



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.

Gemeinsamer Newsletter  
von Netzwerk „Gender-  
medizin & Öffentlichkeit“,  
und G<sup>3</sup> – AG für moderne  
Medizin e.V.

## **Der Lehrbeauftragte: Kompetenzen vermitteln für geschlechtersensible Therapien**

Dr. med. Gunther Hempel ist Anästhesist an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums Leipzig und Lehrbeauftragter. Kreative Ideen und das Setzen neuer Akzente bei der Ausbildung der Studierenden bescheinigen ihm ganz aktuell der Stifterverband und der Medizinische Fakultätentag und zeichnen ihn mit dem Preis für exzellente Lehre aus. Welche Chance gibt er der geschlechtersensiblen Medizin im ohnehin prallgefüllten Medizinstudium? Wir sprachen mit ihm.

*Lehrbeauftragter zu sein – das ist auf jeden Fall mehr als Terminpläne für Seminare und Praktika am Patientenbett aufzustellen. Ihnen werden Kreativität und immer neue Ideen nachgesagt –*

**Dr. Hempel:** Die möchte ich natürlich vor allem bei der Vermittlung von Lehrinhalten einbringen. Wir befinden uns in dieser Beziehung in intensiven Veränderungsprozessen, kein Wunder bei der Dynamik, in der sich, nicht zuletzt auch durch Ereignisse wie die Pandemie angetrieben, Wissenschaft, Forschung und damit auch Medizin und Gesundheitsbetrieb weiterentwickeln. Ziel ist es dabei schon seit einigen Jahren, sich von der Vermittlung von reinem Faktenwissen hin zur Vermittlung von Kompetenzen zu entwickeln. Hierfür sind natürlich weiterhin die theoretischen Grundlagen notwendig, die in Vorlesungen im Hörsaal vermittelt werden. Auch aus den Erfahrungen in der Pandemie heraus: Das wird künftig sicher mehr und mehr in Hybridformaten oder rein digital erfolgen.

Viel mehr benötigt es aber praktische Kurse am Krankenbett, Schulungen mit Simulationsperso-



nen oder interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Trainings im Simulationszentrum. Damit die vermittelten Kompetenzen wirklich beherrscht werden, müssen sie im Anschluss auch ebenso effektiv geprüft werden. Auch hier gilt es neue standardisierte Prüfungsformate zu entwickeln. Denn ob jemand eine praktische Fertigkeit wirklich verinnerlicht hat, kann man durch das Setzen von Kreuzen in Multiple-Choice-Klausuren nicht wirklich testen - hier muss auch praktisch geprüft werden.

*Die Medizin hat – mehr als andere Fächer im naturwissenschaftlichen oder technischen Kontext – den Ruf, sehr, oft zu lange zu brauchen, bis wissenschaftliche Erkenntnisse in die Versorgungspraxis gelangen und damit die Patient/innen außerhalb von Unikliniken davon profitieren –*

## **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

www.gendermed.info  
www.g3gesund.de

**Dr. Hempel:** Das ist sicher – noch – so. Was universitär vermittelt wird, ist aktueller Wissensstand oder sollte es zumindest sein. Jüngste Herausforderung ist die Umsetzung der Version 2.0 des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM), der vor einem Jahr vorgelegt wurde. Auch die für 2025/26 geplante neue Approbationsordnung wirft ihre Schatten voraus. Sie definiert gemeinsam mit dem NKLM letztlich was Studierende am Ende des Studiums wissen und können müssen. Die zugehörigen Curricula werden jedoch nicht über Nacht aktualisiert.

In unserer Klinik bedeutet das z.B. auch, dass mehr als 100 ärztliche Mitarbeiter/innen, die in die studentische Ausbildung eingebunden sind, mit den neuen Lernzielen und teilweise neuen Lehr- und Prüfungsformaten vertraut gemacht werden müssen.

Wenn die Studierenden die Universität verlassen, sollen sie über das modernste Wissen verfügen, aber wie lange ist dieses Wissen wirklich neu? Zu lebenslanger Fortbildung ist ja jeder Arzt, jede Ärztin verpflichtet, aber Qualität, Kontinuität, Konsequenz zu garantieren, ist nicht überall gegeben. Hier kann man die aktuelle Pandemie aber auch als Chance sehen. Denn die zuletzt in großer Zahl etablierten digitalen Fortbildungsformate lassen sich auch für die Niedergelassenen realisieren.

*Zu den neuen Lehrinhalten sollte, das sieht auch der Koalitionsvertrag vor, die geschlechtersensible Medizin gehören ...*

**Dr. Hempel:** Das haben wir schon deshalb im Blick, weil sich in unseren Fächern die Unterschiede zwischen den Patient/innen – und dabei ist das Geschlecht eine wichtige Komponente – oft sehr deutlich zeigen. Medikamentennebenwirkungen, Unterschiede bei der Wirkung von Narkosemitteln, Schmerztherapien und anderes mehr sind uns aus der Praxis bekannt. Geschlechtersensible Medizin ist für mich ein wichtiger Aspekt bei der Individualisierten Medizin, die ja den Menschen in all seinen Unterschiedlichkeiten – Geschlecht, Alter, Ethnie, soziokulturelles Umfeld, aber auch individuelle Vorerkrankungen usw. – erfasst. Und sie ist damit ein Querschnittsthema und fachübergreifend, es bedarf keines eigens dafür entwickelten Fachs, sondern der Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, sich dazu mit den neuesten Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen – und dafür zu sorgen, dass weitere Daten, wozu uns wiederum die Digitalisierung mit der Auswertung großer Datenbanken und Datensätze die Möglichkeit gibt, ermittelt werden. Ich denke, dazu können wir in der Klinik wesentlich beitragen.

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

*der Mai hat begonnen, ein bereits vorausgesagter wiederum heißer Sommer liegt vor uns, und der wird ganz sicher nicht nur den steigenden Temperaturen geschuldet sein. Heute morgen im Radio die Information, dass der Oberste Gerichtshof in den USA kurz davorsteht, das seit 1973 bestehende Abtreibungsrecht zu kippen. Nur eine von nicht sehr optimistisch stimmenden Nachrichten dieser Tage. Und eine, die mit geschlechtersensibler Medizin – und Gesellschaft! – in engem Zusammenhang*

*steht. Ein Achtungszeichen. Es gibt auch positiv stimmende. Chirurginnen erobern ihren Platz im Op, Fachmedien und -Gremien stellen sich auf Diversity ein, Studierende fordern lang vorhandene Kenntnisse der Gendermedizin endlich breit in der Praxis anzuwenden. Wir berichten und brauchen Ihre Expertise.*

*Ich freue mich darauf.*

*Annegret Hofmann*

**Unseren Expert-Pool zur gender medicine finden Sie unter:  
<https://expertinnenpool.gendermed.info>**

### Im Op-Saal tut sich was!

Vor einem guten Jahr wurde „Die Chirurgeninnen e.V.“ gegründet – von Anfang an dabei ist unser G<sup>3</sup>-Mitglied und Netzwerkerin Dr. med. Elpiniki Katsari vom Universitätsklinikum Greifswald. „In der Chirurgie tut sich was!“ – so der Tenor ihres Berichts über die letzten Wochen.

Tolle Aufbruchsstimmung bei der Jahresversammlung der Chirurgeninnen vor kurzem in Giessen – wir hatten alle das Gefühl, wir schreiben Geschichte, jeden Tag kommen neue Mitglieder aus ganz Deutschland dazu, inzwischen sind wir mehr als 1200. Wir haben ein sehr starkes Mentoring-Programm, eine Online Akademie, Arbeitsgruppen, sind dabei, Hospitationen zu organisieren, Kontakte mit nationalen und internationalen Chirurgeninnen-Vereinigungen sind im Aufbau.

Dass unser junger Verein schon auf der Shortlist zum Impact of Diversity Award gelandet ist, freut uns natürlich besonders.

Bei meinem Vortrag zum wissenschaftlichen Teil der Jahresversammlung stellte ich meinen Kolleginnen die Gendermedizin und ihre Schnittstellen mit den chirurgischen Fächern vor. Ich bekam ein tolles Feedback, am gleichen Tag die Arbeitsgruppe Gendermedizin gegründet wurde.

Kurz nach der Jahrestagung trafen wir uns beim 139. Deutschen Chirurgen Kongress in Leipzig und konnten uns als Verein vorstellen. Aktuell in der Diskussion: Frauen sterben häufiger, wenn sie von einem Mann operiert werden. Eine kanadische Studie kommt zu der Aussage, Patientinnen hätten bei einem Operateur ein höheres Risiko für Komplikationen als bei einer Operateurin. Woran liegt das? Arbeitsstil? Behandlungsmethoden, Rollenmuster? Auf jeden Fall Forschungsbedarf! 9000 Chirurgeninnen haben wir hierzulande, bei 30 000 männlichen Kollegen, Nachwuchs ist also auf jeden Fall gefragt.

Und geklärt werden sollten wichtige Fragen, die für das Arbeiten im Op wichtig sind: Operieren in der Schwangerschaft – wie kann das optimal geschehen? Die Diskussion läuft.

Was uns in Leipzig freute: Der Berufsverband

der Chirurgen BDC hat beim Kongress in Leipzig beschlossen, sich künftig „Berufsverband der Deutschen Chirurgie“ zu nennen. Und unser Fachmedium heißt zukünftig nicht mehr „Der Chirurg“, sondern „Die Chirurgie“.

Was uns ärgerte: Die männlich dominierte Ahnenreihe, mittels der beim Kongress einstige Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie präsentiert wurden – unter Weglassung der Neurochirurgie-Professorin Gabriele Schackert vom Uniklinikum Dresden, 2016 DGCh-Präsidentin und bis dato einzige Frau an der Spitze der Fachgesellschaft, die 1872 in Berlin gegründet worden war! Anlass für eine dringend notwendige Neupräsentation der Chirurgie, wie wir sie mit dem unten stehenden Foto vorgenommen haben!



Fotos:  
[Facebook \(links\)](#)  
[privat \(unten\)](#)

Und schließlich noch Girls Day Ende April. Ich hatte die Freude, den Tag an unserer Klinik wieder organisieren zu können – insgesamt über die Jahre zum 12. Mal! Wir haben diesmal den Beruf der Unfallchirurgin vorgestellt, die 30 Mädchen aus Greifswald und Umgebung waren mit Freude bei der Sache ...!



## Auch in Brandenburg: Long-Covid-Betroffene kompetent versorgen

**Dr. med. Gesine Dörr**, Chefärztin im St. Josefs-Krankenhaus Potsdam und Vorstandsmitglied von G<sup>3</sup> Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin, hat gemeinsam mit Dr. med. Martin Spielhagen (Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen) ein Long-Covid-Netzwerk Brandenburg- „DiReNa – DiAGNOSTIK, ReHABILITATION und NaCHSORGE“ ins Leben gerufen. Impulse dafür gab es u.a. beim wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch bei der von G<sup>3</sup> mitinitiierten internationalen Tagung „Pandemie und Gendermedizin“ im September vergangenen Jahres in Greifswald, bei der vor allem die

Geschlechter-Unterschiede bei Corona-Erkrankungen diskutiert wurden. Es zeigt sich, dass Frauen auch ganz spezifisch von Folgeerkrankungen nach einer Covid-Infektion betroffen sind, so z. B. von Fatigue, vielfältigen kognitiven Störungen und Ängsten. Spezielle Rehabilitationsangebote für die Behandlung von Long-COVID-Patienten sollen nun zeitnah, ebenso wie eine qualifizierte Nachsorge und ein intensiver Erfahrungsaustausch innerhalb des Netzwerks von Partnern der medizinischen Diagnostik, der Rehabilitation und von nachsorgenden Einrichtungen Brandenburgs ermöglicht werden.

## Krebs als Herausforderung für Ärzte und Pharmazeuten

In einem Beitrag für die Apotheken Umschau verweist Netzwerk-Mitglied **Dr. rer. nat. Dirk Keiner**, Chefapotheker am Sophien- und Hufelandklinikum Weimar, auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Chemotherapie, vor allem häufigere und schwerwiegendere Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Übelkeit, Schmerzen und anderes mehr. So hat eine aktuelle us-amerikanische Studie aufgezeigt, dass Frauen Chemotherapie, Immuntherapie und zielgerichteter Krebstherapie im Vergleich zu Männern ein etwa 34 Prozent höheres Risiko für schwere Nebenwirkungen haben, beim Einsatz von Immuntherapien sogar um 49 Prozent höher. Ausreichende Erkenntnisse über Einnahme und

Wirkweise sowie die Berücksichtigung von Körperbeschaffenheit – Größe, Gewicht usw. - , aber auch Lebenssituation und -qualität spielten eine wichtige Rolle bei der Krebstherapie, so Keiner.

Im gleichen Beitrag erinnert **PD Dr. Ute Seeland**, Gendermedizinerin der Berliner Charité und DGeGM-Vorsitzende, daran: „Die Zulassungsstudien für Medikamente haben Geschlechterunterschiede nicht untersucht oder sie sind bei der Beantragung der Zulassung nicht mitgedacht worden.“

Weitere Informationen:

→ <https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/krebs/krebstherapie-frauen-haben-mehr-nebenwirkungen-853173.html>

## Myokardinfarkt – da ist – leider – immer noch viel zutun. Warum eigentlich?

Dass Frauen bei Herzinfarkt immer noch schlechtere Karten haben als Männer, belegen Studien wie die Gender-Vasc-Studie aus 2021.

→ <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00392-021-01843-w.pdf>

Mit dieser setzte sich u.a. doccheck.com im April auseinander. Berichtet wird u.a., dass die Komplikationsrate bis hin zum Tod bei Frauen signifikant höher als bei Männern. Gefragt wird nach Unterschieden in der Versorgung und im Behandlungsergebnis, beklagt wird die Datenlage, auch unter dem Aspekt, dass die Herzinfarktsymptome bei Frauen oft unspezifisch seien.

Keine neue Erkenntnis, so das Online-Feedback eines Studierenden! Viele Jahre weiß man um solche Unterschiede! Simon Kaftan schreibt bei doccheck, er habe keine zwei

Minuten gebraucht, um die Symptome im Netz zu recherchieren.

→ <https://www.herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/herzinfarkt/anzeichen/herzinfarkt-frauen-symptome>

Vor 20 Jahren wurde das schon im Rettungsdienst diskutiert, so eine Userin.

Berechtigte Fragen - warum das offensichtlich noch kein Allgemeinwissen von Ärzt/innen und in Krankenhäusern ist! Was können, müssen wir tun, um das zu ändern?

Was können veränderte Curricula und praktische Ausbildung am Krankenbett – endlich - bewirken?

Wo sind in der Fortbildung Lücken, die unbedingt und ganz schnell zu schließen sind?

**Bitte schreiben Sie uns!**

### Ess-Störungen bei Männern nehmen zu

Erste klinische Beschreibungen von Ess-Störungen aus dem 17. Jahrhundert betrafen Männer, so Professorin Dr. Barbara Mangweth-Matzek von der Medizinischen Universität Innsbruck. Dennoch werde „Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa“ nach wie vor als typische Frauenerkrankungen angesehen“, schreibt die Wissenschaftlerin in „PiD Psychotherapie im Dialog“. Systematisch erforscht würden Ess-Störungen bei Männern seit 1980. Die Männer-Rate bei Ess-Störungsdiagnosen beträgt Untersuchungen der letzten Jahre zufolge 25–30 Prozent. Mangwerth-Matzek verweist darauf, dass eine Besonderheit bei männlichen Ess-Störungen eine starke Muskelorientierung sei, Ziel ein übermäßig muskulöser Körper mit geringstmöglichem Fettanteil, erreichbar mit regelmäßigem Krafttraining sowie klaren Essensvorgaben. Die Kernkriterien der Anorexie-Symptomatik sind selbstinduzierte Gewichtsabnahme mit der Folge von Untergewicht, Gewichtsphobie trotz Untergewicht und eine Körperbildstörung bzw. nicht vorhandene Krankheitseinsicht.

Eine höhere Hemmschwelle hindere die Betroffenen oft daran, sich eine als „weiblich“ angesehene Krankheit einzugestehen und Hilfe zu suchen, was dazu beitragen kann, dass diese bei Männern seltener und auch später diagnostiziert wird.

### Long-Covid macht es deutlich: Lungenerkrankungen bei Frauen stärker beachten

Chronische Lungenerkrankungen sind auf dem Vormarsch und betreffen mehr Frauen. Das wird auch im Zusammenhang mit Post- und Long-Covid festgestellt und sollte den Fokus verstärkt auf die geschlechterspezifischen Unterschiede lenken. Allein die wachsende Zahl rauchender Frauen kann nicht Ursache für diese Entwicklung sein, denn weltweit sind zwei Drittel aller COPD-Betroffenen weibliche Nichtraucher. Eine Vermutung: Sie sind mehr Innenraumschadstoffen ausgesetzt sind, die beispielsweise beim Verfeuern von Biomasse entstehen.

Zwei Studien aus Nordamerika und Europa weisen darauf hin, dass bei Raucherinnen, die sich dem Arzt mit entsprechenden Symptomen vorstellen, seltener die Diagnose COPD gestellt wird als bei rauchenden Männern mit denselben Krankheitszeichen. Diese Frauen werden auch seltener spirometrisch untersucht oder zum Pneumologen überwiesen. Signifikant ist auch, dass der Verlauf einer COPD bei Frauen insgesamt schwerer ist, mit stärkerem Abfall der Lungenfunktion und bei mehr Klinikaufenthalten.

Eine nähere Datenermittlung z. B. in Bezug auf die Rolle der Geschlechtshormone ist dringend notwendig!

Informationen:

→ <https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/geschlechtsspezifischen-aspekten-mehr-beachtung-schenken/>

## Personalia

**Professorin Sylvia Thun**, Direktorin für digitale Medizin und Interoperabilität am Berlin Institute of Health in der Charité (BIH), wurde in den Beirat beim Zentrum für Krebsregisterdaten berufen. Ihr Statement: „Wir müssen dafür sorgen, dass die Daten aus den einzelnen Krebsregistern und aus onkologischen Patientenakten miteinander vergleichbar und gemeinsam nutzbar sind, damit wir den größten Nutzen aus ihnen ziehen können.“

Die Immunologin **Dr. Stefanie Kreutmair** vom Institut für Experimentelle Immunologie der Universität Zürich erhielt den diesjährigen Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Sie und ihr Team stellten in einer Studie fest, dass bei Menschen, die einen schweren Verlauf von SARS-CoV-2 erleiden, von Beginn an eine bestimmte Gruppe von Killer-T-Zellen im Blut

spezifisch erniedrigt ist. Damit haben sie einen potenziellen Biomarker identifiziert, der schon bei der Krankenhausaufnahme im Rahmen eines Bluttests Hinweise auf einen schweren Verlauf geben kann.

Neu im Ethik-Beirat der NAKO-Gesundheitsstudie: **Professorin Dr. Eva Winkler**, Geschäftsführende Direktorin NCT Heidelberg, Leiterin/Sektion Translationale Medizinische Ethik – Programm Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie (NCT-EPOC), Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD).

Das Gremium besteht aus namhaften Expert/innen, die „ethische, gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Belange im Bereich der Lebenswissenschaften in besonderer Weise repräsentieren“, so der NAKO Ethik-Kodex.