

30. November 2018

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir hatten das Thema schon gelegentlich: Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Diagnostik und Therapie, in Reha oder auch Pflege sind noch viel zu selten Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen, bei Kongressen oder auch in der Fortbildung. Medien greifen noch zu häufig auf die bekannten Schlagzeilen ... „Frauenherzen schlagen anders“ ... zurück. Bei Fortbildungsveranstaltungen, sagte mir kürzlich eine Rheumatologin, sei das immer noch ein Exotenthema. Dem wollen wir begegnen – mit einem Pool von Expertinnen und Experten, die sich mit Aspekten und Teilaspekten dieses Teils der personalisierten Medizin befassen. So helfen wir neue Erkenntnisse zu verbreiten, schaffen neue Kooperationen, bekommen mehr Öffentlichkeit. Sie können, Sie sollten dabei sein! In dieser Ausgabe mehr zum Expert/innen-Pool, wie Sie sich eintragen können und natürlich auch, wie Sie davon für Ihre Arbeit profitieren können.

Das Projekt zeigt auch, wie viel Ausdauer es braucht, um neue Erkenntnisse wie die der Gendermedizin und geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung in der Praxis umzusetzen. Stichwort Ausdauer. Die hatten auch die Teilnehmer des Female Health Hackathon, von dem wir berichten. Mit dem Ergebnis (hoffentlich) praxiswirksamer Projekte für die Frauengesundheit und darüber hinaus. Und beim Stichwort Ausdauer respektive Marathon sind wir bei unserer Mitstreiterin und Herzchirurgin Dr. Elpiniki Katsarin, die uns wieder ein Foto von ihrer Teilnahme am New York Marathon Anfang November schickte. Respekt – dafür und auch für ihre Ausdauer bei den Bemühungen um die Gendermedizin in Mecklenburg-Vorpommern! Dies und mehr in diesem Newsletter –

Ihre Annegret Hofmann
Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

Female Health Hackathon in Berlin: In Teams zu neuen Lösungen

Neue Technologien und Frauengesundheit. Interessante Antworten auf die Kompatibilität dieses Wortpaars fand der erste Fraunhofer Hackathon, der vom 2. bis 4. November in Berlin stattfand. Dazu Projektleiterin Tea Böhm, Fraunhofer Venture (A3): „Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind derartig komplex, dass wir im Rahmen neuer Formate über unterschiedlichste Disziplinen hinweg zusammenarbeiten müssen. Fraunhofer kann hier einen entscheidenden Beitrag leisten, indem wir den technologischen Kern innovativer und marktreifer Lösungen bereitstellen.“

Sie berichtet, dass die Veranstaltung in Kooperation mit neun Fraunhofer-Instituten, der Charité, dem Berliner Gesundheitsinstitut (BIH) und der Initiative „Hacking Health“ entstand. „Im Berliner Fraunhofer-Forum entwickelten 90 interdisziplinäre Teilnehmer wie Ärzte, Patienten, Krankenpfleger, Entwickler und Forscher in 14 Teams über drei Tage hinweg neue, technologiebasierte Ideen.“

Stellt sich uns zunächst die Frage: Was ist überhaupt ein Hackathon? Diese Wortschöpfung aus „Hack“ und Marathon ist gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts im Zusammenhang mit einer in jedem Fall gemeinsamen Suche nach nützlichen Lösungen für Software- oder inzwischen auch andere Produkte innerhalb eines kurzen Zeitrahmens entstanden. Das Produkt oder besser der Themenbereich war in diesem Fall Gesundheit oder –noch spezieller– Frauengesundheit. Mehrere Themenkomplexe wurden von den

Teams bearbeitet: „Geriatrische Medizin und Inkontinenz“, „Weibliche psychische Gesundheit“, „Endometriose“ und „Brustkrebs“.



Wir fragen Tea Böhm: Hat sich das Format Hackathon in Bezug auf das Thema Frauengesundheit bewährt?

„Ja, allein deshalb schon, weil wir so viele Frauen dafür begeistern konnten. Normalerweise ist die übliche Zusammensetzung bei Hackathons oft – 90, 95 Prozent Männer und nur 5 bis 10 Prozent Frauen. Wir hatten aber zu 75 Prozent weibliche Teilnehmer! Im Kern müssen die Lösungen gerade bei diesen Themen schon von Frauen für Frauen entwickelt werden, und das ist ein gutes Format dafür. Wir haben auf die Weise auch einen spannenden Nebeneffekt: Wir haben auf der einen Seite die Frauen gelockt, die sich im Normalfall nicht von einem Hackathon angesprochen gefühlt hätten, und auf der anderen Seite haben wir diese Frauen gleichzeitig untereinander vernetzt.“

Wie kam es zu diesen Teams? Dazu die Projektleiterin:

„Wir hatten über 300 Bewerbungen und haben nach Können, Interdisziplinarität und Motivation die besten Kandidatinnen ausgewählt. Einige waren schon als Team formiert, haben nur noch nach Team-Ergänzungen gesucht. Die meisten haben sich jedoch am ersten Abend zusammengefunden. Viele Einzelpersonen hatten bereits konkrete Ideen und haben diese dann auf der Bühne vorgestellt, und so konnten andere Teilnehmer sich diesen anschließen. Die Interessierten hatten vor dem Hackathon Zugang zu einer Plattform mit Chatfunktion, Forum etc., wo sie sich untereinander vernetzen und Teams bilden konnten. Dieses Forum wurde intensiv genutzt.“

Am Abschluss wurden die Ergebnisse vorgestellt, eine Jury bewertete: Den ersten Platz belegte das Team „PeriPower“. Es hatte zum Thema „Geriatrische Medizin & Inkontinenz“ eine App und einen Sensor vorgestellt, die das Pflegepersonal über einen notwendigen Windelwechsel bei bettlägerigen Patienten informieren. Den 2. Preis erhielt das Team „Mellowdie“ mit einem Tool zur Stimmungsanalyse von über den Streamingdienst Spotify angebotene Musik mit dem Ziel der Vorbeugung und verbesserten Diagnostik von Depressionen. Ebenfalls auf dem Siegereppchen stand das Team „Juliet“, das den 3. Preis für die Entwicklung eines intelligenten Tampons für Patientinnen mit Inkontinenz erhielt.

Alle drei Projekte können nun mit finanzieller Starthilfe und begleitet von professionellen Mentoren die Umsetzung ihres Forschungs- oder Gründungsvorhabens vorantreiben und ihre Ideen und Prototypen bis zur Marktreife weiterentwickeln. Und was für den Veranstalter auch wichtig war: Diese drei Teams haben Fraunhofer-Technologie genutzt.

Die Veranstaltung war also erfolgreich – aber waren die Sieger nicht eigentlich bis auf das Tampon-Projekt ja nicht unbedingt in Sachen Frauenmedizin unterwegs... Dazu meint Tea Böhm:

„Das ist zufällig entstanden und auch in Ordnung so. Wir müssen der Kreativität der Teams und ihrer eigenen Schwerpunktsetzung den entsprechenden Freiraum geben. Und natürlich können viele Ergebnisse auf Patientinnen übertragen werden, weil sie mit dieser Zielstellung entwickelt wurden. Weitere Veranstaltungen dieser Art können durchaus auch gendermedizinische Aspekte, also der geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung, bearbeiten. Haben Sie da konkrete Ideen oder Vorschläge?“

Wir geben die Frage gern an unsere Leserinnen und Leser weiter!

Annegret Hofmann

Who is Who in der Gendermedizin?

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 wahr 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 G³ – 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 eingeladen, 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

G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V.

info@g3gesund.de, Tel. 030 28 38 50 03

Ausschreibung

Wichtig! BMG-Ausschreibung zum Forschungsvorhaben Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert ein Forschungsvorhaben zum Thema „Aktueller Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte und -curricula und ggf. Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen“.

Ziel dieses Auftrags ist es, Informationen darüber zu erhalten, inwieweit und in welcher Art und Weise Aspekte der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte und -curricula und ggf. Lernzielkataloge integriert und bereits vorhandene Vorgaben umgesetzt werden und offene Handlungsfelder zu identifizieren, an denen Maßnahmen zur Unterstützung des Prozesses ansetzen können.

Die Einreichungsfrist läuft bis zum 20. Dezember 2018.

Weitere Informationen zur Ausschreibung:
<https://www.evergabe-online.de/tenderdetails.html?5&id=225482>

News

DÄB-Umfrage: Pro Doppelspitze in der Medizin

Die Wortneuschöpfung „Topsharing“ bezeichnet auch in der Medizin ein Arbeitszeitmodell, bei dem zwei Führungskräfte die gemeinsame Verantwortung zum Wohle der Patientinnen und Patienten übernehmen. Topsharing ist damit insbesondere für Ärztinnen ein wesentlicher Schritt zu mehr Familienfreundlichkeit und der Vereinbarkeit von Familie und Privatleben.

Unter Leitung von Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk hat der Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB) 2018 eine erste orientierende Meinungsumfrage unter Internistinnen zum Thema Doppelspitze gestartet.

Die Umfrage, die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank gefördert wurde und eine sehr hohe Rücklaufquote hatte, ergab, dass auch in Universitätskliniken ein großes Interesse an der viel zitierten Work-Life-Balance besteht: 76 Prozent der Befragten würden sich allein auf eine geteilte Spitzenposition bewerben, 71 Prozent konnten sich eine gemeinsame Bewerbung vorstellen. 92 Prozent der Befragten fanden, dass sich unterschiedliche Arbeitsrhythmen im gegenseitigen Einvernehmen und nach den Möglichkeiten des Faches regeln ließen.

Dazu Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Vizepräsidentin des DÄB:

„Erste Beispiele und die Ergebnisse der DÄB-Umfrage stimmen optimistisch, sich als Doppelspitze mit einem Konzept zur Gestaltung des Faches zu bewerben. Meiner Ansicht nach ist in fast allen Fächern der klinischen Medizin, eine Doppelspitze möglich.“ Im Januar dieses Jahres wurde zum Beispiel der bisherige Lehrbereich für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Uni Würzburg durch einen Lehrstuhl ersetzt, an dessen Spitze zwei Professorinnen stehen, die sich die vielfältigen Aufgaben in Forschung und Lehre teilen und Verantwortung nicht länger einsam tragen und Erfolge gemeinsam feiern können.

Weitere Informationen: www.aerztinnenbund.de

Power-Priming: Neues Wettbewerbsverhalten?

Frauen und Männer verhalten sich in Wettbewerbssituationen meist unterschiedlich. Während Männer sich eher dem Konkurrenzkampf aussetzen, versuchen Frauen, diesen oft zu vermeiden. Das hat auch Auswirkungen auf die Arbeitswelt, in der Männer häufig noch immer höhere Löhne beziehen und Positionen besetzen. Ein Team vom Institut für Finanzwissenschaft der Uni Innsbruck und dem Max-Planck-Institut Bonn zeigt nun in einer Studie in Nature Communications, dass sich diese geschlechterspezifische Lücke schließt, wenn Frauen und Männer gleichermaßen mit einem Machtgefühl ausgestattet werden.

Loukas Balafoutas und Helena Fornwagner vom Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck und Matthias Sutter, Executive Director des Max-Planck-Instituts in Bonn, präsentieren aktuell in Nature Communications ein einfacheres Instrument, um Unterschiede in der Wettbewerbsfähigkeit von Männern und Frauen anzugleichen. Dabei handelt es sich um das so genannte Priming, ein Konzept aus der Psychologie. Unter Priming versteht man die unbewusste Beeinflussung von Denken oder Handeln, indem Personen auf ein bestimmtes Reiz-Reaktions-Schema vorbereitet werden. Das Innsbrucker Team konnte in einem ökonomischen Experiment nachweisen, dass Personen, denen durch Power-Priming ein verstärktes Machtgefühl vermittelt wurde, ihr Wettbewerbsverhalten ändern: Die Wettbewerbsbereitschaft sinkt unter Männern und steigt unter Frauen. Das führt auch dazu, dass beide Geschlechter qualitativ bessere Entscheidungen treffen. Gleichzeitig ist bei männlichen Teilnehmern die Risikotoleranz gesunken, bei Frauen ist sie gleichgeblieben.

Weitere Informationen:
<https://www.uibk.ac.at/public-relations/presse/archiv/2018/1058/>

Personalia

In der Urologischen Universitätsklinik Heidelberg wurde die neue Sektion „Präzisionsonkologie urologischer Tumore“ unter der Leitung von **Prof. Dr. Anette Duensing** eingerichtet. Ihre wissenschaftlichen Arbeiten in Heidelberg und Pittsburgh haben sowohl zu einer Reihe von neuen Therapieansätzen als auch zur Entwicklung neuer Biomarker geführt, anhand derer sich beispielsweise Untergruppen urologischer Tumore unterscheiden lassen.

Die Mikrobiologin **Emmanuelle Charpentier**, Entdeckerin und Entwicklerin der Gen-Schere CRISPR/Cas9 (kurz Crispr) und am Berliner Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie tätig, erhielt im Rahmen der „Berlin Science Week“ den Berliner Wissenschaftspreis.

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: Prof Vera Regitz-Zagrosek
Foto: S. 1: A. Hofmann,

Leitlinie Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft: Etablierung von „Schwangerschafts-Herz-Teams“

Eine wichtige Errungenschaft für die Frauengesundheit war in 2018 die Aktualisierung der Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zu kardiovaskulären Erkrankungen in der Schwangerschaft unter Federführung der DGesGM Vorsitzenden, Prof Vera Regitz-Zagrosek, und unter Mitarbeit des DGesGM Vorstandmitglieds Dr. Ute Seeland.

Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie sind extrem populär und legen die Grundsteine für die kardiovaskuläre Therapie in Europa. Frauen oder Gender-Gesichtspunkte wurden hier bisher nur selten berücksichtigt. Hier zeichnet sich allerdings Bewegung ab. Auf Drängen der DGesGM Vorsitzenden, Prof. Vera Regitz-Zagrosek, wurde 2018 festgeschrieben, dass alle neuen Leitlinien einen Passus enthalten sollten, der darüber informiert, wieweit die Studien auch für Frauen und Männer im einzelnen zutreffen. Wenn nicht ausreichend viele Studien für Frauen existieren, solle dies vermerkt und eingefordert werden. Studien, die nur oder überwiegend an Männern durchgeführt wurden, dürfen nicht mehr unkommentiert und kritiklos auf Frauen übertragen werden.

Einen großen Fortschritt stellt die aktuelle Leitlinie zu Herz-Kreislaufenerkrankungen bei Frauen in der Schwangerschaft dar. Sie baut auf der ersten Leitlinie von 2011 der gleichen Leitautorinnen auf. Bei der Aktualisierung der Daten und Darstellung der Empfehlungen wurde darauf geachtet, dass diese klar verständlich und in der klinischen Praxis leicht anwendbar sind.

Herzerkrankungen häufigste Todesursache während der Schwangerschaft

Auch wenn Herzerkrankungen bei schwangeren Frauen eher selten auftreten, so sind sie dennoch in den westlichen Ländern die häufigste Todesursache während der Schwangerschaft. Bluthochdruck ist mit einer Prävalenz von 5-10 Prozent am häufigsten. 1-4 Prozent der Schwangerschaften werden durch andere mütterliche kardiovaskuläre Erkrankung kompliziert. Seltene Erkrankungen, die auch tödlich verlaufen können, sind schwere angeborene Vitien, die peripartale Kardiomyopathie, Aortenerkrankungen, Lungenhochdruck und der Myokardinfarkt. Das Problem nimmt zu, denn immer mehr Frauen mit angeborenen Herzerkrankungen kommen dank besserer Therapie ins gebärfähige Alter, und das Alter der Herzinfarkt-Patientinnen wird immer jünger, so dass immer mehr Frauen mit Herzerkrankungen schwanger werden wollen und werden.

Die großen vor allem niederländischen und europäischen Studien und Register (CARPREG, ZAHARA und ROPAC, Registry of Pregnancy and cardiac disease) haben wesentlich zum Erkenntnisgewinn in den letzten Jahren beigetragen. Solche Register brauchen wir auch in Deutschland, denn ausreichende eigene Erfahrungen mit Herzerkrankungen bei schwangeren Frauen können aufgrund ihrer insgesamt doch geringen Zahl von den meisten ÄrztInnen nur selten selbst erworben werden. Darüber hinaus fehlen aus verständlichen Gründen häufig prospektive und ran-

domisierte Studien, aufgrund derer die ÄrztInnen sich eine Meinung bilden könnten. Daher sind die Diskussion in der Expertengruppe und die Leitlinie für jede/jeden Ärztin/Arzt wichtig, um einen Leitfaden zu haben, der sie die Herausforderung bewältigen lässt.

Risikoeinschätzung des Schwangerschaftsverlaufs

Ein Schwerpunkt der aktuellen Leitlinie liegt auf der Diskussion von Risikofaktoren und Vorerkrankungen der Mutter, die mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind während der Schwangerschaft und peripartal einhergehen. Die Leitlinie fordert eine Risikoeinschätzung und Beratung vor der Schwangerschaft für alle Frauen im gebärfähigem Alter mit Herzerkrankungen, d.h. mit bekannten angeborenen Herzfehlern sowie bekannten oder vermuteten erworbenen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Aorta. Das gilt auch vor einer geplanten assistierten Reproduktionstherapie.

Die LL fordert die Etablierung von „Schwangerschafts-Herz-Teams“, interdisziplinären Teams aus KardiologInnen, GynäkologInnen, AnaesthesistInnen, NeonatologInnen und anderen Fachbereichen. An großen Kliniken sollen sie Schwangere und ihre ÄrztInnen entsprechend beraten. In vielen europäischen Ländern bestehen sie bereits, aber in Deutschland wurden sie bisher nicht offiziell etabliert.

Das Risiko für kardiale Komplikationen während der Schwangerschaft wird zurzeit am besten mit der modifizierten Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (mWHO) eingeschätzt. Frauen, die aufgrund der Diagnostik in die mWHO Klasse II-III oder III eingestuft werden, müssen mit einem mittleren bzw. hohen Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis oder Sterblichkeit (10-27 Prozent) rechnen. In mWHO IV liegt die geschätzte Ereignisrate bei >40 Prozent für die maternale Mortalität und schwere kardiale Ereignisse. Nach ausführlicher Aufklärung soll diesen Frauen abgeraten werden, eine Schwangerschaft zu planen. Bei bereits gesicherter Schwangerschaft soll ein Abbruch empfohlen werden.

Letztlich müssen alle Entscheidungen im Gespräch individuell mit den Patientinnen getroffen werden, möglichst auch unter Einbezug der Familie. Zu den Frauen in gebärfähigem Alter, die in die mWHO Klasse IV eingestuft werden, gehören u.a. Patientinnen mit Lungenhochdruck, schweren Aortenerkrankungen, mit schwerer Mitral- oder Aortenklappenstenose oder mit schwerer Herzinsuffizienz. Die wichtigsten Erkrankungen werden im Einzelnen ausführlich diskutiert.

Vor Beginn einer Schwangerschaft sollte eine bestehende Medikation auf die Arzneimittel- und Sicherheitsdaten hin überprüft werden. Hierzu bietet die Tabelle 7 der aktuellen Leitlinie eine einmalige Unterstützung. Sie bietet eine Beschreibung des Risikos wichtiger Arzneimittel anhand von Tierstudien und humanen Daten zur Arzneimittelsicherheit und ist eine in dieser Form einmalige Zusammenstellung. Die meisten Frauen mit angeborenen Herzerkrankungen überstehen eine Schwangerschaft gut und ohne größere gesundheitliche Probleme.

*(Weitere Informationen bei den Autorinnen:
www.dgesgm.de, <https://gender.charite.de>)*