

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Besser versorgen mit
ePA, DiGA, KI und Co.?!
Gender (in) der Digitalisierung



Inhalt

- 03 **Editorial**
Jana Pannenbäcker
- 04 **Gastbeitrag**
Julia Spieren, Stefan Spieren, MBA
Digitalisierung in der Versorgung – ein Plädoyer
- 05 **Schwerpunkt: Gender (in) der Digitalisierung**
Dr. med. Dr. phil. Hans-Jürgen Bickmann
Die elektronische Patientenakte aus frauenärztlicher Sicht
- 06 **Bianca Kastl**
Vertraulichkeit: Conditio sine qua non
- 07 **Nina Haffer, Prof. Dr. med. Sylvia Thun**
Ein zweischneidiges Schwert – Ausgrenzung und Inklusion mit KI
- 08 **Dr. med. Sandra Dohmen, MHBA, PD Dr. med. Jana Mossanen, Dr. med. Andreas Follmann, MHBA**
Arbeitswelten im Wandel: Flexibilität dank Telemedizin
- 09 **PD Dr. med. Susanne Grandl, MHBA**
Anwendung von KI in der Mammadiagnostik
- 10 **Dipl.-Ing. Nora Weinberger, Dr. Dana Mahr, Daniela Hery, Dr. Theresa Ahrens**
Digitale Zwillinge in der personalisierten Brustkrebstherapie
- 12 **Dr. med. Britta Gahr**
Digitale vertrauliche Spurensicherung
- 13 **Prof. Dr. med. Pia Wülfing**
App auf Rezept: DiGA zur Therapieunterstützung bei Brustkrebs
Ann-Kathrin Carl, M.Sc.
Digitale und gendergerechte Hilfsmittelversorgung
- 14 **Prof. Dr. Mirjam Peters**
Regulatorische Herausforderungen
- 15 **Der DÄB und sein Netzwerk**
Dr. med. Angela Besserer, Dr. med. Maïke Trommer
AG FiRO – Frauen in der Radioonkologie: Ein starkes Netzwerk wächst
- 17 **Im Interview: Univ.-Prof. Dr. med. Ute Seeland**
- 19 **Aus dem Verband**
Außerordentliche Mitgliederversammlung
- 20 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung
- 21 Forum 40 plus • Regionalgruppe Köln-Bonn • Wir gratulieren
- 22 **Dr. med. Heidrun Popovic**
Buchbesprechungen: Ärztinnenbuch/Sexuelle Gewalt
- 23 **Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk**
Buchbesprechung: Gendermedizin in der klinischen Praxis
Einladung zum Kongress des Weltärztinnenbundes
- 24 **Kongresstermine 2025**

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.:
Anne Wewer
Pressereferentin des Deutschen Ärztinnenbundes (frei)
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Dr. med. Sonja Mathes
Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
Dr. med. Heike Raestrup

Geschäftsstelle des DÄB
Glinkastraße 32, 10117 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 02/2025:
20. Juni 2025

Fotos:
S. 6: 123rf_adam121, S. 14: 123rf_bakhtiarzein,
S. 17: 123rf_marchmeena, S. 18: 123rf_denayunebg

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,

wer kennt den Spruch „Das Internet setzt sich nicht durch“ nicht?! So skeptisch, wie dem Internet in seinen Anfängen entgegengesehen wurde, wird wohl auch manch Kritiker über die Digitalisierung gesprochen haben. Doch wo stehen wir? Der Siegeszug des Internets war nicht aufzuhalten. Und auch aus anderen Lebenswelten, gerade in der Medizin, ist die Digitalisierung nicht mehr wegzudenken. Und die Geschwindigkeit der Neuerungen ist enorm. Dies hat uns dazu veranlasst, diese Ausgabe der **ärztin** dem Thema „Digitalisierung in der Medizin“ zu widmen.

Lassen Sie uns einen Blick in den Praxis-Alltag werfen, in dem z. B. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) den Patientinnen und Patienten sowie uns Ärztinnen und Ärzten Hilfestellungen bieten. Ich selbst kann berichten, dass Patientinnen und Patienten mit Hilfe von Apps in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden und eine Linderung der Beschwerden erreichen können. So helfen diese u. a. bei der Gewichtsreduktion, beim Umgang mit chronischen Schmerzen, bei Depressionen oder einer Reizdarm-Symptomatik. Natürlich ersetzen diese Apps nicht den ärztlichen Kontakt oder das psychotherapeutische Gespräch – das sollen sie auch gar nicht –, aber sie bieten eine Möglichkeit, die langen Wartezeiten bis zu einem Facharzttermin oder bis zur Psychotherapie gut zu überbrücken.

Inwieweit die elektronische Patientenakte (ePA) hilfreich sein wird, wird wahrscheinlich erst deutlich, wenn sie flächendeckend eingeführt, für die Behandlung sinnvoll aufgebaut und aktiv genutzt wird. Der Gedanke hinter der ePA, einen Überblick über Therapiekonzepte, Medikamente sowie Facharzt- und Krankenhausberichte zu haben, ist mit Sicherheit sehr gut. Gleichzeitig muss aber auch der besondere Schutz der Gesundheitsdaten gewährleistet sein, um unsere



Patientinnen und Patienten vor Datenmissbrauch und Diskriminierung zu schützen.

Auch Künstliche Intelligenz (KI) legt in der Medizin einen Vormarsch hin. So le-

sen Sie auf den folgenden Seiten über den Umgang, das Risiko und den Nutzen von KI. Können wir die Diagnostik, zum Beispiel im Rahmen von Krebsfrüherkennungsverfahren, mit KI verbessern? Hilft uns die KI, radiologische Befunde exakter zu bewerten? Was passiert, wenn die KI mit „falschen Daten gefüttert“ wird?

Digitalisierung und KI sind schon längst im Berufsalltag angekommen – das steht außer Frage. Doch bei all der Hilfe durch die Technik darf die Menschlichkeit nicht auf der Strecke bleiben. Wir haben das Glück, einen Beruf ausüben zu dürfen, der zwar durch die Digitalisierung in manchen Bereichen erleichtert werden kann. Gleichzeitig aber bleiben unsere Empathie und unsere Fähigkeit, mit unseren Patientinnen und Patienten zu interagieren, unersetzbar und wichtiger denn je.

Lassen Sie uns daher die Digitalisierung positiv und bewusst einsetzen. Aber lassen Sie uns zugleich unsere Menschlichkeit nicht verlieren. Denn wie häufig sind es neben all den technischen Hilfsmitteln gerade die kleinen menschlichen Gesten, die unseren Patientinnen und Patienten das Gefühl geben, durch uns gut behandelt, versorgt und begleitet zu sein.

Mit kollegialen Grüßen

Jana Pannenbäcker,
Vizepräsidentin des DÄB

In eigener Sache: Da wir derzeit übermäßig viele E-Mail-Rückläufer haben – sprich: Adressen existieren nicht, sind nicht erreichbar, der Account ist voll oder anderes –, bitten wir alle Mitglieder, der Geschäftsstelle unter gsdaeb@aerztinnenbund.de ihre aktuelle E-Mail-Adresse mitzuteilen. Herzlichen Dank für die Mithilfe!



Foto: © DFGZ Olpe



Foto: © DFGZ Olpe

Digitalisierung in der Versorgung – ein Plädoyer

JULIA SPIEREN, STEFAN SPIEREN, MBA

Erfahrungen aus der hausärztlichen Praxis

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist gelebte Realität. Digitale Tools verbessern die Patientinnen- und Patientenversorgung und entlasten Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachangestellte. Die elektronische Patientenakte (ePA), Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und Künstliche Intelligenz (KI) bieten enorme Chancen – wenn sie sinnvoll eingesetzt werden.

Chancen und Herausforderungen: Digitale Lösungen wie Online-Terminbuchungen, strukturierte Patientenkommunikation und Telemedizin verschlanken Prozesse und reduzieren Wartezeiten. Doch die Umsetzung bleibt herausfordernd: Interoperabilität, Datenschutz und Bürokratie erschweren den Einsatz. Doch die positiven Effekte überwiegen deutlich.

Entlastung für das Praxisteam: Der Fachkräftemangel ist allgegenwärtig, jede Entlastung des Teams durch Digitalisierung ist essenziell. Automatisierte Prozesse wie Terminmanagement und digitale AU-Bescheinigungen nehmen administrative Arbeit ab. Dadurch bleibt mehr Zeit für die persönliche Betreuung von Patientinnen und Patienten.

Bessere Erreichbarkeit: Digitale Kommunikationswege ermöglichen eine engere Begleitung. Gerade Menschen in ländlichen Regionen profitieren von Telemedizin und digitalen Sprechstunden. Dies erhöht die Zufriedenheit und verbessert die Behandlungsqualität.

Flexible Arbeitszeiten und Vereinbarkeit mit der Familie: Für Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachangestellte bietet Digitalisierung neue Flexibilität. Digitale Prozesse ermöglichen hybride Arbeitsmodelle, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtert.



Telemedizin und digital gestützte Diagnostik im DFGZ

Ein Blick in die Zukunft: Die Versorgung der Zukunft ist vernetzt, intelligent und patientenzentriert. Digitale Assistenzsysteme, Avatare für einfache Befundbesprechungen und KI-gestützte Entscheidungsunterstützung könnten zum Standard werden. So bleibt mehr Zeit für individuelle Beratung. Ein entscheidender Bestandteil dieser Zukunft können digitale Facharzt- und Gesundheitszentren sein, die Telemedizin mit digital gestützter Diagnostik kombinieren und so Versorgungslücken schließen können. Ein weiterer Schlüssel zur Einbindung von Patientinnen und Patienten sind Digitaltrainings, die den Umgang mit DiGA erleichtern und Abläufe effizienter gestalten.

Digitalisierung als Chance begreifen: Die Digitalisierung bietet enorme Möglichkeiten, die Versorgung zu verbessern, Fachkräfte zu entlasten und die Patientinnen- und Patientenerfahrung zu optimieren. Es sind aber nicht die Technologien allein, die unsere Tätigkeit verändern, sondern wir, die diese Technologien einsetzen! Digitalisierung wird die Arbeit erleichtern – wir sollten die Chance nutzen. ◀

Das engagierte Ärztee Paar Julia und Stefan Spieren leitet gemeinsam eine Hausarztpraxis in Wenden-Hünsborn – eine der modernsten und digitalisier-testen Einrichtungen ihrer Art. Julia Spieren ist Fachärztin für Allgemeinmedizin (frühere Spezialisierung in Anästhesie und Notfallmedizin), Stefan Spieren, MBA, ist Facharzt für Allgemeinmedizin und -chirurgie. Beide treiben die digitale Transformation im Gesundheitswesen konsequent voran und setzen innovative Technologien ein, um den Praxisalltag effizienter und die Versorgung noch patientenfreundlicher zu gestalten, z. B. in ihrem gemeinsamen Digitalen Facharzt- und Gesundheitszentrum (DFGZ) in Olpe (eröffnet im September 2024).

Julia und Stefan Spieren sind Eltern von vier gemeinsamen Kindern. Mit ihren innovativen digitalen Versorgungskonzepten zeigen sie, wie sich Familie und Beruf harmonisch vereinbaren lassen. Stefan Spieren ist Mitglied des DÄB.

E-Mail: praxis@spieren.de



Foto: privat

Die elektronische Patientenakte aus frauenärztlicher Sicht

DR. MED. DR. PHIL. HANS-JÜRGEN BICKMANN

Die elektronische Patientenakte (ePA) soll bald für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verfügbar sein. Derzeit wird die ePA in etwa 300 Praxen, Apotheken und Kliniken in Hamburg, Franken und einigen Regionen Nordrhein-Westfalens auf ihre Praxistauglichkeit getestet. Hier geht es vor allem um die Technik und die Einflüsse auf den Behandlungsablauf.

Getestet wird, wie Inhalte in der ePA gespeichert werden sollen, aber nicht welche. Es gibt Themenbereiche, die Patientinnen und Patienten im Vertrauen auf die ärztliche Schweigepflicht ansprechen. Sollen die Diagnosen, die sich dabei ergeben, in der ePA gespeichert werden? Überwiegt der medizinische Nutzen durch die vollumfängliche Verfügbarkeit aller Informationen oder das Risiko, dass auch Ärztinnen und Ärzte die Diagnosen kennen, die nicht mit dem jeweiligen Fall betraut sind? Gerade in der frauenärztlichen Sprechstunde gibt es viele solcher Themen. Aus der Sicht eines Frauenarztes nenne ich ein paar Beispiele:

Schwangerschaftsabbrüche: In der geburtshilflichen Anamnese wird sowohl nach der Zahl der geborenen Kinder gefragt als auch nach den ungeborenen. Handelte es sich bei ungeborenen Kindern um eine Fehlgeburt oder eine Interruptio? Für viele Frauen ist diese Frage unangenehm, vielleicht sogar mit traumatischen Erlebnissen verknüpft. Für die ärztliche Betreuung aber ist die Unterscheidung wesentlich. Da die ePA der Patientin gehört, darf sie bei der Vorlage in der Praxis bestimmte Einträge verbergen. Verbirgt sie Interruptionen, zieht die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt aus einer Differenz zwischen der Anzahl der Schwangerschaften und der Anzahl der Geburten möglicherweise die falschen Schlüsse. Die ePA verliert an dieser Stelle ihre medizinische Bedeutung. Die betroffene Frau befindet sich in einem Dilemma.

Humangenetische Beratung: Hat die Patientin eine BRCA1/2-Mutation und somit ein massiv erhöhtes Brustkrebsrisiko, darf die Praxis diese Diagnose erst nach schriftlicher Aufklärung in der ePA speichern. Diese Diagnose mag die Betroffene als stigmatisierend empfinden, aber für die Planung von Früherkennungsuntersuchungen ist sie richtungsweisend. Darüber muss in der Frauenarztpraxis gesprochen und eine Entscheidung getroffen werden.

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: Soll der ICD-10-Code N94.1 für organisch bedingte Schmerzen in der ePA stehen oder gar der Code F52.6 für nichtorganische Dyspareunie? Wenn die Betroffene ihre elektronische Gesundheitskarte in der hausärztlichen Praxis einliest, so hat diese gemäß der gesetzlichen Opt-Out-Regelung 90 Tage Einsicht in die komplette ePA. Soll die Hausärztin/der Hausarzt überhaupt von der bestehenden Problematik wissen? Was ist, wenn andere Familienmitglieder, z. B. der Ehepartner, von derselben Hausärztin/demselben Hausarzt betreut werden? Wenn die Einsicht in die ePA an dieser Stelle verwehrt wird, werden auch alle anderen Diagnosen unlesbar. Das gilt im Übrigen auch für Medikamente. Da diese Diagnosen in der frauenärztlichen Praxis gestellt werden, muss die behandelnde Frauenärztin oder der behandelnde Frauenarzt die Patientin beraten, wem sie das Lesen der ePA gestatten soll. Glücklicherweise geht aus einer ePA für die annehmende Praxis nicht hervor, welche Teile gelöscht oder verborgen wurden: Datenschutz.

Beckenbodenschwäche: Hinter dem ICD-10-Code N81.0 verbergen sich auch verschiedene Formen der Inkontinenz. Darüber spricht eine Frau nicht mit ihrer Zahnärztin/ihrem Zahnarzt oder auch nicht mit der Hausärztin/dem Hausarzt. Will sie, dass dies nur die Frauenärztin oder der Frauenarzt lesen können soll? Die gynäkologische Praxis kann die Betroffene beruhigen: Eine anlasslose Ausforschung der ePA soll nicht stattfinden.

Bis die ePA zur Volltextsuche ausgereift ist und die Möglichkeit bietet, auch übertragene Arztbriefe zu analysieren, wird es noch zwei weitere Ausbaustufen geben. Dann müssen wir über das Zeigen und Verbergen von Teilen der ePA erneut nachdenken. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen aber heute schon darüber nachdenken, wie wir unsere Patientinnen bei solch kritischen Diagnosen beraten. Wir dürfen sie damit nicht alleinlassen! ◀

Dr. med. Dr. phil. Hans-Jürgen Bickmann ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit eigener Praxis in Siegen. Er ist Co-Vorsitzender des Ärztlichen Beirates Digitalisierung NRW. Seit einem Jahr ist er Mitglied im DÄB.

E-Mail: info@dr-bickmann.de



Vertraulichkeit: Conditio sine qua non

BIANCA KASTL

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt einige Bedingungen, damit sie gelingen kann. Viele denken dabei an einen bestimmten erlebten Nutzen, den die Digitalisierung des Gesundheitswesens uns allen gegenüber bringen muss: Vereinfachung der Behandlung durch elektronische Medikationspläne etwa oder die Möglichkeit zur besseren medizinischen Forschung mit großen Datenmengen. All das soll am besten besonders einfach und nutzungsfreundlich sein. Ohne den persönlich erlebten Nutzen scheint eine Gelingensbedingung der Digitalisierung nicht gegeben. Oftmals verdrängen wir dabei allzu schnell, dass das Gelingen der Digitalisierung auch an andere Bedingungen gebunden ist. Nicht immer sind diese sofort wahrnehmbar. Eine weitere Gelingensbedingung rückt oftmals erst dann in den Fokus, wenn etwas schief läuft: das Vertrauen in die Sicherheit der eigenen persönlichen Daten.



Daten in der ePA: Vertraulichkeit ist ein Muss

In einem digitalen Gesundheitswesen ist die Sicherheit der intimsten persönlichen Gesundheitsdaten Basis einer jeden Vertrauensbeziehung, die ich als Patientin im digitalen Raum aufbaue. Das ist ähnlich wie bei Behandlungen in der echten Praxis: Patientinnen und Patienten, die keine Vertrauensbeziehung zu ihren Behandelnden aufbauen können, werden sich wahrscheinlich zweimal überlegen, ob sie eine Therapie wirklich beginnen wollen oder dort fortsetzen.

Vertraulichkeit ist also eine Conditio sine qua non: eine unabdingbare Voraussetzung, damit Digitalisierung im Gesundheitswesen gelingen kann. Sie ist nicht nur wichtig für Frau-

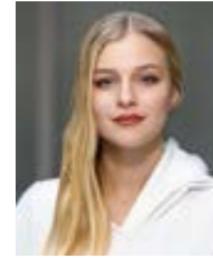
en im Allgemeinen. Sie ist wichtig für Frauen, die trans oder inter sind, für nicht weiße Frauen, für Frauen mit unerfüllten Kinderwünschen, für Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche haben durchführen lassen, aber auch für Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind. Vertraulichkeit ist nicht nur wichtig für Frauen. Bestimmte Krankheiten werden in unserer Welt stigmatisiert oder diskriminiert. Das kann auch weiße Männer, die nach wie vor die medizinische Norm darstellen, treffen – etwa im Falle von Impotenz. Als betroffene Person werde ich dabei wegen bestimmter Krankheiten diskriminiert und bin dem abwertenden Urteil der Umwelt ausgesetzt. Ab dem Verlust der Vertraulichkeit meiner Daten habe ich keine Kontrolle mehr darüber, wie ich von Mitmenschen im wahrsten Sinne des Wortes behandelt werde.

Der Weg zur individuellen Vertraulichkeit im digitalen Gesundheitswesen ist möglich, auch wenn es oftmals kein leichter ist. Vertraulichkeit im Digitalen wird durch sinnvolle Konzepte im Bereich der IT-Sicherheit und des Datenschutzes ermöglicht. IT-Sicherheit und Datenschutz sind in Deutschland oftmals nicht besonders beliebt. Sie haben selbst die Aufgabe, nahbar und nutzbar zu werden. Das war in den letzten Jahren nicht immer der Fall – so viel muss fairerweise anerkannt werden.

Im Dezember 2024 haben Martin Tschirsch und ich darauf hingewiesen, dass es in der elektronischen Patientenakte (ePA) erhebliche Sicherheitslücken gibt, die es Außenstehenden ermöglichen, auf Daten zuzugreifen. Eine Vertraulichkeit ist so nicht gewährt, eine Gelingensbedingung für Digitalisierung im Gesundheitswesen ist nicht vorhanden. Wir müssen gemeinsam daran arbeiten, dass diese Vertraulichkeit auf digitaler Ebene möglich wird, auch wenn das an ein paar Stellen noch Arbeit bedeutet. Diskussionen helfen nicht: Vertraulichkeit muss es auch im Digitalen geben – sine qua non. ◀

Bianca Kastl, Entwicklerin und IT-Spezialistin, aktiv im Umfeld des Chaos Computer Club, beschäftigt sich seit längerem beruflich und zivilgesellschaftlich mit digitalen Infrastrukturen und ihren Technikfolgen im Bereich öffentliche Verwaltung und Gesundheitswesen.

E-Mail: bianca.kastl@inoeg.de



Ein zweischneidiges Schwert – Ausgrenzung und Inklusion mit KI

NINA HAFFER, PROF. DR. MED. SYLVIA THUN

Die rasante Entwicklung von Künstlicher Intelligenz (KI) beeinflusst zahlreiche wissenschaftliche und medizinische Bereiche. Doch während KI-Systeme enormes Potenzial bieten, bergen sie auch Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf geschlechtsspezifische Datenlücken und algorithmische Verzerrungen. Ein zentrales Problem ist der Gender Data Gap in der Medizin, der u. a. dem geschuldet ist, dass Frauen – vor allem in der Vergangenheit – in vielen klinischen Studien unterrepräsentiert waren. Gleichzeitig zeigen moderne KI-Modelle, darunter Large Language Models (LLMs), oft sogenannte geschlechtsspezifische Biases oder Verzerrungen, die bestehende gesellschaftliche Ungleichheiten verstärken könnten. Andererseits hat KI auch dazu beigetragen, geschlechtsspezifische Symptome aufzudecken.

Ein drastisches Beispiel sind Herzinfarkt Diagnosen: Traditionell wurden Herzinfarkt-Symptome anhand von Daten analysiert, die hauptsächlich aus männlichen Patientenpopulationen stammen. Erst durch die Anwendung von Machine Learning konnten spezifische Prädiktoren für Frauen identifiziert werden, die eine bessere medizinische Versorgung ermöglichen (1). In den 1990er Jahren rückten die unterschiedlichen Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten in den Fokus, da Frauen zuvor aus klinischen Studien ausgeschlossen wurden (2). Zwischen 1997 und 2000 wurden acht von zehn untersuchten Medikamenten in den USA vom Markt genommen, weil erst nach der Zulassung festgestellt wurde, dass sie für Frauen ein höheres Gesundheitsrisiko bergen als für Männer (3–4). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Analysen bereits in der frühen Entwicklungsphase von Medikamenten zu integrieren. Trotz wachsender Sensibilisierung für das Problem bleiben viele klinische Studien in Bezug auf den Faktor Geschlecht unausgewogen (5).

Generative KI-Algorithmen werden auf riesigen Datensätzen aus dem Internet trainiert, die bestehende gesellschaftliche Vorurteile widerspiegeln. So bevorzugen KI-generierte Bilder oft männliche Merkmale, da die Trainingsdatensätze eine größere Menge an männlichen Darstellungen enthalten oder männlich codierte Eigenschaften überrepräsentiert sind (6).

Aber genauso wie KI das Potenzial hat, bestehende Ungleichheiten zu verstärken, kann sie auch positive Auswirkungen

auf das Gesundheitssystem haben. In der Medizin könnten KI-gestützte Systeme, die spezifische Daten für Frauen und diverse Geschlechtsidentitäten berücksichtigen, dazu beitragen, personalisierte Behandlungsstrategien zu entwickeln. Beispielsweise wird an Methoden gearbeitet, um Trainingsdaten diverser zu gestalten oder Modelle so zu justieren, dass sie unterschiedliche demografische Gruppen fairer repräsentieren (7).

Neben den zugrundeliegenden Daten müssen auch die Metadaten hinsichtlich ihrer Diversität berücksichtigt werden, da auch in internationalen Standards und Terminologien, die digitale Daten standardisieren und ihre Interoperabilität sicherstellen, diskriminierende Verzerrungen verborgen sein können (8). Diese Biases können sich aus kulturellen, sprachlichen und systemischen Einflüssen in den Metadatenstrukturen ergeben. Daher ist es unerlässlich, diese auch regelmäßig auf Verzerrungen zu überprüfen und sicherzustellen, dass sie repräsentativ und inklusiv sind, um faire und unvoreingenommene Datennutzung zu gewährleisten. ◀

Die Literaturangaben stehen online unter:

www.aerztinnenbund.de/Ausgrenzung-und-Inklusion-mit-KI

Nina Haffer, Biotechnologin und Doktorandin, forscht am Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) zur semantischen Interoperabilität und Standardisierung medizinischer Daten (Schwerpunkt: geschlechtsspezifische Aspekte und Terminologiestandards). Sie übernimmt leitende Rollen in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) sowie der Medizininformatik-Initiative.

E-Mail: nina.haffer@charite.de

Prof. Dr. med. Sylvia Thun, Dipl.-Ing., ist Expertin für IT-Standards im Gesundheitswesen. Sie lehrte seit 2011 an der Hochschule Niederrhein und ist seit 2021 Univ.-Professorin (W3) auf Lebenszeit für Digitale Medizin und Interoperabilität am BIH an der Charité Berlin (Bereich E-Health und Interoperabilität). Sie leitet u. a. das Projekt Digitalradar Krankenhaus, das die digitale Reife von Krankenhäusern misst. Sie ist DÄB-Mitglied.

E-Mail: sylvia.thun@bih-charite.de



Arbeitswelten im Wandel: Flexibilität dank Telemedizin

DR. MED. SANDRA DOHMEN, MHBA, PD DR. MED. JANA MOSSANEN, DR. MED. ANDREAS FOLLMANN, MHBA

Telemedizin schafft lebensphasenorientierte Arbeitsplätze für mehr Flexibilität und Zufriedenheit

Die moderne Arbeitswelt befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel, der selbst im starr regulierten Gesundheitswesen spürbar ist. Traditionelle Arbeitsmodelle stoßen an ihre Grenzen, wenn es darum geht, den verschiedenen Lebensphasen und Bedürfnissen von Ärztinnen gerecht zu werden. Telemedizin stellt in diesem Zusammenhang eine innovative Lösung dar, um flexible und lebensphasenorientierte Arbeitsplätze, z. B. während der Schwangerschaft, in Still-/Elternzeit oder kurz vor dem Ruhestand, zu schaffen. Telemedizin kann dazu beitragen, attraktive Arbeitsumfelder aufzubauen und sowohl dem Fachkräftemangel als auch auszeitbedingten Karrierebrüchen entgegenzuwirken.

Die Klinik für Anästhesiologie und die Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care der Uniklinik RWTH Aachen treiben seit vielen Jahren das Thema Telemedizin in Forschung und Versorgung voran. Hier halten telemedizinische Anwendungen zunehmend Einzug in den Versorgungsalltag. Diese ermöglichen es Fachärztinnen, ihre Expertise aus einem sicheren Arbeitsumfeld heraus orts- und zeitunabhängig einzubringen. Beispielsweise können Anästhesistinnen klassische perioperative Leistungen, wie z. B. die Prämedikation, telemedizinisch erbringen. Nach einer digitalen Anamnese und einer allgemeinen Risikoauflärung, die eigenverantwortlich durch die Patientin oder den Patienten geschieht, erfolgen individuelle Aufklärung sowie Einholung des Einverständnisses in einem Videogespräch. Das Programm soll zukünftig erweitert werden und ärztlichen Kolleginnen neue Einsatzmöglichkeiten bieten, z. B. während der Schwangerschaft oder im Rahmen der Wiedereingliederung nach Verletzungen, die eine Tätigkeit im OP verhindern. Dadurch trägt die telemedizinische Narkoseaufklärung nicht nur zur Steigerung des Patientenkomforts bei [1], sondern eröffnet flexible, lebensphasenorientierte Arbeitsmodelle im Homeoffice und unterstützt ökologische Nachhaltigkeitsaspekte [2].

Die Anwendung von Telemedizin in der Intensivmedizin, sowohl in der eigenen Klinik als auch in einem kooperierenden Krankenhaus der Allgemeinversorgung, bietet die Möglichkeit, Teams und v. a. auch unerfahrenere Kolleginnen und Kolle-

gen mit hoher Expertise zur Seite zu stehen, ohne physisch vor Ort zu sein. Dieses Konzept führt bewiesenermaßen zu einer Steigerung leitlinienadhärenter Behandlung [3] und erfreut sich zunehmender Akzeptanz [4]. Die Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care der Uniklinik RWTH Aachen beschäftigt seit vielen Jahren einen Großteil der Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzweiterbildung Spezielle Intensivmedizin anteilig im klinikeigenen Funktionsbereich Telemedizin.

Der allgemeine Wandel fordert eine Flexibilisierung von Arbeit. Telemedizin und Digitalisierung können dazu beitragen. Dafür müssen entsprechend nachhaltige und flexible Arbeitsplätze und -zeitmodelle etabliert werden. ◀

Dr. med. Sandra Dohmen ist Oberärztin an der Klinik für Operative Intensivmedizin u. Intermediate Care der Uniklinik RWTH Aachen und 2. Sprecherin des wissenschaftlichen Arbeitskreises Digitale Medizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).

E-Mail: sdohmen@ukaachen.de

PD Dr. med. Jana Mossanen ist Oberärztin an der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care der Uniklinik RWTH Aachen und Trägerin des Brigitte-Gilles-Preises, mit dem die Sichtbarkeit von Frauen in der Wissenschaft erhöht werden soll.

E-Mail: jmossanen@ukaachen.de

Dr. med. Andreas Follmann ist Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie der Uniklinik RWTH Aachen, Leiter des Acute Care Innovation Hub und Leitender Notarzt der Stadt Aachen. Er ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin.

E-Mail: afollmann@ukaachen.de

Die Literaturangaben finden Sie online unter: www.aerztinnenbund.de/Teleintensivmedizin



Anwendung von KI in der Mammadiagnostik

PD DR. MED. SUSANNE GRANDL, MHBA

Wie kann KI die radiologische Befundung unterstützen?

Das Mammakarzinom ist die häufigste Krebserkrankung der Frau (etwa jede achte Frau ist betroffen). Eine große Errungenschaft in der Früherkennung war die Einführung des Mammographie-Screening-Programms vor ca. 15 Jahren, eine andere die Erweiterung der oberen Altersgrenze zum 1. Juli 2024. Frauen ab dem 50. bis zum Tag vor dem 76. Geburtstag sind alle zwei Jahre anspruchsberechtigt: pro Jahr über 8 Mio. Frauen. Die Befundenden im Screening sichten in kurzer Zeit große Mengen an Aufnahmen. Nur ein geringer Anteil ist auffällig – dieser darf jedoch nicht übersehen werden. Die Identifizierung subtiler Auffälligkeiten braucht speziell geschultes Personal, das diese von unauffälligen Befunden differenziert. Die vorgeschriebene unabhängige Doppelbefundung ist ein Qualitätsmerkmal, erfordert jedoch erhebliche personelle Ressourcen.

Bei der Auswertung der Datenmengen in radiologischen Untersuchungen findet Künstliche Intelligenz (KI) zunehmend Anwendung. KI ist in der Lage, große Datenmengen in kurzer Zeit zu verarbeiten. Dabei „lernt“ sie, indem sie mit Bilddaten gesunder und erkrankter Frauen „gefüttert“ wird. Für die Mammadiagnostik gibt es verschiedene KI-Anwendungen: Programme, die Auffälligkeiten im Bild kennzeichnen (z. B. Mikroverkalkungen, Architekturstörungen oder Herdbefunde, sodass die Befundenden sich diese Stelle genauer ansehen können), Programme, die einen Risikoscore für das Vorliegen eines Malignoms be-

rechnen oder Programme, die unauffällige/auffällige Mammographien mit hoher Sicherheit herausfiltern. Im Gegensatz zu Menschen ermüdet die KI auch nach einem 10-stündigen Arbeitstag nicht.



Meilenstein der Versorgung: Das Mammographie-Screening-Programm

Die aktuell in Nature Medicine veröffentlichte PRAIM-Studie verglich die Performance der KI-unterstützten Doppelbefundung mit der Standard-Doppelbefundung im Rahmen des deutschen Mammographie-Screening-Programms. Die Brustkrebs-Detektionsrate war in der KI-unterstützten Gruppe um 17,6 % höher als in der Standard-Doppelbefundung bei einer um 2,5 % verringerten Abklärungsrate. Die Studie gibt eine mögliche Arbeitersparnis von 56,7 % bei gezielter Integration von KI in das Mammographie-Screening-Programm an.

KI findet auch außerhalb des Screenings Anwendung. In unserer Praxis läuft bei allen kurativen Mammographien eine KI mit, gleichsam als zweites Augengepaar. Sie weist auf Auffälligkeiten hin oder bietet Entscheidungshilfe bei unklaren Befunden. Dabei steht die KI

keinesfalls in Konkurrenz zu menschlichen Befundenden, sondern ermöglicht diesen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren: den komplexen Fall oder das Patientengespräch. Und genau in diesem Bereich ist die Grenze zwischen dem Einsatzbereich von KI und der ärztlichen Tätigkeit zu sehen: in der Bewertung der Befunde im klinischen Kontext, der Beratung der betroffenen Frau und der gemeinsamen Entscheidung mit ihr. Wie der Mensch ist die KI nicht frei von Fehlern. Auch von ihr werden Karzinome übersehen oder aber z. B. harmlose Gefäßverkalkungen, eine Hautfalte oder Narbe als auffällig markiert.

Leider existiert bislang keine Abrechnungsziffer zur adäquaten Vergütung der KI-Nutzung. Auch daher ist die Anwendung sehr heterogen verteilt: Nicht jede Praxis kann es sich leisten, mehrstellige Summen in KI-Programme zu investieren. Im Sinne einer effizienten, sicheren Patientenversorgung ist die Politik gefordert, Abhilfe zu schaffen. ◀

PD Dr. med. Susanne Grandl ist Fachärztin für Diagnostische Radiologie, Gesellschafterin der Praxisgemeinschaft DIE RADIOLOGIE und Programmverantwortliche Ärztin im Deutschen Mammographie-Screening-Programm für die Region Schwaben-Nord/Augsburg. Mit der Radiologie Initiative Bayern setzt sie sich für eine adäquate Vergütung der KI-basierten Diagnostik ein. Sie ist DÄB-Mitglied.

E-Mail: susanne.grandl@die-radiologie.de

Digitale Zwillinge in der personalisierten Brustkrebstherapie

Maßgeschneiderte Medizin oder neue Ungleichheiten?

DIPL.-ING. NORA WEINBERGER, DR. DANA MAHR, DANIELA HERY, DR. THERESA AHRENS



Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, allerdings erkranken auch jedes Jahr rund 700 Männer an Brustkrebs in Deutschland. Die personalisierte Medizin verspricht gezieltere Behandlungsstrategien, doch viele Standardtherapien basieren weiterhin auf Durchschnittswerten, anstatt individuelle Faktoren zu berücksichtigen. Ein neuer Ansatz sind digitale Patientinnen- und Patientenzwillinge – virtuelle, datenbasierte Modelle, die Krankheitsverläufe simulieren und Therapieoptionen individuell testen. In der Onkologie könnten sie eine echte Revolution bedeuten. Doch wie geschlechtersensibel sind digitale Zwillinge?

Digitale Zwillinge: Präzisionsmedizin für wen?

Digitale Patientinnen- und Patientenzwillinge sollen helfen, die Wirksamkeit von Therapien vorherzusagen und betroffenen Personen individuell abgestimmte Behandlungen zu ermöglichen. In Deutschland gibt es erste Forschungsansätze. So war etwa das Deutsche Krebsforschungszentrum neben anderen im Projekt „CLINIC 5.1“ an der Entwicklung eines digitalen Zwillings zur Bilderkennung während Tumoroperationen beteiligt.

Auch in der personalisierten Brustkrebstherapie könnten digitale Zwillinge neue Möglichkeiten eröffnen, z. B. um individuelle Krankheitsverläufe besser zu verstehen: Wie reagiert der Tumor auf eine bestimmte Chemotherapie? Welche Nebenwirkungen sind zu erwarten? Die Simulation könnte dabei helfen, nicht wirksame Behandlungen zu vermeiden und Therapien gezielter anzupassen. Besonders in der Onkologie, wo sich Tumore biologisch stark unterscheiden, wäre ein solch individualisierter Ansatz ein weiterer Fortschritt.

Doch ein kritischer Punkt bleibt: Werden geschlechterspezifische Unterschiede ausreichend berücksichtigt? Medizinische Forschung hat lange Zeit vor allem auf männlichen Daten basiert. Somit könnten neue digitale Modelle selbst bei frauendominierten Erkrankungen wie Brustkrebs bestehende Ungleichheiten fortschreiben, wenn sie nicht bewusst geschlechtersensibel gestaltet werden.

Gender Bias in der digitalen Onkologie

Viele medizinische Algorithmen beruhen auf Datensätzen, die nicht ausreichend divers sind. Dabei sind bei Brustkrebs geschlechterspezifische Faktoren zentral:

- Hormonelle Einflüsse, wie z. B. der Menopausen-Status, können das Ansprechen auf bestimmte Therapien erheblich beeinflussen. Ein digitales Modell, das diesen Faktor nicht einbezieht, könnte für prämenopausale Patientinnen unzuverlässige Prognosen liefern.
- Reproduktionsmedizinische Aspekte sind für viele jüngere Brustkrebspatientinnen essenziell. Digitale Zwillinge sollten nicht nur das Ansprechen auf Therapien simulieren, sondern auch berücksichtigen, welche Auswirkungen eine Chemotherapie auf die Fruchtbarkeit haben kann.
- Männliche Brustkrebspatienten machen zwar nur 1 % der Fälle aus, haben aber oft schlechtere Prognosen. Digitale Zwillinge, die nur auf weiblichen Daten beruhen, könnten diese Patientengruppe systematisch übersehen und benachteiligen.

Ein weiteres Problem ist die Datenrepräsentation. Frauen sind historisch in klinischen Studien unterrepräsentiert, besonders in interdisziplinären Forschungsbereichen wie der Künstlichen Intelligenz. Werden digitale Zwillinge mit verzerrten oder unvollständigen Daten trainiert, riskieren wir eine Techno-

logie, die nicht alle Patientinnen-/Patientengruppen angemessen abbildet. So erkennen viele KI-gestützte Diagnosesysteme Krankheitsbilder bei Männern besser als bei Frauen, weil die Trainingsdaten überwiegend männlich sind. Diese Art von Bias könnte sich bei digitalen Zwillingen fortsetzen.

Ein Blick in laufende Forschungsprojekte zeigt: Das Bewusstsein für diese Problematik wächst.

Herausforderungen und offene Fragen

Neben der geschlechtersensiblen Gestaltung gibt es weitere offene Fragen, die über den Erfolg oder Misserfolg digitaler Zwillinge mitentscheiden:

- Zugang und Kosten: Wird die Technologie allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen oder nur bestimmten Gruppen? Wenn die Entwicklung digitaler Zwillinge aufwändig und teuer bleibt, profitieren möglicherweise nur spezialisierte Zentren oder privat Versicherte.
- Validierung und klinische Evidenz: Noch fehlt der wissenschaftliche Nachweis, dass digitale Zwillinge tatsächlich bessere Therapieentscheidungen ermöglichen als bisherige Modelle. Eine breite klinische Anwendung erfordert umfangreiche Validierungen.
- Repräsentation von Vielfalt: Digitale Modelle müssen die Komplexität von Geschlecht, Ethnie und individuellen Krankheitsverläufen realistisch abbilden. Bestehende Verzerrungen in medizinischen Datensätzen könnten dazu führen, dass bestimmte Gruppen unzureichend oder fehlerhaft repräsentiert werden. Um digitale Zwillinge für alle nutzbar zu machen, müssen diversere Datensätze einbezogen und Algorithmen entsprechend trainiert werden.
- Ethische und gesellschaftliche Fragestellungen: Wer hat Zugriff auf sensible Gesundheitsdaten? Wie kann eine informierte Einwilligung sichergestellt werden? Welche Auswirkungen hat die Simulation von Krankheitsverläufen auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit? Verstärkt die Technologie das Bild eines „optimierbaren“ Körpers und führt zu neuen Formen von Normierung und Verantwortung?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Um digitale Zwillinge sinnvoll in die Praxis zu überführen, braucht es eine enge Kooperation zwischen Onkologie, Informatik, Datenwissenschaft und Sozialwissenschaften.

Technologie mitgestalten – nicht nur anwenden

Die Entwicklung digitaler Zwillinge braucht einen interdisziplinären und geschlechtersensiblen Ansatz. Ärztinnen und Ärzte sollten sich aktiv in die Diskussion einbringen und fordern, dass:

- Frauen als Forscherinnen stärker in die Entwicklung solcher Technologien eingebunden sind,
- Datensätze diverser und inklusiver gestaltet werden,
- geschlechterspezifische Unterschiede in Algorithmen berücksichtigt werden.

Fazit: Wir brauchen eine Digitalisierung, die geschlechtersensibel ist

Digitale Zwillinge haben das Potenzial, die onkologische Versorgung zu revolutionieren. Doch sie sind kein Selbstläufer: Ob sie die personalisierte Medizin tatsächlich voranbringen oder bestehende Ungleichheiten verstärken, hängt davon ab, ob geschlechterspezifische Aspekte von Anfang an mitgedacht werden. Dafür braucht es mehr geschlechtersensible KI-Forschung, bessere Datenqualität durch inklusive Studien sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin, Informatik und Sozialwissenschaften. Denn digitale Medizin ist nur dann fortschrittlich, wenn sie für alle funktioniert. ◀

Dipl.-Ing. Nora Weinberger ist Wissenschaftlerin am Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). Sie beschäftigt sich seit fast zwei Jahrzehnten mit den sozialen und ethischen Implikationen neuer Technologien, insbesondere im Bereich Gesundheit und Lebenswissenschaften.

E-Mail: nora.weinberger@kit.edu

Dr. Dana Mahr ist seit 2023 Wissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt partizipative Forschung an den Schnittstellen von Wissenschaft, Technologie, Gesellschaft und Gesundheit am Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT). Zuvor war sie an der Universität Genf tätig und leitete dort das Projekt „Development of Personalized Health in Switzerland“.

E-Mail: dana.mahr@kit.edu

Daniela Hery ist Digital Health Engineer und UX-Designerin am Fraunhofer-Institut für Experimentelles Software Engineering (IESE) in der Abteilung Digital Health Engineering und beschäftigt sich u. a. mit Human Centered Design und der Gestaltung von digitalen Anwendungen im Gesundheitsbereich.

E-Mail: daniela.hery@iese.fraunhofer.de

Dr. Theresa Ahrens forscht mit ihrer Abteilung Digital Health Engineering am Fraunhofer IESE zu Dateninteroperabilität, Künstlicher Intelligenz in der Medizin und zu digitalen Zwillingen von Patientinnen und Patienten.

E-Mail: theresa.ahrens@iese.fraunhofer.de



Digitale vertrauliche Spurensicherung

Foto © Andreas Woltschützke



DR. MED. BRITTA GAHR

iGOBSIS: Das intelligente Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem

Untersuchungen gewaltbetroffener Menschen, auch im Sinne sogenannter vertraulicher Spurensicherung, gehören mittlerweile zum klinischen Alltag. Der Gesetzgeber hat die Relevanz der vertraulichen Spurensicherung sowie den Bedarf einer flächendeckenden, professionalisierten Lösung erkannt. Er hat die Gewaltbetroffenenversorgung durch § 27(1) und § 132k SGB V als „Krankenbehandlung“ definiert, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechenbar ist.

Die Leistungen der vertraulichen Spurensicherung umfassen danach neben der Untersuchung der von Gewalt betroffenen Menschen inkl. einer standardisierten Verletzungsdokumentation und Spurensicherung auch forensisch-toxikologische Laboruntersuchungen – bei expliziter medizinischer Indikation und positiver Rücksprache mit dem kooperierenden Institut für Rechtsmedizin. Ebenso gehört die Archivierung der sichergestellten Asservate mit den gesetzlichen Krankenkassen dazu.

Spuren korrekt sichern und Betroffene sachkundig zu beratenden und therapeutischen Angeboten im psychosozialen Sektor informieren und weiterleiten können. Dafür wird das in Düsseldorf angesiedelte Projekt iGOBSIS samt bestehendem Netz aus Kliniken und Praxen im Zuge der Umsetzung der Neuregelungen des SGB V ausgeweitet. iGOBSIS unterstützt Ärztinnen und Ärzte aus NRW über ein Informationsportal sowie eine webbasierte Dokumentationsanwendung bei der gerichts-festen Dokumentation und regelt den Transport und die sachgemäße Lagerung von asservierten Spurentägern. Begleitend finden Schulungen zur Versorgung von Gewalt betroffenen Personen statt, und es besteht das Angebot einer jederzeit erreichbaren, telekonsiliarischen, rechtsmedizinischen Beratung.

iGOBSIS wird kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt. Teilnehmende Einrichtungen sind in einem zentral-dezentralen Ansatz aus einem interdisziplinären Gewaltbetroffenenzentrum, Schwerpunkt-kliniken sowie Kliniken und Praxen in der Fläche miteinander verbunden. ◀

Mehr zur Weiterentwicklung von iGOBSIS unter: www.aerztinnenbund.de/iGOBSIS_Gewaltopfer_Beweissicherung

Dr. med. Britta Gahr ist Bereichsleiterin der Rechtsmedizinischen Ambulanz für Gewaltopfer am Universitätsklinikum Düsseldorf.

E-Mail: britta.gahr@med.uni-duesseldorf.de



Die vertrauliche Spurensicherung nach Gewalteinwirkung umfasst eine gerichts-feste Dokumentation von Gewaltfolgen

Bei uns in Nordrhein-Westfalen ist zum 01.03.2025 ein entsprechender Vertrag in Kraft getreten – zwischen dem NRW-Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration, dem NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Universitätsklinikum Düsseldorf, Köln und Münster. Weitere Universitätsklinikum mit ihren rechtsmedizinischen Instituten werden nachfolgen.

Der Vertrag sieht zudem u. a. die Nutzung der digitalen Dokumentationsanwendung iGOBSIS vor, um Leistungen der vertraulichen Spurensicherung abrechnen zu können. Denn nur eine gerichts-feste Dokumentation und Spurensicherung unterstützt Betroffene von Gewalt wirklich.

Eine optimale Versorgung setzt voraus, dass Ärztinnen und Ärzte Gewaltfolgen richtig einordnen, gerichts-fest dokumen-



App auf Rezept: DiGA zur Therapieunterstützung bei Brustkrebs

Foto © Martin Zichlaff

PROF. DR. MED. PIA WÜLFING

Seit der Einführung Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) besteht die Möglichkeit, digitale Lösungen gezielt in die Versorgung einzubinden. Eine DiGA, eine sogenannte App auf Rezept, kann von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden und Patientinnen und Patienten zusätzliche medizinische Begleitung zur Therapie- oder Nebenwirkungsüberwachung bieten. Angesichts Personal- und Zeitknappheit sowie dem Wunsch vieler Patientinnen und Patienten nach Selbstbestimmtheit unterstützen DiGA auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten.

Die App „PINK! Coach“ ist eine DiGA, die speziell für Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (ICD-10 C50) entwickelt wurde. Die App unterstützt während Therapie und Nachsorge dabei, mit den körperlichen und psychischen Herausforderungen der Erkrankung besser umzugehen. Sie basiert auf den Säulen Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit. In diesen Bereichen liefert PINK! Coach wissenschaftlich fundierte, leitlinienkonforme Informationen, ein umfassendes Bewegungs- und Achtsamkeitsprogramm, Ernährungstipps sowie psychologische Unterstützung. Die App motiviert die Patientinnen und Patienten durch tägliche Ziele, selbstwirksam ihren Lebensstil zu verändern.

Zur Gründung von PINK! wurde ich durch meine Patientinnen inspiriert: Viele baten mich, eine Plattform mit verständlichen, verlässlichen Informationen zu Brustkrebs zu schaffen, um begleitend zur medizinischen Therapie aktiv zu werden. So entstand eine umfassende Website mit patientinnengerechten Inhalten und in Zusammenarbeit mit führenden Kliniken sowie Expertinnen und Experten die App PINK! Coach. ◀

Weitere Informationen zu den geplanten Ausbaustufen von PINK! Coach sowie zu den Zukunftsperspektiven von DiGA finden Sie im ausführlichen Artikel auf der Website:

www.aerztinnenbund.de/PINK-Coach

Prof. Dr. med. Pia Wülfing ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit über 20 Jahren Spezialisierung auf Brustkrebs. 2020 gründete sie die Online-Plattform „PINK! Aktiv gegen Brustkrebs“.

E-Mail: support@pink-brustkrebs.de



Digitale und gendergerechte Hilfsmittelversorgung

Foto privat

ANN-KATHRIN CARL, M.SC.

Geschlechtsspezifische Unterschiede werden auch in Studien zur Zufriedenheit und Nichtnutzung von Orthesen unzureichend analysiert [5–7, 11, 15, 16]. Somit fehlt es an Wissen, Sensibilität und Handlungsanleitungen für die Praxis [8]. Dies ist problematisch, da der geschlechtstypische Habitus im Umgang mit Gesundheit und Krankheit nicht unterschätzt werden darf [9].

Genau hier setzt das Verbundprojekt „INDiGO – Innovative nachhaltige digitale gendergerechte Orthesenversorgung“ an, das im Juli 2024 von Akteuren aus Industrie, Forschung und Gesundheitswesen gestartet wurde [3]. INDiGO wird im Rahmen des Innovationswettbewerbs Gesünder.IN.NRW durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) mit Mitteln der Europäischen Union gefördert. Ziel ist die interdisziplinäre Entwicklung und Erprobung einer nachhaltigen, vollen digitalen Prozesskette zur gendergerechten Konzeption und Fertigung von Unterschenkel-Fuß-Orthesen. Projektbestandteile sind alle Prozessschritte von der objektiven Erfassung und Digitalisierung der Patientinnen und Patienten über die (teil-)automatisierte Konstruktion bis hin zur Produktion mittels additiver Fertigung und Bewertung der Versorgungsqualität. Ein Fokus liegt auf der Erforschung geschlechtsspezifischer Anforderungen an die Orthesenversorgung. Bestehende Wissenslücken sollen nicht in digitale Versorgungsstrukturen überführt werden.

Digitalisierungsprozesse allein führen nicht zu einer Gleichstellung der Geschlechter [2]. Es bedarf einer umfassenden wissenschaftlichen Datenbasis, die geschlechtsspezifische Unterschiede ausreichend analysiert und berücksichtigt. INDiGO soll diese für die Versorgung mit Unterschenkel-Fuß-Orthesen schaffen. Damit werden wesentliche Voraussetzungen für die nächste Stufe der Digitalisierung, den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI), erarbeitet. ◀

Weitere Informationen zum Training von KI-Modellen finden Sie online: www.aerztinnenbund.de/INDiGO

Ann-Kathrin Carl, M.Sc., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Labor für Biomechatronik an der Fachhochschule Münster.

E-Mail: a.carl@fh-muenster.de



Schwangerschaft und digitale Gesundheitsversorgung: Regulatorische Herausforderungen

PROF. DR. MIRJAM PETERS

Die digitale Gesundheitsversorgung in Deutschland folgt klar definierten regulatorischen Rahmenbedingungen. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde geschaffen, um Innovationen in die Regelversorgung zu integrieren. Dennoch gibt es Gesundheitszustände – darunter Schwangerschaft –, die sich nicht eindeutig in bestehende Kategorien einordnen lassen. Der Fall der App „uma“ illustriert dies: Die Anwendung war wissenschaftlich fundiert, zertifiziertes Medizinprodukt und entsprach den DiGA-Standards in Bezug auf Informationssicherheit. Dennoch war eine Zulassung als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) nicht möglich.

Der rechtliche Rahmen des DVG definiert eine DiGA als Anwendung zur Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten. Schwangerschaft erfüllt diese Voraussetzung nicht – eine regulatorische Hürde, die für das Entwicklungsteam und viele Fachpersonen zunächst nicht in vollem Umfang absehbar war. Erst durch die direkte Auseinandersetzung mit dem BfArM wurde dies deutlich. Auch eine Zulassung für Risikoschwangerschaften wurde geprüft und dann abgelehnt. Somit blieb auch dieser Weg für „uma“ verschlossen.

Eine alternative Zulassung als Präventions-App wurde geprüft, aber ebenfalls abgelehnt, da „uma“ über präventive Maßnahmen hinausging und Funktionen enthielt, die als sekundärpräventiv oder unterstützend in der Schwangerenversorgung interpretiert wurden. Dies stellte das Entwicklerteam vor eine paradoxe Situation: Während Schwangerschaft nicht als Krankheit galt, wurde die App gleichzeitig nicht als reine Präventionslösung anerkannt.

Trotz politischer Gespräche mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), Verbänden, dem Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) sowie Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Parteien, in denen die Problematik erkannt und viel positiver Wille geäußert wurde, blieb eine Anpassung der bestehenden Regelungen aus. Dies führte dazu, dass ein hochqualitatives, zertifiziertes Versorgungsangebot wirtschaftlich nicht tragfähig ist, während kostenfreie Lifestyle-Apps, die über Werbung finanziert werden, problemlos verfügbar sind.

Die Entwicklung von „uma“ folgte bewusst den höchsten Standards für Datenschutz, Informationssicherheit und medizinische Qualität – darunter ISO-27001-Zertifizierung, europäische Server und vollständiger Verzicht auf US-Technologieanbieter sowie eine Evaluation von „uma“ in einer randomisierten kontrollierten Studie. Diese Anforderungen führten zu erheblichen Kosten für Zertifizierung und Betrieb, die sich ohne eine Erstattungsmöglichkeit durch Krankenkassen nicht refinanzieren ließen. Dies führte dazu, dass die umaversum GmbH den Geschäftsbetrieb einstellen musste.

Der Fall „uma“ zeigt eine strukturelle Schwäche der aktuellen Regulierung: Schwangerschaft ist eine Phase mit medizinischen Herausforderungen, Risiken und Versorgungsbedarfen – dennoch existiert keine angemessene gesetzliche Grundlage, um digitale Versorgungsangebote für Schwangere in die Regelversorgung zu integrieren. Während politischer Wille zur Anpassung signalisiert wurde, fehlen bisher konkrete Schritte, um Innovationen in diesem Bereich nachhaltig zu ermöglichen. Dies stellt eine verpasste Chance dar, digitale Gesundheitslösungen gezielt zur Unterstützung von Schwangeren einzusetzen und bestehende Versorgungslücken zu schließen. ◀

„uma“ startete als Förderprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union (EFRE) und konnte nach seiner Laufzeit an der Hochschule für Gesundheit in Bochum (heute: Hochschule Bochum) erfolgreich als GmbH ausgegründet werden. Bei „uma“ handelte es sich um eine App, über die Schwangere Körperempfinden, Symptome und Werte tracken konnten. Die App half, diese Daten zu verstehen und in den Verlauf der Schwangerschaft einzuordnen. Anschließend erhielten die Frauen passende Infos und Anleitungen. Dadurch wurde die eigene Schwangerschaft handhabbarer und die Unterstützung der Gesundheit befördert.

Prof. Dr. Mirjam Peters ist Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule Bochum. Ihre aktuellen Lehr-, Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen u. a. in der Digitalisierung in der Geburtshilfe und der Frau-zentrierten Versorgung. Zuvor war sie Gründerin und Geschäftsführerin im Kontext der uma-App.*



AG FiRO – Frauen in der Radioonkologie: Ein starkes Netzwerk wächst

DR. MED. ANGELA BESSERER UND DR. MED. MAIKE TROMMER

Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) hat seit April 2024 eine neue Arbeitsgemeinschaft: die interdisziplinäre AG FiRO – Frauen in der Radioonkologie.



Während andere medizinische Fachgesellschaften, wie etwa die Deutsche Krebsgesellschaft, bereits etablierte Frauennetzwerke besaßen, fehlte eine vergleichbare Initiative in der Radioonkologie. Vernetzung erleben wir auch im Deutschen Ärztinnenbund, wie am „Runden Tisch“. Der Wunsch, sich aktiv für Parität und gendersensible Medizin einzusetzen, führte zur Gründung der AG FiRO. Mit erfreulichen 35 Gründungsmitgliedern startete die Initiative und entwickelte sich innerhalb weniger Monate zu einem dynamischen Netzwerk von mittlerweile 77 Mitgliedern aus Radioonkologie (Ärztinnen), Radiobiologie und Medizinphysik (siehe Abbildung 1).

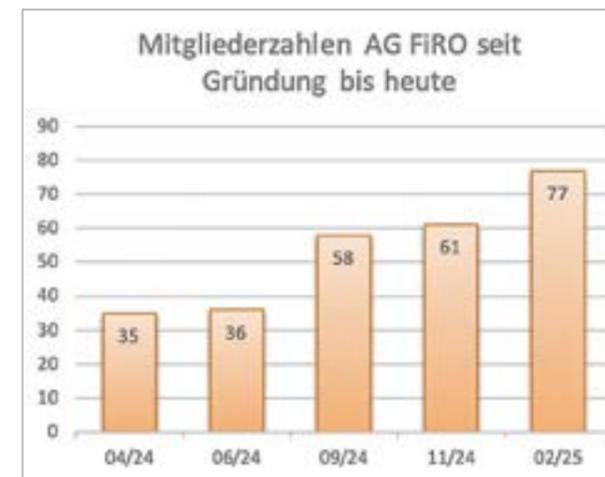


Abbildung 1: Diagramm Mitgliederwachstum der AG FiRO

Die AG FiRO versteht sich als Forum für frauen- und familien-spezifische Themen in der Radioonkologie. Im Fokus stehen dabei die Stärkung weiblicher Fachkräfte, die Förderung der

Geschlechtergleichstellung und die Vernetzung von weiblichem radioonkologischem Fachpersonal. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Patientinnen-spezifischen Fragestellungen.

Bereits im ersten Jahr ihres Bestehens konnte die AG FiRO wichtige Meilensteine erreichen: Die regelmäßigen Treffen haben sich als wertvolle Plattform für den Austausch zu Themen wie Familie und Karriere etabliert. Besonders erfolgreich war die Initiative eines Kommunikationsseminars für angehende Führungskräfte, das aufgrund der großen Nachfrage bereits in die zweite Runde geht (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Flyer Kommunikationsseminar

Des Weiteren wurde neben den größer angelegten AG-Sitzungen ein regelmäßiges abendliches Online-Treffen entwickelt: die „Kein Tabu“-Reihe. Hier kann in einem geschützten Rahmen offen und vertrauensvoll über Themen gesprochen werden, die uns als Frauen in der Radioonkologie bewegen. Dafür ist eine Voranmeldung erforderlich, um sicherzustellen, dass jede Teilnehmerin die Möglichkeit hat, ihre Anliegen und Fragen in einem sicheren Umfeld zu teilen.

In enger Zusammenarbeit mit anderen DEGRO-Arbeitsgruppen entstehen derzeit zwei wichtige Projekte: ein Expertinnen-Finder, der die Sichtbarkeit von Fachärztinnen erhöhen soll, sowie ein Mentoring-Programm für den radioonkologischen Nachwuchs.

Die wissenschaftliche Arbeit der Arbeitsgemeinschaft FiRO konzentriert sich auf Publikationen zu Parität und gendersensiblen Ansätzen in der Radioonkologie (Literatur zum Thema: Besserer et al., Gender Parity in Radiation Oncology in Germany: A 2024 Analysis of Professional Roles and Academic Training, submitted; 12/2024; Trommer et al., Balancing Barriers: Family, Career, and Gender Equality in Radiation oncology and Radiation Research – An Interdisciplinary Prospective Survey among the Young Workforce, submitted 12/2024). In letzterer Hinsicht sind ebenfalls Kooperationsprojekte, beispielsweise mit der AG Versorgungsforschung der DEGRO, entstanden, um geschlechtsspezifische Fragen im Hinblick auf die radioonkologische Therapie mit Hilfe von Krebsregister- und Studiendaten zu beantworten.

Weiterhin konnten wir kürzlich mit der AG Historie der DEGRO eine gemeinsame Publikation über die Geschichte von Frauen in der Radioonkologie und deren widrige Umstände und die Entwicklung in der heutigen Zeit verfassen (Oertel et al., Unveiling pioneers and martyrs – reflection on the history of women in radiation oncology, submitted 11/2024). Es bestehen ebenfalls Kooperationen mit dem Nationalen Netzwerk Mutterschaft und Wissenschaft, dem Deutschen Ärztinnenbund und verschiedenen Frauenförderprogrammen, wie zum Beispiel dem Zia-Fellowship des ZEIT Verlags.

Für 2025 plant die AG FiRO ein Symposium zur gendersensiblen Medizin im Rahmen des DEGRO-Kongresses und bringt ihre Expertise in die Neugestaltung des Leitbildes der Fachgesellschaft ein. Wir denken, dass der rasche Mitgliederzuwachs zeigt, dass wir mit der AG FiRO einen Nerv getroffen haben. Die Radioonkologie braucht starke Netzwerke und Vorbilder für Ärztinnen, Biologinnen und Medizinphysikerinnen aller Karrierestufen. ◀

Dr. med. Angela Besserer ist Leitende Oberärztin der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam und stellvertretende Vorsitzende und Mitgründerin der neuen AG „Frauen in der Radioonkologie“ der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO). Sie engagiert sich im Netzwerk „Professionals“ der DEGRO und für den Nachwuchs in der AG „Junge DEGRO“.

E-Mail: angela.besserer@klinikumebv.de

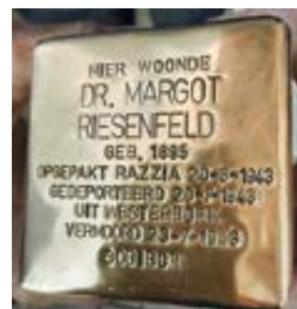
Dr. med. Maike Trommer ist Oberärztin der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Bonn, Vorstandsmitglied der DEGRO AG „Junge DEGRO“ und aktiv im Netzwerk „Professionals“. Sie ist außerdem Mitglied der Interdisziplinären AG „Frauen in der Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft sowie Vorsitzende und Gründerin der neuen DEGRO AG „Frauen in der Radioonkologie“.

E-Mail: maike.trommer@ukbonn.de

Bewegende Zeremonie für Margot Riesenfeld

Es ist Donnerstag, der 28. November 2024. Ich kann die Strecke bis zum Europaplein 81, Amsterdam zu Fuß zurücklegen. Ich bin pünktlich dort angekommen, genau wie Klazien Kruisheer, der Autor des Buches „De Dokter, dat ben ik“ aus dem Jahr 1998. Wir sehen die Ankunft der mehr als 20 Familienmitglieder und Freunde von Margot Riesenfeld, die aus den USA an diesen Ort gereist sind, sowie An Huitzing von der Stolpersteine-Stiftung. Pünktlich um 11 Uhr beginnt die Verlegung des Stolpersteins durch die städtischen Mitarbeiter, die das Prozedere bereits vorbereitet haben. Auf dem Stein lesen wir in niederländischer Sprache:

Hier lebte Dr. Margot Riesenfeld, geboren 1895, verhaftet am 20.06.1943 bei einer Razzia, deportiert am 20.07.1943 aus Westerbork, ermordet am 23.07.1943 Sobibor.



Stolperstein für M. Riesenfeld

Margot Riesenfeld war eine deutsche Ärztin, die nach Amsterdam floh und 1934 eine Allgemeinpraxis in der Zuider Amstellaan (heute Rooseveltlaan) eröffnete. Sofort wurde sie Mitglied der VNVA (Dé Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen). Margot Riesenfeld stammte aus einer Familie mit vier Kindern. Der Rest ihrer Familie wanderte rechtzeitig in die USA und nach Australien aus. Einer ihrer Brüder musste lange auf ein Visum für die USA warten und zog daher mit seiner schwangeren Frau für eine Weile nach Amsterdam. Das Baby wurde dort geboren, aber glücklicherweise konnten auch sie rechtzeitig abreisen. Margot Riesenfeld wollte untertauchen. Dieses Vorhaben verschob sie allerdings um einen Tag, weil eine ihrer Patientinnen noch ein Kind zur Welt bringen sollte. Genau am folgenden Sonntagmorgen fand die große Razzia im Amsterdamer Rivierenbuurt statt – einem Viertel, in dem damals viele Jüdinnen und Juden lebten – und Margot Riesenfeld wurde verhaftet.

Bei der Zeremonie wurden Briefe von Margot an ihre Familie von emotional tief betroffenen Angehörigen vorgelesen. ◀

Cisca Griffioen (Niederlande) nahm als Ehrenmitglied und ehemalige Vizepräsidentin aus Nordeuropa der MWIA am 100-jährigen Jubiläum des Deutschen Ärztinnenbundes teil. Den Artikel schrieb sie daraufhin als Reaktion auf die Auseinandersetzung des DÄB mit der NS-Zeit.

E-Mail: cisca.griffioen@gmail.com



IM INTERVIEW

Geschlechtersensible Medizin: Ein theoretisches Fach in die Praxis bringen

UNIV.-PROF. DR. MED. UTE SEELAND

Im Interview spricht Prof. Dr. med. Ute Seeland über die Bedeutung der Geschlechtersensiblen Medizin als akademische Fachrichtung. Sie erläutert insbesondere, wie geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigt werden sollten, um sowohl eine Qualitätssteigerung in der Forschung als auch eine gerechtere und individuellere Versorgung jeden Alters und Geschlechts zu gewährleisten.

Liebe Frau Prof. Dr. Seeland, im März 2024 wurden Sie an die Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg berufen. Ihre Stiftungsprofessur ist die erste Vollzeitprofessur für Geschlechtersensible Medizin mit Klinikanbindung in Deutschland. Geschlechtersensible Medizin – was genau bedeutet das?

Die Erkenntnis, dass Frauen und Männer „anders“ krank sind, hat ihren Weg inzwischen in die Köpfe vieler Menschen gefunden. Doch wie unterscheiden sich die Symptome von Krankheiten zwischen den Geschlechtern konkret? Und was bedeutet das für Prävention, Diagnostik und Therapie? Wie muss Forschung gestaltet sein, die diese Geschlechterunterschiede adäquat berücksichtigt? Mit diesen Fragen beschäftigen wir uns in der Geschlechtersensiblen Medizin (GSM). Wobei ich gerne von der Geschlechtersensiblen Medizin unter Berücksichtigung weiterer Diversitätsfaktoren – kurz GSM+ – spreche.

Dabei betrachten wir Gesundheit/Krankheit als komplexes Bild. Wir erforschen zum einen geschlechterspezifische biologische Unterschiede von Organen und Organsystemen. Zum anderen binden wir soziokulturelle Faktoren in unsere Forschung ein. Das erfordert neue Denkansätze und Methoden für die Forschung. In unsere Fragestellungen nehmen wir daher u. a. Themen wie soziale Bindung in Familie und Gesellschaft, Bildung, Religion, Geschlechtsidentität, Einkommen sowie körperliche und psychische Unversehrtheit auf.

Liegt der Fokus der GSM damit ausschließlich auf Frauen?

Keineswegs! GSM ist keine Frauenmedizin, sondern betrachtet explizit die Geschlechterunterschiede. Forschungsergebnisse zeigen, dass Männer und Frauen unterschiedlich auf Krankheiten reagieren. Einflussfaktoren wirken mit unterschiedlicher Effektstärke auf die Erhaltung der Gesundheit von Frauen und Männern ein. Diese Unterschiede zu kennen und zu berücksichtigen ist wichtig, um wirkungsvoll Prävention und Therapie planen zu können. Davon profitiert auch das männliche Geschlecht.

Welche Einflussfaktoren können das sein?

Wichtig ist hier z. B. der Einflussfaktor „Alter“. Dabei geht es uns nicht um das chronologische, sondern um das biologische Alter. Bestimmen kann man das u. a. über die arterielle Gefäßelastizität, die wir in unserer Hochschulambulanz oszillometrisch bestimmen können. Im Kontext „Alter“ ist es gar nicht so einfach, natürliche Alterungsprozesse der Gefäße und Organe von pathologischen zu unterscheiden. Wen sollen wir wann therapieren? Eine Frage, die insbesondere für Frauen in der Perimenopause nicht geklärt ist.

Inwiefern ist diese Phase besonders relevant?

Wir berücksichtigen in der Forschung vier Zustände beim weiblichen Geschlecht: prä-, peri-, postmenopausal und schwangere Frauen. Die Perimenopause ist die vulnerable Zeit, in der insbesondere funktionelle Störungen der Organsysteme beobachtet werden, wie z. B. plötzliche Tachykardien, schwankende Blutdruckwerte, Angina-pectoris-Symptomatik, gastrointestinale Symptome, Stimmungsschwankungen, Hitzewallungen, wechselnde Sehstärken u. v. m. Wir müssen erst einmal verstehen, wie diese Phänomene im Zusammenhang stehen mit den wechselnden Konzentrationen der Sexualhormone und deren zentralen Regelsystemen. Frauen beschreiben diese Symptome teilweise schon in einem Alter ab 42 Jahren. Bis zum Eintritt der letzten Regelblutung mit im Durchschnitt 52 Jahren bleiben für diese Frauen noch etwa zehn Jahre. Eine Zeit mit oftmals stark eingeschränkter Lebensqualität. Eine adäquate medizinische Antwort für diese Lebensphase von Frauen zu finden, ist nicht allein Aufgabe der Gynäkologie. Aus dieser Überzeugung heraus habe ich Lernziele und -inhalte zur postreproduktiven Phase des weiblichen Geschlechts in die Lehre in Magdeburg aufgenommen – und das Feedback der Studierenden ist sehr positiv.

Natürlich haben wir nicht nur das weibliche Geschlecht im Fokus. Bei männlichen Jugendlichen ist z. B. die Adoleszenz

eine sehr vulnerable Phase, die in den medizinischen Fokus genommen werden sollte, um spezielle Präventionsangebote zu entwickeln. Auch hier hoffen wir, Fortschritte zu erzielen. Helfen soll uns die Messung der Körperzusammensetzung, um eine gezielte Beratung zu Ernährung und Bewegung leisten zu können.

Sie haben es angedeutet: Seit Januar leiten Sie die deutschlandweit erste Hochschulambulanz für Geschlechtersensible Medizin und Prävention in Magdeburg. Was genau ist das?

Zunächst möchte ich sagen, dass ich gar nicht beschreiben kann, wie sehr ich mich über unsere Hochschulambulanz für Geschlechtersensible Medizin und Prävention freue. Wir bringen damit ein bisher theoretisches Fach konsequent in die Praxis – ein absoluter Meilenstein in der GSM. Und das ist gar nicht so leicht, denn wir sprechen hier von einem sehr breiten Fach, bei dem interdisziplinäre Betrachtung unentbehrlich ist. Denn in so gut wie jeder medizinischen Disziplin gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

die häufig nicht angeboten wird. Die Daten fließen ein in unsere Projekte zu Forschungsfragen, die etwas mit dem weiblichen Zyklus zu tun haben. Zyklusforschung im Zusammenhang mit Regelsystemen und Organfunktionen sind bisher stark vernachlässigt worden.

An wen richtet sich das Angebot?

Das Angebot unserer Hochschulambulanz für Geschlechtersensible Medizin und Prävention richtet sich sowohl an ärztliche Kolleginnen und Kollegen als auch an Patientinnen und Patienten. Es geht mir darum, meine Erfahrungen als Klinikärztin auf internistischen Stationen ebenso einzubringen wie meine theoretisch-wissenschaftliche Expertise zu Geschlechterunterschieden in Prävention und Therapie.

Patientenseitig haben wir vor allem Anfragen von Menschen, die sich in ihrer bisherigen Versorgungshistorie nicht umfassend betrachtet gefühlt haben; denen bei ihrer Behandlung „etwas fehlte“, das sie oftmals nicht beschreiben können. Ein

Beispiel sind Frauen in der Menopause. Die hormonellen Veränderungen in der Menopause haben Auswirkungen auf den gesamten weiblichen Körper. Kennt sich ein Mediziner, eine Medizinerin nicht sehr gut mit den Zusammenhängen aus, kann es sein, dass einzelne Symptome fehlinterpretiert und falsch behandelt werden, ohne dass es der Frau besser geht.

Zudem ist es unser Ziel, über die Hochschulambulanz viele Ärztinnen und Ärzte für einen ganzheitlichen Blick auf die Menschen zu sensibilisieren und darin ausbilden zu können. Ein Schwerpunktthema ist z. B. die Pharmakodynamik von Arzneimitteln, also die Medikation und die damit einhergehenden erwünschten, aber auch unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Historisch gesehen ist das weibliche Geschlecht gerade in pharmakologischen Studien oftmals

zu wenig berücksichtigt, z. B. in der kardiovaskulären Medizin: Forschung wurde überwiegend an Männern vorgenommen.

Das führt dazu, dass entsprechende Medikamente bei Frauen anders wirken können und die Einnahme vermehrt mit unerwünschten Wirkungen verbunden ist. Solange bei der Pharmaindustrie kein Umdenken in Richtung geschlechtersensible Arzneimittelentwicklung entsteht, müssen wir Klinikerinnen und Kliniker Strategien für sinnvolle Dosisanpassungen entwickeln.

Wir verschaffen uns in unserer Hochschulambulanz z. B. über die sogenannte Body Composition einen genaueren Blick auf den Körper. Wir können darüber die Zusammensetzung von Fettgehalt, Muskelmasse und Wasseranteil im Körper eines Patienten oder einer Patientin bestimmen. Und das ist essenziell wichtig. Gerade der Wassergehalt unterscheidet sich bei Frauen stark – je nach Lebensphase.

Als Ärztin und Arzt muss man das wissen. Und man muss sich mit dem Einfluss der Sexualhormone auf Aufnahme und Verstoffwechslung von Medikamenten auskennen, um diese dann differenziert einsetzen und dosieren zu können.

Schwerpunktthema dieser „ärztin“ ist die Digitalisierung. Daher möchte ich die Gelegenheit nutzen, Sie auch nach diesem Thema zu fragen: Nutzen Sie digitale Anwendungen in Ihrer Ambulanz? Wie stehen Sie zu KI und Co.?

In unserer Hochschulambulanz nutzen wir digitale Anwendungen, wo immer wir können – gerade in der Dokumentation. Ich möchte so viel Zeit wie möglich für die Patientinnen und Patienten haben und so wenig Zeit wie möglich mit der Dokumentation verbringen. Dabei hilft uns die Digitalisierung sehr. Das ist Handarbeit und erfordert eine enge Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Informatik und Mathematik.

Andere Themen wie z. B. die KI sehe ich dagegen eher kritisch in der Disziplin der GSM. Es ist ein großes Problem, dass frühere Studien – egal ob in der Arzneimittelforschung oder in anderen Bereichen – Frauen oftmals ausgeschlossen haben oder aber die Auswertung der Daten nicht getrennt nach Geschlechtern erfolgte. Werden die heutigen Algorithmen mit den alten, viel zu allgemeinen Daten gefüttert und trainiert, bekommen wir gerade in der GSM ein großes Problem und werden um Jahrzehnte zurückgeworfen. Das Thema müssen wir alle immer wieder ins Gespräch bringen. ◀

Interview: Anne Wewer

Univ.-Prof. Dr. med. Ute Seeland ist berufene W3-Professorin auf den Lehrstuhl für Innere Medizin/Geschlechtersensible Medizin der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg. Gefördert wird die Professur von der Margarete-Ammon-Stiftung. Sie ist Fachärztin für Innere Medizin und hat die Lehrbefähigung für Innere Medizin/Geschlechtersensible Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin erworben.

Prof. Dr. Seeland ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e. V. (DGesGM®) und im erweiterten Vorstand der International Society for Gender Medicine (IGM). Sie ist DÄB-Mitglied.

E-Mail: ute.seeland@med.ovgu.de

Außerordentliche Mitgliederversammlung vom 08.03.2025 (09:00–12:55 Uhr) in Düsseldorf und online

Ergebnisse der Abstimmungen

1. Satzungsänderungen

- Alternativ zu einer Präsidentin ist auch ein Team von zwei Co-Präsidentinnen in der Spitze des DÄB möglich.
- Die Tätigkeit der National Coordinator (NC) für den Weltärztlinnenbund MWIA ist künftig nicht mehr nur an eine der beiden Beisitzerinnen gebunden, sondern kann durch den Vorstand einem anderen Mitglied des Vorstandes übertragen werden.
- Neben der Brief- und der Präsenzwahl für den DÄB-Vorstand werden künftig als weitere Alternativen eine Online-Wahl oder eine Life-Online-Abstimmung möglich sein (Entscheidung hierzu fällt der Vorstand).

2. Modifikation der Wahlordnung

- Alternativ zur Bewerbung als Präsidentin können sich zwei Co-Präsidentinnen als Team bewerben.
- Die Bewerbungen zur Vorstandswahl (inkl. der notwendigen Unterschriften der Unterstützerinnen) können künftig auch als PDF im E-Mail-Anhang eingereicht werden.

3. Kosten für die Digitalisierung der Geschäftsstelle

Die vorgestellte Digitalisierungsstrategie wurde durch die Mitgliederversammlung genehmigt.

Den Protokollentwurf mit den genauen Formulierungen finden Sie im internen Bereich der Homepage.



Bitte daran denken: Bei der nächsten Mitgliederversammlung im September wird der Vorstand neu gewählt! Der Aufruf zur Kandidatur läuft. Nähere Informationen finden Sie auf S. 20.



Längst überfällig: Geschlechterunterschiede erkennen und in der Medizin adäquat berücksichtigen

Wir sind mit unserer Hochschulambulanz gerade in der Pilotphase und vervollständigen nach und nach unser Angebot. Einen besonderen Schwerpunkt setzen wir, wie angedeutet, auf die Bestimmung des biologischen Alters, genauer gesagt auf die Diagnostik der arteriellen Gefäßsteifigkeit und auf die Auswirkung vorzeitiger Gefäßalterung auf die Organsysteme. Wir wenden Ultraschalltechniken an von der Messung der Intima-Media-Dicke über die Aorta zu den Beinarterien sowie die Echokardiographie. Die Laborwertbestimmungen beziehen sich auch auf den Hormonstatus – eine Untersuchung,

EINLADUNG ZUR ORDENTLICHEN MITGLIEDERVERSAMMLUNG (27.09.2025, GREIFSWALD)

Aufruf zur Kandidatur für den Vorstand

Die Mitgliederversammlung (MV) findet im Rahmen des 39. Kongresses des DÄB (25.–28.09.2025) am 27.09.2025 um 13:30 Uhr im **STRAZE – Kultur- und Initiativenhaus Greifswald e.V.** (Stralsunder Str. 10, 17489 Greifswald) statt. Turnusgemäß wird bei dieser MV der Vorstand neu gewählt.

1. Wahlen

Zu wählen sind entsprechend der am 08.03.2025 veränderten Satzung: die Präsidentin, alternativ ein Team von zwei Co-Präsidentinnen, zwei Vizepräsidentinnen, die Schriftführerin, die Schatzmeisterin und zwei Beisitzerinnen. Eine der beiden Beisitzerinnen kommt aus der Gruppe der ordentlichen Mitglieder unter 40 Jahren. Ein Vorstandsmitglied übernimmt gleichzeitig die Aufgabe der Nationalen Koordinatorin (NC) als Verbindung zum Weltärztinnenbund MWIA.

Aufruf zur Kandidatur

Kolleginnen, die sich engagieren möchten und ordentliches DÄB-Mitglied sind, sind herzlich eingeladen zu kandidieren. Wer Informationsbedarf zur Vorstandstätigkeit im DÄB hat, kann sich gerne in einer DÄB-Gruppe, im Beirat oder mit den derzeitigen Vorstandskolleginnen austauschen. Laut Satzung müssen die jeweiligen Vorschläge von zehn Mitgliedern mit der Bereitschaftserklärung zur Kandidatur spätestens drei Monate vor der Wahl (**27.06.2025**) der Wahlleiterin (wahlausschuss@aerztinnenbund.de) vorliegen (per Mail oder per Post). Die entsprechenden Informationen und Formulare sind bei der Geschäftsstelle unter gsdaeb@aerztinnenbund.de anzufordern.

Vorstellung der Kandidatinnen

Die Kandidatinnen, die ihre Kandidatur vor Redaktionsschluss erklären, werden in der **ärztin** 2/2025 vorgestellt. Hierfür senden Sie bitte eine Kurzvorstellung (Werdegang, Arbeitsschwerpunkte in der Vorstandsarbeit, persönliche Interessen) im Word-Format sowie ein farbiges Porträtfoto (.jpg) mit mind. 300 dpi Auflösung per Mail an die Wahlleitung (wahlausschuss@aerztinnenbund.de) und zugleich an die Redaktion der **ärztin** (presse@aerztinnenbund.de). Der Text sollte 2.000 Zeichen inkl. Leerzeichen nicht überschreiten und bis zum Redaktionsschluss am **20.06.2025** eingehen. Fragen jederzeit gerne an den Wahlausschuss.

Briefwahl

Satzungsgemäß haben die Mitglieder alternativ zur Präsenzwahl in der MV die Möglichkeit der Briefwahl oder alternativ ggf. der Online-Wahl (sofern technisch umsetzbar sowie vom Vorstand beschlossen). Die Unterlagen hierfür können ab sofort angefordert werden und werden Ihnen ab **15.07.2025** zugeschickt. Das Anforderungsschreiben erhalten Sie über die Geschäftsstelle des DÄB. Laut Wahlordnung müssen die An-

träge auf Briefwahl spätestens zwei Wochen vor der Wahl, das heißt am **13.09.2025**, bei der Wahlleiterin postalisch eingegangen sein. Die ausgefüllten Unterlagen zur Briefwahl müssen bis spätestens **23.09.2025** der Wahlleiterin vorliegen.

Die Wählerinnenliste wird drei Monate vor der Wahl erstellt und kontinuierlich durch die neu eingetretenen Mitglieder ergänzt. Gegen die Liste kann Einspruch erhoben werden; über diesen entscheidet der Wahlausschuss. Die Art der Bekanntgabe der Wählerinnenliste sowie die Fristen für Einsicht- und Einspruchsmöglichkeiten bestimmt der Wahlausschuss. Bis **30.06.2025** kann die Wählerinnenliste in der Geschäftsstelle des DÄB in Berlin und bei der Wahlleiterin eingesehen werden. Die Einspruchsfrist endet am **01.07.2025**. Nach Ablauf dieser Frist können nur noch nach dem 01.07.2025 neu eingetretene Mitglieder Einspruch bis zum 31.07.2025 erheben.

2. Anträge auf Satzungsänderung

Gemäß § 14 der Satzung müssen **Anträge auf Satzungsänderung** bis spätestens zum 27.05.2025 und **Anträge zur Ergänzung der Tagesordnung** bis zum **16.08.2025** in der Geschäftsstelle des DÄB eingegangen sein. **Weitere Anträge** müssen spätestens bis zum 06.09.2025 bei der Antragskommission via Geschäftsstelle (gsdaeb@aerztinnenbund.de) eingegangen sein. Bitte beachten Sie die entsprechenden unterschiedlichen Vorgaben zu den verschiedenen Anträgen. Informationen hier zu und Formulare zur Einreichung der Anträge finden Sie im internen Bereich der Homepage oder Sie können sie über die Geschäftsstelle anfordern. Die endgültige Tagesordnung erhalten die Mitglieder mindestens vier Wochen vor der MV.

3. Vorläufige Tagesordnung

1. Begrüßung
2. Feststellen der Beschlussfähigkeit
3. Genehmigung der Protokolle der letzten MV
4. Genehmigung und Erweiterung der Tagesordnung
5. Totenehrung
6. Bericht der Präsidentin und des Vorstandes
7. Finanzbericht
8. Bericht der Kassenprüferinnen
9. Entlastung der Schatzmeisterin und des Vorstandes
10. Wahl des Neuen Vorstandes
11. Wahl der Kassenprüferinnen
12. Stiftung Dr. Edith Grünheit (Bericht)
13. Weitere Berichte
14. Anträge zur Satzung, weitere Anträge
15. Termine
16. Verschiedenes
17. Ausblick und Verabschiedung

FORUM 40 PLUS

Inspirierendes Treffen des Deutschen Ärztinnenbundes in Baden-Baden

Vom 29. November bis zum 1. Dezember 2024 fand in Baden-Baden die jährliche Herbsttagung des Forum 40 plus des Deutschen Ärztinnenbundes statt. Sechzehn Teilnehmerinnen kamen zusammen, um sich fachlich und persönlich auszutauschen. Das Wiedersehen gestaltete sich lebhaft, und die Freude über die Gemeinschaft war spürbar.

Ein besonderes Highlight war der hochinteressante Vortrag von Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer aus Münster. Unter dem Titel „Geschlechtersensible Medizin“ gab sie tiefe Einblicke in ein zentrales Thema der modernen Medizin. Ihr Vortrag regte zu intensiven Diskussionen an und verdeutlichte die Relevanz geschlechtsspezifischer Ansätze in der ärztlichen Praxis.

Neben dem fachlichen Austausch bot Baden-Baden den Teilnehmerinnen ein stimmungsvolles Rahmenprogramm. Eine geführte Tour durch die historische Kurstadt brachte die reiche Geschichte und die beeindruckende Architektur näher. Der Besuch des Weihnachtsmarktes sorgte für vorweihnachtliche Stimmung, während das gemeinsame Genießen von kulinarischen Köstlichkeiten den Aufenthalt abrundete. Mit neuen Impulsen und gestärkten Verbindungen kehrten die Teilnehmerinnen in ihren Alltag zurück.

Wir danken dem Verein Frauen fördern die Gesundheit e. V. für die Unterstützung! ◀

Dr. med. Marion Werner,
Schriftführerin Forum 40 plus



Gelungener Austausch in Baden-Baden: Die Teilnehmerinnen der Herbsttagung des Forum 40 plus

REGIONALGRUPPE KÖLN-BONN

Das Runde muss nicht ins Eckige: Wie Frauen selbstbewusster kommunizieren können

Im November fand auf dem historischen Coaching-Gutshof von Ina Konrad-Röntgen ein ganz besonderer Impulstag statt: „BE BOLD – selbstbewusster kommunizieren“. Organisiert vom Regionalkreis Köln-Bonn des Deutschen Ärztinnenbundes trafen sich 13 tolle Frauen aus dem medizinischen und wissenschaftlichen Bereich, um ihre Kommunikationsfähigkeiten zu reflektieren, zu stärken und weiterzuentwickeln – insbesondere in Umfeldern, die von männlich dominierten Strukturen geprägt sind. Der Workshop hatte dabei viel mehr zu bieten als die üblichen Kommunikationstipps. Es ging zum einen um das Ausprobieren von Gesprächstechniken für schwierige Gespräche, das Erlernen von Neinsage-Methoden und den Austausch über schlagfertige Konter-Strategien. Vor allem ging es aber um die Auseinandersetzung mit den eigenen Denk- und Verhaltensmustern. Warum nehme ich mich oft zurück, wenn es um schwierige Gespräche geht? Warum fühle ich mich unsicher, wenn Kritik geäußert wird? Und wann habe ich das Gefühl, dass meine Meinung nicht gehört wird? Ina ermutigte uns, unsere unbewussten Trigger und Reaktionsmuster zu erforschen, um über diese Mechanismen individuelle Hebel für eine selbstbewusstere Kommunikation zu finden.

Das Learning des Tages war klar: Es geht nicht darum, als Frau ein weiterer „Platzhirsch“ zu werden. Es geht darum, das eigene Kommunikationsrepertoire zu erweitern und in verschiedenen Situationen das passende Instrument zu spielen. Dabei ist es nicht notwendig, den männlich geprägten Kommunikationsstil zu übernehmen, um in einer von Männern dominierten Welt erfolgreich zu sein. Das Runde muss eben nicht ins Eckige. ◀

Dr. med. Martina Waltz,
Vorsitzende der Regionalgruppe Köln-Bonn

WIR GRATULIEREN

Ehrenmitgliedschaft für Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk

Wir freuen uns sehr, dass die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e. V. (DGesGM) am 6. Dezember 2024 die Ehrenmitgliedschaft an Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk für die Förderung der Geschlechterforschung und die Förderung von Frauen in der Medizin verliehen hat. Herzlichen Glückwunsch!





BUCHBESPRECHUNG

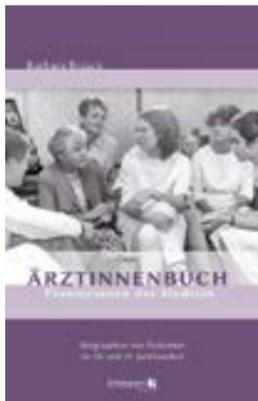
Perspektiven auf Ärztinnen-Biographien und sexuelle Gewalt: Zwei Bücher mit starken Themen

DR. MED. HEIDRUN POPOVIC

Zwei Bücher mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die sich in ihrer Bedeutung und Relevanz in nichts nachsehen. Im ersten hier beschriebenen Buch tauchen wir mit Dr. med. Barbara Bojack ein in die Biographien von Ärztinnen vom 20. Jahrhundert bis heute. Im zweiten Buch beschreibt Barbara Bojack sexuelle Gewalt bei Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen – national und international.

Ärztinnenbuch – Pionierinnen der Medizin

Dieses Buch hat noch gefehlt! In matriarchalisch geprägten Systemen waren Frauen als Heilerinnen selbstverständlich anerkannt. In patriarchalisch geprägten Systemen mussten sie heimlich aufgesucht werden. Wenn sie heilend wirkten, wurden sie vielleicht heilig gesprochen, sonst als Hexen eliminiert. In diesem Buch wird anhand biographischer Interviews mit heutigen Ärztinnen deutlich gezeigt: Frauen bekommen in dem Beruf sofort Anstellungen, wenn es sich um Bereiche handelt, die arbeitsintensiv, relativ undankbar und ohne Prestigezuwachs sind. Führungspositionen, Lehrstühle und entsprechend einflussreiche Stellen dagegen werden bis auf wenige Ausnahmen von Männern besetzt.



Die Motivation, Ärztin zu werden, geht von der Frau selbst aus, die vielleicht von einer männlichen Person (Großvater, Vater oder Onkel) darin bestärkt wird. Wie Frauen aber auf Umwegen, mit Zugeständnissen und unter Verzicht an ihr Ziel zur Ausübung des ärztlichen Berufs gekommen sind, kann man in diesem Buch sehr gut nachlesen.

Was wir zudem aus den Interviews lernen können: Die Rollenbilder in diesem Beruf sind noch immer gleich. Der Mann kann sich zielstrebig auf seinen Beruf und seine Karriere konzentrieren. Die Frau ist eher für die Beziehungsarbeit, die Familie, das soziale Leben zuständig. Unterschiede in Lebenslauf, Aufgaben und Rollenverständnis von Frauen und Männern sowie die hierarchischen Strukturen werden deutlich.

Der Mann kann sich zielstrebig auf seinen Beruf und seine Karriere konzentrieren. Die Frau ist eher für die Beziehungsarbeit, die Familie, das soziale Leben zuständig. Unterschiede in Lebenslauf, Aufgaben und Rollenverständnis von Frauen und Männern sowie die hierarchischen Strukturen werden deutlich.

Barbara Bojack (Autorin): „Ärztinnenbuch – Pionierinnen der Medizin“, Lehmanns Media Verlag, ISBN: 978-3-96543-502-5

Sexuelle Gewalt – besondere Problematiken

Sexuelle Gewalt gegen Frauen, aber auch gegen Männer hat es schon immer gegeben. Bereits im Alten Testament wird diese beim Propheten Sacharja, Kapitel 14, und bei Susanna im Bade hinlänglich beschrieben. Über die Jahrhunderte kann man sie als Form der Kriegsführung (im eigentlichen Sinn oder übertragen im familiären Bereich) beobachten. Sie ist ein Zeichen der Macht(-ausübung), wenn Macht anders nicht zum Tragen kommen kann.



Sexuelle Gewalt ist immer durch ein Machtgefälle gekennzeichnet (z. B. körperliche Überlegenheit). Wut oder andere starke Impulse setzen rationale Argumente außer Kraft. Das Buch sensibilisiert für die unterschiedlichen Vorkommen und Ausprägungen von Gewalt und zeigt die häufig lebenslangen Folgen auf. Sexuelle Gewalt stellt eine Last dar, die ausgeblendet und verdrängt (Copingstrategie) wird, aber doch ständig bei der betroffenen Person unbewusst präsent ist und somit spontan im Bewusstsein auftauchen kann.

Das Buch soll Mut machen, einen Verdacht oder eine Tat auszusprechen. Ignorieren oder Wegschauen bestärkt nur den Täter in seinem Tun. Traurige Beispiele dafür sind u. a. die Kirchen, deren Verhalten von Vertuschen, Verdrängen, Verschieben und Ignoranz gekennzeichnet ist. ◀

Das Buch soll Mut machen, einen Verdacht oder eine Tat auszusprechen. Ignorieren oder Wegschauen bestärkt nur den Täter in seinem Tun. Traurige Beispiele dafür sind u. a. die Kirchen, deren Verhalten von Vertuschen, Verdrängen, Verschieben und Ignoranz gekennzeichnet ist. ◀

Barbara Bojack (Hrsg.): „Sexuelle Gewalt – besondere Problematiken“, novum Verlag, ISBN: 978-3-90346-884-9

Dr. med. Heidrun Popovic ist Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin und Psychotherapie. Sie ist Mitglied im DÄB.



BUCHBESPRECHUNG

Gendermedizin in der klinischen Praxis – Für Innere Medizin und Neurologie

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Das 261 Seiten starke Buch schließt die Lücke zwischen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und dem notwendigen gendermedizinischen Allgemeinwissen von Ärztinnen und Ärzten, die sowohl klinisch als auch in der Praxis tätig sind. Wo es keine zuverlässigen Studien gibt, welche Probleme in medizinischen Leitlinien ausgeklammert werden, welche Ergebnisse noch vorläufig oder unsicher sind: Es wird nichts beschönigt, es wird nichts verschwiegen.



Die 15 Kapitel beschreiben zunächst die Begriffsdefinition von Sex und Gender und die Rolle von Ärztinnen, ihre Karrieren und Hindernisse, die mangelnde Gleichstellung in Klinik und Forschung, die Grundlagen einer sex- und gendersensiblen Diagnose und Therapie, die Rolle und Aufgabe der Allgemeinmedizin. Ausführlich werden dann die geschlechtsspezifischen Aspekte bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

mit pharmakologischer Therapie (Nutzen und Nebenwirkungen) beschrieben. Weitere Kapitel sind der Angiologie, Endokrinologie, Nephrologie, Pulmonologie, Autoimmunerkrankungen, Infektionskrankheiten und Impfungen, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Neurologie sowie Notfall- und Intensivmedizin gewidmet. Für das Kapitel metabolisches Syndrom/Adipositas hätte man sich – es ist eine seit ca. 40 Jahren weit verbreitete und schwere Erkrankung – eine Stellungnahme zum Problem der „verdichteten“ Nahrungsmittel gewünscht.

Zu jedem Kapitel gibt eine Liste von Veröffentlichungen und man kann bei der wissenschaftlichen Expertise der Autorin davon ausgehen, dass die angeführten Publikationen einschlägig und tatsächlich relevant sind. Es lohnt sich also, in dieser Fundgrube zu stöbern, ein Stichwortverzeichnis ist vorhanden! Dabei wird deutlich, dass in Publikationen oft alters- und geschlechtsspezifische Referenzbereiche fehlen. (Im Hintergrund taucht für die kritische Leserin die Frage auf, wie es zu den wichtigen S3-Leitlinien kommt: Diese sind selten unter geschlechtsspezifischen Gegebenheiten erstellt worden. Eine dringend nachzuholende Aufgabe!) Kleine Ergänzungen zum

besseren Verständnis einiger Grafiken sollten in die 2. Auflage eingeschlossen werden. Das Verzeichnis und die Behandlung weiterer wichtiger Erkrankungen (z. B. Herzklappenerkrankungen, Rhythmusstörungen) sollten, insofern geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden sind, folgen.

Jedes Kapitel wird – für die ganz Eiligen – mit einem kurzen Statement „FAZIT“ abgeschlossen. Da unsere Kenntnisse in der geschlechtssensiblen Medizin kontinuierlich zunehmen, wären baldige Neuauflagen wünschenswert. ◀

Vera Regitz-Zagrosek: „Gendermedizin in der klinischen Praxis – Für Innere Medizin und Neurologie“, Springer Verlag, ISBN: 978-3-662-67089-7, Preis 47,50 €

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist DÄB Senior Consultant.

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@aerztinnenbund.de



Einladung zum Kongress des Weltärztinnenbundes

Liebe Kolleginnen,

wir laden Sie ein zum Internationalen Kongress des Weltärztinnenbundes vom 12. bis 14. Oktober 2025 in Kairo. Die Anmeldung ist geöffnet, Sie finden alle Informationen unter: <https://mwia.net/meetings/triennial-congress/>

Der Deutsche Ärztinnenbund plant ab 15. Oktober 2025 eine 7-tägige Post-Kongressreise, auf der auch Gäste herzlich willkommen sind. Informationen und Anmeldung bei unserer NC Dr. Renate Böhm unter: renate.boehm@aerztinnenbund.de

Wir freuen uns auf einen interessanten Kongress und eine spannende gemeinsame Reise. Wir werden Sie laufend über die Planung informieren. ◀

Kongresstermine 2025

25.–28.09.2025, Greifswald

39. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes

inkl. Vorstandssitzung (25.09.2025), Mitgliederversammlung (27.09.2025) und Nachbesprechung (28.09.2025).

Ziel ist die Diskussion aktueller medizinischer und gesellschaftlicher Herausforderungen, denen Ärztinnen und Medizinerinnen gegenüberstehen. Besondere Schwerpunkte:

- Medizinische Versorgung im ländlichen Raum: Herausforderungen und Lösungsansätze
- Frauen in der Medizin: Gleichstellung, Karrierechancen und Netzwerke
- Weiterbildung und Förderung junger Ärztinnen
- Gesundheitsförderung und Prävention mit einem besonderen Fokus auf Mecklenburg-Vorpommern sowie Geschlechtsspezifische Medizin

Im Rahmen des Abendprogramms wird die Silberne Feder 2025 verliehen.

Programm und Anmeldehinweise finden Sie in Kürze auf der Homepage des DÄB.

Mitgliederversammlung mit Wahl des DÄB-Vorstandes am 27.09.2025 um 13:30 Uhr im STRAZE – Kultur- und Initiativenhaus Greifswald e.V.

Weitere Informationen zur Mitgliederversammlung im September 2025 finden Sie im Innenteil der **ärztin** (auf S. 20).

23.–24.05.2025, Zürich, Schweiz

3. Internationaler Kongress der Ärztinnen Deutschland | Österreich | Schweiz „Neue Welten“

https://www.aerztinnenbund.de/3_Internationaler_aerztinnenkongress.4248.0.2.html

12.–14.10.2025, Kairo, Ägypten

33. MWIA International Congress „One Humanity: Health Solutions through Our Partnerships“

<https://mwiacongress2025.com/>

Der DÄB plant eine Post-Kongressreise nach Ägypten. Bitte beachten Sie die Informationen dazu im Innenteil der **ärztin** (S. 23).



**Deutscher
Ärztinnenbund**
Informieren. Vernetzen. Gestalten.