



ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.



Deutsche
Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische
Medizin e.V.

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Wie gelingt es, wichtige Erkenntnisse zu biologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern besser und schneller für die medizinische Versorgung zu nutzen, damit Patientinnen und Patienten davon profitieren? Wie gelingt es, dass Ärztinnen und Ärzten diese Erkenntnisse schneller zugänglich werden? Was muss diesbezüglich in Aus- und Weiterbildung geschehen? Welche Netzwerke brauchen wir, welche Institutionen, welche Partner, welche Rahmenbedingungen? Und schließlich:

Was können Deutschland und Österreich in Sachen Gendermedizin voneinander lernen? Einen ganzen Tag werden Expertinnen und Experten aus beiden Ländern am 25. Oktober in Berlin darüber diskutieren – und, so das Ziel, eine Strategie für geschlechtergerechte Versorgung entwickeln helfen. Ich freue mich besonders, unter den Teilnehmer/innen aus beiden Ländern solche zu finden, die schon bei unserer Impulsveranstaltung im März 2011 dabei waren – und seitdem unser Thema unermüdlich voranbringen!

Anregungen und Anstöße für die Diskussion am 25. Oktober finden Sie in dieser Ausgabe, – wie auch schon im September-NL im Gespräch mit Margarethe Hochleitner – im Interview mit Sabine Oertelt-Prigione und Vera Regitz-Zagrosek (Medusablätter).

Noch ist Zeit sich anzumelden! Und wer nicht dabei sein kann, sollte uns unbedingt schreiben. Gesucht sind Ideen und Initiativen, ein weites Feld, wie der in diesem Jahr (nicht zuletzt als Frauenverstehrer) gefeierte Fontane sagen würde. Nach dem 25. Oktober berichten wir ausführlich über die Berliner Diskussion – auf unseren Webseiten und im Newsletter.

Bis dahin grüßt Sie herzlich Ihre

Annegret Hofmann
Sprecherin des Netzwerks
„Gendermedizin & Öffentlichkeit“

Fachtagung in Berlin – das sind unsere Themen!

- Gendermedizinische Erkenntnisse müssen schneller in die Versorgungspraxis, in Krankenhäuser und Praxen!
- Welche Erfahrungen haben Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und Österreich – in Wien, Innsbruck, Berlin, Leipzig, Greifswald und anderswo?
- Was erfahren Studierende über Gendermedizin und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung, gehört das nicht in die Curricula?
- Gendermedizin als Herausforderung für Weiterbildung und Leitlinien!
- Digitalisierung im Gesundheitssystem – selbstverständlich, aber nicht ohne Gendermedizin!
- Geschlechterunterschiede beachten heißt Qualität verbessern – auch bei Prävention, Rehabilitation, Pflege!
- Gendermedizin im gesundheitspolitischen Diskurs – was ist zu tun?

[siehe Programm Seite 9](#)

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

Gendermedizin in die Versorgung – der Förderung muss Institutionalisierung folgen!

Im Interview:

Die Internistin Sabine Oertelt-Prigione ist Professorin für geschlechtersensible Medizin an der Radboud Universität im niederländischen Nijmegen – und wissenschaftliche Leiterin der deutsch-österreichischen Expert/innen-Tagung am 25. Oktober in Berlin.

Gendermedizin ist seit fast 30 Jahren im Gespräch – ist sie wenigstens schon zum Teil in der Versorgungspraxis, bei Patientinnen und Patienten angekommen?

Prof. Oertelt-Prigione: Es hat sich definitiv etwas weniger getan als möglich gewesen wäre. Was sich sicherlich langsam verändert, ist das Bild des „Patienten“. Das kommt zum Teil durch die Aufmerksamkeit für die personalisierte bzw. individualisierte Medizin und zum Teil tatsächlich durch mehr Aufmerksamkeit für Erkrankungen bei Frauen. So absurd das klingen mag, findet individualisierte Medizin noch oft ohne Berücksichtigung von Geschlecht statt, als ob das lediglich ein „Nachgedanke“ sei. Allerdings stellt sich dann mitunter heraus, dass die Personalisierung vielleicht doch nicht bei beiden Geschlechtern gleich gut funktioniert, wenn z.B. einige personalisierte Chemotherapeutika bei Männern und Frauen unterschiedlich gut funktionieren.

In der Kardiologie wissen wir vermutlich am meisten bezüglich Geschlechterunterschieden bei Diagnose und Therapie. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die ersten „Gendermedizinerinnen“ vor allem Kardiologinnen in den USA waren, deren Erkenntnisse dann auch in Europa aufgegriffen und reproduziert wurden. Die Gendermedizin war tatsächlich lange Zeit fast ausschließlich geschlechtersensible Kardiologie. Die anderen Fachrichtungen kommen erst langsam nach. Trotz der Aufmerksamkeit für das Thema wird in der Praxis noch relativ wenig getan. Es gibt einige Spezialistinnen, wie zum Beispiel Frau Dr. Hess in Berlin oder Professorin Angela Maas hier in den Niederlanden, aber in der Ärzteschaft im Allgemeinen ist das Thema noch längst keine Selbstverständlichkeit. Angela Maas

sagt mir allerdings, dass die Nachfrage von Seiten der Patient/innen bei ihr so groß ist, dass es sehr lange Wartezeiten gibt. Das Interesse ist also definitiv vorhanden.

Wo gibt es Fortschritte und wo ist noch viel zu tun? Welche Erfahrungen und Vorhaben gibt es z.B. in den Niederlanden oder auch anderswo?

Prof. Oertelt-Prigione: Ich denke, es ist prinzipiell ein guter Moment für die Gendermedizin. Die EU Kommission setzt aktuell auf das Thema, u.a. durch die Expert/innengruppe „Gendered Innovations 2“, die Methoden, Inhalte und vor allem Empfehlungen für die strukturelle Einbindung in „Horizon Europe“, das EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation, entwickelt, aber auch die Situation im EU Parlament gestaltet sich vorteilhafter als von vielen befürchtet. Auf WHO- und UN-Ebene ist das Thema Gender im weitesten Sinne ebenfalls inzwischen extrem präsent, z.B. durch Global Health 50150. Auf nationaler Ebene gibt es immer mehr Förderinitiativen für geschlechtersensible Medizin, obwohl wir uns dann immer fragen müssen, ob dem tatsächlich eine Institutionalisierung folgen wird. Die DFG wird im November ihre neuen Richtlinien veröffentlichen. Große wissenschaftliche Zeitschriften verlangen immer häufiger die Berücksichtigung von Geschlecht, wenn über Studien und Forschungsergebnisse berichtet wird. Vorbildhaft ist hier *The Lancet*, aber auch Zeitschriften, die auf Grundlagenforschung



fokussieren, wie z.B. die gesamte *Cell Press*-Familie, werden ihre Standards dazu zukünftig verschärfen. Das *British Journal of Pharmacology*, das mehr die Behandlungsseite im Visier hat, veröffentlichte vor Kurzem eine Sonderedition zum Thema Geschlechterunterschiede und hat im Zuge dessen auch seine Richtlinien für Manuskripte geändert.

International tut sich also sehr viel und die strukturellen Bedingungen verändern sich.

Was ich als Aufgabe für mich und die Weiterentwicklung der Disziplin sehe, ist die Institutionalisierung ihrer Inhalte in Deutschland und Europa. Im Unterschied zu den früheren Ansätzen würde ich hier sehr stark für Vernetzung plädieren. Die deutsche akademische Kultur ist leider sehr individuell und neigt zur Einzelprofilierung. Das ist zwar ganz hilfreich, wenn man ein besonderes Molekül für eine Therapie suchen möchte, aber definitiv wenig erfolgversprechend, wenn man ein ganzes System ändern und neue Paradigmen implementieren will. Das geht nicht ohne starke Allianzen und themenübergreifende Zusammenarbeit – und da geht noch viel mehr! Ich plädiere deshalb für eine breite Koalition von Akteur/innen, um das Thema auf allen Ebenen zu verankern. Das bedeutet, dass wir alle Expertisen bündeln müssen, wie das zum Beispiel die Kolleginnen in den Niederlanden, wo ich seit zwei Jahren tätig bin, mit ihrer Wissensagenda gemacht haben: Alle Expert/innen aus verschiedenen Disziplinen sind zusammengekommen, haben den Status Quo und die notwendigen nächsten Schritte definiert. Daraufhin hat es ein ministeriell gefördertes Programm zur Erforschung dieser Wissenslücken gegeben, was aktuell noch läuft. Wichtig waren dabei die Breite und potentielle Reichweite der Disziplin aufzuzeigen und alle an einen Tisch zu setzen.

Warum ist der akademische Betrieb so schwerfällig, was sich u.a. daran zeigt, dass es mit Blick auf die Gendermedizin keine – oder nur wenige – akzeptable Angebote im Medizinstudium in Deutschland gibt? Wo stehen wir diesbezüglich im internationalen Vergleich?

Prof. Oertelt-Prigione: Weil das Thema als persönliches Interesse und nicht als Strukturelement betrachtet wird - sowohl von den Institutionen als auch von den Beteiligten. Und es gibt

zu wenig Druck von außen auf tendenziell schwerfällige Institutionen. Aus meiner Perspektive braucht es drei Elemente:

- Expert/innen, die das Wissen haben und bereit sind, es zu teilen,
- Universitäten und ärztliche Selbstverwaltungsinstrumente, die sich dem Thema stellen, und
- Druck von Studierenden, Zivilgesellschaft und Patient/innen, um die gesellschaftliche Aktualität des Themas zu unterstützen.

Erst wenn wir diese drei Dinge haben, kann es zu der strukturellen Implementierung kommen.

Allerdings sind manche Punkte leichter umzusetzen als andere. Und es ist immer eine Frage der Anreize. Was funktioniert für wen? Es ist möglich, Universitäten und Ärztekammern zu überzeugen, aber man muss eine Interessensdeckung schaffen. Zwischen dem, was sie wollen, und dem, was ich erreichen möchte – und dann sehen, wie wir das zusammen bekommen ...



Wie kann die Gendermedizin stärker in die Leitlinien kommen, das wäre doch eine gute Voraussetzung, um die Versorgung diesbezüglich zielführender zu machen?

Prof. Oertelt-Prigione: Ich denke, man muss das Thema so präsentieren, dass es für die Fachgesellschaften relevant werden kann. Solange es als Nischenthema für ein paar Kolleginnen gesehen wird, ist es schwierig. Ich habe sehr gute Erfahrung mit der Assoziation „Geschlechtersensibilität“ – „Arzneimittelsicherheit“ gemacht. Die ESMO (Europäische Gesellschaft für medizinische Onkologie) hat jetzt z.B. auf Gesellschaftsebene eine Task Force für Gendermedizinische Aspekte

Unsere Fachtagung 2016 in Potsdam: In der Diskussion PD Dr. Harun Badakhshi, Dr. Natascha Hess und Monika von der Lippe, Landesgleichstellungsbeauftragte.
Foto: D.S.

in der Onkologie ins Leben gerufen. Wir werden definieren, wo die Wissenslücken sind, wie wir sie füllen können und wie das schnell in die Praxis umgesetzt werden kann. Der Task Force Gründung ist ein Workshop mit Fokus auf Geschlecht und u.a. Arzneimittelsicherheit in der Onkologie vorausgegangen, das hat selbst viele Hardliner überzeugt. Somit können wir die Kolleg/innen abholen, wo sie geradestehen. Natürlich ist so etwas keine Initiative einer einzelnen Person. Dem Workshop und der Task Force ist der unermüdliche Einsatz von Dr. Dorothea Wagner in Lausanne und u.a. ihren Kolleg/innen Prof. Paolo Dotto und Prof. Solange Peters vorausgegangen.

Obwohl inzwischen zunehmend viele Forschungsergebnisse bestehende oder eben nicht bestehende Unterschiede nachweisen, gibt es Bereiche, die ganz sicher diesbezüglich Nachholbedarf haben – zu nennen wäre z.B. Arzneimittelforschung und Biotech-Entwicklungen, auch die Herstellung und Anpassung medizinischer Geräte sowie die Telemedizin gehören dazu. Was ist zu tun, um diesen Prozess im Interesse von Patientinnen und Patienten zu beschleunigen?

Prof. Oertelt-Prigione: Geschlecht muss bei der Entwicklung von Innovationen in Biotech, bei der Digitalisierung und bei medizinischen Geräten von Anfang an mitgedacht werden! Was ich bei meiner Arbeit mit Start Ups und Innovator/innen im Gesundheitswesen oft sehe, ist die gleiche Geschlechterblindheit, die uns in der Medizin viele Probleme beschert hat. Ich versuche dann zumindest für das Thema zu sensibilisieren und klar zu veranschaulichen, dass Nutzerzentrierung, User Experience, eben Geschlecht als Variable mit einzubeziehen sind – bei Inhalten und in Design. Es ist sozusagen eine doppelte Herausforderung. Ansonsten fehlt ihnen potenziell 50 Prozent oder mehr des Marktes ...

Gesundheitspolitik wie auch Krankenkassen betonen immer wieder die Notwendigkeit einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung. Praktisch ist davon wenig zu sehen. Was können wir tun?

Prof. Oertelt-Prigione: Krankenkassen sind extrem relevante Spieler im Gesundheitswesen. Die Betonung der Notwendigkeit kommt ja nicht von ungefähr, sondern durch die Forderung

geschlechtergerechter Versorgung im Gesetz. Die Krankenkassen versuchen nur das umzusetzen, was wir eigentlich gesetzlich machen müssten. Ich denke, dass sie sich allerdings hierbei noch stärker machen könnten. Krankenkassen haben auch eine Lobbyrolle innerhalb des Systems, neben ihrer Rolle als Kostenträger. Dadurch sind sie in einer sehr starken Position und könnten, sollten, müssten solche Entwicklungen noch mehr unterstützen.

Die Forderung nach Geschlechtergerechtigkeit, -gleichstellung und -gleichheit sowie die Gendermedizin mit dem Fokus auf die biologischen und psychischen Unterschiede unter Einbeziehung des sozio-kulturellen Umfeldes: eine komplizierte Gemengelage, die, so hat man den Eindruck, im Moment gerade für Sprengstoff in der gesellschaftlichen Diskussion bietet. Wie damit umgehen?

Prof. Oertelt-Prigione: Wir müssen bei unserer Arbeit darauf achten, wie wir Geschlechterunterschiede präsentieren. Auf der einen Seite haben wir es mit geschlechtsbedingten biologischen Unterschieden zu tun, auf der anderen stellen wir uns der Frage, wie gesellschaftliche Rollenbilder den Zugriff auf Gesundheitsversorgung beeinflussen. Es ist immer wieder relevant klar zu stellen, dass biologische Unterschiede nicht zu einem biologischen Determinismus führen. Die Tatsache, dass in meinem Körper mehr Östrogene schwimmen als bei ein Mann, macht mich nicht unfähig, eine Führungsposition einzunehmen. Besonders in der gegenwärtigen politischen Konstellation, in der manche Parteien glauben, biologische Geschlechterunterschiede rechtfertigten es zu fordern, dass Frauen an den Herd und Männer auf die Jagd in den Wald gehören, müssen wir auch im Auge behalten. Unsere Arbeit kann instrumentalisiert werden, wenn wir nicht aufpassen, und dessen müssen wir uns bewusst sein.

(Das Gespräch führte Annegret Hofmann.)



Gründungsveranstaltung unseres Netzwerks „Gendermedizin & Öffentlichkeit“: Prof. Dr. Alexandra Kautsky-Willer (links) und Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, beide Wien. Foto: I.S.

Professur für Gendermedizin

Gestalten Sie mit uns die neue Medizinische Fakultät an der Universität Bielefeld: interprofessionell, zukunftsgerichtet, vielfältig und stark in Forschung und Lehre

Als Stelleninhaber*in verantworten Sie das Gebiet der Gendermedizin in Forschung und Lehre. Die Professur hat eine besondere Bedeutung für eine innovative Themensetzung und Profilierung in gendermedizinischer Forschung und Lehre, insbesondere für den Bereich der gendersensiblen Präventions- und Versorgungsforschung, z. B. durch Analyse und Bearbeitung qualitativer und quantitativer Daten.

Voraussetzung für diese Professur ist die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit an ausgewiesenen oder sich in Zukunft entwickelnden interdisziplinären Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Fakultät und an weiteren medizinischen Forschungsfragestellungen. Der Professur kommt neben der eigenen gendermedizinischen Forschung auch eine beratende Funktion von klinischen und niedergelassenen Kolleg*innen beim Design von Forschungsfragestellungen mit Blick auf Genderaspekte zu. Sowohl was die eigene Forschungstätigkeit als auch was die beratende Funktion angeht, ist eine breite Vernetzung erforderlich. In Bezug auf die medizinische Ausbildung werden die inhaltliche und strukturelle Verankerung von Genderaspekten im Medizincurriculum und deren longitudinale Implementierung in den Modellstudiengang erwartet.

Ihr die allgemeinen Anforderungen ergänzendes Profil:

- Universitätsstudium der Humanmedizin, Promotion und zusätzliche wissenschaftliche Leistungen sowie mehrjährige, für das Gebiet einschlägige Berufserfahrung
- Erfahrungen in der ambulanten oder stationären Krankenversorgung

in einem für die Gendermedizin relevanten Fachgebiet

- Umfassende Erfahrungen in der qualitativen Forschung und/oder der Analyse quantitativer Datensätze für eine gendersensible Präventions- und Versorgungsforschung
- Forschungserfahrungen im Bereich der Gendermedizin

Für die Berufungen gilt:

Der Aufbauprozess der Humanmedizinischen Fakultät am Standort Bielefeld bietet einen großen Gestaltungsspielraum und ist mit vielseitigen Herausforderungen verbunden. Wir möchten Menschen diese Professuren anbieten, die diesen Aufbau in Forschung und Lehre kreativ und ambitioniert mitgestalten. Zudem ist die engagierte Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung der Universität Bestandteil des Aufgabenprofils.

Bitte reichen Sie Ihre Bewerbung bis zum 31.10.2019 über das Online-Berufungsportal der Medizinischen Fakultät ein:

<https://berufungen-medizin.uni-bielefeld.de/>

Kontakt:

Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät OWL
– Die Gründungsdekanin Prof. Dr. Claudia Hornberg –

PF 10 01 31, 33501 Bielefeld

Telefon 0521 106-67467 (Sekretariat Frau Prof. Dr. Hornberg)

→ bewerbung.medizin@uni-bielefeld.de

➔ Mehr unter: https://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Aktuelles/Stellenausschreibungen/Verfahrensstand/2019-08-14_MEDIZIN_7-Professuren_gestaltete-Anzeige.pdf

Personalia

Prof. Dr. Gertraud Stadler hat am 1. Oktober die Professur für geschlechtersensible Präventionsforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten. Damit verbunden ist die Leitung der Einrichtung Gender in Medicine. Die Psychologin forscht zu personalisierten Präventionsstrategien für die dauerhafte Erhaltung der Gesundheit.

Prof. Dr. Dr. Vera Regitz-Zagrosek ist im Herbstsemester 2019 Anna-Fischer-Dückelmann-Gastprofessorin für Gendermedizin an der Universität Zürich. Hier wird sie unter anderem ein Gender-Medizin-Curriculum mit Richtlinien für die optimale Versorgung von Frauen und Männern bei den wichtigsten Erkrankungen etablieren und Ärztinnen dabei unterstützen, die Karriereleiter schneller nach oben zu klettern.

➔ Mehr in der UZH News der Uni Zürich: <https://www.news.uzh.ch/de/articles/2019/Gastprofessorin-Vera-Regitz-Zagrosek-.html>



„Kardiologie & Geschlechterunterschiede interdisziplinär diskutiert“ In Berlin trafen sich Ende September „Women in Cardiology“. Neue Diagnose-Wege wurden vorgestellt – so z.B. die Möglichkeiten des digitalen Screening bei Vorhofflimmern durch die Hamburger Wissenschaftlerin Prof. Dr. Renate Schnabel. Foto: A.H.

Prof. Vera Regitz-Zagrosek im Interview mit Medusablätter: Die Biologie schafft Fakten – wie geht man mit ihnen um?

Es gab die Frauenbewegung in den 1960er und 70er Jahren. Die Gendermedizin beginnt aber, zumindest in Europa, erst in den 2000er Jahren. Wie erklären Sie sich dieses späte Interesse?

Vera Regitz-Zagrosek: Das ist schwer zu sagen. Die frühe Frauenbewegung ging davon aus, und das ist etwa in Frankreich noch immer der Fall, dass Männer und Frauen gleich sind. Wir glauben zwar auch, dass Frauen und Männer die gleichen Rechte haben sollten und gleichberechtigt sein müssen, aber nicht, dass sie gleich sind. Dieses Konzept, nämlich den Blick auf die Ungleichheiten zu werfen, um beide gleich gut behandeln zu können, haben die Französinen nicht so leicht nachvollziehen können.

Sie erwähnen Frankreich. Hat das Land sehr spät die Gendermedizin entdeckt?

Ich habe im Jahr 2015 einen Vortrag über Gendermedizin an der Académie Française halten dürfen. Es gab ein sehr heftiges Presse-Echo, man hat sich wirklich empört, dass der Blick auf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen geworfen wurde. Von der Tageszeitung *Le Monde* bis zur satirischen Wochenzeitung *Le Canard enchaîné* gab es teils sehr giftige Kommentare darüber, dass „Männer und Frauen jetzt nicht gleich sein sollten“. Aber es ist nun einmal so: Männer und Frauen sind biologisch nicht gleich. Um sie aber gleich gut zu behandeln, muss man diese Ungleichheit verstehen. Von den Reaktionen war ich sehr überrascht. Ich habe es dann verstanden, als ich mich mit den feministischen Theorien befasst habe. Es gibt eben Formen von Feminismus, die konzeptuell gegen jede Unterschiedlichkeit zwischen Mann und Frau sind. Ich denke, dass sie sich irren, denn die Biologie schafft Fakten. Die Frage ist also, wie man mit den Fakten umgeht, nicht wie man die Fakten negiert.

Also hat die Gendermedizin ein zwiespältiges Verhältnis zu manchen feministischen Bewegungen?

Zu einigen. Natürlich nicht mit den feministischen Bewegungen, die betonen, dass Männer und Frauen die gleichen Rechte brauchen, ohne darauf zu fokussieren, dass sie gleich sind.

Welchen Weg in Sachen Gender sind Sie selber gegangen?

Ich habe tatsächlich am Anfang sehr viel Wert auf die rein biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen gelegt, die mir immer noch sehr wichtig sind, und habe dann immer mehr über die Interaktionen des sozio-kulturellen Genders mit dem biologischen Geschlecht gelernt. Heute befassen wir uns mit den Interaktionen und versuchen herauszufinden, wie die sozio-kulturelle Dimension mit der Biologie interagiert. Es geht in zwei Richtungen: Einmal beeinflusst die Biologie, wie etwa Körpergröße oder Körperfett, das Verhalten, und auf der anderen Seite beeinflusst auch das Verhalten – z.B. die Exposition von Umweltgiften, Schadstoffen, Rauch, Essverhalten, Trainingsverhalten – die Biologie. Und die moderne Biologie liefert dafür auch Erklärungen in Form der sogenannten Epigenetik-Mechanismen, so dass moderne Gender-Theorie und moderne molekulare Biologie zusammenkommen. Die Wechselwirkung in Auge zu behalten ist wichtig, und wir denken, dass die Wechselwirkung in beide Richtungen geht. Wir sehen das als reziprokes System.

Wird die Gendermedizin von manchen Forschern instrumentalisiert, damit ein bestimmtes Geschlecht letztlich besser dasteht als das andere?

Es gibt diese Tendenzen sowohl auf Frauenseite als auf Männerseite. Es gibt eine Männergesundheitsforschung, die die Männer als das vernachlässigte Geschlecht sieht, und es gibt eine Frauengesundheitsforschung, die die Frauen benachteiligt sieht. Aber mit beiden Gruppierungen habe ich mich aus Zeitmangel nie wirklich befasst.

Nachdruck aus Medusablätter (Blog) – mit freundlicher Genehmigung von Autorin Cécile Calla, Berlin

→ <https://www.medusablaetter.com/2019/09/02/vera-regitz-zagrosek-die-gender-medicin-nutzt-beiden-geschlechtern/>

Weitere Informationen:
→ www.dgesgm.de

Hat die #MeToo-Welle etwas zur Gendermedizin beigetragen?

Vielleicht entfernt in dem Sinne, dass die Aufmerksamkeit auf das Geschlecht gelenkt wurde, im Prinzip sind es aber sehr unterschiedliche Themen.

Gehen wir zurück zu den Anfängen von „Gender in Medicine“. Was hat Sie dazu gebracht, sich für dieses Feld Anfang 2000 zu engagieren?

Ich war damals leitende Oberärztin am Deutschen Herzzentrum in Berlin und habe immer wieder gesehen, dass wir Probleme mit der Behandlung von Frauen haben. Ich stellte auch fest, dass wir sehr wenige weibliche Patientinnen hatten, etwa 20 bis 25 Prozent in manchen Bereichen. Das hat mich erstaunt. Dann habe ich angefangen, mir Gedanken über die Behandlung von Frauen und Männern bei Herzerkrankungen zu machen, und habe bemerkt, dass Frauen andere Herzprobleme als Männer bekommen, und dass diese in unserem System nicht wirklich erforscht sind. So entstand noch im Jahr 2003 eine Professur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen an der Charité, die ich bekam. Ich sah dann, dass man nur mit einem Frauenansatz nicht alle Aspekte gut abdecken kann, und habe dann angefangen, mich der Theorie von Geschlechtsunterschieden, also mit Gender zu befassen, und zu überlegen, ob es unterschiedliche Bedürfnisse in der Medizin bei Frauen und Männern gibt. Daraus ist ein Zentrum für Gendermedizin in der Charité geworden, für das wir 2007 sogar einen Wissenschaftspreis erhielten: den Margherita-von-Bretano-Preis. Daraus wiederum wurde ein interdisziplinäres Zentrum für Gendermedizin.

Wie reagierte Ihr berufliches Umfeld damals?

Meine Kollegen in der Kardiologie waren fast alle Männer und ich hatte ein relativ gutes Ansehen, bevor ich das gemacht habe. Die typische Reaktion war eigentlich: „Du hast doch immer so gute Forschung betrieben. Warum tust du jetzt etwas so Merkwürdiges?“ Das hat niemand richtig verstanden, aber ich hatte einen Vertrauensvorsprung, weil ich als Forscherin anerkannt war, und deswegen konnte ich eine Arbeitsgruppe für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

bei Frauen bei der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im Jahre 2003 gründen. Damals gab es nur in Stockholm, Berlin und Wien einige, die sich für die Genderaspekte in der Medizin interessierten. Die Amerikanerinnen hatten vor uns Europäerinnen dieses Feld in den 1980er und 90er Jahre etabliert, allerdings unter den Namen Frauengesundheitsforschung, das heißt eine Forschung, die Frauen in der Medizin berücksichtigt. Wir haben entschieden, dieses Konzept auf die Männer auszuweiten, weil wir der Meinung sind, dass die Gendermedizin beiden Geschlechtern nützt. Zum Beispiel werden Männer mit Depression oder Osteoporose, typischen Frauenerkrankungen, auf einer schlechteren Wissensbasis als Frauen behandelt. Die Idee ist, eine Medizin zu haben, die den Patient ganzheitlich wahrnimmt.

Welche Bilanz können Sie seit 2003 ziehen? Was wurde in der Gendermedizin erreicht?

Das Thema Geschlecht ist angekommen und wird nun vielfach akzeptiert. Von 2008 bis 2015 haben wir eine sehr große Förderung von der DFG bekommen, um herauszufinden, wie die biologischen Unterschiede bei Herzerkrankungen sind. Auf EU-Ebene versucht man in den Forschungsrahmenprogrammen seit 2016 Geschlecht und Gender zu integrieren. Es gibt einen Advisory Board, der dafür sorgen soll, dass diese Aspekte in allen Forschungsprojekten vorkommen oder zumindest diskutiert werden. Die Amerikaner haben eine Richtlinie bei ihrem nationalen Gesundheitsinstitut (NIH) im Jahr 2015 verabschiedet: Sie besagt, dass alle Grundlagen- und klinischen Forschungsprojekte erklären müssen, wie sie mit Geschlechterunterschieden umgehen. Sie können jetzt nicht mehr bloß Untersuchungen an männlichen Tieren machen und dann behaupten, dass die Ergebnisse für Männer und Frauen gültig seien, was früher Gang und Gäbe war. Kanada geht genauso vor. Im Jahr 2018 wurde ein Büro für Gendermedizin (Institut of Gender and Health) gegründet, das sich damit befasst, geschlechtsspezifische Aspekte in alle Forschungsprojekte zu integrieren.

Deutschland war Vorreiter mit Schweden in Europa vor 15 Jahren, wie steht heute das Land im europäischen Vergleich?

Die skandinavischen Länder stehen an der Spitze. In Deutschland gibt es noch viele Vorbehalte, mittlerweile gibt es ein paar Forschungsprogramme, die auch Gender berücksichtigen, aber das sind die wenigsten. Es gibt auch nur eine einzige Universität, und zwar die Charité, die Gendermedizin systematisch als Pflichtlehre integriert hat. In anderen Städten wie Freiburg, Münster, Hannover, München werden nur Wahlveranstaltungen angeboten. Das Thema kommt an, aber die Frage ist: Was ist im Medizinstudium Pflicht? Ansonsten gibt es einige Krankenhäuser, die damit Werbung machen, dass sie Genderaspekte berücksichtigen. Aber es wird in Deutschland zu wenig investiert, es gibt zu wenig Frauen in Leitungspositionen und es werden auch zu selten frauenspezifische Aspekte bei der Forschungsförderung berücksichtigt.

In der Schweiz gibt es überall einzelne Ärzt/innen, Forscher/innen oder Gesundheitspolitiker/innen, die sich damit befassen. Die Universität Zürich hat mir für Herbst die Anna-Fischer-Dückelmann Gastprofessur für Gendermedizin angeboten, und da wollen sie ein Gender-Medizin Curriculum mit systematischen Richtlinien für die Versorgung von Frauen und Männern bei den wichtigsten Erkrankungen etablieren. Frankreich bleibt sehr konservativ in diesem Bereich.

Und wie steht es um die Behandlung von Patientinnen mit Arzneimitteln, die lange nur bei Männern getestet wurden? Seit 2004 gibt es immerhin eine gesetzliche Empfehlung in Deutschland, die besagt, dass alle neuen Medikamente bei Frauen und Männern getestet werden müssen.

Es gibt zumindest diese Empfehlung, aber man muss ja sehen, dass die Entwicklung eines Medikamentes 10 bis 15 Jahre dauert, insofern gibt es eine große Zeitverzögerung. Wir haben jetzt eine Untersuchung gemacht, die wir in einer US-amerikanischen Zeitschrift veröffentlicht haben, um zu erfahren, wieweit die großen international laufenden Arzneimittelzulassungsstudien die Nebenwirkungen bei neuen Medikamenten für Herzfehler geschlechtsspezifisch aufschlüsseln. Nur 11 Prozent der Studien tun es! Die Daten für Männer und Frauen sind vorhanden und müssen es auch sein, aber sie werden nicht geschlechtsspezifisch aufgelistet.

Es gibt somit noch ein ziemlich großes Defizit auf dem Gebiet, und es betrübt mich sehr, dass sich in den letzten zehn Jahren kaum etwas verbessert hat. Mit anderen Worten, es gibt ein Bewusstsein, es gibt erste Studien, aber die Pharmaindustrie weltweit sträubt sich extrem dagegen, geschlechtsspezifische Aspekte in ihre Studien zu integrieren.

Mittlerweile weiß man einiges über die Geschlechtsunterschiede bei Herzkrankungen. Welche Pathologien werden aktuell in der Gendermedizin diskutiert?

Aging ist ein wichtiges neues Thema, da machen wir gerade eine erste große Studie in der Charité. Onkologie ist auch ein Thema, das wird immer wieder angeführt. Bestimmte Therapien sind jetzt bereits bei Männern und Frauen unterschiedlich, viele Medikamente haben etwa bei Frauen mehr Nebenwirkungen. Rheuma ist ganz wichtig, alle Autoimmunkrankheiten sind überwiegend Frauenerkrankungen, die auch vom Wegfall der Hormone beeinflusst werden. Die Rehabilitation nach Schlaganfällen müsste bei Frauen verbessert werden. Sie haben öfter die schweren Ausfälle nach einem Schlaganfall und sind auch schlechter versorgt, weil ihre Partner meistens tot sind. Männer haben häufig das Glück, dass sie Frauen zuhause haben, die sich um sie kümmern, während Frauen häufig alleine sind.

*Cécile Calla,
Berlin, Medusablätter*

Gendermedizin und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung in Österreich und Deutschland. Stand, Erfahrungen, Kooperationen

Expert/innen-Tagung am 25.10. 2019 – 11.00 bis 17.30 Uhr

Österreichisches Kulturforum Berlin, Stauffenbergstraße 1, 10785 Berlin

Erfahrungen austauschen, über Projekte informieren, neue Kooperationen befördern – das ist das Ziel der ersten bilateralen Tagung deutscher und österreichischer Expert/innen der Gendermedizin. Im Mittelpunkt soll vor allem die Frage stehen, wie gendermedizinische Erkenntnisse schneller und besser in die medizinische Versorgung implementiert werden können – im Interesse von Patientinnen und Patienten. Dabei reicht die Themenbreite von der Aus- und Weiterbildung über Prävention, Diagnostik und Therapie bis hin zu Rehabilitation und Pflege. Die notwendige stärkere regionale und überregionale Vernetzung auf diesem Gebiet, wie sie von G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V., Potsdam, vorangetrieben wird, ist ebenfalls ein Thema.

Informiert und diskutiert wird in drei moderierten Themenrunden, in denen Podium und Auditorium gleichermaßen zu Wort kommen sollen.

Wir zählen auf eine spannende Diskussion und Ihre Mitwirkung dabei!

Darüber werden wir mit Ihnen diskutieren:

- Wie werden gendermedizinische Erkenntnisse in Praxis und Krankenhaus – z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Rheuma – umgesetzt?
- Prävention, Rehabilitation und Pflege unter geschlechtersensiblen Aspekten.
- Was müssen Patientinnen und Patienten über Gendermedizin wissen?
- Gendermedizin in der Aus- und Weiterbildung.
- Gendermedizin im gesundheitspolitischen Diskurs.

Diese Expertinnen und Experten stellen sich – neben vielen anderen – der Diskussion:

- | | |
|---|---|
| • Prof. Dr. Johannes Albes, Bernau | • Prof. Gabriele Kaczmarczyk, Berlin |
| • Dr. Angelika Bader, Innsbruck | • Dr. Elpiniki Katsari, Greifswald, |
| • PD Dr. Harun Badakhshi, Potsdam | • Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Wien |
| • Dr. Birgit Cobbers, Berlin | • Dr. Dirk Keiner, Weimar |
| • Dr. Gesine Dörr, Potsdam | • Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Nijmegen |
| • Prof. Dr. Joachim Dudenhausen, Berlin | • Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer, Münster |
| • Prof. Dr. Sandra Eifert, Leipzig | • Dr. Petra Preiss, Klagenfurt |
| • Hedwig Francois-Kettner, Berlin | • Dr. Alexander Rommel, Berlin |
| • Kristina Hametner, Wien | • Prof. Ilisabe Sachs, Neubrandenburg |
| • Dr. Natascha Hess, Berlin/Potsdam | • Dr. Hildegard Seidl, München |
| • Sarah Hiltner, Nijmegen | • Prof. Gertraud Stadler, Berlin |
| • Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, Innsbruck | • Dr. Barbara Steffens, Bad Lippspringe |
| | • Prof. Dr. Sylvia Thun, Berlin |

Ablauf:

Ab 10.30	Registrierung, Get together
11.00 - 11.15	Begrüßung
11.15 - 11.30	Warum wir hier sind? G ³ stellt sich vor – <i>Annegret Hofmann</i>
11.30 - 12.00	Keynote Gendermedizin: unterwegs, aber längst noch nicht angekommen – <i>Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione</i>
12.00 – 12.15	kurze Pause
12.15 - 13.00	erste Themen-Runde (Gendermedizin In Klinik und Praxis, Reha und Pflege)
13.00 - 14.00	Mittagspause
14.00 - 14.45	zweite Themen-Runde (Aus- und Weiterbildung)
14.45 - 15.00	kurze Pause
15.00 - 15.45	dritte Themen-Runde (Patient/innen und Gendermedizin)
15.45 - 16.15	Kaffeepause
16.15 - 17.30	Zusammenfassung der Themenrunden: Was geben wir der Politik aus dieser Tagung mit? – Diskussion mit Vertreter/innen aus Gesundheitspolitik und Verbänden.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione

Organisatorische Leitung: Annegret Hofmann

Stand: 15. Oktober 2019