

01. März 2011

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

*Brauchen wir die Quote oder brauchen wir sie nicht? Die Frage spaltet laut stern-Umfrage die Gesellschaft und zwar, wie nicht anders zu erwarten, in die (vorwiegend) weibliche pro Quote-, und (vorwiegend) männliche Hälfte, die eine solche nicht für notwendig hält...*

*Das Spätwinterthema wird sicher spätestens nach dem 8. März, Internationaler Frauentag, wieder in der Versenkung verschwinden. Vielleicht aber auch nicht? Zumindest im Gesundheitsbereich wollen wir für mehr Dynamik sorgen. Zum Beispiel mit unserem Workshop „Gendermedizin und Öffentlichkeit“ am 2. März in Berlin. Er bietet ein Podium für kompetente, kommunikative Frauen – und Männer! – mit Inspiration und Zukunftsorientiertheit in Sachen individualisierte Medizin. Dass Professor Roland Hetzer, Ärztlicher Direktor des Deutschen Herzzentrums Berlin, dafür den Weißen Saal des DHZ zur Verfügung stellt, freut uns besonders, denn der prominente Herzchirurg ist einer der ersten Förderer der Gendermedizin, dies auf dem Gebiet der Kardiologie. Er war es, der seiner Mitarbeiterin Vera Regitz-Zagrosek die Möglichkeit zu entsprechenden Studien gab. Prof. Regitz-Zagrosek ist heute Leiterin des ersten deutschen Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der*

*Berliner Charité und eine Hauptreferentin unseres Workshops...*

*Mit dem Ziel der Bestandsaufnahme und des Erfahrungsaustauschs wollen wir ein Netzwerk etablieren, das die Gendermedizin in der öffentlichen Wahrnehmung ankommen lässt. Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher, Ärztinnen und Ärzte werden davon profitieren. Auch wenn Sie in Berlin nicht dabei sind: Sie sind herzlich eingeladen, sich über das Netzwerk zu informieren und mitzumachen!*

*Auf unserer Website [www.gendermed.info](http://www.gendermed.info) finden Sie auch nach dem 2. März alles über den Workshop Referate, Abstracts, Fotos und Informationen über die ReferentInnen. Was es sonst noch an interessanten Infos aus der Welt der geschlechterspezifischen Medizin gibt, lesen Sie ebenfalls dort und hier, in unserem aktuellen Newsletter.*

*Wir wünschen Ihnen einen anregenden Start in den Frühling –*

*Ihre Annegret Hofmann  
im Namen des anna fischer Teams*

## Gendermedizin & Öffentlichkeit

### Workshop am 2. März 2011 in Berlin:

### Aus den Abstracts und Vorabinterviews mit ReferentInnen und DiskutantInnen

**Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Endokrinologin, Lehrstuhl für Gender Medicine, Universität Wien:**

„Die Gesamtbetrachtung macht Gendermedizin aus, ist ein Faktor individualisierter Medizin.“

**Silke Oelkers, Abteilungsleiterin BARMER GEK:**

„Gendaspekte müssen Berücksichtigung finden, um die Unter-, Über- oder Fehlversorgung abzubauen. Individualisierte, ganzheitliche Medizin verspricht bessere Behandlungserfolge und damit einen effektiveren Ressourceneinsatz. Dass wir auf einem guten Weg sind, Versorgung neu zu denken und in entsprechende Versorgungskonzepte zu gießen, zeigt dieser Workshop.“

**Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga:**

„Besondere Kenntnisse über Geschlechtsdifferenzierungen sollten auch zu einer stärker individuellen Therapie für jeden Rheuma-Patienten, jede Rheuma-Patientin führen, die das Geschlecht ebenso berücksichtigt wie andere Parameter.“

**Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione, Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin:**

„Wenn wir akzeptieren, dass eine geschlechtsspezifisch ausgerichtete Medizin dazu beitragen kann, dass Pa-

tientinnen und Patienten diejenige Therapie erhalten, die für sie, ob Mann oder Frau, die richtige ist, dass diese Patienten die richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung erhalten, vielleicht auch die geeignete Physiotherapie, die ihrem Geschlecht, aber auch ihrem Alter entspricht, so sagt das viel über den Nutzen einer genderorientierten Medizin aus. Unsere dazu erarbeitete Datenbank gibt nicht nur Einblick in den Stand der Forschungen, sondern offenbart auch die Lücken, liefert Ansätze für neue Fragestellungen und Kooperationen.“

#### **Dagmar Roth-Behrendt, Vizepräsidentin des Europäischen Parlaments:**

„Um differenzierten Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden, ist es wichtig, Unterschiede zu erkennen, sie zu untersuchen und darauf aufmerksam zu machen. Dazu ist die Gendermedizin als Vorreiter hervorragend geeignet. Und wenn einzelne Mitgliedsstaaten in diesem Bereich vorangehen und Vorbilder für andere Mitgliedsländer sind, ist es umso besser.“

#### **Unsere Partner des Workshops**



## **Das Interview**

### **„Patientinnen fordern mehr Information und Kommunikation: Kliniken müssen sich darauf einstellen.“**



**„Wir brauchen gut informierte und auch kritische Patientinnen und Patienten, um die gesundheitliche Versorgung zu optimieren.“ Dieser Auffassung ist Johanna Zebisch. Die Soziologin ist Fachreferentin für Gender in Medizin und Pflege am Städtischen Klinikum München. Wir sprachen mit ihr.**

*Ihr Arbeitsbereich ist ziemlich einmalig in der nichtuniversitären Krankenhauslandschaft – wie kam es dazu?*

**J. Zebisch:** München ist die erste bayerische Kommune (und eine der ersten Städte bundesweit) mit einer Gleichstellungsstelle – sie besteht immerhin schon 25 Jahre. Das hatte auch einen lang wirkenden Einfluss auf die städtischen Unternehmen, zu denen auch die „Städtische Klinikum München GmbH“ mit ihren vier großen Akutkrankenhäusern und einer Fachklinik gehört. Und in der Tat sind wir die bisher einzigen mit einem entsprechenden Unternehmensbereich.

In meiner Funktion geht es um die Integration von

#### **Dr. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes:**

„Ärztinnen werden durch ihre nach Geschlecht differenzierende Sichtweise die Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsversorgung bereichern.“

#### **Dr. Dr. Christiane Gleissner, wissenschaftliche Leiterin der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde:**

„Gerade in der Zahnmedizin spielt neben den biologischen Unterschieden der Genderaspekt eine wichtige Rolle. Erkrankungen der Zahnhartsubstanz (z.B. Karies) und des Zahnbettes (z.B. Parodontitis) sind multifaktorielle Erkrankungen, an deren Entstehung das psychosoziale Umfeld in großem Maße beteiligt ist. Hier besteht noch viel Forschungsbedarf. Das Ergebnis wird eine differenzierte Diagnostik, Therapie und Prävention sein, von der sowohl Frauen als auch Männer profitieren werden.“

Gender-Aspekten in die Pflege und Medizin, um unsere Patientinnen und Patienten zielgruppendifferenziert versorgen zu können. Meine Kollegin bearbeitet die Betriebliche Gleichbehandlung bezogen auf die MitarbeiterInnen.

*Wie wird das Thema Gendermedizin wahrgenommen?*  
**J. Zebisch:** Wie sicher vielerorts, stehen wir hier noch ganz am Anfang. Ich versuche zunächst klarzumachen, dass die jetzt vielzitierte individualisierte Medizin die Bemühungen um Gendermedizin nicht obsolet macht, sondern dass Gendermedizin faktisch die Einstiegsituation darstellt: Wer gute Medizin machen will, muss genau hinschauen, sollte Geschlecht und Alter, sowie Lebensweise und Persönlichkeit der Patientin und des Patienten in Betracht ziehen. Viele sagen – ich habe das doch schon immer gemacht.

Aber mir geht um die methodische Herangehensweise, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zum medizinischen Alltag in unseren Krankenhäusern werden sollte. Bis dahin ist es indes noch ein weiter Weg. Ich habe jetzt mit unseren Chefärzten und -ärztinnen Leitfadeninterviews geführt, die eine Bestandsaufnahme darstellen. Die werten wir im Moment aus.

*Sie legen Wert darauf, dass die Kommunikation mit und die Einbeziehung der PatientInnen wichtige Faktoren für eine bessere Medizin sind. Welche Fakten sprechen dafür?*

**J. Zebisch:** Eine ganze Reihe. Eine aktuelle PatientInnen-Umfrage sowie die Auswertung von PatientInnenbeschwerden in unseren Kliniken haben beispielsweise ergeben, dass die kritischen Bewertungen nicht zu unterschätzende Informationen für die Optimierung von Medizin und Pflege darstellen – und im Wettbewerb der Krankenhäuser eine immer größere Rolle spielen werden.

Bei der Befragung wie auch bei den Auswertungen der Beschwerden haben sich geschlechtsspezifische Unterschiede gezeigt. Frauen bewerten viele Dinge im Krankenhaus kritischer und sie haben dabei teilweise andere Sachverhalte im Auge als Männer. Das bezieht sich z. B. auf solche Faktoren wie Sauberkeit und die Information über Untersuchungsergebnisse.

## News

### **Mehr Ärztinnen in Sachsen – aber nicht in den Leitungen!**

Der Trend des stärkeren Anstiegs der Anzahl von Ärztinnen setzt sich in Sachsen weiter fort. Insgesamt stellen sie mit 52,9 Prozent den größeren Anteil und damit fast 1.200 mehr als bei den Ärzten. „Die Feminisierung der Medizin ist nur zu begrüßen, da Ärztinnen durchaus eine andere Sicht auf den Patienten haben. Zugleich müssen die Arbeitgeber auf diesen Trend reagieren und familienfreundliche Arbeitsbedingungen vorhalten.“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Besonders deutlich lässt sich die unterschiedliche Entwicklung anhand der Ärztezahlen der Krankenhäuser beleuchten: stieg die Anzahl der Ärztinnen (3.658) hier um 256 im Vergleich zum Vorjahr und um rund 700 im Vergleich zum Jahr 2005, zeigen die Zahlen der Ärzte nur einen Anstieg von 91 bzw. 206.

Dieser Trend hat allerdings keinen Einfluss auf das gleichbleibende signifikante Ungleichgewicht bei den leitenden Funktionen. Hier zeigt die Verteilung weiterhin deutlich in Richtung der Männer: 523 leitenden Ärzten stehen 87 Ärztinnen gegenüber.

*Information: Landesärztekammer Sachsen, [www.slaek.de](http://www.slaek.de)*

### **Wegfall der Musterung:**

#### **Vorsorge-Untersuchungen notwendig**

Mit dem Wegfall der Wehrpflicht fällt auch die Musterung weg, eine „Pflicht-Reihenuntersuchung“ aller jungen Männer. Damit entsteht nach Meinung von Prof. Dr. Frank Sommer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V., Professor für Männergesundheit am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, eine riesige Vorsorgelücke. „Die letzte Untersuchung machen die Jugendlichen mit 14,15 Jahren. Danach ist 20 Jahre keine gesetzliche Vorsorge vorgesehen. Wenn man bedenkt, dass ohnehin nur 20 Prozent der Männer zur Vorsorge gehen, ist der Wegfall der Musterung ein echtes Problem.“ Damit würde die Früherkennung z. B. von Zahnerkrankungen über orthopädische Probleme bis hin zu den geschlechtsspezifischen und urologischen Erkrankungen erschwert. „Häufig wurden Krampfadern am Hoden (Varikozelen) entdeckt, die zur Unfruchtbarkeit führen können. Besonders hervorzuheben ist die Erkennung von Hodentumoren, die durch frühzeitige Erkennung erfolgreich behandelt werden können. Außerdem wurden auffälli-

ge Herzgeräusche, Blutdruckerhöhung oder Harnwegs-erkrankungen entdeckt.“

Prof Sommer forderte die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen auf zu reagieren, indem kostenlose Vorsorge-Untersuchungen angeboten werden.

*Information: Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V.*

### **Warnzeichen erkennen:**

#### **Bei Ess-Störungen Familie einbeziehen**

Schon jeder fünfte Jugendliche zeigt ein auffälliges Essverhalten. Magersucht, Ess-Brechsucht, aber auch starkes Übergewicht gehören mittlerweile zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Lag das Erkrankungsalter für Magersucht und Bulimie früher im Mittel bei 20 Jahren, sind die Betroffenen mittlerweile deutlich jünger. „Wenn Teenager unter Essstörungen leiden, sollte die ganze Familie in die Therapie mit einbezogen werden“, betont Professor Ulrich Voderholzer, Prien (Chiemsee). Dabei fällt es Angehörigen oft schwer, die Warnzeichen richtig einzuordnen. Denn die betroffenen Mädchen treiben oft intensiv Sport und entwickeln einen besonderen Ehrgeiz in der Schule – ein Verhalten, das von der Familie zunächst begrüßt wird.

„Je früher eine Therapie einsetzen kann, desto besser sind die Chancen, dass die Erkrankung junge Patienten nicht bis ins Erwachsenenalter hinein belastet. Wer Essstörungen als Phase innerhalb der Pubertät abtut, unterschätzt ihren Schweregrad“, so Professor Voderholzer. „Magersucht hat die höchste Sterblichkeit aller psychischen Erkrankungen.“

*Information: Schön Klinik, Prien*

### **Dem Alkoholmissbrauch Paroli bieten:**

#### **Frauenärzte engagieren sich**

Im Mittelpunkt der jüngsten Initiative „GenoGyn-Prävention-aktiv“ steht das Engagement der Ärztlichen Genossenschaft GenoGyn Köln gegen Alkoholsucht, Tabakkonsum und Übergewicht.

Besonders alarmierend ist die Zunahme des Komatrin-kens unter Jugendlichen, aber auch unter Senioren. So wurden laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2009 bundesweit rund 26.400 Mädchen und Jungen zwischen zehn und 20 Jahren mit einer Alkoholvergiftung in Kliniken behandelt. Das ist ein neuer Höchststand und im Vergleich zum Jahr 2000 ein Anstieg um 178 Prozent. Erschreckend: Im Alter von 10 bis 14 Jahren sind inzwischen mehr Mädchen als Jungen betroffen. Als besonders gefährdet gelten Frauen zwischen 45 und 54 Jahren aus den oberen Bildungsschichten. Jede fünfte von ihnen konsumiert Alkohol in riskanter Weise. „Alkoholmissbrauch ist längst kein reines Männerproblem mehr“, betont GenoGyn-Vorstandsmitglied Dr. Jürgen Klinghammer. Erschwerend komme hinzu, dass Frauen schneller abhängig werden und stärkere Gesundheitsschäden davontragen. So ist Alkohol als Risikofaktor für Brustkrebs bekannt, und noch immer erleiden in Deutschland jährlich mehrere Tausend Babys durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zum Teil schwere körperliche und geistige Schäden.

*Information: Ärztliche Genossenschaft GenoGyn, Hamburg*

## Jede fünfte Frau mit Normalgewicht hat eine Insulinresistenz

Mit zunehmendem Körpergewicht steigt das Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Aber auch vor dem Auftreten einer diabetischen Stoffwechselstörung haben Übergewichtige signifikant häufiger eine Insulinresistenz, die eine Facette des sogenannten metabolisch-vaskulären Syndroms ist. An einer Insulinresistenz können aber auch normalgewichtige, anscheinend gesunde Menschen erkranken. Darauf weist die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) anlässlich einer kürzlich veröffentlichten Studie des Instituts für Präventive Medizin in Berlin hin. Bereits bekannt ist, dass diese die Blutgefäße schädigen kann, und bei Betroffenen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Durch die Bestimmung von Blutzucker und Insulin in einem Glukosebelastungstest und die Berechnung spezieller Indizes ist die Insulinresistenz frühzeitig diagnostizierbar. Gesunde Ernährung sowie Bewegung können die Sensitivität der Körperzellen für Insulin wieder verbessern und somit das Risiko von Folgeerkrankungen verringern.

An der Studie beteiligten sich 289 normalgewichtige Frauen zwischen 17 und 56 Jahren, die keine Medikamente zu sich nahmen. An ihnen wurde ein oraler Glukosetoleranztest (oGTT) mit Messung der Blutzuckerwerte und des Insulins durchgeführt. Das Ergebnis: Keine Teilnehmerin hatte Typ-2-Diabetes, jedoch 22,5 Prozent eine Insulinresistenz. Bei dieser sind die Blutzuckerwerte auf nüchternen Magen nicht erhöht. Der Körper benötigt jedoch mehr Zeit, um nach einer Mahlzeit den Zucker zu verwerten.

Bereits bekannt ist, dass nicht nur Diabetes mellitus, sondern auch eine Insulinresistenz die Blutgefäße schädigen kann und sich das Risiko für Folgeerkrankungen erhöht: Dazu gehören insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall. Es ist deshalb sinnvoll, diese Vorstufe des Typ-2-Diabetes frühzeitig zu erkennen und mit einer Ernährungsumstellung sowie ausreichend Bewegung die Folgen zu verhindern, so die DDG.

Die Ergebnisse belegen, dass – neben dem Übergewicht – auch andere Risikofaktoren für eine Insulinresistenz eine wichtige Rolle spielen: Bei den normalgewichtigen Frauen könnten die genetische Veranlagung, ein Schwangerschaftsdiabetes der Mutter, ein niedriges Geburtsgewicht oder hormonelle Faktoren die Insulinresistenz verursacht haben, vermuten die Autoren. Auch das Alter spielt eine Rolle: Die über 50-jährigen hatten in der Untersuchung häufiger eine Insulinresistenz als die unter 50-jährigen.

s. a. [www.diabetesde.org](http://www.diabetesde.org)

## Personalia

Zur Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde im Februar **PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Mainz/Friedberg** gewählt. Die Mitgliederversammlung gab dem Gründungsvorstand ihre volle Zustimmung. Vizepräsident ist Zahnarzt **Dr. Tim Nolting, Bocholt**, seit langem im Bereich „Gendermedizin“ engagiert.

Die DGGZ wird bei ihrer fachlichen Arbeit unterstützt u. a. von **Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Kardiologin**, Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, Charité, und **Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Endokrinologin**, Professur für Gender Medicine, Universität Wien.

## Impressum

anna fischer project  
by Contentic Media Services GmbH  
Neuenburger Str. 17  
10969 Berlin  
Tel. +49 (30) 28 38 5003  
Fax +49 (30) 28 38 5005

Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),  
Projektleitung  
[annegret.hofmann@mediencity.de](mailto:annegret.hofmann@mediencity.de)

Foto S. 2: privat