

Entwicklung der Gendermedizin

1980er-Jahre

Die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato entdeckt Unterschiede bei Herzerkrankungen zwischen Männern und Frauen und macht mit ihrem Buch „Evas Rippe“ die Öffentlichkeit darauf aufmerksam.

1990er-Jahre

Es kommt zur Weiterentwicklung der Gendermedizin als Teil der personalisierten Medizin.

2000er-Jahre

2001

Die WHO gibt eine Empfehlung für die Entwicklung einer geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung heraus.

Geschlechterunterschiede bei Diabetes werden vor allem durch die österreichische Medizinerin Alexandra Kautzky-Willer zunehmend benannt.

Auch bei Depressionen werden Geschlechterunterschiede zunehmend unter der Federführung von Anne Maria Möller-Leimkühler erforscht.

Die Erforschung von Geschlechterunterschieden bei Medikamenten rückt ins Blickfeld.

2013

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode wird verankert: „Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“

ab der 2. Hälfte
der 2010er-
Jahre

Die Erforschung von Geschlechterunterschieden bei Krebserkrankungen rückt in den Fokus.

2015

Gendermedizinische Entwicklungen und Erkenntnisse werden ins Präventionsgesetz bzw. ins SGB V (Sozialgesetzbuch V) aufgenommen: Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

2016

Es erfolgt die Aufnahme der Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen in die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK.

Gendermedizin, ist da etwas dran?

Einleitung von Dr. Martina Kloepfer 10

1 Geschlechteraspekte rund um COVID-19

1.1 COVID-19: Infektions-, Ansteckungs- und
Erkrankungsrisiko, eine geschlechterspezifische
Betrachtung

PD Dr. med. Ute Seeland 16

1.2 Herausforderungen an Studiendesigns in
Pandemiezeiten?

PD Dr. med. Ute Seeland 28

1.3 Asthma und COVID-19 M/W?

Dr. med. Camilla Lüttecke-Hecht 34

1.4 Schattenpandemie – häusliche Gewalt
in Zeiten von Corona

Prof. Dr. Susan Garthus-Niegel, Amara Mojahed,
Verena C. S. Büechl 40



1.5 Der „Krisenchat“ als Rettung bei häuslicher Gewalt

Interview mit Kai Lanz 46



1.6 „Long COVID, eine Herausforderung für den Alltag“

Interview mit Erich Irlstorfer, MdB 52

Geschlechteraspekte rund um die Knochen 2

2.1 Geschlechteraspekte bei rheumatoider Arthritis
und Kollagenosen

Prof. Dr. med. Rieke Alten, Max Mischkewitz 60

2.2 Geschlechtersensible Versorgung in der
Rheumatologie am Beispiel der axialen
Spondyloarthritis

PD Dr. med. Uta Kiltz 64



2.3 Osteoporose – die Volkskrankheit und
das Geschlechterrisiko

Interview mit Dr. rer. nat. Dirk Keiner 68

3 Geschlechteraspekte bei Multipler Sklerose

3.1 Mehr Autonomie und Lebensqualität für MS-Patientinnen

Prof. Dr. med. Ralf Gold 76

4 Geschlechteraspekte in der Onkologie

4.1 Erhöhte Krebssterblichkeit bei Männern: lebensstilabhängige und -unabhängige Ursachen

Prof. Dr. rer. nat. Achim Krüger, Chris D. Hermann 84

4.2 Brustkrebs bei Männern

PD Dr. med. Rachel Würstlein 90



„trans Sein ist keine Krankheit“ – Geschlechtersensible Versorgung

*Interview mit Tessa Ganserer,
MdB (Bündnis 90/Die Grünen)* 96

Impressum

Für die in dieser Broschüre enthaltenen Angaben wird keine Gewähr hinsichtlich der Freiheit von gewerblichen Schutzrechten (Patente, Gebrauchsmuster, Warenzeichen) übernommen. Auch in diesem Werk wiedergegebene Gebrauchsnamen, Handelsnamen und Warenbezeichnungen dürfen nicht als frei zur allgemeinen Benutzung im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung betrachtet werden. Die Verletzung dieser Rechte im Rahmen der geltenden Gesetze ist strafbar und verpflichtet zu Schadenersatz.

© September 2022

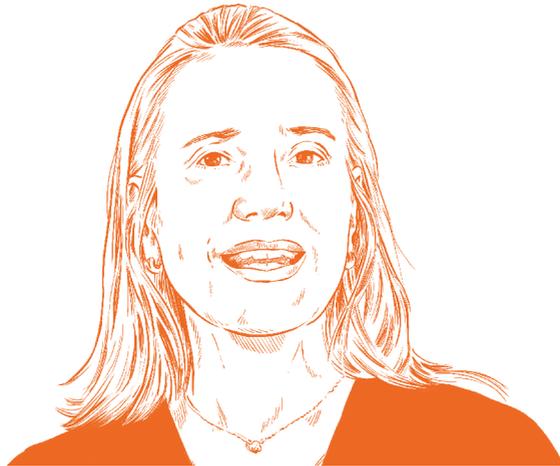
Novartis Deutschland GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg und Institut für Gender-Gesundheit e.V., Wartburgstraße 11, 10823 Berlin. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers ist es auch nicht gestattet, dieses Buch oder Teile daraus in irgendeiner Form zu vervielfältigen.

Herausgeber: Novartis Deutschland GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg und Institut für Gender-Gesundheit e.V., Dr. Martina Kloepfer, Wartburgstraße 11, 10823 Berlin

Autoren-Illustrationen: Martina Hoffmann

Layout und Satz: Mediengestaltung I USE gGmbH

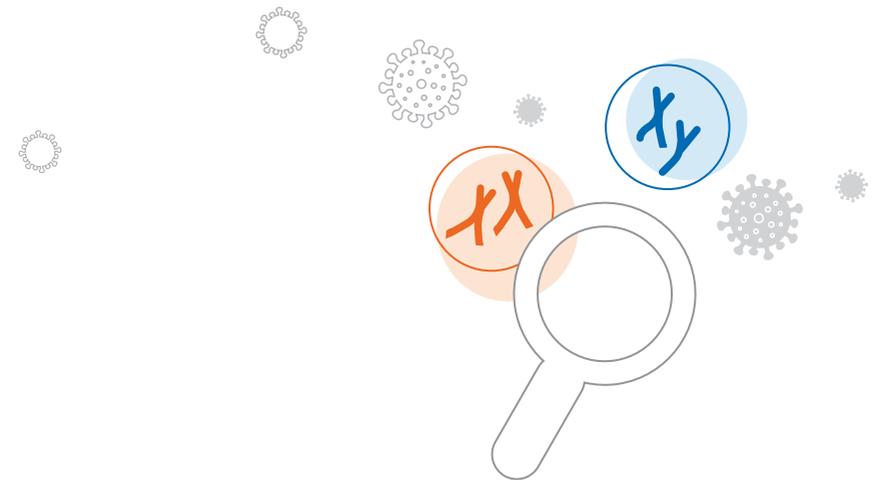
Druck: Offsetdruck Printing House I USE gGmbH



Gendermedizin, ist da etwas dran?

Dr. Martina Kloepfer

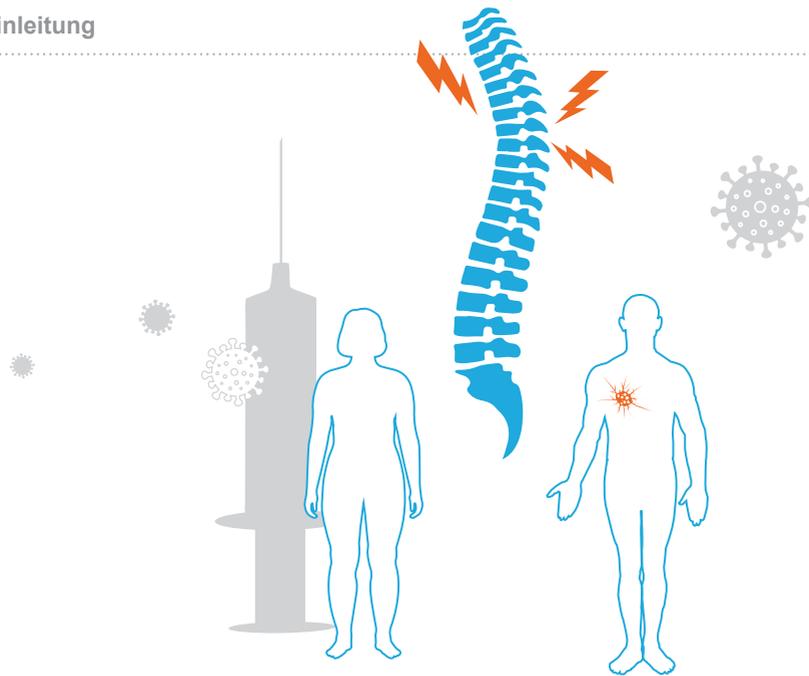
Institut für Gender-Gesundheit e.V.



Seit der Herausgabe der ersten Auflage von „Gendermedizin, ist da etwas dran?“ ist die geschlechtersensible medizinische Perspektive wieder ein Stück weiter in den Fokus gerückt, nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in den Publikumsmedien.

Eine der größten weltweiten Gesundheitskrisen hat dafür gesorgt, dass die Analyse von Geschlechterunterschieden bei Erkrankungen nicht als zusätzliche Kür betrachtet, sondern ernst genommen wird. Im Jahr drei der globalen und für viel Leid sorgenden COVID-19-Pandemie ist es inzwischen Konsens, dass das gleiche Virus, die gleiche Krankheit sich in Ausprägung und Verlauf bei Männern und Frauen sehr unterscheiden kann. Hatten zunächst Männer mit einem schwereren bis schweren Verlauf zu rechnen, so litten Frauen verstärkt an den Folgen einer Coronainfektion, aber auch an den begleitenden Maßnahmen wie dem Lockdown, der Schulschließungen und Homeoffice-Regelungen mit sich brachte. Der unterschiedliche Einfluss und das Ineinandergreifen der biologischen Geschlechterkomponente „Sex“ und der soziokulturellen Komponente „Gender“ ließen sich weltweit beobachten.

Dank der Anstrengungen von Forschern und Forscherinnen gelang es zunächst in Deutschland dem Wissenschaftler-Ehepaar Özlem Türeci und Uğur Şahin, in Windeseile einen Impfstoff zu entwickeln und damit entscheidend dazu beizutragen, der Pandemie nicht länger ausgeliefert zu sein. Als gemischtes Team haben sie Pionierarbeit für die Weltbevölkerung geleistet und zudem den Wirtschaftsstandort Mainz gestärkt.



Die Notwendigkeit, rasch einen wirksamen Impfschutz bei der Bevölkerung zu erreichen, hat möglicherweise übersehen lassen, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf eine Impfung reagieren können – wie eben auf andere Wirkstoffe auch. Besonders jüngere Frauen hatten bei gleicher Dosierung der Impfstoffe zum Teil mit erheblichen Nebenwirkungen zu kämpfen. Das X-Chromosom, von dem Frauen zwei und Männer „nur“ eines besitzen, ist ein Player im komplexen Immunsystem; daher ließe sich durchaus von einem weiblichen und einem männlichen Immunsystem sprechen. Auch hier kann das Coronavirus als Katalysator für die Forschung betrachtet werden.

Richtete sich in der ersten Ausgabe dieser Broschüre der Fokus auf die eher „klassischen“ Indikationen der Gendermedizin, so blicken wir nun auf Krankheitsbilder, die bislang weniger oder – außerhalb der Fachkreise – keine Beachtung gefunden haben.

Bei Verlauf und Schwere von Asthma spielen beispielsweise Hormone eine Rolle; denn jegliche hormonelle Umstellung kann erhebliche Auswirkungen auf die Asthmaerkrankung haben.

Beim rheumatischen Formenkreis kann in Teilen sogar von einem Perspektivwechsel gesprochen werden. So wird der ehemals als „männlich“ geltende Morbus Bechterew bzw. die axiale Spondyloarthritis dank neuer Erkenntnisse und daraus gewon-

nener Diagnoseverfahren inzwischen bei mindestens ebenso vielen Frauen wie Männern – wenn auch mit größerer Verspätung – erkannt.

Die Diagnose Brustkrebs erhalten dagegen Männer deutlich später, wenn sie diese für sie seltene onkologische Erkrankung bekommen. Gleichermäßen gilt Osteoporose als Frauenkrankheit – zu Unrecht, wie neuere Forschungen zeigen.

Vor dem Hintergrund des steten Zugewinns an Erkenntnissen auf dem Gebiet der Gendermedizin ist der Koalitionsvertrag der aktuellen Legislatur (2021–2025) besonders zu begrüßen.

Die Ampelkoalitionäre aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP verpflichten sich:

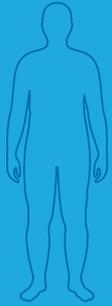
„Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.“

Sollte die Integration gendermedizinischen Wissens in die Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe gelingen, ist das ein entscheidender Schritt, Gendermedizin als Querschnittfach in allen Fachrichtungen zu implementieren und von ihrem zum Teil (immer noch) umstrittenen „Exotendasein“ zu erlösen.

Wir freuen uns daher, auch für diese Ausgabe der Broschüre wieder Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Politik gewonnen zu haben, die das Potenzial des Forschungsstandorts Deutschlands auf dem Gebiet der Gendermedizin unter Beweis stellen.

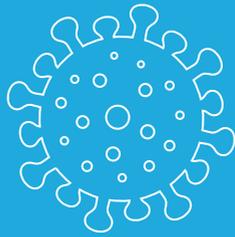
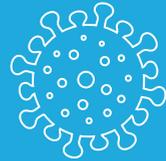
Und wieder können wir die Frage „Gendermedizin, ist da etwas dran?“ mit einem klaren „Ja“ beantworten.

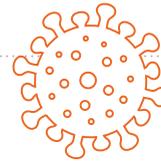
Wir wünschen viel Spaß und Erkenntnis beim Lesen.



1

Geschlechteraspekte rund um **COVID-19**





COVID-19: Infektions-, Ansteckungs- und Erkrankungsrisiko, eine geschlechterspezifische Betrachtung

PD Dr. med. Ute Seeland

Charité – Universitätsmedizin Berlin und Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM®)

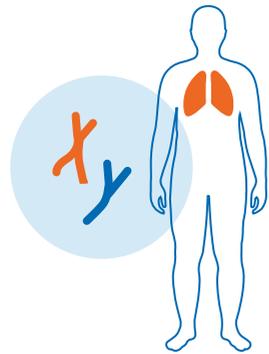
Im Verlauf der Coronapandemie ließen sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt deutliche Unterschiede des Infektionsgeschehens und Krankheitsverlaufs bei Männern und Frauen feststellen.

Versorgungsdaten zur Hospitalisierung bzw. Aufnahme auf eine Intensivstation zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, im Kontext einer COVID-19-Erkrankung intensivmedizinisch behandelt werden zu müssen, bei Männern höher ist als bei Frauen. Letztere sind dagegen häufiger von Langzeitsymptomen wie dem Long-COVID-Syndrom betroffen.

Auch belegen inzwischen weltweit erhobene Versorgungsdaten das zu Anfang der Pandemie auch in Deutschland beobachtete **1,7- bis 2,0-fach höhere Sterblichkeitsrisiko von Männern – abhängig von Alter und Vorerkrankungen**. Hier ist die Gefährdung bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Lunge besonders hoch.

Aus klinischen Studien geht hervor, dass ein **wesentlicher Pathomechanismus, der zur Schädigung der Lunge führt**, auf einer starken **Abwehrreaktion des Immunsystems** beruht. Dieser sog. **Zytokinsturm**¹ scheint bei **Männern unkontrollierter** abzulaufen als bei Frauen, die eher von einer östrogenbedingten Hemmung profitieren.

¹ Ein Zytokinsturm ist eine potenziell lebensgefährliche Entgleisung des Immunsystems, bei der es zu einer sich selbst verstärkenden Rückkoppelung zwischen Zytokinen und Immunzellen kommt. Sie ist eine schwere Verlaufsform des Zytokin-Freisetzungssyndroms (CRS). Wahrscheinlich entsteht der Zytokinsturm durch eine extreme Empfindlichkeit des Immunsystems gegenüber bestimmten Proteinen. In der Folge schütten T-Zellen und Makrophagen ungebremst Zytokine wie TNF-alpha, Interleukin-1 oder Interleukin-6 aus, die im Gewebe eine massive Entzündungsreaktion hervorrufen. (flexikon.doccheck.com/de/Zytokinsturm)

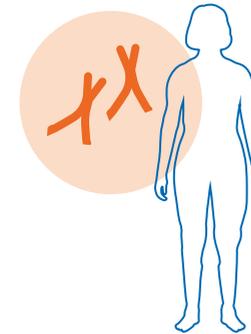


1,7- bis 2,0-fach höheres Sterblichkeitsrisiko von Männern

- wesentlicher Pathomechanismus, der zur Schädigung der Lunge führt
- Abwehrreaktion des Immunsystems bei Männern unkontrollierter

Vor allem für den Schutz vulnerabler Gruppen ist es wichtig, das Infektionsgeschehen und seine Dynamik zu verstehen. Die geschlechtersensible Betrachtung der epidemiologischen Daten zeigt, dass die **Infektionsrate bei Frauen zwischen 15 und ca. 60 Jahren im Vergleich zu Männern um 15 Prozent erhöht** ist. Das lässt den Schluss zu, dass sich mehr Frauen im prämenopausalen Alter, also mit **hohen Östrogenspiegeln**, infizieren als gleichaltrige Männer. Bei Männern und Frauen ist für das **Eindringen des Virus** in die **Zelle** das **Angiotensin-Converting-Enzym 2**, besser bekannt als ACE2, verantwortlich.

Das **Gen** für die **Ausbildung** dieses Enzyms befindet sich **auf dem X-Chromosom**; somit liegt nahe, dass ein Unterschied zwischen einer **weiblichen Zelle** besteht, die **zwei X-Chromosomen** aufweist, und einer männlichen Zelle mit nur einem X-Chromosom. In der Regel wird das zweite X-Chromosom zwar biologisch inaktiviert, um das Ungleichgewicht zwischen männlicher und weiblicher Zelle auszugleichen; allerdings gelingt das nicht vollständig. Die verbleibenden aktiven Gene auf dem zweiten X-Chromosom (ca. 15–20 Prozent) lassen vermuten, dass es bei **Frauen im Gegensatz zu Männern zu einer vermehrten Produktion von ACE2 und damit zu einer**



Infektionsrate bei Frauen um 15 % erhöht

- Für das Eindringen des Virus in die Zelle ist das ACE2 verantwortlich. Das Gen für die Ausbildung dieses Enzyms befindet sich auf dem X-Chromosom.
- geschlechterbedingte soziokulturelle Unterschiede, größere Ansteckungsgefahr: Bsp. Kinderbetreuung, Erwerbsarbeiten wie Pflege ...

erhöhten Einschleusung des Virus in die Zelle kommt. **Nach der Menopause schwächt** sich dieser Effekt ab, sodass hier der Grund für eine abnehmende Infektionsrate bei Frauen (Abbildung 1) zu suchen wäre.

Geschlechterübergreifend ist die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, individuell sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von der Viruslast, dem Ort der Virusreplikation (Vervielfältigung) und der Reaktionsbereitschaft des Immunsystems.

Neben den Unterschieden, die durch das biologische Geschlecht (Sex) gegeben sind, müssen jedoch auch die **geschlechterbedingten soziokulturellen Unterschiede** (Gender) beim Ansteckungs- und Infektionsgeschehen in Betracht gezogen werden, um die Dynamik der Infektion zu verstehen.

Die Lebenswirklichkeit vieler Frauen in Deutschland umfasst **Kinderbetreuung** einschließlich **Homeschooling** und **Erwerbsarbeit**, die zum Teil nur außer Haus, wie beispielsweise in der Pflege, geleistet werden kann: **Bedingungen**, die zum einen eine **erhöhte Infektionsgefahr** für diese Frauen darstellen, zum anderen aber auch für eine **Dynamik der Infektionsausbreitung** – bei glücklicherweise oft mildem

Anzahl der Fälle mit einer SARS-CoV-2-Infektion innerhalb von 7 Monaten

Analyse eines Real-World-Datensatzes mit 68.466 Fällen aus 17 Ländern (TriNetX-Plattform).

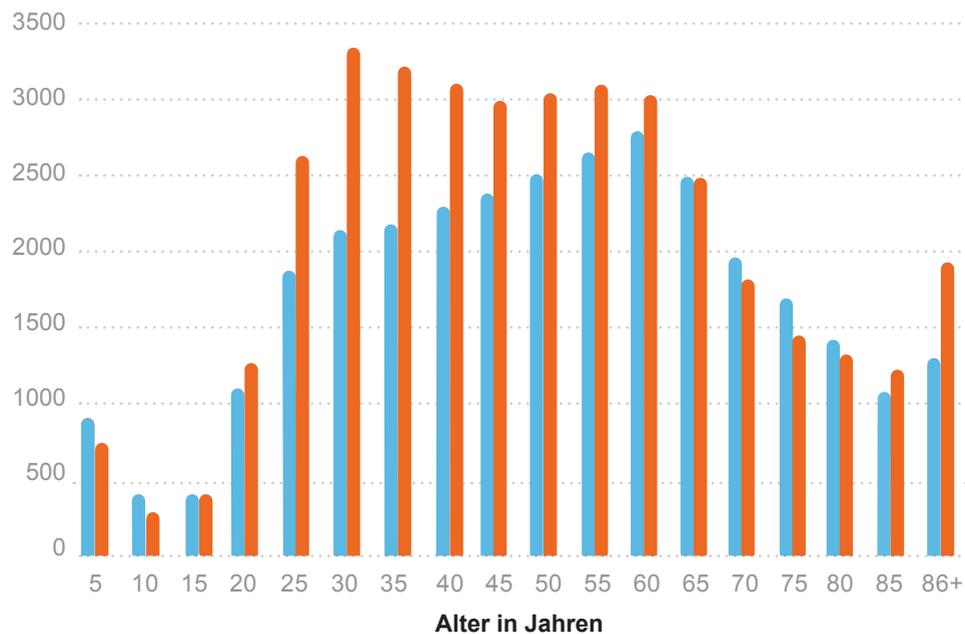


Abbildung 1
 Aus: Seeland U, Coluzzi F, Simmaco M, Mura C, Bourne PE, Heiland M, Preissner R, Preissner S. Evidence for treatment with estradiol for women with SARS-CoV-2 infection. BMC Med. 2020 Nov 25;18:369. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01851-z>



Aufklärung der Bevölkerung
 über die biologischen und soziokulturellen
 Hintergründe des Infektionsrisikos führt zu
**besserer Akzeptanz
 der Maßnahmen**
 zur Eindämmung der Pandemie

Krankheitsverlauf – verantwortlich sind. Hier bietet das Policy Action Paper der WHO vom Juni 2021 zu Gender Equity and Leadership in the Global Health and Care Workforce eine umfassende Darstellung der Position von Frauen in den Gesundheits- und Pflegeberufen.

Um das Infektionsrisiko bei besonders vulnerablen Gruppen zu reduzieren, ist es wichtig, die Bevölkerung sowohl über die biologischen als auch über die soziokulturellen Hintergründe des Infektionsrisikos – differenziert für die Geschlechter und Lebensaltersphasen – aufzuklären und damit zur **besseren Akzeptanz von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie** beizutragen.

Um die soziokulturellen Einflussfaktoren, die wahrscheinlich den größeren Effekt auf den Verlauf einer Erkrankung haben, besser wissenschaftlich erfassen zu können und diese in das Verhältnis zu den biologischen Risikofaktoren zu setzen, gilt es, sich den methodischen Herausforderungen einer geschlechtersensiblen medizinischen Forschung zu stellen. Gelänge es in Zukunft, biologische und soziokulturelle Einflussfaktoren parallel in einer Studie zu untersuchen und auszuwerten, könnten Präventions- und Interventionsmaßnahmen gezielter für alle Geschlechter entwickelt werden.

In der aktuellen Situation stellt die Impfung die einzige langfristige Rettungsstrategie gegen die COVID-19-Pandemie dar. Daher ist es zwingend erforderlich, vorhandene Daten zu evidenzbasierten Geschlechterunterschieden in der Anti-SARS-CoV-2-Immunreaktion und der Impfstoffreaktion in der epidemiologischen Berichterstattung zu kommunizieren und die vorhandenen Daten, die noch nicht nach Geschlecht differenziert sind, unter diesem Aspekt erneut zu analysieren.



”

Weltweit sind ca. **70 %** der Frauen im Gesundheits- und Sozialbereich tätig, haben jedoch nach Schätzungen nur **25 %** der Führungspositionen in diesem Bereich inne.“

Weltweiter Frauenanteil im globalen Gesundheitswesen



¹ Fortune, 2020

² Women in Global Health data, 2020

³ Global Health 50/50, 2020

⁴ QS World Ranking, 2018

⁵ Women in Global Health data, 2018

⁶ Boniol et al., 2019

⁷ WHO, 2020

⁸ OECD, 2019

Abbildung 2

– Source: Adapted from Women in Global Health (5), GlobalHealth5050, The Sex, Gender and COVID-19 Project – <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country&country=Germany#search>

Anteil der Frauen im Gesundheitswesen, die als Krankenpflegerinnen, Hebammen, Apothekerinnen, Zahnärztinnen und Ärztinnen tätig sind

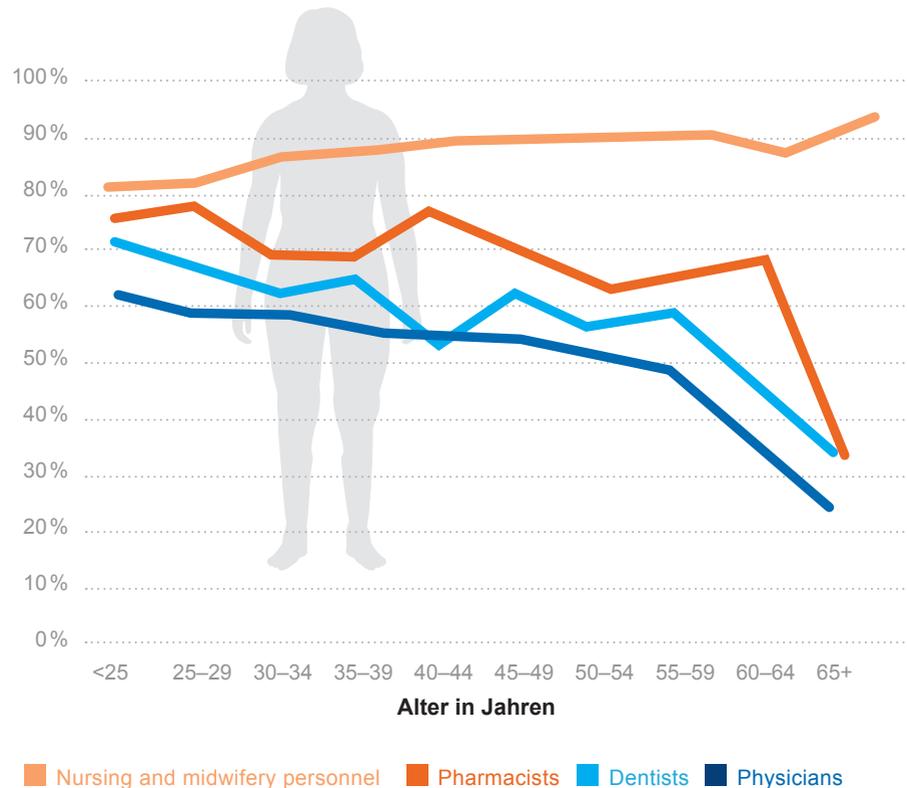


Abbildung 3
 – Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries – Working paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1)
 – GENDER EQUITY AND LEADERSHIP IN THE GLOBAL HEALTH AND CARE WORKFORCE – Policy Action Paper June 2021
 – www.iapb.org/wp-content/uploads/2021/07/Closing-the-Leadership-Gap-Gender-Equity-and-Leadership-in-the-Global-Health-and-Care-Workforce.pdf

” In vielen Ländern ist die Mehrheit der Krankenschwestern, Hebammen, Apothekerinnen, Zahnärztinnen und Ärztinnen unter 40 Jahre alt.“

” Barrieren im Karriereverlauf verhindern, dass Frauen in gleicher Zahl wie ihre männlichen Kollegen in Führungspositionen gelangen.“

Literaturverzeichnis

- 1 Fachgutachten zur Integration von Geschlechterwissen in die Curricula der medizinischen Fakultäten, der Ausbildungsstätten für Gesundheits- und Krankenpflege und Physiotherapie (Bundesministerium für Gesundheit) „Aktueller Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte, Curricula und Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen“ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheits/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3490>
- 2 Seeland U et al. S. Evidence for treatment with estradiol for women with SARS-CoV-2 infection. *BMC Med.* 2020 Nov 25;18:369. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01851-z>
- 3 Gemmati D et al. COVID-19 and Individual Genetic Susceptibility/Receptivity: Role of ACE1/ACE2 Genes, Immunity, Inflammation and Coagulation. Might the Double X-chromosome in Females Be Protective against SARS-CoV-2 Compared to the Single X-Chromosome in Males? *Int J Mol Sci.* 2020 May 14;21:3474. <https://doi.org/10.3390/ijms21103474>
- 4 Spolarics Z et al. Inherent X-Linked Genetic Variability and Cellular Mosaicism Unique to Females Contribute to Sex-Related Differences in the Innate Immune Response. *Front Immunol.* 2017 Nov 13;8:1455. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.01455>
- 5 Sha J et al. Sex Differences on Clinical Characteristics, Severity, and Mortality in Adult Patients With COVID-19: A Multicentre Retrospective Study. *Front Med.* 2021 Feb 12;8:607059. doi: 10.3389/fmed.2021.607059
- 6 Kohlrusch B und Zucco A Policy Brief Nr. 40 WSI, Hans-Böckler-Stiftung 05/2020. file:///C:/Users/ucjp_/Downloads/p_wsi_pb_40_2020.pdf
- 7 Viskin D et al. Myocarditis Associated With COVID-19 Vaccination: Echocardiography, Cardiac Tomography, and Magnetic Resonance Imaging Findings. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2021 Sep;14:e013236. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.121.013236
- 8 Sharifian-Dorche M et al. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis post COVID-19 vaccination; a systematic review. *J Neurol Sci.* 2021 Sep 15;428:117607. doi: 10.1016/j.jns.2021.117607
- 9 Bai F et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect.* 2021 Nov 9:S1198-743X(21)00629-7. doi: 10.1016/j.cmi.2021.11.002
 – <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=country&country=Germany#search>
 – GlobalHealth5050, The Sex, Gender and COVID-19 Project
 – Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1)
 – GENDER EQUITY AND LEADERSHIP IN THE GLOBAL HEALTH AND CARE WORKFORCE – Policy Action Paper June 2021
 – <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/2021/07/Closing-the-Leadership-Gap-Gender-Equity-and-Leadership-in-the-Global-Health-and-Care-Workforce.pdf>

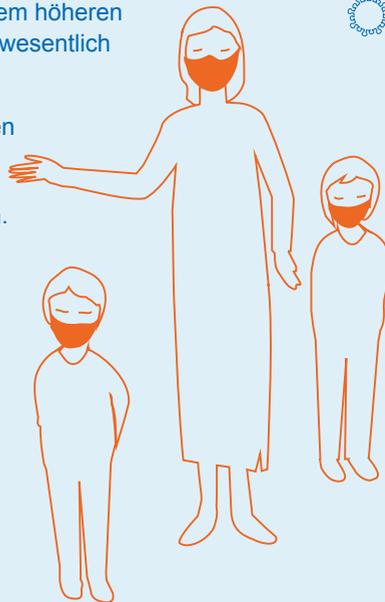
Infos

Frauen haben Teil am Infektionsgeschehen, auch wenn sie selbst überwiegend nicht schwer erkranken. Dieses zeigen epidemiologische Daten aus Deutschland, den USA und ein Datensatz aus 17 weiteren Ländern.

Soziokultureller Ansatz

Soziokulturelle Aspekte können zu einem höheren Infektionsrisiko bei Frauen führen und wesentlich zum Infektionsgeschehen beitragen:

- Hoher Frauenanteil in Pflegeberufen und im Versorgungssektor ohne Möglichkeit, diese Tätigkeiten im Homeoffice durchführen zu können.
- Überwiegend übernehmen Frauen Homeschooling und Carearbeit.
- Das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung ist ein wichtiger Beitrag, um das Infektionsgeschehen zu reduzieren.



Biologischer Ansatz

Vor allem jüngere Frauen vor der Menopause infizieren sich häufiger als gleichaltrige Männer.

Ein höherer Östrogenspiegel könnte ein Grund für die höhere Infektionsrate sein.

Östrogen drosselt eine überschießende Immunantwort (Zytokinsturm), sodass Männer eher gefährdet sind, schwere Verläufe zu entwickeln.

Detailkenntnisse zur unterschiedlichen Regulation der Immunzellen müssen vertieft werden:

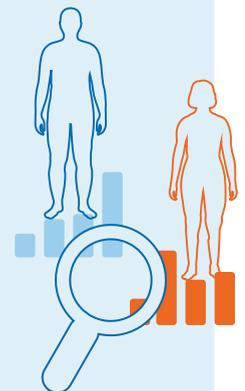
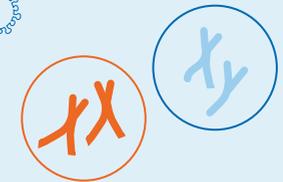
- Es sind Therapiestrategien für alle Geschlechter unter Berücksichtigung des hormonellen Status notwendig.
- Hier können Forschungsarbeiten und Studien helfen, diese Datenlücke zu schließen.

Geschlechtersensible Forschung

Diese könnte einen Beitrag leisten, um künftige gezieltere Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Falle einer Pandemie vorzunehmen:

Es wird empfohlen, biologische und soziokulturelle Einflussfaktoren parallel in einer Studie zu untersuchen und auszuwerten.

Daten müssen nach Geschlecht getrennt ausgewertet werden, um die noch bestehende Datenlücke zwischen den Geschlechtern zu schließen.

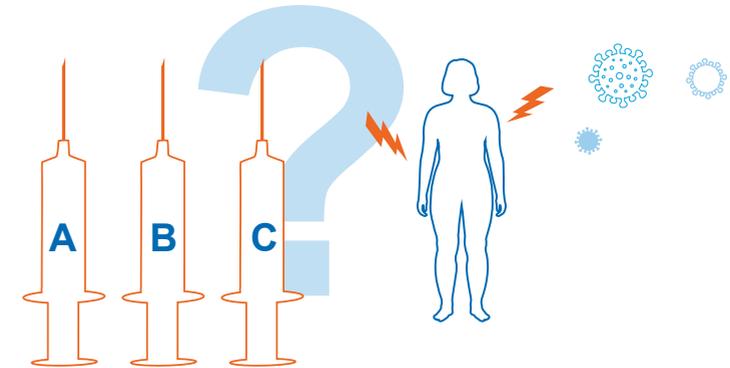




Herausforderungen an Studiendesigns in Pandemiezeiten?

PD Dr. med. Ute Seeland

Charité – Universitätsmedizin Berlin und Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM®)



Innerhalb eines Jahres sind verschiedene Impfstoffe gegen eine SARS-CoV-2-Infektion entwickelt worden. Vor allem jüngere Frauen vor der Menopause hatten teilweise unter heftigen Nebenwirkungen zu leiden.

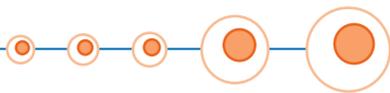
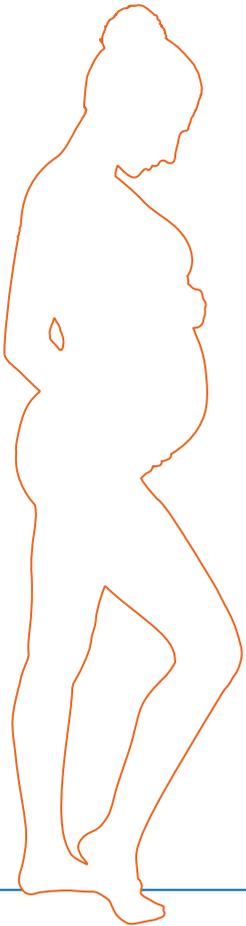
In seltenen Fällen sogar mit Todesfolge aufgrund einer Hirnvenenthrombose. Hier stellt sich die Frage, inwieweit in der bislang erfolgten Erforschung des SARS-CoV-2-Virus geschlechterspezifische Aspekte berücksichtigt wurden, um diese Erkenntnisse in die Entwicklung neuer und notwendiger Impfstoffe sowie bei der Bestimmung der Impfdosis einfließen zu lassen?

Die biomedizinische Forschung nahm sich der Aufgabe an, die Ursachen für die Pandemie und die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Virusinfektion auf den menschlichen Körper in einer beispielhaften Schnelligkeit zu verstehen und Empfehlungen zu erarbeiten. **Erstmals** bestand ein **weltweit barrierefreier (open access) Zugang zu allen Veröffentlichungen** im Zusammenhang mit der **SARS-CoV-2-Infektion**. Allerdings ist festzustellen, dass die berechnete **Forderung, in allen Forschungsarbeiten Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen**, zum Beispiel bei Testungen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen, **nur zu einem verschwindend geringen Prozentsatz umgesetzt** wurde.

Eine Abfrage der Datenbank PubMed vom 10.01.2022 zeigt, dass von den insgesamt 215.841 Publikationen zu COVID-19 lediglich 6412 (3%) im Abstract den Begriff „sex“ und nur 2285 (1%) „sex-“ oder „gender differences“ erwähnen.

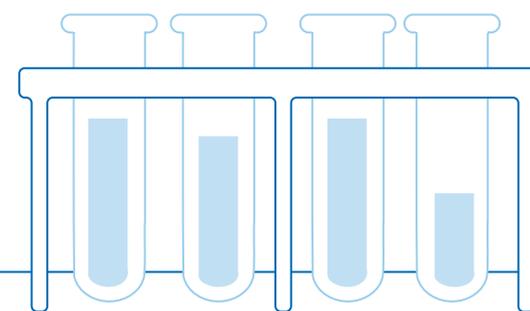
Hier scheint sich das Phänomen des in der Vergangenheit erkennbaren **Geschlechterbias in der Erforschung und Entwicklung von Wirkstoffen und Medikamenten** fortzuschreiben, da **Frauen oftmals in Studien deutlich unterrepräsentiert blieben**. Häufig wird Zeitmangel für diese Vorgehensweise als Begründung angeführt. Werden **Frauen in Studien** eingeschlossen, müssen der unterschiedliche **Sexualhormonstatus vor der Menopause** mit Menstruationszyklus und nach der Menopause sowie der Lebensabschnitt **Schwangerschaft** in der **Forschungsplanung berücksichtigt** werden. Daraus ergibt sich ein **zeitlicher und finanzieller Mehraufwand**, da eine **größere Anzahl von Versuchstieren und Probandinnen** erforderlich sind. Werden dagegen weiterhin – wie bisher – Daten generiert, hätten sie in der Konsequenz wenig bis keinen Aussagewert, da die Mindestanforderung, die sog. statistische Power, nicht erreicht würde, um eine statistische Signifikanz tätigen zu können.

Bisher wurden Daten aus Studien mit männlichen Versuchstieren bzw. Studien, an denen **überwiegend Männer** teilgenommen haben, jedoch **gleichermaßen auf Frauen übertragen**. Der Einfluss von Zyklusgeschehen, Schwangerschaften oder einer unterschiedlichen Stoffwechslung bestimmter Wirkstoffe wurde damit nicht ausreichend oder gar nicht erfasst – mit **zum Teil gravierenden Nebenwirkungen** für die Betroffenen.



Sowohl im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung als auch nach der Impfung mit einem mRNA-Impfstoff wurde beispielsweise von Zyklusstörungen berichtet. **Auch wenn diese Tatsache nicht den Nutzen einer Impfung infrage stellt, so hätten sich Frauen besser verstanden und informiert gefühlt**, wenn eine **proaktive wissenschaftlich fundierte Kommunikation seitens der zuständigen Institutionen** stattgefunden hätte **anstatt eines Erfahrungsaustauschs über Social Media**. Auf diese Weise hätten Unsicherheiten und Ängste abgefedert werden können.

Zur Vermeidung eines Geschlechterbias bei der Erforschung der SARS-CoV-2-Infektion als auch für die (Weiter-)Entwicklung notwendiger Impfstoffe ist es dringend erforderlich, Studien und Untersuchungen nach Geschlecht zu differenzieren. Mit präziseren Aussagen wären eine größere Therapieeffizienz und eine geringere Nebenwirkungsrate zum Beispiel durch eine an Geschlecht und Alter angepasste Dosierung zu erwarten. Die sich daraus ableitenden Präventionsmaßnahmen zum Schutz vor der Ansteckung und die frühzeitigen an das Geschlecht angepassten Therapien würden langfristig für eine höhere Akzeptanz gesundheitspolitischer Maßnahmen bei der Bevölkerung sorgen.



Infos

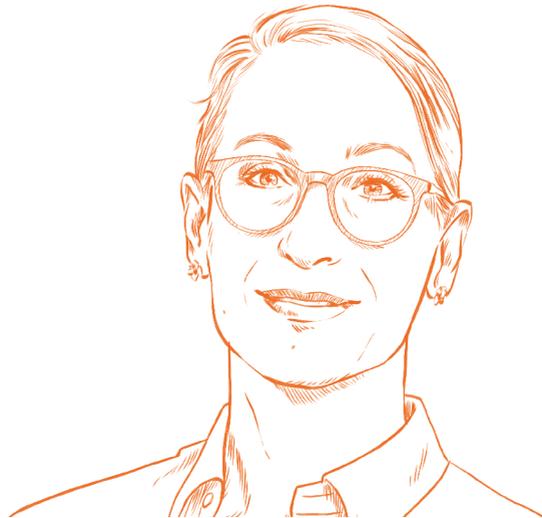
Long COVID
4:1



- Nebenwirkungen nach einer COVID-19-Impfung waren vorwiegend bei jüngeren Frauen vor der Menopause festzustellen; in seltenen Fällen sogar mit Todesfolge aufgrund einer Hirnvenenthrombose.
- In Studien zum Impfstoff waren zu wenige Frauen eingeschlossen.
- Erkenntnisse der Gendermedizin, die vor allem im Zuge des Pandemiegeschehens gewonnen wurden, gilt es zu berücksichtigen.
- Retrospektive Datenanalysen der COVID-19-Erkrankungsdynamik einschließlich der Long-COVID-Syndrome wären nach Geschlechtern getrennt aufzuarbeiten.

- Frauen sind im Vergleich zu Männern in einem Verhältnis von 4:1 von Long COVID betroffen.
- Mit einer Meldepflicht könnten Nebenwirkungen nach Schutzimpfung getrennt nach Alter und Geschlecht erfasst und so zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden.
- Mit geschlechtsspezifischen Dosisfindungskurven bei Schutzimpfungen und Medikamenten in der Entwicklung ließen sich – wenn erforderlich – geschlechts- und altersangepasste Dosierungen empfehlen.





Asthma und COVID-19 M/W?

Dr. med. Camilla Lüttecke-Hecht

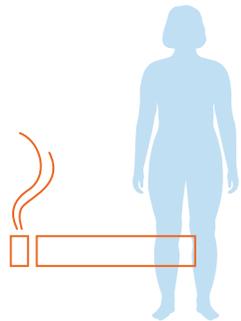
Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie,
Lungenfacharztpraxis Mainz



Wie bei vielen anderen chronischen Erkrankungen gibt es beim Asthma ebenfalls generelle Geschlechterunterschiede. Sexualhormone haben aufgrund vielfältiger biologischer Effekte auf Zellebene auch einen deutlichen Einfluss auf eine Asthmaerkrankung.

Jegliche hormonelle Umstellung kann erhebliche Auswirkungen auf das klinische Erscheinungsbild und den Schweregrad einer Asthmaerkrankung haben.

Das Risiko für inhalative Allergien als etablierter Risikofaktor für die Entwicklung eines Asthmas steigt bei Mädchen ab der Pubertät an. **Eine Asthmaerkrankung zeigt sich klinisch bei Mädchen ab der Pubertät häufiger als bei Jungen, die eher während der Kindheit davon betroffen sind** und sich dann ab der Pubertät häufiger (vorübergehend) bessern. Schwangerschaft und Stillzeit können eine asthmatische Erkrankung sowohl verbessern als auch verschlechtern. Durch die **hormonelle Umstellung** in der **Menopause** kommt es bei vielen Frauen mit **etabliertem Asthma zu einer Verschlechterung der Symptomatik** – häufig einhergehend mit einer erhöhten Überempfindlichkeit der Atemwegsschleimhäute, einer vermehrten Reizbarkeit und Hustensymptomen.



Frauen sind deutlich anfälliger gegenüber schädigenden Einflüssen

Mit Einsetzen der Menopause oder auch danach können Frauen einen gut definierten klinischen Phänotyp des sogenannten „late-onset Asthmas“ ausbilden.

Neben dem hormonellen Einfluss sind auch anatomische Unterschiede der Lunge und der Atemwege bei Atemwegserkrankungen zu berücksichtigen: Zum Beispiel können **kleinere und engere Atemwege bei Frauen dazu führen, dass trotz korrekter Inhalationstechnik inhalative Medikamente weniger gut in den Bronchien deponiert** werden können als bei Männern.

Die Forschung zu Genderunterschieden bei COPD als chronischer Atemwegserkrankung, die auch aus einer Asthmaerkrankung folgen kann, zeigt, dass **Frauen deutlich anfälliger** gegenüber **schädigenden Einflüssen**, wie beispielsweise dem inhalativen Rauchen sind. Sie profitieren daher besonders von einer Nikotinabstinenz, haben allerdings deutlich größere Schwierigkeiten, das Rauchen aufzugeben.

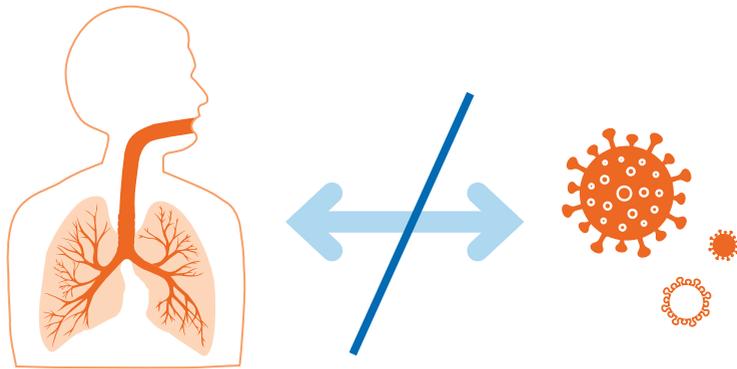
Statistisch sind jedoch **mehr Männer**, insbesondere im Beruf, atemwegsschädigenden Einflüssen wie Chemikalien bzw. Gasen ausgesetzt und haben damit ein **höheres Risiko bzgl. der Entwicklung von Asthma** und Atemwegserkrankungen **durch exogene Schadstoffe**.



Männer haben ein höheres Risiko, Asthma zu entwickeln durch exogene Schadstoffe

In strukturierten Untersuchungen zeigt sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Asthmakontrolle. Die Therapieadhärenz scheint bei Frauen höher zu sein als bei Männern, gleichzeitig aber auch die Angst vor möglichen Nebenwirkungen durch inhalative Steroide, die die Basis der Asthmabehandlung darstellen.

Wissenschaftlich ist noch nicht eindeutig geklärt, wie Männer und Frauen mit Asthma ihre Lebensqualität einschätzen. Hier existieren widersprüchliche Daten. Frauen scheinen im Gegensatz zu Männern ihre Symptome als belastender zu empfinden. **Angst und Depression** als negative Einflussfaktoren im Umgang mit chronischen Erkrankungen finden sich **bei Frauen häufiger**. In Berichten von klinischen Symptomen im Arztgespräch zeigt sich eine weibliche Dominanz. Dies führt jedoch dazu, dass Beschwerden individuell besser adressiert werden können. Männer dagegen neigen zur Bagatellisierung und beschreiben ihre Symptome weniger präzise, insbesondere bei gesundheitsschädigender Lebensweise. In der Folge kann eine mögliche ärztliche Fehleinschätzung dazu führen, dass die notwendige Diagnostik unter Umständen verzögert wird.



Asthma begünstigt eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass Asthma eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht begünstigt. Dies gilt für alle Schweregrade des Asthmas. Auch gibt es keinen wissenschaftlichen Anhalt dafür, dass Patienten und Patientinnen mit Asthma einen schwereren Krankheitsverlauf erleiden. Eine Ausnahme bildet allerdings die Patientengruppe, die regelmäßig höhere Dosen oralen Cortisons einnimmt.

Diese wissenschaftliche Erkenntnis hat im Sommer 2020 dazu geführt, dass Asthma als expliziter Risikofaktor für einen schwereren Verlauf auf der Webseite des RKI nicht mehr genannt wird. Asthmatikern und Asthmatikerinnen als ausgewiesener Risikogruppe wurden jedoch im Herbst 2020 FFP2-Masken zugeteilt. Männer haben zwar bei einer Coronainfektion insgesamt ein höheres Risiko, schwerer zu erkranken, **was aber zunächst nicht auf die Atemwege zurückzuführen ist** oder auf die Tatsache, dass eventuell ein komorbides Asthma vorliegt.

Infos

- Hormone haben einen deutlichen Einfluss bei Asthmaerkrankungen.
- Jungen können eher während der Kindheit an Asthma leiden, Mädchen haben dagegen mit Einsetzen der Pubertät ein höheres Risiko, Asthma zu entwickeln.
- Mit Einsetzen der Menopause kann es bei Frauen mit einem etablierten Asthma zu einer Verschlechterung kommen.
- Kleinere Lungen führen bei Frauen dazu, dass Medikamente, die inhaliert werden, weniger gut in den Bronchien verbleiben als bei Männern.
- Frauen sind im Gegensatz zu Männern anfälliger für den schädigenden Einfluss des inhalativen Rauchens.
- Männer sind dagegen häufiger im Beruf schädigenden Gasen durch Chemikalien ausgesetzt und damit einem höheren Risiko für eine Asthmaerkrankung.
- Frauen schildern im Anamnesegespräch ihre Symptome genauer und detaillierter, während Männer eher zur Bagatellisierung neigen.
- Die Therapieadhärenz ist bei Frauen gemeinhin höher.
- Asthma begünstigt nicht eine SARS-CoV-2-Infektion und ist auch kein Risikofaktor für einen schweren Verlauf.



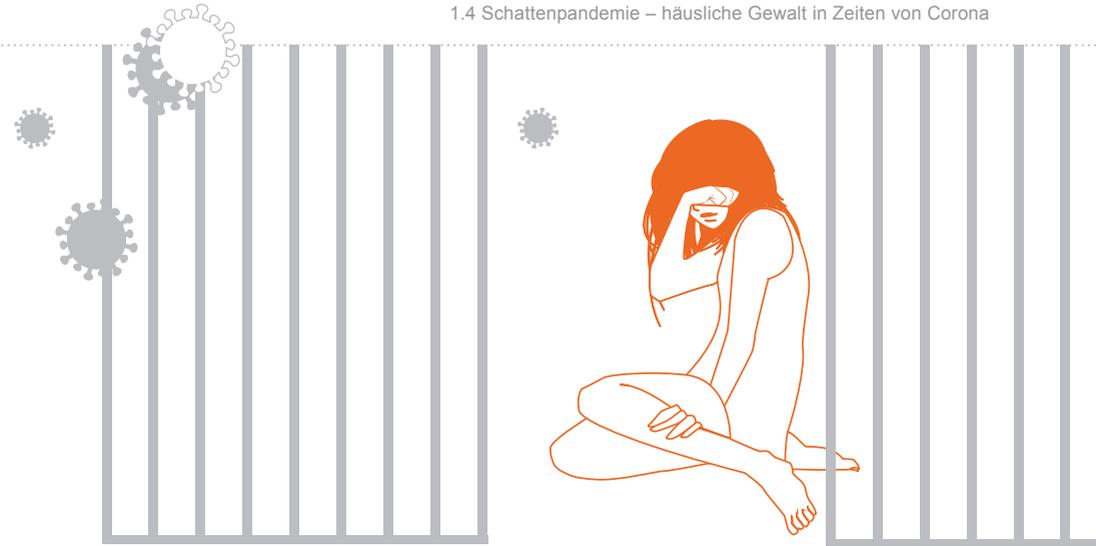
Schattenpandemie – häusliche Gewalt in Zeiten von Corona

Amera Mojahed¹ (MPH),
Verena C. S. Büechl² (B.Sc.),
Prof. Dr. Susan Garthus-Niegel^{1,2,3}

¹ Institute and Policlinic of Occupational and Social Medicine, University Hospital Carl Gustav Carus, Faculty of Medicine, Technische Universität Dresden, Germany

² Institute for Systems Medicine (ISM) and Faculty of Medicine, MSH Medical School Hamburg, Germany

³ Department of Child Health and Development, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway



Soziale Isolation kann einen entscheidenden Risikofaktor für häusliche Gewalt darstellen. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass während des ersten Lockdowns in Deutschland sowohl Frauen als auch Männer vermehrt Wut und Aggressionen zeigten und dazu neigten, ihre Wut auf andere zu richten.

Um der Verbreitung des Coronavirus entgegenzuwirken, wurden in vielen Ländern Maßnahmen wie beispielsweise Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen eingeführt.^{1,2} Trotz ihrer Wirksamkeit bezüglich der Eindämmung des Virus³ können diese Maßnahmen auch unerwünschte psychosoziale und ökonomische Konsequenzen – wie beispielsweise soziale Isolation – nach sich ziehen.

So zeigte eine Studie, dass soziale Isolation einen entscheidenden Risikofaktor für häusliche Gewalt darstellen kann.²

Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass während des ersten Lockdowns in Deutschland **sowohl Frauen als auch Männer vermehrt Wut und Aggressionen zeigten und dazu neigten, ihre Wut auf andere zu richten.**⁴ Ferner können sich die aus der COVID-19-Pandemie resultierenden Unsicherheiten und **finanzielle Sorgen** ebenfalls negativ auf die Beziehungsqualität auswirken und die Zunahme häuslicher Gewalt begünstigen.⁵ Bereits vor Beginn der COVID-19-Pandemie erlebten jede dritte Frau und jeder vierte Mann im Laufe ihres Lebens häusliche Gewalt.⁶⁻⁸

Im Laufe der Pandemie zeigten weltweit immer mehr empirische Studien steigende Fallzahlen. **So nahm insbesondere die Viktimisierung von Frauen in Nordafrika und Asien zu.**^{9,10}

In Deutschland hat die **psychische Gewalt gegenüber Frauen um etwa 77 %** und gegenüber **Männern um etwa 78 %** zugenommen.⁴

Zusätzlich wurde eine Zunahme der Schwere der körperlichen Gewalt um fast 15 Prozent gegenüber Frauen und um 21 Prozent gegenüber Männern beobachtet.⁴ Bezüglich sexueller Gewalt gegen Frauen wurde ein Anstieg von 3 Prozent berichtet.⁴ Auch wenn die Anstiegsraten beider Geschlechter ähnlich bzw. bei Männern höher erscheinen, sollten die Ergebnisse dieser Studie mit Vorsicht interpretiert werden; denn mit einem Anteil von 15 Prozent der gesamten Studienpopulation waren Männer im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (51 Prozent Frauen, 49 Prozent Männer) nicht repräsentativ vertreten.

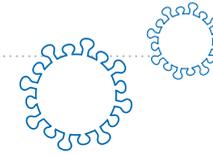
Daten empirischer Studien zu Gewalt gegenüber Kindern während der Pandemie sind aufgrund einiger Barrieren (beispielsweise infolge der Schulschließungen und der daraus resultierenden erschwerten Berichterstattung seitens der Lehrenden über Gewalt) **kaum vorhanden**¹¹.

Neben dem dokumentierten Anstieg der Raten häuslicher Gewalt während der COVID-19-Pandemie wurden auch ihre Auswirkungen und Folgen dokumentiert.¹² **So haben Opfer häuslicher Gewalt ein erhöhtes Risiko, sich selbst zu verletzen und/oder Suizid zu begehen.** Dies verdeutlicht den dringenden Bedarf an leicht zugänglichen Ressourcen und therapeutischer Unterstützung beim Erleben häuslicher Gewalt. **Empirische Studien zum Hilfesuchverhalten** und zu möglichen Veränderungen im Hilfesuchverhalten, die sich aufgrund der eingeführten Maßnahmen im Kontext der COVID-19-Pandemie ergeben haben, **sind erforderlich, um den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern.**

Infos

- In der COVID-19-Pandemie bleiben Frauen die Mehrheit der Betroffenen häuslicher Gewalt.
- Die Aufforderung, „zu Hause zu bleiben“, kann erhebliche Auswirkungen auf Erwachsene und Kinder haben, die mit einer missbräuchlichen oder kontrollierenden Person zusammenleben.
- Lockdown-Maßnahmen haben Tätern und Täterinnen größere Möglichkeiten eingeräumt, ohne externe Kontrolle Gewalt auszuüben.
- Die Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die psychische Gesundheit der Opfer und ihrer Familien werden leicht übersehen, können jedoch ebenso gefährlich sein wie die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit. Beispiele für derlei Auswirkungen sind:
 - Erleben belastender Albträume
 - Entwicklung von Depressionen und Angststörungen
 - Entstehung von Essstörungen
 - Suizidgedanken bis hin zum Suizid
- Die schwerwiegendste Erscheinungsform der häuslichen Gewalt ist der Homozid.





Wichtige Hilfsangebote



Telefonnummern für Krisen- und Notfallsituationen

Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen:	0800 0116016
Hilfetelefon Gewalt an Männern:	0800 1239900
Hilfetelefon Schwangere in Not:	0800 4040020
Hilfetelefon Sexueller Missbrauch:	0800 2255530
Kinderschutzhotline:	0800 1921000
Telefonseelsorge:	0800 1110111



Beratungs- und Anlaufstellen für Krisen- und Notfallsituationen

- BAG Autonome Mädchenhäuser | Bundesarbeitsgemeinschaft autonomer Mädchenhäuser
- BMFSFJ – Hilfe und Beratung bei Gewalt
- Häusliche Gewalt | polizei-beratung.de
- ZIF Zentrale Informationsstelle Autonome Frauenhäuser | Bundesweite Frauenhaus-Suche

In der Tat wurde häusliche Gewalt bereits mehrfach als **Schattenpandemie** beschrieben, die sich inmitten der COVID-19-Krise ausbreitet, und es bedarf einer konzertierten Anstrengung, um diese zu stoppen. Die bestehenden Bemühungen sollten ausgeweitet werden, um den **Zugang zu wichtigen Diensten wie Gesundheits-, Justiz-, Polizei- und Sozialdiensten sowie Hilfetelefonen oder Hilfeportalen zu verbessern**. Die Koordinierung dieser Dienste ist von entscheidender Bedeutung für die Unterstützung und Rehabilitation derjenigen, die Gewalt erfahren, verübt bzw. miterlebt haben.¹³

Literaturverzeichnis

- 1 Garthus-Niegel S, Seefeld L, Mojahed A, Schellong J. Häusliche Gewalt im Kontext der COVID-19-Pandemie: Häusliche Gewalt im Kontext der COVID-19-Pandemie (2021; 15(3):[200-10 pp.]. Available from: <https://elibrary.klett-cotta.de/article/10.21706/fg-15-3-200>
- 2 Mojahed A, Brym S, Hense H, Grafe B, Helferich C, Lindert J, et al. Rapid Review on the Associations of Social and Geographical Isolation and Intimate Partner Violence: Implications for the Ongoing COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry* (2021) 12:578150. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.578150>
- 3 Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, Mikolajczyk A, Schubert J, Bania J, et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *J Travel Med* (2020) 27(3). Epub 2020/03/18. doi: [10.1093/jtm/taaa037](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa037). PubMed PMID: 32181488; PubMed Central PMCID: PMC7184469
- 4 Jung S, Kneer J, Kruger THC. Mental health, sense of coherence, and interpersonal violence during the covid-19 pandemic lockdown in Germany. *Journal of Clinical Medicine* (2020) 9(11):1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9113708>
- 5 Mojahed A, Alaidarous N, Shabta H, Hegewald J, Garthus-Niegel S. Intimate Partner Violence Against Women in the Arab Countries: A Systematic Review of Risk Factors. *Trauma, Violence, & Abuse* (2020):1524838020953099. doi: [10.1177/1524838020953099](https://doi.org/10.1177/1524838020953099)
- 6 WHO. *Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence*. (2012)
- 7 Kolbe V, Büttner A. *Domestic Violence Against Men – Prevalance and Risc Factors*. *Dtsch Ärztebl International* (2020) 117:534-41
- 8 Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, et al. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (2011)
- 9 Sediri S, Zgueb Y, Ouali U, Jomli R, Nacef F, Ouanes S, et al. Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health* (2020) 23(6):749-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>
- 10 Pattojoshi A, Sidana A, Garg S, Mishra SN, Singh LK, Goyal N, et al. Staying home is NOT 'staying safe': A rapid 8-day online survey on spousal violence against women during the COVID-19 lockdown in India. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2021) 75(2):64-6. doi: [10.1111/pcn.13176](https://doi.org/10.1111/pcn.13176). PubMed PMID: 2021-15965-003
- 11 Bhatia A, Fabbri C, Cerna-Turoff I, Tanton C, Knight L, Turner E, et al. COVID-19 response measures and violence against children. *Bull World Health Organ* (2020) 98(9):583-A. doi: [10.2471/BLT.20.263467](https://doi.org/10.2471/BLT.20.263467). PubMed PMID: 33012855
- 12 Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing* (2020) 29(13-14):2047-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15296>
- 13 Thiel F, Büechl VCS, Rehberg F, Mojahed A, Daniels JK, Schellong J, et al. Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* (2022) 13. doi: [10.3389/fpsy.2022.874183](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.874183)



Der „Krisenchat“ als Rettung bei häuslicher Gewalt

Interview mit Kai Lanz

Mitgründer und Geschäftsführer Krisenchat

Ein Chat ist ein perfektes Format, gerade, wenn Täter oder auch Täterinnen im gleichen Haushalt oder gar im gleichen Raum sind. Man kann unbemerkt eine Nachricht schreiben und im Prinzip lautlos laut sein.

Sie haben 2021 Abitur gemacht und haben sich schon in der Schulzeit mit Gewalterfahrungen von Jugendlichen auseinandergesetzt. Ergebnis war die Exclamo-App, die sich Kinder und Jugendliche herunterladen konnten – allerdings nur, wenn sie in einer Schule angemeldet waren. Jetzt gibt es den „Krisenchat“. An wen richtet sich dieses Angebot, und welche Hilfe erhalten Betroffene?



Bei unserem neuen Projekt „Krisenchat“ bieten wir Krisenberatung für unter 25-Jährige an, die uns ganz einfach über WhatsApp oder per SMS schreiben können und die von unseren Fachkräften eine Antwort erhalten. Wir verfügen über ein Netzwerk von 300 ehrenamtlichen Psychotherapeuten und -therapeutinnen, Psychologinnen und Psychologen und anderen Experten und Expertinnen, die von uns zusätzlich ausgebildet werden. Da es im Bereich der Chat-Beratung kaum Erfahrungen gibt, haben wir hierzu ein eigenes Chat-Beratungskonzept entwickelt, in Verbindung mit vielen spezialisierten Leitfäden zu Themen wie Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten oder Kindeswohlgefährdung.

Ist der Beratungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen während der Coronapandemie gestiegen?

Der Krisenchat hat sich erst im ersten Lockdown gegründet, deswegen haben wir keinen Vergleich zu Vor-Corona-Zeiten. Wir sehen aber, dass wir im Sommer deutlich weniger Nachfragen hatten als im Winter oder im Frühjahr. Jetzt im Herbst und Winter (2021) steigt die Zahl wieder an.

Wie viele Anfragen haben Sie im Durchschnitt?

Im Oktober 2021 haben wir 4600 Beratungen vorgenommen. Wir haben auch die ersten bezahlten Berater und Beraterinnen angestellt, da wir 24 Stunden erreichbar sind und es sehr schwer ist, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zwischen zwei und vier Uhr morgens zu gewinnen. Zwischen 19 und 1 Uhr nachts ist eigentlich die Kernzeit der Anfragen. Emotionen kommen meist am Abend hoch.

Wie werden diese Beraterinnen und Berater finanziert? Läuft das über die Krankenkasse?

Wir haben eine Mischfinanzierung. Wir arbeiten mit einigen Krankenkassen zusammen, werden aber auch von Fördereinrichtungen, Stiftungen und Spenden von Einzelpersonen finanziert.

Ist der Krisenchat wegen Corona entstanden oder aus Exclamo heraus?

Das ist eine Mischung aus beidem. Krisenchat ist aus dem vorherigen Konzept entstanden. Wir hatten bereits die Idee, ehrenamtliche Fachkräfte einzubinden. Während Corona waren alle Schulen geschlossen, und die Einführung einer App wäre in der Zeit nur sehr schwer umsetzbar gewesen. Gleichzeitig haben aber Probleme wie zum Beispiel häusliche Gewalt stark zugenommen. Studien haben im Nachhinein belegt, dass Depressionen und psychosozialer Stress zahlenmäßig deutlich angestiegen sind.



Im Lockdown waren Kinder und Jugendliche stark isoliert: keine Schule, keine Kontrolle durch Lehr- bzw. Erziehungspersonal oder Mitschüler. Wie haben es die Kinder oder die Jugendlichen geschafft, sich zu melden und Hilfe zu holen?

Das von uns angebotene Medium eignet sich perfekt für diese Situation. Gerade, wenn Täter oder auch Täterinnen im gleichen Haushalt oder gar im gleichen Raum sind. Im Lockdown war eine telefonische Beratung nicht möglich, denn die Betroffenen konnten ja nicht die Wohnung oder das Haus verlassen. Hier ist ein Chat ein perfektes Format. **Man kann unbemerkt eine Nachricht schreiben und im Prinzip lautlos laut sein. Das senkt die Hemmschwelle, sich zu melden, und Betroffene trauen sich auch, Hilfe zu suchen.** Wie wichtig diese niedrige Hemmschwelle ist, sehen wir daran, dass **50 Prozent der Personen, die sich bei uns melden, explizit sagen, dass sie mit niemandem über das Problem gesprochen haben.** Hier reden wir über die Dunkelziffern.

Wie ist der Altersdurchschnitt?

In der Regel sind die Personen zwischen zwölf und zwanzig Jahre alt.



Haben Sie bemerkt, dass bei den Hilfesuchenden vorrangig Depressionen oder Gewalt (sexualisierte Gewalt) eine Rolle spielen?

Am meisten ging es um Depressionen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Gewalt spielt auch eine Rolle, macht aber nicht mehr als 10 Prozent der Chats aus. Wie wir dann konkret helfen, ist von Chat zu Chat unterschiedlich. **Manchmal genügt ein Gespräch.** Es kann aber auch sein, dass man konkrete Tipps an die Hand bekommt, was man in einer bestimmten Situation tun kann. Wir **begleiten die Menschen dahingehend**, dass sie sich **langfristig Hilfe** holen. Gerade wenn es um Gewalt geht, unterstützen wir dahingehend, dass die Betroffenen auch die Polizei rufen.

Gibt es auch einen Unterschied bei Mädchen/jungen Frauen und Jungen/jungen Männern?

Es melden sich **deutlich mehr weibliche Personen, sie machen rund 80 Prozent aus. Die Themen rund um psychische Probleme sind bei jungen Männern immer noch sehr stigmatisiert.** Immer noch ist die Einstellung weit verbreitet: „Ich kann mir keine Hilfe holen. Man ist nicht stark, wenn man sich Hilfe holt. Ich muss da allein durch.“

Es ist wirklich erstaunlich und traurig, dass sich diese Einstellung auch in der jungen Generation fortsetzt! Werden diese „Männlichkeitsmuster“ über Social Media geprägt?

Meiner Ansicht nach ist dieses **Männlichkeitsbild in der Gesellschaft noch immer sehr etabliert.** Letzte Woche haben wir ein TikTok-Video dazu gedreht und thematisiert, warum sich eigentlich so wenige Jungen im Krisenchat melden. Dazu kamen Kommentare von Jungen, die schreiben, sie hätten in ihrer Jugend immer Sprüche gehört wie: „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder: „Sei kein Mädchen!“.

Haben Sie inzwischen eine Anerkennung für Ihre Initiative und Arbeit vom Berliner Senat oder dem Forschungsministerium bekommen?

Mit dem Familienministerium sind wir bisher in Sachen Zusammenarbeit nicht über eingekommen. Mit der Uni Leipzig betreiben wir ein Forschungsprojekt, das vom Gesundheitsministerium finanziert wird.

Wie geht es bei Ihnen weiter? Fangen Sie ein Studium an?

Nein, wir arbeiten weiter an unserem Projekt. Wir beschäftigen uns mit der Frage, wie wir mehr Kapazitäten beim Krisenchat aufbauen können. Im deutschsprachigen Raum ist der Bedarf 100- bis 500-mal größer als unsere Kapazitäten. Wir arbeiten mit Hochdruck daran, jungen Menschen zu helfen.



„Long COVID, eine Herausforderung für den Alltag“

Interview mit Erich Irlstorfer

Mitglied des Deutschen Bundestages und
Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

¹ Verein für durch COVID-19 Erkrankte und Langzeitgeschädigte sowie deren Angehörige zur Information, Aufklärung und Selbsthilfe“ (ELIAS e.V.) www.elias-ev.de

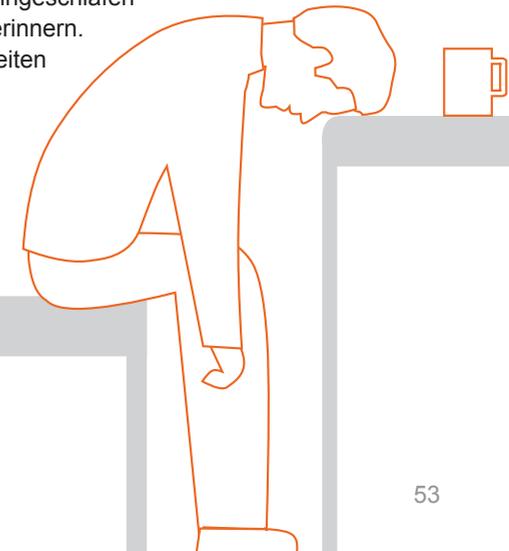
Wir müssen Long COVID als eigenständige Erkrankung anerkennen und im System implementieren. Wir benötigen eine gute Datenlage zu den sehr unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen der Krankheit.

Sie haben den Verein ELIAS e.V.¹ gegründet, von durch Long-COVID-Folgen Betroffenen für Betroffene. Wie kam es dazu?

Ich habe mich mit meiner Familie komplett mit Corona infiziert am 3. Januar 2021: Meine Mutter, meine Frau und meine beiden Kinder. Meine Mutter ist am 9. Januar 2021 an Corona verstorben. Ich musste am 12. Januar aufgrund meiner Symptome ins Klinikum und wurde auf der Isolationsstation behandelt. Dank ärztlicher Kunst und Glück ließ sich eine Verlegung auf die Intensivstation vermeiden. Nach einer Woche wurde ich wieder entlassen, mit einer Kraftreserve, die nur ungefähr 20 Prozent dessen entsprach, was ich vor der Erkrankung zur Verfügung hatte.

Manchmal bin ich sogar bei Telefonaten eingeschlafen und konnte mich nicht mehr an Namen erinnern. Ich musste mir Namen und Zuständigkeiten meiner Mitarbeiter aufschreiben.

Sich nicht mehr auf den eigenen Körper verlassen zu können, bedeutete ein gewisses Gefühl der Ohnmacht. Im Austausch mit meinem Hausarzt bemerkte ich eine gewisse Rat- und Hilflosigkeit COVID-19-Erkrankten gegenüber, die als gesund entlassen werden, aber eben noch nicht gesund sind.





Ich bin Diabetiker mit einer eher leichten Ausprägung. Nach meiner Covid-19-Infektion waren extreme Ausschläge beim Blutzuckerspiegel zu beobachten, der manchmal sehr hoch, ein anderes Mal sehr niedrig war. Auch hinsichtlich Herz-Kreislauf-Symptomen musste ich behandelt werden. Eine stationäre Rehabilitation im Februar hat mir für meine Diabeteserkrankung sehr viel geholfen. Hier standen Bewegung und Vitalitätsaufbau im Zentrum und das Ziel, ins Leben zurückzufinden.

In der Reha angekommen, habe ich mit einem kurzen Video für Facebook und Instagram darüber informiert, dass ich nicht bei Vorort-Terminen dabei sein kann. **Auf diesen Post hatten wir über 7500 Zugriffe und viele Kommentare, auch von Betroffenen, die genau das Gleiche beschrieben und die sich komplett allein-gelassen fühlten.** Daraus entstand dann der Wunsch, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, da mir hier erst bewusst wurde, wie groß der Bedarf an Hilfestellung ist. Als es die Kraft zuließ, habe ich mir Mitstreiterinnen und Mitstreiter gesucht, um Vereinsstrukturen zu schaffen und einen Namen zu finden. Am 21. Mai 2021 waren wir dann in der Lage, den Verein ELIAS zu gründen. Natürlich verzögern sich manche Prozesse, wenn man mit erkrankten Menschen einen Verein gründen will, aber das nehme ich gerne in Kauf, weil der Vorteil der Selbsterfahrung deutlich wertvoller ist.

Es gab viel Zuspruch von Menschen, die entweder selbst an Corona erkrankt waren, vielleicht sogar beatmet werden mussten oder im Koma lagen, oder als Angehörige oder Eltern von erkrankten Kindern mittelbar betroffen waren. Als Privatperson habe ich hier die Federführung übernommen, um der Initiative eine Stimme zu geben. In der Folge sind kleinere Vereinigungen gegründet worden, z.B. in Regensburg. Hier werden Rehasport und die Möglichkeit des Austauschs angeboten; andere Initiativen lassen Kinder zu Wort kommen. Die haben mit Bildern und Texten ausgedrückt, wie sie sich mit Corona und auch in der Coronazeit fühlen.

Während der Vereinsgründung gab es selbstverständlich in der Wahlkampfperiode eine Schaffenspause, um hier Interessenkonflikte zu vermeiden.

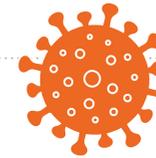
Inzwischen haben wir eine Facebook-Seite² und eine Webseite. Wir sind dabei, eine Beratungsstruktur in drei Landkreisen aufzubauen, und durch kontinuierliche Arbeit lassen sich ja Entscheiderinnen und Entscheider gewinnen, um das Thema dauerhaft zu implementieren. Klaus Holetschek, der bayerische Gesundheits- und Pflege-minister, hat 5 Millionen Euro im bayerischen Haushalt für Forschung bereitgestellt. Ich setze mich dafür ein, dass auch in der neuen Bundesregierung dafür Mittel bereitgestellt werden.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für Betroffene, die an COVID-19 erkrankt sind?
Was wird am meisten gebraucht?

Punkt eins: Wir müssen Long COVID als eigenständige Erkrankung anerkennen und im System implementieren. Zweitens müssen wir in der ärztlichen Ausbildung nachsteuern, und hier geht es vor allem um die Kindermedizin. Denn wir sehen, dass viele Kinder und Jugendliche erkranken und unter erheblichen Spätfolgen leiden – sei es physisch oder psychisch.

Drittens brauchen wir Handwerkszeug für die Rehabilitation. Hier gehen wir mit dem G-BA ins Gespräch, um ein zertifiziertes Leistungsspektrum zu entwickeln. Dazu brauchen wir die Deutsche Rentenversicherung und andere Versicherungsträger. Da wir **beobachten, dass manche Long-COVID-Symptome auch chronifizieren – das Fatigue-Syndrom ist ein Beispiel –** haben wir die Entscheidung getroffen, dass über die **Krankenkassen wieder Kuren in Anspruch genommen werden können.** Die beiden Spezialistinnen für Kinder, z. B. Frau Prof. Uta Behrends von der Technischen Universität München und Frau Prof. Carmen Scheibenbogen von der Charité Berlin, tragen hier Erkenntnisse zusammen, um die nächsten Schritte zu gehen.

² www.facebook.com/ELIAS.LongCovidHilfe



Was würden Sie sich ganz konkret von der Versorgung wünschen?

Ich hoffe, dass wir bald eine bessere Diagnostik bekommen. **Wir brauchen eine gute Datenlage zu den sehr unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen der Krankheit.** Wir müssen die Ärzteschaft ausbilden und sensibilisieren, damit die Beschwerden auch ernst genommen werden, wie Erschöpfung oder Erinnerungsverlust.

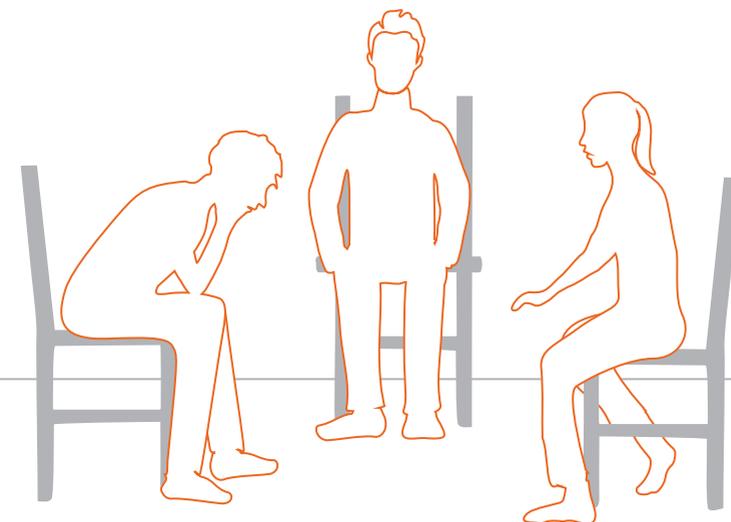
Ebenfalls müssen wir Kinderärzte verstärkt einbinden und auch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten finden. Wichtig ist, dass man in der Akutversorgung das Thema Rehabilitation mitdenkt – für Erwachsene und für Kinder. Kinder sind nicht kleine Erwachsene, sondern empfinden und reagieren ganz anders.

Viele Menschen brauchen in der Situation einen Ansprechpartner, der zuhört, der einen Ratschlag geben oder Hilfe bzw. die richtigen Adressen vermitteln kann. Der **Austausch mit Gleichgesinnten, mit Menschen, die die gleiche Erfahrung gemacht haben, wie z. B. künstlich beatmet worden zu sein, ist sehr, sehr wichtig.** Das betrifft auch viele, die sich nicht mehr von ihren Liebsten verabschieden konnten.

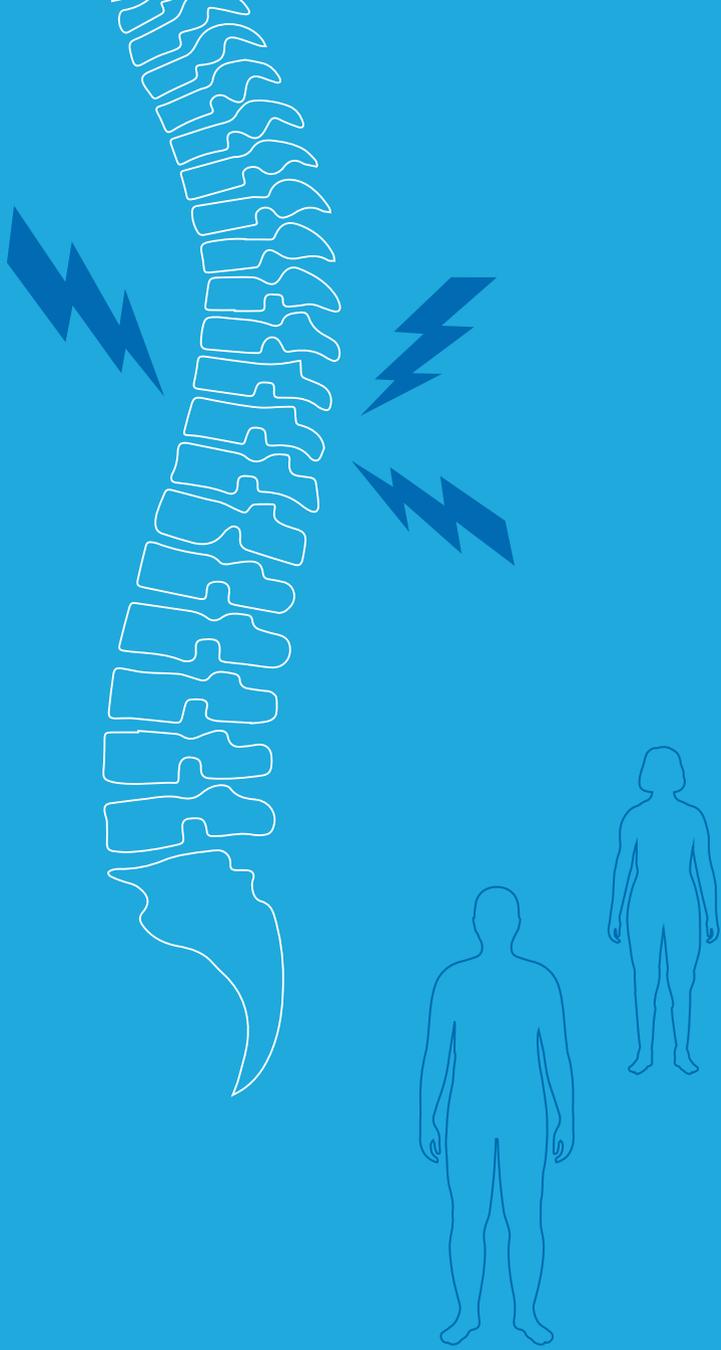
Ich spreche aus eigener Erfahrung, denn meine Mutter war in einem Pflegeheim und schwer krank. Da ich sie eng begleitet habe, bin ich täglich getestet worden, habe alle Hygienevorschriften beachtet, und dennoch kam auf einmal die Diagnose Corona. Meine Mutter kam ins Krankenhaus, und ich konnte nicht mehr zu ihr, da ich selbst infiziert war. Wir haben zwar telefoniert, allerdings wurde sie immer schwächer – bis ich die Nachricht erhalten habe, dass sie verstorben ist. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen, die ich politisch natürlich mitverantwortet habe, war keine richtige Beerdigung möglich. Glücklicherweise hatten wir einen einfühlsamen Priester, der einiges aufgefangen hat, auch den fehlenden Gottesdienst. Das Gespräch mit einer Pflegerin, die meine Mutter in den letzten Stunden begleitet hat, hat mir persönlich sehr geholfen.

Viele Menschen hatten das Gefühl, ihre Liebsten alleinzulassen und mit wichtigen Fragen allein zu sein: Wie verabschiede ich mich? Wie gehe ich mit der Situation um? Das muss man erst mal verarbeiten. Diese Menschen brauchen Unterstützung. Wir werden mit seelischen Problemen und mit Langzeitfolgen zu rechnen haben.

Wir von **ELIAS e.V.** möchten deshalb **Gesprächsangebote** in verschiedene Richtungen machen, auch spirituell, zum Beispiel für Menschen unterschiedlicher Glaubensrichtungen oder mit Migrationshintergrund. Schon jetzt bieten wir regelmäßige Dialogstunden an, um im geschützten Raum mit Betroffenen oder Angehörigen über ihre Sorgen, Nöte und Ängste zu sprechen. Gemäß dem Sprichwort **„geteiltes Leid ist halbes Leid“** reicht es meistens schon aus, sich mit Menschen auszutauschen, die vergleichbare Erfahrungen gemacht haben. Gibt es konkrete Punkte, bei denen Betroffene Unterstützung brauchen, versuchen wir natürlich ebenfalls zu helfen. Selbsthilfegruppen oder vergleichbaren Akteuren kommt beim Thema der seelischen Unterstützung eine besondere Schlüsselposition zu. Deshalb wollen wir dieses Angebot fortführen und ausweiten.



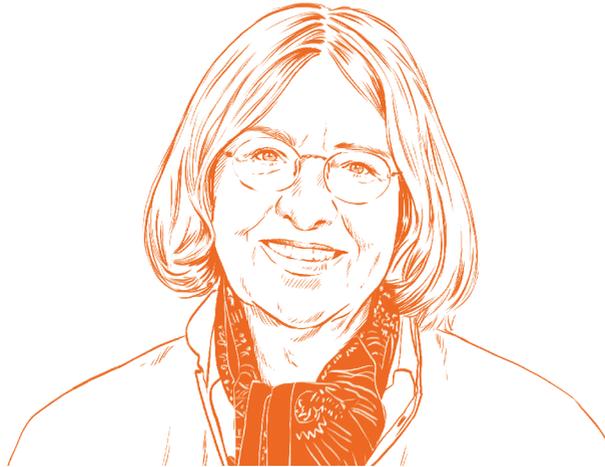
ELIAS e.V.



2

Geschlechteraspekte
rund um die **Knochen**



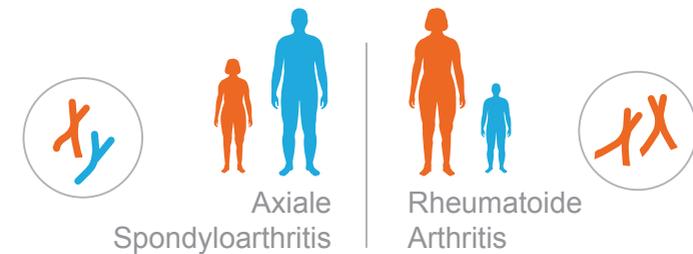


Geschlechteraspekte bei rheumatoider Arthritis und Kollagenosen

Prof. Dr. med. Rieke Alten, Max Mischkewitz

Schlosspark-Klinik, Klinik für Innere Medizin II – Rheumatologie, Klinische Immunologie, Osteologie, Akademisches Lehrkrankenhaus, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Häufigkeit der Erkrankungen bei Männern und Frauen unterschiedlich



In den letzten Jahrzehnten wurden viele rheumatologische Erkrankungen, wie beispielsweise rheumatoide Arthritis (RA) und axiale Spondyloarthritis (axSpA), eindeutig Geschlechtern zugeordnet: Frauen erkrankten demnach deutlich häufiger an RA, Männer dagegen eher an axSpA. Neuere Daten hinterfragen diese Annahmen und zeigen wichtige Unterschiede der Krankheiten zwischen den Geschlechtern auf.

Rheumatoide Arthritis

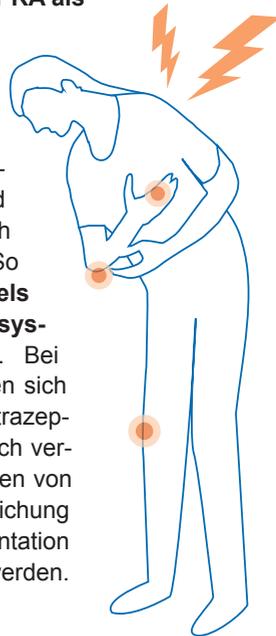
Die **rheumatoide Arthritis (RA)** ist eine chronische Autoimmunerkrankung, die neben Gelenken auch Lunge, Nieren, Herz-Kreislauf-System und weitere Organe betreffen kann. **Frauen sind zwei- bis dreimal so häufig betroffen wie Männer.** Erst ab einem Alter von 75 Jahren steigt die Erkrankungsrate bei Männern. Diese **Unterschiede scheinen u. a. auf Geschlechtshormone zurückzuführen zu sein**, wie der protektive Effekt von Androgenen, aber auch von individuellem Risikoverhalten abzuhängen. So rauchen Männer häufiger, was die Entstehung einer RA^{1,2} begünstigt. Darüber hinaus weisen Frauen, vor allem über 50, eine im Mittel höhere Krankheitsaktivität, stärkere Schmerzen und Fatigue auf als Männer¹.

Im Rahmen einer Therapie sprechen Männer besser auf synthetische Basistherapien und Biologika an. Eine **Schwangerschaft stellt allerdings eine therapeutische Herausforderung dar**, da Methotrexat, das Basistherapeutikum der ersten Wahl bei RA, erwiesenermaßen fruchtschädigend ist. Ähnlich verhält es sich mit Leflunomid, womit die Summe der verfügbaren Substanzen relevant vermindert ist¹.

Insgesamt leiden Frauen häufiger und schwerer an einer RA als Männer und können weniger gut behandelt werden.

Kollagenosen

Auch bei Kollagenosen, einer weiteren Autoimmunerkrankung, die das Bindegewebe, aber auch Blutgefäße und innere Organe in Mitleidenschaft ziehen kann, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So erkranken **Frauen aufgrund ihres höheren Östrogenspiegels vor der Menopause bis zu 15-mal so häufig an einem systemischen Lupus erythematoses (SLE)** wie Männer. Bei Patienten vor der Pubertät und nach der Menopause zeigen sich dementsprechend geringere Unterschiede. Unter oraler Kontrazeption erhöht sich wiederum das Erkrankungsrisiko². Um jedoch verlässliche Aussagen über geschlechterspezifische Verteilungen von Kollagenosen in Deutschland zu treffen, sollte die Veröffentlichung aktueller epidemiologischer Daten, z. B. der Kerndokumentation des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums, abgewartet werden.



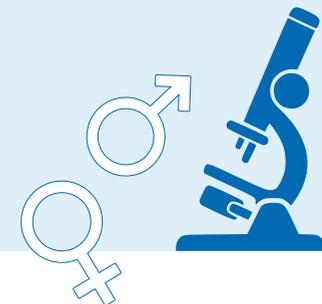
Literaturverzeichnis

- 1 Favalli, E. G., Biggioggero, M., Crotti, C., Becciolini, A., Raimondo, M. G., & Meroni, P. L. (2019). Sex and Management of Rheumatoid Arthritis. *Clin Rev Allergy Immunol*, 56(3), 333-345.
- 2 Ortona, E., Pierdominici, M., Maselli, A., Veroni, C., Aloisi, F., & Shoenfeld, Y. (2016). Sex-based differences in autoimmune diseases. *Ann Ist Super Sanita*, 52(2), 205-212.
- 3 Rusman, T., van Vollenhoven, R. F., & van der Horst-Bruinsma, I. E. (2018). Gender Differences in Axial Spondyloarthritis: Women Are Not So Lucky. *Curr Rheumatol Rep*, 20(6), 35.
- 4 Chimenti, M. S., Alten, R., D'Agostino, M. A., Gremese, E., Kiltz, U., Lubrano, E., Moreno, M., Pham, T., Ramonda, R., Spinelli, F. R., Perella, C., & Andreoli, L. (2021). Sex-associated and gender-associated differences in the diagnosis and management of axial spondyloarthritis: addressing the unmet needs of female patients. *RMD Open*, 7(3).

Infos

Frauen:

- Frauen zeigen bei rheumatoider Arthritis und weiteren Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wie der axialen Spondyloarthritis eine höhere Krankheitsaktivität.
- Frauen haben stärkere Schmerzen als Männer.
- Frauen sprechen schlechter auf wichtige Medikamente zur erfolgreichen Behandlung an.
- Frauen im gebärfähigen Alter erkranken 15-mal häufiger am systemischen Lupus (einer Form der Kollagenose).
- Für eine bessere Versorgung im Bereich rheumatischer Erkrankungen bedarf es eines Umdenkens und weiterer geschlechtssensibler Forschung.





Genderaspekte in der Gesundheitsversorgung:

Geschlechtersensible Versorgung in der Rheumatologie am Beispiel der axialen Spondyloarthritis

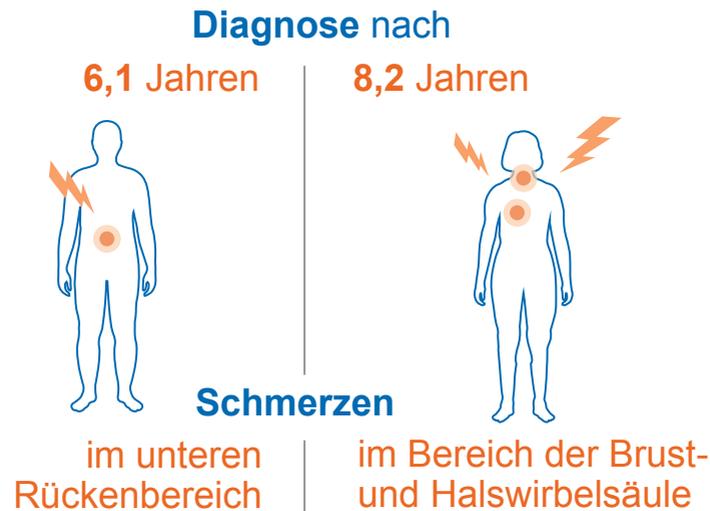
PD Dr. med. Uta Kiltz

Oberärztin an der Ruhr-Universität Bochum und Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne und am Marien Hospital, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Die axiale Spondyloarthritis wurde über lange Jahre als vorwiegend männliche Erkrankung angesehen. Neue Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass sich die klinische Manifestation zwischen Männern und Frauen unterscheidet.

Bei der **axialen Spondyloarthritis (axSpA)** handelt es sich um eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, d. h. eine autoimmun vermittelte Entzündung der Wirbelsäule. AxSpA wurde über lange Jahre als vorwiegend männliche Erkrankung angesehen. Neue Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass sich die klinische Manifestation zwischen Männern und Frauen unterscheidet, was zur Folge hat, dass **Frauen seltener korrekt auf axSpA diagnostiziert** werden. Während bei **Männern** eine axSpA eher mit **tiefsitzenden Rückenschmerzen** einhergeht, klagen **Frauen** zum Beispiel häufiger über **Schmerzen in der Brust- und Halswirbelsäule**. Im Gegensatz zu Männern weisen Frauen zudem im **Röntgenbild weniger häufig sichtbare Strukturveränderungen** auf. Da die **initiale Diagnostik** von Rückenschmerzen zu einem großen Anteil auf **Röntgenaufnahmen** beruht, wird die **zugrundeliegende Entzündung nicht zeitnah erkannt**. Die korrekte Diagnose einer axSpA erfolgt oft nach Jahren chronischer Rückenschmerzen mittels einer Magnetresonanztomographie. Die Daten der European Medicines Agency zeigen, dass **Frauen** in Europa, die an einer axSpA erkranken, im Mittel **nach 8,2 Jahren eine korrekte Diagnose** erhalten, während **Männer** nach **6,1 Jahren** diagnostiziert werden.

Frauen mit einer axSpA-Diagnose sind in ihren **körperlichen Funktionen stärker eingeschränkt**, obwohl sie im Vergleich zu Männern **weniger strukturelle Schäden** an der Wirbelsäule haben. Schmerzen, Steifigkeit und Funktionseinschränkungen bewerten sie als gravierender. Zudem klagen **überwiegend Frauen** über **Einschränkungen ihrer psychischen Gesundheit** und weisen auch stärkere depressive Symptome als Männer auf. **Bei Frauen** liegt also **insgesamt eine höhere Krankheitslast** vor. Um die Einflussfaktoren auf den als reduziert empfundenen Gesundheitsstatus zu identifizieren, ist eine Forschung notwendig, die geschlechtersensible Aspekte mit in den Fokus nimmt.



Im Rahmen einer **medikamentösen Behandlung mit Biologika** weisen Frauen im Vergleich zu Männern eine **reduzierte Ansprechrate** und eine **geringere Therapietreue** auf. Für die Erforschung der ursächlichen Faktoren bedarf es prospektiver Studiendaten zu ätiopathogenetischen und pharmakokinetischen Faktoren in Abhängigkeit vom Geschlecht, die aber zurzeit noch vollständig fehlen. Neben medikamentösen Therapieverfahren erfordert das Langzeitmanagement der axSpA eine regelmäßig durchzuführende Bewegungstherapie – und auch hier gibt es große individuelle Unterschiede in der Adhärenz.

Im Kontext einer chronischen Erkrankung wie der axSpA haben vor allem **Patientinnen im gebärfähigen Alter** und auch ihre **Partner** einen hohen **Informationsbedarf zu Medikamenten**, um in den Entscheidungsprozess zur reproduktiven Gesundheit umfänglich einbezogen werden zu können. Das umfasst den Erhalt der Fruchtbarkeit sowie die Planung einer Schwangerschaft, der Entbindung und Stillzeit. Aufgrund fehlender Daten bzw. einer reduzierten Datenlage sind auch die behandelnden Ärzte, die systematisch aufbereitete Informationen benötigen, kaum in der Lage, hier umfassend zu informieren.

Infos

- Eine axiale Spondyloarthritis (axSpA) unterscheidet sich in ihrer Symptomatik bei Männern und Frauen.
- Männer beschreiben häufig Schmerzen im unteren Rückenbereich, Frauen dagegen eher im Bereich der Brust- und Halswirbelsäule.
- Im Röntgenbild zeigen sich bei Frauen weniger sichtbare Strukturveränderungen an der Wirbelsäule, was die Diagnose erschwert:
 - Das Vorliegen einer axSpA wird bei Frauen in der Regel nach 8,2 Jahren diagnostiziert,
 - bei Männern nach 6,1 Jahren.
- Frauen leiden unter höherer Krankheitslast:
 - Funktionsstörungen der Wirbelsäule, Schmerzen werden stärker bewertet.
 - Es existieren weniger strukturelle Schäden an der Wirbelsäule.
 - Die psychische Belastung ist höher.
- Frauen sprechen weniger gut auf medikamentöse Therapien an und zeigen eine geringere Therapietreue.
- Für Frauen im gebärfähigen Alter und ihre Partner fehlt es an Informationen zur medikamentösen Therapie für die Planung einer Schwangerschaft.
- Insgesamt fehlt es an Daten zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei ätiopathogenetischen oder pharmakokinetischen Faktoren.

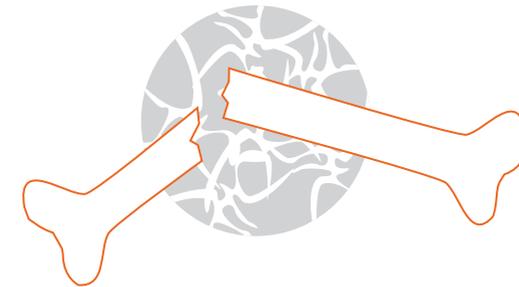


Osteoporose – die Volkskrankheit und das Geschlechterisiko

Interview mit Dr. rer. nat. Dirk Keiner

Chefapotheker

Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar gGmbH

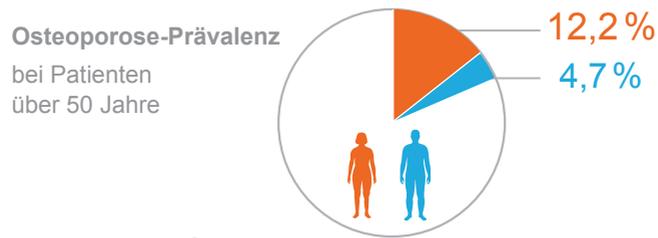


Die verbreitete Auffassung, dass Schwäche und Brüchigkeit der Knochen im Alter nur dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen sind, birgt ein hohes Risiko, Männer noch zu selten in Präventionsmaßnahmen und ein frühes Erkrankungsmanagement einzubeziehen.

Die weltweite Prävalenz der Erkrankung ist sehr hoch, insbesondere in Europa und hier vor allem in Deutschland. Die als „**Knochenschwund**“ bekannteste chronische Skeletterkrankung nimmt den **Status einer Volkskrankheit** ein. Allgemein wird die Labilität des Knochens, d. h. seine Schwäche und Brüchigkeit, mit höherem Alter und dem weiblichen Geschlecht verbunden. Diese verbreitete Auffassung birgt ein hohes Risiko, Männer noch zu selten in Präventionsmaßnahmen und ein frühes Erkrankungsmanagement einzubeziehen.

Wie groß ist das Risiko?

Die **Osteoporose-Prävalenz** liegt in Deutschland bei Patienten über 50 Jahre bei 8,7 Prozent (Frauen: 12,2 Prozent; Männer: 4,7 Prozent). Das Lebenszeitrisiko, eine **Fraktur** zu erleiden, ist bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr wesentlich höher als bei Männern (40 Prozent vs. 13 Prozent).



Woran liegt das?

Männer haben im Vergleich zu Frauen eine höhere Knochendichte und können den Knochen in der Jugend deutlich länger aufbauen. Dieser Knochendichteunterschied lässt sich nicht durch Ernährung, körperliche Aktivität, Körpergewicht oder fettfreie Masse erklären, sondern liegt mit an der Knochengröße (größere Biegefestigkeit)¹.

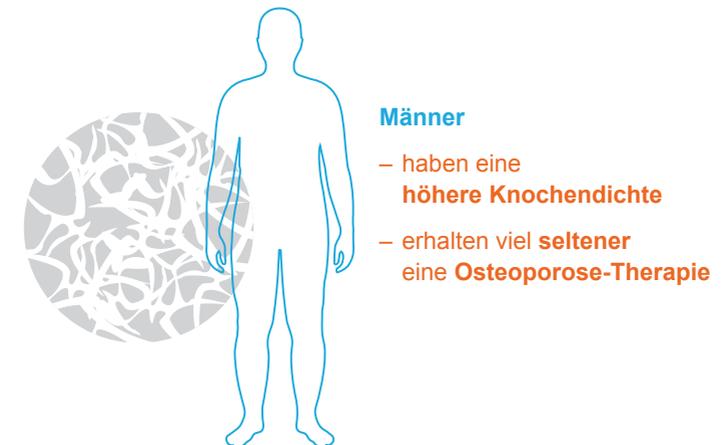
Was unterscheidet sich noch?

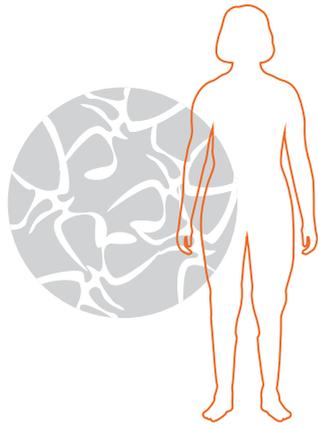
Es bestehen **unterschiedliche Risikofaktoren** (z. B. eine **familiäre Veranlagung**), aber auch **verhaltensbedingte Faktoren** (fehlende Bewegung, Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchen). **Grunderkrankungen** wie eine rheumatoide Arthritis oder bestimmte **medikamentöse Wirkstoffe**, beispielsweise Glukokortikoide², können eine Osteoporose begünstigen. Auch hormonelle Effekte spielen gerade bei Frauen mit einer sog. primären Osteoporose³ eine größere Rolle. Bei Männern hingegen, die an einer sog. sekundären Osteoporose erkranken können, kommt der nicht hormonelle Effekt stärker zum Tragen.

- ¹ Männer haben dickere Knochen. Vergrößert sich die Dichte eines Knochens, so wächst die Knochenmineraldichte proportional. Vergrößert sich der Durchmesser (die Dicke) eines Knochens, so wächst die BMD ebenfalls proportional. Umgekehrt resultiert also die Vergrößerung der Knochendichte aus einer Vergrößerung der Dichte und/oder der Dicke beziehungsweise des Durchmessers des Knochens. Eine Erhöhung der Knochendichte hat eine Verbesserung der Biegefestigkeit des Knochens zur Folge.
- ² Glukokortikoide gehören zur Klasse der Steroidhormone, die in der Nebennierenrinde gebildet werden. Als Teil des Glukosestoffwechsels fördern sie die Umwandlung von Eiweiß in Glukose und Glykogen. Künstlich hergestellt, werden Glukokortikoide als „Kortisonspritze“ pharmakologisch bei einer Vielzahl verschiedener Krankheiten eingesetzt, unter anderem bei Asthma bronchiale, Ekzemen, Morbus Crohn, Multipler Sklerose, Autoimmunkrankheiten, wie z. B. rheumatoider Arthritis, Autoimmunhepatitis.
- ³ Eine primäre Osteoporose ist eine Osteoporose, die ohne erkennbare Ursachen entsteht. Man bezeichnet sie auch als idiopathische Osteoporose. Sie steht damit im Gegensatz zur sekundären Osteoporose, die durch eine Grundkrankheit verursacht wird. https://lexikon.doccheck.com/de/Primäre_Osteoporose

Was wird eingesetzt?

Im **klinischen Alltag** und in der Ursachenforschung ist das **Bewusstsein**, dass eine eingetretene **Fraktur** bei **Männern** in Zusammenhang mit **Osteoporose** stehen könnte, noch **gering**. Somit **erhalten Männer viel seltener eine Osteoporose-Therapie** – trotz gleicher Therapieindikationen. Die Wirksamkeit von sog. „Standardmedikamenten“ auf Knochengesundheit und Frakturrisiko wird bei Männern zudem schwächer eingeschätzt. Im **Medikationsmanagement** sind nicht nur **geschlechtsbezogene Unterschiede** in der **Adhärenz** bei eingesetzten Medikamenten (Bisphosphonate, Denosumab, Teriparatid) zu beachten, sondern auch **unterschiedliche Nebenwirkungshäufigkeiten** bei Frauen und Männern (z. B. atypische Frakturen unter Bisphosphonaten: F>M). Auch mit Blick auf die Lebensqualität sollte das Schmerzmanagement geschlechtersensibel erfolgen.





Frauen

- haben eine **geringere Knochendichte**
- erkranken häufiger an primärer Osteoporose, da der **hormonelle Effekt größer ist**

Was ist notwendig?

Die klinischen Daten zu der allgemein hohen Prävalenz zeigen, dass es einer **dringenden Verbesserung in der Diagnostik insbesondere bei Männern, aber auch bei Frauen bedarf**. Ein angekündigtes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) kann hier sicherlich Defizite abbauen. Es braucht aber geschlechterspezifische Strategien in der Prävention und Therapie – unter anderem im Rahmen von Ernährung, Supplementierung, Bewegung, Screening und medikamentösen Therapien.

Literaturverzeichnis

Robert Koch-Institut: *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020.*

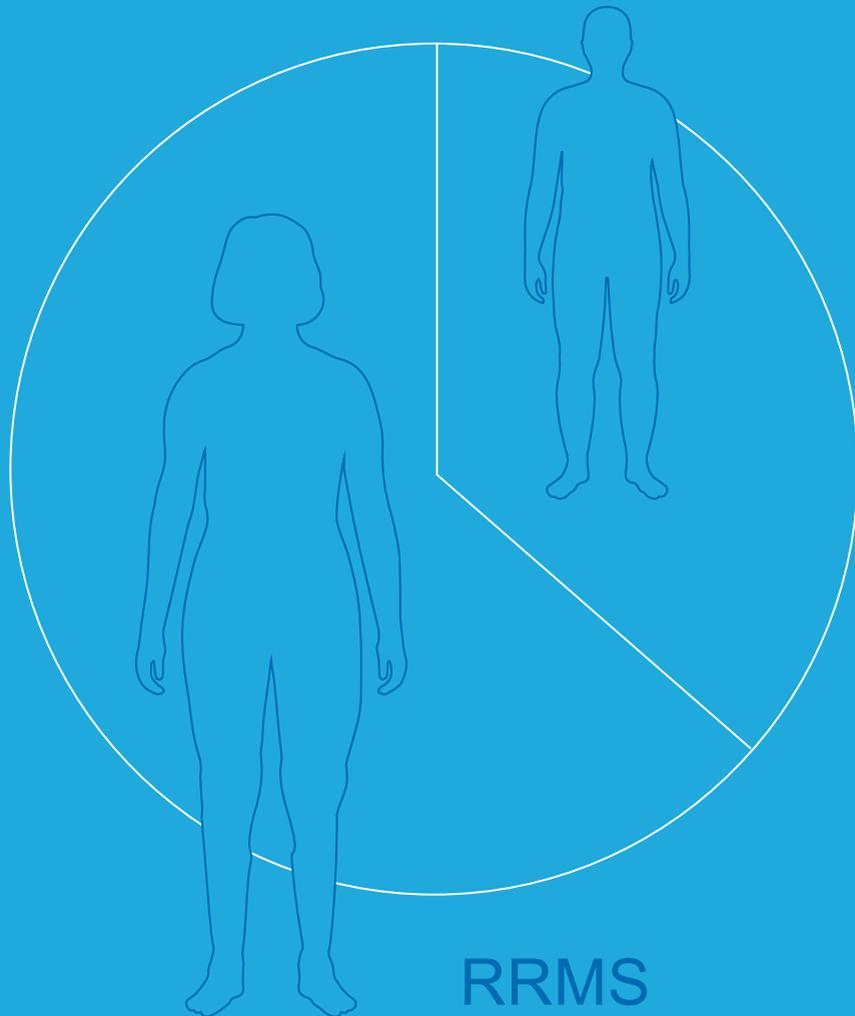
Salari, N., Ghasemi, H., Mohammadi, L. et al. *The global prevalence of osteoporosis in the world: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2021;16:609.*

Wong, M., Wan, X., Ruff, V., Krohn, K., Taylor, K. *Gender differences for initiating teriparatide therapy: baseline data from the Direct Assessment of Nonvertebral Fracture in the Community Experience (DANCE) study. Osteoporos Int 2012;23(4):1445-52.*

Keiner, D. *Genderaspekte bei Osteoporose – Herausforderungen im Managementalltag. Pharmakon 2020;8(2):113-120.*

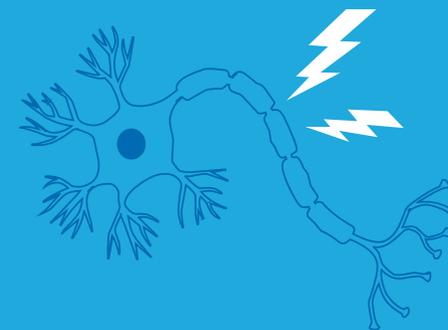
Infos

- Die Prävalenz, an Osteoporose zu erkranken, ist generell sehr hoch; bei Frauen insgesamt mehr als doppelt so hoch wie bei Männern.
- Die Knochen unterscheiden sich bei Frauen und Männern in Dichte und Größe.
- Männer sind bei Osteoporose jedoch häufig noch unterdiagnostiziert.
 - Osteoporose wird immer noch mit hohem Alter assoziiert und als eine auf Frauen beschränkte Krankheit gesehen.
 - Frakturen werden bei Männern seltener oder nicht mit Osteoporose in Verbindung gebracht.
 - Die Wirksamkeit von Standardmedikamenten wird bei Männern geringer eingeschätzt.
- Frauen erkranken meist an einer sog. primären Osteoporose, da der hormonelle Effekt größer ist – Männer dagegen an einer sog. sekundären Osteoporose.
- Weitere Risikofaktoren sind:
 - familiäre Disposition
 - Bewegungsmangel, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum
 - Medikamente
- Geschlechtersensible Strategien bei Prävention und Therapie sind erforderlich.



3

Geschlechteraspekte
bei **Multipler Sklerose**

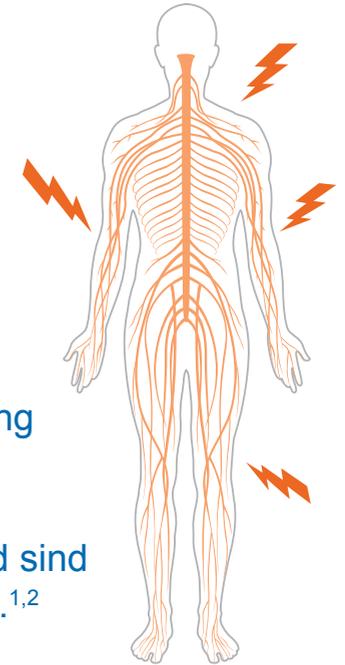




Mehr Autonomie und Lebensqualität für MS-Patientinnen

Prof. Dr. med. Ralf Gold

Direktor der Neurologischen Klinik am St. Josef-Hospital,
Klinikum der Ruhr-Universität Bochum



Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Weltweit leiden 2,8 Millionen Menschen an MS, in Deutschland sind rund 250.000 Personen betroffen.^{1,2} Frauen erkranken etwa zwei- bis dreimal häufiger an RRMS als Männer.³

MS wird durch eine Fehlregulation des Immunsystems verursacht. **Es gibt verschiedene Formen der MS. Bei bis zu 90 Prozent der Betroffenen beginnt sie als schubförmig remittierende MS (Relapsing-Remitting MS, RRMS),** wobei Frauen ca. zwei- bis dreimal häufiger an RRMS erkranken.³

Diese Form ist durch wiederholte Phasen mit akuten neuen oder akut sich verschlechternden Symptomen gekennzeichnet, zwischen denen es zur vollständigen oder teilweisen Rückbildung der Symptome kommt. Je nachdem, an welcher Stelle die MS angreift, unterscheiden sich die Symptome sehr stark. Das Spektrum umfasst zum Beispiel Muskelschwäche, Lähmungen und Sehstörungen. Eine zusätzliche Belastung stellt für viele MS-Betroffene die chronische Erschöpfung, die Fatigue, dar. Sie beeinträchtigt den Alltag und die Lebensqualität erheblich. Bis zu 95 Prozent der Patientinnen und Patienten leiden darunter – unabhängig von Schüben und anderen körperlichen Symptomen.⁴ Die Fatigue ist inzwischen bei der MS die führende Ursache für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.⁵

Noch bis vor 30 Jahren gab es keine gezielte Therapie gegen die MS, die Krankheit schritt ungebremst fort und führte rasch zu anhaltenden Behinderungen.

Ein Großteil der Betroffenen war schon früh auf einen Rollstuhl angewiesen. Für diese Menschen bedeutete das in der Regel das Ende aller Karrierechancen. Bei Frauen kam hinzu, dass die Krankheit in vielen Fällen den Wunsch nach Kindern riskant erscheinen ließ. Erst mit der Zulassung von Interferon- β – in Nordamerika 1993, in Europa 1995^{6,7} – gab es erste größere Behandlungserfolge zu verzeichnen.

Danach schritt die Entwicklung rasch voran. Binnen weniger Jahre kamen mehrere Medikamente auf den Markt, die direkt am fehlregulierten Immunsystem ansetzen.⁸ Mit ihnen gelingt es, Schübe und fortschreitende Behinderung (Progression) zu verlangsamen und die Fatigue zu lindern. Die Diagnose MS bedeutet daher heute nicht mehr automatisch, dass Betroffene auf einen Rollstuhl angewiesen sein werden. Neben dem gesellschaftlichen Wandel der vergangenen Jahrzehnte war es vor allem auch der **therapeutische Fortschritt, der es MS-kranken Frauen heute ermöglicht, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben mit erheblich reduzierten krankheitsbedingten Einschränkungen zu führen**, einen Beruf ihrer Wahl zu ergreifen und eine Familie zu gründen.

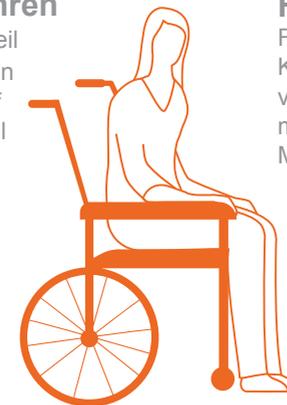
Monoklonale Antikörper zählen zu den modernsten MS-Therapien und zeichnen sich gegenüber älteren Optionen durch ihre hohe Wirksamkeit aus. Bis vor Kurzem wurden sie ausschließlich als Infusion – in mehrwöchigen oder -monatlichen Abständen – verabreicht. Die Gabe als Infusion liegt u. a. in der hohen Dosierung begründet, die zwar eine hohe Wirksamkeit bietet, aber gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für Nebenwirkungen (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Infektionen⁹) erhöhen kann. Für Patientinnen und Patienten kann dies weitere Fehltag bedeuten.

Für ein weitgehend autonomes Leben und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wäre eine Therapie mit weniger Nebenwirkungen und unabhängig von Klinikbesuchen von großem Vorteil. Für Menschen mit MS stehen Wirkstoffe mit einem ausge-

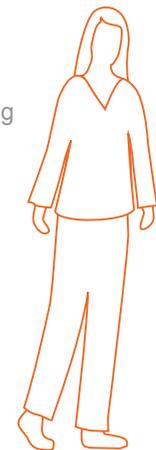
wogenen Sicherheitsprofil zur Verfügung. Dies kann z. B. möglich sein durch Schrittinnovationen, das heißt eine schrittweise Optimierung einer bekannten Substanz. In der Medizin erweisen sich des Öfteren Substanzen, die gegen eine bestimmte Krankheit wirken, auch bei weiteren Indikationen als effektiv. Manchmal genügen für diese anderen Erkrankungen dann geringere Dosen, was mit einer verminderten Wahrscheinlichkeit für Nebenwirkungen einhergehen kann. **Ein weiterer Vorteil solcher Therapien kann ein Gewinn an Autonomie und Lebensqualität sein, z. B. durch die Möglichkeit der Selbstapplikation. Insbesondere für Frauen, die den Großteil der Care-Arbeit leisten, bedeutet diese zeitliche Ersparnis eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.**

Vor 30 Jahren

war ein Großteil der Betroffenen schon früh auf einen Rollstuhl angewiesen



Heute wird das Fortschreiten der Krankheit frühzeitig verlangsamt dank modernster MS-Therapien



Studien haben gezeigt, dass sich z. B. **durch hocheffektive Immuntherapien das Risiko für eine Progression der MS deutlich verringern lässt**.^{10,11} **Das rechnet sich auch gesundheitsökonomisch** – im Hinblick auf **Arbeitsfähigkeit**, indirekte und direkte **Kosten für Krankenhausaufenthalte, Hilfsmittel, Pflege** etc. – und **kann die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entlasten**. Das verdeutlicht eine umfragebasierte Studie mit 13.186 MS-Patientinnen und -Patienten.¹² Es zeigte sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen mit steigender Behinderung rasch abfällt: von circa 75 Prozent auf der Behinderungsskala EDSS* 0–1 auf 40 Prozent bei EDSS 3,0 und 10 Prozent bei EDSS 7,0.

Die MS-bedingten Gesamtkosten lagen bei fortgeschrittener Behinderung (EDSS 7,0) um das Drei- bis Vierfache höher als bei moderater (EDSS 4,0). Können sich Patientinnen und Patienten eine Injektionstherapie darüber hinaus beispielsweise mittels Fertig-Pens selbst verabreichen, entlastet dies das Gesundheitssystem zusätzlich. Es entfallen die Kosten für die entsprechende Versorgung in Kliniken und Praxen.

Interessanter Nebenaspekt: Bislang waren die Entwicklungsstufen der modernen Medikamente stets mit Kostensteigerungen verbunden. Offenbar wirkt sich jetzt aber der zunehmende Wettbewerb aus, sodass erstmals diese Entwicklungsstufe günstiger als vergleichbare Therapien sein kann.

Fazit: Die Weiterentwicklungen in der MS-Therapie erleichtern Betroffenen das Leben erheblich. Das gilt insbesondere für Frauen als Hauptleistende von Care-Arbeit, die stark an Autonomie und Lebensqualität gewinnen. Damit können sie heute Familie und Beruf trotz – und mit – ihrer Krankheit sehr viel besser vereinbaren.

*Expanded Disability Status Scale: Sie reicht von 0,0, was einer unauffälligen neurologischen Untersuchung entspricht, bis 10,0, dem Tod infolge der Erkrankung.

Literaturverzeichnis

- 1 www.dmsg.de
- 2 Multiple Sclerosis International Federation (MSIF), Atlas of MS – 11.09.2020, www.msif.org/resource/atlas-of-ms-2020
- 3 Leitlinie Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen und MOG-IgG-assoziierten Erkrankungen, AWMF-Registernummer: 030/050, https://dgn.org/wp-content/uploads/2021/04/030050_LL_Multiple_Sklerose_2021.pdf
- 4 Iris-Katharina Penner: *Fatigue bei Multipler Sklerose Grundlagen – Klinik – Diagnostik – Therapie*, Hippocampus Verlag 2021, ISBN 978-3-944551-72-2
- 5 Hillert J, Stawiarz L: *The Swedish MS registry – clinical support tool and scientific resource*. *Acta Neurol Scand* 2015;132(199):11-9. doi: 10.1111/ane.12425
- 6 www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/pre96/103471s0000TOC.cfm
- 7 www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/betaferon
- 8 www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294198/table/introduction.t1/
- 9 www.arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2015/06/unerwunschte-wirkungen-der-modernen-ms-therapie.html
- 10 Brown JW, Coles A, Horakova D et al.: *Association of Initial Disease-Modifying Therapy With Later Conversion to Secondary Progressive Multiple Sclerosis*, *JAMA* 2019;321(2):175-187; doi: 10.1001/jama.2018.20588
- 11 He A, Merkel B, Brown JW et al.: *Timing of high-efficacy therapy for multiple sclerosis: a retrospective observational cohort study*, *Lancet Neurol* 2020;19(4):307-316; doi: 10.1016/S1474-4422(20)30067-3. Epub 2020 Mar 18
- 12 Kobelt G, Berg J, Lindgren P et al.: *Costs and quality of life of patients with multiple sclerosis in Europe*; *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(8): 918–926; doi: 10.1136/jnnp.2006.090365

Infos

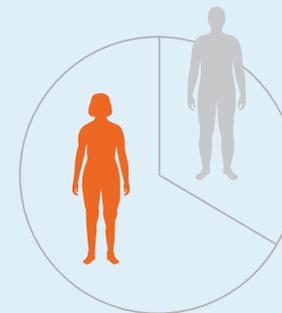
Frauen sind von der RRMS etwa zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer.³

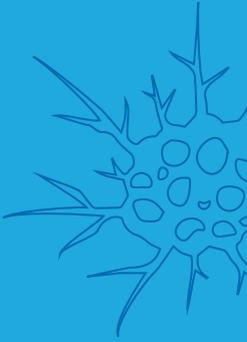
Die Behinderungsprogression beeinträchtigt Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität.

Die MS-bedingten Gesamtkosten liegen bei fortgeschrittener Behinderung um das Drei- bis Vierfache höher als bei moderater Behinderung.

MS-Medikamente, die das Fortschreiten der Krankheit frühzeitig verlangsamen und helfen, Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, haben großen gesellschaftlichen Nutzen.

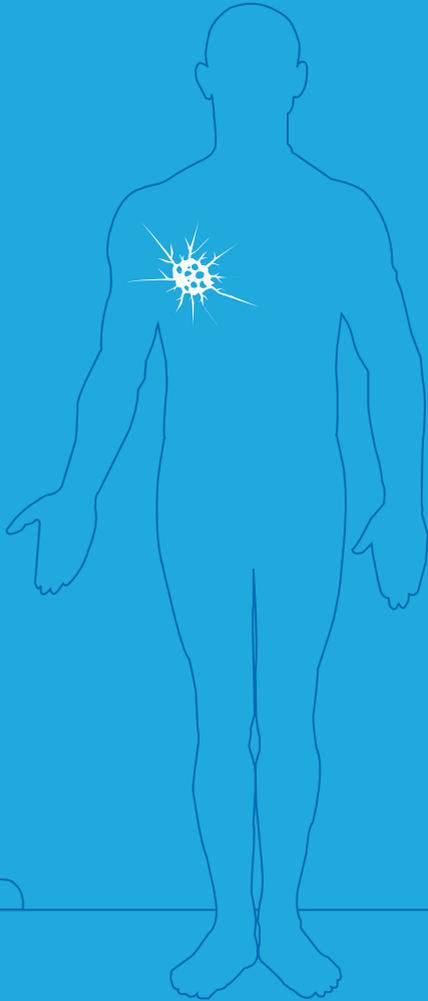
Fast 2/3 der RRMS-Patienten sind Frauen

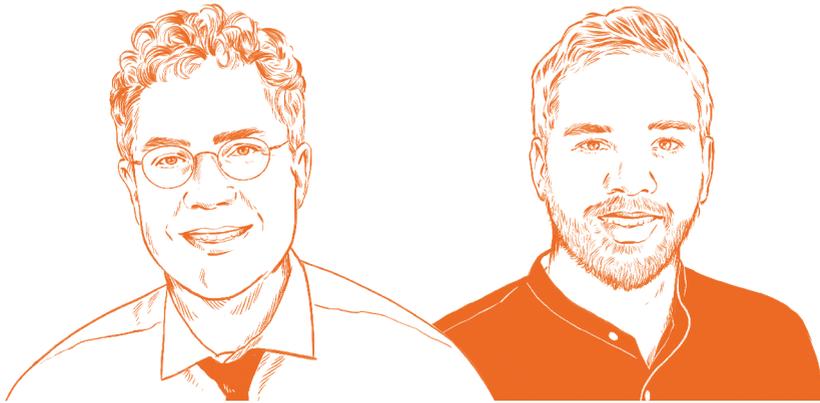




4

Geschlechteraspekte
in der **Onkologie**





Erhöhte Krebssterblichkeit bei Männern: lebensstilabhängige und -unabhängige Ursachen

Prof. Dr. rer. nat. Achim Krüger, Chris D. Hermann
Klinikum rechts der Isar/Technische Universität München
Institut für Experimentelle Onkologie und Therapieforschung

Neue epidemiologische und präklinische Studien weisen darauf hin, dass neben dem Lebensstil auch das biologische Geschlecht an sich eine entscheidende Variable bei Krebs ist.

Aktuell sind in **Deutschland** bei **Krebserkrankungen** sowohl **Inzidenz** als auch **Sterblichkeit** bei **Männern deutlich höher als bei Frauen** (Erhöhung der Inzidenz um 20 Prozent, der Sterblichkeit um 50 Prozent). Der Geschlechtsunterschied beim Krebsrisiko wird noch größer (siehe Abbildung), wenn man allein diejenigen Krebserkrankungen betrachtet, die tatsächlich bei beiden Geschlechtern vorkommen (nämlich Lungen-, Darm-, Hautkrebs usw.).

Diese **epidemiologischen Befunde** zeigen also eindeutig, dass **Männer nicht nur häufiger als Frauen an Krebs erkranken, sondern auch mit höherer Wahrscheinlichkeit daran versterben**. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass sowohl das Wachstum der Krebszellen als auch die tödliche Ausbreitung von Krebs durch Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasierung) bei Männern und Frauen unterschiedlich ablaufen können. Zudem weiß man aus klinischen Untersuchungen, dass Frauen auf Krebstherapien oft besser ansprechen als Männer.

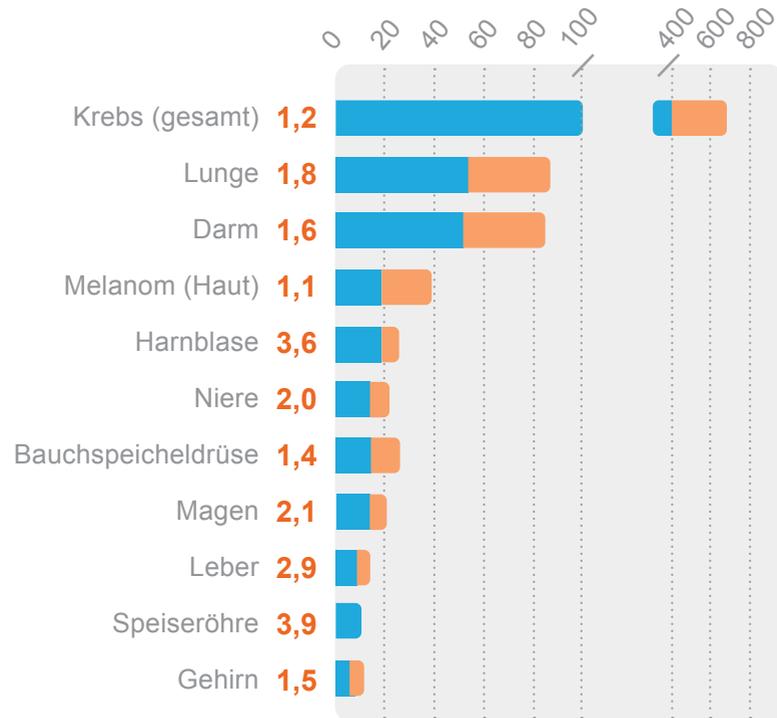
Die bemerkenswerten Geschlechtsunterschiede der Inzidenz und Sterblichkeit bei Krebs wurden lange Zeit nahezu ausschließlich als eine Folge unterschiedlicher Lebensgewohnheiten angesehen. Tatsächlich **setzen sich Männer häufiger krebsfördernden Faktoren aus wie Tabak- und/oder Alkoholkonsum sowie einer ungünstigen Ernährungsweise** – oft einhergehend mit Übergewicht. Allerdings weisen **neue epidemiologische und präklinische Studien** darauf hin, dass **neben dem Lebensstil** auch das **biologische Geschlecht an sich eine entscheidende Variable bei Krebs** ist. Tatsächlich wird neuerdings in

experimentellen Ansätzen das biologische Geschlecht als kontrollierter Parameter untersucht, d.h., der Einfluss von lebensstilassoziierten Risikofaktoren wird komplett ausgeschlossen, und dennoch werden Geschlechtsunterschiede bei der Entstehung oder dem Fortschreiten von Krebserkrankungen beobachtet.¹

Sowohl die **unterschiedliche Hormonausstattung** als auch die **Regulation der auf den X- und Y-Chromosomen kodierten Erbinformation** kann zu **Geschlechtsunterschieden bei Krebs** beitragen.

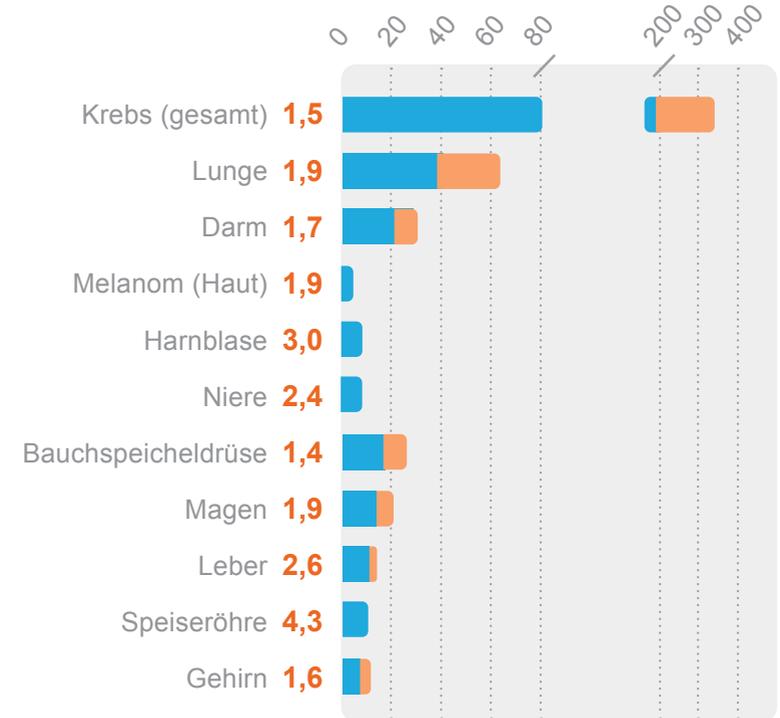
Altersstandardisierte Inzidenz

(pro 100.000 Einwohner)

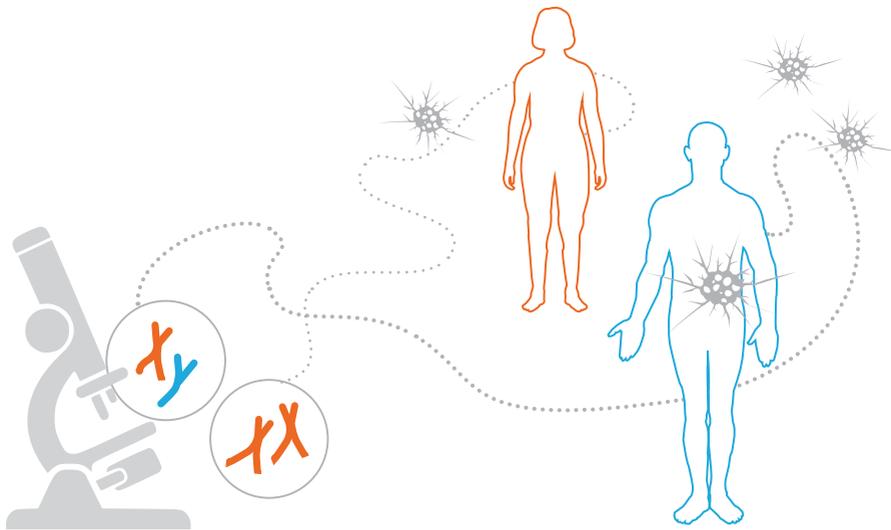


Altersstandardisierte Mortalität

(pro 100.000 Einwohner)



Hinsichtlich der Förderung der Krebsforschung findet bei entsprechenden Förderorganisationen gerade ein wichtiger Paradigmenwechsel statt. Es wird gefordert, dass z.B. von der Konzeption von Patientenkohorten bis hin zur Verwendung von Zelllinien im Brutschrank das biologische Geschlecht die gebotene Berücksichtigung erfährt. **Analog zur zunehmenden Beachtung des sozialen Geschlechts im gesamtgesellschaftlichen Rahmen sollte nun auch das biologische Geschlecht in die Forschung und Entwicklung von Krebsmedikamenten konsequent mit einbezogen werden.** Dies kann neue, optimierte Möglichkeiten bei Diagnostik und Behandlung von Frauen und Männern mit Krebserkrankungen eröffnen.



1 Hermann et al., Krüger. 2021 J Exp Med 218 (11) e20210911

Infos

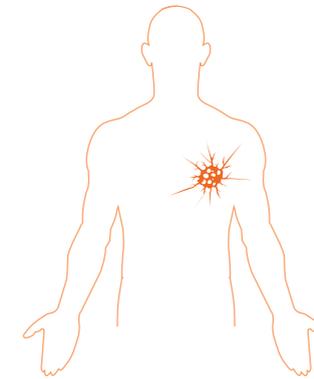
- Männer erkranken und sterben häufiger an Krebs als Frauen.
- Der Geschlechtsunterschied für das Krebsrisiko ist nicht nur abhängig vom unterschiedlichen Lebensstil (Tabak-, Alkoholkonsum, ungünstige Ernährung).
- Das biologische Geschlecht ist ein entscheidender Parameter bei der Tumorentwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen.
- Krankheitsverläufe sind von Hormonunterschieden oder geschlechtsspezifischer Genexpression abhängig.
- Geschlechtsspezifischen Unterschieden in Krebsforschung und -medizin muss mehr Beachtung geschenkt werden.



Brustkrebs bei Männern

PD Dr. med. Rachel Würstlein

Leitende Oberärztin Brustzentrum LMU Klinikum
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Campus Innenstadt und Campus Großhadern

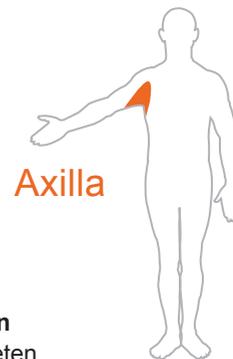


Jedes Jahr erkranken etwa 700 Männer an Brustkrebs, durchschnittlich im Alter von 70 Jahren. Zum Zeitpunkt der Diagnose ist das Krebsstadium bei Männern allerdings meist weiter fortgeschritten, da es zum einen keine gezielte Brustkrebsvorsorge für Männer – bis auf spezielle Risikogruppen – gibt, und zum anderen der Wissensstand zu diesen Krebserkrankungen geringer ist.

Brustkrebs tritt bei **Männern** deutlich seltener auf als bei Frauen. Das **Verhältnis** beträgt ca. 1:100, bei einer **Gesamtzahl von rund 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr**. **Jedes Jahr** werden also **etwa 700 Männer mit Brustkrebs diagnostiziert und mit durchschnittlich 70 Jahren** auch in einer späteren Lebensphase als Frauen. Insgesamt umfasst die Erkrankung aber alle Altersstufen.

Zum Zeitpunkt der Diagnose ist das Krebsstadium bei Männern allerdings meist weiter fortgeschritten, da es zum einen keine gezielte Brustkrebsvorsorge für Männer gibt, bis auf spezielle Risikogruppen, und zum anderen der Wissensstand zu diesen Krebserkrankungen geringer ist. **Größerer Tumore und häufig auch befallene Lymphknoten bei Diagnosestellung verschlechtern mit derzeit 150 Sterbefällen pro Jahr die Prognose**. Mit einer **verbesserten Früherkennung** wäre die **Erkrankung deutlich besser heilbar**, denn sehr viele **Mammakarzinome** beim **Mann** tragen günstige **Therapie- und Prognoseeigenschaften** (z. B. Hormonemp-

findlichkeit). Der Tastbefund im Bereich Brustwand oder Axilla¹, Hautveränderung (Rötung, Einziehung) oder Sekretion ein- oder beidseitig müssen genauer abgeklärt und ggf. auch per Biopsie abgesichert und von gutartigen Diagnosen unterschieden werden.



Diagnostik und Therapie orientieren sich aktuell noch ausschließlich an den **Empfehlungen für Frauen nach den Wechseljahren**. Im Rahmen einer lokalen Therapie bieten Operationen Möglichkeiten, die zunehmend mit kosmetisch guter Schnitfführung organ-, z. B. brustwarzenerhaltend, sind und im Bereich der Lymphknoten schonend durchgeführt werden können. Mit individualisierten Bestrahlungsoptionen sowie einer medikamentösen Systemtherapie wird die gesamte Breite der modernen Onkologie ausgeschöpft.

Eine **Beratung für an Brustkrebs erkrankte Männer** in einem Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs, um **genetische Ursachen** (wie z. B. BRCA1- oder -2-Mutation) **abzuklären**, könnte dazu beitragen, ggf. **Therapieoptionen anzupassen**, aber auch das Risiko für Angehörige prädiktiv abzuklären.

Aktuell gibt es nur **wenige Studien zum Komplex Brustkrebs beim Mann**. In den letzten Jahren werden jedoch mehr Männer eingeschlossen, sodass die gewonnenen Erkenntnisse besser auf diese Patientengruppe übertragbar sind. Es bedarf aber auch künftig weiterer geförderter Studien sowie klinischer und Versorgungsforschung.

Ein **besseres Bewusstsein**, dass **auch Männer an Brustkrebs** erkranken können, trägt wesentlich zu einer **frühen Diagnosestellung** bei. Hier ist eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** der unterschiedlichen Fachrichtungen erforderlich: angefangen von Hausärzten und -ärztinnen über die Urologie, Chirurgie, Dermatologie, Radiologie, Onkologie, Strahlentherapie ebenso wie von Brustkrebspezialisten und -spezialistinnen, Brustzentren, Rehakliniken und von Sozialdiensten, aber auch

im Bereich der Psychoonkologie. Ein interdisziplinäres Team kann in einem zertifizierten und auch auf Brustkrebs bei Männern spezialisierten Brustzentrum passende Therapie- und Nachsorgeangebote machen. Derzeit bieten auf Männer spezialisierte Brustzentren häufig diese Nachsorge bereits an.

Forschungsergebnisse unserer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Nicole Ernstmann haben im Rahmen der **N-MALE Studie** gezeigt, dass insbesondere **seitens der Kostenträger Handlungsbedarf** besteht, um **Männern eine Nachsorge** auch in den **Praxen niedergelassener Frauenärzte** und darauf spezialisierter Teams zu ermöglichen. Im Rahmen des **Nebenwirkungsmanagements** antihormoneller Therapien ist es von Relevanz, wenn auch die Fachrichtungen **Urologie** bzw. **Andrologie** in die interdisziplinäre Nachsorge einbezogen werden.

Die **psychosoziale Betreuung** und Begleitung der Patienten mit Brustkrebs spielt wegen der Problematik, dass diese **Erkrankung gemeinhin als „weibliche“ Erkrankung gilt**, eine **besondere Rolle**.

Bei der psychologischen Unterstützung betroffener Patienten und ihrer Angehörigen ist daher zu berücksichtigen, dass sich die psychische Verarbeitung der Krankheit und eine notwendige Unterstützung ggf. auch im sozialen und beruflichen Umfeld von dem Bedarf von Brustkrebspatientinnen unterscheiden. In diesem Bereich bedarf es noch der Forschung, denn nur sehr wenige Betroffene sind bereit, ihre Diagnose „öffentlich“ zu machen und für die Thematik zu sensibilisieren.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich:

Urologie, Chirurgie,
Dermatologie, Radiologie,
Onkologie, Strahlentherapie,
Brustkrebsexperten,
Brustzentren, Rehakliniken,
Sozialdienste, Psychoonkologie

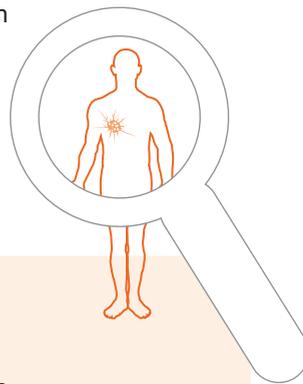


¹ Die Axilla ist ein pyramidenförmiger anatomischer Raum zwischen der lateralen Brustwand und dem medialen Oberarm. Der Begriff Achselhöhle dient umgangssprachlich nur zur Bezeichnung der Hautfalte zwischen Brustwand und Oberarm, die beim Erwachsenen behaart ist. <https://flexikon.doccheck.com/de/Axilla>

² Die speziellen Therapieempfehlungen zu Brustkrebs beim Mann sind abgebildet in der S3-Leitlinie (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom>) sowie jährlich bei der AGO (www.ago-online.de). Weitere Informationsquellen sind die Ratgeber der Deutschen Krebshilfe sowie die Deutsche Gesellschaft für Senologie (www.senologie.org).

Forschungsergebnisse der **Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)** haben gezeigt, dass auch im Bereich der Supportangebote einiger Brustzentren Informationsbedarf besteht – ob bei der **Aufnahme**, in der Pflege, beim Kontakt mit **interdisziplinären Expertinnen und Experten**, aber auch in **Rehakliniken** und auf dem Gebiet der **Psychoonkologie**³.

Die DKG sowie die Arbeitsgemeinschaft zertifizierter Brustzentren der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) haben sich diesem Thema gewidmet und hier bereits zu erheblichen Verbesserungen und zu einem sicheren Umgang mit den Betroffenen bei allen beteiligten Berufsgruppen sowie auch in der medialen Wahrnehmung beigetragen. Über die Homepages sind entsprechende Merkblätter abrufbar.



Die Unterstützung der Patientenberatungsstellen sowie der Selbsthilfe ist hier von besonderer Bedeutung, vor allem für den wichtigen Austausch zwischen Betroffenen.

Hier sind insbesondere:

www.brustkrebs-beim-mann.de und

www.brustkrebsdeutschland.de

sowie alle Krebsberatungsstellen und die Beratung bei der Deutschen Krebshilfe⁴ zu nennen.

Infos

Herausforderungen in der Versorgung von Brustkrebs beim Mann:

- Es fehlen Studien bzw. Studienergebnisse können nur unzureichend von Frauen auf Männer übertragen werden. Dies betrifft alle Bereiche (Grundlagen, klinische Forschung, Versorgungsforschung).
- Aufgrund der kleinen Fallzahl mangelt es an Erfahrung auch in zertifizierten Brustzentren.
- Wissenslücken zum Krankheitsbild in vielen Disziplinen und Berufsgruppen müssen geschlossen werden, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung zu optimieren – von der Diagnose bis zur Nachsorge.
- Hier besteht ein hoher Bedarf an Fortbildungen – insbesondere auch in den Berufsgruppen der Pflege sowie der unterstützenden und begleitenden Teams (Sozialdienst, Rehakliniken, Psychoonkologie).
- Die interdisziplinäre und sektorübergreifende (ambulant/stationär) Zusammenarbeit muss gestärkt werden.
- Es ist erforderlich, die Problematik der Nachsorge in spezialisierten gynäkologischen Praxen aus Abrechnungsgründen zu beheben.
- Es mangelt an Bewusstsein in der Bevölkerung für die als typisch „weiblich“ wahrgenommene Erkrankung, woraus eine verzögerte Abklärung und eine Prognoseverschlechterung resultieren, wenn Männer erkranken.
- Noch fehlt es an Öffentlichkeitsarbeit und Role Models.

³ www.ukbonn.de/site/assets/files/16601/n-male_factsheet_patientenperspektive.pdf

⁴ www.krebshilfe.de



„trans Sein ist keine Krankheit!“ – Geschlechtersensible Versorgung

Interview mit Tessa Ganserer

Bündnis90/Die Grünen | MdB |
stellv. Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

Transgeschlechtlichkeit ist im ICD-11-Katalog der WHO nicht mehr als psychische Störung eingestuft, sondern hat eine eigene Klassifikation erhalten. Hier liegt ein körperliches Problem vor.

Gibt es spezifische Bedarfe von transgeschlechtlichen Personen in der Medizin?

Zunächst ist festzustellen, dass nach heutigem Stand der Wissenschaft „trans Sein“ keine Krankheit ist. Transgeschlechtlichkeit ist im ICD-11-Katalog der WHO nicht mehr als psychische Störung eingestuft, sondern hat eine eigene Klassifikation erhalten. Die Kodierungen sind in Deutschland jedoch noch nicht vollständig übersetzt. Das wird noch einige Jahre dauern. In Deutschland gelten wir also noch immer als psychisch gestört. Aufgrund dieser medizinischen Einordnung und mangelnder gesellschaftlicher Akzeptanz sind Existenzen vernichtet worden. **Menschen, die eine amtliche Personenstandsänderung erhalten wollten, waren gezwungen, sich scheiden zu lassen, was mit sehr harten wirtschaftlichen Konsequenzen verbunden war – auch für die Ehepartner.**

Es liegt aber kein psychisches, sondern ein körperliches Problem vor. Indem man transgeschlechtliche Personen dabei unterstützt, ihr Geschlechtsempfinden mit ihrem Körper in Einklang zu bringen, hilft man ihnen. Diese Hilfe führt letztendlich auch dazu, die gesellschaftliche Akzeptanz von trans Menschen zu erhöhen. Und hier fangen die Schwierigkeiten an: **Denn Transgeschlechtlichkeit ist eigentlich nicht diagnostizierbar und auch nicht therapierbar.** Grundvoraussetzung für eine medizinische Angleichung ist jedoch eine Diagnose, und Grundlage für diese Diagnose ist nur das äußere Erscheinungsbild und das, was die transgeschlechtliche Person über sich preisgibt. Mit anderen Worten: Über mein Geschlecht kann nur ich selbst Auskunft geben.

Trans Personen sind in gewisser Weise mit einem körperlichen Geburtsfehler zur Welt gekommen, den man medizinisch korrigieren kann und – wo gewünscht – korrigieren muss. Daraus ergeben sich besondere Bedarfe wie Bartepilation bei trans Frauen, Brustamputationen und Penoidaufbau oder auch Brustaufbau und

geschlechtsangleichende Operationen, unter Umständen eine Stimmbandkorrektur oder gesichts-feminisierende Operationen. Diese Eingriffe sind notwendig und haben nichts mit Schönheitsoperationen zu tun. Es geht darum, das **Körperempfinden mit dem Geschlecht in Einklang zu bringen und auch darum, die gesellschaftliche Akzeptanz zu erhöhen**; denn eine Frau mit Vollbart oder mit kräftigem Bartschatten wird niemals akzeptiert werden. Darüber hinaus ist spätestens nach einer geschlechtsangleichenden Operation eine lebenslange Versorgung mit Hormonen notwendig. In der Regel ist eine solche Therapie bereits vor oder sogar unabhängig von einer geschlechtsangleichenden Operation erwünscht.

Welche Herausforderungen sehen Sie im Gesundheitssystem, um trans Personen gut zu versorgen?

Wir haben es zum einen mit einer **Diskriminierung** zu tun, die von Personen ausgeht, die im **Gesundheitswesen** tätig sind – meist **aufgrund mangelnden Wissens oder der persönlichen Einstellung trans Personen gegenüber**. Gegen diese Diskriminierung kommt man schwer mit Verordnungen oder politischen Maßnahmen an. Hier helfen nur **Akzeptanzkampagnen** und **Aufklärung**, besonders in der **Ausbildung**. Auf der anderen Seite müssen wir den Blick auf den konkreten Arbeitsplatz im Gesundheitswesen richten. Ziel muss sein, auch unabsichtliche Diskriminierung von trans Personen auf ein Minimum zu reduzieren und eine entsprechende Sensibilität bei Arbeitgeber*innen, aber auch seitens der Arbeitnehmer*innen aufzubauen. Das gilt in der niedergelassenen Arztpraxis wie in Krankenhäusern, wo die Arbeitsverhältnisse auch durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz¹ (AGG) geregelt sind. Bei Krankenkassen und öffentlichen Behörden greift das AGG allerdings nicht.

Eine **besondere Form der Diskriminierung** ist **strukturell** bedingt. Dabei wird der **gesetzlich bestehende Anspruch auf Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen in Teilen erschwert oder sogar verwehrt**.

¹ www.gesetze-im-internet.de/agg

Laut **Gerichtsurteil** ist zum Beispiel eine **Bartepilation** eine notwendige medizinische Maßnahme im Bereich der Geschlechtsangleichung für trans Frauen, die auch im SGB V als Rechtsanspruch geregelt ist. Hier gibt es zwei Verfahren: die **Laserepilation** und die Nadelepilation. In den letzten Jahren hat sich die Laserepilation als schnelle, einfache und effektive Maßnahme durchgesetzt, die aber zum Teil nicht dauerhaft ist und bei sehr hellen und weißen Barthaaren überhaupt nicht greift. **Hautärzt*innen, die Laserepilation anbieten, haben häufig keine kassenärztliche Zulassung**, weil deren Schwerpunkt im Beautybereich liegt, der privat abgerechnet wird. Die meisten Ärzt*innen rechnen eine Laserepilation also privat ab. Die Suche nach eine*r Hautärzt*in, die*der Laserepilation als kassenärztliche Leistung anbietet, gestaltet sich wie die Suche nach der Nadel im Heuhaufen.

Gegen die **Nadelepilation** gibt es dagegen einen Ärztevorbekalt, denn zwischen Ärzt*innen und Krankenkassen wurden Behandlungssätze ausgehandelt, die für diese Methode eigentlich nicht ausreichen. Bei der Behandlung muss jedes einzelne Barthaar angestochen und ein Stromimpuls an die Haarwurzel gesetzt werden, die dadurch dauerhaft zerstört wird. Dieses **Verfahren zieht sich über ein bis zwei Jahre**. Die **Ärzt*innen dürfen** eine Nadelepilation mit **fünf Minuten für 7,50 Euro abrechnen**, das ist **jenseits der Realität**, nicht kostendeckend und praktikabel. Seit Jahrzehnten wird diese Leistung daher an Elektrologist*innen ausgelagert, die aber aufgrund des Arztvorbehalts nicht direkt mit den Kassen abrechnen können. In der Vergangenheit haben Krankenkassen aufgrund der Versorgungslücke aus Kulanz eine direkte Abrechnung bewilligt; in den letzten Jahren allerdings dagegen prozessiert und vor dem Bundessozialgericht sogar gewonnen. Deutschlandweit bietet aber kein*e Ärzt*in diese Leistung an. Trans Personen, die diese Behandlung nicht selbst bezahlen können, müssen sich täglich rasieren und Make-up auftragen und stechen damit durch ihre Transgeschlechtlichkeit heraus. Das ist strukturelle Diskriminierung.





Wie könnte eine Lösung aussehen?

Es müssen kostendeckende Sätze für die Laserepilation ausgehandelt werden, damit diese Leistung auch in einer Hautarztpraxis erbracht werden kann. Ich befürchte aber, dass sich diese Behandlung für Ärzt*innen dennoch nicht lohnen wird. Für die Nadelepilation brauchen wir die Aufhebung des Ärztevorbekhaltes. Hier fürchte ich, dass das bei der Ärzteschaft nur sehr schwer durchzusetzen sein wird.

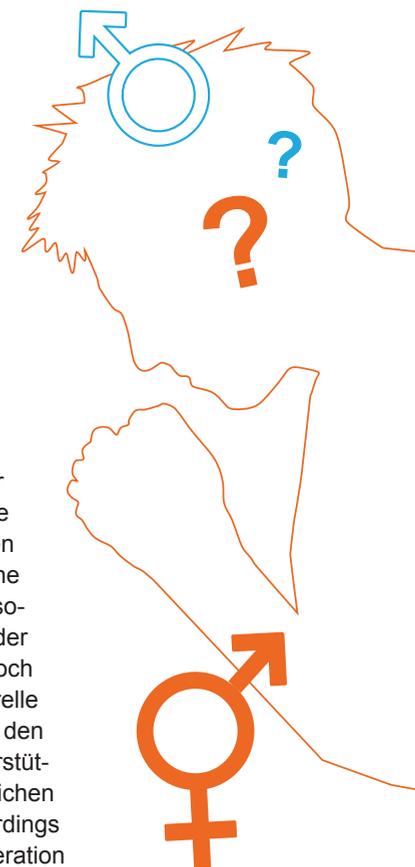
Was Sie hier beschreiben, ist ein Teufelskreis. Der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn hat die sog. Konversionstherapie verboten und sogar unter Strafe gestellt. Hat das schon irgendetwas bewirkt?

Insgesamt hat sich in den letzten Jahren vieles zum Positiven entwickelt. **In der Regel sind die Ärzt*innen, die trans Personen behandeln, auf dem Stand der Wissenschaft und haben ein sehr reflektiertes Geschlechterbild.**

Allerdings muss man wissen, dass **trans Menschen seitens der Krankenkassen immer noch verpflichtet sind, eine Psychotherapie zu durchlaufen, um weitere medizinische Leistungen für eine Geschlechtsangleichung in Anspruch zu nehmen.** Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit durften Krankenkassen nicht einfach so geschlechtsangleichende Maßnahmen wie eine Bartepilation übernehmen – mit der Vorgabe, dass medizinische Leistungen erst erstattet werden können, wenn „die Maßnahmen der Psychotherapie erschöpft sind“. Dahinter steht die Auffassung, dass man Transgeschlechtlichkeit ausreden und wegtherapieren könnte. In dieser alten Begutachtungsanleitung – die implizit zu einer Konversionstherapie rät – waren für medizinische Maßnahmen wie Operationen 18 Monate Psychotherapie und für Bartepilation 12 Monate Psychotherapie und ein „Alltagstest“ vorgeschrieben. Aktuell sind es nur noch sechs Monate. Das ist eine deutliche Verbesserung.

Dennoch bleibt der Umstand einer **verpflichtenden Psychotherapie, die auch der S3-Leitlinie widerspricht**, die vor einigen Jahren für die Versorgung erwachsener trans Personen veröffentlicht wurde. Die Fachgesellschaften kommen zu dem Schluss, dass eine verpflichtende Psychotherapie nicht dem Stand der Wissenschaft entspricht. Wie bei jeder anderen Psychotherapie auch kann die Zusammenarbeit zwischen Therapeut*in und Patient*in nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Aber eine Psychotherapie ist immer noch Voraussetzung, um weitergehende medizinische Leistungen zu erhalten. Hier haben Krankenkassen noch nicht umgesteuert. Zudem legen der Medizinische Dienst und die Krankenkassen im Fall von trans Personen fest, welche Leistung erstattet wird. Für den Rest der Bevölkerung ist der G-BA zuständig. Hier liegen also noch **weltanschauliche „Altlasten“** vor, die eine strukturelle Diskriminierung bedingen, die es zu beseitigen gilt. In den 1960er-Jahren war die Psychologie einerseits eine Unterstützung transsexueller Personen und hat zur gesellschaftlichen Sichtbarkeit und juristischen Anerkennung geführt – allerdings um den Preis, dass eine geschlechtsangleichende Operation zwingend notwendig war und die betreffende Person danach heterosexuell zu sein hatte. Heutzutage brauchen die meisten trans Personen keine Psychotherapie, da sie sehr genau wissen, wer und was sie sind.

Anders verhält es sich mit den Personen, die eine Therapie benötigen, um ihr Coming-out vorzubereiten, und im Zuge dessen Unterstützung suchen, um mit Diskriminierungserfahrungen umzugehen.



Bei Jugendlichen geht es um die Aufarbeitung ihrer Leidensgeschichte, die vor dem Coming-out ihren Anfang nimmt?

Genau! **Bei Kindern und Jugendlichen** halte ich es für **notwendig**, dass an **erster Stelle ein*e Kinderpsycholog*in die Diagnose erstellt**. Aus einer Studie des Deutschen Jugendinstituts wissen wir, dass die Betroffenen bereits in ihrer Kindheit oder frühen Jugend um ihre Andersgeschlechtlichkeit wussten. Wir sehen also, dass diese **Kinder über Jahre oder gar Jahrzehnte dieses Wissen mit sich herumtragen und ihr Coming-out aus Angst vor Diskriminierung erst in der Zeit nach der Schule schaffen**. Das macht das Leben für trans **Jugendliche**, die sich in der Pubertät befinden bzw. **eine falsche Pubertät durchleben**, sehr schwer. Aus diesem Grund muss auch hier der Zugang zu medizinischen Leistungen sichergestellt werden. Denn nach dem Coming-out hat man einen extrem schweren Zugang zu medizinischen Leistungen, weil man eben noch nicht volljährig ist. Die Begutachtungsanleitungen der Krankenkassen gelten nur für Erwachsene, nicht für Jugendliche. Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen sind sehr verunsichert. Von betroffenen Verbänden wurde mir berichtet, dass seit Veröffentlichung der Leitlinie Anträge auf Kostenerstattung von Hormontherapien oder dergleichen von den Krankenkassen systematisch zunächst auf Eis gelegt werden. Das ist sehr problematisch, sowohl für die davon Betroffenen als auch für die Behandelnden.

Als Politikerin plädiere ich sehr stark dafür, dass **Behandlungsleitlinien für trans Kinder und trans Jugendliche endlich erstellt** werden.

Das wäre auch für behandelnde und praktizierende Psycholog*innen und Endokrinolog*innen eine sehr gute Stütze, wenn sie sich bei ihrer Behandlung auf die Grundlage solcher Leitlinien stützen könnten.



Ist denn angesichts der hier beschriebenen Leidensgeschichten Forschungsbedarf da? Auch im Bereich der medizinischen Ausbildung?

Definitiv. Wir benötigen Studien, um festzustellen, wo im Gesundheitsbereich diskriminiert wird und wo es Probleme gibt. Es zieht sich durch den ganzen Gesundheits- und Pflegebereich bis ins Seniorenheim: Wie sieht es zum Beispiel beim Legen eines Katheters aus? Gibt es Unterschiede zu beachten, ob die Patientin eine Cis- oder eine trans Frau ist, die noch eine Prostata hat? Diese Fragen sollten schon in der Ausbildung diskutiert werden. Beim Thema Diskriminierung haben wir kein Erkenntnisproblem, sondern in Teilen ein Akzeptanzproblem.

Wo ich aber medizinischen **Forschungsbedarf** sehe, ist zum Beispiel bei der **Hormontherapie**. Da gibt es völlig unterschiedliche Ansätze. In Deutschland wird bei **transgeschlechtlichen Frauen** noch sehr **häufig der Testosteronwert mit Testoblockern medikamentös unterdrückt**, teilweise auch in sehr hoher Dosierung. Eine hohe Dosierung oder auch eine **Langzeitbehandlung** kann zu **gefährlichen Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen** führen.

Auch ist noch nicht abschließend geklärt, ob eine transgeschlechtliche Frau, die keine Gebärmutter hat, Progesteron braucht. Im Zuge eigener Recherchen bin ich auf Studien gestoßen, die zeigen, dass Progesteron die Entwicklung der weiblichen Brust auch bei trans Frauen positiv beeinflusst. Bei anderen Hormontherapien wird häufig noch ein zusätzlicher Brustaufbau nötig. Das könnte bei einer Therapie mit Progesteron überflüssig werden.

Wie haben Sie Diskriminierung bei Ärzt*innen erlebt? Ist der Umgang sensibel genug?

Ich möchte nicht meine persönlichen Erfahrungen wiedergeben, weil das nicht objektiv ist. Es gibt **Studien**, auch eine, die wir von der Grünen Landtagsfraktion in Bayern in Auftrag gegeben haben. Da berichten **queere Menschen – also nicht nur trans Personen, sondern auch lesbische Frauen und schwule Männer – über Diskriminierung im Gesundheitssystem**. Trans Personen sind signifikant häufiger betroffen, weil sie ihre spezifischen Bedarfe haben, weil sie die schon erwähnte strukturelle Diskriminierung erfahren. Von Diskriminierung Betroffene entwickeln Vermeidungsstrategien. Zum Beispiel wechselt die Person den Sportverein. Das ist noch harmlos. In der Arbeitswelt wird das problematisch, weil es um die wirtschaftliche Existenz geht. Und im Gesundheitsbereich geht es um Gesundheit. Aufgrund dieser massiven negativen Erfahrungen und aus Angst vor weiteren Diskriminierungen vermeiden queere Menschen sehr häufig auch Standarduntersuchungen und sind daher gesundheitlich in einem schlechteren Allgemeinzustand. Das haben Studien belegt. Dass dauerhafte Diskriminierung psychisch krank macht und damit auch zu einem schlechteren Gesundheitszustand beiträgt, ist ohnehin bekannt. Hier müssten eigentlich alle **Alarmglocken** schrillen. Es ist nicht hinzunehmen, dass **Menschen aus Angst vor Diskriminierung keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen**, die sie eigentlich benötigen. Diskriminierung findet aber in allen Lebensbereichen statt. Angefangen in Kindergarten und Schule. Kinder mit queeren Eltern bekommen den Leidensdruck schon früh zu spüren. Das Problem können wir allein in der Politik, selbst in Regierungspositionen, nicht lösen. Das sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Hier muss, ich sage es nochmal, bereits in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe sensibilisiert werden.

Was haben Sie sich für diese Legislaturperiode vorgenommen?

Die neue Regierung hat sich vorgenommen, einen Entschädigungsfonds einzurichten. Es geht hier nicht allein um Geld, sondern um die Anerkennung des Unrechts, das trans Personen erlitten haben. Das kann Politik leisten. Ein solcher Akt hat enorm starke Symbolkraft.

Persönlich möchte ich mich in dieser Legislaturperiode im Deutschen Bundestag um die Gesundheitsversorgung von trans Personen bemühen. In der Endokrinologie gäbe es noch mehr zu erforschen. Die bisherigen Erkenntnisse der Gendermedizin reichen nicht aus. Zum Beispiel ist mir keine Studie zur Zufriedenheit mit medizinischen Eingriffen geläufig. Inzwischen wissen wir, dass trans Personen nicht zwingend eine geschlechtsangleichende Therapie benötigen, um gesellschaftliche und juristische Anerkennung zu erhalten. Nicht wenige verzichten auch auf solche Eingriffe. Das ist eine individuelle Entscheidung.

Aus meiner Sicht ist das ein deutsches Phänomen, dass bei trans Personen die geschlechtsangleichende Operation dermaßen im Vordergrund steht. Es gibt einen sehr schönen Film „Trans – I got live“, der trans Personen begleitet und auch sehr intime Einblicke in OP-Säle gewährt. Die Protagonistin, die bei einer geschlechtsfeminisierenden Operation in Russland begleitet wurde, ist mir sehr bleibend in Erinnerung. Sie sagte: „In Russland lässt du dir als trans Frau am besten zuerst das Gesicht operieren, bevor du auf die Straße gehst, weil du es ansonsten nicht überlebst.“ Ich glaube, in anderen Ländern ist die Reihenfolge der medizinischen Eingriffe eine andere. Was ich damit sagen will: **Für die gesellschaftliche Akzeptanz trete ich zuerst mit meiner Nase und mit meinem Gesicht und mit meiner Stimme in Erscheinung.** Was ich unter dem Rock trage, geht keinen Menschen etwas an. Die meisten Menschen fragen auch anstandshalber nicht danach. Deshalb wären Studien interessant, die zeigen, mit welchen operativen Maßnahmen die Patient*innen zufrieden sind. Wir müssen losgelöst vom gesellschaftlichen Normierungsdruck herausfinden, warum Krankenkassen in einem Fall eine geschlechtsangleichende Operation bewilligen und finanzieren, aber einer anderen Person eine geschlechtsfeminisierende Operation verweigert wird, die für die gesellschaftliche Akzeptanz viel wichtiger sein kann.



2021

Die Regierungsparteien
haben im Koalitionsvertrag
der 20. Legislaturperiode
festgehalten:

„Gendermedizin wird Teil des
Medizinstudiums, der Aus-,
Fort- und Weiterbildung der
Gesundheitsberufe werden.“



 **NOVARTIS**

Novartis Artikel-Nr. 1081629



INSTITUT FÜR
GENDERGESUNDHEIT e.V.