

## Geschlechter- perspektiven in der Medizin



### INHALTSVERZEICHNIS

#### EDITORIAL

Dr. med. Christiane Groß, M.A. .... 3

#### GASTBEITRAG

##### Solveig Mosthaf

Medizinische Promotion – tausend Möglichkeiten für zwei Buchstaben? ..... 4

#### SCHWERPUNKT

##### GESCHLECHTERPERSPEKTIVEN IN DER MEDIZIN

##### Catherina Sachse, Jan Keil,

##### Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Katarina Stengler

Genderperspektiven in der Medizin  
Vorstellung des Projekts GPmed an der  
Universität Leipzig ..... 5

#### Im Interview:

##### Prof. em. Dr. sc. nat. habil. Karen Nieber

Mehr Zeit und Geld für die Forschung zu den offenen  
Fragen der Gendermedizin ..... 7

##### Priv.-Doz. Dr. med. dent. Christiane Gleissner

Genderspezifische Forschung in der Zahnmedizin:  
Luxus oder Notwendigkeit? ..... 10

##### Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith Lechner

Warum sind Frauen weniger anfällig für  
Nierenerkrankungen? ..... 11

##### Dr. med. Natascha Hess

Die Gendermedizin hat gerade erst begonnen, Unter-  
schiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen .. 12

##### Annegret Hofmann

Im Netzwerk starkmachen für Gendermedizin ..... 13

#### VARIA

##### Dr. phil. Mitra Khazaei

Das Warten in der Hausarztpraxis ..... 14

##### Dr. med. Christiane Fischer, MPH, Maria Kuhlmann

Mein Essen zahl' ich selbst (MEZIS) ..... 15

AUS DEM VERBAND ..... 16

#### FÜR SIE GELESEN

##### Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Kindeswohl – Roman von Ian McEwan ..... 19

#### Im Interview:

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

Ärztinnen – Botschafterinnen des Wandels ..... 20



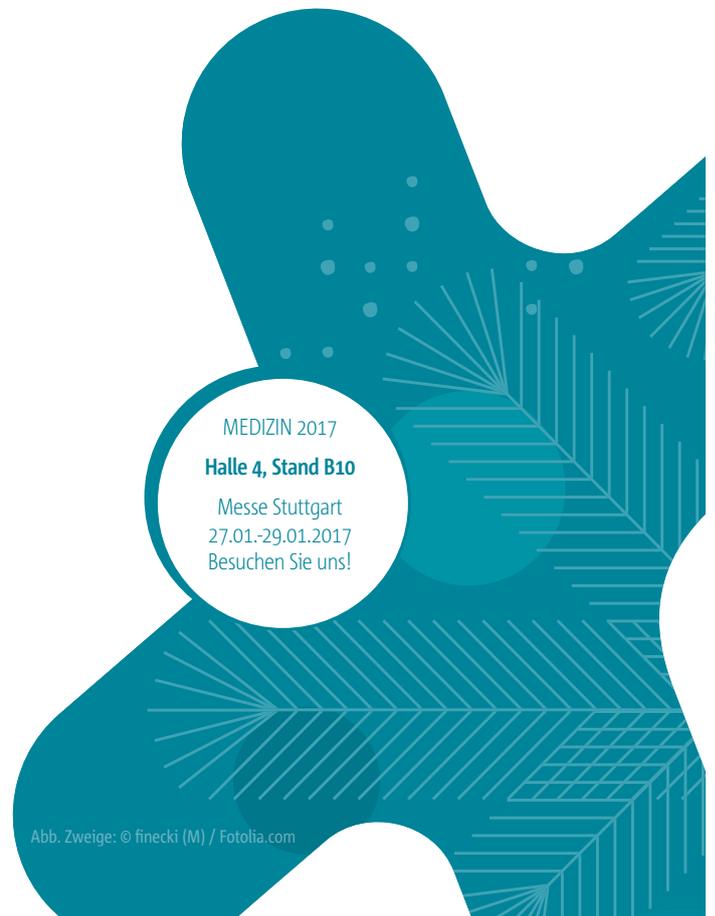
**O UPDATE-TRAUM, O UPDATE-TRAUM,  
DU BIST MIR SO ZUWIDER!  
DU STÖRST NICHT NUR ZUR SOMMERZEIT,  
NEIN, AUCH IM WINTER, WENN ES SCHNEIT.  
O UPDATE-TRAUM, O UPDATE-TRAUM,  
ICH WÜNSCHT, DU KÄMST NIE WIEDER!**



**Alpträume waren gestern,  
Selbst-Update ist heute.  
Automatisch alles aktuell –  
das ganze Jahr!**

Mit der Praxissoftware medatixx laufen alle erforderlichen Updates automatisch im Hintergrund – ganz von selbst. Und Ihr Praxisbetrieb läuft ungestört weiter.

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



MEDIZIN 2017

**Halle 4, Stand B10**

Messe Stuttgart  
27.01.-29.01.2017  
Besuchen Sie uns!

Abb. Zweige: © finecki (M) / Fotolia.com

Liebe Kolleginnen,

das Jahr 2016 verlief für den Deutschen Ärztinnenbund im Vergleich zur weltpolitischen Lage in ruhigem Fahrwasser. Mit zunehmender Routine und der notwendigen Kreativität gingen wir im Vorstand zusammen mit aktiven Mitgliedern unsere Themen an.

In den Medien fand sich über den DÄB unter anderem die Würdigung unserer Ehrenpräsidentin Astrid Bühren, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die Bayerische Staatsmedaille für Verdienste um Gesundheit und Pflege erhalten hat. Darauf sind wir stolz.

Ein großes Ereignis für die über 50-köpfige Delegation des DÄB war der diesjährige Weltärztinnenkongress in Wien mit dem auch uns umtreibenden Thema „Generation Y“. Der Kongress wurde zudem von der Organisation der Ärztinnen Österreichs so exzellent organisiert, dass wir uns bei den Kolleginnen in Wien einfach wohlfühlen mussten.

2017 haben wir zahlreiche aktive und engagierte Frauen beglückwünscht: Dr. med. Susanne Johna als neues Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK) und Dr. med. Martina Wenker als erneut bestätigte Kammerpräsidentin in Niedersachsen sowie Marion Charlotte Renneberg zur Wahl in die Ärztekammer Niedersachsen.

Lang ersehnt und endlich umgesetzt wurde vom DÄB unter der Leitung von Vizepräsidentin Gabriele Kaczmarczyk die neue Dokumentation „Medical Women on Top“- gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). In der Dokumentation wurde erstmals festgestellt, dass der deutschlandweite Durchschnitt an Frauen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin tatsächlich nur bei zehn Prozent liegt. Oberärztinnen sind bundesweit in der universitären Medizin mit 31 Prozent vertreten.

Der DÄB ist seinen jüdischen Mitgliedern aus der Zeit des Nationalsozialismus besonders verpflichtet und hat daher 2016 an der Enthüllung von zwei

Gedenktafeln zu Ehren von zwei jüdischen Ärztinnen teilgenommen. Gabriele Kaczmarczyk begleitete als Moderatorin die Ehrung für Rahel Hirsch, die als erste Frau in Deutschland zur Professorin für Medizin ernannt wurde, und vertrat den DÄB auch bei der Gedenktafelenthüllung für die Ärztin, Sexualwissenschaftlerin und Schriftstellerin Charlotte Wolff (siehe Artikel in dieser ÄRZTIN).

Weil noch immer nicht genügend Ärztinnen am Start für die Berufspolitik sind, forderte der Deutsche Ärztinnenbund sie auf, sich in Gremien wählen zu lassen. Ärztinnen sind in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung nach wie vor nicht angemessen vertreten, insbesondere die jungen fehlen – Ärztinnen ebenso wie Ärzte.

Die gute berufspolitische Nachricht des Jahres: Endlich ist Schluss mit den pauschalen Beschäftigungsverboten für Ärztinnen. Nach über 15-jährigem Einsatz für dieses Thema konnte der DÄB die längst überfällige Reform des Mutterschutzgesetzes und damit die Aufhebung eines faktischen Beschäftigungsverbots für angestellte schwangere Ärztinnen in Kliniken begrüßen.

Die schlechte Nachricht: Klinikstress verprellt junge Ärztinnen immer noch über die Maßen. Der DÄB fordert daher angemessene Arbeitsbedingungen für den weiblichen Nachwuchs. Sie sind die Zukunft der Medizin in den Kliniken, doch Belastung und Zeitdruck vertreiben sie aus dem Beruf.

Berufspolitische und gesundheitspolitische Themen prägten 2016 auch die Schwerpunkte in unserer Verbandszeitschrift ÄRZTIN. Es ging uns um die Kolleginnen Migrantinnen. Wir fragten, wie Ärztinnen ihre Karriere planen und betrachten in der Ihnen vorliegenden dritten Ausgabe die Geschlechterperspektiven in der Medizin. Im kommenden Jahr wird uns übrigens thematisch unter anderem die Digitalisierung der Medizin beschäftigen.

Verbandsintern haben wir uns für 2017 Großes vorgenommen: Die DÄB-Homepage erhält ein zeitgemäßes Gesicht ebenso wie die ÄRZTIN. Mit externer Unterstützung starten wir zudem eine Kampagne



Foto: Privat

Dr. med. Christiane Groß, M. A.

zur Mitgliederwerbung. Apropos: Liebe Kolleginnen, damit der Deutsche Ärztinnenbund wachsen kann, sind wir schon jetzt dringend auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte werben Sie für uns, wo immer Sie können. Am besten, Sie fangen noch in diesem Jahr damit an. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass auch jedes passive Mitglied begrüßt und wertgeschätzt wird. Stärken doch die Mitgliederzahlen insgesamt dem Vorstand den Rücken. Ein starker Verband unterstützt uns im Vorstand bei unseren Aktivitäten in Berlin und gibt uns noch mehr Gehör im Chor der Gesundheitspolitik.

Höhepunkt im kommenden Jahr 2017 wird ohne Zweifel der 35. DÄB-Kongress in Berlin sein, der erneut unter dem Motto „Wir mischen uns ein – in Berufs- und Gesundheitspolitik“ steht. Das Programm können Sie ab Frühjahr nächsten Jahres auf unserer Homepage einsehen und sich diesmal auch gerne online anmelden.

Sie sehen, wir sind aktiv für die Ärztinnen und damit für jede von Ihnen und haben noch viel vor. Unterstützen Sie uns dabei.

Mit kollegialen Grüßen  
Ihre

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

## ■ SOLVEIG MOSTHAF

## Medizinische Promotion – tausend Möglichkeiten für zwei Buchstaben?

### Über die schwierige Einschätzung eines akademischen Titels

*Solveig Mosthaf will Ärztin werden und selbstverständlich auch den Dokortitel erwerben. Doch die Medizinstudentin ist der Meinung, dass es bisher keine geeigneten Rahmenbedingungen für gute medizinische Promotionen gibt.*

Ein Thema, mit dem sich alle Medizinstudierenden früher oder später beschäftigen, ist die eigene Promotion: Wie komme ich zu meinem Titel? Machen Sie eine statistische, klinische oder

sich in vielen verschiedenen Aspekten voneinander, und genau das macht ihre Einschätzung so schwierig – sowohl für Promovierende als auch für Betrachter von außen.

Dass es oft nur um zwei Buchstaben vor dem Namen geht und dass die meisten Medizinstudierenden die Promotion während der Studienzeit machen, weil nach dem Studium die Zeit fehlt, wird der Wissenschaft nicht gerecht. Dass manche



Solveig Mosthaf

Foto: Privat

für von mir eingeplante Zeit von einem Jahr nicht ausreicht. Sich einzuarbeiten ins Forschungsthema, eigene Ideen zu entwickeln und umzusetzen, nachhaltig zu forschen sowie valide und signifikante Ergebnisse zu erzielen, braucht mehr Zeit. Doch woher nehmen? Studieren muss ich schließlich auch noch.

### ...und keine einheitlichen Anforderungen

Und dann soll noch möglichst hochrangig publiziert werden. Neben der Promotion in kürzester Zeit ist das der Anspruch, mit dem viele Medizinstudierende an die Doktorarbeit herangehen. Warum? Die Universitäten fordern wissenschaftliche Qualität, anhand von Publikationen soll diese überprüfbar sein. So werden mehr und mehr Ergebnisse nur der Publikation wegen veröffentlicht. Ihre medizinische oder wissenschaftliche Bedeutung ist zweitrangig.

Bislang gibt es keine national einheitlichen Anforderungen an eine medizinische Doktorarbeit. Strukturierte Promotionsprogramme und Stipendien für forschende Medizinstudierende sind eine Rarität. Wissenschaftlichkeit im Studium funktioniert nach dem Motto „Learning by doing“. Viel Zeit und Geld werden durch mangelndes Vorwissen verschwendet.

*Solveig Mosthaf ist 24 Jahre alt und studiert in Freiburg im 11. Semester Medizin. Sie ist darüber hinaus Presse- und Öffentlichkeitsbeauftragte bei der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) für das Jahr 2016.*

E-Mail: [pr@bvmd.de](mailto:pr@bvmd.de)



experimentelle Doktorarbeit? Wie viel Zeit möchte ich mir nehmen? Muss beziehungsweise will ich überhaupt promovieren? Sind es die zwei Buchstaben auf meinem späteren Türschild, die mir wichtig sind, oder möchte ich wissenschaftliches Arbeiten lernen? Möchte ich forschen, weil ich einen wissenschaftlichen Beitrag leisten will? Ist die Promotion mein Karrieresprungbrett oder nur ein notwendiges Übel?

### Zu viele Unterschiede...

Im Gespräch mit Studierenden anderer Fachrichtungen kommt dann noch ein weiterer Aspekt hinzu. „Ist das überhaupt eine richtige Doktorarbeit, was ihr da macht?“ Diese Frage höre ich sehr oft. Die deutsche Promotionslandschaft in Sachen Medizin ist vielfältig. Medizinische Doktorarbeiten unterscheiden

Studierende für die Promotion ihr Studium um ein Jahr verlängern, unbezahlt Vollzeit im Labor arbeiten und am Ende doch nur den gleichen Titel bekommen wie diejenigen, die innerhalb weniger Monate ein paar schon vorhandene Zahlen statistisch auswerten, wird den Promovierenden nicht gerecht. Dass die Benotung der geleisteten Arbeit von Uni zu Uni unterschiedlich ist und zum Beispiel beim Kriterium Erstautorenschaft von der Kulanz der Betreuenden abhängt, wird dem Arbeitsaufwand ebenfalls nicht gerecht.

Ich selbst habe mich für eine experimentelle Arbeit entschieden. Ich wollte die Grundlagenforschung kennenlernen, wollte wissen, wie Ergebnisse generiert werden, woher die Erkenntnisse kommen, die mir später als Ärztin Basis für mein (Be-)Handeln sein werden. Gelernt habe ich dabei einiges, unter anderem, dass die da-

■ CATHERINA SACHSE, JAN KEIL, PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> MED. KATARINA STENGLER

## Genderperspektiven in der Medizin

### Vorstellung des Projekts GPmed an der Universität Leipzig

*Das Projekt „Genderperspektiven in der Medizin (GPmed)“ an der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig will durch die Konstatierung geschlechtsspezifischer Unterschiede im medizinischen Bereich gleiche Chancen auf eine optimale medizinische Versorgung erwirken und damit neue Impulse im Gesundheitssystem setzen. Das Projekt wird von Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Katarina Stengler geleitet und in Kooperation mit dem Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen durchgeführt.*

Studien der vergangenen Jahre belegen, dass Männer und Frauen sowohl in Fragen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens als auch hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Verlauf psychischer und somatischer Erkrankungen Unterschiede aufweisen. Dennoch haben die bisherigen Ergebnisse der nationalen und internationalen Geschlechterforschung nur ungenügend beziehungsweise unsystematisch Einzug in die medizinische Versorgung und Lehre gehalten.



Projektteam (v.l.n.r.) Jan Keil, Verena Brendler, Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Katarina Stengler, Catherina Sachse, Claudia Koch, Andrea Zülke

Vor diesem Hintergrund befasst sich ein Forschungsteam der Universitätsmedizin Leipzig im Rahmen des Projektes „Genderperspektiven in der Medizin (GPmed)“ damit, diese Unterschiede genauer zu untersuchen und die Ergebnisse in Praxis und Lehre zu transferieren. Das im März 2016 gestartete Projekt der Autorinnen- und Autorengruppe (Leitung: Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Katarina Stengler) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für ein Jahr gefördert.

### Implementierung geschlechtsspezifischer Inhalte in die Lehr- und Forschungsdesigns von besonderer Bedeutung

Ein Jahr lang werden geschlechterspezifische Themen in der Medizin aufgegriffen und mit etablierten Forscherinnen und Forschern, dem wissenschaftlichen Nachwuchs, Studierenden und mit in der medizinischen Versorgung und Lehre tätigen Fachkräften diskutiert. Ziel ist es, das Wissen über medi-

zinisch relevante Geschlechterunterschiede zu erweitern und damit für geschlechtergerechtes Handeln und Behandeln in der Medizin zu sensibilisieren. Hierbei ist vor allem

die Implementierung geschlechtsspezifischer Inhalte in die Lehrkataloge und Forschungsdesigns von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus beabsichtigt GPmed, einen nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch anzuregen und damit Impulse für Veränderungen in Therapie, Lehre und Forschung in der Medizin zu geben.

In Zusammenarbeit mit dem Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen (LIFE) wertet das Forschungsteam von GPmed Untersuchungen der LIFE-Erwachsenen-Studie mit 10.000 Personen aus Leipzig aus. Daneben finden drei von der sächsischen Landesärztekammer zertifizierte Fachveranstaltungen statt, die ihr Hauptaugenmerk auf geschlechterspezifische Themen in der Forschung, der Lehre und der Versorgung in der Medizin legen. Ziel der Veranstaltungen ist es, Kooperationen und Netzwerke zu fördern, Empfehlungen und Strategien für Bildung und Forschung zu entwickeln sowie den Wissenschafts-Praxis-Dialog zu unterstüt-

zen. Im Hinblick darauf werden einerseits übergreifende gendermedizinische Themen referiert, andererseits aber auch vertiefende Seminare, bilaterale Gespräche und Diskussionen genutzt.

Die Formate der Veranstaltungen beziehen sich jeweils auf die Säulen „Forschung – Versorgung – Lehre“. Für die Lehre sind beispielsweise die Studierenden mit Beiträgen in allen drei Veranstaltungen vertreten. Dabei werden die Perspektiven am Standort Leipzig, die nationale Entwicklung und zukünftige Strategien dargestellt.

Die Auftaktveranstaltung „Genderperspektiven in der Medizin – eine Bestandsaufnahme“ im Juni 2016 legte den Schwerpunkt

sowohl auf die Vorstellung des Projektes als auch auf eine breite Einführung des Themas. Die Bereiche Forschung, Versorgung und Lehre waren entsprechend durch interne und externe Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Geschlechterforschung vertreten. So verdeutlichte beispielsweise Prof.

Dr. med. Vera Regitz Zagrosek von der Berliner Charité den aktuellen Stand der Gendermedizin in Deutschland.

### Zwischenbilanz zeigt, wie wichtig es ist, Genderperspektiven auszuweiten

Das Sommermeeting „Genderperspektiven in der Medizin – eine Zwischenbilanz“ im September 2016 fokussierte spezifische Themenbereiche wie zum Beispiel Geschlechterunterschiede bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Erwachsenen. Neben Petra Köpping, der sächsischen Staatsministerin für Gleichstellung und Integration, referierten erfahrene Expertinnen und Experten renommierter Institutionen wie das Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen (LIFE), dem Universitätsklinikum Leipzig, das Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, das Robert Koch-Institut und die Barmer GEK Krankenkasse über ihre Forschungsergebnisse.



Cognition Et Gender, Universitätsklinikum Münster), Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Ute Habel (Ltd. Psychologin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, RWTH Aachen), Dr.<sup>in</sup> med. Astrid Bühren (Ehrenpräsidentin Deutscher Ärztinnenbund e. V.), Prof. Dr. med. Matthias Blüher (Leiter der Adipositas-Ambulanz für Erwachsene, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas Erkrankungen, Universität Leipzig), Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Steffi Riedel-Heller (Leiterin Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig) und Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Anette Kersting (Direktorin Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR) gewonnen werden. Die Arbeit des Beirats ist dabei nicht an die Projektlaufzeit gebunden, sondern ist ein weiterer Schritt zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Projekts. Zudem wird es zur Verstetigung der Ergebnisse einen Projektband zum Abschluss Symposium geben, der neben Informationen zu GPmed selbst die Beiträge aus allen drei Fachveranstaltungen enthält wird. Darüber hinaus werden

In den bisherigen beiden Fachveranstaltungen zeigte sich, wie wichtig es ist, Themen wie „geschlechtersensible Forschung“, „Geschlechtsunterschiede in der medizinischen Versorgung“, „Implementierung von Genderperspektiven in die medizinische Lehre“ und „Genderaspekte im ärztlichen Karriereverlauf“ weiter voranzutreiben. Aktuell entwickelt sich das Thema in Leipzig vielversprechend, und durch die GPmed-Projektinitiative konnten bereits einige wichtige Fortschritte erzielt und Impulse gesetzt werden.

Das Abschluss Symposium „Genderperspektiven in der Medizin – Fazit und Zukunftsaussichten“ am 26. und 27. Januar 2017 wird dazu dienen, die Ergebnisse des Projekts vorzustellen, um daraus Schlussfolgerungen für eine gendergerechte Präventions- und Versorgungsplanung von Gesundheitsleistungen abzuleiten. Mithilfe von Workshops soll zusätzlich der Austausch über zukünftige Themenschwerpunkte und bislang wenig berücksichtigte, aber notwendige

Arbeitsfelder der Geschlechterforschung angeregt werden.

### Netzwerke und wissenschaftlicher Beirat mit DÄB-Vertreterinnen konstituiert

Für den Ausbau und die Unterstützung einer bundesweiten Netzwerkooperation wurde bereits zu Projektbeginn ein wissenschaftlicher Beirat mit ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Bereich der Gendermedizin konstituiert. Dem wissenschaftlichen Beirat gehören unabhängige Persönlichkeiten aus Forschung und Wirtschaft an, die aufgrund ihrer Erfahrung das Projekt hinsichtlich des wissenschaftlichen Programms beraten und Letzteres bewerten. Hierfür konnten Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Vera Regitz-Zagrosek (Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin), Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Bettina Pfleiderer (Leiterin AG

Publikationen zu den thematischen Schwerpunkten des Projekts erfolgen.

<http://gender.medicin.uni-leipzig.de/>

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Katarina Stengler ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Leiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz am Universitätsklinikum Leipzig, AöR. Darüber hinaus ist sie Leiterin der AG Geschlechterforschung in der Medizin sowie Gleichstellungsbeauftragte der medizinischen Fakultät Universität Leipzig und des Uniklinikums Leipzig AöR. Catherina Sachse, M.A., ist Politikwissenschaftlerin, Jan Keil, M.A., Erziehungswissenschaftler und Soziologe. Beide sind für das Projekt an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig.

E-Mail: [Katarina.Stengler@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Katarina.Stengler@medizin.uni-leipzig.de)

■ PROF. EM. DR. SC. NAT. HABIL. KAREN NIEBER

Im Interview

## Mehr Zeit und Geld für die Forschung zu den offenen Fragen der Gendermedizin

**ÄRZTIN:** Die geschlechtsspezifische Medizin gewinnt an Bedeutung in Forschung, Lehre und Fortbildung. Wo sind geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln relevant?

**Prof. Karen Nieber:** Dass Frauen auf viele Medikamente anders reagieren als Männer, scheint naheliegend. Man denke nur an die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hormonhaushalt, in Körpergewicht, Körperbau und Fettverteilung. Es gibt eine Reihe von Arzneimitteln, die Frauen auffällig häufig verordnet bekommen. Dazu gehören Sexualhormone, Osteoporosemittel, Schilddrüsen-therapeutika und Mineralstoffe. Bei antithrombotischen Mitteln und Lipidsen-

**ÄRZTIN:** Wer interessiert sich aktuell für geschlechtsspezifische Aspekte in der Arzneimitteltherapie?

**Prof. Karen Nieber:** Geschlechtsspezifische Aspekte rücken zunehmend in den Fokus der Gesundheitsversorgung. Denn das weibliche Geschlecht ist ein Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Gendermedizin als Teil einer modernen, individualisierten Medizin umfasst viele Bereiche der Gesundheitsversorgung und hat viele Fachgebiete der Medizin erreicht. Am besten untersucht ist die Kardiologie. Sowohl in der Forschung als auch in der Behandlung wird in der Neurologie stark auf geschlechterspezifische Unterschiede geachtet. Aber auch in



Prof. em. Dr. sc. nat. habil.  
Karen Nieber

Digoxin analysiert. Die ursprüngliche Studie war zum Schluss gelangt, dass das aus Fingerhutpflanzen gewonnene Glykosid bei Herzpatienten das Risiko eines Herztods senkt. Doch die nachträgliche Datenanalyse zeigte überraschend, dass dieser Überlebensvorteil nur für Männer gilt. Bei Frauen lag das Sterberisiko nach einer Digoxin-Therapie sogar höher als nach einer Behandlung mit Placebo.

Ein weiteres Beispiel: Bei Gesunden, die noch keinen Herzinfarkt erlitten haben, sollte nach früheren Studien mit vorwiegend männlichen Probanden die Einnahme von niedrig dosierter Acetylsalicylsäure das Infarktrisiko senken. Doch für Frauen konnte eine 2005 veröffentlichte Langzeitstudie mit fast 40.000 Teilnehmerinnen diesen Effekt nicht bestätigen. Aspirin hatte bei ihnen keine Verringerung des Infarktrisikos zur Folge, reduzierte jedoch das Risiko eines Schlaganfalls -

ein Effekt, von dem Männer offenbar nicht profitieren. Ein drittes Beispiel: Im Bereich der Schmerztherapie wird immer mehr bekannt, dass es hier ganz bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, die nicht nur biologisch erklärt werden können. Bei Frauen ist eine etwa 50 Prozent niedrigere Morphinkonzentration am Rezeptor erforderlich als bei Männern, um ein vergleichbares Ausmaß an Schmerzlinderung zu erzielen. Im Hinblick auf die Nebenwirkungen wurde mehrfach dokumentiert, dass Frauen signifikant häufiger als Männer an Übelkeit und Erbrechen

kern wird von einer häufigeren Verschreibung bei Männern als bei Frauen berichtet. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden bei den Psychopharmaka besonders offensichtlich. Frauen erhalten deutlich mehr Psychopharmaka verordnet als Männer. Sowohl bei den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern als auch bei den trizyklischen Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin etc.) sind die Unterschiede überdeutlich. Das Gleiche gilt für die Benzodiazepine oder die sogenannten Z-Substanzen (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon).

der Chirurgie und Nephrologie gibt es bereits Arbeitsgruppen, die sich mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden von Krankheiten und ihren Behandlungsmöglichkeiten beschäftigen. Auch die Psychiatrie ist für dieses Thema offen. Eine stärkere Sensibilisierung ist allerdings weiterhin notwendig, und die Aufnahme in das Pharmazie- und Medizinstudium dringend erforderlich.

Aufhorchen ließ im Jahr 2002 die nach Geschlechtern getrennte Analyse einer früheren Studie, die den Nutzen des Herzmittels



nach Opioidgabe leiden. Und ein weiteres Beispiel: Frauen wachen nach einer körpergewichtsadaptierten Narkose schneller auf als Männer, was möglicherweise an unterschiedlicher Empfindlichkeit der GABA-Rezeptoren liegt.

**ÄRZTIN:** Nicht nur Regulationsbehörden fordern, dass pharmakologische und klinische Studien, insbesondere die Testung neuer Arzneimittel, geschlechtsspezifisch durchgeführt

mittelgesetzt ist verankert, dass die vorgelegten Unterlagen zur klinischen Prüfung auch geeignet sein müssen, den Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern zu erbringen. Weiterhin haben die Hersteller mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung für alle seit dem 1. Januar 2011 in Deutschland eingeführten Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine geschlechts-

hältnis der betroffenen Männer und Frauen entspricht. Bei einem weiteren HIV-Medikament war angegeben, dass die Mehrzahl der Patienten Männer waren. Drei Medikamente gegen Prostatakrebs und eins gegen erektile Dysfunktion wurden naturgemäß nur mit Männern geprüft. Entscheidend ist, ob die Zahl der einbezogenen Frauen statistisch ausreicht, um relevante geschlechtsspezifische Unterschiede entdecken zu können. Es tut sich also etwas. Allerdings ist der Anteil



werden. Bisher ist jedoch sehr viel mehr über die Pharmakologie von Arzneimitteln bei Männern als bei Frauen bekannt, da Frauen traditionell in klinischen Studien unterrepräsentiert sind. Ändert sich dies nach Ihrer Einschätzung gerade?

### Beteiligung von Frauen an Studien ist noch nicht ausreichend umgesetzt

**Prof. Karen Nieber:** Ja, zum Teil. Zwar geht die Tendenz dahin, mehr Frauen an Studien zu beteiligen, aber in vielen Bereichen ist das noch nicht ausreichend umgesetzt. Durch die Umsetzung der EG-Richtlinie zur Harmonisierung klinischer Prüfungen in deutsches Recht im 12. Änderungsgesetz zum Arznei-

spezifische Auswertung der Zulassungsstudien einzureichen.

Auch hierfür einige Beispiele: Die Auswertung der öffentlichen Bewertungsberichte der EMA für die 49 im Jahr 2013 EU-weit zugelassenen Medikamente mit neuen Wirkstoffen ergab bei 15 Arzneimitteln einen Anteil der Frauen zwischen 50 bis 83 Prozent bei den Zulassungsstudien, bei weiteren 20 Arzneimitteln zwischen 30 und 50 Prozent, und in einem Fall lag der Anteil bei 25 Prozent. Im Fall eines Gichtmedikaments entsprach der Frauenanteil von 20 Prozent genau dem Verhältnis, in dem Männer und Frauen erkranken. Bei zwei HIV-Medikamenten waren 17 beziehungsweise 18 Prozent Frauenanteil eingeschlossen, was in Deutschland dem Ver-

hältnis der betroffenen Männer und Frauen entspricht. Bei einem weiteren HIV-Medikament war angegeben, dass die Mehrzahl der Patienten Männer waren. Drei Medikamente gegen Prostatakrebs und eins gegen erektile Dysfunktion wurden naturgemäß nur mit Männern geprüft. Entscheidend ist, ob die Zahl der einbezogenen Frauen statistisch ausreicht, um relevante geschlechtsspezifische Unterschiede entdecken zu können. Es tut sich also etwas. Allerdings ist der Anteil

**ÄRZTIN:** Der Arzneimittelverbrauch ist auch von Alter sowie Geschlecht abhängig und damit ein Kostenfaktor. Wird dies von den Krankenkassen ausreichend berücksichtigt?

### Krankenkassen stellen Daten für Forschungsprojekte aus unterschiedlichem Interesse zur Verfügung

**Prof. Karen Nieber:** Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die Inanspruch-

nahme des Gesundheitssystems. Während Kinder und jüngere Männer (0 bis 39 Jahre) durchschnittlich zwischen 7,5- und 17,1-beziehungswise Frauen durchschnittlich zwischen 9- und 17,5-mal jährlich je Altersgruppe Vertragsärzte aufsuchen, erhöht sich dieser Wert ab etwa dem 40. Lebensjahr stetig. Ab einem Alter von 85 Jahren finden sich unabhängig vom Geschlecht etwa 40 Arztkontakte jährlich. Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen zwar nur etwa ein Viertel (26,7 Prozent) aller gesetzlich Versicherten aus; auf sie entfallen aber 64 Prozent des Verordnungsvolumens von Arzneimitteln beziehungsweise 54 Prozent des Umsatzes. Die im Alter zunehmende Multimorbidität führt nicht selten dazu, dass ältere Menschen eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffe gleichzeitig verordnet bekommen beziehungsweise im Rahmen der Selbstmedikation einnehmen. Deshalb müssten auch Krankenkassen an einer adäquaten Therapie interessiert sein – schon um die Nebenwirkungen zu reduzieren, die ja dann wieder mit Medikamenten behandelt werden. Krankenkassen wie beispielsweise AOK, BARMER-GEK, TK, DAK oder BKK stellen ihre Daten für Forschungsprojekte zur Verfügung, jedoch mit unterschiedlichen Nutzungsbedingungen, Mitwirkungsinteresse und Zugangsweise zu den Daten.

**ÄRZTIN:** Die Nebenwirkungen von Arzneimitteln belegen, dass Frauen häufiger unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen leiden als Männer – können Sie hier Beispiele nennen?

**Prof. Karen Nieber:** Der Betablocker Metoprolol wirkt bei Frauen länger und stärker, weil ihr Körper ihn langsamer abbaut. Anzeichen dafür, dass das Mittel zu hoch dosiert ist, sind neben einem sehr niedrigen Blutdruck kalte Hände und Füße sowie Müdigkeit. Der sogenannte Kalziumantagonist Verapamil wirkt bei Frauen ebenfalls stärker. ACE-Hemmer verursachen bei ihnen häufiger als bei Männern Nebenwirkungen wie Reizhusten. Digoxin und Digitoxin, beides Wirkstoffe gegen Herzschwäche, haben bei Frauen eher als bei Männern schwerwiegende, sogar tödliche Nebenwirkungen. Ihr Körper scheidet die Substanzen langsamer aus. Deshalb sollten diese Mittel bei Frauen, wenn überhaupt, nur sehr vorsichtig eingesetzt werden. Fluorouracil wird in der Chemotherapie verwendet und verursacht bei Frauen etwa doppelt so viele schwerwiegende Nebenwirkungen als bei Männern, obwohl es entsprechend der Körperoberflä-

che dosiert wird. Auch diese Substanz bauen Frauen langsamer ab. Eine Reihe von Antipsychotika sind bei Frauen effektiver, sodass eine niedrigere Dosis reicht. Allerdings verschwindet dieser Vorteil nach den Wechseljahren.

**ÄRZTIN:** Insbesondere bei psychischen Erkrankungen sind geschlechtsspezifische Unterschiede von zunehmender Bedeutung. Was gilt es hier zu beachten?

### Geschlechtsspezifische Aspekte sollten verbindlicher Bestandteil der Behandlung sein

**Prof. Karen Nieber:** Tatsächlich wurde in der Psychiatrie viele Jahrzehnte lang ignoriert, dass Frauen anders auf Psychopharmaka reagieren, dass sie spezielle Bedürfnisse haben und auch Situationen emotional anders verarbeiten. Heute weiß man, dass bei Mädchen/Frauen wesentlich häufiger Depressionen, Angst- und Essstörungen, somatoforme Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen diagnostiziert werden. Jungen/Männer haben dagegen ein höheres Risiko, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (zum Beispiel Autismus, ADHS) in der Kindheit und eine Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen im Erwachsenenalter zu entwickeln. Alle ambulanten und stationären Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote sollten von ärztlicher Seite so ausgerichtet sein, dass beide Geschlechter über geschlechtsspezifische Angebote, Rechte und Wahlmöglichkeiten informiert werden. Eine Beratung zu Risiken und Nebenwirkungen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte sollte verbindlicher Bestandteil der Behandlung sein.

**ÄRZTIN:** Sie haben die künftige Entwicklung auf dem Gebiet der Gendermedizin vor drei Jahren als sehr hoffnungsvoll eingeschätzt. Trifft dies Ihrer Ansicht nach immer noch zu?

**Prof. Karen Nieber:** Ja, ich denke schon, dass in den letzten Jahren Mediziner, Pharmazeuten und Wissenschaftler wie auch die Öffentlichkeit auf dieses so wichtige Gebiet aufmerksam gemacht wurden. Ein Beweis ist die hohe Akzeptanz des 7. Kongresses der Internationalen Gesellschaft für Gendermedizin (IGM) in Berlin 2015, der neue Impulse für eine geschlechtsspezifische Medizin und Forschung erbracht hat. In Europa wird auch lebhaft über die Implementierung der Gendermedizin in die Ausbildung der Ärztinnen

und Ärzte diskutiert. Es muss mehr Fakten geben, die für die Vorteile einer geschlechterspezifischen Medizin sprechen. Der Geschlechteraspekt gehört in alle Studien, alle Forschungsaufgaben, von Anfang an. Auch hier kommen wir voran. Ein Beispiel ist das GenderMed-Wiki-Projekt an der Universität Münster. Es wird durch das BMBF gefördert und ist ein gemeinsames Kooperationsprojekt zwischen den medizinischen Fakultäten Münster, Duisburg-Essen, Innsbruck und der Hochschule Heilbronn. Die Austausch- und Wissensplattform bündelt Fachwissen zum Einfluss des Geschlechts bei Erkrankungen und Therapien. Eine bundesweite Master- beziehungsweise Doktorandenbörse, die medizinrelevante Doktor- und Masterarbeiten mit geschlechterspezifischen Aspekten beinhaltet, soll integriert werden. Aber es bleibt auch die Forderung: Es müssen mehr Zeit und Geld in alle Bereiche der Forschung fließen, damit die offenen Fragen zur Gendermedizin beantwortet werden können.

### Literatur bei der Verfasserin.

*Das Interview führte Gundel Köbke.*

*Prof. em. Dr. sc. nat. habil. Karen Nieber hatte von 1995 bis 2013 eine Professur für Pharmakologie für Naturwissenschaftler am Institut für Pharmazie der Universität Leipzig.*

*E-Mail: nieber@rz.uni-leipzig.de*

### Zum Weiterlesen

Gendermedizin: Prävention, Diagnose, Therapie von Alexandra Kautzky-Willer, 280 Seiten, Verlag: UTB GmbH 2012, ISBN-10: 3825236463, ISBN-13: 978-3825236465

Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich von Petra Kolip (Herausgeberin), Klaus Hurrelmann (Herausgeber), Hogrefe Verlag 2015, 448 Seiten, ISBN-10: 3456854668, ISBN-13: 978-3456854663

Gender-Medizin, Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin von Mariacarla Gadebusch Bondio / Elpiniki Katsari (Hg.), unter Mitarbeit von Tobias Fischer, transcript Verlag Bielefeld, 2014, 212 Seiten, ISBN 978-3-8394-2131-4.

■ PRIV.-DOZ. DR. MED. DENT. CHRISTIANE GLEISSNER

## Genderspezifische Forschung in der Zahnmedizin: Luxus oder Notwendigkeit?

### Plädoyer für die Berücksichtigung des Geschlechts

*Im folgenden Beitrag weist die Autorin darauf hin, dass es in jedem medizinischen Bereich Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten gibt – auch in der Zahnmedizin. Die Geschlechter unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer biologischen Voraussetzungen. Sie haben einen unterschiedlichen Knochenstoffwechsel und ein unterschiedliches Immunsystem, das Einfluss auf die Mundgesundheit nimmt.*

Im Jahr 1991 prägte die amerikanische Kardiologin Bernardine Healey für das androzentratisch ausgerichtete Management der koronaren Herzkrankheit den Begriff „Yentl Syndrom“: Eine Herzpatientin müsse sich als Mann verkleiden, um optimal versorgt zu werden. Mit ihr kämpften weitere Pionierinnen der Gendermedizin um die Anerkennung einer eigentlich selbstverständlichen Sichtweise auf Mann und Frau in der medizinischen Forschung und Lehre. Die neue Fachrichtung nahm Fahrt auf, und schnell wurde klar, dass in allen Bereichen der Medizin Geschlechterunterschiede existierten, die jedoch im klinischen Alltag nicht beachtet wurden. Zu einer geschlechtersensiblen

Mundhöhle und an den Zähnen bemerkbar. Sowohl in der Pubertät wie auch während einer Schwangerschaft und nach der Menopause ist deshalb eine intensive zahnärztliche Betreuung von großer Bedeutung. Bei Frauen sind zudem häufiger und früher Karies und Zahnverluste zu verzeichnen als bei Männern, während die wiederum öfter und früher an Parodontitis erkranken. Beschwerden im Kiefergelenk oder Kopfschmerzen und Verspannungen, sind meist ein weibliches Problem. Unter bösartigen Tumoren (Karzinomen) der Mundschleimhaut leiden hingegen grundsätzlich eher Männer, einige bestimmte Krebs-Vorstufen betreffen allerdings fast ausschließlich Frauen. Ein weiterer Punkt ist, dass



Forschung ist es also, so scheint es, noch ein weiter Weg.

### Geschlechtslose Zähne?

Auch wenn die Frage nach dem Geschlecht in der Zahnmedizin nur logisch scheint, begegne ich doch oft großem Erstaunen, wenn ich von unseren Projekten berichte. Dabei stellte Patricia Covington bereits 1996 die Verbindung zur Gendermedizin her, die an Aktualität nichts verloren hat: „Es mag allgemein die Ansicht vertreten werden, dass Zähne geschlechtslos sind, aber wie kann das sein, wenn Zähne in einem Körper stecken und dieser Körper männlich oder weiblich ist?“

So machen sich zum Beispiel hormonelle Veränderungen im weiblichen Körper in der

Frauen Angst eher zugeben und dass Männer mehr Schmerzen empfinden, wobei Frauen in Sachen Prävention die Nase vorn haben.

Wie also können Sex- und Gender-Aspekte angemessen in die Forschung integriert werden, und was kann die Zahnmedizin dazu beitragen? In beiden Disziplinen fehlt bisher ein einheitliches Bewertungsverfahren, mit dem die vorhandene Literatur reproduzierbar und standardisiert aufgearbeitet werden kann.

Deshalb haben wir im Rahmen einer Dissertation einen unter Gesundheitswissenschaftlern bekannten, aber sehr umfangreichen Fragenkatalog grundsätzlich überarbeitet und entsprechend verschlankt. Er bildete die Basis für einen Index, der als Maß für die Gendersensibilität (zahn-)me-



Foto: Frank Baumhammel

Priv.-Doz. Dr. med. dent.  
Christiane Gleissner

dizinischer Forschungsarbeiten konzipiert wurde, an dem auch zukünftige Studien ausgerichtet werden können. Wir können mit diesem Tool nicht nur eine Aufarbeitung bestehender Daten beginnen, sondern gendersensible Forschung für die Zukunft unterstützen. Den Praxen – auch denen in der Zahnmedizin – können so zuverlässige Daten zur Verfügung gestellt werden, wo sie geschlechterspezifische Faktoren berücksichtigen müssen und wo vermutlich nicht.

### Zahnmedizin ist ohne geschlechtsspezifische Perspektive nicht denkbar

Die Therapien der Zukunft erfordern die fachübergreifende Zusammenarbeit in Klinik, Forschung und Praxis. Sie werden ohne geschlechtsspezifische Perspektive nicht mehr denkbar sein. Vieles wird die Gendermedizin liefern, von dem die zahnmedizinische Forschung profitiert – manches aber zeigt sich am auffälligsten in der Zahnmedizin und führt so zu einer Weiterentwicklung des gesamten medizinischen Wissens und seiner Anwendung. Es ist mir ein Herzensanliegen, dass Medizin und Zahnmedizin gemeinsam für mehr geschlechtsspezifische Erkenntnisse sorgen, von denen Männer und Frauen gleichermaßen profitieren. Mit diesem Ziel vor Augen ist gendermedizinische Forschung – auch in der Zahnmedizin – keinesfalls Luxus, sondern eine unabdingbare Notwendigkeit.

*Priv.-Doz. Dr. med. Dr. dent. Christiane Gleissner ist Zahnärztin in Friedberg, Leiterin des Beirats Wissenschaft bei Dentista e. V. (dentista.de/ueber-uns/beirat) und seit ihrer Gründung 2011 Präsidentin der Fachgesellschaft Gender Dentistry International e. V. (gd-i.org/welcome).*

E-Mail: [christiane@gleissner.de](mailto:christiane@gleissner.de)

■ AO. UNIV.-PROF.<sup>IN</sup> DR.<sup>IN</sup> RER. NAT. JUDITH LECHNER

## Warum sind Frauen weniger anfällig für Nierenerkrankungen?

### Forscherinnen und Forscher der Universität Innsbruck finden Antworten

Auf die Frage nach den Ursachen für geschlechtsspezifische Unterschiede bei Nierenerkrankungen haben Forscherinnen und Forscher der Medizinischen Universität Innsbruck eine mögliche Antwort gefunden: Hormone des Monatszyklus der Frau könnten dafür verantwortlich sein, dass sich Nierenzellen besser regenerieren können. Die Amerikanische Gesellschaft für Nephrologie, die sich die Bekämpfung von Nierenerkrankungen zum Ziel gesetzt hat, veröffentlichte die Ergebnisse von Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Judith Lechner (Sektion für Physiologie) sowie ihren Kolleginnen und Kollegen in ihrer Fachzeitschrift. Die Forscherinnen und Forscher haben zunächst Hinweise auf eine bessere Nierenregeneration bei Frauen gefunden.

In Österreich beginnen pro Jahr rund 1.200 Patientinnen und Patienten mit einer Nierenersatztherapie. Davon sind allerdings nur rund 35 Prozent Frauen. Darüber hinaus ist durch klinische Studien belegt, dass Frauen ein um etwa zehn Prozent geringeres Risiko haben, ein akutes Nierenversagen zu entwickeln.

### Analyse von Urinproben brachte Hinweis auf Menstruationszyklus

Für die Studie wurden Harnproben von Frauen, die noch nicht in der Menopause sind, gezielt analysiert. „Wir konnten dabei zeigen, dass abhängig vom Menstruationszyklus

bestimmte Enzyme, nämlich Fructose-1,6-bisphosphatase und Glutathion-S-transferase Alpha, vorübergehend vermehrt ausgeschieden werden“, erklärt die Leiterin der Forschungsgruppe an der Sektion für Physiologie, Judith Lechner. „Dies weist darauf hin, dass, bedingt durch die Hormone des weiblichen Zyklus, die Nierenregeneration bei Frauen

besser funktionieren könnte als bei Männern.“ Das wäre eine mögliche Erklärung dafür, warum Frauen seltener von Nierenversagen betroffen sind als Männer. „Unsere Erkenntnisse könnten für die zukünftige Entwicklung von neuen Therapeutika bei Nierenerkrankungen für Männer und Frauen von Bedeutung sein“, sagt Judith Lechner. Die Forschung wurde durch die Förderung des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank ermöglicht.

### Innsbrucker Forschungen finden Anerkennung in den USA

Die Ergebnisse sind im renommierten Fachjournal der „Amerikanischen Gesellschaft für Nephrologie (JASN – Jour-



Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Judith Lechner (Physiologie)

Foto: Medizinische Universität Innsbruck

nal of the American Society of Nephrology) veröffentlicht worden. Die 1966 gegründete Vereinigung zählt 16.000 Mitglieder und hat auf die Erkenntnisse der Innsbrucker Forscherinnen und Forscher in einer eigenen Presseausendung hingewiesen. Das Hauptziel der Gesellschaft ist die Bekämpfung von Nierenerkrankungen auf internationaler Basis und die Entwicklung neuer Therapiemöglichkeiten.

Link Presseausendung ASN (EN): [https://www.asn-online.org/about/press/releases/ASN\\_PR\\_20160422\\_JASNLechner886Final.pdf](https://www.asn-online.org/about/press/releases/ASN_PR_20160422_JASNLechner886Final.pdf)

Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Judith Lechner ist stellvertretende Direktorin in der Sektion für Physiologie im Department für Physiologie und Medizinische Physik an der Medizinischen Universität Innsbruck.

Details zur Medizinischen Universität Innsbruck: Die Medizinische Universität Innsbruck mit ihren rund 1.400 (Vollzeit-) Mitarbeitenden und ca. 3.000 Studierenden ist gemeinsam mit der Universität Innsbruck die größte Bildungs- und Forschungseinrichtung in Westösterreich und versteht sich als Landesuniversität für Tirol, Vorarlberg, Südtirol sowie Liechtenstein. An der Medizinischen Universität Innsbruck werden folgende Studienrichtungen angeboten: Humanmedizin und Zahnmedizin als Grundlage einer akademisch-medizinischen Ausbildung und das PhD-Studium (Doktorat) als postgraduale Vertiefung des wissenschaftlichen Arbeitens. An das Studium der Human- oder Zahnmedizin kann außerdem der berufsbegleitende Clinical PhD angeschlossen werden.

E-Mail: [public-relations@i-med.ac.at](mailto:public-relations@i-med.ac.at)



Foto: Medizinische Universität Innsbruck

v.l.: Oliver Eiter (sitzend, Physiologie), Dr.<sup>in</sup> med. Sinikka Prajczar, PhD (Physiologie, jetzt Nephrologie), Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Judith Lechner (Physiologie), Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Meinhard Nevinny-Stickel (Strahlentherapie-Radioonkologie)

Bisher ist allerdings nicht bekannt, warum Frauen weniger anfällig für eine Erkrankung der Nieren sind als Männer. Die jüngsten Forschungserkenntnisse der Arbeitsgruppe von Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Judith Lechner an der Sektion für Physiologie (Direktorin: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Michaela Kress) in Kooperation mit der Universitätsklinik für Strahlentherapie-Radioonkologie (Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Lukas) der Medizinischen Universität Innsbruck lassen die internationale Fachwelt jetzt aufhorchen: Die Ergebnisse der Innsbrucker Forscherinnen und Forscher weisen darauf hin, dass der weibliche Menstruationszyklus einen positiven Effekt auf die Nieren haben könnte.

■ DR. MED. NATASCHA HESS

Im Interview

## Die Gendermedizin hat gerade erst begonnen, Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen

*Dr. med. Natascha Hess führt ihre Praxis als niedergelassene Ärztin in Berlin mit den Fachgebieten Kardiologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Sportmedizin und Gendermedizin. Nach dem ärztlichen Berufsrecht besteht für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e. V. die Möglichkeit, die Bezeichnung Gendermediziner/-in DGesGM® zu erlangen.*

**ÄRZTIN:** Voraussetzung für die Vergabe dieser Bezeichnung durch die DGesGM ist der Nachweis spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Gendermedizin sowie drei ausführlich dokumentierte Behandlungsfälle aus dem Bereich der Gendermedizin. Was hat Sie dazu bewogen, diese Bezeichnung zu erwerben?

**Dr. med. Natascha Hess:** Seit dem Jahr 2005 interessiere ich mich für Gendermedizin und hier im Speziellen für die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise von Symptomen, Diagnostik und Therapie im Bereich der Kardiologie. Vor elf Jahren gab es einige kardiologische Publikationen aus den USA und Schweden. In Deutschland war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht viel veröffentlicht, geschweige denn in der PatientInnen-Versorgung umgesetzt worden. Ich wollte zusätzliche gendermedizinische Kenntnisse erlangen, um meine PatientInnen individueller und damit besser behandeln zu können.

**ÄRZTIN:** Gibt es oder gab es Patientinnen und Patienten, die Sie als Gendermedizinerin angesprochen haben oder darüber informiert werden wollten?

**Dr. med. Natascha Hess:** Aufgrund der Zusatzbezeichnung Gendermedizin kommen Patientinnen und Patienten gezielt in meine Praxis. Sie haben sich bereits über die Medien informiert und wünschen sich eine individuelle, gendermedizinische Behandlung.

**ÄRZTIN:** Sie sind Kardiologin. Die Kardiologie ist in Deutschland die medizinische Disziplin, die bisher am stärksten geschlechtsspezifische Unterschiede in Symptomatik und Behandlung herausgearbeitet hat. Liegt das am Fach oder an seinen Vertreterinnen?

**Dr. med. Natascha Hess:** Ich glaube, es liegt am Fach selbst. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen seit Jahren in der Statistik

der Todesursachen auf Platz eins bis vier. Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Apoplex haben also für die Patientinnen und Patienten eine sehr große Relevanz. Aufgrund der Studienlage vor zehn Jahren wurde auch die höhere Sterblichkeit gerade jüngerer Frauen mit akutem Infarktgeschehen gegenüber Männern kontrovers diskutiert und erhielt großes Interesse in der Öffentlichkeit. Jetzt zeigen neue Erhebungen eine Verbesserung in der Akutversorgung von Frauen.



**ÄRZTIN:** Geschlechtsspezifische Medizin wird relativ selten praktiziert. Was ist nötig, um bei den Kolleginnen und Kollegen das Bewusstsein für die Gendermedizin zu schärfen, die Männern wie Frauen nutzt?

**Dr. med. Natascha Hess:** Aspekte der Gendermedizin wurden bereits von einigen Hochschulen in das Regelstudium und direkt in die einzelnen Fachbereiche integriert. Wünschenswert wäre für die sich in Weiterbildung befindlichen (Fach-) Ärztinnen und (Fach-) Ärzte ein Angebot zur Weiter- und Fortbildung über die Ärztekammern. Dies wäre das richtige Signal, nicht nur an die Ärztinnen und Ärzte selbst, sondern auch an die Patientinnen und Patienten, die Krankenkassen sowie die Gesundheitspolitik.

**ÄRZTIN:** Ein Fall, wie er in Ihrer Praxis vorkommen könnte: Es kommt ein Ehepaar um die 70 zu Ihnen. Beide steigen die Treppe he-



Dr. med. Natascha Hess

Foto: Privat

rauf, beide pusten. Sie denken: „Sie könnten an einer Herzinsuffizienz leiden“ Was raten Sie dem Mann, was der Frau?

**Dr. med. Natascha Hess:** Ich rate beiden zu einer kardiologischen Diagnostik, die neben dem Ruhe-EKG und der Echokardiografie einen Belastungstest beinhalten sollte. Während einem Mann prozentual meist eine gute ergometrische Ausbelastung gelingt, müssen wir bei Frauen – abgesehen von der höheren Anzahl falsch positiver EKG-Befunde in der Ergometrie – eher auf pharmakologische Belastungsuntersuchungen zurückgreifen. Patientinnen sollten eher bei entsprechenden Risikofaktoren zur schnellen Diagnosefindung einer Stressechokardiografie zugeführt werden – ergometrisch oder pharmakologisch. Bei positiver Stressechokardiografie rate ich wohlgerne beiden zu einer Herzkatheteruntersuchung. Der

Frauenanteil an allen Herzkatheterpatienten liegt erstaunlicherweise deutschlandweit nur bei etwa 35 Prozent. In der medikamentösen Therapie ist das vermehrte Auftreten des ACE-Hemmer-Reizhustens sowie höhere  $\beta$ -Blocker-Sensibilität bei Frauen anzuführen. Lassen Sie mich abschließend noch hinzufügen: Die Gendermedizin hat gerade erst begonnen, krankheitsrelevante biologische und soziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu untersuchen. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung werden hier gebraucht, um das schon vorhandene Wissen anzuwenden.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

E-Mail: [hess.mailbox@t-online.de](mailto:hess.mailbox@t-online.de)

■ ANNEGRET HOFMANN

## Im Netzwerk starkmachen für Gendermedizin

### Über geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung informieren

Als wir im März 2011 unser Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ in Berlin gründeten, gab die Europa-Politikerin Dagmar Roth-Behrendt, damals Vizepräsidentin des Europäischen Parlaments, den Teilnehmenden mit auf den Weg: „Das Problem, das mich heute bewegt: Was passiert danach, was machen wir aus all dem aktuellen Wissen über Gendermedizin von dem wir heute erfahren haben?“



Foto: anna-fischer-project

Annegret Hofmann

# anna-fischer

## gender in medicine

Wir hatten damals, aus den Kontakten heraus, die sich mit dem Aufbau unseres Anna-Fischer-Projekts „Frauen als Gesundheitsmanagerinnen“ (Namensgeberin ist Dr. Anna Fischer-Dückelmann, Autorin von „Die Frau als Hausärztin“, 1901 erschienen) ergeben hatten, viele engagierte Ärztinnen, Vertreterinnen der Life Science, der Gesundheitswirtschaft und -politik eingeladen. Unseren kompetenten Beirat, zu dem immer wieder neue Mitstreitende stoßen, findet man übrigens auf unserer Website [gender-med.info](http://gender-med.info).

Wir waren – und sind es noch immer – gemeinsam willens, das Neue und Wichtige, das uns die Gendermedizin vermittelt, im Netzwerk als Denk- und Handlungsansatz in die medizinische Versorgung zu bringen, in die Öffentlichkeit, zu den Patientinnen und Patienten, die davon einen immensen Nutzen haben: bei der medikamentösen Versorgung, bei Diagnose und Therapie, aber auch in unzähligen weiteren Feldern wie Rehabilitation, Pflege, Gesundheitsinformation, -erziehung und -förderung.

### Wir stellen Ärztinnen und Ärzte vor, die das Thema Gendermedizin voranbringen

In den letzten Jahren hat sich viel getan. In medizinischen Fachgesellschaften entstanden gendermedizinisch orientierte Arbeitsgruppen. Auf Fachtagungen gab es entsprechende Sessions, mehr und mehr Publikationen erschienen, die EU widmet

sich diesem Thema und für viele Studien ist eine genderbezogene Auswertung erforderlich. Mit unserer Netzwerkarbeit konnten wir einen Beitrag dazu leisten. Über unsere Website und unseren regelmäßig erscheinenden Newsletter – er geht zurzeit an mehr als 2.000 Adressatinnen und Adressaten in Deutschland, Österreich und der Schweiz – sind wir bemüht, all diese Aktivitäten aufzugreifen und Kontakte zu vermitteln: Wer arbeitet woran, was kann ich für meine Arbeit nutzen, mit wem kann ich vielleicht zusammenarbeiten? Wir stellen Ärztinnen und Ärzte vor, die das Thema voranbringen, informieren über Projekte und Veranstaltungen, die wir selbst durchführen oder zu denen wir eingeladen werden – und können das natürlich umso mehr, wenn uns viele Menschen berichten, sich einmischen in den wissenschaftlichen Disput, der ein gesellschaftlicher werden muss. Weil er eine bessere Medizin einleiten könnte. Wir sind ungeduldig, wir wollen mehr.

Wie das gelingen könnte, wird ein Projekt beweisen, das wir vor wenigen Wochen aus der Taufe gehoben haben: das Netzwerk Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg – siehe auch unseren Bericht in *ÄRZTIN* 2/2016. Am 22. September dieses Jahres konnten wir die nach vorausgegangener Ist-Stand-Analyse und bei zahlreichen guten Kontakten entstandene Diskussion bei einer Fachtagung in Potsdam lebhaft und konstruktiv fortführen. Staatssekretärin und Landesgleichstellungsbeauftragte waren zum Beispiel ebenso dabei wie

der Vertreter der Landesärztekammer und Vorsitzender des Hausärzterverbandes Brandenburg, sowie Ärztinnen und Ärzte aus Klinik und Praxis. Der Tenor: Die geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung in der Region ist die Sache vieler. Wir wollen es anpacken.

Erste Teilprojekte sind im Gespräch und in Arbeit: Informationsflyer zur Gendermedizin mit Unterstützung der DAK, Veranstaltungen in Kommunen, Ideen für Fachinformationen und Reha-Vorhaben. Eine Einladung ging auch an den DÄB Berlin-Brandenburg, mit dem es sicher bald ein Treffen geben wird.

### Weitere Zusammenarbeit mit dem DÄB erwünscht

2011 war der Ärztinnenbund bei unserer Gründungsveranstaltung in Berlin dabei. Wir freuen uns, auch in Zukunft in Sachen gute, beste Medizin für Frauen und Männer – Gendermedizin halt – weiter und enger zusammenarbeiten zu können. Gern würden wir die DÄB-Mitglieder über unseren Newsletter informieren und sie einladen, Gendermedizin und ihre Umsetzung zu ihrer Sache zu machen – mit uns gemeinsam. Das ergäbe auch die Möglichkeit für den DÄB, eigene Informationen über den Kreis der Mitglieder hinaus zu vermitteln und neue Interessentinnen zu gewinnen.

*Annegret Hofmann, Sprecherin Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“*

*E-Mail: [annegret.hofmann@mediencity.de](mailto:annegret.hofmann@mediencity.de)*

*DÄB-Mitglieder können sich bei Interesse am Newsletter (<https://gendermed.info/>) gern an die oben angegebene E-Mail-Adresse von Annegret Hofmann wenden.*

■ DR. PHIL. MITRA KHAZAEI

### Das Warten in der Hausarztpraxis

#### Spielend die Zeit überbrücken?

Die Autorin hat sich in ihrer Promotion an der Fakultät für Kunst und Design der Bergischen Universität Wuppertal mit dem sogenannten Spielerischen Kundenerlebnis (playful customer experience) auseinandergesetzt und sich mit dem Zusammenhang zwischen den Theorien des Spiels, der Kundenerfahrung und dem Design für Dienstleistungen beschäftigt. Als Beispiel hat sie die Warteerfahrungen in Wuppertaler Hausarztpraxen gewählt.

Warten gehört zu jedem Hausarztbesuch. Die Wartezeit kann unterschiedlich kurz oder lang, positiv oder negativ erlebt werden. In jedem Fall kann sie die Qualität unserer Gesamterfahrung beim Arztbesuch stark beeinflussen. Neben Erfüllung physischer Basis-Bedürfnisse wie frische Luft und bequeme Sitzplätze, die für eine angenehme Warteerfahrung notwendig sind, gibt es weitere emotionale und soziale Aspekte, die eine wichtige Rolle dabei spielen, wie das Warten erlebt wird.

Im Rahmen meiner Promotion zum spielerischen Erlebnisdesign habe ich mich mit Lösungen für eine positive und effektive Warteerfahrung auseinandergesetzt. Dafür wurden unter anderem eine Reihe von qualitativen Studien in Wuppertaler Hausarztpraxen durchgeführt. In den folgenden Zeilen werden drei Strategien in den Bereichen Kommunikation, Verhalten und Wahrnehmung für bessere Erfahrungen von Patientinnen und Patienten beschrieben.

#### Einen Raum schaffen für alternatives Verhalten

Eine Ursache, warum das Warten in der Hausarztpraxis besonders unangenehm sein kann, hat mit den eingeschränkten Bewegungs- und Verhaltensmustern zu tun. Man sitzt dort normalerweise ganz still, beschäftigt sich mit dem Handy oder mit Zeitschriften. Oder man guckt in die Luft und tut einfach nichts. Alles andere wäre ungewöhnlich im Wartezimmer. In einer solchen Situation konzentriert man sich in erster Linie auf den Zeitablauf, und die gefühlte Wartedauer wird länger. Den wartenden Menschen kann man helfen, indem man ihnen das Warten einfacher macht. Dabei spielt die Gestaltung und Einrichtung des Wartezimmers eine große Rolle. Nehmen wir zum Beispiel die Spielzone für Kinder. Sie lädt zu spielerischen Aktivitäten ein. Hier ist es erlaubt, sich zu bewegen, zu lachen, zu malen und zu spielen. Das Konzept der Spielecke kann jedoch als Inspiration mit dem Ziel dienen, durch krea-

tive Wartealternativen aus „verlorener Zeit“ gewonnene Freizeit zu schaffen.

#### Das Wartezimmer vom medizinischen Bereich trennen

Patientinnen und Patienten möchten, wenn sie schon einmal in einer Praxis sind, nicht noch zusätzlich mit deprimierenden Themen über Krankheit und Schmerzen konfrontiert werden. Einige besonders Sensible finden das Warten nicht wegen der Wartezeit, sondern wegen der schmerzvollen Umgebung so schwer – obwohl eine Arztpraxis mehr an Heilung und Gesundheit erinnern sollte. Un-



terschiedliche Informationen zu Krankheiten sowie Gesundheitstipps über Flyer und Monitor können dazu führen, dass als unangenehm empfundene Themen noch intensiver und damit die Wartezeit als noch länger gefühlt wird. Dabei meinen auch Ärztinnen und Ärzte, dass sie ihre Patientinnen und Patienten in einem stressfreien Zustand besser beraten können. Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass das Wartezimmer als „Vorraum“ vor der eigentlichen Dienstleistung nicht mit medizinischen Themen verbunden sein, sondern eine Oase schaffen sollte, die den Menschen einen angenehmen Aufenthalt bietet.

#### Gedrückte Atmosphäre beseitigen und menschliche Interaktionen vereinfachen

Gespräche zwischen den Wartenden finden im Praxis-Wartezimmer kaum statt. Die



Dr. phil. Mitra Khazaei

Ursache liegt häufig darin, dass sich keine gemeinsamen Gesprächsthemen ergeben beziehungsweise das anscheinend gemeinsame Thema in einer Hausarztpraxis kein angenehmes Gesprächsthema ist. Viele gehen davon aus, dass sich eventuelle Gespräche automatisch rund um Krankheiten drehen. Sie möchten unangenehme Situationen verhindern und zum Beispiel nicht plötzlich etwas über eine schlimme Krankheit von anderen Patienten erfahren ohne zu wissen, wie sie reagieren sollten. Daher vermeiden sie Gespräche oder sogar Blickkontakte grundsätzlich, auch wenn sie gerne reden würden. Menschen, die keine Interaktion miteinander haben, fühlen sich automatisch wie Fremde. Dadurch fühlt sich die Wartezeit unter unbekanntem Gesichtern noch länger und unangenehmer als sonst an. Diese Situation ändert sich manchmal, wenn Kinder anwesend sind. Fröhliche Kinder sind eine gute Ablenkung und außerdem ein schönes Gesprächsthema. Ein kinderfreundliches Wartezimmer als gemeinsamer Raum für Kinder und Erwachsene kann Interaktionen zwischen den Wartenden vereinfachen und die Warteerfahrungen positiv beeinflussen. Praxispersonal mit gutem Sinn für Humor kann zudem quasi im Vorübergehen das Eis brechen, gute Laune und erfreuliche Themen mitbringen. Fazit: Eine bessere Stimmung verringert die subjektive Wartezeit und sorgt für eine angenehmere, entspannte Atmosphäre.

Mitra Khazaei hat ihr Bachelor- und anschließendes Masterstudium in Industrial Design an der Teheraner Kunstuniversität absolviert. Sie hat sich bereits während ihres Studiums mit interdisziplinärer Designforschung in den Bereichen Design für Kinder, Educational Design und strategisches Design beschäftigt. Zurzeit arbeitet sie als Service & Experience Design Strategist bei einem großen Telekommunikationsunternehmen.

E-Mail: mitra.khazaei@gmail.com

■ DR. CHRISTIANE FISCHER, MPH, MARIA KUHLMANN

## Mein Essen zahl' ich selbst (MEZIS)

### Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

MEZIS „Mein Essen zahl' ich selbst – die Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte“ hat es sich zum Ziel gesetzt, die Beeinflussung der Pharmaindustrie auf ärztliche Entscheidungen zu reduzieren und offenzulegen. Ärztinnen und Ärzte tragen eine große Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Patientinnen und Patienten. Daher bedarf es unabhängiger Informationen und einer nur am Patientennutzen orientierten Arzneimittelverordnung.



Dr. med. Christiane Fischer, MPH

Maria Kuhlmann



Jährlich werden Krankenhäuser und Arztpraxen 20 Millionen Mal von über 15.000 Vertreterinnen und Vertretern der Pharmaindustrie besucht. Neben der Werbung für Medikamente machen sie Geschenke, laden zum Essen ein, bieten Gelder für Anwendungsbeobachtungen an und finanzieren ärztliche Fortbildungen. Und das mit Erfolg: So werden beispielsweise trotz Kritik weiterhin Anwendungsbeobachtungen für bereits zugelassene Präparate von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Grund dieser Kritik ist der geringe Erkenntnisgewinn bezüglich des Nutzens eines Medikaments. Nachforschungen dokumentieren einen Zusammenhang zwischen Annahme von Angeboten der Pharmaindustrie und Verschreibung teurer Originalpräparate. Nur sechs Prozent der Ärztinnen und Ärzte empfinden sich selbst als beeinflussbar, 21 Prozent dagegen ihre Kolleginnen und Kollegen. Sie geben stattdessen an, unabhängige Entscheidungen zu treffen. Doch wie können Patientinnen und Patienten sichergehen, dass die Gestaltung der Behandlung nur der eigenen Gesundheit und nicht dem Wohl der Pharmaindustrie dient?

### MEZIS – Eine andere Medizin ist möglich

Die „Initiative unbestechlicher ÄrztInnen MEZIS e. V. – Mein Essen zahl' ich selbst“ wurde im Jahr 2006 gegründet. Als Vorbild und Inspiration diente die US-Bewegung „No-free-

lunch“. Ziel ist der Aufbau und die Ausweitung eines Netzwerkes von deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzte, deren primäres Interesse dem Patientenwohl gilt. Die Mehrheit der Mitglieder stammt aus Deutschland. Aber es zählen auch Ärztinnen und Ärzte aus Österreich, der Schweiz, Belgien oder Indien zu uns. MEZIS wehrt sich gegen den Einfluss der Pharmaindustrie auf Ärztinnen und Ärzte und die Gesundheitsindustrie und setzt sich für eine unabhängige Arzneimittelverordnung ein. Um diese zu gewährleisten, sensibilisieren wir für die Beeinflussung durch Geschenke, Geld und Einladungen. Wir empfehlen, auf Besuche von Vertreterinnen und Vertretern sowie die Annahme von Arzneimittelmustern und Geschenken zu verzichten. Ziel ist auch die Verwendung werbefreier Praxissoftware sowie herstellerunabhängige und seriöse Informationen. Unsere Mitglieder bilden sich so weit wie möglich auf industrieunabhängigen und nicht gesponserten ärztlichen Fortbildungen weiter. Es gibt deutschlandweit die Möglichkeit, Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel und Kongresse ohne finanzielle Unterstützung der pharmazeutischen Industrie zu besuchen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) verzichtet zum Beispiel konsequent auf Sponsoring und achtet auf die finanzielle Unabhängigkeit ihrer Leitlinienautorinnen und -autoren. Auch innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Neurologie gibt es eine Initiative mit diesem Ziel (Neurology first). MEZIS engagiert sich für herstellerunabhängige

Informationen und Fortbildungen sowie werbefreie Praxissoftware. Herstellerunabhängige Informationsquellen zu Arzneimitteln und Impfstoffen sind verfügbar. Beispielhaft seien hier die Fachzeitschriften „arznei-telegramm“, „Der Arzneimittelbrief“, „Arzneiverordnung in der

Praxis“ sowie die Internetseite der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft genannt. MEZIS fordert ein klares Verbot von Beeinflussungen und Bestechlichkeit im ärztlichen Berufsrecht.

Patientinnen und Patienten können unabhängige ÄrztInnen mithilfe einer Suchmaschine auf der Webseite [www.mezis.de](http://www.mezis.de) in ihrer Region finden. Zudem besteht die Möglichkeit, Wartezimmerplakate in der Praxis aufzuhängen, um die patientenorientierte Einstellung zu kommunizieren. Mitglieder erhalten dreimal jährlich die Zeitschrift „MEZIS-Nachrichten“ zur Informationsvermittlung. Des Weiteren klären Newsletter über Neuigkeiten aus der Pharmabranche und aktuelle MEZIS-Aktivitäten auf. Interne Kommunikation, Vernetzung und Austausch laufen hauptsächlich über E-Mail und Regionalkonferenzen. Die inhaltliche Mitgestaltung von MEZIS wird durch (über-)regionale Arbeitsgruppen zu CME/Berufsordnungen, Arzneimittelpreise, Global Health und Leitlinien sichergestellt. Literatur bei den Verfasserinnen.

Dr. med. Christiane Fischer, MPH, ist Ärztliche Geschäftsführerin bei MEZIS e. V. mit dem Schwerpunkt Korruption im Gesundheitswesen. Sie ist Mitglied des Deutschen Ethikrates. Maria Kuhlmann ist Praktikantin bei MEZIS und studiert an der Universität Bielefeld Health Communication. E-Mail: [fischer@mezis.de](mailto:fischer@mezis.de), [www.mezis.de](http://www.mezis.de).

### REGIONALGRUPPE GIESSEN

#### Bericht aus Kamerun

Im September 2016 besuchte uns Enoh Meyomesse in Gießen und hielt einen Vortrag über seine Heimat Kamerun. Enoh Meyomesse ist Schriftsteller, Lyriker, Stipendiat des PEN und Politiker. Kamerun war früher eine deutsche Kolonie. Vieles im Land

erinnert noch heute daran, zum Beispiel verschiedene Bauten oder auch die Vornamen der Bewohnerinnen und Bewohner. Momentan hat Kamerun 25 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner, die sich auf 475.000 Quadratkilometer verteilen. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 54 Jahre. 2012 gab es in Kamerun 275 Zahnärztinnen und Zahnärzte, 9.042 Kranken-

schwestern und 1.644 Ärztinnen und Ärzte, davon mehrheitlich Ärztinnen. Dennoch ist die Ärztedichte nicht sehr hoch. Im ganzen Land gibt es 1.050 Apotheken und sieben Universitäten. Enoh Meyomesse berichtet sehr anschaulich über sein aufstrebendes Land, das auch die Verbesserung des Gesundheitswesens anstrebt.

*Mitgeteilt von Dr. med. Barbara Bojack, Vorsitzende*

### REGIONALGRUPPE HAMBURG

#### Neuer Vorstand gewählt

Die Regionalgruppe hat einen neuen Vorstand gewählt: Zur 1. Vorsitzenden wurde

Dr. med. Sonja Reitz, Fachärztin für Allgemeinmedizin und psychotherapeutische Medizin, gewählt. Zur 1. Stellvertreterin wurde Annika Schröder gewählt, die sich in der Weiterbildung zur Chirurgin befin-

det. Zweite Stellvertreterin wurde Dr. med. Sabine Bettendorf, Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Als Kassenwartin wurde die Internistin Dr. med. Ursula Gotthardt gewählt.

### REGIONALGRUPPE MÜNSTER

#### „Flucht, Integration und Migration haben viele Facetten“

Den Einstieg für unsere Fortbildung bildete eine Lesung von Karen Kaplan aus den USA aus ihrem Buch „Descendants of Rajgrad – Learning to forgive“. Darin geht es um ihre Kindheit mit ihrem schwer traumatisierten Vater, der den Holocaust überlebte. Sie beschreibt dabei die Folgen seiner Flucht, nicht nur für ihn selbst, sondern auch für seine Kinder. Eindringlich berichtete sie über ihre eigenen Schritte bis hin zur Vergebung für das Verhalten des Vaters.

Interkulturelle Kompetenz beschreibt vielmehr die Fähigkeit, die Integrationsstufe des Gegenübers zu erkennen, zu akzeptieren und dementsprechend zu handeln. Kulturelle Kompetenz ist ein lebenslanger Prozess. Prof. Breninger: „Wer von sich behauptet, interkulturell kompetent zu sein, ist es wahrscheinlich nicht. Zur gelebten Integration gehört auch Demut.“

Schmerzen im kulturellen Kontext. Elisabeth Borg, Leiterin der Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, stellte uns ein für Frühjahr 2017 geplantes neues Fortbildungscurriculum „Transkulturelle Medizin“ vor.

Abschließend rundete eine Podiumsdiskussion unter dem Motto: „Integration – Herausforderungen und Chancen“ mit den Referentinnen und Barbara Freitag, Psychologin vom Projekt „Refugio“ in Münster, die erkenntnisreiche Fortbildung ab. Wir danken dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“ für seine finanzielle Unterstützung.



Foto: Privat

Prof. Birgit Breninger, M.A.



Foto: Privat

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak



Foto: Privat

Barbara Freitag

Prof. Birgit Breninger, M.A., Leiterin des InterCultural College in Salzburg, brachte uns danach das Thema interkulturelle Kompetenz näher. Integration muss dabei nicht heißen, dass beide Seiten ihre Werte aufge-

ben. Interkulturelle Kompetenz beschreibt vielmehr die Fähigkeit, die Integrationsstufe des Gegenübers zu erkennen, zu akzeptieren und dementsprechend zu handeln. Kulturelle Kompetenz ist ein lebenslanger Prozess. Prof. Breninger: „Wer von sich behauptet, interkulturell kompetent zu sein, ist es wahrscheinlich nicht. Zur gelebten Integration gehört auch Demut.“

*Mitgeteilt von Rachel Walter, Medizinstudentin 3. Semester, DÄB-Regionalgruppe Münster.*

■ FORUM 40 PLUS

Wechseljahre – Feuerwerk der Hormone – Feuerwerk der Gefühle

Unter diesem Motto versammelten sich die 21 Teilnehmerinnen nach einem informellem Get-together in einem historischen Weinlokal in der Osnabrücker Altstadt. Am nächsten Tag referierte Dr. med. Simone Schott in der Katholischen Familienbildungsstätte aus gynäkologischer Sicht zu den hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren. Wegen ihrer früheren Tätigkeit in einem Hormoneinsendelabor konnte sie gut zur Endokrinologie in der Prä- und Postmenopause Stellung nehmen. Gemäß den S3-Leitlinien zählen nur wenige Beschwerden zu behandlungsbedürftigen Indikationen.



Teilnehmerinnen des Forums 40 plus im Botanischen Garten der Universität Osnabrück

Dr. med. Elisabeth Ehmann-Hänsch, ehemalige Chefärztin der LWL-Klinik Lengerich, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, gab einen Überblick über psychologische Grundlagen von Affekten, psychische Abwehrstrukturen und lebensgeschichtliche Bewältigungsstrategien. Anhand des topischen Modells von Freud besprachen wir die verschiedenen Organisationsformen in der ver-

änderten Lebenssituation der Frau ab 40. Dr. med. Elisabeth Ehmann-Hänsch hielt die Formulierung des Lebensgefühls für Frauen um die 40 mit „ausreichend gut“ und „lebenssatt“ für treffend.

Nachmittags brachen wir bei bestem Wetter zum Botanischen Garten der Universität Osnabrück auf, der sich durch seine besondere Lage auszeichnet. Dr. med. Gudrun Eschmann erläuterte aus pharmazeutisch-botanischer Sicht Heil- oder Arzneipflanzen, die sowohl heimisch, mittelalterlich eingebürgert oder tropischer Herkunft sein können. Bei der Stadtführung durch eine Osnabrücker Kollegin und Abendessen in einem typischen Altstadtlokal konnten wir den Austausch des Forums 40 plus fortsetzen. Die Tagung war von Dr. med. Felicitas von Brachel-Thiem zudem hervorragend organisiert. Wir danken dem Verein „Frauen fördern Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung.

Mitgeteilt von Dr. med. Heike Raestrup, Schriftführerin Forum 40 plus

■ AUS DEM VORSTAND

Fossilien für die Dekane der Medizinischen Fakultäten in Greifswald, Homburg und Mannheim

Sehr geehrter Herr Dekan,

anbei erhalten Sie die vom Deutschen Ärztinnenbund erstellte Dokumentation „Medical Women on Top“. Es ist fast unglaublich, aber wahr, dass in Ihrer Medizinischen Fakultät keine Frau auf einem Lehrstuhl in einem



Foto: Privat.

Fossilien für versteinerte Fakultäten

qualifizierten Frauen bei Berufungen. Das kleine Fossil sollte Sie bestärken, die Medizin eben nicht versteinern zu lassen!

zerinnen. Es kann nur für ein Vorstandsamt kandidiert werden. Der Wahlvorschlag muss der Wahlleiterin Christine Hidas mit der E-Mail Christine.Hidas@mail.klinikum-darmstadt.de mindestens drei Monate vor der Wahl, das heißt bis spätestens zum **6. Juli 2017**, zugehen. Die Wahlvorschläge werden den Mitgliedern voraussichtlich in der ÄRZTIN 02/2017 bekannt gegeben

der untersuchten klinischen Fächer zu finden ist. Der Deutsche Ärztinnenbund ermutigt Sie und wünscht Ihnen Glück und Erfolg bei der Berücksichtigung von qualifizierten Frauen bei Berufungen. Das kleine Fossil sollte Sie bestärken, die Medizin eben nicht versteinern zu lassen!

Kandidatinnen für den nächsten DÄB-Vorstand gesucht

Im Oktober 2017 wird ein neuer DÄB-Vorstand gewählt. Wir möchten bereits jetzt um Wahlvorschläge bitten. Kandidatinnen, die sich zur Wahl stellen möchten, benötigen neben ihrem schriftlichen Einverständnis eine Unterschriftenliste mit zehn Unterstüt-



Foto: Privat

Gruppenbild von der Beirats-sitzung im September 2016 in Lübeck

■ NEUE MITGLIEDER

- Aschenberg, Sophie**, Dr. med., 50931 Köln
- Bruhin, Miriam**, Dr. med., 64546 Mörfelden-Walldorf
- Eschen, Katharina**, 97072 Würzburg
- Geiger, Vanessa Dina**, 72070 Tübingen
- Gesellchen, Maria**, 13353 Berlin
- Hillebrand, Uta**, 63533 Mainhausen
- Klipp, Anna**, 60322 Frankfurt am Main
- Knauer, Maria**, Dr. med., 97199 Ochsenfurt
- Krawietz, Monika**, Dr. med., 12167 Berlin
- Leykamm, Susanne**, Dr. med., 52070 Aachen
- Prahm-Weigt, Sieglinde**, 12053 Berlin
- Pritzen, Gertrud Franziska**, Dr. med., 65199 Wiesbaden
- Probst, Katharina**, Dr. med., 60318 Frankfurt am Main
- Pusch, Eva Jara**, 12043 Berlin
- Schäufele, Elisabeth**, Dr. med., 63450 Hanau
- Stephan, Christine**, Dr. med., 83646 Bad Tölz
- Zeit, Ulrike**, 10247 Berlin

**Hinweis:** Der DÄB wurde wegen der Einwilligung zur Behandlung minderjähriger Flüchtlingsfrauen um eine Rechtsauskunft gebeten. Auf Anfrage sendet die Geschäftsstelle (gsdaeb@aerztinnenbund.de) die vom DÄB eingeholte Auskunft der Rechtsabteilung der Ärztekammer Nordrhein zu.

## Jüdische Ärztin Charlotte Wolff in Berlin mit Gedenktafel geehrt



Im Oktober 2016 wurde am Haus Laubenheimer Straße 10 eine Berliner Gedenktafel für die aus Nazideutschland geflüchtete jüdische Psychotherapeutin und Autorin Charlotte Wolff enthüllt. Sie emigrierte 1933 von Berlin nach Paris und 1936 nach London, wo sie 1951 ihre psychotherapeutische Praxis eröffnete. Neben ihrer Autobiografie „Hindsight“ veröffentlichte sie zahlreiche Fachbücher, unter anderem „Psychologie der lesbischen Liebe“ und „Bisexualität“.

### ■ GRATULATION



**Dr. med. Astrid Bühren**, der langjährigen Präsidentin und jetzigen Ehrenpräsidentin des DÄB, gratulieren wir sehr herzlich zur Verleihung der Bayerischen Staatsmedaille für Verdienste um Gesundheit und Pflege



Staatsministerin Melanie Huml (l.) zeichnet Dr. med. Astrid Bühren (r.) aus

vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Astrid Bühren hat den Deutschen Ärztinnenbund e. V. geprägt wie kaum eine andere Kollegin und die Erkenntnis „Die Medizin ist weiblich“ schon früh nachhaltig verbreitet. Ihre verbandspolitische Arbeit trägt dazu bei, dass der DÄB sich auch weiter für Rahmenbe-

dingungen im Arztberuf einsetzt, bei denen sich Beruf und Privatleben für Frauen und Männer in einer ausgewogenen Balance befinden. Astrid Bühren hat festgestellt, dass besonders in chirurgischen Fächern Schwierigkeiten bestehen, Familie und Beruf zu vereinbaren. Deshalb bringt sie sich seit rund 15 Jahren bei den großen Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Thema „Frauen in der Chirurgie“ ein. Außerdem engagiert sie sich beim „Runden Tisch Vereinbarkeit Beruf und Familie“ und hat intensiv für die Überarbeitung der Mutterschutzgesetzgebung gekämpft.

**Prof. Dr. med. Andrea Koch**, DÄB-Mitglied und bisher Kommissarische Direktorin der Medizinischen Klinik III für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin im Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum, gratulieren wir zu einer W2-Professur für Pneumologie an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München.

**Prof. Dr. med. Erika Baum**, DÄB-Mitglied in der Gruppe Gießen gratulieren wir zur Wahl als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Mit Prof. Erika Baum, Hausärztin in Biebertal (Hessen), ist erstmals eine Frau an der Spitze der Fachgesellschaft.

### DÄB-Ethikausschuss bereitet Stellungnahme vor

Um eine Stellungnahme zu Chancen und Risiken des Genome Editing in der Medizin erarbeiten zu können, hat der Ethikausschuss am 26.08.2016 in Mannheim eine Veranstaltung organisiert, in der die wissenschaftli-



v.l.n.r.: Dr. med. Dorothee Dörr, Dr. med. Gabriele du Bois, Prof. Dr. med. Toni Cathomen, Dr. med. Eva Hennel, Dr. med. Regina Grünke

chen Grundvoraussetzungen, die bisherigen Erfahrungen und die voraussichtlichen

Möglichkeiten der Methode dargestellt und diskutiert werden sollten.

Als Referenten konnten wir den Direktor des Instituts für Zell- und Gentherapie des Universitäts-Klinikums Freiburg, Herrn Prof. Dr. med. Toni Cathomen gewinnen, der uns einen 45-minütigen Vortrag hielt mit dem Titel: „Genome Editing – Praktische und ethische Aspekte der CRISPR-Cas9-Technik“.

Neben den Kolleginnen aus dem Ethikausschuss nahmen auch WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen der Universitätskliniken Mannheim und Heidelberg am Austausch teil, bei dem nach dem Vortrag Verständnisfragen sowie die Aussichten der Methode und die ethischen Einwände lebhaft diskutiert wurden. Wir werden das Thema in der nächsten ÄRZTIN ausführlicher vorstellen.

Mitgeteilt von Dr. med. Gabriele du Bois, Erste Vorsitzende des Ethikausschusses des DÄB



**Dr. med. Jutta Semler**, DÄB-Mitglied und Chefärztin der Abteilung für Stoffwechselerkrankungen und Osteologie am Berliner Immanuel-Krankenhaus ist im Juli dieses Jahres gestorben. Die gebürtige Berlinerin war



Foto: Immanuel-Krankenhaus Berlin

Dr. med. Jutta Semler

eine hochgeschätzte Ärztin mit herausragenden Verdiensten auf dem Gebiet der Endokrinologie, Diabetologie, Immunologie, Rheumatologie sowie Stoffwechselerkrankungen und Osteologie. Von 1992 bis 2007 leitete sie als Chefärztin die Abteilung für Stoffwechselerkrankungen und Osteologie am Berliner Immanuel-Krankenhaus. Als Gründungsmitglied und Vizepräsidentin der Women's Health Coalition e. V. setzte sie sich als eine der Ersten in Deutschland für eine geschlechtsspezifische Medizin und Gesundheitspolitik ein. Große Verdienste erwarb sie auch als medizinische Direktorin des Immanuel Women's Health Center. Für die langjährigen Verdienste, insbesondere auch für ihre engagierte ehrenamtliche Tätigkeit, wurde Frau Dr. Semler mit dem Verdienstorden des Landes Berlin und im Jahre 2005 mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse geehrt.

## ■ DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

## Buchbesprechung

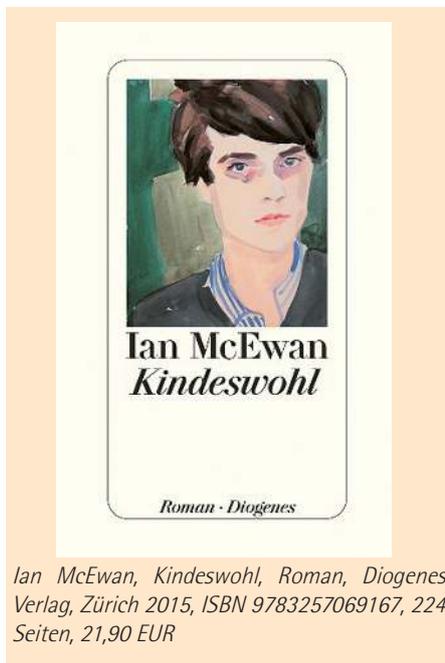
## Kindeswohl – Roman von Ian McEwan

Der Roman fußt auf einem Tatsachenbericht aus England (High Court): Fiona Maye ist eine akribisch-gewissenhafte Richterin, die den englischen „Children Act 1989“ nach intensiven Recherchen und fachlichem Austausch mit ihren Kollegen zur obersten Richtschnur ihres Handelns macht.

Es gibt zwei Ebenen von Sachbezogenheit und Emotionen in der Erzählung. Ihr Mann, ein Geschichtsprofessor, mit dem sie seit mehr als 30 Jahren, und wie sie bis dato glaubte, glücklich verheiratet ist, verlangt von ihr Verständnis und Toleranz gegenüber seiner neuen, gerade begonnenen Beziehung zu einer jüngeren Frau. Sie ist tief verletzt, bleibt jedoch unbeugsam und wechselt konsequent die Schlüssel zu der gemeinsamen Wohnung aus. Ihre Gedanken kehren jedoch immer wieder während ihrer Arbeit - Aktenstudium, Selbstzweifel, Präzedenzfälle, Erschöpfung - zu ihrer Ehe und deren allmählichem Zerfall zurück.

Die zweite Ebene: Sie hat in verschiedenen Fällen zu entscheiden: Soll bei siamesischen Zwillingen der lebensunfähige Zwilling (ohne eigenes Herz) getötet werden, um den nach mehreren Operationen wahrscheinlich überlebenden Zwilling zu retten? Wie kann sie, wie sollte sie, wie muss sie entscheiden?

Wie ist die Rechtslage in einem anderen Fall? Wie müssen die behandelnden Ärzte verfahren: Ein an Leukämie erkrankter 17-Jähriger, also noch nicht volljähriger Junge, soll eine lebensrettende Bluttransfusion erhalten. Die Eltern sind tief überzeugte Zeugen Jehovas und verweigern aus religiösen Gründen



die rettende Bluttransfusion für ihren Sohn. Dieser verweigert die Transfusion ebenso und akzeptiert sein vorhersehbares schweres Sterben freudig als den Willen Gottes. Soll sie ihm glauben? Die Richterin entscheidet in diesem Verfahren, sie scheint dadurch allen Beteiligten eine schwere Last abzunehmen – jedoch am Ende stellt sich eine ganz andere Dynamik ein.

Der Roman von dem vielfach preisgekrönten englischen Autor, der noch eine Reihe anderer guter Romane geschrieben hat, ist spannend und brillant erzählt.

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

## Save the date

## Wir mischen uns ein – in Berufs- und Gesundheitspolitik

## 35. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. – Berlin 5. bis 8. Oktober 2017

mit: Ingrid Fischbach, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Professor Dr. Dr. h. c. Ilona Kickbusch, Initiatorin der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung, Professorin am Graduate Institute of International and Development Studies in Genf, Leiterin der Global Health Programme (angefragt), Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorstandsvorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Workshops u. a. zu Rhetorik, kulturellem Konfliktmanagement in Klinik und Praxis sowie Existenzgründung | Sektion: Vernetzen und kooperieren – Verbände stellen sich vor | Festabend in der Hörsaalruine des ehemaligen Rudolf-Virchow-Hörsaales im Medizinhistorischen Museum der Berliner Charité.

Ausführliches Programm und Anmeldung ab März 2017 auf der Homepage [aerztinnenbund.de](http://aerztinnenbund.de)

## ■ 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](mailto:gsdaeb@aerztinnenbund.de)

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

Gundel Köbke  
Pressereferentin des Deutschen  
Ärztinnenbundes  
E-Mail: [presse@aerztinnenbund.de](mailto: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](mailto:gsdaeb@aerztinnenbund.de)

## Wir bitten alle Mitglieder, uns ihre aktuelle Mailadresse mitzuteilen

## Grafikdesign:

Webdesign Schwarte, Reinhard Schwarte  
Eschstr. 6, 48282 Emsdetten, Tel.: 0160 94948807  
E-Mail: [info@webdesign-schwarte.de](mailto: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 Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.  
Redaktionsschluss der Ausgabe August 01/17:  
20. Februar 2017

Fotos: Titelseite: fotolia\_62702433,  
Seite 4: fotolia\_123212707  
Seite 8: fotolia\_105522164, Seite 11: fotolia\_124986868,  
Seite 14: fotolia\_55296163  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Anna Fischer, Christiane Groß, Immanuel-Krankenhaus Berlin, Medizinische Universität Innsbruck, Frank Baumhummel, Privatfotos

## Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffentlichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte 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.

■ PROF. DR. MED. DR. RER. NAT. BETTINA PFLEIDERER

## Im Interview

### Ärztinnen – Botschafterinnen des Wandels

**Interview mit der neuen Präsidentin des Weltärztinnenbundes (MWIA), Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, zugleich Vorsitzende der Regionalgruppe Münster des DÄB.**

**ÄRZTIN:** Seit Juli 2016 sind Sie Präsidentin des Weltärztinnenbundes (MWIA) und haben als Motto „Ärztinnen – Botschafterinnen des Wandels“ gewählt. Mit welchen Aufgaben werden Sie beginnen, welche sind mittel- und langfristig für Sie wichtig?

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer:** Begonnen haben wir bereits damit, in den Komitees Arbeitspläne mit entsprechenden Zeitplänen zu erstellen, die nun allen Komitee-Vorsitzenden vorliegen, um sich besser zu vernetzen und Synergien zu bilden. Wichtig ist mittelfristig, die geplanten Aufgaben auch umsetzen, um zu wichtigen Themen als Weltärztinnenbund etwas beitragen zu können und gehört zu werden. Langfristig wäre eine große Hoffnung von mir, dass am Ende meines Trienniums die MWIA zu einem Verband geworden ist, der Medizinstudierende und junge Ärztinnen noch mehr als bisher anspricht und dem man gerne angehören möchte, gerade weil wir für Wandel und Veränderung eintreten und stehen.

**ÄRZTIN:** Der Weltärztinnenbund ist ein weltweit agierender Zusammenschluss von Ärztinnen. Er definiert die Rolle von Ärztinnen in der Gesellschaft immer wieder neu. Welchen Beitrag zu den Aktivitäten des Weltärztinnenbundes erhoffen Sie sich von Verbänden aus den einzelnen Ländern und zum Beispiel auch vom DÄB?

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer:** Die nationalen Verbände haben die Möglichkeit, sich über ihre einzelnen Mitglieder in unseren Komitees aktiv einzubringen und damit viele Aktivitäten mitzugestalten. Von dieser Möglichkeit haben dieses Triennium auch DÄB-Mitglieder

Gebrauch gemacht; der DÄB ist in jedem der fünf MWIA-Komitees vertreten. Im Jahr 2019 wird der Weltärztinnenbund 100 Jahre alt, da wünschen wir uns eine starke Beteiligung von unseren Mitgliedsländern. Auch werden wir noch Fragebogen zu bestimmten Themen wie zum Beispiel, was sich die Mitgliedsverbände von der MWIA wünschen und wie wir noch besser zusammenarbeiten können, versenden. Da ist eine Beteiligung der einzelnen Länder von großer Bedeutung für unsere zukünftigen Überlegungen, wie wir uns noch besser auf- und darstellen können.



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer (Mitte) mit afrikanischen Kolleginnen beim 30. Weltärztinnenkongress 2016 in Wien

**ÄRZTIN:** Große Organisationen sind häufig etwas schwerfällig – was könnte Ihrer Ansicht nach zur Beschleunigung und auch zu einer erhöhten Wahrnehmung des Weltärztinnenbundes beitragen?

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer:** Veränderungen kann man in großen internationalen Organisationen nur bedingt beschleunigen, denn es gilt, viele unterschiedliche Kulturen und nationale Interessen unter einen Hut zu bringen. Daher bleibt es nicht aus, dass um Kompromisse gerungen werden muss. Aber nur so kann ein nachhaltiger Wandel auch gelingen.

Um besser wahrgenommen zu werden, ist es auf jeden Fall wichtig, dass wir unser Profil schärfen. Wir müssen noch deutlicher zeigen,

für was wir stehen; es muss uns also noch besser gelingen, dies auch publik zu machen. Daher haben wir zwei neue Arbeitsgruppen ins Leben gerufen: Eine, die sich mit „Strategie- und inhaltlichen Fragen“, und eine, die sich mit „Kommunikation und sozialen Medien“ beschäftigt und wie wir diese für unsere Zwecke besser einsetzen können.

**ÄRZTIN:** Und last but not least: Welche Anstrengungen wird der Weltärztinnenbund zu seinem Themenkomplex „Geschlecht und Gesundheit“ unternehmen?

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer:** Der Weltärztinnenbund war, was die Thematik „Geschlecht und Gesundheit“ betrifft, immer schon seiner Zeit weit voraus. Insofern führt das fort, was er bereits vor fast 100 Jahren begonnen hat – nämlich ein Verband zu sein, der eine Plattform für Ärztinnen bietet, um sich über gesellschaftsrelevante, gesundheitspolitische Fragen auszutauschen und Veränderungen anzustoßen. Das ist ja von dem Geschlechtsaspekt nie zu trennen. Bereits vor 21 Jahren, also 1995, hatte die Vollversammlung der MWIA Resolutionen verabschiedet, die sich mit Geschlecht und Gesundheit beschäftigten; beispielsweise wurde damals darauf hingewiesen, dass Ergebnisse von klinischen Arzneimittelstudien mit Männern nicht direkt auf Frauen übertragen werden dürfen.

Herausgreifen möchte ich noch eine weitere MWIA-Initiative von 2002: MWIA entwickelte ein Trainingsmanual zu „Gender Mainstreaming and Health“ mit vielen Fallbeispielen, Prüfungsfragen und Vorschlägen, wie dieses Material in einem Workshop verwendet werden könnte (<http://mwia.net/about/projects-and-publications>). Ein neues Forschungsprojekt wird sich mit der Thematik „Sexuelle Belästigung von Ärztinnen und Medizinstudentinnen“ auseinandersetzen. Die MWIA wird sich aktiv an der Online-Austauschplattform GenderMed-Wiki beteiligen und damit auch dazu beitragen, dass eine geschlechtersensible Medizin noch stärker Einzug in Studium und Praxis weltweit hält.

*Interview: Gundel Köbke.*