



12. April 2018

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Grünen im Saarland drängen auf einen Gendermedizin-Lehrstuhl (wir werden dranbleiben), aus Sachsen erfahren wir von einem gemeinsamen Antrag der SPD- und der CDU-Fraktion „Männer, Frauen und Gesundheit“, der auf eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung fokussiert. Und wir haben weitere Landesregierungen angeschrieben mit der Bitte, uns zu ihren aktuellen Aktivitäten zu diesem Thema auf den neuesten Stand zu bringen. Nicht alles hört sich da gut an: Aus Schleswig-Holstein bekamen wir den lapidaren Bescheid, das Ministerium habe „keinen Bedarf und ein Interview ist nicht möglich“. Wie soll man das verstehen...?

Ein guter Weg zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung ist die Vernetzung – hier suchen wir mit unserem Verein G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin – mehr dazu auf der Website www.gendermed.info – immer neue Verbündete, z. B. in der eHealth-Szene oder im Potsdamer Verein proWissen, der ein Kommunikations- und Kooperationsort für die Potsdamer Wissenschaftslandschaft ist. Aus solchen Kontakten entstehen Projekte und Impulse,

auch eine Art Graswurzelbewegung, wie sie der Gendermedizin-Nestor Prof. Marek Glezerman fordert. Sein Buch zur Gendermedizin stellen wir in diesem Newsletter vor.

Im Netzwerken sieht auch Sabine Oertelt-Prigione Chancen für die Gendermedizin. Die im niederländischen Nijmegen tätige Professorin, Beiratsmitglied und im Vorstand von G³, berichtet aus unserem Nachbarland und plädiert für gemeinsame Projekte.

Aus der Kardiologie und der Diabetologie gibt es neue geschlechtsspezifische Fakten, Wissenschaftlerinnen haben spannende Projekte übernommen. Dies alles und mehr in dieser Ausgabe unseres NL.

Übertreiben Sie es übrigens nicht mit dem Frühjahrsputz, das wäre nicht gut für die Lunge – auch das hier zu lesen.

Die frische Frühlingsluft ist ganz sicher gesünder – meint jedenfalls mit den besten Grüßen

Ihre Annegret Hofmann

Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

Im Interview:

Gendermedizinerin Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione in den Niederlanden:

Nach Schnittstellen suchen, Zusammenarbeit forcieren



Sabine Oertelt-Prigione hat seit Sommer des vergangenen Jahres eine Professur für Gendermedizin an der Radboud-Universität im niederländischen Nijmegen inne.

Das Thema begleitet sie seit Jahren - seit dem Studium in Italien und den USA, während ihrer Tätigkeit am Institut für Geschlechterforschung (GiM) an der Berliner Charité, in verschiedenen nationalen und internationalen Projekten. Seit

Dezember ist sie zudem Vorstandsmitglied bei G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin. G³ – das steht für GeschlechterGerechte Gesundheitsversorgung.

In Deiner Antrittsvorlesung an der Radboud-Universität vor wenigen Wochen hast Du vor allem die Umsetzung von Sexual- und Geschlechteraspekten in der Medizin im Fokus gehabt ...

Prof. Oertelt-Prigione: Weil mir dies besonders am Herzen liegt! Wir können ja seit Jahren von wichtigen Erkenntnissen in der medizinischen Forschung berichten, die für eine geschlechteradäquate Diagnostik und Therapie entscheidende Verbesserungen bringen könnten. Aber wir müssen feststellen, dass davon bislang viel zu wenig bei Patientinnen und Patienten ankommt. Ich denke z. B. daran, dass wir vor vier Jahren, damals noch am GiM, eine aussagefähige Untersuchung zur Herzgesundheit von Berliner Frauen gemacht haben, die Befri-Studie. Von den befragten Frauen bewertete weniger als die Hälfte der Teilnehmenden, 41,35 Prozent, ihr kardiovaskuläres Risiko richtig, über die Hälfte

unterschätzte es, darunter vor allem Frauen höheren Alters, mit fehlender Erwerbstätigkeit und sozialen Risikofaktoren. Wir scheinen also vor allem diejenigen, die Informationen und Prävention am nötigsten hätten, nicht zu erreichen. Das war für mich ein Aha-Erlebnis, mir wurde klar dass wir mit unseren Patientinnen und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung anders in Kontakt treten müssen. Aus dieser Erkenntnis ergaben sich die zwei Hauptthemen für meine aktuelle Arbeit: neue Methoden, die Patientinnen und Patienten immer mit einbeziehen, und Arbeit in partizipativen Netzwerken, um die Umsetzung zu beschleunigen.



Antrittsvorlesung an der Radboud-Universität: Professorin Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Mitte) mit den niederländischen Gendermedizin-Expertinnen Prof. Toine Lagro (li) und Prof. Ineke Klinge

Vor fast zehn Jahren hatten wir an dieser Stelle ein Interview mit Professorin Ineke Klinge, Maastricht, die für ihr Land – ebenfalls – einen großen Nachholbedarf in Bezug auf die Gendermedizin beklagte. Wie stellt sich das für Dich dar?

Prof. Oertelt-Prigione: Ich habe den Eindruck, dass sich hier sehr viel bewegt hat. Das Geschlechterthema wird in den Niederlanden sehr konstruktiv diskutiert, ich will ein Bei-

spiel nennen. Im Herbst 2017 hat eine große Handelskette angekündigt, Kinderbekleidung geschlechtsneutral anzubieten – also nicht mehr nur das vordergründige Rosa für Mädchen und das Hellblau für die Jungen. Sie kam damit einem offensichtlichen Bedürfnis aus der Bevölkerung nach. Immerhin sind das ja zwei spannende Seiten einer Medaille: Zum einem die Auseinandersetzung mit einer gesellschaftlich determinierten Geschlechterrolle, zum anderen in der Medizin die Erkenntnis der Geschlechterunterschiede. Und auch hier wurden interessante Initiativen ergriffen durch die Bildung von nationalen Netzwerken und Arbeitsgruppen – nicht zuletzt bei prominenter Wahrnehmung. Königin Maxima hat an einer solchen Initiativveranstaltung teilgenommen und uns alle im Oktober letzten Jahres am königlichen Palais in Amsterdam empfangen. Damit kommt das Thema in die Medien, nicht unwichtig in unserem Medienzeitalter!

Können wir voneinander lernen?

Prof. Oertelt-Prigione: Wir sollten unbedingt! Ganz abgesehen davon, dass die Niederlande in verschiedenen Rankings, das Gesundheitswesen betreffend, immer ziemlich weit vor Deutschland liegen, vermutlich auch aufgrund einer etwas anderen Organisation des Gesundheitswesens. Bezüglich Implementierung gendermedizinischer Inhalte in die Lehre und die Anwendung moderner Erkenntnisse in die Praxis sind die Erfahrungen in unserem Nachbarland auf jeden Fall nützlich für das, was wir in Deutschland bewegen könnten und sollten. Auf internationaler Basis arbeiten wir bereits zusammen, wir sollten nach Schnittstellen suchen, die bilateral bearbeitet werden können. Ich denke dabei auch an die hausärztliche Versorgung – und hier nicht zuletzt daran, was wir mit unserem Verein G³ z. B. in Brandenburg bewegen wollen. Dort wie in den Niederlanden leben viele Menschen auf dem flachen Land, ein hoher Anspruch an Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen und Versorgungsqualität. Die Niederlande setzen hier viel auf Innovation, Digitalisierung und Patientenmündigkeit. Das könnte auch in Deutschland funktionieren – und dabei gendermedizinische Aspekte zu berücksichtigen wäre enorm wichtig.

Mit Sabine Oertelt-Prigione sprach Annegret Hofmann

Von der 84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (4. bis 7. April, Mannheim)

Herzinfarkt-Behandlung: Keine Geschlechterunterschiede bei Sterblichkeit und Therapie

Unter der statistischen Berücksichtigung von Alter und Risikofaktoren besteht zwischen Frauen und Männern kein signifikanter Unterschied in der Krankenhaus-Sterblichkeit nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI), und die Prozeduren bei der Akuttherapie sind bei beiden Geschlechtern gleich. Mittels Risiko-adjustierter Analyse des Datensatzes 2013 der externen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde in einer aktuellen Studie untersucht, ob statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei der Krankenhaus-Mortalität bei STEMI mit perkutaner Koronarintervention (PCI) bestehen. In einer Reihe von Studien wurde über eine höhere Mortalität nach Herzinfarkt von Frauen im Vergleich zu Männern berichtet. Ein immer wieder herangezogener Erklärungsansatz ist, dass dabei Unterschiede bei der Akutbehandlung

eine Rolle spielen könnten.

In der aktuellen Analyse wurden Daten von 8.938 Frauen und 23.241 Männern untersucht. Die beiden Gruppen unterschieden sich statistisch signifikant in zahlreichen Variablen, einschließlich der Krankenhaus-Mortalität, die 10,8 Prozent bei Frauen und 7,1 Prozent bei Männern betrug. „Der Unterschied in der Sterblichkeit kann zu einem Großteil durch den Altersunterschied zwischen Frauen und Männern erklärt werden“, so Dr. Kurt Bestehorn, Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, einer der Studienautoren. „Hinsichtlich der in den Kliniken durchgeführten Prozeduren ergaben sich keine Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern.“

Quelle: K. Bestehorn et al. Different in-hospital mortality and treatment for men and women? A risk adjusted analysis of German quality assurance data. Clin Res Cardiol 107, Suppl 1, April 2018

Herzinsuffizienz mit höherem Risiko für Männer.

Frauen leiden seltener an Herzinsuffizienz als Männer, bei beiden Geschlechtern steigt die Erkrankungshäufigkeit ab 60 Jahren an und ist mit einer erheblichen Sterblichkeit assoziiert. Geschlechterunterschiede zeigten sich bezüglich einiger Risikofaktoren und Biomarker, wobei Frauen jeweils ein geringeres Risiko hatten als Männer. Das zeigt eine aktuelle Studie des BiomarCaRE-Konsortiums. „Ob geschlechter-spezifische Präventionsstrategien die Prognose verbessern, muss in weiteren Studien untersucht werden“, so Dr. Christiane Magnussen vom Universitären Herzzentrum Hamburg, Erstautorin der Studie, die ebenfalls in Mannheim vorgestellt wurde.

Die Studie umfasste die Daten von insgesamt mehr als 78.000 Personen aus vier europäischen Kohorten-Untersuchungen des BiomarCaRE-Konsortiums, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung keine Herzinsuffizienz hatten. Analysiert wurde die Geschlechter-spezifische Inzidenz der Herzinsuffizienz und deren Assoziation mit Mortalität, sowie der Zusammenhang von Risikofaktoren und Biomarkern mit Herzschwäche bei Männern und Frauen.

Quelle: C. Magnussen et al. *Sex-specific Epidemiology of Heart Failure Risk and Mortality in Europe: Results from the BiomarCaRE Consortium. Clin Res Cardiol 107, Suppl 1, April 2018*

News

Putzen - nicht gut für die Lunge

Durch die Chemikalien in handelsüblichen Putzmitteln wird die Lungenfunktion bei Frauen langfristig beeinträchtigt. Das stellten Wissenschaftler der Universität im norwegischen Bergen im Rahmen ihrer „Respiratory Health Studie“ fest, bei der sie 6.230 Personen über einen Zeitraum von 20 Jahren begleiteten. 85 Prozent der Frauen putzten regelmäßig privat oder beruflich. Von den Männern waren es 55 Prozent. Bei letzteren konnte erstaunlicherweise keine signifikante Abnahme der Lungenfunktion festgestellt werden. Es ist zu vermuten, dass Männerlungen insgesamt besser mit Schadstoffen fertig werden als die von Frauen. Das gilt beispielsweise auch für Tabakrauch. In jedem Fall raten die Forscher davon ab, Reinigungschemikalien zu benutzen, Wasser und Mikrofasertücher täten es auch.

Quelle: <http://www.uib.no/en/news/115228/household-cleaning-can-be-bad-smoking-lung-function>

Nachtarbeit begünstigt Krebs bei Frauen

Nachtarbeit erhöht einer Studie zufolge das Krebsrisiko von Frauen in Europa und Nordamerika. Frauen, die nachts arbeiten, hätten ein 19 Prozent höheres Risiko an Brust-, Magen- oder Hautkrebs zu erkranken als tagsüber arbeitende Frauen, sagte der Onkologe Xuelei Ma von der Universität Sichuan im chinesischen Chengdu, einer der Autoren der Studie. Laut der im US-Fachmagazin „Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention“ veröffentlichten Untersuchung sind Frauen in Asien und Australien nicht von dem erhöhten Risiko betroffen. Eine mögliche Erklärung für den Unterschied sei, dass Frauen in Europa und Nordamerika ein „höheres Niveau an Sexualhormonen“ hätten, die mit hormonell bedingten Krebsarten wie Brustkrebs im Zusammenhang stehen.

Die Studie untersuchte Frauen in Nordamerika, Europa, Asien und Australien und bezog auch 61 zuvor veröffentlichte Studien ein, sodass insgesamt Daten von 3,9 Millionen Frauen sowie fast 115.000 Krebsfälle ausgewertet wurden.

Diabetes und Menstruationszyklus

Der Menstruationszyklus beeinflusst die Insulinempfindlichkeit und damit auch die Stoffwechsellage von Mädchen und Frauen mit Diabetes. „Wie stark diese Auswirkungen sind, ist individuell sehr verschieden“, erklärt Dr. med. Ute Schäfer-Graf, Leiterin des Diabeteszentrums für Schwangere am St. Joseph Krankenhaus in Berlin. „Mädchen und Frauen mit Diabetes sollten ihren Zyklus daher beobachten und bei Bedarf Insulingaben entsprechend anpassen.“

Die für den Zyklus verantwortlichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron beeinflussen auch den Blutzuckerspiegel: Einige Tage vor Einsetzen der Regelblutung sind der Östrogen- und Progesteronspiegel hoch. „Viele Frauen mit Diabetes bemerken in dieser Phase einen erhöhten Blutzuckerspiegel“, berichtet Dr. Schäfer-Graf. Mit dem Einsetzen der Regel sinken Östrogen- und Progesteronspiegel und parallel dazu häufig auch die Blutzuckerwerte. „Doch die Diabeteserkrankung beeinflusst auch den Zyklus insgesamt“, betont die Expertin: „Frauen mit Diabetes haben häufig längere Zyklen, stärkere Blutungsphasen und mehr Menstruationsbeschwerden als stoffwechselgesunde Frauen.“

Leitlinie für IC wichtiger Schritt zur besseren Versorgung

Mit der Erstellung der ersten deutschen Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Zystitis (IC/BPS)“ haben die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und der Förderverein für Interstitielle Zystitis, der ICA-Deutschland e.V. (ICA), einen entscheidenden Schritt für eine bessere Versorgung der Betroffenen erreicht. Häufig führt die Erkrankung, unter der vor allem Frauen leiden, in die soziale Isolation und in die Erwerbsunfähigkeit. Zudem ist das Krankheitsbild noch immer relativ unbekannt und die chronische Entzündung der Blasenwand bis heute schwer zu diagnostizieren. Im Durchschnitt dauert es neun Jahre bis zur Diagnosestellung; bei der Hälfte der Patienten sind dazu mehr als 20 Arztbesuche notwendig. Schätzungen zufolge sind in Europa 18 von 100.000 Frauen betroffen, die Dunkelziffer gilt als sehr hoch.

Informationen: www.urologenportal.de

Brustkrebs bei Männern: Infos beim KID

Mit geschätzten 700 männlichen Brustkrebspatienten gegenüber 71.900 erkrankten Frauen im vergangenen Jahr gehört Brustkrebs bei Männern zu den seltenen Tumorarten. Aber weil Brustkrebs als typische Frauenerkrankung bekannt ist, sind sich viele Männer gar nicht bewusst, dass auch sie daran erkranken können. Das kann eine frühe Diagnose und damit die Heilungschancen beeinträchtigen. Die Behandlung orientiert sich weitgehend an den Leitlinien, die für Brustkrebs bei der Frau gelten. Auch dies wirft bei betroffenen Männern zusätzliche Fragen auf.

„Wir kennen die Nöte der Patienten mit Brustkrebs. Unklar ist für sie nicht nur die fachärztliche Zuständigkeit – Hausarzt, Gynäkologe oder Urologe“, so Dr. Susanne Weg-Remers, Leiterin des Krebsinformationsdienstes (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum, „die Patienten wenden sich auch auf der Suche nach optimalen Versorgungsmöglichkeiten, psychosozialer Unterstützung und relevanten Ansprechpartnern an uns.“ Die Webseite bietet zum Thema Brustkrebs beim Mann unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs-mann> einen Überblick sowie Links zu weiteren Informationen.

Gendermedizin und Graswurzelbewegung



Es war mir, bei leider zu seltenen Gelegenheiten, immer ein Vergnügen, mit Professor Marek Glezerman über Gendermedizin sprechen. Und es ist nun ein weiteres zu lesen, was der israelische Wissenschaftler, Gynäkologe und ehemaliger Präsident der Internationalen Gesellschaft für Gendermedizin (IGM) zu diesem, seinem bevorzugten Thema aufgeschrieben hat. Bei Mosaik ist sein populäres Buch „Frauen sind anders krank. Männer auch“ erschienen, aus meiner Sicht das erste dieser Art, das sich, mit

breitem Ansatz und unterhaltsam zu lesen, der geschlechtsspezifischen Medizin widmet. Mit dem Vorwort seines Landsmanns und Schriftstellers Amos Oz werden auch diejenigen für diesen Stoff gewonnen, die nicht unmittelbar mit Medizin befasst sind.

Der erfahrene Hochschullehrer Glezerman versteht es, die Leser mitzunehmen – aus der menschlichen und embryonalen Entwicklungsgeschichte hinein in die Gegenwart von Frauen und Männern, die nicht nur durch ihre Gene determiniert sind, sondern auch durch ihre Rolle und Beziehungen in ihren Alltag hinein. Das alles macht ja Gendermedizin aus. Dass Frauen und Männer, durch beides bedingt, an z. T. unterschiedlichen Krankheiten leiden, die Symptome unterschiedlich sein können – und aus all diesen immer neu zutage kommenden Erkenntnissen heraus auch eine unterschiedliche, aber gleichwohl immer die bestmögliche Behandlung erfahren sollten – das will Glezerman vermitteln. Vorgeburtliche Entwicklung, die Rolle der Hormone, Organunterschiede, das immer heiß diskutierte Thema des Gehirns, die Notwendigkeit unterschiedlicher Medikamente, Schmerzempfinden, die Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin bis hin zur Zukunft der Gendermedizin: Glezerman entlässt die Leserin/den Leser mit einer guten Portion Wissenszuwachs. Nicht zuletzt wichtig für den Umgang mit sich selbst und in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem. In einem meiner zu Anfang genannten Gespräche mit Professor Glezerman sprach er sehr eindringlich von einer notwendigen Graswurzelbewegung in Bezug auf die Gendermedizin, nur so könne diese alle Bereiche der Medizin und der Gesundheitsversorgung durchdringen und verändern. „Ich glaube, dass es möglich ist“, schreibt Glezerman am Ende seines Buches. Helfen wir dabei.

Annegret Hofmann

Prof. Dr. Marek Glezerman
Frauen sind anders krank. Männer auch.
Warum wir eine geschlechtsspezifische Medizin brauchen.
ISBN 978-3-442-39331-2,
Preis: € 20,00 (D), € 20,60 (A)

Schöne süße Welt?

Gestern im Supermarkt: Eine junge Frau, optisch etwa bei einem BMI von 28, packte vier 250-Gramm-Joghurt-Becher mit schönen bunten Früchten drauf aus dem Regal in ihren Einkaufswagen. Heißt es nicht, Joghurt sei gesund? Ich hätte ihr gern gesagt, dass da nur kaum eine Spur der abgebildeten Früchte drin ist, dagegen allerdings pro Becher eine Zuckermenge, die acht Stücken Würfelzucker entspricht. Hätte sie die Becher ganz erschrocken wieder ins Regal gestellt? Kaum anzunehmen. Und ob sie eine Warnung vor Diabetes, Fettleber, Nierenversagen und Herzinfarkt vom Kauf abgehalten hätte? Wahrscheinlich nicht. Aber vielleicht hätte ja Landwirtschaftsministerin Glöckner bei ihr Gehör gefunden? Sie lehnt nämlich eine Zuckersteuer, wie sie in Großbritannien aktuell eingeführt wird, ab und setzt auf den „freien Bürger“, der sehr gut entscheiden könne, was für ihn gut sei...

Zucker macht krank, Zucker in Lebensmitteln, wo er nicht hingehört und aus verkaufsoptimierenden Gründen doch reinkommt, insbesondere. Jeden Tag erhalten fast 1.000 Menschen in Deutschland die Diagnose Diabetes, wir sprechen von einer Mindestzahl von sechs Millionen Diabetikern, andere nennen bereits acht Millionen: Nicht gerechnet diejenigen, die noch nichts von ihrer Krankheit wissen. Übergewicht fördert den Diabetes. Zwei Drittel der Männer (67%) und mehr als die Hälfte der Frauen (53%) haben ein zu hohes Körpergewicht. Knapp ein Viertel (24%) ist schwer übergewichtig (adipös); Tendenz steigend.

Die Begleit- und Folgeerscheinungen, individuell wie auch für die Gesellschaft, sind gravierend. Was liegt näher, als diese Lawine stoppen zu wollen? Mit einer Zuckersteuer vielleicht, der immer noch nicht beschlossenen Ampelkennzeichnung bei Lebensmitteln, der Durchsetzung artgerechter Tierhaltung und einer Reduzierung des Fleisch- und Fettverbrauchs, mit dem erkennbaren politischen Willen, alle möglichen Maßnahmen zu treffen und zu unterstützen, die diesem Prozess der Körperverletzung – und die Gesundheit nachweislich schädigende Lebensmittel sind Körperverletzung! – Einhalt gebieten. Natürlich gehört dazu auch die immer bessere und bitte auch geschlechterspezifische Information und Aufklärung der Verbraucher/innen, keine Frage ...

(AH)

Impressum

anna fischer project / by Contentic Media Services GmbH
16321 Bernau bei Berlin, Niederbarnimallee 78
Tel. +49 (30) 28 38 50 03, Fax +49 (30) 28 38 50 05
www.gendermed.info

Projektleitung: Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),
annegret.hofmann@mediacity.de

Für die DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland
Fotos: S. 1 privat, S. 2 Radboud-Universität

Personalia

Die IT-Spezialistin für Medizin **Professorin Sylvia Thun** wird als Direktorin für eHealth und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung/Berlin Institute of Health (BIH) eine neue Einheit mit dem Ziel aufbauen, medizinische Versorgungs- und Forschungsdaten besser zu vernetzen und damit IT-Standards für den barrierefreien Austausch medizinischer Daten zu etablieren. Die Ärztin und Diplomingenieurin ist Experte für nationale und internationale IT-Standards im Gesundheitswesen.

Siehe auch [www.gendermed.info: https://gendermed.info/Prof-Sylvia-Thun-Mehr-Frauen-in-die-eHealth.1914.0.2.html](https://gendermed.info/Prof-Sylvia-Thun-Mehr-Frauen-in-die-eHealth.1914.0.2.html)

Der mit 2,5 Millionen Euro dotierte Advanced Grant des Europäischen Forschungsrates (ERC) geht an **Prof. Dr. Marlene Bartos** vom Institut für Physiologie I der Universität Freiburg. In ihrem Projekt wird Bartos die funktionelle Rolle hemmender Nervenzellen in der Ausbildung von Gedächtnisspuren und in der Kontrolle des kognitiven Verhaltens untersuchen.

Mit der Berufung von **Prof. Dr. Irina Lehmann** auf die W3-Professur für „Environmental Epigenetics and Lung Research“ wird das Team für den neu etablierten wissenschaftlichen Schwerpunkt der translationalen Lungenforschung an der Charité erweitert. Prof. Lehmann forscht über Ursachen und Mechanismen von Krankheiten in der frühen Kindheit und damit zusammenhängende Risikofaktoren für Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Mitstreiter/innen herzlich eingeladen

Der im Dezember 2017 in Potsdam gegründete, für alle Interessent/innen offene gemeinnützige e. V. „G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin“ geht mit Energie in die Phase der Profilierung und Umsetzung seiner Projekte für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung. Weitere Informationen zu Vereinszielen und Mitgliedschaft unter:

<https://gendermed.info/G3-Arbeitsgemeinschaft-f-r-moderne-Medizin.0.72.1.html>

Der Vorstand steht für direkte Kontakte und Anfragen zur Verfügung. Er kann erreicht werden unter info@g3gesund.de

(Vorstandsvorsitzende: Annegret Hofmann, Stellvertreter: Dr. Gesine Dörr und Dr. Harun Badakhshi)