

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Körper, Kontrolle, KI und Klima –
Ethik in der Frauenmedizin



Inhalt

- 03 **Editorial**
Jana Pannenbäcker & Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
- 04 **Schwerpunkt: Ethik und Frauenmedizin**
Dr. med. Dorothee Dörr & Dr. med. Gabriele du Bois
Medizinische Suizidassistenz aus weiblicher Sicht:
Stellungnahme des DÄB-Ethikausschusses
- 05 **Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler**
Wünsche nach geplantem vorzeitigem Sterben im hohen Lebensalter
- 07 **Im Interview: Dr. med. Marion Janke**
Wir müssen aufhören, Frauen zu bevormunden
- 09 **DÄB-Ethikausschuss**
Selbstbestimmt statt strafbar – Forderungen des
DÄB-Ethikausschusses zum Schwangerschaftsabbruch
- 10 **Annette Hempen**
Geschlechtersensible Medizin und Digitalisierung:
Chancen für Gerechtigkeit und Gesundheit
- 11 **Uta Zech**
Göttinnen in Weiß und der Gender Pay Gap
- 12 **Dr. med. Ulrike Berg & Dr. med. Tonia Iblher**
Der Klimawandel unter ethischen Gesichtspunkten
- 14 **Aus dem Verband**
Mitgliederversammlung und Kongress 2025:
Impressionen aus Greifswald
- 15 Preisverleihungen des DÄB 2025: Mutige Löwin und Silberne Feder
- 16 Der neue Vorstand des DÄB • Beschlüsse der Mitgliederversammlung
- 17 Personalien
- 18 Zusammenarbeit über föderale Grenzen hinaus –
Bericht vom 33. Internationalen MWIA-Kongress
- 21 Forum 40 plus • Regionalgruppen Düsseldorf und Wuppertal
- 22 Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz
Dr. med. Tonia Iblher
Buchbesprechung: Tuberkulose
- 23 **Dr. med. Jana Aulenkamp**
Buchvorstellung: Toolbook Ärztin:Arzt
- 24 Impressionen des DÄB-Kongresses 2025

Impressum:

ärztin

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

Herausgegeben vom

Deutschen Ärztinnenbund e.V.
Co-Präsidentinnen:
Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser
Jana Pannenbäcker
E-Mail: gsaeb@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: gsaeb@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 Bezugs-
preis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Redaktionsschluss der Ausgabe 01/2026:
06. Februar 2026

Fotos:

S. 1: 123rf_tchastudio, Icons: 123rf_jongjet303,
Muhammad Usman, Kalashnyk, Freepik, S. 8: 123rf_
petrovichvadim, S. 10: 123rf_cmdexpert

Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den
Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffent-
lichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte Manu-
skripte 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, liebe Mitglieder des DÄB,

mit großer Freude und großem Respekt starten wir, das neue Präsidentinnen-Duo, zusammen mit einem engagierten Vorstandsteam in unsere Amtszeit. Wir möchten uns ganz herzlich bei Ihnen/Euch bedanken: für das Vertrauen und die Bereitschaft, diesen Weg gemeinsam mit uns zu gehen.

Unsere Vorgängerinnen haben Spuren hinterlassen. Sie haben den DÄB mit Weitsicht, Engagement und Haltung geprägt und weiterentwickelt. In diese Fußstapfen treten wir mit dem Bewusstsein, dass Kontinuität und Veränderung kein Widerspruch sind, sondern sich gegenseitig befruchten. Wir begegnen der neuen Aufgabe mit Respekt, Motivation, Ideenreichtum und dem festen Willen, gemeinsam mit Ihnen/Euch und dem gesamten Vorstandsteam neue Impulse zu setzen. Neben der Offenheit für innovative Konzepte und neue Perspektiven ist es uns zugleich ein Anliegen, bewährte Traditionen des DÄB zu pflegen und weiterzuführen. Denn unser Verband lebt von seiner Geschichte und von seiner Zukunft gleichermaßen.

Die zentralen Themen des DÄB werden unsere Arbeit prägen, u. a. die Förderung von Frauen in Spitzenpositionen in Klinik, Forschung, Lehre und Berufspolitik. Wir setzen uns für eine geschlechtersensible Medizin ein, die Unterschiede erkennt und berücksichtigt. Und wir bleiben laut, wenn es um das Arbeiten in der Schwangerschaft geht – ein Thema, das nach wie vor zu viele Unsicherheiten und strukturelle Hürden birgt. Zudem beschäftigen uns Fragen, die über die individuelle Berufsausübung hinausgehen und die gesellschaftliche Verantwortung von Ärztinnen betreffen: Klima, Arbeitszeitmodelle, Parität in Gremien und die ethische Betrachtung medizinischer und gesundheitspolitischer Entwicklungen. Wir wollen diese Themen gemeinsam mit Ihnen/Euch diskutieren, weiterentwickeln und in die Öffentlichkeit tragen.

Unser Kongress in Greifswald hat einmal mehr gezeigt: Im DÄB sind viele starke, kreative und engagierte Frauen aktiv. So haben wir uns u. a. mit der Frage „Wer ist Vorbild?“ auseinandergesetzt. Nur die wenigsten von uns würden behaupten, ein Vorbild zu sein. Doch genau das sind Sie/seid Ihr, liebe Kolleginnen. Jede in ihrem Bereich, jede auf ihre Art ein beeindruckendes



Foto: © DÄB/Danny Gohlke

Spektrum an Kompetenz, Erfahrung und Haltung. Es ist Zeit, dass wir diese Vorbild-

rolle selbstbewusst annehmen, gestalten und nach außen tragen; nicht nur, weil mittlerweile die Mehrheit der berufstätigen Ärzteschaft weiblich ist, sondern weil wir hochqualifiziert sind und in der Lage, Führungspositionen in der universitären Medizin, in berufspolitischen Gremien, in Krankenhäusern und in ambulanten Einrichtungen kompetent und verantwortungsvoll auszufüllen. Vielfalt ist unsere Stärke – und sie macht uns einzigartig: Denn der Deutsche Ärztinnenbund steht für alle Zahnärztinnen und Ärztinnen in allen Fachgebieten und allen Phasen ihres Lebens – vom Studium bis in den Ruhestand und unabhängig davon, ob ambulant oder stationär tätig.

Sorgen wir gemeinsam dafür, dass der DÄB und jede einzelne Kollegin sichtbar werden: in Versorgung, Forschung, Lehre, Politik und Öffentlichkeit. Nur gemeinsam können wir voranbringen, was unsere Kolleginnen vor mehr als 100 Jahren begonnen haben: den Einsatz für Gleichberechtigung, für eine Medizin, in der Frauen nicht nur mitdenken, sondern mitgestalten und für eine differenzierte Betrachtung von Krankheitsbildern und Therapiekonzepten mit dem Anspruch einer modernen, gerechten und evidenzbasierten Versorgung.

Bauen wir gemeinsam dieses wunderbare Netzwerk, das für so viele von uns eine berufliche und persönliche Bereicherung ist, weiter aus. Wir möchten Sie/Euch herzlich einladen, sich aktiv einzubringen – ob in der Regionalgruppe, als Autorin für die **ärztin**, als Mentorin, als Expertin oder als kritische Mitdenkerin: Jeder Beitrag zählt. Jede Perspektive ist wertvoll. Unsere Stimme macht den Unterschied.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre/Eure

Jana Pannenbäcker & Barbara Puhahn-Schmeiser
Co-Präsidentinnen des DÄB



Foto: © Peter-Dorn



Foto: © MVZ Genetikum GmbH/ du Bois

Medizinische Suizidassistenz aus weiblicher Sicht: Stellungnahme des DÄB-Ethikausschusses

DR. MED. DOROTHEE DÖRR, DR. MED. GABRIELE DU BOIS

Seit dem wegweisenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 wird in Deutschland intensiv über eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz diskutiert. Das Gericht erklärte das 2015 erlassene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und betonte das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Damit vertritt das Urteil eine liberale ethische Haltung der Akzeptanz und des Respekts vor der Entscheidung von Menschen, ihr Leben freiverantwortlich zu beenden und dabei auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen. Gleichzeitig wird klargestellt, dass niemand zur Suizidhilfe verpflichtet werden könne. Dem Gesetzgeber wird freigestellt, die Suizidhilfe zu regulieren; dabei sei sicherzustellen, dass im Einzelfall Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe möglich sein muss. Das Urteil weist den Gesetzgeber allerdings auch auf die Bedeutung von Suizidprävention hin. Im Juli 2023 nahm das Parlament mit überwältigender Mehrheit den Antrag auf Stärkung der Suizidprävention an, im Dezember 2024 wurde ein Gesetzentwurf zur Suizidprävention vorgelegt, aber vom Bundesrat wegen Bedenken zurückverwiesen. Die zwei im Bundestag bisher eingereichten Gesetzentwürfe zur Regelung der Suizidhilfe scheiterten.

Während gesellschaftspolitisch und innerhalb der Ärztinnen- und Ärzteschaft teils stark polarisierende Debatten geführt werden, u. a. darüber, ob es einer gesetzlichen Regelung überhaupt bedarf, sieht der Deutsche Ärztinnenbund e. V. seine Rolle darin, das Thema speziell aus Ärztinnen-Sicht und mit Fokus auf die weibliche Perspektive zu beleuchten. Im Folgenden finden Sie die Bewertung des DÄB und seine Empfehlungen:

Zunächst ist festzuhalten, dass die überwiegende Mehrzahl der Selbsttötungen von Menschen erfolgt, die unter einer psychiatrischen Erkrankung leiden. Diese Handlungen sind als nicht freiverantwortlich einzustufen. Die Fürsorgepflichtung diesen suizidgefährdeten Menschen gegenüber erfordert ärztliche und gesamtgesellschaftliche Bemühungen, um ihnen verantwortungsvoll beizustehen. Ihnen ist niederschwellige professionelle Hilfe anzubieten im Sinne der Abwendung unmittelbarer Selbstgefährdung sowie präventive und postventive Maßnahmen.

Der DÄB steht grundsätzlich für die Entstigmatisierung psychiatrisch Erkrankter und für die Enttabuisierung des Themas Suizid in der Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten. Eine Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten diesbezüglich halten wir für erforderlich, gerade vor dem Hintergrund, dass viele Menschen, die einen Selbsttötungsversuch unternehmen, in den Wochen vor der Suizidhandlung ihre Hausärztin/ihren Hausarzt zwar aufsuchen, Gespräche über Suizidgedanken jedoch nach wie vor selten stattfinden.

Der DÄB erkennt einen Bedarf, auf alters-, gender- und geschlechtsspezifische Besonderheiten zu achten. Diese müssen im Rahmen des Ausbaus von Suizidprävention und Suizidassistenz sowie bei der notwendigen Datenerhebung zu deren Nachfrage berücksichtigt werden. Während Suizide im Alleingang überdurchschnittlich häufig von älteren Männern begangen werden, zeigen z. B. Daten aus der Schweiz, dass Suizidassistenz häufiger von Frauen, insbesondere von über 65-jährigen, in Anspruch genommen wird.

Weibliche Lebenswege und Lebensrealitäten verdienen besondere Aufmerksamkeit; beispielsweise welche Bedeutung dem Druck auf Frauen, gesellschaftlichen Normen entsprechen zu müssen, zukommt. So könnte etwa eine prekäre finanzielle Lebenslage durch geringere Rentenansprüche oder soziale Isolation älterer Frauen, die wegen höherer Lebenserwartung häufiger ihre männlichen Partner überleben, dazu führen, dass diese Gruppe vermehrt Sterbebedenken hat. Es ist daher erforderlich, darüber nachzudenken, wie angemessene Angebote der Suizidprävention, aber auch der medizinischen Suizidbegleitung bei frei verantworteter Entscheidung, für derart vulnerable Gruppen zu gewährleisten sind. Die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Suizidassistenz scheint dem DÄB nur im medizinischen Kontext des Verhältnisses zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient nachvollziehbar.

Für Ärztinnen und Ärzte, die medizinische Suizidbegleitung anbieten möchten, sind die entsprechenden Strukturen zu schaffen, die eine adäquate medizinische, psychologische, ethische sowie rechtliche Unterstützung bieten. Zudem sehen wir Bedarf, den Themenkomplex Tod, Umgang mit Todes-

wunsch, Suizidprävention sowie Gesprächsführung und Reflexion der eigenen Haltung in medizinische Ausbildungen zu integrieren.

Eine professionelle Unterstützung von Menschen mit Suizidwunsch erfordert nicht nur eine Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten, sondern aller Berufsgruppen, die in der Patientinnen- und Patientenversorgung tätig sind. Darüber hinaus sind Strukturen der psychosozialen Unterstützung für Menschen mit sozialem Bezug zu Betroffenen zu schaffen. Auch der flächendeckende Ausbau von Gesprächsangeboten zur vorausschauenden gesundheitlichen Vorsorge (Advance Care Planning) kann gerade älteren Menschen helfen, gesteigerte Selbstwirksamkeit und lebensbejahende Alternativen für die Gestaltung des letzten Lebensabschnitts zu entwickeln.

Der DÄB setzt sich ein für eine offene Diskussionskultur innerhalb der Ärztinnen- und Ärzteschaft über frei verantwortetes Sterben; denn dies prägt nicht nur die medizinische Praxis, sondern leistet auch einen unverzichtbaren Beitrag für die gesellschaftliche Debatte.

Die Förderung wissenschaftlicher Forschung zu den Implikationen der Suizidassistenz für Frauen – Patientinnen, Zugehörige und Ärztinnen – ist ein weiterer Schritt, sukzessive die notwendigen evidenzbasierten Erkenntnisse zu gewinnen.

Nur mit Berücksichtigung verschiedener Perspektiven wird es gelingen, Präventions- und Hilfsangebote zu entwickeln, die ausgerichtet sind, das grundsätzliche Recht auf Suizid zu beachten, Freiverantwortlichkeit zu sichern und Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen mitfühlend und würdevoll zu begleiten. ◀

Dr. med. Dorothee Dörr und Dr. med. Gabriele du Bois sind die Vorsitzenden des DÄB-Ethikausschusses. Dieser möchte in seinen Stellungnahmen und Berichten die Ansichten der Ärztinnen im DÄB zu aktuellen Fragestellungen darstellen. Diese können durchaus unterschiedlich sein:

www.aerztinnenbund.de/Ethik-Ausschuss.0.107.1.html

E-Mail: gabrieledubois93@gmail.com



Wünsche nach geplantem vorzeitigem Sterben im hohen Lebensalter

PROF. DR. HABIL. EVA-MARIE KESSLER

Sterben, welches durch Personen selbst bestimmt und geplant wird, kommt im hohen und vor allem sehr hohen Lebensalter so häufig vor wie in keiner anderen Lebensphase. Diese „Alterskonzentration“ betrifft Formen des Sterbens durch eigenes Zutun wie etwa durch Erhängen oder bewusstes Einstellen des Essens und Trinkens mit dem Ziel zu sterben (d. h. Suizide) und auch solche, die unter Beihilfe erfolgen (d. h. assistierte Suizide).

Legt man aktuelle Daten aus der Schweiz zugrunde, wird assistierter Suizid mehrheitlich und in den letzten Jahren zunehmend von hochaltrigen Frauen in Anspruch genommen. Damit liegt bei assistierten Suiziden im Alter ein Geschlechterverhältnis vor, das umgekehrt ist zu dem von Suiziden, die mit großer Mehrheit von hochaltrigen Männern begangen werden. Im Jahr 2021 waren es beispielsweise 711 über 75-jährige Frauen in der Schweiz mit assistiertem Suizid. Im Vergleich waren es 78 Personen bei unter 65-jährigen Männern.

Dass alte Menschen häufiger geplant vorzeitig sterben als jüngere, wird in der Gesellschaft häufig als normal betrachtet und als gesellschaftliches Phänomen wenig hinterfragt. Auch im klinischen Alltag liefern kognitive, körperliche und soziale Beeinträchtigungen und Verluste bei einer älteren Person oft einen unmittelbaren Begründungszusammenhang, der Todeswünsche und Suizidalität für Dritte nachvollziehbar und im Einzelfall unausweichlich erscheinen lässt. Dahinter steht oft die unhinterfragte Einstellung, dass das Leben im Alter schlechter und weniger wertvoll ist als in anderen Lebensphasen. Eine fatale Konsequenz dieser ageistischen Haltung:

Prävention von geplantem vorzeitigem Sterben findet auf gesundheitspolitischer Ebene viel zu wenig Beachtung. Auch bieten professionelle Akteurinnen und Akteure im Bereich von Gesundheit/Medizin bei älteren Patientinnen und Patienten mit hohem Risikoprofil für (assistierten) Suizid keine adäquate suizidpräventive Hilfe, indem sie etwa eine psychotherapeutische Behandlung vermitteln bzw. anbieten.

Die gute Botschaft: Der berufliche Alltag von Ärztinnen und Ärzten ist mehrheitlich durch Kontakte mit älteren Patientinnen und Patienten geprägt, die lebensfroh und guten Mutes sind – trotz Erkrankungen. Sie begegnen aber auch älteren Menschen, die nicht mehr gerne leben (Lebensüberdruß), die lieber tot wären (Todeswünsche) oder ihrem Leben ein Ende bereiten möchten (Suizidgedanken) bzw. sogar schon konkrete Pläne haben (Suizidabsichten). Diese Gefühle und Gedanken stehen nachweislich häufig in direktem Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung, schwereren körperlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen und mangelnder sozialer Teilhabe. Sie können aber auch bei körperlich relativ gesunden Menschen mit größerem sozialen Netzwerk und ohne längere psychiatrische Vorgeschichte vorkommen.

Ärztinnen und Ärzte sind zunehmend auch mit älteren Menschen konfrontiert, die um ärztliche Hilfe beim oder sogar zum schnelleren Sterben bitten. So wünschen sich Patientinnen und Patienten Informationen zu Sterbehilfevereinen, konkrete Anleitungen zur Suizidplanung oder die Beschaffung eines lebensverkürzenden oder todbringenden Medikaments.

Die seit 2020 veränderte Gesetzeslage, wonach die Beihilfe zum assistierten Suizid in Deutschland erlaubt ist, ist ins Bewusstsein vieler alter Menschen getreten. Gerade ältere Frauen – auch solche mit Lebenswillen, aber Angst vor einer als bedrohlich empfundenen Zukunft – entwickeln neue Perspektiven: nicht durch eine als unmenschlich erlebte Medizintechnik „gestorben zu werden“, sondern das Sterben selbst in der Hand zu haben; sich selbst „helfen“ zu können, anstatt vergeblich darauf zu warten, dass geholfen wird; Angehörigen nicht zur Last zu fallen; von anderen Menschen beim Sterben begleitet zu werden, anstatt beim Sterben allein zu sein. Gerade Personen in existenziellen Grenzsituationen, die von Frailty, sozialer Isolation, sensorischen Beeinträchtigungen und Schmerzen betroffen sind, vermittelt der Gedanke an die Möglichkeit, vorzeitig selbst geplant aus dem Leben zu gehen, ein Gefühl von Ruhe und Frieden.

Wenn ältere Menschen Wünsche nach schnellerem Sterben äußern, dann ist dies eine große professionelle und persönliche Herausforderung für jede Ärztin und jeden Arzt. In Anbetracht dessen, dass viele ältere Patientinnen und Patienten inneres Leiden „mit sich“ ausmachen, sollten diese Situationen als Chance willkommen geheißen werden, mit ihnen über ihre als schwer oder gar unerträglich erlebten Seinszustände ins Gespräch zu kommen.

Wenn Wünsche nach schnellerem Sterben vehement und vordergründig plausibel geäußert werden, besteht das Risiko, dass Ärztinnen und Ärzte in einen Gefühlssog gezogen werden, diese als unveränderbar und rational zu betrachten und die Selbstbestimmung zu priorisieren. Klinische Erfahrung und empirische Forschung zeigen aber die hohe Fluktuation und Reversibilität von Todeswünschen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass sich Ärztinnen und Ärzte Zeit nehmen und es älteren Menschen ermöglichen, in ihren oft unbewussten inneren Konflikten und Ambivalenzen gesehen zu werden. Dazu ist es wichtig, ihre Gefühle zunächst einmal anzuerkennen und unbedingtes Interesse zu zeigen, ihre innere und äußere Situation besser zu verstehen. Dadurch dass die Patientin die Erfahrung macht, dass sie es wert zu sein scheint, dass man sich mit ihr trotz ihres Alt- und Krankseins auseinandersetzt und Anteil an ihrer Situation nimmt, kann sie zu sich selbst mehr Zugang entwickeln und selbstschädigende Haltungen hinterfragen.

Es ist dabei wichtig, dass die Ärztin einen Raum eröffnet, in dem schmerzliche Erfahrungen von Ausschluss, Ignorierung und Ablehnung erzählt und zu aktuellen inneren Zuständen in Beziehung gesetzt werden. Auf Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung und mehr innerem Zugang zu sich selbst sollten dann von der Ärztin weitere Optionen zur Linderung des Leidens erörtert und mit Zutrauen und Zuversicht vertreten werden. Dazu gehört insbesondere die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung und – je nach individueller Lebenssituation und körperlichem Gesundheitszustand – eine Auswahl folgender Interventionsmaßnahmen: Bewegungstraining/Sporttherapie, Gruppenangebote für Freizeitaktivitäten, ambulante oder (teil-)stationäre geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Behandlung und ggf. Bahnung von Palliativ- und Hospizversorgung. Dadurch kann die Patientin ihr gedankliches Spektrum erweitern und die Bereitschaft entwickeln, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Bei keiner anderen Gruppe ist interprofessionelles Arbeiten gefragter als bei älteren Patientinnen und Patienten mit Wünschen nach geplantem vorzeitigem Sterben. Todeswünsche, Suizidalität und Suizidprävention müssen im Bereich der Medizin als Pflichtthema in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden, worauf die jeweiligen Fach- und Berufsverbände entsprechend hinwirken sollten.

Die Prävention von Suiziden und assistierten Suiziden im hohen und höchsten Alter ist möglich. ◀

Zum Nachlesen: Kessler (2025): Ageismus „in den Köpfen“ als Risikofaktor für Suizidalität im Alter. Z Gerontol Geriat 58: 10–16.

Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler hat die Professur für Gerontopsychologie an der Medical School Berlin inne.

E-Mail: eva-marie.kessler@medicalschooll-berlin.de



Foto: © pro familia, T. Isecke, Atelier Dittmar

IM INTERVIEW

Wir müssen aufhören, Frauen zu bevormunden

 DR. MED. MARION JANKE

Schwangerschaftsabbrüche gehören in Deutschland nach wie vor zu den am stärksten tabuisierten Themen der Medizin. Für betroffene Frauen bedeutet die Entscheidung meist eine existenzielle Zäsur – und für Ärztinnen wie Dr. med. Marion Janke, ehemalige Geschäftsführerin von pro familia Stuttgart, eine verantwortungsvolle Gratwanderung zwischen medizinischer Versorgung, gesetzlicher Pflicht und menschlicher Nähe. Wir haben mit ihr über ihre Erfahrungen in der Beratung, über ethische Konflikte und über die Frage gesprochen, wie Ärztinnen in diesem Spannungsfeld Haltung zeigen können. Dr. Jankes Fazit: Strafandrohung und Tabuisierung helfen niemandem.

Liebe Frau Dr. Janke, was hat Sie dazu bewegt, Frauen in einer existenziellen Lebenssituation wie dem Schwangerschaftsabbruch zu beraten und zu begleiten?

Als junge Ärztin – das ist nun fast 40 Jahre her – habe ich erlebt, wie verzweifelt Frauen waren, wenn sie eine ungewollte Schwangerschaft beenden wollten. Abbrüche waren tabuisiert, wurden versteckt und teils unter falscher Diagnose durchgeführt. Ich war schockiert, welches Risiko Frauen auf sich nahmen, gesundheitlich und manchmal sogar für ihr Leben. Das hat mich dazu gebracht, mich zunächst ehrenamtlich und später auch hauptberuflich bei pro familia zu engagieren.

Welche Frauen kommen in die Beratung?

Pauschal kann man das natürlich nicht beantworten. Es kommen Frauen unterschiedlichen Alters und mit unterschiedlicher Geschichte. Was viele verblüfft: Es sind nicht die sehr jungen, unerfahrenen, vielleicht noch minderjährigen Frauen, die die Beratung mehrheitlich aufsuchen. Das ist ein Klischee. Zwei Drittel der Schwangeren, die zu uns kommen, sind im mittleren Alter und haben bereits Kinder. Sie wissen sehr genau, was es bedeutet, schwanger zu sein und ein Kind großzuziehen. So verwundert es nicht, dass etwa 70 Prozent der Frauen bereits mit einer klaren Entscheidung in die Beratung kommen. Sie haben sich viele Gedanken gemacht, ggf. gemeinsam mit dem Partner, und eine reflektierte Entscheidung getroffen. Die Zwangsberatung, die das aktuelle Gesetz vorsieht, empfinde ich vor diesem Hintergrund als Bevormundung. Sie verunsichert Frauen und verzögert den Eingriff. Medizinisch ist das nicht sinnvoll. Selbstverständlich muss es Beratungsangebote geben, aber die müssen freiwillig sein.

Mit welchen Ängsten sehen Sie sich in der Beratung konfrontiert?

Wir haben heute zwar eine gesetzliche Regelung, die Schwangerschaftsabbrüche ermöglicht, aber das Tabu besteht fort. Der Abbruch ist nach wie vor im Strafgesetzbuch geregelt – er bleibt rechtswidrig, aber straffrei. Damit werden Frauen kriminalisiert, ihre persönliche Entscheidung wird nicht respektiert – eine hochpersönliche Entscheidung, die das Recht der Frauen auf reproduktive Selbstbestimmung und körperliche Integrität tangiert. Die geltenden gesetzlichen Regelungen sind Ausdruck der gesellschaftlichen und juristischen Missbilligung und führen zu Scham und Schuldgefühlen. Auch auf uns Ärztinnen und Ärzte hat dies Einfluss. Mit einem Schwangerschaftsabbruch, der nicht medizinisch indiziert ist, nehmen wir einen rechtswidrigen Eingriff vor – das gibt es sonst nirgends in der Medizin.

Wo sehen Sie den größten ethischen Konflikt beim Thema Schwangerschaftsabbruch?

Der Kernkonflikt liegt zwischen der reproduktiven Selbstbestimmung der Frau und dem Schutz des ungeborenen Lebens. Dieses Spannungsfeld lässt sich auch nicht auflösen. Der Gesetzgeber versucht es, indem er Abbrüche für rechtswidrig, aber straffrei erklärt – das ist konstruiert. Man kann ein Kind nicht gegen den Willen der Frau schützen, nur mit ihr. Ungeplante Schwangerschaften sind Realität, keine Verhütung ist absolut sicher. Etwa ein Drittel aller Schwangerschaften ist auf den Zeitpunkt hin ungeplant. Der Schutz des ungeborenen Lebens gelingt nicht durch Strafandrohung, sondern durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Familien unterstützen, durch sexuelle Bildung, kostenlose Verhütungsmittel und eine familienfreundliche Politik. Dazu gehört die Verein-

barkeit von Familie und Beruf ebenso wie eine ausreichende Anzahl guter und finanziell leistbarer Betreuungsmöglichkeiten für Kinder jeden Alters.

Wie erleben Sie die öffentliche Debatte um den § 218?



Freiwillige Beratungsangebote könnten eine wichtige Entscheidungshilfe sein

Es gibt dringenden Reformbedarf. Der § 218 muss aus dem Strafgesetz gestrichen werden: Schwangerschaftsabbrüche gehören meiner Meinung nach in die Gesundheitsversorgung. Beratung muss freiwillig sein, nicht verpflichtend. Eine solche Reform würde Frauen entlasten und Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit geben. Und das ist ein ganz wichtiger Punkt: Die Versorgungslage für Schwangerschaftsabbrüche ist nicht ausreichend – in den letzten 15 Jahren hat sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, fast halbiert. Viele fürchten Anfeindungen oder rechtliche Konsequenzen. Das ist beschämend für ein Land wie Deutschland. Länder wie Frankreich sind da weiter: Dort ist das Recht auf Abbruch inzwischen in der Verfassung verankert.

Was bedeutet das gesellschaftliche Schweigen rund um das Thema?

Schweigen produziert Leid. Viele Frauen sprechen mit niemandem über ihren Abbruch – oft ein Leben lang. Dieses Tabu verstärkt Scham und Schuldgefühle. Wir haben bei pro familia vor ein paar Jahren Frauen eingeladen, ihre Geschichten zu erzählen. Es wurde deutlich: Der Schwangerschaftsabbruch ist einer der häufigsten gynäkologischen Eingriffe – rund 100.000 pro Jahr – und doch wird kaum darüber gesprochen. Auch Ärztinnen und Ärzte fürchten Diskriminierung, sogar in den eigenen Reihen. Es ist höchste Zeit, dieses Thema offen als Teil der medizinischen Realität zu begreifen.

Was brauchen Ärztinnen und Ärzte, die in diesem Bereich arbeiten?

Vor allem Akzeptanz und Solidarität – auch unter Kolleginnen und Kollegen. Darüber hinaus benötigen sie, ganz praktisch,

gute Fortbildungen über Methoden, Komplikationen und den Umgang mit Frauen in dieser besonderen Lebenslage. Mir ist wichtig zu betonen, dass es immer auch das Recht für Ärztinnen und Ärzte geben muss, diesen Eingriff abzulehnen. Trotzdem wünsche ich mir mehr

Kolleginnen und Kollegen, die sich entscheiden, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. Für Frauen ist es z. B. schwer zu verstehen und zu ertragen, wenn ihre vertraute Gynäkologin, die sie bei Mutterschaft, Krebsvorsorge etc. begleitet hat, sie in dieser schwierigen Situation plötzlich nicht mehr unterstützt.

Welche Haltung wünschen Sie sich von der Ärzteschaft?

Ich wünsche mir, dass reproduktive Gesundheit – also Verhütung, Schwangerschaft und Geburt, aber auch der unerfüllte Kinderwunsch sowie der Schwangerschaftsabbruch – selbstverständlich zum medizinischen Alltag gehört. Es geht um Menschenrechte, um Selbstbestimmung. Wir brauchen neue, zeitgemäße Regelungen und den Mut, diese auch politisch einzufordern. In der Reproduktionsmedizin berufen wir uns immer noch auf das Embryonenschutzgesetz von 1991, als es viele Techniken und damit einhergehende ethische Fragestellungen noch gar nicht gab. Der Schwangerschaftsabbruch wird immer wieder instrumentalisiert – als Politikum, als Mittel zur Spaltung. Das ist Teil antifeministischer und antidemokratischer Bewegungen, und dem müssen gerade wir Ärztinnen entschieden entgegenreten.

Was möchten Sie Ihren jungen Kolleginnen mit auf den Weg geben?

Mut. Offenheit. Und den Willen, Frauen in allen Lebenslagen zu unterstützen – auch in schwierigen Situationen. Viele Frauen sind dankbar, wenn ihre Ärztin auch in Krisen an ihrer Seite bleibt. Das ist echte Begleitung. Und es ist eine persönlich wertvolle Arbeit. Das kann ich aus eigener Erfahrung sagen: sinnstiftend, gesellschaftlich und politisch relevant.

Zum Ende unseres Interviews möchten wir einen kleinen Schwenk machen und mit der Pränataldiagnostik eine weitere Facette des Themas anschneiden. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?

Das ist schön, dass wir darauf noch kurz eingehen. Ich wünsche mir hier deutlich mehr Ehrlichkeit – gegenüber den Paaren, aber auch innerhalb der Ärzteschaft. Pränataldiagnostik weckt oft die Illusion, man könne alles kontrollieren. Doch Schwangerschaft und Geburt bleiben unberechenbar, und das sollten wir als Ärztinnen und Ärzte auch zugeben. Es gibt heute eine gesellschaftliche Erwartungshaltung: Schwangere müssen sich fast rechtfertigen, wenn sie keine Tests machen. Viele erleben enormen Druck – von ihrem Umfeld, von Ärztinnen und Ärzten, manchmal auch durch wirtschaftliche Interessen. Es braucht gute Aufklärung vor den Untersuchungen – über mögliche Ergebnisse, Konsequenzen und auch Grenzen dieser Diagnostik. Wenn Paare gut informiert sind, können sie selbstbestimmt entscheiden.

Und was geschieht, wenn die Diagnostik ein schweres Ergebnis bringt?

Dann stehen Paare vor einer fast unmenschlichen Entscheidung – und leider oft allein. Es sind meist gewünschte, lange ersehnte Schwangerschaften, die plötzlich zum ethischen Konflikt werden: Soll dieses Kind auf die Welt kommen oder nicht? Wir als Gesellschaft sind da sehr unehrlich. Auf der einen Seite befördern wir Pränataldiagnostik, auf der anderen Seite reden wir von Inklusion und Teilhabe. Wenn aber eine Diagnose schwerwiegend ist, wird es still. Viele Paare fühlen sich schuldig, egal wie sie sich entscheiden. Ich habe oft gehört: „Wir können es nur falsch machen.“ Deshalb brauchen sie Begleitung – in der Beratung, aber ganz besonders auch danach. Wir haben bei pro familia Rückbildungskurse für verwaiste Mütter in Kombination mit Trauerbegleitung angeboten. Diese Angebote sind unglaublich wichtig und wurden sehr gut angenommen. Und auch die Ärztinnen und Ärzte brauchen Begleitung. Späte und besonders auch sehr späte Abbrüche, sogenannte Fetozide, sind extrem belastend – für alle Beteiligten. Die Versorgungslage in Deutschland ist dabei eher schlecht; Paare müssen teils durch die ganze Republik reisen, um eine Klinik zu finden. Das ist unzumutbar.

Vor allem aber ist wichtig, dass wir Respekt für jede Entscheidung haben! ◀

Interview: Anne Wewer

Dr. med. Marion Janke ist Ärztin und Verhaltenstherapeutin. Zudem ist sie ehemalige Geschäftsführerin bei pro familia Stuttgart und ehemalige Leiterin der Informations- und Vernetzungsstelle Pränataldiagnostik Stuttgart.

E-Mail: rmkf.janke@t-online.de

Selbstbestimmt statt strafbar

Der DÄB-Ethikausschuss zum Schwangerschaftsabbruch

Der DÄB setzt sich für die Liberalisierung des § 218 ein und fordert, den Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. Entscheidungen über den Abbruch oder die Fortsetzung einer Schwangerschaft sind Ausdruck der reproduktiven Selbstbestimmung und körperlichen Integrität. Der Staat darf den Schutz ungeborenen Lebens nicht mit strafrechtlichen Mitteln erzwingen. Benötigt wird eine Regelung außerhalb des Strafrechts: Beratung ja – aber freiwillig, nicht verpflichtend. Die derzeitige Pflichtberatung mit anschließender Wartezeit ist eine Bevormundung ungewollt Schwangerer. Statt Zwang braucht es ein wohnortnahes und gut erreichbares Beratungsangebot.

Die medizinische Versorgungslage ist alarmierend: Zwischen 2003 und 2021 hat sich die Zahl der Ärztinnen, Ärzte und Kliniken, die Abbrüche durchführen, nahezu halbiert. In ländlichen Regionen müssen Frauen oft lange Wege und hohe Kosten auf sich nehmen, um überhaupt Zugang zu einem Abbruch zu erhalten. Schwangerschaftsabbrüche müssen als reguläre Kassenleistung verankert werden – mit flächendeckender Versorgung und klaren Qualitätsstandards. Um die Versorgung langfristig zu sichern, könnten Sonderbedarfszulassungen für Ärztinnen und Ärzte, die in unterversorgten Regionen tätig werden wollen, ein Lösungsmodell sein. Auch Kliniken sollten verpflichtet werden, entsprechende Eingriffe zu ermöglichen. Das Recht einzelner Ärztinnen und Ärzte, einen Abbruch aus Gewissensgründen abzulehnen, muss dabei gewahrt bleiben – ausgenommen sind medizinische Notfälle.

Ein weiterer Schwerpunkt der DÄB-Forderungen liegt auf der ärztlichen Ausbildung. Obwohl Ausschabungen nach Fehlgeburten zu den häufigsten gynäkologischen Eingriffen gehören, spielt der Schwangerschaftsabbruch in Studium und Facharzt Ausbildung kaum eine Rolle. Methoden, Komplikationen und eine wertneutrale Kommunikation sollten verbindlich gelehrt werden. Eine breitere Ausbildung kann dazu beitragen, dass wieder mehr Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche anbieten – Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen diesen Effekt deutlich.

Wichtig für die Zukunft: gesellschaftliche und politische Unterstützung! Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, sollten rechtlich geschützt und nicht länger stigmatisiert werden. Ein modernes Abtreibungsrecht stellt das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren in den Mittelpunkt – und gibt die Entscheidung über ihren Körper dorthin zurück, wo sie hingehört: zu ihr selbst. ◀

Die ausführliche Stellungnahme vom 15.04.2024 ist online zu finden: www.aerztinnenbund.de/Ethik-Ausschuss.0.107.1.html



Foto: © TK

Geschlechtersensible Medizin und Digitalisierung: Chancen für Gerechtigkeit und Gesundheit

ANNETTE HEMPEN

Geschlechtersensible Medizin ist weit mehr als ein Randthema: Sie betrifft alle Menschen und hat das Potenzial, Versorgung gerechter, individueller und wirtschaftlich effizienter zu gestalten. Forschung zeigt klar: Geschlecht – sowohl biologisch als auch sozial geprägt – beeinflusst Risiko, Symptome, Verlauf und Behandlungserfolg vieler Erkrankungen, etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Frauen zeigen häufig unspezifische Symptome wie Atemnot, Übelkeit oder Rückenschmerzen, wodurch Fehldiagnosen, Verzögerungen und schlechtere Outcomes entstehen können. Ethisch geht es hier nicht nur um wissenschaftliche Präzision, sondern um Gerechtigkeit im Zugang zu Gesundheit: Wer übersehen wird, wird benachteiligt. Eine geschlechtersensible Medizin ist damit auch ein Ausdruck medizinischer Fairness und Achtung der individuellen Würde.

Die Lücken in der medizinischen Versorgung betreffen alle Ebenen: Studien wurden lange fast ausschließlich an Männern durchgeführt, Medikamente, Dosierungen und Lehrmaterial orientieren sich oftmals am biologisch „männlichen Normkörper“. Zudem werden Symptome bei Frauen häufig anders wahrgenommen: Schmerzen und Beschwerden werden unterschätzt, chronische Erkrankungen wie Endometriose oder Fibromyalgie spät erkannt. Hier zeigt sich eine moralische Verpflichtung, strukturelle Voreingenommenheit als Form von Ungerechtigkeit anzuerkennen. Die ethische Herausforderung besteht darin, nicht nur Daten zu korrigieren, sondern Perspektiven – in Forschung, Ausbildung und klinischem Alltag.

Fehlversorgung hat nicht nur menschliche, sondern auch wirtschaftliche Kosten: McKinsey beziffert das globale Potenzial einer geschlechtersensiblen Medizin bis 2040 auf etwa 1 Billion USD pro Jahr. Hier können Digitalisierung und Künstliche Intelligenz entscheidend helfen. KI kann große Datensätze analysieren, geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, typische Symptome unterscheiden sowie Patientinnen und Patienten gezielt für Studien rekrutieren. Algorithmen ermöglichen personalisierte Dosierungen und Therapiepläne, präzise Risikoprognosen und standardisierte Diagnosehilfen, die menschliche Vorurteile ausgleichen. Auch hier bleibt die ethische Verantwortung: Wenn Algorithmen mit historischen Daten trainiert werden, besteht die Gefahr, alte Ungleichheiten zu reproduzieren. Digitale Gerechtigkeit verlangt daher nicht

nur technologische Präzision, sondern auch moralische Reflexion – wer gestaltet die Systeme, wem nützen sie, und wer bleibt ausgeschlossen?



KI: Chancen und Risiken für eine geschlechtersensible Medizin

„Empowering you“ ist das Stichwort für eine positive Nutzung der Digitalisierung. Menschenzentriert, sicher und individuell.

Geschlechtersensible Medizin bedeutet, Versorgung individualisiert, gerecht und präventiv zu gestalten – unabhängig von biologischem oder sozialem Geschlecht. Digitalisierung und KI bieten die Chance, diesen Anspruch systematisch umzusetzen, Qualität und Outcomes zu verbessern und gleichzeitig wirtschaftliche Potenziale zu heben. In einer Zeit, in der Algorithmen unseren Alltag individualisieren, sollte diese Kraft genutzt werden, um Gesundheitsversorgung für alle gerechter, effektiver und empathischer zu machen. Am Ende steht eine ethische Vision: Gesundheit als Gemeingut, das die Vielfalt menschlicher Körper und Lebensrealitäten anerkennt – und nicht mehr das Maß des Durchschnitts zum Maß des Menschen macht. ◀

Angaben zur verwendeten Literatur finden Sie in der Online-Version des Artikels:

www.aerztinnenbund.de/Geschlechtersensible-Medizin-und-Digitalisierung

Annette Hempfen ist Leiterin der TK-Landesvertretung Niedersachsen und langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin.

E-Mail: annette.hempen@tk.de



Foto: © Dieter Bühler

Göttinnen in Weiß und der Gender Pay Gap

UTA ZECH

Wir kennen die Zahlen. Wir kennen die strukturellen Ursachen. Wir kennen die Maßnahmen. Und dennoch bewegt sich beim Gender Pay Gap in Deutschland nur sehr langsam etwas. Immerhin: Nachdem er vier Jahre lang bei 18 Prozent stagnierte, ist er 2024 um sagenhafte zwei Prozentpunkte auf 16 Prozent gesunken.

16 Prozent – das sind immer noch 16 Prozent zu viel.

Die Zahlen in der Medizin sind noch drastischer. Laut Coliquio-Gehaltsreport für 2024 liegt das Bruttojahresgehalt von Ärzten über alle Tätigkeitsfelder hinweg bei 174.400 Euro. Das von Ärztinnen ist mit 108.800 Euro um 68.000 Euro oder 37,6 Prozent niedriger. Werden nur Vollzeitstellen betrachtet, sind es immer noch 34,2 Prozent (Männer 192.300 Euro; Frauen 126.600 Euro) (1).

Ein Grund dafür: Viele Ärztinnen reduzieren in familiären Phasen ihre Arbeitszeit – mit negativen Folgen für ihre Karriere. Eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zeigt, dass der Gender Pay Gap bei unter 30-Jährigen bei etwa neun Prozent liegt, danach stark ansteigt und bei den über 50-Jährigen 28 Prozent erreicht. Auf diesem hohen Niveau bleibt er (2). Wer Care-Arbeit wie Kochen, Putzen, Einkaufen, die Organisation des Geburtstagsfests fürs Kind oder der Impfung für den Opa übernimmt, kann nicht zur gleichen Zeit Erwerbsarbeit leisten. Eine paritätische Aufteilung der Elterngeldmonate ist ein erster Schritt, Sorgearbeit fair zu teilen. Dann können Berufserfahrung und Verfügbarkeit, Überstunden und Wochenenddienste fair geteilt werden, die sich nicht nur beim Jahresgehalt und bei der Rente bemerkbar machen, sondern auch auf der Karriereleiter. Bei Medizinerinnen kommt dazu, dass vorschnelle Beschäftigungsverbote schon in der Schwangerschaft die Weiterbildung zur Fachärztin unterbrechen. Das verzögert die Karriere von Ärztinnen und gibt Kollegen die Chance, an ihnen vorbeizuziehen.

So fehlen die Frauen auch in den Führungspositionen. Laut „Medical Women on Top – Update 2024“ ist der Anteil von Oberärztinnen von 37 Prozent 2022 auf 41 Prozent 2024 gestiegen (3). Das ist die gute Nachricht. Dagegen stagniert der Frauenanteil in Führungspositionen der Universitätsmedizin, z. B. bei Klinikdirektorinnen. 2022 lag er bei 13 Prozent, 2024

bei 14. Das hat nicht nur Auswirkungen auf den Gender Pay Gap, sondern auch auf die Auswahl von Forschungsthemen, Therapieentscheidungen, Ausbildung. Aufstiegspektiven müssen unabhängig vom gewählten Arbeitszeitmodell und unabhängig von Unterbrechungen durch Familienphasen sein. Führung in Teilzeit sowie Jobsharing-Modelle gerade auch in Führungspositionen müssen ermöglicht werden.



Foto: © BPW, Germany

Zeichen für Gleichberechtigung:
Die Equal-Pay-Day-Tasche

Rollenstereotype sorgen für bewusste oder unbewusste Vorurteile und beeinflussen unsere Entscheidungen. Warum sollte das in der Medizin anders sein? 2022 waren rund zwei Drittel der Medizinstudierenden Frauen (4). In den jeweiligen Fachbereichen schwankt der Anteil stark. In der Geburtshilfe und Frauenheilkunde liegt ihr Anteil bei 70, in der Chirurgie bei 24 Prozent. Techniklastige Fachbereiche wie Chirurgie oder Radiologie, eher von Männern gewählt, sind besser bezahlt als Bereiche, die einen größeren Gesprächsanteil sowie eine niedrigere Schlagzahl haben wie z. B. Kinderheilkunde. Diese werden vorwiegend von Frauen gewählt.

Wie ich es aus dem Kunstbereich kenne, war auch die Medizin lange streng hierarchisch organisiert. Es gab die „Götter in Weiß“, die aber nie von „Göttinnen in Weiß“ abgelöst wurden. Die Strukturen, nach denen wir medizinische Leistungen beurteilen, bezahlen, bewerten, sind aus diesen Zeiten. Zum Wohle aller sollten wir diese Strukturen weiblicher gestalten. ◀

Literaturangaben unter www.aerztinnenbund.de/genderpaygap

Uta Zech ist staatlich anerkannte Schauspielerin sowie Werbekauffrau. Von 2016 bis 2022 war sie Präsidentin des Business and Professional Women (BPW) Germany e. V. und ist heute Leiterin der vom BPW initiierten Equal-Pay-Day-Kampagne. Sie ist Mitglied der Redaktionsgruppe der Berliner Erklärung.

E-Mail: u.zech@equalpayday.de



Der Klimawandel unter ethischen Gesichtspunkten

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

Die normative Ethik befasst sich mit Prinzipien und Kriterien der Moral und erarbeitet Prinzipien eines für alle guten Lebens (1). Der Klimawandel bedroht dieses gute Leben. Er wird als die größte Herausforderung des 21. Jahrhunderts gesehen. Frauen und marginalisierte Gruppen, insbesondere in Entwicklungsländern, sind häufiger von den Folgen betroffen – sei es durch Naturkatastrophen, Nahrungsmittelknappheit oder gesundheitliche Risiken. Gleichzeitig spielen sie eine zentrale Rolle bei der Bewältigung dieser Krisen. Ethik, Klima und Gesundheit sind dabei untrennbar miteinander verbunden. Dieser Artikel beleuchtet, wie diese Themen zusammenhängen und warum Frauen eine Schlüsselposition einnehmen, um eine nachhaltige und gerechte Zukunft zu gestalten.

Der Begriff „Klimagerechtigkeit“ bedeutet, dass die Lasten und Chancen des Klimawandels fair verteilt werden. Frauen sind in diesem Kontext besonders vulnerabel, da sie in vielen Gesellschaften weniger Zugang zu Bildung, Ressourcen und politischer Mitsprache haben. Gleichzeitig sind sie oft die ersten, die sich für den Schutz der Umwelt und die Gesundheit ihrer Gemeinschaften einsetzen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass zwischen 2030 und 2050 jährlich rund 250.000 zusätzliche Todesfälle auf den Klimawandel und auch die dadurch verschärften Konflikte weltweit zurückzuführen sein werden. Frauen und Mädchen sind dabei überproportional betroffen.

Um einige Beispiele zu nennen (2):

- **Hitzestress:** Extremtemperaturen führen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Hitzschlägen. Frauen, insbesondere Schwangere und Ältere, sind besonders gefährdet. Auch häusliche Gewalt (Studien aus Europa) steigt übermäßig an. Frauen sind hier häufiger als Opfer betroffen (3).
- **Luftverschmutzung:** Feinstaub und Schadstoffe verursachen Atemwegserkrankungen und Lungenkrebs. In vielen Haushalten sind Frauen für das Kochen mit festen Brennstoffen verantwortlich, was ihre Exposition erhöht.
- **Ernährungssicherheit:** Dürren und Ernteausfälle bedrohen die Nahrungsmittelversorgung. Frauen, die in der Landwirtschaft arbeiten, sind direkt betroffen.

- **Traditionelle Rollenzuschreibungen:** Diese können bewirken, dass Frauen sich zunächst um andere kümmern, bevor sie gut für sich selbst sorgen. Weltweit leisten Frauen deutlich mehr Sorgearbeit als Männer. Sie sind zudem in Pflegeberufen in der Überzahl vertreten und dort besonderen Risiken (z. B. Infektionserkrankungen) übermäßig häufig ausgesetzt.

- **Reproduktivität:** Klimawandelbedingte Katastrophen unterbrechen häufig die Versorgung mit Mitteln der Familienplanung. Der Zugang zu gynäkologischer Versorgung oder Geburtshilfe ist noch eingeschränkt.

- **Sexualisierte Gewalt:** Zu beobachten ist eine Zunahme von Kinderehen und auch Prostitution als Kompensation von fehlendem Einkommen und schlechterem Zugang zu Bildung. Zudem sind geflüchtete Frauen und Mädchen in Notunterkünften häufiger Gewaltdelikten ausgesetzt.

- **Psychische Folgen:** Als direkte Reaktion auf Naturkatastrophen und Extremwetterereignisse (Zunahme durch Klimawandel) treten z. B. Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen gehäuft auf. Aber auch graduelle langfristige Veränderungen der heimischen Umwelt, etwa durch anhaltende Trockenheit, können psychische Stressreaktionen auslösen. Dabei wird unterschieden zwischen Solastalgie (Gefühl der Trauer, die entsteht, wenn es zu Umweltveränderungen oder -zerstörungen im vertrauten Lebensraum kommt) und Eco-Anxiety (Angst vor dem, was kommen könnte). Risikogruppen für psychische Folgen des Klimawandels werden durch gezieltere Forschung identifiziert (4).

Seit den 1970er Jahren beschreibt der Begriff „Ökofeminismus“ den Zusammenhang zwischen Ausbeutung/Zerstörung der Umwelt und Ausbeutung von Frauen durch patriarchale Strukturen. Seit der Industrialisierung kommt es zu einer selbstverständlichen Ausbeutung unserer natürlichen Ressourcen und zur Entstehung von Petrokulturen und ihrer tief verwurzelten Abhängigkeit vom Öl. Diese begründen sowohl finanziellen Reichtum als auch westliche Vorherrschaft (5). Petromaskulinität bezeichnet die Konvergenz von Autoritarismus, fossilen Brennstoffen und patriarchaler Macht (6). Diese politische Formation begreift die Welt als Rohstoff und maß



Frauenrechte stärken: Ein effektiver Hebel für Klimaschutz und Gesundheitsförderung

sich das Recht an, auf ihn zuzugreifen, ihn auszubeuten und zu vernutzen. Misogynie und Klimaleugnung sind strukturell miteinander verbunden. Sie verteidigen gewohnte Hierarchien und privilegierte Freiheiten. Die Zerstörung von Ökosystemen und Biodiversität, die zunehmende Häufung von Extremwetterereignissen und der Anstieg des Meeresspiegels werden auch 2025 wie selbstverständlich in Kauf genommen.

Frauen sind nicht nur Opfer des Klimawandels – sie sind auch zentrale Akteurinnen im Kampf dagegen. Bevölkerungsbefragungen in den Industrieländern zeigen, dass Frauen den Klimawandel stärker als Bedrohung wahrnehmen als Männer. Sie fordern in der Regel mehr politische Maßnahmen zur Bekämpfung und Anpassung und sind auch bereit, mehr Geld dafür auszugeben. Durch Studien konnte belegt werden, dass Frauen in Führungspositionen häufiger nachhaltige Entscheidungen treffen.

In Ländern, in denen Frauen einen höheren politischen Status haben, ist die CO₂-Emission pro Kopf niedriger als anderswo. In Ländern wie Ruanda und Schweden sorgen Frauen in Parlamenten für progressive Klimagesetze. Aber auch niederschwellig ergreifen Frauen auf dieser Welt Initiative: So sind es in ländlichen Gemeinschaften oft Frauen, die Wissen über traditionelle Anbaumethoden und Ressourcenmanagement bewahren. In Indien organisieren Frauen Selbsthilfegruppen, um erneuerbare Energien zu fördern und Wasserressourcen zu schützen. Frauen engagieren sich in der Gesundheitsvorsorge, indem sie über die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit aufklären (so auch der DÄB).

Nicht nur durch unsere Musterberufsordnung sind wir verpflichtet, einen Beitrag zur Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen zu leisten. Die Übernahme „temporaler Verantwortung“ hat auch das Bundesverfassungsgericht 2021 in einem Urteil zum Klimaschutz der Bundesregierung an-

gemahnt. Temporale Verantwortung bedeutet die Übernahme von Verantwortung für eine Zeit, die sich über das eigene Leben hinaus erstreckt: „Der Staat schützt auch in Verantwortung für die künftigen Generationen die natürlichen Lebensgrundlagen“ (Art. 20a im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland). Wir haben also eine kollektive Verantwortung für ethisches Handeln. Zukunft ist kein Schicksal, sondern eine Verteilungsfrage (7).

Ethik, Klima, Gesundheit und die Rolle der Frauen sind eng miteinander verwoben. Um zu einem „guten Leben für alle“ zu kommen und um die Ziele des Pariser Klimaschutzabkommens zu erreichen, müssen sich die gegenwärtige Politik und unsere Lebensweise deutlich ändern – ein Leugnen der Klimakrise und ein „Weitermachen wie bisher“ sind keine Lösung (auch wenn das aktuelle politische Strömungen suggerieren). Klimagerechtigkeit bedeutet faire Ressourcenverteilung und politische Teilhabe. Klimagerechtigkeit gelingt nur durch Empowerment von Frauen, also durch Bildung, wirtschaftliche Unabhängigkeit und politische Mitsprache. Die Stärkung von Frauenrechten ist daher nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, sondern auch ein effektiver Hebel für Klimaschutz und Gesundheitsförderung. ◀

Die Literaturangaben zum Artikel sowie Leseempfehlungen zum Thema finden Sie online:

www.aerztinnenbund.de/Klimawandel_und_Ethik

Dr. med. Tonia Iblher und Dr. med. Ulrike Berg leiten gemeinsam den Ausschuss „Klima und Gesundheit“ im DÄB.

E-Mail: klima@aerztinnenbund.de

„one slide for the future“: Nutzen Sie die Möglichkeit, sich in Ihrem Vortrag für unser Klima starkzumachen! Im Mitglieder-Bereich der DÄB-Homepage stehen mehrere Folien zum Download bereit.

Mitgliederversammlung und Kongress 2025: Impressionen aus Greifswald



Lebhaft ging es zu bei der Mitgliederversammlung des DÄB – hier mit Dr. med. Ulrike Berg und Dr. med. Ines Ziegler von der Antragskommission (Foto links, v. l. n. r.) sowie mit Ehrenpräsidentin Dr. med. Astrid Bühren (Foto rechts)



So sieht Teamspirit aus: Große Freude bei den bereits gewählten Vorstandsmitgliedern bei der Wahl ihrer Mitsreiterinnen



Gleich zwei Mal gab es in Greifswald Standing Ovationen – und zwar für zwei ganz besondere Frauen: DÄB-Ehrenpräsidentin Dr. med. Christiane Groß und Elke Burghard, erste und einzige „Mutige Ehren-Löwin“ des DÄB



Engagiert für die Silberne Feder – im Vorfeld und vor Ort: Jury-Mitglieder Hon.-Prof. Dr. Maria Linsmann-Dege (li.) und Dr. med. Astrid Bühren (re.)



Es wird spannend: Dr. med. Christine Hidas erklärt in ihrer Funktion als Wahlleiterin die Wahlmodalitäten – in der linken Hand die Wahlzettel und in der rechten Hand die Tasche mit den Wahlbriefen



BIG FIVE: Erfolgsgeschichten von Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser, Jana Pannenbäcker, Dr. med. Deborah Janowitz, Prof. Dr. med. Raila Busch und Dr. med. Linda Schönborn – moderiert von Angela Hoppe und Annette Ehmler



Ein großes Dankeschön gebührt Dr. med. Elpiniki Katsari und den weiteren Mitgliedern des Vor-Ort-Organisationsteams aus Greifswald und Umgebung



Breite Zustimmung gab es für den hier abgestimmten Antrag



Stephanie Tahden auf „Stimmenfang“: Herzlichen Dank für die perfekte Organisation!



Musikalisch untermalt wurde das Abendprogramm von der deutsch-finnischen Band Beltango aus Greifswald

Fotos: © DÄB/Danny Gohlke

Preisverleihungen des DÄB 2025

► Mutige Löwin

Elke Burghard, Initiatorin und langjährige Stifterin des Preises, als „Mutige Ehren-Löwin“ ausgezeichnet

Eine ganz besondere Auszeichnung erhielt in diesem Jahr die Initiatorin und Stifterin der „Mutige Löwin“: Elke Burghard wurde zur ersten und einzigen „Mutige Ehren-Löwin“ ernannt. „Wir möchten heute die Mutter aller Löwinnen auszeichnen“, so Dr. med. Christiane Groß, Laudatorin und Ehrenpräsidentin des DÄB. „Elke Burghard steht stellvertretend und als Vorbild für alle Ärztinnen, die Grenzüberschreitungen erdulden müssen, damit diese sich wehren und sich trauen, diese öffentlich zu machen. Als eine Frau, die immer bereit ist zu kämpfen, und die nicht aufgibt im Kampf um mehr Gerechtigkeit, Gleichberechtigung, Frauenrechte und in unserem Fall um Ärztinnenrechte, steht Elke Burghard wie keine andere für die Attribute der Mutigen Löwin.“ Anstelle einer Nadel erhielt Elke Burghard die Graphik einer besonderen Löwin, die im Orange des Deutschen Ärztinnenbundes leuchtet, im Gold der Nadel der „Mutigen Löwin“ schimmert und sogar mit vier Reißzähnen und einer erhobenen Tatze versehen ist. Damit zeigt sie ihre wahrhaftige Wehrhaftigkeit.



Foto: © DÄB/Danny Gohlke

Elke Burghard, erste und einzige „Mutige Ehren-Löwin“ des DÄB

Elke Burghard, DÄB-Ehrenmitglied, ist Gynäkologin und ärztliche Psychotherapeutin aus Neumünster. Ihr ganzes berufliches Leben hat sie öffentlichkeitswirksam – in Zeitungsartikeln, Leserbriefen und Interviews – gegen Diskriminierung gekämpft und so immer wieder den Finger in die Wunden gelegt. Ganz besonders erinnert sie sich an ihre aktive Teilnahme an der ARD-Sendung „Halbgott in Weiß“ (1970), für die sie im Anschluss viele Anfeindungen und Bedrohungen erfahren hat. Sie hat sich für Gleichberechtigung, Selbstbestimmung, eine Ausweitung der Mutterschutzrichtlinie und eine „ethisch gute Umsetzung der Gynäkologie“ – so hat sie es selbst immer formuliert – eingesetzt. So wirkte sie u. a. in den Jahren 1989/1990 an der gemeinsamen Erklärung zum § 218 mit, der nach der Wiedervereinigung mit den Regularien der damaligen DDR abgestimmt werden musste.

Außerdem ist sie Mitbegründerin des DÄB-Wissenschaftspreises, den sie ebenfalls finanziell unterstützt. Sie kämpft stets für ihre Patientinnen und Kolleginnen, packt wichtige und heikle Themen an und macht darauf aufmerksam. ◀

► Silberne Feder

Schwedische Kinderbuchautorin und Illustratorin Sara Lundberg erhält die „Silberne Feder“ für ihr Buch „Der Vogel in mir fliegt, wohin er will“

Die „Silberne Feder“ ging in diesem Jahr an die schwedische Malerin, Kinderbuchautorin und Illustratorin Sara Lundberg für ihr Buch „Der Vogel in mir fliegt, wohin er will“. Ausgezeichnet wurde auch die deutsche Übersetzerin des Buches, Friederike Buchinger.

Das prämierte Buch schildert, ausgehend von Briefen, Gemälden und Tagebucheinträgen, die Kindheit und Jugend der schwedischen Expressionistin Berta Hansson (1910–1994), die schon als Kind aufgrund ihrer besonderen künstlerischen Neigung in Konflikt mit ihren Pflichten auf dem elterlichen Bauernhof geriet: Bertas Mutter stirbt früh an Tuberkulose. Mithilfe des Dorfarztes gelingt es Berta, sich aus ihrer patriarchalisch geprägten Vorherbestimmung eines Lebens als Hausfrau zu befreien und die Zwänge ihres Vaters und der Dorfgemeinschaft zu überwinden. Sie entwickelt ein besonderes Gespür für die Natur, die Tiere und die Dinge in ihrer Umgebung. Berta ist eine vorbildhafte, starke Mädchenfigur, die zeigt, dass es sich lohnt, für die eigenen Träume zu kämpfen und den eigenen Weg zu gehen.



Foto: privat

Sara Lundberg aus Schweden, ausgezeichnet mit der „Silbernen Feder“ 2025

Sara Lundberg vermischt in ihrem Buch geschickt Realität und Fiktion. Sie schildert Bertas Geschichte nicht nur in einer klaren und direkten Sprache, sondern vor allem in ausdrucksstarken, expressiven, teils collagierten Aquarellen, die den Stil Hanssons aufnehmen und vor künstlerischer Schaffenskraft strotzen.

Jurymitglied Dr. Tonia Iblher, die in Lübeck im Bereich „Spezielle Schmerztherapie“ praktiziert, betonte die Bedeutung von psychischer Stabilität als Resilienzfaktor, die im Buch deutlich wird. So ist Berta die einzige Frau ihrer Familie, die nicht an Tuberkulose erkrankt. Sara Lundberg ergänzt: „Berta wuchs in einer Zeit auf, in der Träume wie die ihren für eine junge Frau kaum vorstellbar waren. Sie ging diesen Weg vor mir – und machte ihn mir dadurch ein wenig leichter.“ ◀

Weitere Empfehlungen der Jury unter:

https://www.aerztinnenbund.de/Silberne_Feder.0.115.1.html

Der neue Vorstand des DÄB



Foto: © DÄB, Danny Gohlke

Das neu gewählte Vorstandsteam des DÄB (v. li. n. re.): Dr. med. Sonja Mathes (Beisitzerin), Dr. med. Heike Raestrup (Schatzmeisterin), Dr. med. Petra Büchin (Vizepräsidentin), Jana Pannenbäcker (Co-Präsidentin), Prof. Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser (Co-Präsidentin), Dr. med. Jana Aulenkamp (Beisitzerin), Dr. med. dent. Angelika Brandl-Riedel (Vizepräsidentin), Dr. med. Monika Stichert (Schriftführerin)

BESCHLÜSSE DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Antrag 12 (vorgezogen): Past-Präsidentin Dr. med. Christiane Groß wird zur Ehren-Präsidentin des DÄB ernannt.

Antrag 1 wird zurückgezogen.

Antrag 2 wird zurückgezogen.

Antrag 3 wird zurückgezogen.

Antrag 4 (Budget für Ausschüsse) wird an den Vorstand überwiesen.

Antrag 5 wird zurückgezogen.

Antrag 6 wird wegen notwendiger Satzungsänderung auf die nächste MV verschoben.

Antrag 7 (Erhöhung der Aufwandspauschale für den Vorstand): 1. Satz – beschlossen, 2. Satz – abgelehnt.

Antrag 8 wird zurückgezogen.

Antrag 9 wird zurückgezogen.

Antrag 10 (einjährige Beitragsfreiheit für Studentinnen nach dem Staatsexamen) wird beschlossen.

Antrag 11 ist in der Beschlussfassung von Antrag 10 enthalten, wird daher zurückgezogen.

Das Protokoll der MV finden Sie im internen Bereich der DÄB-Website. Dort sind sowohl die Anträge als auch die Abstimmungsergebnisse ausführlich dargestellt. Ebenso findet sich dort der Bericht der Präsidentin/des Vorstands.

Bei Fragen zum internen Bereich wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des DÄB.

Möchten Sie die Ergebnisse der Abstimmungen per Post erhalten, senden Sie bitte einen formlosen Antrag mit einem adressierten und mit 1,80 EUR frankierten DIN A5-Rückumschlag an die Geschäftsstelle:

Deutscher Ärztinnenbund e. V.

Geschäftsstelle
Glinkastraße 32
10117 Berlin

Personalia

Christiane Groß zur DÄB-Ehrenpräsidentin ernannt

Am 8. April 2000 trat Dr. med. Christiane Groß in den DÄB ein und prägte ihn über ein Vierteljahrhundert entscheidend mit – seit Oktober 2013 als Vizepräsidentin und seit April 2015 als Präsidentin. Dieses Amt übte sie bis September 2025 mit außergewöhnlichem Engagement, Weitblick und Leidenschaft aus. Für eine weitere Amtszeit hatte sie nicht mehr kandidiert.



Als Fachärztin für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Ärztliches Qualitätsmanagement) setzte sich Christiane Groß schon vor ihrer Amtszeit beim DÄB (in der Ärztekammer und auf den Ärztetagen) sowie währenddessen mit großer Überzeugungskraft für die berufliche und berufspolitische Vertretung von Ärztinnen ein. Ihr zentrales Anliegen: mehr Frauen in Führungspositionen bringen – durch ein notwendiges Umdenken im Gesundheitswesen hin zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und durch eine kritische Auseinandersetzung mit tradierten Rollenbildern. Besonders wichtig sind Christiane Groß dabei die psychische Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten sowie die Förderung junger Ärztinnen durch tragfähige Netzwerke. Sie stärkte den regionalen wie überregionalen Austausch, initiierte und baute Kooperationen mit anderen Berufs- und Frauenverbänden auf – stets mit dem Ziel, Ärztinnen zu vernetzen, zu fördern und sichtbar zu machen. Ihr Stil war dabei stets geprägt von Offenheit, Reflexion und der Fähigkeit, Menschen zu verbinden.

Ehrenpräsidentin Dr. med. Christiane Groß

Für ihr berufspolitisches Engagement wurde Christiane Groß im September 2024 mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet – eine Würdigung ihres unermüdlichen Einsatzes für die Gleichstellung von Ärztinnen im Beruf, für eine geschlechtersensible Versorgung sowie für eine Digitalisierung des Gesundheitswesens, die der Versorgung dient.

In ihrer Amtszeit als Präsidentin hat Christiane Groß den DÄB strategisch weiterentwickelt, ihn effizient vernetzt und in der Öffentlichkeit sichtbar gemacht. Sie war – und ist – ein Vorbild für uns alle: engagiert, empathisch, kommunikativ und stets unterstützend. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde sie auf der MV am 27. September 2025 für ihre herausragenden Verdienste und ihre langjährige, prägende Arbeit für den DÄB zur Ehrenpräsidentin ernannt. Liebe Christiane, wir danken Dir von Herzen für Deinen großartigen Einsatz, Deine klare Haltung und Deinen unerschütterlichen Glauben an die Stärke und das Potenzial von Ärztinnen. Du hast den DÄB geprägt – und wirst ihn und uns auch in Zukunft inspirieren. ◀

Renate Böhm verabschiedet sich aus dem DÄB-Vorstand



Dr. med. Renate Böhm (Mitte)

Am 3. Juli 1998 trat Dr. med. Renate Böhm dem DÄB bei und brachte sich seither mit großem Engagement und Fachkompetenz ein. Im DÄB fand sie den regelmäßigen Austausch mit ärztlichen Kolleginnen, insbesondere in der Regionalgruppe Bayern-

Süd, in der sie seit vielen Jahren als Schriftführerin aktiv ist. Mit dem DÄB öffnete sich für sie zugleich das Tor zu internationalen Kontakten: Renate Böhm nahm regelmäßig an den Kongressen des Weltärztinnenbundes (MWIA) teil und hat in der aktuellen Wahlperiode den Vorsitz der Senior-MWIA. In ihrer Rolle als Nationale Koordinatorin (NC) nutzte sie die Gelegenheit, die internationalen Beziehungen des DÄB auszubauen und mitzugestalten – stets mit Weitblick und einem offenen, verbindenden Geist. Seit März 2024 war Renate Böhm kooptiertes Mitglied im DÄB-Vorstand (als Beisitzerin). Ihre Herzensthemen waren dabei die historische Aufarbeitung der Vereinsgeschichte sowie die Förderung der Karriereentwicklung von Ärztinnen – Anliegen, die sie mit großer Leidenschaft und Beharrlichkeit voranbrachte. International orientiert, historisch interessiert, teamorientiert und kollegial – so kennen und schätzen wir Renate Böhm. Sie war und ist eine fördernde und unterstützende Kraft im DÄB. Wir danken ihr herzlich für ihr langjähriges Engagement im und für den DÄB-Vorstand. Ganz besonders freuen wir uns, dass sie sich weiterhin aktiv in der MWIA einbringen wird. ◀

Martina Baddack tritt in den (Un-)Ruhestand ein



Martina Baddack

Seit dem 1. Juli 2004 ist Martina Baddack das Herz unserer Geschäftsstelle. Mit ihrer ruhigen Art hat sie auch in stürmischen Zeiten nie die Nerven verloren und war stets für alle da. Ihre Zuverlässigkeit und ihr unermüdlicher Einsatz haben die Arbeit des DÄB in besonderer Weise geprägt. Daher wurde Martina Baddack im Rahmen der MV im Oktober 2024 zum Ehren-Fördermitglied ernannt – eine Auszeichnung, die sie mehr als verdient hat. Wir freuen uns sehr, dass Martina Baddack uns auch im Ruhestand erhalten bleibt und ihrer Nachfolgerin, Stephanie Tahden, zur Seite steht. Liebe Martina, herzlichen Dank für alles, was Du für unseren Verein geleistet hast – und weiterhin leistest! ◀

Zusammenarbeit über föderale Grenzen hinaus

Große Delegation des Deutschen Ärztinnenbundes beim 33. Internationalen Kongress der Medical Women's International Association (MWIA)

Vom 12. bis 14. Oktober 2025 fand in Kairo, Ägypten, der 33. Internationale Kongress der Medical Women's International Association (MWIA) statt. Rund 500 Ärztinnen und Medizinstudentinnen aus über 70 Ländern und allen sechs Kontinenten kamen unter dem Motto „One Humanity – Health Solutions Through Our Partnerships“ zusammen, um sich über aktuelle Fragen der Frauengesundheit, globale Gesundheitsstrategien und die Rolle von Ärztinnen im internationalen Kontext auszutauschen.

Die MWIA – älteste internationale Ärztinnenorganisation

Schon bevor Ärzte an die Gründung einer eigenen Organisation dachten, gründeten 1919 in New York Ärztinnen unter dem Eindruck des Ersten Weltkriegs die MWIA. Heute ist die MWIA die älteste internationale Ärzteorganisation. Sie repräsentiert über 12.000 Ärztinnen und Medizinstudierende aus mehr als 70 Ländern und ist non-sectarian sowie non-profit-making. Als global vernetzter Verband ist sie in acht Regionen auf sechs Kontinenten organisiert und genießt den NGO-Status, registriert mit Sitz in Genf.

Deutsche Delegation stark vertreten

Mit 20 Delegierten stellte Deutschland die fünftgrößte Teilnehmerinnengruppe des Kongresses. Unter den Vertreterinnen war auch **Dr. Cornelia Tauber-Bachmann**, die zur Vice-President für die Region Central Europe gewählt wurde.

Geschichte mit Verantwortung

Ein besonderer Moment des Kongresses: die Präsentation des Posters von



Deutschland gut vertreten – vor allem im DÄB-Orange

Dr. Renate Böhm, das die helfende Rolle der MWIA während des Nationalsozialismus beleuchtete. Viele Ärztinnen mussten Deutschland verlassen und suchten im Ausland neue Wirkungsfelder: Sie wurden durch das MWIA-Netzwerk im Ausland unterstützt. Dr. Böhms Beitrag erinnerte eindrücklich daran, wie wichtig historische Aufarbeitung für ein verantwortungsbewusstes, gemeinsames Handeln in der Gegenwart ist.

Inhalte und Schwerpunkte des Kongresses

Das wissenschaftliche Programm des MWIA-Kongresses bot eine große Bandbreite aktueller Themen. Neben klassischen Fragen der Frauengesundheit wurden insbesondere die Auswirkungen des Klimawandels auf Gesundheitssysteme, die zunehmende Beteiligung von Frauen in medizinischer Führungsverantwortung sowie digitale Gesundheit intensiv diskutiert.

Einen wichtigen Schwerpunkt bildete der Vortrag von **Dr. Marianne Schwarte**, Mitglied der Senior MWIA, zu den „Living and Working Conditions of Senior Medical Women“. Dr. Schwarte hielt den Vortrag in Vertretung für die erkrankte **Dr. Bettina von Gizycki-Nienhaus**, die Gründerin der Senior MWIA.

In abwechslungsreichen Plenar- und Parallel-Sessions tauschten sich die interessierten Teilnehmerinnen über konkrete Lösungen aus, wie Partnerschaften über Länder- und Föderationsgrenzen hinweg nachhaltige Verbesserungen im Gesundheitswesen schaffen können.

Demokratie und Mitbestimmung

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Kongresses war die Abstimmung über Resolutionen, die die strategische Ausrichtung der MWIA für die kommenden Jahre bestimmen. Diese Resolutionen betreffen u. a. den Ausbau internationaler Netzwerke, die Förderung junger Ärztinnen sowie Maßnahmen zur Geschlechtergerechtigkeit in der Medizin.

Globale Netzwerke als Schlüssel

Die Atmosphäre in Kairo war von gegenseitiger Unterstützung geprägt und dem Bewusstsein, dass globale Gesundheits Herausforderungen nur gemeinsam bewältigt werden können. Der Austausch zwischen Ärztinnen aus unterschiedlichen kulturellen, politischen und fachlichen Kontexten machte mehr als deutlich: „One Humanity – Health Solutions Through Our Partnerships“ ist nicht nur ein Leitgedanke, sondern gelebte Realität.

Fazit

Der 33. MWIA-Kongress in Kairo machte deutlich, dass die Verbindung von wissenschaftlicher Exzellenz, sozialem Engagement und internationaler Solidarität die Stärke dieses Netzwerkes ausmacht. ◀

Dr. Evgenia Scheffner

Hohe Ehrungen für DÄB-Mitglieder

Während der General Assembly wurden zahlreiche DÄB-Mitglieder geehrt. Drei Kolleginnen wurden für ihr Engagement zu Members of Honour ernannt. Die langjährige Vice-President für Central Europe, **Dr. Gertrud Zickgraf**, **Dr. Marie-Louise Fasshauer** sowie **Dr. Sigrun Muthmann-Hellwig** waren nach dem Fall des Eisernen Vorhangs in viele Länder Osteuropas gereist und haben für die Gründung nationaler und internationaler Ärztinnenverbände geworben.



Foto: © D. Werner

Dr. Sigrun Muthmann-Hellwig, Member of Honour der MWIA, Dr. Eleanor Nwadinobi, Immediate Past President, und Dr. Amany Asfour, MWIA-Präsident



Foto: © D. Werner

Seit Jahrzehnten aktiv für die MWIA: Dr. Gertrud Zickgraf, Member of Honour, hier eine Erinnerung aus den 80er-Jahren

Dr. Sigrun Muthmann-Hellwig nahm ihre Urkunde während ihres 18. (!) Besuchs eines internationalen MWIA-Kongresses persönlich entgegen. 14 DÄB-Mitglieder wurden für ihre mehr als 50-jährige Mitgliedschaft als Golden Jubilee Members ausgezeichnet.

Alle Urkunden nahm die scheidende NC, Dr. Renate Böhm, entgegen, die selbst für ihr Engagement bei der Etablierung der 2022 von Dr. Bettina von Gizycki-Nienhaus gegründeten Senior MWIA ausgezeichnet wurde.

Dr. Amany Asfour (Ägypten) neue MWIA-Präsidentin

Nach drei Jahren als President-elect der MWIA hat **Dr. Amany Asfour**, Kinderärztin aus Ägypten, das Amt der Präsidentin der MWIA für das Triennium 2025–2028 von Dr. Eleanor Nwadinobi übernommen, die der MWIA weiter als Immediate Past President dient. Der DÄB bedankt sich bei Eleanor Nwadinobi ausdrücklich für die freundschaftliche und warme Unterstützung während ihrer Amtsperiode. Zur President-elect wurde Dr. Mandakini Megh, Gynäkologin aus Mumbai, gewählt. Sie wird 2028 das Amt der Präsidentin turnusgemäß übernehmen. ◀

Dr. Renate Böhm

Dr. Cornelia Tauber-Bachmann (Deutschland), Vice-President für Central Europe

Mit der Wahl von **Dr. Cornelia Tauber-Bachmann** zur Vice-President Central Europe hat der DÄB wieder eine starke Stimme im ExCo der MWIA.

Statement von Frau Dr. Tauber-Bachmann

Über die Wahl zur Vizepräsidentin Central Europe der MWIA, des Internationalen Ärztinnenbundes für das Triennium 2025–2028, habe ich mich sehr gefreut. Seit über 20 Jahren bin ich regelmäßige Teilnehmerin der internationalen Kongresse. Und daher habe ich mich besonders über die Ehrung von Dr. Sigrun Muthmann-Hellwig und Dr. Marie-Louise Fasshauer gefreut – zwei langjährige Weg- und Reisegefährtinnen von mir. Ebenso sehr freue ich mich über die Ernennung von Dr. Gertrud Zickgraf zum Member of Honour der MWIA.

Das Amt habe ich zum Ende des Kongresses angetreten. Meine Vorgängerin, die österreichische Kollegin **Dr. Edith Schratzberger-Vecsei**, hat mich in mehreren Gesprächen darauf vorbereitet. Herzlichen Dank an sie und ihr Engagement! Leider konnte sie beim Kongress nicht dabei sein.

Es gab gleich nach dem Kongress ein Meeting des neuen ExCo (des Executive Committee), bei dem Absprachen getroffen und Pläne gemacht wurden. Für meinen Aufgabenbereich Central Europe habe ich einige Ideen:

- Kontakt halten und intensivieren zu den Kolleginnen in den benachbarten Ländern Österreich und Schweiz,
- Kontakt halten bzw. herstellen mit den Kolleginnen in unseren östlichen Nachbarländern, beginnend mit unserem Nachbarn Polen. Hier ist schon ein persönlicher Kontakt im nächsten Frühjahr geplant.

Denn der Austausch ist das Herzstück der MWIA.

Central Europe umfasst die DACH-Staaten und die östlichen Länder, wobei aufgrund der politischen Lage unsere Reichweite für persönliche Kontakte momentan beschränkt ist. Unsere starke 20-köpfige deutsche Delegation konnte sich schon beim ersten Regional Meeting in Kairo austauschen.



Foto: privat

Dr. Cornelia Tauber-Bachmann, neue Vice-President für Central Europe

Über Anregungen und Mitteilungen zur internationalen Zusammenarbeit würde ich mich sehr freuen. ◀

Dr. Cornelia Tauber-Bachmann

MWIA-Postkongressreise von Kairo bis nach Assuan, 18.10. – 24.10.2025

Unsere Reise begann in Alexandria im Nildelta, dem einstigen geistigen Zentrum der Antike. Wir besichtigten das römische Amphitheater, die neue Bibliothek und die Zitadelle. Sie steht an der Stelle des ehemaligen Leuchtturms von Pharos, dem jüngsten der sieben Weltwunder der Antike. Für uns Ärztinnen war die große Statue von Peseschet, einer Tochter von Ramses II., die vor der Bibliothek von Alexandria steht, von besonderem Interesse. Peseschet gilt als erste namentlich bekannte Ärztin der Welt, schon um 2400 vor Christus.



Foto: © D. Werner

Warmherziger Empfang in einer ägyptischen Familie: v. l. n. r.: Rita Habberger, die Gastgeberin und Matriarchin des Hauses, Dr. Renate Böhm und Dr. Marion Werner

Nach sanfter Landung in Luxor, Teil von Oberägypten, wurden wir von unserem Reiseleiter Herrn Ahmed Adnan, Ägyptologe und Absolvent der Uni zu Kairo, herzlich in Empfang genommen. Unser erstes Abenteuer in Luxor startete mit der Tempelbesichtigung von Karnak. Der Tempel ist mit der etwa 3,5 km langen Prachtstraße der

widderköpfigen Sphingen bis zum Tempel von Luxor verbunden. Seit 2011 wurde diese prächtige Allee aus dem Staub und Nilschlamm befreit, so dass man sie bis zum Ende durchlaufen kann. Der Säulensaal des großen Amun-Tempels innerhalb der Anlage umfasst 134 Säulen in 16 Reihen. Man spürt echte Ehrfurcht vor ihrer Größe und kann die Unterschiedlichkeit der Kapitelle als offene oder geschlossene Papyrusäulen bewundern. Nach Besuch des faszinierenden und gut erhaltenen Tempels ging es in der Mittagshitze weiter zum Hatschepsut-Tempel, den wir per Elektroshuttlefahrt erreichten. Die Tempelanlage ist in zwei Ebenen angelegt. Polnische Architekten haben die zweite Etage originalgetreu restauriert. Nach dem atemberaubenden Blick aus dem Terrasentempel ging es zum Tal der Königinnen, um das Grab von Nefertari zu besichtigen und die 3.250 Jahre alten Fresken in diesem Grab zu bewundern.

Am Ende des Nachmittags besuchten wir eine Familie in West-Theben, die uns herzlich in ihr Privathaus einlud und uns mit selbstgebackenem Brot, Marmelade und leckerem Käse zum Tee bewirtete. Wir konnten sogar einen Blick in die Küche werfen. Völlig erschöpft von den vielen Eindrücken checkten wir in unsere Hotelanlage auf einer Nilinsel ein.

Die Frühaufsteher unserer Gruppe konnten einen atemberaubenden Blick über das Tal der Könige bei Sonnenaufgang aus der Ballon-Perspektive erleben. Nach dem Frühstück brachen wir zum berühmten Tal der Könige auf, wo wir die Grä-

ber der Söhne Ramses II., Tausret, Sethnacht und Merenptah, besuchten. Von dort ging es auf unser Nilschiff Royal Adventure, das uns bis nach Assuan fuhr. Dort besuchten wir die gut erhaltenen Tempelanlagen von Edfu. In der Nacht durchquerten wir mit etwa 360 weiteren Nilschiffen die große Schleuse – einige wenige unserer Gruppe konnten dies beobachten. Von Assuan aus besuchten wir den Philae-Tempel, der aufgrund des Assuan-Staudammes auf eine höhergelegene Insel versetzt wurde. Den Assuan-Staudamm erlebten wir in seiner mächtigen Breite und sahen die Wassermengen des Nassersees. Ein Highlight der Reise war die dreistündige Fahrt durch die Wüste nach Abu Simbel inkl. Sonnenaufgang. Dieser Tempel wurde von 1964 bis 1968 in einer einmaligen Rettungsaktion um 60 m versetzt, um vor den Wassermassen des Assuan-Staudammes gerettet zu werden.



Foto: © D. Werner

Post Congress Tour in Abu Simbel mit Reiseleiter Ahmed Adnan

Viele Erlebnisse der Reise ließen uns Land und Leute näher kennenlernen: unsere Besuche auf dem Bazaar und dem Markt, die Besichtigungen der vielen Moscheen und koptischen Kirchen und vor allem auch unsere Begegnung mit den Kindern einer Koranschule, die uns neugierig begrüßten. All das wurde uns durch die unglaublich gute Planung unseres Reiseleiters Ahmed Adnan ermöglicht. Es war eine Reise, die uns im Herzen berührte und die wir nicht so schnell vergessen werden. ◀

Beate Pallagi, Dr. med. Elke Schulze Spüntrup
und Lucia Best

Ein Dank an Claudia Avram (Reisebüro Martha Mayer, München). Sie hat für die Beteiligten eine besondere, individuelle Reise gestaltet. Sie hat Unmögliches möglich gemacht. So hat sie den exzellenten Reiseleiter, den Ägyptologen der Universität Kairo Ahmed Adnan, akquiriert, der die Reise zu einem einzigartigen Erlebnis gemacht hat. ▶

Dr. Renate Böhm



Foto: © D. Werner

Dr. Renate Böhm überreicht ein Dankeschön an Claudia Avram

FORUM 40 PLUS

28. Tagung in Leipzig

Unser diesjähriges Sommertagungstreffen vom 13. bis 15.06.2025 in Leipzig begann mit einem Get-Together-Abendessen im Restaurant im City-Hochhaus Leipzig mit einem wunderbaren Rundumblick auf Leipzig und Umgebung – eine Kulisse wie geschaffen zum Austauschen und Netzwerken. Am Samstag hörten wir im mexikanischen Ambiente der Hacienda des Leipziger Zoos den Vortrag von Dr. med. Maren Kempf zum Thema „Umgang mit Gefahrensituationen im beruflichen Umfeld mit praktischen Übungen“. Dabei übten wir solche Situationen aktiv – was durchaus auf der Trainingsmatte enden konnte. Nach einer Mittagspause mit köstlichem Fingerfood hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, das riesige Zoopark mit seinen unterschiedlichen Welten zu erkunden und z. B. mit dem Boot durch tropische Welten zu schippern.

Unsere Tagung war geprägt von den musikalischen Impressionen des Bachfestivals. Nach einem lustigen Abend mit vielen Gesprächen im Auerbachs Keller ließen einige Kolleginnen den Tag mit Bachklängen auf dem Marktplatz ausklingen.

Der abschließende Sonntag endete mit einer Bootstour auf den Kanälen von Leipzig mit einem Bootsführer, der uns ausgeschmückte Anekdoten aus dem Leipziger Leben erzählte. Es war eine Tagung mit viel Austausch, neu Gelerntem, abgerundet mit Kultur, leckerem Essen und vielen schönen Eindrücken.

Auf ein Wiedersehen zur Herbsttagung im Bamberg vom 30.10. bis 02.11.2025 freuen wir uns jetzt schon. ◀

Beate Pallagi,
Vorstandsmitglied im Forum 40 plus



Gute Stimmung bei den Teilnehmerinnen des Sommertagungstreffens des Forum 40 plus in Leipzig

REGIONALGRUPPEN DÜSSELDORF UND WUPPERTAL

Das gute Leben: Ein philosophischer Spaziergang

Am 23. August 2025 unternahmen Mitglieder der Regionalgruppen Düsseldorf und Wuppertal einen philosophischen Spaziergang rund um das Neusser Kloster Knechtsteden unter Leitung des Philosophen Stephan Altemeier.

Im Alltag bleibt oft wenig Raum für grundlegende Fragen: Was bedeutet es eigentlich, gut zu leben? Bei diesem philosophischen Spaziergang waren die Teilnehmerinnen eingeladen, den Alltag einen Moment hinter sich zu lassen, gemeinsam zu gehen, zu denken und sich auszutauschen. Zwischen Natur, Philosophie und persönlichem Austausch gingen wir gemeinsam der Frage nach: „Was braucht man – wirklich – für ein gutes Leben?“ Zusätzlich besuchten wir eine eindrucksvolle Fotoausstellung in der Basilika Knechtsteden mit Portraitfotos von Leprakranken. Glücklicherweise blieb das Wetter trocken und wir konnten den inspirierenden Ausflug in guter Stimmung bei einem Imbiss beschließen. ◀

Claudia Voigt-Lehnhoff,
Schatzmeisterin Regionalgruppe Düsseldorf



Foto © Dr. Monika Stichert



Foto © Dr. Monika Stichert

Gemeinsam das gute Leben erkunden: Mitglieder der Regionalgruppen Düsseldorf und Wuppertal mit Philosoph Stephan Altemeier

REGIONALGRUPPE WIESBADEN-MAINZ

Infostand auf dem Sommerkongress der KV Rheinland-Pfalz

Auf Einladung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz nahm die Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz am Sommerkongress 2025 in Mainz teil. Der Infostand bot Gelegenheit zur Vernetzung vieler Ärztinnen und Psychotherapeutinnen und war rege besucht.

Erstaunlich viele der Besucherinnen kannten den DÄB noch gar nicht und zeigten sich begeistert vom vielfältigen Angebot der Regionalgruppe und dem berufspolitischen Engagement des Bundesverbandes.

Übrigens: Die Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz veranstaltet regelmäßig Qualitätszirkel, bei denen auch Gäste herzlich willkommen sind. Die Qualitätszirkel sind mit jeweils 4 Fortbildungspunkten bei der Landesärztekammer Hessen bewertet. Die Einladung zu den Videokonferenzen erfolgt per E-Mail. Interessierte, die in den Verteiler aufgenommen werden möchten, können einfach eine Mail an folgende Adresse schicken: wiesbaden-mainz@aerztinnenbund.de. ◀

Dr. med. Ulrike Berg ist Ansprechpartnerin für die Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz



Dr. med. Ulrike Berg und Dr. med. Susanne Springborn vom Vorstand der Regionalgruppe beim Sommerkongress 2025

BUCHBESPRECHUNG



Foto: privat

Es ist Zeit, die tödlichste Infektion der Welt zu besiegen

DR. MED. TONIA IBLHER

Auf einer Reise nach Sierra Leone lernt der Autor, John Green, den jungen Henry kennen, der mit Tuberkulose im Krankenhaus liegt. Seine bewegende Krankheitsgeschichte nimmt er zum Anlass, der ältesten und tödlichsten Infektionskrankheit der Welt auf den Grund zu gehen, an der jährlich immer noch 1,5 Millionen Menschen sterben.

Dieses Buch ist ein auf-rüttelndes Plädoyer für soziale Gerechtigkeit und Gesundheit. Gefordert werden Lösungen für diese globale Gesundheitskrise, z. B. weltweiter Zugang zu lebensrettender Behandlung mit erschwinglichen Medikamenten.

John Green, Bestsellerautor („Das Schicksal ist ein mieser Verräter“) und erfolgreicher Blogger, verbindet hier mitreißend persönliches Schicksal und Fachwissen über Krankheit, Epidemiologie und Sozialmedizin. Das Buch empört und rüttelt auf.

Das Buch konnte zwar nicht die Silberne Feder 2025 erlangen, steht aber zusammen mit der Preisträgerin (Sara Lundberg mit „Der Vogel in mir fliegt, wohin er will“) und acht weiteren Büchern auf der Empfehlungsliste der Jury, abrufbar unter www.aerztinnenbund.de/Silberne_Feder.0.115.1.html ◀

John Green: *Tuberkulose*, Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG, 2025 München (Erstveröffentlichung 2025, New York), aus dem Englischen von Sophie Zeitz, 224 Seiten, ab 15 Jahren

Dr. med. Tonia Iblher ist Mitglied der Jury zur Vergabe der Silbernen Feder.

E-Mail: klima@aerztinnenbund.de





Foto: © DÄB/Danny Gohlke

BUCHVORSTELLUNG

Toolbook Ärztin:Arzt

DR. MED. JANA AULENKAMP

Alles, was du unbedingt noch wissen solltest, im Studium aber kaum erwähnt wurde

Junge Ärztinnen und Ärzte stehen nach dem Studium oft vor praktischen, ethischen und strukturellen Herausforderungen, die in der universitären Ausbildung kaum thematisiert werden: Karriereplanung, Arbeitskultur, Gleichstellung oder Vereinbarkeit von Beruf und weiteren Interessen.

Das Buch „Toolbook Ärztin:Arzt“ entstand, um genau diese Lücken zu schließen. Es bietet praxisnahe Orientierung, persönliche Einblicke und interdisziplinäre Perspektiven – von Medizinerinnen und Medizinern für Medizinerinnen und Mediziner. Viele der behandelten Themen berühren zentrale Anliegen des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB): Chancengleichheit, familienfreundliche Strukturen und geschlechtersensible Medizin.

Die Idee zum Buch entstand aus Gesprächen mit Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten, die häufig dieselben Fragen stellten:

- Wie gelingt der Berufseinstieg?
- Wie lassen sich Familie und Klinikalltag vereinbaren?
- Welche Strukturen prägen unsere Arbeitswelt – und wie können wir diese verändern?

Diese Impulse führten zum Entschluss, das Wissen und die Erfahrungen vieler Kolleginnen und Kollegen zu bündeln – aus unterschiedlichen Fachrichtungen, Lebensphasen und Perspektiven.

Das Buch vereint Beiträge von über 30 Ärztinnen und Ärzten, die mit Fachwissen und persönlichen Erfahrungen ein realistisches, vielfältiges Bild der aktuellen und zukünftigen Medizin zeichnen. Unter den Autorinnen und Autoren befinden sich zahlreiche Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes, der im Buch als zentrales Netzwerk vorgestellt wird, das Ärztinnen auf allen Karrierewegen unterstützt – mit Austausch, politischem Engagement und konkreten Handlungsperspektiven.



- Vereinbarkeit von Familie und Beruf: rechtliche Grundlagen, Erfahrungsberichte und Strategien für unterschiedliche Karrierephasen.
- Gleichstellung und Karrierechancen: strukturelle Barrieren, Rollenvorbilder und der Wert von Netzwerken.

- Geschlechtersensible Medizin: die Bedeutung von Vielfalt und Gendermedizin in der klinischen Praxis.
- Mentoring und Gemeinschaft: die Rolle von Kollegialität und gegenseitiger Unterstützung.

Das Toolbook will nicht nur individuelles Wissen vermitteln, sondern Denkanstöße für strukturellen Wandel geben: Wie können Arbeitsbedingungen familienfreundlicher, Karrieren chancengerechter und Versorgungsstrukturen inklusiver werden? Insbesondere durch die Beteiligung vieler Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes wird sichtbar, wie Wissenstransfer, Solidarität und Engagement zu konkreten Verbesserungen beitragen können. Es handelt sich um ein lebendiges Projekt: ein Impulsgeber, der Diskussionen anstoßen und Mut machen soll, eigene Wege zu gehen. Ärztinnen (und Ärzte) sind eingeladen, die Inhalte weiterzutragen, zu ergänzen und gemeinsam eine Arbeitswelt zu gestalten, die Vielfalt und Gleichstellung selbstverständlich macht. ◀

Jana Luisa Aulenkamp & Thomas Hopfe (Hrsg.): *Toolbook Ärztin:Arzt – Alles, was du unbedingt noch wissen solltest, im Studium aber kaum erwähnt wurde. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), Berlin 2024. ISBN: 978-3-95466-753-6.*

Dr. med. Jana Aulenkamp ist Beisitzerin im DÄB-Vorstand.

E-Mail: jana.aulenkamp@aerztinnenbund.de

Impressionen des DÄB-Kongresses 2025



Der neu gewählte Vorstand erstrahlt im leuchtenden Orange des DÄB



Fotos: © DÄB/Danny Gohlke

Immer mit Freude und Engagement dabei: Frauen fördern die Gesundheit e. V. (v. l. n. r.: Dr. med. Ingrid Stadt, Dr. med. Brigitte Klein und Dr. med. Hedwig Wening)



Gute Laune und reger Austausch – auch abseits des Kongressprogramms



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

