



ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.



Deutsche
Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische
Medizin e.V.

Gemeinsamer Newsletter
von Netzwerk „Gender-
medizin & Öffentlichkeit“,
G³ und DGesGM

Prof. Dr. Marjan van den Akker: „Meine Pille, deine Pille, viele Pillen — Multimedikation ist vor allem im Alter ein Problem“

Die Epidemiologin Dr. Marjan van den Akker hat, von der Universität Maastricht kommend, seit März 2019 die Stiftungsprofessur Multimedikation und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main inne. Ihr Schwerpunkt ist die Multimedikation vor allem bei älteren Patienten und was zu tun ist, um deren oft schwere Folgen zu vermeiden. Wir sprachen mit ihr.

Multimedikation berührt die Gendermedizin gleich mehrfach: Medikamente haben bei unterschiedlichen Menschen und unterschiedlichen Geschlechts oft sehr unterschiedliche Wirkung ... Im Alter ist das besonders gravierend, wenn vier, fünf oder mehr Medikamente gleichzeitig eingenommen werden.

Prof. van den Akker: Das kennt ja jeder. Nimm doch diese Tablette, wenn du Schmerzen hast, die hilft bei mir immer ... Das kann fatale Folgen haben. Wir wissen zudem, dass die Prozesse der Pharmakokinetik und -dynamik, der Aufnahme und Verteilung sowie Umsetzung eines Arzneimittels im Körper, bei Frauen und Männern unterschiedlich verlaufen. Unterschiede gibt es auch in der Wasser-Fett-Verteilung, bei der Plasma-Eiweiß-Bindung oder bei den Metabolisierungsvorgängen. All diese Dinge müssen bei der Dosisanpassung berücksichtigt werden, also nicht allein: Mann ist größer und schwerer, braucht mehr ... Hier gibt es noch

viele Erkenntnislücken, sowohl in der Forschung wie vor allem auch bei den Anwendern. Unser Forschungsvorhaben widmet sich deshalb vor allem der Herausforderung, dass sich bei allen ein Bewusstsein dieser Problematik vollzieht.

Ein weiteres Problem ist es, dass viele Medikamente schon seit langem auf dem Markt sind. Wie sie auf ältere Menschen oder solche unterschiedlichen Geschlechts wirken, ist weitgehend unbekannt. Dem wollen wir mit breiten vergleichenden Studien abhelfen und auf diese Weise aktuelle Erkenntnisse gewinnen.

Foto: Uni Maastricht



Impressum

anna fischer project by Contentic Media Services GmbH
16321 Bernau bei Berlin | Niederbarnimallee 78
Telefon +49 (30) 28 38 50 03 | Fax +49 (30) 28 38 50 05

Projektleitung: Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),
annegret.hofmann@mediencity.de
DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland

www.gendermed.info
www.g3gesund.de

Besonderes Augenmerk lag in der Vergangenheit oft auf dem Problem der Unter-, Über- und Fehlversorgung von Frauen. Denken wir zum Beispiel an die Überdosierung von Betablockern bei Frauen. Sie weisen aber auch auf Probleme der Lebensumstände älterer Männer hin, die stärker berücksichtigt werden sollten. So sind allein lebende Männer besonders gefährdet, weil sie oft Gefahr laufen, die Übersicht über einzunehmende Medikamente zu verlieren ...

Prof. van den Akker: Wir haben es bei Fragen der Compliance ja sehr oft mit dem Problem des sozialen Umfeldes, der Lebensumstände der Patient/innen zu tun, das wurde in der Vergangenheit oft nicht so gesehen. Und ja, wir haben festgestellt, dass eine solide Einnahme von Arzneimitteln in einer Partnerschaft besser funktioniert. Wenn Menschen therapieunten sind, zeigt uns das möglicherweise auch, dass der Arzt-Patienten-Kontakt in dieser Beziehung nicht funktioniert. Ein wichtiger Ansatz, der stärker berücksichtigt werden muss.

Hier sind wir bei der notwendig werdenden wachsende Rolle des Hausarztes auch in Bezug auf die sachgerechte medikamentöse Versorgung.

Prof. van den Akker: Aus unserer Sicht spielen Hausärzt/innen die entscheidende Rolle in der Behandlung älterer Patient/innen, und das natürlich auch mit Blick auf die medikamentöse Versorgung. Sie schätzen die physische und kognitive Situation des Patienten ein und treffen auf dieser Basis Entscheidungen bezüglich der Therapien. Dazu bedürfen sie einer Fülle von Informationen zum Beispiel auch über Medikamente und deren – wenn vorhanden – unterschiedliche Wirkweise bei Männern und Frauen. Wir haben in Holland gute Erfahrungen gemacht, wenn es gelang, wichtige Fachartikel relativ zügig ins Niederländische zu übersetzen und in für Ärzte gut zugänglichen Medien zu veröffentlichen. Nicht jeder Arzt in der Niederlassung hat Zeit und Möglichkeit, sich in die englischsprachige Fachliteratur zu vertiefen. Die Hürden für eine qualitativ sehr gute Fachinformation müssen niedriger werden, ich denke, dass müsste auch in Deutschland möglich sein.

In diesem Zusammenhang plädieren Sie auch dafür, dass Ärzte und Apotheker enger zusammenarbeiten sollten.

Prof. van den Akker: Das liegt im ureigenen Interesse der Patient/innen! Diese interprofessionelle Zusammenarbeit muss schon im Studium beginnen, beim interprofessionellen Lernen. Wer es gewohnt ist, wird das im Berufsalltag ganz selbstverständlich fortsetzen. Im Übrigen denke ich, dass auch die Elektronische Gesundheitskarte, die ja Schritt für Schritt eingeführt wird, hier eine bessere Koordination der Gesundheitsberufe hervorbringen. Nicht zu vergessen auch eine bessere Kommunikation mit dem Patienten, der Patientin. Und wenn auf dieser Grundlage Medikationspläne erstellt, gemeinsam mit dem Patienten, eventuell auch mit dem Apotheker regelmäßig besprochen und aktualisiert werden, haben wir einen wichtigen Schritt zu einer patientenorientierten medikamentösen Versorgung getan. In diesem Zusammenhang ist mir auch das neue „Forum Multimorbidität und Multimedikation“ in Frankfurt wichtig, das ab dem kommenden Jahr Ärzte, Apotheker und Patienten umfassend informieren wird.

Das Gespräch führte Annegret Hofmann

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

am Vorabend unserer deutsch-österreichischen Expert/innen-Tagung zur Gendermedizin – mehr davon in dieser Ausgabe – bereite uns Jan Böhmmermann unerwartet eine tolle PR mit seiner Neo-Royale-Sendung und der Telelupe zur Gendermedizin! Für alle, die es verpasst haben: <https://www.zdf.de/comedy/neo-magazin-mit-jan-boehmermann/telelupe-gendermedizin-100.html>

Und um es gleich zu sagen – wir hatten einen tollen Tag, mit spannenden Gästen und lebhaften Diskussionen, vielen Ideen und Anregungen, die gemeinsam umzusetzen die Herausforderung der nächsten Zeit sein wird.

Was uns u.a. auf den Nägeln brennt:

Anfang des kommenden Jahres soll es wieder einmal einen Frauengesundheitsbericht geben, eigentlich eine gute Sache, aber noch wichtiger wären, aus unserer Sicht, geschlechtervergleichende Gesundheitsberichte! Was spricht eigentlich dagegen?

Was irgendwie schmunzeln lässt:

Reine Männervereine sind die reine Nabelschau, so lässt sich die Entscheidung von Bundesfinanzminister Olaf Scholz interpretieren, der solchen Vereinen jetzt die Gemeinnützigkeit aberkennen will. Man hört schon die Proteste ...

Eine gute Zeit wünscht Ihnen –

Annegret Hofmann

Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“



Weitere Informationen:

→ www.g3gesund.de

Auf Einladung des Netzwerks „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ und von „G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V.“ trafen sich Ende Oktober im Österreichischen Kulturforum der Österreichischen Botschaft 50 Expertinnen und Experten aus beiden Ländern, um sich über eine bessere geschlechtersensible Gesundheitsversorgung auszutauschen.

In beiden Ländern, so zeigte sich, gibt es unterschiedliche Erfahrungen und Entwicklungen. So beschäftigt sich z.B. das Wiener Frauengesundheitsprogramm seit mehr als 20 Jahren offensiv mit Themen der Frauengesundheit und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung. In Österreich gibt es zudem inzwischen zwei Lehrstühle für Gendermedi-

zin, in Deutschland keinen einzigen mit einem breiten Ansatz. Auch in Sachen Aus- und Fortbildung von angehenden und bereits in der Praxis tätigen Ärzt/innen ist man im Nachbarland weiter.

Die Berliner Tagung fokussierte auf Erfahrungen und zukünftige Projekte in Bezug auf Aus- und Weiterbildung ebenso wie bei Versorgung in Praxis und Krankenhaus. Auch die Frage, wie Patientinnen und Patienten für dieses Thema mobilisiert werden können, wurde diskutiert.

österreichisches kulturforum^{ber}



Bristol-Myers Squibb



Wir danken dem Österreichischen Kulturforum Berlin, der Landesbeauftragten für Gleichstellung und Pfizer für die Unterstützung.



**LAND
BRANDENBURG**

Landesbeauftragte für
die Gleichstellung von
Frauen und Männern

Aus dem Themen- und Forderungskatalog Gendermedizin und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung – wie muss es weitergehen?

... in der Forschung und bei der Arzneimittelbereitstellung:

- Versorgungsforschung und Evidenzbasierte Medizin haben sich dem Thema Gendermedizin und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung noch viel zu wenig gewidmet, aus diesem Grund geben sie kaum Impulse für die Umsetzung der Gendermedizin in die Versorgungspraxis.
- Bei der Entwicklung von Medikamenten, in klinische Studien müssen, beginnend beim Tierversuch, alle Geschlechter einbezogen werden.
- Sowohl die Fachinformationen wie auch die für Patient/innen (Beipackzettel) müssen nachvollziehbar auf unterschiedliche Einnahmemodalitäten und Wirkweise bei Frauen und Männern hinweisen.

- Digitalisierung funktioniert nicht ohne die Erkenntnisse der Gendermedizin: Ärzt/innen, Pflegende und Patient/innen im Gesundheitssystem in die Entwicklung entsprechender Medien einbeziehen, Telemedizin auch auf die Möglichkeiten älterer Patient/innen ausrichten.



... bei Aus-, Fort- und Weiterbildung:

- Gendermedizin gehört als Querschnittsfach obligatorisch in das Studienfach Medizin, wie dies z.B. vom Bundesverband der Medizinstudierenden gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit für dieses Thema gefordert wird.
- Wissenschaftliche Arbeiten, Studien und Analysen müssen alle Geschlechter einbeziehen und entsprechend ausgewertet werden. Das muss auch in Veröffentlichungen/Jahresarbeiten/Dissertationen/Habilschriften usw. ausgewiesen wie auch in die Prüfungsordnung eingebunden werden.
- In den Berufsverbänden wie auch bei den Ärztekammern gibt es viel zu wenige bis gar keine Weiterbildungsangebote bezüglich Gendermedizin in den unterschiedlichen Fächern. Das muss sich ändern!



- Bei der Ausbildung von Pflegenden ist Gendermedizin bislang zumindest in Deutschland kein Thema – ein eklatantes Defizit!

... in der ärztlichen Praxis, im Krankenhaus, in Reha und Pflege:

- Ärzt/innen brauchen Informationen und Handlungsanleitungen. Auf der Grundlage solider wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Gendermedizin muss diese zügigen Niederschlag finden in die Leitlinien der Fachgesellschaften, in Disease Management Programmen und nicht zuletzt bei den diagnosebezogenen Fallgruppierungen (DRG).
- Eine Re-Evaluierung von entsprechenden Programmen durch die Kostenträger ist notwendig.
- Mit einer stärkeren sektorübergreifenden Zusammenarbeit am Patienten – im Ärztehaus, im Krankenhaus, im Klinikverbund usw. – können gendermedizinische Erkenntnisse besser genutzt werden. Beispielhaft sind dabei z.B. Projekte wie das interdisziplinäre Polypharmazieboard in Kärntner Kliniken.



- Praxen und Krankenhäuser sollten verstärkt genderspezifische Sprechstunden anbieten – Beispiele sind die Kardiologische Praxis Rankestraße/Dr. Natascha Hess, Berlin, und die Herzsprechstunden für Frauen am Herzzentrum Leipzig/Prof. Dr. Sandra Eifert.
- Fachgebiete wie Diabetes und Rheuma, aber auch andere sind für geschlechterspezifische Angebote gut geeignet, weil es dabei schon viele relevante Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden gibt.

- „In diesem Krankenhaus, dieser Klinik, dieser Praxis wird geschlechtersensibel behandelt“ – dies sollte ein Qualitätslabel werden.
- Geschlechterspezifische Rehabilitation muss dort, wo es sinnvoll ist, die Regel werden. In der kardiologischen Reha gibt es dafür schon vielversprechende Erkenntnisse – Beispiele sind die Klinik Höhenried und das MZG Bad Lippspringe (Reha-Programm ReGe – Rehabilitation Geschlechtergerecht). Davon müssen die Kostenträger überzeugt werden.
- Krankenhäuser, Ärzthäuser, Praxen, Fach- und Hausarztverbände, die Kassenärztliche Vereinigung oder auch die Landesärztekammern richten – gemeinsam mit den Kommunen – einen „Gendermedizin-Tag“ zur Patient/innen-Information aus.

... im Gesundheitssystem, in der Gesundheitspolitik:

- Frauen- bzw. Männergesundheitsberichte sollten sinnvollerweise stärker als bisher verglichen werden – Gendergesundheitsbericht! – um die notwendigen praktischen Maßnahmen für eine Verbesserung der Versorgung ergreifen zu können. Das trifft auch für die Gesundheitsberichterstattung der Länder zu.
- Wenn geschlechtersensible Gesundheitsversorgung mehr Qualität, mehr Patientensicherheit und mehr Patientenzufriedenheit hervorbringt, hilft das Kosten im System zu sparen. Forschung und Translation rechtfertigen es, dass mehr Geld als bisher dafür zur Verfügung gestellt wird. Leistungen auf diesem Gebiet müssen entsprechend vergütet werden.
- Gesundheitspolitiker/innen, Kassen, Kammern und Verbände aller Ebenen ins Boot holen! Wer auf dem Weg zu einer Personalisierten Medizin ist, kommt an der Gendermedizin nicht vorbei.
- Den nationalen oder auch internationalen Förderprojekten der Gendermedizin muss unbedingt eine Vernetzung und Institutionalisierung folgen – auch in Form starker Allianzen und der Bündelung aller Expertisen.



... für Patientinnen und Patienten:

- Bis jetzt ist der Kenntnisstand sehr gering. Das ändert sich, wenn Patientinnen und Patienten verstärkt nach Gendermedizin und einer geschlechtersensiblen Diagnostik und Therapie fragen.
- Große Wissensdefizite gibt es zum Beispiel auch bei den Selbsthilfegruppen. Hier können Informationen zu den Unterschieden bei verschiedenen Erkrankungen dabei helfen, diese besser zu bewältigen.
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit: Populäre Medien, Influencer/innen und andere mit Informationen versorgen, für das Thema gewinnen!
- Gesundheitsangebote – in Sportvereinen, Studios, aber auch in Volkshochschulen, bei Präventionskursen der Krankenkassen – müssen geschlechtergerecht gestaltet werden.

Das Ziel:

2021 – das Jahr der Gendermedizin und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung – in Deutschland wie in Österreich!

Sie waren Berlin dabei

**Dr. Dirk Keiner, Krankenhausapotheker,
Weimar**

Die Tagung verdeutlichte, wie wichtig die geschlechtersensible Betrachtung und Berücksichtigung auch beim Arzneimitteleneinsatz ist. Dies kann im Polypharmazieboard und in AMK-Diskussionen der Klinik genauso wie durch Nutzung datenbankgestützter AM-Verordnungssystemen in Praxis und Klinik erfolgen. Im Alltag gibt es dazu schon best-practice-Beispiele aus beiden Ländern. Schnell wurde auch klar, dass besonders die Informationsvermittlung zu Genderthemen in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl medizinisch als auch pharmazeutisch noch intensiver gemeinsam gestaltet werden muss. In Deutschland finden sich übrigens in der aktuellen Patientenleitlinie KHK (3. Aufl., 2019) Hinweise zu Unterschieden der Betablockerverträglichkeit zwischen Frau und Mann. Ein „Anfang“ ist gemacht!

Prof. Margarethe Hochleitner, Gendermedizinerin, Innsbruck

... eine gute Idee, gendermedizin expert*innen aus deutschland und österreich zusammenzubringen. Es gab uns allen die möglichkeit zu diversen themen, die prävention, diagnose, therapie und rehabilitation, aus gendermedizinischer sicht zu diskutieren und unsere klinischen erfahrungen einzubringen. Es war eine echte bereicherung für mich und meine arbeit.

Dr. Angelika Bader, Allgemeinmedizinerin, Innsbruck:

„Für mich als praktische ärztin am frauengesundheitszentrum der universitätskliniken innsbruck war es eine tolle gelegenheit, menschen zu treffen, die an der selben front versuchen, das beste für ihre patientinnen zu tun – tolle themen, tolle ideen!“

Kristina Hametner, Frauengesundheitsprogramm der Stadt Wien:

Ich gratuliere zur gelungenen Veranstaltung! Ich konnte einige Anregungen und interessante Kontakte mit nach Wien nehmen!



Die Fotos entstanden bei unserer Expert/innen-Tagung.

Fotos: Schmidtke

DÄB-Wissenschaftspreis 2019 an Dr. med. Ute Seeland: Einfluss von Geschlecht und oraler Kontrazeption auf die arterielle Gefäßfunktion

Den mit 4.000 Euro dotierten DÄB-Wissenschaftspreis 2019 erhielt Dr. Ute Seeland vom Institut für Geschlechterforschung in der Medizin der Charité in Berlin für ihre Forschungsarbeit „Geschlechterunterschiede bei der arteriellen Pulswellenreflektion und der Einfluss endogener und exogener Sexualhormone: Ergebnisse der Berliner Altersstudie II“. Die Arbeit entstand in Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Nephrologie und dem Interdisziplinären Stoffwechsel-Zentrum der Charité-Berlin. Koautor/innen sind Ilja Demuth, Vera Regitz-Zagrosek, Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Maximilian König. Bei der Hypertonieentwicklung spielen der mit dem Alter zunehmende Verlust der Gefäßelastizität der zentralen Arterien vom elastischen Typ („Gefäßsteifigkeit“) und die funktionelle Einschränkung der Vasomotion der kleineren und mittleren Arterien vom muskulären Typ („endotheliale Dysfunktion“) eine Schlüsselrolle. Eine Abnahme der Gefäßelastizität führt zu einem Anstieg des systolischen peripheren und zentralen aortalen Blutdrucks, insbesondere beim weiblichen Geschlecht. Die Einnahme oraler Kontrazeptiva (Pille) und postmenopausaler Hormontherapien greifen in die Regulation des Sexualhormonstatus bei Frauen ein. Ein Teil der Frauen entwickelt eine Hypertonie.

Geklärt werden sollte, ob es eine Assoziation gibt zwischen der Einnahme sexualhormonhaltiger Präparate und der Pulswellenreflektion. Das Ziel ist es, eine verbesserte Risikostratifizierung für Frauen anzubieten, die Hormonpräparate einnehmen wollen.

Untersucht wurden 400 Frauen und 590 Männer der Berliner Altersstudie II (BASE-II), die in zwei Altersgruppen 22-35 Jahre und 60-82 Jahre eingeteilt wurden. Bei beiden Geschlechtern wurde eine Zunahme der Pulswellengeschwindigkeit (PWV) und des Augmentationsindex (Alx) mit dem Alter beobachtet. Der Alx lag allerdings bei Frauen, unabhängig vom Alter,

höher als bei Männern. Ein Anstieg des Alx ist bedingt durch eine schnellere Reflektion der Pulswelle und die Druckerhöhung der systolischen Vorwärtswelle aufgrund eines erhöhten Gefäßtonus (endothelialen Dysfunktion) der kleinen und mittleren arteriellen Gefäße. Welche Faktoren diesen Geschlechterunterschied bedingen, war nicht bekannt, daher untersuchte Dr. Seeland den Einfluss exogener und endogener Sexualhormone auf die Pulswellenreflektion von prä- und postmenopausalen Frauen. Bei Frauen, die orale Kontrazeptiva (OCPs) eingenommen hatten, lagen die Alx Werte signifikant höher im Vergleich zu Frauen ohne OCPs. Unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren wie Alter, BMI, Rauchen und zentraler Blutdruck lag die Gruppendifferenz bei 4,41 (95% CI 1,61-7,22, $p = 0.002$). Der endogene Estradiol (E2) -Spiegel wurde in der Gruppe mit OCP (94% Kombination aus Ethinylestradiol und Progestagenen) im Vergleich zur Nicht OCP-Gruppe signifikant niedriger gemessen. Die multivariable lineare Regressionsanaly-

Dr. Ute Seeland bei ihrem Vortrag.
Foto: privat



se bestätigte die inverse Assoziation von Alx und dem E2-Serumspiegel. Bei einer Abnahme des endogenen Estradiolspiegels um ein Viertel stieg der Alx um 1,72. Beim Gruppenvergleich der postmenopausalen Frauen mit und ohne Hormontherapie zeigte sich kein Hinweis auf eine Assoziation zwischen der exogenen Hormonzufuhr, der endogenen E2 Konzentration im Serum und den Messungen der arteriellen Pulswellenreflektion.

Aus Sicht der Preisträgerin könnte ein frühzeitiges Erkennen einer Veränderung der arteriellen Gefäßfunktion unter der Einnahme Ethinylestradiol- und Progestagen-haltiger oraler Kontrazeptiva dazu beitragen, Frauen zu identifizieren, die gefährdet sind eine Hypertonie zu entwickeln. Die Messung des Augmentationsindex vor und nach der Einnahme eines oralen Kontrazeptivums sollte von Hausärztinnen und Gynäkologinnen angeboten werden.



*Die Laudatio hielt Prof.
Dr.med. Gabriele
Kaczmarczyk
Foto: privat*

Der Wissenschaftspreis wurde anlässlich des 36. Kongresses des Deutschen Ärztinnenbundes vom 17. bis 20. Oktober 2019 in Erfurt verliehen.

Einladung zur Mitgliederversammlung des DGeGM

12. Dezember 2019

Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM)

Hessische Str. 3-4,

10115 Berlin

(im Skyroom, 5. OG)

- 15:00h - 16:00h Vorstandssitzung
- 16:00h - 18:00h MV

Tagesordnungspunkte

- TOP 1 Jahresbericht und Entlastung des Vorstandes
- TOP 2 Finanzen und Entlastung des Vorstandes
- TOP 3 Wahl des Vorstandes
- TOP 4 Bericht der Beisitzer*innen und Mitglieder
- TOP 5 Geplante Aktivitäten 2019
- TOP 6 Verschiedenes

Wissenschaftliches Programm:

- Geschlechteraspekte in der Echokardiographie

BIH: Excellence Award für Migränerforschung

Antoinette Maassen van den Brink vom Medical Center der Erasmus Universität in Rotterdam erhielt den diesjährigen „BIH Excellence Award for Sex and Gender Aspects in Health Research“ des Berlin Institute of Health (BIH).

Gemeinsam mit ihrem Projektpartner von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Professor Tobias Kurth, Direktor des Instituts für Public Health, erforscht Maassen van den Brink, inwieweit reproduktive Faktoren bei Frauen den Verlauf der Migräne und den Zusammenhang zwischen Migräne und kardiovaskulären Ereignissen beeinflussen. Mit dem Preis in Höhe von 40.000 Euro fördert das BIH medizinische Forschungsprojekte, bei denen Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigt werden.



(v.l.n.r.) Prof. Dr. Ineke Klinge (Laudatorin), Preisträgerin Antoinette Maassen van den Brink, Prof. Dr. Axel Radlach Pries, Dekan der Charite, BIH-Vorstandsvorsitzender.
Foto: Dirk Enters