



ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.



Deutsche
Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische
Medizin e.V.

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

Im Interview

Antje Kapinsky, Spitzenfrauen Gesundheit e.V.

Keine Frau in der Führung? Peinlich für Unternehmen!

Antje Kapinsky, Techniker Krankenkasse, ist Mitinitiatorin und Co-Vorsitzende von Spitzenfrauen Gesundheit e.V.. Der Verein wurde vor wenigen Monaten gegründet mit dem Ziel, eine Plattform zu bieten für mehr Gleichberechtigung bei Führungspositionen in Politik, Forschung und Lehre. Wir sprachen mit ihr.

In der breiten Debatte um die Corona-Pandemie und ihre Bewältigung erlangt eine schon länger im Raum stehende Forderung nach mehr Mitwirkung von Frauen im Gesundheitssystem – auf allen Ebenen – neues Gewicht. In diese Zeit fällt die Gründung des Vereins Spitzenfrauen Gesundheit. Was bewegt Sie dabei mitzuarbeiten?

Antje Kapinsky: Ich wundere mich schon lange darüber, dass im Gesundheitswesen der Anteil von Frauen an Führungspositionen eher noch geringer ist als in anderen Bereichen. Denn schließlich stellen die Frauen die überwältigende Mehrheit der Beschäftigten. Mein beruflicher Blick richtet sich dabei vor allem auf das Gebiet der Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik, denn ich vertrete die Interessen einer großen Krankenkasse auf Bundesebene. In meinem Umfeld kenne ich viele kompetente und engagierte Frauen und weiß deshalb, dass die These, es gäbe nicht genügend Frauen für Führungsaufgaben, nicht stimmt. Trotzdem konnte man über die Jahre keine Verbesserung und zum Teil auch wenig Problembewusstsein feststellen. Deshalb habe ich beschlossen, aktiv zu werden. Es war nicht schwer, Mitstreiterinnen zu finden! Ermutigend ist, dass wir zuneh-



mend politischen Rückhalt spüren, auch bei den Männern. Wir sind im Jahr 2018 mit einer Initiative gestartet und von Beginn an auf großes Interesse gestoßen. Sogar Minister Spahn hat uns Unterstützung zugesagt und dies auch in die Tat umgesetzt. Inzwischen gibt es für einige Gremien des Gesundheitswesens klare Vorgaben zur Partizipation von Frauen. Mit diesen Erfahrungen haben wir uns zur Gründung des Vereins entschlossen. Und wieder stellen wir fest: Wir sind auf dem richtigen Weg, denn wir wachsen rasant.

Wie will der Verein agieren?

Antje Kapinsky: Wir wollen mit verschiedenen Methoden und Instrumenten am Ende vor allem einen nachhaltigen Kulturwandel in den Organisationen und Gremien erreichen. Es soll

Antje Kapinsky

Foto: axentis-lopata

Zum Forderungskatalog der Spitzenfrauen gehört u.a. die Aufnahme der Gendermedizin in das Curriculum des Medizinstudiums.

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@mediacity.de
DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland

www.gendermed.info
www.g3gesund.de
www.dgesgm.de

selbstverständlich werden, dass Frauen Führungspositionen besetzen und Führungsgremien vielfältiger zusammengestellt werden. Deshalb fordern wir regulatorische Vorgaben, wie zum Beispiel Quoten oder die paritätische Besetzung von Auswahlkommissionen, Transparenzregeln und strukturelle Vorgaben für die Organisationen des Gesundheitswesens, wie das verpflichtende Angebot von Job-Sharing-Modellen bei Führungspositionen oder Mentoring-Programme, gezielt für Frauen. Es soll für Unternehmen peinlich werden, sehr wenige Frauen in Führung zu haben. Ganz wichtig ist auch, dass wir Frauen uns gegenseitig ganz aktiv unterstützen. Deshalb soll der Verein auch ein starkes Netzwerk sein.

Mit Blick auf die Gendermedizin haben wir festgestellt, dass es Frauen im Gesundheitssystem sind, die bisher vor allem die geschlechtersensible Forschung und Medizin angestoßen und umgesetzt haben. Warum setzt sich diese Erkenntnis, aus Ihrer Sicht, so zäh durch?

Antje Kapinsky: In den Führungsgremien und Spitzenpositionen der Medizin und Forschung sind weiterhin vorwiegend Männer vertreten. Die von Frauen dominierte Pflege sitzt oft gar nicht mit am Tisch. Die Perspektive der Frauen fehlt systematisch. Und somit auch ein starker Impuls, die vorherrschende Sichtweise zu ändern. Es ist ein weites Feld zu spekulieren, warum die Gendermedizin ein Fach ist, dass vor allem bei Frauen Interesse weckt. Aber die konsequente Folge daraus sollte sein, dass mehr Frauen dort mitreden, wo strukturelle medizinische und versorgungspolitische Entscheidungen getroffen werden. Es geht um

ein ausgewogenes Miteinander der geschlechtstypischen und professionellen Erfahrungshorizonte. Weil davon die ganze Gesellschaft profitiert, ist es auch in verfassungsmäßiger Sicht verhältnismäßig, wenn der Gesetzgeber dafür sorgt, mehr Ausgewogenheit zu erreichen.

Können Sie sich vorstellen, dass die Spitzenfrauen – nicht zuletzt durch die angestrebten neuen Kooperationen – auch in der Qualität der Gesundheitsversorgung etwas bewegen können – im Sinne einer besseren Medizin für alle?

Antje Kapinsky: Es geht uns bei den Spitzenfrauen um mehr Chancengleichheit, aber natürlich auch um die Qualität unseres Gesundheitswesens. Frauen erleben tagtäglich in ihrer beruflichen Praxis, was es an unserem Gesundheitswesen noch zu verbessern gäbe. Gerade weil sie es oft von innen, aus der Praxis kennen. In unserem Verein sind Frauen aus allen Sparten vertreten - Studierenden bis zu Vorstandsmitgliedern. Es sind Frauen aus der Medizin und Wissenschaft, Vertreterinnen der Gesundheitsberufe, der Pflege und des Versicherungswesens, Bundestagsabgeordnete, Journalistinnen und sonstige Interessierte. Außerdem schreiben wir die Kooperation mit anderen Organisationen groß. Die Frage der Qualität der Medizin und Versorgung ist implizit immer dabei. Wir wollen eine größere Diversität nicht um ihrer selbst willen, sondern weil wir damit bessere Ergebnisse für alle erzielen.

*Das Gespräch führte
Annegret Hofmann.*

Zum geschäftsführenden Vorstand der Spitzenfrauen Gesundheit e.V. gehören neben Antje Kapinsky Cornelia Wanke (Akkreditierte Labore in der Medizin – ALM e.V.) und Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Gründerin des Forums Hausärztinnen.

Im Vorstand sind zudem Nadiya Romanova (vdek), Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Landesvorsitzende des Hartmannbundes Niedersachsen, sowie Dr. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, und Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer.

➔ www.spitzenfrauen-gesundheit.de

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

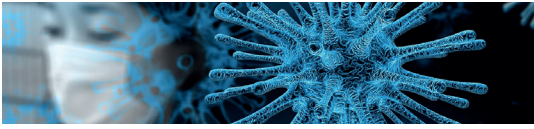
ein Impfstoff – oder vielleicht bald viele – ist unterwegs. Professorin Marylyn Addo, verdienstvoll in der Coronaforschung, ist Ärztin des Jahres. Das sind gute Nachrichten, die wir brauchen können. Spitzenfrauen haben sich aufgemacht, um einen nachhaltigen Kulturwandel im Gesundheitswesen durchzusetzen. Mitstreiterinnen immer gefragt! Auch die Gendermedizin steht auf ihrer Agenda. Komplizierte Zeiten – auch Krisen, wenn man so will – können gute Entwicklungen anstoßen. Das macht Mut für das neue Jahr. Vieles ist offen. Wie lange noch virtuelle Begegnungen, Workshops, Konferenzen? Und welche Lehren gibt es aus der schwierigen Personalsituation in den Krankenhäusern,

in der Pflege? Krisen machen auch Druck. Es kommt darauf, ihn zu nutzen. Es gibt kein Weiter-wie-vor-Corona!

Netzwerk und G³, unsere Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin, haben sich viel vorgenommen. Sie weiter zu informieren, anzuregen, gilt selbstverständlich auch für 2021. Kommen Sie, so mein Wunsch schon heute, gut und gesund rein ...

Ihre Annegret Hofmann

Unser Newsletter kann aus technischen Gründen erst im Januar 2021 wieder erscheinen.



Aus unserer Corona-Mailbox

Politiker müssen soziale

Auswirkungen stärker beachten

Eine weltweite Studie „Life with Corona“ untersucht seit März die globale Stimmungslage in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Ziel der Umfrage ist es, umfassende Kenntnisse zu gewinnen, wie Menschen auf der ganzen Welt die Pandemie erleben und auf sie reagieren.

Rund 12.000 Befragte aus mehr als 130 Ländern hatten an der ersten Runde, teilgenommen. Die Ergebnisse wurden jetzt veröffentlicht.

Prof. Dr. Anke Hoeffler, Konflikt- und Entwicklungsforscherin an der Universität Konstanz gehört zum internationalen Forschungskonsortium, das die Studie leitet und auswertet. Ihr Eindruck sei, dass die sozialen Auswirkungen der Corona-Krise in der Politik nicht genug Beachtung fänden: „Die meisten Menschen, die eine Machtposition innehaben, müssen sich den Herausforderungen im Alltag gar nicht stellen. Sie müssen sich beispielsweise keine Sorgen um Homeschooling machen.“

Auch aus dem International Security and Development Center (ISDC) in Berlin, dem United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER) in Helsinki, dem Leibniz-Institut für Gemüse- und Zierpflanzenbau (IGZ) in Großbeeren und dem britischen Institute of Development Studies (IDS) der University of Sussex sind Wissenschaftler/innen an der Studie beteiligt. Anfang Oktober hat die zweite Umfragerunde begonnen.

Bei www.lifewithcorona.org kann jeder über seine Erfahrungen mit und in der Pandemie berichten.

Dringend erforderlich: Studien zu unterschiedlichen Therapien

Covid-19 trifft Männer schwerer als Frauen. Weltweit sterben auch mehr Männer an den Folgen.

Ob das Hormon Testosteron an einem schweren Verlauf mitschuldig ist, daran forscht Cathérine Gebhard, Gendermedizinerin an der Universität Zürich: «Bislang gibt es hauptsächlich Hypothe-

sen. Aber aus früheren Epidemien, wie Sars 2002, wissen wir, dass das Virus durch Proteine in die Zelle gelangt. Und diese Proteine, so zeigen erste Studien, werden durch Östrogen und Testosteron beeinflusst.»

Sie untersucht derzeit Gewebeproben von Mäusen auf die Rezeptoren, unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds.

Ausserdem wertet sie die Daten von 2000 Corona-Erkrankten in der Schweiz mit Fokus auf die Hormone aus. Wichtig wäre nun auch, so Catherine Gebhard, bezüglich COVID-19 Studien zu unterschiedlichen Therapien für Frauen und Männer zu machen.

Das komme bislang grundsätzlich in der Forschung zu kurz, so die Gendermedizinerin im SRF.

Gendermedizinerin warnt vor Nachlässigkeit bei der Therapietreue

„Diabetes-Betroffene gehören aufgrund ihrer Krankheit zu den COVID-19-Risikogruppen mit schwererem Krankheitsverlauf und höherer Sterblichkeit. Sie sollten besonders vorsichtig sein“, warnte Gendermedizinerin und Stoffwechselexpertin Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer von der MedUni Wien aus Anlass des Weltdiabetestages Mitte November.

Die Experten der MedUni Wien appellierten an Diabetiker, nicht auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten und auf ärztliche Kontrollen zu verzichten. Das Aussetzen von Behandlungen und Untersuchungen erhöhe die gesundheitlichen Risiken.

Herzgesundheit – Risikobewusstsein schärfen

Die 4. Bundeskonferenz Frauengesundheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Bundesministeriums für Gesundheit, die am 17. November coronabedingt als Livestream übertragen wurde, nahm die Herz-Kreislauf-Gesundheit von Frauen in den Blick. Neben wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Gendermedizin im Bereich Herz-Kreislauf – mit einem Einführungsreferat von Prof. Dr. Dr. Vera Regitz-Zagrosek – ging es auf der Veranstaltung vor allem um für Frauen relevante Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Was können Frauen selbst tun, um zu ihrer Herz-Kreislauf-Gesundheit beizutragen? Und wie kann das Risikobewusstsein von Frauen geschärft werden?

Die Konferenz richtete sich insbesondere an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die vor Ort mit Frauen arbeiten, z. B. in Beratungsstellen, in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Bildungseinrichtungen, im Sportbereich.

➔ s.a. www.frauengesundheitsportal.de

Wenn das soziale Bezugssystem besonders wichtig ist

Erste wissenschaftliche Studien zu den Effekten der Pandemie zeigen, einige Menschen sind mehr als andere von den Folgen betroffen. Umfragen deuten auf einen Anstieg von Depressionen und Angst- und Panikstörungen hin. Dass dies nicht zuletzt Jugendliche betrifft, konnte ich in der Tagesklinik erleben.

Es war zunächst eine Herausforderung, eine Balance zwischen notwendigen Hygienevorschriften und einem hilfreichen Therapiesetting zu finden. Die strenger werdenden Hygienevorschriften verunsicherten viele Jugendliche. Das Entwickeln einer therapeutischen Beziehung ist mit Maske erschwert. Gerade im Einzelgespräch spielt das Emotionenspiel der Mimik eine wichtige Rolle. Bei Familiengesprächen und Gruppentherapie gilt das ebenso. Auf einen Patienten mit einer Zwangsstörung, der gerade versucht, seinen Waschzwang oder Kontaminationszwang unter Kontrolle zu bringen, haben Mundschutz und der Hinweis auf kontrolliertes Händewaschen natürlich eine negative Auswirkung.

Um die Hygienevorschriften annähernd umsetzen zu können, sollte in der Tagesklinik mit nur

halber Belegung gearbeitet werden. Dazu mussten Patient/innen mit milder Symptomatik entlassen werden, geplante Entlassungen wurden vorgezogen. Das wirkte sehr beunruhigend auf manche Patient/innen. Sie fragten sich, ob sie bald zurück in die Lebenssituation müssen, die sie einst in die Klinik gebracht hatte. Dazu kam das tägliche Corona-Testen. Einige setzten Symptome natürlich auch quasi strategisch ein – gerade um nach Hause gehen können. Andere wieder entwickelten allerdings auch psychosomatische Beschwerden. Das Infektionsrisiko in der Tagesklinik ist hoch. Es wäre dennoch wenig sinnvoll, den Jugendlichen nahe zu legen, ihr soziales Bezugssystem zu vermeiden. Ist doch soziale Unterstützung ein entscheidender Resilienzfaktor. Auch Familien und Sozialarbeiter/innen kommen täglich zu Gesprächen und Therapie vorbei. Diesem Risiko sind Patient/innen und Mitarbeiter/innen ausgeliefert.

Für mich als zukünftigem Psychologen wurde klar – die klinische Praxis muss sich neuen Bedingungen stellen. Ein Ausbau von eHealth und online-Psychotherapie könnten hilfreiche Ansätze dafür sein.

*Hans-Christian Straka,
Psychologiestudent an
der Technischen
Universität Dresden,
schrieb uns seine
Eindrücke von einem
Praktikum noch vor
dem zweiten Lockdown
in einer Tagesklinik für
Jugendliche auf.*

Lange vor der Genschere ...

Wer hat eigentlich die Geschlechtschromosomen gefunden?

Vor wenigen Wochen gratulierten wir zwei Forscherinnen zum Nobelpreis. Emmanuelle Charpentier, die zur Zeit in Berlin arbeitet, und Jennifer Doudna, Berkeley, erhielten ihn für ihre Arbeit zur Gen-Schere Crispr/Cas9, eine Methode, um Erbgut zu verändern. Ich finde, es ist Zeit, sich einer der ersten Wissenschaftlerinnen zu erinnern, die auf solchem Gebiet gearbeitet haben – Nettie Stevens.

Die Tochter eines Zimmermanns aus Vermont war zunächst Lehrerin und gehörte ab 1896 zu einem der ersten Jahrgänge, die in die 1891 gegründete Stanford Universität aufgenommen wurden – Frauen und Männer gleichermaßen, in Deutschland wäre das um diese Zeit noch unmöglich gewesen. Stevens studierte Biologie, später auch in Neapel und Würzburg und arbeitete schließlich an der biologischen Fakultät des Bryn Mawr Colleges, Philadelphia, übrigens die erste Hochschule in den USA, die Frauen Hochschulabschlüsse einschließlich Promotionen ermöglichte.

In den Teams der Wissenschaftler Edmund B. Wilson und

Thomas Hunt Morgan war ein bevorzugtes Forschungsobjekt der jungen Wissenschaftlerin die Taufliege *Drosophila melanogaster*. Ihre Entdeckung: Die weiblichen Exemplare verfügen über zwei große Geschlechtschromosomen – das X- und das Y-Chromosomen. Stevens' Leistung wurde von Wilson gewürdigt – und floss in seine und Morgans Arbeiten ein. Viele biologische Lehrbücher schreiben die erste Lokalisierung von Genen bei der Fruchtfliege Thomas Hunt Morgan zu – der für seine Forschungen auch einen Nobelpreis erhielt. Erst lange nach dem Tod Nettie Stevens' 1912 wurde ihr entscheidender Beitrag zur Chromosomentheorie der Vererbung durch Genetiker und Medizinhistoriker gewürdigt. (AH)



Nettie Stevens, Foto: Archiv

Gratulation für die Medical Woman of the year!

Professor Dr. med. Marylyn Addo, Infektiologin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wurde für ihre Forschungen zu Corona und einem Impfstoff gegen den SARS-CoV-2-Erreger als Medizinerin des Jahres geehrt. Die Wissenschaftlerin und ihr Team hatten vor kurzem mit den klinischen Studien für einen möglichen Impfstoff begonnen, der die weitere Verbreitung des Coronavirus vermindern könnte. Der Award wird vom German Medical Club bereits zum vierten Mal verliehen.



Professor Dr. med. Marylyn Addo, Foto: UKE

News

Infektionspräventives Krankenzimmer

Krankenhausinfektionen mit multiresistenten Erregern sind weltweit zunehmend eine Herausforderung: Jährlich erkranken rund 500.000 Patientinnen und Patienten allein in Deutschland daran, etwa 10.000 bis 15.000 von ihnen sterben. Doch wie können solche Infektionen verhindert werden? Und kann eine neue Raumplanung die Übertragung der Erreger verringern? Dazu forscht ein interdisziplinäres Team im Verbundprojekt KARMIN. Architektinnen und Architekten der Technischen Universität Braunschweig, Medizinerinnen und Mediziner des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Molekularbiologinnen und Molekularbiologen des Universitätsklinikums Jena entwickelten gemeinsam mit Unternehmenspartnern ein infektionspräventives Patientenzimmer.

In zwei Studien hat das Team um Prof. Dr. Petra Gastmeier und Dr. Rasmus Leistner vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité zunächst untersucht, wie sich das Mikrobiom, also die Gesamtheit der Mikroorganismen, auf den Oberflächen im Krankenhaus aufbaut und wie verschiedene Reinigungsmaßnahmen Einfluss auf das Mikrobiom im Krankenhaus nehmen können. „Wir freuen uns, dass wir im Rahmen dieses gemeinsamen Projektes einen weiteren Beitrag zur Infektionsprävention leisten können. Das Krankenhaus soll auch zukünftig ein sicherer Ort für Patientinnen und Patienten sein. Mit diesem Projekt wollen wir

eine Alternative darstellen“, erklärt Prof. Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité.

Für bessere Therapien:

Eisenstoffwechsel genauer beleuchten

Ungefähr 25% der Weltbevölkerung leidet unter Eisenmangel. Überwiegend sind Frauen im gebärfähigen Alter davon betroffen. Eisenmangel wie auch -überschuss beeinträchtigen die Knochenstabilität und können Brüche begünstigen. Prof. Dr. Martina Raune vom Knochenlabor „Bone Lab“ des Uniklinikums Dresden hat eine Forschungsgruppe „Rolle des Eisenstoffwechsels in der osteohepatischen Achse“ (FerrOs) gegründet, die die Zusammenhänge zwischen dem Eisenstoffwechsel, der Knochenstabilität und dem Leber-Haushalt genauer untersucht. Die DFG hat dafür 4,5 Millionen Euro zugesagt. Die Wissenschaftler wollen vor allem „die Leber-Knochen-Kommunikation bei der Eisenfeinregulation im Detail aufklären und die Rolle verschiedener Eisen-regulierender Proteine wie Hepcidin, Ferroportin sowie BMP-Signalwegproteine entschlüsseln“.

Biomarker für das Herz-Kreislauf-System

Das Renin-Angiotensin-System (RAS) wird bei niedrigem Blutdruck aktiv und bildet Angiotensin II. Dieses Hormon sorgt dafür, dass sich die Blutgefäße verengen, wodurch der Blutdruck wieder steigt. Am Stoffwechsel von Angiotensin II wiederum ist das Enzym Dipeptidylpeptidase 3 (DPP3) maßgeblich beteiligt.

Der Leiter des Instituts für Biochemie der TU Graz Peter Macheroux und sein Team sind weltweit führend in der Erforschung von DPP3: „Beispielsweise wissen wir inzwischen, dass Personen, die einen Herzinfarkt, eine Blutvergiftung oder eine akute Nierenverletzung erleiden, im Blutkreislauf erhöhte DPP3-Werte aufweisen. Dieser Anstieg korreliert mit einer erhöhten Sterblichkeit.“ Allerdings ist bislang wenig über die physiologische Funktion von DPP3 bekannt. Die Arbeitsgruppe um Macheroux untersuchte deshalb gemeinsam mit Forschenden von Universität Graz und Med Uni Graz, wie DPP3 auf das RAS wirkt. In einem Mausmodell der Universität Graz wurde das DPP3-Gen gezielt ausgeschaltet (Knockout-Mausmodell). Mithilfe massenspektroskopischer Analysen konnten die Forschenden aufdecken, dass DPP3 die RAS-Prozesse sowie den Wasserhaushalt durch den Abbau von Angiotensin-Peptiden reguliert. Der DPP3-Mangel führte zu einer erhöhten Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme. Es zeigten sich zudem geschlechtsspezifische Unterschiede: Während bei männlichen Mäusen große Veränderungen im RAS festgestellt wurden, waren weibliche Mäuse kaum vom DPP3-Knockout betroffen. „Das dokumentiert einen direkten Zusammenhang zwischen dem Hormonsystem und der physiologischen Rolle von DPP3. Speziell Östrogen dürfte die Produktion von Angiotensin II hemmen“, so die beiden Erst-Autorinnen Shalinee Jha und Ulrike Taschler vom Institut für Biochemie der TU Graz und dem Institut für Molekulare Biowissenschaften der Universität Graz.

→ <https://biotechmedgraz.at/de/>

Referenzdatenbank geschlechtsspezifisch gestaltet

Die Gehirn- und Trauma Stiftung Graubünden hat die Datensätze mit Blick auf gender-spezifische Unterschiede analysiert. Dabei wurden bedeutsame Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Selbstorganisation des Kortexes (frontale Asymmetrien, temporale Unterschiede während der Reifung, Unterschiede im Schlafverhalten), bezüglich Arousal und autonomem Nervensystem sowie Unterschiede in der Informationsverarbeitung festgestellt.

Dies führte dazu, dass die Referenzdatenbank der HBI med geschlechtsspezifisch gestaltet wurde: Die neue Version der Datenbank (Version 3.0) führt in der Praxis zu wesentlichen neuen

Einsichten und ermöglicht eine geschlechtsspezifische Hirnfunktionsanalyse im Einzelfall. Die neue Version der HBI med Datenbank ist demnächst für alle Benutzer verfügbar. Dies ist jedoch nur der Anfang einer längeren wissenschaftlichen Herausforderung: gender-spezifische personalisierte Medizin verlangt nach Einsichten, wie die Medikation geschlechtsspezifisch wirkt und wie dies adäquat erfasst werden kann. Die Referenzdatenbank der HBI med AG Chur kann bei einschlägigen Projekten eine gute Unterstützung bieten. Sie wurde gegründet, um die Forschungsergebnisse aus 25 Jahren Hirnforschung und klinischer Anwendung mit Biomarkern und eine dazu entwickelte Referenzdatenbank in klinisch anwendbare Produkte umzusetzen.

Siehe dazu auch:

→ <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00185>

CAS-Weiterbildungsstudiengang in Sex- and Gender-Specific Medicine

Der CAS-Weiterbildungsstudiengang in Sex- and Gender-Specific Medicine nimmt ab sofort Anmeldungen entgegen.

- **Anmeldeschluss:** 29. Januar 2021 (reduzierte Plätze sind auf First-Come-First Serve Basis verfügbar)
- **Inhalt:** 8 zweitägige Module und eine Abschlussarbeit in verschiedenen medizinischen Disziplinen. Einzelne Module können als medizinische Weiterbildungen der Fachgesellschaften gebucht werden.
- **Credits:** Insgesamt: 12 ECTS und bis zu 14 CME-Punkte pro Einzelmodul
- **Zielgruppe:** ausgebildete Mediziner*innen und weitere Personen aus Medizin-verbunden Bereichen, welche in der geschlechtsspezifischen Medizin zusätzliche Qualifikationen erwerben möchten (Voraussetzung: Hochschulabschluss auf Masterstufe)
- **Kosten:** 9'400 CHF (960 CHF für einzelne Module); eine begrenzte Anzahl von Förderplätzen ist verfügbar. Doktorierende erhalten eine 50%ige Reduktion.
- **Trägerschaft:** Universität Bern und Universität Zürich
- **Programmstart:** März 2021

Weitere Informationen,
Modulübersicht und Anmeldung unter

→ www.gender-medicine.ch

Der Zustand der geschlechtersensiblen Lehre in Deutschland! Geschlechtersensible Lehre – immer noch exklusiv für wenige Studierende und Auszubildende in Deutschland!

Das vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Forschungsprojekt „Genderwissen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen (GwiAG)“ zeigt den aktuellen Stand der Integration von Geschlechterwissen und geschlechtersensiblen Lehr- und Lerninhalten und der Diversitätsaspekte in die Lehrpläne und Curricula der drei größten Gesundheitsberufe: Humanmedizin, Gesundheits- und Krankenpflege und Physiotherapie.

Die Datenerhebung erfolgte als online Umfrage gerichtet an 35% aller Schulleiter*innen der Ausbildungsstätten in Deutschland, randomisiert nach Einwohnerzahl des Bundeslandes, und an alle Studiendekan*innen der humanmedizinischen Universitäten. Die Rücklaufquote betrug 75,6% für die medizinischen Fakultäten, 52,5% für die Gesundheits- und Krankenpflege und 54,6% für die Physiotherapieschulen.

Das Bewusstsein, geschlechterspezifische- und weitere Diversitätsaspekte bei der Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen, ist hoch.

Ausgezahlt haben sich die Anstrengungen der letzten Jahre, um eine Aufmerksamkeit für die Implementierung geschlechtersensibler Aspekte in die Curricula zu erreichen. Regelstudiengänge wurden in Modellstudiengänge weiterentwickelt. Forschungsförderung verstärkt durch Formulierungen in den Ausschreibungstexten mit klarer Aufforderung, die Geschlechterunterschiede zu beachten. Das Bewusstsein der Tätigen im Gesundheitswesen wurde durch zahlreiche Vorträge auf Kongressen und Review-Publikationen zu biologischen und soziokulturellen Unterschieden unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte in Prävention, Diagnostik und Therapie aller Fachrichtungen geschärft. Artikel in der Tagespresse adressierten die Bevölkerung.

Das Relevanzempfinden von Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen für die spätere Tätigkeit wurde von > 92% der befragten Studiendekan*innen und gleichermaßen den Schulleiter*innen mit „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ angegeben. Die Frage nach der Relevanz der Diversitätsaspekte für die berufliche Tätigkeit wurde mit > 96% genau so eindeutig beantwortet.

Auch wenn es zu erwarten ist, dass die systematische Verankerung der geschlechtersensiblen Lehre an jeder einzelnen Fakultät und Ausbildungsstätte sehr viel länger braucht als das Relevanzbewusstsein, so kann man dennoch ungeduldig werden.

Das curriculare Integrationsniveau wurde ermittelt, um eine systematische Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen herzustellen, als auch eine Basis zu schaffen für spätere Erhebungen. Folgende Parameter sind der Berechnung zu Grunde gelegt worden:

1. Integration von Lehrinhalten zu Geschlechterunterschieden in Rahmenlehrpläne und Unterrichtsfelder, 2. Menge an Veranstaltungen mit und ohne ausschließlichem Fokus auf die Geschlechteraspekte und mit und ohne Prüfungsrelevanz und 3. Zeitraum, über den die Inhalte in die Lehre integriert sind.

Zwischen 56% und 70% der medizinischen Fakultäten und Ausbildungsstätten bieten Geschlechter- und Diversitätsaspekte in einzelnen Lehrveranstaltungen an. Es ist davon auszugehen, dass dieses unterste curriculare Integrationsniveau nicht ausreicht, um Auszubildenden und Studierenden Handlungskompetenzen zu vermitteln, die ihnen ermöglichen, die Geschlechterunterschiede zu erkennen und diese im Praxisalltag so zu verwenden, dass eine adäquate Handlung daraus folgt.

Weitere Informationen:

➔ www.dgesgm.de

Fordert man eine vollständige Integration der Geschlechteraspekte mit Geschlecht als eigenem Fokus in mehreren Lehrveranstaltungen longitudinal über das gesamte Curriculum implementiert und mit Prüfungsrelevanz, liegen die medizinischen Fakultäten mit 3,7% sogar hinter den Ausbildungsstätten zurück mit 4,8% der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und 6,4 % der Physiotherapieschulen.

Verantwortliche Strukturen für die nachhaltige Integration von geschlechtersensibler Lehre sind an einem Drittel der medizinischen Fakultäten vorhanden.

Die Daten zeigen, dass die meisten Strukturen zur Unterstützung der Implementierung in die Lehre von den medizinischen Fakultäten geschaffen wurden im Vergleich zu den Trägern der Schulen für die Ausbildungsberufe. Die Studiendekan*innen sehen die Verantwortung für die nachhaltige Integration bei den Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten, der Curriculumskommission, den hauptamtlich Beauftragten (wenn vorhanden) und den Dozent*innen gleichermaßen. Diese Sichtweise unterscheidet sich von den Schulleiter*innen der Ausbildungsstätten, hier wird die Verantwortung fast ausschließlich bei den Fachlehrer*innen gesehen.

Auf die Frage „Gibt es an Ihrer Fakultät verantwortliche Gremien oder Einrichtungen, welche die Kontinuität der Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum sichern“, haben 68% der Studiendekan*innen mit „nein“ geantwortet. Das bedeutet, auch wenn die genannten Strukturen teilweise vorhanden sind, so werden diese nicht genutzt, um die geschlechtersensiblen Lehrinhalte zu vertreten und damit in die Lehre einzubringen.

Die Daten zeigen u.a. wie wichtig die Rolle der Lehrenden ist und somit die Organisation der eigenverantwortlichen Fortbildung zu Geschlechterunterschieden und Diversitätsaspekten. Diese Aufgabe allein den Fachdisziplin zu überlassen im Sinne eines ausschließlichen Querschnittsfaches, ist nach Meinung der Autorin nicht schnell genug zielführend. Hier braucht es übergeordnete Strukturen wie

Lehrstühle für geschlechtersensible Medizin an Universitäten, die auch die Qualität der Lehre sichern.

Die Daten der GewiAG- Studie sind umfangreich und adressieren weitere Themen wie z.B.:

- Lehrformate und Unterrichtsmaterialien, die zur Vermittlung geschlechtersensibler Lehrinhalte genutzt werden,
 - Umfang der inhaltlichen Integration von geschlechtersensiblen Wissen unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte,
 - das Thema Prüfungsrelevanz und Evaluation,
 - Begünstigende Faktoren, die den Implementierungsprozess unterstützen können,
 - Hürde bei der Implementierung wie der Mangel an Unterrichtsmaterialien zur Verwendung für die Lehrkräfte
- und gibt einen Ausblick, wie die Interprofessionalität der drei großen Gesundheitsberufe genutzt werden kann.

Es wird demnächst einen Übersichtartikel zu den genannten Themen geben, den wir nach Veröffentlichung auf der DGesGM® Webseite allen zur Verfügung stellen werden.

Dr. Ute Seeland

Wie gewohnt Fragen und Anregungen zum Thema bitte gerne an

→ ute.seeland@charite.de

oder

→ gendermed@ute-seeland.de

Weitere Informationen:

→ www.dgesgm.de