

GENDER MEDIZIN – WAS IST DAS?

Gender Medizin ist ein neues Fachgebiet der Medizin. Es hat sich aus Frauengesundheit und Männergesundheit entwickelt. Es wird versucht alle Erkenntnisse der Medizin daraufhin zu überprüfen, ob sie wirklich für Frauen und Männer ausreichend belegt sind. Ansonsten müssen neue Untersuchungen auch mit Frauen durchgeführt werden. Zu Beginn der Gender Medizin war eines der Hauptthemen die Medikamententestung, waren doch damals viele Medikamente ausschließlich oder fast nur an Männern ausgetestet worden, was zur Folge hatte, dass Wirkungen und Nebenwirkungen nur für Männer bekannt waren. Dies musste erst aufgezeigt werden, danach folgten die entsprechenden gesetzlichen Änderungen und viele Medikamente mussten für Frauen nachgeprüft werden. Zwischenzeitlich sind alle im Handel befindlichen Medikamente für Frauen und Männer ausgetestet.

Gender Medizin untersucht alle wissenschaftlichen Erkenntnisse daraufhin, ob sie für Frauen und Männer in gleicher Weise zutreffen.

GENDER MEDIZIN – WER PROFITIERT DAVON?

Alle, Frauen und Männer! Gender Medizin bietet geprüfte wissenschaftliche Erkenntnisse für Frauen und Männer in allen Lebensaltern und allen sozialen, ethnischen und ökonomischen Gruppen. Dies ist der Weg hin zur personenbezogenen Medizin, d.h. für jede einzelne Person wird ein bestmögliches Medizinangebot maßgeschneidert.

GENDER MEDIZIN FÜR FRAUEN

Sicher haben anfangs mehr die Frauen von Gender Medizin profitiert, z.B. bei der Medikamententestung. Ein weiterer Schwerpunkt waren zu Beginn die Herzerkrankungen. Hier war die Aufgabe darauf hinzuweisen, dass Herztod die Haupttodesursache für Frauen und Männer weltweit ist und Frauen genauso wie Männer Herzdiagnose und -therapie und zwar ohne Zeitverzögerung brauchen.

Tausende wissenschaftliche Untersuchungen zeigten Zugangsprobleme für Frauen in der kardiologischen Diagnostik und Therapie auf. Es herrschte einfach die Vorstellung Herzinfarkt ist Männersache. Hier ist sehr viel Aufklärungsarbeit geschehen, wovon hoffentlich viele Frauen profitiert haben und noch profitieren.

**Herztod ist männlich besetzt!
In Österreich sterben seit Jahrzehnten mehr Frauen als Männer an einem Herztod!**

GENDER MEDIZIN FÜR MÄNNER

Die Gefahr an Osteoporose zu erkranken und die Notwendigkeit von Testungen und Behandlungen ist für Frauen allgemein bekannt und auch mit Angst besetzt. Für Männer scheint diese Krankheit nicht existent zu sein. Die Fakten sind andere. Etwa ein Viertel der Osteoporose-Fälle sind Männer. Die zunehmende Lebenserwartung steigert auch das Osteoporose-Risiko für Männer. Bei Osteoporose, wie bei den meisten chronischen Leiden, ist eine frühzeitige Erkennung bzw. Prävention der beste Schutz. Durch das Bewusstwerden, dass auch Männer an Osteoporose erkranken können, kann diesbezüglich viel geschehen. Hier profitieren eindeutig die Männer.

Osteoporose ist eine Krankheit von Frauen und Männern, es ist keine Frauenkrankheit, aber Osteoporose ist ausschließlich weiblich besetzt!

GENDER MEDIZIN – WAS BEDEUTET DAS FÜR MICH ALS FRAU/MANN?

Frauen und Männer erhalten ständig Appelle bezüglich „gesunden Lebens, Lifestyle-Changes, etc.“. Gibt es jetzt für Frauen und Männer unterschiedliche Empfehlungen? Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Haupttodesursache für Frauen und Männer, wenn auch mehr Frauen sowohl an koronaren Herzerkrankungen als auch an Schlaganfällen sterben. Diesbezügliche Prävention ist für Frauen und Männer empfehlenswert. Wissenschaftliche Untersuchungen haben unterschiedliche Auswirkungen und Mechanismen der bekannten Risikofaktoren aufgezeigt. Trotzdem sind die Hauptrisikofaktoren für Frauen und Männer dieselben, nämlich Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Hyperlipämie, Nikotin, Übergewicht und damit auch die Präventionsempfehlungen.

Prävention für Frauen und Männer:

- Nikotinkarenz
- Bewegung/Sport
- gesunde Ernährung
- regelmäßige Kontrolle von Blutdruck, Blutzucker und Blutfetten bei der/dem Hausärztln

GENDER MEDIZIN – WAS UNTERSCHIEDET FRAUEN UND MÄNNER?

Einer der größten Geschlechtsunterschiede zeigt sich beim Umgang mit Gewicht. Deutlich mehr Männer als Frauen in Österreich haben Übergewicht bzw. Adipositas. Nach neuesten Schätzungen hat weniger als die Hälfte der Bevölkerung Normalgewicht. Unvergleichlich mehr Frauen als Männer in Österreich machen Abmagerungskuren oder nehmen medikamentöse oder chirurgische Hilfe in Anspruch. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gewichts ist in der Praxis einer der größten Geschlechtsunterschiede.



Sommersemester 2017

Leitung:
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Margarethe Hochleitner

Jeweils Donnerstag 18.30 Uhr

Frauenkopfklinik großer Hörsaal
Anichstraße 35 · 6020 Innsbruck

www.gendermed.at



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK



Programm März bis Juni 2017

9. März 2017

Schlagen Frauenherzen anders? Das Yentl-Syndrom

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Margarethe Hochleitner

In der Kardiologie gibt es mehr Arbeiten zu Geschlechtsunterschieden als bei allen anderen Themen. Warum ist das so? Welche Fakten haben sich nachweisen lassen? Hat sich seit 1991, Yentl-Syndrom, also in 25 Jahren etwas geändert?

16. März 2017

Genderaspekte aus eigener Erfahrung bei präklinischen Notarzttransporten (Hubschrauber, Air Ambulance und bodengebundener Notarzt)

OA Dr. med. Frank Hartig

Bei innerklinischen Notfallstrategien sind Genderaspekte bereits gut untersucht und eindeutige Unterschiede können bei Behandlung, Transporten und im innerklinischen Notfallmanagement gefunden werden. Im Bereich der präklinischen Versorgung gibt es noch keine validen Untersuchungen, jedoch dürften auch hier entscheidende Unterschiede in den Abläufen vorliegen. Dr. Hartig berichtet aus eigener Erfahrung und untermauert seine Beobachtungen mit dem derzeitigen Studienstand.

23. März 2017

Risikofaktoren für eingeschränktes kardiovaskuläres Outcome bei ehemaligen Frühgeborenen

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Ursula Kiechl-Kohlendorfer

Frühgeborene haben ein erhöhtes Risiko für ein eingeschränktes kardiovaskuläres Outcome im Erwachsenenalter. Mehrere Studien zeigen eine Assoziation zwischen Frühgeburtlichkeit und der Entwicklung eines Metabolischen Syndroms. Wann im Leben dieses Risiko determiniert wird und ab wann Veränderungen der Risikofaktoren bei ehemaligen Frühgeborenen auffällig werden, ist bis dato unklar. In diesem Vortrag werden sowohl internationale Studien als auch eigene Ergebnisse zu diesem Thema präsentiert.

30. März 2017

Herzbeschwerden und Herzinfarkt

OA Univ.-Prof. Dr. med. Metzler Bernhard MSc

Herz-Kreislaferkrankungen sind die häufigste Todesursache in der westlichen Welt: Rund 15.000 ÖsterreicherInnen sterben jährlich am plötzlichen Herztod. Kenntnisse über die Ursachen für die Entwicklung einer Herzerkrankung und deren Beachtung senken das Risiko.

6. April 2017

Genderaspekte in der Lipidtherapie

Assoz. Prof.ⁱⁿ PD Dr.ⁱⁿ med. Susanne Kaser

Östrogen hat starken Einfluss auf den Lipidstoffwechsel, unter anderem ist dieser Einfluss auch für eine gewisse Kardioprotektion prämenopausal mitverantwortlich. Entsprechend wendet sich die Situation postmenopausal dramatisch und das kardiovaskuläre Risiko steigt stark an und gleicht sich dem von Männern an.

27. April 2017

Der internistische Notfall: Ein rein männliches Problem?

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Joannidis

Plötzlicher Herzstillstand und Reanimation betreffen aufgrund der Pathophysiologie der KHK meist Männer. Aber auch bei erfolgreicher Wiederbelebung ist der Verlauf und die neurologische Erholung bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich. Die Ursachen liegen in der geschlechtsspezifischen Pathophysiologie, möglicherweise gibt es aber auch Gender bedingte Ursachen.

4. Mai 2017

Herzoperationen: Frauen versus Männer

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Grimm

Eine differenzierte Betrachtung der Faktenlage führt zur Annahme, dass bei herzchirurgischen Eingriffen Frauen ein höheres Risiko als Männer haben. Was steckt hinter dieser Annahme, was sind die Ursachen?

11. Mai 2017

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

OA ao. Univ.-Prof. Dr. med. Rudolf Kirchmair

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) kommt im Krankengut von internistischen Praxen in 30–40% vor. Bei symptomatischen PatientInnen (Schaufensterkrankheit) ist neben einer konservativen Therapie mit Gehtraining meist eine Revaskularisation mittels Angioplastie und Stentimplantation die beste Therapie. Diese PatientInnen und auch asymptomatische pAVK PatientInnen benötigen zur Senkung der beträchtlichen kardiovaskulären Mortalität und Morbidität jedoch auch eine intensive Sekundärprophylaxe mit Thrombozytenaggregationshemmer, Statine, Nikotinkarenz und Therapie einer ggf. bestehenden arteriellen Hypertonie oder eines Diabetes mellitus.

18. Mai 2017

Stress, Ressourcen und Gender

Mag.^a Dr.ⁱⁿ rer. nat. Heidi Siller

Stress kann sich unterschiedlich auswirken. Stress kann einerseits positiv und leistungsfördernd sein, kann sich aber auch negativ bemerkbar machen und reicht hin bis zu traumatischem Stress. Im Vortrag wird vor allem auf traumatischen Stress und dabei auf die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in Bezug auf Gender eingegangen.

1. Juni 2017

Herz – Infektionen

Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Rosa Bellmann-Weiler

Das Herz als primäres Ziel von Erregern oder mitbeteiligt – ein Querschnitt durch die klinische Präsentation, Diagnostik und Behandlung von Infektionen am Herzen.

8. Juni 2017

Prävention und Epidemiologie von kardiovaskulären Erkrankungen

Dr. med. univ. Peter Kreidl MSc

Die derzeitige zu beobachtenden genderspezifischen Unterschiede von kardiovaskulären Erkrankungen werden sich in Zukunft weiter verändern, da auch in Präventionsmaßnahmen und Risikofaktoren deutliche Unterschiede vorhanden sind. Was ist in Zukunft zu erwarten?

22. Juni 2017

Hypertonie

Univ.-Prof. Dr. med. Gert Mayer

Die Hypertonie ist eine der häufigsten Erkrankungen im Erwachsenenalter und die Hauptursache für schwere Herz-Kreislaufkomplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Niereninsuffizienz. Neben Fortschritten in der Diagnostik soll vor allem auch ein individualisierter Zugang zur Therapie Folgeschäden verhindern.

29. Juni 2017

Abschlussvortrag: Gender Medizin in der Kardiologie

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Margarethe Hochleitner

Was gibt es Neues? Updates aus laufenden Publikationen, von Kongressen und Tagungen.

Alle Vorträge werden in leicht verständlicher Sprache gehalten. Medizinische Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. Für einen Leistungsnachweis zur Vorlesung bedarf es der Anmeldung im i-med inside.

Anmeldefrist: 27. Febr bis 17. März 2017

Freies Wahlfach: anrechenbar für Q202, Q203 sowie LFU/2 Std. Lehrveranstaltungs-Nr. 170.570

Kontakt: Mag.^a Ulrike Nachtschatt, Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung der Medizinischen Universität Innsbruck, geschlechterforschung@i-med.ac.at · www.gendermed.at