

Medizin und Geschlecht: Perspektiven für Lehre, Praxis und Forschung: Tagung vom 3.-4. September 2010 in Hannover

Miemietz, Bärbel; Ivanov, Christine; Othmer, Regine

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Miemietz, B., Ivanov, C., & Othmer, R. (2011). Medizin und Geschlecht: Perspektiven für Lehre, Praxis und Forschung: Tagung vom 3.-4. September 2010 in Hannover. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 3(1), 144–149. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395535>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Bärbel Miemietz, Christine Ivanov, Regine Othmer

Medizin und Geschlecht: Perspektiven für Lehre, Praxis und Forschung

Tagung vom 3.–4. September 2010 in Hannover

Zusammenfassung

Geschlechterspezifisches Wissen wird in der Medizin zunehmend bedeutsam. Die Implementierung dieses Wissens in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung, die klinische Praxis und medizinisch-naturwissenschaftliche Forschung war Thema der interdisziplinären Tagung an der MHH im September 2010. Einerseits wurden klinische und naturwissenschaftliche Fragen und neue Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen medizinischen Fächern diskutiert, die auf vielfältige biologische und psychosoziale sowie kulturelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinweisen und für die medizinische Praxis von zum Teil lebenswichtiger Bedeutung für PatientInnen sein können. Andererseits wurden Möglichkeiten und Stolpersteine der Implementierung dieser ständig wachsenden Wissensbestände in die medizinische Lehre anhand verschiedener Modellprojekte diskutiert, die sex- und gender-Aspekte von Gesundheit und Krankheit auf unterschiedliche Weise in Medizincurricula integriert haben.

Schlüsselwörter

Geschlechtersensible Medizin, Interdisziplinarität, Geschlechterdifferenz, Curriculumentwicklung in der Medizin

Summary

Medicine and Gender: Perspectives for education, practice and research
Conference on the 3d and 4th September 2010 in Hannover

Gender-specific knowledge in medicine is increasingly important. The implementation of this knowledge into medical training, further education, clinical practice, and medical-scientific research was the topic of an interdisciplinary conference at the Hannover Medical School in September 2010. On the one hand, clinical and scientific issues and new research findings from various medical subjects were discussed, which point to various biological as well as psycho-social and cultural differences between the sexes and most often are of vital importance for patients. On the other hand, possibilities and pitfalls for the implementation of this ever-growing body of knowledge into medical education were discussed by means of various pilot projects that integrate sex and gender aspects of health and illness in different ways into medical curricula.

Keywords

sex/gender-sensitive medicine, interdisciplinarity, gender/sex differences, curriculum development in medical training

Zwei Jahre lang hatte das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) das Projekt „Implementierung geschlechterspezifischer Inhalte in das Curriculum des Modellstudiengangs HannibaL“ gefördert. Auf der interdisziplinären Tagung am 3. und 4. September 2010, mit der sich zugleich das im Dezember 2009 gegründete Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH der Öffentlichkeit vorstellte, wurde nun eine Zwischenbilanz gezogen. WissenschaftlerInnen aus Deutschland und den Niederlanden tauschten sich über Inhalte sowie theoretische und methodische Zugänge aus und vertieften die Vernetzung untereinander.

Den inhaltlichen Einstieg in das Thema machte *Toine Lagro-Janssen* mit einem Plädoyer für die Dringlichkeit der Überwindung der ‚gender blindness‘ in der Medizin. ÄrztInnen sei oft nicht bewusst, dass sich ein Großteil des medizinischen Wissens ausschließlich auf Untersuchungen am männlichen Körper stütze. Inzwischen gebe es aber beispielsweise bei kardiovaskulären Erkrankungen, HIV oder Depressionen und Angststörungen wachsende Evidenz¹ zu Unterschieden zwischen Männern und Frauen, was Inzidenz, Symptome, Symptompräsentation, Prognose und andere Aspekte von Gesundheit angehe. Biologische Geschlechterunterschiede müssten in der medizinischen Versorgung und in der Lehre ebenso Berücksichtigung finden wie Unterschiede auf psychosozialer und kultureller Ebene, etwa Risikoverhalten, Kommunikation oder Krankheits- und Therapiefolgen. Ausführlich stellte sie dar, wie in einem von ihr geleiteten Pilotprojekt Ende der 1990er Jahre systematisch *sex-* und *gender-*Aspekte in das Medizincurriculum integriert wurden. Heute besuchen alle Studierenden mindestens in zwei Studienjahren kontinuierlich Kurse zu biologischen und psychosozialen Geschlechteraspekten. Die theoretisch vermittelten Kenntnisse werden im Umgang mit PatientInnen vertieft. Das Pilotprojekt wurde Grundlage für ein landesweites Projekt zur Implementierung von Geschlechteraspekten in die Curricula, an dem sich sieben niederländische Medizinfakultäten beteiligten. Zur Unterstützung der Lehre habe man außerdem ein digitales Informationszentrum eingerichtet, das einen ständig wachsenden Fundus an Lehrmaterial für den geschlechtersensiblen Unterricht bereithält.

In ihrem als Koreferat zum Keynote-Vortrag angelegten Beitrag brachte *Marianne Schrader* am Folgetag die Überzeugung zum Ausdruck, dass das seit Jahren anwachsende Wissen zu *sex* und *gender* in der Medizin alle Lehrenden an den 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland verpflichte, geeignete Formen zur Vermittlung dieses Wissens in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu finden. Sie belegte dies mit Zitaten aus der Zeitschrift *Nature* (Juni 2010). Die Implementierung geschlechterspezifischen Wissens müsse bereits im 1. Studienjahr beginnen. Am Campus Lübeck habe man dazu schon 2004 ein schein- und prüfungspflichtiges Wahlfach „Gender in der Medizin“ eingeführt, das die Studierenden in zehn Vorlesungen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen an die Thematik heranführe. Die Vorlesungen würden von den Teilnehmenden regelmäßig als überdurchschnittlich relevant für Beruf, Praxis und/oder Gesellschaft bewertet und wirkten sich positiv auf die selbstständige Beschäftigung mit der Thematik aus. Von den Studierenden, die sich meist im vorklinischen Studienabschnitt befänden, erhoffe man sich, dass sie in den klinischen Semestern weiteres geschlechterspezifisches Wissen von den Lehrenden einforderten. Schrader warnte abschließend davor, dass die neuerdings starke Tendenz, sich in der Medizin auf Individualisierung zu berufen, die Wahrnehmung geschlechterspezifischer Unterschiede in den Hintergrund drängen könnte.

Die folgenden sieben Vorträge griffen geschlechterspezifische Aspekte klinischer und naturwissenschaftlicher Fragestellungen und deren Implementierung in das Medizincurriculum auf. Zunächst berichtete *Roland Seifert* über den Versuch der Pharmakologie, in die

1 Seit einigen Jahren gilt die „evidenzbasierte Medizin“ bei Therapieentscheidungen als Standard (in Abgrenzung etwa zur Orientierung an Erfahrungswissen oder der Meinung einer Autorität). Der sprachliche Ausdruck ist eine misslungene Übersetzung von englisch „evidence based medicine“, denn es ist nicht ‚Evidenz‘ im deutschen Verständnis, also ‚Augenschein‘, gemeint. Es soll im Gegenteil ausgedrückt werden, dass eine Therapieentscheidung auf wissenschaftlicher Beweisführung beruht.

Lehre des 3. und 5. Studienjahres je eine 45-minütige Unterrichtseinheit zu Geschlechterunterschieden aufzunehmen. Die Evaluation habe gezeigt, dass die Studierenden diese Behandlung des Themas als aufgesetzt und schlecht in den Gesamtkontext integriert empfanden. Ab dem kommenden Studienjahr sollten geschlechterspezifische Inhalte deshalb in die Vorlesungen und Übungen integriert werden und auch prüfungsrelevant sein. *Ursula Müller-Werdan* stellte einen interdisziplinären, somatische, psychische und soziale Vorgänge umfassenden Ansatz der geschlechtersensiblen Gerontologie dar. Die Altersmedizin, die u. a. zu klären habe, wie es zu der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber der von Männern kommt, decke zunehmend mehr biologische Geschlechterunterschiede auf, etwa bei der Wirkung von Pharmaka oder der Alterung des Herzens. Ebenso wichtig sei die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Fragestellungen, etwa den sozialen Folgen einer erwarteten ‚Feminisierung‘ der Altersgesellschaft. *Hans-Oliver Rennekampf* berichtete über geschlechtsspezifische Unterschiede beim schweren Verbrennungstrauma: Aufgrund der unterschiedlichen Exposition zu Risikosituationen erlitten Frauen einerseits seltener als Männer schwere Brandverletzungen, hätten aber andererseits bei gleicher Verbrennungsfläche der Haut eine deutlich schlechtere Prognose als Männer, weshalb ‚weibliches Geschlecht‘ inzwischen ein Indikator bei der Prognoseabschätzung nach Brandverletzungen sei. Die Ursachen für die ungünstigere Prognose bei Frauen seien noch nicht umfassend erforscht. Hormonelle Faktoren und Unterschiede im Immunverhalten würden als biologische Einflussfaktoren diskutiert; Genderaspekte wie Rauchverhalten, Alkoholabusus oder eine prekäre soziale Situation dürften ebenfalls eine Rolle spielen. Weitere Forschung und die Sensibilisierung von ÄrztInnen seien erforderlich, so Rennekampf, um beispielsweise die tendenziellen Überdosierungen von Medikamenten bei Frauen zu vermeiden. *Sigurd Lenzen* setzte sich mit der Frage auseinander, wo geschlechtsspezifische Aspekte in der Biochemie ihren Platz finden könnten. Im gesunden Körper seien chemisch – anders als biologisch – kaum Geschlechterunterschiede nachweisbar. In der Pathobiochemie, der Biochemie des kranken Körpers, hätten geschlechtsspezifische Elemente dagegen eine vergleichsweise große Bedeutung, da viele Erkrankungen geschlechtsspezifische Ausprägungen hätten, die auf je unterschiedlichen molekularen Mechanismen basierten. Dies sei allerdings nicht isoliert, sondern im Gesamtzusammenhang der biologischen Funktionen und Mechanismen zu betrachten.

Stefanie Ritz-Timme begann ihre Ausführungen mit Eckdaten zur Forschungslage im Bereich Gewalt und Geschlecht. Aufgrund einer repräsentativen Studie zu Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland sei die Datenlage, was Frauen als Betroffene von Gewalt angehe, gut. Allerdings fehle bisher eine umfassende, auf Männer bezogene Datenerhebung, obwohl eine Pilotstudie ergeben habe, dass Männer sogar häufiger als Frauen Gewalt erleben. Gleichzeitig müssten ÄrztInnen in die Lage versetzt werden, Betroffene auf das schambehaftete und gesellschaftlich tabuisierte Thema Gewalt anzusprechen und Gewaltfolgen als solche zu erkennen und sie sorgfältig, d. h. gerichtsfest, zu dokumentieren. Die an der Universität Düsseldorf eingerichtete rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Gewaltopfer bildet zusammen mit anderen Einrichtungen ein Hilfsnetzwerk, mit dem Menschen, die von Gewalt betroffen sind, sachgerecht unterstützt werden. Auch in die Lehre hat das Thema Eingang gefunden: Module zum Umgang mit Gewaltopfern wurden in die Medizincurricula aufgenommen, wobei die Einübung von Methoden der Gesprächsführung breiten Raum einnimmt.

Auf geschlechterspezifische Aspekte bei Gerinnungserkrankungen, insbesondere bei Hämophilie, ging *Cornelia Wermes* in ihrem Beitrag ein. Da Hämophilie als typische Erkrankung von Männern gelte, sei den Symptomen bei Frauen bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt worden. Frauen könnten die Erkrankung nicht nur an ihre Söhne weitergeben, sondern auch selbst potenzielle Bluterinnen sein. Bisher fragten insbesondere männliche Ärzte jedoch nicht nach Symptomen, da diese vor allem in frauenspezifischen Situationen auftreten, etwa nach einer Entbindung. Um eine bedarfsgerechte Behandlung der betroffenen Frauen zu gewährleisten, müssten die bisher bekannten Fakten in der Lehre thematisiert werden. Außerdem seien weitere Forschungen nötig, um zu verstehen, warum einige Frauen Symptome zeigten und andere nicht. Gerade umgekehrt verhält es sich mit Diagnose und Therapie des systemischen Lupus Erythematosus (SLE), einer Autoimmunkrankheit, die im Verhältnis 9:1 bei Frauen auftritt. Wie *Marion Haubitz* in ihrem Beitrag zeigte, sind die dafür ursächlichen komplexen Zusammenhänge aus hormonellen, genetischen und Umweltfaktoren noch weitgehend unerforscht. Da der SLE als frauenspezifische Erkrankung gelte, werde er bei Männern später diagnostiziert und die Prognose sei schlechter.

Der Keynote-Vortrag von *Joke A. Haafkens* beschäftigte sich mit Leitlinien für die klinische Praxis. Diesen komme, so Haafkens, eine Schlüsselfunktion bei der Therapie zu, da sie Ergebnisse empirischer Forschung in die klinische Praxis überführten. Ein von 2004 bis 2008 durchgeführtes Projekt habe deshalb klären sollen, wie zu gewährleisten sei, dass Geschlechteraspekte in allen Phasen der Leitlinienentwicklung berücksichtigt würden. Sieben Leitlinien wurden exemplarisch untersucht, das Vorgehen bei der Erstellung analysiert und die – überwiegend oder ausschließlich männlichen – Mitglieder der Kommissionen befragt. Mit Ausnahme von zwei Leitlinien zur Osteoporose hätten sich kaum geschlechterspezifische Empfehlungen gefunden. Evidente Beispiele für geschlechtsspezifische Unterschiede hatten den Kommissionen zwar vorgelegen, waren aber nicht in die Empfehlungen aufgenommen worden. Als Begründung dafür wurde angeführt, dass sich Leitlinien auf die „allgemeine Patientenpopulation“ beziehen sollten, nicht auf eine Subgruppe, und dass Geschlechtsunterschiede deshalb als nicht relevant eingestuft worden seien. Außerdem solle wissenschaftliche Erkenntnis neutral sein, geschlechterspezifische Aspekte würden aber oft auf gesellschaftlichen oder politischen Druck hin thematisiert. Im Rahmen des Projekts wurde ein Handbuchkapitel zur Integration von Geschlechterinhalten in die Leitlinienentwicklung erstellt, ein Schulungskurs für Mitglieder von Kommissionen entwickelt und eine Grundstruktur zur Beratung der Kommissionen und zur Literaturbegutachtung erarbeitet. Da für die meisten Krankheitsbilder bisher nicht genügend geschlechterspezifische empirische Daten vorliegen, forderte Haafkens abschließend, dass die Leitlinienkommissionen bzw. -organisationen Empfehlungen zum Forschungsbedarf aussprechen sollten.

Sabine Oertelt-Prigione stellte in ihrem Beitrag zunächst das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin vor, mit dessen Gründung die Charité vor allem zwei Ziele verfolgt hatte: *sex-* und *gender-*Unterschiede sollten in allen Aspekten klinischer Praxis identifiziert und berücksichtigt werden, und es sollte das Verständnis und Bewusstsein dafür geschärft werden, dass Gender eine für jeden Menschen relevante Kategorie sei und Einfluss auf jede Interaktion habe. 2006 hatte die Charité ein Wahlpflichtseminar „Gendermedizin“ eingeführt und vom Wintersemester 2010/11 an soll „Gendermedizin“

in verschiedenen Modulen als reguläres Thema gelehrt werden. Danach stellte Oertelt-Prigione das BMBF-geförderte Pilotprojekt „Gender Medizin“ vor, bei dem Fachzeitschriften auf Artikel mit geschlechterspezifischen Inhalten hin untersucht worden waren. Unter anderem wurden unterschiedliche Häufigkeiten von geschlechterspezifischer Fachliteratur in einzelnen Fächern und ein starkes Anwachsen der Literatur in den letzten 15 Jahren festgestellt. Qualitativ betrachtet zeigte sich, dass bisher kaum geschlechtsspezifische Aspekte in der klinischen Praxis untersucht wurden. Die Ergebnisse gingen in eine Datenbank ein, in der geschlechterspezifische medizinische Fachliteratur thematisch gebündelt abgerufen werden kann und die im Frühjahr 2011 öffentlich zugänglich sein soll. *Klara Brixius* stellte anschließend das noch laufende Projekt „Gender in Motion“ vor, das der Frage nachgeht, ob es in Forschungsarbeiten zur Sportmedizin einen Gender Bias gibt, wodurch dieser ggf. erzeugt wird und welche sozialen Strukturen ihn stabilisieren oder verhindern können. Analysiert wurden 3 000 Artikel aus der Sportmedizin und den sportbezogenen Gesundheitswissenschaften. Fast alle behandelten für Frauen und Männer relevante Themen, aber Frauen waren in den Stichproben insgesamt unterrepräsentiert und nur etwa 40 Prozent der Artikel stützten sich auf geschlechtergemischte Stichproben. Ein explizit geschlechtersensibler Ansatz wurde selten verwendet, während in den meisten Texten die Relevanz von *sex* und/oder *gender* ignoriert wurde. Die Forschungen sollen fortgesetzt und den Gründen für den ermittelten Gender Bias nachgegangen werden, um Empfehlungen für geschlechtersensible Forschungen entwickeln zu können.

Bettina Pfeiderer ging in ihrem Beitrag der Frage „Knowledge of a ‚gender brain‘ – why does that need to be implemented in a medical curriculum?“ nach. Das Gehirn, so Pfeiderer, werde durch biologische Faktoren, wie z. B. Hormone, Gender und weitere soziale Aspekte wie etwa Bildung geprägt. Gehirne von Frauen reagierten anders auf sprachliche Stimuli als Gehirne von Männern und die aufgrund des weiblichen Zyklus schwankenden Hormonspiegel hätten deutliche Auswirkungen auf Abläufe im Gehirn. Die komplexen Prozesse, die im Gehirn vor allem im Kontext von Erkrankungen ablaufen, seien bisher jedoch nur unzureichend untersucht. Es sei aber wichtig, sie zu kennen, um die Therapie – etwa nach einem Schlaganfall – gezielter planen zu können. Pfeiderer bedauerte, dass das Wissen über die geschlechterspezifischen Unterschiede im Gehirn bislang nur unzureichend in die Medizincurricula Eingang gefunden hat. In einem BMBF-geförderten Projekt sollen die geschlechterspezifischen Erkenntnisse der Neurowissenschaften im Austausch mit angrenzenden Fächern vertieft und auch für die Lehre nutzbar gemacht werden.

Richard Lux widmete sich epidemiologischen Entwicklungen des Raucheinstiegsalters, der Rauchprävalenz und der tabakassoziierten Häufigkeit von Erkrankung und Tod aus der Geschlechterperspektive und brachte diese mit biomedizinischen Erkenntnissen in Verbindung. Bei der Rauchprävalenz ebenso wie beim Einstiegsalter habe sich in Deutschland der Abstand zwischen den Geschlechtern in den letzten Jahrzehnten stark verringert, nicht nur wegen des steigenden Tabakkonsums von Frauen, sondern auch, weil der Verbrauch bei Männern zurückgehe. Vor dem Hintergrund geschlechtsunterschiedlicher Suszeptibilität und Vulnerabilität ließen sich daraus Vorhersagen für zukünftige Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen treffen, auf denen wiederum Konzepte zur Prävention und Gesundheitsberatung aufbauen müssten. Ein geschlechtersensibler Ansatz sei dabei unabdingbar, da bei Frauen und Männern unterschiedliche

Gründe für den Tabakkonsum im Vordergrund stünden und einen möglichen Ausstieg oder Rückfall beeinflussten. Es gebe einen starken Bedarf für die Implementierung von Geschlechteraspekten in die ärztliche Sozialisation, schloss Lux.

Die Geschlechterperspektive in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, so *Christiane Gleissner*, stehe noch ganz am Anfang, und dies, obwohl ZahnärztInnen aus ihrer Praxis sehr wohl wissen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Beschwerdebilder aufweisen, verschieden auf Therapien ansprechen und anders mit ihren Erkrankungen umgehen. Bisher seien orale Erkrankungen in der Gesundheitsforschung von untergeordneter Bedeutung und die Mundgesundheit werde bei epidemiologischen Studien oft nicht erfasst. Speichelparameter, bildgebende Darstellungen des Kieferknochens und Untersuchungen der Mundschleimhaut und der Zähne könnten jedoch wichtige Hinweise auf systemische Erkrankungen geben und für die Diagnose mit eingesetzt werden.

Die Tagung kann als großer Gewinn für den interdisziplinären Austausch im Bereich der geschlechtersensiblen Medizin gewertet werden. Dazu trug nicht zuletzt bei, dass ausreichend Zeit für die Diskussion der einzelnen Beiträge zur Verfügung stand und viele der angesprochenen Aspekte in der abschließenden Podiumsdiskussion, die sich im intensiven Austausch mit den Fragen und Anmerkungen aus dem Publikum entwickelte, noch vertieft werden konnten. Insgesamt zeigte die Tagung, dass mehr Fragen offen als gelöst sind. Nötig ist einerseits mehr Forschung innerhalb der einzelnen medizinischen Fächer, und zwar sowohl in der Grundlagen- als auch der klinischen Forschung. Ebenfalls erforderlich ist ein Austausch mit den sozialwissenschaftlichen Gender Studies über Theorien und Methoden, um eine eigene, biologische und psychosoziale Aspekte integrierende Geschlechterforschung in der Medizin zu etablieren, die der unreflektierten Übernahme des Gender-Begriffs ein Ende setzt.

Zur Person

Bärbel Miemietz, Dr. phil., M.A., Gleichstellungsbeauftragte und Sprecherin des Kompetenzzentrums für geschlechtersensible Medizin an der MHH. Arbeitsschwerpunkte: Gleichstellung von Frauen und Männern in der Hochschulmedizin, Förderung von Frauen im wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Bereich, geschlechtersensible Medizin, Vernetzung
Kontakt: Medizinische Hochschule Hannover, Gleichstellungsbüro, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: Miemietz.Baerbel@mh-hannover.de

Christine Ivanov, Dipl. Soz.Päd./Dipl. Soz.Arb., Mitarbeiterin des Gleichstellungsbüros der MHH. Arbeitsschwerpunkte: audit familiengerechte hochschule
Kontakt: Medizinische Hochschule Hannover, Gleichstellungsbüro, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: Ivanov.Christine@mh-hannover.de

Regine Othmer, Dipl.-Päd., Mitarbeiterin des Gleichstellungsbüros der MHH. Arbeitsschwerpunkte: Mentoring für Wissenschaftlerinnen
Kontakt: Medizinische Hochschule Hannover, Gleichstellungsbüro, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
E-Mail: Othmer.Regine@mh-hannover.de