



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2023

Auf dem Weg zur geschlechtersensiblen Medizin – Diversität
in Prävention, Versorgung und Forschung verankern

Hintergrund Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Seit 2014 dient die „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung in der Hauptstadtregion.

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist es, einen fachlichen Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen sowie länder- und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft in der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Im Fokus steht dabei stets die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung der Bürgerinnen und Bürger, sowohl in der Metropolregion als auch im ländlichen Raum.

Die Herausforderungen und Potenziale im Gesundheitswesen stehen im Fokus dieser Veranstaltung, die als Plattform für einen transdisziplinären Dialog und konstruktiven Austausch angelegt ist. Expertinnen und Experten aus der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung ebenso wie aus der Selbsthilfe, aus Krankenkassen, Selbstverwaltung und Politik kommen zusammen, um in Workshops die bestehenden Herausforderungen zu diskutieren und Lösungsansätze für aktuelle Problemstellungen zu finden.

Thema: Auf dem Weg zur geschlechtersensiblen Medizin – Diversität in Prävention, Versorgung und Forschung verankern

Zum zehnten Mal lud das Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg HealthCapital in Abstimmung mit den Ländern Berlin und Brandenburg zur Reihe „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ ein. Die Veranstaltung stand in diesem Jahr unter der Überschrift „Auf dem Weg zur geschlechtersensiblen Medizin: Diversität in Prävention, Versorgung und Forschung verankern“.

Trotz großer medizinischer Fortschritte werden geschlechterspezifische Unterschiede in Medizin und Versorgung noch immer zu wenig beachtet. Die Auswirkungen treffen alle Geschlechter. Mit der Veranstaltung wurde die zukünftige Bedeutung einer geschlechtersensiblen Medizin unter Berücksichtigung weiterer Diversitätsfaktoren beleuchtet. Impulsvorträge, Workshops und Plenardiskussionen boten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Chance, Diagnostik, Therapie und Wissensvermittlung neu zu denken.

Die Medizin und Gesundheitsversorgung durchleben einen stetigen Wandel, und die Zukunft erfordert nicht nur innovative Lösungen, sondern auch einen bewussten Blick auf geschlechterspezifische Unterschiede sowie die Integration vielfältiger Perspektiven in der Gesundheitsbranche. Die „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2023“ brachte Fachleute und Interessierte zusammen, um gemeinsam die Weichen für eine geschlechtersensible, diverse und inklusive Gesundheitslandschaft zu stellen.

In dieser Dokumentation fassen wir die wichtigsten Diskussionen, Impulse und Erkenntnisse dieser Veranstaltung zusammen: Zukunftsorientierte Ansätze, die die Grundlagen für eine verbesserte, kostenneutrale und gerechtere Gesundheitsversorgung legen sollen.

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	2
Thema: Auf dem Weg zur Geschlechtersensiblen Medizin – Diversität in Prävention, Versorgung und Forschung verankern	2
Bedeutung der Gendermedizin wächst – Der Handlungsbedarf ist groß 10 Forderungen für eine bessere und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung	4
Frauen und Männer sind nicht gleich: Wir brauchen Methoden, um dies abzubilden	6
Vision: Prävention, Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung des hormonellen Status	8
Geschlechtersensible Medizin (Gendermedizin) hat zum Ziel, eine optimale Medizinische Versorgung aller Geschlechter zu ermöglichen	20
Was bedeutet all dies konkret in der Medizin? Veranschaulichung der Bedeutung von Gendermedizin für eine bessere Medizinische Versorgung am Beispiel von chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED)	24
Entwicklungen in der Gendermedizin – Die wichtigsten Eckpunkte der Historie	26
Call To Action – Politik	28
Call To Action – Praxis	29
Impressum	30

Bedeutung der Gendermedizin wächst – der Handlungsbedarf ist groß

10 Forderungen für eine bessere und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung

In der modernen Gesundheitslandschaft gewinnt die geschlechtersensible Medizin zunehmend an Bedeutung. Die Erkenntnis, dass biologische, soziale und kulturelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern eine maßgebliche Rolle in der Gesundheitsvorsorge, -versorgung und -forschung spielen, verlangt einen Paradigmenwechsel. Der Weg hin zu einer umfassend geschlechtersensiblen Medizin hat zum Ziel, Geschlecht, Alter und weitere Diversitätsfaktoren in Prävention, Versorgung und Forschung zu verankern. Dieser Ansatz reflektiert nicht nur die individuellen – zum Teil unterschiedlichen – Bedürfnisse von Frauen, Männern und Personen, die sich nicht zu einem dieser beiden biologischen Geschlechter zuordnen möchten, sondern adressiert auch die Vielfalt von Patientinnen und Patienten in ihrer jeweiligen Lebenssituation. In diesem Kontext gilt es, innovative Ansätze zu entwickeln, um eine inklusive und gerechte Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Während der „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ wurden die Herausforderungen und Chancen auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen Medizin beleuchtet, die über die biologischen Geschlechterunterschiede hinaus, die Interaktion mit sozialen Determinanten bei der Erhaltung von Gesundheit in den Fokus rückt.

Folgende 10 Thesen und Forderungen stellen das Ergebnis der Tagung dar, die u.a. an die §90a Gremien adressiert sind:

1. Geschlechterspezifische Unterschiede in der Medizin anerkennen: Die Forschung muss die biologischen und soziokulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker berücksichtigen.
2. Individualisierte Medizin fördern: Die personalisierte Medizin muss geschlechterspezifische Unterschiede in die Behandlung einbeziehen. Ein erster Schritt, der bereits jetzt für einige Erkrankungen umgesetzt werden kann, ist die Berücksichtigung der Geschlechterunterschiede bei der Anamnese, der Diagnostik und Therapie.
3. Berücksichtigung geschlechtersensibler Faktoren in klinischen Studien: Forschungsstudien sollten eine angemessene Vertretung beider Geschlechter und verschiedener ethnischer und sozialer Gruppen sicherstellen, um präzise und realitätsnahe Ergebnisse zu gewährleisten.
4. Geschlechtersensible Aus- und Weiterbildung für Fachkräfte: Integration von geschlechtersensiblen Lehrinhalten in medizinische Aus- und Weiterbildungsprogramme, um sicherzustellen, dass medizinisches Fachpersonal in geschlechtersensibler Medizin mit gleichbleibend guter Qualität geschult wird.
5. Förderung der geschlechtersensiblen Prävention: Präventive Maßnahmen sollten geschlechterspezifische Risikofaktoren berücksichtigen, um gezielte Ansätze für die Gesundheitsförderung zu ermöglichen.
6. Bewusstsein schärfen: Die Öffentlichkeit sollte über geschlechterspezifische Gesundheitsrisiken und Präventionsmöglichkeiten informiert werden, um ein Bewusstsein für diese Themen zu schaffen.

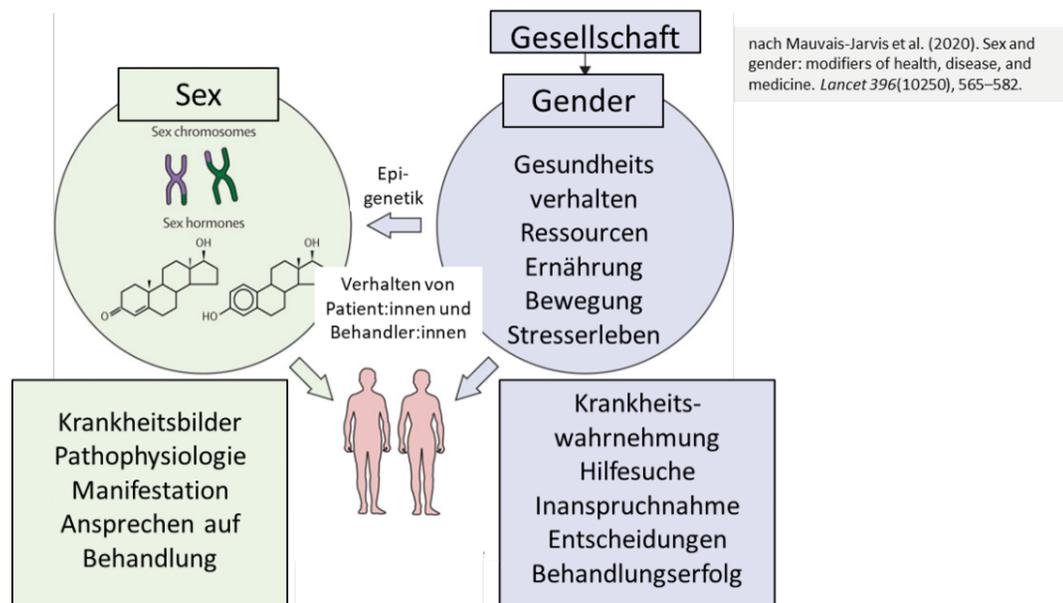
7. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachbereichen, darunter Medizin, Pharmazie, Psychologie, Soziologie und Ethik sowie mit den eher weiblich geprägten neu akademisierten Gesundheitsberufen wie Pflege und Hebammenwissenschaft, ist wichtig, um einen umfassenden Ansatz und eine erfolgreiche Integration für geschlechtersensible Medizin zu gewährleisten.
8. Ethische Überlegungen: Die ethischen Aspekte geschlechtersensibler Medizin wie beispielsweise Datenschutz und Gerechtigkeit sollten berücksichtigt werden.
9. Politische Unterstützung: Es ist notwendig, dass politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen konkrete Maßnahmen unterstützen, die zu einer Integration geschlechtersensibler Medizin in Forschung, Lehre und Praxis führen.
10. Entwicklung von Leitlinien und Standards: Es bedarf der Integration der geschlechtersensiblen Fakten in die bestehenden und neu zu entwickelnden Leitlinien. Dies gilt es dann auch entsprechend zu überprüfen. Fachdisziplinen wie die Gesundheits- und Krankenpflege sollten mit eigenen Leitlinien beginnen. Zusätzlich benötigen wir die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Standards für geschlechtersensible Prävention, Diagnose und Behandlung, um sicherzustellen, dass medizinische Fachkräfte entsprechende und qualitativ hochwertige Versorgung bieten.

Den Begriff „Gender“ kennen viele nur aus den Diskussionen über geschlechtergerechte Sprache. Auch in der Gendermedizin und der Genderpharmazie spielt zusätzlich zu den biologischen Geschlechtern die Berücksichtigung der soziokulturellen Geschlechterzuschreibungen eine wichtige Rolle.

Zur Einstimmung ins Thema gab es einschlägige Impulsvorträge von zwei hochkarätigen Expertinnen.

Frauen und Männer sind nicht gleich: Wir brauchen Methoden, um dies abzubilden

Frau Prof. Dr. Gertrud Stadler, Professorin für geschlechtersensible Präventionsforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, gab einen umfassenden Einblick in die vielschichtige Thematik. Das biologische Geschlecht (auf engl. sex) wird überwiegend bestimmt durch die Geschlechtschromosomen und -hormone einer jeweiligen Person. Das soziokulturelle Geschlecht (auf engl. gender) bezieht sich u.a. auf Zuschreibungen, die bestimmt werden z.B. durch die Geschlechtsrolle, Geschlechtsorientierung und Geschlechtsidentität. In der Krankheitsbildung und Krankheitswahrnehmung geht es immer um das Zusammenspiel von Sex und Gender.



Besonders eindrücklich legte Frau Prof. Stadler das große Spektrum an Determinanten mit Relevanz für die geschlechtersensible Versorgung dar.

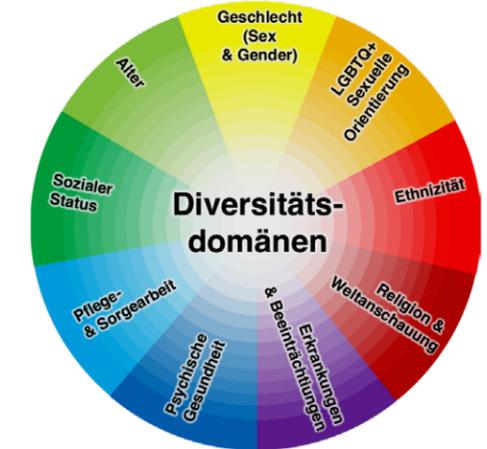
Um die Unterschiede von Frauen und Männern besser erfassen und darstellen zu können, bedarf es einer besseren Datengrundlage. Die Wissenschaft ist bestrebt, qualitativ hochwertige Erkenntnisse für alle Mitglieder der Gesellschaft zu liefern, jedoch gibt es nach wie vor erhebliche Datenlücken in Bezug auf Geschlecht und Vielfalt, d. h. einen systematischen Mangel an Daten für traditionell unterrepräsentierte Gruppen. Geschlecht und andere Diversitätsbereiche stehen in Zusammenhang mit Morbidität, Mortalität und sozialer und wirtschaftlicher Teilhabe, doch es fehlen umfassende Messgrößen sowie Belege dafür, wie sich diese Bereiche wechselseitig beeinflussen. Eine Vielzahl von Messinstrumenten (Fragebögen, Scores) wurde bisher entwickelt, von denen sich die meisten in der klinischen Validierungsphase befinden.

Stadler et al. haben ein kurzes, effizientes Diversity Minimal Item Set (DiMIS) für die routinemäßige Datenerhebung in empirischen Studien entwickelt. Ziel ist es, ein pragmatisches Werkzeug zu haben, das dazu beitragen kann, die Datenlücken zu Vielfalt und Geschlecht zu schließen.

Die verschiedenen Diversitätsdomänen können angewandt werden in den Bereichen Forschung, klinische Praxis, Politik und Entwicklung sowie in Organisationen und Teams.

Zum Abschluss ihres Impulses verwies Prof. Stadler auf Praxisempfehlungen, die wichtige Erkenntnisse aus dem Gebiet der Gendermedizin berücksichtigen. Diese gilt es zukünftig weiter anzureichern, um die Gesundheitsversorgung noch besser gestalten zu können.

1. Bei Frauen u.a. **Herzgesundheit** und **Diabetes** im Blick haben: in Prävention, Diagnostik und Behandlung
2. Auch bei Männern an **Osteoporose** und **Brustkrebs** denken
3. Männer nehmen **verhaltenspräventive Maßnahmen** seltener in Anspruch: Ermutigen und geschlechterspezifische Angebote machen
4. Regelmäßige **Depressionsscreenings** bei Männern und Frauen durchführen
5. Integrierte **Psychotherapieangebote**, die sowohl die Selbstbehandlung als auch die Bewältigung von Depressionen thematisieren, erscheinen sinnvoll
6. Bei **Medikamentenverschreibung an höheres Risiko für unerwünschte Wirkungen** bei Frauen denken und mögliche Dosisanpassung entsprechend Geschlecht, Alter und Gewicht



Diversity Minimal Item Set



Diversified Innovations in the Health Sciences: Proposal for a Diversity Minimal Item Set (DiMIS), Stadler et al., preprint

Klosterstudie

Seitdem Mitte des 18. Jahrhunderts erstmals nach dem Geschlecht trennende Mortalitätsanalysen durchgeführt wurden, ist das längere Überleben der Frauen bekannt. Dies bestätigte sich mit Beginn der amtlichen Bevölkerungsstatistik in allen westlichen Gesellschaften, wie es z. B. in Schweden ab dem Jahr 1751 beobachtet werden kann. Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede wurden schließlich zu einem der zentralen multidisziplinären Untersuchungsgegenstände, als sie sich mit dem allgemeinen Rückgang der Sterblichkeit im Verlauf des 20. Jahrhunderts kontinuierlich erhöhten.

Die Ergebnisse der Klosterstudie sprechen dafür, dass es auch biologische Erklärungen für die unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen gibt, diese aber weniger ins Gewicht fallen als andere Aspekte wie Lebensstil und Prävention. Die Studie untersuchte die Lebensdaten von fast 12.000 Mönchen und Nonnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Man kam zu dem Ergebnis, dass sich die Lebenserwartung der Nonnen nach dem zweiten Weltkrieg kaum von der Lebenserwartung der Frauen in der Allgemeinbevölkerung unterschied (vor dem 2. Weltkrieg waren die Nonnen aufgrund der erhöhten Tuberkulosesterblichkeit in Frauenklöstern benachteiligt). Bei den Mönchen hingegen zeigte sich (nach dem zweiten Weltkrieg) eine deutlich höhere Lebenserwartung im Vergleich zu Männern der Allgemeinbevölkerung.

Die Lebenserwartungsdifferenz von Mönchen und Nonnen beträgt im Schnitt nur ca. 2 Jahre. Da für Mönche und Nonnen ähnliche Lebensbedingungen angenommen werden, schlussfolgerte man, dass dieser Unterschied in der Lebenserwartung auf biologische Faktoren zurückzuführen sei.

Im Allgemeinen wird heute geschätzt, dass biologische Faktoren nur einen Unterschied von 1 bis 2 Jahren in der mittleren Lebenserwartung ausmachen und der Großteil der heutigen männlichen Übersterblichkeit den verhaltens- und umweltbedingten Faktoren zuzuordnen ist.



Deutsch-österreichische Klosterstudie: Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter (Dr. Marc Luy)

Vision: Prävention, Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung des hormonellen Status

Frau PD. Dr. Ute Seeland, Fachärztin für Innere Medizin und habilitiert für Geschlechtersensible Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, zeigte besonders eindrücklich durch Studien belegte Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen aller medizinischen Fachrichtungen. Der systembiologische Ansatz in der geschlechtersensiblen Medizin erfordert eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit über die medizinischen Disziplinen hinaus mit Expert:innen der Soziologie, Psychologie, Informatik u.v.m.

Frau Dr. Seeland zeigte eindrücklich anhand des Beispiels der funktionellen Herzerkrankungen, wie durch geschlechtersensible innovative Forschungsfragen und -ansätze pathophysiologische Zusammenhänge erkannt werden, die zu Verständnis, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen beitragen, die häufiger bei dem einen oder anderen Geschlecht vorkommen. Große Datenlücken gibt es vor allem bei jungen Erwachsenen, Frauen in der Perimenopause und im hohen Alter.

Studien mit großen Datensätzen zeigen z.B., dass mit den bekannten klassischen Risikofaktoren nur 57% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und 52% bei Männern erklärt werden können. Welche weiteren modifizierbaren Einflussfaktoren zusätzlich für die Krankheitsprogression und eine erhöhte Sterblichkeit verantwortlich sind, ist Gegenstand der geschlechtersensiblen medizinischen Forschung. Soziokulturelle und Umweltfaktoren systematisch zusätzlich zu den biologischen Unterschieden in den klinischen Studien zu untersuchen, ist ein vielversprechender Ansatz, zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

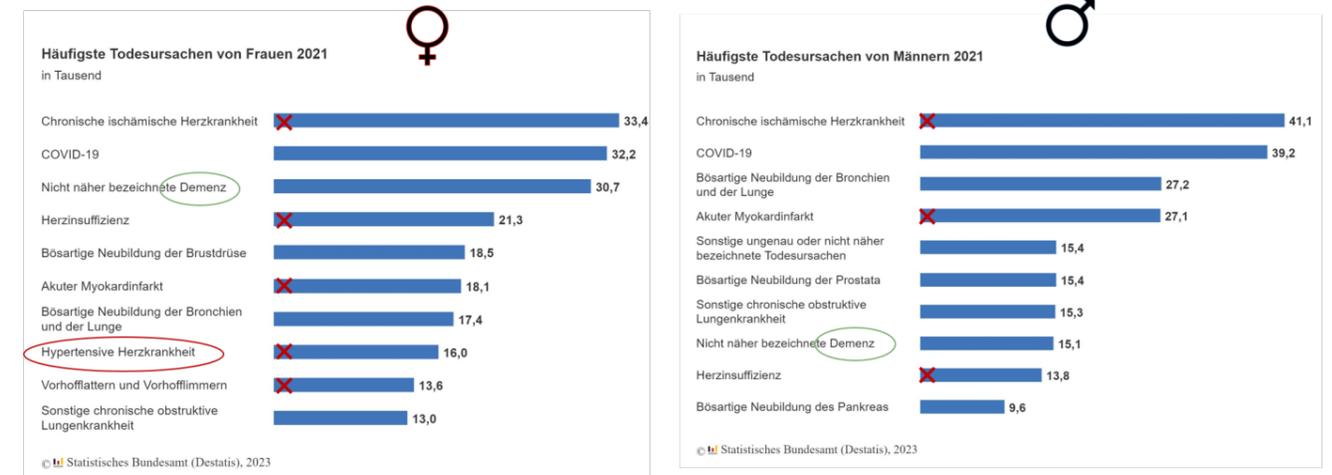
Laut Dr. Seeland zeigen folgende epidemiologische Kennzahlen eine Gewichtung der Erkrankungen mit Todesfolge für beide Geschlechter getrennt in Deutschland:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: In Deutschland bedingen Herz-Kreislauf-Erkrankungen 5 der 10 häufigsten Todesursachen bei Frauen und 3 von 10 bei Männern 2021. Die chronisch ischämische Herzkrankheit ist die häufigste Todesursache sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Die Folgeerkrankungen der hypertensiven Herzerkrankung sind bei Frauen besonders zu beachten. Altersspezifische Daten zeigen, dass jüngere Frauen (bis 54. LJ) eine höhere 28-Tage Letalität nach Myokardinfarkt haben als Männer im gleichen Alter. In Deutschland und weltweit ist die Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern höher als bei Frauen.

Krebserkrankungen: Krebserkrankungen sind eine der führenden Todesursachen für beide Geschlechter. Für Frauen und Männer gehören die geschlechterspezifischen Krebsarten wie Brust- und Prostatakrebs und das Lungenkarzinom zu den 10 häufigsten Todesursachen. Insgesamt sind mehr Männer als Frauen von malignen Erkrankungen betroffen, allerdings mit starken regionalen Unterschieden (Abbildung: vollstationäre Behandlungsfälle in Berlin und Brandenburg 2021). Ein weiterer Grund, neben den biologischen Geschlechterunterschieden die soziokulturellen Einflussfaktoren systematisch zu erfassen, um effektivere, regional spezifischere Präventionsmaßnahmen entwickeln zu können.

Demenerkrankungen: Nehmen bei Frauen einen alarmierenden 3. Platz bei der Todesursachenstatistik ein und bei Männern Platz 8. Eine geschlechtersensible Forschung könnte hier möglicherweise zu einem schnelleren Erfolg beim Verständnis dieser komplexen Krank-

Haupttodesursachen für Frauen und Männer!



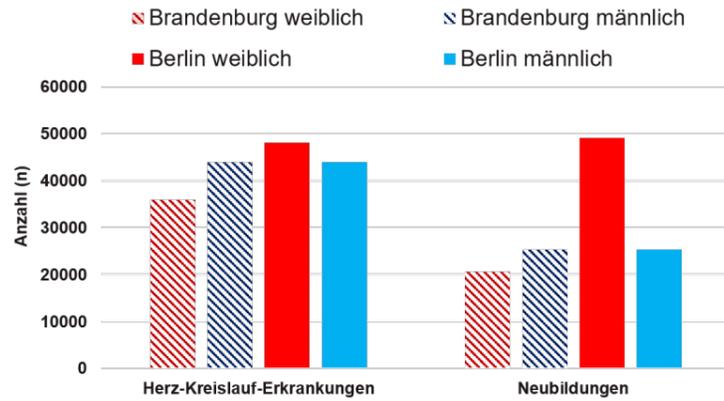
- Nicht übertragbare Krankheiten sind für 5/10 der häufigsten Todesursachen verantwortlich, No 1: Chronische ischämische Herzkrankheit

- Nicht übertragbare Krankheiten sind für 3/10 der häufigsten Todesursachen verantwortlich, No 1: Chronische ischämische Herzkrankheit

heitsbilder und einer verbesserten gesundheitsökonomischen Bilanz führen. Kenntnisse zu geschlechterspezifischen Risikomodifikatoren und differenzierteren pathophysiologischen Modellen sind dringend nötig, um die Wissenslücken zu schließen und allen Geschlechtern eine effektivere Prävention und Versorgung anbieten zu können.

Darstellung der 10 Haupttodesursachen in Deutschland im Jahr 2021 getrennt nach dem Geschlecht basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes, veröffentlicht 2023.

Vollstationäre Behandlungsfälle 2021 Krankenhaus Entlassungsdaten



Diagnosen nach Region und Geschlecht

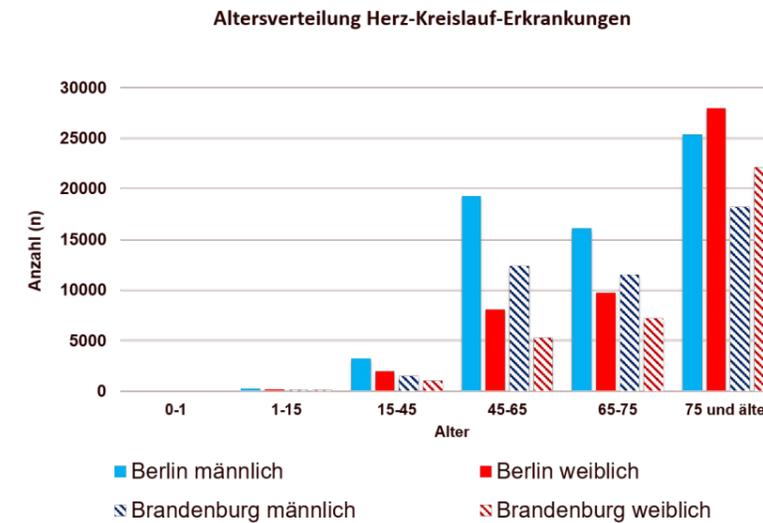
Quelle: Daten statistisches Bundesamt Berlin und Brandenburg 2023, eigene Darstellung



Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen Berlin > Brandenburg

Neubildungen im Geschlechtervergleich in Berlin Frauen >> Männer

Vollstationäre Behandlungsfälle 2021 Krankenhaus Entlassungsdaten



Quelle: Daten statistisches Bundesamt Berlin und Brandenburg, eigene Darstellung



Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern >= 75. LJ Berlin > Brandenburg

Herz-Kreislauf-Erkrankungen jüngere Männer Berlin > Brandenburg

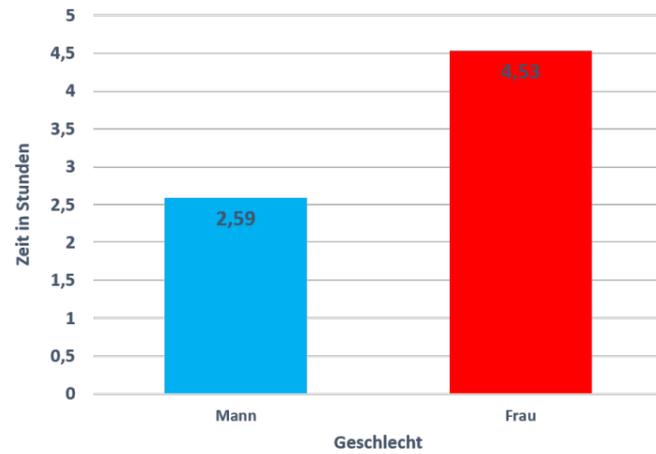
Tatiana Dunkel, Studentin der Hochschule Brandenburg, stellt die von Frau Seeland präsentierten und für die geschlechtersensible Medizin u.a. relevanten Erkrankungen bezüglich der epidemiologischen Kennzahlen für Berlin und Brandenburg dar.

In Berlin werden mehr Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Krankenhaus behandelt als in Brandenburg. Die Anzahl der stationären Behandlungsfälle von Männern ist in den Bundesländern Berlin und Brandenburg vergleichbar. Die absolute Anzahl von Frauen mit Neubildungen, die stationär behandelt werden, liegt in Berlin doppelt so hoch im Vergleich zu Brandenburg. Zusätzlich zu den regionalen Unterschieden kommen die Geschlechterunterschiede. Die Anzahl der Männer, die aufgrund einer Krebserkrankung stationär behandelt werden, liegt bei der Hälfte im Vergleich zu Frauen in Berlin, nicht in Brandenburg.

Die Altersverteilung bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt einen Geschlechterunterschied mit einem erhöhten Bedarf an Krankenhausbetten für Männer < 75. Lebensjahr im Vergleich zu Frauen in Berlin und Brandenburg.

Frau Dr. Seeland erläutert als praktisches Beispiel für die Geschlechterunterschiede und den Einfluss auf die Versorgung die unterschiedliche Symptomatik, die sich bei einem akuten Koronarsyndrom, dem Herzinfarkt, zeigen kann. Von der Diagnose bis zur Krankenhausaufnahme vergehen im Durchschnitt zwei Stunden mehr beim weiblichen Geschlecht im Vergleich zum männlichen. Die 28-Tage-Letalität ist bei Personen, die nicht den klassischen Brustschmerz als führendes Symptom angeben, deutlich höher als bei denen mit Brustschmerz.

Myokard-Infarkt Symptomatik bis Hospitalisierung im Geschlechtervergleich in Deutschland 2002

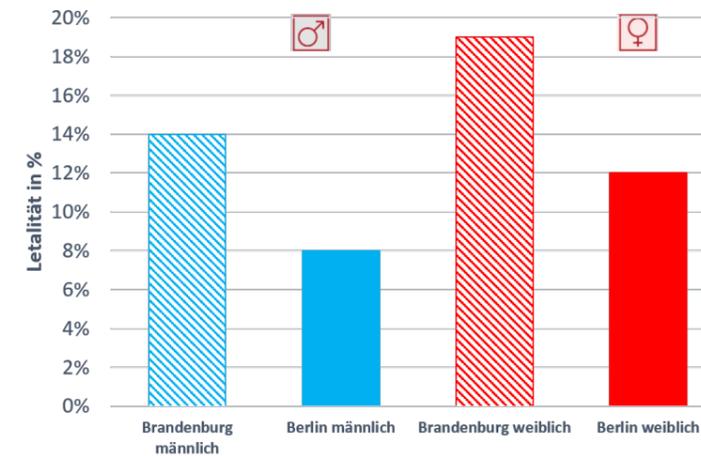


Frauen längere Zeit bis Krankenhausaufnahme

Symptomatik bei Frauen ?

Quelle: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2004/1489/pdf/SdF-2002-2b.pdf>

Letalität Herzerkrankungen Berlin und Brandenburg 2021



Berlin: unter Durchschnitt
Letalität **Frauen: 12%** > **Männer: 8%**

Brandenburg: über Durchschnitt
Letalität **Frauen: 19%** > **Männer: 14%**

1. Letalität **Frauen > Männer**
2. Letalität in **Brandenburg über dem Bundesdurchschnitt**

Letalität (in %) = Mortalität / Morbidität * 100. Sterblichkeits-Wahrscheinlichkeit

Quelle: Daten Sterbefälle Gesundheitsberichterstattung Deutschland und Daten Herzerkrankungen Berlin und Brandenburg Amt für Statistik Berlin und Brandenburg

Die Gendermedizin ist keine neue Erfindung der Medizin, sondern sie nimmt eine neue Perspektive ein und stellt neue Fragen.

An dieser Stelle ist die Unterscheidung von Morbidität, Mortalität und Letalität wichtig: Morbidität = Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit per 100.000 Einwohner, Mortalität = Sterblichkeit in Folge einer Krankheit per 100.000 Einwohner, Letalität (in %) = Mortalität / Morbidität * 100. Sterblichkeits-Wahrscheinlichkeit. (Abbildung Letalität Herzerkrankungen Berlin und Brandenburg 2021)

Ein Vergleich von Morbidität und Mortalität zeigt, dass Herzkrankheiten in der Gesamtverteilung häufiger bei Männern als bei Frauen auftreten. Jedoch haben Frauen eine deutlich höhere Letalität, d. h. eine höhere Sterblichkeits-Wahrscheinlichkeit bei Eintritt einer Herzkrankheit. Bei einem akuten Koronarsyndrom liegt die Sterberate von Frauen im Krankenhaus sogar bis zu fünfmal höher als bei Männern.

Besondere Aufmerksamkeit ist geboten, wenn digitale Hilfsmittel wie KI-Algorithmen im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen. Die Anwendung von Apps, die auf männlichen Datensätzen beruhen, können für Frauen lebensgefährlich sein. Der Einsatz von KI ohne Beachtung der entsprechenden geschlechterspezifischen Unterschiede würde zu diskriminierenden Handlungen mit suboptimalen oder sogar zu gefährlichen Konsequenzen führen.

Die Analyse der Daten für Berlin und Brandenburg zeigt, dass die 28-Tage-Letalität für Frauen mit Herzerkrankungen in Brandenburg über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt, in Berlin unter dem Durchschnitt. Der regionale Vergleich zeigt eine höhere Letalität für beide Geschlechter in Brandenburg.

Frau Dr. Seeland zog zu diesem Thema das folgende Fazit: Geschlechtersensible Medizin bedeutet, dass alle Geschlechter profitieren, wenn die Unterschiede zwischen ihnen wahrgenommen werden, wenn sie adäquat angesprochen werden, wenn Forschung, Präventionsangebote und Therapiemaßnahmen auf sie abgestimmt werden. Darüber hinaus gilt: Je höher der Grad der Gleichstellung der Geschlechter, desto geringer ist der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung.

Die DGesGM unterstützt medizinische Grundlagen- und klinische Forschung, um die Geschlechterunterschiede erkennen, beschreiben und in der stationären und ambulanten Medizin anwenden zu können.





Toolkit für eine geschlechtersensible und intersektional-informierte Gesundheitsforschung und -berichterstattung: AdvanceGender.info

- Tools und Informationen für die geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Analyse von Studienteilnahme, für Datenerhebung, Datenanalyse und Gesundheitsberichterstattung (GBE)
- Als Grundlage zur Gestaltung von Prävention und Versorgung

AdvanceGender ist gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und wurde entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, dem Robert Koch-Institut und der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

Das Projekt zielt darauf ab, Unterstützung zu bieten, den Einfluss von Geschlecht als komplexes sozial-biologisches Phänomen besser zu verstehen, wie auch Epidemiologie theoretisch und fundiert zu gestalten.

Dies wird ermöglichen, Präventionsmaßnahmen zielgerichtet gestalten zu können mithilfe von gesellschaftlich-theoretischen Ansätzen, bei denen Instrumente wie soziale Aspekte von Geschlecht besser berücksichtigt werden können und Analysemöglichkeiten der Wechselwirkungen von Geschlecht mit anderen sozialen Kategorien zur Verfügung stehen.



www.advance-gender.info/de/start



g3-mv.de/arbeitskreise

Arbeitskreis Gender & Gesundheit MV

Der Arbeitskreis Gender & Gesundheit MV ist der Zusammenschluss des Gemeinsamen Arbeitskreises Frauengesundheit und der Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern in Mecklenburg-Vorpommern. In dieser Struktur soll die fachspezifische Arbeit beider Teile verstetigt und gebündelt werden. Ziel des Arbeitskreises ist es, eine geschlechterdifferenzierte Betrachtungsweise von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung im Gesundheitswesen voranzubringen. Im Arbeitskreis engagieren sich Frauen und Männer aus verschiedenen Einrichtungen bzw. am Thema Interessierte.

„In Deutschland haben wir ein falsches Anreizsystem: die Vergütung von Krankheiten. Wir brauchen Vergütungsstrukturen, die die Vermeidung von Krankheit und die Gesundheitserhaltung anreizen.“

„Wir müssen die Lebenssysteme mitdenken! Gesundheit ist auch Familie, Beziehungen, Arbeit, KiTa, Schule etc.“

„Gleiche Versorgungsqualität ist etwas anderes als gleiches Versorgungsergebnis. Frauen werden kurativ schlechter versorgt. Männer hingegen werden kurativ besser, aber präventiv schlechter versorgt. Diese Kenntnis verlangt nach einer dringenden Umstellung des Versorgungsalltags.“

„Wir brauchen mehr Daten und mehr Studien. Es wird zu wenig Geld ausgegeben für Studien, aus denen eine Konsequenz für beide Geschlechter gezogen werden kann. Geschätzt 80 % von dem, was wir in der Versorgung machen, ist ohne Studienevidenz.“

„Gerade bei Menschen in einer schlechteren sozialen Lage ist Prävention schwierig umzusetzen. Wir könnten mehr von anderen Ländern lernen, und wir müssen dringend digitaler werden.“

„Patientinnen und Patienten gehen zuerst zur Hausärztin oder zum Hausarzt. Hier ist der Wissensstand zu gendersensibler Medizin besonders gering.“

„Translationale Forschung ist enorm wichtig! Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Forschung müssen schnell im Versorgungsalltag ankommen. Dies bedeutet immer auch, Veränderung anzustoßen, zu begleiten und zu leiten.“

„Wir brauchen in der ambulanten Versorgung Strukturen für den Austausch, um diese interdisziplinären Erkenntnisse zu verteilen und vor allem zu verankern.“

„Die kürzere Lebenserwartung von Männern ist nicht vom Himmel gefallen, auch das sollte hinterfragt werden.“

„Individualisierte Medizin heißt auch individuelle Kenntnis über das eigene Risikoprofil. Dann kann man sein Verhalten entsprechend austangieren.“

„Leuchttürme sind ein guter Anfang, aber es ist noch ein weiter Weg bis in die Regelversorgung, wo diese unbedingt hingehören.“

„Es liegt viel Potenzial in der berufsgruppenübergreifenden Versorgung!“





Geschlechtersensible Medizin (Gendermedizin) hat zum Ziel, eine optimale medizinische Versorgung aller Geschlechter zu ermöglichen

Während der „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ wurden die Herausforderungen und Chancen auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen Medizin beleuchtet, die nicht nur die biologischen, sondern auch die sozialen Determinanten der Gesundheit in den Fokus rückt. Die Gendermedizin verfolgt das ambitionierte Ziel, eine optimale und geschlechtergerechte medizinische Versorgung für alle Menschen sicherzustellen. Während der Veranstaltung wurden verschiedene Perspektiven und wegweisende Erkenntnisse diskutiert, um die Berücksichtigung von Genderaspekten in der medizinischen Praxis weiter zu stärken und die Bedingungen zu erörtern, die Forschende zu einer nach dem Geschlecht differenzierten medizinischen Forschung animieren. Im Rahmen der Zukunftswerkstatt kristallisierten sich zehn entscheidende Thesen und Forderungen heraus, die nicht nur die Bedeutung einer geschlechtersensiblen Medizin unterstreichen, sondern auch wichtige Hinweise und Anregungen für die zukünftige Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte und Forschungsvorhaben bieten.

Die erarbeiteten 10 Thesen und Forderungen stellen das Ergebnis der Tagung dar, die u.a. an die §90a Gremien adressiert sind:

Geschlechterspezifische Unterschiede in der Medizin anerkennen: Die Forschung muss die biologischen und soziokulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker berücksichtigen.

In der Medizin ist es entscheidend, geschlechterspezifische Unterschiede anzuerkennen, sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Praxis. Dies beinhaltet die Berücksichtigung von biologischen, psychologischen und sozialen Unterschieden zwischen Männern und Frauen bei der Erhaltung von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit. Die Tatsache, dass Männer und Frauen nicht gleich sind, zeigt sich nicht nur in unterschiedlichen Krankheitssymptomen, sondern auch in spezifischen Therapie- und Medikationsbedürfnissen. Eine differenzierte Herangehensweise an die medizinische Betreuung unter Einbeziehung geschlechterspezifischer Unterschiede ist daher unerlässlich, um optimale Behandlungsergebnisse und Gesundheitsvorsorge für alle Geschlechter zu gewährleisten.

Individualisierte Medizin fördern: Die personalisierte Medizin muss geschlechterspezifische Unterschiede in die Behandlung einbeziehen. Ein erster Schritt, der jetzt bereits für einige Erkrankungen umgesetzt werden kann, ist die Berücksichtigung der Geschlechterunterschiede bei der Anamnese, der Diagnostik und Therapie.

Die Förderung individualisierter Medizin steht im Zentrum eines modernen Gesundheitswesens. Ein Schlüsselaspekt besteht darin, die medizinische Versorgung zunehmend an die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Hierbei sind geschlechterspezifische Unterschiede in Diagnose und Behandlung zu berücksichtigen, um die Lebensqualität zu steigern und die Letalität zu senken. Dabei spielt die ganzheitliche Betrachtung des Menschen eine entscheidende Rolle, indem nicht nur die rein körperlichen Symptome, sondern auch psychische, soziale und kulturelle Aspekte einbezogen werden. Um eine individuell angepasste medizinische Betreuung zu gewährleisten, soll die Vielfalt der individuellen Lebensumstände berücksichtigt werden. Die Förderung der individualisierten Medizin intendiert eine optimierte und präventive Gesundheitsversorgung, die auf die persönlichen Merkmale jedes Patienten abgestimmt ist.

Berücksichtigung geschlechtersensibler Faktoren in klinischen Studien: Forschungsstudien sollten eine angemessene Vertretung beider Geschlechter und verschiedener ethnischer und sozialer Gruppen sicherstellen, um präzise und realitätsnahe Ergebnisse zu gewährleisten.

Die Anerkennung geschlechterspezifischer Unterschiede in der Medizin ist von entscheidender Bedeutung für eine gerechte Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion der Letalität aller Geschlechter. Es ist unerlässlich, dass Forschung und Praxis in der Medizin die vielfältigen biologischen, psychologischen und sozialen Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigen. Ein kritischer Aspekt dabei ist der sogenannte Gender Data Gap, der daraus resultiert, dass viele medizinische Erkenntnisse auf unzureichend geschlechterparitätischen oder ausschließlich auf männlichen Daten basieren. Die Berücksichtigung geschlechtersensibler Variablen in Studien ist daher essenziell, um fundierte und umfassende Erkenntnisse zu gewinnen. Eine grundsätzliche Analyse und Anpassung medizinischer Forschung und Praxis an geschlechtsspezifische Realitäten ist unerlässlich, um die bestmögliche Versorgung für Menschen aller Geschlechter sicherzustellen. Um die existierende Datenlücke zu schlie-

ßen, müssen mehr und differenziertere Studien durchgeführt werden. Hierfür sollten entsprechende Fördermittel bereitgestellt und Fragestellungen adressiert werden. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies unter anderem die Anpassung wissenschaftlicher Check-Listen. Dies wirkt sich dann auch auf die Manuskripterstellung wie PRISMA, STROBE, CONSORT und CENT* aus.

Beispiel: Diversity Minimal Item Set (DiMIS) für die routinemäßige Datenerhebung in empirischen Studien. Ziel ist es, ein pragmatisches Werkzeug zu haben, das dazu beizutragen kann, die Datenlücke zu Vielfalt und Geschlecht zu schließen.

Geschlechtersensible Aus- und Weiterbildung für Fachkräfte: Integration von geschlechtersensiblen Lehrinhalten in medizinische Aus- und Weiterbildungsprogramme, um sicherzustellen, dass medizinisches Fachpersonal in geschlechtersensibler Medizin mit gleichbleibend guter Qualität geschult wird.

Die geschlechtersensible Aus- und Weiterbildung für Fachkräfte in der Medizin beinhaltet die Integration von spezifischen Lehrinhalten in medizinische Aus- und Weiterbildungsprogramme. Das Ziel ist es, sicherzustellen, dass das medizinische Fachpersonal eine umfassende Schulung in geschlechtersensibler Medizin erhält. Durch die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung wird angestrebt, eine bedarfsgerechte Versorgung für Patienten verschiedener Geschlechter zu gewährleisten. Dabei spielen interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte eine entscheidende Rolle, um ein ganzheitliches Verständnis für geschlechtsspezifische Gesundheitsfragen zu fördern. Die notwendige Anpassung der Curricula betrifft sowohl medizinische als auch pharmazeutische Inhalte, um eine umfassende und praxisnahe Ausbildung zu gewährleisten. Insgesamt zielt die geschlechtersensible Aus- und Weiterbildung darauf ab, die Sensibilität des medizinischen Personals für geschlechtsspezifische Belange zu stärken und somit eine verbesserte Gesundheitsversorgung für alle Patienten zu ermöglichen.

Die DGesGM hat die Schirmherrschaft
übernommen bei dem Forum für
medizinische Fortbildung (FOMF) für den
Block: Geschlechtersensible Medizin
und Diversität (GSM+)



Förderung der geschlechtersensiblen Prävention: Präventive Maßnahmen sollten geschlechterspezifische Risikofaktoren berücksichtigen, um gezielte Ansätze für die Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Wie die hohe Zahl der durch Gesundheitsförderung und Prävention vermeidbaren Erkrankungen zeigt, erreichen bisherige Maßnahmen die Bevölkerung nicht im ausreichenden Maße. Die drei vom Gesetzgeber definierten Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention, verhaltensbezogene Prävention, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung werden von Männern und Frauen unterschiedlich in Anspruch genommen. Das zeigen aktuelle Zahlen des GKV-SV. Verhaltensbezogene Maßnahmen wie Sportkurse und Raucherentwöhnung werden signifikant häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen: 80 Prozent der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sind weiblich. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten werden von Männern und Frauen in etwa zu gleichen Teilen in Anspruch genommen. Die betriebliche Gesundheitsförderung nehmen mit ca. 60 Prozent mehr Männer als Frauen wahr.

Die Zahlen zeigen, dass Präventionsmaßnahmen unterschiedlich von den Geschlechtern angenommen werden. Nichtsdestotrotz werden sie meist nicht geschlechterspezifisch konzipiert. Geschlechtersensible Aspekte müssen stärker in der Konzipierung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden. Bestehende Präventionsmaßnahmen müssen weiterentwickelt und angepasst werden. Dabei können relevante Akteure in die Konzeption des Inhalts und der Rahmenbedingungen eingebunden werden, um die Inanspruchnahme der Präventionsmaßnahmen zu fördern.

Beispiel: Gendersensitives Depressionsscreening (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34921365/>)

Aufgrund der vorliegenden Daten sollen Kassen in Zukunft in der Lage sein, gefährdete Versicherte gezielt und persönlich anzusprechen, um den Ausbruch einer Erkrankung bzw. deren Verschlechterung zu verhindern. Hierbei ist es wichtig, nicht nur zu informieren, sondern konkrete und praktikable Vorschläge zur Umsetzung zu unterbreiten. Präventive Maßnahmen könnten z.B. durch „Sozialrezepte“, wie es auch bei Arzneimitteln der Fall ist, von einem Arzt verordnet werden.

Versicherte, die bereits Präventionsmaßnahmen wahrnehmen, müssen weiterhin kontinuierlich angesprochen werden, um die intrinsische Motivation dieser Versicherten zu fördern und den positiven Effekt der Gesundheitsförderung zu verstetigen. Ziel muss es sein, Prävention und Gesundheitsförderung so zu stärken, dass sich die kurative Gesundheitsversorgung auf möglichst wenige (Not)Fälle beschränkt.

Bewusstsein schärfen: Die Öffentlichkeit sollte über geschlechterspezifische Gesundheitsrisiken und Präventionsmöglichkeiten informiert werden, um ein Bewusstsein für diese Themen zu schaffen.

Informierte Menschen können gesunde Entscheidungen treffen. Hierfür muss die Gesundheitskompetenz gestärkt und insbesondere über geschlechterspezifische Gesundheitsrisiken und Präventionsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Um dies nachhaltig zu verankern, sollten (geschlechterspezifische) Gesundheitsrisiken und Prävention bereits ab dem Grundschulalter kontinuierlich als Querschnittsthema integriert werden.

Die kontinuierliche Kommunikation über und der kontinuierliche Kontakt mit Gesundheitsthemen verdeutlichen die Relevanz der Gesundheitsförderung und Prävention und schärfen die Gesundheitskompetenz schon in jungen Jahren. Bereits heute ist zu beobachten, dass jüngere Generationen ein stärkeres Bewusstsein für geschlechterspezifische Aspekte haben. Dieses Momentum sollte jetzt verstetigt werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachbereichen, darunter Medizin, Pharmazie, Psychologie, Soziologie und Ethik sowie mit den eher weiblich geprägten neu akademisierten Gesundheitsberufen wie Pflege und Hebammenwissenschaft, ist wichtig, um einen umfassenden Ansatz und eine erfolgreiche Integration für geschlechtersensible Medizin zu gewährleisten.

Geschlechtersensible Medizin umfasst neben der tatsächlichen medizinischen Versorgung viele weitere Aspekte. Daher müssen Ansätze zur geschlechtersensiblen Versorgung unter anderem auch psychologische, soziologische und ethische Überlegungen einschließen. Dies ermöglicht es, die gesamte Lebenswelt der Patientinnen und Patienten in der medizinischen Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Eine ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung der Gesundheitsversorgung verhindert Versorgungsbrüche und Doppelstrukturen, schont Ressourcen und unterstützt effektive und effiziente Versorgung mit einer einheitlichen Koordination.

Ethische Überlegungen: Die ethischen Aspekte geschlechtersensibler Medizin wie beispielsweise Datenschutz und Gerechtigkeit sollten berücksichtigt werden.

In der geschlechtersensiblen Medizin sind ethische Überlegungen von zentraler Bedeutung. Die Schließung des „Data Gaps“, also die Überwindung von Informationslücken bezüglich geschlechtsspezifischer Gesundheitsdaten, ist von herausragender Bedeutung. Dabei sollte eine ausgewogene Erfassung und Analyse von Daten sicherstellen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede angemessen berücksichtigt werden. Zudem wirft die potenzielle Anwendung künstlicher Intelligenz (KI) zur Entscheidungsunterstützung in der Gesundheitsversorgung Fragen nach Fairness, Transparenz und Qualität auf. Hier ist eine sorgfältige Abwägung notwendig, um sicherzustellen, dass Algorithmen nicht zu ungleichen Behandlungsergebnissen führen und ethische Grundsätze gewahrt werden.

Politische Unterstützung: Es ist notwendig, dass politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen konkrete Maßnahmen unterstützen, die zu einer Integration geschlechtersensibler Medizin in Forschung, Lehre und Praxis führen.

Politische Unterstützung für geschlechtersensible Medizin ist von entscheidender Bedeutung, um wirksame Maßnahmen zu fördern und Richtlinien zu implementieren. Dabei ist ein grundlegender Bewusstseinswandel in der gesamten Gesellschaft unerlässlich. Gezielter Öffentlichkeitsarbeit, die auf verschiedene Zielgruppen abzielt, fällt eine Schlüsselrolle zu, um die notwendige politische Unterstützung für geschlechtersensible medizinische Maßnahmen zu gewährleisten. Nur durch ein gemeinsames Engagement von politischen Entscheidungsträgern und der Bevölkerung kann eine nachhaltige Veränderung in der Gesundheitsversorgung erreicht werden.

Entwicklung von Leitlinien und Standards: Wir fordern die Integration der geschlechtersensiblen Fakten in die bestehenden und neu zu entwickelnden Leitlinien. Dies gilt es dann auch entsprechend zu überprüfen. Fachdisziplinen wie die Gesundheits- und Krankenpflege sollten mit eigenen Leitlinien beginnen. Zusätzlich benötigen wir die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Standards für geschlechtersensible Prävention, Diagnose und Behandlung, um sicherzustellen, dass medizinische Fachkräfte entsprechende und qualitativ hochwertige Versorgung bieten.

Die Entwicklung von Leitlinien und Standards spielt eine entscheidende Rolle in der medizinischen Praxis, insbesondere im Kontext geschlechtersensibler Prävention, Diagnose und Behandlung. Ziel ist es, sicherzustellen, dass medizinische Fachkräfte eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung bieten. Diese Leitlinien dienen als strukturierte Richtlinien, um bewährte Praktiken zu fördern und sicherzustellen, dass Patienten unabhängig von ihrem Geschlecht die bestmögliche medizinische Betreuung erhalten. Die Standards legen dabei die Erwartungen an die professionelle Praxis fest und bieten einen Rahmen für die kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Die Entwicklung und die Implementierung solcher Leitlinien sind essenziell, um eine konsistente, patientenzentrierte und geschlechtersensible medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Was bedeutet all dies konkret in der Medizin?

Veranschaulichung der Bedeutung von Gendermedizin für eine bessere medizinische Versorgung am Beispiel von Chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED)

Definition chronisch-entzündliche Darmerkrankung

Unter dem Sammelbegriff chronisch-entzündliche Darmerkrankung, kurz CED (Englisch: (chronic) Inflammatory bowel disease (IBD)), werden Systemerkrankungen zusammengefasst, die sich durch schubweise rezidivierende oder kontinuierlich auftretende, entzündliche Veränderungen des Darms auszeichnen. Die wichtigsten chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sind:

- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa

Darüber hinaus umfasst der Begriff CED seltenere entzündliche Darmerkrankungen wie die kollagene Kolitis.

Klinik

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen zeichnen sich primär durch gastrointestinale Symptome wie Obstipation oder Diarrhö aus. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind jedoch Systemerkrankungen, die auch zu extraintestinalen Manifestationen führen können.

Gendermedizin im Zusammenhang mit CED

Aktuelle Studien zeigen, dass bei Männern ein früher Beginn von Morbus Crohn häufiger zu verzeichnen ist. Bei Frauen sind häufiger extraintestinale Manifestationen, einschließlich Arthritis, Haut- und Augenmanifestationen festzustellen. Darüber hinaus haben die beiden Geschlechter unterschiedliche Risikofaktoren (Männer: Antibiotika, Frauen: Blinddarmentfernung), Rauchen (Morbus Crohn) für Frauen stärker im Vergleich zu Männern.



Auch in der Therapie sind Unterschiede festzustellen:

- Frauen haben ein geringeres Ansprechen auf Biologika
- Frauen haben mehr Nebenwirkungen (Adhärenz?)
- Männer haben ein stärkeres Ansprechen auf Biologika (aber auch mehr Anti-Drug-Antikörperbildung)
- eine BMI-Zunahme durch Biologika ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen
- Injektionsnebenwirkungen von Biologika ist bei Frauen stärker als bei Männern (z.B. Reaktionen an der Einstichstelle, Pruritus)
- Dosierung Azathioprin (TPMT bei Frauen weniger aktiv – wir testen aber das Enzym nicht regelhaft)
- Kinder/Jugendliche: schlechte Adhärenz mit oralem ASA (Frauen = Männer) bei Colitis ulcerosa

Die Forschung auf dem Gebiet der Gendermedizin ist ein sich entwickelndes Feld, und weitere Studien sind erforderlich, um die genauen Mechanismen und Implikationen der geschlechterspezifischen Unterschiede bei CED besser zu verstehen. Ein individueller Ansatz unter Berücksichtigung von geschlechterspezifischen Aspekten kann jedoch dazu beitragen, die Behandlung von CED zu verbessern.

Diese beispielhafte Veranschaulichung anhand der Erkrankung CED lässt sich auf viele weitere Erkrankungen übertragen. Bei jeder Erkrankung lassen sich unterschiedliche Aspekte in Diagnose und Therapie in Bezug auf das biologische Geschlecht aufzeigen.

Um eine bessere gesundheitliche Versorgung bereitstellen zu können, ist der Einbezug von Gendermedizin unabdingbar.

Quellen:

Rustgi SD et al. Sex-based differences in inflammatory bowel diseases: a review. *Ther Adv Gastroenterol* 2020, 13: 1–11.

Zelinkova Z, der Woude CJ: Gender and Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Cell Immunol* 2014;5:245. doi: 10.4172/2155-9899.1000245

Hausmann J, Blumenstein I. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlungsrealität von Patientinnen und Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED). *Z Gastroenterol* 2015; 53: 774–778.

Greutera T et al. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. *Digestion* 2020;101(suppl 1):98–104.

Patsalos O et al. Impact of TNF- α Inhibitors on Body Weight and BMI: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol* 2020 |https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00481

Jayasooriya N, Pollok RC, Blackwell J et al. Adherence to 5-aminosalicylic acid maintenance treatment in young people with ulcerative colitis: a retrospective cohort study in primary care. *Br J Gen Pract* 2023;73(736):e850-e857

Entwicklungen in der Gendermedizin – die wichtigsten Eckpunkte der Historie

1970er

Beginn der Geschlechterforschung in der Medizin: In den 1970er Jahren begannen Forscherinnen und Forscher, geschlechterspezifische Unterschiede in der Medizin zu erkunden. Dies war der Ausgangspunkt für das spätere Feld der Gendermedizin.

1980

Gründung des Netzwerks GenderMedizin: Das Netzwerk GenderMedizin wurde 1980 in Deutschland gegründet. Es setzt sich für die Integration von Geschlechteraspekten in Forschung und Praxis der Medizin ein.

1985

NIH-Revitalisierungsgesetz: In den USA verabschiedete der Kongress das NIH-Revitalisierungsgesetz, das die Integration von Frauen in klinische Studien der National Institutes of Health (NIH) vorschrieb. Zuvor waren Frauen oft von klinischen Studien ausgeschlossen. (<https://orwh.od.nih.gov/toolkit/recruitment/history>)

1990er

Erkenntnisse zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen: In den 1990er Jahren wurden vermehrt geschlechterspezifische Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt, was zu einem besseren Verständnis führte.

2001

FDA-Leitlinien zu geschlechterspezifischen Unterschieden: Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) veröffentlichte Leitlinien zur Berücksichtigung geschlechterspezifischer Unterschiede bei der Arzneimittelentwicklung.

2003

Gründung des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM): Das GiM wurde 2003 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin gegründet und ist das erste Institut für Geschlechterforschung in der Medizin in Deutschland. (gender.charite.de/ueber_das_gim)

2004

Änderung der Good-Clinical-Practice-Verordnung (GCP-V): Begründung dafür, dass die gewählte Geschlechterverteilung in der Gruppe der betroffenen Personen zur Feststellung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit des geprüften Arzneimittels angemessen ist.

2005

Gründung der European Association of Gender Research, Education, and Documentation (ATGENDER): Die ATGENDER wurde gegründet, um die Zusammenarbeit in der Geschlechterforschung in Europa zu fördern, einschließlich der Gendermedizin. (atgender.eu/about/mission)

2007

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtersensible Medizin (DGesGM). Die DGesGM fördert die geschlechtersensible Medizin unter Berücksichtigung weiterer Diversitätsfaktoren (GSM+) in Forschung, Lehre und klinischer Translation und hat zum Ziel, individuelle Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die zu einem gesunden Altern und zu einer Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung führen. (www.dgesgm.de)

2008

Gründung der International Society for Gender Medicine (IGM). Umbrella Gesellschaft für alle nationale Gesellschaften im Rahmen der Gendermedizin, u.a. der DGesGM.

2010er

Fortschritte in der Krebsforschung: In dieser Dekade gab es bedeutende Fortschritte in der geschlechterspezifischen Krebsforschung, wodurch personalisierte Therapieansätze entwickelt wurden.

2013

Erster Bundeskongress Gender-Gesundheit: Diskussion und Formulierung gesundheitspolitischer Forderungen zur geschlechterspezifischen Versorgung (www.bundeskongress-gender-gesundheit.de)

2014

Veröffentlichung der EU-Leitlinien zu geschlechtersensibler Medizin: Die Europäische Union veröffentlichte Leitlinien zur Förderung der Integration geschlechtersensibler Aspekte in die medizinische Ausbildung und Praxis. (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282>, cordis.europa.eu/project/id/602050/reporting)

2016

Aufnahme geschlechterspezifischer Unterschiede in die WHO-Richtlinien: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) integrierte geschlechterspezifische Unterschiede in ihre Richtlinien für die Patientenversorgung.

2019

Geschlechtergerechte Versorgung in der Kardiologie: In Deutschland gewinnt die geschlechtergerechte Versorgung in der Kardiologie an Bedeutung, da Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen oft anders verlaufen als bei Männern.

2020er

Kontinuierliche Weiterentwicklung und Integration neuer Erkenntnisse: Trotz einer großen Erkenntnisfülle fehlt immernoch die stringente Umsetzung. Dies zeigt sich insbesondere in entsprechenden Studien und Analysen, die den Status Quo der Versorgung dahingehend prüfen.

Um diese Thesen und Forderungen praktikabel zu gestalten, wollen wir nachfolgend Empfehlungen für die direkte Umsetzung formulieren.

Call to Action – Politik

- Überwindung von Fehleinschätzungen und zielgruppengerechte Aufklärung: Implementierung von aufklärenden Maßnahmen von Kindertagesstätten bis zur Hochschul- und Weiterbildung, um weit verbreitete Irrtümer und Fehleinschätzungen, beispielsweise im Zusammenhang mit Herzinfarktsymptomen, zu beseitigen.
- Geschlechterspezifische Gesundheitsdaten: Integration geschlechter- und diversitätsspezifischer Aspekte in das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) wie auch elektronische Patientenakte und Nutzung von Versorgungsdaten, um eine umfassendere und geschlechtersensible Gesundheitsforschung und langfristige Versorgung zu ermöglichen.
- Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit: Die Metropolregion Berlin-Brandenburg kann mit ihren verschiedenen Ausbildungseinrichtungen für medizinische Gesundheitsfachberufe ein Leuchtturm werden für die Weiterentwicklung dieser historisch weiblich geprägten Professionen. Damit können wir mehr Fachkräfte gewinnen und halten und damit eine bessere geschlechtersensible Versorgung sicherstellen.
- Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD): Förderung und Unterstützung des ÖGD, um eine effektivere und geschlechtersensible Gesundheitsprävention und -versorgung auf kommunaler Ebene sicherzustellen.
- Neuausrichtung der Aus- und Weiterbildung: Einführung von verpflichtenden interprofessionellen und interdisziplinären Seminaren, um das Bewusstsein für geschlechtersensible Medizin für alle Gesundheitsberufe zu fördern und sicherzustellen, dass dies in verschiedenen medizinischen Berufen verankert ist. So wird auch die Zusammenarbeit in der Behandlung gefördert.
- Integration der Gendermedizin in die Pharmakologie: Die Überarbeitung des Pharmazie-Curriculums steht kurz bevor. Genau jetzt ist der richtige Zeitpunkt, um dort geschlechtersensible und -medizinische Aspekte zu verankern
- Geschlechtersensible Forschung fördern: Priorisierung der finanziellen Förderung für die Erforschung geschlechtersensibler Erkrankungen, um Wissenslücken zu schließen und einen besseren Einblick in geschlechterspezifische Gesundheitsaspekte zu gewinnen.
- Priorisierung von Finanzmitteln für geschlechtersensible Prävention und Intervention: Priorisierung von Finanzmitteln für Programme und Maßnahmen, die geschlechterspezifische Prävention und Intervention in den Fokus rücken. Eine Priorisierung erfordert keine neuen Finanzmittel, ermöglicht aber eine zielgerichtete Umverteilung, um Potenziale zu adressieren und Effizienzen zu nutzen.

Call to Action – Praxis

- Bei Frauen u.a. Herzgesundheit und Diabetes im Blick haben: in Prävention, Diagnostik und Behandlung
- Auch bei Männern an Osteoporose und Brustkrebs denken
- Männer nehmen verhaltenspräventive Maßnahmen seltener in Anspruch: Ermutigen und geschlechterspezifische Angebote machen
- Regelmäßige Depressionsscreenings bei Männern und Frauen durchführen
- Integrierte Psychotherapieangebote, die sowohl die Selbstbehandlung als auch die Bewältigung von Depressionen thematisieren, erscheinen sinnvoll
- Bei Medikamentenverschreibung an höheres Risiko für unerwünschte Wirkungen bei Frauen denken und mögliche Dosisanpassung entsprechend Geschlecht, Alter und Gewicht

Impressum

Herausgeber

Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Babelsberger Straße 21, 14473 Potsdam
Im Auftrag für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Redaktion

iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung
Sophia Wagner, Dr. Albrecht Kloepfer, Agnieszka Cassan, Sofie Neumeyer
Wartburgstr. 11, 10823 Berlin
www.ix-institut.de

Referentinnen und Referenten

Die Thesen | Impulse | Forderungen entstanden im Rahmen der
Veranstaltung der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2023:

- Prof. Dr. Gertraud (Turu) Stadler, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- PD Dr. Ute Seeland, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Dr. Dirk Keiner, Krankenhausapotheker am Sophien und Hufelandklinikum Weimar
- Prof. Dr. Christine Holmberg, Medizinische Hochschule Brandenburg
- Dr. med. Elpiniki Katsari, Universitätsmedizin Greifswald
- Olaf Theuerkauf, Stiftung Männergesundheit
- Prof. Dr. Christine Holmberg, Medizinische Hochschule Brandenburg
- PD Dr. Maja Hofmann, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
- Dr. Martin Spielhagen, Kliniken Beelitz
- Tatiana Dunkel, Medizinische Hochschule Brandenburg
- Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz im Land Brandenburg
- Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege im Land Berlin
- Elimar Brandt, Borghardt Stiftung zu Stendal (Moderation)

Druck

PrintingHouse, Union Sozialer Einrichtungen gGmbH, Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout

Mediengestaltung der Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin
www.u-s-e.org

Bildnachweise

Titelseite: creativart – freepik.com
Fotos: Georg Lopata

© Alle Rechte vorbehalten, Dezember 2023

Veröffentlichung

31. Dezember 2023

Ihr Kontakt in Brandenburg:

Wirtschaftsförderung
Brandenburg | **WFBB**

**Wirtschaftsförderung Land Brandenburg
GmbH (WFBB)**
Babelsberger Straße 21, 14473 Potsdam

Ansprechpartner:
Bastian Kuhse
Bastian.Kuhse@wfbb.de
www.wfbb.de

Ihr Kontakt in Berlin:



**Berlin Partner Wirtschaft
und Technologie GmbH**
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Ulrike Braeter
Ulrike.Braeter@berlin-partner.de
www.berlin-partner.de



Gefördert aus Mitteln des
Sonderförderprogramms
Krisenbewältigung der
Krankenhäuser als Teil
Brandenburg-Pakets