

Medizin und Geschlecht

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im Folgenden stellen wir Ihnen Ausschreibungen, Veranstaltungen, Forschungsergebnisse und anderes rund um „Medizin und Geschlecht“ vor. Lassen Sie uns wissen, wenn Sie Ihrerseits auf Interessantes zu diesem Themenfeld aufmerksam geworden sind oder wenn Sie selbst in diesem Bereich forschen. Ihre Informationen geben wir gerne in einem späteren Newsletter weiter.

Die bibliographischen Angaben zu den vorgestellten Beiträgen finden Sie übrigens in der Randspalte.



Das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) hat erneut **Maria-Goepfert-Mayer-Professuren für Frauen- und Geschlechterforschung** ausgeschrieben. Ziel ist es, die Geschlechterforschung an den niedersächsischen Hochschulen bezogen auf deren Forschungsschwerpunkte weiter zu stärken und die Berufungspolitik langfristig und strategisch auf Geschlechterforschung auszurichten.

Gefördert werden insbesondere Hochschulen, die qualitätsorientierte Planungen für eine nachhaltige Verankerung der Geschlechterforschung im Rahmen ihrer Struktur- und Entwicklungsplanung vorlegen und dabei auch die Perspektiven der Nachwuchsförderung sowie der Internationalisierung einbeziehen. Auf dieser Basis können sich die niedersächsischen Hochschulen um reguläre Professuren mit einer (Teil-)Denomination in Geschlechterforschung und um schwerpunktmäßig auf Lehre orientierte Gastprofessuren mit einer Denomination in Geschlechterforschung bewerben. Einreichungsfristen sind Ende Juni bzw. Ende März. Details unter: <http://tinyurl.com/jet3q2q>

Um die Antragsplanung für die MHH koordinieren zu können, setzen Sie sich bei Interesse bitte mit der Gleichstellungsbeauftragten in Verbindung. Denken Sie bitte unbedingt auch daran, bei der Abfrage für den **MHH-Forschungsbericht** alle Aktivitäten zum Thema „Medizin und Geschlecht“ kontinuierlich sorgfältig zu dokumentieren.



Der **Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB)** verleiht seinen **Wissenschaftspreis 2017** an eine junge Ärztin oder Zahnärztin aus Klinik, Praxis oder Forschung für eine Arbeit, die die **biologischen und/oder soziokulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern** mit Relevanz für Prävention, Diagnostik oder Versorgung thematisiert. Forschungsergebnisse mit Genderbezug aus den Bereichen Public Health/Global Health oder medizinische Lehre können ebenfalls eingereicht werden. Mitgliedschaft im Deutschen Ärz-

Ausgabe Februar 2017 **Seite 1**

**Die Gleichstellungsbeauftragte
Dr. Bärbel Miemietz**

OE 0013

K 27 (Haus A) 1. Etage

Tel.: 0511 532-6501

Fax: 0511 532-3441

Gleichstellung@mh-hannover.de

[www.mh-](http://www.mh-hannover.de/Gleichstellung.html)

[hannover.de/Gleichstellung.html](http://www.mh-hannover.de/Gleichstellung.html)

**weitere Ansprechpartner/innen im
Gleichstellungsbüro**

Iris Wieczorek - Tel.: 6501

Assistenz der Gleichstellungsbeauftragten

Nadine Pasel - Tel.: 6521

Referentin der Gleichstellungsbeauftragten

Claudia Froböse - Tel.: 6521

Koordinatorin Gleichstellung in DFG-Forschungsverbänden

Maria Neumann - Tel.: 6502

Koordinatorin Ina-Pichlmayr-Mentoring

Katja Fischer - Tel.: 6474

Koordinatorin audit familiengerechte hochschule

Andrea Kroß - Tel.: 6502

Mitarbeiterin mit Arbeitsschwerpunkt pflegende Angehörige

Ann-Kristin Drewke - Tel.: 6474

Wissenschaftliche Hilfskraft



Medizin und Geschlecht

tinnenbund ist nicht Voraussetzung für die Bewerbung. Bewerbungen mit Lebenslauf, ggf. Publikationsliste und einem einseitigen Abstract sind bis zum **1.3.2017** elektronisch an die Geschäftsstelle des DÄB zu senden. Der Preis ist mit 4.000 Euro dotiert und wird bei der Jahrestagung im Oktober überreicht. Details unter: <http://www.aerztinnenbund.de/Ausschreibung-Wissenschaftspreis-des-Deutschen.2591.0.2.html>



Das kanadische "Institute of Gender and Health" hat zum Themenkomplex **Gender in der Gesundheitsforschung** drei **Online-Trainingsmodule** veröffentlicht. Forschende, Verleger/innen und Politikverantwortliche können damit selbständig ihr Wissen zum Thema **gendersensibles Forschungsdesign** testen und verbessern. <http://www.cih-irsc-igh-isfh.ca/course/index.php> oder über <http://www.eubuero.de/fif-aktuelles.htm>



Das EU-geförderte ERA-Net GENDER-NET hat das sogenannte **IGAR-Tool (Integrating the Gender Analysis into Research)** entwickelt. Diese praktische Handreichung mit **Instrumenten für die Geschlechterforschung** ist über die Webseite <http://igar-tool.gender-net.eu/en> zugänglich.



In diesem Kontext sei auch an das Projekt **Gendered Innovations** erinnert. Die von der EU und der Stanford Universität entwickelte Internetseite bietet **„Sex and Gender Methods for Research“** u.a. für den Bereich Health and Medicine. Vorgestellt werden geschlechtersensible Analysemethoden beispielsweise für Darmkrebs und HPV. http://ec.europa.eu/research/swafs/gendered-innovations/index_en.cfm?pg=home



Der vom **Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM)** - Charité-Universitätsmedizin Berlin entwickelte **eLearning Kurs "eGendermedizin"** ermöglicht eine persönliche Weiterbildung unabhängig von Zeit und Ort. Ziel des Kurses ist es, die aus Grundlagen- und klinischer Forschung systematisch erarbeiteten Kenntnisse zu Geschlechterunterschieden in der Medizin für die Praxis nutzbar zu machen, um die Gesundheitsversorgung für Frauen und für Männer weiter zu verbessern. Die angebotenen "Kommunikationstools" bieten auch Möglichkeiten zur Diskussion und online Zusammenarbeit. <http://egender.charite.de/de/>

Ausgabe Februar 2017 **Seite 2**

aktuelle Veranstaltungen:

Gender-Kongress 2017

08.03.17, Essen
<http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/gleichstellung/gender-kongress-2017/>

Politiken der Reproduktion - Politics of Reproduction 2017

27.-29.03.17, Hannover
<http://www.nds-la-gen.de/veranstaltungen/lagenveranstaltungen2017/>

24. AKF-Jahrestagung 2017: „Wer's glaubt wird selig“

voraussichtlich 04.-05.11.17, Berlin
<http://www.akf-info.de/portal/2016/11/08/24-afk-jahrestagung-2017-wers-glaubt-wird-selig/>

35. Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

05.-08.10.2017, Berlin
<http://www.aerztinnenbund.de/>



Medizin und Geschlecht



Für Mitglieder der **Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V.** besteht die Möglichkeit die marken- und patentrechtlich geschützte **Zusatzbezeichnung Gendermediziner/in DGesGM®** zu erlangen. Voraussetzung für die Vergabe der Zusatzbezeichnung durch die DGesGM ist der Nachweis spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin, die hier leider immer noch fälschlich als „Gendermedizin“ bezeichnet wird.
<http://www.dgesgm.de/index.php/zusatzbezeichnung-gendermedizinerin>



Eine Tagung am 26. und 27. Januar 2017 bildete den Abschluss des leider nur für ein Jahr vom BMBF an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig geförderten Projekts **Genderperspektiven in der Medizin (GPmed)**. Unter der Leitung der Psychiatrie- und Psychotherapie-Professorin und Gleichstellungsbeauftragten Katarina Stengler wurden während der Projektlaufzeit insgesamt drei Tagungen durchgeführt, um die Implementierung von geschlechterrelevanten Inhalten in der Forschung, der Lehre und der Krankenversorgung nicht nur in der Leipziger Universitätsmedizin voranzubringen. Bei der gut besuchten, aber bundesweit keineswegs auf die dem Thema angemessene Aufmerksamkeit gestoßenen Abschlusstagung waren spannende Vorträge z.B. zu einem innovativen Lehrkonzept, zu Adipositaschirurgie und zum Kaiserschnitt zu hören. Die Gleichstellungsbeauftragte der MHH hatte in ihrem Keynote-Vortrag Gelegenheit, die Aktivitäten zur **Verankerung der geschlechtersensiblen Medizin an der MHH** vorzustellen. Erfreulicherweise ist die Veröffentlichung der Tagungsabstracts geplant, so dass die vielen wichtigen Inhalte, die in Leipzig zur Sprache kamen, allgemein nutzbar sein werden.



Widerstand lohnt sich! Als die EU ihr milliardenschweres neues Förderprogramm **"Horizont 2020"** plante, sollten Gleichstellung und Geschlechterforschung eigentlich ersatzlos gestrichen werden. Nach den enormen Bemühungen der EU in den vergangenen Jahren hätte man ja auch erwarten dürfen, dass diese Themen vom Tisch sind. Da alle, die im Alltag Genderstudies und die Integration einer geschlechtersensiblen Sichtweise in sämtliche universitären Fächer verteidigen und/oder für die gleiche Teilhabe von Frauen an wissenschaftlichen Spitzenkarrieren streiten, wissen, dass das keineswegs der Fall ist, wurde eine Petition gestartet. Fast 4 000 (Stand 23.02.17) Personen setzten sich über Change.org für den Erhalt von Gleichstellung und Geschlechterforschung in den Programmen der EU ein und waren damit erfolgreich: Das



Medizin und Geschlecht

Programm Horizont 2020 zielt darauf ab, EU-weit eine wissens- und innovationsgestützte Gesellschaft und eine wettbewerbsfähige Wirtschaft aufzubauen und gleichzeitig zu einer nachhaltigen Entwicklung beizutragen. Für die drei Säulen: „Wissenschaftsexzellenz“, „Führende Rolle der Industrie“ und „Gesellschaftliche Herausforderungen“ ist **Gleichstellung der Geschlechter nun eine Querschnittskategorie** und hat außerdem auch einen eigenen kleinen Förderbereich. Der Artikel „**Gender equality**“ (Art. 15 der Horizont 2020 Ausschreibung) fordert die Berücksichtigung der Chancengleichheit und der Dimension Geschlecht in allen Projektstadien. Weitere Informationen unter <http://www.horizont2020.de/einstieg-genderaspekte.htm>



Eine Übersicht über **Professuren** mit einer Voll- oder Teildenomination für **Frauen- und Geschlechterforschung / Gender Studies an deutschsprachigen Hochschulen** gibt die **Datensammlung des Margherita-von-Bretano-Zentrums der Freien Universität Berlin**. Zu „Medizin“ kann entweder über die Suchleiste recherchiert werden oder über den Filterpunkt „Fächergruppe – Gesundheitswissenschaften“.

Außerdem ist auf dieser Webseite auch eine Liste zu Studiengängen/Studienschwerpunkten sowie eine Zusammenstellung von Zentren für den Lehr- und Forschungsbereich Frauen- und Geschlechterforschung (Gender and Diversity) an deutschsprachigen Hochschulen hinterlegt. <http://www.mvbz.fu-berlin.de/service/datensammlungen/index.html>



Während der letzten Jahrzehnte sind in vielen Bereichen der Wissenschaft Asymmetrien auf Grund der Nichtberücksichtigung von Geschlechteraspekten identifiziert worden und stellten die Gültigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse in Frage. Vor diesem Hintergrund entwickelten Jahn et al. [1] basierend auf einer systematischen Recherche ein Instrument, das das **Aufspüren von Geschlechtersensibilität** (Sex und Gender) in wissenschaftlichen Artikeln aus den Bereichen **Biomedizin und Public Health** ermöglicht. Übergeordnetes Ziel war es, good practice Beispiele für eine geschlechtersensible Forschung aufzuzeigen.

22 Studien konnten so als good practice Beispiele identifiziert werden und sollen Wissenschaftler/innen zur kritischen und geschlechtersensiblen Herangehensweise in der Forschung inspirieren.



Medizin und Geschlecht



Ähnlich wie Niedersachsen hat auch **Nordrhein-Westfalen** das Potenzial der Geschlechtergleichstellung und der **Integration von geschlechterbezogenen Fragestellungen** in die Forschung und die Lehre an den Hochschulen des Landes erkannt und verfolgt eine unterstützende Politik. Positiv zu bewerten ist dabei vor allem die gründliche Bestandsaufnahme, die mit dem vom fest etablierten und dauerfinanzierten Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW erstellten Gender-Report vorgelegt wird. Der Ende 2016 erschienene dritte Bericht dieser Art widmet sich u.a. dem **"Gender-Gap in der Hochschulmedizin"**. Leider zeigt sich dabei auch für NRW, dass das Thema geschlechtersensible Medizin keineswegs die Rolle spielt, die ihm angesichts der enormen Bedeutung für die Gesundheitsversorgung und die dadurch entstehenden Kosten eigentlich zukommen sollte. Einmal abgesehen davon, dass immer noch von "Gender" gesprochen wird, wo es in der Medizin definitiv nicht nur um das soziale Geschlecht geht, ist der Befund auch ansonsten ambivalent, wenn es heißt "Über das Landesprogramm 'Geschlechtergerechte Hochschulen' des MIWF NRW konnten an den Medizinischen Fakultäten Essen, Köln und Düsseldorf im Jahr 2016 Genderprofessuren (sic!) eingerichtet werden. /.../ An den Medizinischen Fakultäten Bonn und Münster wurden dagegen Professuren mit einer Genderdenomination (sic!), die bereits seit 1997 bestanden, mit dem Ruhestand der jeweiligen Lehrstuhlinhaberin gestrichen. Zudem werden Geschlechteraspekte in der Ausbildung der nordrhein-westfälischen Medizinstudierenden zurzeit eher selten thematisiert" [2].

aus der Geschlechterforschung



Das **Harding-Zentrum für Risikokompetenz** will Menschen über Risiken aufklären und einen kompetenten Umgang mit Risiken vermitteln. Eines der Themen des Zentrums ist die **Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie**. Durch Mammographie-Screenings sei die Zahl der in 10 Jahren an Brustkrebs Verstorbenen von 5 auf 4 von 1000 Frauen gesenkt worden. Ein Effekt auf die Gesamtsterblichkeit bestehe allerdings nicht. Beim Vergleich der Krebssterberaten bei Frauen mit und ohne Mammographie-Screening stellte man fest, dass diese identisch sind. 100 von 1000 Frauen mit Mammographie-Screening in der Screening Gruppe hatten einen auffälligen Befund innerhalb von 10 Jahren, ohne dass eine Krebsdiagnose folgte. Die Frauen mussten über längere Zeit in Unsicherheit leben, bis Entwarnung geben werden konnte. Da es mit Hilfe des Screening-Verfahrens nicht möglich sei vorherzusagen, ob der Tumor gutartig oder lebensbedrohlich ist, wurde bei 5 von 1000 Frauen in der Screening Gruppe eine nicht notwendige teilweise oder



Medizin und Geschlecht

vollständige Brustentfernung vorgenommen [3]. <https://www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen/massnahmen-der-krebs-frueherkennung/brustkrebs-frueherkennung>



Höhere Genauigkeit und Sicherheit in der **Diagnostik von Brustkrebs** soll eine **neue Methode**, die sogenannte tomosynthese-gesteuerte Biopsie, die an der **MHH** zum Einsatz kommt, mit sich bringen. Bei der Implementierung arbeiten die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie zusammen. Anwendung findet die Methode bei Patientinnen mit einem auffälligen Befund im Mammographie-Screening. Mittels der Tomosynthese können die Strukturen besser dargestellt werden. Damit kann die Biopsie mit hoher Präzision vorgenommen werden, was für die Diagnosestellung entscheidend ist. Auch die kürzere Biopsiedauer sowie die geringere Strahlendosis sprechen für das neue Verfahren.

Mehr unter: https://www.mh-hannover.de/presseinfo.html?&no_cache=1 (Beitrag vom 16.09.2016)



Eine 2016 von der Techniker Krankenkasse veröffentlichte Studie [4] widmet sich dem Thema **Stressbelastung** in der Deutschen Bevölkerung und nimmt dabei auch **Geschlechterunterschiede** in den Blick. Befragt wurden 1200 deutschsprachige Personen. Während Männer ihren Beruf als häufigsten Stressauslöser (54%) angeben, sind es bei der Hälfte der befragten Frauen (48%) die an sich selbst gesetzten Erwartungen, zu Hause und im Beruf möglichst perfekt sein zu müssen. Männer empfinden es als stressiger, ständig erreichbar sein zu müssen, während Frauen eher von Konflikten im sozialen Umfeld gestresst werden. Frauen übernehmen nach wie vor deutlich häufiger Familien- und Hausarbeit, und 28 Prozent fühlen sich dadurch gestresst; Männer beklagen sich seltener (18%) über Stress durch Haus- und Familienarbeit. Vergleicht man die Ergebnisse mit denen der Vorstudie von 2013, zeigt sich, dass das **Vermeidungsverhalten** („sich zurückziehen und abwarten, bis sich die Lage wieder beruhigt“) bei gehäuften Stressaufkommen zugenommen hat (von 14% auf 23%). Auch bei körperlichen Beschwerden konnten Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt werden: Frauen leiden häufiger als Männer an Rücken- und Kopfschmerzen.

<https://www.tk.de/tk/themen/studien-und-auswertungen/stress-studie-okt-2016/916646>



Medizin und Geschlecht



Mehr dazu, wie unterschiedlich sich **belastende Arbeitsbedingungen** auf Frauen und Männer auswirken, finden Sie hier: http://www.boeckler.de/wsi_60190.htm



Der steigende Anteil von Ärztinnen führte bisher nicht zu einer Neuverteilung von Haushalts- und Familienaufgaben. Die Ergebnisse des Literaturreviews [5] zum Thema **Work-Life-Balance, Work-Life-Conflict bei Ärztinnen** gibt einen Überblick über Studienergebnisse von 25 Studien aus den vergangenen 20 Jahren (zwischen 1994 und 2014). Es konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen Work-Life-Balance bezogene Themen, einschließlich Arbeitszeiten, Voraussetzungen für die Spezialisierungsqualifizierung und Karrierechancen abwägen, wenn sie ein Tätigkeitsfeld, auswählen. Ärzte und Ärztinnen mit mittlerer Berufserfahrung (11-20 Jahre) sind vulnerabler für die Work-Life-Conflict Problematik. In der Universitätsmedizin arbeiten Frauen tendenziell in niedrigeren Qualifikationsstufen und sind zunächst weniger produktiv als Männer. Allerdings sind Hochschulprofessorinnen in späterem Stadium produktiver und übertreffen im Verlauf ihrer weiteren Karriere die männlichen Kollegen, dies sicher auch, da die Familienverantwortung im Laufe der Zeit abnimmt. In chirurgischen Fächern sind keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Arbeitszeit zu beobachten, jedoch sind Frauen eher unzufrieden mit der Work-Life-Balance und erfahren häufiger einen Work-Life-Conflict. Unterstützende Ehepartner/innen und Mentor/inn/en sind wichtig, um die Work-Life-Balance bei Ärztinnen aufrechtzuerhalten.



Wissenschaftler/innen von der Rockefeller Universität in New York haben im Tierversuch ein **Molekül identifiziert**, das offenbar dafür verantwortlich ist, **Angst zu verringern**. Allerdings hat es diese Wirkung nur auf männliche Mäuse. Die Wirkung wird hauptsächlich mit den Oxytocin Rezeptor Interneuronen (OxtrINs) und dem von diesem Nervenzelltyp häufig ausgeschütteten Corticotropin Releasing Hormon Bindeprotein (CRHBP) erklärt. Während der durch Oxytocin induzierte Signalweg bei männlichen Mäusen Angst reduziert, stärkt er bei weiblichen Mäusen das Sozialverhalten.

Dass ein Zelltyp durch denselben Stimulus aktiviert wird und sich dennoch **geschlechterabhängig in unterschiedlichen Verhaltensweisen** äußert, ist selten. Es ist allerdings nicht neu, dass soziales und emotionales Verhalten sich zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Bei Frauen fördert Oxytocin das soziale Verhalten, z.B. die Bindung zwischen Mutter und Kind oder auch die Teamarbeit. Bisher steckte die Forschung dazu allerdings in Kinderschuhen.



Medizin und Geschlecht

Auf der Grundlage der nun vorliegenden Befunde können neue Therapien gegen angstbezogene Erkrankungen entwickelt werden [6].



Durch das **bessere verbale Gedächtnis bei Frauen** könnte die **Alzheimer-Diagnose zu spät** gestellt werden. Dies ist das Ergebnis einer kürzlich erschienenen Studie [7] aus den USA. Frauen erzielten höhere Punktwerte in Gedächtnistests als Männer, obwohl sich im Gehirn bereits erste Zeichen der Atrophie zeigten. Während es einerseits Hinweise darauf gibt, dass die bessere Sprachfähigkeit das weibliche Gehirn widerstandsfähiger gegen Demenz macht, ist es andererseits möglich, dass gerade deshalb bei zahlreichen Frauen die Demenz-Diagnose verzögert gestellt wird. Die Wissenschaftler/innen schlagen vor, Tests entsprechend weiterzuentwickeln, damit Symptome auch bei Frauen möglichst früh erkannt werden können.



Ein Forschungsteam in Chicago hat anhand von Langzeitdaten erstmals das **Lebenszeitrisiko für den plötzlichen Herztod** ermittelt. Berücksichtigung fanden dabei bekannte Risikofaktoren, wie Blutdruck, Cholesterin, Rauchen und Diabetes.

Frauen haben den Ergebnissen zufolge bei kumulativen Risikofaktoren ein **signifikant geringeres Lebenszeitrisiko als Männer**. Ihr Lebenszeitrisiko ist adjustiert für alle Risikofaktorenkombinationen mit bis zu 6 Prozent nur halb so hoch wie das von Männern. Am höchsten war das Lebenszeitrisiko für den plötzlichen Herztod mit 16,3 Prozent bei Männern aus der Gruppe der 45-Jährigen, deren Blutdruckwerte über 160/100 mmHg lagen. Die Autor/inn/en weisen darauf hin, dass außer der konsequenten Therapie bekannter Risikofaktoren die Identifizierung von Risikogruppen, wie Männer im Alter von 45 Jahren mit hohem Blutdruck oder (männliche) Raucher über 65 Jahre, wichtig ist [8].



Sexuelle Funktionsstörungen sind nicht selten die **Folge eines Herzinfarktes**. Das Thema ist tabuisiert und wird von den Betroffenen häufig verschwiegen. Bei jüngeren Menschen zwischen 18 und 55 Jahren sind eher Frauen betroffen. Eine Studie aus Chicago [9] untersuchte einen Monat nach einem Herzinfarkt 2800 Patienten und Patientinnen in spanischen und amerikanischen Krankenhäusern. Männer hatten zu einem höheren Anteil (64%) als Frauen (55%) wieder ein Sexualleben. Ein Jahr nach dem Herzinfarkt betraf die Problematik immer noch überwiegend Frauen (9% vs. 6%). Fast 60 Prozent der Frauen berichten häufiger über sexuelle Funktionsstörungen, während das

Literatur:

1. Jahn, Ingeborg, Börnhorst, Claudia, Günther, Frauke und Brand, Tilman. «Examples of Sex/gender Sensitivity in Epidemiological Research: Results of an Evaluation of Original Articles Published in JECH 2006–2014». Health Research Policy and Systems 15, Nr. 1 (Dezember 2017). doi:10.1186/s12961-017-0174-z.
2. Kortendiek, Beate, Hendrix, Ulla, Hilgemann, Meike, Niegel, Jennifer, Bünnig, Jenny, Conrads, Judith, Mauer, Heike (2016): Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Hochschulentwicklungen, Gleichstellungspraktiken, Gender Gap in der Hochschulmedizin. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 25. Essen.
3. Göttsche, Peter C und Jørgensen, Karsten Juhl. «Screening for Breast Cancer with Mammography». In: Cochrane Database of Systematic Reviews, herausgegeben von The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001877.pub5>.
4. Techniker Krankenkasse (2016). Entspann dich, Deutschland – TK-Stressstudie 2016. Hamburg: Techniker Krankenkasse.



Medizin und Geschlecht

bei den Männern nur 45 Prozent taten. Frauen trauen sich allerdings seltener (27%) als Männer (41%), eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzuzuziehen, um die sexuelle Aktivität zu fördern. Die Studienergebnisse sollen zu einer verbesserten Beratung und zur Optimierung von Leitlinien beitragen.



Seit der Entwicklung der Pille für die Frau, wird auch die **Pille für den Mann** diskutiert. Doch lässt diese bis heute auf sich warten. Eine Übersicht über mögliche Ursachen gibt eine Arbeit von Roth, Page und Bremner [11]. Grundsätzlich ist die Unterdrückung der Spermatogenese durch Medikamente möglich. Studien in den 1980er- und 1990er-Jahren belegten bereits die Wirksamkeit der Testosteroninjektion. Nichtsdestotrotz ist Testosteron bisher nicht als Verhütungsmittel auf dem Markt. Zu den Gründen gehören die große Zeitspanne bis zur Wirksamkeit des Testosterons und die möglichen dauerhaften Nebenwirkungen bei hoher Dosierung. Zudem sind regelmäßige Kontrollen notwendig, um sicherzustellen, dass der Spermien Grenzwert niedrig genug bleibt, und die wöchentliche Injektion erfordert eine hohe Compliance seitens der Patienten. Mittlerweise ist es gelungen, die Zeit, bis der Spermienwert entsprechend gesenkt wird, zu verkürzen und die Testosterondosis zu reduzieren. Auch an Alternativen wird geforscht (Gelkombination statt Injektion; synthetisches Androgen Dimethandrolon-Undecanoat (DMAU)). Trotz dieser Entwicklungen hält das Forscher/innen-Team es für unwahrscheinlich, dass in den nächsten Jahren ein pharmakologisches Kontrazeptivum für Männer auf den Markt kommt. Eine der Hauptbarrieren ist Therapieresistenz bei ca. 10-15 % der Männer. Vor diesem Hintergrund ist das Interesse für eine entsprechende Forschung und Entwicklung bei den Geldgebern gering. Auch die Sicherheitsrisiken schrecken viele Unternehmen ab. Es wird also noch dauern, bis das nächste **Kontrazeptivum nach der Einführung von Latexkondomen vor über 40 Jahren** für den Mann auf den Markt kommt.



Hornhauttransplantationen sind in den meisten Fällen erfolgreich und Abstoßungsreaktionen eher selten. Eine Studie von Hopkinson et al. [10] kommt zu dem Ergebnis, dass die Transplantation von Hornhaut allerdings häufiger gelingt, wenn **Empfänger/in und Spender/in das gleiche Geschlecht** haben. Vor allem bei der Fuchs'schen Endotheldystrophie können Probleme auftreten, wenn der Spender ein Mann, die Empfängerin aber eine Frau ist. Beim umgekehrten Geschlechterverhältnis ergeben sich keine Komplikationen. Als Ursache für die Schwierigkeiten geben die Autor/inn/en Unterschiede in der Zusammensetzung von Proteinen an.

Literatur (Fortsetzung):

5. Treister-Goltzman, Yulia und Peleg, Roni (2016): Female Physicians and the Work-Family Conflict. In: The Israel Medical Association Journal 18, Nr. 5, S. 261–66. PMID: 27430080
 6. Li, Kun, Nakajima, Miho, Ibañez-Tallon, Ines und Heintz, Nathaniel (2016): A Cortical Circuit for Sexually Dimorphic Oxytocin-Dependent Anxiety Behaviors. Cell 167, Nr. 1 (September 2016): S. 60–72.e11. doi:10.1016/j.cell.2016.08.067.
 7. Sundermann, Erin E., Biegon, Anat, Rubin, Leah H., Lipton, Richard B., Wenzhu, Mowrey, Landau, Susan und Maki, Pauline M. (2016): For the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. «Better Verbal Memory in Women than Men in MCI despite Similar Levels of Hippocampal Atrophy». Neurology 86, Nr. 15 (12. April): 1368–76. doi:10.1212/WNL.0000000000002570.
 8. Bogle, Brittany M., Ning, Hongyan, Mehrotra, Sanjay, Goldberger, Jeffrey J. und Lloyd-Jones, Donald M.. «Lifetime Risk for Sudden Cardiac Death in the Community». Journal of the American Heart Association 5, Nr. 7 (Juli 2016): e002398. doi:10.1161/JAHA.115.002398.
-



Medizin und Geschlecht



Die wichtige kardiologische Fachzeitschrift *Circulation* widmet das komplette aktuelle Heft (February 7, 2017; Vol. 135, No. 6) dem Thema kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen.

„Improving the Cardiovascular Health of Women in the Nation“ [12] ist der Titel eines der dort erschienen Beiträge. Es wird auf Geschlechterunterschiede in der Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen, geschlechtsspezifische Risikofaktoren, Unterschiede in der Medikation und Unterschiede im Krankheitsverlauf eingegangen. Um den vielfältigen Unterschieden im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung sensibel zu begegnen, seien kardiovaskuläre Gesundheitsprogramme für Frauen gefragt. Dafür sei vor allem auch die Einbindung des Themas auch in die **medizinische Ausbildung** unentbehrlich.

Schauen Sie in die aktuelle Ausgabe von *Circulation* hinein. Dort finden sich unter anderem noch Beiträge zu Geschlechterunterschieden in kardiometabolischen Biomarkern sowie zu Schwangerschaft und kardiovaskulären Erkrankungen. Auch Karrieren von Frauen in der Kardiologie und die Rolle von Mentoring werden thematisiert.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an geschlechtersensibler Medizin und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

Ausgabe Februar 2017 **Seite 10**

Literatur (Fortsetzung):

9. Tessler Lindau, Stacy, Abramsohn, Emily, Bueno, Hector, D’Onofrio, Gail, Lichtman, Judith H., Lorenze, Nancy P., Sanghani, Rupa Mehta u.a. «Sexual Activity and Function in the Year After an Acute Myocardial Infarction Among Younger Women and Men in the United States and Spain». *JAMA Cardiology* 1, Nr. 7 (1. Oktober 2016): 754. doi:10.1001/jamacardio.2016.2362

10. Hopkinson, C. L., Romano, V., Kaye, R. A., Steger, B., Stewart, R. M. K., Tsagkatakis, M., Jones, M. N. A., Larkin, D. F. P. und Kaye, S. B. «The Influence of Donor and Recipient Gender Incompatibility on Corneal Transplant Rejection and Failure». *American Journal of Transplantation*, Juli 2016. doi:10.1111/ajt.13926.

11. Roth, M. Y., Page, S. T. und Bremner, W. J. «Male Hormonal Contraception: Looking Back and Moving Forward». *Andrology* 4, Nr. 1 (Januar 2016): 4–12. doi:10.1111/andr.12110.

12. Gulati, Martha. „Improving the Cardiovascular Health of Women in the Nation. Moving Beyond the Bikini Boundaries“. *Circulation* 135, Nr. 6 (Februar 2017): 495-498. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025303

