

Gender Medizin aus der Public Health Perspektive



Anita Rieder

Leiterin Zentrum für Public Health

Vizerektorin Lehre

Medizinische Universität Wien



JOSEPHINUM

SAMMLUNGEN DER
MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT WIEN



**MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA**

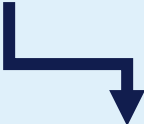
Public Health als „Bevölkerungsmedizin“

"Public Health ist grundsätzlich ein multidisziplinärer Bereich, der sowohl Natur- als auch Sozial- und Kulturwissenschaften inkludiert. Das Ziel von Public Health ist, den physischen und psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung durch Initiativen in Forschung, Entwicklung, Bildung und Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern."

<https://www.meduniwien.ac.at/web/ueberuns/organisation/medizinisch-theoretische-einrichtungen/zentrum-fuer-public-health/>

„Geschlecht gehört zu den wichtigsten Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit“

Im Englischen und so auch bereits im deutschen Sprachgebrauch gibt es 2 Kategorien „Sex & Gender“

- **Sex:** bezeichnet biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (ua genetische, anatomische, physiologische, immunologische Unterschiede)
 - **Gender:** beschreibt die psychologischen, sozialen, kulturellen Dimensionen
 - Damit sind insbesondere soziale Rollen, Beziehungen, Verhaltensweisen, Wertschätzung gemeint, die Frauen und Männern in einer Gesellschaft zugeschrieben sind
 - Der Europarat hat den Begriff **Gender Mainstreaming** für eine gleichstellungsorientierte Politik auf allen Ebenen geprägt
- 
- **Bedeutet für Public Health**, dass die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden soll“

Matthias Egger, Oliver Razum, Anita Rieder Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder in , Egger, Razum, Rieder (Hrsg) Public Health Kompakt, 4.Auflage De Gruyter Verlag 2021

Ich Mann, du Frau

In Deutschland denken **BÜROKRATEN** unter dem Stichwort „Gender Mainstreaming“ angestrengt über den kleinen Unterschied nach. Die Ergebnisse sind trivial und teuer



Im Geschlechterkampf: (v. l.) Verkehrsminister Stolpe und Staatssekretär Braune, Familienministerin Schmidt und NRW-Umweltministerin Höhn. Rechts: Szene aus „Tarzan der Affenmensch“ mit J. Weissmüller und M. O'Sullivan, 1932



Stern Nr. 12 17.3.2005

„One is not born a woman, but rather becomes one“

„Man wird nicht zur Frau geboren, man wird zu einer“

Simone de Beauvoir,
Schriftstellerin, Philosophin, Feministin

„Man wird erst wissen was Frauen sind, wenn Ihnen nicht mehr diktiert wird was sie sein sollen“

Rosa Mayreder
Frauenrechtlerin, Schriftstellerin,
Musikerin, Malerin



Committee of Experts on the Inclusion of Gender Differences in Health Policy (SP-SHF)

Strasbourg April 2005 – September 2006

Council of Europe

“Determining good practices and drawing up clear recommendations on how to integrate the biological, cultural and social dimension of gender into Council of Europe Member States public health programs (prevention, diagnosis, care).

Integrating the gender dimension in training programs for the health professionals”.

“Gute Praxis” Beispiele für Integration von Gender
in allen Public Health Programmen

Frauengesundheitsbericht Männergesundheitsbericht

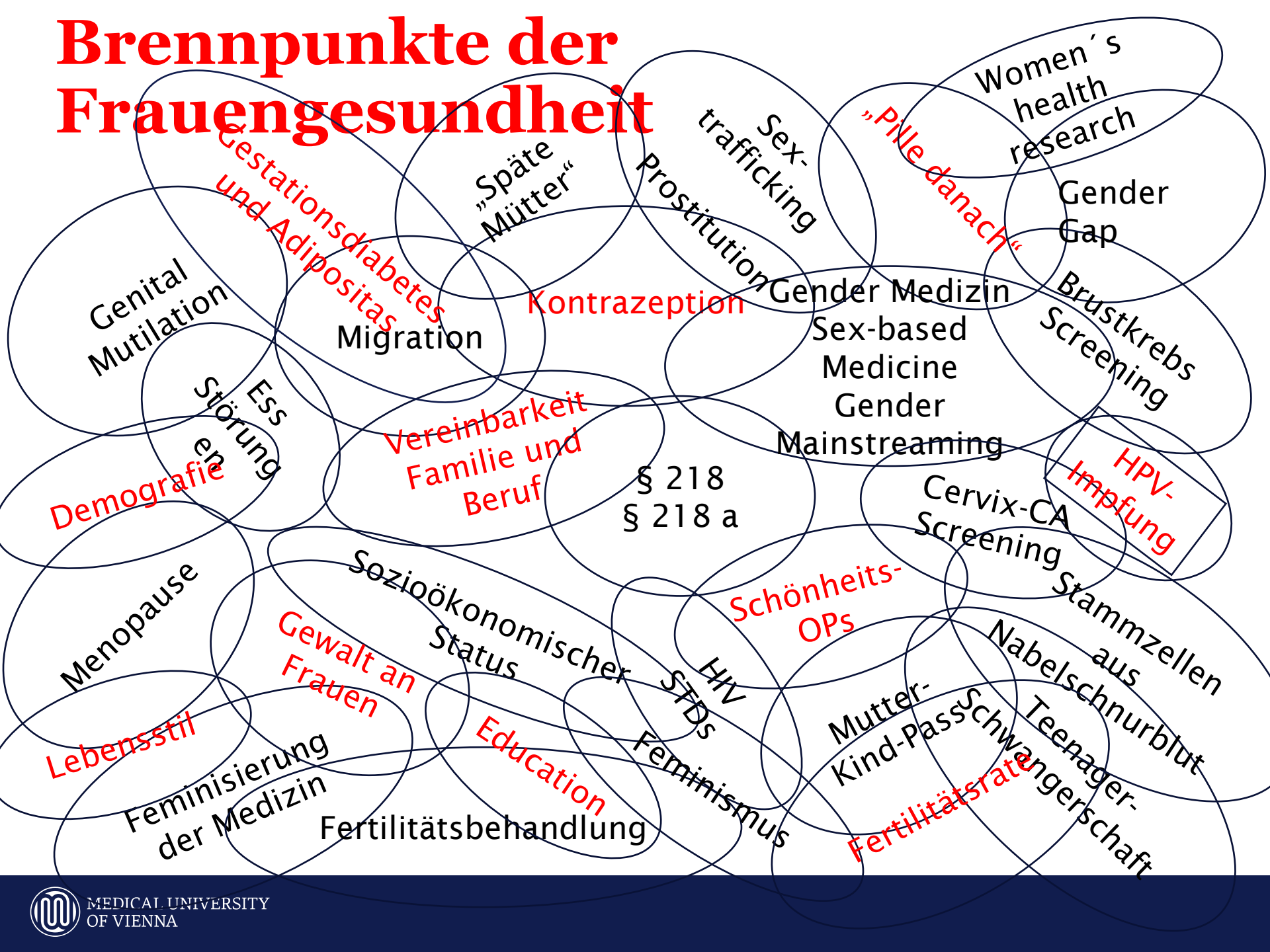
Frauengesundheitsberichte als Pioniere in
der geschlechtsspezifischen
Gesundheitsberichterstattung

1995 wurde der erste österreichische
Frauengesundheitsbericht und

1996 der erste *Wiener Frauengesundheitsbericht* vorgestellt.



Brennpunkte der Frauengesundheit



Frauengesundheitsbericht Männergesundheitsbericht

Österreichischer Frauengesundheitsbericht
hat Männergesundheitsbericht den Weg
bereitet und als Modell gedient





Gender Medizin

Bild: anonymes Graffiti, Margarethenstr,
1040 Wien, nicht mehr existent

Foto: A. Rieder

Gender Medizin

Zielsetzungen

- Gender Aspekt in der Interaktion mit PatientInnen, Klinik und Prävention
- Schärfung der Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit unter geschlechtsspezifischer, psychosozialer und sozioökonomischer Aspekten
- Genderbezogene Effekte auf Therapie und Outcome in der Praxis berücksichtigen, Verbesserung von „Therapietreue“ (Adherence und Compliance)
- Unterschiede und Lücken in Therapie, Rehabilitation, Prävention erkennen und reduzieren und überbrücken
- Lebensqualität der Patient*innen verstärkt verbessern

Rieder Lohff, Vorwort in Gender Medizin, Springer Verlag, 2004 und 2008

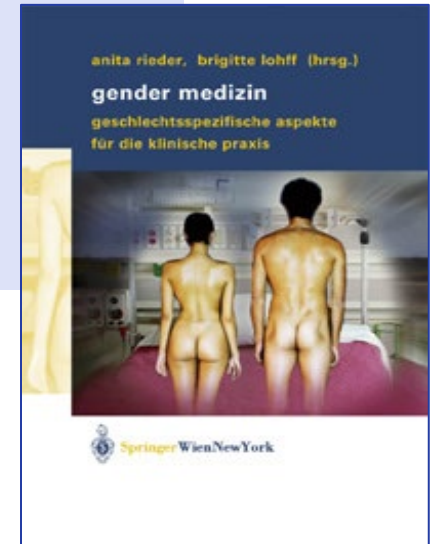
1.TEXTBUCH Gender Medizin

für Studierende, Ärzt*nnen, Gesundheitsberufe
Rieder, Lohff (Hrsg)

erschienen Juni 2004, September 2008

**Recommended
by WHO**

**Best practice example: Report Committee of
Experts on the Inclusion of Gender Differences
in Health Policy (SP-SHF) Council of Europe 2006**



- Autor*nnen:
- KlinikerInnen und Public Health ExpertInnen
- Öffentliches Gesundheitswesen, Kardiologie, Herzchirurgie, Angiologie, Pädiatrie, Intensivmedizin, Rheumatologie, Neurologie, Ernährungswissenschaften, Onkologie, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Pharmakologie, Radiologie, Urologie
- Es wurde den Autor*nnen 4 Fragen gestellt

1.TEXTBUCH Gender Medizin

für Studierende, Ärzt*nnen, Gesundheitsberufe
Rieder, Lohff (Eds.)

erschienen Juni 2004, September 2008



- Welche Geschlechtsunterschiede und Gemeinsamkeiten, die klinisch relevant oder nicht relevant sind, sind bekannt?
- Welche wissenschaftliche Evidenz und klinische Erfahrungen liegen vor?
- Resultieren daraus Einflüsse auf klinische Diagnose, Therapie und klinisches Ergebnis bei den Patient*nnen
- Lassen sich Empfehlungen für die Praxis ableiten, und wenn, welche?



Was haben wir durch das erste Textbuch Gender Medizin gelernt.....

- Große Zahl von Unterschieden in der Häufigkeit von Krankheiten
- In den meisten Fällen gab es noch keine klinischen Empfehlungen für unterschiedliches Handeln für Männer und Frauen für den klinischen Alltag/Betreuung
- Viele Fragen noch offen: Wie viel wissenschaftliche Evidenz gibt es? Welche Wissenslücken bestehen? Welche wissenschaftlichen Fragen wurden noch nicht gestellt
- Es gibt einiges an klinischer Erfahrung, nämlich dass es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, zB bei Therapien
- Viele (auch Autoren) haben sich bis zum Zeitpunkt des Buches noch wenig mit dem Thema Gender Medizin befasst
- Gender Medizin – wurde als wichtiges Thema in der Medizin erkannt

Beispiel für Sex & Gender

„Schmerz“ und chronischer Schmerz



„Geschlechtsunterschiede bei Schmerz..“

Populations-bezogene Forschung zeigt stets eine höhere Schmerz –Prävalenz bei Frauen im Vergleich zu Männern

höhere Prävalenz der häufigsten chronischen Formen von Schmerz bei Frauen wie zB Fibromyalgie, Kopfschmerz, Migräne

Epidemiologische und klinische Studien zeigen alle, dass Frauen ein substantiell höheres Risiko für viele Schmerzformen haben

Schweregrad von Schmerz nicht eindeutig, manche Studien zeigen höheren Schweregrad bei Frauen, andere keine Geschlechtsunterschiede – abhängig vom untersuchten Sample (Selektionsbias?) (Bias = systematischer Fehler)

Gender Biases in der Schmerztherapie

Gender Biases können zu unterschiedlicher Behandlung im Gesundheitswesen führen und so zu Unterschieden im Schmerzmanagement

nach Bartley *et al*, *British J Anaesthesia*, 2013

„Geschlechtsunterschiede bei Schmerz..“

Soziokulturelle Vorstellungen von feminin und maskulin scheinen wichtige Determinanten für den Ausdruck von Schmerz zu sein

Für Frauen ist es sozial akzeptierter Schmerz zu zeigen, könnte zu einem Bias führen?

„Social Priming“ (Grundierung des Denkens, ein sanfter Druck in eine bestimmte Richtung zu denken und zu handeln, Stangl, 2022) könnte Einfluss auf Geschlechtsunterschiede für Schmerz haben

Kultur-abhängige stereotype Vorstellungen von Schmerz könnten auch geschlechtsspezifische Unterschiede beeinflussen – „welche Vorstellung von Schmerz gibt es in einer Gesellschaft“

nach Bartley et al, Brit J Anaesthesia, 2013

„Brave Men and Emotional Women“: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain (Review, 77 articles included, Jan 2000-April 2015)

Samulowitz et al, Pain Research and Management 2018

Zusammenfassung von Aussagen:

Eine Reihe von Gender Normen, wie Männer und Frauen Schmerz ausdrücken und erleben

Muster der „Stoischen Männer“: „Schmerz wird toleriert, verneint“, „gehen Gesundheitsrisiken ein, die den Schmerz vergrößern können“, „gewollt autonom im Verhalten Schmerz kontrollieren zu wollen“, „suchen nicht das Gesundheitssystem auf“, „vermeiden Gespräche wenn der Schmerz mit psychischem Wohlbefinden in Verbindung gebracht wird“

„Muster der sensiblen Frauen“: im Vergleich zu Männer – „Frauen reagieren sensibler auf Schmerz“, „sind mehr bereit den Schmerz zu berichten“, „es ist sozial akzeptierter wenn Frauen über Schmerz berichten und Schmerz auch zeigen“, „können auch als hysterisch eingestuft werden“, „als mehr emotional“, „klagen mehr“, „wollen anscheinend gar nicht, dass es besser wird“, „wenn Schmerzen nicht erklärbar sind, besteht seitens Gesundheitsberufen die Tendenz den Frauen den Schmerz nicht zu glauben“

„Brave Men and Emotional Women“: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain (Review, 77 articles included, Jan 2000-April 2015)

Samulowitz et al, Pain Research and Management 2018

Zusammenfassung von Aussagen:

Gender Normen - Schmerz- Coping Strategien von Männer und Frauen

Männer: Coping- Strategie – „this is not me approach“ – „Schmerz, chronischer Schmerz eine Frauenkrankheit“ – „die Diagnose wird hinterfragt, ignoriert, oder es wird nicht darüber gesprochen“

Frauen: Coping- Strategie – „I have to learn“ – „Frauen sehen sich komplexen Aufgaben gegenüber“, „versuchen allen Anforderungen gerecht zu werden“, „den Schmerz zu managen und ihre Umgebung auch“

„Frauen mit chronischem Schmerz müssen lernen, ihrer Umgebung Grenzen zu setzen und Priorisierungen vornehmen“



„Brave Men and Emotional Women“: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain (Review, 77 articles included, Jan 2000-April 2015)

Samulowitz et al, Pain Research and Management 2018

„Insgesamt zeigen sich Muster von Unterschieden bei Schmerz, die nicht in biologischen Ursachen ihre Gründe haben sondern in Gender Normen“

„a common dilemma in gender research involves how to create awareness about stereotypes without confirming or reinforcing them“

Neuropathischer Schmerz im stationären Bereich

Analyse der Österreichischen
Krankenhausentlassungsdaten

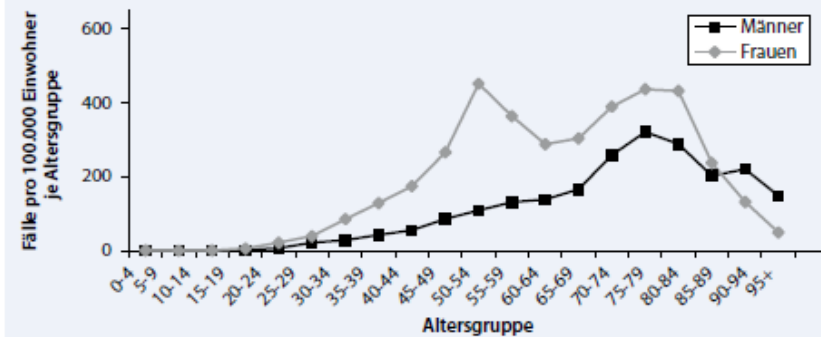


Abb. 1 ▲ Krankenhausentlassungen mit der Diagnose Karpaltunnelsyndrom, nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner je Altersgruppe

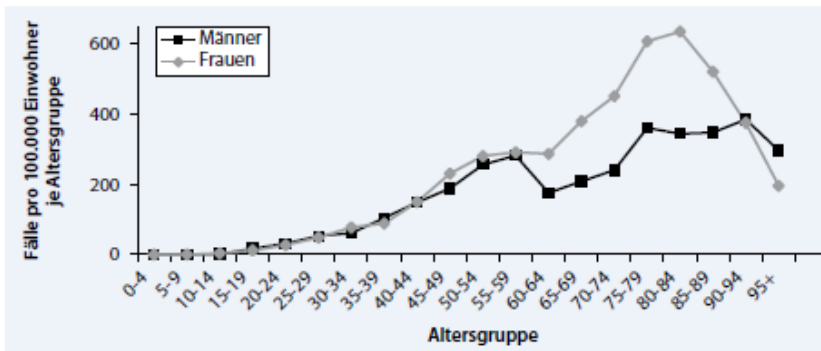


Abb. 2 ▲ Krankenhausentlassungen mit der Diagnose Lumboschialgie, nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner je Altersgruppe

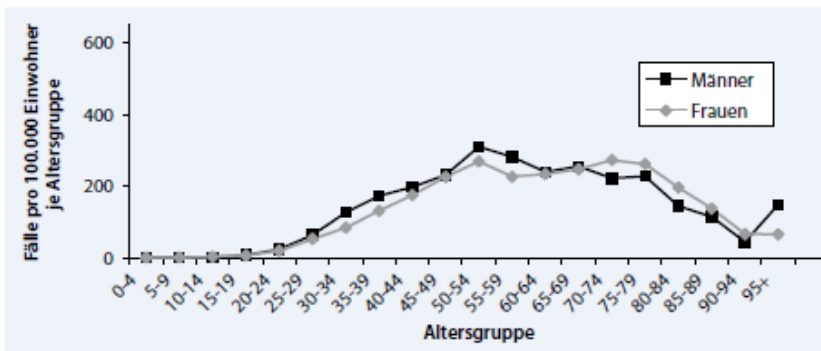
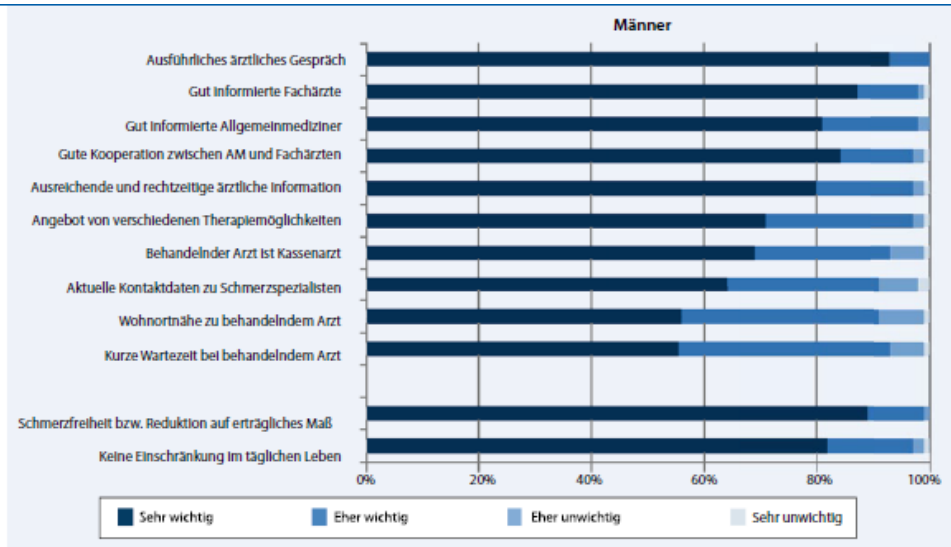


Abb. 3 ▲ Krankenhausentlassungen mit der Diagnose lumbaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie, nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner je Altersgruppe

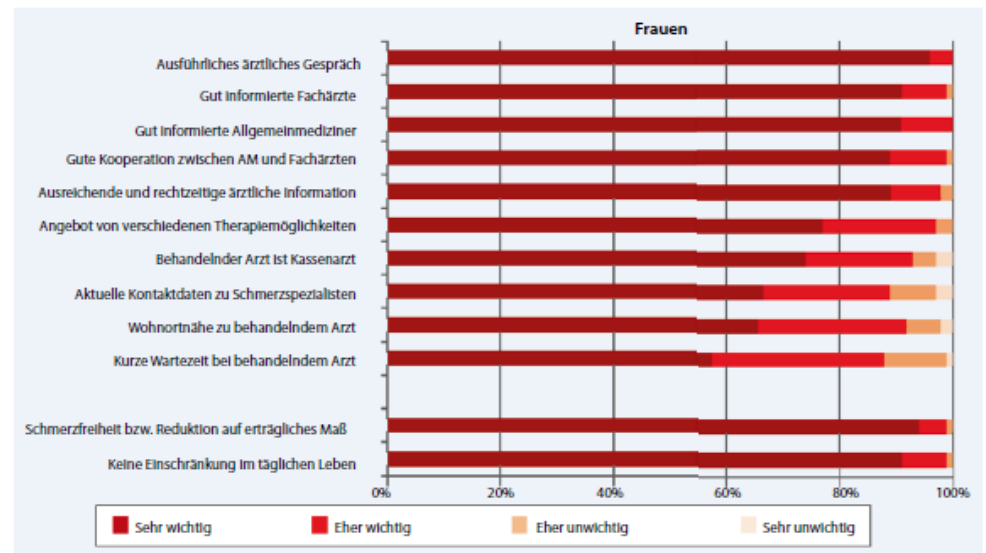


Schmerz 2010 · 24:468–473
 DOI 10.1007/s00482-010-0962-7
 Online publiziert: 2. September 2010
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium
 des Schmerzes. Published by Springer
 Medizin Verlag · all rights reserved 2010

K.V. Stein¹ · T.E. Dörner¹ · W. Ilias² · A. Rieder¹
¹ Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien
² Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Österreichische
 Schmerzgesellschaft, Wien

Schmerzpatienten und ihre Erwartungen an die ärztliche Versorgung

Ergebnisse aus dem Österreichischen Patientenbericht



Epidemiologie und Schmerzforschung

*„Man muss neue Methoden für die epidemiologische Forschung einsetzen, wie zum Beispiel **Neuroimaging und Genetik**, Diese braucht es für Erkennen zugrundeliegender biologischer Mechanismen und potentieller Therapien“*

nach Mills et al, British J Anaesthesia, 2019

Pandemie & Sex/Gender

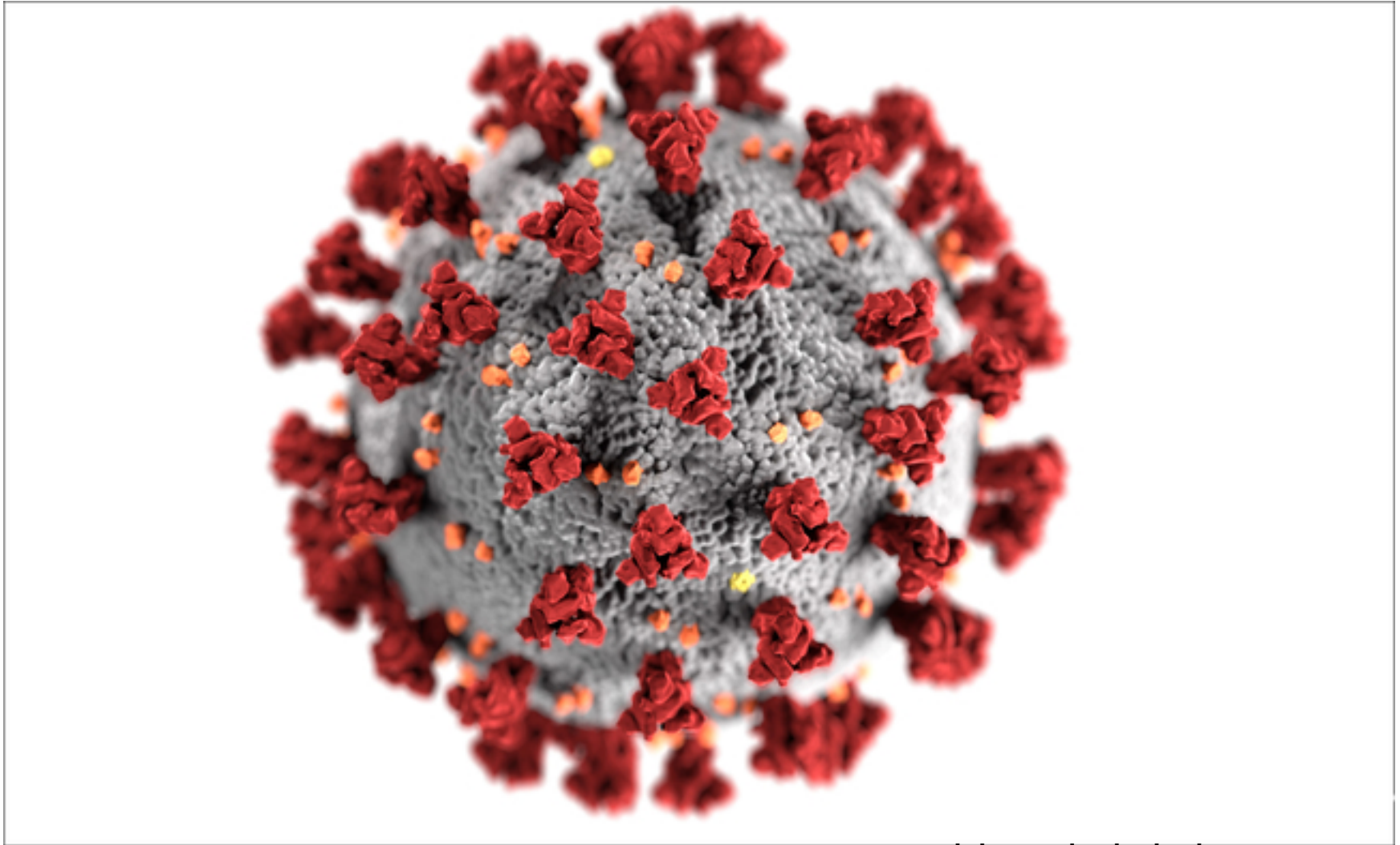


Bild Paul Ehrlich Institut

<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-node.html>



H.-TH. PANKNIN & ST. SCHRÖDER

COVID-19: Männer sind häufiger schwerer krank

Verschiedene Erklärungsmodelle, aber noch keine eindeutige Ursache identifiziert

Die durch das neue SARS-CoV-2-Virus ausgelöste Pandemie hat innerhalb eines Jahres zu etwa 72 Millionen Erkrankungsfällen und etwa 1,6 Millionen Todesfällen geführt. In der ersten Welle der Pandemie haben einige Studien eine höhere Erkrankungsschwere und Mortalität bei erwachsenen Männern erkennen lassen. Die Ursachen hierfür sind aktuell noch unklar. Eine Arbeitsgruppe aus London hat als Basis für eine diesbezügliche Untersuchung weltweit publizierte Daten ausgewertet.

HARDY-THORSTEN PANKNIN
BfH

PROF. DR. STEFAN SCHRÖDER
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
Krankenhaus Dornbirn
GmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen

Analyse der großen Fallzahlen

Die Autorengruppe um Dr. Hannah Peckham vom University College in London, England, wertete 107 epidemiologische Fallübersichten aus, die zwischen dem 1. Jänner und dem 1. Juni 2020 erschienen waren. 88 dieser Publikationen stammten von staatlichen Websites, die über den Stand der Erkrankungs- und Todesfälle in dem jeweiligen Land oder Bundesstaat berichteten. Darüber hinaus wurden Artikel aus medizinischen Zeitschriften einbezogen, soweit sie Informationen zur Gesamtfallzahl der berichteten COVID-19-Erkrankungen, zur Anzahl der Intensivauf-

nahmen, zur Mortalität und Geschlechtsverteilung der COVID-19-Erkrankungen in einer bestimmten Region enthielten. Bei der Prüfung der Daten stellten sich Überlappungen der Patientenkollektive zwischen einigen Publikationen heraus, weshalb nur 90 Artikel in die Auswertung eingeschlossen wurden.

Die Publikationen enthielten Daten zu 3.111.714 COVID-19-Infektionen aus 46 Ländern und 44 US-Bundesstaaten. Acht Berichte mit einer Gesamtzahl von 341.571 COVID-19-Fällen enthielten geschlechtsspezifische Daten zur Häufigkeit von Intensivmaßnahmen. 71 Berichte gaben die Geschlechterverteilung der Todesfälle an. Letztere umfassten 2.751.115 Erkrankungs- und 214.361 Todesfälle (Mortalität 7,8%). Der Anteil der männlichen Personen an allen Erkrankten lag in den genannten Studien bei genau 50 Prozent. Dies zeigte, dass das Risiko von Männern und Frauen, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken, gleich hoch ist.

Das Risiko einer Intensivaufnahme war jedoch für Männer um den Faktor 2,84 erhöht, das Risiko eines tödlichen Verlaufs um den Faktor 1,39. Beide Ergebnisse waren hoch signifikant mit p-Werten <0,0001.



ARTICLE

<https://doi.org/10.1038/s41467-020-19741-6>

OPEN



Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission

Hannah Peckham ^{1,2}, Nina M. de Groot ^{1,2}, Charles Raine ², Anna Radziszewska ^{1,2}, Coziana Ciurtin ^{1,2}, Lucy R. Wedderburn ^{1,3,4}, Elizabeth C. Rosser ^{1,2,7}, Kate Webb ^{5,6,7} & Claire T. Deakin ^{1,3,4,7}✉

Anecdotal evidence suggests that Coronavirus disease 2019 (COVID-19), caused by the coronavirus SARS-CoV-2, exhibits differences in morbidity and mortality between sexes. Here, we present a meta-analysis of 3,111,714 reported global cases to demonstrate that, whilst there is no difference in the proportion of males and females with confirmed COVID-19, male patients have almost three times the odds of requiring intensive treatment unit (ITU) admission (OR = 2.84; 95% CI = 2.06, 3.92) and higher odds of death (OR = 1.39; 95% CI = 1.31, 1.47) compared to females. With few exceptions, the sex bias observed in COVID-19 is a worldwide phenomenon. An appreciation of how sex is influencing COVID-19 outcomes will have important implications for clinical management and mitigation strategies for this disease.

Wen kann Long COVID treffen? Gibt es Risikofaktoren?

- Es kann jeden/jede treffen
- Vermutlich häufiger bei Personen mit schweren COVID Verläufen
- Aber Personen mit milden Verläufe und sehr milden Verläufe kann es ebenso treffen
- **Mögliche Risikofaktoren, u.a.:**
 - Hohes Alter
 - Körperliche und psychische Vorerkrankungen
 - Mehr als 5 Symptome in der ersten Woche der Infektion
 - Erforderlicher Spitalsaufenthalt bei Infektion
- **Geschlechterunterschied!**
- **Frauen sind häufiger von Long COVID betroffen, unabhängig vom Alter**
- Kinder und Jugendliche sind von Long COVID nicht ausgenommen!
- Es ist noch wenig über die gesundheitlichen Langzeitfolgen bei Kindern und Jugendlichen bekannt

*Quelle: Robert Koch Institut
<https://www.rki.de>, abgerufen am 16.2.2022*

Kapitel 18


Pandemien und Gender. Die ungleichen Auswirkungen einer Pandemie auf die Geschlechtergerechtigkeit

[18] *Anita Rieder, Elena Jirovsky*

Andreas Reis
Martina Schmidhuber
Andreas Frewer Hrsg.

Pandemien und Ethik

Entwicklung – Probleme – Lösungen

 Springer

August 2021

Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:1031–1037
DOI 10.1007/s00103-014-2009-1
Online publiziert: 2. August 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

C. Binder-Fritz · A. Rieder

Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien

Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration

Intersektionalität

„Wechselbeziehungen zwischen sozialen Kategorien“

„Unter Intersektionalität wird dabei verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden müssen.

(Walgenbach 2012: 81).

Gender und Diversität an der medizinischen Universität Wien

- Professur für Gender Medizin
- Permanente Arbeitsgruppe
 - „Gender & Diversität in den Lehrplänen“
- Formulieren von Empfehlungen für die Studienplanverantwortlichen
- Regelmässige Ringvorlesungen und Lehrveranstaltungen „Gender Medizin & Diversität „
 - (Lectures and Seminars) in undergraduate Curricula and PhD
- Weiterbildung Universitätslehrgang Gender Medizin
- Stabsstelle Gender und Diversität der Universität

Gender & Diversity Instrument für die Lehre



Gender und Diversity Lens Tool¹

= ein kleiner Werkzeugkasten zur Unterstützung um unterschiedliche Bedürfnisse von Personengruppen in der medizinischen Versorgung verstärkt wahrzunehmen.

LEITFRAGEN, um Aspekte wie sozio-ökonomischer und sozio-kultureller Hintergrund, Geschlecht, Alter, physische und psychische Fähigkeiten sowie sexuelle Orientierungen vermehrt mitzudenken:

- Werden verschiedene Perspektiven eingenommen?
- Werden unterschiedliche Bedürfnisse wahrgenommen?
- Werden verschiedene kulturelle bzw. religiöse Traditionen miteinbezogen?
- Wird versucht, Stereotype aufzubrechen?
- Werden unterschiedliche Lebensrealitäten mitgedacht?

¹Entwickelt von der Arbeitsgruppe Gender und Diversity im Curriculum der MedUni Wien in Anlehnung an Day, A.: The Gender Lens Tool.
Online: <http://genderandhealth.ca/en/modules/lens/gender-lens-table.jsp?r=> [2016-12-15]



Haben

1. sozio-ökonomischer oder sozio-kultureller Hintergrund
2. Geschlecht
3. Alter
4. physische oder psychische Fähigkeiten
5. sexuelle Orientierung
6. Bildungshintergrund
7. Migrationserfahrungen etc.

von Personen Einfluss auf Erkrankungen hinsichtlich Inzidenz und/oder Prävalenz? Symptombeschreibung? Risikofaktoren? Verlauf der Erkrankung?

medizinischen Leistungen?

zwischen den oben relevant werden?

The Gender Lens Tool**

1. Are there gender differences in... _____		2. What factors (might) contribute to these differences?				
		Biological	Psychosocial			
			Social	Cultural	Economic	Political
Incidence/Prevalence	Y N ?					
Diagnosis/Investigation	Y N ?					
Risk Factors	Y N ?					
Natural History	Y N ?					
Treatment and Response	Y N ?					

3. Identify the gaps... address the gaps.

**Developed by A. Day, University of Toronto.
Reproduce with credit to the author.

¹Entwickelt von der Arbeitsgruppe Gender und Diversity im Curriculum der MedUni Wien in Anlehnung an Day, A.: The Gender Lens Tool.
Online: <http://genderandhealth.ca/en/modules/lens/gender-lens-table.jsp?r=> [2016-12-15]



Wien Med Wochenschr (2009) 159/3–4: 95–109
DOI 10.1007/s10354-009-0652-1
© Springer-Verlag 2009
Printed in Austria

wmw
Wiener Medizinische Wochenschrift

Der Professorinnenclub der Medizinischen Universität Wien

Eine Initiative zur Förderung von Frauen und Frauennetzwerken in den medizinischen Wissenschaften

**Veronika Fialka-Moser, Christa Fonatsch, Erika Jensen-Jarolim, Renate Koppensteiner, Irene Lang,
Christine Mannhalter, Ingrid Pabinger, Margit Pavelka, Eva Piehslinger, Anita Rieder, Ursula Schmidt-Erfurth,
Veronika Sexl, Maria Sibillia, Marianne Springer-Kremser und Ursula Wiedermann***

Der Club der Professorinnen, Wien, Österreich*



Jährliche Vergabe

„Veronika Fialka-Moser Preis“

Gender and Diversity

in Medizinischer Lehre und Forschung

(Diplomarbeiten, Projekte, Initiativen)



„Frauennetzwerk Medizin“

<https://wnw-med.meduniwien.ac.at>

Mentoring Programm – Netzwerk



„Alle wissenschaftliche Arbeit ist unvollständig –
gleich ob sie beobachtend oder experimentell ist.

Alle wissenschaftliche Arbeit kann leicht durch fortschreitende
Erkenntnis verworfen oder verändert werden.

Das gibt uns aber nicht die Freiheit, das vorhandene Wissen zu
ignorieren oder die Maßnahmen aufzuschieben, die zur jeweiligen
Zeit erforderlich scheinen“

Sir Austin Bradford Hill, 1965 (Britischer Epidemiologe)