.

### Literatur bei der Verfasserin.

*Dr. phil. Henrike Wolf ist promovierte Soziologin und an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen für den Bereich Karriereentwicklung und Gender zuständig. Seit 2011 ist sie stellvertretende Vorsitzende vom Forum Mentoring e. V., dem Bundesverband für Mentoring in der Wissenschaft.*



■ DR. MED. DR. PHIL. KLAUS BERGDOLT

## Auszug aus dem Festvortrag

### Heilerinnen, Ärztinnen – der weibliche Part der Heilkunst

Lange Zeit schien die Frage nach dem „Weiblichen in der Heilkunst“ in Deutschland wie im westlichen Ausland positiv und nachhaltig beantwortet. Kaum jemand dürfte heute bestreiten, dass Frauen in besonderer Weise geeignet sind, Medizin zu studieren und als Ärztinnen den klinischen Alltag positiv und kreativ zu gestalten. Weibliche Empathie, die „weibliche Sicht der Dinge“, eine von der Natur geschenkte besondere Fähigkeit, mit Kindern, mit Schwachen, mit Verzweifelten, mit Gebärenden, mit Sterbenden umzugehen, lassen sie eben nicht nur, wie es Jahrhunderte üblich war, den Beruf der Krankenschwester ergreifen, sondern eben auch den der in klassischer Weise akademisch gebildeten Ärztin. Selbst in Osteuropa, in der Türkei und sogar in Saudi-Arabien ist dieser Trend seit Jahrzehnten unübersehbar. Nun hat man in jüngster Zeit – unter dem nachhaltigen Einfluss der amerikanischen Philosophin Judith Butler, nach der das Geschlecht eines Menschen ein bloßes soziales Konstrukt darstellt – spezifisch weibliche Gefühle und Begabungen – auch auf dem Feld der Medizin – zwar nicht infrage gestellt, aber zum Resultat bestimmter Erziehungsmuster sowie nachhaltiger gesellschaftlicher und kultureller Zwänge reduziert. Wir tragen, folgen wir Butler, fast ausnahmslos geschlechtliche Masken. Unser Körper und unser Geist, unsere Begabungen und Leidenschaften sind ihrer Theorie entsprechend alles andere als „natürlich“ bzw. „genetisch“ festgelegt, sondern im Wesentlichen post partum konstruiert. (...)

Teilt man Butlers Ansicht – der pseudoaufklärerische Tenor ihrer These findet sich auch in angesehenen Zeitungen und im Argumentationsreservoir einflussreicher *opinion makers* der säkularen Gesellschaft – gibt es also zwischen Ärztinnen und Ärzten keinen Unterschied außer antrainierten Empfindungen und Verhaltensweisen, lässt das Argument, mehr „Weibliches“ täte der Gesellschaft und

der Medizin ganz gut, vor allem folgenden Schluss zu: Männer, Jungen, Kinder müssen einfach weiblicher erzogen werden. (...) Gendertheorie und klassische „Frauenemanzipation“ stehen sich freilich nicht selten im Weg. Trotz eines beachtlichen Zuspruchs seitens der Politik und auch einiger sich dem Zeitgeist weit öffnender innerkirchlicher Gruppierungen erfährt die Gendertheorie Judith Butlers seit einiger Zeit Widerspruch. Eltern und Pädagogen, Biologen und Verhaltensforscher haben enorme Schwierigkeiten, die



Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Theorie mit der alltäglichen Erfahrung unter einen Hut zu bringen. Und sie äußern das auch. (...)

Der klassische Weg der Frauenemanzipation in der Medizin war, wie man weiß, jedenfalls ein anderer. Zunächst einmal erforderte der bis heute dominierende wissenschaftliche Positivismus seit Virchow eine kompromisslose, von Männern geschaffene, objektivierbare, ja angeblich „objektive“ medizinisch-wissenschaftliche Methodik, der sich Frauen wie Männer in gleicher Weise fügen sollen. Wissenschaft ist demnach geschlechtslos. Tatsächlich wünschen wir uns alle, dass Ärztinnen und Ärzte technisch in gleicher Weise optimal eine Herzkatheteruntersuchung oder eine Koloskopie durchführen. (...)

Der Kampf um die Zulassung von Medizinstudentinnen war in Deutschland – und

auch in Preußen! – nach 1900 freilich in überraschend kurzer Zeit entschieden. 1913 wurde Rahel Hirsch, die ebenfalls in Zürich studiert und in Straßburg 1903 das Staatsexamen abgelegt hatte, als erster deutscher Medizinerin der Professorentitel verliehen (an der Charité für ihre Untersuchungen der Darmschleimhaut). 2006 wurde eine Straße am Berliner Hauptbahnhof nach der Wissenschaftlerin benannt, die 1938 nach London emigrieren musste. Beispiele früherer weiblicher Universitätskarrieren in der Medizin gab es so gut wie keine. Auch Rahel Hirsch blieb der wirkliche akademische Durchbruch verwehrt – die Professorin eröffnete schließlich in Berlin eine Praxis, zum Neid und Leid anderer „Niedergelassener“, die ihr kompetenzversprechender Titel störte. (...)

Heute haben sich nicht wenige Frauen dieser Machthebel, die einst als männliche Domänen galten, recht erfolgreich bedient.

Die Gender-Ideologie mahnt zum Teil in aggressivem Ton, alle gesellschaftlichen Mittel zu nutzen, um Frauen in wichtige gesellschaftliche Positionen zu bringen. Auch in der Medizin. Der Heilkunde wird dies gut tun, wobei – allen Gendertheorien zum Trotz – die Begabung auch künftig eine wichtige Voraussetzung bleibt. Um eine objektiv-positivistische Methodik der Diagnostik und Therapie etabliert sich so zunehmend ein weiblicher Zug, der das Verhältnis zwischen Patient und Arzt verändern wird. Ökonomische Reduktionen, Zeitdruck und nicht primär ärztliche Verpflichtungen sollten diese Chance nicht vereiteln. Allerdings: Neu ist das weibliche Engagement in der Medizin, historisch gesehen, allerdings keinesfalls. Ärztinnen im heutigen Sinn gibt es, zumindest in Deutschland, erst seit den Siebzigerjahren des 19. Jahrhunderts.

*Prof. Dr. med. Dr. Phil. Klaus Bergdolt ist ehemaliger Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität zu Köln.*

**Der vollständige Festvortrag ist auf der DÄB-Homepage nachzulesen.**

■ DR. RER. MEDIC. KYUNG-EUN CHOI UND  
PROF. DR. MED. GUSTAV DOBOS

### Frauen erobern die Medizin: Strukturwandel im Gesundheitswesen

Im Jahr 1901 gab es in Deutschland gerade einmal sechs approbierte Ärztinnen. Bis in die 1990er Jahre war der Arztberuf männlich dominiert. Seither holen die Frauen stetig auf: Im Jahr 1991 stellten sie ein Drittel der Ärzteschaft, im Jahr 2008 bereits 41,5 Prozent. Heute sind bereits 60 Prozent der Absolventen im Fach Medizin Frauen. Welche Folgen wird dies für die Medizin haben? Welche Strukturen müssen sich im Gesundheitswesen ändern, um diesem Wandel gerecht zu werden?

Trotz der sich ändernden Zahlenverhältnisse, gibt es noch immer eine vertikale und horizontale Arbeitssegregation: Nur acht Prozent der Chefärzte sind weiblich, in der Chirurgie sind Frauen mit 19 Prozent und in der Orthopädie mit weniger als einem Prozent stark unterrepräsentiert; und selbst in den Fächern Gynäkologie und Pädiatrie bilden sie mit 59 bzw. 54 Prozent nur knapp die Mehrheit.

#### Unterversorgung durch Babypausen und Teilzeitarbeit?

Längst werden Warnrufe laut, die Zukunft der Medizin sei weiblich und die „Feminisierung der Medizin“ drohe der Qualität der Medizin zu schaden. Die Befürchtungen umfassen, Frauen wollten wegen der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie grundsätzlich nur halbtags arbeiten und könnten daher weder in der eigenen Praxis noch im Krankenhausbetrieb kontinuierlich gute Arbeit leisten. Drei von vier Müttern arbeiten in Deutschland in Teilzeit, meist unter 20 oder 15 Stunden in der Woche. Gerade auf dem Land könnte der erhöhte Frauenanteil an Medizinerinnen zu einer Verschlimmerung des Ärztemangels führen. Aktuell haben drei von vier Krankenhäusern Schwierigkeiten, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen, etwa ein Drittel sogar sehr große. Führt der erhöhte Anteil an Frauen tatsächlich zu einer Unterversorgung durch Babypausen und Teilzeitarbeit?

Ärztinnen weisen im Schnitt zwei Minuten längere Konsultationsverfahren auf und fragen häufiger Laborwerte an als ihre

männlichen Kollegen. Sie erwirtschaften in Niederlassungen deutlich weniger. Arbeiten Ärztinnen weniger effektiv? Spannend hierbei ist der Blick auf die Erhebungsinstrumente der Untersuchungen. Jemand, der im Gespräch eher Gelegenheit hat, mehr Fragen zu stellen, fühlt sich von seinem behandelnden Arzt oder der Ärztin vielleicht auch besser aufgehoben und benötigt eventuell nicht einen erneuten Arztbesuch.

Einige der Entwicklungen, die den Ärztemangel weiter verschärfen, sind keineswegs geschlechtsspezifisch. Die oftmals familienfeindlichen Arbeitsbedingungen führen zur Abwanderung von qualifizierten Medizinerinnen und Mediziner ins Ausland oder in andere Branchen. Die junge Generation an Ärztinnen und Ärzten möchte nach der sogenannten Trias aus „Beruf – Familie – Privatleben“ leben. Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, diese Umstände aufzunehmen und neue Anreize zu schaffen, um den Arztberuf weiterhin attraktiv zu erhalten.

Die Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Universität Duisburg-Essen veranstaltete im März 2014 mit der Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung ein Expertengespräch zum Thema „Frauen erobern die Medizin: Ein Strukturwandel im Gesundheitssystem – interdisziplinäres Gespräch über die Zukunft der Medizin“. Rund 25 ausgewählte Persönlichkeiten aus Medizin, Forschung und Gesundheitspolitik diskutierten über den Erhalt der Attraktivität des Arztberufs, geschlechtsspezifische Veränderungen, Auswirkungen des Generationenwechsels („Generation Y“), neue Arbeitszeit- und Kooperationsformen im Gesundheitssystem und in der Forschung, Personalstrukturierungsfragen und notwendige Änderungen in der Unternehmenskultur von Krankenhäusern.

#### Wachsender Frauenanteil wirft vielfältige Fragen auf

Das Symposium hat zu den Themen Geschlechtergerechtigkeit im Medizinstudium, in der Klinik und Praxis, Forschungsdebatte und Wertedebatte in der Medizin



Dr. rer. medic. Kyung-Eun Choi

Foto: Jochen Raftes

unterschiedliche Positionen ohne Konsens zusammengetragen. Der wachsende Frauenanteil in der Medizin wirft, verbunden mit dem Wunsch nach familienfreundlicher Gestaltung des Arbeitsplatzes, vielfältige Fragen auf: allgemeine soziale Maßnahmen wie andere Arbeitszeitregelungen und Kindergartenplätze, sehr spezifische Fragen des Mutterschutzes, die bisher mangelnde Bereitschaft vieler Frauen, Führung zu übernehmen, oder Sorgen um die Zukunft der medizinischen Forschung. Selbstverständlich spielen auch Rollenklischees und soziologische Aspekte der Macht eine Rolle, die Vertretung von Frauen in den ständischen Gremien, die bedingte Tauglichkeit der Zulassungskriterien zum Studium oder die Frage, welche Mechanismen es neben der ungeliebten Frauenquote noch gibt, um Hierarchien, die nicht mehr zeitgemäß sind, zu verändern.

Aus einer gemeinsam mit Prof. Dr. Ute Klammer aktuell betreuten Doktorarbeit am Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Universität Duisburg-Essen (Doktorandin Sarah Vader) wird deutlich, dass bei der Einführung neuer Strukturen vor allem die herrschende Arbeitskultur und die internalisierten Rollenbilder der Arbeitnehmer für eine erfolgreiche Umsetzung ausschlaggebend sind. Diese werden in oberflächlich aufgesetzten Maßnahmen allerdings selten berücksichtigt.

#### Der vollständige Beitrag ist auf der DÄB-Homepage nachzulesen.

*Dr. rer. medic. Kyung-Eun Choi und Prof. Dr. med. Gustav Dobos, Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Kliniken Essen-Mitte, Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen.*

■ DR. PHIL. M. SC. BRITTA LANG

## Wissen, was (wirklich!) hilft – medizinisches Wissen auf dem Prüfstand

In unserem Alltag nutzen wir häufig Wissen, von dem wir überzeugt sind – auch wenn es nur auf einer subjektiven Wahrnehmung beruht und nie experimentell überprüft wurde. Ein einfaches Beispiel soll dies verdeutlichen: Wissenschaftler der Universität Stanford konnten zeigen, dass es für den Kohlensäuregehalt im Sekt keinen Unterschied macht, ob die angebrochene Flasche mit oder ohne Löffel im Flaschenhals in den Kühlschrank gestellt wird. Tatsächlich sind bei beiden „Verfahren“ nach 24 Stunden noch ca. 40 Prozent Kohlensäure im Sekt enthalten. Dieses Beispiel zeigt, dass das Wissen aus Experimenten verlässlicher ist als jenes aus unkontrollierten Alltagserfahrungen.

Auch medizinisches Wissen ist häufig nicht in dem Ausmaß „geprüft“, wie es vielleicht im Sinne der Sicherheit und Gesundheit der Patienten wünschenswert wäre. Oder es ist in klinischen Studien geprüft worden, aber diese sind aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht nutzbar. Forschungen hierzu in den letzten Jahren haben ein gigantisches Ausmaß an Verschwendung von Wissen aufgezeigt (Chan et al. 2014): Studien werden nicht publiziert, weil sie negative Ergebnisse zeigen. Sie sind nicht auffindbar, weil sie in den großen Literatur-Datenbanken nicht gelistet werden oder gar nicht elektronisch verfügbar sind. Die Studienberichts-Qualität genügt häufig nicht den Qualitätskriterien guter Dokumentation. Die Sprache bildet ein Hindernis zur Nutzung, weil Wissensquellen nicht aus dem Englischen in die Landessprachen übertragen werden. Aus diesen Gründen gehen weit über 50 Prozent des global produzierten Wissens für die „Endverbraucher“ (Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitssysteme, klinische Forschung, Patientinnen und Patienten) verloren.

Neben dem Phänomen der Verschwendung einerseits nimmt die Masse an Publikationen andererseits stetig zu. Während 1996 noch geschätzt wurde, dass eine Allgemeinmedizinerin

oder ein Allgemeinmediziner mit dem Konflikt leben muss, 19 Fachartikel der Inneren Medizin in 40 Minuten selbstgeschätzter Lesezeit zu bewältigen (Sackett 2000), so zeigte eine Untersuchung 2004 (Alper 2004), dass mittlerweile ca. 7.000 Artikel in 157 Stunden pro Woche zu veranschlagen wären.

Um diesen Phänomenen entgegenzuwirken, haben sich verschiedene Lösungsansätze entwickelt: Die systematische Erfassung von Wissen und seine Prüfung und Zusammenführung in systematischen Übersichtsarbeiten, wie zum Beispiel die von Cochrane ([www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)), oder Meta-Datenbanken, die die global existierenden Übersichtsarbeiten in einem Portal zusammenführen, wie Pubmed Health ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth)). Hierzu gehören auch jene Initiativen, die sich darum bemühen, dass alle Studien mit ihren Ergebnissen durch Register auffindbar sein sollen ([www.alltrials.net](http://www.alltrials.net)). Ein zweiter Ansatz ist die Einführung von Qualitäts-Leitlinien für das Verfassen von Forschungsberichten ([www.equator-network.org](http://www.equator-network.org)) und die Forderung, alle Studien mit einer systematischen Übersicht zu beginnen, um sie in den bereits bestehenden Wissenskontext einzuordnen (Kleinert 2014).

Wissen ist eine sich stetig erneuernde Ressource, die wir für die Qualität unserer Gesundheitssysteme effizient erschließen müssen. Die Bereitstellung solcher Ressourcen in



Dr. phil. M. Sc. Britta Lang

Foto: Jochen Rolles

der jeweiligen Landessprache sowie Inhalt und Form auf die Bedürfnisse der jeweiligen Nutzergruppen zugeschnitten (Ärzterschaft, Pflege, Patienten, Gesundheitssystem), bleibt eine wichtige Forderung in den nicht-englischsprachigen Ländern. Pionierarbeit hat hier Norwegen geleistet. Dort können fünf Millionen Einwohner kostenfrei eine nationale Gesundheitsbibliothek nutzen, die systematisch strukturiert nach Profession und Bedarf internationale medizinische Fachzeitschriften, Datenbanken, Nachschlagewerke bis hin zu Patienteninformationen vorhält und, wo nötig, in die Landessprache transferiert ([www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no), Nylenna 2010).

### Literatur bei der Verfasserin.

*Dr. phil. M. Sc. Britta Lang ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Cochrane Deutschland am Universitätsklinikum Freiburg.*

**Die vollständige Präsentation des Vortrags ist auf der DÄB-Homepage nachzulesen.**

- Wie entsteht medizinisches Wissen?
- Warum brauchen wir geprüftes Wissen und Wissens-Synthesen?
- Welche Formen von Synthesen gibt es zu Ihrer Verfügung?
- Integration von Wissen und ärztlicher Erfahrung.

(aus: Präsentation Dr. phil. M. Sc. Britta Lang)

■ PROF. DR. PHIL. ADELE DIEDERICH

## Priorisierung in der Medizin – Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) hat 2014 in einem Kooperationsprojekt eine Befragung von Ärztinnen – Mitglieder und Nicht-Mitglieder des DÄB – durchgeführt (Referenz zum Artikel: ÄRZTIN 03/14). Ziel der vorliegenden Studie war es, Informationen über die grundsätzliche Einstellung von in Deutschland tätigen Ärztinnen, zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen zu untersuchen.

Auf dem 34. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. im September in Düsseldorf wurden Ergebnisse aus dieser Befragung zu den Themenbereichen therapeutischer Nutzen, Kosten-Nutzen-Verhältnis und evidenzbasierte Medizin als mögliche Priorisierungskriterien vorgestellt. Die Einstellungen der Ärztinnen dazu wurden denen der Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt. Dabei konnten Übereinstimmungen, aber auch große Unterschiede festgestellt werden.

Um den Nutzen einer medizinischen Behandlung zu bestimmen, war zum Beispiel für die große Mehrheit der Ärztinnen (84 Prozent) und der Bevölkerung (91 Prozent) die Reduzierung der Schmerzen eines Pati-

enten sehr wichtig. Dagegen war die Verlängerung der Lebensdauer eines Patienten 30 Prozent der Ärztinnen und 64 Prozent der Bevölkerung sehr wichtig, um den Nutzen einer medizinischen Behandlung zu bestimmen.

Wenn es um das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis ging, sollte nach Meinung von 46 Prozent der Ärztinnen, aber bei nur 25 Prozent der Bevölkerung die Höhe der Kosten eine Rolle bei der Entscheidung spielen, ob eine medizinische Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden soll. Dass in Zukunft nur noch medizinische Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, wenn deren Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen wurde, überzeugte Ärztinnen (69 Prozent) und die Bevölkerung (51 Prozent) mehrheitlich.

Auf konkrete Fälle bezogen, wann eine Behandlung, deren Wirksamkeit nicht eindeutig belegt ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird, ändert sich das Bild. Hier stimmten bei einer lebensbedrohlichen Krankheit 32 Prozent der Ärztinnen und 74 Prozent der Bevölkerung voll und



Prof. Dr. phil. Adele Diederich

Foto: Jochen Rolles

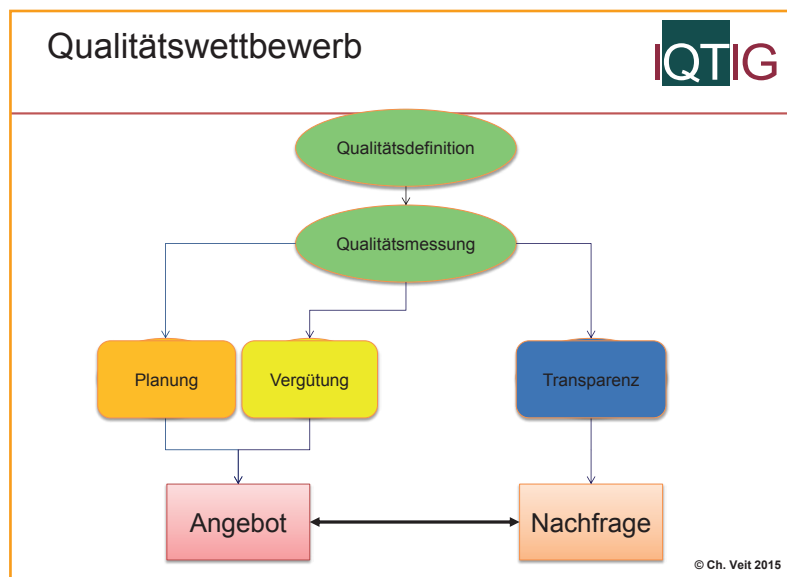
ganz zu. Oder wenn der Arzt aufgrund seiner Erfahrung eine Behandlung empfiehlt, stimmten 16 Prozent der Ärztinnen und 67 Prozent der Bevölkerung einer Kostenübernahme – trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz – voll und ganz zu. Ob alternative Heilverfahren wie zum Beispiel Homöopathie oder Traditionelle Chinesische Medizin, deren Wirksamkeit umstritten ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, bejahten nur 23 Prozent der Ärztinnen, aber 52 Prozent der Bevölkerung.

*Prof. Dr. phil. Adele Diederich ist an der Jacobs University Bremen am Forschungszentrum Neurosensorik tätig.*

**Die vollständige Präsentation des Vortrags ist auf der DÄB-Homepage nachzulesen.**

■ DR. MED. CHRISTOF VEIT

## Qualitätsorientierte Steuerung im Gesundheitswesen: Chancen und Gefahren



Dr. med. Christof Veit

Foto: Jochen Rolles

*Dr. med. Christof Veit ist Institutsleiter für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).*

**Nebenstehend eine Folie aus der Präsentation von Dr. med. Christof Veit. Die vollständige Präsentation des Vortrags ist auf der DÄB-Homepage nachzulesen.**



## Wissenschaftspreis des DÄB für Dr. med. Elisabeth Livingstone und Dr. med. Jelena Kornej



Foto: Jochen Rolfes

v.l.n.r.: Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Elisabeth Livingstone, Dr. med. Jelena Kornej, Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

med. Elisabeth Livingstone und Dr. med. Jelena Kornej.

Dr. med. Elisabeth Livingstone, Oberärztin in der Hautklinik des Uniklinikums in Essen, hat untersucht inwieweit Statine, die einen erhöhten Cholesterinspiegel im Blut senken, auch das Fortschreiten von bösartigen Hauttumoren (Melanomen) beeinflussen. Sie wollte wissen, ob sich ein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten

Den renommierten und diesmal mit 5.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis des DÄB, der im zweijährigen Turnus seit 2001 vergeben wird, teilten sich in diesem Jahr Dr.

oder weiblichen und männlichen Zelllinien der Melanome feststellen lässt. Es stellte sich heraus, dass Männer von der Statineinnahme profitierten, Frauen dagegen nicht.

Dr. med. Jelena Kornej vom Herzzentrum Leipzig ging der Fragestellung nach, ob es zwischen Männern und Frauen einen Unterschied in der Anzahl thrombembolischer Komplikationen nach Linksherz-Katheter Eingriffen gibt. Die Ergebnisse zeigten – bei geringer Embolierate bei beiden Geschlechtern – keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen, allerdings waren thrombembolische Komplikationen bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Prädiktoren assoziiert.

In der Laudatio würdigte die Vizepräsidentin des Ärztinnenbundes, Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, die Arbeiten von Dr. Livingstone und Dr. Kornej als weitere Beispiele für die Notwendigkeit, nach Geschlechterunterschieden zu suchen und dadurch die Krankenversorgung in Deutschland zu verbessern.

## Nachwuchsförderpreis an Anna Lawson McLean

Ein zusätzlicher, mit 500 Euro dotierter Nachwuchsförderpreis wurde an Anna Lawson McLean, Studentin der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena, für ihre Arbeit „Geschlechtsspezifische Unterschiede des Wachstumsverhaltens von Tumoren des zentralen Nervensystems bei Patienten mit Neurofibromatose Typ 2“ vergeben. Sie fand dabei heraus, dass Frauen häufiger an Neurofibromatose 2 erkranken als Männer. Das geschlechtsabhängige

Verhalten der Tumoren könnte durch spezifische hormonabhängige Rezeptoren in verschiedenen Tumorarten bedingt sein. Besonderes Augenmerk sollte auf schwangere Patientinnen gelegt werden, da während dieser Zeit antiangiogene Medikamente ausgeschlossen und chirurgische Operationen limitiert sind. Zukünftige Forschung sollte darauf abzielen, geschlechtsspezifische Unterschiede in der klinischen Symptomatik zu identifizieren.



Foto: Jochen Rolfes

v.l.n.r.: Prof. Dr. med. Marianne Schrader, Anna Lawson McLean, Dr. med. Christiane Groß, M.A.

## Verleihung der Silbernen Feder 2015 an Andreas Steinhöfel

Im Rahmen des Festabends wurde der Kinder- und Jugendbuchpreis des DÄB, die Silberne Feder, an Andreas Steinhöfel für sein Kinderbuch „Anders“, erschienen im Carlsen Verlag, verliehen. Der vielfach ausgezeichnete Autor setzt sich in „Anders“ in hervorragender Weise mit dem Thema Gesundheit und Krankheit auseinander. Die Auszeichnung ist mit 2.000 Euro dotiert. Das Buch

erzählt die Geschichte eines elfjährigen Jungen, der nach einem Unfall neun Monate lang im Koma liegt und ins Leben zurückkehrt. Sprachgewandtheit und eine raffinierte literarische Konstruktion halten die Leserinnen und Leser bis zum Schluss in Atem.



Foto: Jochen Rolfes

v.l.n.r.: Dr. phil. Barbara von Korff Schmising, Andreas Steinhöfel, Dr. med. Ute Otten, Dr. med. Christiane Groß, M.A.

## Auszeichnung als „Mutige Löwin“ für Dr. med. Monika Hauser

Die Auszeichnung als Mutige Löwin ging an die Gynäkologin Dr. med. Monika Hauser. Dr. Hauser gründete in den 90er-Jahren die Frauenrechtsorganisation *medica mondiale* ([www.medicamondiale.org](http://www.medicamondiale.org)) mit dem Ziel, kriegstraumatisierten Frauen medizinische und psychologische Hilfe zu leisten. Für ihre Initiativen nahm sie zahlreiche Auszeichnungen entgegen, unter anderem den als Alternativer Nobelpreis bekannten *Right Livelihood Award* 2008. Dr. Hauser setzt sich

*Im bosnischen Zenica wurde also 1993 der Grundstein für das frauenrechtliche Engagement von *medica mondiale* gelegt – wir nennen es auch unsere feministische Intervention der Solidarität. Bis heute haben wir unsere Arbeit auf mehr als 20 Projektländer ausgeweitet, unter anderem nach Afghanistan, in die Demokratische Republik Kongo, nach Liberia und heute in den Nordirak. *Medica mondiale* hat in den zurückliegenden 22 Jahren weit mehr als 100.000*

*dass Mädchen nun immer früher zwangsverheiratet werden.*

*Unerträglich ist, dass sich sexualisierte Gewalt auch in Deutschland fortsetzt: In den völlig überfüllten Flüchtlingsunterkünften sind die oft bereits vielfach traumatisierten Frauen und Mädchen weiterer Gewalt ausgesetzt: Zwangsprostitution, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigungen. Unbegleitete minderjährige Mädchen brauchen eigene geschützte Räume mit qualifizierter Betreuung.*

*Jene, die zu uns nach Deutschland gekommen sind, müssen eine Perspektive erhalten. Dazu gehören neben Ausblick auf eine existenzsichernde Arbeit selbstverständlich auch traumasensible Beratung und Versorgung. Auch der Familiennachzug muss erleichtert werden: Die Familie ist ein wichtiges unterstützendes soziales Netzwerk und kann ein protektiver Faktor gegen langfristige posttraumatische Belastungserscheinungen sein. Die medizinische Versorgung für Asylsuchende darf nicht länger eingeschränkt sein. Diese Drei-Klassen-Medizin ist nicht nur erbärmlich, sondern auch wissenschaftlich nachgewiesenermaßen wirtschaftlich unsinnig. (im Deutschen Ärzteblatt vom September dieses Jahres nachzulesen)*



Foto: Joachen Roloffes

v.l.n.r. Elke Burghard, Dr. med. Christiane Groß, M.A., und Dr. med. Monika Hauser

dafür ein, dass sexualisierte Kriegsgewalt als Menschenrechtsverletzung anerkannt wird und leistet traumasensible Unterstützung für die Überlebenden von Gewalterfahrungen.

In ihrer Dankesrede anlässlich der Preisverleihung sagte Dr. med. Monika Hauser:

*„Ich freue mich sehr, dass eine meiner Vorgängerinnen 2011 die vormalige Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Dr. Ute Otten war – die mitten im Kriegswahnsinn 1993 zu uns nach Bosnien, Zenica, kam, und für unser Frauenzentrum 20.000 DM mitgebracht hat – versteckt in einer Haferflockentüte.*

*Frauen unterstützt, heute arbeiten über 45 Kolleginnen in der Kölner Geschäftsstelle.*

*Zur Aktualität: Eine Analyse frauenspezifischer Flucht-Ursachen ist nicht nur dringend nötig, sondern maßgeblich für eine friedensfördernde Ausrichtung der Entwicklungs- und Außenpolitik. Es muss endlich erkannt und bekämpft werden, dass der größte Teil aller fliehenden Frauen und Mädchen auf ihrer Flucht erneut sexualisierte Gewalt erlebt. Der Alarm der UN, die Menschen in den Flüchtlingslagern rund um Syrien nicht mehr versorgen zu können, weil die Weltgemeinschaft ihrer Finanzierung nicht nachkommt, verhallte ungehört – eine Konsequenz ist,*

*Liebe Kolleginnen, ich bin begeistert von eurem Tagungs-Motto „Wir mischen uns ein“ – es entspricht meiner Lebenshaltung! In diesem Sinne möchte ich mich in eure Workshop-Themen einmischen und den Appell von Frau Ministerin Barbara Stefens aufnehmen: Schafft euch Raum in eurem Workshop-Programm, um aktuell über qualifizierte Unterstützungsangebote für Flüchtlingsfrauen oder eine Clearingstelle nachzudenken. Hier ist auch der Deutsche Ärztinnenbund gefordert. Ich tue diese Arbeit für die Würde der traumatisierten Frauen und Mädchen, aber ich mache sie auch für meine Würde.“*

■ DR. MED. CHRISTIANE WOOPEN

Im Interview

## Von Big Data und Gesundheit bis zur Organspende: Der Deutsche Ethikrat

**ÄRZTIN:** Der Deutsche Ethikrat hat in diesem Jahr unter anderem über Themen wie „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“, „Die Vermessung des Menschen - Big Data und Gesundheit“ oder auch über „Modkrankheiten“ diskutiert. Wer trägt diese medizinethischen Themen an den Deutschen Ethikrat heran?

**Dr. med. Christiane Woopen:** In seiner Tätigkeit ist der Deutsche Ethikrat unabhängig. Kernstück seiner Arbeit sind seine Stellungnahmen, die er in der Regel auf der Grundlage eines eigenen Entschlusses erarbeitet. Er kann auch vom Deutschen Bundestag oder der Bundesregierung damit beauftragt werden, eine Stellungnahme zu einem Thema vorzulegen. Zum Beispiel gehen die Stellungnahmen zur Intersexualität, zur genetischen Diagnostik und zur Biosicherheit auf Aufträge der Bundesregierung zurück.

**ÄRZTIN:** Die ethischen Herausforderungen zum Beispiel auch für unser Gesundheitssystem werden immer komplexer. Fragen der Gesundheit, Wirtschaft und Ethik können nicht isoliert nebeneinander betrachtet werden. Welche ethisch-gesellschaftspolitischen Fragestellungen stehen in diesem Zusammenhang künftig für den Deutschen Ethikrat im Mittelpunkt?

### Geplante Stellungnahmen

**Dr. med. Christiane Woopen:** Bis zum kommenden Frühjahr plant der Ethikrat, die Arbeit an den Stellungnahmen zu Big Data, Ethik im Krankenhaus sowie zu Fragen der Embryonenspende abzuschließen oder zumindest so weit wie möglich voranzutreiben. Im Dezember wird er gemeinsam mit der Leopoldina eine ganztägige Tagung zu globaler Wissenschaft und Fragen einer globalen Ethik durchführen. Das geschieht nicht zuletzt mit Blick auf den Global Summit aller Ethikräte weltweit, der im März in Berlin unter der Präsidentschaft des Deutschen Ethikrates stattfinden wird. Dort stehen vier Themen im Mittelpunkt: Erstens emerging technologies wie Genom-Editierung und die sogenannten converging technologies, also das Zusammenwirken von etwa Nano, Bio- und Informationstechnologie mit besonderem Fokus auf Big Data, zweitens Epi-

demien, drittens das Problem der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung und Beteiligung an den wichtigen Debatten, die ja in der Regel jeden Einzelnen in seinem Leben betreffen können, und viertens Fragen ethischer und rechtlicher Regulierung und ihr Zusammenwirken.

**ÄRZTIN:** Woran messen Sie den Erfolg Ihrer Arbeit beim Deutschen Ethikrat? Bitte erläutern Sie uns dies an einem Beispiel.

**Dr. med. Christiane Woopen:** Erfolg ist im Fall einer ethischen Beratung für die Politik und die Gesellschaft ein vielgestaltiges Phänomen und zum Teil nur schwer zu messen. Legt man als Erfolgsmaßstab an, ob die Empfehlungen des Ethikrates in die Bundestagsdebatten einfließen, ist der Ethikrat bereits



sehr erfolgreich. Alle Stellungnahmen des Ethikrates werden in den zuständigen Ausschüssen des Bundestages beraten, unabhängig davon, ob das Thema aus einem Auftrag resultierte oder vom Rat selbst gewählt war. Aber selbst wenn man die Latte für den Erfolg höher anlegt und nachfragt, inwieweit unterbreitete Empfehlungen Eingang in Gesetzesänderungen gefunden haben, finden sich eine Reihe guter Beispiele.

### Vielgestaltige Erfolge

So wurde 2009 die erste Stellungnahme des Ethikrates zur anonymen Kindesabgabe anfangs seitens der Politik stark kritisiert, weil der Ethikrat neben der Einführung einer vertraulichen Kindesabgabe unter anderem empfohlen hatte, Babyklappen zu schließen. Ausgehend von der Stellungnahme begann jedoch im Bundestag ein Diskussionsprozess, an dessen Ende im November 2013 ein Gesetz zur vertraulichen Geburt verabschiedet wurde, das sich wesentlich an den Empfeh-



Foto: privat

Dr. med. Christiane Woopen

lungen des Ethikrates orientiert. Weitere Beispiele für die Übernahme von Empfehlungen des Ethikrates in gesetzliche Regelungen – wenn auch mit Abweichungen im Detail – sind die Präimplantationsdiagnostik (2011), die Beschneidung von männlichen Neugeborenen und Jugendlichen (2012) sowie die Änderung des Personenstandsgesetzes (2013). Diese geht auf eine Empfehlung des Ethikrates zurück, die er im Rahmen seiner Stellungnahme „Intersexualität“ ein Jahr zuvor formuliert hatte.

Darüber hinaus besteht der Erfolg in dem Interesse der Öffentlichkeit an den Veranstaltungen, an dem Aufgreifen von Aktivitäten des Ethikrates in den Medien, an der Verwendung der Materialien in Schulen, Universitäten, Fortbildungen jeder Art, in den Vorträgen und der Verbreitung, die durch einzelne Ethikratsmitglieder erfolgen, und letztlich auch in den Diskussionen und der Meinungsbildung, die in Gesprächen beim Abendessen erfolgen, weil man etwas über den Ethikrat und seine Themen gehört hat oder interessante Fragen und Gedanken von einer Veranstaltung mitgenommen hat. Das kann man natürlich nicht messen.

Alles, was der Ethikrat öffentlich tut oder vorlegt, finden Sie im Internet frei zugänglich, sodass man die Arbeit völlig transparent verfolgen kann und auch nicht zu den Tagungen persönlich hinfahren muss, um die Beiträge hören zu können.

*Dr. med. Christiane Woopen ist Medizinethikerin und Philosophin. Seit 2009 bekleidet sie die Professur für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln. Außerdem ist sie seit 2001 Mitglied des Deutschen Ethikrates, seit 2008 dessen stellvertretende Vorsitzende und seit 2012 dessen Vorsitzende.*

*Das Gespräch führte Gundel Köbke.*



■ DR. MED. GABRIELE DU BOIS

Im Interview

## Das Thema Ethik im Deutschen Ärztinnenbund

Der Ethikausschuss des DÄB hat sich im Laufe seines Bestehens mit zahlreichen Themen beschäftigt, die gerade in der aktuellen Diskussion waren und sind. Für die *ÄRZTIN* haben wir mit der Vorsitzenden des DÄB-Ethik-Ausschusses, Dr. med. Gabriele du Bois und der Vorsitzenden des Klinischen Ethik-Komitees der Universitätsmedizin Mannheim, Dr. med. Dorothee Dörr, M.A., über die Arbeit des Ausschusses und bei der Klinischen Ethikberatung gesprochen.

**ÄRZTIN:** Was gab den Anstoß, vor vier Jahren die schon bestehende Arbeitsgruppe zum Thema Medizinethik im DÄB in einen „ordentlichen“ Ethikausschuss zu überführen?

**Dr. med. Gabriele du Bois:** Unter Frau Prof. Renate Nolte, der ersten Vorsitzenden, hieß diese Gruppe von anfangs einzelnen Interessierten im Raum Tübingen/Stuttgart immer Ethikausschuss. Als 2010 der Ausschuss vom Vorstand zur „Ethik-Arbeitsgruppe“ herabgestuft wurde, entschieden sich die Mitglieder des Ausschusses, sich eine Struktur zu geben mit einer Geschäftsordnung, um sich wieder Ethikausschuss nennen zu können. Es gibt jetzt einen gewählten Vorstand und Beitrittsregelungen. Die Ausschuss-Sitzungen finden bundesweit jeweils bei den Beiratssitzungen des DÄB statt.

**ÄRZTIN:** Aktuell hat sich der DÄB-Ausschuss mit Priorisierungsfragen beschäftigt und durch eine Online-Umfrage bei DÄB-Mitgliedern einen Beitrag zur Sensibilisierung für das Thema geleistet. Was waren für Sie die wichtigsten Erkenntnisse aus der Umfrage?

**Dr. med. Gabriele du Bois:** Wir haben uns im Ausschuss mit den Fragen beschäftigt: Was ist Priorisierung in der Medizin? Wie kann sie funktionieren? Wie wird das Thema in anderen Ländern gehandhabt. Um die Vorstellungen der Ärztinnen in Deutschland zur Priorisierung möglichst umfassend darstellen zu können, entschieden wir uns zu einer Online-Umfrage unter den Mitgliedern des DÄB mit Fragen, die bereits bei einer Bevölkerungsumfrage benutzt wurden. Somit konnte neben dem Meinungsbild der Ärztinnen auch der Unterschied zwischen der Sicht von Ärztinnen und Patienten auf die Themen im Gesundheitswesen, in denen eine Rangfolge sinnvoll erscheint, herausgearbeitet werden.

### Meinungsbild bei Ärztinnen abgefragt

Die Auswertung der Ergebnisse dauert noch an, da die Antworten nicht nur als reine Prozentzahlen zu sehen sind, sondern auch in

einem Kontext von Abwägungen verstanden werden müssen. Wichtige Ergebnisse waren Übereinstimmungen zwischen den Gruppen wie die vorrangige Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder von Kindern. Als Kriterium für den Nutzen einer Therapie wird von beiden Gruppen die Schmerzlinderung favorisiert, wogegen interessanterweise eine Lebensverlängerung als therapeutischer Nutzen von den Ärztinnen als weniger vorrangig angesehen wird als bei den Patienten. So wurde von Ärztinnen die Überlebenswahrscheinlichkeit nach Organtransplantationen als wichtiger angesehen als die Wartezeit auf ein Organ, die für die Patienten höhere Priorität aufwies. Beide Gruppen



befürworten wiederum höhere Zuzahlungen zum Krankenkassenbeitrag für Personen mit schädigendem Gesundheitsverhalten.

**ÄRZTIN:** Die gemeinsame PID-Ethikkommission der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat Sie im Juli dieses Jahres zur Vorsitzenden ernannt. Welche Aufgaben werden Sie in dieser Kommission wahrnehmen?

**Dr. med. Gabriele du Bois:** Die/der Vorsitzende einer PID-Ethik-Kommission leitet die Sitzungen, in denen die Anträge zur Durchführung einer PID bearbeitet werden. Es geht um die formale Überprüfung der vom Gesetz geforderten Voraussetzungen, unter denen diese Diagnostik durchgeführt werden darf. Dabei müssen die Kommissionsmitglieder sich einig werden darüber, ob ein hohes Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes vorliegt bzw. ob eine schwerwiegende Schädigung des Embryos zu erwarten ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird. Nach der Diskussion des Falles erfolgt eine Abstimmung über die Zulässigkeit der PID in diesem Fall.



Dr. med. Gabriele du Bois

Foto: Privat

### Der Ethikausschuss trägt Diskussionen weiter

**ÄRZTIN:** Ethische Haltungen und Handlungen von Ärztinnen und Ärzten stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit Sensibilisierung und Kommunikation – wie kann der DÄB-Ethik-Ausschuss diesbezüglich auf die Mitglieder des DÄB einwirken?

**Dr. med. Gabriele du Bois:** Der Ethikausschuss versucht, die DÄB-Mitglieder über seine Themen durch Beiträge in der *ÄRZTIN* und Berichte während der halbjährlichen Beiratssitzungen zu informieren. Über die Vorsitzenden der Regionalgruppen können die Themen so auch in den Gruppen diskutiert werden. Beim Thema Priorisierung wurde eine Online-Umfrage an alle Mitglieder versandt. Die Ergebnisse wurden beim 34. Kongress in Düsseldorf vorgestellt und diskutiert. Sie werden auch im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

**ÄRZTIN:** Warum stellen sich forschende Medizinerinnen und Mediziner die Frage nach der Geschlechterdifferenz in der Regel nicht und wie können Geschlechts- bzw. Genderunterschiede in die ärztliche Ausbildung integriert werden?

**Dr. med. Gabriele du Bois:** Das ist wirklich schwer zu verstehen. Medizinerinnen und Mediziner wissen eigentlich ganz genau, dass Mann und Frau anatomisch verschieden gebaut sind und auch unterschiedlich funktionieren. Trotzdem ist es unheimlich schwer, den Jahrzehnte, vielleicht sogar Jahrhunderte alten Blick zu verändern, mit dem in der Wissenschaft der Mensch als männliche Version untersucht und studiert wurde. Es braucht offenbar länger als erwartet, bis die entsprechenden Studien gemacht sind, die Hochschullehrer dieses Wissen verinnerlicht haben und die Lehrbücher umgeschrieben sind.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.



## ■ DR. MED. DOROTHEE DÖRR

## Im Interview

## Ethische Konfliktberatung in der Klinik

**ÄRZTIN:** Die Möglichkeiten der modernen Medizin stellen sowohl Behandlungsteams sowie Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige bzw. Betreuende immer wieder vor ethisch schwierige Entscheidungssituationen. Sie sind Referentin für Klinische Ethikberatung und leiten das Klinische Ethik-Komitee der Universitätsmedizin Mannheim. Welche Ziele setzt sich ein klinisches Ethik-Komitee?

**Dr. med. Dorothee Dörr:** In ethischen Konfliktsituationen, die im Rahmen der Patientenversorgung auftreten, wird den Beteiligten Unterstützung zur Klärung und Lösung dieser konkreten Einzelfallkonflikte angeboten. Meistens geht es darum, sehr komplexe Entscheidungsprozesse hilfreich zu begleiten und zu optimieren. Dies kann in Form von Teambesprechungen, moderierten Angehörigengesprächen oder Ethikkonsilen erfolgen. Darüber hinaus organisiert das Ethik-Komitee Fortbildungen für die Klinikumsmitarbeiterinnen- und mitarbeiter sowie öffentliche Veranstaltungen mit dem Ziel, die Sensibilisierung und Diskussion über medizinethische Fragestellungen zu fördern.

**ÄRZTIN:** Im Rahmen von Ethikberatungen führen Sie auch Gespräche mit Patientinnen und Patienten bzw. mit deren Angehörigen. Gibt es wiederkehrende Konfliktsituationen, für die Sie gemeinsam nach Lösungen suchen? Können Sie von Beispielen berichten?

**Dr. med. Dorothee Dörr:** Wenn Patientinnen und Patienten lebensbedrohlich erkranken und selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind, stellt dies häufig auch für ihre Angehörigen eine existenzielle Bedrohung dar und sie können mit ihrer Rolle als Stellvertreter überfordert sein. Insbesondere wenn sie das Gefühl haben, dass sie über Leben und Tod des Ehepartners oder des Kindes zu entscheiden haben. Diese Situation erlebte die Ehefrau eines Patienten, bei dem eine fortschreitende, degenerative, neuromuskuläre Erkrankung diagnostiziert wurde, die zur notfallmäßigen Krankenhauseinweisung

führte. Es stellte sich die Frage, ob eine lebensverlängernde Therapie oder eine palliative Begleitung durchzuführen sei. Konfrontiert mit den Fragen der Ärzte spürte diese Frau eine deutliche Ambivalenz. Sie wünschte ihrem Mann die Erlösung von seinem Leiden, gleichzeitig fühlte sie sich schuldig, dass sie nicht alles einforderte für sein Weiterleben. Weiterführend waren in diesem Fall mehrere Gespräche, in denen sie darüber aufgeklärt wurde, dass nicht sie die Entscheidung über die Durchführung oder den Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen treffen müsse, sondern dass sie lediglich den behandelnden Ärztinnen und Ärzten mitteilen soll, was ihr Mann in dieser Situation entschieden hätte. Mit dieser Sichtweise konnte gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten eine tragbare Lösung gefunden werden.



## Ethikberatung als Instrument der Teamstärkung

**ÄRZTIN:** Sie begleiten auch die behandelnden Teams auf den Visitenrundgängen auf den Intensivstationen. Wie gelingt es, Ethikberatung in diesem Setting gezielt einzusetzen?

**Dr. med. Dorothee Dörr:** Es handelt sich um einen kollegialen, konsiliarischen Austausch, der während dieser Visiten stattfindet. Wichtig ist dabei, die Visitedauer nicht unnötig zu verlängern. Häufig ergeben sich Fragen zur Therapiezielfindung bei strittiger medizinischer Indikation und unklarer Prognose bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Hier kann die Gelegenheit genutzt werden, um kurze Ad-hoc-Fallbesprechungen durchzuführen oder Lösungswege für absehbare Konflikte im Vorfeld zu erörtern.

**ÄRZTIN:** Welche Fortbildungsschwerpunkte bieten Sie für Ärzteschaft und Pflegende an Ihrem Klinikum an?



Dr. med. Dorothee Dörr, M.A.

**Dr. med. Dorothee Dörr:** Die inhaltlichen Schwerpunkte der Fortbildungsangebote zielen auf die praktischen Problemfelder, die im klinischen Alltag auftreten. Dazu zählen etwa Fragen zur Therapiezielfindung zu Lebensbeginn bzw. Lebensende, Vorgehensweisen zur Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens und zur angemessenen Beurteilung und Prüfung von Patientenverfügungen. Außerdem werden Modelle für strukturierte ethische Fallbesprechungen auf den Stationen vorgestellt.

**ÄRZTIN:** Wenn Sie Ihre Zeit in Mannheim Revue passieren lassen, was hat Sie während Ihrer Tätigkeit am meisten beeindruckt?

**Dr. med. Dorothee Dörr:** In ethischen Entscheidungssituationen war spürbar, dass neben den unmittelbar betroffenen Patientinnen, Patienten und Angehörigen durchaus auch die Behandelnden zu den Betroffenen zählten und dass bei ethischen Kolleginnen und Kollegen das Bedürfnis vorhanden ist, über Konfliktsituationen zu sprechen. Die Offenheit, mit der Klinikumsmitarbeiterinnen- und mitarbeiter die moralischen Fragen formuliert haben, und ihre Bemühungen, differenzierte, weiterführende Auseinandersetzungen mit den Problemen zu erreichen, haben mich nachhaltig beeindruckt. Gerade im intensivmedizinischen Bereich, der ständig und mitunter sehr schnelle Entscheidungen von großer Tragweite von den Beteiligten abverlangt, kann Ethikberatung unter anderem als Instrument der Teamstärkung sehr sinnvoll eingesetzt werden.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

■ DR. PHIL. KATHARINA BEIER



Foto: privat

Dr. phil. Katharina Beier

## Beispiel: Social Freezing – ethisch differenziert betrachtet

Richtete sich die Kryokonservierung unfruchteter reifer Eizellen ursprünglich an Krebspatientinnen im Vorfeld einer fruchtbarkeitsschädigenden Chemotherapie, ist die Anwendung des Verfahrens bei gesunden Frauen, das sogenannte Social Freezing (SF), derzeit ethisch umstritten. Spätestens seit Apple und Facebook angeboten haben, ihren Mitarbeiterinnen das Einfrieren von Eizellen zu finanzieren, damit diese das Kinderkriegen zugunsten der Karriere vertagen, ist SF zum Brennglas grundlegender gesellschaftlicher Fragen avanciert. Schlagzeilen wie „Apple und Facebook machen Frauen zu Leibeigenen“, „Kalte Perfektion“ oder „Der neue Weg für Karrierefrauen“ zeugen dabei von einer moralisch aufgeladenen Debatte. Bereits der Begriff „soziales Einfrieren“ ist nicht wertfrei. So nährt der explizite Verweis auf nicht-medizinische Motive Zweifel an der moralischen Legitimität des Verfahrens. Um vorschnelle Urteile zu vermeiden, scheint indessen eine differenzierte ethische Betrachtung von SF mit Blick auf Risiken, Gerechtigkeit, Autonomie und Nutzen angezeigt. Dabei gilt es nicht zuletzt, ethische Doppelstandards kritisch zu reflektieren.

### Risiken

Die Risiken der für SF erforderlichen Hormonstimulation sind heute durch schonende Verfahren weitgehend kontrollierbar. Auch wenn Schwangerschaftsrisiken mit dem Alter zunehmen, wirken individuelle Umstände modifizierend. Wann eine Schwangerschaft „zu spät“ ist, lässt sich daher nicht an statistischen Altersgrenzen ablesen, sondern bedarf einer Bewertung im Einzelfall. Hinzu kommt, dass für die Gesundheit des Kindes weniger das Alter der Mutter als das der Eizelle zählt – ein Faktum, das aus medizinischer Sicht eher für als gegen SF spricht. Sind Kinder indessen psychisch gefährdet, etwa weil „alte“ Mütter sie womöglich nicht lange bzw. „fit“ genug durch ihr Leben begleiten könnten? Die Frage so zu stellen, impliziert, dass es primär physische Qualitäten sind, die eine gute Mutter ausmachen. Wäre dies so, müsste jedoch auch das Einfrieren

von Eizellen bei krebserkrankten Frauen unter Vorbehalt stehen, da Rezidive im späteren Leben nicht auszuschließen sind.

### Gerechtigkeit

Obleich selten thematisiert, birgt auch späte Vaterschaft gewisse Risiken. Dass Letztere dennoch akzeptiert ist, entzieht einer pauschalen Abwertung „alter“ Mütter die moralische Grundlage. Folgt daraus noch keine Rechtfertigung von SF, so doch zumindest die Forderung nach mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Debatte. Bedenkenswert sind zudem mögliche globale Gerechtigkeitseffekte, etwa wenn sich mittels SF der Rückgriff auf teils unter ethisch fragwürdigen Bedingungen gewonnene Spendereizellen reduzieren ließe.



Im Workshop „Social Freezing“ beim 34. Kongress des DÄB - Graphic Recording: Antje Rieder, Diplom-Designerin

### Autonomie

Umfasst reproduktive Autonomie das Recht zu entscheiden, mit wem man wann Kinder haben will, wird SF durch diesen Grundsatz gedeckt. Vorsicht ist jedoch auf der Beschreibungsebene geboten. Eine „Befreiung von Entscheidungszwängen“ findet nur bedingt statt, da das Aufschieben des Kinderwunsches mittels SF seinerseits Entscheidungen und Handlungen von keineswegs trivialem Ausmaß erfordert. Weder räumt SF die Herausforderungen einer Familiengründung aus, noch macht es soziale Anstrengungen in diesem Bereich überflüssig. Der Behauptung von „mehr Wahlmög-

lichkeiten“ steht entgegen, dass auch mit SF (vor allem aufgrund des Rückgriffs auf In-vitro-Fertilisation) eine Schwangerschaft nur begrenzt planbar ist. Geradezu autonomiebeschränkend kann daher die Rede von SF als „Fruchtbarkeitsversicherung“ wirken, wenn damit falsche Sicherheiten vermittelt werden. Dies spricht jedoch weniger für Verbote, als für gute Aufklärung und Beratung im Vorfeld.

### Nutzen

Mit Blick auf die Frage, wem SF eigentlich nützt, ist der Vergleich mit Versicherungsentscheidungen sehr aufschlussreich. Spielen hier persönliche Kosten-Nutzen-Kalküle eine wichtige Rolle, geht es auch bei SF um höchst individuelle Umgangsweisen mit antizipierten „Risiken“ (zum Beispiel fehlendem Partner). Mehr Forschung ist nötig, um die Motive für SF zu erhellen. Bereits jetzt zeigt sich, dass die Karrierefrau als primäre Nutzerin ein Mythos ist; auch schließt SF eine natürliche Schwangerschaft nicht aus. Dass Frauen heute vergleichsweise spät Kinder bekommen, ist Ausdruck komplexer gesellschaftlicher Veränderungen. Ob SF diesen Trend weiter verstärken oder ihm durch eine frühzeitigere Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch unter Umständen sogar entgegenwirken wird, ist daher eine von vielen Fragen, die es weiter zu erforschen gilt.

### Literatur bei der Verfasserin.

Dr. phil. Katharina Beier forscht am Institut für Ethik & Geschichte der Medizin am Universitätsklinikum Göttingen. Das obige Statement hat sie beim 34. Kongress des DÄB im Rahmen des Workshops „Social Freezing: Emanzipativ oder kollektiv falsch?“ abgegeben.

## ■ PROF. DR. MED. DENT. DOMINIK GROSS

## Im Interview

## Ethik in der Zahnheilkunde

**ÄRZTIN:** Sie sind Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Uniklinik RWTH Aachen und Autor eines Buches über Ethik in der Zahnheilkunde. Welche ethisch relevanten Probleme und Konflikte gibt es in der Zahnheilkunde?

**Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß:** Viele Probleme stellen sich in der Zahnheilkunde in ähnlicher Weise wie in der Medizin – denken Sie etwa an den herausfordernden Umgang mit vulnerablen Patienten wie minderjährigen oder gesetzlich betreuten Menschen (hier vor allem Demenzkranke). Es gibt aber durchaus auch Behandlungssituationen mit spezifischen ethischen Implikationen – wie etwa der Umgang mit Patienten, die an Zahnbehandlungsphobie leiden, die Frage der Indikationsstellung von Zahnsanierungen in Narkose oder der Umgang mit der „Zwei-Klassen-(Zahn)Medizin“. Nicht jeder Patient hat beispielsweise Zugang zu einer Implantatversorgung. Ein weiteres ethisch relevantes Beispiel ist die „Wunscherfüllende Zahnmedizin“ mit den Bereichen „cosmetic dentistry“ und „dental wellness“. Man denke auch an das grundsätzliche Problem von zahnärztlichen Therapieempfehlungen bei schlechter Evidenzlage oder an die derzeitige Diskussion über die Indikation kieferorthopädischer Leistungen und deren Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

## Weder übersehen noch bagatellisieren

**ÄRZTIN:** Können Sie einen solchen Konflikt an einem Fallbeispiel aus dem zahnärztlichen Alltag schildern?

**Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß:** Da kann ich viele Beispiele nennen: Was tun, wenn eine Zahnärztin bei einer 16-jährigen zierlichen Jugendlichen aufgrund massiver oraler Erosionen die Diagnose „Bulimie“ stellt, das Mädchen aber keine Krankheitsansicht zeigt und einem von der Zahnärztin vorgeschlagenen Gespräch mit den Eltern unter Verweis auf die ärztliche Schweigepflicht vehement entgegentritt?

Und was ist das adäquate Vorgehen, wenn ein fünfjähriges Kind Zeichen einer Kindesvernachlässigung (multiple Zahnkaries, Haarverfärbung, Hautveränderungen, Körpergeruch) zeigt und der Zahnarzt trotz wiederholter Elterngespräche eine Verschlechterung der Situation feststellt? Was ist einem Praxisteam anzuraten, das gewohnheitsmäßig demenzkranke Bewohner einer benachbarten geriatrischen Pflegeanstalt zu Schmerzbehandlungen „dazwischenschiebt“, ohne dass hierbei regelhaft Rücksprachen mit den gesetzlichen Betreuern erfolgen – und sich mit diesem Ad-hoc-Vorgehen selbst zunehmend unwohl fühlt? Und was tun, wenn eine Patientin mit der Selbstdiagnose „Zahnarztphobie“ konventionelle Behandlungsversuche verweigert und vehement eine Zahnsanierung in Narkose einfordert?



**ÄRZTIN:** Welche Fallstricke haben Sie bei der zahnärztlichen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ausgemacht?

**Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß:** Das sind zumeist dieselben wie in der Medizin, mit Ausnahme der Sondersituation, dass das Kommunikationswerkzeug des Patienten – der Mund – in der Zahnheilkunde zugleich Untersuchungs- und Behandlungsgegenstand ist, was die Kommunikation hier grundsätzlich erschwert. Weitere Fallstricke sind eine ungeeignete Sprachwahl („Fachchinesisch“) und eine unidirektionale Gesprächsführung („Monologisieren“) des Zahnarztes, die fehlende Beachtung non-verbaler Signale des Patienten, das wechselseitige Totschweigen peinlicher Phänomene wie zum Beispiel Foetor ex ore („Schweigepakt“ und „Schweigespirale“), das Auswei-



Foto: privat

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß

chen bei heiklen Nachfragen des Patienten, der Gebrauch von Totschlagargumenten oder Killerphrasen, die Bagatellisierung von Patientenängsten („Lassen Sie das ruhig meine Sorge sein“) oder die leichtfertige Andeutung von Gefahr, ohne diese aufzulösen („Über diesen Zahn müssen wir bei Gelegenheit noch mal reden“).

**ÄRZTIN:** Welchen Stellenwert räumen Sie der Gender Dentistry im Rahmen der Zahnheilkunde ein?

**Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß:** Das Thema wird immer noch stiefmütterlich behandelt. Dabei bietet auch die Zahnheilkunde geschlechtsspezifische Unterschiede: So haben Männer im Durchschnitt häufiger bzw. mehr Plaque als Frauen und damit ein größeres Risiko für Plaque-assoziierte Folgeerkrankungen. Dies hat wiederum damit zu tun, dass Männer zwischen 20 und 60 seltener zum Zahnarzt gehen als

Frauen – ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied. Ein anderes Thema ist bei Patientinnen die postmenopausale Osteoporose, die wiederum negative Auswirkungen auf den Kieferknochen zeigt. Hormonelle Umstellungen in den Wechseljahren verstärken zudem eine gegebenenfalls bereits bestehende Gingivitis und begünstigen die Entstehung von Parotitiden. Natürlich fällt auch die Schwangerschaftsgingivitis unter den Bereich „Gender Dentistry“. Männer haben dagegen ein höheres Risiko, im Laufe ihres Lebens an Rachen- und Mundhöhlenkrebs zu erkranken – wobei unterschiedlicher Alkohol- und Tabakkonsum wiederum wichtige Rollen spielen. All diese Beispiele zeigen, dass es sich lohnt, eine genderbezogene Zahnheilkunde zu betreiben.

*Das Gespräch führte Gundel Köbke.*



### REGIONALGRUPPE BERLIN-BRANDENBURG



Reha Klinikum „Hoher Fläming“ im Oberlinhaus in Bad Belzig

Der diesjährige Sommerausflug der Berlin-Brandenburgischen Gruppe ging in den Fläming, einem südwestlich Berlins gelegenen eiszeitlich gebildeten Höhenzug und gleichzeitig eine historisch gewachsene Kulturlandschaft mit zahlreichen Seen und weitläufigen Wäldern. Unser Ziel war das Reha Klinikum „Hoher Fläming“ im Oberlinhaus

in Bad Belzig. Die Klinik liegt inmitten einer großflächigen Parkanlage, die weitere Umgebung ist reizvoll durch historische Städte mit mittelalterlichen Burgen und male- rischen Feldsteinkirchen.

In beiden Weltkriegen war die Heilstätte ein Lazarett, dazwischen Betriebserholungsheim für Berliner Unternehmen und ab 1947 Kinderferienlager. Mit dem Rückgang der Lungenerkrankungen wurde die Einrichtung 1974 zum Sanatorium für Herz- und Kreislaufkrankungen umgestaltet. Nach der Wende erfolgte 1992/93 der Umbau zur modernen Rehabilitationsklinik mit 244 Einzelzimmern für orthopädische, rheumatische und psychosomatische Krankheiten. Seit 2009 gehört das Klinikum „Hoher Fläming“ zum Oberlinhaus in Potsdam.

Die Geschäftsführerin, Katrin T. Eberhardt, führte uns durch die Anlage und konnte über das Haus in den letzten 20 Jahren berichten, denn sie arbeitete auch schon unter Dr. Hermann Lielje hier. Ihre Herkunft aus dem Hotelbetrieb verraten die geschmackvollen, in hellen Pastelltönen gestalteten Räume, die Bilder an den Wänden, der Blumenschmuck und die unaufgeregte, angenehme Atmosphäre im Umgang mit Mitarbeitern und Patienten. Kollegin Uta Zweynert, die auch schon viele Jahre dem Hause treu ist, konnte die medizinischen Details beisteuern. Die Hausführung endete im Restaurant, wo wir mit einem vegetarischen Essen aus frischen Zutaten der Umgebung verwöhnt wurden. Nach dieser Pause folgte der Stadtrundgang. Und nach dem Abstieg zum Marktplatz und einem letzten Getränk ging es zum Bahnhof und heim nach Berlin.

Mitgeteilt von Dr. med. dent. Lore Gewehr

### REGIONALGRUPPE LEIPZIG

Neue Vorsitzende bei der Regionalgruppe Leipzig: Rima Nuwayhid und Dr. med. Anne-Kathrin Tamm sowie die Schatzmeisterin Dr. med. Sonja Leicht.

Rima Nuwayhid ist gebürtige Leipzigerin und hat bis 2014 an der Charité studiert: „Ich bin begeistert von der Idee eines Netzwerks von Frauen, die ihre Erfahrungen miteinander teilen.“ Anne-Kathrin Tamm ist in Hannover

geboren und war bis Juni 2015 in einer chirurgischen Praxis in Delitzsch tätig: „Meine Mutter ist Mitglied im Ärztinnenbund, ich selbst bin Mitglied geworden, nachdem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie plötzlich schwieriger wurde.“ Sonja Leicht, geboren in Stuttgart, arbeitet am Institut für Pathologie der Uni Leipzig: „Ich bin seit meinem Studium Mitglied im DÄB und über einen interessanten

Vortrag auf den Ärztinnenbund aufmerksam geworden.“ Unser gemeinsames Ziel ist es, wieder regelmäßige Treffen und Aktivitäten ins Leben zu rufen, neue Mitglieder für die Gruppe zu gewinnen und langjährige (wieder) zu begeistern. Hierzu planen wir unter anderem eine Gesprächsreihe mit Ärztinnen, die längere Zeit im Ausland gearbeitet haben.

### REGIONALGRUPPE MÜNSTER



Prof. Dr. Heike Englert

Der Vortrag von Prof. Dr. Heike Englert vom Fachbereich Ökotrophologie an der FH Münster zum Thema: „Lebensmittelunverträglichkeiten und gesellschaftliche Trends“ stieß bei der DÄB-Gruppe Münster auf sehr großes Interesse. Wir bedanken uns herzlich

bei dem Verein Frauen fördern die Gesundheit e. V., ohne dessen Unterstützung solche Veranstaltungen nicht möglich wären.

Prof. Dr. Heike Englert führte in ihrem Vortrag aus, dass ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden habe: Gesundheits- und Wellnessangebote würden zunehmend genutzt („Für meine Gesundheit tue ich alles.“) und gesundes Essen sowie Trenddiäten („allergiefrei, glutenfrei, milchfrei etc.“) seien in. Inzwischen gibt es sogar Bücher wie „Glutenfrei für Dummies“. Ein ganz neuer Trend ist das sogenannte „Clean eating“ aus den USA: zurück zur Natur. Produkte mit mehr als fünf Zutaten gelten als nicht mehr clean. Sie diskutierte mit uns auch, ob Nahrungsmittelallergien tatsächlich zunehmen. Obwohl immer mehr Menschen nach fruktose-, laktose- oder histaminhaltigem Essen über Beschwerden berichten, zeigen Studien keinen Anstieg von Lebensmittelintoleranzen in diesem Ausmaße. Nur ein bis drei Prozent aller Deutschen haben überhaupt eine Lebensmittelallergie (Frauen > Männer).

Letzten Endes ist aber nicht nur ein einzelner Faktor für Lebensmittelunverträglichkeiten verantwortlich, sondern es handelt sich um ein multifaktorielles Geschehen. Besonders gefährlich gelten die Lupinen, die in Veggie-Burger vorkommen. Immunprotektive Faktoren sind dagegen Vitamine, Carotinoide, Paprika. Eine wichtige Rolle spielen auch Probiotika. Probiotische Joghurts können nach einer Antibiotikatherapie das Immunsystem des Darms verbessern. Probiotische Joghurts müssen allerdings täglich gegessen werden, um überhaupt eine therapeutische Wirkung zu erzielen.

Mitgeteilt von Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

### REGIONALGRUPPE SÜDBADEN

Die Regionalgruppe Südbaden hat einen neuen Vorstand: 1. Vorsitzende ist Margrit Ott, 2. Vorsitzende Johanna Toussaint. Schatzmeisterin ist Ulrike Pankow und Beisitzerin Barbara Schmeiser.



■ GRATULATION



**Dr. med. Gabriele du Bois**, zu ihrer Wahl als Vorsitzende der gemeinsamen PID-Ethikkommission. Dr. med. Gabriele du Bois ist seit vielen Jahren im Ethikausschuss des Deutschen Ärztinnenbundes aktiv, um zu aktuellen Themen aus Sicht des Ärztinnenbundes Stellung zu nehmen, und seit 2011 dessen erste Vorsitzende. 2014 hat sie für den Ausschuss ein Positionspapier zur Priorisierung medizinischer Leistungen verfasst. Die gemeinsame PID-Ethikkommission der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich am 15. Juli 2015 konstituiert.



Dr. med. Gabriele du Bois

Foto: Privat

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott**, zur Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille. Diese Medaille verleiht die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) seit 1986 für beson-



Prof. Dr. med. Elisabeth Pott

Foto: Privat

dere Verdienste um die Präventiv- und Sozialmedizin. Salomon Neumann (1819-1908) war einer der bedeutendsten Vertreter der Sozialmedizin, dessen Satz „Medicin ist eine Sociale Wissenschaft“ auf der Medaille eingeprägt ist. Die diesjährige Preisträgerin Prof. Dr. Elisabeth Pott war von 1985 bis 2014 Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und hat mit Kampagnen wie „Gib AIDS keine Chance“ entscheidend zum großen Erfolg der AIDS/HIV-Prävention in Deutschland beigetragen.

**Eva Groterath**, zur Auszeichnung mit dem Ehrentitel Sanitätsrätin, verliehen von der saarländischen Gesundheitsministerin Monika Bachmann. Die Ministerin: „Frau Groterath hat sich durch ihre Leistungen in besonderer Weise um das Saarland und seine Bürger verdient gemacht. Frau Groterath hat sich nicht nur durch ihr berufs- und standespolitisches Engagement, sondern auch durch ihre ärztliche Tätigkeit vielfältige Verdienste um den Berufsstand und das Allgemeinwohl erworben.“

Seit 2009 ist Frau Groterath als Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Winterberg in Saarbrücken tätig. Im Deutschen Ärztinnenbund ist sie seit 1985 berufspolitisch aktiv und seit 2007 Vorsitzende der Gruppe Saar des DÄB. Sie ist Mitglied des

Vorstands der Ärztekammer sowie ärztliche Vorsitzende des gemeinsamen Beirats von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer des Saarlandes. Bereits von 2001 bis 2004 gehörte sie als außerordentliches Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland an. In der Ärztlichen Akademie München übte sie ebenfalls eine mehrjährige Vorstandstätigkeit aus. Als gemeinnützig anerkannte Weiterbildungseinrichtung bietet die Ärztliche Akademie für



Eva Groterath (li.) und die saarländische Gesundheitsministerin Monika Bachmann (re.)

Foto: Jochen Rolles

Psychotherapie seit über 30 Jahren qualifizierte Fortbildungen und Weiterbildungen im Bereich Psychotherapie für Ärzte an.

■ ANTRÄGE ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG AM 18.11.2015

1. **Satzungsänderungsantrag** – Verschiebung der Mitgliederversammlung – Abstimmung: 21:34:3 – abgelehnt
2. **Quotale Verteilung des Beitragsaufkommens (3:1)** – angenommen
3. **Höhe der Tätigkeitsvergütung des Vorstandes** – angenommen
4. **Beitragsfreie Mitgliedschaft für Studentinnen ab 2016** – angenommen
5. zurückgezogen
6. **Verbleib Mitgliedschaft in der MWIA** – angenommen.
7. **Voting delegates MWIA-Kongress** – angenommen
8. **TTIP – Forderung einer transparenten Darstellung + Offenlegung der Geschlechterperspektive** – angenommen
9. **Anwendung einer geschlechtsneutralen Sprache** – angenommen
10. zurückgezogen
11. **Flüchtlingssituation** – Herausgabe eines Statements zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen und Einrichtung eines Pools für DÄB-Ärztinnen, die aktiv Hilfe leisten wollen – angenommen

■ NEUE MITGLIEDER

- Deyng, Janina**, Dr. med., 80333 München  
**Güntermann, Susanne**, 44141 Dortmund  
**Johna, Susanne**, Dr. med., 65399 Kiedrich  
**Livingstone, Elisabeth**, Dr. med., 40670 Meerbusch  
**Mautner, Catrin**, Dr. med., 22337 Hamburg  
**Müller, Ulrike**, Dr. med., 44141 Dortmund  
**Raddatz, Liane**, Dr. med. Univ. Dr. Techn., 55494 Rheinböllen  
**Redler, Silke**, PD Dr. med., 40789 Monheim  
**Schulze-Spüntrup, Elke**, Dr. med., 55246 Mainz-Kostheim  
**Stelberg, Hannah**, Dr. med., 10437 Berlin  
**von Rimscha, Sonja**, Dr. med., 55122 Mainz

■ PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

## Buchbesprechung

### Peter Gøtzsche: Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität

*Peter Gøtzsche ist vielen bekannt als qualifizierter Kritiker des flächendeckenden Mammographie-Screenings – untersuchte er doch alle vorliegenden Studien dazu auf ihre Seriosität, besonders was die statistischen Ergebnisse betraf. Er kam zu dem Schluss – und wurde dafür heftig kritisiert – dass nur einige wenige Studien wissenschaftlich haltbar waren. Diese zeigten keinen belegbaren Vorteil eines Screenings, wohingegen die „positiven“ Studien wissenschaftlich nicht ausreichend fundiert waren.*

**Nun dieses Buch** mit unglaublichen Fakten, es müsste einschlagen wie eine Bombe und Empörung und Fassungslosigkeit hervorrufen. Warum? Kaum jemand kennt die Pharmaindustrie und ihre Geschäftskonzepte so gut wie Peter Gøtzsche (Biologe, Chemiker, Wissenschaftler, Facharzt für Innere Medizin), der nach acht Jahren Arbeit in der Pharmaindustrie Direktor des Nordic Cochrane Centers in Kopenhagen wurde und ein sachkundiger Kritiker dieser Branche seit 22 Jahren ist.

**Es geht ihm hier nicht** um die unbestreitbaren Erfolge moderner Arzneimitteltherapie, sondern um die Schattenseiten, um das „organisierte Verbrechen als Geschäftsmodell für die Pharmariesen“, so auch der Titel eines Kapitels. Peter Gøtzsche gibt viele Beispiele von Medikamenten, deren schwere Nebenwirkungen und Todesfälle nach Einnahme (deswegen „tödliche Medizin“, die dritthäufigste Todesursache überhaupt) von den zehn größten Pharmakonzernen wiederholt weggeredet, abgestritten und verschwiegen wurden. Es geht unter anderem um Neurontin, Omeprazol, Prozac, Citalopram, Zyprexa, Celicixib u.v.a.m. Die Arzneimittelüberwachung ist lückenhaft, intransparent und teilweise korrupt, die „meinungsbildenden Persönlichkeiten“ sind oft bestochen oder fungieren für Honorar als Autoren von Studien, an denen sie gar nicht beteiligt waren und deren Ergebnisse sie gar nicht selbst aufgeschrieben haben (andere Kritiker des Systems sprechen von „Mietmäulern“ und „Ghostwritern der Firmen“).

**Klinische Studien** – deren Ergebnisse weitgehend nur den Interessen der Industrie nützen –, werden von dort üppig bezahlt (das Geld kommt vervielfacht wieder zurück), sind oft pseudowissenschaftlich oder werden nicht veröffentlicht, wenn die Ergebnisse den Firmen nicht genehm sind. Die Universitätskliniken haben ihre eigene, unabhängige Forschung weitgehend aufgegeben. Die Öffent-

lichkeit und die Ärzteschaft, die ausschließlich dem Wohl der Patienten verpflichtet sein sollte, wird äußerst geschickt umworben und für dumm verkauft, die Patienten und Patientinnen sind die Opfer, die Krankenkassen – erpressbar und weitgehend hilflos – müssen zahlen, und zahlten für übertriebene Medikamente, die Todesfälle verursacht haben (deswegen „Tödliche Medizin“).



**Das Bedrückende ist**, dass es sich nicht um einzelne schwarze Schafe handelt, sondern, und das weist Gøtzsche plausibel nach, dass es sich um ein System mit Methode handelt („organisierte Kriminalität“, mafiöse Strukturen). Die Summen, die Pharmakonzerne als Strafen wegen Lüge, Fälschung, Betrug, Korruption, Vertuschung usw. zahlen mussten, gehen zum Teil in die Milliarden. Zahlungen an Ärzte und andere Berufsgruppen für Einwerbung von Patienten und Patientinnen in Studien liegen pro Patient bei Hunderttausenden Dollar. Es sind vor allem die amerikanischen und englischen Verhältnisse, die er anprangert (das Buch ist zuerst in Englisch erschienen), aber die direkt benannten Pharmariesen (es sind alle großen!) agieren nach denselben Methoden auch in der EU. Übrigens kommen anhand nachprüfbarer Beispiele weder die

FDA noch die WHO noch die Fachzeitschriften ungeschoren davon.

**Es ist zu diesem brisanten Thema** nicht das erste Buch, allerdings eines, dem man aufgrund der Expertise des Autors und den haarsträubenden Beispielen, die er schildert, angereichert durch ausführliche Literaturlisten, weite Beachtung wünschen muss. Was tun, damit unterschieden werden kann zwischen unbestritten segensreichen Medikamenten und dem ganzen anderen Lug und Trug?

**Es gibt Gegenstrategien:** Weg mit erfundenen Krankheiten („disease mongering“ und „selling sickness“), Propagierung alternativer und gleich wirksamer Heilmethoden, die nur einen Bruchteil der Kosten verursachen (wir sprechen hier von Milliardensummen, die das Gesundheitswesen an anderer Stelle einsetzen könnte), bedarfsorientierte und vor allem unabhängige, innovative und transparente Forschung (zum Beispiel durch Finanzierung aus einem Pool, den unabhängige Wissenschaftler kontrollieren, in den die Firmen einzahlen müssen, wie in Italien und Spanien), Stärkung von sich verantwortlich fühlenden Arzneimittelbehörden, strenge Richtlinien für die Zusammenarbeit zwischen Heilberufen und pharmazeutischer Industrie, Verbot von direkten Zahlungen und Vergünstigungen an Personen, wissenschaftliche Institute und andere akademische Einrichtungen, Offenlegung aller klinischen Studien und ihrer Ergebnisse sowie Offenlegung der Verträge von Autoren und Autorinnen mit Pharmaunternehmen, Verpflichtung, auf Beipackzetteln darauf hinzuweisen, dass zum Beispiel dieses Medikament erwiesenermaßen nicht besser ist als seine Vorgänger usw. (man kann die eigene Fantasie hier walten lassen!), und „den Pharmakonzernen Paroli bieten“.

**Es ist an der weltweiten Ärzteschaft**, die wissend oder unwissend zur Mittäterschaft wird, sich auf ethische Grundwerte, die in der Pharmaindustrie zu mafiösen Marketing-Strategien verkommen sind, (zurück?) zu besinnen.

*Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Vizepräsidentin des DÄB.*

*P. Gøtzsche: Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität. 2015, 2. Auflage, München: Riva Verlag, 24,99 Euro. Original: Deadly Medicine and Organised Crime. London: Radcliffe – Erster Preis der British Medical Association in der Kategorie „Grundlagen der Medizin.“*

## ■ DR. MED. BRIGITTE ENDE

### Rente von der Deutschen Rentenversicherung für Kindererziehungszeiten

Frist zur Nachzahlung für bis 01.09.1950 geborene Mitglieder endet am 31.12.2015



Foto: Privat

Dr. med. Brigitte Ende

Ärztinnen und Ärzte können allein aufgrund der Erziehung von Kindern einen Anspruch auf eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) haben. Voraussetzung sind mindestens 60 Beitragsmonate. Für Kinder, die vor dem 01.01.1992 geboren wurden, werden von der DRV 24 Monate anerkannt. Für Kinder, die ab dem genannten Stichtag geboren wurden, sind es 36 Monate. Wenn die Mindestzeit von 60 Beitragsmonaten nicht erreicht wird, können freiwillig auf Antrag Beiträge nachgezahlt werden. Der Mindestbeitrag bei der DRV beläuft sich in diesem Jahr auf 84,15 €. Allerdings gibt es hinsichtlich der Nachzahlung verschiedene Regelungen, je nachdem, wann Sie geboren wurden.

#### Geburt bis einschließlich 01.09.1950:

Eine Nachzahlung von Beiträgen an die DRV ist nur noch bis zum 31.12.2015 möglich. Es kann nur so viel nachgezahlt werden, bis die Mindestgrenze von 60 Beitragsmonaten erreicht wird.

#### Geburt zwischen dem 02.09.1950 und dem 31.12.1954:

Beiträge können frühestens sechs Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze der DRV nachgezahlt werden. Es kann nur so viel nachgezahlt werden, bis die Mindestgrenze von 60 Monaten erreicht wird.

#### Geburt ab dem 01.01.1955:

Beiträge können jederzeit und auch über die Grenze von 60 Monaten nachgezahlt werden.

Der Antrag zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten kann von den Internetseiten der DRV oder des Versorgungswerkes heruntergeladen werden. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an die DRV (Servicetelefon 0800 / 1000 4800).

*Dr. Brigitte Ende*

*Stellv. Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV)*

*Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen (LÄKH)*

## ■ IMPRESSUM



### ÄRZTIN

Offizielles Organ  
des Deutschen Ärztinnenbundes  
ISSN 0341-2458

### Herausgeber:

Deutscher Ärztinnenbund e. V.  
Präsidentin: Dr. med. Christiane Groß, M.A.  
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

### Redaktion und V.i.S.d.P.:

Gundel Köbke  
Pressereferentin des Deutschen  
Ärztinnenbundes  
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

### Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.  
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk  
Dr. med. Barbara Schmeiser

### Geschäftsstelle des DÄB

Rhinstraße 84, 12681 Berlin  
Tel.: 030 54 70 86 35  
Fax: 030 54 70 86 36  
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

### Grafikdesign:

Webdesign Schwarte, Reinhard Schwarte  
Eschstr. 6, 48282 Emsdetten, Tel.: 0160/94948807  
E-Mail: info@webdesign-schwarte.de

### Druck:

Lammert Druck, Rudolf Lammert GmbH  
Bevergerner Str. 51, 48477 Hörstel-Riesenbeck

Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr  
Heftpreis 5 Euro.

Bestellungen werden von der  
Geschäftsstelle entgegengenommen.

Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Bezugs-  
preis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Redaktionsschluss d. Ausg. März 01/16:  
20. Februar 2016

### Titelfoto: Fotolia.com 12306116,

Seite 11: Fotolia.com 50438511,  
Seite 12: Fotolia.com 67684014,  
Seite 13: Fotolia.com 67684014,  
Seite 15: Fotolia.com 69958719,  
Ulrike Damann, Paul Hahn, Jochen Rolfes, Privatfotos

### Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für  
den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den  
öffentlichen Beiträgen. Für unverlangt einge-  
sandte Manuskripte und Fotos übernehmen wir keine  
Haftung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben  
die Meinung des jeweiligen Autors oder der jeweiligen  
Autorin und nicht immer die Meinung der Redaktion  
wieder. Wir behalten uns das Recht vor, Beiträge und  
auch Anzeigen nicht zu veröffentlichen.

Die Präsidentin des Weltärztinnenbundes Professor Dr. Kyung Ah Park, Korea, nimmt am Nordamerika-Regionaltreffen in Toronto, Kanada, teil, das zusammen mit der Ontario Medical Association stattfindet. Sie dankt Dr. Gail Beck für die Realisierung. Sie reist zudem zu den Regionaltagungen in Belgien und Indien.

Zusammen mit der Generalsekretärin Dr. Shelly Ross lädt die Präsidentin zur Registrierung zum Internationalen MWIA-Kongress vom 28. bis 31. Juli 2016 in Wien ein. Der Einladung schließt sich die designierte Präsidentin, Professor Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer, an. Anmeldeschluss mit ermäßigtem Eintritt ist der 01.12.2015, Einsendeschluss für Abstracts ist der 01.11.2015.

Das Programm richtet sich an junge Kolleginnen mit einer yMWIA-Session, einem yMWIA-Postergang und Preis: [www.mwiavienna2016.org](http://www.mwiavienna2016.org), [www.mwiavienna2016.org/call-for-abstracts](http://www.mwiavienna2016.org/call-for-abstracts).

Professor Dr. Kyung Ah Park und Dr. Shelly Ross erinnern in diesem Zusammenhang an das 100-jährige Jubiläum des MWIA 2019.

Dr. res. Satty Gill Keswani und Mini Murthy repräsentierten den MWIA-Vorstand bei UN- sowie NGO-Aktivitäten und der 70-Jahresfeier der United Nations. Sie vertraten die MWIA und die amerikanische AMWA auf der DPINGO- (Department of Public Information Non Government Organization) Konferenz.

Dr. Edith Schratzberger-Vécsei, Österreich, MWIA-Delegierte in der Europäischen Frauenlobby (European Women's Lobby EWL), berichtet, dass die EU beschlossen hat, Vereinbarungen zum Mutterschaftsurlaub zurückzunehmen. Dies ist eine schlechte Botschaft im Hinblick auf die Unterstützung von berufstätigen Frauen, ihren Familien sowie deren Work-Life-Balance.

Vor dieser Ankündigung veröffentlichte das European Institute for Gender Equality (EIGE) im zweiten Gender Equality Index, dass in den letzten zehn Jahren der Fortschritt beim Erreichen einer Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern stagnierte oder sogar rückläufig war.

Dres. Petra Thürmann und Clarissa Fabre, MWIA-Delegierte beim CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences), werden im Dezember 2015 in Genf das Thema Medikamentenentwicklung, Gebrauch und Bioethik vertreten.



Der Brasilianische Ärztinnenbund (ABMM: Brazilian Association of Medical Women) teilt mit:

Das mit dem Gesundheitspreis prämierte Projekt „Freundliche Diagnostik bei Kindern“ wurde erfolgreich publiziert.

Für die Jahre 2016 bis 2018 fanden Vorwahlen statt. Es werden sich Dr. Fatima Regina Abreu Alves, HNO-Ärztin und Präsidentin der HNO-Gesellschaft São Paulo, als Präsidentin, Dr. Marilene Melo als Vizepräsidentin zur Wahl und Dr. Anna Maria Martits als Direktorin für internationale Angelegenheiten zur Wiederwahl stellen.

Dr. Elizabeth Alexandre, Direktorin des ABMM, referierte über Gender-Medizin und Kardiologie. Dres. Marilene Melo, Anna Maria Martits und Elizabeth Alexandre sind bei der Verbreitung des Gender-Medizin-Konzeptes in Brasilien aktiv. Die Brasilianische Gesellschaft für Endokrinologie lud die Gender-Medizin-Abteilung des ABMM zu einem gemeinsamen Symposium über Gender-Medizin & Endokrinologie zum Kongress für Endokrinologie 2016 in Salvador, Bahia, ein. Dr. Marilene Melo, Präsidentin des ABMM, referierte beim Kongress für Klinische Pathologie in Fortaleza, Ceara, über Geschlecht & Immunantwort auf Impfung sowie Geschlechterunterschiede beim Schlaf.

### Auszeichnungen – Wahlen – Ernennungen

Dr. Jennifer Blake, Kanada, Gesellschaft für Geburtshilfe & Gynäkologie Kanada, wurde der Dr.-May-Cohen-Preis durch den Verband der Ärztinnen Kanada verliehen.

Dr. Adinma Echendu, Nigeria, wurde in Awka, Anambrazur, zur 18. designierten Präsidentin des MWAN gewählt.

Professor Dr. Ifeoma Egbuonu, Nigeria, wurde zur ersten designierten Präsidentin der westafrikanischen Ärztekammer (WACP) gewählt.

Dr. Sook Hee Kim, Korea, wurde als erste Frau zur Präsidentin der koreanischen Ärztekammer Seoul gewählt.

Dr. Dubravka Simonovic, Kroatien, wurde Spezial-Berichterstatteerin über Gewalt gegen Frauen, ihre Ursachen und Folgen im Office of the High Commissioner (OHCHR) for Human Rights der UN.

### Tagungen

**6. bis 7. Dezember 2015, Kalkutta, Indien.** Zentralasien-Regionaltreffen Kalkutta, Indien. [www.centralasia2015.com](http://www.centralasia2015.com)



**16. bis 19. Mai 2016, Kopenhagen, Dänemark.** Bella Centre Copenhagen, Denmark Women Deliver Conference. [www.wd2016.org](http://www.wd2016.org)

**28. bis 31. Juli 2016, Wien, Österreich.** 30. Internationaler Kongress MWIA. Generation Y: Challenges of the Future for Female Medical Doctors (Herausforderung der Zukunft für Ärztinnen). [www.mwiavienna2016.org/vorlaufes-programm](http://www.mwiavienna2016.org/vorlaufes-programm)

Mitgeteilt von Dr. med. Gudrun Günther, National Coordinator DÄB