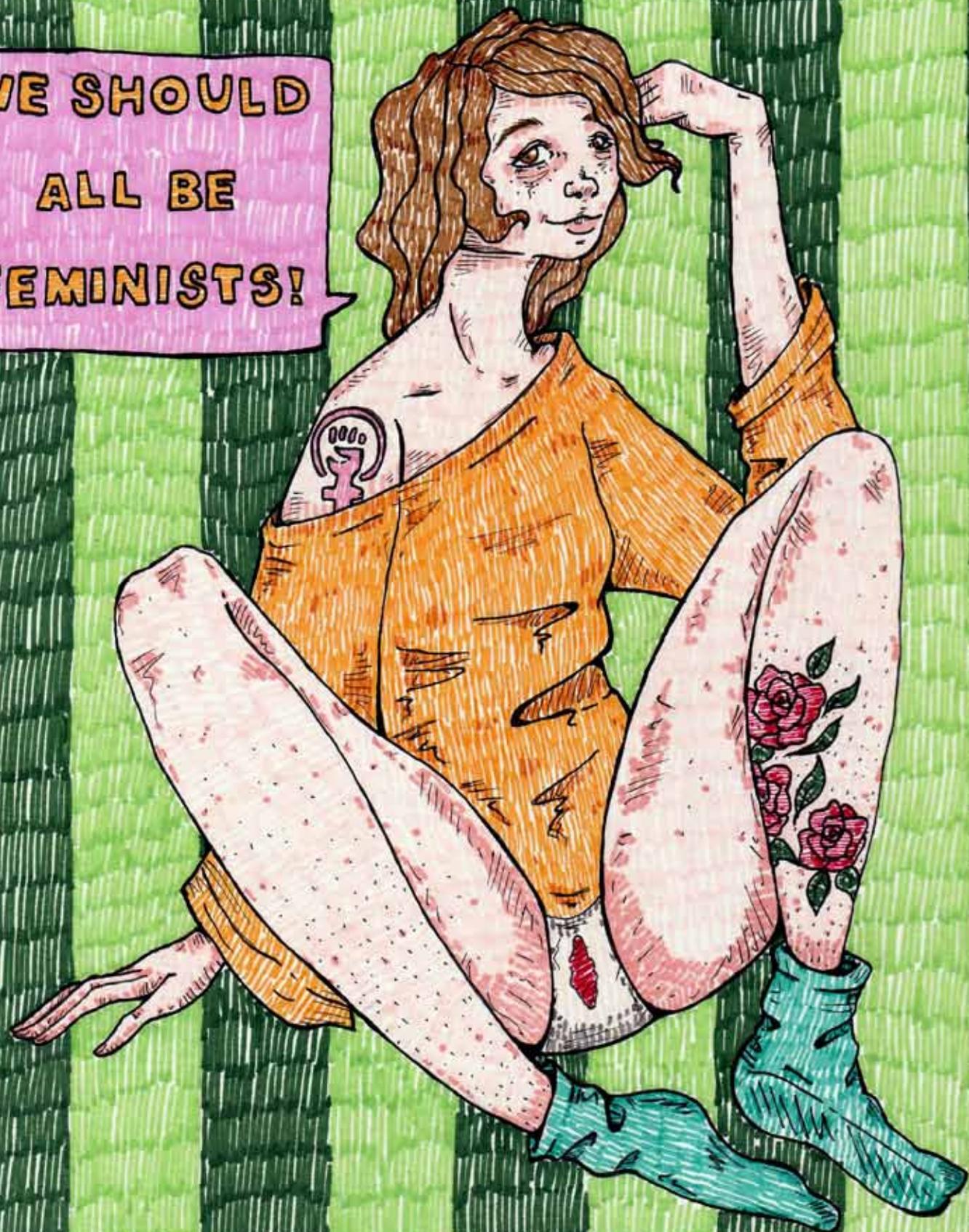


# MEDIZYNISCH



**WE SHOULD  
ALL BE  
FEMINISTS!**



# WANTED

VORARLBERG  
SUCHT

GO WEST!



★ TURNUSÄRZTE ★

€ 79.000

brutto p.a.

★ REWARD ★

[www.arbeiten-in-vorarlberg.at](http://www.arbeiten-in-vorarlberg.at)

## EDITORIAL

### Liebe Leser\*innen!

„Man ist Feminist\*in, wenn man an die soziale, politische und ökonomische Gleichheit der Geschlechter glaubt.“ Nach dieser Definition von Chimamanda Ngozi Adichie sind auch wir Feminist\*innen. Daher haben wir uns in dieser *Medizinisch*-Ausgabe mit dem Thema Feminismus in der Medizin auseinandergesetzt, um aufzuzeigen, wie wenig selbstverständlich Gleichberechtigung und körperliche Selbstbestimmung auch im medizinischen Bereich noch immer sind. Egal welche Geschlechtsmerkmale wir aufweisen, wir sollten alle die gleichen Chancen und Rechte haben. Aber wusstet ihr, dass Menschen mit Brüsten von Ersthelfenden seltener wiederbelebt werden? Oder dass sich die medizinische Forschung hauptsächlich auf den männlichen Körper stützt? Außerdem wollen wir in dieser Ausgabe über Themen sprechen, die leider noch immer große Tabus sind.

#### Blut und Rosen

Etwa die halbe Weltbevölkerung hat monatlich ihre Periode und trotzdem stecken sich Menschen Tampons und Binden wie bei einem Drogendeal heimlich zu, weil sie Angst vor dummen Kommentaren haben. „Hast du deine Tage?“, wird zum Beispiel oft dafür verwendet, um eine Frau als emotional und unsachlich darzustellen, wenn sie Kritik äußert. Auch über Gewalt während der Geburtshilfe wird kaum gesprochen, obwohl etwa 40 bis 50 Prozent der Gebärenden das erleben müssen. Am Roses Revolution Day (25.11.) legen jedes Jahr viele Betroffene eine Rose und einen Brief vor die Kreißsaaltür, hinter der ihnen Gewalt angetan wurde, um ein Zeichen für eine würdevolle Geburt zu setzen. Mit dem Thema Abtreibung haben wir uns auf fünf Seiten sehr intensiv beschäftigt – oder sagt ihr lieber „Schwangerschaftsabbruch“?

#### Mut zum Begriff „Abtreibung“

Viele Ärzt\*innen bestehen auf den Begriff Schwangerschaftsabbruch, da „Abtreibung“ ihnen zu negativ konnotiert

sei. Wir verwenden „Abtreibung“ selbstbewusst als Synonym für die Bezeichnung Schwangerschaftsabbruch – diese ist übrigens ein Ergebnis der politischen Rhetorik der späten 1960er Jahre. „Abtreibung“ wurde jahrhundertlang als Hauptbegriff für das Beenden einer Schwangerschaft verwendet. In der DDR unterschied man plötzlich zwischen der illegalen „Abtreibung“ und der legitimen „Unterbrechung“ der Schwangerschaft. Die westdeutsche Frauenbewegung ließ sich das nicht gefallen und etablierte „Abtreibung“ als feministischen Kampfbegriff. Abtreibungsgegner\*innen versuchen diesen Begriff noch immer für konservative und fundamental-religiöse Zwecke zu missbrauchen („Abtreibung ist Mord!“). Als Feminist\*innen verwenden wir diesen Begriff aber selbstbewusst und selbstbestimmt, denn: Abtreibung ist ein Menschenrecht!

Ich bin stolz, die neue Chefredakteurin dieser Zeitschrift zu sein und mich für kritischen Journalismus einsetzen zu können. Ich möchte mich bei allen Mitwirkenden bedanken, die durch ihre Ideen, Erfahrungen und ihr Wissen diese Ausgabe bereichert haben. Somit konnten wir viele wichtige feministische Themen behandeln und zumindest einen kleinen Schritt in eine gleichberechtigte Welt machen.

Ich wünsche euch viel Spaß beim Lesen!



Sandra Lehofer  
Chefredakteurin

Du schreibst gerne und hast Lust einen Artikel für die nächste *Medizinisch*-Ausgabe zu schreiben?  
Dann sende uns eine Mail an [oeh-presse@medunigraz.at](mailto:oeh-presse@medunigraz.at)

## ÖH-VORSITZ

4  
Vorsitzbericht

## POLITIK

6  
Abtreibung  
*Lasst uns das Schweigen brechen*

8  
Traumhafte Abtreibung,  
traumatische Gesellschaft  
*Ein Interview*

11  
Adressen  
*Wo Schwangerschaftsabbrüche  
durchgeführt werden*

12  
Verhütung  
*Wann sind die Männer dran?*

14  
Simone de Beauvoir  
*Leitfigur des Feminismus*

15  
Viva la Menstruation!  
*Die Periode, noch immer ein  
gesellschaftliches Tabu*

16  
Geburtshilfe  
*Eine feministische Perspektive  
auf das Thema Geburt*

18  
Leihmutterschaft

## MED-WISSEN

20  
Endometriose  
*Glück gehabt?*

21  
Das unbekannte Geschlecht  
*Wie die Anatomie des weiblichen Körpers  
ignoriert oder verunglimpft wurde*

22  
Periodenverlust  
*Amenorrhö und ihre Ursachen*

24  
Genderpharmazie  
*Ein Interview mit ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup>  
pharm. Dr.<sup>in</sup> rer. nat. Edith Gößnitzer*

26  
Gendermedizin  
*Was ist das eigentlich?*

29  
Frauengesundheitszentrum

30  
Vier Pionierinnen, die wir alle  
kennen sollten  
*Rosalind Franklin, Rebecca Lee Crumpler,  
June Almeida und Özlem Türeci*

32  
Oktavia, die Erste  
*Über Oktavia Aigner-Rollett (1877-1959)*

## MED-STUDIUM

34  
Gleichberechtigung an der  
Med Uni Graz

35  
Am richtigen Weg  
*Ein Interview mit Dr.<sup>in</sup> med. univ.  
Katharina Artinger*

36  
Schwanger mitten  
im Studium?  
*Pech gehabt!*

38  
Ein Schwank über die Herren  
Doktoren und Schwestern, die  
keine sind

## LEBEN

40  
Die Unbekannte und das  
Unsichtbare  
*Nur keine Angst vor Brüsten und Sternchen!*

43  
#MedBikini  
*Sind Ärztinnen im Bikini unprofessionell?*

44  
Frauen\* in der Klimakrise  
*Die Auswirkungen der Klimakrise sind  
ungleich verteilt, sowohl global als auch  
regional.*

46  
Vulva-Cupcakes  
*Eine kleine Anleitung*

## RUBRIK

49  
Unsere Cover-Künstlerin  
*Veronika Posch*

50  
Memes

52  
Impressum



16  
Geburtshilfe



38  
Schwestern, die  
keine sind

# Vorsitzbericht

Liebe Kolleg\*innen,

ein Jahr ist vergangen, seit ihr die letzte *Medizynisch*-Ausgabe in den Händen halten konntet. Wir freuen uns sehr, dass wir es gemeinsam mit unserer neuen Chefredakteurin Sandra Lehofer geschafft haben, das Magazin wiederzubeleben und ihr es jetzt mit neuen Ideen gespickt in eurem Briefkasten finden könnt!

Im vergangenen Jahr hat sich vieles verändert. Die Lehre an der MUG wurde unterbrochen, digitalisiert (oder eben (noch) nicht) und auf andere Lehrformate umgestellt. Famulaturen, KPJ und Auslandsaufenthalte waren und sind nicht so flexibel möglich wie gewohnt.

Das Studierendenleben findet fast nur zu Hause statt, sodass wir unsere lieb gewonnenen Studienkolleg\*innen und Freund\*innen nicht wie üblich in der Bibliothek oder am Campus treffen können.

Zu Beginn des Wintersemesters durften wir im Rahmen der Einführungswoche unsere neuen Kolleg\*innen zum ersten Mal auf digitalem Weg an der MUG begrüßen und berichteten ihnen von unseren Erfahrungen und Erlebnissen aus dem ersten Semester.

Entsprechend der Coronarichtlinien haben wir unsere Arbeit in den Gremien (Senat, AKGL, Currikularkommissionen usw.) die ganze Zeit über digital fortgeführt und konnten so kleinere Erfolge, beispielsweise durch die Einführung der Sonolehre in den Modulen der Inneren Medizin, feiern.

Ende Oktober wurde in der ersten ordentlichen Sitzung der Universitätsvertretung ein neues Vorsitzteam gewählt, das nun aus Johanna Brehmer, Laurin Erlacher und L. Sam Klein besteht. Als neu zusammengesetztes Team mussten wir und unsere ÖH-Kolleg\*innen in den letzten Wochen und Monaten einige Herausforderungen meistern.

Dazu zählen die vielen intensiven und langwierigen Gespräche, die wir rund um den großen Sezierkurs und die Veränderungen am Lehrstuhl für makroskopische und klinische Anatomie führen mussten und die kritische Begutachtung der Novellierung des Universitätsgesetzes. Zu letzterem haben wir uns sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Form einer schriftlichen Stellungnahme kritisch

geäußert und Adaptierungen im Sinne der Studierenden gefordert. In Bezug auf die Anatomie wurden nach der Kursunterbrechung zu Beginn des zweiten Lockdowns viele Verbesserungsvorschläge von uns und euch Studierenden, wie die Reduktion der Sekant\*innen pro Tisch von zehn auf fünf Personen, kostenlose Coronatests für alle Teilnehmer\*innen usw., umgesetzt.

Wir setzen uns auch weiterhin für Verbesserungen rund um die Lehrbedingungen ein. Ihr habt konkrete Vorschläge an uns oder seid daran interessiert bei uns mitzumachen? Schreibt uns gerne unter [oeh-vorsitz@medunigraz.at](mailto:oeh-vorsitz@medunigraz.at)!

Wir freuen uns sehr, dass wir euch neben der Hoodie-Special Edition, der KPJ Infoveranstaltung usw. viele interessante Webinare anbieten konnten und hoffen euch alle im Sommersemester zur einen oder anderen Veranstaltung begrüßen zu dürfen.

Über die anstehenden ÖH Wahlen werden wir euch noch gesondert informieren, möchten euch aber jetzt schon dazu motivieren von eurem Wahlrecht Gebrauch zu machen und eure Stimme im Mai abzugeben. In diesem Sinne wünschen wir euch einen guten und erfolgreichen Start ins Sommersemester 2021.

*Euer Vorsitzteam*



**Laurin Erlacher**    **L. Sam Klein**    **Johanna Brehmer**  
1. stv. Vorsitzender    2. stv. Vorsitzende\*r    Vorsitzende

LEITTHEMA

# Feminismus

Abtreibung

Verhütung

Periode

Gendermedizin

Geburtshilfe

Leihmutterschaft

Simone de Beauvoir

...

# Abtreibung: Lasst uns das Schweigen brechen!

2021. Man mag meinen, nie wurde Selbstbestimmung so groß geschrieben. Feminismus und Emanzipation sind in aller Munde und wagen erstmals die Bedeutung zu erlangen, die sie schon vor Jahren verdient hätten. Uns stehen alle Möglichkeiten offen. Und doch werden genau diese vielen Frauen bzw. Menschen mit Uterus Tag für Tag genommen. Denjenigen, die diese Freiheiten wohl am stärksten benötigen. Personen, die ungewollt schwanger werden und denen ihr Recht, sich aktiv gegen diese Schwangerschaft zu entscheiden, in vielen Fällen diskreditiert, wenn nicht sogar negiert wird. Doch wie lässt sich diese Restriktion des Selbstbestimmungsrechtes mit dem Wandel des jetzigen Jahrzehnts vereinbaren? Wie kommen wir als Gesellschaft dazu, Frauen für ihre Entscheidungen zu verurteilen?

## Gesetzliche Regelung

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich illegal, das Gesetz ist im Strafgesetzbuch verankert. Eine Ausnahme gibt es innerhalb der ersten 12 Wochen – während dieser Zeitspanne ist eine Abtreibung straffrei. Darunter versteht man die sogenannte „Fristenlösung“, von der 2015 rund 35.000 Personen in Österreich Gebrauch machten. Genaue Daten diesbezüglich gibt es nicht. Lediglich Schätzungen, die Raum für Interpretation geben. Schätzungen im Dunkeln, die vertuschen, was nicht vertuscht gehört. Denn gesprochen wird darüber selten.

## Was sagt die Regierung dazu?

Auch die Meinungen der verschiedenen Parteien spalten sich bei dieser Thematik. Werfen wir hierbei zum Vergleich einen Blick auf unsere Bundesregierung, bestehend aus den Grünen sowie der ÖVP. Zwei Parteien, die sich in dieser Thematik nicht ferner liegen könnten. Denn während sich die Grünen bei dieser Debatte ganz klar für ein Recht auf die autonome Entscheidung einer Frau aussprechen, ist die ÖVP dagegen. Das schreibt die Partei ganz offen in ihrem Grundsatzprogramm: „Wir lehnen den Schwangerschaftsabbruch ab. Politik und Gesellschaft haben jene Bedingungen zu schaffen, die Abtreibungen vorbeugen.“ Daher überrascht es nicht, dass die türkische Frauenministerin Susanne Raab, welche für die Selbstbestimmung der Frau

und somit für die Liberalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen stehen sollte, ebendiese Pflicht nicht erfüllt. Stattdessen fordert sie, dass die Abtreibungsgründe erforscht werden, obwohl diese laut Elke Graf, Geschäftsführerin des Amulatoriums „Pro:Woman“ in Wien, längst bekannt sind. Es stellt sich also die Frage, was die Regierung damit erreichen will – sollen Menschen, die abtreiben wollen, nun manipuliert werden, um das Kind am Ende zu behalten?

## „Mifegyne“ – ein Meilenstein zur Selbstbestimmung

Diese zwiespaltene Haltung spiegelt sich in ganz Österreich wider. Etwa führt in Tirol offiziell nur ein einziger Gynäkologe Abtreibungen durch. Und das, obwohl es in diesem Bundesland etwa 170.000 Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter gibt. Das steigert den Druck auf neue Regelungen. Neue Gesetze, die Menschen mit Uterus ihr Recht offiziell zugestehen und dieses auch anerkennen.

Im Juli 2020 folgte ein erster Lichtblick: Seit Sommer letzten Jahres ist es niedergelassenen Frauenärzt\*innen in Österreich offiziell möglich, das Medikament „Mifegyne“ als Alternative zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch zu verschreiben. Bisher war dieser medikamentöse Schwangerschaftsabbruch lediglich in Ambulatorien und Krankenhäusern legal durchführbar. Kein Wunder also, dass der Jubel seitens der Feminist\*innen groß ist. Auch die Frauensprecherin der Grünen, Meri Disoski, freut sich über diesen Erfolg: „Dieser vereinfachte Zugang zu Mifegyne ist ein Meilenstein für die Gesundheitsversorgung und für die Selbstbestimmung von Frauen in Österreich.“ Die Volkspartei zeigt sich darüber allerdings wenig begeistert. Ob das neue Gesetz nun schon große Wellen geschlagen hat? In Tirol habe sich seit dem erleichterten Zugang noch kaum etwas verändert, wie Dr. Wolf – Gynäkologe in Innsbruck – berichtet. Nach wie vor schicken Kolleg\*innen ihre

Die Pandemie zeigt gut, wie wenig selbstverständlich Schwangerschaftsabbrüche bislang noch sind.



Seit Sommer letzten Jahres ist es Frauenärzt\*innen in Österreich offiziell möglich, das Medikament „Mifegyne“ zu verschreiben.

Patient\*innen, mit dem Wunsch eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs, noch immer lieber zu ihm, da er „sich auskenne und genügend Zeit habe“. Als Ursache hinter dem zögerlichen Verhalten sieht der Gynäkologe neben dem Karriereerschlag auch moralische Bedenken, mit denen seine Kolleg\*innen hierbei zu kämpfen haben.

## Schwangerschaftsabbrüche in Zeiten von COVID-19

Auch die Pandemie zeigt gut, wie wenig selbstverständlich Schwangerschaftsabbrüche bislang noch sind. So sei ein Abbruch sowohl aufgrund der hohen Kosten in Zeiten von COVID-19 kaum tragbar als auch wegen der eingeschränkten Bewegungsfreiheit schwer zugänglich.

Ganz zu schweigen davon, dass zwischenzeitlich in manchen Bundesländern ohnehin keine Abtreibungen mehr möglich waren. So hieß es am Anfang der Pandemie, dass Behandlungen nur in „Notsituationen“ durchgeführt werden, also

in Situationen, die „akut und dringend sind“. Abtreibungen zählten anfangs per se nicht dazu, obwohl diese an eine zeitliche Frist gebunden sind. So schnell können sich also hart erkämpfte Frauenrechte in Luft auflösen.

Ob man in Zukunft mit einer faireren Situation und somit einem stärker in der Gesellschaft verankerten Selbstbestimmungsrecht rechnen kann? Die Stimmen sind laut – auf beiden Seiten.

Klar ist, dass diese Debatte in naher Zukunft kein Ende haben wird. Und dass wir aufstehen müssen, uns und andere informieren müssen. Es ist an der Zeit das Schweigen zu brechen, denn es betrifft uns alle.



**Viktoria Zachenhofer**

Humanmedizin

„The grass is greener where you water it“

# Traumhafte Abtreibung, traumatische Gesellschaft

Ein Interview



Abtreibungen erhöhen grundsätzlich nicht das Risiko für psychische Probleme. Eine ungewollte Schwangerschaft austragen zu müssen, kann hingegen traumatische Folgen haben. Für Jamie war der Schwangerschaftsabbruch ein sehr befreiendes Erlebnis – sie würde es heute wieder tun. Bei einem Skype-Gespräch hat Jamie uns ihre Geschichte erzählt.

*Wie war es, als du gemerkt hast, dass du schwanger bist?*

Ich war 15 als meine Periode ausblieb. Morgens war mir oft sehr schlecht und dann habe ich gemerkt, dass ich schwanger bin. Es war natürlich ungewollt, mit 15 denkt man einfach noch nicht an ein Kind. Ich habe es meiner Mama gesagt und wir sind zur Frauenärztin, die das dann bestätigt hat. Die Frauenärztin hat sich sehr gefreut, dass ich schwanger bin – das fand ich suspekt. Sie hat gemeint es gibt Einrichtungen, die sich um junge Mütter kümmern und hat mir Tipps gegeben,

wo ich mir finanzielle Unterstützung suchen kann.

*Deine Ärztin hat einen Schwangerschaftsabbruch also gar nicht in Betracht gezogen?*

Nein. Ich habe danach mit meiner Mutter gesprochen und mir war klar, dass ich dieses Kind nicht bekommen werde. Es war für mich keine Option. Definitiv nicht.

*Vor dem Abbruch ist ein Beratungsgespräch verpflichtend. Wie lief das bei dir ab?*

Hier in Deutschland müssen drei Tage zwischen dem Beratungsgespräch und dem Eingriff liegen. Ich war bei der AWO – eigentlich sollte es ein Beratungsgespräch sein, davon habe ich aber nicht viel gemerkt. Es fühlte sich eher wie ein Versuch an, mich vom Gegenteil zu überzeugen, damit ich das Kind behalte. Es war furchtbar. Warum wollte die Beraterin mir nicht zugestehen, dass ich das Kind einfach nicht

bekommen möchte? „Überlegen Sie sich das nochmal, das ist ein Leben, was Sie zerstören.“ Es war so beschämend. In der Klinik in Braunschweig war es noch schlimmer, dort habe ich mich wie eine Aussätzige gefühlt. Die Ärztin war sehr unprofessionell bei der Voruntersuchung. Sie hat mich behandelt, als würde ich eine Straftat begehen und ins Gefängnis kommen. Nach dem Gespräch habe ich an meiner Entscheidung gezweifelt, so schockierend war es für mich.

*Wie hast du dich nach dem Eingriff gefühlt?*

Ich bin am Flur aufgewacht, nicht in einem Aufwachraum, und hatte tierische Schmerzen. Es fühlte sich sehr surreal an. Ich habe dann Schmerzmittel bekommen und die Schmerzen waren weg. Danach ging es mir gut, denn ich wusste, dass es endlich vorbei ist. Mir ist einfach ein riesengroßer Stein vom Herzen gefallen, das kann man sich kaum vorstellen. Aber ganz vorbei war es irgend-

„Das Schönste für mich war die Erleichterung nach der Abtreibung. Das war kein Trauma, das war ein Traum. Mittlerweile stehe ich auch dazu.“

wie doch nicht. Egal ob die Leute in der Klinik oder meine Mama, alle haben gesagt: „Ja, es ist vorbei, du brauchst nun nicht mehr daran zu denken und nicht mehr darüber zu sprechen.“ Es sollte so aussehen, als wäre das alles nie passiert – es war unerwünscht, darüber zu reden. Ich glaube das hat mich am meisten schockiert. Mit 15 kann man das alles noch nicht so einordnen, die Gefühle fahren Achterbahn.

Ich hätte eine Person gebraucht, die mit mir darüber spricht und mir sagt, dass es okay ist, was ich gemacht habe und es nichts Schlimmes ist. Im Nachhinein betrachtet, ärgere ich mich darüber, dass ich meine Gedanken damals nicht angesprochen habe und wirklich still war.

*Eine Behauptung von Abtreibungsgegner\*innen ist, dass eine Abtreibung traumatisierend wäre. Aber es scheint, als hätte dich das Verhalten der Leute mehr mitgenommen als der Eingriff selbst.*

Ja, genauso sehe ich das mittlerweile auch. Die Abtreibung selbst war einfach, ich war ja in Narkose, ich musste beim Eingriff selbst nichts machen. Aber es ist diese Ignoranz der Menschen, die tatsächlich sehr traumatisch ist, das kann man sich kaum vorstellen.

*Viele ungewollt Schwangere haben große Angst, dass sie die Abtreibung irgendwann bereuen könnten. Die Pro-Life-Bewegung arbeitet hart daran, dass diese Angst präsent bleibt. Du be-reust es also nicht?*

So viele sagen: „Das ist ein Trauma, du tötetest ein Kind, du tötetest ein Leben.“ Das stimmt einfach nicht. Das Schönste für mich war die Erleichterung nach der Abtreibung.

Das war kein Trauma, das war ein Traum. Mittlerweile stehe ich auch dazu. Wenn mich jemand fragen würde,

*Gibt es was, was du zukünftigen Ärzt\*innen ans Herz legen möchtest?*

Rückblickend hätte ich mir gewünscht, dass die Ärztin vor dem Eingriff mit mir alles in Ruhe besprochen hätte. Ich wusste zwar, dass das irgendwie abgesaugt wird, der genaue Vorgang wurde mir aber nicht erklärt.

„Es sollte so aussehen, als wäre das alles nie passiert – es war unerwünscht, darüber zu reden. Ich glaube das hat mich am meisten schockiert.“

ob ich schon mal eine Abtreibung hatte, dann würde ich die Wahrheit sagen. Ich schreie es zwar nicht in die Welt hinaus, aber ich finde, dass man mit diesem Thema offen umgehen sollte.

Die Leute müssen endlich aufwachen und merken, dass das einfach ein medizinischer Eingriff ist, der leider sehr negativ konnotiert ist. Die wichtigste Frage, die man sich stellen muss, ist: Möchte ich das Kind oder möchte ich es nicht? Und je nachdem, sollte man handeln. Abtreiben war für mich die einzige Option. Ich würde es heute nochmal machen.

Ich wurde davor außerdem nochmal gynäkologisch untersucht. Die Ärztin meinte während dem Ultraschall, ich soll nicht auf den Bildschirm sehen – ich habe natürlich dann erst recht hingesehen und konnte Kopf, Arme und Beine erkennen. Das war faszinierend und abschreckend zugleich. Ich bin sicher, die Ärztin hat das mit Absicht gesagt – den Bildschirm konnte man nämlich verschieben, aber trotzdem war er zu mir gedreht. Ich möchte den Student\*innen gerne mitgeben, dass sie die Frauen einfach fragen, ob sie sich das ansehen möchten oder dass sie den Bildschirm einfach nicht erwähnen.

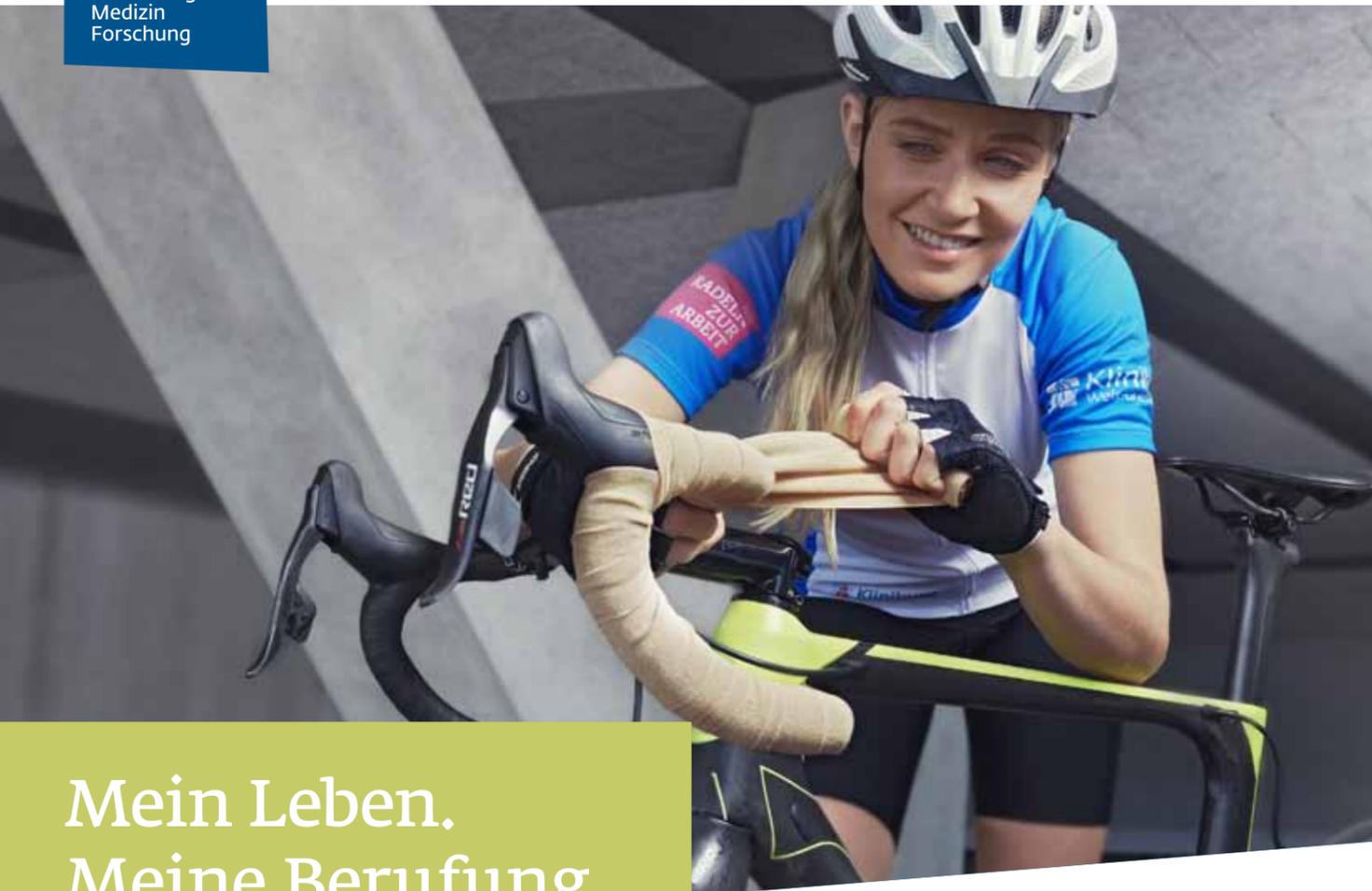
**Sandra Lehofer**

Germanistik

Chefredakteurin, Medizynisch

„If you sexist me, I will feminist you.“





Mein Leben.  
Meine Berufung.

Kompetenz erwerben,  
Wertschätzung  
erfahren

Am Klinikum Wels-Grieskirchen, am größten Ordensspital Österreichs, erhalten angehende Ärzte eine Ausbildung auf internationalem Niveau in persönlicher Arbeitsatmosphäre.

**Es erwarten Sie:**

- rund 150 Ausbildungsstellen
- interdisziplinäre Zusammenarbeit über alle 30 Fachdisziplinen hinweg
- individuelle Förderung der fachlichen und persönlichen Entwicklung
- attraktive soziale Rahmenbedingungen wie flexible Arbeitszeitmodelle, Betriebskrabbelstube und -kindergarten, Gesundheitsförderung
- überdurchschnittliche Karrierechancen

Weitere Details zum Ausbildungsprogramm:  
[medicamp.klinikum-wegr.at](http://medicamp.klinikum-wegr.at)

# Wo werden Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt?

In Deutschland machen sich Ärzt\*innen strafbar, wenn sie öffentlich darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

In Österreich ist das anders. Ärzt\*innen dürfen hier all ihre medizinischen Leistungen nennen, Abtreibungen sind davon nicht aus-

genommen. Schätzungen zufolge treiben in Österreich jährlich zwischen 30.000 und 40.000 Schwangere ab – das sind durchschnittlich etwa 98 pro Tag.

Da das Thema trotzdem noch ein Tabu ist, informieren wir hier über Adressen, die diesen Eingriff anbieten.

## Wien

**pro:woman – Ambulatorium**  
Fleischmarkt 26, 1010 Wien  
[www.prowoman.at](http://www.prowoman.at)

**Gynmed Ambulatorium**  
Mariahilfer Gürtel 37, 1150 Wien  
[www.gynmed.at](http://www.gynmed.at)

**Woman & Health**  
Laurenzerberg 2, 1010 Wien  
[www.ungewollteschwangerschaft.at](http://www.ungewollteschwangerschaft.at)

**Sanatorium Hera**  
Löblichgasse 14, 1090 Wien  
[www.hera.co.at](http://www.hera.co.at)

**VenusMed – Zentrum für Sexualmedizin**  
Gablenzgasse 7/8, 1150 Wien  
[www.venusmed.at](http://www.venusmed.at)

**Wilhelminenspital/Klinik Ottakring**  
Montleartstraße 37, 1160 Wien  
[www.wienkav.at/kav/wil](http://www.wienkav.at/kav/wil)

**Frauengesundheit Nussdorf**  
Heiligenstädterstraße 217, 1190 Wien  
[www.abtreibung-wien.at/](http://www.abtreibung-wien.at/)

**Tirol**  
**Dr. Hans Joachim Wolf**  
Valiergasse 62, 6020 Innsbruck  
[www.drwolf.at](http://www.drwolf.at)

**Vorarlberg**  
**Ärztehaus Montfort**  
Montfortstraße 17, 6900 Bregenz  
[www.aerztehaus-montfort.eu](http://www.aerztehaus-montfort.eu)

## Steiermark

**Femina-Med**  
Zentrum für Schwangerschaftsabbruch  
Herrengasse 9 / 2. Stock, 8010 Graz  
[www.schwangerschaftsabbruch-graz.at](http://www.schwangerschaftsabbruch-graz.at)  
[www.dr-glasner.at](http://www.dr-glasner.at)

**Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**  
Auenbruggerplatz 4, 8036 Graz  
[www.frauenklinik.uniklinikumgraz.at/](http://www.frauenklinik.uniklinikumgraz.at/)

**LKH Weststeiermark**  
Standort Deutschlandsberg  
Radpasstraße 29, 8530 Deutschlandsberg  
[www.lkh-weststeiermark.at](http://www.lkh-weststeiermark.at)

**LKH Murtal**  
Standort Judenburg  
Oberweggasse 18, 8750 Judenburg  
[www.lkh-murtal.at](http://www.lkh-murtal.at)

**Kärnten**  
**Klinikum Klagenfurt am Wörthersee**  
Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt  
[www.klinikum-klagenfurt.at](http://www.klinikum-klagenfurt.at)

**Femina-Med**  
Zentrum für Schwangerschaftsabbruch  
St. Jakober Straße 1/1, 9020 Klagenfurt  
[www.dr-glasner.at](http://www.dr-glasner.at)

**Landeskrankenhaus Villach**  
Nikolaigasse 43, 9500 Villach  
[www.lkh-vil.or.at](http://www.lkh-vil.or.at)  
Ordination Dr. Dietmar Pacher  
Klagenfurter Str. 20/1/1, 9500 Villach

## Niederösterreich

**Landeskrankenhaus Weinviertel Korneuburg**  
Wiener Ring 3-5, 2100 Korneuburg  
[www.korneuburg.lknoe.at](http://www.korneuburg.lknoe.at)

**Landeskrankenhaus Wiener Neustadt**  
Corvinusring 3-5, 2700 Wr. Neustadt  
[www.wienerneustadt.lknoe.at](http://www.wienerneustadt.lknoe.at)

**Universtitätsklinikum St. Pölten**  
Dunant-Platz 1, 3100 St.Pölten  
[www.stpoelten.lknoe.at](http://www.stpoelten.lknoe.at)

**Oberösterreich**  
**Gynomed**  
Institut für medikamentösen Schwangerschaftsabbruch  
Bockgasse 2b, 4020 Linz  
[www.gynomed.at](http://www.gynomed.at)

**Kepler Universitätsklinikum**  
Med Campus III.  
Krankenhausstraße 9, 4021 Linz  
[www.kepleruniklinikum.at](http://www.kepleruniklinikum.at)

**Salzburg**  
**Gynmed Ambulanz der Landeskrankenhaus**  
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg  
[www.gynmed.at](http://www.gynmed.at)

**Praxis Team Dr. Dietmar Moosburger**  
Neutorstraße 21, 5020 Salzburg  
[www.konfliktschwangerschaft.at](http://www.konfliktschwangerschaft.at)

# Verhütung: Wann sind die Männer dran?

*In Österreich ist die Pille immer noch Verhütungsmittel Nummer eins. Frauen leiden teils sehr heftig unter den Nebenwirkungen. Die hormonfreien Alternativen sind mit zahlreichen Nachteilen verbunden und eine Pille für den Mann gibt es noch immer nicht. Was ist los mit der Verhütungsmedizin?*

Blähbauch, Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Herzinfarkt. Das sind alles Nebenwirkungen der Pille. Das Medikament, das immer noch von vier von zehn Frauen zwischen 15 und 45 Jahren eingenommen wird. Frauen sind also nicht nur in den meisten Fällen für die Kosten verantwortlich, sie ertragen auch zahlreiche Nebenwirkungen, um eine Schwangerschaft zu verhindern. In Sachen Verhütung ist Gleichberechtigung also noch lange nicht erreicht. So viele medizinische Errungenschaften und trotzdem noch keine Pille für den Mann. Ist das Zufall? Nein, denn Frauen wurden in der Medizin immer schon benachteiligt. Entweder sie werden mit der Verantwortung zu verhüten allein gelassen oder sie werden in der medizinischen Forschung nicht einmal beachtet.

Dabei gab es schon Versuche, ein hormonelles Verhütungsmittel für Männer herzustellen. Die Antibabypille als Idee für männliche Verhütung existiert zwar schon seit 40 Jahren, es dauerte aber lange, bis ein Versuch umgesetzt wurde. Ende 2009 startete eine Studie der Weltgesundheitsorganisation in acht Ländern mit 400 Testpersonen. Sie wurde aber bereits nach einigen Monaten abrupt abgebrochen. Der Grund: zu viele Nebenwirkungen.

## Warum Nebenwirkungen bei Frauen okay sind und bei Männern nicht

Laut Michael Zitzmann, Leiter der Studie, litten zehn Prozent der Teilnehmer unter Nebenwirkungen wie Depressionen, Akne und Gewichtszunahme. „Bei 90 Prozent der Männer hat es funktioniert, aber zehn Prozent, das ist einfach zu viel“, so Zitzmann. Dasselbe Problem gab es bei dem Versuch, eine Pille für den Mann herzustellen. Klingt logisch, dass eine Studie aufgrund unangenehmer Nebenwirkungen abgebrochen wird, nicht? Wenn man die Antiba-

### Pearl-Index

Der Pearl-Index zeigt die Sicherheit eines Verhütungsmittels an. Die Zahl steht für die Anzahl an Frauen, die schwanger werden, wenn 100 Frauen ein Jahr lang mit der jeweiligen Methode verhüten.

byspritze für Männer jedoch mit der Pille für Frauen verglichen, wird klar, dass nicht die Nebenwirkungen der Grund für den Forschungsabbruch sind, sondern patriarchale Strukturen. Denn von den Frauen, die die Pille nehmen, müssen ungefähr 30 Prozent mit Nebenwirkungen kämpfen und diese können weitaus schlimmer sein als ein paar Kilos zunehmen. Doch was sind nun diese patriarchalen Strukturen? Ganz einfach: Das Patriarchat ist eine Welt für Männer, die von Männern gemacht worden ist. Im Patriarchat sind somit Männer im Vorteil: Sie verdienen mehr, sie nehmen eher Führungspositionen ein und leiden fast nie unter körperlicher und sexueller Gewalt. Demzufolge werden Männer auch im medizinischen Bereich bevorzugt, was diese Studie beweist. Denn es scheint so, als wären Nebenwirkungen bei Frauen okay, bei Männern aber nicht. Der Fakt, dass allein die Idee eines hormonellen Verhütungsmittels für den Mann unter diesen Umständen als „unmöglich“ oder gar „absurd“ abgestempelt wird, zeigt, dass wir als Gesellschaft noch viel zu tun haben, bevor die Pille für den Mann als medizinische Errungenschaft gefeiert und von Männern auch in Betracht gezogen wird. Bis dahin müssen Frauen in diesem Bereich die meiste Arbeit leisten.

Das Patriarchat ist noch nicht gestürzt und die Realisierung einer Pille für den Mann ist sicher noch ein paar Jahre entfernt. Bis dahin können Menschen mit Uterus auf nicht-hormonelle Verhütungsmittel zurückgreifen, da die Pille und andere hormonelle Verhütungsmittel oft aus gesundheitlichen Gründen oder wegen des Stillens eines Babys nicht möglich sind. Diese hormonfreien Verhütungsmittel sind aber auch mit vielen Nachteilen verbunden. Hier ein paar Alternativen zum Kondom:

### Die Kupferspirale

Die Kupferspirale ist T-förmig und wird in die Gebärmutter eingesetzt.



Dort wird die Bewegung des Spermas beeinflusst, sodass dieses nicht mit der Eizelle zusammenkommt. Sie ist mit einem Pearl-Index von 0,3-3 eine sichere Verhütungsmethode. Die Spirale bleibt drei bis fünf Jahre im Uterus (teilweise sogar länger) und kostet 200-400 Euro. Hat man noch kein Kind geboren, ist das Einsetzen oft extrem schmerzhaft. Aber auch die Monatsblutung und die Menstruationsschmerzen können sich verstärken.

### Diaphragma

Das Diaphragma ist eine Kappe aus Silikon oder Latex und wird vor dem Sex in die Vagina eingeführt, um den Muttermund zu verschließen. Es sollte nicht länger als 24 Stunden in der Vagina bleiben. Dazu sollte ein Spermizid verwendet werden, da der Pearl-Index bei etwa 16 bis 17 liegt. Allerdings ist die Verhütungsmethode mit Spermizid noch immer unsicher (Pearl-Index: 4-10).

Es kostet circa 40 Euro und ist recht schwierig einzusetzen. Daher sollte man das Einsetzen zuerst bei einem\*einer Gynäkolog\*in ausprobieren.

### Spermizid

Spermizide (chemische Verhütungsmittel) werden in Form von Gelees, Zäpfchen oder Salben vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt. So sollen Spermien davon abgehalten werden, die Eizelle zu erreichen. Ein Multipack kostet zwischen 5 und 20 Euro. Das Nonoxinol-9 kann jedoch die Vaginalschleimhaut oder die Penishaut reizen, was sich in Brennen, Jucken oder einem Wärmegefühl äußern kann. Bei einem Pearl-Index von 3 bis 21 kann man wohl kaum von einem sicheren Verhütungsmittel sprechen.

### Femidom

Das Femidom wird vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt und soll so das Sperma auffangen – im Prinzip ist es ein Kondom für die Frau. Die Anwendung ist kompliziert, daher reicht der Pearl-Index je nach Quelle bis 25. Es schützt vor Geschlechtskrankheiten, kann aber verrutschen und ist teurer als das Kondom.

### Verhütungsschwamm

Der in samenabtötender Flüssigkeit getränkte Schwamm wird vor dem Sex in die Vagina eingeführt und kann bis zu 24 Stunden im Körper bleiben, das mindeste sind aber zwei Stunden nach dem Geschlechtsverkehr. Er kann nur einmal verwendet werden, wobei drei bis vier Stück ca. 30 Euro kosten. Der Pearl Index variiert je nach Quelle zwischen 5 und 25 – also nicht gerade die beste Alternative. Der Verhütungsschwamm kann Schleimhäute reizen, was anfälliger für Infektionen und Krankheiten macht. Das Einführen kann zudem auch sehr unangenehm sein.

Das Problem ist nicht nur, dass es keine Pille für den Mann gibt, es gibt kaum sichere hormonfreie Alternativen zum Kondom. Gleichberechtigung muss selbstverständlich werden, auch bei der Verhütung!



### Chiara Seidl

politische Aktivistin

Geschichte und Englisch auf Lehramt

“There comes a time when silence is betrayal” - MLK

# Simone de Beauvoir – Leitfigur des Feminismus

*Gleichberechtigung ist ein zeitloses Thema. Kurzporträt einer Revolutionärin.*

„We must not confuse the present with the past. With regard to the past, no further action is possible.“ Dieses Zitat beschreibt den Wunsch von Simone de Beauvoir nach Veränderung zu streben und die von der Gesellschaft und im Laufe der Geschichte definierten Maßstäbe, Pflichten und Tugenden zu verwerfen. Diesen Wunsch konnte Beauvoir in ihren großen literarischen Themen auch tatsächlich zur Realität werden lassen.

## Fragen menschlicher Existenz

Freiheit, Menschenrechte, Emanzipation – das, was wir heutzutage überall auf Social Media, von Blogger\*innen bis zu Organisationen zu hören bekommen, hatte bereits die Französin beschäftigt. Für Beauvoir sollte die individuelle Freiheit zählen, der Mensch sollte unabhängig von Geschlecht, Herkunft und Religion und ausschließlich von seinen Taten und Leistungen gekennzeichnet sein. Die individuelle Freiheit als alleiniges Lebensprinzip verfolgte Beauvoir gemeinsam mit ihrem Lebenspartner Jean-Paul Sartre. Die beiden beschrieben, dass sie sich von allem losgelöst fühlten – von Orten, Ländern, Klassen, Berufen und Generationen.

## Ausbildung, Beruf

Beauvoir wurde 1908 in Paris mit dem eigentlichen vollständigen Namen Simone Lucie Ernestine Marie Bertrand de Beauvoir geboren. Sie begann zunächst auf Anliegen ihrer Eltern Philologie und Mathematik zu studieren, konnte aber dann ihrem Wunsch Philosophielehrerin zu werden, nachgehen. Mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums an der Sorbonne war Beauvoir die neunte Frau in Frankreich mit „agrégée“ in Philosophie. Nebenbei zeigte sie früh literarisches Interesse und große Leidenschaft für das Schreiben – dem widmete sie sich nach Verlust ihrer Anstellung als Lehrerin während des Krieges.

Erste Gedanken zu einer Veränderung entwickelten sich bei Beauvoir zur Zeit des Zweiten Weltkrieges, berührt von der Unterdrückung, dem Leid der Menschen und vor allem dem Einzug von Sartre in die deutsche Kriegsgefangenschaft. Sie erkannte, dass sie die Pflicht hatte zu handeln. In den Kriegs-

jahren und danach verfasste sie in ihrer Karriere als Schriftstellerin Romane, Reiseberichte, Essays und Erzählungen.

## Das Andere

Berühmt machte sie der Bestseller „Le Deuxième Sexe“ („Das andere Geschlecht“). In diesem feministischen Klassiker schreibt sie über die Position der Frau in verschiedenen Bereichen, wie Biologie, Politik, Kunst, Wissenschaften und Ökonomie und kritisiert das damals herrschende patriarchalische Weltbild mit dem bekannten Satz „Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.“ Besonders betonen will sie damit, dass der Mann mit der Rolle des Subjekts der Frau als „das Andere“ entgegengestellt wird. Ein Anlass dafür war die Gleichstellung durch Einführung des Frauenwahlrechts in Frankreich. Beauvoir war der Meinung, dass die formale Gleichstellung von Frauen nichts an der gesellschaftlichen Unterordnung von Frauen als „zweitrangiges Geschlecht“ ändern wird, denn diese Geschlechterdifferenz ist zu tief kulturell eingeschrieben.

## Aktiv als Feministin

Beauvoir beteiligte sich mit jüngeren Feministinnen an vielen Aktionen der Frauenbewegung und nutzte ihren Bekanntheitsgrad aus. Ein Thema, worüber sich alle Beteiligten einig waren, war das Abtreibungsverbot. Als Präsidentin der Vereinigung „Chosir la cause des femmes“ setzte sie sich für das Recht auf Abtreibung ein und verfasste den Zeitschriftenartikel „Manifest der 343“, in dem 343 Frauen bekennen, abgetrieben zu haben. Mit ihren literarischen Werken, ihrer Denkweise und ihren Anforderungen hat sie sich nicht nur die Position einer bekannten Feministin, sondern auch einer Philosophin, Schriftstellerin und Schöpferin des Existenzialismus erkämpft.



**Jasmin Tahhan**  
Humanmedizin, 4. Studienjahr

# Viva la Menstruation

*Etwa die Hälfte der Weltbevölkerung menstruiert und täglich bluten ungefähr 800 Millionen Menschen. Trotzdem ist die Periode noch immer ein gesellschaftliches Tabu.*



Ende November 2020 beschloss Schottland als erstes Land der Welt, Menstruationsartikel kostenlos in öffentlichen Gebäuden bereitzustellen. Als die Medien hierzulande darüber berichteten, waren die Reaktionen erschreckend. Viele Menschen verstehen die Notwendigkeit dieser Produkte nicht und verglichen Binden, Tampons etc. mit anderen Toilettenartikeln wie Rasierern und forderten den kostenlosen Zugang zu diesen. Allein der Vergleich der Periode mit dem Bartwuchs zeigt, dass die Aufklärung zu diesem Thema vielerorts fehlt.

Während in Österreich diskutiert wird, ob der Zugang zu Hygieneartikeln kostengünstiger (in Österreich wurde die Luxussteuer auf Menstruationsartikel mit Jänner 2021 von 20 Prozent auf 10 Prozent gesenkt) oder gar kostenlos sein soll, haben viele Menstruierende weltweit weder Zugang zu leistbaren Hygieneartikeln noch zu sauberen und sicheren Sanitäreinrichtungen. Dies betrifft vor allem Obdachlose, Flüchtlinge und Menschen in Ländern im globalen Süden.

Aufgrund dieser Umstände wird vielen die Möglichkeit genommen, einem normalen Alltag während der Menstruation nachzugehen. In manchen Kulturen werden Menschen während ihrer Periode gar als „unrein“ angesehen und von ihrem sozialen Umfeld ausgeschlossen, bis die Blutung vorbei ist. Das wirkt sich zum Beispiel auch auf den Schulbesuch aus, denn die Anwesenheit am Unterricht wird in dieser Zeit unterbunden. Unter anderem ist das in Indien der Fall.

## Schluss mit dem Tabu

Die 2018 erschienene Dokumentation „Period. End of Sentence“ handelt von indischen Frauen, die selbst kostengünstige und biologisch abbaubare Binden herstellen und an andere günstig weiterverkaufen. Mit dieser Aktion bekämpfen sie auch das in Indien weitverbreitete Tabu zum Thema Menstruation und unterstützen die lokale Wirtschaft. Dies ist nur eines von vielen Beispielen. Auch das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) unterstützt Projekte, in denen jungen

Menschen die Möglichkeit gegeben wird, selbst Hygieneartikel zu erzeugen und weiterzuverkaufen. Ziel dieser Aktionen ist ein einfacher und kostengünstiger Zugang zu Basishygiene während der Menstruation, aber auch die allgemeine Aufklärung und Entstigmatisierung dieser.

**Wichtig ist auch die Akzeptanz, dass nicht nur Frauen menstruierten.**

Bereits jungen Mädchen wird beigebracht ihre Periode geheim zu halten und nicht offen darüber zu sprechen – ob über Tampons, Binden, Menstruationstassen oder über Schmerzen, die sie eventuell empfinden. Wichtig ist auch die Akzeptanz, dass nicht nur Frauen menstruierten. Für Trans-Männer und nicht-binäre Personen werden hier noch zusätzliche Hürden in den Weg gelegt, welche z. B. schon bei der Toilettenwahl beginnen. Ein weiteres Hindernis ist auch das allgemein fehlende Verständnis, dass die Periode nicht nur ein Geschlecht betrifft und daher nicht spezifisch als Problem von Frauen dargestellt werden kann. Zum Glück bieten soziale Medien heute die Möglichkeit, sich einfach und kostenlos über diese Themen zu informieren und die Erfahrung jener Menschen, die das alles betrifft, zu hören. Ein Trend, der in den letzten Jahren definitiv gestiegen ist. Er trägt dazu bei, dass das Thema Periode Teil des Gesprächs wird und hoffentlich das Stigma, das mit ihr einhergeht, verschwindet. Wie die Autorin Franka Frei es mit dem gleichnamigen Titel ihres Buches bereits sagt: „Periode ist politisch“ – und das wird sich in naher Zukunft (auch in Österreich) nicht ändern.



**Simone Weissenbacher**  
Hat Modedesign in Mailand studiert.  
Ankleiderin, Oper Graz

# Ist Pressen wirklich besser?

*Eine feministische Perspektive auf das Thema Geburt*

In den letzten zehn Jahren hat sich die Kaiserschnitttrate in Österreich verdoppelt. Fast jedes dritte Kind wird per Sectio entbunden. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte ein Kaiserschnitt nur dann gemacht werden, wenn Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei einer vaginalen Geburt bedroht wird. Das wäre bei etwa zehn bis 15 Prozent aller Geburten der Fall. Der Grund für die steigende Kaiserschnitttrate wird einerseits im medizinischen System gesehen. Strukturelle, organisatorische und ökonomische Gründe begünstigen einen Kaiserschnitt. Ärzt\*innen würden außerdem bestimmte geburtsmedizinische Techniken nicht mehr beherrschen, wie zum Beispiel die Entbindung einer Beckenendlage oder Zwillingsgeburten.

Diejenigen, die sich eine spontane Geburt wünschen, nimmt ein Kaiserschnitt oft sehr mit. Betroffene berichten, dass es sich anfühle, als sei ihnen das Geburtserlebnis gestohlen worden, in schlimmen Fällen kann dieser Eingriff auch traumatische Folgen haben. Auf der anderen Seite gibt es eine geringe Anzahl an Menschen mit Uterus, die sich aus verschiedenen Gründen einen Kaiserschnitt wünschen, wie etwa aus Angst vor den Geburtsschmerzen oder Verletzungen. Auch das Thema Gewalt während der Geburtshilfe lässt Spontangeburt in keinem guten Licht erscheinen.

## „My Body, my Choice“

Aus medizinischer Perspektive ist eine spontane Geburt dem Kaiserschnitt aus diversen Gründen auf jeden Fall vorzuziehen. Als Ort wird das Krankenhaus empfohlen, damit Ärzt\*innen bei Komplikationen schnell einschreiten können – so weit,

so gut, aber das ist gerade nicht das Thema. Es geht darum, einen Diskurs zu führen, wie man besser auf die Bedürfnisse und Ängste von jeder schwangeren Person eingehen kann und wie eine selbstbestimmte Geburt aussehen könnte. Die Sache ist die – es gibt nicht die eine feministische Geburtsform. Sowohl eine natürliche Hausgeburt als auch ein Wunschkaiserschnitt kann selbstbestimmt sein, obwohl beide Geburtsarten nicht den besten Ruf haben. Fest steht, egal, um welche Variante es sich handelt, jede Geburt ist mit unvorstellbaren Schmerzen verbunden, die die gebärende Person aushalten muss und Komplikationen können nie ausgeschlossen werden. Gerade deswegen sollte man allen Menschen auch bei der Geburt das Recht zugestehen, über den eigenen Körper bestimmen zu dürfen und vor allem sollte man sie nicht mit moralischen Vorwürfen überhäufen, wenn zum Beispiel eine Hausgeburt gewünscht wird.

„My Body, my Choice“ – meist werden diese Worte gerufen, wenn auf die Selbstverständlichkeit von Abtreibungen hingewiesen werden soll. Aber warum sollte das nicht auch bei der Geburt gelten? Eines kann man jedenfalls nicht leugnen: Egal wie man zum Wunschkaiserschnitt steht, eines ist er auf jeden Fall: ein Tabuthema. Vielleicht sogar ein noch größeres Tabu als Abtreibungen? Oder ist dieser Vergleich zu extrem? Zumindest lassen sich konkrete Informationen und Adressen in Österreich zum Schwangerschaftsabbruch einfach finden.

Zum Thema Wunschkaiserschnitt ist das nicht so einfach. Außerdem wird bei einer Abtreibung grundsätzlich kein psychisches Attest verlangt, wie es bei einer Wunschsectio oft der Fall ist.

## Information als Schlüssel

Dass über die Nachteile eines Kaiserschnitts informiert werden muss steht außer Frage, nur sollte sich

diese Information nicht nur auf diese eine Geburtsart beschränken, was meist der Fall ist. Schwangere werden über die Nachteile der vaginalen Geburt kaum bis gar nicht informiert, was einen guten Grund hat.

Es gibt Studien, die zeigen, dass bei Gebärenden, die ängstlich oder verkrampft bei der spontanen Geburt sind, ein höheres Risiko für einen negativen Geburtsverlauf besteht und es eher zu Komplikationen kommt. Somit erzählt man ihnen eher von den positiven Seiten und vermindert dadurch das Komplikationsrisiko. Die Sache hat aber auch einen Haken. Diese einseitige Information kann schwerwiegende Folgen haben, wenn es tatsächlich zu Komplikationen kommt. Sind Gebärende auf diese nicht vorbereitet und über bestimmte Vorgänge nicht informiert, kann das traumatische Folgen haben.

## #MeeToo im Kreißsaal

Nicht nur die Frage nach der Variante der Geburt hat was mit Selbstbestimmung zu tun, ein wesentlicher Punkt ist auch eine würdevolle Betreuung. Etwa 40 bis 50 Prozent der Gebä-

**Etwa 40 bis 50 Prozent der Gebärenden erleben physische und/oder psychische Gewalt bei der Geburt. Das schätzt die mit der UNO vernetzte Organisation Human Rights in Childbirth.**

renden erleben physische und/oder psychische Gewalt bei der Geburt. Das schätzt die mit der UNO vernetzte Organisation Human Rights in Childbirth. Sylvia S. Sedlak, Obfrau der Geburtsallianz Österreich, erzählt: „Viele Frauen berichten von Missbrauchserfahrungen und vergewaltigungsähnlichen Erlebnissen. Sie fühlen sich dabei ausgeliefert und fremdbestimmt.“

Aber warum wird kaum darüber gesprochen, wenn das so oft passiert? „Der Arzt als Autoritätsperson wird angezweifelt und das ist ein Tabu per se“, sagt Sedlak. Viele reden aus Scham nicht darüber und sind nach der Geburt in Lebenssitu-

ationen, in denen sie nicht vor Gericht ziehen wollen. Viele Betroffene sind sich dessen oft gar nicht bewusst, dass Grenzen überschritten wurden, aber kämpfen trotzdem mit psychi-

**Sowohl eine natürliche Hausgeburt als auch ein Wunschkaiserschnitt kann selbstbestimmt sein, obwohl beide Geburtsarten nicht den besten Ruf haben.**

schen Folgen. Der 25. November ist der internationale Tag gegen Gewalt an Frauen und somit auch der Roses Revolution Day, der Tag gegen Gewalt in der Geburtshilfe. Viele Betroffene, die Gewalt während der Geburt erlebt haben, legen an diesem Tag eine rosafarbene Rose und einen Brief vor die Kreißsaaltür, hinter der ihnen Gewalt angetan wurde. Ziel ist es ein Zeichen für eine würdevolle Geburtsbegleitung zu setzen.

## „Aber Hauptsache, dem Kind geht's gut“

Es ist wichtig, dass es dem Kind gut geht, aber ist das die Hauptsache? Es besteht die Gefahr im Wochenbett an einer postpartalen Depression zu erkranken, die unter anderem von einem traumatischen Geburtserlebnis ausgelöst werden kann. Wenn man diese nicht ernst nimmt, kann das schwerwiegende Folgen haben und im Extremfall sogar zum Suizid führen. Nur Mütter und Väter, denen es gut geht, können sich ausreichend um ihr Kind kümmern und nur dann kann es auch dem Kind gut gehen.

Dafür ist es wichtig die Empfehlungen der Medizin mit den persönlichen Bedürfnissen der Schwangeren bzw. Gebärenden zu vereinbaren.



**Sandra Lehofer**

Germanistik

Chefredakteurin, Medizynisch

„If you sexist me, I will feminist you.“



# Leihe mir deine Mutter

*Ist Leihmutterschaft die moderne Ausbeutung des weiblichen Körpers, sozusagen Prostitution im 21. Jahrhundert? Oder handelt es sich eher um die Tat einer Heiligen, um einer unheilvollen Familie doch noch zum Familienglück zu verhelfen?*

Der relativ neue Begriff „Leihmutterschaft“ beschreibt das Austragen eines Kindes von einer meist fremden Frau für die Auftraggeber\*innen – auch Bestelleltern genannt. Diese können sowohl nicht als auch genetisch verwandt sein mit dem Kind. Meistens wird eine In-vitro-Fertilisation durchgeführt.

Fraglich ist, ob das Wort leihen in einem Wort wie Leihmutterschaft seinen ehrenvollen Platz verdient hat, denn in den meisten Fällen handelt es sich hierbei eher um ein saftiges Geschäft. Man könnte sagen um einen auf bestimmte Zeit begrenzten außerordentlichen Dienst. Somit wäre das treffendere Wort wohl eher mieten.

Dass so eine Miete nicht billig sein kann, ist jederfrau und -mann klar, die oder der sich vorstellen kann, einen exorbitanten Gegenstand für Dreiviertel eines Jahres in sich zu tragen, um ihn dann durch ein – subjektiv empfunden – viel zu kleines Loch zu gebären. Ganz zu schweigen von der Möglichkeit, sich in dieses kleine Sein zu verlieben. Die Preise

**Fakt ist, dass es oft zu Menschenrechtsverletzungen kommt, daher wäre ein internationales Abkommen wünschenswert.**

variieren je nach Region: In Indien beispielsweise zahlt man ca. 25 000 US-Dollar, in den Vereinigten Staaten etwa 100 000 US-Dollar.

Ein großes Problem ist, dass Leihmütter oft ausgebeutet werden. „Armut ist weiblich.“ Dieser Satz trifft auch heute noch zu und verleitet Frauen in besonders betroffenen Ländern wie Indien und der Ukraine zu dieser „Option“. Was unsereins hier vermutlich am meisten erschreckt, ist, dass

nicht diese Frauen am Ende mit einem ansehnlichen Kapital dastehen, sondern die Fruchtbarkeitskliniken. Was übrig bleibt sind in Indien beispielsweise 100.000 bis 400.000 Rupien – also 1.840 bis 4.900 Euro.

Eine weitere Kontroverse besteht in der rechtlichen Lage, sowohl national als auch international. In Deutschland zum Beispiel werden nicht die Leihmütter oder die Auftraggeber\*innen bestraft, sondern jegliche ärztlichen

## Armut ist weiblich.

Tätigkeiten im Bezug zur Leihmutterschaft sowie die Vermittler\*innen solcher Vorhaben.

In Österreich, Frankreich, Finnland und Slowenien ist jede Form der Leihmutterschaft illegal. Rechtens ist sie in Russland, Neuseeland, Indien, Kanada (mit Ausnahme von Québec) sowie in vielen weiteren Ländern. National gelten jedoch sehr unterschiedliche Regelungen:

Portugal erlaubt dies nur heterosexuellen Paaren, in Kanada darf die Leihmutter kein Geld für das Austragen des Kindes bekommen, sehr wohl aber eine Entschädigung der Ausgaben. In Russland ist eine medizinische Indikation Voraussetzung, beispielsweise der Mangel eines Uterus.

Unschwer zu erkennen, befinden wir uns in einem bunten Pool der begrenzten Unmöglichkeiten, deren Folgen jedoch das Wichtigste oft außen vor lassen: Das Kind.

### Skurrile Geschehnisse

2009 kam ein Mädchen namens Manji in Indien zu Welt. Die indische Leihmutter trug das Kind für ein japanisches Ehepaar aus. Dieses ließ sich jedoch einen Monat vor der Geburt scheiden. Die Mutter wollte das Kind nicht mehr. Der biologische Vater sehr wohl. Das Problem bestand darin, dass sowohl Indien als auch Japan das Kind nicht mit der eigenen Staatsbürgerschaft beschenken wollten. Indien war



der Meinung, es gäbe einen biologischen japanischen Vater und gehöre somit dorthin. Japan sah es als ein indisches Mädchen an und so verwehrte das Land die Aufnahme des Kindes.

Im Laufe dieses Rechtsstreits lief das Visum des Vaters ab, er musste aus Indien ausreisen. Um ihn zu vertreten, brauchte es jemanden aus seiner Familie: Seine 70 Jahre alte Mutter kämpfte für das Recht seiner Tochter. Monate später durften sie nach Japan zurückkehren.

2013 wurden Zwillinge in Thailand für ein australisches Paar von einer thailändischen Leihmutter geboren – bei einem Kind wurde das Down-Syndrom diagnostiziert. Das Paar nahm das gesunde Mädchen mit zurück nach Australien. Der Bruder mit Down-Syndrom wurde zurückgelassen.

Dies waren nur zwei der leider zahlreichen skurrilen Geschehnisse.

Fakt ist, dass es oft zu Menschenrechtsverletzungen kommt, daher wäre ein internationales Abkommen wünschenswert. Psychologische Abklärungen vor, während und nach dem Partus sollten eine grundlegende Bedingung darstellen. Zwischen (Bestell-)Eltern, Kind und Staat darf es an Menschlichkeit nicht fehlen.



**Vanessa Hartner**

5. Semester Humanmedizin; konsumiert gerne Schoko und Impfgegner\*innen

# Endometriose

*Regelschmerzen, Übelkeit und Darmbeschwerden sind bei dir kein Problem? Dann hast du entweder ein Y-Chromosom oder einfach nur Glück!*

Denn bei vielen Menschen mit Uterus sind solche und weitere Symptome auf eine besondere Erkrankung namens „Endometriose“ zurückzuführen. Was das genau ist, werden wir an dieser Stelle erläutern!

Endometriose ist, trotz der recht hohen Prävalenz, ein eher wenig bekanntes und leider recht selten und spät diagnostiziertes Problem. Ungefähr jeder zehnte Mensch mit Gebärmutter (die Zahlen variieren von Land zu Land) leidet an Endometriose, doch leider vergehen oft Jahre, bis dies diagnostiziert wird.

Der Hauptgrund dafür liegt in den unspezifischen Beschwerden wie Regelschmerzen und Darm-/Verdauungsprobleme, die sowohl von den Patient\*innen als auch von den Ärzt\*innen als normale Menstruationsbeschwerden gedeutet werden. Was also die Ursache und den Verlauf der Krankheit betrifft, sind noch viele Dinge unklar.

## Was genau ist Endometriose?

Endometriose ist eine Erkrankung, bei der Gewebe, welches der Uterusschleimhaut ähnelt, außerhalb des Uterus, also „ektop“, vorkommt. Da dieses Gewebe, wie die Uterusschleimhaut selbst, mit dem Zyklus Veränderungen durchgeht und unter anderem zu bluten beginnt, kann es dadurch zu Irritationen der umliegenden Gewebe mit Entzündungen, Narbenbildungen und insbesondere Schmerzen führen.

**Die Anzahl der Menschen, die mit Endometriose zu kämpfen haben, ist sicher höher, als man annimmt, da diese Erkrankung eher recht spät und in manchen Fällen gar nicht diagnostiziert wird.**

Dieses ektote Gewebe kommt insbesondere in der Nähe des Uterus vor, also auf den Adnexen, auf dem Uterus selbst und im Bereich des Unterbauches und Beckens, zum Beispiel im Dou-

glas-Raum. Es kann jedoch auch überall anders im Körper vorkommen, sogar im Gehirn. Solche Lokalisationen sind jedoch sehr selten.

Die genaue Ursache, wieso manche Menschen mit Gebärmutter diese Erkrankung bekommen und andere nicht, ist nicht bekannt. Es gibt jedoch verschiedene Hypothesen und Theorien, die versuchen, die Ursache der Endometriose zu beschreiben. Unter anderem existiert die Theorie, dass Zellen der Uterusschleimhaut durch verschiedene Mechanismen verschleppt werden, an ihrem „Landeplatz“ wachsen und somit kleine Endometrioseherde bilden. Die Ursache dafür kann hämatogen sein, aber auch retrograde Menstruation (Schleimhaut und Blut breitet sich in Richtung Eileiter und Eierstock aus) kommt in Frage. Sogar eine iatrogene Versprengung der Gebärmuttereschleimhautzellen soll im Zuge von Operationen möglich sein. Auch die Entstehung der Endometrioseherde aus embryonalen Epithelzellen der Bauchhöhle (Zölomepithel) wird als mögliche Ursache vermutet. Weiters gibt es allerlei genetische, immunologische und umweltbezogene Faktoren, welche die Entstehung der Endometriose begünstigen.

Die Ätiologie und Pathogenese der Endometriose ist vielleicht für die von euch interessant, die gerade für PMX lernen (Viel Erfolg!), jedoch kaum für die Patient\*innen. Die Anzahl der Menschen, die mit Endometriose zu kämpfen haben, ist sicher noch höher, als man annimmt, da diese Erkrankung eher recht spät und in manchen Fällen gar nicht diagnostiziert wird.

Die „Awareness“ für

diese Erkrankung in der Bevölkerung und insbesondere bei medizinischem Personal muss erhöht werden, um bestmögliche diagnostische und therapeutische Methoden zu finden und so das Leiden der Erkrankten künftig zu lindern oder sogar zu verhindern.



**Kujtim Bytyqi**

Humanmedizin im 6. Jahr  
*Shrek amor est, Shrek vita est*

Bild: maria\_ajepi/istock

# Das unbekannte Geschlecht

*Wie die Anatomie des weiblichen Körpers lange Zeit ignoriert oder verunglimpft wurde*

Im 16. Jahrhundert nimmt die wissenschaftliche Anatomie mit dem Chirurgen Andreas Vesalius ihren Anfang. Diese Lehre des menschlichen Körpers beschränkte sich jedoch oft auf den männlichen Körper. In den Anatomischen Theatern wurden vor allem die Leichen von Kriminellen seziiert, die zum überwiegenden Teil Männer waren. Vesalius leugnete sogar die Existenz der Klitoris. Er meinte, er habe sie noch in keiner gesunden Frau gefunden. Erst sein Assistent Matteo Realdo Colombo deklarierte, dass er ein neues weibliches Organ gefunden habe, „Amor veneris“ – die Liebe der Venus.

## Nur die Spitze des Eisberges

So wie die weibliche Sexualität an sich, wurde auch die Klitoris lange Zeit verunglimpft. Schließlich ist sie auch das einzige menschliche Organ, deren einziger Zweck die Lustbeschaffung ist. Die meisten von uns sind mit dem Bild der Klitoris als „kleine Kugel/Perle“ aufgewachsen. Dieses sichtbare Kügelchen, Glans clitoridis, ist jedoch nur ein Bruchteil der Klitoris. Tatsächlich befinden sich 90 Prozent des Organs unter der Oberfläche.

**Die Legende des G-Punktes wurde somit auch erklärt: Es handelt sich dabei um die Rückseite der Klitoris.**

Unter der Haut findet man noch zwei Schwellkörper, Bulbus vestibuli, und zwei bis zu 9 cm lange Arme, Crus clitoridis. Die neuentdeckte Form der Klitoris zerschmetterte auch den Mythos vom kindlichen klitoralen und reifen vaginalen Orgasmus, den Sigmund Freud in die Welt gesetzt hatte. Wir wissen jetzt, dass beide Orgasmen auf die Klitoris zurückzuführen sind, da die Arme der Klitoris die Vagina umschließen. Die Legende des G-Punktes wurde somit auch erklärt: Es handelt sich dabei um die Rückseite der Klitoris.



Das Frauengesundheitszentrum (siehe auch S. 29) bietet online genaue Klitoris-Grafiken und ausführliche Videos an.  
[www.frauengesundheitszentrum.eu](http://www.frauengesundheitszentrum.eu)

Dieses akkurate Bild der Klitoris verdanken wir der australischen Urologin Helen O’Connel. In den 1990er Jahren nahm sie erstmals MR-Bilder von der Klitoris von erregten jüngeren Frauen auf. 2005 veröffentlichte sie ein Paper, in dem sie beschreibt, dass die Klitoris (oder der klitorale Komplex, wie sie es nennt) 10-mal größer ist, als die meisten Menschen dachten.

## Worte machen sichtbar – Schluss mit der Scham

Es ist sehr bezeichnend, dass wir also erst seit 16 Jahren die wahre Form der Klitoris kennen. Genau so unglaublich ist, dass im alltäglichen Sprachgebrauch das sichtbare weibliche Geschlechtsorgan noch immer Vagina statt Vulva genannt wird. Die Autorin Mithu Sanyal

meinte dazu: „Das wäre das gleiche, als ob man zum Penis seit Ewigkeiten Hoden sagen würde“.

Worte schaffen Bewusstsein. Deswegen argumentiert Sanyal, dass die „Schamlippen“ ohne jegliche Scham als „Vulvalippen“ bezeichnet werden sollten. Auch der Name „Jungfernhäutchen“ für das Hymen sollte schleunigst aus unserem Wortschatz verschwinden. Nicht nur, dass es wissenschaftlich falsch ist, da das Hymen überhaupt kein Indikator für Jungfräulichkeit ist, es kommt auch aus einer Zeit, in der der Wert einer Frau stark mit ihrer „Unbeflecktheit“ zusammenhing.

500 Jahre nach Beginn der wissenschaftlichen Anatomie ist es Zeit die Beschäftigung mit dem weiblichen Körper von jeglicher Scham zu befreien und Frauen das nötige Wissen und die nötigen Worte für einen selbstbewussten Umgang mit ihrem Körper zu geben.



**Elka Xharo**

Medizinphysikerin

Ihr Insta-Profil über Science und Feminismus: [@thesciencyfeminist](https://www.instagram.com/thesciencyfeminist)

# Periodenverlust

*Viele Menschen mit Uterus empfinden sie als nervig, verbinden sie mit Unterleibskrämpfen und lästigen Nebenerscheinungen. Die Periode.*

Es wird meist als selbstverständlich angesehen, die Menstruation in unregelmäßigen Abständen von etwa einem Monat zu bekommen. Doch was, wenn sie auf einmal ausbleibt? Und zwar nicht, wegen einer Schwangerschaft, sondern aus anderen Gründen.

Dieser Zustand wird Amenorrhö genannt und kann Folge mannigfaltiger Ursachen sein.

Der Begriff Amenorrhö wird laut dem medizinischen Wörterbuch Pschyrembel wie folgt beschrieben: „Physiologisches oder pathologisches Ausbleiben der Menstruation. Die Ursachen sind vielfältig, häufig psychogen. Nach gynäkologischer Untersuchung, Vaginalsonografie und hormoneller Diagnostik wird je nach Ursache therapiert mit Hormonpräparaten, Psychotherapie oder Behandlung der Grunderkrankung.“

## Physiologische/primäre/sekundäre Amenorrhö

Unterschieden wird hier zwischen physiologischer, primärer und sekundärer Amenorrhö.

Die physiologische Amenorrhö betrifft alle menstruierenden Personen vor der Menarche (Anm. „erste Regelblutung“), während einer Schwangerschaft, Stillperiode oder nach der Menopause.

Primäre Amenorrhö beschreibt den Zustand, wenn eine Person mit Uterus bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres keine Periode erfährt. Sekundäre Amenorrhö wiederum ist quasi ein „Verlust“ der Periode für mindestens drei Monate, ohne andere Ursachen wie zum Beispiel eine Schwangerschaft. Das bedeutet, dass eine Frau ihre Regelblutung zuvor in regelmäßigen Abständen erfahren hat.

Oftmals werden Patient\*innen, deren Regelblutung ausbleibt, von Gynäkolog\*innen nicht sofort ernst genommen und bekommen Ratschläge wie „reduzieren Sie einfach den Stress in Ihrem Alltag“ oder „einfach abwarten, die kommt schon wieder“.

Dabei bedeutet es für die Betroffenen oft große Unsicherheit. Es stellen sich Fragen, wie „Was stimmt nicht mit mir?“, „Bin ich krank?“ und natürlich ist auch ein potentieller Kinderwunsch großes Thema.

Beginnt man dann im Internet zu recherchieren, erkennt man schnell, dass es zu diesem Thema bei weitem weniger Informationen gibt als zu Verhütung, Regelbeschwerden etc.

## Auslöser

Sekundäre Amenorrhö kann durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden. Häufig liegt dem Problem ein zu geringes Körpergewicht oder ein zu niedriger Körperfettanteil zu Grunde. Ein zu hohes Sportpensum mit eventuell einer zu geringen Energiezufuhr ist somit oft der Auslöser für das Ausbleiben der Regelblutung.

Ein erhöhter Stresslevel, ob psychisch oder physisch, spielt auch eine wichtige Rolle.

Viele Sportler\*innen haben mit diesem Thema Erfahrungen gemacht und erst in den letzten Jahren kommen immer mehr Menschen damit an die Öffentlichkeit.

Es gibt einige Blogs, Bücher oder YouTube-Videos, die sich mit diesem Thema befassen. Ein Beispiel dafür ist die Österreicherin Eva Saischegg. Sie berichtet auf ihrem Instagram-Profil und YouTube-Account darüber, wie sie im Rahmen der Vorbereitung auf Bodybuilding-Wettkämpfe bereits mehrmals ihre Periode verlor. Erst durch einen höheren Körperfettanteil, welchen sie nach ihren Diätphasen hatte, funktionierte ihr Körper wieder so wie er sollte. Eine weitere junge Frau, die online und in ihrem Buch „Back to Balance“ von ihrer persönlichen Erfahrung mit dem Thema berichtet, ist Laura Schulte.

Leider wird heutzutage durch den massiven Einfluss von sozialen Netzwerken wie Instagram und Co. oft ein unrealistisches und ungesundes Schönheitsideal vermittelt. Zu selten erzählen sehr fitte, dünne Personen auf diesen Platt-

Oftmals werden Patient\*innen, deren Regelblutung ausbleibt, von Gynäkolog\*innen nicht sofort ernst genommen.



formen von persönlichen Gesundheitsproblemen wie sekundärer Amenorrhö. Dadurch ist denjenigen, die sich solche Influencer\*innen als Vorbilder nehmen, nicht bewusst, welche Konsequenzen so eine körperliche Statur mit sich bringen kann.

## Folgen

Die gesundheitlichen Folgen von Amenorrhö sind nicht zu vernachlässigen. Eine direkte Folge ist die Unfruchtbarkeit. Ohne Regelblutung kann ein Mensch mit Gebärmutter nicht schwanger werden. Ein niedriger Spiegel des Sexualhormons Östrogen kann langfristig zu einer Minderung der Knochendichte und darauffolgender Osteoporose führen. Außerdem kommen mit der hormonellen Dysbalance weitere Symptome wie Akne, trockene Haut und Haarausfall einher.

Die Diagnose sekundäre Amenorrhö ist also durchaus ernst zu nehmen und sollte nicht leichtfertig hingenommen werden. Auf den ersten Blick erscheint es vielleicht verlockend

sich nicht mit den Hygienemaßnahmen der Regelblutung herumschlagen zu müssen, die Langzeitfolgen auf den Körper sind allerdings sehr schädlich.

Darum sollte jede menstruierende Person, deren Periode über drei Monate aus nicht erklärbaren Gründen ausbleibt eine\*n Gynäkolog\*in aufsuchen. Nur durch eine ärztliche Abklärung und Behandlung können nachhaltige negative Komplikationen rechtzeitig vorgebeugt oder behandelt werden.



## Fiona Haidacher

7. Semester Humanmedizin  
Referentin für Organisation  
& Projektmanagement

# Genderpharmazie

Ein Interview mit ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> pharm. Dr.<sup>in</sup> rer.nat. Edith Gößnitzer

Den Begriff „Genderpharmazie“ gibt es noch nicht so lange. Wenn man „Genderpharmazie“ googelt, ist das zweite Ergebnis Ihre Lehrveranstaltung zu diesem Thema. Wann ungefähr ist der Begriff zum ersten Mal aufgekommen und wer hat ihn geprägt?

Der Begriff ist eine Analogie zur Gendermedizin und wurde von mir in meinem Umfeld etabliert und wird hier in Graz an der Universität ganz selbstverständlich verwendet. Ich denke in der Pharmazie war immer schon klar, dass die entwickelten und hergestellten Wirkstoffe für Frauen und Männer gedacht sind, es wurde aber nie speziell formuliert. Mit meiner Lehrveranstaltung ist der Begriff „Genderpharmazie“ dann vor ca. zehn Jahren sozusagen „in die Literatur eingegangen“.

Frauen sind erst seit 1993 zur Teilnahme an pharmazeutischen Studien zugelassen. Wie viel hat sich da seitdem geändert? Wie ist heutzutage die Geschlechterverteilung bei solchen Studien?

Eigentlich muss man sagen sie sind „wieder eingeschlossen worden“, da in der Nachkriegszeit tatsächlich auch Frauen an den Studien beteiligt waren. Frauen waren zwar nicht so prominent vertreten wie heute, aber sie waren durchaus miteinbezogen. Nach dem Schock des Contergan-Skandals in den 60ern wurde Frauen die Teilnahme an klinischen Studien dann allerdings verboten.

Das Verbot dauerte fast zwei Jahrzehnte, bis im Rahmen der AIDS-Forschung bekannt wurde, dass auch Frauen von AIDS betroffen sind und damit medikamentöse Behandlung auch für Frauen notwendig ist. Und so begann man, in



**Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> pharm. Dr.<sup>in</sup> rer.nat. Edith Gößnitzer**  
ist pharmazeutische Chemikerin mit Leib und Seele und Hauptmitglied beim Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen.

Seit ca. 15 Jahren hat sie als Koordinationsbeauftragte die Verantwortung für die Naturwissenschaftliche Fakultät und ist im Vorsitz des Arbeitskreises für Gleichbehandlung an der Karl-Franzens-Universität.

Vor ca. zehn Jahren kam sie in den Vorsitz der ARGE GLUNA – das ist der Dachverband der Arbeitskreise für Gleichbehandlungsfragen an Österreichs Universitäten.

An der Karl-Franzens-Universität leitet sie die Lehrveranstaltung Genderpharmazie.

den späten 80ern und frühen 90ern, zuerst in den USA und einige Jahre später auch in Europa, Frauen explizit wieder in klinische Studien einzuschließen und so Wissensdefizite aufzuholen. Mittlerweile ist es State of the Art, dass

Frauen – repräsentativ für die Personengruppe, für die das Medikament gedacht ist – in solchen Studien dabei sind. Eine Ausnahme sind schwangere Frauen, die sind nur an Studien beteiligt, wo explizit die Wirkung eines schon sehr gut erforschten Arzneimittels auf Schwangere getestet wird.

*Kann man pauschal sagen, dass alle – oder zumindest die meisten – Medikamente, die in Österreich erhältlich sind, an Frauen und Männern getestet wurden?*

Jein. Die neueren Medikamente, die seit ca. 1993 zugelassen wurden, sind natürlich an Frauen und Männern getestet. Aber wenn wir uns die Arzneistoffgeschichte anschauen, sehen wir, dass in den 70er und 80er Jahren die allermeisten Wirkstoffe, die wir auch heute noch verwenden, entwickelt und auch zugelassen worden sind. Also große Gruppen wie zum Beispiel viele Antiphlogistika, Benzodiazepine, Blutdruckmittel, Antidiabetika und Schmerzmittel. Da haben wir keine expliziten Studien aus dieser Zeit. Es hat aber im Nachhinein Aufträge gegeben, das mit kleineren Stichproben nachzuholen.

*Ein großes Thema sind Schmerzen. Oft wird ja behauptet, dass Frauen mehr Schmerzen aushalten. Stimmt das? Kann man das irgendwie messen?*

Ja, das kann man messen, aber genau das Gegenteil ist der Fall. Physiologisch haben Männer sowohl eine höhere Schmerzschwelle als auch eine höhere Schmerztoleranz als Frauen. Es ist also ein klassischer Bias, denn sowohl die Eigenwahrnehmung der Frauen wie auch die Zuschreibung durch das andere Geschlecht ist hier so, dass die



„Physiologisch haben Männer sowohl eine höhere Schmerzschwelle als auch eine höhere Schmerztoleranz als Frauen.“

Meinung besteht, Frauen halten mehr Schmerzen aus.

Schmerz hat einerseits die physiologische Ebene, wo wir die Reizentstehung und -weiterleitung genau verfolgen können und andererseits die Schmerzbewertung als zweite Ebene. Schmerzbewertung ist eine Sache, die im limbischen System passiert, und wo die individuelle Vorerfahrung und Erfahrungen generell sowie Lebenssituationen eine Rolle spielen. Allerdings können Frauen besser und differenzierter mit der Schmerzerfahrung umgehen. Einfach auch deswegen, weil Frauen, wenn wir an die lange fertile Phase im Leben der Frau denken, monatlich ein gewisses Schmerzerlebnis haben. Auch eine Geburt stellt ein besondere Schmerzsituation dar. Aus diesen Situationen heraus ist es eben so, dass Frauen die Schmerzerfahrung und das Schmerzempfinden besser beurteilen können, besser verarbeiten und gelernt haben, damit umzugehen.

*Wer greift häufiger zu Schmerzmitteln?*

Frauen. Die Statistik zeigt, dass Frauen generell mehr Medikamente als Männer verschrieben bekommen und insbesondere auch mehr Schmerzmittel. Weil zum Beispiel Schmerzsituationen wie Migräne bei Frauen häufiger auf-

treten. Autoimmunerkrankungen treten ca. dreimal so häufig auf, im Vergleich zum männlichen Geschlecht. Autoimmunerkrankungen sind oft mit schmerzhaften Situationen verbunden, weshalb eben Frauen dann häufiger zu Schmerzmitteln greifen. Auch wenn man sich das Alter bzw. die Lebenserwartung anschaut, die ja bei Frauen höher ist, gibt es im Alter gehäuft schmerzhafte Situationen. Natürlich trägt auch die Menses dazu bei, dass Frauen häufiger Schmerzmittel benötigen. Wenn Frau während der Menstruation an Schmerzen leidet, sind das übers Leben gezählt schon einige Tage, in denen man im geringsten Fall ein Paracetamol braucht und im schlimmeren Fall neben Spasmolytika ein stärkeres Mittel.

*Wirken Schmerzmittel bei Frauen und Männern gleich?*

Ja und nein, es hängt davon ab welche Gruppe von Analgetika man sich anschaut. Es gibt ja zwei große Grup-

pen: Zentral wirksame Analgetika wie die Opioide und Antiphlogistika, die bei Schmerzen, die durch eine Entzündungsreaktion auftreten, schmerzhemmend wirken.

Bei den zentral wirksamen, bei Morphium zum Beispiel, hat man durchaus beobachtet, dass Frauen eine höhere Dosierung brauchen als Männer. Üblicherweise wird auf Kilogramm Körpergewicht dosiert und da ist es durchaus so, dass, wenn man sich auf eine Studie bezieht, bei der androzentristisch – also mit einer männlichen Norm – gemessen wird, Frauen zu wenig an Schmerzmittel bekommen.

Untersuchungen haben ergeben, dass Frauen eine höhere Dichte an jenen Rezeptoren haben, an denen Opioide andocken.

Klingt also nicht ganz unlogisch, wenn man sagt: Es sind mehr Rezeptoren da, also braucht man auch mehr Arzneistoffmoleküle damit eine Schmerzhemmung eintritt.



**Sophie Spitzlinger**

Humanmedizin, 3. Semester

Referat für Queer, Frauen und Gleichstellung & Health for Future Graz

„I have learned that you are never too small to make a difference“ -

Greta Thunberg

# Gendermedizin – Chance auf eine geschlechtsspezifisch optimierte Gesundheitsversorgung

*In den letzten 20 Jahren konnte sich ein neues Fachgebiet in der Medizinforschung entwickeln: Die Gendermedizin. Doch was ist das eigentlich?*

In der Gendermedizin sollen bisherige Krankheitsbilder und Arztherapien auf mögliche Unterschiede bezüglich Prävention, Symptome, Diagnostik und Pharmakokinetik der Medikamente zwischen Männern und Frauen untersucht werden. Ein wesentlicher Meilenstein dafür war 1993 die Änderung der Leitlinie der National Institutes of Health (NIH), sodass auch Frauen an klinischen Studien teilnehmen durften. Zusätzlich sollten drei spezifische pharmakokinetische Aspekte berücksichtigt werden:

1. Die Auswirkung der Stadien des Menstruationszyklus
2. Die Auswirkung der exogenen Hormontherapie einschließlich oraler Kontrazeptiva
3. Die Auswirkung des Arzneimittels oder Biologikums auf die Pharmakokinetik oraler Kontrazeptiva

Warum eine geschlechterorientierte Behandlung so wichtig ist, zeigen folgende Beispiele.

## Der Herzinfarkt

Er gehört auch bei Frauen zu den häufigsten Todesursachen. Mittlerweile haben Studien gezeigt, dass Frauen in der Gesamtzahl der Herzinfarkte aufholen – 60% männlich und 40% weiblich. Im Unterschied zu Männern erkranken Frauen statistisch gesehen ca. zehn Jahre später (ca. 10 Jahre nach der Menopause). Ein Grund dafür liegt darin, dass Frauen vor den Wechseljahren von einem schützenden Effekt der Östrogene profitieren. Sie beeinflussen Entzündungsreaktionen, die Blutgerinnung und wirken vasodilatierend auf die Blutgefäße. So können sie vor der Bildung von arteriosklerotischen Ablagerungen in den Gefäßen schützen und eine KHK verhindern. Nach den Wechseljahren lässt die Konzentration der Östrogene nach und das Risiko für einen Herzinfarkt bei Frauen steigt rasch.

Auch die beiden Risikofaktoren Rauchen und Diabetes mellitus Typ 2 spielen bei Frauen eine viel größere Rolle als bei

Männern. So hebt Zigarettenrauch die protektive Wirkung von Östrogenen teilweise durch die vermehrte Bildung von inaktiven Östrogenmetaboliten auf. Bei Diabetes mellitus Typ 2 wird NO-induzierte Vasodilatation verschlechtert. Dieser negative Effekt ist bei Frauen stärker ausgeprägt. Ebenfalls erhöht der veränderte Alltag der Frauen die Wahrscheinlichkeit einen Herzinfarkt zu erleiden. In den meisten Fällen übernehmen weiterhin Frauen die Verantwortung für Kinder und die Pflege der Eltern. Zusätzlich gehen sie einer Erwerbsarbeit nach. Diese Doppelbelastung erhöht das Stresslevel enorm. Ein großes Problem bei der Behandlung des Herzinfarktes bei Frauen besteht darin, dass sie nicht schnell genug selbst bei vorhandenen Symptomen die Notaufnahme aufsuchen. In einer Studie des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung konnte gemeinsam mit dem Helmholtz Zentrum München und der TU München gezeigt werden, dass bei Frauen über 65 Jahre mit Symptomen eines Herzinfarktes im Schnitt über 4,5 Stunden vergehen, bis sie in die Notaufnahme kommen – bei Männern gleichen Alters dauerte es nur 3,5 Stunden.

Des Weiteren können sich die Herzinfarktsymptome insbesondere bei älteren Frauen weniger charakteristisch äußern. Stehen bei Männern vor allem linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm und Hals im Vordergrund, so dominieren bei Frauen Druck- und Engegefühl in der Brust, häufig verbunden mit Rückenschmerzen, Schweißausbrüchen, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Oberbauch oder unerklärlicher Müdigkeit. Viele dieser Beschwerden führen dazu, dass Frauen zuerst an eine harmlose Magenverstimmung denken.

Auch Ärzt\*innen sind vor einer Fehldiagnose nicht sicher, wenn sie aufgrund der untypischen Beschwerden nicht an eine Herzerkrankung denken. Forscher\*innen der Harvard Business School kamen in einer Studie zu folgendem Ergebnis: Die Wahrscheinlichkeit, an einem Herzinfarkt zu ster-

ben, ist bei Frauen höher, wenn sie von jüngeren männlichen Ärzten behandelt werden und nicht von Ärztinnen oder älteren männlichen Ärzten, mit mehr Erfahrung. Die Behandlung des Herzinfarktes, also die Auswahl der Medikamente und ihre Dosierung, unterscheidet sich bisher nicht zwischen Männern und Frauen. Allerdings gilt auch hier, dass Frauen in großen klinischen Studien häufig unterrepräsentiert sind: Nur ca. 25% der Studienteilnehmer\*innen sind weiblich!

## Infektionserkrankungen

In verschiedenen Studien ist immer deutlicher geworden, dass das biologische Geschlecht die Immunantwort des Wirts beeinflusst. Auf der Ebene der Genexpression bestehen signifikante Unterschiede bei Mäusen zwischen männlicher und weiblicher Leber, dem Fett-, Muskel- und Hirngewebe. Beim Menschen, wie auch in Tierexperimenten, war beim männlichen Geschlecht im Allgemeinen eine größere Anfälligkeit, Prävalenz und Schwere der Infektion bei einer Vielzahl von viralen, bakteriellen, parasitären und fungalen Infektionen im Vergleich zu Frauen zu sehen. Eine mögliche Erklärung dafür sind die Sexualhormone Östrogen, Progesteron und Testosteron. Sie sind wichtig für die Entwicklung und Aktivität

des Immunsystems. Während Östrogen einen stimulierenden Einfluss hat, wirken Progesteron und Testosteron immunsuppressiv. Dies soll anhand der Harnwegsinfektion (HWI) veranschaulicht werden.

Höheres Harnwegsinfektionsrisiko durch Östrogenmangel  
Frauen haben eine erhöhte Anfälligkeit und Prävalenz für HWIs während Männer hingegen einen erhöhten Schweregrad erfahren. Die HWI Inzidenz bei männlichen Säuglingen ist fast doppelt so hoch wie bei den weiblichen. Im Gegensatz dazu ist die Inzidenz bei geriatrischen männlichen und weiblichen Patienten (<65 Jahre) mit (14% bei Frauen vs. 11% bei Männern) in etwa gleich. Der Geschlechtsunterschied bei Harnwegsinfektionen ist am ausgeprägtesten bei den nicht geriatrischen Erwachsenen. Als Ursache für die geringere Anzahl an Harnwegsinfekten bei Männern werden die anatomischen Gegebenheiten insbesondere die längere Harnröhre genannt. Doch nun werden auch hormonelle Schwankungen im Laufe des Lebens zwischen beiden Geschlechtern diskutiert. In einem Mausversuch konnte gezeigt werden, dass ein Östrogenmangel, herbeigeführt durch eine Ovariectomie, zu einer höheren bakteriellen Belastung nach einer E.-coli-Infektion führt im Vergleich zu Mäusen mit intakten Ovarien.

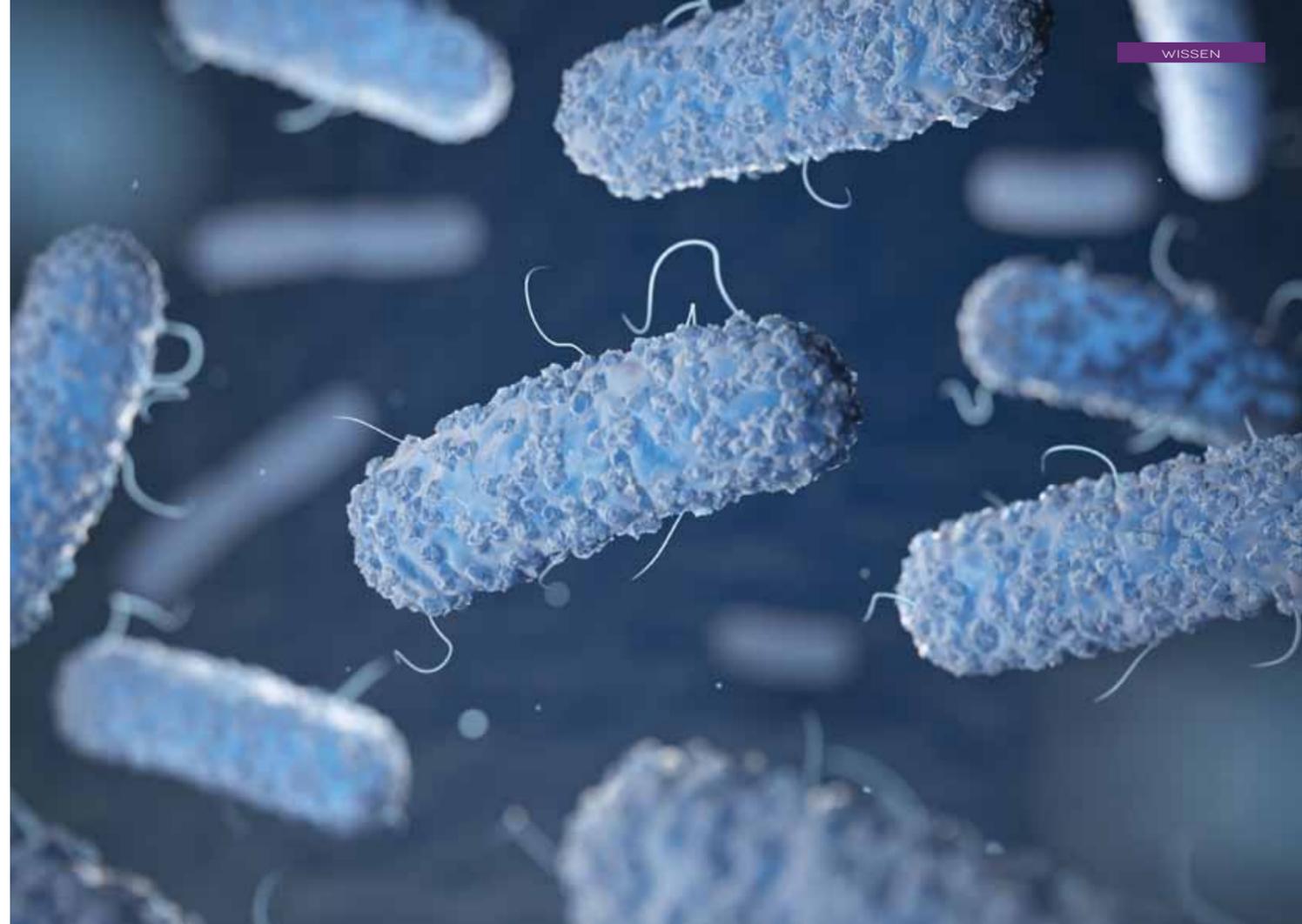
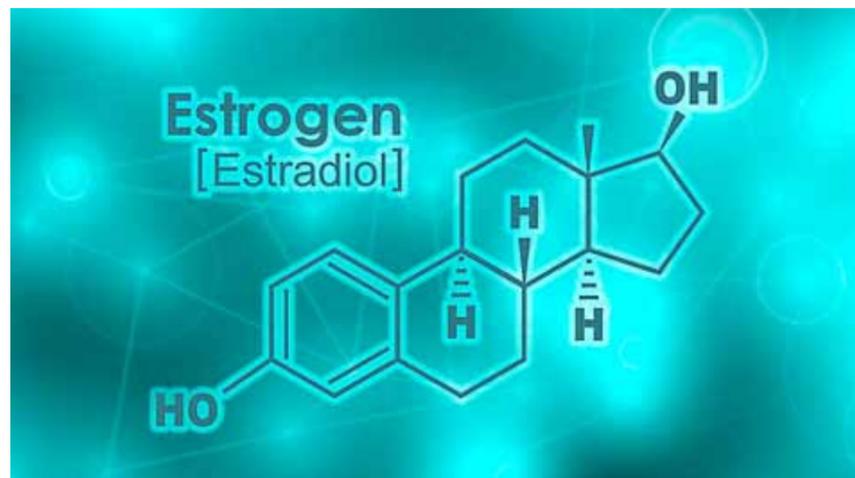


Bild: Maksym Kemyshov / iStock



Die Wahrscheinlichkeit, an einem Herzinfarkt zu sterben, ist bei Frauen höher, wenn sie von jüngeren männlichen Ärzten behandelt werden und nicht von Ärztinnen oder älteren männlichen Ärzten mit mehr Erfahrung.

Eine Östrogensupplementierung verstärkte die Expression des antimikrobiellen Gens human  $\beta$ -defensin 3, das die Barrierefunktion in der Blase positiv beeinflusst und somit zum Schutz vor Infektionen beiträgt. In einer Doppelblind-Studie konnte gezeigt werden, dass die topische Östrogen-Anwendung die Inzidenz von wiederkehrenden Harnwegsinfekten bei postmenopausalen Frauen durch eine vermehrte Laktobacilli Kolonisation und dadurch verringerten vaginalen pH-Wert reduzierte. Zusammenfassend deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass Östrogen eine schützende Rolle gegen Harnwegsinfektionen besitzt und sein Mangel Frauen anfälliger für Infektionen macht.

### Östrogene schützen vor Covid

Die momentan wohl bekannteste Infektionserkrankung ist COVID-19. Bei dieser Infektion sind beide Geschlechter betroffen, aber sie geht mit einer höheren Sterblichkeit für Männer als für Frauen einher. Anhand eines Mausmodells wurde die SARS-CoV Infektion nachgeahmt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Sterblichkeitsrate bei männlichen Mäusen 90% und bei weiblichen Mäusen 20% beträgt. Als Ursache diskutierten die Autoren den schützenden Effekt von Östrogenen bei den weiblichen Mäusen, die mit SARS-CoV infiziert waren. Als weiteren Aspekt fanden sie heraus, dass nichtschwängere Mäuse, die mit E2 (Östrogen) behandelt wurden, eine Reduktion der Genexpression von ACE2 in den

Lungen bewirkte. Hingegen ist bei postmenopausalen Frauen mit einem schweren Verlauf der Erkrankung zu rechnen, da die protektive Wirkung von Östrogen und Progesteron wegfällt. Mit dieser Erkenntnis könnten Östrogene als mögliche Medikamente verwendet werden. Für den therapeutischen Einsatz würden aber noch weitergehende Studien fehlen. Hierfür wären PatientInnen interessant, die orale Kontrazeptiva einnehmen oder eine Hormonersatztherapie erhalten und aufgrund einer COVID-19 Erkrankung behandelt wurden.

Eine geschlechterorientierte Behandlung ist wichtig, denn eine Frau ist eben nicht ein kleiner Mann, bei dem zum Beispiel eine Dosisreduktion bei den Medikamenten reicht. Frauen sind Menschen mit komplexen hormonellen Regelkreisen, deren Behandlung eigenständig und unabhängig von Männern erfolgen muss. Dabei sind Synergieeffekte nicht ausgeschlossen, sondern sogar gewollt und dienen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu einer besseren Behandlung von Krankheiten.



**Johanna-Katharina Schiffelholz**  
Ärztin

Bild: Egey Gönör / 123rf

Bilder: Frauengesundheitszentrum

# Frauengesundheit im Zentrum

*Beraten, begleiten, bewegen ist Motto und Programm des Frauengesundheitszentrums. Wobei bewegen durchaus doppelsinnig gemeint ist.*

Denn neben der direkten Arbeit mit Frauen\* und Mädchen\* setzt sich das Frauengesundheitszentrum auch für Qualität im Gesundheitswesen und mehr frauengesundes Wissen ein, unter anderem durch Fortbildungen für (angehende) Expert\*innen aus dem Gesundheitsbereich. Studierende können die Fachbibliothek nutzen und erhalten Informationen und Anregungen für Arbeiten. Das Frauengesundheitszentrum bietet außerdem Praktika.

Frauen\* und Mädchen\* unterstützt das Frauengesundheitszentrum durch Beratungen zu Brust- und Gebärmuttergesundheit, Verhütung, Menstruation, Schwangerschaft und Geburt, Sexualität und mehr, durch Psychotherapie, Bewegungsangebote, Schulworkshops und Selbstmanagementkurse für das Leben mit chronischen Erkrankungen. Denn Gesundheit hat ein Geschlecht. Frauen\* und Männer\* haben unterschiedlich große Chancen auf ein gesundes Leben.

Die 14 Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums arbeiten auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung und Erfahrung aus der täglichen Praxis. Auch durch Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und mit Projekten ist der unabhängige gemeinnützige Verein aktiv. Seit seiner Gründung durch Ärztinnen und Studentinnen 1993 ist er speziell für Mädchen\* und Frauen\* da und vertritt ihre Gesundheitsinteressen.

Die Wurzeln liegen in der Frauengesundheitsbewegung, die sich in den 1960er-Jahren gemeinsam mit der Frauen- und der Bürgerrechtsbewegung entwickelte. Selbstbestimmung über den eigenen Körper („Mein Bauch gehört mir!“) und die Beteiligung an Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen („Mit mir, nicht über mich!“), waren von Anfang an wichtige Themen – sie sind Frauengesundheitszentren quasi in die DNA geschrieben: Wissenschaftlich fundierte und verständliche Information zu Medikamenten und Verfahren in Gesundheitsförderung, Früherkennung und Thera-

pie haben Frauengesundheitszentren bereits gefordert, lange bevor der Begriff Gesundheitskompetenz in Mode kam. Es waren Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung, die 1970 bei einer Anhörung im US-amerikanischen Kongress protestierten, um auf die Gefahren der Anti-Baby-Pille hin-

zuweisen. (Die Hormonmenge war damals zehnmals höher als nötig! Das wusste aber kaum jemand.) Sie erreichten, dass alle Pillen-Packungen einen Beipackzettel enthalten müssen. Heute kommen uns solche Verbraucher\*inneninformationen völlig selbstverständlich vor.

Viele Themen der Anfangszeit sind immer noch aktuell: Selbstbestimmung über den eigenen Körper, Gewalt gegen Frauen, Medikalisierung von Lebensphasen von Frauen\* wie Pubertät, Schwangerschaft und Wechseljahre oder der Einsatz für eine frauengerechte Geburtshilfe. Weitere sind dazugekommen oder stärker geworden, etwa gesundheitsschädigende

Mehrfachbelastung, Pränataldiagnostik und Körperrnormen, Schönheitsideale, Essprobleme.

Heute ist die Bedeutung von Frauengesundheitsforschung ebenso unumstritten wie der Umstand, dass Gendermedizin mehr ist als das Wissen um unterschiedliche Herzinfarkt-Symptome bei Männern\* und Frauen\*. Die Evidenz wächst ständig und wird gelehrt. Dies hat zu zahlreichen nationalen und internationalen Empfehlungen und Vorgaben geführt. Wie sehr das alles tatsächlich gelebt wird und im medizinischen Alltag ankommt, wird von der neuen Generation von Ärztinnen und Ärzten abhängen.



### Kontakt:

Frauengesundheitszentrum  
Joanneumring 3, 8010 Graz  
0316 837998  
frauen.gesundheit@fgz.co.at  
www.frauengesundheitszentrum.eu



**Felice Gallé**  
Frauengesundheitszentrum Graz

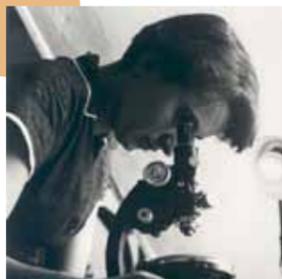
# Vier Pionierinnen, die

*Bis heute werden Frauen in der Wissenschaft eher in die Rolle von Assistentinnen gedrängt und ihre wissenschaftlichen Erfolge ihren männlichen Kollegen zugerechnet. Dabei leisten sie schon seit Jahrhunderten ebenso wichtige Beiträge, die häufig übersehen werden.*

Die systematische Diskriminierung von Frauen in der Wissenschaft hat einen Namen: der Matilda-Effekt. Er beschreibt, dass Erfolge von Forscherinnen oft weniger wahrgenommen oder Männern zugeschrieben werden, besonders, wenn Ehepaare gemeinsam forschen. Dieser Effekt kann bis ins 11. Jahrhundert zurückverfolgt werden, wo die medizinischen Schriften der Ärztin Trota von Salerno bald nur noch unter dem Namen ihres Mannes veröffentlicht wurden. Vorhang auf für Rosalind Franklin, Rebecca Lee Crumpler, June Almeida und Özlem Türeci – vier Pionierinnen der Medizin und Biologie.

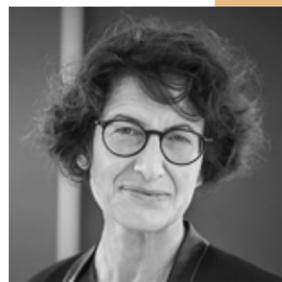
Weitere Informationen über Pionierinnen der Wissenschaft gibt es auf dem Instagram-Account „thesciencyfeminist“ oder in den Büchern „Women in Science. 50 Fearless Pioneers Who Changed the World“ von Rachel Ignatofsky und „Heilende Frauen - Ärztinnen, Apothekerinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Pionierinnen der Naturheilkunde“ von Annette Kerckhoff.

Die Entdeckung der Doppelstrangstruktur der DNA gehört zu den wichtigsten der Biologie im 20. Jahrhundert. Maßgeblich daran beteiligt war Rosalind Franklin, eine britische Molekularbiologin und Kristallographin, die 1950 als Expertin ans Londoner King's College geholt wurde, um eine DNA-Probe mittels Röntgenstrukturanalyse zu untersuchen. Dort wurde sie vom Leiter des Labors allerdings zuerst nur als Assistentin wahrgenommen. Franklin gelang es dennoch 1953 mithilfe ihrer berühmten „Photo 51“ die Existenz der Doppelhelix zu belegen. Ein interner Bericht über ihre Erkenntnisse gelangte in die Hände der beiden Forscher James Watson und Francis Crick, die damit ihr Modell vervollständigen konnten. Franklins Forschung wurde später nur als Beleg für Watson und Crick, nicht als dessen Inspiration angesehen. Jahre später erhielten Watson und Crick den Nobelpreis für die Entdeckung der DNA-Struktur, erwähnten Franklin aber nicht. In seinem Buch „The Double Helix“ nennt Watson Franklin nur „Rosy“ und beschreibt sie als unattraktiv, uncharmant und als „fool“. Von diesem Unrecht bekam Franklin, die im Alter von nur 37 Jahren an Eierstockkrebs verstarb, allerdings nichts mehr mit. In ihren letzten Lebensjahren leistete sie noch wichtige Beiträge zur Virusforschung.



**Rosalind Franklin  
(1920-1958)**  
Entdeckerin der DNA-Doppelhelix

Mit der Entwicklung eines Covid-Impfstoffes ist Özlem Türeci an der wohl wichtigsten medizinischen Innovation des Jahres 2020 beteiligt. Gemeinsam mit ihrem Mann Uğur Şahin und dem Österreicher Christoph Huber gründete sie das Unternehmen BioNTech und leitet dessen klinische Entwicklung. BioNTech ist auf Immuntherapien gegen Krebs spezialisiert, fokussiert seit Jänner 2020 aber auf die Entwicklung eines Covid-Impfstoffs. Ihr RNA-Impfstoff BNT162b2 wurde Ende des Jahres unter anderem von der EU, den USA und Großbritannien zugelassen und ist ein Meilenstein in der Pandemiebekämpfung. Türeci begleitete schon als Kind ihren Vater, einen Chirurgen, häufig in die Klinik und wählte ihre Karriere, um Menschen zu helfen. Sie entschied sich für die Gründung eines Unternehmens, um sicherzustellen, dass die Wissenschaft bei den Patient\*innen ankommt und innovative Therapieformen schneller verfügbar sind. Als Pionierin der Krebsimmuntherapie wird sie auch zukünftig dafür kämpfen.



**Özlem Türeci (\*1967)**  
Entwicklerin des Covid-Impfstoffes

# wir alle kennen sollten

June Almeidas Werdegang liest sich anders, als man von der Entdeckerin der Coronaviren vielleicht erwarten würde. Bereits mit 16 Jahren begann sie als Arbeiter\*innenkind eine Ausbildung zur Labortechnikerin, ihr Uniabschluss folgte erst Jahre nach ihren größten Entdeckungen. Almeida wurde im Labor zur Spezialistin am Elektronenmikroskop und erstellte beispielsweise das erste Bild eines Rötelvirus oder wies nach, dass das Hepatitis-B-Virus aus zwei Komponenten besteht. Als Pionierin ihrer Technik wurde sie in den 1980er-Jahren sogar aus dem Ruhestand zurückgeholt, um das HI-Virus zu visualisieren. Bekanntheit erlangt aktuell aber vor allem ihre Entdeckung der ersten Coronaviren im Jahr 1964, die für eine neuartige Atemwegsinfektion verantwortlich waren. Almeidas Entdeckung wurde anfangs eher belächelt und von Gutachtern bloß für schlecht aufgelöste Bilder von Grippeviren gehalten. Erst einige Jahre später wurden ihre Aufnahmen in einem Artikel veröffentlicht, den sie gemeinsam mit männlichen Kollegen verfasste. Die Relevanz von Almeidas Entdeckung der Coronaviren ist der Medizin wohl erst im Pandemiejahr 2020 klar geworden. Almeidas Technik am Elektronenmikroskop ist heute noch aktuell und wurde auch für Aufnahmen des aktuellen Coronavirus SARS-CoV-2 verwendet.



**June Almeida  
(1930-2007)**  
Entdeckerin des Coronavirus



**Rebecca Lee Crumpler  
(1831-1895)**  
Erste afroamerikanische  
Doktorin der Medizin  
in den USA

Rebecca Lee Crumpler musste in ihrem Leben nicht nur gegen das Vorurteil, dass Frauen nicht für den Arzt\*innenberuf geeignet wären kämpfen, sondern auch gegen die Diskriminierung von People of Color. Nach ihrer Ausbildung zur Krankenpflegerin studierte sie ab 1860 am New England Female Medical College, das zunächst von männlichen Ärzten verspottet wurde, da Frauen die medizinische Ausbildung nicht zugetraut wurde. Zu diesem Zeitpunkt gab es in den USA insgesamt über 54.000 Arzt\*innen, aber nur 300 davon waren weiblich und keine einzige davon Schwarz. 1864 schloss Crumpler das Studium der Medizin ab und war somit die erste und lange Zeit auch die einzige afroamerikanische Frau, die dieses Studium absolvierte. Sie widmete sich nach ihrem Studium der Behandlung von über 30.000 befreiten Sklav\*innen sowie vielen armen Menschen und People of Color in ihrer Nachbarschaft – unabhängig davon, ob sie sich die Behandlung leisten konnten oder nicht – und inspirierte dadurch viele Afroamerikaner\*innen zu einer medizinischen Ausbildung.

(Anmerkung: Wir schreiben Schwarz als politische Selbstbezeichnung Schwarzer Menschen groß.)



**Nadine Linschinger**  
Master Lehramt und Bachelor Anglistik/Amerikanistik  
„Machtverhältnisse sind weder geschichtslos noch geschlechtsneutral.“ (Johanna Dohnal)



**Melanie Linschinger**  
Bachelor Kunstgeschichte und Lehramt  
„Be the CEO your parents wanted you to marry.“

# Oktavia, die Erste

*Sie war die erste gebürtige Grazerin mit Matura, die erste Sekundarärztin in Österreich, die erste Frau, die in Graz eine ärztliche Praxis eröffnete und die erste Schulärztin in Graz.*

Warum ihr Vorname nun Oktavia lautet, was u. a. „die Achte“ bedeutet, das sei dahingestellt und ist wohl auch nicht wichtig. Die Rede ist von Oktavia Aigner-Rollett (1877-1959), deren Leben eine wichtige Rolle in der Frauen\*geschichte von Graz spielt.

Als Oktavia Aigner-Rollett geboren wurde, war es Frauen nicht möglich, zu studieren oder eine Matura zu absolvieren, Frauen wurden intellektuelle Fähigkeiten abgesprochen. Als sie dieses Argument mehrfach widerlegen konnten, wurde ein anderes an den Haaren herbeigezogen, demnach es Frauen nicht zumutbar wäre, sich um Karriere und Haushalt inklusive Kinder zu kümmern. Von Entscheidungsfreiheit war nicht die Rede. Nur langsam änderten sich die Voraussetzungen für Frauen. Als es zur Jahrhundertwende schließ-

Hier konnte sie jedoch nur als unbezahlte Hilfsärztin tätig sein: Die steirische Landesregierung verhinderte mit einem Verbot zur Anstellung weiblicher Sekundarärzte eine bezahlte Stelle. Bald wechselte sie deshalb in das privat geführte Anna-Kinderspital, das von diesem Verbot unabhängig agieren und sie in der chirurgischen Abteilung als Sekundarärztin – die erste in Österreich – anstellen konnte. 1907 konnte sie schließlich in der Humboldtstraße ihre Praxis eröffnen und sie blieb mehr als zehn Jahre lang die einzige Frau als praktische Ärztin in Graz.

Die erklärte Pazifistin, die bis 1952 praktizierte, gilt als wichtiger Teil der Grazer Frauen\*geschichte. Ihr frühes Interesse an der Frauenbewegung und ihr Einsatz für Frauenrechte müssen an dieser Stelle erwähnt werden. Heute kann dieses Engagement vermutlich in manchen Bereichen als überholt angesehen werden und war wohl hauptsächlich bürgerlich-akademisch geprägt. Sie gilt trotzdem als eine Frau, die eine Lanze für Gleichberechtigung gebrochen und die schon früh ihre Stimme gegen stereotype Ungerechtigkeiten und Machismen erhoben hat. Eine ihrer mehrfach in Quellen zitierten Aussagen veranschaulicht dies: „Eine gescheite Frau ist ein Dorn im Auge vieler dummer Männer“, wobei sie oft darauf hinwies, dass sie sich damit nicht nur auf sich selbst und auf gar keinen Fall auf ihren Mann, den Anatomen Walter Aigner, beziehe.

## Bling-Bling: Ehrengold für Aigner-Rollett

Die Grazer Künstlerin Barbara Edlinger hat Aigner-Rollett 1997 ein zweiteiliges Ehrenmal im öffentlichen Raum der Stadt Graz geschaffen: „Ehrenring, Denkmal für Oktavia Aigner-Rollett“. Zwei blattvergoldete Halbringe, je einer vor der Vorklinik und dem Paulustor markieren Orte, an denen die Ärztin tätig war und ergeben zusammengesetzt einen Ehrenring, wie ihn Bürger\*innen von Städten für ehrenvolle Verdienste erhalten. Diese skulpturalen Halbringe nehmen jedoch eine viel größere Dimension ein als ein gewöhnlicher Ring: Die Durchmesser entsprechen der Körpergröße Aigner-Rolletts. Und auch die Neigung der Ringe zum Boden hat eine symbolische Bedeutung: Die Winkel entsprechen den Sonneneinfallswinkeln während ihrer Geburts- und ihrer Sterbestunde. Auf je einer der Schnittflächen der Ringe ist



*Einer der Halbringe vor dem Paulustor – hier befand sich bis 1912 das Allgemeine Krankenhaus, aus dem später das LKH-Univ. Klinikum hervorging.*



*Eingezwängt zwischen funktionaler Architektur und leicht zu übersehen – die Art und Weise, wie der zweite Teil der Skulptur bei der Vorklinik aufgestellt wurde, entspricht leider nicht dem Konzept.*

## Sie blieb mehr als zehn Jahre lang die einzige Frau als praktische Ärztin in Graz.

lich (unter besonderen Umständen) möglich war, ergriff die 23-jährige Oktavia, geborene Rollett, die Chance, bereitete sich im Eigenstudium vor und legte 1900 als Externistin ihre Reifeprüfung ab. Zu diesem Zeitpunkt öffnete sich auch die Grazer Karl-Franzens-Universität für Frauen, jedoch nur in bestimmten Fachrichtungen – das Studium der Humanmedizin (damals noch Teil der Karl-Franzens-Universität) sollte noch ein weiteres Jahr unzugänglich für weibliche Studierende sein. Als diese Beschränkung fiel, inskribierte sie sich und promovierte 1905 als zweite Frau zur Doktorin der gesamten Heilkunst – kurz vor ihr war der Wienerin Maria Schuhmeister erstmals dieser Titel in Graz verliehen worden. Aigner-Rolletts Bestreben, einen zweiten Dokortitel zu erlangen, wurde verhindert, indem die zuständigen Professoren sich weigerten, ihre Dissertation anzunehmen.

Ungeachtet dessen leistete sie nach ihrem Studium weiter Pionierinnenarbeit: Sie war die erste Frau, die in Graz eine ärztliche Praxis anmeldete, die erste Frau als Mitglied der Steiermärkischen Ärztekammer, die erste Ärztin im Allgemeinen Krankenhaus Graz, das sich damals beim Paulustor befand.

auch ein kleiner Monitor eingebaut, in dem regelmäßig biografische Daten Aigner-Rolletts sichtbar sein sollten, außerdem sollte der Monitor für verschiedene Frauen\*-Einrichtungen in Graz als Informationsplattform dienen. Leider scheint dieses technische Element des Kunstwerks heute nicht mehr einwandfrei zu funktionieren, vermutlich liegt dies an dem großen Wartungsaufwand, den solche Installationen im Freien mit sich ziehen.

Das Ehrenmal ist Teil eines 1993 gestarteten Projekts, das auf Initiative von Grete Schurz, der ersten Frauenbeauftragten Österreichs, zustande kam. Ziel war es die „Steirische Ehrengalerie“ um zwei Frauendenkmäler zu erweitern, berühmte Steirerinnen im öffentlichen Raum sichtbar zu machen sowie die Tatsache, dass in der Ehrengalerie im zweiten Burghof der Grazer Burg ausschließlich Männerbüsten zu sehen waren.

## Traurig, aber wahr

In vielen Quellen, die bei der Recherche zu Oktavia Aigner-Rollett zu finden sind, darunter auch auf der offiziellen Homepage der Stadt Graz, wird im ersten Satz ausschließlich darauf hingewiesen, dass sie die Tochter des Physiologen

Alexander Rolletts ist. Also scheint in erster Linie wichtig zu sein, dass diese Frau die Tochter eines berühmten Mannes war und dabei werden gleichzeitig ihre eigenen Leistungen vernachlässigt – der Name ihrer Mutter Rosa ist nur schwer herauszufinden. In diesem Artikel wird Alexander Rollett jedoch nicht ins Rampenlicht gerückt und das aus mehreren Gründen: Einer davon ist die Tatsache, dass er eigentlich gegen das Medizinstudium seiner Tochter war.

Ein anderer Grund ist seine deutsch-nationale Gesinnung, die auch in antisemitischen Äußerungen ihren Ausdruck fand. So stark, dass eine Kommission von Historiker\*innen 2017 befand, der nach ihm benannte Alexander-Rollett-Weg sollte einen anderen Namen erhalten. Der Weg reiht sich somit in eine lange Liste von Straßennamen in Graz, die Personen ehren, denen diese Ehre aufgrund verschiedenster untragbarer Tätigkeiten und ideologischer Einstellungen nicht gebührt.



**Anna Kohlmaier-Kohlhauser**  
Kunsthistorikerin und Kulturanthropologin  
Humanmedizin, 1. Semester

# Gleichberechtigung an der Med Uni Graz

*An der Med Uni Graz ist man stark bemüht, mehr Frauen aus dem Schatten der Männer hervortreten zu lassen*

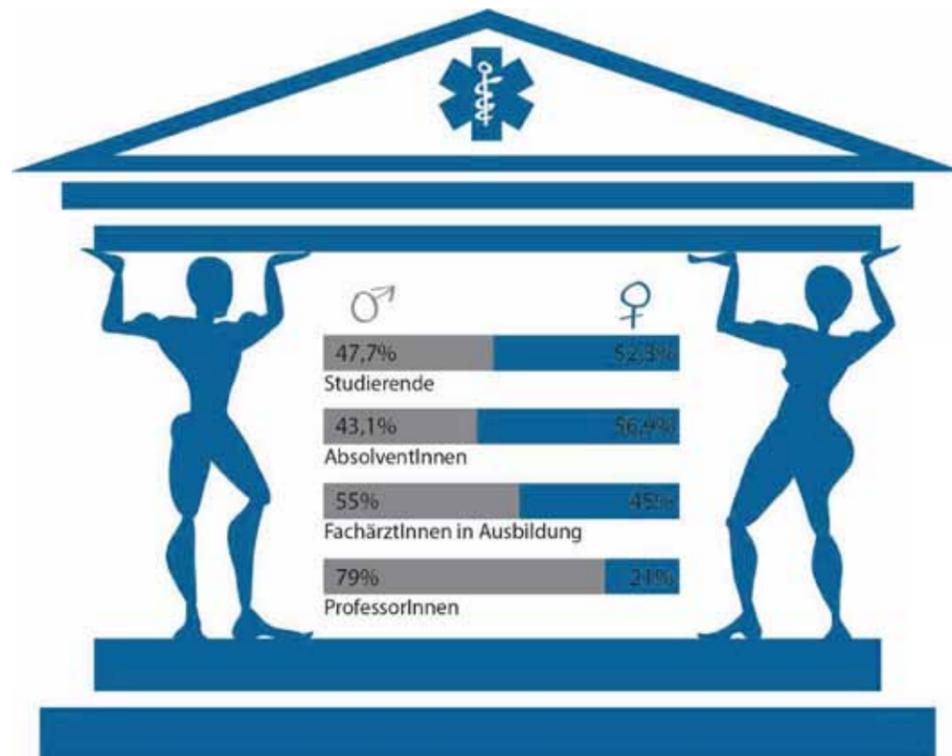
Die Frau, die den Patienten\*innen liebevoll ihre Tabletten einflößt und ihre Temperatur misst und der Mann, der erscheint, heldenhaft eine Operation vollführt, wieder verschwindet und den Rest der Frau überlässt, weil er noch weitere Heldentaten zu vollbringen hat. Dieses Klischeebild gehört ins Jenseits verbannt, da ist man sich einig. An der Med Uni Graz ist man stark bemüht, mehr Frauen aus dem Schatten der Männer hervortreten zu lassen, doch die Statistiken zeigen, dass hier noch viel Arbeit erforderlich ist.

Maxi ist dabei, eine Sachertorte zu backen, doch als er ins Backrohr sieht, ist sie komplett verkohlt. Wie fühlt sich Maxi in dieser Situation? a) er ist nervös, b) er ist wütend, c) er ist... wer erinnert sich noch daran? Emotionen erkennen, das Highlight des MedAT seit 2017, ursprünglich eingeführt, um den Frauenanteil zu erhöhen. Bei mir ging der Schuss damals eher nach hinten los. Mit zwei Punkten von zehn sagte mir

das MedAT-Ergebnis schließlich schwarz auf weiß, ich wäre eine soziale Null. Ob man mit einem solchen Test tatsächlich Menschen mit besserem Einfühlungsvermögen und stärkerer Empathie herausfiltern kann und damit Frauen einen Vorteil gibt, darüber lässt es sich streiten. Fakt ist jedoch, dass es heute wesentlich mehr Frauen ins Medizinstudium schaffen als einst über den Eignungstest für das Medizinstudium (EMS), den einige österreichischen Universitäten vor nicht allzu langer Zeit noch anwendeten. Man ist also sichtlich um einen gleichberechtigten Zugang bemüht.

Der Frauenanteil liegt bei den Studierenden in Graz derzeit bei über 52 Prozent (Stand 2019) und ist österreichweit sogar noch wesentlich höher. Mit ihrem alle zwei Jahre erscheinenden Bericht „Blickpunkt Gender“ verfolgt die Med Uni Graz diese Entwicklung aufmerksam. Was im Kontrast zu den vielen Studienstarterinnen in dieser Statistik allerdings so richtig heraussticht, ist der ausgesprochen hohe Männeranteil unter den Professor\*innen. Beinahe erreichen die Herren hier die 80 Prozent-Marke. Wie kann man sich das erklären? Warum treten jährlich wesentlich mehr Frauen als Männer das Medizinstudium an, zur Professorin bringen es aber nur spärliche 21 Prozent? Hier kann von Gleichstellung kaum die Rede sein. Auch in den Führungspositionen von Kliniken und der medizinischen Forschung dominieren nach wie vor die Männer. Einen Mangel an kompetenten Frauen gibt es aber offensichtlich nicht.

von Tereza Krizmanich



Statistik der Med Uni Graz 2019, Quelle: Blickpunkt Gender 2019

Illustration: Tereza Krizmanich

# Am richtigen Weg, aber noch lange nicht am Ziel

*Interview mit Dr.<sup>in</sup> med. univ. Katharina Artinger*

Überaus positive Erfahrungen als Frau an der Med Uni Graz hat Dr.<sup>in</sup> med. univ. Katharina Artinger, PhD, gemacht. Wir haben sie zu einem Interview eingeladen.

*Frau Dr.<sup>in</sup> med. univ. Katharina Artinger, Sie haben es in Ihrer Karriere bereits weit gebracht. Worauf mussten Sie im Leben verzichten, um das zu erreichen?*

Ich bin neben meiner klinischen Tätigkeit auch in der nephrologischen Grundlagenforschung tätig. Für die Laborarbeit muss man viel Zeit einrechnen, und die kann häufig leider erst nach dem klinischen Routinebetrieb aufgebracht werden, also nach 16:00 Uhr. In erster Linie ist es sicher Freizeit, auf die ich verzichten musste.

*Welchen Herausforderungen muss man sich in Ihrem Bereich speziell als Frau stellen?*

Die Arbeit in Klinik und Forschung stellt per se eine doppelte Herausforderung dar. An der MUG gibt es viele Frauen, die tolle Klinikerinnen sind und außerdem ausgezeichnete Forschung betreiben. Viele haben Familie und schaffen es dennoch, Arbeit und Privatleben unter einen Hut zu bringen.

*Hat sich am Klinikum Graz im Laufe Ihrer Karriere für Frauen etwas getan?*

Die MUG gibt sich Mühe Frauen zu fördern und bietet diesbezüglich auch Programme an. Ich selbst habe z. B. das



**Dr.<sup>in</sup> med. univ. Katharina Artinger, PhD**

ist Assistenzärztin an der klinischen Abteilung für Nephrologie in der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz.

Mobilitätsstipendium für Frauen der MUG erhalten, als ich während meines PhD Studiums einen Forschungsaufenthalt in England verbracht habe. Es gibt auch bereits seit einigen Jahren ein berufslaufbahnorientiertes Karriereprogramm für Wissenschaftlerinnen der Grazer Universitäten. Das Programm ist wirklich toll, man trifft dort auch sehr interessante Frauen aus anderen Berufsgruppen, die eine wissenschaftliche Karriere anstreben.

*Finden Sie, dass auf die Bedürfnisse von Frauen bzw. auf die Verpflichtungen, die meistens vermehrt an der Frau hängenbleiben, wie z. B. Kinderbetreuung, in Ihrem Beruf ausreichend Rücksicht genommen wird?*

Das Grundverständnis hat sich in den letzten Jahren sicher verändert. Prinzipiell sind es aber trotzdem in den meisten Fällen Frauen, die ihr Anstellungsverhältnis reduzieren, um für die Familie da sein zu können. Diesbezüglich gibt es sicher Aufholbedarf in unserem Beruf.

*Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären ein Mann, welche Vorteile hätten Sie?*

Die Planung von Auslandszeiten ist als Frau sicherlich schwieriger, da man automatisch eine andere Position in der Familienplanung einnimmt.

*Schildern Sie eine Idee, was man für Frauen, die in der Medizin tätig sind, verbessern könnte, um für mehr Gleichstellung zu sorgen.*

Netzwerkbildung unter Frauen ist sicher ein großer Punkt, der uns zu mehr Gleichstellung verhelfen kann. Aber auch Mentoringprogramme können bei der Karriereplanung helfen.

**Tereza Krizmanich**

5. Semester Zahnmedizin

„Heute schwanger, morgen von der Uni ausgeschlossen.“



# Schwanger mitten im Studium? Pech gehabt!

Ein Kommentar

Wer während des Studiums schwanger wird, ist selber schuld und darf bestimmte Kurse nicht belegen. Alternative Leistungserbringung gibt es keine, obwohl die Med Uni Graz gerne damit wirbt, wie sehr sie sich für ihre Frauen einsetzt.

Ich bin im siebten Monat schwanger und derzeit im fünften Semester Zahnmedizin. Eigentlich sollte ich gerade im Sezierraum stehen und einen Kopf sezieren, doch ich wurde vom Modul ZPM XVI – Kopf-Hals-Sezierkurs ausgeschlossen. Die Fixierlösungen seien potenziell fruchtschädigend, heißt es. Mir wurde auf meine dringende Bitte keine Ersatzleistung geboten, stattdessen wurde ich auf das nächste Jahr vertröstet. In meinem Fall mehr als blöd, da ich ohne dieses Modul den zweiten Studienabschnitt nicht abschließen und damit nächstes Jahr nicht weiterstudieren kann. Und voraussichtlich werde ich nächsten Dezember vor genau demselben Problem stehen: Dann werde ich meinen Zwerg nämlich stillen und darf wieder nicht sezieren. Wenn ich also auf die Empfehlung der Medizin höre und mein Kind zumindest ein volles Jahr von der eigenen Brust füttere, um ihm beste physische und psychische Gesundheit zu ermöglichen, so wie es uns in jedem Kinder-Modul gepre-

digt wird, dann habe ich nun zwei Stehjahre vor mir. Gerade eine medizinische Universität sollte auf so etwas doch Rücksicht nehmen und eine Lösung parat haben. Da kommen uns

## Auch Männer müssen ihren Beitrag leisten, wenn sie als Väter nicht länger nur als Zahlmeister fungieren wollen.

die Professor\*innen ständig mit den neuesten Erkenntnissen über die Muttermilch – genau auf das individuelle Baby zugeschnitten, so essenziell, die Grundlage für das Immunsystem, für den gesunden Körper und die Psyche, der Saft, den man keinem Baby vorenthalten sollte und dann schaffen sie es nicht mal, den eigenen Student\*innen das ausgiebige Stillen ihrer Kinder zu ermöglichen? Das ist Wasser predigen und Wein trinken. Zwar ist es sehr löblich, dass man an der Med Uni spezielle Still- und Wickelräume errichtet hat, aber ich werde in meinen zwei Stehjahren leider nicht nur zum Stillen und Windeln wechseln auf die Uni kommen, auch wenn die Einrichtung sehr schön ist!

Mit dieser Voraussicht – mein Diplom ein Glanzpunkt in weiter Ferne – hoffe ich momentan, es überhaupt noch irgendwann zur Zahnärztin zu schaffen. Und in einem Punkt bin ich mir nun recht sicher: Professorin oder Wissenschaftlerin wird aus mir keine mehr. Wenn mir schon in der Schwangerschaft lauter Steine in den Weg gelegt werden, wie wird es dann erst mit Kindern sein?

### Nicht nur die Kleinen hindern Frauen

Doch man kann sicher nicht alle Schuld allein auf die Kinder und die Familie schieben, um die spärliche Anzahl an Frauen in hohen Positionen der Medizin zu erklären. Auch viele kinderlose Frauen berichten davon, im Vergleich zu Männern immer besonders hart für ihre Karriere kämpfen zu müssen. Behauptungen wie Frauen seien zu wenig selbstbewusst oder zu selbstkritisch, um kompetent genug aufzutreten, machen nach wie vor die Runde. Es scheint, als wäre noch vieles in unseren Köpfen verankert, das es dringend loszuwerden gilt.

Für mehr Gleichstellung in der Medizin muss an der Uni endlich ein Umdenken stattfinden. Solange das nicht erreicht ist, müssen Frauen leider immer noch um einiges härter arbeiten als Männer, um erfolgreich zu werden. Die Situation darf man nicht einfach so hinnehmen – es ist wichtig, für Verbesserung zu kämpfen und zwar nicht nur von Seite der Frauen. Auch Männer müssen ihren Beitrag leisten, wenn sie als Väter nicht länger nur als Zahlmeister fungieren wollen.

### Nur nicht schweigen

Es ist wichtig die Uni auf Missstände hinzuweisen. Sich still in einer Ecke zu ärgern öffnet einer in vielerlei Hinsicht blinden Universität nicht die Augen. Fehler im System wurden vielleicht noch nicht mal erkannt. Es ist ungerecht und ärgerlich, dass es im Endeffekt doch meistens die Frau allein trifft,

## Gerade eine medizinische Universität sollte auf so etwas doch Rücksicht nehmen und eine Lösung parat haben.

die Telefonterror und E-Mail-Bombardierung bei den Zuständigen betreiben muss, damit endlich mal jemand zuhört. Ein erster Schritt von Seiten der Uni wäre es, solche Aufschreie einer\*eines jeden einzelnen ernst zu nehmen, anstatt sich mit einem „wir tun doch eh so viel für unsere Frauen – schaut doch auf unsere tollen Förderangebote“ zu schmücken und die Meldungen zu ignorieren. Denn das ist es genau, worauf es tatsächlich ankommt: Aufmerksam aus dem Fenster sehen, Missstände erkennen und aus dem Weg schaffen. Und nicht glauben, dass alle Probleme gelöst sind, wenn nur das Wort „Gleichberechtigung“ auf der Website erwähnt wird.



**Tereza Krizmanich**

5. Semester Zahnmedizin

„Heute schwanger, morgen von der Uni ausgeschlossen.“

# Ein Schwank über die Herren Doktoren und Schwestern, die keine sind

*Um den Lesefluss zu verbessern, wurde auf das Gendern verzichtet: Männer sind immer mitgemeint. Heute mal verkehrte Welt!*

Jede von uns, die schon mal in einem Krankenhaus tätig war – „gelb Manterl Praktikum“, Famulatur, Module, KPJ – hat sich vielleicht schon mal gewundert, dass lustigerweise vornehmlich Ärztinnen mit dem obligaten Kittel durch die Gegend laufen, wohingegen unsere männlichen Kolleginnen kaum mit etwas anderem als K-Sack oder Polo anzutreffen sind. Habt ihr schon mal überlegt, warum das so sein könnte? Bevor ich mit meinem Humanmedizin-Studium angefangen habe, war ich 12 Jahre lang als Sanitäterin und später auch als EinsatzfahrerIn bei der Rettung – davon 9 Jahre im aktiven Dienst. Stieg ich als Frau in den RTW ein, war ich automatisch die „Schwester, können’S mir bitte beim Angurten helfen?“.

„schenken?“ Das mach ich dann auch, finde es dennoch sehr spannend, warum die Erscheinung einer Frau im medizinischen Sektor, nach wie vor, automatisch die Assoziation einer Krankenschwester hervorruft. Was ich nicht negativ werte, da mir dies schonmal unterstellt wurde. Dies impliziert ja auch andere Berufsgruppen in dem Sektor. MTA, RTA, OP-Assistentinnen und vermeintlich all die anderen Damen im medizinischen Sektor sind „Schwestern“ – von der Raumpflegerin bis zur Primaria. Dem entgegen sind alle, in weiß gekleideten Männer – vom IHT Zivi bis zum Primar – die Herren Doktoren. Lustig eigentlich, wenn man bedenkt, dass am 03.09.1900 die Zulassung der Frauen zum Medizin- und Pharmaziestudium bekanntgegeben wurde und es 1912 bereits 24 praktizierende Ärztinnen in Wien gab. Die „Frau Doktor“ ist also eigentlich kein neues Phänomen mehr und keiner der heute noch Lebenden ist aus einer Zeit, in der Frauen diese Ausbildung noch verwehrt geblieben ist. Wie auch, die Erstzulassung ist doch schon 120 Jahre her.

Einmal, war ich während des Studiums selbst als Patientin im Krankenhaus in Behandlung. Damals habe ich es geschafft, den diensthabenden Assistenzarzt zum „Rotanlaufen“ zu bringen. Während der körperlichen Untersuchung und Anamnese zur stationären Aufnahme, hat er irgendwann mitbekommen, dass ich scheinbar „aus dem Sektor“ sein muss, da ich „viel zu dem Thema weiß“ und dann kam die allesumfassende Frage direkt aus seinem Mund: „Machst du die Krankenschwesternschule?“

Ich habe innerlich einen Freudentanz aufgeführt, hatte ich doch gehofft, dass er mit der Schublade daherkommt. Meine Antwort war eine Gegenfrage: „Mit wie vielen Mädls hast du eigentlich zusammen Med studiert?“ Dann haben wir beide geschwiegen – ich innerlich grinsend und er ein bisschen

zerknirscht. Ich wollte ihn nicht vorführen, aber er war zur falschen Zeit am falschen Ort, da ich schon damals mit meiner „Feldstudie“ begonnen hatte. Oder noch so ein wunderbares Ereignis, jüngst im Sommer 2020, als ich bei einer Hausärztin eine wirklich lehrreiche Famulatur absolvieren durfte. Eines schönen Tages schneite ein weitschichtiger Verwandter von mir herein. Ganz offensichtlich verwundert, was ich – in weiß gekleidet – bei seiner Hausärztin mache. Wir haben hin und her geschäkert. Er wusste nicht, dass ich mit einer Ausbildung begonnen hatte und hat mich gefragt: „Und du bist jetzt bei der Frau Doktor im Praktikum?“, ich nickte und meine Ausbilderin meinte „Ja, es freut mich sehr, dass ich heuer eine junge Kollegin bei mir haben darf.“

Damit war für mich klar, dass er „sich eh auskennt“, was ich jetzt mache. Ich bin vom Land (ma kennts am G’wand) und da ist es obligat, dass man hier und da auch die eine oder die andere beim Lebensmittelgeschäft des Vertrauens trifft. So auch die Ehegattin von dem beschriebenen Verwandten: „Mei, Judith, schön, dass ich dich treff’, jetzt hab’ ich g’hört, dassst mit der Schwesternschul’ ang’fangen hast. Also. Ich muss schon sagen. Ich find das toll, dass du das machst.“ Ich habe ihr dann erklärt, dass ich eigentlich „Arzt studier“ aber, das war der Moment, wo ich resigniert habe. Ihr Mann hat mich bei seiner HausÄRZTIN getroffen und geht davon aus,

Oh, eine neue Krankenschwester... Freut mich, Sie kennenzulernen!

Ähmm... ich bin Ärztin!



**Lustig eigentlich, wenn man bedenkt, dass am 3. September 1900 die Zulassung der Frauen zum Medizin- und Pharmaziestudium bekanntgegeben wurde und es 1912 bereits 24 praktizierende Ärztinnen in Wien gab.**

Habe ich mich dann auch noch hinter Steuer des RTWs gesetzt, gab es Land auf Land ab verwunderte Gesichter. Und das, obwohl es in Österreich nie ein gesetzliches Verbot gegeben hat, dass Frauen den Führerschein machen dürfen. 1926 hat sich der Österreichische Verfassungsgerichtshof sogar dazu entschieden, Frauen zu berechtigen, Taxi zu fahren, da „ein Grund zur Nichtzulassung von Personen weiblichen Geschlechts zum Platzwagenlenkerdienst aus der Natur des weiblichen Geschlechtes“ nicht abgeleitet werden können. Lustig, oder? Aber wir schweifen ab.

Wenn ich als angehende Ärztin in ein Zimmer marschiere, weil ich gerade wie ein Vampir von Zimmer zu Zimmer flattere, um Blut abzunehmen, kommt meistens irgendwann der Satz: „Schwester, können’S mir bitte noch einen Tee ein-

dass wenn ich dort ein Praktikum mache und seine Hausärztin mich als Kollegin bezeichnet, dass es sich um eine Schwesternschule handeln muss, die ich gerade absolviere. Darum habe ich für mich beschlossen: Ab dem nächsten Praktikum, ziehe ich den Kittel an, dann ist klar, dass ich Ärztin bin.



**Judith M. Kremser**  
Humanmedizin, 8. Semester

# Die Unbekannte und das Unsichtbare: Nur keine Angst vor Brüsten und Sternchen!

*Warum wir die Geschichte(n) um eine Pariser Wasserleiche des vorletzten Jahrhundertwechsels kennen sollten, wie (fehlende) Brüste unser Handeln heutzutage beeinflussen können, warum Sternchen unser Denken formen und es wichtig ist, uns dafür einzusetzen. Ein Essay.*

Ein friedliches Lächeln, sanft geschlossene Augen, die Frisur sitzt. Ja, so genau stellen wir uns das Antlitz einer Wasserleiche vor, oder etwa doch nicht? Der Legende nach wurde aber Ende des 19. Jahrhunderts genau so eine junge Frau aus der Seine gefischt und in die Pariser Leichenhalle

**„Kunst wird dazu benutzt, Männern den Tod  
,schöner Frauen‘ erträumen zu lassen.“  
(frei nach Elisabeth Bronfen)**

gebracht. Im Register wurde sie als „Inconnue“, als Unbekannte, geführt, die Polizei ging davon aus, dass sich die Frau selbst das Leben genommen hatte. Die Leichenhalle war zu dieser Zeit frei zugänglich und ein beliebter Ort für neugierige Menschen, die den Kick suchten: Einerseits den Kick, Leichen anzuschauen und andererseits den Kick der Ungewissheit, denn vielleicht ließe sich ja auch die eine oder andere Bekanntschaft identifizieren.

Für die heutige Zeit umgemünzt können wir uns das wohl wie eine Mischung aus Todesanzeigen in der Zeitung und Forensic-Serien wie Criminal Minds vorstellen.

Doch es war nicht möglich, die Identität der Unbekannten zu klären. Woher der friedvolle Gesichtsausdruck stammte, das ließ viel Raum für Interpretationen und bald war die Unbekannte Pariser Stadtgespräch.

Offenbar entsprach das Aussehen dieser Frau den konventionellen Schönheitsidealen und es ranken sich verschiedene Geschichten um das, was weiter mit ihr geschah. In einer dieser Versionen war es ein junger Mitarbeiter der Leichenhalle, der sich in das Gesicht verliebte. Er bat deshalb seinen

Freund, der für die Anfertigung von Totenmasken zuständig war, um einen Gipsabdruck davon. Der Freund erkannte das wirtschaftliche Potenzial einer schönen Leiche und fertigte gleich ein paar Exemplare an, die sich gut verkauften.

Zu diesem Zeitpunkt trug diese Gipsmaske bereits den Titel „L’Inconnue de la Seine“ (Die Unbekannte aus der Seine) und für die nächsten Jahrzehnte sollte sie einigen Kunstschaffenden als Inspiration gedient haben. Dem Schriftsteller Albert Camus, der Schriftstellerin Anaïs Nin oder dem Komponisten Claude Debussy beispielsweise. Doch auch in internationalen intellektuellen Kreisen war sie Vorlage für künstlerisches Schaffen, so etwa für die Autoren Max Frisch, Rainer Maria Rilke und Vladimir Nabokov oder den Fotografen Man Ray.

Auch ab 1955 sollte das Gesicht der Unbekannten ein weiteres Mal als Vorlage verwendet werden. Gemeinsam mit dem Spielzeugfabrikanten Asmund Laerdal hat der Anästhesist Peter Josef Safar für seine Weiterentwicklung der Mund-zu-Mund-Beatmung gemeinsam eine Reanimationspuppe für Lehrzwecke in der Ersten Hilfe geschaffen. Diese ist heute weitgehend als Resusci-Anne bekannt, findet weltweit im Erste-Hilfe-Unterricht Verwendung und wir alle haben schon versucht, sie wiederzubeleben.

Noch eine andere Version zur Entstehung der Gipsmaske: Halten wir fest – eine Wasserleiche müsste wohl etwas anders, vermutlich mehr aufgequollen aussehen.

Elisabeth Bronfen, eine Kulturwissenschaftlerin, die im Bereich Gender Studies forscht, zitiert in einem ihrer Bücher Edgar Allan Poe, der gemeint hat: „Der Tod einer schönen Frau ist ohne jeden Zweifel das poetischste Thema auf der Erde“ und warnt davor, in dieser Aussage nur nekrophile



*L’Inconnue de la Seine  
(Totenmaske), Fotografie um 1900.*

Misogynie einiger Männer zu sehen, sondern es ist eine gesellschaftsgültige Auffassung. Sie hat sich auch mit dem Mythos der Unbekannten auseinandergesetzt und will herausgefunden haben, dass es sich bei der Maske um den Gesichtsausdruck einer Lebenden gehandelt hat. Offenbar hat ein ambitionierter Gipsfabrikant das Gesicht seiner Tochter abgenommen und gewinnbringend eine Legende darum gesponnen, um diese vielfach reproduziert vor allem „an den Mann zu bringen“.

Hier werden festgefahrene Gesellschaftsdynamiken offensichtlich: Geschichten wie die der Unbekannten und deren künstlerische Verwertung werden zusätzlich noch mit dem kapitalistischen Denken alter weißer Männer verknüpft. Bronfen meint, dass Kunst in diesem Fall dazu benutzt wird, Männern den Tod „schöner Frauen“ erträumen zu lassen, sei es im Klischee der Femme Fatale oder in dem der Jungfrau in Nöten.

Der weibliche Körper ist hier aber nur die leere, objektive Hülle, auf die Fantasien projiziert werden, eine Möglichkeit, das Frauenbild weiter als „das Andere“ zu betrachten und ihm die eigene Stimme – diesmal endgültig, weil tot – zu nehmen.

Mit diesem Hintergrund hat es irgendwie seinen Witz, dass ausgerechnet die Reanimations-Puppe dieses Gesicht erhalten hat – sozusagen die Errettung der Jungfrau in Nöten immer und immer wieder. Nicht so lustig ist es, dass viele Menschen keine Ahnung haben, dass es sich bei dem Erste-Hilfe-Dummy um eine Frau handelt.

Nicht so lustig ist es, dass wir immer noch in so stereotypen Vorstellungen davon leben, wie ein Mann und eine Frau auszusehen haben und deshalb den Dummy meist als Mann identifizieren, nur weil der Dummy keine ausgepräg-

ten Geschlechtsmerkmale im Brustbereich aufweist. Nicht so lustig ist es, dass wir überhaupt noch in Kategorien wie „stereotyp weiblich“ und „stereotyp männlich“ denken und dabei vergessen, dass ein Denken wie dieses verletzend auf viele Menschen wirkt, die sich nicht in diese Entweder/Oder-Rubriken einfügen möchten oder können.

Und vor allem ist es nicht lustig: Frauen werden bis heute weniger oft wiederbelebt und dies liegt zu einem großen Teil daran, dass die Ersthelfenden Berührungsängste mit Brüsten haben. Nicht nur die Angst, etwas falsch zu machen, auch die Angst davor, später der unsittlichen Berührung beschuldigt zu werden, spielt hier eine Rolle.

Was wir von dieser erschreckenden Information mitnehmen

**Frauen werden bis heute weniger oft  
wiederbelebt und dies liegt zu einem  
großen Teil daran, dass die Ersthelfenden  
Berührungsängste mit Brüsten haben.**

können: Egal, ob Menschen also große Brüste haben oder nicht, es ist auf jeden Fall wichtig, dass auch die im Erste-Hilfe-Unterricht eingesetzten Dummies auf die Diversität von Körperbildern ausgerichtet sind und dabei unsere eigene gesellschaftliche Kurzsichtigkeit kompensieren, um das Leben aller Menschen gleichermaßen retten zu können.

Es ist wichtig, sexuelle Belästigung im allgemeinen Dialog stärker zu thematisieren, damit klare Grenzen definiert werden, um ein Nicht-Einschreiten im richtigen Moment und einen Übergriff im falschen Moment zu verhindern.



Das Gesicht der Unbekannten auf der Reanimationspuppe.

Keine Ahnung, ob Resusci-Anne eine menschliche Vorlage für ihren Körper hatte, es ist absolut irrelevant, wie die Unbekannte aus der Seine gebaut war, wenn sie überhaupt existiert hat, doch erst viele Jahre nach deren Auftauchen, nämlich 2019, wurde auf diese Fehlstelle im Erste-Hilfe-Unterricht aufmerksam gemacht und darauf reagiert. Und zwar mit einem von den zwei New Yorkerinnen Jaime Robinson und Lisa Clunie entwickelten Überzug für den Dummy, sodass dieser nun von Ersthelfenden als Frau erkannt wird und hier in der Übung die Berührungangst für den Ernstfall nimmt. Wohl besser spät als nie – denn unser Handeln formt unser Denken und umgekehrt, genauso wie Sprache unser Denken und Handeln formt.

Aus diesem Grund sollten wir vielleicht hellhörig werden, wenn uns geraten wird, in unseren Seminararbeiten aufgrund der besseren Lesbarkeit auf das Gendern zu verzichten. Wir sollten darauf hinweisen, dass viele der Lehrunterlagen

und Präsentationen unserer Lehrenden noch immer ohne geschlechtersensible Sprache verfasst wurden – denn wer weiß, vielleicht macht es auch mit unserem Denken etwas, wenn immer nur von „dem Patienten“ zu lesen ist? Überzeichnet? Ja, vielleicht, aber wenn wir diese Abstraktion hinbekommen, dann dürfen wir uns doch wirklich auch so viel Geschick zutrauen, uns an das Schriftbild eines Wortes wie „Patient\*innen“ zu gewöhnen, ohne an der Lesbarkeit zu verzweifeln. Und mit dem Stern als Zeichen der Inklusion vieler Menschenbilder in unseren Horizont können wir uns zusätzlich noch für ein von Diversität geprägtes Weltbild einsetzen.



**Anna Kohlmaier-Kohlhauser**  
Kunsthistorikerin und Kulturanthropologin  
Humanmedizin, 1. Semester

Bild: George Helan / publicdomainpictures.

# #MedBikini

*Sind Ärztinnen im Bikini unprofessionell?*

Im Dezember 2019 wurde im „Journal of Vascular Surgery“ eine Studie veröffentlicht mit dem Titel „Prevalence of unprofessional social media content among young vascular surgeons“ – auf Deutsch „Prävalenz unprofessioneller Social-Media-Inhalte unter jungen Gefäßchirurg\*innen“. Im Rahmen dieser Studie untersuchten Wissenschaftler\*innen der Boston University School of Medicine die Facebook-, Instagram- und Twitterprofile von 480 jungen Gefäßchirurg\*innen.

Beim Betrachten der Beiträge der jungen Mediziner\*innen wurden diese als „eindeutig unprofessionell“ oder „potenziell unprofessionell“ eingestuft. In die Kategorie „eindeutig unprofessionell“ fielen Beiträge über Drogenkonsum und -besitz, Verletzungen des Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), rechtswidrige Handlungen, unzensierte Kraftausdrücke oder beleidigende Kommentare über Arbeitsplatz, Kolleg\*innen oder Patient\*innen.

In die Kategorie „potenziell unprofessionell“ fielen das Halten oder Konsumieren von alkoholischen Getränken, unzensierte Kraftausdrücke, kontroverse Meinungen zu Politik, Religion oder sozialen Themen und unangemessene Kleidung. Zu unangemessener Kleidung gehörten Unterwäsche, provokative Halloween-Kostüme und Schwimmmode – allerdings nur bei Frauen. Die Studie wurde von sieben Ärzten und einer Ärztin herausgegeben. Um die Profile der jungen Gefäßchirurg\*innen zu untersuchen, wurden Fake-Profilen verwendet. Für heftige Kritik sorgten die Art, wie die Daten gesammelt wurden, der Mangel an Diversität unter den Autor\*innen und die Vorurteile bei der Evaluierung der Daten.



Instagram: @karbearr



Instagram: @steph.schryr

*Zu unangemessener Kleidung gehörten Unterwäsche, provokative Halloween-Kostüme und Schwimmmode – allerdings nur bei Frauen.*

## #MedBikini – die Antwort auf die Studie

Da viele Ärzt\*innen diese Studie als sexistisch empfinden, wurde der Hashtag „MedBikini“ ins Leben gerufen. Ärzt\*innen aus vielen Teilen der Welt posteten Fotos von sich im Bikini oder in Badehose, um auf das Thema aufmerksam zu machen und zu fragen: „Wer darf entscheiden, was unprofessionell ist?“

Mediziner\*innen sind auch nur Menschen, die am Ende des Arbeitstages nach Hause gehen und ein Privatleben führen. Warum sollte es ausgerechnet Ärztinnen nicht erlaubt sein, ihre Urlaubsfotos mit Freund\*innen und Familie durch soziale Medien zu teilen?

Und warum ist es unangemessen, wenn eine Ärztin einen Bikini trägt, aber nicht unangemessen, wenn ein Arzt eine Badehose trägt? Auch heutzutage denken viele Leute beim Wort „Doktor“ an einen alten, weißen Mann mit weißem Kittel und Stethoskop. Die Realität sieht aber ganz anders aus und leider kämpfen viele Ärzt\*innen, die nicht diesem Bild entsprechen, mit Vorurteilen. Auch wenn sich das „Journal of Vascular Surgery“

mittlerweile entschuldigt hat: Die Studie zeigt eine bislang unausgesprochene, traurige Wahrheit auf und genau deshalb braucht es Feminismus in der Medizin!



**Sophie Spitzlinger**  
Humanmedizin, 3. Semester  
Referat für Queer, Frauen und Gleichstellung & Health for Future Graz

# Frauen\* in der Klimakrise

*Die Auswirkungen der Klimakrise sind ungleich verteilt, sowohl global als auch regional.*

Es ist leicht nachvollziehbar, warum Inselstaaten wie Kiribati sich aufgrund des steigenden Meeresspiegels jetzt schon Gedanken um die Umsiedelung ihrer Bevölkerung machen müssen, wir in Österreich jedoch nicht. Andere Ungleichverteilungen sind vielschichtiger und daher nicht auf den ersten Blick sichtbar, etwa die verstärkten Auswirkungen der Klimakrise auf die weibliche Bevölkerung.

## Klimakrise als Verstärker

Die 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung der UN beinhalten sowohl die Gleichstellung der Geschlechter (Nr. 5) und den dringlichen Aufruf zu Maßnahmen gegen die Klimakrise (Nr. 13) als auch die Erreichung eines friedlichen und gerechten Umfelds mit dementsprechenden Institutionen (Nr. 16). Alle Ziele sind auf verschiedenen Ebenen miteinander verknüpft und bedingen sich teilweise gegenseitig. Die Klimakrise zum Beispiel verstärkt existierende Konflikte auf allen Ebenen, sei es den Mangel an sauberem Trinkwasser, den Verlust der Lebensgrundlage in landwirtschaftlich geprägten Gemeinschaften oder die vermehrten gewaltsamen Auseinandersetzungen mit konkurrierenden Gruppen. Wenn es an lebenswichtigen Ressourcen fehlt, muss man sich anpassen, um zu überleben. Um diese Anpassung bewerkstelligen zu können, braucht es wiederum Ressourcen, die Frauen\* durchschnittlich nicht im gleichen Ausmaß zur Verfügung stehen wie Männern, sei es Bildung, Geld oder Unabhängigkeit.

## Drei Beispiele

Was genau hat die Klimakrise nun konkret mit dem Leben einzelner Personen zu tun? Sehen wir uns die Aspekte der

Landwirtschaft, der Umsiedelung und der Sicherheit genauer an. In der Subsahararegion Afrikas ist Landwirtschaft der größte wirtschaftliche Faktor. Die Voraussetzung dafür sind fruchtbarer Boden und Wasser. Allerdings sinkt durch die Klimaerwärmung die durchschnittliche Niederschlagsmenge, man kann nicht mehr so viel Fläche bewirtschaften. Der verbleibende fruchtbare Teil des Bodens muss den Verlust ausgleichen und wird übermäßig stark benutzt, sei es als Weide oder als Anbaugelände. Beides führt zur sogenannten Verwüstung oder Desertifikation, der Boden wird unbenutzbar. Wenn es vor Ort keine Möglichkeit gibt, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, ziehen oft die Männer weg, um ihre Familien aus der Ferne zu versorgen, während die Frauen\* sich um die Familie kümmern. Das verstärkt bestehende Geschlechterrollen und verschlechtert die Bildungschancen für Frauen\*.

Wenn alle Anpassungsmaßnahmen nicht mehr helfen, muss man seinen Wohnort verlassen. Laut der UN sind 80 Prozent der Personen, die aufgrund der Klimakrise aus ihrer Heimat vertrieben werden, Frauen\*. In Notunterkünften kommt es aufgrund der angespannten Lage zu vermehrter Gewalt gegen Frauen\* und es gibt wenig Möglichkeiten, sich an Gesundheitspersonal zu wenden. Andere Sicherheitsprobleme betreffen zum Beispiel Sexarbeiter\*innen, den Anstieg von häuslicher Gewalt und Zwangsehen und die zunehmende sexualisierte Gewalt gegenüber weiblichen Umweltaktivist\*innen.

Gleichzeitig steigt durch die Klimakrise die Wahrscheinlichkeit für extreme Wetterereignisse wie Tsunamis oder Erdbeben. Nach dem verheerenden Tsunami 2004 in Ostasien star-

ben 3x mehr Frauen\* als Männer. Einerseits konnten Männer eher schwimmen als Frauen\*, andererseits kümmerten sich mehr Frauen\* um ihre Kinder oder ältere Verwandte, auch während der Evakuierung.

## Umwelt als „Frauen\*thema“

Greta Thunberg, Luisa Neubauer, India Logan Riley, Nakabuye Hilda F., Ridhima Pandey, Shalvi Sakshi, Isra Hirsi, Brianna Fruean, Marinel Ubaldo, Winnie Asiti, Rayanne Cristine Maximo Franca, Oladosu Adenike. Das sind nur einige Namen der vielen Frauen\*, die weltweit für Klimaschutz kämpfen. Laut einer Untersuchung der TU Chemnitz waren beim ersten weltweiten Klimastreik im März 2019 bis zu 70 Prozent der Teilnehmenden weiblich. Doch warum ist die Klimabewegung zu so einem großen Teil weiblich? Die Gründe dafür sind sehr vielseitig.

In den meisten Gesellschaften werden (auch heutzutage noch) Mädchen dazu erzogen, sich möglichst umsichtig zu verhalten. Weltweit leisten Frauen\* die meiste Care-Arbeit, daraus könnte man also schlussfolgern, dass es auch Sinn macht, wenn Frauen\* sich besonders um unseren Planeten sorgen und kümmern. Man weiß auch, dass Frauen\* im Schnitt mehr auf ihre eigene Gesundheit bedacht sind als Männer – auch das könnte ein Grund sein, warum Frauen\* in einer gesunden Umwelt leben wollen. Auch (junge) Mütter fühlen sich von der Botschaft der Bewegung oft sehr angesprochen und wollen für ihre Kindern eine Zukunft auf einem lebenswerten Planeten. Wie sehr diese Gründe tatsächlich zum Sachverhalt beitragen, lässt sich schwer sagen. Keine Frau, die fürs Klima aktiv ist, wird ihr Frau-Sein als Grund dafür nennen. Die Gründe, warum sich Frauen\* fürs Klima engagieren sind vielseitig und sehr individuell.

## Bewusste Präsentation von Frauen\*

„Ende Gelände“, ein Zusammenschluss von Menschen aus vielen verschiedenen sozialen Bewegungen wie den Anti-Atom- und Anti-Kohle-Bewegungen, stellt bewusst Frauen\* an die Front. In einem Interview mit dem *Spiegel* berichtet Pressesprecherin Nike Mahlhaus, dass die Organisation früher eine Pressesprecherin und einen Pressesprecher hatte. Im Rahmen einer Medienanalyse wurde dann entdeckt, dass trotz gleich großen Redeanteils der männliche Sprecher deutlich öfter zitiert wurde.

Daraufhin beschloss das Bündnis, nur noch weibliche Pressesprecherinnen einzusetzen und so ein Zeichen zu setzen.



*Die Autorinnen des Artikels: Sophie Spitzlinger (links) und Elisabeth Schreiner (rechts).*

## Gemeinsamkeiten von Klimabewegungen und Feminismus

Die Klimakrise hängt mit der Ausbeutung von Menschen und natürlichen Ressourcen zusammen und damit kennen Frauen\* sich aus: Die Abholzung von Regenwald und der Gender Pay Gap haben also etwas gemeinsam. Auch gemeinsam haben die Klimabewegung und feministische Bewegungen das Feindbild: alte weiße Männer. Auch wenn sich langsam Besserung zeigt, wird trotzdem ein Großteil des Weltgeschehens von alten weißen Männern bestimmt, die am liebsten hätten, dass alles so bleibt wie es ist.

Anmerkung: Wir schreiben Frauen\* mit einem Sternchen, um auch Transfrauen und nicht-binäre Personen miteinzubeziehen.



**Health for Future Graz** ist ein Zusammenschluss von Menschen aus dem Gesundheitssystem, die gemeinsam mit Organisationen wie Fridays for Future für eine bessere Zukunft kämpfen. Wir sind als Gesundheitsblock auf Klimademos vertreten und betreiben Aufklärungsarbeit über die Zusammenhänge zwischen Klimakrise und Gesundheit.

**Instagram:** @healthforfuturegraz

**Facebook:** Health for Future Graz

**Mail:** graz@healthforfuture.at

# Vulva-Cupcakes

Welches Rezept könnte besser zum Thema „Feminismus“ passen als Vulva-Cupcakes? Und genau deshalb gibt es hier eine kleine Anleitung, wie ihr solche bunten Kunstwerke selbst machen könnt.

## 1. Die Basis

Da wir uns hier hauptsächlich der Deko unserer Cupcakes widmen wollen, können als Basis jegliche Muffins der Wahl verwendet werden. Es spricht auch nichts gegen eine Backmischung! Ich habe Red Velvet Muffins gebacken.

## 2. Das Frosting

Hierfür werden 200 g weiße Schokolade über einem Wasserbad geschmolzen und anschließend mit 500 g Frischkäse vermengt. Um das Frosting einzufärben, wird die Masse zu gleichen Teilen auf Schälchen aufgeteilt. Je nach gewünschter Intensität des Farbtons wird nun eine entsprechende Menge Lebensmittelfarbe in die Schalen gegeben. Taste dich hier lieber etwas vorsichtiger heran.



## 3. Das Topping

Für diesen Schritt ist es egal, ob Fondant oder Marzipan verwendet wird. Ganz nach deinem Geschmack beziehungsweise was dir vertrauter ist. Auch hier wird die Masse entsprechend der verschiedenen Farben aufgeteilt und die Lebensmittelfarbe untergeknetet. Kleiner Tipp: Handschuhe verhindern bunte Finger!

Jetzt ist ein bisschen Kreativität gefragt. Mit einem Löffel wird das bunte Frosting auf den Muffins verteilt. Für die Dekoration wird ein circa haselnussgroßes Stück des Toppings verwendet und zwischen den Händen so gerollt, dass die Enden etwas dünner zulaufen. Um das Marzipan/Fondant mit dem Löffel platt zu drücken, wird ein Handtuch gefaltet und Backpapier daraufgelegt. So ist der Untergrund nachgiebig, es klebt nichts fest und das Formen ist einfacher. Mit den Fingern wird nun der Rand nach oben gedrückt und gewellt.

Für die mittlere Größe reicht ein halb so großes Stück. Für die kleinsten reicht ein Ministück, nicht größer als eine Erbse.



## 4. Dekorieren



Hier sind der Fantasie keine Grenzen gesetzt. Nicht immer müssen zwei Größen kombiniert werden. Um Stabilität in die recht filigrane Dekoration zu bringen, hilft es diese etwas in das Topping zu drücken und die fertigen Cupcakes vor dem Servieren kalt zu stellen.

Zuletzt fehlt noch eine Perle, welche an das obere Ende gesetzt wird.

**Guten Appetit!**

### Du benötigst:

- Muffins (nach Rezept deiner Wahl)
- 500 g Frischkäse
- 200 g weiße Schokolade
- Backpapier, Handtuch & Löffel
- 200 g Fondant oder Marzipan
- Lebensmittelfarbe, essbare Dekoperlen

### In Perfektion

Rot, gelb, blau, grün. Ganz schön bunt sind sie geworden, unsere Cupcakes. Genau so vielfältig wie die Kombinationsmöglichkeiten und Farben des Toppings sind sie doch auch im echten Leben, die Vulven.

Und doch wird in Medien und Pornos das Bild der anatomisch und kosmetisch perfekten Vulva idealisiert.

Da ist es nicht verwunderlich, dass gerade junge Frauen anfangen zu zweifeln: Zu groß? Zu klein? Zu dick, zu schmal, zu hell, zu

dunkel, schrumpelig? Manch eine legt sich für die vermeintlich perfekte Vulva unters Messer.

Dabei gibt es sie gar nicht, die „perfekte Vulva“. Sie ist, wie jede von uns, einzigartig und unterliegt dabei keinem Schönheitsideal.



**Lena Stanschus**

6. Semester Humanmedizin

# GEMEINSAM FÜR GENERATIONEN

## Exzellente Ausbildung

In der OÖ Gesundheitsholding leisten Sie einen wichtigen Beitrag für unsere Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig erhalten Sie bei uns eine exzellente Ausbildung auf höchstem Niveau. Praxisnahe Lehrmethoden, unmittelbarer Kontakt mit Patientinnen und Patienten, interdisziplinäre Vernetzung sowie Beschäftigungsmöglichkeiten, sowohl im universitären Umfeld wie auch in den Regionen, stehen dabei am Programm.

**Wenn Sie Leben, Arbeiten und Karriere bei uns verbinden wollen, erwartet Sie darüber hinaus Folgendes:**



Langfristige Karriere-  
möglichkeiten in  
Oberösterreich



Individuelle Fort- &  
Weiterbildung an der  
firmeninternen  
Akademie



Aktuelle Literatur &  
Nachschlagewerke auf  
einen Klick



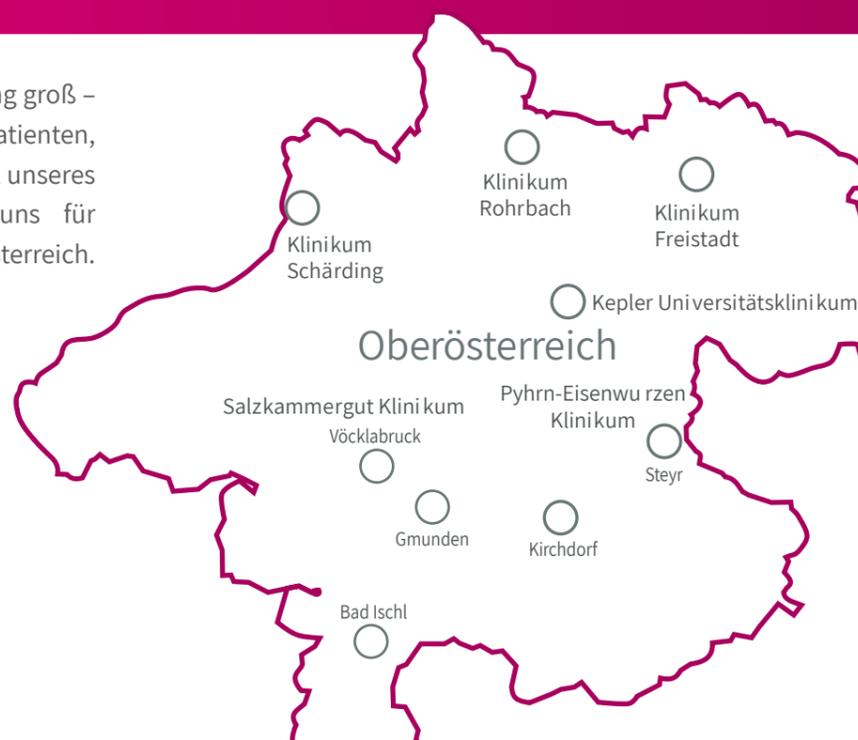
Zeit für Privatleben &  
Familie: Teilzeit-  
modelle &  
Kinderbetreuung



Berufliche & private  
Unterstützung in jeder  
Lebensphase

Wir schreiben Lebensqualität und Verantwortung groß – nicht nur bei unseren Patientinnen und Patienten, sondern auch im Team. Werden Sie deshalb Teil unseres Teams und sorgen Sie gemeinsam mit uns für die Gesundheit der Menschen in Oberösterreich. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung auf:

[www.oog.at/medizinbildung](http://www.oog.at/medizinbildung)



# Unsere Cover-Künstlerin



**Name:** Veronika Posch

**Alter:** 25 Jahre

**Wohnort:** Graz

**Ausbildung:** Erwachsenen- und Weiterbildung / Grafik

Die Kunst ist mein Leben – oder besser gesagt, mein Leben dreht sich ganz und gar um die Kunst und die verschiedensten Geschichten und Momentaufnahmen von Alltäglichem bis zu Fiktivem.

Schon seit Kindertagen begleitet sie mich und hat mich mit 15 Jahren in die Ortweinschule nach Graz geführt.

In dem Bereich Grafik- und Kommunikationsdesign konnte ich von den verschiedensten Eindrücken und Richtungen des Künstlerdaseins Erfahrungen sammeln und mich daher ganz und gar der Entwicklung meines eigenen Stils widmen. Inspiriert durch besonderes Storytelling und Comicgestaltungen, legte sich der Fokus vieler meiner Arbeiten auf das Character Design.

Spannende Biografien, einzigartige Augenblicke oder mitreißende Geschichten, die unter die Haut gehen, beeinflussen meine Werke noch heute und hauchen meinen Illustrationen Leben ein. Nach dieser sehr prägenden Zeit und der Möglichkeit, als schaffende Grafikerin tätig zu sein, habe ich ei-

nen weiteren Weg für mich und meine Zukunft entdeckt: Das Studium für Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Wie wir alle wissen: Die Zeit rennt! Kaum begonnen, habe ich mich auch schon im Masterstudium für Erwachsenen- und Weiterbildungen wiedergefunden, wodurch meine Liebe zu Lebensgeschichten und gesellschaftlichen Strukturen weiterwachsen konnte. Spannend! Wenn ich darüber nachdenke, würde ich im Nachhinein sogar behaupten, dass mein Studium meine Liebe zu Geschichten und die daraus entstehenden Illustrationen perfekt ergänzt.

Die Möglichkeit für dieses Magazin ein Cover zu gestalten und eine Botschaft für den Feminismus senden zu dürfen, bereitet mir daher eine große Freude. Wie es bereits am Cover geschrieben steht, Feminismus ist wichtig und betrifft uns alle: We should all be feminists!

Weitere Werke findest du auf meiner Instagram-Seite [@veronikaposchart](https://www.instagram.com/veronikaposchart).



Bilder: Veronika Posch

# Mememes

Wenn mir jemand ein Bild der Klitoris in voller Pracht zeigt



Mann: \*hat Gonorrhö\*

Der eine Tropfen:



Bonjour

MUG: \*präsentiert neuen Still- und Wickelraum\*

Schwangere, die trotzdem keinen Sezierkurs besuchen dürfen:



Wenn man von der Klitoris nicht sieht

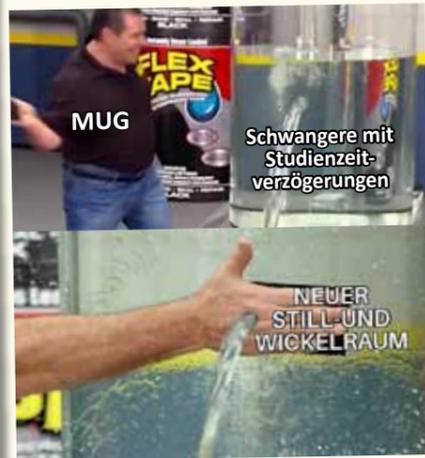


Was man von der Klitoris nicht sieht

Was man von der Klitoris sieht

MUG

Schwangere mit Studienzeitverzögerungen



NEUER STILL- UND WICKELRAUM

Wenn ein Ersti über eine Online-VO aus dem 3. Jahr stolpert



ÖVP

Schwangere ohne Kinderwunsch

Wir lehnen den Schwangerschaftsabbruch ab



MUG in der Forschung



MUG wenn es um familienfreundliche Problemlösungen geht

ENDLICH

KONTRAZEPTIVA FÜR MÄNNER



Wenn die Regierung das neue Unigesetz präsentiert



It's evolving, just backwards

Impressum



**Redaktion:** Sandra Lehofer  
oeh-presse@medunigraz.at

**Layout:** Bernhard Grundner  
**Cover:** Veronika Posch  
**Druck:** ÖH-Servicecenter,  
Harrachgasse 23, 8010 Graz

**Fotos:** dreamstime, 123rf, wikipedia, wikimedia commons,  
pixabay.com, freepik.com, pexels.com, publicdomainpic-  
tures.net, Instagram: @karbearr, Instagram: @steph.  
ashleyy, Pia Watzenböck, Frauengesundheitszentrum

**ÖH Med Graz**  
Stiftingtalstraße 24/ZMF, A-8010 Graz  
+43 316 385 73080, <http://www.oehmedgraz.at>  
oeh-sekretariat@medunigraz.at

**Autor\*innen:**  
Kujtim Bytyqi, Fiona Haidacher, Vanessa Hartner,  
Judith Kremser, Anna Kohlmaier-Kohlhauser, Tereza  
Krizmanich, Sandra Lehofer, Melanie Linschinger,  
Nadine Linschinger, Johanna-Katharina Schifflholz,  
Elisabeth Schreiner, Chiara Seidl, Sophie Spitzlinger,  
Lena Stanschus, Jasmin Tahhan, Simone Weißenbacher,  
Elka Xharo, Viktoria Zachenhofer



Bilder: 5,52-54: Tapete: Thobar; BIOS; Design: Pixabay; Bildrahmen: M1312; Werner Wesser, Wolfgang Eckert, Dan Horvath, Gorden827, Ilmie Hbi, Gerd Jilman, BBT, Karinka von Wellermond - alle: @pixabay



# ServiceCenter ÖH-Uni

*Diplomarbeiten • Medizinprodukte • Skripten  
Fachbücher • Sachbücher • Bürobedarf*

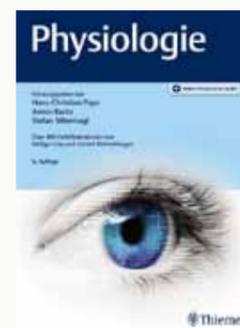


*Harrachgasse 23, 8010 Graz  
[www.oeh-servicecenter.at](http://www.oeh-servicecenter.at)*



# UNI-BUCHLADEN

*Fachbücher • Sachbücher • Belletristik*



*Dein regionaler Buchladen  
Zinzendorfgasse 29, 8010 Graz*

*[www.uni-buchladen.at](http://www.uni-buchladen.at)*

# Ärztin sein Arzt sein

im Krankenhaus ST. JOSEF BRAUNAU

[www.khbr.at/karriere](http://www.khbr.at/karriere)



“ *mittendrin* statt  
nur dabei,„

... als KPJ-StudentIn,  
... als FamulantIn,  
... als TurnusärztIn in  
Basisausbildung,  
... als AssistenzärztIn  
in Ausbildung zur/zum  
FachärztIn, ...

## St. Josef Braunau – mit vielen Vorteilen

- 400 Betten / viele med. Fachrichtungen
- beste Lernchancen und Ausbildung auf aktuellstem medizinischen Stand
- selbstverantwortliches Arbeiten
- attraktive Arbeitszeiten / auch Teilzeit
- umfangreiche Sozialleistungen und günstige Wohnmöglichkeiten

## St. Josef Braunau – es lohnt sich!

### Personalmanagement:

Dr. Helene Mayerhofer Tel.: 07722 / 804-8060

### Ärztliche Leitung:

Prim. Dr. Johann Schöppl Tel.: 07722 / 804-8002

### E-Mail:

[bewerbung@khbr.at](mailto:bewerbung@khbr.at)

