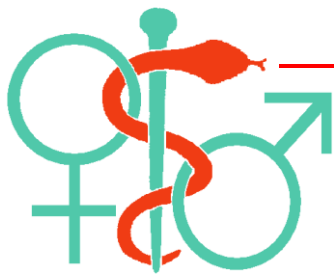


Medizin und Geschlecht



Ausgabe 02/2022

Aktuelles rund um Geschlechtersensible Medizin

- „Sex & Gender in Transplantation“
- Forschungsergebnisse
- Interview zum Thema Transitionsbegleitung mit Martin Ukat
- Veranstaltungen
- Weitere Tipps und Hinweise

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Impressum:

Ausgabe 02/2022

Prof.'in Dr. Dr. Anette Melk – Sprecherin des Kompetenzzentrums für Geschlechtersensible Medizin

Prof.'in Dr. Dr. Sabine Salloch – Stellvertretende Sprecherin des Kompetenzzentrums für Geschlechtersensible Medizin

Lisa Brüning, M.A. – Koordinatorin des Kompetenzzentrums für Geschlechtersensible Medizin

Webseite: <https://www.mhh.de/kompetenzzentrum-fuer-geschlechtersensible-medizin-1>

An- und Abmeldung zum Newsletter: <https://www.mhh.de/gleichstellung/medizin-und-geschlecht/newsletter-medizin-und-geschlecht-1>

Werden Sie Mitglied des Kompetenzzentrums indem Sie uns eine Mail schreiben an MedizinundGeschlecht@mh-hannover.de -
Wir freuen uns auf Austausch und Anregungen!



Liebe Leser*innen,

nun neigt sich das Jahr 2022 dem Ende zu und wir freuen uns Ihnen noch eine weitere Ausgabe des Newsletters „Medizin und Geschlecht“ präsentieren zu können. Auf den folgenden Seiten finden Sie einen kurzen Bericht vom Symposium „Sex & Gender in Transplantation“, welches Anfang Oktober im Schloss Herrenhausen stattfand, aktuelle Forschungsergebnisse, Einblicke in geschlechtersensible Arbeit an der MHH sowie Veranstaltungen und Hinweise rund um Geschlechtersensible Medizin. In der Rubrik der Forschungsergebnisse finden Sie in dieser Ausgabe aktuelle Studien zum Thema Relevanz und Operationalisierung von sex und gender in medizinischer Forschung, Einblicke in Geschlechteraspekte in Public Health, sowie Best Practice Beispiele aus unterschiedlichen Fachbereichen. Lesen Sie in dieser Ausgabe außerdem ein Interview mit Martin Ukat aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialpsychiatrie der MHH – darin bekommen Sie Einblicke in das Thema Transitionsbegleitung, Bedarfe und Herausforderungen. Wie immer freuen wir uns über Feedback, Fragen oder Anregungen zu diesem Newsletter. Wenn Sie Ihrerseits auf Interessantes in diesem Themenfeld aufmerksam geworden oder selbst in diesem Bereich tätig sind, melden Sie sich gerne per E-Mail an: MedizinundGeschlecht@mh-hannover.de.

An dieser Stelle möchten wir darüber hinaus noch auf den [Newsletter aus dem Gleichstellungsbüro](#) der MHH verweisen. Wir wünschen allen einen guten Jahresabschluss und freuen uns über gemeinsame Projekte, Diskussionen und weitere Vernetzung in 2023.

„Sex & Gender in Transplantation – Die weibliche Perspektive“

Vom 5. bis zum 7. Oktober 2022 fand im Schloss Herrenhausen das [internationale Symposium „Sex & Gender in Transplantation - The Female Perspective“](#) statt. Organisiert von Anette Melk (MD, PhD – MHH), Bethany Foster (MD McGill University – Montreal), Louise Lermineaux (Patient*innenvertreterin – Los Angeles) und Germaine Wong (PhD University of Sydney) mit Unterstützung der Arbeitsgruppe Women in Transplantation der Internationalen Transplantationsgesellschaft (TTS) und finanziert durch die Volkswagenstiftung kamen an drei Tagen Forscher*innen, Ärzt*innen und Patient*innen und Patient*innenvertreter*innen aus 39 Ländern im Schloss Herrenhausen (und online) zusammen, um über Geschlechteraspekte im Bereich der Transplantation zu sprechen. Präsentiert wurden aktuelle Forschungsergebnisse aus den beteiligten Ländern, die zeigen wie der Druck, Organe zu spenden, für Frauen häufig größer ist und in einer größeren Spende-Rate im Vergleich zu Männern mündet. Auch im Zugang zu Organtransplantationen sind Frauen oft benachteiligt. Hinzukommt, dass wohl aufgrund biologischer Unterschiede und durch hormonelle Effekte Unterschiede im Hinblick auf das Transplantat- und Patient*innen-Überleben bestehen. Hinsichtlich der Forderung nach verbesserter Versorgung für transplantierte Patient*innen wurde die Bedeutung von Chancengleichheit für wissenschaftlich und klinisch Tätige im Bereich Transplantation hervorgehoben. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt des Symposiums lag auf patient*innen-zentrierter Versorgung. Aus Patient*innenperspektive wurden häufig tabuisierte Themen angesprochen, wie z.B. Entscheidungen im Kontext von Schwangerschaft und Elternsein, ebenso wie Versorgungslücken im Bereich der psychischen Gesundheit.



Das internationale und interdisziplinäre Symposium konnte sehr erfolgreich Ärzt*innen, Wissenschaftler*innen sowie Patient*innen zusammenzubringen, um über die Zukunft der Transplantationsmedizin und –forschung, und die Wichtigkeit von Geschlechteraspekten, aber auch von intersektionalen Zugängen zu sprechen. Auf der [Webseite des Symposiums](#) können Sie die Beiträge der Konferenz online nachhören. Wir freuen uns auf alle zukünftigen Projekte und Kollaborationen, die aus dem Symposium hervorgehen werden und informieren Sie gern weiter über aktuelle Geschehnisse aus dem Bereich „Sex & Gender in Transplantation“.

FORSCHUNGSERGEBNISSE

Relevanz, Operationalisierung und Best Practice Beispiele für die Berücksichtigung von sex und gender in medizinischer Forschung



Analyse der Richtlinien zur Berichterstattung über sex und gender Reporting Policies in den führenden biomedizinischen Zeitschriften

In dieser [Studie](#) (veröffentlicht im JAMA Network Open) analysieren US-amerikanische Forscher*innen die Richtlinien der einflussreichsten biomedizinischen Journale im Bezug auf die Erfassung und Berichterstattung über sex und gender. Die [National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine](#) haben kürzlich betont, wie wichtig es ist, in der Forschung Daten zu sex und gender zu erheben und eine Vermischung dieser Variablen zu vermeiden. Sex wird als biologisches Attribut definiert, das Chromosomen und reproduktive Anatomie umfasst; Gender bezieht sich auf soziokulturelle Rollen und Verhaltensweisen, die mit der Selbstwahrnehmung einer Person verbunden sind, einschließlich psychologischer, emotionaler und verhaltensbezogener Identität. Für eine akkurate, gerechte und integrative biomedizinische Forschung müssen Forscher*innen zwischen sex und gender unterscheiden, um sicherzustellen, dass die beabsichtigte Bevölkerungsgruppe untersucht und berichtet wird, da diese eng miteinander verbundenen Variablen einen einzigartigen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben. Trotz Leitlinien von Organisationen, die diese demografischen Merkmale ausdrücklich definieren und differenzieren, unterscheiden nur wenige der untersuchten Zeitschriften zwischen ihnen, und noch weniger empfehlen oder verlangen von den Autoren, ihre Methoden zur Bestimmung von sex und gender anzugeben [1].



Die Überwindung der Binarität von Mann und Frau in der biomedizinischen Forschung: Konstellationen, Heterogenität und Mechanismen bei der Betrachtung von sex und gender

In diesem [Artikel](#) (veröffentlicht im International Journal of Environmental Research and Public Health) stellen zwei kanadische Forscher*innen die Berücksichtigung der Einflüsse geschlechtsspezifischer Faktoren auf die Gesundheit als eine der interessantesten und wichtigsten Herausforderungen in der aktuellen Gesundheitsforschung dar. In der biomedizinischen Forschung stellen Modelle, Versuchspläne und statistische Analysen besondere Herausforderungen dar, wenn sie versuchen, die komplexen, dynamischen und kontextabhängigen Konstrukte von sex und gender zu berücksichtigen. Die Forscher*innen



bieten eine konzeptionelle Ausarbeitung der Konstrukte sex und gender und diskutieren die Anwendung dieser in der biomedizinischen Forschung. Darunter unter Anderem ein stärker kontextabhängiger Ansatz für die Versuchsplanung unter Einbeziehung von sex und gender. Sie zeigen auf, wie Praktiken der Datenvisualisierung, der statistischen Analyse und der Rhetorik wertvolle Werkzeuge sein können, um die Operationalisierung von sex und gender in der biomedizinischen Wissenschaft zu erweitern und die Abhängigkeit von einem binären Ansatz zwischen Mann und Frau und verringern [2].



Ein Konzept für die Analyse von sex, gender und Diversität in der Forschung

In dieser [Studie](#) betonen Hunt, Wullum Nielsen und Schiebinger die Verantwortung nationaler Forschungszentren für die Förderung exzellenter Forschung zum Nutzen der gesamten Gesellschaft. Dafür sei die Einbeziehung der Analyse von sex und gender sowie eine Diversität Analyse (SG&DA) unverzichtbar. Sie könne die Forschungsmethodik verbessern, die Exzellenz der Wissenschaft steigern und die Forschung stärker auf die gesellschaftlichen Bedürfnisse ausrichten. Nationale Förderorganisationen haben daher auf Anregung von Wissenschaftler*innen und sozialen Bewegungen damit begonnen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Analyse von sex, gender und Diversität, d.h. auch von intersektionalen Merkmalen wie Alter, Herkunft, Sexualität und sozioökonomischem Status, in das Antragsverfahren zu integrieren, wenn diese Faktoren nachweislich eine Rolle spielen. Die Autor*innen des Beitrags entwickeln hier einen fünfteiligen analytischen Rahmen für die Umsetzung und Bewertung dieser SG&DA Politiken und verwenden ihn, um die Qualität von 22 großen Förderorganisationen auf sechs Kontinenten zu bewerten. Durch die Erfassung neuer globaler Praktiken für die Umsetzung von Strategien wird versucht, das Verständnis für diese Strategien und Praktiken zu verbessern, um die internationale Zusammenarbeit und Spitzenforschung zu fördern [3].



Das Fortbestehen geschlechtsspezifischer Verzerrungen in hochrangiger klinischer Forschung

Die Forscher*innen dieser [Studie](#) (veröffentlicht im Journal of Surgical Research) beschäftigen sich mit geschlechtsspezifischen Verzerrungen in der klinischen Forschung, die zu Ungleichheiten bei der Behandlung von Frauen führen. Das Ziel dieser Forschung war es, die Prävalenz der geschlechtsspezifischen Einbeziehung von Teilnehmer*innen an klinischen Studien am Menschen nach der Verabschiedung von Richtlinien der National Institutes of Health (NIH) und des US-Kongresses in den Jahren 2015 und 2016 zu ermitteln, um die Teilnahme von Frauen an klinischer Forschung zu erhöhen. Die Autor*innen führten eine Analyse von Daten aus registrierten klinischen Studien durch, die in drei hochrangigen biomedizinischen Fachzeitschriften vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2019 veröffentlicht wurden. In allen drei Zeitschriften wurden signifikant mehr Männer (56 %) als Frauen (44 %) berücksichtigt. Kardiovaskuläre Erkrankungen waren das Thema der meisten Manuskripte unter den medizinischen Fachgebieten (19 %), an denen deutlich mehr Männer als Frauen teilnahmen (64,9 % gegenüber 35,1 %). Alles in allem sind geschlechtsspezifische Verzerrungen also in klinischen Forschungsstudien nach wie vor weit verbreitet. Bei den von den NIH finanzierten klinischen Studien wurden zwar Verbesserungen erzielt, doch handelt es sich dabei nur um einen kleinen Anteil der Gesamtstudien [4].



Das Konzept „sex contextualism“

In diesem [Beitrag](#) stellt Sarah Richardson ihren konzeptionellen Rahmen des "sex contextualism" (sexueller Kontextualismus) für die Untersuchung geschlechtsbezogener Variablen in der biomedizinischen Forschung vor. Der „sex contextualism“ bietet demnach eine Alternative zu binären, essentialistischen Geschlechteransätzen zur Untersuchung von Geschlecht als biologischer Variable. Insbesondere erkennt der „sex contextualism“ den Pluralismus und die Kontextspezifität der Operationalisierungen von Geschlecht in der experimentellen Laborforschung. In Anbetracht der jüngsten politischen Forderungen zur Berücksichtigung von Geschlecht als biologische Variable, bietet der „sex contextualism“ biomedizinischen Forscher*innen eine konstruktive Anleitung zur Berücksichtigung geschlechtsbezogener biologischer Variation. Als Alternative zu und Kritik an binärem Geschlechtssenzialismus trägt das Konzept somit zu aktuellen Debatten in der Philosophie der Biologie, der feministischen Wissenschaftsforschung und der sozialen Ontologie über die Konstruktion von Kategorien von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der wissenschaftlichen Forschung bei [5].

Public Health & Health Services Research



Fortschritte bei geschlechter-transformativen Ansätzen in der Gesundheitsförderung

Die beiden australischen Forscher*innen Jane Fisher und Shelly Makleff heben in ihrer [Studie](#) (veröffentlicht im Annual Review of Public Health) Geschlecht als eine wichtige Determinante für die Gesundheit hervor und kritisieren, dass Geschlecht in der Gesundheitsförderung oft nicht ausdrücklich Rechnung getragen wird. Sie schlagen daher vier Leitprinzipien für eine geschlechtertransformative Gesundheitsförderung vor. Erstens muss sich die Gesundheitsförderung direkt mit Geschlechternormen auseinandersetzen, wenn sie die Gesundheitsergebnisse verbessern soll. Zweitens sollte sie über individuelle Veränderungen hinausgehen und sich ausdrücklich mit den strukturellen und sozialen Determinanten von Gesundheit befassen. Drittens sollte sie sich mit den zugrundeliegenden geschlechtsspezifischen Determinanten befassen, um die gesundheitlichen Ergebnisse positiv zu beeinflussen. Und viertens erfordert sie eine auf Komplexität ausgerichtete Konzeption, Umsetzung und Bewertung. Fisher und Makleff liefern Hintergrundinformationen zu Schlüsselkonzepten, die für die Gestaltung, Umsetzung und Bewertung einer geschlechtertransformativen Gesundheitsförderung unerlässlich sind: Geschlechternormen, sozio-ökologische Ansätze und das Geschlechtersystem. Sie geben Beispiele für die Anwendung der vier Prinzipien in der Praxis am Beispiel der Förderung der postnatalen psychischen Gesundheit in Australien und der Sexualerziehung in Mexiko. Diese vier Prinzipien können auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen in allen Kontexten und mit allen Ergebnissen angewandt werden, um die Geschlechternormen, die zu schlechter Gesundheit beitragen, als Teil umfassenderer Bemühungen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden anzugehen [6].



Bekämpfung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten im Gesundheitswesen

In dieser Sonderausgabe beschäftigen sich Emambokus, Bellafante, Ramu und Fabbiano in ihrem [Artikel](#) mit der Relevanz und mit Arten und Weisen Geschlechterungleichheit im Gesundheitswesen zu adressieren. Dabei geht es um sex und gender als komplexe Faktoren, die alle Aspekte der klinischen und transnationalen Forschung beeinflussen, angefangen bei Geschlechtsunterschieden in der Pathophysiologie von Tiermodellen bis hin zu den Auswirkungen gesellschaftlicher Normen in Bezug auf das Geschlechterkontinuum auf klinische Ergebnisse. Die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in der Medizin beginnt mit Ungleichheiten in der Ausbildung, Finanzierung und Politik, die sich in der Vergangenheit auf Männer konzentriert haben, unter der Annahme, dass ihre Physiologie repräsentativ für die gesamte Bevölkerung sei. Wir wissen heute, dass dies nicht der Fall ist. Samaei et al. (S. 302-308) befassen sich in dieser Sonderausgabe von Med mit dem komplexen Wechselspiel zwischen Geschlecht und Geschlechtsidentitäten und reflektieren über die bestehenden Lücken in Forschung, Politik und Bildung. Mollayeva erörtert ihrerseits, wie diese Lücken zu klinisch bedeutsamen Unterschieden in den Ergebnissen von Erkrankungen wie traumatischen Schädel-Hirn-Trauma führen (S. 289-293), ein repräsentatives Beispiel für die Notwendigkeit, die Mittel zu erhöhen, um eine angemessene geschlechtsspezifische Versorgung zu erreichen. Schiebinger beleuchtet die Komplexität von sex und gender in der Medizin und drängt auf koordinierte Anstrengungen die Berücksichtigung dieser Faktoren in allen Phasen der biomedizinischen Ausbildung und Forschung zu berücksichtigen (S. 284-287) [7].



Diversitätssensible Maßnahmen in deutschen Kliniken – Einstellungen, Umsetzung und Barrieren nach Einschätzung von Verwaltungsleitungen

Eine Gruppe Forschender aus dem Public Health Bereich verschiedener deutscher Universitäten haben eine Befragung unter Verwaltungsleitungen deutscher Kliniken zum Thema Diversität durchgeführt. In der [Studie](#) (veröffentlicht im BMC Health Services Research) wird untersucht, welche Maßnahmen und Strukturen Krankenhäuser in Deutschland zur Berücksichtigung der Diversität von Patient*innen in Bezug auf Merkmale wie Geschlechtsidentität, Migrationshintergrund, Behinderung und Alter einsetzen und welche Barrieren dabei auftreten. Es wird betont, die individuellen auf diesen Merkmalen beruhenden Bedürfnisse und Erwartungen berücksichtigt werden müssen, um eine angemessene Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsdienste zu gewährleisten. Ansätze zum Umgang mit Diversität gibt es viele, allerdings ist wenig darüber bekannt, inwieweit sie von Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden. Zwischen Mai und Oktober 2019 wurde eine gemischte Befragung von Verwaltungsleiter*innen aller registrierten deutschen Krankenhäuser durchgeführt. Während 57,1 % der Krankenhäuser Diversität in ihrem Leitbild thematisierten und 59,9 % Diversitätsaspekte in ihr Qualitätsmanagement aufnahmen, waren spezielle Arbeitsgruppen und Diversitätsbeauftragte weniger verbreitet (jeweils 15,2 %). Während 41,1 % der Krankenhäuser Behandlung und/oder Pflege ausschließlich durch Personal des gleichen Geschlechts anboten, boten nur 17,0 % Gruppentherapien für beide Geschlechter getrennt an. Geschlussfolgert wird, dass die meisten Krankenhäuser sich mit dem Thema Vielfalt auf einer ideellen Ebene befassen, praktische Maßnahmen jedoch nicht in großem Umfang umgesetzt werden.



Die vorhandenen Maßnahmen lassen darauf schließen, dass die meisten Krankenhäuser kein übergreifendes Konzept haben, um Vielfalt im weiteren Sinne zu berücksichtigen. Als Hauptthemmenisse werden wirtschaftliche Aspekte, fehlende Unterstützung bei der Organisation und Umsetzung entsprechender Maßnahmen sowie mangelndes Bewusstsein und fehlende Motivation genannt [8].

Weitere geschlechtersensible Forschungsergebnisse verschiedener Fächer



Höheres Risiko – weniger Daten: Herausforderungen bei der Berücksichtigung von sex und gender in der Traumaforschung

In dieser [systematischen Übersichtsarbeit](#) untersucht eine Gruppe deutscher Forschender geschlechtsspezifische Unterschiede im PTBS (posttraumatische Belastungsstörung)-Risiko innerhalb von fünf Zeitintervallen zwischen 1 Monat und 5 Jahren nach einem Trauma. Die Forscher*innen analysieren dabei wie sex und gender in prospektiven Studien zur PTBS-Entwicklung berücksichtigt werden. Eine geschlechtsspezifische Forschung kann dazu beitragen, Unterschiede in der Prävalenz, Manifestation und Entstehung psychischer Störungen zu verstehen. Es sei demnach bekannt, dass Männer und Frauen ein unterschiedliches Risiko für eine Traumatisierung und für die Entwicklung einer PTBS haben. In dieser Studie zeigt sich, dass Frauen über alle Zeitpunkte hinweg eine höhere PTBS-Belastung hatten, in der Forschung jedoch unterrepräsentiert waren (68,5% männliche, 31,5% weibliche Teilnehmende). Geschlechteraspekte wurden jeweils nur in einem Drittel der Studien in Design, Daten und Diskussion berücksichtigt. Die Traumaforschung schöpfe demnach ihr Potenzial zur angemessenen Berücksichtigung von sex und gender nicht aus. Geschlechtersensible Praktiken könnten jedoch laut der Forscher*innen Innovation und Fairness in der klinischen Forschung fördern [9].



Unterscheidung von sex und gender bei älteren Männern und Frauen

Forscher*innen aus Deutschland, Kanada, der Schweiz und Schottland beschäftigen sich in ihrer [Studie](#) (veröffentlicht in Psychosomatic Medicine) mit der Operationalisierung von sex und gender mit Fokus auf ältere Menschen. Ziel dieser Studie war es, paradigmatisch die Entwicklung eines Gender-Scores zu zeigen, der entweder als Anpassungs- oder als Matching-Variable verwendet werden kann, um die Auswirkungen von sex und gender in einer Stichprobe älterer Erwachsener zu messen. Die Stichprobe umfasste 1100 Teilnehmer*innen der Berliner Altersstudie II (52% Frauen). In den Analysen wurden sowohl sex als auch gender unabhängig voneinander mit kognitiver Leistung und Depression verbunden. Die Berechnung eines Gender-Scores ermöglicht die Einbeziehung einer großen Anzahl von Variablen, wodurch vereinfachte Modelle entstehen, die an unterschiedliche Datensätze und alternative Geschlechtsdefinitionen angepasst werden können [10].



Eine Übersicht der europäischen Aktivitäten zur Integration von sex und genderspezifischen Faktoren in der Neurologie und den Neurowissenschaften

Forschende der Gender and Diversity Task Force der European Academy of Neurology (EAN) haben ein [Positionspapier](#) im European Journal of Neurology veröffentlicht, in dem sie Maßnahmen empfehlen, die



dazu beitragen können, die Berücksichtigung von sex und gender speziell im Bereich der Neurowissenschaften und der Neurologie zu verbessern. Die Berücksichtigung der biologischen (sex) und soziokulturellen (gender) Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Neurologie sei notwendig, um wirksamere, sicherere und maßgeschneiderte Behandlungen zu finden. In dem Positionspapier findet ein Mapping aktueller Aktivitäten in den Bereichen Forschung, Finanzierung und Ausbildung statt, die darauf abzielen, die Berücksichtigung von sex und gender in den Neurowissenschaften und der Neurologie in Europa zu integrieren. Die Forschenden untersuchten und analysierten Daten aus Literaturrecherchen, Strategiedokumenten und Berichten der Europäischen Kommission und nationaler Förderorganisationen, webbasierten Recherchen, Web of Science und Recherchen in Projektdatenbanken von Förderorganisationen. Die Autor*innen zeigen auf, dass das Interesse an und die Aufmerksamkeit für geschlechtsspezifische Aspekte in neurologischen Bereichen sowohl bei Fördereinrichtungen als auch bei Forscher*innen zunehmen. Allerdings beschränken sich die meisten Aktivitäten, insbesondere in Ausbildung, auf die individuelle Motivation der Forschenden und sind nicht in die Lehrpläne und strategischen Forschungsprioritäten eingebunden [11].



Der Einfluss verschiedener Geschlechterdimensionen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Parkinson-Erkrankung: Eine explorative Studie

Diese [Studie](#) aus dem Journal of Neurology bietet die erste detaillierte Beschreibung der Auswirkungen verschiedener Geschlechterdimensionen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life/HRQoL) von Menschen mit Morbus Parkinson und unterstreicht den Bedarf an präziseren geschlechtsspezifischen Messungen, um handlungsfähige geschlechtsspezifische Gesundheitsmaßnahmen für diese Menschen zu entwickeln. Es wird zunehmend anerkannt, dass geschlechtsspezifische Aspekte einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Parkinson-Erkrankung haben. Geschlecht wird hier als ein multidimensionales Konstrukt verstanden, das dynamische soziale Normen und Beziehungen umfasst, die die Gesundheit beeinflussen und sich auf die Lebensqualität auswirken. Wenn Geschlecht im Bereich der Parkinson-Krankheit untersucht wird, wird es häufig als Geschlechtsidentität konzeptualisiert, während andere Dimensionen, wie Geschlechterrollen oder Beziehungen eher ignoriert werden. Ziel dieser Studie war es, den Einfluss verschiedener Geschlechterdimensionen auf die HRQoL von Menschen mit Parkinson zu untersuchen. Dazu führten die Forscher*innen eine Querschnittsstudie in den Niederlanden durch, um die Auswirkungen verschiedener Geschlechterdimensionen (Geschlechtsidentität, Geschlechterrollen und Geschlechterbeziehungen) auf die HRQoL von Menschen mit Parkinson zu untersuchen. In der Studienpopulation (N=307), darunter 127 (41 %) Frauen, konnte kein Zusammenhang zwischen der Geschlechtsidentität und der allgemeinen HRQoL festgestellt werden. Im Gegensatz dazu waren eine androgyne Geschlechtsrolle und ein höheres Engagement bei Haushaltsaufgaben mit einer besseren Gesamt-HRQoL bei Menschen mit Parkinson verbunden [12].



Die Berücksichtigung von sex und gender in der Epidemiologie: Eine Herausforderung jenseits der Terminologie

Epidemiolog*innen benötigen Instrumente zur Messung der Auswirkungen von gender, eines komplexen Konzepts, das seinen Ursprung in den Sozialwissenschaften hat und in dieser Disziplin nicht leicht zu operationalisieren ist. Das Ziel der Autor*innen dieser [Studie](#) (veröffentlicht in *Biology of Sex Differences*) war es, nützliche Konzepte, Messgrößen, Pfade, Effekte und Analysestrategien zu klären, um die Mechanismen der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu untersuchen. Dazu haben sie verschiedene Konzepte überprüft, um ihre Definitionen und Grenzen zu klären, damit sie in der Epidemiologie in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden können. Die Forscher*innen definieren Geschlecht als eine Reihe von Normen, die Individuen entsprechend ihrem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht auferlegt werden. Geschlechtsspezifischer Druck schafft auf Bevölkerungsebene eine systemische Kluft in Bezug auf Verhalten, Aktivitäten, Erfahrungen usw. Ein pragmatisches individuelles Maß für Geschlecht würde dem Grad entsprechen, in dem ein Individuum einer Reihe von Elementen entspricht, die in einer bestimmten Population, an einem bestimmten Ort und zu einer bestimmten Zeit Weiblichkeit oder Männlichkeit ausmachen. Die Definition und Messung von gender reicht jedoch nicht aus, um die Auswirkungen von sex und gender auf ein gesundheitliches Ergebnis zu unterscheiden. Alternativ könnte gender als ein Mechanismus untersucht werden, anstatt durch eine Variable, die seine Verwirklichung im Individuum repräsentiert, indem man es als eine Interaktion zwischen sex (dem biologischen Geschlecht) und dem sozialen Umfeld betrachtet. Beide Analysestrategien haben ihre Grenzen, da es nicht möglich ist, ein komplexes Konzept auf eine einzige Art der Messung zu reduzieren und die gesamte Wirkung des Phänomens Geschlecht zu erfassen. Diese Strategien könnten jedoch zu genaueren Analysen der Mechanismen führen, die gesundheitlichen Geschlechterunterschieden zugrunde liegen [13].



Unsere Wurzeln neu erforschen: Queere Geschichte und Anatomie

In diesem [Artikel](#) (veröffentlicht in *The Anatomical Record*) geht Theodore Smith darauf ein, wie sich die Geschichte der Anatomie mit der Geschichte von Queeren Personen überschneiden hat und wie sich die Auswirkungen dieser Interaktionen auf das heutige Leben von Queers auswirken. In diesen historischen Fällen zeigt Smith wie die Anatomie die soziale Organisation der menschlichen Kultur und Gesellschaft beeinflusst hat und wie die Gesellschaft im Gegenzug das anatomische Wissen beeinflusst hat. Da diese wechselseitige Verbindung zwischen Anatomie und gesellschaftlicher Organisation deutlich wird, fordert Smith, dass Anatom*innen, Kliniker*innen und Pädagog*innen die ethische Pflicht haben, sich mit den Zusammenhängen dieser Geschichte zu befassen, sowohl in der Forschung als auch in der Lehre. Dabei wird auf verschiedene Epochen eingegangen und es werden Vorschläge für künftige Schritte und Reformen präsentiert [14].



Interview mit Martin Ukat aus dem Arbeitsbereich klinische Psychologie und Sexualmedizin zum Thema Transitionsbegleitung

Lisa Brünig: Hallo und vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit für ein kleines Interview nehmen. Ich würde Sie bitten sich und Ihre Arbeit erst einmal für alle Leser*innen des Newsletters vorzustellen.

Martin Ukat: Martin Ukat mein Name. Ich bin fachärztlich in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialpsychiatrie tätig. Wir sind hier im Arbeitsbereich klinische Psychologie und Sexualmedizin. Ich habe vor 6 Jahren hier angefangen und arbeite mit Prof. Krüger und natürlich auch vielen anderen Kolleg*innen zusammen in der Sexualmedizin, vorrangig in der sexualmedizinischen Sprechstunde. Ich habe so einerseits ein paar psychiatrische Tätigkeiten in der Poliklinik und der psychiatrischen Tagesklinik. Über die Institutionsambulanz hier mache ich dann die sexualmedizinische Sprechstunde. Dort mache ich vor allem viel Transitionsbegleitung.

LB: Vielen Dank für diese erste Vorstellung! Wie sind Sie denn zu diesem Arbeitsbereich gekommen?

MU: Ich wollte schon immer Sexualmedizin machen. In die Transitionsbegleitung bin ich dann ein wenig „hineingerutscht“, weil die Nachfrage sehr hoch war und es nach meiner Vorgängerin vorerst keine Nachfolge gab. Es hatten regelmäßig Patient*innen Transitionsbegleitung, Indikationsstellung und Begutachtung angefragt. Unsere aktuelle Warteliste haben wir bei 50 Personen schließen müssen, denn wir kommen sonst einfach gar nicht mehr hinterher – die Nachfrage ist also riesig.

Darüber hinaus merke ich, dass es im Allgemeinen eine große Unsicherheit in diesem Bereich gibt. Das liegt natürlich vor allem daran, dass es überhaupt nicht gelehrt wird. Wir machen z.B. Wahlpflichtkurse Sexualmedizin und dort habe ich einen Block zu Transidentität/Geschlechtsinkongruenz mit eingebracht. Ich bemerke, dass viele Studierende sehr an diesem Thema interessiert sind. Sowohl im Psychologie- als auch im Medizinstudium ist das Thema bisher jedoch stark vernachlässigt und es herrscht viel Unwissen und Unsicherheit.

LB: Arbeiten Sie in Bezug auf das Thema Transidentitäten auch in irgendeiner Form mit peer-to-peer Beratungen oder anderen Beratungsstellen zusammen?

MU: Ich bin im Qualitätszirkel Trans*Gesundheit von Hannover. Dort kommen Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Beratungsstellen zusammen mit der Idee in Hannover die Qualität in diesem Bereich der Versorgung zu sichern. Den Vorsitz macht Herr Wichers, ein Allgemeinmediziner mit sexualmedizinischer Zusatzausbildung. Er betreibt eine „queerfreundliche“ Allgemeinmedizinpraxis am Kröpcke (<https://www.allmak.de/sexualmedizin/transgesundheit/>). Insgesamt gibt es hier in Hannover 2-3 Beratungsstellen und max. 20 Therapeut*innen, die Transitionsbegleitung überhaupt anbieten. Mein Eindruck ist generell, dass oft Einzelne diese Arbeit machen, die Leidenschaft für den Bereich mitbringen. Häufig erzählen Personen auch, dass sie eine*in Therapeut*in haben, diese aber meinen sich in dem Bereich nicht so gut auszukennen und sie dann weiterverweisen.

LB: Sie selbst hier an der MHH beraten erst Personen ab 18 Jahren richtig?

MU: Genau. Ich selbst darf im Kinder- und Jugendbereich nicht tätig werden, da ich Erwachsenenpsychiater bin. Insgesamt haben wir daher in der Erwachsenenpsychiatrie und der Transitionsbegleitung



dort auch nicht so eine starke Dringlichkeit wie im Kinder- und Jugendbereich, wo außerdem zu beachten ist, dass dann natürlich auch die Pubertät einsetzen kann. Ich selbst wüsste keine medizinische Einrichtung in Hannover die Transitionsbegleitung für Kinder und Jugendliche anbieten, denn MHH und Bult machen dies soweit ich weiß nicht.

LB: Wie sieht es denn im Bereich der Weiterbildungen aus – haben Sie selbst Weiterbildungen in diesem Bereich gemacht, bevor Sie die Transitionsbegleitung anbieten konnten?

MU: Die Weiterbildung an sich ist nicht so umfangreich. Ich habe einige Workshops zum Thema Transgesundheit besucht, die von renommierten Kolleg*innen angeboten werden wie z.B. von Mari Günther, Annette Güldenring und K*Stern. Sie bieten diese z.B. im Rahmen der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) oder im (generell sehr queerfreundlichen) Waldschlösschen bei Göttingen an. Natürlich lerne ich aber auch einfach im Rahmen der Transitionsbegleitung Tag für Tag noch dazu.

LB: Und wie ist das formal geregelt?

MU: Der Medizinische Dienst der Krankenkassen sagt Psychologische Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und psychiatrische Institutionsambulanzen sind diejenigen, die Transitionsbegleitung anbieten und abrechnen können. Die Bezeichnung in der S3-Leitlinie ist jedoch sehr offen, sodass die Begleitung quasi jemand machen kann, der sich in dem Bereich auskennt. Das ist sehr offen formuliert, da bekannt ist, dass das Angebot noch überhaupt nicht da ist, sodass das teilweise auch psychotherapeutisch arbeitende Heilpraktiker*innen machen oder Sozialberatungsstellen, die dann mit Ärzt*innen kooperieren müssen.

LB: Mögen Sie vielleicht nochmal mehr dazu erzählen, worum es in Ihren Beratungsgesprächen geht?

MU: Ich beginne mal so: Ich bin zwar selbst Psychotherapeut, sperre mich aber etwas beim Sprechen von Psychotherapie im Bereich Transition, denn wir müssen nichts „therapieren“ im Vergleich zu anderen Personen, die zu uns kommen und z.B. auf Grund einer Angststörung Einschränkungen im Alltag haben und daher eine Therapie benötigen. Daher nutze ich lieber den Begriff „Alltags- oder Transitionsbegleitung“ als Therapie, da das weniger stigmatisierend ist. Ich mache keine Psychotherapie im klassischen Sinne. Der medizinische Dienst der Krankenkassen verlangt für die Übernahme von Kosten bei der Transition 12 Monate Begleitung mit mindestens 12 Terminen mit bestimmten Themenschwerpunkten (Differentialdiagnostik, Alltagserfahrungen sammeln, biografischer Hintergrund, Leidensdruck).

Ich sehe die Patient*innen im Rahmen dieser sexualmedizinischen Sprechstunde dann etwa monatlich. Meine Patient*innen decken natürlich eine große Spannbreite ab von Personen, die schon 5 Jahre in der gewünschten Geschlechtsrolle leben und sich dann zu therapeutischen Maßnahmen entscheiden, bis hin zu Personen, die sagen sie haben diesen Wunsch in sich und leben dies aber nur heimlich aus. Dass Patient*innen demnach ganz unterschiedlich abgeholt werden müssen und können macht diese Arbeit auch so spannend.

LB: Vielen Dank für diese detaillierten Einblicke! Stellen Sie selbst auch Gutachten nach dem Transsexuellengesetz für Ihre Patient*innen aus? Ist der Begriff „Patient*innen“ in diesem Kontext überhaupt korrekt?



MU: Das ist schwierig, ich selbst nutze manchmal auch den Begriff „Betroffene*r“. Ansonsten spreche ich einfach von Transgender. Da steht ja auch noch eine Diagnose dahinter, was Vor- und Nachteile hat. Zum einen ist das ein Label. Ohne Diagnose würden die Krankenkassen allerdings wohl keinerlei Kosten übernehmen. In diesem Zusammenhang hat es einen Umbruch gegeben. Im ICD 10 heißt die Diagnose noch „Transsexualismus“ – Diskussionen haben jedoch ergeben, dass es nichts mit Sexualität zu tun hat. Dann kam der Begriff „Transidentität“ auf, der mittlerweile im ICD 11 von „Geschlechtsinkongruenz“ abgelöst wurde. Die amerikanische Variante, das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) geht noch etwas weiter und unterscheidet zwischen Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie. Dysphorie ist dabei der Leidensdruck bei Geschlechtsinkongruenz. Es gibt also auch Geschlechtsinkongruenzen ohne Leidensdruck. Diese Entkopplung wirkt der Pathologisierung entgegen und trägt zur Entstigmatisierung bei.

Was Gutachten angeht gehen oft Begrifflichkeiten durcheinander, denn vorerst wird eine Indikationsstellung für körpermodifizierende Eingriffe benötigt. Der Begriff „Begutachtung“ kommt vor allem aus dem gerichtlichen Bereich – das ist jedoch nur im Kontext der Personenstands- und Namensänderung im Rahmen des Transsexuellengesetzes nötig. Das wird sich jedoch hoffentlich ändern, denn im Juni wurde das Selbstbestimmungsgesetz vorgestellt. Das soll in der letzten Quartalshälfte im Bundestag beschlossen werden. Das würde ermöglichen diesen Personenstands- und Namenseintrag einfach beim Standesamt zu ändern, wonach 1 Jahr lang dann erstmal keine Änderung mehr möglich ist. Das ist aber natürlich sehr viel einfacher als das gerichtliche Verfahren mit medizinischen Gutachten, für die auch noch entsprechende Kosten selbst bezahlt werden müssen, was einigen Personen einfach nicht möglich ist.

LB: Sie erhalten in Ihrer Arbeit viele Einblicke in die Lebensrealitäten von Transpersonen – was bekommen Sie über Transfeindlichkeit und Diskriminierung in der Gesellschaft und vor allem im Kontext von Gesundheitsversorgung mit?

MU: Problematisch fallen dabei oft die Krankenkassen und anderweitige bürokratische Prozesse auf. Wenn wir das nun beispielweise auf meine Arbeit an der MHH beziehen, steht z.B. in meinem vorgefertigten Briefkopf immer der Deadname (bezeichnet den alten, nicht mehr verwendeten Vornamen) der Person drin. Ich selbst kann das dann im ersten Satz relativieren und auch im Briefkopf darauf achten zumindest die Anrede zu ändern – aber auch das ist eine Form von Diskriminierung, wenn Personen falsch angesprochen werden.

Als Ergänzung spielt im Krankenhauskontext natürlich die stationäre Aufnahme eine Rolle. In der Psychiatrie haben wir ca. ein Einzelzimmer auf jeder Station. Patient*innen brauchen dieses häufig zur Reizabschirmung. Das heißt, wenn ich eine Person aufnehme, die sich in der Transition befindet, stellt sich immer die Frage, in welches Zimmer diese Person kommt. Wenn jemand transweiblich ist, findet diese Person im Männerzimmer Ablehnung, auch im Zimmer mit Cisfrauen treten dabei jedoch Probleme auf. Für diese kann es unangenehm sein, mit einer „biologisch männlichen“ Person auf einem Zimmer zu sein. Einzelzimmer wären optimal, es gibt aber einfach nicht genug.

LB: Vielen Dank noch für diese Ergänzung. Eine Frage, die mich noch sehr umtreibt ist, wie kann ich im Gesundheitssektor arbeitende Personen für die Situation von Trans*Personen sensibilisieren? Denn



auch dort findet, wie Sie gerade schon erwähnten, Diskriminierung und Transfeindlichkeit statt.

MU: Ich glaube, dass mit dem Generationenwechsel viel Umbruch stattfinden wird. Ich motiviere alle, die in meine Beratung kommen natürlich auch für sich selbst einzustehen und auf Diskriminierung hinzuweisen, ggf. zu korrigieren z.B. wenn misgendert wird. Auch ich weise im Klinikalltag darauf hin, falls jemand misgendert wird, auch wenn die betroffenen Personen nicht dabei sind. Darüber hinaus braucht es natürlich weiterhin Fortbildungen.

LB: Ja das zeigt auch, dass diese Sensibilisierung natürlich ein Prozess ist und damit zu tun hat lernwillig und selbstreflektiert zu sein, andere auf Fehler hinzuweisen, in Kontakt mit Trans*Personen zu kommen und vieles mehr.

MU: Für Trans*Personen kann es z.B. in der Familie auch eine schöne Entwicklung sein zu merken: Mama setzt sich für mich ein, wenn Oma mich misgendert. In Zukunft muss sich aber natürlich auch in Forschung und Lehre viel tun. Da ist beispielsweise auch der Bereich von Inter, sog. „Disorders of sex development“, der mehr Aufmerksamkeit verdient und zeigt, dass es nicht nur um Männer und Frauen im Bereich der Gesundheitsversorgung geht, sondern es viel mehr gibt.

LB: Wenn wir nun nochmal stärker auf eine institutionelle/systemische Ebene schauen, was muss sich dort Ihrer Meinung nach ändern?

MU: Mein Stichwort ist hier „Medizinischer Dienst der Krankenkassen“. Es wird dort eine unglaubliche Hürde geschaffen. Ein Großteil der Beratung dreht sich darum dafür zu sorgen, dass Anträge von der Krankenkasse nicht abgelehnt werden. Ablehnungsbegründungen sind oft einseitig gedacht. Es sollte bedacht werden, dass nicht alle Trans*Personen auch psychotherapeutischen Bedarf haben. Diese Pathologisierung muss aufhören und die systemischen Hürden an sich sind auch nicht gerade gesundheitsfördernd. Daran sehen wir: Die Medizin entwickelt sich, hängt der sozialen Entwicklung aber sehr hinterher. Nicht binäre Personen gibt es beispielsweise weder im Rahmen der WHO-Diagnostik, noch im Kontext der Krankenkassen. Gerade im Bereich Geschlechtsidentität arbeiten wir als Medizin also recht langsam der gesellschaftlichen Realität hinterher.

LB: Da würde ich Ihnen zustimmen! Ich denke, dass wir die von Ihnen thematisierten Forderungen zur Entstigmatisierung und Sichtbarmachung von Trans*, inter und nicht-binären Menschen auch im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin in den Vordergrund stellen müssen. Vielen Dank für alles, was Sie aus Ihrer Arbeit hier erzählt haben und, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Veranstaltungen und Hinweise

ONLINE-FORTBILDUNG: Anti-Bias Training – Barrieren und Diskriminierungen im Gesundheitswesen entgegenwirken (LVG & AFS Nds. e. V.)

- 06. Dezember 2022; 9-15 Uhr
- Cvetka Bovha, Moderatorin, Fortbildnerin und Beraterin, Diplom-Pädagogin
- Jetti Hahn, Moderatorin, Fortbildnerin und Beraterin, Diplom Sozialwissenschaftlerin



BLOGBEITRAG zu Gender, Digitalisierung und Gesundheit

- Dr. Dr. Mo Urban Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)

QUELLEN

- [1] Bibb, L.A./Adkins, B.D./Booth, G.S. (2022): Analysis von Sex and Gender Reporting in Preeminent Biomedical Journals. JAMA Network Open 5(8).
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2795802>
- [2] Ritz, S.A./Greaves, L. (2022): Transcending the Male-Female Binary in Biomedical Research: Constellations, Heterogeneity, and Mechanism When Considering Sex and Gender. International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7). <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/4083>
- [3] Hunt, L./Wullum Nielsen, M./Schiebinger, L. (2022): A framework for sex, gender and diversity analysis in research. Science 377(6614). <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abp9775#con3>
- [4] Barlek, M.H./Rouan, J.R./Wyatt, T.G./Helenowski, I./Kibbe, Melina R. (2022): The Persistence of Sex Bias in High Impact Clinical Research. Journal of Surgical Research 278.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022480422003195>
- [5] Richardson, S.S. (2021): Sex Contextualism. Philosophy, Theory and Practice in Biology 13(9).
<https://scholar.harvard.edu/files/srichard/files/richardson-sex-rc2.pdf>
- [6] Fisher, J./Makleff, S. (2022): Advances in Gender-Transformative Approaches to Health Promotion. Annual Review of Public Health 5(43). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35380067/>
- [7] Emambokus, N./Bellafante, E./Ramu, S./Fabbiano, S. (2022): Addressing gender inequities in healthcare. Med., 3(5). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2666634022001829>
- [8] Erdsiek, F./Aksakal, T./Mader, M./Idris, M./Yilmaz-Aslan, Y./Razum, O./Brzoska, P. (2022): Diversity-sensitive measures in German hospitals – attitudes, implementation, and barriers according to administration managers. BMC Health Services Research, 22(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35606740/>
- [9] Hearing, Stephanie/Schulze, L./Geiling, A./Meyer, C./Klusmann, H./Schumacher, S./Knaevelsrud, C./Engel, S. (2022): Higher risk – less data: Challenges to sex and gender considerations in trauma research. <https://psyarxiv.com/ad35g/>
- [10] Pohrt, A./Kendel, F./Demuth, I./Drewelies, J./Nauman, T./Behloui, H./Stadler, G./Pilote, L./Regitz-Zagrosek, V./Gerstorff, D. (2022): Differentiating Sex and Gender Among Older Men and Women. Psychosomatic Medicine, 84(3).
https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2022/04000/Differentiating_Sex_and_Gender_Among_Older_Men_and.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=1
- [11] Hentzen, N./Ferretti, M.T./Chadha, A.S./Jaarsma, J./De Visser, M./Moro, E. (2022): Mapping of European activities on the integration of sex and gender factors in neurology and neuroscience. European Journal of Neurology. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ene.15439>



[12] Göttgens, I./Darweesh, S.K.L./Bloem, B.R./Oertelt-Prigione, S. (2022): The impact of multiple gender dimensions on health-related quality of life in persons with Parkinson's disease: an exploratory study. Journal of Neurology Jul. 14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35833983/>

[13] Colineaux, H./Soulie, A./Lepage, B./Kelly-Irving, M. (2022): Considering sex and gender in Epidemiology: a challenge beyond terminology. From conceptual analysis to methodological strategies. Biology of Sex Differences 13 (1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35550193/>

[14] Smith, T.C. (2022): Re-examining our roots: Queer history and anatomy. The Anatomical Record 305(4). <https://anatomypubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ar.24859>

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an Geschlechtersensibler Medizin und freuen uns, wenn Sie mit Rückmeldungen, Fragen oder anderen Anliegen an uns herantreten!

Lisa Brünig, Prof.'in Dr. Dr. Anette Melk, Prof.'in Dr. Dr. Sabine Salloch