



ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.



Deutsche
Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische
Medizin e.V.

Gemeinsamer Newsletter
von Netzwerk „Gender-
medizin & Öffentlichkeit“,
G³ und DGesGM

Das Geschlecht – eine relevante Determinante in der Gehirnforschung

Prof. Dr. rer. nat. Elke Kalbe ist Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie | Neuropsychologie & Gender Studies der Uniklinik Köln. Sie ist zudem Sprecherin der Arbeitsgruppe Neuropsychologie bei Parkinson der Deutschen Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen. Wir sprachen mit ihr.

Dass Frauenherzen „anders“ schlagen, ist schon zu einer hinlänglich bekannten Schlagzeile in den Medien geworden, kaum jemand zweifelt noch an der Richtigkeit dieser Aussage. Anders beim Gehirn. Hier stehen sich die Kontrahenten fast unversöhnlich gegenüber. Kann es sein oder darf es nicht sein, dass sich die Geschlechter mit Blick auf das Gehirn unterscheiden? Was sind Ihre Erfahrungen als Neuropsychologin?

Prof. Kalbe: Tatsächlich lassen sich die Ursprünge der „Gendermedizin“ im Bereich der Herzerkrankungen finden, heute ist das Thema einer geschlechtssensiblen, personalisierten Medizin viel breiter vertreten – auch im Bereich der Gehirnforschung und Neuropsychologie. Als Wissenschaftlerin halte ich mich natürlich und vor allem an das, was unsere und andere Studien evidenzbasiert und überprüfbar zeigen. So gilt es als erwiesen, dass Männer stärkere funktionale Asymmetrien im Gehirn aufweisen als Frauen und demnach auch bestimmte kognitive Funktionen im männlichen Gehirn stärker lateralisiert sind. Außerdem geht man davon aus, dass die Verbindungen zwischen den

Gehirnhälften bei Frauen ausgeprägter sind, während bei Männern die Verbindungen innerhalb einer Gehirnhälfte stärker sind. Sowohl diese funktionalen als auch strukturellen Unterschiede sind allerdings gemeinhin kleiner als es diverse Überschriften vermuten lassen, und lassen sich nur zeigen, wenn man große Gruppen von Männern und Frauen vergleicht.

Konkret befassen wir uns in unserer Kölner Arbeitsgruppe mit der Epidemiologie und Phänomenologie neuropsychologischer Änderungen bei Patient/innen mit Morbus Parkinson und anderen neurodegenerativen Erkrankungen wie der Alzheimer Demenz, der Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen bei Parkinson-Syndromen und den neuropsy-

*Im Interview:
Prof. Dr. Elke Kalbe
Foto: privat*



Impressum

anna fischer project by Contentic Media Services GmbH
16321 Bernau bei Berlin | Niederbarnimallee 78
Telefon +49 (30) 28 38 50 03 | Fax +49 (30) 28 38 50 05

Projektleitung: Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),
annegret.hofmann@mediacity.de
DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland

www.gendermed.info
www.g3gesund.de

chologischen Modifikationen durch die Tiefe Hirnstimulation: Was ändert sich im Verlauf der neurodegenerativen Erkrankung, sind dabei Unterschiede zwischen Männern und Frauen messbar? Und natürlich – welche Konsequenzen sind dann für eine bessere Therapie notwendig? Für uns steht außer Frage, dass das Geschlecht, und dies im sozio-kulturellen Kontext, eine relevante Determinante ist. Und es geht um wichtige und notwendige Erkenntnisse auf dem Weg zu einer individualisierten, personalisierten Medizin.

Parkinson ist nach Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung und nimmt in ihrer Bedeutung mit Blick auf eine älter werdende Bevölkerung zu ...

Prof. Kalbe: Prognosen gehen davon aus, dass sich die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2030 in etwa verdoppeln wird. Wenn wir die Lebensqualität und Behandlungsmöglichkeiten dieser Patient/innen verbessern wollen, lohnt es sich, hier intensive Forschung zu betreiben. Aktuelle Studien haben bereits eine Reihe von Unterschieden zwischen den Geschlechtern ergeben: So erkranken Männer nicht nur häufiger, sondern auch früher an Parkinson. Bei Frauen trifft man eher den tremor-dominanten Subtyp an, d.h. sie leiden mehr am parkinson-typischen Zittern, aber weniger am Rigor, der ebenfalls häufigen Muskelsteifigkeit. Interessant ist auch, dass Männer und Frauen, was ihre Motorik betrifft, gleichermaßen von der Therapie durch die Tiefe Hirnstimulation, einen neurochirurgischen Eingriff in das Gehirn, profitieren. Festgestellt wurde aber auch, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität stärker bei Frauen durch diese Therapie verbesserte, wenngleich bei weiblichen Patienten wiederum mehr depressive Symptome verzeichnet werden.

Sie haben vor allem die kognitiven Prozesse bei den Erkrankten verfolgt ...

Prof. Kalbe: Als Partner in der vom BMBF geförderten multizentrischen Kohortenstudie „LANDSCAPE“, geleitet vom Universitätsklinikum Marburg, können wir auf eine gute Datenbasis zu kognitiven Störungen und Demenz bei über 600 Patient/innen mit Morbus Parkinson zurückgreifen. Wir konzentrieren uns dabei auf visuell-räumliche, sprachliche und Gedächtnisleistungen in verschiedenen Stadien, von der

leichten kognitiven Störung bis zur Demenz. Dabei ergab sich, dass Frauen zunächst – wie auch in der gesunden Bevölkerung feststellbar – verbal und in Bezug auf Gedächtnis besser sind, Männer sich dagegen bei räumlichen Aufgabenstellungen als besser erweisen. Im Verlauf der Erkrankung änderte sich das insofern, als dass Frauen – von ihrem höheren Level – rascher absanken, was verbale wie auch Gedächtnisleistungen betraf. Fazit für uns: Die Erkrankung beeinträchtigt im Hinblick auf kognitive Veränderungen Frauen stärker. Das ließ sich sowohl bei Parkinson wie auch bei Alzheimer feststellen.

Das ist nur einer der Punkte, die weitere Forschungen nach den Ursachen erforderlich machen.

Inwieweit spielen sozio-kulturelle Faktoren eine Rolle, die ja gerade in Bezug auf das Gehirn herangezogen werden?

Prof. Kalbe: Sicher eine nicht unerhebliche. So gibt es – durch familiären Kontext, Bildung, Aktivitäten im Laufe des Lebens – eine so genannte kognitive Reserve, die bei Erkrankungen wie den genannten zum Tragen kommt. Frauen, die heute in höherem Alter sind, hatten mit Blick auf ihre Biographie und ihren Lebensverlauf oft nicht so viele Möglichkeiten, derartige Reserven anzulegen. Das wird sich ändern – durch bessere Schulbildung, Berufstätigkeit, Eingebundensein in die Gesellschaft. Die Frage, wie sich das Gehirn von Frauen und Männern unterscheidet, ist deshalb nicht endgültig zu beantworten, sondern immer nur bezogen auf den aktuellen Wissensstand ... Wir leisten dazu mit unseren Forschungen einen Beitrag, der aber auch dazu auffordert, am Thema und damit an weiteren Forschungen dranzubleiben. Was nicht zuletzt bedeuten muss, dass die neu gewonnenen Erkenntnisse zum einen in die Lehre, aber auch in die Klinik und die Gesundheitsversorgung eingebracht werden müssen. Das betrifft zum Beispiel neuropsychologische Tests und Fragebögen, die auf Frauen wie Männer zugeschnitten sind, und natürlich Medikamente, die unterschiedliche Wirkmechanismen zwischen den Geschlechtern berücksichtigen sollten - eine Thematik, die ebenso noch intensiv bearbeitet werden muss. Und dies alles geht Wissenschaftler und Ärzte wie auch die Gesundheitspolitik gleichermaßen an.

Das Gespräch führte Annegret Hofmann

Weltweit sind rund 4,1 Millionen Menschen an Parkinson erkrankt – das entspricht knapp zwei Prozent der Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren. In Deutschland sind etwa 250.000 bis 280.000 Personen betroffen.

Studien gehen davon aus, dass sich wegen der alternden Bevölkerung und der mit der besseren Behandlung verbundenen, längeren Lebenszeit die Zahl der Patient/innen bis 2030 weltweit auf 8,7 Millionen verdoppeln wird.

Die Erkrankten sind bei der Diagnose im Mittel 60 Jahre alt, bei fünf bis zehn Prozent von ihnen macht sich die Krankheit schon im Alter zwischen 20 und 40 Jahren bemerkbar. Männer sind ca. 1,5 Mal häufiger betroffen als Frauen.

Nackte Zahlen – und immer mehr dahinter

- 18 Prozent der Geschäftsführer von evangelischen Krankenhäusern in Deutschland sind Frauen. Klingt nicht so berauschend, ist aber vorbildlich – die Zahl der weiblichen Chefs liegt damit um die Hälfte höher als bei den deutschen Krankenhäusern insgesamt!
- Innerhalb der 34 deutschen Uniklinika gibt es nur zwei Medizinerinnen, die auch Vorstandschefin sind: Seit Januar 2019 steht Gabriele Nöldge-Schomburg an der Spitze der Universitätsmedizin Rostock. Seit Juni 2017 leitet Annette Grüters-Kieslich das Uniklinikum Heidelberg.
- Der Anteil von Frauen an den Medizinstudierenden liegt seit gut 20 Jahren bei über 50 und aktuell nach Angaben des Deutschen Ärztinnenbundes sogar bei 63 Prozent. Bei den nach dem Studium tatsächlich berufstätigen Ärzten kehren sich die Mehrheitsverhältnisse schon um: Nur noch 46 Prozent des ärztlichen Personals in Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sind Frauen, aber 75 Prozent des nichtärztlichen Gesundheitspersonal in Krankenhäusern!
- Die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Probleme steigt seit Jahren. Einen Anstieg von rund 48 Millionen im Jahr 2007 auf 107 Millionen 2017 berichten die Zeitungen der Funke Mediengruppe und berufen sich auf eine Antwort des Arbeitsministeriums zur einer Anfrage der Linken. Männer kommen dem Bericht zufolge mittlerweile auf eine deutlich höhere Zahl an psychisch bedingten Krankheitstagen als Frauen. Ältere Beschäftigte meldeten sich häufiger aus psychischen Gründen krank als jüngere. Die meisten Krankentage gab es 2017 bei Männern zwischen 60 und 65 Jahren (434 Ausfalltage auf 100 Versicherte), die wenigsten bei Frauen zwischen 15 und 20 Jahren (21 Ausfalltage auf 100 Versicherte).
- Weil du arm bist, musst du früher sterben – ist der Titel eines deutschen Films aus den Fünfzigern. Wenn man die Ergebnisse brandaktueller RKI-Analysen, die im Journal of Health Monitoring 1/2019 veröffentlicht und beim Kongress Armut und Gesundheit im

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor kurzem habe ich mir wieder einmal etwas angetan, was ich eigentlich unterlassen sollte. Nämlich im Internet Kommentare zu – wie auch immer geartet – Artikeln zu lesen. Diesmal waren es die Anmerkungen zu der solide recherchierten und aufgeschriebenen „Zeit“-Online-Zusammenfassung „Männer sind halt keine Patientinnen“ (<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-02/gendermedizin-gesundheit-aerzte-patient-medikamente-maenner-frauen-gleichberechtigung/komplettansicht>). Nicht unbedingt Neues, aber sicher immer wieder nützlich. Wie sehr, zeigen eben jene Kommentare. Wie immer zu diesen Themen reichen sie von totaler Diffamierung (unwissenschaftlich, Unsinn) über Unkenntnis (Frauen wollen doch gar nicht in die Studien, und überhaupt, Gendermedizin, brauchen wir so was?) bis – und das waren die Ausnahmen – Zuspruch und Interesse.

Solche Polemiken, so es denn überhaupt welche sind (kann man mit anonymen Typen diskutieren?) zeigen mir vor allem, was wir noch zu tun haben. Diejenigen, die wir zu unseren Netzwerk zählen (und die diesen NL lesen), können sich sicher kaum vorstellen, welche kruden Vorstellungen über Geschlechterunterschiede – bio-psycho-sozial – landauf-landab herrschen und von manchen Menschen sorgsam gepflegt werden. Dabei meine ich durchaus nicht die Frauen aus Selbsthilfegruppen, über die ich in der letzten Ausgabe berichtet habe, und deren Wissen über Gendermedizin marginal war. Darüber hinaus gibt es eben viel Ignoranz, viel Nicht-Wissen-Wollen, die blanke Ablehnung – warum auch immer.

Unsere Gesellschaft zeichnet sich nicht gerade durch Dialogfreudigkeit aus, eher durch Streitsucht. Klügere suchen den Dialog, wo sie ihn finden und anstoßen können. Wie ich wieder mal erfahren musste, ist dieser Ort nicht das Internet. Suchen wir weiter.

Ich hoffe, die Themen, über die wir in dieser Ausgabe informieren, finden Ihr Interesse! Und bei offenen Fragen und anderer Meinung nicht schimpfen und diskriminieren, sondern diskutieren ...

Das wünscht sich mit vielen Grüßen

Ihre Annegret Hofmann

Sprecherin des Netzwerkes „Gendermedizin & Öffentlichkeit“

März in Berlin vorgestellt wurden, anschaut, stellt man fest: Grundlegend geändert hat sich das nicht! Vor Vollendung des 65. Lebensjahres sterben in Deutschland 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe, in der höchsten Einkommensgruppe sind es 8 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer. Diese sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sind in den vergangenen 25 Jahren relativ stabil geblieben!

München Klinik: Gendermedizin wird die Qualität der medizinischen Versorgung weiter verbessern helfen



Was es in der München Klinik, dem Verbund der fünf städtischen Krankenhäuser der bayrischen Landeshauptstadt, gibt, sucht in der deutschen Krankenhauslandschaft – immer noch – seinesgleichen: eine Stabsstelle Qualitätsmanagement und Gendermedizin. Seit fast einem Jahrzehnt ist „Gendermedizin“ ein Aspekt der Arbeit in der München Klinik. Vor wenigen Wochen hat Dr. Hildegard Seidl als Fachreferentin für Gender in Medizin und Pflege das Thema von ihrer engagierten Vorgängerin Johanna Zebisch übernommen.

Dazu Dr. Seidl: „In der München Klinik wird das Thema Geschlechtsunterschiede in der Gesundheitsversorgung ernst genommen und genießt die volle Unterstützung der Leitung des Hauses. Gendermedizin ist für uns eine Querschnittsaufgabe, für die eine weitere Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit relevanter Fachbereiche dringend notwendig ist. Für mich als Fachreferentin für Gender in Medizin und Pflege geht es um die Integration von Gender-Aspekten in die Pflege und Medizin, um

unsere Patientinnen und Patienten zielgruppen-differenziert versorgen zu können.“

Die Gesundheitsökonomin und Naturwissenschaftlerin betreut zurzeit acht Projekte in unterschiedlichen Handlungsfeldern in der München Klinik. „Der Wissenszuwachs bezüglich der Geschlechtsunterschiede in der Medizin ist enorm, und dies in allen medizinischen Fächern. Im Handlungsfeld Wissenserwerb und Wissensvermittlung müssen aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse systematisch recherchiert und in die Aus- und Weiterbildung integriert werden, hier sehen wir eine ganz wichtige Aufgabe in unseren Krankenhäusern. PJ-Studierende und Ärzt/innen in der Fachweiterbildung sollen sich nicht nur das Wissen über Geschlechtsunterschiede in der Medizin aneignen können, sondern in die Lage versetzt werden, diese Kenntnisse am Krankenbett umsetzen zu können. Durch unsere an die München Klinik angebundene Akademie als zentrale Bildungsstätte für Krankenpflegeberufe und Operationstechnische Assistenz wird dieses Wissen auch in das pflegerische Handeln einfließen.“

Auch in Bezug auf die „Sichtbarkeit“ des Themas wird die München Klinik aktiv werden. „Unsere Patientinnen und Patienten sollen erfahren – bei uns werden Geschlechteraspekte in Diagnostik und Therapie sehr wichtig genommen und aktiv umgesetzt. Informationsveranstaltungen werden sich dem Thema unter dem Aspekt verschiedener Erkrankungen widmen. Im ärztlichen Aufklärungsgespräch wird das ebenso eine Rolle spielen. Und natürlich: Gendermedizin ist Qualitätsmedizin! Dazu werten wir die Daten der Qualitätssicherung aus und können nach einiger Zeit Aussagen darüber treffen, inwieweit die geschlechtergerechte Medizin und Pflege in der München Klinik Einzug gefunden hat.“

*Im Gespräch:
Dr. Hildegard Seidl
Foto: privat*

*München Klinik ist
Deutschlands zweitgröß-
ter kommunaler Kranken-
hausverbund – mit über
7.000 Beschäftigten, rund
3.300 Betten und vier
Häusern der Maximalver-
sorgung. Jährlich lassen
sich rund 135.000
Menschen stationär
behandeln*

Gender und Diabetes

Ein Themenschwerpunkt beim Diabetes Kongress 2019

Am 29. Mai eröffnet der Diabetes Kongress in Berlin seine Pforten. Einer der Themenschwerpunkte ist „Gender und Diabetes“. Gendermedizinerin Dr. Ute Seeland und Tagungssekretär Prof. Dr. Christian Herder geben einen Überblick.



Die Gendermedizin beschäftigt sich mit der Erforschung der Geschlechterunterschiede auf genetischer, epigenetischer, diagnostischer und therapeutischer Ebene unter Berücksichtigung der sozio-kulturellen Einflüsse und des Alters. Am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Direktorin: Prof. Dr. Dr. h.c. V. Regitz-Zagrosek) untersuchen Gendermedizinerinnen und Gendermediziner, wie sich nicht nur das biologische Geschlecht („sex“), sondern auch soziale, kulturelle und gesellschaftliche Aspekte von Geschlecht („gender“) auf Gesundheit und Krankheit auswirken.

Dieser Ansatz ist ein wesentlicher Bestandteil einer individuelleren Medizin in Richtung Präzisionsmedizin – flexibel genug, um auch die unterschiedlichen Interessen und das Verhalten in Abhängigkeit vom aktuellen Lebensabschnitt einer Person zu berücksichtigen. Gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes ist die Betrachtung der Lebenssituation besonders

wichtig, um die therapeutischen Maßnahmen individuell zu optimieren.

Blick auf geschlechtersensible Aspekte stärken

Im Jahr 2018 gab es 1375 Publikationen mit gendermedizinischen Inhalten, die im Zusammenhang mit dem Thema Diabetes veröffentlicht wurden. Es handelt sich um Publikationen, die sich im Ergebnis auf „Geschlecht“ beziehen. Studien, die das dichotome Geschlecht weiblich/männlich untersuchen, werden seltener publiziert als diejenigen, die nur ein Geschlecht untersuchen. Ansätze zu genetisch bedingtem Dimorphismus oder auch autosomalen Polymorphismen und dem Einfluss auf das Risiko der Entwicklung einer diabetischen Stoffwechselerkrankung konnten an Versuchstieren nachgewiesen werden. Die Translation auf die humane Ebene ist oft erschwert durch das Fehlen von ausreichend großen Datensätzen, wie diese für genom-weite Assoziationsstudien erforderlich sind.

Schwerpunkte der Publikationen liegen auf der Regulation der Sexualhormone bei prä- oder postmenopausalen Frauen bzw. bei Männern mit Diabetes, mit gestörtem Glukosestoffwechsel oder ohne Diabetes. Aber auch der Fett- und Knochenstoffwechsel sowie die Effektstärke von Risikofaktoren, psychosozialen Stress, Depressionen und Gestationsdiabetes wurden untersucht. Die Prävalenz des Typ-2-Diabetes steigt bei Frauen und Männern weiter an, obwohl die Risikofaktoren für Diabetes und die mikro- bzw. makrovaskulären Folgeerkrankungen seit Jahren gut erforscht sind.

Die Daten von Tönnies et al. aus dem Deutschen Diabetes Zentrum zeigen zudem, dass das Sterblichkeitsrisiko von Menschen mit Diabetes im Vergleich zu gesunden Personen in allen Altersgruppen bei den Frauen höher ist als bei den Männern. Der Unterschied ist in der jüngsten Altersgruppe (65–69 Jahre) am größten zuungunsten der Frauen mit Diabetes. Das Sterblichkeitsrisiko beim Typ-2-Diabetes lag bei den Männern um das 2,8-fache und bei den

*Dieser Beitrag erschien in
der diabeteszeitung · 4.
Jahrgang · Nr. 1/2 ·
20. Februar 2019
Wir danken für die Nach-
druckgenehmigung*

*Dr. Ute Seeland
Foto: privat*

Weitere Informationen:
→ www.dgesgm.de

Frauen sogar um das 4,2-fache höher als bei der Kontrollgruppe ohne Diabetes. Im Vergleich zu Schweden oder Kanada lag die Übersterblichkeit in Deutschland höher, insbesondere bezogen auf Frauen. Diese Daten allein sind ein guter Grund, die bisherigen Handlungs- und Versorgungsstrategien in Deutschland zu überdenken und den Blick verstärkt auf die geschlechtersensible Diagnostik und Behandlung zu richten.

Raum für Diskussionen auf dem Diabetes Kongress 2019

Wie groß die Unterschiede sind und welche Handlungsstrategien daraus abgeleitet werden können, möchten wir mit Ihnen auf dem Diabetes Kongress in Berlin diskutieren. Vier Veranstaltungen zum Thema Gender und Diabetes geben Ihnen die Möglichkeit, sich über die neuesten Kenntnisse zu informieren und mit Expertinnen und Experten zu diskutieren. Wir haben darauf geachtet, dass die mögliche Anwendbarkeit in der Praxis als Take-Home-Message am Ende jeder Veranstaltung steht. Die Schwerpunkte liegen auf den geschlechtersensiblen Fakten zu den Risikofaktoren, Komplikationen und der stratifizierten Pharmakotherapie mit den Hürden und Chancen. Die Diskussion über neue Versorgungskonzepte wird in besonderer Weise bereichert durch ein eigenes Symposium zu Menschen mit Migrationshintergrund und Diabetes. Gerade der Blick auf den Umgang mit anderen Kulturen ist sehr gut geeignet, der Diversität einer multikulturellen Gesellschaft gerecht zu werden, um die Versorgung aller in Deutschland zu verbessern. Die Darstellung der geschlechtersensiblen Fakten soll nicht nur auf die vier Symposien beschränkt bleiben, sondern ubiquitärer Bestandteil des Kongresses sein.

Wie unterscheidet sich Diabetes zwischen Mann und Frau?

Es gibt eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Personen mit Prädiabetes, die bisher nicht diagnostiziert wurden. Hier kommt dem Wissen um Geschlechterunterschiede eine besondere Bedeutung zu. Es finden sich Hinweise, dass Männer mit Prädiabetes eher durch einen abnormen Nüchternblutglukosewert, Frauen hingegen eher durch eine gestörte Glukosetole-

ranz auffallen. Die Assoziation zwischen Zunahme des Körpergewichts und steigendem Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, ist bekannt und gilt für beide Geschlechter. Die Fettverteilung ist zusätzlich zu beachten, wenn präventive Maßnahmen Wirkung zeigen sollen. Obwohl Männer häufiger eine Fettverteilung mit Betonung des viszeralen Fettanteils aufweisen, ist der Nachweis und die progrediente Ansammlung von viszeralem Fett ein stärkerer Risikofaktor für Frauen, einen Diabetes zu entwickeln, als für Männer. In der Praxis bietet sich die Messung des Taillenumfangs an, um eine Zu- oder Abnahme des viszeralen Fettanteils abschätzen zu können. Zur genauen Bestimmung kann eine Quantifizierung mit einer MRT-Untersuchung durchgeführt werden.

Ein weiterer Prädiktor für einen Typ-2-Diabetes bei Frauen sind hohe Harnsäurespiegel. Bei Männern dagegen begünstigen eine systolische Hypertonie, das Rauchen und ein verstärkter Alkoholkonsum die Entwicklung des Diabetes.

Die Versorgung für alle Patientengruppen optimieren

Die Übersterblichkeit von Frauen mit Diabetes ist u. a. bedingt durch ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu Männern. Frauen haben ein 27 % höheres relatives Risiko für einen Schlaganfall und ein 44 % höheres relatives Risiko für eine KHK im Vergleich zu Männern. Dazu beitragen könnte ein stärker gestörter Fettstoffwechsel bei Frauen mit Diabetes, insbesondere ab der Perimenopause. Prämenopausal wirkt Östrogen über ER- α auf die Betazellen des Pankreas und übt somit einen positiven Einfluss auf die Insulinsekretion aus.

Zusätzlich zu den biologischen Unterschieden weisen Studien auf eine schlechtere Versorgungsqualität für Frauen mit Typ-2-Diabetes hin. Sie sind im Vergleich zu männlichen Patienten oft älter, verfügen über ein geringeres Einkommen, eine geringere Bildung, mehr Komorbiditäten und häufig über eine größere Einschränkung ihrer körperlichen und kognitiven Fähigkeiten. Hier zeigt sich ein weiterer Ansatzpunkt, um die Versorgung von Frauen mit Diabetes zu verbessern.

*Dr. Ute Seeland und
Prof. Dr. Christian Herder*

**Programm des
Diabetes-Kongresses:**
<https://diabeteskongress.de>

**Außerdem zum Lesen
empfohlen:**
*Seeland, Ute: Kommentar
zu den Leitlinien (2018) der
ESC zum Management von
kardiovaskulären Erkrankun-
gen in der Schwangerschaft*

Journal
Der Kardiologe, (), 1-8, **Online First**-Artikel verfügbar:
[http://link.springer.com/
article/10.1007/s12181-019-
0314-5](http://link.springer.com/article/10.1007/s12181-019-0314-5)