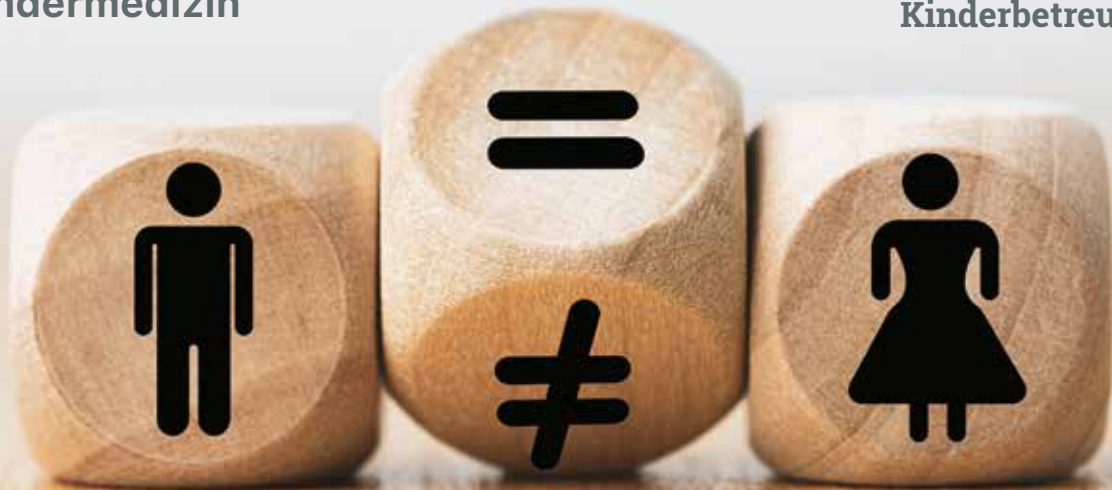


ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Ärztinnen
Sichtbarkeit
Diversität
Topsharing
Zahnärztinnen
#MeToo
Wissenschaft
Arbeitszeiten
MuSchG
Chancengleichheit
Vereinbarkeit
Gendermedizin
Kinderbetreuung



Wie schaffen wir den Kulturwandel?



Inhalt

- 03 **Editorial**
PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
- 04 **Gastbeitrag**
Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid, Nora Wisniowski, MPH
Perspektivwechsel in Politik und Wirtschaft nötig
- 05 **Schwerpunkt: Wie schaffen wir den Kulturwandel in der Medizin?**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Annegret Dreher, M.Sc., Thorsten Halling, M.A.
Eva Lindner
Dr. med. Sylvia Schacher
- 10 **Prostitution und das Nordische Modell**
Dr. med. Margot D. Kreuzer
Pro: Wir brauchen eine antisexistische Regelung
Dr. jur. Stefanie Killinger
Kontra: Moralgesetzgebung ist ineffektiv
- 14 **Dr. phil. Susanne Knoblich**
Die Unterlagen des DÄB im Helene-Lange-Archiv im Landesarchiv Berlin
- 15 **Mutterschutz**
Neue Umfrage sowie Erfahrungsbericht: Mutterschutz und Stillen im PJ
- 17 **Aus dem Verband**
Dr. med. Renate Böhm, Dr. med. Marie-Luise Fasshauer, Dr. med. Sigrun Muthmann-Hellwig
Aktuelles Engagement von Kolleginnen aus dem DÄB im Weltärztinnenbund
- 18 **Dr. med. Ulrike Berg, Dr. med. Tonia Iblher**
Klimasprechstunde: So gelingt klimasensible Gesundheitsberatung
- 20 Stimmen zum Zukunftskongress • Mail-Adressen • Wir gratulieren
- 21 Save the Date: 2. Internationaler Kongress der Ärztinnen in Wien
- 21 Neuer Ausschuss „Parität“ des DÄB
- 22 Anpassung des Embryonenschutzgesetzes – gefordert von ÄRE und Ethikausschuss des DÄB
- 24 Save the Date: Mitgliederversammlung des DÄB 2023

Impressum:

ärztin
Offizielles Organ
des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.
ISSN 0341-2458

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

Redaktion und V.i.S.d.P.:
Alexandra von Knobloch
Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes (frei)
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
Dr. med. Heike Raestrup
Dr. med. Wajima Safi

Geschäftsstelle des DÄB
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel.: 030 54 70 86 35
Fax: 030 54 70 86 36
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Grafikdesign:
d'sign, Anne-Claire Martin
Nassauische Str. 13/14, 10717 Berlin
Tel.: 030 883 94 95
E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:
Umweltdruck Berlin GmbH
Sportfliegerstr. 9, 12487 Berlin



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 02/2023:
26. Juni 2023

Fotos:
S. 1: 123rf_alexan107, S. 5: 123rf_fokussiert, S. 6: 123rf_markusgann, S. 8: 123rf_alessandrobiascioli, S. 11: 123rf_justoomm, S. 13: 123rf_nito500, S. 16: 123rf_nastyaoofly, S. 19: 123rf_conneldesign, S. 21: 123rf_sabelskaya, pa3x, mohsinmajeed7, S. 22: 123rf_katyadanilova, S. 23: 123rf_stockgiu, sermax55, S. 24: 123rf_yuttana590623

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.

Liebe Kolleginnen,

„Wie schaffen wir den Kulturwandel?“ Diese Frage auf dem Titel der aktuellen Ausgabe der **ärztin** beantworten die Beiträge auf den Seiten 5 bis 9 aus verschiedenen Blickwinkeln. Berechtigt ist aber natürlich auch die Frage: Benötigen wir einen richtigen Kulturwandel überhaupt? Reichen nicht auch punktuelle Veränderungen? Wir finden: nein! Der Medizinbetrieb braucht eine tiefgreifende, grundsätzliche Veränderung. Die Signale sind deutlich: Alle Beteiligten im Gesundheitswesen erleben, dass es knirscht im System – und das deutlich hörbar. Aber nicht nur die Akteur:innen im Gesundheitswesen nehmen das wahr, sondern auch Patient:innen und deren Angehörige.

Die zunehmende Ökonomisierung, getaktete Versorgung, steigende Fallzahlen, Ärzt:innenmangel und ein sich wandelndes Verständnis in der Gesellschaft, wie Arbeit und andere Lebensinhalte zeitlich zu gewichten sind – all das hängt zusammen. Um eine Klinik zukunftsfähig aufzustellen, braucht es Strukturen, die die Erwartungshaltungen der Menschen, die in der Klinik arbeiten, und derer, die zur Behandlung kommen, konstruktiv verbinden. Das System Krankenhaus basiert teilweise auf Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte, die insbesondere die nachkommende Generation nicht länger als attraktiv ansieht. Zugleich werden die Erwartungen der Patient:innen an das Gesundheitssystem zunehmend unbefriedigend erfüllt.

Es ergibt sich ein Grundkonflikt, der keinesfalls nur Ärztinnen beschäftigt, sondern zunehmend männliche Kollegen einschließt. Die Konsequenz ist, dass sich Ärztinnen und Ärzte vermehrt gegen den Arbeitsplatz Krankenhaus entscheiden, in alternative Beschäftigungsfelder abwandern und damit der direkten Versorgung von Patient:innen verloren gehen. In Anbetracht von Fachkräftemangel und demografischer Entwicklung, die auch vor der Ärzt:innenschaft nicht haltmacht, ist ein Kulturwandel dringend notwendig, damit die patientennahe ärztliche Arbeit – ob in Klinik oder Praxis – wieder als erstrebenswert empfunden wird.



Foto: © Oliver Kraus

Um Personal zu binden, ist der Wandel der Führungskultur hin zu einem wertschätzenden Umgang mit den Mitarbeiter:innen entscheidend. Darüber hinaus ist das Schaffen adäquater Rahmenbedingungen dafür ausschlaggebend, inwiefern sich Ärztinnen und Ärzte in

die Versorgung von Patient:innen einbringen können und möchten – insbesondere, wenn es um die Vereinbarkeit der Arbeit mit beispielsweise der Kinderbetreuung oder der Pflege von Angehörigen geht. Dies ist für Frauen und Männer zunehmend gleichermaßen wichtig.

Der DÄB hat hier die wichtige Funktion, Missstände zu erfassen, diese öffentlich zu benennen und optimalerweise Lösungsvorschläge mit den gesundheitspolitischen beziehungsweise politischen Entscheidungstragenden zu diskutieren. Der vom DÄB einberufene Runde Tisch, der führende Vertreterinnen der Fachgesellschaften zusammenbringt, hat genau das zum Ziel: gemeinsame Themen zu identifizieren und daraus gemeinsame Aktionen abzuleiten. In der Diskussion hat sich fächerübergreifend herauskristallisiert, dass verhärtete patriarchale Strukturen auch weiterhin ein großes Hemmnis für Ärztinnen sind, in Führungspositionen zu gelangen. Und wenn Ärztinnen in Leitungsfunktionen sind, erschweren es ihnen eben diese Strukturen, die Position zufriedenstellend auszufüllen. Solche Ergebnisse unserer nach außen gerichteten Arbeit wirken immer wieder auch direkt in den DÄB zurück. Netzwerken und Mentoring beispielsweise sind in diesem Kontext wichtige Tools, die wir im Rahmen unseres MentorinnenNetzwerkes pflegen – und, wie unsere Autorin auf Seite 7 beschreibt, wichtige Bausteine, um den Kulturwandel zu beschleunigen.

Mit kollegialen Grüßen

PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser,
Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes



Foto: © Martin Foddanu



Foto: © FotoAgenten/Angelika Löffler

Perspektivwechsel in Politik und Wirtschaft nötig

PROF. DR. RER. POL. CLARISSA KURSCHEID, NORA WISNIOWSKI, MPH

2021 waren knapp 64 Prozent der Medizinstudierenden Frauen. In der ambulanten Versorgung stellen Ärztinnen mit 50,3 Prozent seit kurzem die Mehrheit. Der Anteil der weiblichen Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft – darunter die Medizin – bewegt sich dagegen nach wie vor auf sehr niedrigem Niveau und beträgt nur 17 Prozent. Was muss sich ändern?

Um mehr Führungspositionen mit Frauen zu besetzen, sind strukturelle Änderungen notwendig. Das hat erst kürzlich wieder eine große bundesweite Befragung zur Schwangerschaft bestätigt, die unter anderem der DÄB mit dem Marburger Bund initiiert hatte. Ein Großteil der teilnehmenden Ärztinnen und Medizinstudentinnen gab an, dass ihre Schwangerschaft und die dadurch bedingten Veränderungen erhebliche Auswirkungen auf ihre Karriere hatten. Besonders hoben sie den negativen Einfluss auf die Weiterbildung hervor.

Weiterbildungsmodelle, insbesondere die Facharztausbildung, müssen demnach umstrukturiert und an die Lebensrealitäten von Frauen angepasst werden. Hierzu gehört auch, dass ein Beschäftigungsverbot durch den Arbeitgeber bei Schwangeren genau geprüft wird, um arbeitswilligen Ärztinnen den Erwerb von Nachweisen für die Facharztausbildung nicht zu erschweren. Eine Flexibilisierung könnte verhindern, dass schwangere Ärztinnen in ihrer Karriere zurückgeworfen und später als ihre männlichen Kollegen befördert werden. Um die Vereinbarkeit von beruflicher Arbeit, Weiterentwicklung und Familie zu ermöglichen, sind zudem angepasste Arbeitsmodelle erforderlich, wie etwa geteilte Führungspositionen.

Mentoringprogramme als Unterstützung

Neben strukturellen Änderungen ist die gleiche Bezahlung zwingend erforderlich. Professorinnen an den Medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen verdienen beispielsweise im Schnitt etwa 900 Euro weniger, rund 10 Prozent, als ihre männlichen Kollegen. Den außertariflichen Gehaltsunterschieden in der oberen Führungsebene liegen vermutlich unterschiedliche Netzwerkstrukturen und Verhandlungspositionen zugrunde. Netzwerk- und Mentoringprogramme können dort ansetzen, um neue Role Models zu entwickeln, die angehenden weiblichen Führungskräfte verhandlungssicherer zu machen und die gegenseitige Unterstützung auf dem Weg nach oben zu fördern.

Die Quote zur Etablierung von paritätisch besetzten Führungspositionen spielt eine wichtige Rolle – mindestens bis zu einer gesellschaftlichen Normalisierung weiblicher Führungskultur. Die Gesetzesreformen der vergangenen Jahre zur paritätischen Besetzung der Körperschaften öffentlichen Rechts wie der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Bundesvereinigungen waren hierfür längst überfällige Schritte. Denn solange nur wenige Frauen Führungspositionen in Krankenhäusern oder Gremien haben, fehlen Vorbilder für andere Ärztinnen.

Wirtschaft würde profitieren

Auch aus ökonomischer und medizinischer Perspektive ist die Erhöhung des Frauenanteils sinnvoll. Studien zeigen, dass mehr Diversität in der Führung zu besseren unternehmerischen Ergebnissen führen kann. Mehr Ärztinnen in Führung könnten zudem dazu beitragen, genderspezifische Medizin voranzutreiben. Gleichzeitig könnten sie die Versorgung verbessern, da sie leitliniengerechter arbeiten, effektiver mit Patient:innen kommunizieren und deren Lebenssituation stärker berücksichtigen. Die Förderung von Frauen in Führungspositionen ist daher aus unterschiedlichen Sichtweisen zwingend erforderlich und verlangt nach strukturellen Veränderungen und einem Perspektivwechsel in Politik und Wirtschaft. ◀

Literatur bei den Autorinnen

Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid ist Präsidentin der EUFH Hochschule für Gesundheit, Pädagogik und Soziales und Geschäftsführerin der figus GmbH. Sie setzt sich seit vielen Jahren für die Chancengleichheit von Frauen und Männern ein und ist im Beirat Gesundheitspolitik des Healthcare Frauen e.V. Nora Wisniowski ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei figus, Mitautorin wissenschaftlicher Publikationen und betreut innovative Forschungsprojekte im Gesundheitswesen.

E-Mail: c.kurscheid@figus.koeln



Foto: © J. Rolles

Arbeitszeiten für Ärztinnen und Ärzte neu denken

DR. MED. CHRISTIANE GROSS, M.A.

Überstunden gehören in der Gesundheitsversorgung in Deutschland angeblich zur Normalität, erschweren aber die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf und sind vermutlich ein entscheidender Grund für den bestehenden Nachwuchsmangel.

Gehörte es früher zum guten Ton, 24 Stunden am Stück – und manchmal noch länger – zu arbeiten, werden die Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten nun durch das Arbeitszeitgesetz weitgehend begrenzt. Ausnahmen sind möglich, sonst würden die Kolleginnen und Kollegen nicht sowohl im MB-Monitor von 2022 als auch im KBV-Monitor (2018) Arbeitszeiten von durchschnittlich 50 Stunden und mehr pro Woche angeben. Unterschiede bestehen zwischen dem angestellten und dem selbstständigen Bereich, weil Selbstständige ebenso wie chefärztliche Kolleginnen und Kollegen dem Arbeitszeitgesetz nicht unterliegen.

Teilzeit auch für Männer attraktiv

Tatsächlich ist es in der Ärzteschaft nicht anders als in der deutschen Gesamtgesellschaft: Meistens sehen sich die Mütter für die Kinder und Care-Arbeit zuständig. Die Statistik der Bundesärztekammer vom 31.12.2021 belegt: Nur 2,6 Prozent derjenigen, die sich in Elternzeit befinden, sind Männer.

Doch es gibt einen bemerkenswerten Trend: Auch Männer finden die Klinik-Arbeit unter den aktuellen Bedingungen nicht mehr erstrebenswert und setzen häufiger auf mehr Freizeit statt mehr Geld. Laut MB-Monitor 2022 ist die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ein Grund, darüber nachzudenken, den Beruf zu wechseln. Wer

das tut, wählt als ersten Schritt oft Teilzeit. Hierbei ist eine Reduktion von wenigen Stunden bis hin zur Drittelstelle auch in der Weiterbildung möglich. Problematisch ist, dass in der Weiterbildung mit jeder Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit das Risiko wächst, die Facharztqualifikation nach hinten verschieben zu müssen. Die Übernahme von Führungspositionen in Krankenhäusern oder die Übernahme einer Praxis rückt damit weiter weg.



Im Trend: Ärzte in Teilzeit

Weiterbildungsordnung reformieren

Notwendig wäre daher eine konsequente Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen hin zu mehr Berücksichtigung der Qualifikationen statt starrer Zeiten; so wie es die Musterweiterbildungsordnung auch ermöglicht. Es ist nicht einzusehen, warum Zeiten, in denen sehr viel gelernt werden kann und in denen Entscheidungen getroffen werden – nämlich Nacht- und Wochenend-

dienste – nicht mit eingerechnet werden. Weiterbildung muss da möglich sein, denn es geht in diesen Zeiten um die Betreuung von Patient:innen, abseits der Routine der Fächer. Auch die bereits reale Reduktion der offiziellen wöchentlichen Arbeitszeit zugunsten einer ausgeglicheneren Work-Life-Balance muss einbezogen werden in die Überlegungen, die Weiterbildungsordnungen zu modernisieren. Nur so schaffen wir es, trotz der veränderten Haltung ausreichend Fachärztinnen und -ärzte zu bekommen und den ärztlichen Beruf wieder attraktiver zu gestalten.

Wieder Berufung statt Beruf

Krankenhausverwaltungen müssen mit der ärztlichen Arbeit wieder wertschätzender umgehen. Aber auch die Gesellschaft sollte ihre Erwartungshaltung an die ärztliche Versorgung überprüfen. Wenn Ärztinnen und Ärzte sowohl in der Praxis als auch in der Angestelltentätigkeit eine normale Arbeitszeit haben von 40 oder gar 38 Stunden in der Woche, dann ist Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf möglich und der Exodus aus dem ärztlichen Beruf dürfte aufhören und die Berufung wieder mehr in den Vordergrund treten. ◀

*Dr. med. Christiane Groß, M.A., ist
Präsidentin des DÄB*

E-Mail: christiane.gross@aerztinnenbund.de



Werden Frauen in der Medizin bei der Vergabe wissenschaftlicher Preise benachteiligt?

ANNEGRET DREHER, M.SC., THORSTEN HALLING, M.A.

Neben bekannten Phänomenen wie dem Gender Pay Gap und dem Gender Citation Gap gibt es zunehmend Hinweise auf einen Gender Award Gap. Dieser beschreibt die Beobachtung, dass Frauen im Vergleich zu Männern nicht nur weniger Preise und Auszeichnungen erhalten, sondern vor allem weniger renommierte und weniger hoch dotierte Preise: ein Karrierenachteil.

Betrachtet man beispielhaft den wohl renommiertesten Preis der Welt, den Nobelpreis, so lag der Anteil an Preisträgerinnen seit dem Jahr 2000 in den naturwissenschaftlichen Fächern gerade einmal bei 7,3 Prozent. Die Relevanz des Gender Award Gap ergibt sich daraus, dass Preise eine wichtige Form der Anerkennung und auch der Sichtbarmachung von Wissenschaftler:innen sind. Es wird vermutet, dass unter anderem die Unsichtbarkeit von Medizinerinnen der mittleren Karrierestufe zur Ungleichheit der Geschlechter in höheren Karrierestufen führt.



Nobelpreis: Bekommen Forscherinnen in Naturwissenschaften und Medizin viel seltener als Männer

Preise bedingen auch weitere Belohnungen, wie etwa weitere Preise, Forschungsmittel oder gar Berufungen. Amerikanische und kanadische Studien haben gezeigt, dass Frauen auch in der Medizin im Vergleich zu Männern weniger häufig Preise und auch weniger renommierte Preise erhalten. Bisher liegen entsprechende Daten aus Deutschland noch nicht vor.

Erforschung des Gender Award Gap

Unser Forschungsprojekt „Gender Award Gap – (Un-)Sichtbarkeit von Frauen in den Anerkennungskulturen der Medizin“ soll erstmals untersuchen, ob es einen Gender Award Gap auch in Deutschland zu beobachten gibt. Hierzu erfassen wir die Preise aller AWMF-gelisteten Fachgesellschaften samt diverser Charakteristika, darunter Preiskategorie, Dotierung und Prestige. So möchten wir herausfinden, ob und inwiefern Frauen in der Medizin unterschiedlich häufig Preise erhalten oder unterschiedliche Preis-Arten. Weiterhin untersuchen wir, inwiefern Akteur:innen das Problem wahrnehmen. Hierzu befragen wir Mitglieder medizinischer Fachgesellschaften – auch solche, die selbst Einfluss auf Preisvergaben haben – zur Wahrnehmung der Rolle und Funktion von Preisen für die Karriere und zu Faktoren, die entscheiden, wer einen Preis erhält.

Die erste Analyse der über 1200 erfassten Preise zeigt auf, dass die Kluft zwischen Männern und Frauen vor allem in den letzten fünf Jahren deutlich kleiner geworden ist. Dennoch erhalten Frauen weiterhin weniger Preise für ihr Lebenswerk, weniger renommierte und weniger hoch dotierte Preise.

Aktiv zur Bewerbung auffordern

Um das Ausmaß einer strukturellen Benachteiligung überhaupt zu entdecken, raten wir medizinischen Fachgesellschaften, selbst Daten zu erheben: Wie sieht das eigene Verhältnis von Männern und Frauen bei Preisvergaben, in Preisjürs, aber auch bei Preisbewerbungen aus? Gegebenenfalls sollten entsprechend mehr Frauen in Preisjürs eingeladen und zu Preisbewerbungen aktiv aufgefordert werden.

Ein weiterer Ansatz ist die Benennung von Preisen nach renommierten Frauen im jeweiligen Fachgebiet oder eine neutrale Benennung wie beispielsweise Habilitationspreis, Dissertationspreis. Auch standardisierte und transparente Bewerbungs- und Vergabeverfahren sollten hier diskutiert werden. ◀

Ein weiterer Ansatz ist die Benennung von Preisen nach renommierten Frauen im jeweiligen Fachgebiet oder eine neutrale Benennung wie beispielsweise Habilitationspreis, Dissertationspreis. Auch standardisierte und transparente Bewerbungs- und Vergabeverfahren sollten hier diskutiert werden. ◀

Annegret Dreher, M.Sc., ist Epidemiologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin am Centre for Health and Society (chs) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und forscht zum Gender Award Gap und der Sichtbarkeit von Frauen in der Medizin. **Thorsten Halling, M.A.**, ist Historiker und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin am chs und erforscht Anerkennungskulturen in den Wissenschaften. **Mehr zum Projekt:** www.genderawardgap.hhu.de

E-Mail: annegret.dreher@med.uni-duesseldorf.de



Foto: © Hendrik Steffens

So geht modernes Netzwerken unter Frauen



EVA LINDNER

Hier 4 Tipps, mit denen sich Frauen gegenseitig voran bringen. Der Verein ProQuote Medien hat damit gute Erfahrungen gemacht.

Zigarrerauchende ältere Herren im Hinterzimmer, junge Anzugträger mit gelockerter Krawatte beim Feierabendbier, das gemeinsame Abendessen in gelöster Atmosphäre mit Kollegen: Wir kennen sie alle, die – vielleicht etwas klischeehaften, aber teils auch zutreffenden – Bilder der „Boys Clubs“. Hier werden Seilschaften geknüpft, Absprachen getroffen, Jobs verteilt. Diese Netzwerke sind fest geknüpft, Frauen dringen oft nicht durch und sind meist auch gar nicht vorgesehen. Zeit dafür hätten sie abends eh nicht, schließlich stemmen sie täglich eineinhalb Stunden mehr unbezahlte Arbeit mit Kindern, Pflege und Haushalt als Männer.

Fest steht: Wir brauchen keine Zigarren, Hinterzimmer oder Biertresen. Wir brauchen einen modernen Ansatz des Netzwerkens. In der Realität haben wir alle natürlich schon längst heterogene Netzwerke, bestehend aus Männern und Frauen, die uns fördern, mit denen wir uns austauschen, die wir unterstützen. Doch bei einem Machtanteil von 13 Prozent Frauen in Führung in der Universitätsmedizin braucht es neben diesen Netzwerken vielleicht auch mehr solidarisches Netzwerken unter Frauen, sonst dauert die Gleichstellung einfach viel zu lange.

Diese vier Tipps sind inspiriert von meiner Arbeit im Vorstand von ProQuote Medien. So arbeiten wir seit Jahren in unseren Redaktionen und im Verein, vieles davon hat sich bewährt. Auch in meinen Workshops mit Wissenschaftlerinnen diskutiere ich diese Punkte regelmäßig:

1. Suche dir Verbündete für deine Idee!

Gehe strategisch in Sitzungen, Arbeitsgruppen, Besprechungen: Suche dir vorab Kolleginnen, die deine Idee stützen. Besprich dich mit ihnen, schmiedet gemeinsam einen Plan. In der Konferenz stellst du dein Thema vor, deine Kolleginnen springen dir bei: „Gute Idee, genau das brauchen wir unbedingt, weil ...“, „Finde ich auch, das bringt uns voran für ...“. Nebeneffekt: Keiner in der Runde kann mehr deine Ideen klauen, umformulieren und als die eigenen verkaufen.

2. Kommt nur eine? Dann eben keine!

Du bist auf ein Podium, in einen Expert:innenkreis oder eine Jury eingeladen und sollst die einzige Frau sein? Nutze deine Macht und fordere das Organisationsteam dazu auf, paritätisch zu besetzen. Mach Vorschläge für andere qualifizierte Frauen, hol deine Kolleginnen mit ins Boot, baue Druck auf. Mit einem unausgewogenen Panel kann sich heute keiner mehr sehen lassen. Falls du es dir leisten kannst, drohe mit Absage, falls deinem Wunsch nicht nachgekommen wird.

3. Wenn du absagen musst, empfehl eine andere Frau!

Sage keine Einladung zu einem Interview, einem Kongressvortrag oder in ein Gremium ab, ohne eine andere Frau zu empfehlen! Bring deine Kolleginnen ins Spiel, stell Kontakte her, verknüpfe die Seile an ihren losen Enden. Das Netz ist gespannt und wird dich beim nächsten Mal auffangen: Dann empfiehlt deine Kollegin dich, wenn sie selbst nicht kann.

4. Sprich einmal täglich gut über eine andere Frau!

Einfach umzusetzen, es kann sofort losgehen, heute beim Mittagessen oder in der Cafeteria: Erwähne einmal am Tag die Arbeit einer geschätzten Kollegin oder das positive Verhalten einer Freundin. Das Patriarchat hat uns alle gelehrt, Frauen abzuwerten. Wir dürfen uns jetzt darin üben, Frauen aufzuwerten. Fahrt die Ellenbogen ein, macht euch gegenseitig ehrliche Komplimente, solidarisiert euch. Sisterhood statt jede für sich – so geht modernes Netzwerken unter Frauen. ◀

Eva Lindner ist freie Wissenschaftsjournalistin, Trainerin und Coachin. In ihren Workshops unterstützt sie Wissenschaftlerinnen für mehr Sichtbarkeit in den Medien und auf Social Media. Sie war von 2020 bis '23 im Vorstand von ProQuote Medien. Der Verein setzt sich für Gleichberechtigung und Diversität in Redaktionen ein.

E-Mail: mail@eva-lindner.com



Foto: © EVKK/Klin

Mehr Diversität in der Notfallmedizin

DR. MED. SYLVIA SCHACHER

Chancengleichheit, Sexismus und Diversität in verschiedenen Lebensbereichen sowie das Aufbrechen von Geschlechtsstereotypen sind Themen, die in der letzten Zeit zunehmend in der allgemeinen Diskussion und in den sozialen Medien präsent sind. Auf dem Hauptstadtkongress Anästhesie und Intensivmedizin (HAI) im September 2022 in Berlin gab es im Strang „Notfallmedizin“ eine Podiumsdiskussion zu genau diesem Themenbereich.

Als erfahrene Notfallmedizinerin und eine der immer noch vergleichsweise wenigen Frauen, die eine Notaufnahme leiten, habe ich dankbar das Angebot angenommen, den Impulsvortrag zum Thema „Die Rolle der Frau in der Notfallmedizin“ zu halten – zunächst skizzierte ich kurz die verschiedenen Rollen in der Notfallmedizin: das praktische Arbeiten prä- und innerklinisch, Forschen und Publizieren in der akademischen Notfallmedizin, das berufspolitische Engagement und die Präsenz als Referentinnen und Vorsitzende auf Fachtagungen sowie als Herausgeberinnen bei Fachzeitschriften.

Frauen vor allem in der Versorgung

Eine Tatsache stach dabei heraus: Während der Frauenanteil bei der praktischen Arbeit am Patienten sehr hoch ist, sind sie in den übrigen Rollen unterrepräsentiert. Ein Phänomen, das im Vortrag und aus dem Publikum heraus als die sogenannte „gläserne Decke“ angesprochen wurde. Frauen wird in ihrem Karriereverlauf trotz hoher Qualifikation der Aufstieg in Führungsrollen deutlich schwerer gemacht als männlichen Kollegen mit vergleichbarer Qualifikation.

Ein höherer Frauenanteil und das Aufbrechen männerdominierter Strukturen erfordern aber auch das Engagement der Frauen selbst. Es geht darum, die häufigen Selbstzweifel, die bei vielen existieren, zu überwinden. Diese zeigen sich unter anderem in der Zurückhaltung bei der Übernahme von Führungsaufgaben und verantwortungsvollen Positionen, sodass das Erreichen eines höheren Frauenanteils dadurch erschwert

wird. Hier braucht es positive „Role Models“ und auch eine andere, intensivere Ansprache, um einen nachhaltigen Wandel im Denken und Handeln zu erreichen.

Unsicherheit bei LGBTQ+-Patient:innen

Clara Feykes, die sich mit Geschlechterstereotypen im Rettungsdienst beschäftigt und die Ergebnisse ihrer Untersuchung bereits in dieser Zeitschrift veröffentlicht hat, hielt den Impulsvortrag „LGBTQ+ und Notfallmedizin – wie passt das zusammen?“. Sie berichtete über Unsicherheiten und Vorbehalte sowohl bei der Versorgung von LGBTQ+-Patient:innen, auch wenn deren Erkrankung in keinem Zusammenhang dazu steht, als auch unter den Mitarbeitenden im Rettungsdienst selbst.



Geschlechterstereotype in der Medizin: Führen auch dazu, dass LGBTQ+-Menschen oft eine schlechtere Versorgung erhalten

Zielfestlegung als erster Schritt

Auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EUSEM) in Berlin mit über 2 700 Teilnehmern aus ganz Europa beschäftigte sich eine

komplette Sitzung im deutschen Strang mit „Chancengleichheit in der Notfallmedizin“. In einem gut besuchten Saal startete Christine Hidas (Darmstadt) in ihrem Vortrag mit der Analyse, dass man sich als Ärztin in der Notfallmedizin in einer „Men's World“ bewegt. Im Anschluss stellte Sabine Jobmann (Kiel) vor, welche Strukturen und Maßnahmen erforderlich sind, um Änderungen zu erzielen. Auf Organisationsebene müssten eindeutig messbare Ziele festgelegt werden und Führungskräfte müssten sich entsprechend für diese einsetzen und engagieren.

Modellprojekt in Innsbruck

Sie zeigte auf, dass es nicht nur die Ärztinnen betreffe, sondern auch im Rettungsdienst der Frauenanteil noch unterdurchschnittlich sei und geschlechtsbezogene Diskriminierung existiere. Deshalb hat zum Beispiel das Rote Kreuz Innsbruck das Förderprojekt „Frauenoffensive im Rettungsdienst“ gestartet. Abschließend stellte Christine Hidas eine Studie des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) vor, die die Arbeit des Mentorinnennetzwerks des DÄB ausgewertet hat. Drei Viertel der Befragten hatten demnach die Unterstützung durch Mentorinnen als sehr hilfreich empfunden. Auch die Kombination aus Mentorin und Mentee (betreute Person) harmonierte in 75 Prozent der Fälle. Somit wäre die Schaffung eines Mentorinnennetzwerks auch in der Notfall- und Rettungsmedizin wünschenswert.

Ebenso wie auf dem HAI beschäftigte man sich auch auf dem EUSEM-Kongress mit dem Umgang und der Versorgung von Trans-Patientinnen und -Patienten. Hier wurde der Vortrag, anders als auf dem HAI, von einer nichtbinären Person gehalten. Bec MacGregor Legge aus Großbritannien hatte das Thema „Trans specific Healthcare Considerations“, also Betrachtungen zur transspezifischen Gesundheitsversorgung.

Trans-Menschen werden schlechter versorgt

MacGregor Legge führte aus, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe oft nicht wüssten, wie sie am besten mit Trans-Patientinnen und -Patienten umgehen und arbeiten sollen, was dazu führe, dass Trans-Menschen eine schlechtere Versorgung erhielten. Als Beispiel wurde das „Trans-Broken-Arm-Syndrom“ genannt. Es bezeichnet das Phänomen, dass sich oft zeige, wenn Trans-Menschen sich in der Notaufnahme vorstellen. Obwohl sie mit einem gebrochenen Arm kommen, werden sie oft zunächst zur Geschlechtsumwandlung befragt oder alle Beschwerden auf das Trans-Sein zurückgeführt – auch wenn medizinisch keinerlei Zusammenhang besteht.

Durch diese schlechten Erfahrungen haben viele wenig Vertrauen zu Gesundheitspersonal. Erschwerend komme dazu, dass viele Trans-Menschen sexuelle Gewalt erfahren hätten und unter posttraumatischen Belastungsstörungen litten. Im Akutfall könne diese Konstellation die Versorgung erschweren oder zu Konflikten führen.

Die Aufnahme der Themen Chancengleichheit, Diversität und der dazu erforderliche Kulturwandel in die Foren großer Kon-

gresse zeigen, dass diese Inhalte in der Wahrnehmung weiter nach vorne rücken und die Sensibilität für solche „weichen“ Inhalte im Arbeitsalltag größer wird. Es lässt hoffen, dass hierdurch auf breiter Front Diskussionen angestoßen werden, die in konkreten Veränderungen münden. Am wichtigsten wäre eine diskriminierungsfreie und adäquate Versorgung der LGBTQ+-Patientinnen und -Patienten, sodass diese wieder Vertrauen in das Gesundheitspersonal gewinnen und auf eine angemessene und qualitativ gute Behandlung, besonders im Notfall, vertrauen können.

Im Rettungsdienst müssen Chancengleichheit und Gleichstellung aller Beschäftigten sowie das Aufbrechen von Rollenklischees aktiv von den Verantwortlichen gefordert und gefördert werden. Dann profitieren die Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten sowie die Organisationen von den Vorteilen und verbesserten Kompetenzen divers zusammengesetzter Teams. ◀



Foto: © Sylvia Schacher

EUSEM 2022, von li. nach re.: Sabine Jobmann (Kiel), Sylvia Schacher (Köln), Christine Hidas (Darmstadt) und Lydia Hottenbacher (Berlin)

Dr. med. Sylvia Schacher ist Chefärztin der Klinik für Notfallmedizin am EVKK Köln. Die Erhöhung des Frauenanteils in Fachzeitschriften und auf den Podien der Kongresse ist ihr ein besonderes Anliegen.

E-Mail: sylvia.schacher@evkk.de

Der Artikel von Dr. med. Sylvia Schacher wurde uns von der Zeitschrift *Rettungsdienst* zum auszugsweisen Abdruck überlassen. Er ist hier gekürzt. Komplette wurde er unter dem Titel „Diversität in der Notfallmedizin: Auf Symposien und Kongressen angekommen“ zuerst hier veröffentlicht: *Rettungsdienst*, Ausgabe 12/2022, S. 12–15, www.skverlag.de



Foto: privat

PRO

Wir brauchen eine antisexistische Regelung

DR. MED. MARGOT D. KREUZER

Es kursieren viele falsche Annahmen und Mythen über Prostitution. Blickt man hinter die Kulissen, kommt man zu dem Schluss: Prostitution ist Gewalt gegen Frauen, die die Gleichstellung der Geschlechter behindert. Das Nordische Modell steht für den nötigen Paradigmenwechsel – und es betont Ausstiegshilfen.

Prostitution ist weder ein Beruf noch Ausdruck sexueller Selbstbestimmung, sondern eine Form der Selbstzerstörung. Von „Sexarbeit“ zu sprechen, ist eine Verharmlosung und eine Verschleierung der dem System Prostitution innewohnenden systemischen Gewalt. Es ist auch soziale Realität, dass sich viele Frauen, die der Prostitution nachgehen, in einer emotionalen und/oder wirtschaftlichen Krisensituation, einer Ausnahmesituation befinden. Sie geraten oft in einen Teufelskreis, aus dem es kaum ein Entkommen gibt – durch wirtschaftliche Not, fehlende Ausbildung, prekären Aufenthaltsstatus, Schulden, Drogenkonsum und emotionale Abhängigkeiten. Fast immer ist Prostitution beziehungsweise der Verkauf „sexueller Dienstleistungen“ Ausdruck einer Überlebensstrategie, die einen hohen Preis fordert.

Freie Entscheidung ist ein Mythos

Denn auch die sogenannte freiwillige Sexarbeit ist zu einem hohen Prozentsatz ohne eine erhebliche Vorschädigung, wie etwa Missbrauch/Inzest in der Kindheit und/oder sonstige Gewalterfahrungen wie Vernachlässigung, Vergewaltigung, Abhängigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Armut und so weiter, nicht möglich. Auch die körperlichen Schäden durch Prostitution sind gravierend: darunter sexuell übertragbare Infektionen, Unterleibsentzündungen, akute Verletzungen und chronische Erkrankungen. Schwerwiegend sind außerdem die psychischen Erkrankungen wie Angst- und Panikstörungen, Depressionen, Suchterkrankungen und Schmerzsyndrome, die meist im Zusammenhang mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten, sowie Suizidalität und schwere dissoziative Störungen.

Aus psychotraumatologischer Sicht ist die wiederholte Penetration eines Körpers ohne Konsens nur mit schweren, leidvollen körperlichen und psychischen Folgen möglich. Sexualität verknüpft sich mit Ekel-, Abscheu-, Angst- und Panikgefühlen. Um diese Gefühle nicht erleben zu müssen, dissoziieren die Frauen. Dissoziation ist ein Notfallmechanismus, er

dient der Abspaltung von Gefühlen und Schmerzen aus dem Bewusstsein, damit der Körper den massiven Stress während eines Traumas überlebt. Viele Frauen in der Prostitution haben schon als Kind aufgrund von Missbrauchserfahrungen „gelernt“ sich „abzuschalten“.

Die Psyche schaltet auf Notprogramm

Diese Fähigkeit, negative Gefühle auszublenden, ermöglicht es den Frauen, gegenüber Freiern keine authentischen Gefühle zu zeigen, sondern nur erwünschtes, dem Geschäft zuträgliches Verhalten. Weitere Schutzstrategien der Psyche sind die Übernahme der Denk- und Verhaltensweisen des Täters. Die Betroffene weiß genau, wie er denkt, wie er tickt, was er will und wie sie sich entsprechend verhalten muss. Während dieser dauerhaft erzwungenen Anpassungsprozesse findet Selbstwahrnehmung praktisch nicht mehr statt. Das führt zu mangelnder Selbstfürsorge und dazu, dass viele Frauen sich ohne Selbstschutz rücksichtslos der Gier ihrer Loverboys, Zuhälter, Bordellbetreiber unterordnen, indem sie möglichst viele Freier in möglichst kurzer Zeit bedienen.

Fatale Täter-Opfer-Umkehr

Ein weiterer Schutzmechanismus ist die Täter-Opfer-Umkehr. Hierbei handelt es sich um eine Schuldzuschreibung durch die Täter, Freier und die Gesellschaft. Es ist eine Stigmatisierung in doppeltem Sinne. Der Glaube, als Person wertlos, moralisch minderwertig und schuldig zu sein, ist mit der Überzeugung verbunden, Strafe verdient zu haben. Das ebnet Wege für eine Traumawiederholung. Hinzu kommt eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung – das heißt erlernte Hilflosigkeit –, wodurch Warnsignale nicht oder zu spät wahrgenommen werden.

Traumatische Erfahrungen können an die nachfolgenden Generationen weitergegeben werden. So kann eine Kette innerfamiliärer Gewalt entstehen.

Schon lange diskutiert der DÄB intern über Menschenrechtsfragen, die sich im Zusammenhang mit der Prostitution stellen. Dabei geht es insbesondere darum, ob der DÄB offiziell das Nordische Modell unterstützen soll. Es zielt darauf ab, die Prostitution einzudämmen, unter anderem, indem der Kauf unter Strafe gestellt wird. Lesen Sie hier das Für und das Wider zum Nordischen Modell. Und: **Diskutieren Sie mit uns.**

Ihr DÄB-Vorstand

E-Mail: diskussion@aerztinnenbund.de



Prostitution verstößt grundsätzlich gegen die Grundprinzipien der Menschenwürde und ist somit frauenverachtend. Es ist keine Sexualität auf Augenhöhe, denn es besteht ein Machtungleichgewicht, weil Frauen zur Ware degradiert werden. Für Prostituierte bestehen nicht nur hohe Gesundheitsrisiken, sondern auch eine um ein Vielfaches erhöhte Gefahr, ermordet zu werden.

Bündeln wir unsere Kräfte an den richtigen Stellen!

Die Einführung des Nordischen Modells in Deutschland wäre ein hilfreicher Weg, der längst überfällig ist. Es geht um einen Paradigmenwechsel. Nicht die Regulierung der Prostitution steht im Vordergrund, sondern der kritische Blick auf die Sexkäufer durch ein Sexkaufverbot. Auch die Sensibilisierung der Bevölkerung ist von großer Bedeutung. Enorm wichtig ist deshalb auch eine antisexistische Erziehung. Sie bildet eine Säule des Nordischen Modells.

Frauen, die aus der Prostitution aussteigen wollen, brauchen ein Bündel von Ausstiegshilfen, sozialer, emotionaler und finanzieller Natur. Durch noch mehr Regulierung und Kontrolle werden die derzeitigen Probleme im Zusammenhang mit Prostitution nicht gelöst. Es geht um die Eindämmung der Nachfrage und um ein generelles Umdenken. Ein gemeinsames europäisches Vorgehen und die Einführung und Umsetzung des Nordischen Modells in Deutschland, wie es schon in Schweden, Norwegen, Island, Nordirland, Frankreich, Kanada und Israel praktiziert wird, kann ein guter Weg sein. Dieser garantiert den Betroffenen vollständige Entkriminalisierung und größtmögliche Ausstiegshilfen und beinhaltet Aufklärung und Sen-



Warten auf den nächsten Freier: Ein Sexkaufverbot würde den Blick der Gesellschaft dafür schärfen, wie frauenverachtend Prostitution ist, argumentiert die Pro-Seite

sibilisierung der Gesellschaft, um einen Bewusstseinswandel zu erreichen und reduziert den Menschenhandel durch Bestrafung der Freier und sonstiger Profiteure, um die Nachfrage zu reduzieren. ◀

Dr. med. Margot D. Kreuzer, Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Traumapsychotherapie, hat 1987 bei Professor Volkmar Sigusch zum Thema Prostitution promoviert und ist seit 1993 in eigener Praxis in Rosenheim niedergelassen. Ein Praxisschwerpunkt sind sexuell traumatisierte Frauen. Sie engagiert sich bei TERRE DES FEMMES in der AG Frauenhandel und Prostitution, ist Koordinatorin der Städtegruppe Rosenheim und Koordinatorin der AG Gesundheit beim „Bündnis Nordisches Modell“.



Foto: © Martin Henze

KONTRA

Moralgesetzgebung ist ineffektiv

DR. JUR. STEFANIE KILLINGER, LL.M. (LOND.)

Wie jede rechtliche Regelung muss sich auch der Rechtsrahmen für Prostitution daran messen lassen, ob er sein Ziel erreicht oder wenigstens erreichen kann. Durch das Nordische Modell des Sexkaufverbots, wie in Schweden, verschwindet die Prostitution nicht – im Gegenteil, die Probleme für die betreffenden Frauen wachsen.

Nicht erst seit Inkrafttreten des Prostituiertenschutzgesetzes im Juli 2017 oder des Prostitutionsgesetzes im Januar 2002 gibt es die Debatte über Prostitution. Sie wogt zwischen zwei feministischen Positionen hin und her, die miteinander unvereinbar sind. Ein Argumentationsstrang deutet Prostitution (von Frauen) als Durchsetzung männlicher Macht-, Dominanz- und Herrschaftsansprüche über Frauen und den weiblichen Körper. Prostituierte werden als Opfer gesellschaftlicher Verhältnisse und männlicher Herrschaftsansprüche wahrgenommen. Demnach stellt Prostitution stets ein Gewaltdelikt dar, weshalb sie in jeder Form zu bekämpfen ist.

Dem steht eine Auffassung gegenüber, die eine durchgängige Opferrolle von in der Prostitution arbeitenden Frauen ablehnt und stattdessen Rechte, Respekt und bessere Arbeitsbedingungen fordert; die so verstandene freiwillige Prostitution – in Abgrenzung zur Zwangsprostitution – wird Sexarbeit genannt und als „Arbeit wie jede andere“ verstanden.

Diese Positionen spiegeln sich im Rechtsrahmen, in dem Prostitution ausgeübt oder nicht ausgeübt werden soll. Das Nordische Modell ist annähernd in Reinform der ablehnenden Position zuzuordnen, die Prostitution als stets unfreiwillig, als Gewalt an Frauen liest. Demgegenüber unternimmt das geltende Prostituiertenschutzgesetz den Versuch der Vermittlung.

Deutschland versucht es zweigleisig

Es ist einerseits an der akzeptierenden Position ausgerichtet; denn es will die sexuelle Dienstleistung entlang eines gewerberechtlichen Modells von Anzeige- und Erlaubnispflichten regulieren. Andererseits werden Prostituierte als schutzwürdig angesehen und besonderen Beratungsangeboten, etwa zum Gesundheitsschutz, unterworfen. Und schließlich gibt das Gesetz den Behörden auf, das Verfahren dazu zu nutzen, Opfer von Menschenhandel zu erkennen.

Ziel des Nordischen Modells ist es, Prostitution zu bekämpfen, indem ihr mit Strafnormen die wirtschaftliche Grundlage entzogen wird. Richtig daran ist in der Theorie, dass das Strafrecht nach seiner allgemeinen Zwecksetzung auch der Abschreckung, nicht nur der Sanktionierung dient. Die generalpräventive Wirkung von Strafnormen ist aber vor allem abhängig von ihrer Durchsetzung.

Mehr Gefahren für Prostituierte

Das Beispiel Schwedens zeigt, dass diese Durchsetzung nur auf den ersten Blick gelingt. Zwar wird der sogenannte Straßenstrich als offen sichtbarer Markt zurückgedrängt, weil die Kontrolle durch die Polizei besonders einfach ist. Für die öffentliche Wahrnehmung ist das günstig, weil der Straßenstrich von allen Erscheinungsformen der (legalen) Prostitution die größte gesellschaftliche Ablehnung erfährt. Das bedeutet aber weder in Schweden noch in anderen Ländern, die Prostitution verbieten oder auf die eine oder andere Weise kriminalisieren, dass sie verschwindet. An ganz verschiedenen Orten von Wohnungen bis zum Wald wirken die Strafnormen nicht mehr abschreckend, weil sie mangels effektiver Kontrollen nicht mehr wirksam durchgesetzt werden können.

Die Frage, ob sich die Freierstrafbarkeit als wesentlicher Baustein des Nordischen Modells bewähren würde, muss damit auch aus der Sicht der Prostituierten gestellt werden. Studien aus europäischen Ländern, die Varianten des Verbots von Prostitution etabliert haben, zeigen, dass Prostitution zu nicht oder kaum sichtbaren Orten verschoben wird, um den Zugriff der Sicherheitsbehörden zu unterbinden.

Prostituierte werden dadurch noch vulnerabler: Bei der Begegnung mit dem Freier fehlt Zeit, um die Vertragsbedingungen auszuhandeln. Freier achten darauf, anonym zu bleiben, Hygiene spielt keine Rolle mehr, Gewalt nimmt zu. Das Modell lässt auch keine staatliche Förderung von Beratungsangeboten zu

Themen wie Gesundheitsvorsorge, Gewaltschutz oder zu Behördengängen zu, die sich an aktive Prostituierte wenden. Der Schutz von Frauen tritt zugunsten der Durchsetzung einer moralisch grundierten Haltung zu Prostitution zurück.

Evaluation aus Deutschland abwarten

Ob das Prostituiertenschutzgesetz seine Ziele – Schutz von Frauen in der Prostitution, effektive Bekämpfung von Menschenhandel – erreicht, ist ebenfalls fraglich. Ende 2021 waren nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes bei den Behörden in Deutschland rund 23 700 Prostituierte nach dem Verfahren des Prostituiertenschutzgesetzes angemeldet, darunter etwa 20 Prozent deutsche Staatsangehörige und etwa 70 Prozent Staatsangehörige aus dem europäischen Ausland. Außerdem hatten 2 290 Prostitutionsgewerbe, vornehmlich Bordelle, eine erteilte oder vorläufige Erlaubnis erhalten. Es spricht einiges dafür, dass sich die Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer der Regulierung in größerem Umfang entziehen.

Das bedeutet aber nicht, dass das Gesetz nunmehr ersetzt werden sollte. Die gesetzlich vorgesehene Evaluierung des Prostituiertenschutzgesetzes, die bis Juli 2025 vorliegen soll, hat unter Federführung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gerade erst begonnen. Sie ist breit angelegt und wird über die Analyse des behördlichen Verfahrens, auf die sich die Zwischenevaluierung von 2019 beschränkte, weit hinausgehen. Sie wird hoffentlich die bislang nur rudimentäre Datenlage über Prostitution verbessern.

Dass wir zu wenig über Prostitution wissen, zeigt sich schon daran, dass die Zahl der Prostituierten nicht bekannt ist; es tauchen regelmäßig die Zahlen 200 000, 400 000 und auch 800 000 auf, die alle nicht statistisch belegt sind. Die Evaluierung wird außerdem in qualitativer Hinsicht Hinweise darauf geben, wie Prostitution in Deutschland effektiver zum Schutz von Frauen reguliert werden kann.

Bündeln wir unsere Kräfte an den richtigen Stellen!

Bis die Evaluierung des Prostituiertenschutzgesetzes vorliegt, sollten wir Frauen für eine Stärkung der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge für Prostituierte streiten, etwa durch Beratungsangebote. Nicht aber für eine ineffektive Moralgesetzgebung nach dem Nordischen Modell. Strafnormen zu Prostitution haben wir längst; sie gelten dem besonderen Schutz von Minderjährigen und Personen in einem Abhängigkeitsverhältnis in der Prostitution. Die Kriminalstatistiken zeichnen ein ernüchterndes Bild der Aufklärungsquoten, gerade in dem Deliktfeld Zwangsprostitution. Sie können nur mit einer besseren Ausstattung der Strafverfolgungsbehörden verbessert werden. Hierin sollten wir unsere gesellschaftlichen Kräfte stecken, hier lohnt sich der Einsatz. ◀



Heimliche Abwicklung: Droht dem Freier Strafe, verschiebt sich das Geschäft mit dem Sex, aber es bleibt, argumentiert die Kontra-Seite

Dr. jur. Stefanie Killinger, LL.M. (Lond.) ist Präsidentin des Verwaltungsgerichts Göttingen und stellvertretendes Mitglied des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs. Sie ist seit 2019 Mitglied der Kommission „Verfassungsrecht, öffentliches Recht und Gleichstellung“ des Deutschen Juristinnenbunds e.V. (djb).



Foto: privat

Die Unterlagen des DÄB im Helene-Lange-Archiv im Landesarchiv Berlin

DR. PHIL. SUSANNE KNOBLICH

Seit 1988 befinden sich Unterlagen des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) als Depositum des Berliner Frauenbundes 1945 e.V. im Landesarchiv Berlin (LAB). Das bedeutet: Sie sind weiterhin Eigentum des Berliner Frauenbundes, werden aber im Archiv dauerhaft verwahrt und können genutzt werden.

Die DÄB-Unterlagen gehören zur Beständegruppe „Frauenvereine und -bestände – Helene-Lange-Archiv (HLA)“ und haben die Bestandsbezeichnung B Rep. 235-08. Benannt nach der Lehrerin, Frauenrechtlerin und Politikerin Helene Lange fasst das HLA mehrere Bestände von Frauenorganisationen und Nachlässe von einzelnen Frauen zusammen. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie innerhalb des gemäßigten Flügels der bürgerlichen Frauenbewegung des späten 19. und vor allem des frühen 20. Jahrhunderts eine wichtige Rolle gespielt haben. Zu nennen sind hier vor allem der 1894 gegründete Dachverband Bund Deutscher Frauenvereine (BDF), der Allgemeine Deutsche Frauenverein (ADF) und der Allgemeine Deutsche Lehrerinnenverein (ADLV).

Hervorgegangen ist das HLA aus der 1911 errichteten Helene-Lange-Stiftung (HLSt), die das Studium von Frauen durch Stipendien an Studentinnen und Druckkostenzuschüsse für Dissertationen förderte. Zwar verlor die Stiftung ihr Vermögen nach dem Ersten Weltkrieg durch die Inflation, bestand jedoch bis 1961 weiter. Sie wurde seit 1933 zum Auffangbecken für das Vermögen von Verbänden und Vereinen der Frauenbewegung, die sich – wie unter anderem der BDF – selbst auflösten, um der Gleichschaltung im Nazi-Regime zu entgehen. Denn zum Vermögen jener Organisationen gehörten auch deren Archive und Bibliotheken.

Diese gelangten nach 1945 in den Besitz des neu gegründeten Berliner Frauenbundes 1945 e.V., der sich in die Nachfolge des BDF gestellt hatte. Das HLA befand sich von 1969 bis 1988 im Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) in Berlin-Dahlem und ist seit 1988 im Landesarchiv Berlin untergebracht. Für weitere Informationen zum HLA siehe unter:

<https://landesarchiv-berlin.de/helene-lange-archiv>

Vorgänger-Unterlagen verschollen

Bei diesen DÄB-Unterlagen handelt es sich – leider – nur um Schriftgut ab der Neugründung 1950. Unterlagen von der Gründung im Oktober 1924 bis zur Auflösung am 15. Dezember 1937 (da nach der neuen Reichsärzteordnung von April 1936 berufspolitische Verbände nicht mehr vorgesehen waren) müssen als verschollen angesehen werden.

Nach der Übernahme ins LAB 1988 wurden die Akten erstmals verzeichnet und filmiert. Es werden seitdem zur Schonung der Originale für die Benutzung im Lesesaal nur Mikrofiches zur Verfügung gestellt. Der Bestand umfasst 52 Akten mit einer Laufzeit von 1951 bis 1987 und enthält Satzungen, Mitgliederlisten, Tätigkeits- und Finanzberichte, Materialien und Protokolle von Tagungen, Schriftwechsel, Unterlagen zur Mitgliedschaft des DÄB im Internationalen Ärztinnen-

bund sowie zur Tätigkeit des Berliner Ärztinnenbundes. Das Findbuch steht unter <http://www.content.landesarchiv-berlin.de/php-bestand/brep235-08-pdf/brep235-08.pdf> zur Verfügung.



Historische Ausgabe: „Die Ärztin“ ab 1935 ist im Archiv einsehbar

Einsichtnahme möglich

Eine Einsichtnahme in die Akten, in Form von Mikrofiches, ist nach Terminbuchung über die Internetseite des Landesarchivs jederzeit zu den Öffnungszeiten des Lesesaals (Montag bis Freitag von 10–17 Uhr) in Berlin-Reinickendorf möglich. Die vorhandenen Akten werden ergänzt durch die Zeitschrift „(Die) Ärztin“, die sich mit der Signatur HLA-Z 11034 ab dem 11. Jahrgang

1935 – mit Lücken – in der Bibliothek des HLA befindet. Sie ist nach vorheriger Bestellung ebenfalls im Lesesaal des LAB im Original einsehbar. Eine Übersicht, in welchen Bibliotheken sie mit welchen Ausgaben bundesweit noch vorhanden ist, bietet die Zeitschriften-datenbank der Staatsbibliothek PK <https://zdb-katalog.de/index.xhtml> – hier die Suche mit dem Stichwort Ärztin.

Protokolle, Briefe, Initiativen

Die Unterlagen des DÄB wurden in den vergangenen Jahren vor allem für wissenschaftliche Zwecke genutzt, so unter anderem für biographische Forschungen zu einzelnen Ärztinnen, aber auch zur Geschichte des DÄB nach 1945. Sie werden seit 2022 durch Akten ergänzt, die dem Landesarchiv Berlin vor dem Umzug der Bundesgeschäftsstelle in die Straße des 17. Juni in Berlin-Tiergarten übergeben wurden. Diese Abgabe hatte seit 2019 Dr. med. Regine Rapp-Engels, frühere Präsidentin und Ehrenmitglied des DÄB, vorbereitet und begleitet. Auch diese Akten unterliegen einem zweiten Depositatvertrag, der zwischen dem Landesarchiv Berlin und dem DÄB e.V. geschlossen wurde. Übernommen wurden im Oktober 2022 etwa 150 Aktenordner: unter anderem Vorstandsprotokolle, allgemeine Korrespondenzen sowie Korrespondenzen der einzelnen Vorsitzenden, Satzungen, Presseschau und -spiegel, Mitgliederlisten, „Das Fröhliche Krankenzimmer“, Unterlagen der Regionalgruppen, des MentorinnenNetzwerks und zu Medical Women's International Association (MWIA). Ebenfalls archiviert sind zahlreiche Broschüren und lose Unterlagen. Der Zeitraum umfasst die Jahre von 1957 bis 2010 und ergänzt damit die Überlieferung, die sich bisher schon im Archiv befindet. Da dieser Teil allerdings erst vor kurzem übernommen wurde, ist er noch nicht archivisch erschlossen und steht für eine Benutzung

im Lesesaal, etwa auch für eine wissenschaftliche Auswertung, vorerst noch nicht zur Verfügung.

Weitere Erschließung noch offen

Das HLA ist über eine persönliche Mitgliedschaft im i.d.a.-Dachverband der deutschsprachigen Lesben-/Frauenarchive, -bibliotheken und -dokumentationsstellen organisiert, in dem über 35 Einrichtungen aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Italien eng zusammenarbeiten. Seit 2015 können die Bestände der i.d.a.-Einrichtungen mit dem META-Katalog vernetzt durchsucht werden. Seit 2018 ermöglicht das Digitale Deutsche Frauenarchiv (DDF) mit den digitalisierten Materialien direkte Einblicke in die Bestände der analogen Einrichtungen. Auch das HLA ist hier mit seinen historischen Beständen bis zirka 1933 vertreten, so dass für die Einsicht in diese Akten kein Besuch im Lesesaal des LAB mehr nötig ist. Dies war vor allem in der Corona-Zeit mit den vielen Einschränkungen eine große Hilfe für die Forschung.

Über die Projektförderung des DDF haben i.d.a.-Einrichtungen jährlich die Möglichkeit, Mittel unter anderem für die Erschließung und Digitalisierung ihrer Bestände zu beantragen. Ob und wenn ja wie dies auch für die beiden DÄB-Bestände angesichts der unterschiedlichen Eigentümerinnen möglich wäre, gilt es in Zusammenarbeit mit der DDF-Geschäftsstelle zu prüfen. ◀

Dr. phil. Susanne Knoblich ist Historikerin, seit 1997 Archivarin im Landesarchiv Berlin und hier unter anderem für das HLA zuständig. Sie ist Mitglied im i.d.a.-Dachverband und arbeitet in verschiedenen Gremien des DDF mit.

E-Mail: knoblich@landesarchiv.berlin.de

Neue Umfrage zum Mutterschutz: Junge Ärztinnen unter Druck

Der DÄB engagiert sich maßgeblich dafür, die Anwendung des aktuellen Mutterschutzgesetzes für Ärztinnen und Medizinstudentinnen zum Besseren zu wenden. Unter anderem zeichnete er 2021 für die erste bundesweite Befragung zu diesem Thema überhaupt verantwortlich. Nun gab es eine erneute, größere Umfrage mit rund 4 800 Teilnehmerinnen. Um diese hohe Beteiligung zu ermöglichen und die Dringlichkeit einer Kurskorrektur zu verdeutlichen, haben sich sechs Verbände zusammengeschlossen: der Marburger Bund, der DÄB, die Initiative Operieren in der Schwangerschaft (OpidS), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Die Chirurgen e.V. und der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (vfk). Die Ausführung lag beim Marburger Bund.

Die Ergebnisse bestätigen, dass die Interessen der schwangeren Frauen oft übergangen werden, so dass vielen von ihnen Karrierenachteile drohen. Auffallend auch: Die Arbeitgeber kommen immer noch sehr häufig ihrer Verpflichtung aus dem Mutterschutzgesetz zur Gefährdungsbeurteilung nicht korrekt nach.

Der DÄB hat seine Informationen zum Mutterschutz auf folgender Seite zusammengefasst: www.aerztinnenbund.de/Schwangerschaft_und_Mutterschutzgesetz.0.375.1.html

Darunter finden sich Hinweise für die Arbeitgeber und alle Infos zum Online-Siegel des DÄB für Kliniken und Praxen, die schwangeren Ärztinnen gute Möglichkeiten bieten, sicher weiterzuarbeiten. Weitere vorbildliche Kliniken und Praxen können gemeldet werden! ◀

Erfahrungsbericht: Der Mutterschutz und das Stillen im Praktischen Jahr

Die Umsetzung des novellierten Mutterschutzgesetzes für Ärztinnen und Medizinstudentinnen beschäftigt den DÄB weiterhin, denn eine befriedigende Lösung steht weiter aus. Viele Frauen berichten uns von ihren persönlichen Erfahrungen. In diesen Beitrag sind die Erlebnisse einer betroffenen Frau eingeflossen, die wir hier anonym wiedergeben.

Medizin studieren und Mutter werden – die Meinungen und Erfahrungen darüber, ob das Studium ein geeigneter Zeitpunkt für die Familienplanung ist, gehen mitunter weit auseinander. Es gibt viele Berichte von Frauen, die ihre wachsenden Schwangerschaftsbäuche unter weiten Pullovern verstecken, um drohenden Konflikten aus dem Weg zu gehen. Fakt ist, dass nicht nur eine Schwangerschaft Frauen in medizinischen Bereichen vor Herausforderungen stellt. Auch Stillende fallen unter das Mutterschutzgesetz, denn es findet auch nach der Geburt Anwendung.

Schwangere und Stillende werden in der Auslegung des Mutterschutzgesetzes an vielen Stellen gleichgesetzt. In der Praxis resultieren daraus auch in der Stillzeit Beschäftigungsverbote für bestimmte Tätigkeiten, zum Beispiel für Blutabnahmen, für den Kontakt mit potenziell infektiösen Patient:innen oder Materialien sowie für die Teilnahme an bestimmten Operationen.

Ist Ehrlichkeit ein Fehler?

Kathrin B. ist Medizinstudentin und Mutter eines sechs Monate alten und gestillten Babys, als sie das Praktische Jahr beginnen will. Den Schutz ihres kleinen Kindes im Sinn, setzt sie das Lehrkrankenhaus darüber in Kenntnis, dass sie noch stillt. „Zu dem Zeitpunkt war mir bewusst, dass ich unter diesen Voraussetzungen einige Tätigkeiten nicht ausführen darf“, sagt die 27-Jährige. „Da selbst schwangere Ärztinnen unter bestimmten Auflagen operieren dürfen, konzentrierte ich mich darauf, welche meiner Aufgaben als PJ-Studentin ich auch als Stillende wahrnehmen kann.“

Nach einer Gefährdungsbeurteilung durch den betriebsärztlichen Dienst folgte die Ernüchterung: Wenige Tage vor Beginn des Praktischen Jahrs entschied das Lehrkrankenhaus, dass sie als stillende Mutter weder im Fachbereich Chirurgie noch in der Inneren Medizin eingesetzt werden könne. Grund dafür sei, dass das Lehrkrankenhaus der Auffassung war, seiner Ausbildungsverpflichtung wegen der mit der Gefährdungsbe-

urteilung einhergehenden Einschränkungen nicht nachkommen zu können.

Auch Stillen am Abend zählt

Kathrin B. setzte kurzfristig ein weiteres Semester aus, obwohl ihr Partner bereits seinen Erziehungsurlaub zur Kinderbetreuung angetreten hatte. Ein spontaner Wechsel in ein „stillfreundliches“ Haus, in dem ein PJ auch für stillende Studierende möglich ist, kam für die örtlich gebundene Familie nicht in Frage. „Alle schienen zu hoffen, dass sich das Thema Stillen bis zum nächsten Semester erledigen würde“, erzählt sie. Doch auch dann stillte die junge Mutter noch, wenn auch nur in den Abendstunden. Diesmal entschloss sie sich dazu, „heimlich“ weiter zu stillen, um ihr PJ machen zu können. „Ich glaube, vielen Studentinnen und Ärztinnen ist gar nicht bewusst, dass sie unter das Mutterschutzgesetz fallen, auch wenn sie nur außerhalb der Arbeitszeiten stillen“, sagt Kathrin B.



Stillen: Eigentlich eine private Entscheidung, für angehende Ärztinnen aber mitunter folgenschwer

Erschwerend kam hinzu, dass sich die junge Mutter für ein PJ in Teilzeit entschieden hatte: „Diese Entscheidung fiel bei mir unabhängig vom Stillen und war eher der Betreuungssituation geschuldet. Sie machte aber alles komplizierter. Es gab Probleme mit den vorgesehenen Rotationen innerhalb eines Tertials und eine Rückkehr zur Vollzeit ist an meiner Uni während des gesamten PJ nicht möglich.“

Ein Einzelfall?

Die Tatsache, dass es wenig Information oder Handlungsanweisungen zum Thema stillende PJ-lerinnen gibt, lässt vermuten, dass viele Stillende es bei der Arbeit verschweigen. Auch im ärztlichen Kontext ist zu befürchten, dass nicht nur schwangere, sondern auch stillende Frauen ihre Situation nicht offen ansprechen können oder wollen, um ihre Weiterbildung zur Fachärztin nicht zu gefährden. ◀



Foto: privat



Foto: privat



Foto: © Physiomed-Steffen Barth GbR

Aktuelles Engagement von Kolleginnen aus dem DÄB im Weltärztinnenbund

DR. MED. RENATE BÖHM, DR. MED. MARIE-LOUISE FASSHAUER, DR. MED. SIGRUN MUTHMANN-HELLWIG

Eine eigene Arbeitsgruppe von MWIA-Interessierten im DÄB und eine Seniorinnen-Gruppe in der MWIA mit einer Chair aus dem DÄB: Die Mitarbeit in der MWIA aus Deutschland ist groß. Erfahren Sie, was gerade ansteht.

Der Weltärztinnenbund (Medical Women's International Association; MWIA) war die erste internationale ärztliche Organisation weltweit, wie das MWIA Centennial Book auf Seite 1 belegt. Ärztinnen aus 15 Ländern hatten sich 1919 mit dem Ziel zusammengeschlossen, sich für die Gesundheit und die Rechte von Frauen und Mädchen einzusetzen und für die gleichberechtigte und freie Berufsausübung von Ärztinnen in allen Ländern zu arbeiten.

Der Deutsche Ärztinnenbund in der MWIA

Der Deutsche Ärztinnenbund ist seit seiner Gründung 1924 Mitglied in der MWIA, die Mitgliedschaft ist in der Satzung des DÄB verankert. Die offizielle Vertretung des Deutschen Ärztinnenbunds in der MWIA erfolgt durch unsere Nationale Koordinatorin (NC). Das ist derzeit DÄB-Vizepräsidentin Dr. Eva Hennel.



Foto: privat

Die Aufgabe der Koordinatorin (National Coordinator, NC) ist es, den Kontakt zur MWIA zu halten und Informationen in beide Richtungen weiterzugeben. Die NC vertritt den DÄB in der Mitgliederversammlung der MWIA und soll eine der Delegierten bei den Weltkongressen sein.

Dr. med. Eva Hennel,
PHD, MME

Bei Interesse einfach melden!

Es war der Wunsch vieler DÄB-Kolleginnen, eine eigene Arbeitsgruppe von MWIA-Interessierten zu installieren, die sich über Aktivitäten der MWIA austauscht. Diese Gruppe wurde inzwischen von Dr. Eva Hennel ins Leben gerufen. Sie trifft sich halbjährlich. Ihr gehören unter anderem Prof. Dr. Bettina Pfeleiderer – ehemalige Präsidentin der MWIA – sowie Dr. Jana Aulenkamp an, die designierte NC des DÄB. Viele der Kolleginnen in der „Interessengemeinschaft MWIA im DÄB“ sind in den

verschiedenen Facharbeitsgruppen der MWIA aktiv, etwa in der Senior-MWIA. Die Gruppe freut sich über neue Mitglieder, Interessierte können sich bei der NC melden.

Facharbeitsgruppen mit DÄB-Kolleginnen

2001 gründete Dr. Dagmar Dennin im DÄB das Forum 60plus, das eine Erfolgsstory wurde. 2022 schlug die derzeitige Vorsitzende des Forum 60plus, Dr. Bettina von Gizycki-Nienhaus, der Präsidentin der MWIA, Dr. Eleanor Nwadinobi, vor, auch eine Seniorinnen-Gruppe in der MWIA zu gründen. Die MWIA-Präsidentin nahm die Idee begeistert auf und rief die Senior-MWIA ins Leben. Die derzeitige Vorsitzende der Senior-MWIA ist DÄB-Kollegin Dr. Renate Böhm. Weitere Mitglieder aus dem DÄB sind Ehrenpräsidentin Dr. Astrid Bühren, Dr. Anna Everts Miletzki, Dr. Parvaneh Marsalek, Dr. Marie-Louise Fasshauer, Dr. Sigrun Muthmann-Hellwig und Dr. Marianne Schwarte.



Foto: © M. Stepath

Während der Mitgliederversammlung des DÄB im Oktober 2022 entstand in zahlreichen Diskussionen die Bereitschaft vieler Kolleginnen, sich weiterhin und aktiver an Arbeitsgruppen in der MWIA zu beteiligen. Dies war der Ansporn, auch in der MWIA eine Arbeitsgruppe nach dem Vorbild unseres Forum 60plus zu gründen.

Dr. med. Bettina von
Gizycki-Nienhaus

Hier einige weitere Beispiele für DÄB-Kolleginnen, die sich gerade in MWIA-Arbeitsgruppen und Committees engagieren. Die Liste ist nicht vollständig: Dr. Madhumita Chatterjee und Dr. Nadja Spitznagel (Rights of Medical Women in the Workplace), Dr. Isabel Hach (Science, Technology and Research Committee), Dr. Eva Hennel (Awards Committee), Dr. Cornelia Tauber-Bachmann (Violence against Women and Girls).

Es ist nicht erstaunlich, dass Themen, die den DÄB beschäftigen, auch Themen der internationalen Arbeitsgruppen sind,

etwa Klima, ältere Ärztinnen, Rechte am Arbeitsplatz oder Gewalt gegen Frauen. Hier ist sicher ein reger nationaler und auch internationaler Austausch befruchtend.

Die Geschichte der MWIA

Seit ihrer Gründung 1919 ist die MWIA stark gewachsen. Ihr gehören heute Ärztinnen aus 80 Ländern weltweit an. Bereits seit 1954 hat die MWIA einen beratenden Status bei der WHO. Im Laufe ihrer bisher 32 Weltkongresse wurde die MWIA eine Plattform für den professionellen Austausch von Ärztinnen. Der erste Weltkongress der MWIA nach dem Zweiten Weltkrieg, 1947, hatte beispielsweise das wieder erschreckend aktuelle Thema: Responsibilities of Medical Women in the Reconstruction of the World.

Bei jedem Weltkongress der MWIA wählt die Mitgliederversammlung einen neuen Vorstand. 2022 in Taipeh hat sich der neue Vorstand das Motto „One Humanity: Health Solutions through our Partnerships“ gegeben. Dem getreu strebt die MWIA eine verstärkte Zusammenarbeit mit vielen internationalen Organisationen an, wie der European Women's Lobby (EWL), dem Standing Committee of European Doctors (CPME) oder der African Union (AU).

Modus Operandi der MWIA

Die MWIA wird von einem Vorstand, dem Executive Committee (ExCo genannt), geleitet, dieser besteht aktuell aus der Präsidentin Dr. Eleanor Nwadinobi, Nigeria, der Generalsekretärin Dr. Mariam Jashi, Georgien, der designierten Präsidentin Dr. Amany Asfour, Ägypten, der Schatzmeisterin Dr. Eliza Lo Chin, USA, sowie acht Vizepräsidentinnen, welche die weltweiten MWIA-Regionen repräsentieren.

Der Vorstand wird derzeit von 9 Komitees und 13 Facharbeitsgruppen unterstützt. Die Komitees beraten den Vorstand in Fragen der Exekutive. Die Facharbeitsgruppen beschäftigen sich mit aktuellen Themen. Ein Zeichen für die Bedeutung der MWIA war die Einladung der Präsidentin und der Generalsekretärin zum World Health Summit im Herbst 2022 in Berlin, wo Bundeskanzler Olaf Scholz eine bessere Vernetzung der weltweiten Gesundheitspolitik angeregt hat.

Kongress 2024 in den Niederlanden

Der nächste internationale Kongress der MWIA in unserer Nähe wird 2024 von den niederländischen Kolleginnen für die Region Nordeuropa ausgerichtet. Aktuelle Informationen über die Arbeit der MWIA finden Sie in den DÄB-Mitteilungen – mit festem Platz am Ende. Die MWIA hat einen vierteljährlichen Newsletter, den Sie über die Website der MWIA abonnieren können: <https://mwia.net/newsletter/> ◀

E-Mail: eva.hennel@aerztinnenbund.de



Die Klimasprechstunde: So gelingt klimasensible Gesundheitsberatung

DR. MED. ULRIKE BERG, DR. MED. TONIA IBLHER

Die Sprechstunden sind übervoll. Nun sollen wir Ärztinnen dort auch noch klimabezogene Gespräche führen? Wir raten dazu und erklären hier, warum – und wie es gehen kann.

Nach Berechnungen in Lancet Planetary Health (The public health implications of the Paris Agreement: a modelling study;2021) ließen sich in Deutschland rund 165 000 vorzeitige Todesfälle vermeiden – würden wir die Klimaschutzziele erreichen. Das entspricht etwa 16 Prozent der gesamten Sterbefälle in Deutschland. Wie kann eine solche Zahl zu Stande kommen?

Das Forscherteam aus London legt in seinen Berechnungen ein Szenario grundlegender Reformen in Landwirtschaft, Industrie, Energieerzeugung, Wohnungsbau, Verkehr und in der Abfallwirtschaft zugrunde. Sie bewirken erhebliche gesundheitliche Verbesserungen:

Wird das Radfahren aus Gründen des Klimaschutzes gefördert, bewegen sich Bürger:innen mehr und reduzieren so Übergewicht und seine Folgeerkrankungen. Wer auf eine klimabewusste Ernährung achtet, isst zudem weniger rotes Fleisch und weniger verarbeitete Lebensmittel und stattdessen mehr Gemüse, Obst, Nüsse und Hülsenfrüchte. Das verhindert viele Neuerkrankungen wie etwa bei Diabetes Typ 2, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma oder Arthrose. Allein der Wandel in der Ernährung würde ein Minus von 143 000 vorzeitigen Todesfällen pro Jahr in Deutschland verheißen!

„Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen (...) und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlage im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“

§ 1 Musterberufsordnung

Als im Gesundheitswesen arbeitende Berufsgruppe genießen wir Ärztinnen, Zahnärztinnen und Studentinnen der Medizin und Zahnmedizin hohes Vertrauen in der Gesellschaft. In vielen medizinischen Bereichen ist Kommunikation unser wichtigstes Werkzeug und wir sind geübt in Gesprächsführung.

Dennoch birgt die Kommunikation zum Thema Klima und Gesundheit besondere Herausforderungen – im beruflichen Bereich, aber auch im privaten Umfeld. Wir müssen uns erst entsprechend vorbereiten, um sicher Gespräche führen zu können.

Was braucht es dafür?

- **Wissen** über die Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Gesundheit
- eine **Haltung** zum Thema Umwelt und Klima
- **Sprachfähigkeit** in Bezug auf die Klimakrise

Wie gelingt gute Kommunikation zu diesem Thema, die vielleicht sogar eine Verhaltensveränderung bei unserem Gegenüber anstößt? Dafür gibt es einige grundsätzliche Regeln:

- Ernsthafte Gespräche lassen sich nicht auf die Schnelle führen. Sie brauchen Zeit und Ruhe. Falls die Sprechstunde voll ist, sollte man sich lieber nicht auf eine Diskussion einlassen.
- Achten Sie darauf, ob Ihr Gegenüber Offenheit für das Thema erkennen lässt. Falls nicht: auf die nächste Gelegenheit warten.
- Sie sichern sich Aufmerksamkeit und Reaktanz, wenn Sie sich eine gemeinsame Gesprächsebene aus dem großen Feld der Klimathematik suchen, die Ihren Patienten oder Ihre Patientin interessieren könnte.
- Sie sollten ein gutes Setting wählen. So eignet sich zum Beispiel die Beratung aus Anlass einer Untersuchung, in der es sowieso um Prävention geht. Aspekte sind dann einerseits die Lebensstil-Änderungen mit Ernährung und Bewegung. Andererseits sollte Aufklärung zu Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit erfolgen. Schlagworte: Hitze, Allergien, Luftverschmutzung, neue Krankheitserreger. Auch die Notwendigkeit einer Medikationsanpassung unter Hitzebedingungen bei chronisch kranken Personen kann ein Türöffner für eine „Klimasprechstunde“ sein.

Manchmal eröffnet sich auch die Möglichkeit, mit Patient:innen über ein mögliches politisches und /oder soziales Engagement zu reden. Bedenken Sie: Jedes Gespräch hat eine stille Wirkung. Es klingt bei der angesprochenen Person nach und kann im besten Fall deren Einstellung verändern.

Zahlreiche Studien, die sich mit den verschiedenen Aspekten der (Klima-)Kommunikation und Motivation zur Verhaltensän-

derung beschäftigen, zeigen: Den besten Effekt erreicht die Kombination aus **Verhältnisprävention** (Reduktion von Risikofaktoren im Umfeld) und **Verhaltensprävention** (Schutzmaßnahmen, die das Individuum nach Unterweisung anwendet). Stärken wir die Gesundheitskompetenz unserer Patient:innen durch unsere fachkundige Aufklärung, stärkt das die Verhaltensprävention: Nur gut informierte Menschen können ihr klimaneutrales und gesundheitsförderndes Verhalten verbessern und die Folgen des Klimawandels für ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit ihrer Angehörigen reduzieren.

Wie aber steht es mit dem Reden über Verhältnisprävention? Als Ärztin fragt man sich da sicherlich, wie politisch man im professionellen Kontext sprechen soll? Wir finden: Ja, wir dürfen bei Themen mit gesundheitlichen Auswirkungen politisch sein und Stellung beziehen! Schließlich haben gesamtgesellschaftliche Änderungen massive Auswirkung auf unsere Gesundheit. Ein Beispiel: Die Reduktion der Luftverschmutzung durch ein Tempolimit und weniger Individualverkehr würde für Deutschland knapp 9 000 Menschen pro Jahr weniger bedeuten, die an den Folgen schlechter Luft sterben. Wir haben dabei die Berufsordnung auf unserer Seite. ◀



Mit dem Rad zur Arbeit: Gut fürs Klima und gut für die persönliche Gesundheit

Weitere Informationen:

- KLUG e.V. (klimawandel-gesundheit.de)
- Planetary Health Academy (planetary-health-academy.de)
- Webinar-Serie des DÄB im geschützten Mitgliederbereich „intern“
- Buch: Lea Dohm, Mareike Schulze: Klimagefühle. Verlag Knauer HC

Dr. med. Ulrike Berg und Dr. med. Tonia Iblher beraten als Allgemeinmedizinerinnen und Schmerztherapeutin ihre Patient:innen in Gustavsburg und Lübeck zu klimasensiblen Themen. Zusammen organisieren sie den Ausschuss „Klimawandel und Gesundheit“ im DÄB.

E-Mail: klima@aerztinnenbund.de

Stimmungen und Stimmen zum Zukunftskongress des DÄB

Im Januar war der DÄB mit einem neuen Format ins neue Jahr gestartet: Beim Zukunftskongress „Mehr*Wert für Ärztinnen“ war ein weiter Bogen gespannt worden, von der Digitalisierung und ihrer Bedeutung für die Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen über Innovationen in der Gendermedizin, alternative Arbeits- und Führungsformen hin zum Gender-Data-Gap, beruflicher Identitätsentwicklung und der Bedeutung technischer und medialer Kompetenz von Ärzt:innen. Teilgenommen haben weit überwiegend ordentliche DÄB-Mitglieder, nur vereinzelt DÄB-Studentinnen und Nichtmitglieder. Die Teilnehmerinnen stammten zu gleichen Anteilen aus der Altersgruppe 40 bis 60 und 60+ (je etwa 40 Prozent). 15 Prozent der Teilnehmerinnen waren zwischen 25 und 40 und einzelne jünger als 25 Jahre. 30 Prozent waren zum ersten Mal bei einem DÄB-Kongress dabei.

Im Chat und auch in der abschließenden offenen Gesprächsrunde wurde besonders angeregt zum Vortrag des Gesundheitskollektivs Neukölln und zum Gender-Data-Gap (Referentinnen: Dr. Patricia Hänel und Julia Pierzina) diskutiert. Sehr spannend waren auch die vielschichtigen persönlichen Beiträge der Teilnehmerinnen.



Die Evaluation zeigte ein sehr positives Stimmungsbild. Insgesamt am meisten Zuspruch erfuhren die Vorträge von Inga Bergen („Wie die Digitalisierung die Rollen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen verändert“) und Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione („Innovationen in der gendersensiblen Medizin“).

Auch zum Format des reinen Online-Kongresses gab es Feedback im Rahmen der Evaluation. Die meisten Teilnehmerinnen waren mit dem Format zufrieden. Für die zukünftigen DÄB-Kongresse wünschten sich 80 Prozent der Teilnehmerinnen ein hybrides Format, 29 Prozent ein Online-Format und 28 Prozent ein Präsenz-Format. Vermisst haben die Teilnehmerinnen vor allem mehr Diskussionszeit und längere Pausen für den persönlichen Austausch.

Als (junges) Organisations-Team des DÄB-Zukunftskongresses freut es uns, dass wir die Teilnehmerinnen für eine Vielzahl an Themen begeistern konnten, die die Zukunft der Ärzt:innenschaft prägen werden. Es wurde uns eine breite Palette an Anregungen gegeben, welche Themen zukünftig bei Kongressen des DÄB betrachtet werden könnten. Wir bedanken uns beim DÄB-Vorstand für das Vertrauen, uns mit diesem Projekt beauftragt zu haben und bei allen Teilnehmerinnen für die engagierte Teilnahme und motivierenden Rückmeldungen. ◀

Mitgeteilt von Sonja Mathes (Ausschuss Interne Strukturen) und Dr. med. Eva Hennel, PhD, MME, Vizepräsidentin des DÄB und Leitung des Ausschuss Interne Strukturen



Dringende Bitte an alle Mitglieder!

Prüfen Sie bitte, ob der DÄB-Geschäftsstelle Ihre aktuelle E-Mail-Adresse vorliegt. Nur so ist sichergestellt, dass Sie alle aktuellen Hinweise des DÄB erhalten, beispielsweise auch Stellenausschreibungen und offizielle Termine. Teilen Sie Ihre aktuell gültige E-Mail-Adresse bitte der Geschäftsstelle mit.

E-Mail: gdaeb@aerztinnenbund.de.

WIR GRATULIEREN



Katharina Fleig, Clara van Rhee, Elena Seebo-Aumann, Lina Rosenboom und **Gesa Nahnsen-Schöpel** haben in einem Team aus Studierenden der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) den Wissenschaftspreis Niedersachsen in der Kategorie Studierende erhalten. Ausgezeichnet wurde die Gruppe für den Podcast „Off Label – Der Podcast über Vorbilder_Innen in der Medizin“. Die Projektgruppe möchte über die Gespräche im Podcast weibliche Identitäten abbilden und Frauen zeigen, die es auf besonderem Weg geschafft haben, in der Medizin Karriere zu machen. Die Podcastfolgen gibt es hier: <https://off-label.mhh-asta.de/>

Lisa Nieberle und **Sibel Savas** von der Universität Gießen und **Hanna Burow** von der Uni Marburg wurden mit weiteren Studierenden mit dem Hessischen Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre ausgezeichnet. Gewürdigt wurden sie für die Einführung des Wahlfaches „Klimasprechstunde“ an den Universitäten Gießen und Marburg. Das Lehrkonzept sei praxisnah und nachhaltig. Die Studierenden wollen das Wahlfach nun konzeptionell und inhaltlich weiterentwickeln. ◀



SAVE THE DATE!

2. Internationaler Kongress der Ärztinnen in Wien

Am 17. und 18. November 2023 findet der 2. Internationale Kongress der Ärztinnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in Wien statt. Sein Motto lautet: „Gerechte Medizin morgen“. Tagungsort ist das Hotel Regina in 1090 Wien.

Es ist der zweite gemeinsame Kongress der 3 Ärztinnenverbände im DACH-Raum nach dem erfolgreichen Auftakt von 2021, der coronabedingt online stattfand.

Das Programm ist gerade in der Planung. Einige besondere Punkte stehen schon fest, darunter ein festliches Dinner am Freitagabend (17.11.), bei dem der Lore Antoine-Preis übergeben wird. Die Organisation der Ärztinnen Österreichs würdigt damit wissenschaftliche Top-Publikationen sowie eine herausragende Dissertation oder Diplomarbeit auf dem Gebiet der Gendermedizin.

Workshops sorgen für hohen Anwendungsbezug. Deren Themen sind beispielsweise Burn-out oder patient:innengerechte Medizin. Die Vorträge beschäftigen sich mit topaktuellen Themen wie „Künstliche Intelligenz (KI) und (fehlende) Genderaspekte“. ◀



Neue Mitglieder

Die Namen unserer neuen Mitglieder sowie weitere Daten zu ihnen finden Sie ab sofort nur noch im internen Bereich der DÄB-Website. Falls Sie als DÄB-Mitglied dort noch keinen Zugang haben, müssen Sie sich einmalig registrieren. Der Link zur Registrierung ist:

<https://www.aerztinnenbund.de/Registrieren.0.50.1.html>

Die Daten zur Registrierung werden von Frau Baddack in unserer Geschäftsstelle geprüft. Bitte beachten Sie, dass dies einige Tage dauern kann.

Neuer Ausschuss „Parität“ des DÄB

Seit 8. Oktober 2022 gibt es den Ausschuss „Parität“. Dieser Ausschuss wurde auf Antrag von Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk und Prof. Dr. med. Annegret Kuhn gegründet, nachdem er vom Vorstand des DÄB zuvor genehmigt worden war.



Prof. Dr. med. Annegret Kuhn

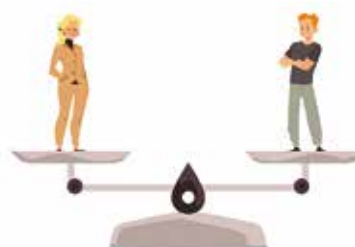


Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Der Ausschuss „Parität“ hat das Ziel, in Zukunft eine Gleichstellung in allen Bereichen der Medizin zu erzielen. In der Gesundheitsversorgung sowie in der medizinischen Forschung und Lehre sind geschlechterspezifische Unterschiede vorhanden. Männer, Frauen und diverse Menschen haben auch unterschiedliche Bedürfnisse, wenn es um ihre Gesundheitsversorgung geht. Zudem sind Frauen in Entscheidungs- und Führungspositionen stark unterrepräsentiert, obwohl der Anteil von weiblichen Medizinstudierenden aktuell etwa zwei Drittel umfasst. Die Dokumentation des DÄB „Medical Women On Top“ zeigt, dass der prozentuale Anteil von universitären Klinikdirektorinnen in 14 klinischen Fächern im Durchschnitt nur bei 13 Prozent liegt. Die Medizin der Zukunft muss sich mit diesen Unterschieden und der Gleichstellung befassen, um die Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu verbessern.

Der Ausschuss „Parität“ besteht derzeit aus 10 Mitgliedern. Bis Ende März 2023 haben schon 6 digitale Sitzungen stattgefunden, auch wurden viele innovative Projekte gestartet, um zunächst fundierte Daten zu Erkenntnissen verschiedener Themen in der Gendermedizin zu erheben. Wir freuen uns, wenn sich weitere Mitglieder des DÄB diesem Ausschuss anschließen und aktiv mitarbeiten. Bei Interesse an einer Mitgliedschaft richten Sie Ihre Bewerbung bitte per E-Mail an die DÄB-Geschäftsstelle: g_sdaeb@aerztinnenbund.de. ◀

Mitgeteilt von Prof. Dr. med. Annegret Kuhn, MBA, CHCIO
1. Vorsitzende des neuen Ausschusses „Parität“



Parität: Von 50:50 in Führungspositionen ist die Medizin weit entfernt

Anpassung des Embryonenschutzgesetzes – gefordert von ÄRE und Ethikausschuss des DÄB

Nichtkommerzielle Eizellspende und altruistische Embryonenspende ermöglichen – damit Medizintourismus enden kann: So lautete der Titel der Pressemitteilung, die wir Mitte Dezember zu einer gemeinsamen Stellungnahme verschickt haben, die wir im Folgenden auszugswise drucken. Denn es ist höchste Zeit, die rechtlichen Bedingungen für die künstliche Befruchtung in Deutschland so anzupassen, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch erfolgversprechende, legale Möglichkeiten haben, die internationalem Qualitätsniveau entsprechen.

Endlich mehr Rechtssicherheit

Sind bei einer Frau keine entwicklungsfähigen Eizellen vorhanden, bleibt den betroffenen Paaren momentan nur eine kommerzielle Eizellspende im Ausland. Das erschwert die Situation für sie zusätzlich – unter anderem, weil für sie ohne vorherige Beratung kaum abzuschätzen ist, wo sie im Ausland mehr oder weniger gut aufgehoben sind.

Diese Beratung ist ein weiteres großes Problemfeld dieses Themas. Aufgrund der aktuellen Rechtslage sahen sich in den vergangenen Jahren engagierte Personen mit juristischen Auseinandersetzungen konfrontiert, die sich jahrelang hinziehen. Diese drohende Kriminalisierung ist eine enorme Belastung für die Betroffenen. Sie führt außerdem dazu, dass entsprechende Beratungen kaum zu finden sind.

Umso wichtiger ist die Nachricht, dass sich in der juristischen Bewertung an einigen Stellen ein Wandel abzeichnet. So hat das Landgericht Augsburg ein Verfahren gegen die Vorstandsmitglieder des Netzwerk Embryonenspende e.V. wegen geringfügigkeit der Schuld und mangelndem Interesse der Öffentlichkeit an einer Strafverfolgung gegen eine Geldauflage eingestellt. Ebenfalls eingestellt ist ein weiteres Verfahren in Augsburg: gegen die selbstständige Kinderwunschberaterin Dipl. Soz. Päd. Christine Büchl. Darin war es auch um die Frage gegangen, ob Beratende unverbindlich die Adressen von Einrichtungen zur Kinderwunschbehandlung im Ausland weitergeben dürfen. Die Angelegenheit ist in diesem Fall beendet.

Gesetzesänderung ist nötig

Als nächster Schritt ist eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) wichtig.

Mehr dazu finden Sie in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ÄRE) in der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) zusammen mit dem Ethikausschuss

des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), die hier in Auszügen folgt. Verfasst von Dr. Gabriele du Bois und Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch ist sie im Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie erschienen*:

Hier die Stellungnahme

„Seit vielen Jahren ist die Reformierung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) von 1990 in Diskussion. (...) Das ESchG sollte dringend für die Zulassung der nichtkommerziellen Eizellspende und der altruistischen Embryonenspende aus Eizellen im Vorkernstadium geändert werden. Die kommerzielle Eizellspende ist in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) durch die Geweberichtlinie von 2004 und die EU-Charta verboten. (...) Seit Inkrafttreten des (ESchG) hat sich unsere Gesellschaft verändert und die Reproduktionsmedizin und Embryologie haben sich weiterentwickelt. Daher fordern wir: Die künstliche Befruchtung in Deutschland soll erfolgversprechend und auf internationalem Qualitätsniveau möglich sein und Mehrlingsschwangerschaften als Risiko für die Kindergesundheit und die Gesundheit der Schwangeren sollen vermieden werden.“

Zusätzlich soll Paaren in Deutschland eine legale Alternative zu kommerziellen Eizellspenden im Ausland ermöglicht werden, wenn bei einer Frau keine entwicklungsfähigen Eizellen vorhanden sind. Sobald eine Spenderin für eine Eizellspende bezahlt wird und mehr als eine Aufwandsentschädigung erhält, ist eine Spende in der EU illegal.

Sicht der Frauen berücksichtigen

Die Kinderwunschbehandlung wird inzwischen überwiegend von Ärztinnen durchgeführt. 78 Prozent der Frauenärzte mit dem Schwerpunkt Reproduktionsmedizin sind Frauen. Weiterhin ist es immer die Frau eines ungewollt kinderlosen Paares, die sich der hormonellen und operativen Behandlung bei einer Kinderwunschtherapie aussetzt. Die Frau wird mit Hormonen zur Eizellreifung stimuliert und zur Eizellgewinnung operiert, selbst wenn nur der Mann unfruchtbar ist. Vor diesem Hintergrund hat sich die Arbeitsgemeinschaft der Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin (ÄRE) zusammen mit dem Ethikausschuss des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) entschlossen, insbesondere die Sichtweise von Frauen zum Regelungsbedarf der Fortpflanzungsmedizin in die Diskussion einzubringen. (...)

Es besteht ein dringender Änderungsbedarf des ESchG, damit der „Medizintourismus“ für betroffene Frauen sowie eine Kriminalisierung von Kolleginnen und Kollegen (wie bei der al-

truistischen Vermittlung von gespendeten Embryonen nach Freigabe von befruchteten Eizellen geschehen) in unserem Land aufhören kann. (...) Denkbar ist für die ÄRE und den DÄB die Umsetzung in einem Fortpflanzungsmedizingesetz oder in der Ergänzung des Embryonenschutzgesetzes wie bei der Umsetzung der Präimplantationsdiagnostik. (...)

SET und Eizellspende

Für die Praxis besteht bezüglich des Single-Embryo-Transfers (SET) zur Vermeidung von Mehrlingen entgegen der öffentlichen Diskussion kein gesetzlicher Regelungsbedarf, da der Wandel in der Implementation des ESchG bereits vollzogen ist und der SET auch praktiziert wird. (...) Das deutsche ESchG verbietet die Befruchtung einer fremden Eizelle, um einer anderen Frau eine Schwangerschaft zu ermöglichen. (...) Eine Samenspende ist legal möglich, so dass sich die Frage der Ungleichbehandlung für unfruchtbare Frauen gegenüber unfruchtbaren Männern stellt. Wenn hier eine Änderung kommen soll, muss die 2004 erlassene EU-Geweberichtlinie, welche 2007 umgesetzt wurde und „kommerzielle“ Eizellspenden verbietet, beachtet werden. (...) Die Eizellspenden im Ausland erfolgen in der Regel anonym. Das bedeutet, dass die aus einer solchen Eizellspende geborenen Kinder später keine Möglichkeit haben werden, ihre genetische Mutter zu finden. (...)

Wir sind der Meinung, dass eine legale Eizellspende in Deutschland für die Paare, die sich ein Kind mit einem biologischen Elternteil wünschen, möglich sein sollte. Eine Möglichkeit wäre, dass Patientinnen mit vielen Eizellen bei ihrer künstlichen Befruchtung diese mit einer weiteren Frau teilen („egg sharing“) oder auch Frauen nach „social freezing“ ihre lagerten Eizellen spenden, wenn sie diese nach abgeschlossener Familienplanung nicht mehr benötigen.

Embryonenspende in Deutschland

Die Embryonenspende stellt für einige Paare eine Alternative zur Eizellspende im Ausland oder auch zur Adoption dar. Nach erfolgreicher Therapie und sicher abgeschlossener Familienplanung können ehemalige Kinderwunschpaare ihre übriggebliebenen, bereits entstandenen Embryonen spenden. Es gibt derzeit nur wenige solcher Embryonen (überzählige befruchtete Eizellen mit Entwicklungsfähigkeit nach zwei- bis fünfjähriger In-vitro-Kultur), die für eine Spende in Frage kommen. Es könnten jedoch sehr viele mehr sein, wenn die Spende aus freigegebenen befruchteten Eizellen im Vorkernstadium rechtssicher durchgeführt werden könnte. Bei einer erfolgreichen Befruchtung enthalten die Zellen den weiblichen und männlichen Vorkern mit den Erbinformationen von Frau und

Mann, die Kerne sind jedoch noch nicht „verschmolzen“. Somit gelten diese Zellen derzeit noch nicht als Embryo.

In deutschen Kinderwunschzentren lagern hunderttausende solcher befruchteten, auch „imprägniert“ genannten Eizellen. (...) Es sollte unserer Meinung nach möglich sein, Embryonen aus freigegebenen befruchteten Eizellen im Vorkernstadium spenden zu dürfen.

Beratung unbedingt mitregeln

In einer Gesetzesänderung bzw. Neuregelung muss für Spender- und Wunschelternpaare unbedingt ein juristisches sowie psychosoziales Beratungsangebot vor der Entscheidung zur Behandlung ermöglicht werden. Es muss allen Betroffenen klar sein, dass durch Beteiligung Dritter bzw. Vierter die Verwandtschaftsverhältnisse eines Kindes kompliziert werden. Die Studien in diesem Bereich zeigen, dass ein offener Umgang mit den Tatsachen Kindern und Eltern am besten hilft, ihre Identität zu wahren. Diese Beratung sollte sich an den Leitlinien des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland (BKID) orientieren.

In Anlehnung an das bundesweite Samenspender-Register von 2018, das personenbezogene Angaben von Samenspendern und Empfängerinnen im Zusammenhang mit ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtungen speichert, müssten auch Eizell- bzw. Embryonen-Spenderinnen und -Spender und Empfängerinnen registriert und gespeichert werden. Nur so ist gewährleistet, dass auf diese Weise gezeugte Kinder künftig bei einer zentralen Stelle erfahren können, wessen Eizelle bzw. wessen Embryo verwendet worden ist und sie somit ihre Abstammung klären können.

Die ÄRE und der DÄB fordern die Politik auf, sich in der neuen Legislaturperiode unverzüglich mit diesen drängenden Problemen der Reproduktionsmedizin zu beschäftigen und durch Diskussionen mit Experten und Betroffenen im Bundestag eine konsens- bzw. tragfähige Rechtslage zu beschließen. (...) ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Gabriele du Bois,
Fachärztin für Humangenetik und Vorsitzende des DÄB-Ethik-
ausschusses und Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch,
Reproduktionsmedizinerin und langjährige Sprecherin der ÄRE

* Bals-Pratsch M., du Bois G. Ärztinnen fordern die zeitgemäße Anpassung des deutschen Embryonenschutzgesetzes (ESchG). J Reproduktionsmed Endokrinol 2022; 19 (6) 331. Der Artikel wurde uns von Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft zum auszugsweisen Abdruck überlassen. Das Original finden Sie hier: www.kup.at/journals/inhalt/2066.html

DÄB-Mitgliederversammlung 2023 in Berlin

Vorläufige Tagesordnung der ordentlichen Mitgliederversammlung (MV) des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. am Samstag, 30.09.2023 in Berlin

**Ort: Gebäude der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin**

**Zeit: 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Persönliche Anmeldung ab 9:30 Uhr**

Zunächst öffentlicher Teil

- Begrüßung
- Grußwort des Präsidenten der Ärztekammer Berlin
- Verleihung der Mutigen Löwin
- Verleihung der Silbernen Feder

Danach nicht öffentlicher Teil der MV (Teilnahme nur für Mitglieder)

- Feststellen der Beschlussfähigkeit
- Genehmigung des Protokolls der letzten MV
- Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung
- Totenehrung
- Bericht der Präsidentin und des Vorstandes
- Kassenbericht
- Bericht der Kassenprüferinnen
- Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstandes
- weitere Berichte
- Anträge
 - a. Satzungsänderungsanträge
 - b. Weitere Anträge
- Termine
- Verschiedenes
- Ausblick und Verabschiedung

Anträge zur Satzungsänderung müssen bis zum 30.05.2023 bei der Geschäftsstelle eingereicht sein. Ergänzungen der Tagesordnung können bis zum 19.08.2023 beantragt werden. Notwendig sind hierfür mindestens 5 Unterschriften von Unterstützerinnen aus den Reihen der ordentlichen Mitglieder. Das Antragsformular steht im internen Bereich der DÄB-Webseite bereit.

Die offizielle Einladung werden Sie zeitgerecht erhalten. Wir möchten Sie bereits jetzt darauf hinweisen, dass Hotelzimmer zu dem Termin knapp sind. **Bitte planen Sie Ihre Reise selbst und rechtzeitig!**

In der Nähe des Tagungsorts befinden sich viele Hotels (Stichworte zur Orientierung: Checkpoint Charlie und Potsdamer Platz). U-Bahn-Haltestelle in der Nähe: Kochstraße.

In der Nähe befindet sich auch das Jüdische Museum. Falls Sie es besuchen möchten, empfiehlt es sich, das Ticket vorab online zu kaufen.

Beiratssitzung am Freitag, 29.09.2023

Für den Tag vor der MV planen wir ebenfalls am Tagungsort eine Vorstands- und eine Beiratssitzung.

Aktuelle Zeitplanung:

| | |
|------------------|---|
| Vorstandssitzung | 09:00 Uhr bis 12:30 Uhr |
| Beiratssitzung | 14:00 Uhr bis 18:30 Uhr |
| Get-together | 19:00 Uhr für alle, die schon da sind (auf Selbstkostenbasis) |