

18. Dezember 2018

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Während der Diskussion in einem Frauenzentrum zur Gendermedizin in unserer Gesundheitsversorgung und die Notwendigkeit geschlechtersensibler Diagnostik und Therapie erzählte eine Teilnehmerin, dass ihr auffalle, wie viele Kosmetika explizit für Männer es gebe. Eine spezielle Pflege für die männliche Haut oder der Haare sei in den Regalen fast so häufig zu finden wie solche Produkte, die explizit für Frauen angeboten würden. Ihre Frage: Warum funktioniert das bei derlei Kosmetika, aber bei Arzneimitteln kaum? Wir hatten darüber diskutiert, dass immer noch viele Medikamente, an Männern getestet, bei Frauen Nebenwirkungen erzeugen. Die Teilnehmerinnen-Runde war sich einig: Hier muss unbedingt etwas passieren!

Wir hatten das Thema immer wieder in diesem Newsletter – und es ist nur eines der zu lösenden Probleme in unserer Pipeline. Gesundheitspolitik hat viele Baustellen, weitere dringend notwendige Fortschritte in einer den Geschlechtern gerecht werdenden Gesundheitsversorgung sind nur ein Teil davon. Aber wie immer hängt alles irgendwie mit allem zusammen. Digitalisierung auch im Gesundheitswesen? Nicht ohne die Erkenntnisse der Gendermedizin und die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und ihrer Erfahrungen. Bessere Wirkung von Medikamenten, mehr Compliance? Kann nicht ohne wirksamere Wirkstoffe – gezielt entwickelt und getestet mit Frauen und Männern – garantiert werden. Bessere Diagnostik und Therapie, mehr Lebensqualität? Nur mit mehr Tempo bei der Überleitung von neuen Erkenntnissen in die Labore, Kliniken und Praxen.

Wir werden auch im neuen Jahr keinen Mangel an spannenden Themen aus der Gendermedizin haben.

Dies und anderes in die Ausgaben der kommenden zwölf Monate. Wir haben uns vorgenommen, schon mit Januar/2019 mit neuer Anmutung herauszukommen. Helfen Sie uns auch dabei, über neue Entwicklungen in der Gender- und personalisierten Medizin und ihrer Umsetzung in die Gesundheitsversorgung berichten zu können. Wir brauchen



Ihre Informationen und Ihr Feedback. Dann hat Schritt für Schritt vielleicht nicht nur die Kosmetikbranche mit ihrem geschlechterorientierten (Marketing-)Ansatz die Nase vorn ...

Unsere Beiratsfrau Dr. Elpiniki Katsari schickte uns das Foto (oben) vom New York Marathon Um einen Marathonlauf durchzuhalten, braucht man Training, Beharrlichkeit und ein gutes Stück Vertrauen in die eigene Durchsetzungskraft. Ich wünsche Ihnen eben das für das neue Jahr – im Persönlichen wie im Beruflichen – und nicht zuletzt für unser gemeinsames Anliegen einer guten Gesundheitsversorgung!

Ihre Annegret Hofmann  
Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

## Aus der MHB:

### AdvanceGender – Suche nach den Ursachen guter oder schlechter Gesundheit

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass es Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen gibt. Biologische Faktoren sind an solchen unterschiedlichen gesundheitlichen Lagen genauso beteiligt wie gesellschaftliche Faktoren. Wissenschaftler/innen im Verbundprojekt AdvanceGender möchten herausfinden, wie soziale und biologische Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Geschlecht besser erforscht werden können. Dabei wird in AdvanceGender der Ansatz der sogenannten Intersektionalität verwendet. Im Zusammenhang mit Gesundheit heißt Intersektionalität, dass gute oder schlechte

Gesundheit durch eine Kombination mehrerer Merkmale mitbestimmt wird - beispielsweise Geschlecht, Alter, Herkunft, oder sozialer Status. So findet sich beispielsweise eine Frau mit Migrationshintergrund und geringen finanziellen Mitteln in einer Lebenssituation wieder, die sich grundlegend von anderen unterscheidet und sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken kann. Das Projekt ist an der Medizinischen Hochschule Brandenburg, der Universität Bremen und dem Robert Koch Institut angesiedelt und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert.

Verbandsprecherin ist Prof. Dr. Christine Holmberg, Leiterin des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg in Neuruppin.

Weitere Informationen zu AdvanceGender:  
[www.mhb-fontane.de/advance-gender.html](http://www.mhb-fontane.de/advance-gender.html)

## „Ich weiß nicht, wohin mit meiner Angst ...“

### Geflüchtete Frauen in Brandenburg

#### berichteten über ihre gesundheitlichen Probleme

Die Gesundheit von geflüchteten Frauen war Thema eines Workshops während der Konferenz „Unsere Stimme zählt! Geflüchtete Frauen aus Brandenburg treffen sich“ am 1. Dezember 2018 in Potsdam. Ich moderierte diesen Workshop, an dem an zweimal fast zwei Stunden insgesamt etwa 30 Frauen teilnahmen. Ihre Herkunftsländer sind so unterschiedlich wie ihre Fluchtgeschichten: Afghanistan, Syrien, Kameron, Balkanstaaten, sie leben heute in Gruppenunterkünften oder mit ihren Familien in eigenen Wohnungen, zumeist in kleinen Ortschaften Brandenburgs, haben Arbeit oder, und das war fast immer der Fall, warten: auf die Klärung ihres Aufenthaltsstatus, die Möglichkeit zu arbeiten. Fast alle haben schon Anlauf genommen, deutsch zu lernen. Aber es sei, so eine Frau aus Afghanistan, schon schwierig für sie, als jemand, der kaum eine Schule besucht hat, neben einer Akademikerin zu lernen. Viele gäben in ihrer Situation auf.

Aber die Sprachschwierigkeiten machen den Alltag noch komplizierter. Nicht zuletzt beim Arztbesuch, ob bei eigenen Beschwerden oder solchen der Kinder. Nicht nur, dass in den Einrichtungen des Gesundheitssystems kaum Menschen mit so unterschiedlichen Sprachkenntnissen anzutreffen – wie in diesen Fällen erforderlich – sind. Sprachmittler, die die Frauen begleiten könnten, sind oft Männer. Für die Frauen aus islamisch geprägten Kulturen unmöglich, auf diesem Wege gesundheitliche – vielleicht gar noch im gynäkologischen Bereich liegende – Beschwerden anzubringen. Ich habe selbst vor wenigen Jahren einmal in einer Frauenarztpraxis erlebt, wie schwierig es für Patientin und Ärztin war, die Dolmetscherdienste des heranwachsenden Sohnes der Patientin zu nutzen. Die Frauen möchten sich gern von Ärztinnen untersuchen lassen. Nicht überall und in jedem Fach ist das jedoch möglich...

Andere Situationen, die während des Workshops angesprochen wurden, bezogen sich auf die psychische und psychologische Betreuung der Geflüchteten: Wo gibt es welche Angebote, wer hilft mir in welcher Situation? Es sind, wie sich zeigte, nicht nur schwere Erlebnisse aus der Zeit der Flucht zu verarbeiten, sondern die konkrete Situation im Ankunftsland. Viele Frauen berichteten von Ängsten. Nicht nur, wobei das dominierte, vor Abschiebung und einer noch ungewissen Zukunft, sondern vor dem Alltag in Deutschland, vor Anfeindungen, rassistischen Übergriffen. Und wir wissen ja, Angst macht krank...

Was ist dringend notwendig bei der gesundheitlichen Betreuung von geflüchteten Frauen? Ich habe während des Workshops eine Reihe von Schwerpunkten notiert. Der wichtigste scheint mir – Kommunikation. Sprachvermittlung, sensible, auch geschlechtersensible sprachliche Begleitung bei Arztbesuchen, in Beratungssituationen. Mehr Aufklärung durch die Krankenkassen (z.B. welche Leistungen bietet die Gesundheitskarte?). Mehr Kenntnisse über besondere, sich aus ihrer Situation ergebende gesundheitliche Probleme der Frauen. Das betrifft Angstbewältigung ebenso wie, eine Gesprächsteilnehmerin berichtete das, Erkrankungen durch Ernährungsumstellungen (auf die europäische Kost). Und vieles andere mehr.

Ist das auch Gendermedizin? Ich denke schon.

*Annegret Hofmann*

## Who is Who

### in der Gendermedizin?

**Wir danken all denen, die sich bereits eingetragen haben. Für alle anderen Interessierten zur Erinnerung.**

Wer hat eigentlich Studien zu Geschlechterunterschieden beim Magenkrebs gemacht? Welche Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten gibt es beim Grauen Star? Wer könnte im Krankenhaus mal einen Vortrag zu den unterschiedlichen Arzneimittelwirkungen bei Männern und Frauen halten? Warum nehmen Frauen Präventionsmaßnahmen eher als Männer? Wo liegen Ergebnisse zur Wirksamkeit von Narkosen bei Frauen und Männern vor? Oder beim Einsatz von Stents?

Viele Fragen im Zusammenhang mit Gendermedizin und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung. Ein Expert/innen-Pool ist dringend notwendig!

Mit einer Fragebogenaktion zur geschlechtsspezifischen Medizin und Gesundheitsversorgung wenden sich das anna fischer project mit seinem Netzwerk und G<sup>3</sup> – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V. deshalb an alle, die an Themen und Projekten der Gender- und personalisierten Medizin, der geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung oder an Teilaspekten interessiert und dazu wissenschaftlich oder in anderer Weise tätig sind. Damit könnten, so Annegret Hofmann, Sprecherin des Netzwerks „Gendermedizin & Öffentlichkeit“, „das gemeinsame Anliegen einer besseren und personalisierten Gesundheitsversorgung vorangebracht, Öffentlichkeitsarbeit befördert, neue und wirkungsvolle Kooperationen geknüpft werden“.

Protagonistinnen und Protagonisten sind deshalb herzlich einladen, am Aufbau dieses Expert/innen-Pools mitzuwirken – mit ihrer Eintragung.

Sie wird auch den Eintragenden helfen, für ihre Arbeiten zu diesen und tangierenden Themen eine breite Öffentlichkeit und neue Partner zu gewinnen, zum Beispiel um ihr Thema bei Kongressen zu etablieren oder um gemeinsame Forschungsvorhaben zu realisieren.

Fragebogen und alle Modalitäten wie auch die Datenschutzerklärung sind über den Link

**<https://expertinnenpool.gendermed.info>**

(bitte unter Umständen in den Browser kopieren) zu erreichen. Das Ausfüllen der drei Fragen ist nicht aufwendig, weitere Felder stehen für eine ausführlichere Darstellung des Arbeitsgebietes zur Verfügung.

Die Handhabung ist denkbar einfach: Kein Passwort, merken, nur die E-Mail-Adresse angeben. Dann kommt postwendend eine E-Mail mit einem einmal gültigen Link für den Zugang. Einen einmaligen Link erhält man auch, wenn die Daten überarbeitet oder gelöscht werden sollen.

Die Eintragung ist selbstverständlich kostenlos. Mit den Daten wird verantwortungsvoll und ohne kommerziellen Hintergrund umgegangen. Nur mit ausdrücklichem Einverständnis werden sie an Dritte weitergegeben.

*Für weitere Informationen: anna fischer project und  
G<sup>3</sup> – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V.  
[info@g3gesund.de](mailto:info@g3gesund.de), Tel. 030 28 38 50 03*

# Ausschreibung

## Geschlechterspezifisch erwünscht: DÄB schreibt erneut Wissenschaftspreis aus

Der Deutsche Ärztinnenbund hat seinen Wissenschaftspreis 2019 ausgeschrieben. „Die Arbeit soll die biologischen und/oder sozio-kulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit Relevanz zur Prävention, Diagnostik und/oder medizinischen Versorgung in Klinik und Niederlassung thematisieren“, heißt es u.a. in der Ausschreibung.

Die Bewerbungen sind bis zum 31. 5. 2019 an die Geschäftsstelle des DÄB – [gdsdaeb@aerztinnenbund.de](mailto:gdsdaeb@aerztinnenbund.de) – zu senden. Der Preis wird anlässlich des Wissenschaftlichen Kongresses – 17. bis 20. 10. 2019 in Erfurt – vergeben.

Ausführliche Informationen:  
[www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de)

# News

## Übergewicht: Wie die Mutter, so die Kinder ...?

In Deutschland sind nach wie vor fast 15 Prozent der Kinder übergewichtig. Das geht aus einer Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Jugendlichen und Kindern hervor. Und wie die LIFE-Child-Studie von Leipziger Wissenschaftler/innen jetzt belegt, wird der Grundstein für Übergewicht und Adipositas schon vor Schulbeginn des Kindes gelegt.

„Die Erkrankung manifestiert sich häufig schon sehr früh in der Kindheit. Zugleich liegt die Wahrscheinlichkeit, dass kleine Kinder mit Adipositas zu einem Normalgewicht in der Jugend zurückkehren, bei weniger als 20 Prozent. Diese Effekte konnten wir in einer großen Längsschnittstudie nachweisen mit direkten Implikationen für die Praxis“, so Prof. Dr. Antje Körner, Professorin für Pädiatrische Forschung an der Universität Leipzig und Arbeitsgruppenleiterin am Center for Pediatric Research Leipzig (CPL) des Universitätsklinikums Leipzig.

In ihrer statistischen Analyse konnten die Forscher feststellen, dass in den ersten zwei Lebensjahren die Chancen für Kinder, die adipös waren, später zu einem Normalgewicht zurückzukehren gerade einmal bei 50:50 stehen. Waren die Kinder hingegen schon drei Jahre alt, waren es nur noch knapp zehn Prozent – das bedeutet: Rund 90 Prozent dieser Kinder waren auch als Jugendliche übergewichtig oder adipös.

Mit den Daten der LIFE Child-Studie konnten auch die Bedeutung von Geburtsgewicht und Gewicht der Mutter auf das kindliche Adipositasrisiko nachgewiesen werden. So hatte fast die Hälfte der Babys, die zur Geburt sehr groß und schwer waren, einen höheren BMI in ihrer Kindheit und Jugend. Demgegenüber entwickelten weniger als 30 Prozent der Kinder mit normalem oder niedrigem Geburtsgewicht Übergewicht oder Adipositas im Jugendalter. Kinder von Müttern mit Übergewicht hatten ein deutlich höheres Risiko für kindliches Übergewicht als Kinder von Müttern, die normalgewichtigt waren.

Quelle: „New England Journal of Medicine“:

„Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity“, DOI: [10.1056/NEJMoa1803527](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1803527) mit einem Video zur Studie

## Gefährliche „falsche Bescheidenheit“

Im Mittel warteten Frauen 37 Minuten länger als Männer, bis sie sich bei Symptomen eines Herzinfarkts um medizinische Hilfe bemühten. Das ergab eine retrospektive Analyse der Daten von 4.360 Patienten (967 Frauen und 3.393 Männer), die zwischen 2000 und 2016 wegen eines ST-Hebungsinfarktes im zweitgrößten PCI-Zentrum der Schweiz (Triemli-Klinik) behandelt wurden. Die Autoren führen die verzögerte Hilfesuche der Frauen darauf zurück, dass sie ihre Symptome als weniger schwerwiegend einschätzen als Männer. Bereits 2017 ergab eine Studie deutscher Kardiologen, dass ältere, über 65-jährige Frauen am längsten warten, bis sie nach Auftreten der ersten Symptome eines Herzinfarkts in eine Klinik-Notaufnahme kommen. „Der Unterschied zwischen älteren Frauen und allen anderen von uns untersuchten Gruppen, nämlich jüngeren Frauen unter 65 Jahren sowie Männern über und unter 65 Jahren, ist eklatant“, so Professor Karl-Heinz Ladwig, einer der beteiligten Studienautoren („American Journal of Cardiology“).

Gründe für die langen Entscheidungszeiten sahen Ladwig und seine Kollegen im psychologischen Bereich, unter anderem in einer „Bescheidenheit“ der Betroffenen, die in diesem Fall völlig unangebracht ist.

## „Ich esse meine Suppe nicht ...“ – immer häufiger

Die Prävalenz von Essstörungen hat in den vergangenen beiden Dekaden gerade unter vorpubertären Kindern deutlich zugenommen. Das berichten Psychologen um Kaitlin Rozzell von der San Diego State University in der Studie „Adolescent Brain Cognitive Development“ (ABCD) (*JAMA Ped* 2018, online 26. November).

Das Forscherteam um Rozzell fand nun bei 52 Kindern eine Essstörung – das sind 1,4 Prozent. Zum Vergleich: Bei Jugendlichen und Erwachsenen wird eine Prävalenz von 3 bis 5 Prozent angenommen. Die Prävalenz unter vorpubertären Kindern erscheint damit 14-fach höher als noch zu Beginn des Jahrhunderts.

Geschlechterdifferenzen wurden bei den Neun- bis Zehnjährigen hingegen kaum beobachtet. Jungen waren sogar etwas häufiger betroffen als Mädchen (1,6 versus 1,1 Prozent), der Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant.

Mädchen in der Pubertät und junge Frauen sind drei- bis sechsfach häufiger betroffen als Jungen und Männer.

## Noch immer tabuisiert

Das „Projekt A4“ in Jena, über das der MDR in November berichtete, koordiniert Hilfe für Männer, die häusliche Gewalt erfahren.

Dass auch Männer Opfer häuslicher Gewalt werden, wird gesellschaftlich noch immer tabuisiert, da es vorherrschenden Rollenbildern widerspricht. Offizielle Statistiken, wie viele Männer von häuslicher Gewalt betroffen sind, gibt es nicht. Und sicher ist, dass immer noch viel mehr Frauen als Männer im häuslichen Umfeld geschlagen, verletzt und misshandelt werden. 2017 zählte die Thüringer Polizei bei Einsätzen häuslicher Gewalt über 500 männliche Opfer.

## 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](http://www.gendermed.info)

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

Für die DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland  
Fotos: S. 1: E. Katsari, S. 4: U. Seeland

Die DGesGM im Jahr 2018:

## Gute Signale für eine stärkere Wahrnehmung von Geschlechterunterschieden

Zur „Best of...“-Session auf dem 42. Wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® und der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention waren am 23.11.2018 Dr. Ute Seeland und Dr. Maximilian König aus der Charité-Universitätsmedizin Berlin eingeladen. Die Tagung stellte zwei zentrale Organe - Herz und Niere - in den Mittelpunkt, die bei Frauen und Männern in ihrer Funktion häufig gestört sein können und eine wichtige Rolle in der Pathogenese des Bluthochdrucks einnehmen. Zahlreiche Vortragende beschäftigten sich mit der arteriellen Gefäßsteifigkeit, Blutdruck im Alter und der Pharmakotherapie bei Bluthochdruck.



Dr. Ute Seeland und Dr. Maximilian König

Unter der Überschrift „Hypertonie bei Männern und Frauen“, konnten Abstracts mit einem geschlechtersensiblen Schwerpunkt eingereicht werden. Ein gutes Signal, um das Bewusstsein stärker auf die Geschlechterunterschiede zu lenken. Bluthochdruck z.B. tritt bei Männern häufiger vor dem 60sten Lebensjahr und bei Frauen ab einem Alter von 60 Jahren auf. Frauen mit Hypertonie sind häufiger von einem Schlaganfall und einer Herzinsuffizienz betroffen als Männer. Maximilian König aus der Klinik für Nephrologie präsentierte die Daten zur „Assoziation von Sexualhormonstatus, oraler Kontrazeption, Hormonersatz und arterieller Gefäßsteifigkeit“. Seeland und König hatten die Daten von 988 Männern und Frauen der Berliner Altersstudie II (BASE-II) analysiert. Neben der Altersgruppe > 60 Jahre (w=285, m=464) wurden auch in einer jüngeren Referenzgruppe (Alter 22-36 Jahren; w= 116, m= 123) Messungen zur Gefäßelastizität sowohl der kleineren und mittleren als auch der großen arteriellen Gefäße durchgeführt. Gemessen wurde oszillometrisch, nicht-invasiv mit einer Oberarmmanschette. Die Bestimmung des Sexualhormonstatus erfolgte durch die Messung von Estradiol und Testosteron im Serum. Eine ausführliche Medika-

mentenanamnese ermöglichte die Differenzierung von Proband\*innen mit und ohne jegliche Medikamenteneinnahme, die Erfassung von jungen Frauen mit oraler Kontrazeption („Pille“) und den postmenopausalen Frauen mit Hormonersatztherapie. Geschlechterunterschiede gab es bereits in der Referenzgruppe, den gesunden (ohne Medikamente) Frauen und Männern beider Altersgruppen. Die Referenzwerte für den Augmentationsindex (Alx) und die Pulswellengeschwindigkeit (PWV) lagen im Alter signifikant höher im Vergleich zu den Jüngeren (z.B. Frauen jung  $5.1 \pm 0.5$  m/s, alt  $10.0 \pm 0.9$  m/s). Geschlechterunterschiede bestehen insbesondere bei den Messungen des Alx, ein Messwert, der eine Aussage über die Elastizität der kleineren und mittleren Gefäße ermöglicht. Sowohl in der Gruppe der 22-36-Jährigen, als auch bei den  $\geq 60$ -Jährigen hatten Frauen signifikant höhere Werte als Männer (z.B. Männer jung  $9.7 \pm 8.0$  %, Frauen jung  $19.8 \pm 8.3$  %). Gibt es dafür eine Erklärung? Es stellt sich die Frage nach einem möglichen Zusammenhang mit dem Sexualhormonstatus. Daher untersuchten Seeland und König diejenigen jungen Frauen, die die „Pille“ einnahmen, und die postmenopausalen Frauen mit Hormonersatztherapie genauer. Bei der „Pille“ zeigten sich signifikante Unterschiede. Junge Frauen mit oraler Kontrazeption wiesen im Mittel signifikant höhere Alx-Werte auf als junge Frauen ohne Pille ( $22.6 \pm 7.6$  vs.  $17.6 \pm 8.1$ ,  $p=0.001$ ). Mittels linearer Regressionsanalysen konnte das Team zeigen, dass auch unter Berücksichtigung von anderen Einflussfaktoren auf die Gefäßfunktion wie zentraler systolischer Blutdruck, Bauchumfang, Glukose, LDL-Cholesterin, Rauchen und Alter, die Einnahme der „Pille“ mit einem erhöhten Alx ( $B = 3.766$ , 95% CI  $1.166 - 6.427$ ;  $p = 0.006$ ), also einer Verschlechterung der Funktion der kleineren und mittleren arteriellen Gefäße, assoziiert war. Zusätzlich wiesen junge Frauen mit „Pille“ signifikant niedrigere Estradiolspiegel auf als diejenigen ohne Pille. In einem zweiten Modell zeigte sich unter Beibehaltung der o.g. Einflussfaktoren entsprechend eine negative Korrelation von Estradiolkonzentration und Alx ( $B = -0.008$ , 95% CI  $-0.013 - -0.002$ ;  $p = 0.009$ ), also ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen körpereigenen Östrogenspiegel und einer schlechteren Gefäßfunktion. Für die Gruppe der postmenopausalen Frauen zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang von Estradiolspiegel und Hormonersatztherapie mit Alx oder PWV.

Die Daten sind vereinbar mit Beobachtungen, die gezeigt haben, dass die Einnahme der „Pille“ eine Erhöhung des systolischen Blutdrucks bis 8 mmHg bewirken kann. Ursächlich könnte u.a. die deutlich erniedrigte endogene Estradiolkonzentration unter Einnahme der „Pille“ sein. Die Daten zeigen auch, dass es weiterhin berechtigt ist, die Verschreibung der „Pille“ in ärztlicher Hand zu lassen. Weitere Studien müssen zeigen, bei welchen Frauen die Einnahme der „Pille“ möglicherweise mit einer Bluthochdruckentwicklung in späteren Lebensjahren einhergeht. Wenn wir das wissen, dann sollte

in den gynäkologischen Praxen über die Diagnostik der arteriellen Gefäßelastizität nachgedacht werden, um die Frauen umfassend über ein mögliches Risiko aufzuklären.

### **Medikament auf dem Prüfstand**

Eine weitere gute Gelegenheit, dieses wichtige Thema zu diskutieren, ergab sich auf der diesjährigen Mitgliederversammlung der DGesGM® am 07.12.2018. Anlass zum wissenschaftlichen Austausch waren die Impulsreferate von Prof. Susanna Hofmann, Tauseef Nauman und Dr. Ute Seeland. Diskutiert wurde über die Relevanz der geschlechterspezifischen Datenerhebung bereits in der Grundlagenforschung am Beispiel eines am Helmholtz-Institut München von Frau Hofmann entwickelten Medikamentes zur Gewichtsreduktion. Hier zeigten sich in den Phase I- Experimenten an weiblichen und männlichen Mäusen zwar die gleichen Effekte auf das Gewicht, jedoch Unterschiede in der Dosis-Wirkungs-Beziehung. Kontrovers diskutiert wurde, ob diese Erkenntnis ausreicht, um anschließende Studien zur Zulassung des Medikamentes an beiden Geschlechtern weiter zu führen. Dies könnte viel Zeit in Anspruch nehmen und würde hohe Kosten nach sich ziehen. **Diskutieren Sie mit und schreiben uns Ihre Meinung unter [info@dgesgm.de](mailto:info@dgesgm.de).** Weiterhin beschäftigte uns die nicht obstruktive koronare Herzerkrankung, also eine Art der ischämischen Herzerkrankung bei Frauen und Männern. Die 5-Jahres Follow-up Studie (basierend auf den LIFE Daten) zeigte, dass Beschwerden wie Unbehagen im Brustbereich und Luftnot bei Belastung trotz Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung mit einem erhöhten Risiko für ein kardiales Ereignis assoziiert sind. In die LIFE Heart Studie wurden Patient\*innen mit Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung von 2006-2014 in Leipzig aufgenommen und untersucht. Herr Nauman, GIM, Charité Berlin, stellte sich der Diskussion, warum Männer ohne Symptome im Vergleich zu Frauen ohne Beschwerden ein signifikant höheres Risiko haben, ein kardiovaskuläres Ereignis zu bekommen. Könnten hier soziokulturelle Faktoren eine Rolle spielen und dazu führen, dass Männer ihre Beschwerden nicht äußern? Oder werden die Symptome von Männern nicht empfunden oder anders beschrieben? Ute Seeland und Tauseef Nauman werden hierzu weitere Daten analysieren.

### **Konzepte für den Praxisalltag notwendig**

Im August und November wurde die 2. stellvertretende Vorsitzende der DGesGM, Ute Seeland, sowohl auf die Versorgungskonferenz in Marburg eingeladen, als auch vom Potsdamer Oberbürgermeister und der Gleichstellungsbeauftragten gebeten, ihre Forschungsergebnisse zu präsentieren und über die mögliche Umsetzung in den Praxisalltag zu diskutieren. Bei beiden Veranstaltungen wurden gerade im Bereich der Versorgung Lösungsansätze intensiv diskutiert. Unter anderem werden Schritt für Schritt Konzepte realisiert, die zur Ausbildung und Qualifizierung von Frauen und Männern in Gesundheitsberufen beitragen, damit diese die niedergelassenen Ärzt\*innen bezüglich einer qualifizierten Patient\*innen-Kommunikation unterstützen. Unkompliziert erreichbare direkte Ansprechpartner\*innen für die Patient\*innen, um eine zeitnahe Antwort auf dringende Fragen liefern zu können – dies wäre ein sinnvolles Konzept zur Verbesserung der geschlechterspezifischen Versorgung von Frauen, Männern und deren Familien.

### **Ausblick auf die Aktivitäten für 2019**

Der IGM Kongress wird vom 12. – 13. September 2019 in Wien stattfinden. Die DGesGM ist aufgefordert, eine Sitzung zu organisieren. **Wir bitten alle Mitglieder, bis zum 15. Januar Vorschläge zu Themen an den Vorstand der DGesGM ([info@dgesgm.de](mailto:info@dgesgm.de)) zu schicken.**

**Alle Mitglieder sind weiterhin aufgefordert, neue Mitglieder zu werben.** Studierende werden beitragsfrei geführt. Der Jahresbeitrag mit Vergünstigungen bei Tagungen und Kongressen beträgt 50,-€ und bleibt damit stabil. LINK zum Mitgliedsantrag auf der DGesGM Seite: <https://www.dgesgm.de/index.php/mitglied-werden>

Die Vorsitzende der DGesGM, Prof. V.Regitz-Zagrosek, kündigt eine anonyme Internet basierte Befragung zu „Karrierehindernissen in der Kardiologie an“.

Vom 29.5.-01.06.2019 wird im CityCube in Berlin der **Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Diabetologie** stattfinden. Ute Seeland ist hier in der Programmkommission und beratend tätig. Es wird spannende Sitzungen zu Diabetes und gendermedizinischen Themen geben. **Interessierte Mitglieder sind herzlich willkommen, an den drei Sitzungseinheiten mit jeweils vier Vortragenden teilzunehmen.** Zusätzlich haben wir auch Veranstaltungen zum Themenbereich Migration – Diabetes – Gender organisiert.

Der Vorstand der DGesGM wünscht ein gesegnetes Weihnachtsfest und einen gutes und friedvolles Neues Jahr!

*Bericht: Dr. Ute Seeland*