

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



4 • 2020

**GESCHLECHTERSPEZIFISCHE
VERSORGUNG – MEDIZIN UND
SYSTEMSTRUKTUREN NEU DENKEN**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Inhalt



- 4 Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepfer
 Herausgeber



- 6 Grußwort**
Dr. Martina Kloepfer
 Vorsitzende Institut für Gender-Gesundheit e.V.



- 8 „Gendermedizinische Aspekte müssen verpflichtender Teil der ärztlichen Ausbildung werden“**
Prof. Dr. Claudia Schmidtke MdB
 Patientenbeauftragte der Bundesregierung



- 12 Medizin, die allen Geschlechtern gerecht wird**
Prof. Dr. Christoph Straub
 Vorstandsvorsitzender BARMER



- 16 Geschlechtsspezifische Aspekte in der psychotherapeutischen Versorgung**
Dr. Andrea Benecke
 Vizepräsidentin des Vorstandes Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)



- 21 Geschlechtsspezifisches Wissen auf den Punkt gebracht**
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Geschäftsführerin
Judith Mollenhauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 figus GmbH



- 24 „Geschlechterspezifische Forschung muss beginnen, bevor wir am Menschen testen“**
André Schmidt, Chief Scientific Officer
Pia Nothing, Public Affairs Manager Health Politics
 Novartis Pharma GmbH



- 28 Gendermedizin ist keine Einbahnstraße**
Andrea Galle
 Vorstandin BKK VBU



- 31 „Divers besetzte Gremien kommen zu besseren Entscheidungen“**
Gertrud Demmler
 Vorstand SBK Siemens-Betriebskrankenkasse



- 35 „Wir haben einen erheblichen Gender-Data-Gap, das benachteiligt Frauen an vielen Stellen“**
Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB
 Mitglied im Gesundheitsausschuss – B90/Die Grünen



- 39 „Es muss sich mehr Selbstverständlichkeit einstellen“**
Prof. Dr. Dr. Ilona Kickbusch
 Boardmember Woman in Global Health

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

diese Ausgabe des iX-Forum ist kein traditionelles „Frauenheft“, auch wenn sich endlich einmal fast ausschließlich Autorinnen und Gesprächspartnerinnen zu Wort melden.

Aber wir nehmen das Thema „Geschlechterspezifische Versorgung“ in aller möglichen Neutralität sehr ernst: Männer und Frauen sind unterschiedlich und müssen in den meisten Diagnosen und Indikationen unterschiedlich behandelt werden. Herzerkrankungen, Depression oder auch Osteoporose sind „klassische“ Beispiele.

Dieses iX-Forum ist gerade deshalb weniger medizinisch als vielmehr politisch. Denn buchstäblich das Maß aller Dinge war und ist bis heute – und keineswegs nur in der Medizin – der Mann. Leonardo da Vincis „Vitruvianischer Mensch“ findet sich nach wie vor auf jeder Krankenkassenkarte!

Gerade für unser Gesundheitssystem hat dies dramatische Folgen. Wenn wir wissen, dass Mann und Frau häufig unterschiedlich versorgt werden müssen, gehen wir sowohl mit der entsprechenden Fehlversorgung (und dem damit verbundenen Leid) als auch mit den solidarisch erhobenen Geldern der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verantwortungsbewusst um. Wir müssen dieser Verschiedenheit auch in der konkreten Versorgung der Patientinnen und Patienten Rechnung zollen.

Es ist demnach auch eine Frage der Systemeffizienz, einerseits permanent mehr zu geschlechterspezifischen Versorgungsnotwendigkeiten zu forschen und zum anderen Wege zu finden, dieses Wissen auch rasch in die reale Versorgung zu implementieren. Aus diesen Gründen

stellen wir mit diesem iX-Forum nicht nur Fragen zur Medizin, sondern vor allem auch zu den Systemstrukturen. Denn Erkenntnisgewinnung und Erkenntnistransfer an die Basis hängen gerade in diesen Fragen elementar mit einer ausgewogenen Geschlechterbesetzung zusammen. Sind Forschungs- und Systemstrukturen überwiegend mit Männern besetzt, findet sich diese Dominanz auch in der Wissenschafts- und Versorgungspraxis wieder.

Neben vielen anderen Defiziten leidet unser Gesundheitssystem auch an einem Gender-Bias. Das fängt bei der Grundlagenforschung an, in der es natürlich wichtig ist, die Geschlechterparität bereits bei Tierversuchen zur berücksichtigen, es zieht sich aber durch die gesamte weitere Forschung. In diesem Zusammen sollte es selbstverständlicher Standard sein, die Berücksichtigung geschlechterspezifische Aspekte zur Grundlage von Publikationen und Forschungsförderung zu machen.

Und um es noch einmal zu sagen: nicht aus Gründen emanzipatorischer Geschlechtergerechtigkeit, sondern vor allem zur Qualitätssteigerung unseres Gesundheitssystems. Ein Blick in die Förderrichtlinien des Forschungsministeriums oder auch des Innovationsfonds zeigt, dass wir hier noch lange nicht am Ende einer notwendigen Entwicklung angekommen sind. Hier die noch immer eklatanten Lücken rasch zu schließen kommt angesichts einer am Horizont aufscheinenden KI-basierte Entscheidungsfindung auch im Gesundheitswesen eine besonders dramatische Bedeutung zu. Denn Daten, die nicht erhoben wurden, können nicht Teil dieser Entscheidungsfindung werden. Der Segen der Künstlichen Intelligenz kann

so zum Fluch für eine geschlechterspezifische Versorgung werden, wenn wir den Gender-Data-Gap nicht rasch schließen!

Angesichts all dieser Defizite kann es kaum verwundern, dass dem Thema „Geschlechterspezifische Versorgung“ und diesem iX-Forum ein verstärkt weiblicher Anteil zukommt. Nicht um zu einem Geschlechterkampf aufzurufen, sondern um die Gleichwertigkeit der Kräfte- und Entscheidungsverteilung herzustellen, die ein effizientes und effektives Gesundheitssystem benötigt.

Unsere Autorinnen und Autoren legen die Finger auf diese zahlreichen geschlechterspezifischen Ungereimtheiten unseres Gesundheitssystems. Sie skizzieren Lösungen, die mit teilweise kurz-, teilweise langfristigen Maßnahmen die gegenwärtigen Verzerrungen überwinden können. Und da eine geschlechterspezifische Versorgung

keineswegs nur ein medizinisches Problem ist, wird auch von Ausbildung, von Gremienstrukturen, von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und an der einen oder anderen Stelle auch von Quoten die Rede sein.

Die Verhältnisse müssen sich ändern und verbessern. Das sind wir Patientinnen und Patienten, sowie den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern unseres gemeinsam finanzierten Krankenversicherungssystems schuldig.

Unsere Autorinnen, Gesprächspartnerinnen, Autoren und Gesprächspartnern und nicht zuletzt unserem Kooperationspartner, dem Institut für Gender-Gesundheit e.V., danken wir für die vielen Hinweise, wo zahlreiche Potentiale zur Verbesserung unseres Systems auf dem Weg zu einer geschlechterspezifischen Versorgung zu heben sind.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Grußwort

Gendermedizin hat rund 40 Jahre nach den ersten Erkenntnissen der US-amerikanischen Ärztin, Marianne J. Legato, zum „weiblichen“ Herzinfarkt auch in der deutschen Diskussion einen festen Platz. Häufig noch mit Frauenmedizin übersetzt, sorgt der Begriff, der streng genommen lediglich den soziokulturellen Aspekt benennt, bei manchen Stakeholdern immer noch für Beißreflexe. Das Bewusstsein wächst jedoch, dass sich die Geschlechter auch jenseits der Ausprägungen von Geschlechtsmerkmalen und Hormonen biologisch signifikant voneinander unterscheiden können. Ein weibliches Herz ist etwas anders beschaffen als ein männliches, eine männliche Leber verfügt zum Teil über eine andere Enzymzusammensetzung als eine weibliche, was bei Frauen nicht selten zu einer Überdosierung bestimmter Wirkstoffe führt.

Weitere Indikationen wie z.B. Diabetes, Krebs, Demenz oder rheumatische Erkrankungen werden unter dem Aspekt der Geschlechterunterschiede erforscht, was zu der Erkenntnis führt, dass der männliche Körper nicht alleinige Referenz sein kann. Das ließ das Pendel der gendermedizinischen Forschung zunächst verstärkt in Richtung Frauen ausschlagen. Verbrieftes Wissen stand und steht erneut auf dem Prüfstand. Viele Studien, bei denen Frauen häufig unterrepräsentiert oder gar nicht beteiligt waren, deren Gültigkeit aber wie selbstverständlich für beide Geschlechter angenommen wurde, unterliegen einer erneuten Diskussion.

Bei Indikationen wie Depression, Osteoporose oder auch Brustkrebs kann es im umgekehrten Fall zu einer Unterdiagnostizierung bei Männern kommen, da diese Erkrankungen nach wie vor allgemein als typisch weiblich gelten.

Biologisches Geschlecht und gesellschaftliche Prägung von Männern und Frauen können bei Diagnose bzw. Therapie ungünstig zusammenwirken. Während Frauen (immer noch) Gefahr laufen, bei einem Herzinfarkt unterdiagnostiziert zu werden, sind es bei Männern psychische Erkrankungen, die nicht oder sehr spät erkannt werden, mit tragischen Folgen. Die Symptome eines Herzinfarkts oder einer Depression, deren Ausprägung, aber auch eine geschlechtsabhängige Wahrnehmung der Beschwerden können bei Betroffenen wie beim ärztlichen Personal zu Fehleinschätzungen führen.

Forschung, zahlreiche Initiativen, Tagungen und Kongresse haben dafür gesorgt, dass das Thema Gendermedizin auch in der Politik angekommen ist und im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode verankert wurde, dicht gefolgt vom Präventionsgesetz, das 2015 dem SGB V einen § 2b hinzugefügt hat, der den Krankenkassen aufträgt, „geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung“ zu tragen. Um diesen Auftrag aber in der Breite umzusetzen, bedarf es noch der Erledigung einiger struktureller Hausaufgaben. Denn noch fehlen vielfach Studien, um einen „Zusatznutzen“ für Leistungen, die in Diagnose und The-

rapie dem Geschlecht Rechnung tragen, evidenzbasiert zu belegen und sie ggf. erstattungsfähig zu machen. Einige vom Innovationsfonds und BMG unterstützte Studien zur Versorgungssituation beider Geschlechter versprechen die ein oder andere Wissenslücke künftig zu schließen.

So gilt beispielsweise beim aktuellen Thema Digitalisierung, nicht der zunehmenden Dynamik zu erliegen und die Versäumnisse der Vergangenheit nicht zu wiederholen. Algorithmen sind zunächst nur so schlau wie ihre Entwickler und Entwicklerinnen. Da es von letzteren allerdings deutlich weniger gibt, droht bei mangelnder Aufmerksamkeit der nächste Genderbias, z.B. bei Diagnose-Apps oder -Plattformen.

Um die Erkenntnisse gendermedizinischer Forschung in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu etablieren stellt sich auch die Frage nach einer paritätischen Besetzung von Führungspositionen in Kliniken und Universitäten; denn bislang wurde die Forschung mit geschlechtsspezifischer Fragestellung überwiegend von Ärztinnen und Forscherinnen vorangetrieben. Die wenigsten haben jedoch eine Führungsposition inne, um entsprechende Forschungsgelder beantragen zu können. Hier sind privatwirtschaftliche Unternehmen oft weiter. Auch auf dem Feld der Aus- und Weiterbildung müsste noch nachgearbeitet werden, um gendermedizinisches Wissen in der Versorgung ankommen zu lassen. Noch be-

ruht die Vermittlung gendermedizinischen Wissens auf individuellen Initiativen einzelner Fakultäten, wie z.B. auf dem Modellstudiengang an der Berliner Charité. Während in Österreich zum Beispiel ein Diplom zur Gendermedizinerin bzw. zum Gendermediziner erworben werden kann, ist der interessierte Arzt, die interessierte Ärztin in Deutschland auf Kongresse, Tagungen oder Online-Angebote angewiesen.

Um „geschlechtsspezifischen Besonderheiten“ auch auf Systemebene adäquat „Rechnung“ zu tragen, wäre eine paritätische Besetzung von Führungspositionen mit Männern und Frauen in der Selbstverwaltung ein entscheidender Beitrag; denn je vielfältiger die Perspektiven, desto umfassender die Fragestellungen und Evaluationen.



Dr. Martina Kloepfer

Vorsitzende Institut für Gender-Gesundheit e.V.

„Gendermedizinische Aspekte müssen verpflichtender Teil der ärztlichen Ausbildung werden“



Interview mit
Prof. Dr. Claudia Schmidtke MdB
Patientenbeauftragte der
Bundesregierung

Dr. Albrecht Kloepfer sprach mit der Patientenbeauftragten Prof. Dr. Claudia Schmidtke darüber, inwieweit Gendermedizin Teil ihrer aktuellen Arbeit ist.

Inwieweit findet das Thema „Geschlechtsspezifische Versorgung“ Eingang in Ihre Arbeit als Patientenbeauftragte?

Bereits seit Jahren setze ich mich als Gendermedizinerin für eine geschlechtersensible Medizin ein. Daher war ich sehr erfreut, dass mein Amt als Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten auch formal gesetzlich den Auftrag umfasst, darauf zu achten, dass in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

In welchen Bereichen sehen Sie markante Defizite?

Die geschlechterspezifischen Unterschiede bei der Entstehung und dem Verlauf verschiedener Krankheiten und deren Einflüsse auf Diagnose- und Therapieentscheidungen sind mittlerweile durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Die Gründe dafür sind vielfältig. Neben diversen gesellschaftlich und kulturell bedingten Unterschieden bestehen vor allem genetische und hormonelle Unterschiede, die zu unterschiedlichen Ausprägungen von Erkrankungen führen.

Defizite sehe ich auf unterschiedlichen Ebenen der Versorgung:

1. Forschung

Geschlechtsbezogene Aspekte werden zwar zunehmend, aber noch immer unzureichend berücksichtigt. So sind Frauen in Arzneimittelstudien weiterhin unterrepräsentiert, obwohl geschlechtsspezifische Unterschiede für die Verteilung und den Abbau von Arzneistoffen im Körper zweifelsfrei nachgewiesen sind. Und auch die Grundlagenforschung wird mehrheitlich mit männlichen Zellen oder Tieren durchgeführt, so dass bereits in frühen Forschungsstadien geschlechtsspezifische Fragen nicht adressiert werden und somit wichtige Erkenntnisse verloren gehen.

2. Diagnostik

Da Frauen bei einigen Krankheitsbildern andere Symptome als Männer aufweisen – beispielsweise bei einer Angina pectoris bzw. einem Herzinfarkt – werden die Beschwerden häufig fehlinterpretiert. Ein weiteres Beispiel betrifft AIDS, das als klassische Männerkrankheit gilt, obwohl mittlerweile 50 Prozent der heute an HIV-Erkrankten Frauen sind. Andererseits wird die Osteoporose bei Männern unterdiagnostiziert und oft nicht adäquat behandelt, da sie nicht als wahrscheinliche Kandidaten für diese sogenannte Frauenkrankheit angesehen werden.

Zwar hat in vielen medizinischen Fachrichtungen ein Umdenken begonnen, dennoch werden diese Erkenntnisse noch nicht hinreichend im Versorgungsalltag berücksichtigt.

3. Therapie

Bei der Auswahl therapeutischer Methoden wird immer noch zu selten auf geschlechtsspezifische Aspekte geachtet, z. B. bei der Verordnung oder der Dosierung von Arzneimitteln.

4. Prävention / Rehabilitation

Frauen nehmen Präventionsangebote anders wahr und häufiger in Anspruch als Männer. Ein Beispiel sind die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die in Deutschland von Frauen deutlich häufiger als von Männern genutzt werden. Die bestehenden Informationsangebote scheinen Männer nicht zu erreichen. Hier bedarf es einer gezielteren Ansprache der Männer und einer besseren Aufklärung über die speziellen Präventionsangebote und deren Nutzen für Männer und Frauen. Bei Rehabilitationsmaßnahmen verhält es sich genau umgekehrt. Diese werden von Frauen seltener in Anspruch genommen als von Männern.

Bekommen Sie hier auch direkte Rückmeldung von Patientinnen (und Patienten)?

Direkte Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten haben mich bisher in meiner Funktion als Patientenbeauftragte noch nicht erreicht. In der breiten Öffentlichkeit wird die Gendermedizin erst langsam als Thema wahrgenommen, auch wenn das mediale Interesse in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Die aktuelle Berichterstattung über Unterschiede der Krankheitsverläufe von Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankt sind, trägt zur weiteren Aufmerksamkeit bei.

Wie ließe sich die Lage weiter verbessern – und was wäre politische Aufgabe?

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es in den letzten Jahren zahlreiche positive Entwicklungen gegeben hat. Seit dem Jahr 2015 sind beispielsweise die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Darüber hinaus haben sowohl die Bundesregierung als auch die Europäische Union umfangreiche Mittel bereitgestellt, um Forschungen zu fördern, die geschlechterspezifische Unterschiede bei der Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus nehmen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung informiert Bürgerinnen und Bürger mit speziellen Informationsportalen im Internet über die Unterschiede der Frauen- und Männergesundheit.

Damit sich die geschlechtsspezifische Versorgung weiter verbessert, ist es meines Erachtens erforderlich, dass gendermedizinische Aspekte verpflichtender Bestandteil der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung werden. Zudem sollten entsprechende Fragestellungen in der Forschung, insbesondere der Arzneimittelforschung, systematisch adressiert und in Zulassungsstudien regelmäßig über Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen bei Männern und Frauen berichtet werden.

Zudem sollten die frauen- und mÄnnerspezifischen Gesundheitsinformationen weiter ausgebaut werden, damit sich Patientinnen und Patienten informiert mit diesem Thema auseinandersetzen und entsprechende Fragen an ihre Ärztinnen und Ärzte richten können. So könnten beispielsweise unterschiedliche Dosierungsangaben für Männer und Frauen in den Beipackzetteln der Medikamente aufgenommen werden.

Mit anderen Worten: Wo sind die unterschiedlichen Gremien der Selbstverwaltung gefragt?

Ich würde diese Frage nicht nur auf die Gremien der Selbstverwaltung beschränken, sondern alle Akteure des Gesundheitswesens einbeziehen. Denn alle können einen Beitrag dazu leisten, dass nicht länger der Mann mit typisch männlichen Symptomen als Norm in der Medizin gilt, sondern stattdessen die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt rückt. Neben den bereits angesprochenen Themen der Forschung und ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung denke ich beispielsweise an die Anpassung von medizinischen Leitlinien, die Berücksichtigung von geschlechtsbezogenen Aspekten bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder bei der Entwicklung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Fakt ist, dass eine geschlechterspezifische Medizin zu einer zielgerichteten, einer passgenauen und damit besseren Versorgung von Frauen und Männern beitragen kann.

Sie haben sich ja bereits in Ihrer medizinischen Ausbildung mit dem Thema befasst. Was war dafür der Anlass?

In der Herzchirurgie treten die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sehr viel augenscheinlicher zutage als in manchen anderen Fachrichtungen – und das häufig zum Nachteil der Frauen. Als Herzchirurgin war es mir daher schon sehr früh eine Herzensangelegenheit, die geschlechterspezifischen Unterschiede und Risikofaktoren auch im Hinblick auf die bestmögliche Therapie zu vermitteln.

Heute achte ich als Mitglied der Promotionskommission außerordentlich auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ergebnisse in den vorgelegten Dissertationschriften.

Wie sehen Sie die Situation in Aus- und Weiterbildung im Bereich Gendermedizin in Deutschland?

Die Gendermedizin kommt in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung leider immer noch zu kurz. Meines Wissens gibt es bisher bundesweit nur ein einziges Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, und zwar an der Berliner Charité. Die Universität Bielefeld befindet sich gerade im Verfahren, eine Professur für Gendermedizin zu besetzen.

Allerdings ist nur an der Charité die Gendermedizin auch ein verpflichtender Lehrinhalt für die Studentinnen und Studenten. In den Curricula anderer medizinischer Fakultäten ist die Gendermedizin bisher sehr unterschiedlich eingebunden. In vielen Fällen wird die Gendermedizin als Wahlveranstaltung in Form von Ringvorlesungen, Seminaren oder Workshops angeboten.

Auch in der Facharztausbildung besteht wenig konkrete Verpflichtung zur Vermittlung gendermedizinischer Inhalte. Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sieht „Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität“ lediglich als allgemeine Weiterbildungsinhalte vor.

Es ist daher sehr zu begrüßen, dass im derzeit vorliegenden Entwurf für eine neue ärztliche Approbationsordnung ausdrücklich der Erwerb von Grundkenntnissen der Einflüsse des Geschlechts auf die Gesundheit und die Bewältigung von Krankheitsfolgen vorgesehen ist und die Fähigkeit zur Bewertung entsprechender Einflüsse Bestandteil der Ärztlichen Prüfung werden soll.

Darüber hinaus soll das Medizinstudium gemäß des „Masterplan Medizinstudium 2020“ noch stärker als bisher

kompetenzorientiert ausgestaltet werden. Der Entwurf der Approbationsordnung sieht daher vor, dass sich der Inhalt des Studiums nach dem Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) richtet. Der NKLM berücksichtigt in vielen Lernzielen geschlechterspezifische Aspekte, die damit zukünftig verpflichtender Bestandteil des Medizinstudiums würden. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung!

Mal Frau Prof. Schmidtke als Herzchirurgin gefragt: Welche Relevanz hatte und hat das Thema in Ihrem Klinischen Alltag?

Die geschlechtsabhängigen Unterschiede bei Herzerkrankungen, insbesondere der koronaren Herzerkrankung oder bei Herzinsuffizienz, sind im klinischen Alltag nicht zu vernachlässigen. Bekanntestes Beispiel sind die unterschiedlichen Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen und Männern. Während bei Männern meistens klassische Herzinfarktsymptome auftreten (als typisch gelten Brustschmerzen, in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen), klagen Frauen oft über unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Rücken- oder Nackenschmerzen, Kiefer-/Halsschmerzen und Oberbauchbeschwerden. Aufgrund der Fehlinterpretation der Symptome werden Infarkte bei Frauen deutlich später diagnostiziert. Damit erfolgt eine Therapie ebenfalls verzögert.

Aber auch die Risikofaktoren unterscheiden sich: So erhöhen Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Stress bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln. Vielen Frauen ist ihr Erkrankungsrisiko aber gar nicht bewusst. Frauen müssen daher besser über Herz-Kreislauf-Erkrankungen informiert werden, um möglichen Erkrankungen vorbeugen und individuelle Krankheitsanzeichen richtig einordnen zu können.

Geschlechterspezifische Unterschiede und Risikofaktoren gilt es aber auch bei der Auswahl der chirurgischen oder medikamentösen Therapie zu beachten.

Interessant ist beispielsweise auch die prophylaktische Gabe von ASS. Dass es Unterschiede der Therapie bei Männern und Frauen gibt, ist leider nicht jedem geläufig. So reduziert gemäß einer Publikation im JAMA ASS das Risiko für einen Schlaganfall bei Frauen, nicht aber das Risiko für einen Herzinfarkt oder die kardiovaskuläre Sterblichkeit. Bei Männern hingegen wird das Risiko für einen Herzinfarkt gesenkt, nicht aber für einen Schlaganfall oder die kardiovaskuläre Sterblichkeit.

Ist Gendermedizin aus Ihrer Sicht im Bewusstsein der Ärzteschaft „angekommen“?

Mein Eindruck ist, dass das Bewusstsein für die Gendermedizin bei vielen Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahren gewachsen ist. Einige Fachrichtungen wie die Kardiologie sind hier sicherlich weiter als andere. Die Gesamtentwicklung ist jedoch ermutigend. Die Zeiten, in denen die Gendermedizin als „Frauenmedizin“ oder „Frauenkram“ abgetan und belächelt wurde, scheinen endgültig vorbei zu sein. Es setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass es für eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten wesentlich ist, die Unterschiede von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Dennoch dürfen wir uns nichts vormachen: Es bedarf noch weiterer Forschungsbemühungen, Diskussionen und noch viel Überzeugungsarbeit, bis eine geschlechtersensible Sichtweise vollständig im Bewusstsein einerseits der Ärzteschaft (und damit im Versorgungsalltag) und andererseits im Bewusstsein der Bevölkerung verankert ist. Als Patientenbeauftragte setze ich mich dafür ein, diese Debatte konstruktiv und im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gestalten.

Medizin, die allen Geschlechtern gerecht wird



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender BARMER

Medizin hatte immer schon mit zwei Geschlechtern zu tun, mit Patientinnen und Patienten. Inzwischen gibt es mit „weiblich“, „männlich“ und „divers“ drei Geschlechterkategorien. Erst vor relativ kurzer Zeit hat die Medizin begonnen, diesen Unterschied ernst zu nehmen. Heute wissen wir, dass es bis zu einer geschlechterspezifischen und damit auch geschlechtergerechten Medizin ein weiter Weg ist.

Die gute Nachricht dabei ist, dass das Bewusstsein für ihre Notwendigkeit zunehmend Raum greift. Die Politik hat das Thema entdeckt. Und es gibt Projekte mit genügend Potenzial, Strukturen der gesundheitlichen Versorgung für Genderaspekte zu sensibilisieren.

Dass Frauen anders krank sind und anders behandelt werden als Männer, ist seit langem bekannt. In den letzten Jahren ist dieses binäre Geschlechtersystem aus „weiblich“ und „männlich“ erweitert worden. Seit dem Jahr 2018 gibt es im Personenstandsrecht als dritte Kategorie das „diverse“ Geschlecht für alle Menschen, die nicht in die beiden anderen Geschlechter eingeordnet werden können oder wollen. Auch für das dritte Geschlecht darf die Annahme gelten, dass diese Menschen ganz eigene gesundheitliche Bedürfnisse haben.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Geschlechterspezifika in der Medizin hat jedoch erst relativ spät begonnen. Vor rund 30 Jahren begann sich in Deutschland die Gendermedizin zu etablieren. Bereits ein Jahrzehnt zuvor wurden erstmals Unterschiede bei Herzerkrankungen zwischen Männern und Frauen bekannt. Aus der Versorgungsforschung wissen wir, dass manche Erkrankungen, wie Depressionen oder Migräne, bei Frauen deutlich häufiger vorkommen. Insgesamt ist das Wissen über unterschiedliche Bedürfnisse der Geschlechter bei der gesundheitlichen Versorgung bis heute stark gewachsen.

Ein neueres Beispiel für die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse bietet eine Studie, deren Autorinnen und Autoren sich mit der optimalen pharmakologischen Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beschäftigen.

Veröffentlicht wurde die Arbeit in der Septemerausgabe 2020 des *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery* (Frederik Peters, Thea Kreutzburg, Henrik C. Rieß, Franziska Heidemann, Ursula Marschall, Helmut L’Hoest, Eike S. Debus, Art Sedrakyan, Christian-Alexander Behrendt: Optimal Pharmacological Treatment of Symptomatic Peripheral Arterial Occlusive Disease and Evidence of Female Patient Disadvantage: An Analysis of Health Insurance Claims Data). Das Fazit der Forscherinnen und Forscher aus Deutschland und den USA ist eindeutig. Sie kommen zu dem Schluss, dass „im Jahr 2018 Frauen immer noch benachteiligt (werden), wenn es darum geht, die optimale pharmakologische Behandlung für pAVK nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus fortzuführen. Obwohl sie im höheren Alter und mit heftigeren Symptomen medizinische Hilfe aufsuchen, besteht bei Frauen eine geringere Verschreibungsprävalenz für die optimale pharmakologische Behandlung, besonders im Fall von lipid-senkenden Medikamenten“. Die Lücke bei den Verschreibungen zwischen den Geschlechtern sei mit der Zeit nicht kleiner geworden, trotz des Trends insgesamt steigender Verschreibungszahlen für Männer wie Frauen.

Ihre Ergebnisse zur Behandlung der pAVK stützen die Autorinnen und Autoren auf eine Analyse von Daten zu rund 84.000 Versicherten der BARMER, die zwischen Januar 2010 und Juni 2018 mit der Diagnose pAVK im Krankenhaus behandelt und danach in die ambulante Versorgung entlassen wurden. Im Durchschnitt waren die Patientinnen und Patienten knapp 72 Jahre alt. 45,8 Prozent der Personen in der Studie waren Frauen. Verglichen mit Männern bekamen sie seltener vorhergehende ambulante Pflege für pAVK (39,8 gegenüber 47,0 Prozent), wurden häufiger mit ischämischem Ruheschmerz eingeliefert (13,9 gegenüber 10,4 Prozent) und waren älter (74 versus 70 Jahre). Nach der Entlassung wurden Frauen

seltener lipid-senkende Medikamente verschrieben (52,4 gegenüber 59,9 Prozent), während sie blutdrucksenkende Medikamente öfter bekamen (86,7 im Vergleich zu 84,1 Prozent). Das Autorenteam fand Hinweise auf eine geringere Verschreibungsprävalenz für Frauen bei optimaler pharmakologischer Behandlung (37 versus 42,7 Prozent). Unterschiede bei Patienten- und Gesundheitsversorgungsvariablen wie Demografie, Komorbiditäten oder vorherigen Behandlungen zwischen Frauen und Männern konnten den Autorinnen und Autoren zufolge 56 Prozent dieser Verschreibungslücke erklären.

Die Frage nach den Ursachen dieser Lücke lässt sich aber auch weiter fassen. Dann müssen wir uns mit übergreifenden Fragen des Gesundheitswesens beschäftigen, insbesondere mit den Versorgungsstrukturen und mit der Ausbildung künftiger Medizinerinnen und Mediziner.

Geschlechtersensible Medizin vor allem in der ärztlichen Weiterbildung fördern

Studierende müssen von Anfang an den Umgang mit den spezifischen Bedürfnissen vermittelt bekommen, die aus den unterschiedlichen Geschlechtern resultieren. Das beginnt beim Gespräch zwischen Ärztin und Arzt und den Patientinnen und Patienten. Medizinerinnen und Mediziner müssen die Unterschiede kennen, wie sich Krankheiten bei den Geschlechtern manifestieren. Das gilt für ihre Häufigkeit, die Symptomatik und die Behandlung. Und es endet nicht bei der gleichermaßen für alle Geschlechter optimierten Arzneimitteltherapie. All das sind keine Selbstverständlichkeiten. Sie müssen genauso erlernt werden wie Kenntnisse über Anatomie oder Pharmakologie. Die gute Nachricht in diesem Zusammenhang ist, dass die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses diesem Anspruch bereits sehr gut gerecht wird.

Heute verlassen Ärztinnen und Ärzte die Universitäten und Hochschulen, die mit Studienbeginn Gendermedizin auf dem Lehrplan hatten. Problematisch wird es, wenn diese jungen Medizinerinnen und Mediziner auf die Versorgungsrealität treffen und sich in der ärztlichen Weiterbildung befinden. In den zugrundeliegenden Curricula ist von Gendermedizin heute kaum etwas zu lesen. Umso dringlicher ist es, dass die Bundesärztekammer und die Ärztekammern der Länder ihre Weiterbildungsordnungen entsprechend modernisieren. Zudem gehört das Thema Gendermedizin auch in das Angebot an Fortbildungen, die jede approbierte Ärztin und jeder approbierte Arzt erbringen muss. Nur durch das konsequente Vorleben einer genderspezifischen Versorgung durch erfahrene Behandelnde kann dieser Gedanke auch in der Versorgungsrealität verankert werden.

Neben Ärztinnen und Ärzten, die sensibel mit geschlechterbedingten Unterschieden ihrer Patientinnen und Patienten umgehen, braucht es aber noch eine weitere Voraussetzung für eine gendersensible Medizin. Das sind Versorgungsstrukturen, die das Ziel der Gendersensibilität unterstützen.

Geschlechterunterschiede als politisches Thema

Bemühungen für bessere Strukturen der medizinischen Versorgung gibt es bereits, sowohl auf politischer Ebene als auch bei den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen. So hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schon im Jahr 2018 einen Förderschwerpunkt „Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ bekannt gemacht. Das BMG verweist in der Rahmenbekanntmachung zum Förderschwerpunkt

darauf, dass das Geschlecht eine von mehreren Determinanten der Gesundheit von Menschen sei. Dies betreffe die biologische und die soziale Dimension von Geschlecht gleichermaßen. Geschlechtsspezifische Unterschiede fänden sich beispielsweise in der Lebenserwartung, der Sterblichkeit, der Erkrankungshäufigkeit, der Krankheitslast, der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Neben biologischen Ursachen könnten für diese Unterschiede verhaltens- ebenso wie verhältnisbezogene Gründe identifiziert werden. Mit dem Präventionsgesetz sei mit dem neuen § 2b SGB V der Blick auf geschlechtsspezifische Ansatzpunkte in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung gelenkt worden. Um die durch das Präventionsgesetz angestoßenen Entwicklungen zu befördern, bedürfe es weiterer Forschungsaktivitäten.

Wissen verbreitern und für neue Versorgungsformen nutzen

Diese Grundannahmen der Bundesregierung zu geschlechtersensibler Medizin werden von der BARMER geteilt. Sie beteiligt sich als Konsortialpartner an dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „IDOMENEO“. Die wohlklingende Wortschöpfung wurzelt in der Frage „Ist die Versorgungsrealität in der Gefäßmedizin leitlinien- und versorgungsgerecht?“ Dass es sich hier um eines der bedeutsamsten medizinischen Versorgungsthemen handelt, zeigt allein schon die Zahl der Betroffenen. Weltweit haben 200 Millionen Patientinnen und Patienten die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die pAVK. Bei der BARMER gibt es jährlich rund 20.000 Behandlungsfälle. Deren Behandlung folgt in Deutschland aber nicht immer den gängigen Leitlinien, auch fehlt es immer wieder an wissenschaftlichen Grundlagen. IDOMENEO soll das ändern, indem die wissenschaftliche Basis zur

Behandlung der pAVK verbessert wird. Darauf aufbauend sollen Instrumente identifiziert werden, mit deren Hilfe die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert wird. Dabei sollen auch patientenrelevante Outcomes, z.B. zur Lebensqualität, erhoben werden. In dem Projekt werden Routinedaten von pAVK-Patientinnen und -Patienten der BARMER retrospektiv inklusive eines langfristigen Follow-ups erhoben. In einer zweiten Projektphase werden die Daten der BARMER prospektiv mit den Daten einer repräsentativ ausgewählten Gruppe von 5.500 pAVK-Patientinnen und -Patienten miteinander verglichen. Erhoben werden diese Daten an rund 30 deutschen Gefäßzentren. Eine datenschutzkonform entwickelte Registerplattform soll es ermöglichen, große Datenmengen zu verarbeiten, auch in einem späteren Routinebetrieb. Das Projekt wird für vier Jahre mit insgesamt zirka 3,5 Millionen Euro gefördert.

IDOMENEO ist nur der erste Schritt eines langen Weges. Zunächst einmal muss Wissen darüber generiert werden, woran es bei der Behandlung der pAVK heute mangelt. Aktuell geht es zunächst um reine Versorgungsforschung. Sie wird uns dabei auch mehr Wissen zu den Erfordernissen einer geschlechtersensiblen Behandlung dieser Erkrankung vermitteln. Erst in einem zweiten Schritt wird es dann darum gehen, aus diesem Wissen neue Versorgungsangebote zu formen. IDOMENEO kann damit dazu beitragen, die Medizin in Deutschland insgesamt sensibler für die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten zu machen. Sie kann so zu einer Medizin werden, die Frauen gerecht wird. Und ebenso Männern sowie den Angehörigen des dritten Geschlechts.



Geschlechts- spezifische Aspekte in der psycho- therapeutischen Versorgung



Dr. Andrea Benecke

Vizepräsidentin des Vorstandes
Bundespsychotherapeuten-
kammer (BPtK)

*Die Entscheidung, Psychotherapeut*in zu werden, ist noch unübersehbar durch Geschlechterstereotype geprägt, die Frauen eher eine empathische, beziehungsorientierte und kommunikative Tätigkeit wählen lassen. Für Männer hat der Beruf der Psychotherapeut*in weniger zu bieten.*

Im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen ist das Einkommen unterdurchschnittlich und der Aufstieg in Leitungsfunktionen, zum Beispiel in psychiatrischen Krankenhäusern, eher unwahrscheinlich. Warum also sollte ein Mann Psychotherapeut werden? Ganz einfach, weil es so nicht weitergehen wird.

Geschlechterunterschiede bei psychischen Erkrankungen

„Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.“ (Simone de Beauvoir, Das andere Geschlecht, 1951). Dies dürfte auch für Männer gelten. Patriarchalische Machtverhältnisse ziehen sich durch die gesamte Geschichte der Menschheit. Mit der industriellen Produktion und dem Aufkommen des Bürgertums aber fand ein grundsätzlicher Ausschluss der Frau aus dem Erwerbsleben statt und ihre Reduzierung auf unentgeltliche Kindererziehung und Haushalt. Führende politische und wirtschaftliche Positionen waren damit wie selbstverständlich Männern vorbehalten. Daran änderten auch die dagegen aufbegehrenden Aktivistinnen der sich gründenden Frauenbewegung Anfang des 20. Jahrhunderts nichts. Damit einher gingen gesellschaftliche Vorstellungen dazu, was eine Frau ist, was sie körperlich und psychisch ausmacht und wie sie sich selbst zu erleben hat. Auch psychische Erkrankungen sind durch gesellschaftliche und geschlechtliche Machtverhältnisse und dazugehörige Geschlechterrollen geprägt.¹

Dabei beginnt psychisch alles zunächst ganz anders: Anfangs sind Männer noch das empfindliche Geschlecht. Jungen erkranken im Kindesalter häufiger als Mädchen an einer psychischen Störung. Erst im Jugendalter, in dem Alter, in dem eine Person beginnt, sich selbst und ihre Beziehungen zu anderen und in der Gesellschaft zu definieren, kehrt sich diese Verhältnis um und bleibt dann auch so: Etwa jede dritte Frau, aber nur knapp jeder fünfte Mann, erkrankt psychisch.²

Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer an Angststörungen und affektiven Störungen, also zum Bei-

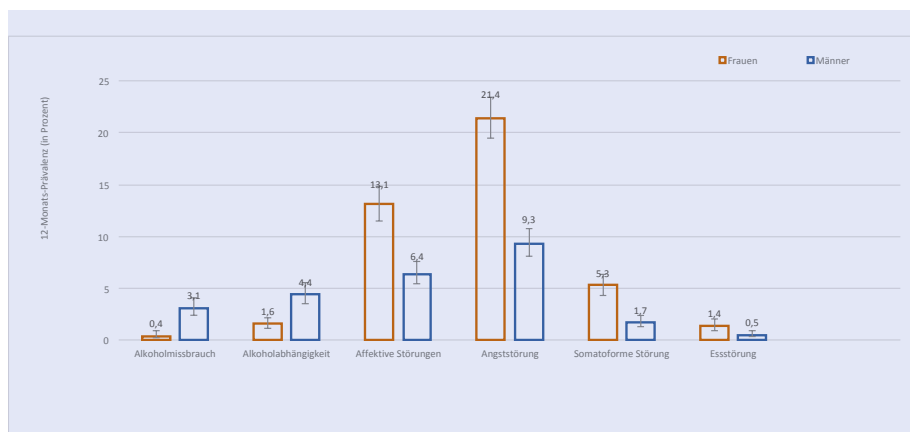


Abbildung 1. 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen. Quelle: Jacobi et al. 2014, 2016.

spiel an Depressionen (Abbildung 1). Bei Essstörungen ist das Geschlechterverhältnis noch eklatanter. Männer sind dagegen deutlich häufiger suchtkrank. Sie sind dreimal häufiger alkoholabhängig als Frauen. Menschen mit schweren psychischen Störungen, zum Beispiel Depressionen, gelten als besonders suizidgefährdet. Trotz geringer Depressionsraten bei Männern entfallen aber drei Viertel der Suizide auf Männer. Ein wesentlicher Grund dafür ist die männliche Geschlechtsidentität, die es schwer macht, sich anderen Menschen mitzuteilen, Schwäche zu zeigen und sich Hilfe zu suchen. Wem die Worte für sein psychisches Erleben fehlen, dem bleibt häufig nicht mehr als die verzweifelte Tat.

Mädchen dagegen bauen schon früh ein soziales Netz auf, haben Freund*innen und reden viel mit anderen. Sie nutzen Beziehungen, um Probleme zu besprechen und zu lösen. Es ist daher kein Wunder, dass sie häufiger eine professionelle Beratung und Behandlung nutzen und die Symptome ihrer Erkrankung besser und umfassender schildern können. Psychische Erkrankungen werden deshalb bei Frauen auch eher erkannt und diagnostiziert.

Psychische Störungen können durch ein Ungleichgewicht, einen Mangel oder den Überschuss bestimmter chemischer Botenstoffe im Gehirn ausgelöst und aufrechterhalten werden. Geschlechtshormone, wie Östrogen und Progesteron, können das Zusammenspiel chemischer Prozesse im Gehirn beeinflussen und verändern – und

demnach die psychische Gesundheit maßgeblich mitbestimmen. Insbesondere bei Frauen geht man davon aus, dass viele psychische Erkrankungen direkt mit Veränderungen im Hormonhaushalt zusammenhängen.

Zu diesen „exklusiven Frauenleiden“ werden zum Beispiel die zyklusbedingte Prämenstruelle Dysphorische Störung, durch die Schwangerschaft, Geburt oder das Wochenbett ausgelöste Depressionen und Psychosen sowie psychische Erkrankungen während der Menopause gezählt.

Neben neurologischen Unterschieden finden sich auch psychologische Erklärungen für die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen der Geschlechter. Viele Studien weisen darauf hin, dass sich Männer und Frauen darin unterscheiden, wie sie mit Stress umgehen. So neigen Frauen eher dazu, ihre negativen Gefühle zu internalisieren. Sie sind daher gegebenenfalls weniger stressresistent und resignieren schneller, wenn der Stress über längere Zeit fortbesteht. In stressreichen Situationen werden sie demnach eher selbstunsicher, geraten ins Grübeln, werten sich selbst ab und werden ängstlich und traurig. Dies kann die erhöhte Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei Frauen erklären. Männer hingegen wenden negative Emotionen eher nach außen, das heißt, sie externalisieren. Aggressionen, Wut und vermehrter Alkoholenuss sind bei ihnen typische Reaktionen auf belastende Ereignisse.

Kommen wir zu den soziologischen Erklärungsansätzen: Geschlecht ist vor allem auch eine soziale Kategorie, die maßgeblich bestimmt, wie Menschen fühlen, denken und sich verhalten. Kinder und Jugendliche wachsen hinein in eine Welt, die maßgeblich von den Unterschieden geprägt ist, was von einem Mann und einer Frau erwartet wird. Die soziale Konstruktion zweier Geschlechter mit unterschiedlichen Rollen prägen jeden Menschen ein Leben lang. Wir lernen, welche Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle der Rolle als Mann oder Frau entsprechen, verinnerlichen sie und machen sie zum eigenen quasi als „naturegegebenen“ Selbstbild. Für Frauen ist es eher anerkannt, dass sie ängstlich und depressiv sind und sich Hilfe suchen. Sie sind laut Rollenstereotyp empathisch, vorsichtig, abhängig, emotional und beziehungsorientiert. Männer sind hingegen aggressiv, aktiv, abenteuerfreudig, unabhängig, durchsetzungsfähig und ehrgeizig. Männer kontrollieren ihre Emotionen – so das Stereotyp.

Männer und Frauen werden mit der Herausbildung der Moderne und der Industrialisierung mit spezifischen und unterschiedlichen Anforderungen und Stressoren konfrontiert. Während für Frauen das Sorgen für Kinder und Angehörige sowie unentgeltliche Hausarbeit (Care-Arbeit) als rollentypisch gelten, sind dies für Männer vor allem Erwerbsarbeit und berufliche Karriere. Frauen sind aufgrund dieser Geschlechterverhältnisse sozioökonomisch schlechter gestellt und allein dadurch mehr psychischen Belastungen ausgesetzt. Es ergeben sich unterschiedliche Risikofaktoren für die beiden Geschlechter: Berufsbezogene Stressoren, Arbeitslosigkeit oder der Übergang in die Rente sind für Männer entscheidende Risikofaktoren, für Frauen sind dies das alleinige Erziehen von Kindern oder das Pflegen von Angehörigen bei geringen finanziellen Ressourcen.

Ein dichotomes Konzept der Zuordnung des Geschlechts kann sogar krank machen. Menschen, die nicht in dieses binäre Raster (Mann/Frau) passen, müssen ihre Identität

gegen massive Widerstände entwickeln. Ein breites Kontinuum an menschlichen Identitäten und Möglichkeiten wäre deshalb ein wichtiger Beitrag zu einer gesünderen Gesellschaft für Frauen und Männer.

Geschlechtersensible Psychotherapie

Die gesellschaftlichen Erwartungen an Mann-Sein und Frau-Sein finden wir auch in den Erwartungen wieder, mit denen unsere Patient*innen zu uns in eine Psychotherapie kommen. Frauen erwarten in einer Psychotherapie vor allem emotionale Verbundenheit. Sie wollen angenommen werden, über ihre Gefühle kommunizieren und lernen, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen, Grenzen zu setzen und ihr Selbstbewusstsein zu steigern. Oder anders ausgedrückt: Ein großes intuitives Wissen um zwischenmenschliche Kernkompetenz ist bei Frauen gesellschaftlicher Standard. Männer suchen dagegen in einer Psychotherapie nach konkreten Lösungen und Fakten. Sie wollen berufliche Konfliktsituationen klären und den Umgang mit Konkurrenz und Leistungsdruck erlernen. Oder anders ausgedrückt: Ein großes intuitives Wissen, was notwendig ist, um sich selbst und eigene Interessen durchzusetzen sowie Macht und ökonomische Ressourcen zu sichern, ist bei Männern gesellschaftlicher Standard.

Sexualität, Scham, Probleme mit der Fruchtbarkeit, in der Paarbeziehung oder der Arbeitsteilung sind gesellschaftlich hochgradig determinierte Bereiche mit weitreichendem Einfluss auf psychische Gesundheit und Krankheit. Grundsätzlich stellt sich einer Psychotherapeut*in daher die Frage, wie sich die eigene Geschlechtsidentität auf den Therapieprozess und -erfolg auswirkt. Es ist mithin für fast jede Psychotherapie auch eine Selbstverständlichkeit, dass Psychotherapeut*innen sich des Faktors Geschlecht und seiner gesellschaftlichen Bedingtheit bewusst sind. Eine Psychotherapie kommt ohne eine Reflektion von gesellschaftlichen Zwängen und einschnürender Geschlechterkorsetts nicht aus – dies gilt sowohl für die Psychotherapeut*in als auch für die Patient*in.

Feminisierung der psychotherapeutischen Versorgung

Ein weiteres Ergebnis der gesellschaftlichen Rollenstereotype sowie der Macht- und Rollenverhältnisse ist eine stark geschlechtlich geprägte Berufswahl. Psychotherapie ist ein mehrheitlich weiblicher Beruf. Stand 2019 sind etwa 65 Prozent der Ärztlichen Psychotherapeut*innen und rund 75 Prozent der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen weiblich (Abbildung 3). Damit gehen die Psychotherapeut*innen den Ärzt*innen ein Stück voraus. Über alle Arztgruppen hinweg liegt der Frauenanteil derzeit noch bei 43 Prozent.

Aber nicht nur die Behandelnden sind weiblich. Aufgrund der oben beschriebenen psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen verwundert es nicht, dass Frauen ungefähr doppelt so oft wie Männer psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen (Abbildung 2). In einer Befragung über Einstellungen zur Psychotherapie aus dem Jahr 2012 gaben 72,1 Prozent der Frauen an, sich vorstellen zu können, bei Problemen eine Psychotherapie zu absolvieren. Bei den Männern waren es nur 58,8 Prozent.⁸



* Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen



Diese Berufswahl ist unübersehbar durch Geschlechterstereotype geprägt, die Frauen eher eine empathische, beziehungsorientierte und kommunikative Tätigkeit wählen lassen. Für die eher auf Status achtenden Männer hat der Beruf des Psychotherapeuten weniger zu bieten. Im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen ist das Einkommen unterdurchschnittlich und der Aufstieg in Leitungsfunktionen, zum Beispiel von psychiatrischen Krankenhäusern, eher unwahrscheinlich. Warum also sollte ein Mann Psychotherapeut werden?


Die Antwort ist einfacher als gedacht: Weil Männer und Frauen so nicht mehr weitermachen werden. Weil sie sich nicht nur die Kindererziehung, sondern auch Führungspositionen teilen werden. Weil die Welt von morgen ganz anders aussehen wird als die von heute.

Psychotherapeut*innen teilen schon massiv, und zwar ihre Praxissitze. Eine berufliche Tätigkeit muss Zeit für Partner*in, Kinder und sich selbst lassen. Das muss man Psychotherapeut*innen nicht mehr klar machen. Auch die Ärzt*innen sind auf diesem Weg. Klassisch männliche Vorstellungen von einem Arztberuf mit 60 oder 70 Stunden in der Praxis oder im Krankenhaus gehören in die Mottenkiste überholter patriarchalischer Requisiten.

Für Frauen heißt das, mehr Fordern statt Fördern zu lernen, für Männer mehr Fördern statt Fordern. Die Zeit der Ausgrenzung von Frauen aus der Erwerbsarbeit ist schon lange vorüber. Was jetzt ansteht ist: Wir brauchen einen frischen Wind in den bizarren Dominanzzonen, die sich heute noch in den politischen und unternehmerischen Führungsetagen finden.

⁷Grobe, T. G., Steinmann, S., Szecsenyi, J. (2020). BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie: Veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 21.

⁸Albani, C., Blaser, G., Rusch, B. D. & Brähler, E. Einstellungen zu Psychotherapie: Repräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut* 58, 466–473 (2013).



¹Die Dichotomisierung des Geschlechts in eine typisch männliche und weibliche Kategorie beruht sowohl auf biologischen Faktoren (biologisches Geschlecht – sex) als auch auf sozialen und gesellschaftlichen Faktoren (soziales Geschlecht – gender). Bei der Bedeutung für die psychische Gesundheit, vermischen sich biologische, psychologische und soziale Aspekte. Die hier vorgenommene Darstellung ist stark vereinfacht und spiegelt nicht die komplette Bandbreite an Geschlechtsidentitäten wider.

²Jacobi, F. et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 23, 304–319 (2014).

³Möller-Leimkühler, A. M. Geschlechtsrolle und psychische Erkrankungen. *Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems* 14, 55–63 (2013).

⁴Sonnenmoser, M. Psychotherapie und geschlechtsspezifische Aspekte: Theoretisches Desinteresse. *Dtsch. Arztebl.* 232–233 (2007).

⁵Schigl, B. Doing Gender in der Psychotherapie: Welche Rolle spielt das Geschlecht im therapeutischen Prozess? in *Die Praxis der Integrativen Therapie* (eds. Reichel, R. & Hintenberger, G.) 61–67 (Facultas, 2013).

⁶Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Tabellenband: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (Stand: 31.12.2019).

Geschlechts- spezifisches Wissen auf den Punkt gebracht



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
Geschäftsführerin



Judith Mollenhauer,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
figus GmbH

Die geschlechtsspezifische Medizin wird in Deutschland nach wie vor nicht adäquat beachtet und in der Therapie von Erkrankten berücksichtigt. Dabei ist sowohl im internationalen Vergleich als auch auf Studienbasis nachweislich festgestellt worden, welche schädlichen Folgen eine Missachtung in der Behandlung haben kann.

Geschlechtsspezifische Medizin in Deutschland

Dass die Körper von Frauen und Männern unterschiedliche physische Konstitutionen aufweisen, ist jedem bekannt, dennoch wird dies im medizinischen Alltag weder in der Prävention noch in der Diagnostik oder Therapie ausreichend beachtet. Dies führt nicht selten zu einer Unter- oder Fehlversorgung, insbesondere von Frauen. Denn nach wie vor werden die Erkenntnisse aus der Forschung mit den „männlichen Normkörpern“ auf die gesamte Bevölkerung übertragen. Daneben ruft die zu wenig an den Körpermerkmalen orientierte Betrachtung der Patientinnen und Patienten Versorgungsdefizite hervor. An den Krankheiten Osteoporose, Herzinfarkt und Depression wird der Missstand in der Versorgungsrealität am deutlichsten.

Der Fachbereich Gendermedizin bzw. Gendergesundheit steckt in Deutschland noch in den „Kinderschuhen“. Seit der dritten Welle der Frauenbewegung in den 1990er Jahren begannen einige Forscherinnen sich mit dem Thema zu beschäftigen und die Frau mehr in den Fokus der Medizin zu rücken. Heutzutage erweitert sich das Blickfeld neben der Fokussierung auf die Frauengesundheit, auch auf die der Männer und weiterer Geschlechter. Dafür engagieren sich Forschungsinstitute und Vereinigungen sowie Lehrstühle und Projekte deutschlandweit. Ziel ist dabei die Gesellschaft für diese Thematik zu sensibilisieren. Trotz mehr als 20 Jahre Forschung im Kontext der geschlechtsspezifischen Medizin ist die Einbettung dessen in die Leitlinien nach wie vor unterrepräsentiert, mit Ausnahme der Leitlinien für koronare Herzkrankheiten und Depression. Frauen sind in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert, sodass die Arzneimittelverschreibungen weiterhin auf den Normwerten basieren.

Internationaler Vergleich

Deutschland ist im Kontext der geschlechtsspezifischen Medizin insbesondere im Vergleich zu den Ländern Österreich, Niederlande, Schweden, Kanada, USA und Israel als „Schlusslicht“ anzusehen.

In den USA beispielsweise gründeten Ärztinnen und Ärzte das Laura W. Bush Institute für Frauengesundheit, worüber Schulungen zur genderspezifischen Medizin für ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sowie für medizinische Fachangestellte angeboten werden. Über Tedx Events und Talks klären Gendermedizinerinnen und -mediziner die Gesellschaft sowie Fachleute auf und sensibilisieren sie für die Thematik. Diese Plattform gilt in Israel ebenfalls als wichtiges Instrument, das Ziel zu erreichen, eine allgemeine Präsenz in der Bevölkerung zu schaffen. Besonders hervorzuheben ist die Forderung US-amerikanischer und europäischer Forscherinnen, Frauen wieder in klinische Studien einzuschließen. Zudem werden über das in Schweden aufgebaute Karolinska Institut – Center of Medicine Fort- und Weiterbildungen in Form von Online Kursen und Vorlesungen angeboten. Schweden und die USA sind in Kooperation getreten, um Fragestellungen rund um das Thema gemeinsam bewältigen zu können und um von den Konzepten und Ansätzen des jeweils anderen Landes zu lernen und zu profitieren. Durch Einsatz des Canadian Institute of Gender and Health in Kanada konnten dort die Leitlinien so modifiziert werden, dass bereits 35% der Leitlinien geschlechtsspezifische Medizin mit aufgreifen.

Während der niederländische Staat die Implementierung von geschlechtsspezifischen Lehrinhalten an allen Universitäten fordert, ist Gendermedizin in israelischen Lehrplänen der Humanmedizin bereits enthalten, in Österreich sogar verpflichtend.

Universitäre Situation in Deutschland

In Deutschland spielt geschlechtsspezifische Medizin an universitären Einrichtungen eher eine untergeordnete Rolle wie zuletzt an der neu vorgelegten Approbationsordnung 2019 deutlich wurde. Nur vereinzelt bieten humanmedizinwissenschaftliche Curricula Raum und Zeit für genderspezifische Themen. Laut Studierendenbefragungen des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. sind mangelndes Geschlechterwissen an den Fakultäten, geringe zeitliche Ressourcen, wenig Interesse der Lehrenden sowie fehlende Transparenz über die Lehrinhalte Gründe für die

mangelnde Integration. Nach Deskription der Fakten wird deutlich, dass bereits die Basis gendermedizinischer Versorgung auf instabilem Grund fußt und eine Top down ausgerichtete Vermittlung der Lehrinhalte nicht stattfindet.

Welche Auswirkungen Wissensdefizite von Medizinerinnen und Mediznern während der Diagnostik bei Patientinnen und Patienten haben können, zeigt die Studie von Bönnte et al. (2008). Die Studie verdeutlicht Unterschiede im Wissen um geschlechtsspezifische Inhalte von Ärztinnen und Ärzten in den USA, Deutschland und Großbritannien. Mithilfe dieser länderübergreifenden Studie zu Geschlechtsunterschieden in der Diagnose von koronaren Herzkrankheiten (KHK) wurde nachgewiesen, dass Hausärztinnen und Hausärzte in den USA gendersensiblere Empfehlungen aussprechen als deutsche oder britische Ärztinnen und Ärzte. Die Forschenden erhoben in jedem Land Daten von 128 Hausärztinnen und Hausärzten, die Behandlungsempfehlungen basierend auf nachgestellten Patientenvideos aussprachen. Die durch professionelle Schauspielerinnen und Schauspieler dargestellten Patientinnen und Patienten in den Videos wiesen identische Krankheitssymptome auf und unterschieden sich ausschließlich in Eigenschaften wie Alter, Geschlecht oder Herkunft. Die beschriebenen Symptome sollten zu einer KHK Diagnose führen. Die hier beschriebene Studie konzentriert sich ausschließlich auf Geschlechtsunterschiede in der Patientenbehandlung. Die Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer Ausbildung geschlechtsspezifische Inhalte erlernten, wendeten diese zielgerichtet an. Die Forschenden stellten in ihrer Analyse fest, dass sich die Diagnostiken sowie die Patientengespräche stark nach Geschlechtern unterschieden haben. So wurden in den Diagnostikgesprächen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten zum Beispiel Männer in allen Ländern häufiger nach ungesunden Lebensgewohnheiten befragt, als Frauen.

Jedoch zeigte sich, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte in den USA aufgrund ihres im Studium erlangten Wissens gendersensibler handelten als die Ärztinnen und Ärzte der anderen beiden Länder.

Dies kann aus der Anzahl an diagnostizierten KHK bei Männern und Frauen abgeleitet werden. In den USA diagnostizierten die Ärztinnen und Ärzte die Krankheit KHK nur etwa 3 % weniger bei Frauen als bei Männern, wohingegen in Großbritannien und Deutschland mehr als 10 % weniger Frauen diagnostiziert wurden. Das Ergebnis lässt darauf schließen, dass Frauen im Vergleich zu Männern mit gleichen KHK-Symptomen oft keine ihrer Erkrankung entsprechenden Therapien erhalten.

Zertifikatskonzept – Chance zur Verbreitung von Fachwissen

Damit der Thematik der geschlechtsspezifischen Medizin mehr Aufmerksamkeit zukommt und sie in der Praxis Anwendung findet, können unterschiedliche Ansätze verfolgt werden. Allen ist gemein, dass der Aufbau von Wissen rund um die Thematik im Vordergrund steht. Nun ist dies einerseits über die Patientinnen und Patienten möglich. Die aktuelle Versorgungsleitlinie zu KHK beispielsweise empfiehlt den direkten Einbezug der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsplan in Form von Shared-Decision-Making. So ist die Chance gegeben, dass Patientinnen und Patienten explizit nach genderspezifischen Therapien fragen. Aufgrund von Informationsasymmetrien und gelebter paternalistischer Entscheidungsfindung gestaltet sich der Ansatz über Empowerment der Patientinnen und Patienten schwierig und wird im ärztlichen Alltag kaum umgesetzt. Dabei stehen Ärztinnen und Ärzte bei Diagnostik und Therapiefindung in der Verantwortung ebenso genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Nur, wenn sie die Unterschiede und die geschlechtsindividuellen Aspekte in ihrem Studium nicht gelernt haben, ist eine Beachtung dessen nicht möglich. Seit Jahren schon wird von Medizinerinnen gefordert, das Wissen um geschlechtsspezifischer Medizin curricular umzusetzen, dies geschieht bis heute allerdings nicht. Folglich müssen andere Wege gefunden werden, den Medizinerinnen und Medizinern die nachgewiesenen Kenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden attraktiv und adäquat anzubieten. Ein Angebot zur Weiterbildung können Zertifikate sein. Zertifikate sind ein Instrument,

die einerseits Wissen optimieren und andererseits nach außen hin Qualität repräsentieren. Die Zusatzqualifikation weist nicht nur den Medizinerinnen und Medizinern nach, dass sie diese Wissenslücke geschlossen haben, sie belegt auch die Offenheit zur spezifischen und individuellen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Mittels eines Gendermedizin-Zertifikats wird die Weiterbildung von Studierenden wie praktizierenden Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen fokussiert. Interessierten wird eine Lernplattform zur Verfügung gestellt, über die Wissen vermittelt wird, damit darüber Sicherheit im Umgang von genderspezifischer Diagnostik und Therapie entsteht. Neben den Modulen verschiedener Rubriken, reflektieren Fragen im Prüfungsformat das Wissen der Durchführenden. Zum Abschluss einer erfolgreich absolvierten Gendermedizin-Fortbildung folgt die personalisierte Ausstellung des Zertifikats. So haben die Medizinerinnen und Mediziner einen persönlichen Benefit und verbessern ihre Wettbewerbssituation auf dem Markt. Zudem erwirkt der Aushang des Zertifikats Aufmerksamkeit bei den Patienten.

Eine solche niedrigschwellige Fortbildung fördert bei Patientinnen und Patienten wie auch bei Ärztinnen und Ärzten die Aufmerksamkeit und das Wissen um geschlechtsspezifische Medizin und erwirkt zielgerichtet eine Verbesserung der Versorgung. Der hier nachverfolgte Bottom up Ansatz wirkt von den Leistungserbringenden der Mikroebene auf die Meso- und Makroebene, mit dem Ziel einer breiten Sensibilisierung für die geschlechtsspezifische Medizin.

¹Bönte M., von dem Knesebeck O., Siegrist J., Marceau L., Link C., Arber S., Adams A., McKinlay J. B. (2008) Women and Men with Coronary Heart Disease in Three Countries: Are They Treated Differently? <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1049386708000042>. Zugriff am 10.11.2020.

„Geschlechter- spezifische Forschung muss beginnen, bevor wir am Menschen testen“



André Schmidt,
Chief Scientific Officer



Pia Nothing,
Public Affairs Manager
Health Politics
Novartis Pharma GmbH

*Dr. Albrecht Kloepfer sprach mit André Schmidt
und Pia Nothing von Novartis Pharma über
Gendermedizin in der Forschung und
moderne Unternehmenskultur.*

Herr Schmidt, ganz direkt Sie als Verantwortlichen für den Bereich Medizin und klinische Forschung bei Novartis gefragt: Warum brauchen wir eine Geschlechterdifferenzierung in der klinischen Forschung?

André Schmidt: Wir entwickeln uns in der geschlechter-spezifischen Medizin schon seit einigen Jahren vorwärts. Das fängt bei der Feststellung an, dass Männer und Frauen durchaus unterschiedlich erkranken oder auch unterschiedliche Symptome zeigen. Darüber hinaus erlangen wir ein besseres Verständnis dafür, dass die unterschiedliche chromosomale Konfiguration nicht nur dazu führt, dass wir unterschiedliche Mengen an Geschlechtshormonen ausbilden, sondern sich auch in einer unterschiedlichen Genexpression manifestiert. So sind zum Beispiel einige Ionenkanäle bei Mann und Frau unterschiedlich exprimiert und/oder konfiguriert. Das kann auch einen wesentlichen Einfluss auf die Metabolisierung und damit auf die Wirkung von Medikamenten haben. Hier bekommen wir ein immer besseres Verständnis dafür, was das letztendlich bedeutet.

Und wann sollte ein solche Geschlechterdifferenzierung einsetzen? Man hört ja, dass es sogar Probleme verursachen kann, wenn in präklinischen Studien ausschließlich männliche Mäuse eingesetzt werden.

Schmidt: Sie haben vollkommen recht: Es muss schon losgehen, bevor wir die Wirkung von Medikamenten am Menschen untersuchen. Wir müssen verstehen, was die unterschiedliche chromosomale Konfiguration für Auswirkungen auf die Metabolisierung des Medikaments hat. Das ist ganz wesentlich: Nicht nur bei der Pharmakodynamik (Frage, was das Medikament im menschlichen Körper macht), sondern auch in der Pharmakokinetik (Frage, was der Körper mit dem Medikament macht). Wir wissen z.B. von einigen Medikamenten, dass es unterschiedliche Nebenwirkungen bei Frauen und Männern gibt. Wir fangen langsam an zu verstehen, warum das so ist.

Gibt es da besonders sensible Indikationsbereiche? Oder ist das ein generelles Phänomen?

Schmidt: Es gibt Krankheiten, die je nach Geschlecht unterschiedlich häufig vorkommen. Wenn Sie mich fragen, in welchen Indikationsbereichen es vielleicht die größte Auswirkung hat, kommen mir zwei in den Sinn, in denen auch Novartis sehr aktiv ist.

Einmal ist das die Kardiologie. Wenn wir die kardiovaskulären Ereignisse, die Todesfälle, betrachten, dann sehen wir, dass das bei den Männern stetig ab-, bei den Frauen aber zunimmt. Warum ist das so? Zum einen verstehen wir die Diagnostik besser: Frauen kommen mit anderen Symptomen in die Klinik als Männer, so dass die korrekte Diagnose manchmal schwieriger ist. Zum anderen ist es aber so, dass wir beide Geschlechter noch immer gleich behandeln. Die weibliche Patientin wird genauso behandelt wie der männliche Patient. Wir müssen uns fragen, ob das richtig ist.

Der zweite Bereich ist die Onkologie. So erfolgt beispielsweise die Berechnung von Chemotherapeutika rein über die Körperoberfläche. Woraus besteht dann aber ein Körper beim Mann und bei der Frau? Wesentlich ist die fettfreie metabolisch aktive Masse. Bei Männern macht das ungefähr 80% aus, bei Frauen etwa 65%. Trotzdem werden solche Parameter noch nicht genügend in die therapeutischen Entscheidungen einbezogen. Bei Novartis haben wir ein großes und erfolgreiches präklinisches Forschungsmodul, das Novartis Institute for BioMedical Research (NIBR), unseren Innovationsmotor. Hier konzentrieren wir uns auf leistungsstarke neue Technologien, die dazu beitragen können, therapeutische Durchbrüche für Patienten zu erzielen.

In der Kardiologie hat es ja bis ins Jahr 2016 gebraucht, bis es die seit den achtziger Jahren bekannten Erkenntnisse des geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarfs in die deutsche Leitlinienversion geschafft haben. Sind aus Ihrer Sicht strukturelle Änderungen in der Forschungspolitik und in der Wissenschaft notwendig?

Schmidt: Jetzt bin ich kein Forschungspolitiker, aber wenn Sie mich als Wissenschaftler fragen, antworte ich ganz klar mit ja. Es muss vor allem infrastrukturelle Änderungen geben. Wenn ich mich an meine Anfangszeit in der Klinik und in der Forschung erinnere, dann war gerade bei den jungen ÄrztInnen Forschung ein „Hobby“, das zum bereits belastenden klinischen Alltag dazukam. Da muss ich am Forschungsstandort Deutschland bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, in der Work-Life-Balance, sicher noch etwas ändern. Hier können moderne Unternehmen auch ein Vorbild sein. 60% der MedizinstudentInnen sind inzwischen weiblich, aber nur ungefähr 10% der Frauen sind LehrstuhlinhaberInnen oder haben eine Leitungsposition in der Wissenschaft. Das ist so nicht haltbar. Bei Novartis haben wir inzwischen etwa 40% der Leitungspositionen mit Frauen besetzt. Da sieht man, was die Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bringen kann.

Pia Nothing: Wir freuen uns, dass das Thema „Gendermedizin“ zunehmend in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung rückt. Jedoch müssen wir auch bedenken, dass Gendermedizin nicht nur „Frauenmedizin“ meint. Auch Männer werden nicht richtig oder zu spät diagnostiziert. Denken wir bspw. an Brustkrebs bei Männern. Gendermedizin meint also immer beide Geschlechter. Das sollten wir nicht vergessen.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine Broschüre mit vielen interessanten Beiträgen renommierter WissenschaftlerInnen und PolitikerInnen verweisen mit dem Titel „Gendermedizin, ist da was dran?“, die wir in Kooperation mit dem Institut für Gender-Gesundheit erstellt haben.



Link zur Broschüre
„Gendermedizin,
ist da was dran?“

Wie genau unterstützt Novartis diesen sowieso schon stattfindenden Prozess, dass gerade der Nachwuchs immer weiblicher ist? Damit kann man ja auch die Hoffnung verbinden, dass sich in Zukunft einige Probleme „herauswachsen“. Führungspositionen haben Sie genannt, haben Sie noch mehr Beispiele? Wie gehen Sie mit StartUps um, wie mit Forschungsergebnissen aus der Grundlagenforschung?

Schmidt: Wir finanzieren mittlerweile schon im vierten Jahr den Digitalen Gesundheitspreis, bei dem StartUps im Bereich der Medizin / digitalen Gesundheitsanwendungen von einer hochkarätigen unabhängigen Jury für herausragende Leistungen ausgezeichnet werden. Hier legen wir ein besonderes Augenmerk auf StartUps und digitale Innovatoren, die von jungen Wissenschaftlerinnen und Forscherinnen gegründet wurden. Wenn wir uns den StartUp-Bereich insgesamt anschauen, sehen wir ja, dass noch immer nur etwa ein Viertel der Unternehmen von Frauen gegründet werden. Wenn es dann dazu kommt, dass wirklich Kapital eingesammelt werden muss, dann wird die Unwucht noch viel drastischer. Nur ein geringer Teil des Venture Capitals geht an Gründerinnen. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, solche Firmen gezielt zu fördern.

Aber ganz konkret im Unternehmen: Was ist mit Vereinbarkeit von Familie von Beruf, wie sieht es mit Homeoffice-Angeboten aus, mit all den Dingen, die das eben leichter machen?

Erst einmal im Voraus: Das ist natürlich ein Thema, das bei uns im Unternehmen beide Geschlechter betrifft. So ist das Angebot auch ausgerichtet. Innovative Arbeitszeitmodelle, die Möglichkeit des Arbeitens von zu Hause aus, Teilzeit – auch für Führungspositionen –, Elternzeit. Seit August 2019 bieten wir als eines der ersten Unternehmen allen Müttern und Vätern eine 14-wöchige bezahlte Elternzeit, welche in den ersten zwölf Monaten angetreten werden kann.

Darauf sind wir stolz. Nur wenn diese Angebote an beide Geschlechter gerichtet werden und das auch offensiv kommuniziert wird, erreicht man es, mehr Frauen in Führungspositionen zu bekommen. Diesen Themen widmen wir uns bei Novartis schon seit langem – und das mit Erfolg.

Wie lange läuft dieser bewusste Prozess bei Novartis schon? Und bewusst muss es ja sein, sonst gibt es vielleicht einmal zufällig eine Frau in der „Chefetage“, aber nach wenigen Jahren wird der Wandel durch ein Ausscheiden, einen Firmenwechsel wieder beendet.

Nothing: Dieser Prozess findet auf alle Fälle schon seit einigen Jahren statt und hat mit unserer „Kulturreise“, die Novartis weltweit verfolgt, zu tun. New-Work-Ansätze unterstützen die individuelle Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie. So bieten wir unseren MitarbeiterInnen flexible Arbeitszeiten und Arbeitsorte. Wir haben Vertrauensarbeitszeit eingeführt und unsere unterschiedlichen Teilzeitmodelle ermöglichen es, die Karriere und Weiterentwicklung individuell zu gestalten.

Wir arbeiten täglich daran, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, dass unsere MitarbeiterInnen dazu befähigt, neue und innovative Wege zu gehen. Dazu gehört es auch, jeden so zu akzeptieren, wie er oder sie ist und sein möchte. Deshalb sind Diversity & Inclusion große Themen bei uns. Zudem sind wir Mitglied in der Charta der Vielfalt und in der Charta der Gleichstellung. Wichtig ist es jedoch, nicht nur eine Charta zu unterzeichnen, sondern Vielfalt und Gleichstellung tagtäglich im Unternehmen zu leben. Daran arbeiten wir hart und mit Erfolg. Denn nur, wenn sich MitarbeiterInnen wohl fühlen, kann ein Unternehmen auch sozial nachhaltig handeln und ArbeitnehmerInnen langfristig ein Arbeitsumfeld bieten, das es ihnen ermöglicht, sich individuell weiterzuentwickeln. Das gilt auch für Führungspositionen.

Wünscht sich Novartis dazu eine stärkere politische Flankierung? Fehlt Ihnen da etwas, haben Sie Wünsche?

Nothing: Handeln muss intrinsisch erfolgen. Ein Nachdenken über Diversity & Inclusion darf und kann nicht von bspw. eventuellen steuerlichen Vergünstigungen motiviert sein. Allenfalls für mittelständische Unternehmen könnte das vielleicht einen Anreiz darstellen, sich auf diesem Feld mehr Gedanken zu machen und stärker zu engagieren. Aber für ein Unternehmen unserer Größe und mit globaler Ausrichtung wäre das wirklich kein Aufhänger. Es muss im Eigeninteresse des Unternehmens liegen – und das tut es bei Novartis. Der ausschlaggebende Punkt ist und bleibt die grundsätzliche Einstellung zu den Themen Geschlechtergleichheit, Diversity & Inclusion, New Work ... und das ist ein langer Weg, eben eine Kulturreise.



Der Digitale Gesundheitspreis 2021: Informationen, Bewerbungsmöglichkeiten, Rückblick auf vergangene Preisverleihungen



Mit freundlicher Unterstützung der Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.

Gendermedizin ist keine Einbahnstraße



Andrea Galle

Vorständin BKK VBU

Frauen sind keine Männer. Klingt selbstverständlich, hat sich aber in Teilen der Medizin noch nicht wirklich niedergeschlagen. Die biologischen und physiologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau sind groß: Sie finden sich nicht nur im offensichtlichen Bereich, sondern auch in den Hirn-, Leber- und Herzzellen, den Hormondrüsen und dem Stoffwechsel. Diese Unterschiede ignorieren die medizinische Forschung und Diagnostik weitestgehend.

Heute wird auf nahezu allen medizinischen Gebieten noch vom Mann ausgegangen. Das ist ein systemisches Problem. Dabei profitieren von individualisierter Medizin beide Geschlechter.

Die meisten Medikamente werden an Männern getestet

Medizinische Studien werden häufiger an Männern vorgenommen, die Ergebnisse aber ohne große Bedenken zur Behandlung von Frauen verwendet. „Nebenwirkungen von Medikamenten treten bei Frauen häufig auf. Deswegen behandeln wir auch mehr Frauen als Männer in den Notaufnahmen der Krankenhäuser“, sagt Vera Regitz-Zagrosek, emeritierte Professorin am Institut für Geschlechterforschung der Charité in Berlin. Frauen nehmen Wirkstoffe häufig langsamer auf, ihr Stoffwechsel verarbeitet sie anders, es gibt Wechselwirkungen mit ihren Geschlechtshormonen. Bei manchen Betablockern reicht Frauen eine geringere Dosierung als bei Männern. Bestimmte Schlaf- oder Narkosemittel wirken bei ihnen deutlich stärker als beim anderen Geschlecht. Geschlechterspezifischen Unterschieden von Wirkung und Nebenwirkungen wird in Patienteninformationen wie dem Beipackzettel jedoch kaum bis gar nicht Rechnung getragen.

Pharmakonzerne scheuen dennoch den Aufwand Probandinnen systematisch und proportional in die Medikamentenstudien einzubeziehen. Müsste man doch während des gesamten Verlaufs einer Studie bei Frauen eine Schwangerschaft ausschließen und auf zyklusbedingte Hormonschwankungen Rücksicht nehmen. Arzneimittelforschern und Pharmaunternehmen wird aktuell lediglich gesetzlich empfohlen, Medikamente, die Männern und Frauen verschrieben werden, auch an Frauen zu testen und geschlechterspezifisch auszuwerten. Es ist mindestens irritierend, dass nicht gesetzlich klar geregelt ist, Arzneimittel nicht zuzulassen, wenn beide Geschlechter nicht gleichermaßen in die klinischen Tests miteinbezogen wurden.

Andere Länder wie Kanada, die USA, die Niederlande oder die skandinavischen Staaten sind da schon weiter. Eine unterstützende Funktion könnten hier übrigens individualisierte Medikamente aus dem 2 bzw. 3D-Drucker einnehmen. Die BKK VBU und der digitale Healthcare Provider DiHeSys haben ein Modellprojekt gestartet, um die Versorgungsqualität von Versicherten der BKK VBU in Hinblick auf apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimitteln und Rezepturen zu verbessern. Ziel ist es, durch die Technologie des digitalen Druckens von Arzneimitteln ein individuelles Zusammensetzen der für den individuellen Patienten/die individuelle Patientin benötigten Wirkstoffe in der für ihn/sie individuell notwendigen Dosis und Kinetik zu ermöglichen. Sprich: Anders als in der Massenproduktion kann durch den Druck eine exakte Dosierung auf den jeweiligen Patienten oder die Patientin abgestimmt werden.

Weibliche Herzen schlagen anders

Viele Herzinfarkt-Todesfälle bei Frauen ließen sich vermeiden, wenn man die Symptome richtig deuten würde. Weibliche Herzinfarktsymptome gelten als atypisch (sprich: es sind nicht die gleichen wie beim Prototyp Mann). Diese sind etwa Übelkeit, Müdigkeit oder Bauchschmerzen, männliche Symptome hingegen sind Brennen im Brustkorb und Atemnot. Studien zeigen, dass Ärzte bei weiblichen Patienten eher dazu neigen, psychische Ursachen zu vermuten, Stress etwa, anstatt nach körperlichen Quellen der Schmerzen zu suchen.

Die Diagnose Herzinfarkt bei Frauen und somit ihre Überlebenschancen sind oftmals ein Produkt des Zufalls. Eine amerikanische Studie, die untersuchte, ob das Überleben nach einem Herzinfarkt von der Übereinstimmung des Geschlechtes des behandelnden Arztes und der Patientin abhängig war, zeigte: Frauen, die von einem Arzt behandelt wurden, überlebten deutlich seltener als Frauen, die von einer Ärztin behandelt wurden. Diese Situation besserte sich, wenn in der Abteilung der behandelnden Ärzte auch mehrere Ärztinnen tätig waren – dann

waren die Behandlungsergebnisse der Ärzte bei den Frauen besser.

Gendermedizin ist gut für beide Geschlechter

Gendermedizin ist keine Einbahnstraße. Es geht nicht darum, Frauen eine passendere medizinische Behandlung und Ansprache zu ermöglichen, sondern auch Männern. Viele Gesundheitsangebote etwa sind in ihrem Wording noch sehr auf Frauen ausgerichtet. In den Gesundheitskursen der Krankenkassen ist nur jeder vierte bis fünfte Teilnehmer ein Mann.

Auch bei männlichen Patienten kommt es zu Genderbedingten Fehldiagnosen: Osteoporose gilt beispielsweise als eine typische Frauenerkrankung. Deshalb wird diese Diagnose bei Männern oft nicht in Erwägung gezogen, die Krankheit entsprechend nur selten behandelt. Ferner zeigen Männer andere Depressionssymptome als Frauen, weshalb ihre Form der Depression öfter übersehen wird. Während Frauen unter gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit leiden, äußert sich diese Erkrankung bei Männern eher durch Reizbarkeit, Aggression, vermehrten Suchtmittelgebrauch und Risikoverhalten. Auch andere psychische als „typisch weiblich“ geltende Erkrankungen wie Essstörungen nehmen bei Männern zu, werden aber oftmals nicht erkannt.

Eine chinesische und eine amerikanische Studie haben ergeben, dass Männer eine bis zu dreimal höhere Sterblichkeit bei einer Covid-19-Erkrankung aufweisen als Frauen. Weitere Forschungen sind notwendig, um die genauen Ursachen dafür herauszufinden. Aber auch in diesen Fällen können die Ergebnisse – sofern berücksichtigt – wichtige Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben und Leben retten.

Zeit für Veränderung

Viele der genannten Fakten sind längst bekannt. In die medizinische Ausbildung fließt dieses Wissen bisher nicht

systematisch ein. Lediglich an einer einzigen Universität in Deutschland, am Universitätsklinikum der Charité in Berlin, berücksichtigt das Curriculum Genderspezifika. Bundesweit gibt es derzeit kein prüfungsrelevantes Modul im Studiengang Medizin, das den Bereich der geschlechtersensiblen Medizin verbindlich abbilden würde.

Was können bzw. müssen wir tun? Wir müssen die Entscheidungsstrukturen des Gesundheitssystems anpassen. Die Vielfalt der Perspektiven erhöhen. In Deutschland werden stolze 70 Prozent der Arbeit in Gesundheits- und Pflegeberufen von Frauen verrichtet. Bei den Pflegekräften, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe ist der Anteil sogar noch höher. In Medizinstudiengängen sind 63 Prozent der Hörsaalplätze von Frauen besetzt. Aber: Obwohl seit mehr als zwanzig Jahren in Deutschland mehr Frauen als Männer Medizin studieren, sind laut einer Erhebung des deutschen Ärztinnenbundes immer noch knapp 90 Prozent der Lehrstühle und Klinikdirektionen von Männern besetzt; neun von zehn Forschungsbereichen an Universitäten werden von einem Mann geleitet. Dieses Bild sehen wir auch auf der Führungsebene in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. PWC publizierte jüngst eine Analyse zum Anteil weiblicher Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft. Es wurden rund 8000 Institutionen, etwa Krankenhäuser, Pharmakonzerne, Ministerien, Behörden, Verbände, Krankenkassen und wissenschaftliche Institute, hinsichtlich der Präsenz von Frauen in Führungspositionen untersucht. Das Ergebnis ist ernüchternd: Der Anteil weiblicher Führungskräfte ist in den vergangenen fünf Jahren von 33 auf 29 Prozent zurückgegangen. Der Anteil von Frauen im Top-Management beträgt laut der Analyse lediglich 17 Prozent.

All das ist in vielfacher Hinsicht problematisch: Erstens ist es wie in allen anderen Branchen eine Frage der Gerechtigkeit, Repräsentation und Teilhabe.

Zweitens werden – gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen – enormes Know How und viele Potentiale nicht ausgeschöpft. Dass Diversität zu besseren Management-Ergebnissen führt, ist hinlänglich erforscht.

Drittens ist es fatal für die medizinische Versorgung. In den Kommissionen und Gremien, die wichtige Entscheidungen für alle Menschen treffen, dominiert eine Perspektive, nämlich die männliche. Solange Expertengremien überwiegend mit Männern besetzt sind, wird es sich auf die Behandlungsempfehlungen und somit unmittelbar auf die Gesundheit der Patienten auswirken. Das kann – gerade für Patientinnen – mehr ausmachen als den „kleinen Unterschied“.

Ein nicht zu unterschätzendes Instrument für mehr Frauen in Spitzenpositionen sind Netzwerke und Mentoring. Darüber hinaus diskutieren Politik und Gesellschaft vermehrt Quotenlösungen. Das ist die Brechstange, um die Tür zur Vielfalt zu öffnen. Aber irgendwie muss man am Ende die Tür öffnen! Dafür haben Offenheit und Vielfalt zu viele Vorteile für Gerechtigkeit, unternehmerischen Erfolg und die Gesundheit. Wenn wir im gleichen Tempo wie heute weitermachen, sind wir erst 2050 am Ziel.

Das Ziel sollte sein, dass Frauen und Männer als Patientinnen und Patienten gleich gut behandelt werden. Das wird jedoch nur dann gelingen, wenn die weibliche Perspektive stärker repräsentiert wird. Wir brauchen mehr Frauen an den Schaltstellen.

„Divers besetzte Gremien kommen zu besseren Entscheidungen“



Interview mit
Gertrud Demmler
 Vorstand SBK Siemens-
 Betriebskrankenkasse

Dr. Albrecht Kloepfer, Herausgeber des iX-Forums und Dr. Martina Kloepfer, Vorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit, sprachen mit Dr. Gertrud Demmler, Vorständin der Siemens- Betriebskrankenkasse (SBK), über die Dominanz männlicher Perspektiven in der Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem und über mögliche Ansätze zur Verbesserung.

Dr. Albrecht Kloepfer: Frau Demmler, wir wissen, dass Sie eine engagierte Vertreterin des Themas geschlechtergerechte Versorgung sind. Wann sind Sie das erste Mal auf diese Thematik aufmerksam geworden?

Das ist eine spannende Frage. Im Grunde erlebt man das Thema unbewusst bereits als Kind in unserer Gesellschaft. Ich möchte in diesem Zusammenhang zwei Begriffe in den Raum werfen, die landläufig ganz oft verwendet wurden: Der „Männerschnupfen“ und das „Frauenleiden“. Das heißt, diese geschlechterspezifische Betrachtung von Gesundheit ist in unserer Gesellschaft auf einer gewissen Ebene schon sehr lange üblich.

Ernsthaft untergekommen ist mir die Sache allerdings erst viel später, als ich in der Krankenkasse mehr Verantwortung im Versorgungsbereich übernommen habe. Da hat auch die Gendermedizin und die immer größer werdende Diskussion darum dazu geführt, dass ich das aufmerksamer betrachtet habe.

Dr. Martina Kloepfer: Wenn das Thema Gendermedizin, Genderversorgung in der Praxis Realität werden soll, muss es ja auch darum gehen, in Führungspositionen Frauen zu fördern, die dafür sorgen, dass dieses Thema ankommt. Gendermedizin war ja genuin immer erst einmal ein Thema von Ärztinnen. Wie sind Ihre Erfahrungen in der Selbstverwaltung diesbezüglich? Sehen Sie da eine Entwicklung?

Die Frage, wie man die Aufmerksamkeit für die geschlechterspezifische Versorgung erhöht, begleitet uns schon lange. Natürlich spielt es eine Rolle, ob Frauen in angemessener Anzahl im Gesundheitssystem repräsentiert sind. Als ich vor 20 Jahren in der SBK begonnen habe, gab es auch hier ein Missverhältnis zwischen weiblichen Mitarbeitenden und Frauen in Führungspositionen – da waren wir nicht anders als viele andere Kassen. Das hat mir schon damals Kopfzerbrechen bereitet. Daran haben wir gezielt gearbeitet.

Wenn man jetzt über die Kasse hinausblickt und sich ganz allgemein das Gesundheitswesen anschaut, dann sieht es zum Teil noch sehr düster aus. In den Gesundheitsberufen haben wir – übergreifend betrachtet – zwischen 70 und 80 Prozent Frauenanteil. In den Entscheidungspositionen sitzen dennoch überwiegend Männer. Es mag hier und da ein paar Lichtblicke geben, aber insgesamt hinkt die Repräsentanz auf der Entscheidungsebene deutlich dem tatsächlichen Anteil von Frauen in diesen Berufen hinterher. Das ist ein Zeichen dafür, dass die Perspektiven von Frauen bei Entscheidungen nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

M. Kloepper: Braucht es da dirigistische Maßnahmen – Stichwort Quote?

Die Quote ist immer eine Möglichkeit. Ich bin in bestimmten Kontexten sehr für eine Quote. Gerade im Gesundheitswesen haben wir eine ganz besondere Mischung aus politischer Regulatorik und wirtschaftlichen Interessen. In diesen Strukturen findet deshalb ein ständiger Interessenausgleich statt. Es gibt bereits jetzt eine Reihe verschiedener Quoten, die sich nach Organisationen, nach Einflussgruppen richten. Quoten- und Proporzlösungen sind heute schon gängig – nur eben nicht, wenn es ums Geschlecht geht. Deshalb glaube ich, dass wir systematisch prüfen müssen, wie wir beispielsweise über eine Quote eine stärkere Durchmischung erreichen können.

Allerdings sehe ich auch, dass die Umsetzung oft nicht so einfach ist. Ein konkretes Beispiel: Es gibt jetzt eine Quote für die Besetzung der Selbstverwaltung in den Medizinischen Diensten. Die Regelung dort ist dermaßen kompliziert, dass es nahezu unmöglich ist, ausreichend Kandidaten und Kandidatinnen zu finden. Das ist dann auch wieder kontraproduktiv. Also: Ja für die Quote, aber man muss genau schauen, wie man das gestaltet. Am Ende darf nicht die Partizipation generell leiden.

A. Kloepper: Es ist ja nicht ganz so einfach: Der Vorsitzende des BKK-Dachverbandes, Franz Knieps, weist darauf hin, dass es manche extreme Männerkassen, etwa im Maschinenbaubereich gibt. Deswegen sei dort eine starre Quote im Verwaltungsbeirat auch wieder nicht geeignet, die tatsächliche Versichertenstruktur abzubilden. Sehen Sie das Problem auch? Und wie sieht es mit dem Verwaltungsrat der SBK aus?

Generell ist es so, dass sich die Lage in den verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung bessert, je näher sie der Basis kommen. Auch unsere Verwaltungsräte kommen aus Unternehmen, aus Betriebsräten. Dort ist die Mischung in der Regel deutlich „bunter“. Wir sind bei der SBK zwar noch nicht paritätisch, aber die Verwaltungsräte bemühen sich sehr. Dass das manchmal dennoch schwierig ist, hat sicherlich auch mit den Rahmenbedingungen zu tun. Je mehr man sich von der Kasse in die gemeinsame Selbstverwaltung bewegt, umso komplexer wird es. Dort herrschen oft sehr komplizierte Besetzungsverfahren vor, bei denen immer auch regionale und funktionelle Proporzfragen eine Rolle spielen. Unter diesen Verfahren leidet dann die Diversität. Man muss sich genau anschauen, wie man solche Verfahren vereinfachen, wie man sich dort von der Vergangenheit lösen kann. Ich habe da leider auch noch kein Patentrezept, aber darum muss man sich kümmern.

A. Kloepper: Die Verwaltungsebene ist ja nur ein Teil. Am Ende wollen wir ja alle im Gesundheitswesen eine bessere und effizientere PatientInnenversorgung. Ist der SBK schon etwas aufgefallen, wie die Versorgung durch eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung besser werden könnte?

Es gibt nichts SBK-spezifisches, was nicht auch allgemein in der GKV diskutiert wird, etwa, dass indikationsspezifische Unterschiede zwischen Geschlechtern keine ausreichende Berücksichtigung finden. Das fängt bei Arzneimitteltests an, bis hin zu Behandlungen bei Schlaganfällen, Herzinfarkten, also all dem, wo es eine spezifische Evidenzlage gibt, wie sich Krankheiten geschlechtsspezifisch auswirken

Gerade in der Coronakrise ist das auch sehr deutlich geworden. Es ist grundsätzlich so, dass Sichtweisen und Wahrnehmungen davon geleitet werden, welche Menschen mit am Tisch sitzen. So gab es beispielsweise Kritik an der Leopoldina, dass die Perspektiven von Frauen etwa bei Schul- und Kitaschließungen nicht genügend bedacht wurden.

Oder: Solange in Schiedsstellen im Verfahren eine Männerdominanz nach wie vor üblich ist – etwa bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) –, solange werden spezifisch weibliche Themen auch nicht so stark vertreten sein. Dabei sollte sich längst die Erkenntnis durchgesetzt haben, dass es nicht zu guten Lösungen führt, wenn gewisse Perspektiven nicht mit am Tisch sitzen. Ich denke, das kann man als Erkenntnis über das gesamte Gesundheitswesen legen und überall überprüfen, wo dies noch der Fall ist. Und es ist einfach noch immer viel zu häufig der Fall.

A. Klopfer: Wir machen uns in dem Zusammenhang auch Gedanken über das jetzt schon fast gehypte Thema Gesundheit und KI. Unsere Sorge ist, dass KI auf Daten zurückgreift, die überwiegend männlich rekurriert werden. Dann würde die KI ja auch zu überwiegend männlich orientierten Lösungen kommen. Wie sehen Sie diese Entwicklung?

Das könnte tatsächlich ein Problem werden. Wenn man sich ein wenig mit Daten und Qualität von Daten beschäftigt, dann wird das ganz offensichtlich. Deshalb ist es umso wichtiger dieses Defizit von vornherein im Blick zu haben. Wir werden nicht jede dieser Perspektiven von heute auf morgen ausschalten können, aber wir müssen alles dafür tun, dass dieser Bias – sei es Gender oder andere Aspekte – in Analysen berücksichtigt und verbessert wird. Es ist hier wie in vielen anderen Gebieten: Je nachdem, wohin die Lampe ihr Licht wirft, wird alles darum herum zu oft ausgeblendet.

M. Klopfer: Nun ist es ja so, dass der Gesetzgeber im Grunde mit der Erweiterung des SGB V um den §2b dafür gesorgt hat, dass verschiedene Player und Playerinnen am Verhandlungstischen sitzen müssen. Hilft das etwas?

Das hilft durchaus. Ich kann nur wieder aus der Perspektive der SBK meine Erfahrungen teilen: Wir sind in den letzten Jahren schon sehr konsequent dazu übergegangen, Entscheidungsgremien zusammenzustellen, die nicht nur fachlich-inhaltlich sehr unterschiedliche Perspektiven abbilden, sondern eben auch in der Frage der Geschlechterverteilung und anderen Kompetenzbildern. Unsere Erfahrung ist, dass solche divers besetzten Gremien zu besseren Entscheidungen kommen.

A. Klopfer: Im Berliner Kurier habe ich kürzlich eine Schlagzeile gefunden: „Bewiesen: Corona für Männer gefährlicher“. Es ist ja doch interessant, dass das Thema plötzlich aufgegriffen wird, wenn man davon ausgehen kann, dass Männer „benachteiligt“ sind.

So etwas ähnliches habe ich auch gelesen. Ich weiß nun nicht, wie diese Benachteiligung im Detail aussieht, aber da kann man sich diverse Dinge vorstellen. Generell ist es natürlich so, dass aus eigener Betroffenheit eine höhere Aufmerksamkeit resultiert. Das betont noch einmal, wie wichtig es ist, dass unterschiedliche Betroffenheiten und Perspektiven mit am Tisch sitzen, damit man zu umfassenden Blickwinkeln kommt.

A. Klopfer: Wie geht es bei der SBK weiter? Und wünschen Sie sich politische Flankierung?

Innerhalb der SBK mache ich mir gar keine Sorgen, weil wir da intern und auch zusammen mit unserem Verwaltungsrat ein klares Commitment haben. Das ist aus meiner Erfahrung mit dem Thema sehr wichtig: Man muss Rahmenbedingungen anpassen.

Aber in die Wirksamkeit kommt man erst, wenn es innerhalb der eigenen Institution ein klares Bekenntnis zur Sache gibt. Wir versuchen seit Jahren, diese Themen zu fördern und etwas zu verändern. Wir haben ganz andere Entscheidungsmechanismen etabliert, als wir sie in der Vergangenheit hatten. Wir sind extrem flexibel, was Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten angeht, um möglichst jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter zu ermöglichen, auch in Führungspositionen bei der SBK zu arbeiten. Insofern bin ich sehr optimistisch, dass wir in Zukunft auch noch weiterkommen werden. Unsere bisherigen Fortschritte haben die Dynamik und den Zusammenhalt im Unternehmen bereits merklich positiv verändert. Im Gesundheitswesen insgesamt gibt es aber schon einige Rahmenbedingungen, die man positiver gestalten müsste.

A. Kloepfer: Welche Richtung stellen Sie sich vor?

Demmler: Über die Quotierung haben wir bereits gesprochen. An der Spitze, überall da, wo die Politik Einflussmöglichkeiten hat. Aber auch bei den Beiräten und Schiedsstellen, muss man die Situation analysieren und käme dann schnell zu Erkenntnissen. Da gibt es sicherlich Stellschrauben. Auch hier ist die Herausforderung mehrschichtig: Das eine sind Besetzungsverfahren. Das andere sind die Rahmenbedingungen, die für die Arbeit in diesen Gremien gesetzlich gegeben sind. Ein Beispiel: Wir haben es nicht geschafft, dass die Selbstverwaltung in der Corona-Zeit Beschlüsse per Videokonferenz fassen darf. In anderen Bereichen ging das ohne Probleme. Es sind also oft ganz äußerlich erscheinende Dinge, die die Partizipation erschweren.



Link zum SBK-Kundenmagazin
***Leben**, Ausgabe 02/2020:
„Mann, bleib gesund!“



Das vollständige Gespräch können
Sie als Audio-Mitschnitt unter
www.ix-media.de/radio nachhören.

„Wir haben einen erheblichen Gender-Data-Gap, das benachteiligt Frauen an vielen Stellen“



Interview mit
Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB
 Mitglied im Gesundheitsausschuss
 – B90/Die Grünen

Dr. Albrecht Kloepfer, Herausgeber des iX-Forums und Dr. Martina Kloepfer, Vorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit, sprachen mit Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB über politische Gestaltungsmöglichkeiten bei der Geschlechterparität in Medizin und Selbstverwaltung.

Dr. Albrecht Kloepfer: Frau Dr. Kappert-Gonther, die Grünen haben sich dem Thema geschlechterspezifische Versorgung dankenswerter Weise vor nicht allzu langer Zeit einmal aus struktureller Perspektive gewidmet. Ihre Fraktion hat eine Anfrage zur Geschlechterverteilung in der Selbstverwaltung gestellt. Können Sie kurz darstellen, in welche Richtung das genau ging und was die Ergebnisse waren?

Das Ergebnis war erschütternd. Wir wollten wissen, wie es um die Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien des Gesundheitssystems steht. Dabei ging es sowohl um die Kassen als auch um die ärztlichen Selbstverwaltungsgremien. Wir mussten erfahren, dass es ganze Bereiche, ganze KVen, ganze Kammern gibt, in denen nicht eine Frau im Vorstand ist. Auch bei den großen gesetzlichen Krankenkassen haben wir die Situation, dass nur jeder zehnte Vorstandsposten von einer Frau besetzt ist. Das macht klar, dass wir die Repräsentanz von Frauen in diesen Gremien viel zu wenig berücksichtigen. Das ist nicht nur ungerecht, sondern auch unklug: Wir wissen, dass ein Blick aus verschiedenen Perspektiven die Arbeit – und damit auch die Versorgung – besser macht.

Dr. Martina Kloepfer: Wie würde sich das in der Praxis niederschlagen?

Klar ist, dass wir einen erheblichen Gender-Data-Gap haben, also eine Situation, in der auch wissenschaftlich-medizinische Studien und Daten in der Regel nicht speziell auf Gender- und Geschlechtsaspekte eingehen. Das bedeutet, dass bestimmte Unterschiede, die entweder biologisch oder sozial bestehen, in der Diagnostik und dann auch in der Therapie nicht angemessen abgebildet werden. Das führt dazu, dass der Mann als die Norm gilt und alles andere als abweichend wahrgenommen wird und aus dem Blick gerät.

Dr. Albrecht Kloepfer: Frau Dr. Kappert-Gonther, die Grünen haben sich dem Thema geschlechterspezifische Versorgung dankenswerter Weise vor nicht allzu langer Zeit einmal aus struktureller Perspektive gewidmet. Ihre Fraktion hat eine Anfrage zur Geschlechterverteilung in der Selbstverwaltung gestellt. Können Sie kurz darstellen, in welche Richtung das genau ging und was die Ergebnisse waren?

Das Ergebnis war erschütternd. Wir wollten wissen, wie es um die Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien des Gesundheitssystems steht. Dabei ging es sowohl um die Kassen als auch um die ärztlichen Selbstverwaltungsgremien. Wir mussten erfahren, dass es ganze Bereiche, ganze KVen, ganze Kammern gibt, in denen nicht eine Frau im Vorstand ist. Auch bei den großen gesetzlichen Krankenkassen haben wir die Situation, dass nur jede zehnte Vorstandsposten von einer Frau besetzt ist. Das macht klar, dass wir die Repräsentanz von Frauen in diesen Gremien viel zu wenig berücksichtigen. Das ist nicht nur ungerecht, sondern auch unklug: Wir wissen, dass ein Blick aus verschiedenen Perspektiven die Arbeit – und damit auch die Versorgung – besser macht.

Dr. Martina Kloepfer: Wie würde sich das in der Praxis niederschlagen?

Klar ist, dass wir einen erheblichen Gender-Data-Gap haben, also eine Situation, in der auch wissenschaftlich-medizinische Studien und Daten in der Regel nicht speziell auf Gender- und Geschlechtsaspekte eingehen. Das bedeutet, dass bestimmte Unterschiede, die entweder biologisch oder sozial bestehen, in der Diagnostik und dann auch in der Therapie nicht angemessen abgebildet werden. Das führt dazu, dass der Mann als die Norm gilt und alles andere als abweichend wahrgenommen wird und aus dem Blick gerät.

Ganz konkret führt das dazu, dass Herzinfarkte bei Frauen über 60 nach wie vor seltener erkannt werden, eben weil sie meist nicht die sogenannte „typische Symptomatik“ zeigen, sondern eben ein Symptomatik, die für Frauen typisch ist.

A. Kloepfer: Sie sind selbst ärztlich tätig gewesen. Ist in Ihrem Feld, in der Psychiatrie, geschlechtsspezifische Medizin ebenfalls ein Thema?

In der Psychiatrie und vor allem in der Psychotherapie ist das natürlich auch ein Thema, aber hier ist es eher umgekehrt: Es sind eher die Männer benachteiligt. Da haben wir zum einen die Situation, dass es Männern offensichtlich noch immer schwerer fällt, sich psychotherapeutische Hilfe zu holen. Auch in der Empfehlung haben wir da noch eine deutliche Unwucht. Wenn Männer etwa mit einem Suchtproblem zum Hausarzt kommen, wird das häufig nicht erkannt, nicht angesprochen oder – selbst wenn es erkannt wird – keine psychotherapeutische Behandlung empfohlen.

Das gilt auch für depressive Erkrankungen, die bei Männern seltener und später diagnostiziert werden und ebenfalls seltener die probate Empfehlung zu psychotherapeutischer Behandlung zur Folge haben. Hier finde ich die Situation ganz besonders dramatisch und eklatant, weil wir ja wissen, dass Männer eine bis zu dreimal höhere Suizidrate haben als Frauen, je nachdem, welche Alterskohorte Sie sich betrachten.

A. Kloepfer: Würde eine Quotierung der Gremien dem System insgesamt helfen?

Wir sind ganz klar ein für eine Quote, wenn es um die Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen geht. Wir sehen ja, dass Quoten da, wo sie eingeführt sind, Wirkung

zeigen. Auch diese Koalition hat ja – sicherlich auch, weil wir als Grüne dieses Thema massiv gepusht haben – in verschiedenen Gesetzesentwürfen Quoten eingeführt. Solange wir keine Quoten haben, begegnet uns immer noch zu oft das Narrativ „Wir hätten ja gerne eine Frau, aber wir finden keine“. Das stimmt so natürlich einfach nicht und ist oft nur Ausdruck der Beharrungskräfte des Systems.

M. Kloepfer: Also Quote auch mit Sanktionierung bei Nichterfüllung, nicht basierend auf Freiwilligkeit? Und ist eine Quote auf Führungsebene nicht auch zu oft eine willkommene Ausrede für das Unterlassen der Förderung auf den „unteren Ebenen“.

Wenn es eine Quote gibt, dann muss das immer mit Sanktionen verbunden sein. Und wenn man das eine tut – hier die Quote – dann muss man das andere nicht lassen. In der Wissenschaft, in den Kliniken, in den Verwaltungsbereichen gibt es viele Frauen, die Karriere machen – aber nur bis zu einem gewissen Punkt. Die Förderung funktioniert dort, endet aber eben bei den Entscheidungspositionen. Die gläserne Decke ist im Gesundheitswesen genauso dick wie in DAX-Konzernen.

A. Kloepfer: Das ist ja auch häufig darauf zurückzuführen, dass Frauen gar keine Lust haben, sich dieses kompetitive männliche Verhalten, immer diesen einen Schritt voraus zu sein, anzutun. Muss da nicht auch etwas getan werden?

Es würde sicher nicht schaden, wenn das Klima in diesen Spitzengremien kooperativer würde. Diskursives, anerkennendes Arbeiten hilft allen – auch Männern. Viele Menschen in Spitzenpositionen haben durchaus das Gefühl, dass die Arbeit sie auch krank macht und ausbrennt.

M. Kloepfer: Ich würde gerne noch einmal an den Gender-Data-Gap anknüpfen. Wir sehen, dass dieses Problem sich noch einmal deutlich multipliziert, wenn es mit dem Komplex der KI zusammenstößt. Ist das Ihrer Partei bewusst und haben Sie vielleicht auch schon Lösungsansätze?

Ja, das haben wir auf dem Schirm. Ein Algorithmus ist immer nur so gut wie die Daten, mit denen er gefüttert wird. Wenn wir Daten nicht genügend differenzieren, etwa nach Geschlecht aber beispielsweise auch nach Hautfarbe, dann werden die Ergebnisse für die Personen, die von der „Norm“ der Studiendaten abweichen, eben schlechter. Das können in der Studie unterrepräsentierte Frauen sein, aber auch People of Colour. Offensichtlich wird das bei KI-Tools, die etwa für Hautkrebs entwickelt werden: Ein Hautkrebs stellt sich auf einer weißen Haut anders dar als auf einer dunkleren Haut. Wenn ich das dem Algorithmus nicht beibringe und die Daten entsprechend aufbereite, dann wird bei People of Colour der Hautkrebs seltener diagnostiziert. Das ist ein extremes Beispiel, zeigt aber, wie dringend diese Ungleichheit behoben werden muss. Das gilt ebenso für Geschlechtsunterschiede.

M. Kloepfer: Kann und sollte denn der Gesetzgeber auch in das Studiendesign eingreifen, um sicherzustellen, dass dieser geschlechterspezifische Aspekt in den Blick genommen wird?

Die Freiheit der Wissenschaft ist ein hohes Gut. Das muss man sich also sehr genau angucken, was man regeln kann, ohne diese Freiheit einzuschränken. Eines ist aber klar: Es ist nicht sinnvoll, sondern schädlich, wenn man in der Wissenschaft, in klinischen Studien grundsätzlich vom männlichen Normkörper ausgeht. Das schadet in der Diagnostik und Therapie.

Man müsste sich also einmal sehr genau ansehen, ob es möglich ist, Anforderungen zu definieren, die klarstellen, dass der Geschlechtsaspekt immer ein Kriterium im Studiendesign ist.

A. Kloepfer: Die Notwendigkeit, da Qualitätskriterien für Daten zu entwickeln, wäre dann ja zumindest in den Anfängen eine politische Aufgabe?

Es ist absolut notwendig, dass wir diese Themen politisch diskutieren und klar regeln. Es kann ja nicht sein, dass wir eine vielversprechende Technologie, wie beispielsweise die eben erwähnte KI, erst entwickeln und dann so relevante Faktoren einfach ausblenden.

A. Kloepfer: Ich frage das auch vor dem Hintergrund des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Genderaspekte werden, nach meiner Überzeugung, erst dann in der Versorgung ankommen, wenn sie auch im G-BA angekommen sind. Dort sehe ich aber überhaupt noch keine Vorgaben, geschlechterspezifische Fragen zu regeln. Es gibt zwar manchmal aufgrund der Datenlage Entscheidungen – ich denke an das Screening für Bauchorta-Aneurysma – die geschlechterspezifisch sind (gelegentlich, aufgrund fehlender Daten für Frauen, leider zu deren Nachteil), aber im Prinzip hat der G-BA keine Vorgaben, diese Genderfragen zu regeln. Müsste man da nicht auch stärker in die Selbstverwaltung eingreifen?

Der G-BA besteht aus Personen, die Augen und Ohren und eine Fähigkeit zum Denken haben. Je stärker das Thema diskutiert wird, je deutlicher wird, dass es eben keine Marginalie ist, den Gender-Data-Gap zu schließen, dass es keine Marginalie ist, endlich die Aspekte Geschlechter, Geschlecht und Gender in der Versorgung zu berücksichtigen, desto mehr wird der G-BA diese Thematik einbe-

ziehen. Gleichzeitig bin ich der Auffassung, dass alles, was sich in dieser Beziehung gesetzlich regeln lässt – wie eben Quoten in den Gremien der Selbstverwaltung oder Kriterien für neue Technologien – auch gesetzlich geregelt werden sollte.



Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/458 – Frauenanteil in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

„Es muss sich mehr Selbstverständlichkeit einstellen“



Interview mit
Prof. Dr. Dr. Ilona Kickbusch
 Boardmember
 Women in Global Health

Dr. Albrecht Klopfer, Herausgeber des iX-Forums und Dr. Martina Klopfer, Vorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit, sprachen mit Prof. Dr. Dr. Ilona Kickbusch, eine Initiatorin von „Woman in Global Health“ über Arbeitsrealitäten im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik.

Albrecht Klopfer: Frau Prof. Kickbusch, sie haben Women in Global Health gegründet, vor allem das German Chapter. Was waren die Gedanken dahinter und gibt es erste Resonanzen und Erfolge?

Women in Global Health ist entstanden, weil ich eine Twitteraktion gestartet hatte. Bei mir hatte sich nach meiner langen Zeit im Bereich Global Health doch eine gewisse Frustration eingestellt, dass noch immer so wenig Frauen in diesem Sektor vertreten sind, auf den Panels sitzen und Interviews geben. Wenn man die Organisatoren auf diesen Umstand angesprochen hat, dann war die Antwort häufig: „Ja, es gibt halt keine“. Ich hatte dann die Initiative ergriffen, zuerst 100 Frauen über Twitter zu identifizieren. Daraus wurden 300.

Als ich dann gefragt wurde, ob ich diese Initiative nicht noch weiter vorantreiben könnte, habe ich allerdings abgelehnt, denn an dieser Stelle müssen dann internationale und nationale Organisationen übernehmen. Es hat sich eine Gruppe junger Frauen in den USA gefunden, die eine globale Organisation mit dem Titel „Women in Global Health“ gegründet und auch sehr erfolgreich weitergeführt haben, etwa mit Blick auf Frauenvertretung bei der WHO. An dieser Stelle haben wir uns gesagt, dass wir nun zum Ursprung zurückkehren und auch auf nationaler Ebene etwas tun sollten. So ist die Idee der National Chapters entstanden.

Ich habe dann zusammen mit Sabine Ludwig das erste National Chapter für Deutschland gegründet. Inzwischen gibt es davon 15 auf der ganzen Welt, auch in low and middle income countries. Hier sind die Mitglieder in verschiedenen Initiativen extrem aktiv. In Deutschland haben wir ja auch die Frage von Frauen in Gesundheitsberufen aufgegriffen und dazu kürzlich ein Arbeitspapier vorgelegt. Wir haben die Fragen von Frauen in Gesundheitsberufen im Zusammenhang mit Migration aufgenommen. Es gibt also eine Reihe von sehr konkreten Projekten, die umgesetzt werden und wo man langsam lernt, auch politisch aktiv zu sein.

Martina Kloepfer: Es gibt ja auf Ihrer Website das Verzeichnis, welche Frauen für Podiumsdiskussionen und andere Anfragen angefragt werden können. Sie haben gesagt, Sie nehmen an keiner Podiumsdiskussion teil, wo nicht mindestens eine weitere Frau dabei ist. Provokant gefragt: Überlässt frau den Männern damit nicht wieder die Bühne?

Wenn ich eingeladen werde und die einzige Frau bin, dann lehne ich eine Teilnahme tatsächlich ab. Ich bestehe wirklich darauf, dass mindestens eine weitere Frau mit dabei ist. Häufig mache ich dann auch Vorschläge, wen man fragen könnte. Denn es wird halt immer noch gerne behauptet, das ginge nicht und man würde niemanden kennen.

Man muss sichtbar sein, aber natürlich, was ich auch immer mache, auf dem Podium auf die Problematik hinweisen. Ich glaube nicht, dass man darauf bestehen muss, dass ein Podium jedes Mal genau paritätisch besetzt ist. Aber man muss jede Gelegenheit nutzen, um dieses Bewusstsein voranzubringen und Namen parat haben, die man vorschlagen kann. Inzwischen gibt es auch ein paar Männer, die sich verpflichtet haben, nicht auf einem „Manel“, wie wir rein männliche Panels nennen, zu sprechen.

M. Kloepfer: Würden Sie sagen, dass dies in der Praxis schon zu Veränderungen geführt hat?

Ich sehe das auf jeden Fall. Ich sehe in sehr vielen Organisationen und Institutionen, dass man inzwischen sehr genau darauf achtet. Vielleicht in Deutschland noch ein bisschen weniger, aber im Bereich Global Health, bei der WHO, wird peinlich genau geschaut, was möglich ist.

Der World Health Summit hat sich das ja auch sehr groß auf die Fahne geschrieben und bemüht sich in nahezu jedem Panel eine gender parity zu erreichen. Im Sinne der Teilnehmerschaft ist die auch schon erreicht. Dafür ist dem Summit von der Dachorganisation, also Women in Global Health, auch ein besonderer Dank ausgesprochen

worden. Es gibt immer nur ein Problem, wenn Leute aufgrund ihrer Position eingeladen werden, etwa eine Auswahl an Gesundheitsministern. Da kann es passieren, dass sich aufgrund der politischen Entscheidungsprozesse in den Ländern nur Männer auf dem Podium wiederfinden. Aber das ist eine Sache, die man in einer Diskussion auch thematisieren kann. Wäre ich Moderatorin eines solchen Panels, würde ich immer darauf hinweisen, warum das jetzt ein „Manel“ ist. Es gibt politische Zwänge, denen muss man realistisch ins Auge sehen.

M. Kloepfer: Die National Chapters arbeiten ja darauf hin, dass Frauen zunehmend in Führungspositionen kommen und mehr Entscheidungskompetenzen haben. Inwieweit würden Sie sagen, dass eine geschlechterparitätische Besetzung solcher Panels sich auf dieses Ziel auswirkt?

Zum einen wird unsere Liste ja nicht nur zur Panelbesetzung genutzt. Wir wissen, dass bei manchen Stellenbesetzungen im öffentlichen Sektor eben auch genau diese Liste zu Rate gezogen wird. Es ist durchaus auch die Dimension dabei, dass Arbeitgeber und Recruiter sich dessen bewusst sind, dass sie bei Women in Global Health sehr kompetente Frauen ausmachen können.

Ich glaube der andere Punkt ist, dass man durch Veranstaltungen und andere Angebote, etwa Coachings, auch den Frauen selbst Mut macht, sich zu bewerben. Das ist ja auch ein Problem: Wir wissen aus der Forschung, dass Frauen sehr genau sind, wenn sie sich bewerben. „Erfülle ich alle Kategorien dieser Ausschreibung?“ Männer kümmern sich deutlich weniger darum. Wir haben das auch bei COVID-19 gesehen, dass Frauen, wenn sie zu Mediengesprächen eingeladen werden, viel zurückhaltender sind, weil sie fürchten, nicht in allen Dimensionen kompetent zu sein. Es gilt also auch den Frauen selber Mut zu machen, sich ins Gespräch zu bringen und sich in Konkurrenz zu begeben. So stellt sich mehr Selbstverständlichkeit ein.

Bei COVID hat man zunächst nur männliche Virologen gesehen und gehört, bis man dann festgestellt hat, dass es eine Unmenge weiblicher Virologen gibt, die nun auch in Talkshows sitzen. Von daher ist dieser Prozess im Gang und muss auch weiter gefördert werden. Gerade im deutschen Gesundheitssystem liegt mit Blick auf hohe Positionen in Politik und Selbstverwaltung mit Blick auf Repräsentation von Frauen noch einiges im Argen. Hier gilt es, weiterhin Druck zu machen.

A. Kloepfer: Das ist ein wichtiger Punkt. Ich erlebe es selbst oft bei der Besetzung von Podien, dass vor allem die Männer vorpreschen und sagen „wo steht det Klavier?“ Frauen sind da vorsichtiger. Das erfordert dann manchmal eine gewisse Missionsarbeit, die Frauen von einer Teilnahme zu überzeugen. Dazu bieten Sie also spezielle Coachings und Mentorenprogramme an?

Bei uns in Deutschland ist das tatsächlich noch nicht so sehr ausgebaut, aber im englischsprachigen Raum wird in diese Richtung sehr viel angeboten. Es gibt ja auch noch eine Reihe anderer Organisationen, die sich in diesem Feld bewegen, z.B. auch die Bill & Melinda Gates Stiftung. Es gibt also inzwischen zunehmend mehr Möglichkeiten, wenn potentielle Speakerinnen ein solches Coaching in Anspruch nehmen möchten. Aber ja, es braucht auch bei den Organisatoren noch mehr Verständnis dafür, dass Frauen meistens auch noch andere Verpflichtungen haben.

Ich habe Organisatoren wiederholt kritisiert, weil sie nicht genügend Frauen auf dem Panel hatten, die mir dann aber nachweisen konnten, dass sie ein 50-50 Panel geplant hatten, aber kurzfristige Absagen von Frauen bekommen haben. Das passiert häufig, weil Frauen eben auch mehr familiäre Verpflichtungen wahrnehmen. Deswegen muss man Organisatoren, die eine Parität anstreben, eben auch empfehlen, noch Frauen in der Rückhand zu haben, sollte sie so eine Absage erreichen.

A. Kloepfer: Jetzt haben wir über Deutschland und den internationalen Vergleich schon mehrfach gesprochen. Wie steht Deutschland denn da? Sind wir wirklich so weit zurück?

Es ist schwierig, verlässliche Zahlen zu bekommen. Aber die subjektive Erfahrung deutet tatsächlich in diese Richtung, COVID hat es noch einmal bestätigt. Wir haben uns da auch schon beschwert, etwa als es um die wissenschaftliche Taskforce ging, die von der Leopoldina aus Empfehlungen ausgesprochen hat und wo nur eine oder zwei Frauen Mitglied waren. Das Bewusstsein ist nicht sehr ausgeprägt. Die Hierarchien lassen es noch nicht zu. Das ist eine Sache, die muss man sich vornehmen. Hier gilt es, das immer wieder anzuprangern, aber auch unterstützend die Datenbasis zu verbessern, um mehr Argumente dagegen zu haben.

Für uns ist es beispielsweise schwer verständlich, dass Frau Giffey und das Familienministerium nicht ins so genannte „Corona-Kabinett“ berufen worden sind. Das wäre aus meiner Sicht – gerade für die Positionierung der Frauen in der Corona-Krise – extrem wichtig gewesen.

M. Kloepfer: Sie haben COVID-19 angesprochen. Das war schön zu beobachten, wie zunehmend Virologinnen in die Öffentlichkeit gerückt sind. Hat sich das auch schon in der Diskussion niedergeschlagen?

Ich glaube, die Diskussion ist differenzierter geworden. Ich verfolge ja auch schon rein beruflich die deutschen Talkshows, auch dort ist der Stil anders geworden: Es gibt weniger männliche Selbstdarstellung. Die Thematik hat sich auch verschoben, weil in der Diskussion immer wieder darauf hingewiesen wird, dass der Großteil der Last in der Pflege auf weiblichen Schultern liegt. In manchen Ländern ist auch deswegen die Infektionsrate bei weiblichem Gesundheitspersonal höher als bei männlichem. Es werden also nicht mehr nur die Führungspositionen ins Blickfeld genommen. Es ist auch für Women in Global

Health sehr wichtig, dass nicht nur der Druck wahrgenommen wird, Frauen in Führungspositionen zu bringen, sondern dass es auch darum geht, zu sagen: „Wir wollen eine Stimme sein für diejenigen, die bisher nicht gehört wurden“. Darum ist es uns auch wichtig, dass der ganze Aspekt Alten- und Krankenpflege sowie familiäre Pflege mehr ins Blickfeld genommen wird.

M. Kloepfer: Wenn nun zunehmend Frauen in Führungspositionen ins Gesundheitssystem kommen und in der öffentlichen Diskussion wahrgenommen werden: Was wäre idealerweise die Prognose für die gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung?

Wir hoffen doch, dass manche Zwänge im Gesundheitssystem dezidiert angesprochen werden. Patienten suchen ja auch immer ein Gespräch. Die derzeitige Organisation der Medizin erlaubt das in dieser Form nicht. Junge Ärzte werden ausgebeutet, der Erwartungsdruck ist extrem. Da ist schon auch ein Empfinden – und jetzt studieren ja mehr Frauen Medizin als Männer –, dass mit dem höheren Frauenanteil sich auch die Kultur der Medizin verändert, weil Frauen auch andere Verpflichtungen und Ansprüche haben, sich nicht in einen extremen, schädlichen Konkurrenzkampf begeben. Wenn man sich jahrelang darüber lustig gemacht hat, dass verstärkt Frauen in den öffentlichen Gesundheitsdienst gegangen sind, dann hat man immer vergessen, dass dies eben auch passierte, weil sie dort menschlichere Arbeitsbedingungen vorgefunden haben. Das sind alles Themen, die mehr in den Vordergrund rücken müssen. Wenn Frauen nicht mehr nur auf der Pflegeebene in der Mehrheit sind, sondern dies absehbar auch in der Ärzteschaft so sein wird, dann hoffen wir natürlich, dass das zu einem gewissen Kulturwandel führt.

A. Kloepfer: Vielleicht noch einmal zurück zu COVID-19: Jutta Allmendinger, Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin, hat gesagt, COVID-19 und die Coronakrise habe die Anliegen der Frauen um Jahrzehnte zurückgeworfen, weil gerade im Bereich Erziehung und Bildung wie selbstverständlich auf die Res-

sourcen von Frauen rekurriert wurden. Ist das auch Ihre Beobachtung, dass es hier gesamtgesellschaftlich eher einen Rückschritt gegeben hat?

Das kann man sicherlich so sehen, gerade bei dieser Selbstverständlichkeit der Annahme, dass Frauen diese Aufgaben auch in „typischer Frauenmanier“ auf sich nehmen. Das hat natürlich zu Problemen und Spannungen geführt. So weit wie Frau Allmendinger würde ich aber nicht gehen. Denn gleichzeitig ist eben auch die Diskussion darüber sehr viel lauter geführt worden, als dies vielleicht noch in der Vergangenheit der Fall gewesen wäre. Wir haben beispielsweise noch nie so viel über häusliche Gewalt gesprochen wie in den letzten drei Monaten. In vielen Ländern ist dieses Thema, das ja schon fast vergessen war, wieder ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Wir diskutieren auch wieder über unbezahlte Arbeit, die Last in den Pflegeberufen, oder eben über die Besetzung von Panels und Talks.

In der realen Welt gab es also Rückschläge, aber in der öffentlichen Wahrnehmung führen wir inzwischen Diskussionen, die sehr wichtig ist. Nicht zuletzt deswegen, weil auch eine Reihe von Journalisten sich weiterhin geschlechtsspezifische Ausrutscher leisten. Ich denke da an zwei Spiegel-Interviews aus den letzten Wochen. Da frage ich mich auch, warum die jeweiligen Interviewpartnerinnen diese Interviews nicht direkt abgebrochen haben. Frauen sollten sich auch dieser Art von Umgang einfach nicht aussetzen, und hier muss auch die schreibende Zunft noch einmal in sich gehen.



Link zum Report
**“Women in Global Health
Germany 2020”**



Das vollständige Gespräch können Sie als Audio-Mitschnitt unter www.ix-media.de/radio nachhören.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 26. Jahrgang 2020, Ausgabe 4 · 2020,
Erscheinungsdatum: 21. Dezember 2020

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**
- **Potentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Weichenstellung beim Morbi-RSA?**
- **Integrierte Versorgung – Potentiale und Herausforderungen**
- **Digitale Gesundheitsanwendungen in der Versorgung: Von der Idee zum Patienten**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

