

# Frauen wollen gleiche Chancen in der Medizin

*Der Deutsche Ärztinnenbund veranstaltete kürzlich im Essener Universitätsklinikum ein Symposium „Unsere Gesellschaft braucht Ärztinnen“*

*von Uta Berger, Vera John-Mikolajewski und Birgit Künanz\**

**O**b als Ärztin oder als Patientin – Frauen kommen in der Medizin oft zu kurz. Dies ist die einhellige Meinung der Teilnehmerinnen der Veranstaltung „Unsere Gesellschaft braucht Ärztinnen“, die kürzlich von den Gruppen Essen, Düsseldorf und Wuppertal des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) im Universitätsklinikum Essen durchgeführt wurde.

In der Veranstaltung wiesen die Veranstalterinnen auf die mangelnde Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Medizin hin. Heute gibt es in Deutschland nur rund fünf Prozent Frauen als Chefärztinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Erst 1999 wurde die erste Frau Lehrstuhlinhaberin in diesem Fach, das schon immer als Domäne der „weiblichen Ärzte“ betrachtet wurde.

Allein unter den 44.768 Mitgliedern der Ärztekammer Nordrhein gibt es 16.824 Ärztinnen (38 Prozent). Bundesweit sind 142.013 Ärztinnen (39 Prozent) unter den 363.396 Mitgliedern der deutschen Ärztekammern. Medizinerinnen fehlen nicht nur an den Schaltstellen der Forschung, sondern sind auch in Führungspositionen und in der ärztlichen Selbstverwaltung eine Rarität. Im Hinblick auf die Patientinnen ist zu beklagen, dass jahrzehntelang Probandinnen aus der Arzneimittelforschung ausgeschlossen wurden und so eine geschlechtsbezogene Forschung nicht möglich war. Als

Fazit fordern Ärztinnen auch eine Forschung von Frauen mit Frauen.

## Ärztin im Spiegel der Zeit

Der Vortrag der Essener Universitätsprofessorin Dr. Dr. Juliane Wilmanns, Vorstand des Seminars für Geschichte der Medizin an der TH München, gab beim Essener Symposium einen Überblick über die Entwicklung der Ausbildung und die Anfänge des Medizinstudiums für Frauen in Deutschland.

Zur Zeit sind etwa 53 Prozent der Studienanfänger in der Humanmedizin Studentinnen. Eine derartige „Selbstverständlichkeit der Teilnahme von Frauen“ hätte sich die Essener Frauenärztin Dr. Toni von Langsdorf, eine der Initiatorinnen des DÄB, 1924 wohl nicht erträumt, meinte Wilmanns. Zwischen 1900 und 1909 öffneten sich nach ihrer Darstellung in Deutschland langsam die Universitäten für ein Medizinstudium von Frauen. Die Habilitation wurde Frauen allerdings erst mit dem Gleichberechtigungsgesetz

der Weimarer Verfassung vom 11. August 1919 möglich.

Dem Frauenstudium, insbesondere dem der Medizin, standen Vorurteile entgegen. Es gab aber auch Stimmen, die den Ärztinnen eine besondere, zumindest aber gleichwertige Fähigkeit zum Beruf aussprachen, wie die des Gynäkologen Franz Ritter von Winckel in Dresden. Frauen in der Wissenschaft und an den Hochschulen blieben aber lange eine Ausnahme. 1913 wurde Rahel Hirsch in Berlin wegen ihrer besonderen wissenschaftlichen Leistungen der Professorentitel verliehen, 1919 wurde in München Adele Hartmann in der Anatomie habilitiert.

## Aktivitäten der Ärztinnengremien

Über die Aktivitäten der Ärztinnengremien der Bundesärztekammer und die Wirkungsmöglichkeiten von Ärztinnengremien berichtete Dr. Annegret Schoeller von der Bundesärztekammer, die dort für den Ausschuss und die Ständige Konferenz Ärztinnen zuständig ist.

### Informationen zu beruflichen Belangen von Ärztinnen sind erhältlich bei:

Deutscher Ärztinnenbund, Sekretariat, Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln,  
Tel.: 0211/4004-540, Fax: 02214004541  
PD Dr. Vera John-Mikolajewski, Vorsitzende des Ausschusses  
Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen bei der Ärztekammer Nordrhein  
Tel.: 0201/723-2070 oder 2077, Fax: 0201/7235930  
Dr. Annegret Schoeller, Bundesärztekammer,  
zuständig für den Ausschuss und die Ständige Konferenz Ärztinnen,  
Tel.: 0221/4004-452, -453, Fax: 0221/4004-455

\* Dr. Dr. Uta Beyer ist Pathologin und Vorsitzende der Gruppe Essen des Deutschen Ärztinnenbundes; PD Dr. Vera John-Mikolajewski ist Radiologin und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein sowie Vorsitzende des Vorstandsausschusses „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“; Birgit Künanz ist Ärztin und Mitglied des Vorstandsausschusses „Berufliche Angelegenheiten von Ärztinnen“ der Ärztekammer Nordrhein.

Schoeller stellte auch die Organisation und Arbeit der Bundesärztekammer als berufspolitische Interessenvertretung der 363.396 Ärztinnen und Ärzte (Stand 31.12. 1999) in Deutschland vor.

Den Ausschuss und die Ständige Konferenz Ärztinnen gibt es seit 1991 mit der Aufgabe, „auf Bundesebene die spezifischen Anliegen von Frauen im Arztberuf angemessen diskutieren, zu vertreten und die Aktivitäten der Landesärztekammern auf diesem Gebiet zu koordinieren“.

Die bisherigen Themenschwerpunkte der Ärztinnen, die von den Deutschen Ärztetagen verabschiedet wurden, waren ärztliche Weiterbildung in Teilzeitarbeit, frauenfördernde Maßnahmen im Rahmen des Hochschulrahmenprogrammes und Rahmenbedingungen für die Gleichstellung von Frauen und Männern mit Frauenförderkonzepten an Krankenhäusern und Universitätskliniken, um Frauen die Hochschulkarriere zu ermöglichen. Darüber ging es um die Modifikation der Zulassungsbedingungen für eine Aufteilung des Vertragsarztsitzes (job-sharing), die Berücksichtigung der verminderten Einsatzfähigkeit von Ärztinnen mit Kindern bei der Festlegung der Gesamtpunktzahl der Vertragsärzte sowie die Empfehlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabes Kindererziehungszeiten im Sinne einer Härtefallregelung zu berücksichtigen. Ein weiteres Thema war die Berücksichtigung einer dreijährigen Kinderbetreuungszeit nach der Geburt jedes Kindes durch die ärztlichen Versorgungswerke. Der 103. Deutsche Ärztetag forderte im Mai in Köln eine stärkere Berücksichtigung geschlechtsdifferenter Konzepte in der gesundheitlichen Versorgung. Die Ärztinnengremien sehen ihre Aufgabe darin, Ärztinnen und Ärzten Missstände bewusst zu machen und Konzepte zur Verbesserung der Situation zu entwickeln.

### Frauen im Internet

Deutscher Ärztinnenbund – [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de)  
 European Women Action 2000 – [www.iiav.nl/european-women-action-2000](http://www.iiav.nl/european-women-action-2000)  
 Global Women Action 2000 – [www.womenaction.org](http://www.womenaction.org)  
 Les Penelopes – [www.mire.net/penelopes](http://www.mire.net/penelopes)  
 Netzwerk für Frauen – [www.woman.de](http://www.woman.de)  
 Frauenforschung, Frauenförderung, Studienberatung für Frauen – [www.uni-bielefeld.de/IFF/fraueninfonyet](http://www.uni-bielefeld.de/IFF/fraueninfonyet)

### Gender und medizinische Wissenschaft

PD Dr. Vera John-Mikolajewski, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein, referierte zu dem Thema „Gender und medizinische Wissenschaft“. Die Gender-Forschung wurde nach ihren Worten bisher wenig in die medizinische Wissenschaft einbezogen. Die kulturabhängige und soziale Geschlechterrolle (gender) umfasst mehr als nur das biologische Geschlecht. Lediglich die Erkrankungen der Geschlechtsorgane werden bisher tatsächlich als geschlechtsspezifisch angesehen.

Weit umfassender spielen jedoch sozio-kulturelle Aspekte bei Krankheiten eine Rolle, die bisher in der Medizin vernachlässigt wurden. Tabellarisch wurden verschiedene Krankheitsbilder und Symptome mit genderbezogenen Aspekten vorgelegt, wie die Bulimie bei Frauen und bei Männern die Zitterkrankheit im ersten Weltkrieg. In Publikationen werden oft keine geschlechtsspezifischen Angaben zu Forschungsergebnissen gemacht. Oft beruhen die Ergebnisse auf Studien an männlichen Probanden. Die so gewonnenen Ergebnisse werden auf Frauen übertragen. Es besteht ein Mangel an geschlechtsbezogenem medizinischen Fachwissen.

### Pharmakokinetische Unterschiede

Von geschlechtsspezifischen pharmakokinetischen Unterschieden bei der Resorption, Distribution, Plasmaeiweißbindung und Elimination von Pharmaka berichtete Dr. Andrea Steioff, Paul Klee-Institut für Klinische Pharmakologie am Klinikum Wuppertal. Zum Beispiel

besteht wegen des hohen Körperfettanteils der Frau ein größeres Verteilungsvolumen für lipophile Arzneien. Das Verteilungsvolumen für hydrophile Substanzen ist geringer.

Auch enzymabhängige Metabolisierungsprozesse zeigen geschlechtsabhängige Unterschiede der Aktivitäten wie das Isoenzym CYP3A4 der CytochromP450-Gruppe. Dieses Isoenzym liegt bei der Frau in höherer Aktivität als beim Mann vor, da es auch Östrogene metabolisiert. Bei Frauen wird also Arznei, die von diesem Isoenzym abgebaut wird, schneller als bei Männern abgebaut, wie zum Beispiel das Methylprednisolon.

Die Wechselwirkung oraler Kontrazeptiva und anderer Medikamente ist mannigfaltig, betrifft aber vorwiegend den Metabolismus, ein Teil der Medikamente (Ampicillin, Rifampicin, und viele Antiepileptika) bedingen eine Reduktion der Kontrazeption, andere Medikamente (Imipramin, Corticosteroide) erhöhen die kontrazeptive Wirkung.

Beispielhaft bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede der Pharmakodynamik bei der Frau mit einer deutlich verminderten aspirininduzierten Thrombozytenaggregation und erhöhter Rezeptorempfindlichkeit für Glukokortikoide. Schmerzschwelle und -toleranz sind zwischen Mann und Frau im Experiment ebenfalls unterschiedlich, die der Frau ist niedriger und reagiert nur wenig auf die analgetische Behandlung mit Ibuprofen.

Viele pharmakodynamische Unterschiede bei Frauen und Männern sind noch nicht bekannt. Viele hängen wahrscheinlich mit exogenen und endogenen Sexualhormonen zusammen. Es erscheint wich-

tig, sich dieser Zusammenhänge bewusst zu werden, auch wenn viele Ursachen der pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Unterschiede noch nicht ausreichend geklärt sind, da sie Relevanz für die Dosierung und tägliche Praxis haben können.

**Geschlechtsbezogene Arzneimittelforschung**

Professor Dr. Petra Thürmann vom Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie am Klinikum Wuppertal sprach zur geschlechtsbezogenen Arzneimittelforschung. Trotz bekannter Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik werden Frauen wenig in die Untersuchungen bei der Entwicklung von Arzneimitteln einbezogen. Den erschreckenden Erfahrungen bei Thalidomid und Diethylstilbestrol folgte eine entsprechende Restriktion. Werden Frauen aber zum Beispiel bei klinischen Studien neuer Medikamente bei HIV-infizierten Patienten ausgeschlossen, sind sie auch von einer besseren Medikation ausgeschlossen.

Wenn Frauen nicht in klinische Studien einbezogen sind, so bleiben besondere geschlechtsspezifische, für die Therapie relevante Unterschiede unberücksichtigt oder werden erst zu späterem Zeitpunkt bewusst, wie zum Beispiel bei der Therapie der Hypertonie, der Arteriosklerose und der Primärprophylaxe des Herzinfarktes. Die Alzheimer-Krankheit hat deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede, welche mit unterschiedlichen Genotypen des Apolipoproteins E assoziiert sind, was bisher wenig Aufmerksamkeit in klinischen Studien zur Therapie gefunden hat.

Mit einer stärkeren Berücksichtigung von Frauen in der Wissenschaftsförderung und in der Stellenbesetzung der Industrie und Wissenschaft, die zurzeit 5 Prozent beträgt, ist es wahrscheinlich, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Forschung stärker berücksichtigt werden.

**Arzneimittelverbrauch variiert**

Dr. Martina Niemeyer und Dr. Judith Günther vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (Bonn) beschäftigten sich mit der Frage „Variiert der Arzneimittelverbrauch nach Alter und Geschlecht?“. Basis waren Daten des GKV-Arzneimittelindex, einem gemeinsamen Projekt der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Apothekerschaft (ABDA/ DAV).

Durchschnittlich erhielt 1998 jeder Versicherte 11,3 Verordnungen im Wert von ca. 500 DM verordnet. Die Patientengruppe der über 60-jährigen (22 Prozent der Gesamtbevölkerung) verursachten 52 Prozent der Gesamtkosten. Frauen (ca. 53 Prozent der Gesamtbevölkerung) verursachten 57 Prozent der Gesamtkosten.

In allen Altersgruppen (mit Ausnahme der unter 5-jährigen) wird den Frauen mehr als den Männern verordnet. Die Analyse der alters- und geschlechtsabhängigen Kosten je Versicherten ergibt jedoch, dass Männer ab 65 Jahren erheblich mehr Kosten verursachen. Hieraus ist zu vermuten, dass Männer teurere Arzneimittel rezeptiert bekommen.

Wenn die Kosten nach Alter, Geschlecht und definierter Tagesdosis aufgeschlüsselt werden, bestätigt sich diese Vermutung. Frauen erhalten preiswertere Arzneimittel gegenüber den Männern, auch im Be-

reich der Generika. Einsparungen könnten also bei Frauen im Mengbereich und bei Männern im Kostenbereich möglich sein.

Aufgeschlüsselt nach Indikationsgebieten unterscheidet sich die Verordnungsmenge bei Männern und Frauen ebenfalls. Frauen ab 45 Jahren erhalten aus der Gruppe der Psychopharmaka 60 bis 150 Prozent mehr Antidepressiva und Tranquillantien als Männer dieser Altersgruppe. Frauen verbrauchen auch mehr kardiovaskuläre Arzneimittel wie ACE-Hemmer, Betarezeptorenblocker, Calciumantagonisten, Diuretika und Antihypertensiva, obwohl die Inzidenz der Erkrankung bei Männern höher erscheint.

**Fazit**

Es gibt viele Gründe dafür, warum die Ärztin ihren festen Platz in der Medizin braucht und unsere Gesellschaft Ärztinnen. Eine Forschung von Frauen mit Frauen ist dringend erforderlich. Dies gilt nicht nur für die Fachbereiche Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Geriatrie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, in denen geschlechtsspezifische Aspekte nicht unbeachtet bleiben sollten.

Ein kontinuierlicher Austausch unter Ärztinnen sowie das Engagement in Gremien und Verbänden ist eine gute Voraussetzung, um die formulierten Ziele zu erreichen und künftig zu einer gleichberechtigten Solidarität zu finden.



*Dr. Dr. Uta Berger, PD Dr. Vera John-Mikolajewski, Dr. Andrea Steioff, Prof. Dr. Petra Thürmann, Dr. Judith Günther und Dr. Annegret Schoeller (v. li. n. re.) auf dem Essener Symposium. Foto: Birgit Künanz*