

## **Workshop:**

### **Sie tickt anders. Er auch.**

### **Geschlechterspezifik in Medizin, Pflege, Forschung, Lehre...**

**Bochum, 16. Mai 2012**

**Ruhr Universität Bochum**

**Veranstaltungszentrum**

## **Programm**

13.00 Uhr	<b>Eröffnung</b>
13:05 – 13.15 Uhr	<b>Begrüßung durch Marlis Bredehorst,</b> Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
13:15 – 13.35 Uhr	<i>PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn, Essen:</i> <b>Sex und Gender – was liegt schon in den Genen?</b>
13:35 – 13.55 Uhr	<i>Prof. Petra Thürmann, Wuppertal:</i> <b>Welche Pille für wen?</b> <b>Genauer hinschauen in der Pharmakotherapie</b>
13:55 – 14:15 Uhr	<i>Thomas Altgeld, Hannover:</i> <b>Männergesundheit jenseits von Stereotypen und falschen Forderungen</b>
	<i>Moderation: Annegret Hofmann, Berlin</i>

- 14:15 – 14.45 Uhr      **Diskussion zu den Eröffnungsbeiträgen**
- 14.45 – 15:30 Uhr      **Podiumsrunde Versorgungsforschung**  
*Prof. Clarissa Kurscheid, Köln; Prof. Ursula Härtel, München; Dr. Hendrik Okonek, Bad Lippspringe; Prof. Andrea Icks, Düsseldorf*  
*Moderation: Thomas Altgeld, Hannover*
- 15:30 – 16:00 Uhr      Kaffee-Pause und Gespräche
- 16:00– 16:45 Uhr      **Podiumsrunde Familienmedizin und Pflege mit Geschlechterspezifität?**  
*Silke Oelkers, Barmer GEK, Wuppertal; Dr. Marie-Luise Fasshauer, Wuppertal; Prof. Ingo Füsgen, Velbert-Neuig*  
*Moderation: Isabel Straka, Berlin*
- 16:45 – 17:30 Uhr      **Podiumsrunde Aus-, Fort- und Weiterbildung**  
*Prof. Bettina Pfeleiderer, Münster; Dr. Constanze Schäfer, Apothekerkammer Nordrhein, Düsseldorf; Dr. Doris Dorsel, Ärztekammer Westfalen-Lippe*  
*Moderation: Karin Heisecke, Berlin*
- 17:30 – 18:00 Uhr      **Diskussion, Erfahrungsaustausch**

## **Barbara Steffens**

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

### Interview

## **Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen stärker für geschlechtsdifferenzierte Prävention und Versorgung sensibilisieren**

**Wie kommen wir bei der Umsetzung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems schneller voran? gendermed.info fragten in Vorbereitung des Workshops „Sie tickt anders. Er auch. Geschlechterspezifik in Medizin, Pflege, Forschung, Lehre...“ bei Ministerin Barbara Steffens nach.**

*Ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem das ist in Nordrhein-Westfalen nicht nur eine anerkennenswerte politische Forderung. Es gibt viele spannende Projekte und Ideen dazu, das zeigte nicht zuletzt das Engagement vieler Beteiligter am Projekte-Wettbewerb IuK & Gender.Med.NRW im vergangenen Jahr. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, um bei der Umsetzung noch schneller voranzukommen – mehr Geld, mehr Umdenken, mehr Forschungspotenzial?*

**Steffens:** Klar ist, dass eine unzureichende Geschlechterdifferenzierung zu Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Männer führt. Die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen müssen stärker als bisher in der Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Prävention und Versorgung sensibilisiert werden. Das ist eine Aufgabe des gesamten Gesundheitswesens. Mehr Geld braucht es dazu nicht unbedingt. In der Forschung benötigen wir mehr Studien, die beide Geschlechter in den Blick nehmen. Dabei denke ich insbesondere an Grundlagen- und die Pharmaforschung.

*Was halten Sie von dem häufig vorgebrachten Einwand, eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung würde nur noch höhere Kosten verursachen?*

**Steffens:** Den kann ich nicht nachvollziehen. Wenn eine Behandlung deshalb weniger oder gar nicht erfolgreich ist, weil geschlechtsspezifische Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten nicht berücksichtigt wurden, ist das ineffizient und damit teuer. Wenn alle den Blick darauf richten, „Was hilft bei Männern, was hilft bei Frauen?“, wird

das Kosten senken.

*Sie haben vor kurzem angemerkt, dass geschlechterspezifische Medizin in der Regelversorgung noch nicht angekommen sei. Was können wir gemeinsam tun, damit sich etwas bewegt? Welche Maßnahmen wären dabei aus Ihrer Sicht denkbar und sollten dabei auch politisch unterstützt werden?*

**Steffens:** Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe muss den Genderaspekt stärker berücksichtigen. Auch Fachveranstaltungen und Workshops wie der am 16. Mai in Bochum, Wettbewerbe wie der LuK & Gender.Med.NRW und die Diskussionen in der Landesgesundheitskonferenz tragen dazu bei, die notwendige Geschlechterdifferenzierung in die Regelversorgung zu tragen. Mit dem zukünftigen Kompetenzzentrum „Frauen und Gesundheit NRW“ werden wir hier das Bewusstsein weiter schärfen – mit der geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung des Landes legen wir die Grundlage, um Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung aufzuzeigen.

*Das Gespräch führte Annegret Hofmann*

## **PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn**

Leiterin der Forschungsgruppe „Molecular Cancer Prevention Research“ am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Essen

### Statement

## **Sex und Gender – was liegt schon in den Genen?**

Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Individuen kommen bei allen Säugetierspezies einschließlich des Menschen vor. Sie beziehen sich in erster Linie auf den Reproduktionstrakt, jedoch auch auf anatomische, physiologische und Verhaltensmerkmale.

Die biologischen Grundlagen der Geschlechterunterschiede sind durch ein Wechselspiel von Genen mit Geschlechtshormonen bedingt. Beim Menschen tragen Frauen zwei X Chromosomen, während Männer ein X und ein Y Chromosom aufweisen. Diese Konstellation macht es notwendig, dass bei Frauen während der frühen Embryonalentwicklung in allen Körperzellen eines der beiden X Chromosomen irreversibel inaktiviert wird. Nur die Gene des jeweils aktiven X Chromosoms werden abgelesen und liefern damit die Information zum Bau der entsprechenden Proteine. Ca. 15% der X chromosomalen Gene können dem Inaktivierungsvorgang jedoch entkommen, wodurch bei Frauen gegenüber Männern bis zur doppelten Menge des entsprechenden Proteins hergestellt werden kann. Dies kann zu gravierenden Unterschieden im Stoffwechsel führen.

Von einem Gen (*SRY*) auf dem Y Chromosom hängt es ab, ob sich aus einem Embryo ein Junge oder ein Mädchen entwickelt, d.h., dass sich entweder Hoden oder Eierstöcke entwickeln, die überwiegend Testosteron beim Jungen, bzw. überwiegend Östrogen beim Mädchen produzieren. Diese Hormone sind wesentlich an der Entstehung der Geschlechtsunterschiede während der weiteren Entwicklung, bzw. an ihrer Aufrechterhaltung beim erwachsenen Menschen beteiligt, da sie die Aktivität vieler Gene geschlechtsspezifisch regulieren, d.h. dass – organspezifisch - von einem bestimmten Protein bei Männern und Frauen unterschiedliche Mengen hergestellt werden. Das Zusammenspiel geschlechtsspezifisch aktiver Proteine bewirkt die anatomische und physiologische Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern und- im Verband mit genderassoziierten Faktoren – unterschiedliche Erkrankungsrisiken und Erkrankungsformen.

## **Prof. Petra Thürmann**

Direktorin des Philipp Klee-Institutes für Klinische Pharmakologie HELIOS Klinikum Wuppertal, Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke

### Interview

## **Individualisierte Medizin rückt auch Geschlecht in den Vordergrund**

**Prof. Dr. Petra Thürmann** plädiert seit langem für den geschlechtsspezifischen Blick in der Pharmakotherapie. Beim Workshop „Sie tickt anders. Er auch.“ des Netzwerks „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ am 16. Mai 2012 in Bochum hält sie dazu einen der Eröffnungsvorträge. [gendermed.info](http://gendermed.info) sprach mit ihr.

*Seit kurzem sind Sie Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In diesem Gremium sind – bei insgesamt sieben Mitgliedern – drei Frauen, fast schon Parität... Das lässt hoffen, dass der geschlechtsspezifische Ansatz in der Medizin, der ja erfahrungsgemäß vor allem von Frauen vertreten wird, nun im SVR zunehmend ein Thema ist?*

**Prof. Thürmann:** Soweit sich das in den Themen anbietet, achten wir selbstverständlich auf den geschlechtsspezifischen Aspekt, sowohl seitens der Patientinnen und Patienten aber auch seitens der Ärztinnen und Ärzte bzw. weiblichen und männlichen Pflegekräfte.

*Sie sind als vehemente Verfechterin eines Umdenkens in der Pharmakotherapie bekannt, weisen immer wieder auf die häufig noch vorhandenen Probleme bei einer wirkungsvollen – und nebenwirkungsarmen/freien – medikamentösen Behandlung von Frauen hin. Geht es aber nicht generell darum, Arzneimittel wirkungsgerechter einsetzen zu können? Sind solche Fehlversorgungen auch bei Männern nachzuweisen? Und ist der gesunde weiße Mann in den Zwanzigern, der bei Medikamentenstudien zuerst gefragt ist, nicht auch die falsche Testperson für den 75-jährigen Mann, der verschiedene Grunderkrankungen hat?*

**Prof. Thürmann:** Selbstverständlich sind ältere und hochbetagte Männer genauso wie ältere und hochbetagte Frauen dem Risiko ausgesetzt, dass Medikamente – aufgrund des erhöhten Lebensalters – anders, insbesondere stärker, wirken. Aber auch im hohen Lebensalter kommt hinzu, dass Frauen oftmals sehr leichtgewichtig werden, wohingegen dieser extreme Abbau von Muskelmasse von Männern meistens nicht so stark ausgeprägt ist. D.h., gerade alte bzw. hochbetagte Frauen haben das allerhöchste Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Von dem Lebensalter abgesehen, werden Arzneimittel auch heutzutage immer noch – vor allen Dingen in den frühen Phasen der Entwicklung – mehr bei Männern getestet als bei Frauen. In einigen Krankheitsgebieten sind Frauen auch in den klinischen Studien, in denen die Therapie in einem annäherungsweise realen Setting überprüft werden soll, teilweise noch unterrepräsentiert. Allerdings muss man anerkennen, dass in den letzten Jahren tatsächlich deutlich mehr Studien darauf angelegt sind, Männer und Frauen gleichermaßen zu berücksichtigen bzw. dass sich Informationen über mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede viel häufiger in den Packungsbeilagen finden, als es noch vor 10 oder gar 20 Jahren der Fall war.

*Warum tun sich Pharmahersteller so schwer, dieses neue Thema einer stärker differenzierten Herangehensweise bei der Medikamentenentwicklung aufzugreifen, immerhin könnten sich ja auch neue Geschäftsfelder auf tun. Ist es „lediglich“ das offenbar teure und bürokratische Procedere bei der Zulassung eines neuen Medikaments? Inwieweit befassen sich – aus Ihrer Erfahrung heraus – forschende Arzneimittelhersteller mit diesem Thema? Und die andere Facette: Warum ist es so schwer, bei den Ärzten und Ärztinnen in Klinik und Praxis für ein geschlechtsspezifisches Herangehen offene Ohren zu finden. Immerhin trifft man unter ihnen nicht wenige, die zugeben, sich darüber noch selten oder nie Gedanken gemacht zu haben bzw. als gegeben annehmen, dass sie alles darüber schon wüssten.*

**Prof. Thürmann:** Verständlicherweise wäre es für Ärztinnen und Ärzte, und auch die pharmazeutische Industrie, sehr viel einfacher, wenn Patienten sich nicht so deutlich unterscheiden würden! Im Hinblick auf die pharmazeutische Industrie muss man schon deren Anstrengungen anerkennen, geschlechtsspezifische Unterschiede zumindest zu identifizieren. Das Problem liegt mittlerweile eher darin, dass die gefundenen Unterschiede oftmals nicht sehr groß sind, sich teilweise mit Alters- und anderen Unterschieden vermengen und statistisch nicht nachweisbar sind. Was nun fehlt, ist das letzte Quäntchen einer Konsequenz: beispielsweise eines Vorschlags für eine niedrigere Dosierung bei leichten Frauen. Da es hierzu dann in der Regel keine zusätzlichen Studien gibt, ist dies nur ein indirekter Rückschluss von einer geringen Anzahl von Patientendaten, sodass es den Herstellern schwer fällt, hier eine gute Evidenzlage zu präsentieren. Hier wäre vor allen Dingen auch die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte sowie der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, nach der Zulassung von Medikamenten verschärft diesen Unterschied zu betrachten und zu analysieren.

Und hier kommen wir zu dem Thema Bewusstsein in den Medizinprofessionen: Viele Ärztinnen und Ärzte nehmen den Geschlechterunterschied mehr oder weniger unterbewusst wahr und stellen sich sicher darauf ein. Immerhin haben wir in den letzten Jahren bei einigen Krankheiten ganz klar gelernt, dass die Symptome, beispielsweise bei Depressionen oder bei einem akuten Herzinfarkt, bei Frauen und Männern deutlich unterschiedlich sind und dies findet Eingang in Fortbildungsveranstaltungen. Der allseits interessierte Arzt bzw. die allseits interessierte Kollegin hat keine Mühe, auf vielen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und Kongressen, sich Vorträge zum Thema geschlechtsspezifische Unterschiede anzuhören.

Bei vielen wissenschaftlichen Erkenntnissen geht man davon aus, dass es ca. 10 Jahre benötigt, bis sie wirklich die Praxis der Medizin erreichen. Wenn dies schon „handfeste“ Daten anbetrifft, so dauert es bei sogenannten „weichen“ Faktoren noch ein bisschen länger!

Allerdings sehe ich in der derzeitigen Tendenz einer „individualisierten Medizin“ eine gute Chance, auch den Aspekt Geschlecht noch einmal in den Vordergrund zu rücken.

*Mit Prof. Thürmann sprach Annegret Hofmann*



## **Thomas Altgeld**

Diplom-Psychologe und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

[Artikel auf gendermed.info](http://gendermed.info)

### **Männer nicht zu „Gesundheitsmuffeln“ abstempeln!**

**Thomas Altgeld, Diplom-Psychologe und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, geht seit langem der Frage nach, wie „Männer ticken“ bei Fragen von Gesundheit und Krankheit – und geht hart ins Gericht mit den gängigen Klischees von Frauen- und Männergesundheit.**

„In fast allen Geschlechtervergleichenden Analysen werden die größere Risikobereitschaft und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert. So ein Diskurs bedient aus meiner Sicht archetypische Bilder von „Männlichkeit“. Männer sind eben nicht per se Vorsorgemuffel. Männer über 75 zum Beispiel nehmen den Gesundheitscheck häufiger wahr als gleichaltrige Frauen... Dreh- und Angelpunkt sind nicht zuletzt Gesundheitsangebote, die ihre Adressaten nicht erreichen – weil sie sich an vermeintlich geschlechtslose Wesen wenden. Damit laufen sie ins Leere.“

Altgelds These: „Die zentrale Frage bleibt, ob nicht gerade die auf den ersten Blick riskanteren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Männern und die Nichtinanspruchnahme von bestimmten Angeboten der Gesundheitsförderung nicht ein wesentlicher Teil ihrer Art „ihren Mann zu stehen“ sind. „Wenn das so ist, können nur solche Programme erfolgreich sein, die Männer dort erreichen, wo sie sich positionieren. Das tun die meisten Angebote nicht, man braucht sich nur die Offerten vieler Volkshochschulen zur gesunden Ernährung oder Bewegung anzuschauen. Wenn Männer aufgefordert werden, zum Bewegungskurs warme Socken oder zum Kurs Gesunde Ernährung eine Schürze mitzubringen, fällt sofort die Klappe. Es gibt aber auch positive Beispiele“, betont Thomas Altgeld. „Die Ansprache macht es, wie z. B. beim Yoga für Männer der VHS Regensburg. Das zeigen dann auch die Einschreibezahlen.“

Der Psychologe warnt davor, die Rolle der Partnerinnen bei der Wahrnehmung von Vorsorgemaßnahmen über zu bewerten. „Das ist dann letztlich auch nur von außen initiiert und bringt, wie viele Kampagnen zeigen, bei den Angesprochenen nur mäßigen Erfolg. Die Erkenntnis muss bei den Männern selbst reifen, und hier haben wir das Beispiel der Potenzmittel. Die einschlägigen Werbungen sprechen Männer direkt an – und haben Erfolg damit.“

## **Kardiologische Rehabilitation in Bad Lippspringe**

Das Medizinische Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe will mit der Förderung des Landes ein geschlechterdifferenziertes Rehaprogramm für die Kardiologie entwickeln. Geplant sind separate Frauengruppen bei der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung und der Ernährungstherapie. Das MZG arbeitet dabei eng mit Prof. Dr. Ursula Härtel, Ludwig-Maximilian.-Universität München, zusammen, die seit zwölf Jahren in der Klinik Höhenried (Bernried) Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der kardiologischen Rehabilitation leitet.

**In Bad Lippspringe ist Dr. Hendrik Okonek verantwortlich für das neue Projekt.**

### **Prof. Dr. Ursula Härtel, München**

#### **Mit geschlechtsspezifischen Reha-Maßnahmen bessere Zufriedenheit, Compliance und körperliche Aktivität erreichen**

Sowohl die Ergebnisse unserer Kohortenstudie mit Männern und Frauen als auch die Frauen-Interventionsstudie belegen, dass die Rehabilitationsbedürfnisse von Frauen und Männern nach Herzinfarkt unterschiedlich sind und nicht einfach auf das höhere Alter der Frauen zurückgeführt werden können. Die auch in internationalen Studien beobachtete Multimorbidität und schlechtere psychische Verfassung von Frauen mit koronarer Herzkrankheit erfordern spezifischere Reha-Maßnahmen, denen mit den traditionellen Programmen nicht ausreichend Rechnung getragen wird. In unseren Studien haben sich eigene Frauengruppen, die neben der Kontrolle der klassischen Risikofaktoren besonderen Wert legten auf die Selbstmotivation und die Stärkung des Selbstvertrauens, zusammen mit konkreten Anleitungen für die Umsetzung von Lebensstiländerungen ins Alltagsleben, als erfolgreich erwiesen. Zumindest haben die bisherigen Ergebnisse gezeigt, dass sich durch ein frauenspezifisches Programm die Zufriedenheit und Compliance mit kardiologischen Reha-Maßnahmen signifikant erhöhen lässt und Frauen – trotz Multimorbidität – auch körperlich besser zu aktivieren sind.

Die ersten Befragungen von fast 200 Teilnehmerinnen am Frauentherapieprogramm in der Klinik Hohenried zeigten auch hier eine überraschend hohe Akzeptanz der gleichgeschlechtlichen Gruppe. Weniger als 10 Prozent der befragten Frauen gaben an, sie hätten ihre Therapien in der stationären Reha lieber in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe durchgeführt.

Verschiedene Diskussionen in der Klinik deuten darauf hin, dass Männer von gemischtgeschlechtlichen Gruppen eher mehr profitieren als Frauen, während Frauen sich gegenseitig stärker unterstützen, wenn sie unter sich sind. Andererseits könnten bestimmte Aspekte des Frauenprogramms auch die kardiologische Rehabilitation von Männern erheblich verbessern. Dazu gehören die verstärkte Körperwahrnehmung, die Schulung der „Selbstwirksamkeit“ und Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit. Natürlich gibt es auch männerspezifische gesundheitliche und psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit der koronaren Herzkrankheit, die bisher unzureichend beachtet wurden.

## **Silke Oelkers**

Abteilungsleiterin Grundsatz und Produktentwicklung, BARMER GEK  
Hauptverwaltung Wuppertal

### Statement

## **Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance**

Geschlechterspezifisch und die daraus resultierende Notwendigkeit, differenzierte Versorgungsprogramme und Angebote vorzuhalten, ziehen sich längst wie ein roter Faden durch Medizin und Pflege. Verschiedene Beispiele hatte ich bereits im letzten Jahr im Rahmen des Workshops Gendermedizin und Öffentlichkeit aufgezeigt und das vielfältige Engagement der BARMER GEK dargelegt.

Spricht man über Geschlechterspezifisch in der Pflege, so ist zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden zu unterscheiden, wobei Letztere aus erwerbsmäßig Pflegenden und privaten Pflegepersonen bestehen.

Heute möchte ich den Fokus auf die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege richten. Denn die demografische Entwicklung und der zunehmende Fachkräftemangel stellen uns vor besondere Herausforderungen. Immer mehr Menschen müssen neben der eigenen Berufstätigkeit die Pflege von Angehörigen bewältigen.

Zahlen, Pflegewahrscheinlichkeiten und -risiken im individuellen Lebenslauf verdeutlichen den Handlungsbedarf:

- Jüngste Ermittlungen gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf rd. 3,4 Millionen und 4,5 Millionen im Jahr 2050 ansteigen wird.
- Von den heute rund 2,38 Millionen Pflegebedürftigen werden 1,6 Mio. – also fast 70 Prozent – ambulant betreut, davon etwa 1,1 Mio. durch Angehörige.
- Die Lebenserwartung von Frauen liegt bei rd. 82,2 und die von Männern bei rd. 76,7 Jahren. Frauen sind länger (51 Monate) pflegebedürftig als Männer (37 Monate).
- Drei von vier Frauen werden pflegebedürftig.
- Die Altersgruppe der hauptsächlich von Angehörigenpflege betroffenen Beschäftigten liegt zwischen 40 und 54 Jahren.
- Frauen stellen nach wie vor mit 72 Prozent den Hauptanteil der Pflegenden. Aber: Die Häusliche Pflege wird flexibel. Immer mehr Männer sind einbezogen.

- Viele Frauen reduzieren ihre Arbeitszeit zugunsten der Pflege und erleben damit nach einer ersten Familienphase mit Kindern häufig einen zweiten Karriereknick.
- 59 % der pflegenden Angehörigen sind selber bereits 55 Jahre oder älter.
- Die durchschnittliche Dauer einer häuslichen Pflege liegt bei 8, 2 Jahren.
- Die Doppelbelastung von Pflege und Berufstätigkeit erhöht das Risiko, selber arbeitsunfähig und pflegebedürftig zu werden.
- Krankenpflegepersonal weist mit 4,5 Prozent die höchsten Krankenstandsdaten auf.

Bei der Gestaltung geeigneter Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege muss sowohl der besonderen Situation der Frauen auf dem Arbeitsmarkt als auch der Pflegesituation Rechnung getragen werden. Frauen im Erwerbsleben zu halten, ist einerseits wichtig, weil sie dadurch eine eigenständige existenzielle und soziale Sicherung aufbauen und andererseits der Fachkräftemangel dies auch erforderlich macht. Erhebungen zeigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eher geringfügigen oder Teilzeit-Beschäftigungen in Kleinbetrieben nachgehen. Selbst wenn sie vollzeitig arbeiten, verdienen sie zum Teil deutlich weniger. Die dadurch bereits vorliegende finanzielle Abhängigkeit vom Partner wird durch eine Berufsaufgabe infolge der Pflege Angehöriger noch verschärft. Es wird nicht mehr als vorrangige Aufgabe von Frauen gesehen, sich um die Pflegebedürftigen zu kümmern. Pflegearbeit betrifft beide Geschlechter.

An dem von der Europäischen Union und dem Land NRW geförderten Projekt des Zentrum Frau in Beruf und Technik (ZFBT) zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nahmen im Zeitraum 2008 bis 2011 16 Unternehmen aus Handel und Handwerk, IT oder Dienstleistung teil.

Die BARMER GEK als wichtiger Akteur im Gesundheitswesen hat bei diesem Förderprojekt konzeptionell und inhaltlich mitgearbeitet und sich als großer bundesweiter Arbeitgeber selbst beteiligt.

Projektziel war es, ein Instrumentarium zu erarbeiten, das die betriebliche Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ermöglicht und befördert. Dazu zählen neben konkreten innerbetrieblichen Hilfen auch Angebote, die pflegenden Angehörigen die Wahrnehmung bestehender Hilfen aus dem familiären und sozialen Umfeld, professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützungsangebote erleichtern.

Arbeitgeber sollen damit die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Beschäftigte sollen ihre psychische und physische Gesundheit sowie ihre Lebensqualität bewahren. Damit kann sich nicht nur ihre berufliche Situation, sondern auch die häusliche Pflegesituation stabilisieren.

Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse sind in Leitlinien für Führungskräfte eingeflossen. Sie sind Bestandteil des BARMER GEK Gesundheitsreports 2011, der unter [www.barmer-gek.de/501306](http://www.barmer-gek.de/501306) abrufbar ist. Er zeigt detailliert auf, welche Arrangements sich zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege anbieten. Handlungsfelder bilden die Personalpolitik, Unternehmenskultur und Unternehmens-

infrastruktur. Die vorgestellten Maßnahmen haben sich in der Praxis bewährt und können dazu beitragen, den Firmenalltag und insbesondere eine mittel- und längerfristige Personalplanung berechenbarer zu machen. Oft handelt es sich dabei auch um kleinere Gesten wie eine verlängerte Mittagspause oder um für Pflegende reservierte Parkplätze. Ihre Wirkung verfehlen sie trotzdem nicht, denn sie entlasten die Betroffenen spürbar.

Ob nun flexible Pausenregelungen oder die so genannte alternierende Heim- /Telearbeit zur Anwendung kommt, bei der ein Teil der Arbeit zu Hause und ein anderer im Unternehmen erledigt wird: Die angebotenen Instrumente oder Regelungen sollten verbindlich in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen gegossen werden. Das gibt Planungssicherheit und lässt sich gut im Außenverhältnis darstellen.

Was tun, wenn das Thema Pflege bei Mitarbeiterin oder Mitarbeiter plötzlich akut wird? Die Arbeitgeber können Betroffenen weite Wege und umständliche Recherchen ersparen, etwa indem sie ihnen eine Pflege-Mappe an die Hand geben. So können die sich direkt am Arbeitsplatz über Stichworte wie Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung informieren, ohne dafür ihre Arbeit unterbrechen zu müssen. Als Basis dafür kann ein neuer Ratgeber für Pflegende dienen, der im BARMER GEK Arbeitgeberportal zum Download unter [www.barmer-gek.de/501402](http://www.barmer-gek.de/501402) bereitsteht. Er weist den Weg zu Informations- und Beratungsangeboten, zu Ansprechpartnern und Anlaufstellen. Und er kann beliebig um firmenspezifische Infos und Angebote ergänzt werden. Auch dieses Entgegenkommen des Arbeitgebers macht noch einmal deutlich, worum es geht: Helfen und unterstützen, wo irgend möglich. Allerdings ohne die Betroffenen aus ihren privaten und beruflichen Verpflichtungen zu entlassen. Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Unternehmen und zur Förderung der Gesundheitskultur flankieren diese Maßnahmen.

#### Kontakt

Silke Oelkers  
Abteilungsleiterin  
Grundsatz, Produktentwicklung, Übergreifende Koordination  
BARMER GEK Hauptverwaltung  
Lichtscheider Straße 89 – 95  
42285 Wuppertal

Telefon 0800 33 20 60 99-2736  
Telefax 0800 33 20 60 99-2898

[www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

[silke.oelkers@barmer-gek.de](mailto:silke.oelkers@barmer-gek.de)

## **Prof. Dr. med. Ingo Füsgen**

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke

### **Geschlechterdifferenzierte Diagnostik und Therapie bei Kontinenzproblemen? Fehlanzeige in den aktuellen Leitlinien!**

Aktuelle evidenzbasierte Leitlinien beinhalten kaum geschlechtsspezifische Empfehlungen für den Bereich der Inkontinenz, sofern es nicht im Vordergrund stehende Erkrankungen der einzelnen Fachdisziplinen betrifft. In diesem Sinne ist hier die Belastungsinkontinenz beim Frauenarzt und die Überlaufinkontinenz bei Prostatahypertrophie beim Urologen zu nennen. Aber die Dranginkontinenz, die größte Herausforderung beim älter werdenden Menschen beiderlei Geschlechts erfährt in den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien kaum geschlechtsspezifische Empfehlungen. Im Vordergrund der symptombezogenen Therapie stehen konservative Maßnahmen (Verhaltenstherapie, Beckenbodengymnastik und Medikation). Hier stellt sich die Frage inwieweit geschlechtsspezifische Faktoren eine Rolle spielen. Aus der Grundlagenforschung kennen wir geschlechtsspezifische Unterschiede im belohnungsorientierten Verhalten. Entsprechende Untersuchungen zur Frage der geschlechtsspezifischen Problematik für Verhaltenstherapie bzw. Beckenbodengymnastik bei der Dranginkontinenz fehlen allerdings bisher.

Eine geschlechtsabhängige differenzierte Diagnostik und Behandlung erscheint bei Kontinenzproblemen in allen Lebensabschnitten wichtig. Das Erkennen geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und die Entwicklung neuer spezifischer medizinischer Konzepte sollte zur Erhaltung und Förderung der Kontinenz beitragen. Während für Männer Rehabilitationsangebote z. B. nach einer Prostataoperation bereits vorliegen, gerne angenommen werden und sie davon profitieren, sind vermutlich für Frauen mehr ambulante frauenspezifische Rehabilitationsangebote notwendig, da sie oft ihre „Familienpflichten“ nicht vernachlässigen wollen

Auch die Medikation ist bezüglich der geschlechtsspezifischen Problematik zu hinterfragen. Hier befindet sich die Medikation bei der Dranginkontinenz in guter Gesellschaft mit der Medikation bei anderen Krankheitsbildern.

## **Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer, Münster**

Außerordentliche Professorin an der Universität Münster, Leiterin der Forschungsgruppe „Cognition & Gender“.

### Statement

Der „kleine Unterschied“ zwischen Mann und Frau: Gerade in der Medizin kann er sehr groß sein. So belegen Studien, dass ein Herzinfarkt bei Frauen später erkannt wird als bei Männern. Umgekehrt erhalten z.B. männliche Patienten mit Altersdiabetes deutlich seltener eine optimale Behandlung gegen Folgeerkrankungen. Macht es einen Unterschied ob der Patient ein Mann oder eine Frau ist? Behandeln Ärztinnen anders als Ärzte?

Ein gemeinsames Projekt der medizinischen Fakultäten in Münster und Duisburg-Essen beschäftigt sich mit der Frage wie es eigentlich um dieses Wissen bei Studierenden, bei wissenschaftlichen Mitarbeiter/-innen und bei Professor/-innen steht und möchte darauf aufbauend ein geschlechtersensibles fachübergreifendes Lehrmodul in das Medizinstudium integrieren. Es wurde dazu ein Online-Fragebogen entwickelt, bei dem sich ca. 2500 Personen beteiligt haben. Wir erhielten dafür Mitte Januar 2012 den Universitätspreis – Gleichstellung - der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Durch diesen Preis wurde es uns möglich einen Workshop „Integration geschlechtersensibler Aspekte in die medizinische Lehre - Status Quo und Zukunftsperspektiven“ in Münster vom 30.5.2012-31.5.2012 zu veranstalten, auf dem wir die Ergebnisse unseres Projektes vorstellen und mit den Teilnehmern diskutieren wollen.

Information und Anmeldung zu diesem Workshop:

**<http://campus.uni-muenster.de/4613.html>**



**Dr. med. Doris Dorsel, M. A., LL.M.**

Leiterin, Patientenberatung

Ärzttekammer und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

**Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten liegt in der Zuständigkeit der Ärztekammer.**

Seit mehr als 10 Jahren gibt es Angebote und Veranstaltungen der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zu Gender-Themen, u.a. Frauenmedizin/Männermedizin: Differenzierte Betrachtung von Krankheit und Gesundheit bei Frauen und Männern; Gender Mainstreaming – Ein neues Schlagwort?; Besonderheiten in Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen; Besonderheiten in Diagnostik und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen; Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln; Grundsätzliches zur Frauen- und Männergesundheit; Besonderheiten in der Diagnostik und Therapie von Stoffwechselerkrankungen.

Richtlinien über die Inhalte der Weiterbildung in den Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen sind in der Weiterbildungsordnung (WBO) Westfalen-Lippe<sup>1</sup> festgelegt.

Genderaspekte sind in § 4 Abs. 3 WBO verankert: „Die Weiterbildung... beinhaltet ... Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Verhütung ... Behandlung ... einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt und geschlechtsspezifischer Unterschiede.“

Besonders genannt werden geschlechtsspezifische Aspekte auch im Zusammenhang mit der Frauenheilkunde („Erkennung, Vorbeugung, ... Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau“) und Sportmedizin („Sportmedizinische Aspekte der einzelnen Sportarten einschließlich geschlechtsspezifischer Besonderheiten“).

Ein weiteres wichtiges Thema für die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sind Gender und ärztliche Berufsausübung: die Voraussetzung für eine bessere Gesundheitsversorgung ist Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin. In Westfalen-Lippe wird ärztliche Weiterbildung deshalb in verschiedenen Teilzeitmodellen angeboten.

---

<sup>1</sup> WBO vom 09.04.2005 (aktuelle Fassung vom 01.01.2012)

## Thomas Altgeld

### Vita

#### Abschlüsse

- Diplomstudiengang Psychologie in Hamburg, Abschluss 1988
- Dreijährige Weiterbildung in systemischer Therapie und Beratung am ISS Hamburg

#### Beruflicher Werdegang

- Diplompsychologe in der Psychiatrienachsorge, Gemeindepsychiatrisches Zentrum Hamburg-Eimsbüttel
- Geschäftsführung Aidshilfe Hamburg e. V.
- seit 1993 Geschäftsführung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

#### Funktionen und Mitgliedschaften

- Vorstand der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
- Vizepräsident der Bundesarbeitsgemeinschaft "Mehr Sicherheit für Kinder"
- Leiter der Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche bei gesundheitsziele.de
- Mitglied im Beratungsgremium der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur gesundheitlichen Chancengleichheit
- Beirat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., Sektion Niedersachsen
- Mitglied im Steuerungskreis Gesundheitsmanagement in der Niedersächsischen Landesverwaltung
- Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der "PT - Zeitschrift für Physiotherapeuten"

## **Dr. med. Doris Dorsel, M.A., LL.M.**

### Vita

Geb. 02.05.1961, verh., 4 Kinder

1981 – 1987	Studium Humanmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
1990 – 2008	freiberufliche Lehrtätigkeit
2005 – 2009	Weiterbildungsstudium Medizinethik, Fernuniversität Hagen, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
2009	Qualifikation Management Organspende, Ärztekammer Westfalen-Lippe
2010 – 2012	Weiterbildungsstudium Medizinrecht, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
seit 2008	beratende Ärztin der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
seit 2012	Leiterin der Patientenberatung der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

### Mitgliedschaften:

- Akademie für Ethik in der Medizin, Deutscher
- Ärztinnenbund (Ethikausschuss)

## **PROF. DR. URSULA HÄRTEL**

Master of Public Health (MPH)

### Kurzporträt

Ursula Härtel ist Epidemiologin und Medizinsoziologin. Sie hat an der Ludwig-Maximilians-Universität München studiert und an der Universität Konstanz in Medizinischer Soziologie promoviert:

Ihr Post-Graduate-Studium zum Master of Public Health in Epidemiology hat sie – mit einem Stipendium des DAAD – an der University of North Carolina in Chapel Hill (Dept. of Epidemiology) absolviert und 1997 an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm mit einer sozialepidemiologischen Forschungsarbeit habilitiert.

Am interdisziplinären Humanwissenschaftlichen Zentrum der LMU München leitet sie die Arbeitsgruppe Gesundheitsforschung und wurde 2007 – ebenfalls an der LMU – zur apl-Professorin ernannt.

Ihre Forschungsschwerpunkte sind präventionsorientierte epidemiologische und rehabilitationswissenschaftliche Studien, in denen biologische, geschlechtsspezifische, verhaltensbedingte und psychosoziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden.

Im internationalen WHO MONICA-Projekt (Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases) war sie (in Kooperation mit der WHO Kopenhagen) langjährige Leiterin des internationalen Datenzentrums für "Psychosocial Studies".

Weitere von ihr geleitete Studien befassten sich mit sozialen Bedingungen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens, mit dem Einfluss von Beruf und sozialer Schicht auf das Herzinfarktisiko und der Morbidität und Mortalität älterer Frauen und Männer.

Zur Zeit leitet sie eine rehabilitationswissenschaftliche Langzeitstudie über „Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit“ und eine placebo-kontrollierte klinische Studie zur „Lebensqualität nach Absetzen der Hormontherapie in der Menopause“ (gefördert durch das Bundesforschungsministerium).

Eine neue Studie untersucht die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

## **Prof. Clarissa Kurscheid**

### Vita

Clarissa Kurscheid war als Physiotherapeutin tätig bevor sie BWL und Gesundheitsökonomie an der Universität Köln studierte. Sie arbeitete als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Seminar für Sozialpolitik und promovierte 2005.

Neben der Forschung im Bereich Managed Care, Netzwerke und Versorgungsforschung begleitet sie Unternehmen und Institutionen in der Weiterentwicklung neuer Versorgungskonzepte. So beispielsweise die Stadt Zürich seit 2006.

An der privaten und staatl. anerk. Hochschule Fresenius ist sie über die Standorte hinweg für den Bachelor und Master Gesundheitsökonomie verantwortlich.

## Dr. rer. nat. Constanze Schäfer MHA

### Vita

Geboren am 14. Juni 1966 in Wiesbaden

#### Ausbildung:

1976 – 1985	Diltheygymnasium, Wiesbaden
1985 – 1987	Studium der Chemie, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
1987 – 1992	Studium der Pharmazie, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Nov. 1992 – Feb. 1993	Praktikum, Elefanten-Apotheke, Wiesbaden
Mrz. 1993 – Nov. 1993	Praktikum, Paracelsus-Apotheke, Wiesbaden
Nov. 1993	Approbation (RLP)
2008	Promotion zum Dr. rer. nat., Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf; Thema: Apotheker und Drogist – Zur Geschichte einer Konkurrenz
2010	Abschluss Master of Health Administration (MHA), Universität Bielefeld

#### Beruflicher Werdegang:

Nov. 1993 – Feb. 1995	Apothekerin, Paracelsus-Apotheke, Wiesbaden
Mrz. 1995 – Feb. 1997	Volontariat, Govi-Verlag, Eschborn
Juni 1997 – Dez. 1997	Tätigkeit als verantwortliche Redakteurin für die Zeitschriften „Puppen und Spielzeug“ und „Puppenmachen“ im Wohlfarth-Verlag, Duisburg
Jan. 1998 – Dez. 1998	Apothekerin, Apotheke im Hauptbahnhof, Essen
seit Jan. 1999	Apothekerin, Apothekerkammer Nordrhein, Abteilungsleiterin für den Bereich Aus- und Fortbildung

## **Prof. Bettina Pfeiderer**

### Vita

Bettina Pfeiderer ist Diplomchemikerin und promovierte in Chemie. Nach Abschluss der Promotion verbrachte sie 5 Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Harvard Medical School am NMR Center, Boston, USA.

1994 kehrte sie nach Deutschland zurück, um am Institut für klinische Radiologie der Universität Münster zu arbeiten, wo sie parallel Medizin studierte.

Ende 2004 absolvierte sie das Staatsexamen und erhielt die ärztliche Approbation.

2005 schloss sie ihre Promotion im Bereich Medizin ab.

Gegenwärtig arbeitet sie als außerordentliche Professorin an der Universität Münster und ist Leiterin der Forschungsgruppe „Cognition & Gender“. Sie ist Mitglied des „Otto-Creutzfeld Center for Cognitive and Behavioral Neuroscience“ in Münster, Präsidentin des münsteraner Zweiges des Deutschen Ärztinnenbundes, Vorstandsmitglied und Vorsitzende des wissenschaftlichen Ausschusses des Weltärztinnenbundes (MWIA).

## Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann

### Vita

Direktorin des Philipp Klee-Institutes für Klinische Pharmakologie  
HELIOS Klinikum Wuppertal

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke

Geboren am 13. August 1960 in Frankfurt am Main

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1979 - 1986           | Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main   |
| 1987                  | Promotion „Antiischämische Wirksamkeit von Enalapril bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit.<br>Eine randomisierte, doppelblind angelegte Pilotstudie“                            |
| 1.12.1986 – 31.5.1997 | Wissenschaftliche Assistentin bei Prof. Dr. N. Rietbrock, Abteilung für Klinische Pharmakologie am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main                |
| 1992                  | Zuerkennung der Berufsbezeichnung „Ärztin für Klinische Pharmakologie“   |
| 1997                  | Habilitation für das Fach „Klinische Pharmakologie“ am Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main  |
| 1997                  | Direktorin des Instituts für Klinische Pharmakologie am Klinikum Wuppertal GmbH und kommissarische Lehrstuhlinhaberin für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke |
| 1998                  | Berufung auf den Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke   |
| 1999                  | Präsidentin der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V.   |
| 1999 – 2003           | Stellv. Ärztlichen Direktorin der Klinikum Wuppertal GmbH (seit 1.1.2003 HELIOS Klinikum Wuppertal)  |
| 2004 bis 2010         | Geschäftsführerin der HELIOS Research Center GmbH, Berlin  |



## Prof. Dr. med. Ingo Füsgen

### Vita

Funktion: Lehrstuhl für Geriatrie der privaten Universität Witten/Herdecke, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie am St. Elisabeth-Krankenhaus, Velbert-Nevigés.

Tätigkeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung im Bereich der Geriatrischen I's (intellektueller Abbau, Inkontinenz, Immobilität, Instabilität, iatrogene Probleme), Krankenhausversorgung des multimorbiden alten Patienten.

#### Laufbahn in der Geriatrie:

- 1972 Beginn der fachinternistischen Ausbildung an der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Nürnberg unter Prof. Dr. med. R. Schubert (gleichzeitig Lehrstuhl für allgemeine Geriatrie an der Universität Erlangen / Nürnberg);
- 1980 Chefarzt der 3. Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Geriatrie der Kliniken St. Antonius Velbert-Nevigés, Bundesmodell für Geriatrische Akutversorgung einschließlich Intensivstation und rehabilitativer Therapiemöglichkeiten, Tagesklinik;
- 1987 Erteilung der Venia legendi für Gerontologie an der Universität / Gesamthochschule Wuppertal;
- 1989 Berufung auf den Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke;
- 1998 Direktor der Geriatrischen Kliniken Wuppertal der Kliniken St. Antonius, Kliniken für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke.

#### Aktivitäten in der Geriatrie:

- Seit 1982 Vorstand Arbeitskreis Klinische Geriatrie des Landes NRW;
- seit 1982 Arbeitskreis Klinische Geriatrie in NRW;
- seit 1997 Vorsitzender in Nachfolge von Prof. Dr. med. M. Martin;
- seit 1989 Wissenschaftlicher Leiter des Institutes für Soziale Gerontologie und Altersmedizin an der Bergischen Universität / Gesamthochschule Wuppertal
- seit 1991 Erster Vorsitzender des Zentrums für Altersforschung an der Universität / Herdecke;
- seit 1991 Präsident des Max-Bürger-Institutes für Altersforschung, Velbert, in Nachfolge von Prof. Dr. med. Böhlau (Bad Soden);
- 1987 - 1995 Zweiter Vorsitzender des Arbeitskreises Geriatrie im Berufsverband Deutscher Internisten;
- 1987 - 1991 im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie;
- 1987 Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
- seit 1997 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie.

## **PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn**

### Vita

Andrea Kindler-Röhrborn studierte Medizin in Münster und Göttingen. Im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit beschäftigte sie sich zunächst mit grundlegenden Aspekten der Krebsentstehung am Institut für Zellbiologie (Tumorforschung) in Essen.

Nach einem Forschungsaufenthalt am Ludwig Institute for Cancer Research San Diego, USA begann sie zunächst wieder in Essen und später im Bonn am Institut für Neuropathologie mit der Erforschung genetischer Grundlagen des Krebsrisikos unter Verwendung von Modellorganismen. Dabei entdeckte sie, dass Varianten verschiedener Gene die Anfälligkeit bzw. Resistenz gegenüber der Tumorentstehung bei männlichen und weiblichen Tieren bestimmen.

Momentan ist sie Leiterin der Forschungsgruppe „Molecular Cancer Prevention Research“ am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Essen. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der Genetik und molekularen Pathophysiologie von Geschlechterunterschieden beim Krebsrisiko.

## Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

- Ich möchte am Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ mitwirken.  
Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler auf. Ich erhalte dann auch den anna fischer Newsletter zur Geschlechtsspezifischen Medizin & Öffentlichkeit.
- Ich arbeite selbst an einem Projekt zur Geschlechtsspezifischen Medizin.  
Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.
- .....

### Kontaktdaten:

Name: ..... Vorname: .....

Institution/Praxis/Unternehmen: .....

Anschrift: .....

Email: .....

**Geben Sie diese Seite bitte während oder nach dem Workshop bei Karin Heisecke oder Isabel Straka vom Netzwerk ab oder senden Sie es uns zu.**

**Fax: 030/ 28 38 50 05 E-Mail: [gendermed@contentic.de](mailto:gendermed@contentic.de)**