

**Sehr geehrte Frau Prof. Hochleitner, liebe Grete !
Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen !**



Als **Professorin für Gendermedizin** freue ich mich sehr, dass diesem innovativen Forschungsbereich bei der diesjährigen Jahrestagung für Innere Medizin ein eigenes Symposium gewidmet wurde. Dies beruht besonders auf den Bemühungen von Prof. Hochleitner, die sich als Vorreiterin kontinuierlich für die Gendermedizin einsetzt!

Leider kann ich diesmal aufgrund anderer Verpflichtungen für die Gendermedizin nicht teilnehmen!

Ich bin aber sicher, dass dieses mit hochkarätigen Sprecherinnen und Sprechern besetzte Symposium einen hohen wissenschaftlichen Input, viel spannenden Diskussionsstoff und Anreiz für neue wissenschaftliche Fragestellungen liefern wird !

Geschlechtsspezifische Aspekte sind im Fach **Innere Medizin** besonders wichtig, wo inter- und multidisziplinär komplexe Krankheitsbilder ganzheitlich abgeklärt und individuell behandelt werden.



Die Gendermedizin muss im Medizin-Curriculum aber auch in der postgraduellen Ausbildung noch besser verankert werden. Neben dem seit 2010 erstmalig stattfindenden Universitätslehrgang für Gendermedizin sind auch Symposien bei Fachgesellschaften, wie dieses, und Ärztekammer-Seminare notwendig.

Ich wünsche Ihnen einen spannenden Vormittag und hoffe dass Sie sich für die Gendermedizin begeistern und diese Wissenschaft im eigenen Umfeld weiter unterstützen werden.

**Herzliche Grüße und viel Erfolg !
Alexandra Kautzky-Willer**



PRÄVENTION

**Wer profitiert mehr?
Frauen oder Männer?**

Univ.-Prof. Dr. Margarethe
Hochleitner
Innsbruck Medical University, Austria

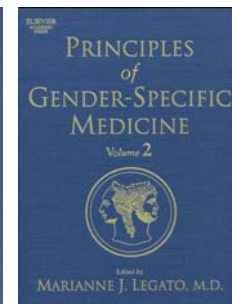
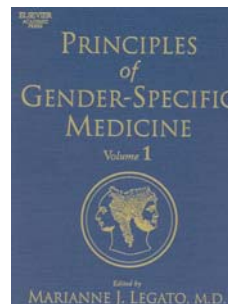
**Gender Medicine =
geschlechtsspezifische Medizin**

- D.h., alle „Wahrheiten“ der Medizinforschung werden auf ihre Richtigkeit für beide Geschlechter geprüft und ihre Auswirkung auf vorhandene Geschlechtsunterschiede dargestellt.

androzentrischer naturwissenschaftlicher Wissenschaftsbegriff

- Der Mann ist die **Norm**, von Zellkultur über Tierversuch bis zum männlichen Menschen.
- Alle Erkenntnisse werden 1:1 ungeprüft auf die Frau übertragen.
- **Frau** = Variante oder „kleiner Mann“
- Dieses Modell ist diskriminierend.
- Ist das ein Gesundheitsrisiko?

Principles of Gender Specific Medicine





Awareness

Bild: <http://www.br-online.de/umwelt-gesundheit/thema/herz/index.xml>

- Heart death is a male thing!

M. Hochleitner

„THE YENTL SYNDROME“

B. Healy
New England Journal of Medicine
Vol. 325, No. 4, 274-276, 1991

„Once a woman showed that she was just like a man, by having severe coronary artery disease ..., then she was treated as a man would be.“

M. Hochleitner

Frauen und Medikamente

Dresser R: Wanted: single, white male for medical research. Hastings Cen Rep 1992; 22: 24-29.

M. Hochleitner

The Story of Aspirin

U.S. Physicians Study 1990

Aspirin significantly reduces heart attack risk.
The Study had been cancelled due to ethical reasons; in the following Aspirin was world's bestselling medication.

BUT: ASPIRIN WAS NOT TESTED ON A SINGLE WOMAN!

Manson JE, Grobbee DE, Stampfer MJ. Aspirin in the primary prevention of angina pectoris in a randomized trial of United States physicians. Am J Med 1990; 89: 772-776.

M. Hochleitner

Scientific articles on sex and gender differences in drug therapy

↓

Guidelines of scientific societies

↓

Clinical practice

M. Hochleitner

Circulation American Heart Association
Learn and Live.

Elaborated Best Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women 2011 Update. A Guideline From the American Heart Association
Executive Writing Committee: Lisa M. Alpert, Benjamin B. Boman, Neil B. Isaacson, Patricia J. DeGuz, Donald M. Lloyd-Jones, L. Kristin Newby, Nancy L. Fisher, Yvonne T. Kuper, Lorian F. Lloyd, Dong Chen, Thomas M. Scharf, Cheryl Bushnell, Jennifer D'Amico, Penny M. Koon-Charon, Jing Fang, Theodore G. Gentry, Katherine S. Granger, Chitra R. Coates, Catherine R. Borer, Elizabeth A. Jackson, Debra E. Jackson, Ellen Kulkarni, Carl J. Lavie, Anne Marie Namy, A. Nicolaou, Elizabeth O'Neil, Suzanne Oparil, Pamela Overton, Vivian M. Papp, Katherine Stone, Jeffrey C. Yeh, J. George Sposito, Nisha Chandra-Shekar, Elaine M. Chalk, Scott Litwin and Nancy C. Wong

Cardiology is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75224
Copyright © 2011 American Heart Association. All rights reserved. ISSN: 0893-9624 Online ISSN: 1524-4539

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: <http://ahajournals.org>

Date Supplement Issued: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRC.0b013e31821276a8>

Information about subscribing to Circulation is online at <http://ahajournals.org>

Permissions: Permissions to Republish, Reproduce, or Distribute this article should be obtained from the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75224. For more information, contact <http://permissions.ahajournals.org>

Reprints: Reprints and other products can be found online at <http://ahajournals.org>

Downloaded from ahajournals.org at 19:25:58 on 08/11/11

Table 1. Class III Interventions (Not Useful/Effective and May Be Harmful) for the Prevention of CVD in Women

Menopausal therapy
Hormone therapy and selective estrogen-receptor modulators (SERMs) should not be used for the primary or secondary prevention of CVD (Class III, Level of Evidence A).

Antioxidant Supplements
Antioxidant vitamin supplements (eg, vitamin E, C, and beta carotene) should not be used for the primary or secondary prevention of CVD (Class III, Level of Evidence A).

Folic Acid*
Folic Acid, with or without B6 and B12 supplementation, should not be used for the primary or secondary prevention of CVD (Class III, Level of Evidence A).

Aspirin for MI in women <65 years of age
Routine use of aspirin in healthy women <65 years of age is not recommended to prevent MI (Class III, Level of Evidence B).

CVD indicates cardiovascular disease; MI, myocardial infarction.
*Folic acid supplementation should be used in the childbearing years to prevent neural tube defects.

M. Hochleitner

Go Red
for women

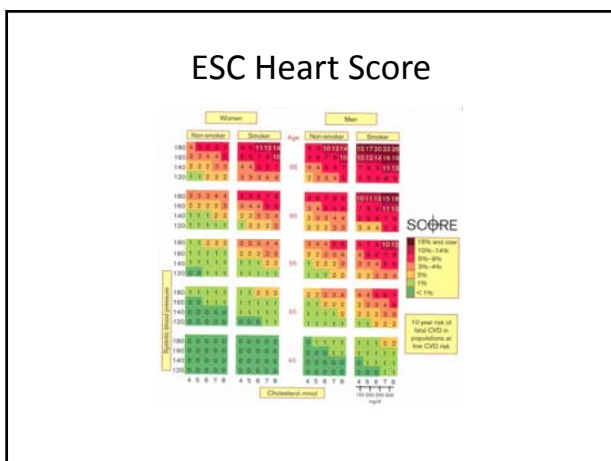
How do you go red?

American Heart Association
WORLD HEART FEDERATION
HEARTS FOR LIFE

Do you want to help protect the women in your life from their number 1 killer?

Find the **KILLER** and share the news...

WORLD HEART FEDERATION



Prävention - Herzrisikofaktoren

- Rauchen
- Hochdruck
- Cholesterin
- Zuckerkrankheit
- Übergewicht

Bilder: <http://imgalter.com>, <http://morguefile.com>, www.flickr.com

© Margarethe Hochleitner

Awareness

- Heart death is a **male thing!**



- Death due to cancer and breast cancer is a **female thing!**
- Osteoporosis is a **female thing!**

M. Hochleitner

SECONDARY PREVENTION

The best protection is early **detection**



You can find us at www.pinkribbon.org Enter >

Pink Ribbon Inc. is a New York registered, 501(c)(3) not-for-profit organization aimed to create a global community to support breast cancer patients, survivors and their families all over the world. Pink Ribbon website supports the community by facilitating forums and blogs where thoughts, experience and information can be shared. Pink Ribbon is dedicated to raising breast cancer awareness and funding for breast cancer research.

Awareness

- Heart death is a **male thing!**



- Death due to cancer and breast cancer is a **female thing!**
- Osteoporosis is a **female thing!**

M. Hochleitner



M. Hochleitner

Indikationen zur BMD-Messung bei Erwachsenen

Eine Knochendichtemessung ist bei folgenden Personen indiziert:

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr
- Frauen jeden Alters, wenn starke* Risikofaktoren vorliegen
- Männer ab dem 70. Lebensjahr
- Erwachsene mit einer Fragilitätsfraktur
- Erwachsene mit Erkrankungen, welche mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochendichteverlust assoziiert sind
- Erwachsene, welche langfristig Medikamente einnehmen müssen, die den Knochenverlust beschleunigen

* Niedriges Körpergewicht, BMI <20 kg/cm²
Gewichtsverlust >10% in 5 Jahren
Immobilisation, extreme Inaktivität
Fraktur nach inadäquatem Trauma
Abnahme der Körpergröße >4 cm
Hohes Sturzrisiko (mindestens 2x/Jahr)

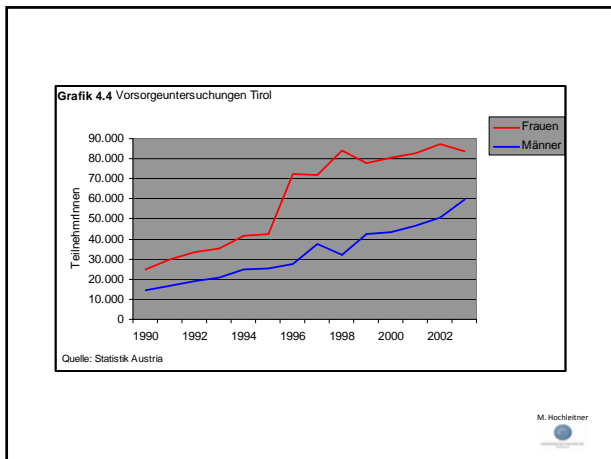
M. Hochleitner

Tabelle 3: Ursachen einer sekundären Osteoporose

Erkrankungen, Lebensstilfaktoren	Medikamente*, Therapien
Hyperthyreose (manifest, subklinisch) ¹⁰	Protonenpumpen-Hemmer ¹⁰
Primärer, sekundärer, tertiärer Hyperparathyreoidismus ¹¹	SSRI ¹⁰
Primäre Amenorrhoe, frühe Menopause ¹²	Hochdosierte Schilddrüsenhormon-Suppressionstherapie ¹⁰
Hypogonadismus ¹³	Antiepiletika ¹⁰
Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ¹⁴	Heparin, Antikoagulantien ¹⁰
Hypercortisolismus ¹⁵	Glucocorticoide ¹⁰
Malabsorption ¹⁶	Glitaxone ¹⁰
Laktoseintoleranz ¹⁷	Chemotherapie ¹⁰
Malnutrition ¹⁸	Aromatase-Inhibitoren ¹⁰
Anorexia nervosa ¹⁹	Organtransplantation ¹⁰
Niereninsuffizienz ²⁰	Androgensuppression ¹⁰ (GnRH-Agonisten) ¹⁰
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ²¹	Anti-Retrovirale Therapie ¹⁰
Rheumatoide Arthritis ²²	Antidiätogene (prämenopausal) ¹⁰
Plasmozytom ²³	Strahlentherapie ¹⁰
Alkohol ²⁴	und viele seltene Erkrankungen und Therapien
Rauchen ²⁵	

* Reihenfolge nach Anzahl der Verordnungen auf Kosten der sozialen Krankerversicherung.

M. Hochleitner



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

**FRAUEN
GESUNDHEITS
ZENTRUM**

PRÄVENTION

Wer profitiert mehr? Frauen oder Männer?

Univ.-Prof. Dr. Margarethe
Hochleitner
Innsbruck Medical University, Austria

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

**FRAUEN
GESUNDHEITS
ZENTRUM**

Herzlichen Dank für Ihr Interesse