



6. November 2013

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem Herbstsemester haben an etlichen Hochschulen Ringvorlesungen und andere Veranstaltungen zur geschlechtsspezifischen Medizin begonnen. Wir machen darauf aufmerksam – wenn wir davon wissen, also lassen Sie es uns wissen! Erfreulich auch: Die MEDICA nimmt das Thema wahr – ein ganzer Nachmittag ist der Gendermedizin gewidmet. Das lässt hoffen, dass auch andere in der Branche wach werden. Unsere Anfrage an den BVMed, den Verband der Medizintechnikhersteller, was denn diesbezüglich in der „Pipeline“ sei, wurde sehr zurückhaltend beantwortet. Warum eigentlich? Stents, Herzschrittmacher, medizinische Instrumente, Insulinpumpen, künstliche Gelenke – würde der „Genderblick“ nicht neue Möglichkeiten eröffnen? Die Ärzt/innen, die sich damit beschäftigen, sind davon überzeugt. Eine weitere Herausforderung – die Leitlinien. Auch hier warten wir seit Wochen auf ein Feedback von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) auf unsere Frage nach den

Möglichkeiten, neue Erkenntnisse der geschlechtsspezifischen Medizin in die Leitlinien einzubringen. Was in der Praxis offenbar schwer ist...

Unser Newsletter ist inzwischen im 6. Jahr seines Bestehens, Zeit, denen zu danken, die von Beginn an unsere Leser/innen sind und uns ihre Informationen übermitteln – und wir freuen uns, wenn mit jeder Aussendung neue hinzukommen. Schreiben Sie uns, was Sie lesen wollen, helfen Sie uns, das Netzwerk zu stärken und die geschlechtsspezifische Medizin voranzubringen. Es gibt dabei noch eine Menge zu tun – siehe oben....

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen einen produktiven November!

Ihre Annegret Hofmann
Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

Alles Aktuelle finden Sie jederzeit unter
www.gendermed.info

Im Interview:

Prof. Dr. Ursula Härtel, München

Nachhaltiger Reha-Erfolg – aber Geschlechtsspezifik in der Reha-Routineversorgung ist immer noch Ausnahme



Prof. Dr. Ursula Härtel ist Epidemiologin und Medizinsoziologin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Sie leitet u. a. eine rehabilitationswissenschaftliche Langzeitstudie über „Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erfolg von Reha-Maßnahmen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit“, die in Kooperation mit der Klinik Höhenried durchgeführt wird.

Frau Professor Härtel, wenn es um Erfahrungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Rehabilitation geht, trifft man fast ausschließlich auf Ihre Arbeiten. Interessieren sich so wenige für dieses Thema?

Prof. Härtel: Ich finde schon, dass sich sehr viele für dieses Thema interessieren. Allerdings hapert es meistens an der Umsetzung von Forschungserkenntnissen in die Praxis. Hier sind wir sicher eine Ausnahme, da es uns gelungen ist, die Erkenntnisse unserer wissenschaftlichen Untersuchungen in die kardiologische Routineversorgung umzusetzen. Diese geschieht seit etwa 10 Jahren in Kooperation mit der Klinik Höhenried. Dort haben wir uns insbesondere mit den Unterschieden zwischen Männern und Frauen befasst, die nach einem Herzinfarkt in die stationäre Rehabilitation kommen.

Welche Unterschiede konnten Sie feststellen?

Prof. Härtel: In einer Follow-up-Studie haben wir untersucht, welche physischen, psychischen und Lebensstil-Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Verlauf der Rehabilitation nach erstem Herzinfarkt existieren. Mit dem Ergebnis – Frauen hatten schon zu Beginn der Reha nach Herzinfarkt signifikant mehr chronische Begleiterkrankungen und körperliche Beschwerden als Männer, sie waren insgesamt schwächer und schlechter belastbar. Hier muss zwar berücksichtigt werden, dass Frauen bei einem ersten Herzinfarkt in der Regel zehn Jahre älter sind als die betroffenen Männer. Jedoch fanden wir sehr ähnliche Ergebnisse, wenn Männer und Frauen gleichen Alters miteinander verglichen wurden.

Während der stationären Reha konnten die klassischen Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte und Zigarettenrauchen bei Männern und Frauen signifikant gesenkt werden.

Angst- und Depressionssymptome waren jedoch – trotz Verbesserungen während der Reha – bei Frauen zu allen Zeitpunkten stärker ausgeprägt als bei Männern. Auch die selbst eingeschätzte Lebensqualität wird als schlechter bewertet.

Nach der Entlassung aus der stationären Reha nahmen Frauen und Männer etwa gleich häufig an ambulanten Herzgruppen teil, ca. 30 Prozent. Die Gründe für eine Nichtteilnahme waren jedoch sehr unterschiedlich.

Drei Jahre nach erstem Herzinfarkt hatten Frauen einen signifikant höheren Unterstützungsbedarf als Männer und tendenziell häufiger einen Re-Infarkt – auch hier spielen natürlich das höhere Lebensalter und entsprechende Lebensbedingungen wie Einzelhaushalt und eingeschränkte Mobilität eine Rolle. Zehn Jahre nach Entlassung aus der Reha waren die Überlebenschancen (Sterberaten) bei Männern und Frauen dann etwa gleich hoch.

Sie haben auf diesen Ergebnissen ein Frauenprogramm für die kardiologische Reha aufgebaut – mit welchen Parametern?

Prof. Härtel: Die Basis dieses Programms bilden separate Gruppen für Frauen in der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung und der Ernährungsberatung.

In der Bewegungstherapie ist es wichtig, die frauenspezifische geringere Belastbarkeit zu berücksichtigen, aber auch Kategorien wie frauenspezifische Körperthemen, Schulung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Das Erkennen der eigenen Stärken, der Umgang mit frauenspezifischen Ängsten und Sorgen, Strategien der Stressbewältigung bei der Rückkehr ins Alltagsleben, all das sind auch zentrale Inhalte der psychologischen Gruppen. In der Ernährungsberatung geht es vor allem um herzgesunde Ernährung auch nach der Rückkehr ins Berufs- und Familienleben, das schließt spezielle Praxistipps bei frauenspezifischen Gewichts- und Ernährungsproblemen, z.B. Essverhalten unter Stress, ein.

Und wie sehen die Ergebnisse aus?

Prof. Härtel: Die Frauengruppen wurden von Patientinnen und Therapeuten in hohem Maße akzeptiert. Es gab eine signifikant höhere Zufriedenheit der Frauengruppe sowohl mit der Bewegungstherapie als auch mit der Ernährungsberatung und der psychologischen Betreuung, verglichen mit

der gemischten Reha-Gruppe. Zu beobachten ist auch ein nachhaltigerer Reha-Erfolg bei den langfristigen Lebensstiländerungen, insbesondere bei den sportlichen Aktivitäten und der Teilnahme an ambulanten Herzgruppen. Das sollte natürlich für die Renten- und Krankenversicherungen ein Anlass sein, eine stärkere Differenziertheit auch der ambulanten Reha-Angebote ins Auge zu fassen.

Inzwischen haben 1.500 Patientinnen an diesem Programm, das nun in die Regelversorgung von Höhenried integriert wurde, teilgenommen. Diese werden weiterhin wissenschaftlich begleitet, um die Qualität des Programms zu sichern.

Warum tun sich Kranken- und Rentenversicherungen offenbar immer noch schwer, weitere entsprechende Studien zu fördern, damit die Rehabilitation bei auch anderen Erkrankungen effektiver wird?

Prof. Härtel: Nach meiner Erfahrung ist es sehr schwierig, eingefahrene Versorgungsstrukturen zu ändern, insbesondere, wenn kein unmittelbarer ökonomischer Vorteil zu erkennen ist. Ziele wie gesundheitliche Lebensqualität oder Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens oder „Zufriedenheit mit der Reha“ sind nicht unbedingt zentrale Anliegen der Kostenträger. Leichter wäre es wahrscheinlich, wenn z.B. nachgewiesen würde, dass eine geschlechtersensible Reha die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage reduziert. Angesichts der sehr unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen und Männern sind solche Berechnungen allerdings äußerst schwierig oder kaum sinnvoll, wenn etwa die „durchschnittliche“ Frau zum Zeitpunkt ihres ersten Herzinfarkts nicht mehr berufstätig ist.

Das Gespräch führte Annegret Hofmann

News

DKFZ: Erbgutveränderungen vor allem im X-Chromosom

Jede Zelle des weiblichen Körpers inaktiviert eines ihrer beiden X-Chromosomen. Gemeinsam mit internationalen Partnern entdeckten Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum und der Universität Heidelberg nun erstmals, dass sich bei verschiedenen Krebserkrankungen Erbgutveränderungen im inaktivierten X-Chromosom häufen: Es enthält bis zu viermal so viele Mutationen wie die übrigen Chromosomen. Die in der Zeitschrift *Cell* veröffentlichten Ergebnisse helfen zu verstehen, wie es in geschädigten Zellen zur Anhäufung von Mutationen kommt, die schließlich zu Krebs führen können.

Jeder Krebs geht auf Erbgutveränderungen zurück. Selten sind sie von den Eltern ererbt, sondern entstehen als so genannte somatische Mutationen im Laufe des Lebens in einzelnen Körperzellen. „Letztendlich ist aber noch größtenteils unbekannt, wodurch es in einer Krebszelle zu der typischen Ansammlung von Mutationen kommt“, sagt Prof. Roland Eils, der sowohl im Deutschen Krebsforschungszentrum als auch an der Universität Heidelberg bioinformatische Forschungsabteilungen leitet.

Von dem Wissen, wann und wo Mutationen entstehen, versprechen sich die Forscher Aufschlüsse über die frühen Schritte der Entartung von Zellen zu Krebs. Roland Eils koordinierte nun eine internationale Studie, um erstmals bei verschiedenen Krebsarten zu analysieren, wie die somatischen Mutationen im Erbgut der Tumorzellen genau verteilt sind. Denn nicht alle Bereiche des Genoms sind gleichermaßen von den Veränderungen betroffen. Bekannt ist etwa, dass die Anzahl der somatischen Mutationen von der Basenzusammensetzung abhängt oder davon, wie häufig ein Gen abgelesen wird.

Die Forscher werteten für ihre aktuelle Studie die Genomsequenzen von über 400 Tumoren von Patienten mit zwölf verschiedenen Krebserkrankungen aus, darunter Hirntumoren bei Kindern und Erwachsenen, Leukämien und Brustkrebs.

Zu ihrer Überraschung stießen die Wissenschaftler bei Krebspatientinnen auf eine noch nie beobachtete Häufung von Mutationen im weiblichen Geschlechtschromosom, dem X-Chromosom. Hier zählten sie bei vielen Krebsarten doppelt, in manchen Fällen sogar viermal so viele Mutationen wie in den übrigen Chromosomen. Diese hohe Mutationsrate betrifft jedoch nicht beide X-Chromosomen gleichermaßen: Alle Zellen des weiblichen Körpers sind mit jeweils zwei dieser Geschlechts-Chromosomen ausgestattet. Von der Embryonalentwicklung an wird in jeder Zelle eines der beiden inaktiviert. Die erhöhte Mutationsrate betrifft ausschließlich die inaktivierte Kopie.

Bei krebserkrankten Männern, deren Zellen ohnehin nur ein X-Chromosom tragen, tritt das Phänomen nicht auf, ebenso wenig bei inaktivierten X-Chromosomen gesunder weiblicher Zellen. Besonders viele Mutationen fanden sich im inaktivierten X-Chromosom sehr schnell wachsenden Tumoren. Die Forscher entdeckten außerdem, dass es im Verlauf der Krebsentstehung bereits sehr früh zur Anhäufung der Mutationen im inaktivierten X-Chromosom kommt.

Bei der DNA-Verdopplung, die jeder Zellteilung vorausgeht, kommt das inaktivierte X-Chromosom erst ganz am Schluss an die Reihe. „Unsere Theorie ist, dass Zellen, die durch Zufall bereits eine wachstumsfördernde Mutation erfahren haben, durch die beschleunigte Zellteilung in Stress geraten. Möglicherweise fehlt ihnen die Zeit, Fehler zu reparieren oder es mangelt an DNA-Bausteinen. Betroffen von diesen Problemen sind vor allem Erbgutbereiche, die spät verdoppelt werden wie das inaktivierte X-Chromosom“, sagt Natalie Jäger, die Erstautorin der Arbeit.

Studienleiter Roland Eils ergänzt: „Der Befund hilft uns zu verstehen, wie zellulärer Stress die unheilvolle Kaskade der Krebsentstehung beschleunigt und so dazu beiträgt, dass sich mehr und mehr Mutationen in einer Krebszelle ansammeln.“

N. Jäger et al: Hypermutation of the inactive X chromosome is a frequent event in cancer. CELL 2013, DOI: 10.1016/j.cell.2013.09.042

Quelle: www.dkfz.de/pressemitteilungen

Osteoporose: Frauen, Männer, Hormone, Gewicht

Von rund acht Millionen Betroffenen, die in Deutschland an Osteoporose erkrankt sind, sind knapp 17 Prozent Männer. Einer der Gründe für schwache Knochen ist das männliche Sexualhormon Testosteron. „Bei Frauen sinkt in den Wechseljahren der Östrogenspiegel, bei Männern kommt es zur reduzierten Produktion von Testosteron“, erklärt Dr. Ursula Marschall, leitende Medizinerin bei der BARMER GEK.

Testosteron fördert den Muskel- und Knochenaufbau und festigt die Knochensubstanz. In der zweiten Lebenshälfte findet auch bei Männern ein altersabhängiger Knochenverlust statt. Während die Knochensubstanz bei Frauen in der ersten Zeit der Wechseljahre etwa zwei Prozent jährlich abgebaut wird, beträgt der Verlust bei Männern bis zu einem Prozent pro Jahr. Zu den Risikofaktoren für Männer und Frauen gehören das Alter, das Geschlecht und bereits erlittene Wirbelkörperbrüche. Aber auch die Einnahme knochenschädigender Medikamente wie z.B. Cortison, eine erbliche Vorbelastung oder eine größere Sturzgefährdung erhöhen die Gefahr für Knochenbrüche. „Einige Risikofaktoren treten bei Männern etwas gehäuft auf. Hier fallen mitunter starkes Rauchen oder Alkoholkonsum besonders ins Gewicht“, so Marschall.

Jeder zweite Osteoporose-Patient erleidet innerhalb von vier Jahren mindestens einen Knochenbruch. Auf deren Entstehung hat das Körpergewicht einen großen Einfluss. Eine große internationale Studie mit postmenopausalen Frauen untersuchte, welchen Einfluss Gewicht, Body-Mass-Index (BMI) und Körpergröße auf das Knochenbruchrisiko und die Stelle des Knochenbruchs haben. Mehr als 50.000 Frauen über 50 Jahre aus zehn Ländern, darunter Deutschland, nahmen teil. Je niedriger deren BMI war, desto häufiger traten Wirbelkörperbrüche, Schenkelhalsbrüche und Unterarmbrüche auf. „Untergewicht ist ein Risikofaktor für Osteoporose und begünstigt osteoporotische Brüche“, so Professor Johannes Pfeilschifter, Mituntersucher der GLOW-Studie und Mitglied im Beirat der Sektion Osteologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.

Weitere Informationen: www.barmer-gek.de
www.endokrinologie.net:

Juliet E Compston et al. Relationship of Weight, Height, and Body Mass Index with Fracture Risk at Different Sites in Postmenopausal Women: The Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW). Journal of Bone and Mineral Research 2013; doi: 10.1002/jbmr.2051

Mit ganzheitlichem Blick: Gynäkologen für Präventionsmedizin

Frauenärzte wollen stärker als bisher „Hausärzte für Frauen“ aller Altersgruppen sein, zum Beispiel durch verbesserte Angebote einer erweiterten Primärprävention, verlautet aus der frauenärztlichen Genossenschaft GenoGyn, Köln. Zahlreiche Zivilisationskrankheiten wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose und sogar rund 40 Prozent der Krebserkrankungen gelten zu großen Teilen durch geeignete Präventionsmaßnahmen als vermeidbar. So ließe sich beispielsweise das Brustkrebsrisiko für Frauen allein durch Sport um 20 bis 30 Prozent senken. Die Genossenschaft bietet daher Kurse zur Zusatzqualifikation Präventionsmedizin gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin e.V. (GSAAM) an.

Weitere Informationen: www.genogyn.de

Impressum

anna fischer project
by Contentic Media Services GmbH
10969 Berlin, Neuenburger Str. 17
Tel. +49 (30) 28 38 5003 Fax +49 (30) 28 38 5005
www.gendermed.info
Projektleitung: Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),
annegret.hofmann@mediacity.de
Foto: contentic

Personalia

Die Dekanin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, **Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich**, ist mit der höchsten Auszeichnung der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie (ESPE), dem Andrea-Prader-Preis, geehrt worden. Dieser wird alljährlich für besondere Verdienste und wissenschaftliche Erfolge auf dem Gebiet der Pädiatrischen Endokrinologie vergeben und gilt als Leadership Award der Gesellschaft.

Prof. Dr. Jutta Liebau, Chefärztin der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf, ist neugewählte Präsidentin der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC).

Der siebte Wissenschaftspreis des Deutschen Ärztinnenbundes wurde anlässlich des 33. Wissenschaftlichen Kongresses in Berlin an die Oberärztin und Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie an den Universitätskliniken des Saarlandes Homburg/Saar **Dr. med. Katrin Bachelier-Walenta** verliehen. Sie beschäftigte sich in ihrer Arbeit „Pathomonomische Mikropartikelprofile bei Kardiomyopathien“ u. a. mit möglichen Aspekten einer geschlechtsspezifische Behandlung der Myokarditis.

Termine

„Männer sind vom Mars, Frauen von der Venus“ – Geschlechteraspekte bei Prävention und Gesundheitsförderung

Gemeinsame Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen und des anna fischer projekts, Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ am Samstag, 16. November 2013, 10.00 bis 13.00 Uhr, Berufsförderungswerk Dresden, Hellerhofstr. 35, 01129 Dresden.

(bitte anmelden über asg@spd.sachsen.de oder annegret.hofmann@mediencity.de)

Gendermedizin auf der MEDICA

Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek:

Keynote Lecture „Gender Medicine“, Freitag, 22.11.2013, 13.00-13.30 Uhr, Congress Center Düsseldorf (CCD Süd), 1.OG, Raum 3.

Kurs „Gendermedizin“, Freitag, 22.11.2013, 14.30-18.00 Uhr, Congress Center Düsseldorf (CCD Süd), 1. OG, Raum 3

Weitere Informationen: www.medica.de

Workshop Geschlecht und Vielfalt:

Neue Impulse für die Medizin

Am 8. und 15. November und am 6. Dezember 2013 an der Medizinischen Hochschule Hannover. Weitere Veranstaltungen der Workshopreihe im März und April 2014.

Informationen:

www.mh-hannover.de/medizinundgeschlecht.html

Ringvorlesung: Wissenschaft – Geschlecht – Medizin,

Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, im Wintersemester 2013/2014,

jeweils Mittwoch 17.15 Uhr bis 18.45 Uhr, Hörsaal C, Kli-

nikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 82, 81675 München
Nächste Veranstaltung am 20. November 2013:

„Ärztinnen und Ärzte – Genderaspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung“, Astrid Bühren (Murnau)

Informationen:

<http://www.mri.tum.de/veranstaltungen/gesamtuebersicht>

Weitere Termine auf www.gendermed.info

Lesestoff

In der Kardiologie gibt es zurzeit die meisten Erkenntnisse zur Geschlechterspezifität, das ist unbestritten. Jetzt kommt mit dem Buch von Kathrin Ott eine weitere Facette hinzu. Die Biologin und Health Care Managerin hat sich am Beispiel der arteriellen Hypertonie die „Geschlechtsspezifische Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen“ (Titel) vorgenommen. Präventionsbedarf und -potenzial werden differenziert beleuchtet. „Unisex“-Präventionsmaßnahmen müssen, so Ott, ersetzt werden durch differenzierte und passgenaue Angebote.

Weitere Informationen und Bestellung über:
www.apollon-press.de

Eine gut sortierte Übersicht über „Medizin und Geschlecht – Perspektiven für Lehre, Forschung und Krankenversorgung“ (Titel) gibt das gleichnamige Buch, das aktuell bei Pabst Science Publishers erschienen ist. Herausgeberin Dr. Bärbel Miemitz, als Gleichstellungsbeauftragte der MH Hannover seit Jahren in der Durchsetzung einer geschlechtersensiblen Medizin unterwegs, hat aus einem Curriculumsprojekt heraus Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Fächern und Einrichtungen für überzeugende Beiträge gewinnen können.

www.pabst-publishers.com

Eine Märchenerzählerin aus Erfurt hat 12 besonders schöne Grimmsche „Märchen für ein gelingendes Leben“ (Titel) gesammelt und behutsam interpretiert. Natur und Medizin, die Fördergemeinschaft der Karl-und-Veronica-Carsens-Stiftung, hat das Bändchen herausgegeben – in der Hoffnung, dass Märchen auch heute noch trösten und vielleicht sogar heilen helfen. „Märchen sind Ordnungstherapien im besten Sinne“ heißt es im Vorwort...

www.naturundmedizin.de

XX – Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin ist wieder da. Heft 04 2013 bietet gendermedizinisch das Topthema Burnout-Syndrom an. Lesenswert auch: Mammografie-Screening: Mehr Schein als Sein? Prof. Dr. Franz Porzolt, Internist und Ökonom, plädiert für eine korrekte Interpretation vorhandener Daten und einen verantwortungsvollen Umgang mit ihnen – vor allem mit Blick auf die Patientinnen. Sie brauchen Informationen, die ihnen Entscheidungen möglich machen, die Chancen und Risiken benennen. Eine „gefühlte Sicherheit“ zu suggerieren, hält Porzolt für nicht akzeptabel.



Informationen, die ihnen Entscheidungen möglich machen, die Chancen und Risiken benennen. Eine „gefühlte Sicherheit“ zu suggerieren, hält Porzolt für nicht akzeptabel.

http://lp.thieme.de/sem-lp/XX/?WT.mc_id=SEM_GTV_XX___&gclid=C-Neb4NPMY7oCFUqWtAodGQoAfg