

DOKUMENTATION

**1. BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT**

Herausforderungen und Potentiale
geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung

21. – 22. März 2013 Berlin



**BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT**

Impressum:

Herausgeber: Dr. Martina Kloepfer, Female Resources in Healthcare

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Satz und Layout: Johanna Nüsken, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Podiumsdokumentation: Ulrike Hempel

Fotos: Koji Sket

© Female Resources in Healthcare, Berlin 2013

Hinweis:

Die vorliegende pdf-Datei wurde zum besseren Versand verkleinert, daher sind einige Abbildungen nur schwer lesbar und kaum zur weiteren Verwendung einsetzbar. Die Herausgeber sind auf Anfrage gerne bereit, Ihnen die entsprechenden Abbildungen in höherer Auflösung zur Verfügung zu stellen.

Inhalt

VORWORT DR. MARTINA KLOEPFER	4
I. GRUSSWORT DER SCHIRMHERRIN ANNETTE WIDMANN-MAUZ	7
II. IMPULSE: POLITIK UND VISIONEN	12
II.1 PROF. DR. MARION HAUBITZ, KLINIKUM FULDA, MITGLIED IM SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (SVR)	12
II.2 DR. MONIKA KÖSTER, BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG	17
II.3 PROF. DR. ILONA KICKBUSCH, STIFTUNG CAREUM	23
III. PODIUMSDISKUSSION 1	28
IV. VORTRÄGE: AUS DER PRAXIS UND MÖGLICHE LÖSUNGEN	36
IV.1 DR. ASTRID BÜHREN, HARTMANNBUND	36
IV.2 PROF. DR. VERA REGITZ-ZAGROSEK, CHARITÉ BERLIN	43
IV.3 BIRGIT FISCHER, VERBAND FORSCHENDER PHARMAUNTERNEHMEN (VFA).....	48
V. WORKSHOPS: PROBLEMBESCHREIBUNG UND LÖSUNGSANSÄTZE	53
WORKSHOP 1: FEHLMEDIKATION UND DIE FOLGEN.....	53
WORKSHOP 2: FRAGEN DER RICHTIGEN DIAGNOSE.....	59
WORKSHOP 3: AUSBILDUNG UND ARBEITSMODELLE	65
WORKSHOP 4: GENDERASPEKTE UND VERSORGUNGSEFFIZIENZ	69
VI. PODIUMSDISKUSSION 2	73
VII. INTERVIEW ZUM 1. BUNDESKONGRESS GENDERGESUNDHEIT	80
VIII. AGENDA, TESTIMONIALS, IMPRESSIONEN, PRESSEBERICHTE.....	83
IX. REFERENTINNEN UND MODERATORINNEN.....	93
X. SPONSOREN, PARTNER UND ORGANISATION	96
XI. EINLADUNG ZUM 2. BUNDESKONGRESS GENDERGESUNDHEIT	99

Vorwort Dr. Martina Kloepfer

Kongresspräsidentin, Female Resources in Healthcare

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Vor Ihnen liegt nun die Dokumentation zum 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit im März 2013. Der Bundeskongress Gender-Gesundheit möchte eine Plattform für den interdisziplinären Austausch der Akteurinnen im Gesundheitswesen etablieren. Ziel ist es dabei ausdrücklich nicht, gegen ein bislang eher männlich ausgerichtetes Gesundheitssystem zu polemisieren, sondern Anspruch des Kongresses ist es vielmehr, die unterschiedlichen Zugänge und Versorgungsnotwendigkeiten beiderlei Geschlechter in den Fokus zu nehmen und damit eine möglichst zielgenaue Versorgungseffizienz der auf allen Ebenen knapper werdenden Ressourcen zu erreichen.

In diesem Zusammenhang sollen die Herausforderungen für Politik und Selbstverwaltung umrissen werden, um auf eine differenzierte Medizin zu reagieren. Gefragt werden muss dabei aber auch nach Versicherungs- und Finanzierungsmodellen für Krankenkassen, wenn



Dr. Martina Kloepfer

Aspekte der weiblichen Physiologie in den medizinischen Versorgungsalltag Einzug finden sollen. Und ein wichtiger Aspekt wird nicht zuletzt der Entwicklung von Arzneimitteln und entsprechender Studien zukommen, da immer wieder von namhaften und unabhängigen Wissenschaftlern ein spezieller Index gefordert wird, der die Wirkung bestimmter Medikamente auf Frauen besser vorhersehbar macht.

Der Bundeskongress Gender-Gesundheit geht also davon aus, dass auf allen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens Versorgungsverbesserungen und Effizienzreserven freizulegen sind, wenn es gelingt, geschlechterspezifische Denk-, Forschungs- und Umsetzungskonzepte im System zu etablieren. Für systemverantwortliche Frauen, aber auch den ent-

sprechend sensibilisierten Männern, soll ein Forum geschaffen werden, um das deutsche Gesundheitssystem in diesem Sinne weiterzuentwickeln.

Von "Feminisierung der Medizin" ist in diesem Zusammenhang häufig die Rede. Was auch immer das heißen mag: Ja, es arbeiten viele Frauen im Gesundheitswesen – an der Basis. In den Führungs- und Entscheidungsebenen bildet sich dieses Verhältnis dagegen nicht adäquat ab. Etwa 60 Prozent der Studierenden der Medizin sind Frauen. Wo bleiben die Frauen aber, wenn es um die Verteilung von Chefarztposten geht? Wo bleiben die Frauen auf den W3- bzw. C4-Professuren? Und wie viele medizinische Fachgesellschaften haben eine Frau an der Spitze? Selbst die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat einen männlichen Präsidenten. Wie viele Pharmakologinnen leiten Studien und Forschungsprojekte – um nach der Reaktion des weiblichen Organismus auf bestimmte Wirkstoffe zu fragen? Welchen Stellenwert genießt die – zumeist weiblich geprägte – Pflege im deutschen Versorgungssystem? Und warum? Was wir – auch – im Gesundheitswesen sehen: viele Indianerinnen wenige „Häuptlinginnen“. Umso mehr Häuptlinge...

Eine Ausrede (die sich als Begründung tarnt und die vor allem in technischen Berufen sehr beliebt ist) wirft Frauen vor, nicht das "Richtige", wie z.B. Maschinenbau oder Informatik, zu studieren. Gerade die Verhältnisse im Gesundheitswesen zeigen jedoch, wie faul diese Ausrede ist.

In einem Interview im Umfeld des Kongresses bin ich gefragt worden, welche Veränderungen eine Quote von 40 Prozent auf Führungspositionen – wie sie von der Initiative Pro Quote in der Medizin öffentlich gefordert wird – bringen könnte. Ein Blick in die Kristallkugel könnte mir zum Beispiel veränderte Strukturen zeigen: Strukturen, in denen Privatleben und Beruf leichter zu vereinbaren sind; übrigens auch für Ärzte! Vielleicht eine andere Kommunikationskultur? Vielleicht eine umfassendere Diagnostik?

Der Arzneimittelreport 2012 der Barmer GEK hat zum Beispiel an Hand der verordneten Medikamente gezeigt, dass Frauen eher auf psychosomatische Ursachen behandelt werden, Männer dagegen eher auf körperliche. Stichwort Herzinfarkt bei Frauen oder Depression bei Männern. Auch in der Ausbildung dürften mit mehr Professorinnen andere Schwerpunkte in den Fokus rücken. So bereitet im Reformstudiengang Medizin an der Charité die Übungseinheit "Interaktion" angehende Ärztinnen und Ärzte auf das Gespräch mit den Patienten vor. Möglicherweise hat das auch wieder einen Einfluss auf die Bewertung ärztlicher Leistung zur Folge; Gilt es teure Geräte zu amortisieren oder ein Gespräch zu führen, das gegebenenfalls Folgekosten vermeiden hilft?

In jedem Fall aber dürfte aber breiterer Horizont zu erwarten sein: Manche Fragen werden in Zukunft überhaupt zum ersten Mal gestellt werden müssen. Fragen, die wir vielleicht noch gar nicht kennen.

Die vielfachen Diskussionsimpulse, die es in der Gesellschaft auch zum Teil schon gibt, haben auch auf dem 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit in den Plenumssitzungen und Workshops, aber auch in den Podiumsdiskussion und in den zahlreichen Pausengesprächen eine breite Plattform gefunden. Wir möchten uns dafür bei allen Teilnehmerinnen, den Referentinnen und natürlich den Sponsoren sehr herzlich für die breite Unterstützung und die engagierten Diskussionsbeiträge bedanken. Mein großer Dank gilt auch den zahlreichen Partnerinstitutionen. Die teils spontan auf uns zugekommen sind, mit der Frage: Was macht ihr da, können wir uns einbringen? Genau hierfür ist dieser Kongress gedacht.

Wir würden uns sehr freuen, wenn jetzt und in den Folgejahren von diesem Kongress eine starke Botschaft ausgeht für mehr Gleichberechtigung und Partizipation im deutschen Gesundheitswesen und eine noch bessere und effizientere Versorgung für Patientinnen und Patienten.

Den Leserinnen und Lesern der vorliegenden Dokumentation wünsche ich eine erkenntnisreiche Lektüre! Ich hoffe, Sie freuen sich mit uns auf den 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 13./14. März 2014 in Berlin!

Dr. Martina Kloepfer

P.S.: Wir haben zu Abwechslung in dieser Dokumentation mal versucht, überwiegend die grammatikalisch weibliche Form zu verwenden. Also „Ärztinnen“ statt „Ärzte“. Das ließ sich nicht in allen Textpassagen sinnvoll durchhalten. Trotzdem, liebe Leser: Wenn Sie gelegentlich auf eine weibliche Grammatikform stoßen und sich fragen „Wo sind denn hier die Männer?“, dann seien Sie versichert: Die männliche Form wird immer und grundsätzlich (und gerne) mitgedacht!

II. **Grußwort der Schirmherrin Annette Widmann-Mauz**

Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Mitglied des Deutschen Bundestages

Sehr geehrte Frau Dr. Kloepfer, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zum ersten Bundeskongress zum Thema Gender-Gesundheit.

Gerne habe ich die Schirmherrschaft für diesen Kongress übernommen. Das Thema geschlechterspezifische und vor allem geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung ist nicht nur dem Bundesministerium für Gesundheit, sondern auch mir persönlich ein wichtiges Anliegen.

Wir wissen alle: Frauen und Männer sind nicht gleich. Jedes Geschlecht hat seine Besonderheiten. Es gibt nicht nur biologische Unterschiede. Wesentliche Unterschiede sind durch die jeweilige Rolle in Familie und Gesellschaft geprägt. Beides hat Einfluss auf die gesundheitliche Situation. Nicht nur deshalb äußern sich Krankheiten bei Frauen und Männern oft unterschiedlich. Auch im Verlauf von Erkrankungen können geschlechtsspezifische Besonderheiten auftreten. Mit diesen geschlechtsspezifischen Besonderheiten will sich dieser erste Bundeskongress Gender-Gesundheit auseinandersetzen. Im interdisziplinären Austausch der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens soll darauf aufbauend über Herausforderungen und Potentiale einer gendersensiblen Vorgehensweise diskutiert werden.

Bevor wir uns mit den Herausforderungen und Potentialen für die Zukunft befassen, möchte ich Ihnen aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit einen Überblick über seine bisherigen Aktivitäten zur Frauen- und Männergesundheit geben. Nachdem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2001 eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen im Gesundheitsbereich festgestellt hat, wurde das Thema Frauengesundheit in den Fokus genommen. Deswegen haben wir uns verstärkt mit Gesundheitsrisiken und Krankheiten, die ausschließlich bei Frauen auftreten, häufiger vorkommen oder anders verlaufen als bei Männern beschäftigt.

Neben den biologischen Unterschieden wurden aber auch psychische oder soziale Aspekte im Leben von Frauen in den Blick genommen, die sich auf deren Gesundheit auswirken können. Hier ist zum Beispiel Gewalt zu nennen. Denn: Gewalt ist eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen. Eine Repräsentativuntersuchung in Deutschland kommt zu dem Er-

gebnis, dass rund 40 Prozent aller Frauen körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen mit unterschiedlichen Folgen gemacht haben.

Auch der Einfluss gesellschaftlicher Faktoren, wie das Rollenbild von Frauen, Mehrfachbelastungen durch Familie, Beruf und Pflege von Angehörigen ist hier zu nennen. Nachdem in der Vergangenheit die Frauen im Mittelpunkt der geschlechtsspezifischen Betrachtungen standen, haben wir in den vergangenen drei Jahren das Thema Männergesundheit auch im Bundesministerium für Gesundheit und in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gestärkt. Dies geschah jedoch ohne die Frauengesundheit zu vernachlässigen. Das Thema „Gesundheit von Männern“ verdient schon daher besondere Aufmerksamkeit, weil

- Männer eine um fünf Jahre niedrigere Lebenserwartung haben als Frauen,
- Männer viel häufiger Unfälle haben und daran sterben,
- Männer mehr Alkohol trinken oder sogar abhängiger sind als Frauen und
- Männer sich öfter das Leben nehmen als Frauen.



Annette-Widmann Mauz

Männer gehen zudem beruflich wie privat größere Risiken ein als Frauen, suchen mit Krankheitssymptomen oft zu spät eine Ärztin oder einen Arzt auf und nehmen Angebote der primären Prävention und Krebsfrüherkennung seltener in Anspruch als Frauen. Wenn auch die Betrachtung von Frauengesundheit der erste Schritt zur gendergerechten Gesundheitsversorgung war, so ist doch inzwischen deutlich geworden, dass Gender-Gesundheit auch

die Männergesundheit einschließen muss. Dabei können die Erfahrungen, die bei der geschlechterdifferenzierten Betrachtung im Bereich der Frauengesundheit gemacht wurden, genutzt werden. Ähnlich war es bei der Bereitstellung von Informationen durch die BZgA. Zunächst haben wir von der BZgA ein Frauengesundheitsportal erstellen lassen. Es richtet sich an eine breite Öffentlichkeit und stellt qualitätsgesicherte Informationen zu relevanten Themen der Frauengesundheit bereit. Alle Inhalte werden kontinuierlich aktualisiert und weiterentwickelt.

Im vergangenen Jahr hat die BZgA für den Bereich der Männergesundheit ein entsprechendes Männergesundheitsportal erstellt. Mit den von den Portalen bereitgestellten Informatio-

nen, wird es Frauen und Männern möglich, sich über ihre speziellen Gesundheitsthemen qualitätsgesichert zu informieren. Dies stärkt nicht nur ihre Eigenkompetenz, sondern auch die Fähigkeit sich für den Erhalt der eigenen Gesundheit oder die Bewältigung von Krankheit einzusetzen. Am 29. Januar dieses Jahres fand der erste Männergesundheitskongress der BZgA zum Thema „Männergesundheit als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung“ in Berlin statt. Bei dem Kongress wurden aktuelle Probleme, Lösungsansätze und Zukunftsperspektiven zur Männergesundheit diskutiert und die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam gemacht. Wir haben unter dem Aspekt Gender- Gesundheit heute sowohl die Frauengesundheit als auch die Männergesundheit im Blick. Dabei war und ist es hilfreich, dass auch die Forschung in den vergangenen Jahren die Gesundheit geschlechtsdifferenziert analysiert hat. Einen wesentlichen Beitrag leistet dabei das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Schon seit Jahren wird bei den regelmäßig durchgeführten repräsentativen Untersuchungen und Befragungen nach Geschlechtern differenziert und analysiert. Zudem leistet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit einer geschlechterdifferenzierten Aufarbeitung gesundheitsrelevanter Themen einen wertvollen Beitrag hierzu. Aktuell arbeitet das Robert Koch-Institut an einem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland. Auch bei Gesundheitsforschungsvorhaben der Bundesregierung müssen zwingend geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Das alles führt dazu, dass wir mehr über geschlechtsspezifische Unterschiede und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit wissen und wissen werden.



Plenum in der Akademie der Wissenschaften

Wie wichtig eine differenzierte, geschlechterspezifische Betrachtung ist, hat das den meisten von Ihnen bekannte Beispiel der unterschiedlichen Symptomatiken bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen gezeigt. Bei Frauen kündigt sich ein Herzinfarkt oft mit eher Männer-untypischen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen oder auch mit Beschwerden im Oberbauch statt im linken Arm an. Hierüber sollten nicht nur Ärztinnen und Ärzte Bescheid wissen, sondern vor allem auch die Bürgerinnen und Bürger, damit sie im Notfall rechtzeitig medizinische Hilfe holen können. Fehlende Kenntnisse darüber verlängern die Zeit bis zur Erstbehandlung, was schwerwiegende Folgen haben kann. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass bei der Behandlung von Erkrankungen eine geschlechtersensible Differenzierung notwendig ist. Dies gilt auch für die Medikation. Um eine Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden, müssen Ärztinnen und Ärzte sensibilisiert werden, mögliche Unterschiede der Geschlechter bei der Verordnungsmenge von Medikamenten bei Frauen und Männern zu beachten. Aber nicht nur bei der Diagnose oder Behandlung von Erkrankungen, sondern bereits im Vorfeld müssen bei Frauen und Männern verschiedene Akzente gesetzt werden.

So muss bereits bei der Aufklärung über Risiken aber auch über Potentiale zur Vorbeugung von Erkrankungen zwischen Frauen und Männer unterschieden werden. Auch hier haben wir in der Vergangenheit bereits einige Informationsbroschüren zu Themen herausgegeben, die sich speziell mit den Belangen eines Geschlechts beschäftigen. Zu nennen sind hier für den Bereich der Vermeidung von psychischen Erkrankungen und zur Stärkung der seelischen Balance entsprechende Broschüren mit Handlungsempfehlungen: Für Frauen wurden die Broschüren „Leben in Balance – Seelische Gesundheit von Frauen“ und „Aktiv sein für mich – Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen“ veröffentlicht. Wegen der großen Nachfrage sind diese Broschüren bereits in der 4. Auflage erschienen. Eine ähnliche Broschüre erschien inzwischen auch für Männer, nämlich die Broschüre „Männer in Bewegung! Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Männern“. Wie bereits zuvor dargestellt, sind es gerade im Bereich der Prävention und Vorsorge die Männer, die Angebote der primären Prävention und Krebsfrüherkennung seltener in Anspruch nehmen als Frauen. Daher ist es wichtig, geschlechtsspezifische Aspekte sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen zu berücksichtigen. Dem tragen wir auch mit unserer Präventionsstrategie Rechnung: Mit unserem Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention, den das Bundeskabinett am 20. März 2013 beschlossen hat, wollen wir die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten zielgerichtet, das heißt auch: zielgruppenspezifisch ausgestalten. Hierzu gehört auch die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Belange bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen sowie bei der Ausgestaltung der künftigen

präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchung bei der Ärztin oder dem Arzt. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Angebote und Leistungen müssen geschlechtergerecht gestaltet werden.

Der Genderaspekt muss ein unverzichtbares Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung werden. Das Bundesministerium für Gesundheit ist meiner Meinung nach hier auf einem guten Weg. Aber nicht nur das Ministerium ist hier gefordert, sondern alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens müssen sich dies auf die Fahne schreiben. Denn die Weiterentwicklung in unserem Gesundheitswesen ist eine Aufgabe aller Beteiligten. Hier sind sowohl der Bund, die Länder und Kommunen, als auch die Ärzteschaft, sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die freien Träger und die Industrie gefordert. Aber auch die Wissenschaft und Forschung und nicht zuletzt die Organisationen der Selbsthilfe müssen ihren Beitrag leisten. Nur so können wir Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden. Denn die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist das Potential, dass die geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung birgt. Dieses Potential gilt es noch stärker auszuschöpfen. In der Zukunft muss daher eine geschlechtersensible Herangehensweise in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung immer selbstverständlicher werden. Ich hoffe, dass die heutige Tagung dazu beitragen wird, die Aufmerksamkeit auf das Thema Gender-Gesundheit zu lenken und die Frage zu beantworten, wo weitere mögliche Potentiale für die Zukunft liegen.

Ich wünsche Ihnen eine erfolgreiche Tagung, mit vielen Impulsen und innovativen Ideen.

III. Impulse: Politik und Visionen

III.1 Prof. Dr. Marion Haubitz, Klinikum Fulda, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

Geschlechtersensible Medizin – Traum oder Trauma?

Die Direktorin der Medizinischen Klinik für Nephrologie am Klinikum Fulda, Prof. Dr. Marion Haubitz erläutert zur Einführung in ihren Vortrag „Geschlechtersensible Medizin – Traum oder Trauma?“ zunächst, sie werde nicht über die sogenannte Frauenmedizin sprechen. Geschlechtersensible Medizin ist nach ihrem Verständnis keine Frauenmedizin, denn sie nützt auch den Männern, unabhängig davon, dass dieses Thema bis heute vor allem von Frauen getragen wird. Sie gliedert ihre Überlegungen in drei Bereiche, die ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern entsprechen:

- Die geschlechtersensible Betrachtung in der Nephrologie
- Die geschlechtsspezifischen Aspekte in der Medizin – Implementierung in Forschung und Lehre
- Frauen in der Medizin – Die berufliche Situation von Ärztinnen

An einigen Beispielen aus ihrem Fachgebiet Nephrologie zeigt Haubitz, welche wichtige Rolle eine unterschiedliche Betrachtung nach dem biologischen Geschlecht in der medizinischen Praxis spielt. Eines der griffigsten Beispiele ist dasjenige der Autoimmunerkrankungen: Früher hat man sich den menschlichen Körper wie eine Burg vorgestellt, bei der die Abwehrkräfte alle Eindringlinge davon abhalten, in den Körper einzudringen. Heute ist bekannt, dass der Körper sich nicht nur nach außen verteidigt. In bestimmten Situationen greift er sich auch selber an. Autoimmunerkrankungen sind bei Frauen häufiger anzutreffen als bei Männern. Sie können zu systemischen Erkrankungen führen, das heißt, dass mehrere Organe betroffen sind. Sehr häufig sind die Nieren involviert, deshalb sieht Haubitz auch viele Patientinnen aus diesem Bereich.

Zur weiteren Veranschaulichung wendet sich die Ärztin einer Erkrankung zu, die sich Systemischer Lupus Erythematodes (SLE) nennt und mit den Leitsymptomen Exanthem und Gelenksbeschwerden auftritt. Die Nieren sind ebenfalls betroffen. Die Geschlechtersensibilität bei dieser Erkrankung sieht Haubitz in diesen Fakten: 9 von 10 Patienten sind Frauen, vor der Menopause sogar 11 von 12 Frauen. SLE beginnt meist zwischen 15 und 40 Jahren,

Schwangerschaften können die Aktivität der Erkrankung steigern und es gibt SLE-bedingte Komplikationen für den Fetus und das Neugeborene. Bei der SLE-Pathogenese kommen vor allem genetische aber auch hormonelle und umweltbedingte Faktoren zum Tragen. Die Referentin erläutert, beim SLE sei es von Nachteil, ein Mann zu sein, denn die Diagnostik ist bei Männern schwieriger – vermutlich, weil diese Erkrankung bei Männern häufig einfach nicht in Betracht gezogen wird. Auch die Symptomatik zeigt sich beim Mann anders als bei der Frau: eine andere Hautmanifestation, mehr Serositis, weniger Muskel- und Gelenkmanifestation. Dafür haben Männer einen deutlich aggressiveren Verlauf der Erkrankung, die Nierenbeteiligung tritt häufiger als bei Frauen auf und führt nicht selten zum endgültigen Nierenversagen. Männer sterben an dieser Krankheit deutlich häufiger als Frauen, sagt Haubitz und vermutet eine Ursache dafür in der – fehlerhaft – gleichen Behandlung von Männern und Frauen. Die Therapieschemata sind in diesem Fall auf Frauen ausgerichtet. Deshalb bedarf es auch Untersuchungen, die bei dieser Krankheit spezifisch die Männergesundheit beachten, meint die Expertin.



Prof. Dr. Marion Haubitz

Ein ähnliches Beispiel ist auch die koronare Herzerkrankung. Normalerweise sind Frauen seltener betroffen, aber, wenn sie SLE haben, dann ist das Risiko einer koronaren Herzerkrankung wesentlich höher. Die Frauen haben das Risiko in 10 Jahren einen Herzinfarkt zu bekommen von 13-15 Prozent. Auch in diesem Fall lohnt es sich, diese Erkrankungen geschlechtsspezifisch zu betrachten, sagt Marion Haubitz.

Folgerichtig wendet sie sich im zweiten Teil ihres Vortrags der Frage zu, wie geschlechtsspezifische Inhalte in der Versorgung implementiert werden könnten. Sie nennt drei wesentliche Schritte, die ihres Erachtens dabei gegangen werden müssen:

- Es wird mehr Evidenz durch Studien benötigt, die bereits in der Planungsphase die geschlechtsspezifischen Unterschiede berücksichtigen.
- Geschlechtsspezifische Fragen müssen in der Approbationsordnung bzw. im Lernzielkatalog und in der Fort- und Weiterbildung bei allen Gesundheitsberufen berücksichtigt werden.

- Es wäre sinnvoll, den Trend hin zu einer personalisierten Medizin für die Implementierung der Genderaspekte zu nutzen. Der Begriff personalisierte Medizin ist im Gegensatz zum Gender-Begriff neutral und noch nicht negativ besetzt.

Denn wie weit sind wir mit dem Gender-Aspekt in der Medizin, fragt die Referentin und geht zur Beantwortung dieser Frage auf die Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten 2007 ein. Auf dieser Konferenz wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefordert, für Forschungsvorhaben im Fach Medizin die adäquate Berücksichtigung der Gender-Perspektive als durchgehendes Qualitätskriterium aufzustellen. Bei Forschungsvorhaben, in denen die Geschlechterperspektive im Antrag nicht berücksichtigt wird, sollte von den Antragstellern und Antragstellerinnen die Irrelevanz des biologischen (sex) und sozialen Geschlechts (gender) für die gewählte Fragestellung nachgewiesen und begründet werden. Des Weiteren verlangte die DFG, bei der Bewilligung von Mitteln für die Forschungsförderung einen Anteil von 40 Prozent des allgemeinen Overheads zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Wissenschaft mit einer entsprechenden Zweckbindung zu versehen. Haubitz bedauert, dass seit der Formulierung dieser Forderungen im Jahre 2007 nichts passiert sei: Die Genderperspektive wird in medizinischen Forschungsvorhaben noch immer nicht genügend berücksichtigt.

Ein möglicher Weg, um diese Situation zu ändern, ist der Versuch, die geschlechterspezifischen Inhalte schon in das Curriculum des Studiengangs Medizin zu integrieren. Bisher existiert dafür jedoch keine verankerte Verbindlichkeit, bemängelt Haubitz. Dennoch sind mehrere engagierte Projekte in Deutschland zu benennen, die sich dem Problem stellen: Zum Beispiel wurden im Modellstudiengang der Medizinische Hochschule Hannover (MHH) geschlechterspezifischen Inhalte implementiert. Vorlesungsthemen wie diese standen zur Wahl:

- Sex, Gender und Gewalt – eine Herausforderung in Krankenversorgung, Forschung und Lehre
- Geschlechtsspezifische Aspekte bei Gerinnungserkrankungen und
- Warum haben Frauen rote Wangen?

Bis heute ist es schwierig, sagt Haubitz aus eigener Erfahrung, in diesem Bereich eine große Zuhörerschaft zu gewinnen oder diese Vorlesungen gar als Pflichtveranstaltungen durchzusetzen. Die Referentin erwähnt zwei weitere Projekte, die zeigen, dass die Genderfrage schon während des Medizinstudiums gestellt werden kann und muss: Das Wahlfach Gender in der Medizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck und ein Ge-

schlechterspezifisches Lehrmodul in der Medizin an den Universitäten Essen, Münster und Bremen. Auch die Aktivitäten der Fachgesellschaften sind nicht zu unterschätzen. Bei der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN) gibt es u.a. eine Arbeitsgruppe „Frau und Niere“, die die Aufgaben hat, die geschlechtersensible Forschung weiter voranzubringen und Frauen in ihrer Netzwerkbildung zu unterstützen.

Im dritten und letzten Teil ihrer Ausführungen geht Haubitz auf den Aspekt „Frauen in der Medizin – Die berufliche Situation von Ärztinnen“ ein. Dabei hebt sie hervor, dass diese Frage nicht nur den Punkt „Karriere und Familie“ mitdenkt, sondern auch „Karriere und Frau“, denn auch die Frauen ohne Familie haben bekanntermaßen deutlich schlechtere Karrierewege als Männer, wie die Folie zum Verlauf der medizinischen Berufskarriere gut veranschaulicht. Noch deutlicher kann Haubitz die Problematik mit diesen Fakten machen:

- Nur 6 Prozent der medizinischen Lehrstühle in Deutschland sind mit Frauen besetzt,
- Bei insgesamt 36 Fakultäten gibt es nur 2 Ordinariae für Frauenheilkunde,
- Chefärztinnen verdienen durchschnittlich 20.000 Euro weniger als ihre männlichen Kollegen.

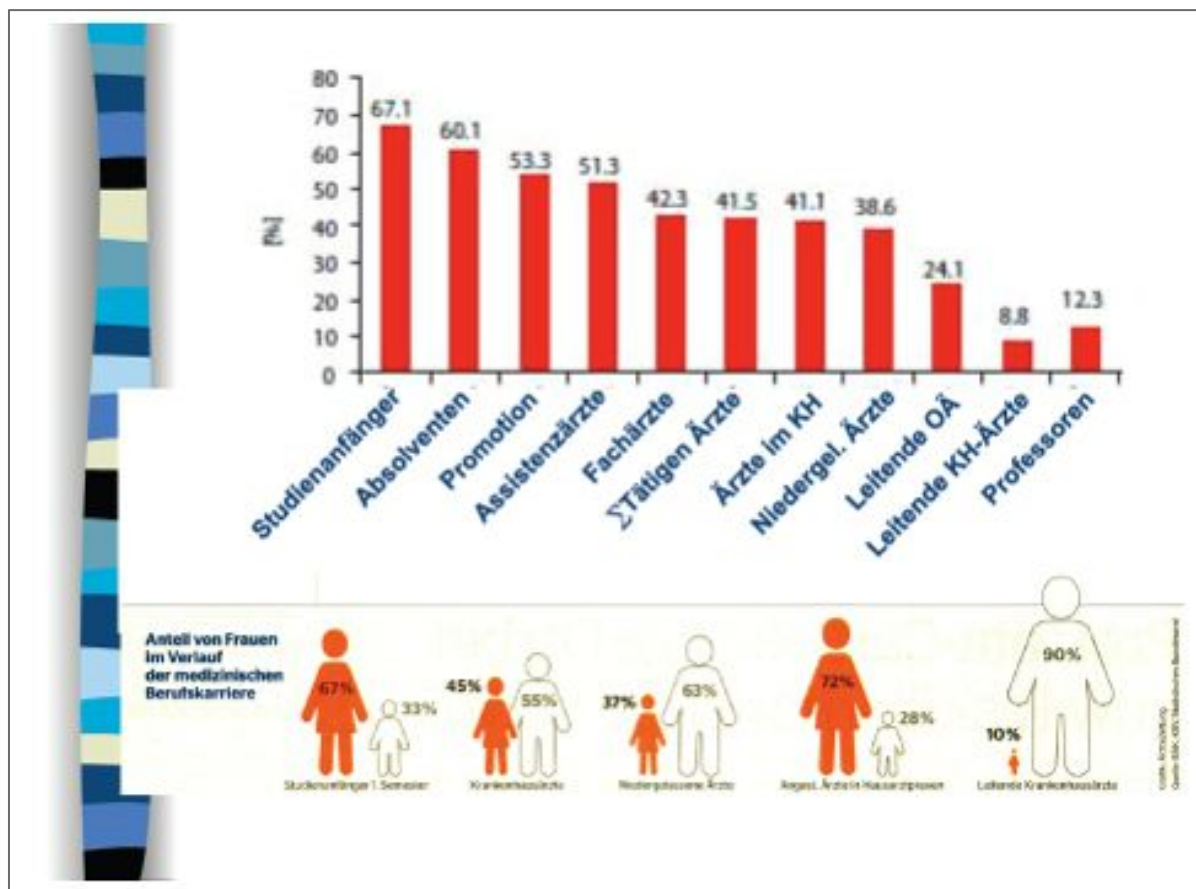


Abbildung 1: Frauen in der Medizin, Haubitz (2013)

Professorin Marion Haubitz beendet ihre Ausführungen mit einem Erfahrungs/Empfehlungs-Katalog für Frauen mit einem Karrierewunsch in der Medizin:

- Erziehungszeit und Teilzeitarbeit ist möglich.
- Kämpfen Sie um Führen in Teilzeit.
- Investieren Sie in Kinderbetreuung, Haushaltshilfe, Essengehen.
- Lassen Sie sich helfen.
- Suchen Sie Stipendien, Frauenförderung.
- Planen Sie Ihre Karriere.
- Trauen Sie sich etwas zu.
- Kümmern Sie sich um akademische Selbstverwaltung, Management, Coaching.
- Schaffen Sie sich Netzwerke, sprechen Sie mit anderen Frauen, einem/r Mentor/in.
- Es gibt nicht die eine gute Lösung.
- Suchen Sie neue, individuelle Lösungen.

III.3 Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Herausforderungen und Prinzipien einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung

Gesundheitliche Aufklärung liegt im Interesse staatlicher Gesundheitspolitik. Sie wird in Deutschland als eine übergreifende Daueraufgabe von allen staatlichen Ebenen unter Einbindung der Betroffenen durchgeführt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nimmt diese Aufgabe auf Bundesebene als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wahr, erläutert Dr. Monika Köster in ihrem Vortrag „Herausforderungen und Prinzipien einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung“. Die Leiterin des Referats „Nationale Kooperationen“ ist u.a. auch für die Bereiche Frauengesundheit und Männergesundheit sowie das Thema „Gesund & aktiv älter werden“ zuständig. Köster veranschaulicht die Aufgaben der BZgA für die Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler Ebene:

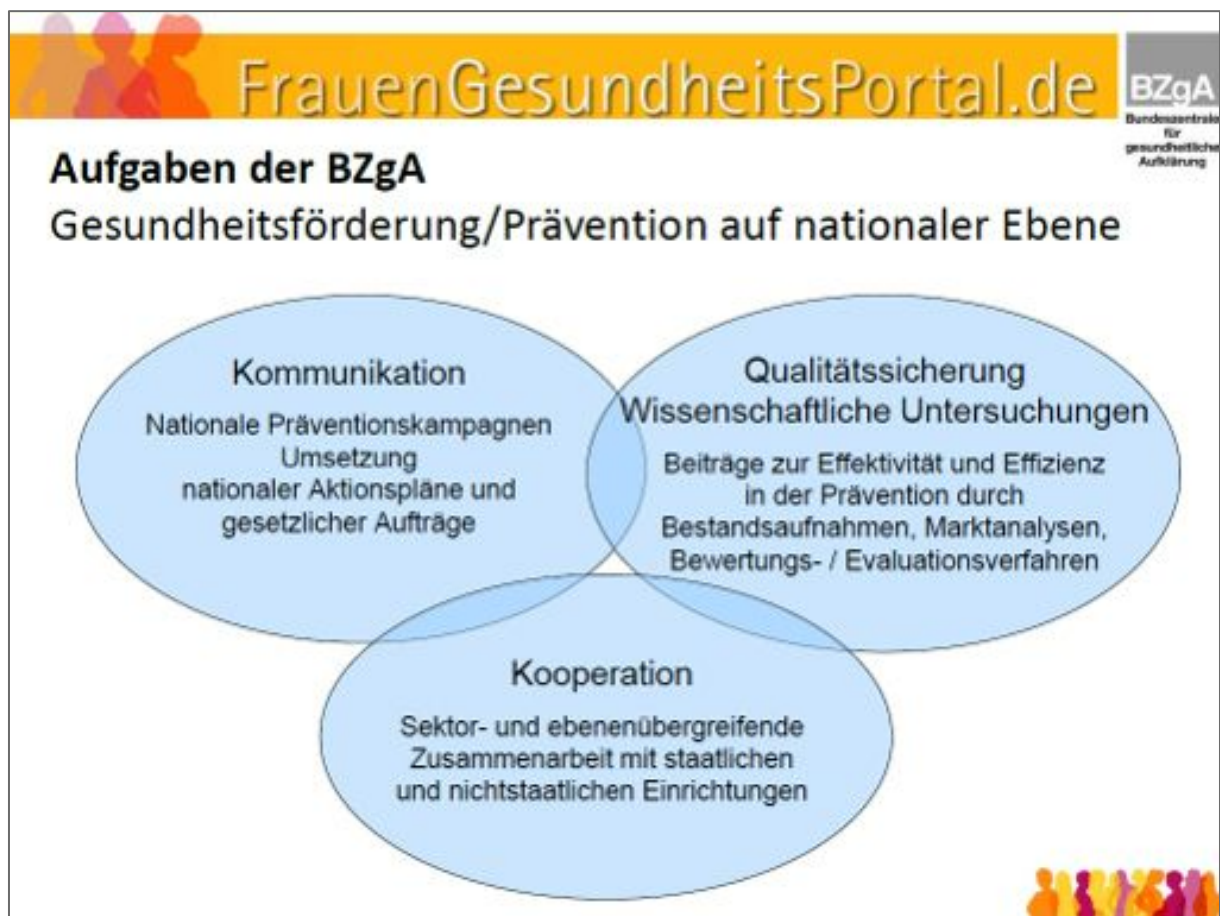


Abbildung 2: Aufgaben der BZgA, Köster (2013)

Ein wichtiger Aspekt bei der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung und Präventionen ist es, mit den Akteuren und Akteurinnen aus den unterschiedlichsten Bereich gemeinsam vorzugehen, um Beiträge zur Entwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne und Programme leisten zu können. Die BZgA nimmt nationale Gemeinschaftsaufgaben mit bevölkerungsweiter Wirkung wahr, die zur Umsetzung der Aufklärungsschwerpunkte notwendig sind. Die Themenfelder sind vielfältig, sagt die BZgA-Mitarbeiterin und benennt einige:

- Aidsprävention,
- Suchtprävention,
- Ernährung,
- Bewegung,
- Stressregulation,
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen,
- Frühe Hilfen für von Vernachlässigung bedrohte Kinder,
- Prävention von sexuellem Missbrauch,
- Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten,
- Gesund und aktiv älter werden,
- Frauengesundheit/Männergesundheit,
- Sexuelle Aufklärung und Familienplanung.

Die Arbeitsfelder werden sowohl thematisch als auch zielgruppenspezifisch behandelt. Die BZgA hält sich dabei an die Prinzipien und Standards einer modernen Gesundheitsförderung, von denen die Referentin insgesamt 9 aufzählt. Ihr ist es besonders wichtig, in der Gesundheitsförderung und Prävention frühzeitig zu beginnen und dabei lebensbegleitend und an



Infostand der BZgA

Umbrüchen orientiert vorzugehen. Es ist notwendig, zentrale Zielgruppenmerkmale (Diversity) zu berücksichtigen und die Zielgruppen an den Gesprächen, Konzepten und Strategien zu beteiligen. „Es geht um die Schaffung beziehungsweise Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Strukturen, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die zielgerichtete Vernetzung von Ein-

richtungen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens sowie das Aufgreifen bewährter Ansätze“, hebt Köster hervor. Durch die Maßnahmen und Programme der BZgA wird ein Beitrag dazu geleistet, in inhaltlichen Aufklärungsschwerpunkten Neuerkrankungshäufigkeiten zu senken und Krankheitsfrüherkennung zu steigern sowie allgemein die Gesundheitspotenziale zu stärken.

Grundlage der Vorgehensweise ist der „Public Health Action Cycle“. Dabei spielt der Aspekt der Qualitätssicherung eine entscheidende Rolle, führt Köster aus, denn Wirksamkeit braucht Systematik, Kontinuität und Qualität. Demnach werden zunächst die Daten gesichtet und der Ist-Zustand beschrieben, darauf aufbauend entwickeln sich Konzepte, die anschließend als Projekte vor Ort auf den Weg gebracht werden, deren Wirksamkeit wiederum überprüft werden müssen, um bei Bedarf nachzusteuern. Das ist ein Prinzip der qualitätsgesicherten Gesundheitsförderung und Prävention, das auf viele andere Bereiche übertragen werden kann.



Abbildung 3: Public Health Action Cycle, Köster (2013)

Köster führt aus, dass frauenspezifische Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheitsprobleme eine frauenspezifische Gesundheitsförderung erfordern. In Deutschland leben 41.769.000 Mädchen und Frauen, wobei 7.978.000 Mädchen und Frauen einen Migrationshintergrund haben. Das ist insofern wichtig, weil an dieser Zahl ersichtlich wird, wie groß diese Zielgruppe in Deutschland ist. Die BZgA nimmt den Alltag und das Interesse der Zielgruppen bei ihren Maßnahmen sehr ernst. Noch nie haben Frauen ein so hohes Alter erreicht wie heute. Die Lebenserwartung von Mädchen bei der Geburt in Deutschland liegt bei 82,7 Jahren. Das Ziel ist aber nicht allein, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Vielmehr muss es darum gehen, gesund älter zu werden und die Lebensjahre mit möglichst hoher Lebensqualität zu genießen. „Gerade in der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung müssen wir danach schauen, wie die Lebenssituation von Frauen in Deutschland ist“, sagt Köster, denn die Lebenssituation unterliege einem gesellschaftlichen Wandel, der sich in vielen Bereichen manifestiert und auf diese Personengruppe in Form von Doppel- und Mehrfachbelastungen zukommt. An dieser Stelle müsse die BZgA ansetzen, wenn sie ihre Zielgruppe erreichen wolle, und genau prüfen, welchen Belastungen Mädchen und Frauen ausgesetzt sind, aber auch, über welche Ressourcen sie verfügen.



Abbildung 4: Faktoren Frauengesundheit, Köster (2013)

Kinder haben im Leben von Frauen einen besonderen Stellenwert. In Deutschland gibt es 8,1 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern und 2,2 Millionen Alleinerziehende. Neun von zehn Alleinerziehenden sind Frauen. Alleinerziehende Mütter haben häufig ein niedriges Familieneinkommen. Köster leitet damit zum Thema Frauen und Erwerbstätigkeit über: Nach den Zahlen des Mikrozensus waren im Jahr 2010 60 Prozent der Mütter und 84 Prozent der Väter erwerbstätig. Rund 70 Prozent der Mütter und knapp 6 Prozent der Väter arbeiten in Teilzeit. Frauen mit geringer und mittlerer Bildung sehen die Familienplanung weitestgehend abgekoppelt von der Berufsplanung, während Frauen mit höherer Bildung ihre Familienplanung an die beruflichen Bedingungen anpassen. Frauen arbeiten nach dem beruflichen Wiedereinstieg häufiger in Teilzeit. Die zwei wichtigsten Gründe, warum Frauen beruflich wieder aktiv werden wollen und müssen, sind vor allem eine finanzielle Absicherung im Alter oder die Notwendigkeit zum Gelderwerb zur Existenzsicherung der Familie.

Beruf, Familie, Kinderbetreuung, Wohnsituation – Köster zeigt eine ganze Palette von Bereichen auf, die Frauen heute betreffen. Gesundheit ist davon nur ein Aspekt, auf den sie aber differenzierte eingeht. Sie hat eine Datenauswahl zu einigen Themen getroffen, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufzeigen. Zum Beispiel subjektive Gesundheit: Knapp 75 Prozent der befragten Männer und 69 Prozent der befragten Frauen schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Befragte aus den oberen Bildungsgruppen schätzen ihre Gesundheit deutlich positiver ein als diejenigen aus der unteren Bildungsgruppe. Der Bildungsgradient tritt bei Frauen ausgeprägter als bei Männern auf.



Dr. Monika Köster

Besonders interessant sind Monika Kösters Ausführungen zum Medikamentenkonsum, bei denen sie sich auf den Arzneimittelreport 2012 der Barmer GEK durch Prof. Dr. Gerd Glaeske (2012) bezieht. In Deutschland sind geschätzt ca. 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Insbesondere Frauen im höheren Alter (50+) sind betroffen. Zwei Drittel der Arzneimittelabhängigen sind Frauen im Alter über 65 Jahre. Frauen erhalten – bezogen auf Verpackungen pro Kopf:

- 5,4 mal mehr Migränemittel als Männer
- 2,9 bis 3,5 mal mehr Schilddrüsenmedikamente
- 1,9 bis 2,9 mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva
- 1,6 mal mehr Schlafmittel.

Köster fordert: Über dieses Thema und die zur Verfügung stehenden Daten muss aufgeklärt und informiert werden!

Auch ihr letztes Beispiel sollte noch mehr Beachtung in der breiten Öffentlichkeit finden. Es betrifft die Pflege von Angehörigen, die gerade für Frauen eine besonders große Belastung beziehungsweise Herausforderung darstellt. In Deutschland sind ca. 2,3 Millionen Menschen pflegebedürftig. Rund 1,6 Millionen pflegebedürftige Personen werden zu Hause versorgt. Hauptpflegeperson sind Frauen. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Abschließend bittet die Referentin das Auditorium sich im Internet das Frauengesundheitsportal der BZgA anzusehen. Die im Netz zur Verfügung stehenden Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind äußerst vielfältig und unübersichtlich. Angesichts dieser Datenflut ist es wichtig, die Transparenz zu erhöhen sowie Zugang zu verlässlichen Informationen und aktuellen Daten zu schaffen. Das Portal www.frauengesundheitsportal.de bietet seriöse und fachlich geprüfte frauenspezifische Gesundheitsinformationen sowie Anregungen und Tipps zu vielfältigen Themen.

II.3 Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Stiftung Careum

Die Gesundheitsdeterminanten des 21. Jahrhunderts – aus der Gender Perspektive

„In der Gesundheitsdiskussion steht die Frage der Gesundheitsdeterminanten immer mehr im Vordergrund“, führte Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Mitglied des leitenden Ausschusses der Careum Stiftung und Direktorin des Global Health Programms am Graduate Institute for International and Development Studies, Genf, in ihren Vortrag ein. Zentrales Thema ihrer Überlegungen waren prinzipielle Veränderungen in der Gesundheitspolitik aus der Genderperspektive.

Kickbusch zeigte auf, dass sich die Gesellschaft im 21. Jahrhundert durch Globalisierung, Urbanisierung, Individualisierung, virtuelle Vernetzung, Kommerzialisierung, Demographie und Klimawandel radikal verändert. Dabei stehen Geschlecht und Gender im Zentrum des sozialen globalen Wandels, erläuterte die Expertin, deren langjährige Tätigkeit bei der WHO die internationale Gesundheitspolitik vor allem im Bereich Gesundheitsförderung prägte. Sie verdeutlichte, wie sich Gender als Organisationsprinzip von Gesundheit und Gesellschaft überall auf der Welt neu organisiert, und benannte als Kernmerkmal die gewaltige Ambivalenz, von der diese aktuelle Entwicklung geprägt ist. Diese Ambivalenz wird einerseits durch neugewonnene Freiheiten, aber auch von großen Ängsten definiert. Die Problematik im Hinblick auf Geschlechteridentität spiegelt sich in einer globalisierten Welt über Veränderungen und veränderte Bilder von Körper und Psyche wider. Der Wandel zerstört alte Lebensmuster und Sicherheiten, erlaubt aber auch neue Identitäten und bringt neue Vorstellungen von männlich/weiblich hervor. Darüber hinaus werden neue soziale Beziehungen generiert und es entwickeln sich neue Märkte. Kickbusch forderte, diese neuen Dimensionen gesellschaftlicher Entwicklung und die neue Definition von Genderrollen in der Gesundheitsforschung künftig mehr zu berücksichtigen.



Prof. Dr. Ilona Kickbusch

Die Gesundheitsdeterminanten des 21. Jahrhunderts



Abbildung 5: Die Gesundheitsdeterminanten des 21. Jahrhunderts, Kickbusch (2013)

Die globalisierte Situation generell – aber auch spezifisch die zwischen Männern und Frauen – ist weiterhin durch Ungleichheit geprägt. Aufgrund ökonomischer Entwicklungen sieht Kickbusch dabei die Gesundheitsdifferenzen sogar noch gewachsen. Das hat nach ihrer Einschätzung auch damit zu tun, dass neue Formen sozialer Lebensrisiken, Unsicherheiten der jungen Generation, ein schnelles Veralten von Fähigkeiten, der Anspruch von „work/life-balance“ sowie eine zunehmende Pflegeverantwortung aufgrund des demografischen Wandels die Gesundheitssituation von Männern und Frauen beeinflussen. Die Gegenwart ist zudem aus ihrer Sicht global von einem Abbau der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsversorgung gekennzeichnet. Diesen komplexen Herausforderungen gilt es sich künftig in der Gender-Diskussion zu stellen, verlangt die Referentin. Gender ist nach Kickbusch nicht nur auf ein Individuum bezogen. Gender hat mit Macht zu tun. Kickbusch kritisiert, dass in vielen Analysen die Machtfrage nicht deutlich genug angesprochen wird.

Mit einem Zitat von Carolyn Knapp verweist Kickbusch darauf, dass die zuvor ausgeführten Aspekte des Umbruchs sich über den Körper manifestieren: „...der Körper ist ein Text, der uns viel darüber sagen kann, wie Frauen (und auch Männer) in einer Gesellschaft gesehen werden und welchen Herausforderungen sie sich gegenüber sehen“. Was für die Manifesta-

tion am Körper absolut zentral ist und nicht genug erforscht wird, sind die kommerziellen Determinanten der Gesundheit. Dieser Begriff der kommerziellen Determinanten stammt aus einem Artikel, der vor einigen Monaten im British Medical Journal (BMJ) erschienen ist. Er sollte auch im Hinblick auf Gender bedeutsam sein, weil diese kommerziellen Determinanten sehr stark mit den politischen Determinanten interagieren. Die Kommission für die politischen Determinanten von Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) bei der WHO hat betont, dass gerade die ungleiche Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen die zentralen Herausforderungen von Public Health im 21. Jahrhundert darstellen. Die Gender-Analysen müssen mit diesen drei Begriffen korrelieren, appelliert die Referentin und erwähnt auch die gesellschaftliche Gruppe junger Männer, die weder über Geld, Macht noch Ressourcen verfügen.

Mit der zunehmenden Kommerzialisierung der Gesellschaft zeigt sich eine ganze Reihe von gesellschaftlichen (Fehl-)Entwicklungen. Als eine davon führt Kickbusch das „Global girls“-Phänomen an, das ein Bild davon entwirft, wie „man“ sich als modernes Mädchen darstellen sollte (oder dargestellt wird). Es gibt keine historischen Vorbilder für diesen neuen soziokulturellen Druck sowie für die damit verbundenen Erfahrungen der Selbstobjektivierung. Die Ambivalenz der Selbstobjektivierung kommt vor allem bei sehr jungen Frauen zum Tragen, deren Körper sich immer früher sexualisiert. Den Frauen wird mit globalen Produkten vorgeführt, wie sie sich als sexuelle Wesen zu verhalten haben. Diese Produkte suggerieren Status und Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen und prägen ein entsprechendes Verhalten. Ziel ist es, mit Bildern und Produkten den Markt zu erobern. Die Tabak-, Nahrungsmittel- und Medienindustrie gehen dabei sehr systematisch vor.

Kickbusch rät, zu hinterfragen, wie Bilder von Gesundheit und Körper global verteilt werden und was sie für den sozialen Zusammenhalt sowie das Selbstbild bedeuten. Es lohnt, sich diese Produkte, die Kickbusch als die „Epidemiologie des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet, und deren Verbrauch genauer zu analysieren. So führt etwa der Konsum bestimmter Nahrungsmittel wie der von Softgetränken und Fast Food weltweit zu einer signifikanten Gewichtszunahme der Körper: Im Schnitt sind Menschen im 21. Jahrhundert ca. 10 Kilo schwerer als im letzten Jahrhundert. Für die gesundheitspolitischen Diskussion der Zukunft wird es gerade bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen von zentraler Bedeutung sein, ob wir bereit sind, diese Veränderungen zu akzeptieren.

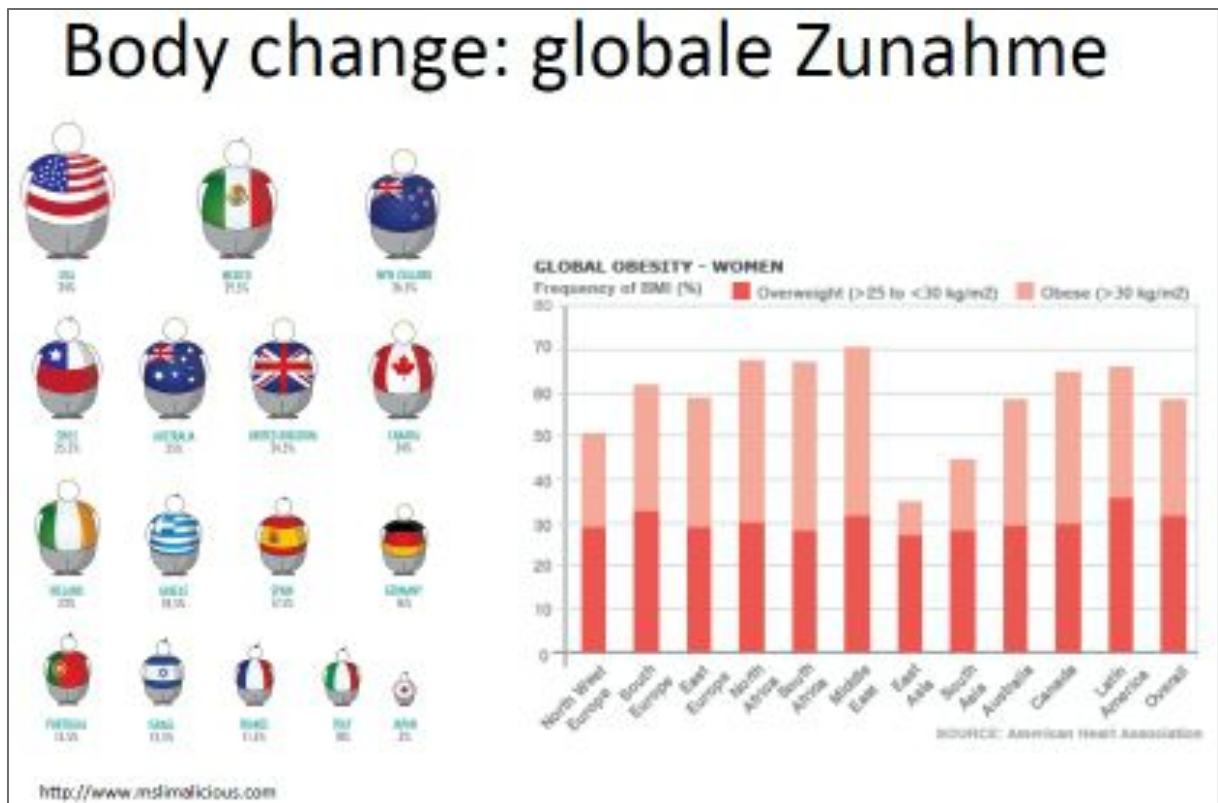


Abbildung 6: Body change: globale Zunahme, Kickbusch (2013)

Gleichzeitig zur weltweiten Gewichtszunahme erfolgt eine „Anorexierung“ des Körpers in der globalen Mediendarstellung. Gerade bei Frauen sei der medial dargestellte Körper seit den 60er Jahren um bis zu 20 Prozent unterhalb des als gesund angesehenen Normalgewichts reduziert worden. Dieser Prozess hat sich mit den Möglichkeiten der elektronischen Bildbearbeitung noch weiter beschleunigt. Der sich daraus ergebende Anpassungsdruck manifestiert sich u.a. in Essstörungen (profit driven disorders). Kickbusch hält die Forschung zum Thema „Body Image“ für außerordentlich bedeutsam. Entsprechende Ergebnisse müssten unbedingt in die Arbeit zur Gesundheitsförderung und in die Überlegungen zur Kontrolle über Körper und Umwelt einfließen. Dabei gilt es zu beachten, dass die Kommerzialisierung des Körpers auch junge Männer und ältere Frauen betrifft. In diesem Zusammenhang sei zu beobachten, dass sowohl der männliche als auch der weibliche Körper zunehmend pornografisiert werden.

Pornographie und Prostitution als globale Industrien werden damit zu Treibern neuer Technologien, Märkte und Konsumenten. Konsequenz dieser Entwicklung ist eine Kolonialisierung des virtuellen und des öffentlichen Raumes mit sexualisierten und pornographisierten Körperbildern. Bisher ist noch nicht absehbar, wie dieses Phänomen die Gender-Vorstellungen nachfolgender Generationen beeinflussen wird. Eingedenk der Tatsache, dass

das Körperbild im Kopf den Körper formt, müssen jedoch auch diese neuen, komplexen und virtuellen Thematiken im Hinblick auf Gesundheitsförderung und die Determinanten der Gesundheit mit in Rechnung gestellt werden. Eine solche Erweiterung des Blicks ist nach der festen Überzeugung Kickbuschs für die politische Gewichts- und Ernährungsdiskussion von zentraler Bedeutung.

Ilona Kickbusch stellte zusammenfassend die Forderungen nach einer anderen Art von Gesundheitspolitik, die sich einem neuen Paradigma der "Gesundheit in allen Politikbereichen" (HIAP/ Health in All Policies) zu verpflichten hätte. Sie wünscht sich neue Strategien in der Gesundheitsförderung und Public Health sowie zivilgesellschaftliche Initiativen. Zusätzlich bedarf es ihres Erachtens dringend aktuellerer Formen der Regulierung: beispielsweise eine Festsetzung, ab welchem Alter Schönheitsoperationen erlaubt sind. In diesem Zusammenhang müsse letztlisches Ziel eine neue Medienpolitik sein, die sich der Kommerzialisierung des Körpers konsequent verweigert.

V. Podiumsdiskussion 1

Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale BV)
Thomas Altgeld (LVG & AFS Niedersachsen e.V.)
Dr. Christoph Straub (Barmer GEK)
Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger (Universität Salzburg)
Dr. Beate Wieseler (IQWiG)
Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Ärztinnenbund e.V.)

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation)

Die Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beim Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., **Dr. Ilona Köster-Steinebach**, betonte im Rahmen der 1,5-stündigen Podiumsdiskussion wie wesentlich der Zugang zu Macht, Geld und Ressourcen sei, um Teilhabe an der Informations- und Wissensgesellschaft haben zu können. Köster-Steinebach nahm damit Bezug auf Prof. Dr. Ilona Kickbuschs Impulsvortrag und verortete die Verbraucherzentrale als eine Institution, die jenen Gruppen unterstützend zur Seite steht, denen die Teilhabe schwer fällt. In diesem Bemühen ist es wichtig, Zielgruppen mit geeigneten Strategien und Medien in ihrem Kontext abzuholen. Sanktionen sind dafür kein geeignetes Mittel, sondern die Orientierung an vorhandenen Ressourcen. Die Sprecherin der Patientenvertretung für den Bereich Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sieht die Geschlechterverteilung bei den Unterausschüssen des G-BA ausreichend berücksichtigt: Es gibt 9 Unterausschüsse mit jeweils einem Sprecher von Seiten der Patientenvertretung, 6 sind Sprecherinnen. Dessen ungeachtet äußerte sie Zweifel darüber, inwiefern um die Genderfrage beim G-BA ausreichend gerungen wird. Köster-Steinebach spricht von einer „subtilen Ebene“, die etwa bei kleinen Beschlüssen oder bei der Frage, welche Themen vorangetrieben werden und welche nicht, eine entscheidende Rolle spielt. Nach ihrem Ermessen werden auf diese Art und Weise Gruppen wie zum Beispiel Frauen vernachlässigt, die über wenig Ressourcen verfügen.



Dr. Ilona Köster-Steinebach

Kritik äußerte Köster-Steinebach auch an der Besetzung der Gremien der ärztlichen Berufsverbände. Die Berufspolitikern sind zu ihrem Bedauern nicht die arbeitenden Mütter oder jungen Väter, sondern oftmals ältere männliche Ärzte, die von ihren Frauen genügend Rückhalt bekommen, um neben der ärztlichen Tätigkeit auch berufspolitisch aktiv sein zu können. Das hat Auswirkungen auf ihr Entscheidungsverhalten und ist weder im Interesse der Kolleginnen

noch der Patienten und Patientinnen. Ebenso fällt ein Ungleichgewicht im G-BA auf der Leistungserbringerseite auf. Warum haben andere Gesundheitsberufe wie etwa Hebammen und Pflegeberufe keine Stimme in diesem Gremium, fragt die Verbraucherschützerin. In der G-BA Arbeitsgruppe zum Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte ist dieser Punkt besonders gravierend gewesen, berichtet Köster-Steinebach, denn die Ärzte haben sich massiv für den Erhalt der vorhandenen Machtstrukturen eingesetzt. Nach genderorientierten Schritten im Gesundheitswesen für die Zukunft gefragt, formulierte Köster-Steinebach die dringende Forderung nach einer Bildungsoffensive. Nur bessere Bildung kann die Perpetuierung aufbrechen, dass noch immer Herkunft und soziale Schicht den Zugang zu Bildung bestimmen beziehungsweise ermöglichen. Mangelnde Bildung ist und bleibt auch künftig für sie ein signifikantes Armuts- und ein Gesundheitsrisiko.



Podiumsdiskussion 1

Thomas Altgeld, Diplom Psychologe und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS Niedersachsen e.V.) bedauert, wie wenig Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich als Strategie greift. Einen Grund dafür sieht er bei den Männern in den Entscheidungsgremien, die den Genderaspekt als Frauenthema verkennen. Infolgedessen ist es für Altgeld vordergründig eine Frage der Vermarktungsstrategie von Gender Mainstreaming, um künftig mehr politi-

sche Arbeit damit leisten zu können. Gerade in der Gesundheitspolitik muss es immer wieder darum gehen, klar zu unterscheiden, ob es sich bei Konflikten und Verteilungskämpfen um Geschlechter- oder um Umverteilungsfragen handelt. So geht es seines Erachtens etwa bei der Delegation ärztlicher Leistungen um eine berufspolitische Dimension, in der Deutschland nur deshalb einen Sonderweg geht, weil die Stellung der Ärzteschaft so stark verankert ist. Altgeld ist sich sicher: Solange der Rahmen davon gekennzeichnet ist, in den Selbstverwaltungsgremien die eigenen Interessen in den Vordergrund setzen zu können, wird sich daran nichts ändern. Um eine bessere Unterscheidung in der Geschlechter- beziehungsweise Umverteilungsproblematik im Gesundheitsbereich treffen zu können, fordert Altgeld ein Sachverständigengutachten. Ein Gutachten zur Geschlechterfrage würde die Notwendigkeit mit sich bringen, Versorgungsdefizite für Frauen und Männer in vielen unterschiedlichen Bereichen deutlich zu machen. Altgeld erteilt diesen Auftrag deutlich der Politik. Das Geld für das Sachverständigengutachten sei vorhanden, nur am Willen würde es momentan mangeln.



Thomas Altgeld

Die Barmer GEK beschäftigt sich mit dem Genderaspekt der Gesundheitsversorgung schon seit vielen Jahren. Das ist unter anderem auch entwicklungshistorisch begründet, berichtet **Dr. Christoph Straub**, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK. Die Barmer Ersatzkasse (BEK), ein Teil des Unternehmens vor der Fusionierung mit der Gmünder Ersatzkasse (GEK), war eine Kasse mit einem sehr hohen Anteil versicherter Frauen, mit der Folge, dass Frauenthemen immer eine große Rolle spielten. Eine konsequente selektivvertragliche Geschlechterpolitik verfolgt das Unternehmen jedoch nicht. Bisher hat die Barmer GEK noch keine speziellen Frauenverträge abgeschlossen, allerdings Selektivverträge wie z.B. zur Osteoporose, die überwiegend Frauen betrifft. Auch intern setzt sich die Barmer GEK verstärkt mit der Frage nach Frauen im Unternehmen und der Förderung von Frauen in Führungspositionen auseinander. Mittlerweile



Dr. Christoph Straub

wurde eine Quote beschlossen. Die 50 Prozent Quote bei der Besetzung von Führungspositionen ist nach Schilderung des Vorstandsvorsitzenden eine spannende Managementaufgabe, denn es sein nicht einfach, dieser Vorgabe, die vom Verwaltungsrat beschlossen wurde, gerecht zu werden. Straub greift in der Diskussion auch auf seine Erfahrung als promovierter Mediziner im Vorstand eines privaten Kinikkonzerns zurück. In diesem Zusammenhang war er mit der Aufgabe betraut, flexible Tätigkeitsmodelle aufzubauen, die ambulante Versorgungsstrukturen (MVZ) in Verbindung mit Krankenhäusern realisieren sollten. Die überwiegend männlichen Chefärzte waren für Etablierung flexibler Tätigkeitsmodelle wenig offen, obwohl sie zur Verbesserung der Tätigkeitsmöglichkeiten für Frauen zwingend notwendig waren, erinnert sich Straub. Er geht allerdings davon aus, dass der gefühlte und reale Ärztemangel hier Veränderung bringen werde. Straub sieht in einer Fachrichtung wie der Chirurgie keine andere Möglichkeit, als Frauen in Führungspositionen zu bringen. Mangel ist



Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger

seiner Überzeugung nach der wirksamste Treiber für mehr politische Diskussion und mehr beschlossene Quote. Aktuell sieht Straub das größte Problem der Gesundheitsversorgung in der Aufspaltung des Arbeitsmarktes, denn es sind die Frauen, die vor allem im Billiglohnssektor arbeiten, der eine hohe zeitliche Belastung aufweist. Für diese Tendenz gibt es momentan keine Lösungsansätze und Strategien, um

dieser Entwicklung entgegen zu wirken, bemängelt Straub. In seinem Schlussplädoyer spricht er sich für eine angemessene Medizin aus: Alle Beteiligten sollen eine angemessene Versorgung vorantreiben, die einen hinreichenden Nutzen aufweist und die Präferenz der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger ist seit 1978 im Bereich der Frauengesundheit in Forschung und Praxis engagiert und Gründerin des Wiener Programms für Frauengesundheit, das sie seit der Gründung 1988 als Frauengesundheitsbeauftragte leitet. Sie schildert in ihren Wortbeiträgen den Anwesenden die Situation in Österreich und erlaubt damit eine weitere, andere Perspektive auf der Suche nach möglichen Prinzipien einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung in Deutschland. Den Fokus legt Wimmer-Puchinger vor allem auf die Stadt Wien. In den Gremien im Gesundheitssystem Österreichs muss eine Grundregel ver-

folgt werden: Es gilt die 50:50 Quote. Seitdem Frauen über die Bestellung ärztlicher Direktorinnen mitentscheiden können, verfügt Wien über 20 Prozent ärztliche Direktorinnen, während es in Österreich nur 6 Prozent sind. Die Expertin auf dem Gebiet der Frauengesundheitsforschung hat in den entscheidenden Gremien einen bestimmten Anteil Frauenförderung in Form von Forschungsmitteln und Forschungsgeldern eingeführt, um die historisch gewachsenen, männlichen Machtstrukturen aufzubrechen. Für die Durchsetzung der Fraueninteressen sieht sie die Einforderung nach klaren Strukturen und deren konsequente Durchsetzung gerechtfertigt und erklärt dem „Bussi-Bussi-Weg“ eine Absage. Wer Macht hat, gibt diese nicht freiwillig her. Es muss bei der Auseinandersetzung zwischen den Geschlechtern im Gesundheitswesen um Umverteilung gehen: Mehr Männer können in die Pflege gehen und mehr Ärzte können in der Familie die Kinderbetreuung übernehmen. Dabei würde eine Ablösung von festgeschriebenen Stereotypen helfen.

Frauen müssen ihrer Meinung nach viel mehr darauf achten, was ihnen wirklich schadet. Als Beispiel nennt Wimmer-Puchinger die Kommerzialisierung des Körpers. Hier wird ein gesamtgesellschaftlicher, solidarischer Schulterschluss gebraucht, der den Wahnsinn der Bewerbung und der Ausbeutung des weiblichen und männlichen Körpers beendet. Frauen würde ein Zusammenschluss extrem Ressourcen sparen, ist sich Wimmer-Puchinger sicher. Innerhalb des Gesundheitswesens macht Wimmer-Puchinger die Entwicklung zur Privatisierung große Sorgen, weil die daraus folgenden Konsequenzen vor allem Frauen und Kinder treffen. Gender Mainstreaming ist für die Universitätsprofessorin an der Universität Salzburg der überzeugendste Weg, um für mehr Gleichheit und mehr Gerechtigkeit weltweit zu sorgen.

Wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Gender diskutiert und geschlechtsspezifische Fragen berücksichtigt, legte **Dr. Beate Wieseler** dar. Die Ressortleiterin Arzneimittelbewertung versteht die Aufgabe nach einer differenziellen Nutzen/Schaden-Bewertung von Arzneimitteln bei Männern und Frauen nicht nur als gesetzlich festgeschrieben Auftrag für ihre Institution. Das IQWiG ist der Methode der Evidenzbasierte Medizin (EbM) verpflichtet. Bei Männern und Frauen gibt es unterschiedliche Effekte von Medikamenten, so wie es unterschiedlich ausgeprägte Krankheitsbilder und Krankheitshäufigkeiten gibt, betont Wieseler. Inso-



Dr. Beate Wieseler

fern muss es von Interesse sein, alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Bewertung von Arzneimitteln zu berücksichtigen. Die studierte Biologin und ehemalige Leiterin der europäischen Medical Writing Abteilung bei Kendle International Inc. bemängelt fehlende Informationen und vorhandene Lücken, um valide Aussagen darüber machen zu können, ob ein Medikament bei Männern einen anderen Nutzen oder Schaden hat als bei Frauen. Zunächst war das Problem fehlender Daten, dass Frauen seltener in klinische Studien einbezogen wurden als Männer. Heute ist ein hinreichend großer Frauenanteil bei experimentellen Behandlungen zu verzeichnen, aber die separat nach Männer und Frauen erhobenen Daten gelangen nicht wie erhofft an die Öffentlichkeit. Im Zulassungsverfahren, so Wieseler, ist die getrennte Datenauswertung für Männer und Frauen ein Standard, damit Aussagen über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung getroffen werden können. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) sind Datenerhebungen nach Geschlecht, Alter und Schweregrad der Erkrankung gefordert. Von den seither 13 Bewertungen, die das IQWiG bis Ende März 2013 seit der AMNOG-Einführung durchgeführt hat, lagen bei neun Bewertungen auch die Auswertungen nach Geschlecht vor, bei zwei Bewertungen war das nicht der Fall: einmal Prostata- und einmal Brustkrebs. In einem Fall hat der Hersteller keine geschlechtsspezifischen Daten vorgelegt. Aus einer anderen Bewertung war dieses Präparats dem IQWiG jedoch bekannt, dass dieses Präparat bei Männern einen Nutzen hat, bei Frauen jedoch nicht. Das IQWiG hat daraufhin mitgeteilt, es könne keinen Zusatznutzen konstatieren, weil die wesentlichen Daten fehlen. Interessant war für Wieseler die daraufhin geführte Diskussion im G-BA. Der nichtvorhandene Effekt des Präparats bei Frauen und die Aussage, es kann bei Frauen potentiell nicht eingesetzt werden, wurde als Diskriminierung von Frauen empfunden. Wieseler fordert in diesem Kontext mehr Verständnis dafür, dass es hier explizit um geschlechtsspezifischen Patentennutzen und nicht darum geht, Patientinnen zu schaden oder ihnen etwas vorzuenthalten. Dem Punkt schließt sie des Weiteren den dringenden Appell an, künftig die Originaldaten der Arzneimittelstudien der Öffentlichkeit verfügbar zu machen, damit die Wissenschaft besser arbeiten kann.



Dr. Regine Rapp-Engels

Die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, **Dr. Regine Rapp-Engels**, stimmt Dr. Beate Wieseler zu: Es müsse darum gehen, mit Hilfe von Studien und entsprechenden Daten bei der Arzneimittelbewertung zunächst Fakten zu schaffen, ohne den Vorwurf herauszufordern, jemandem etwas wegzunehmen. Frauen und Männer sollten gleichermaßen geschützt wer-

den. Gerade bei rheumatischen Erkrankungen existieren große Unterschiede bei Männern und Frauen. Rapp-Engels kritisiert in dieser Hinsicht das Fehlen an entsprechendem Studiendesign oder der differenzierten Auswertung der Daten nach Geschlecht. Der geschlechtsdifferenzierte Blick spielt auch in anderen Zusammenhängen eine entscheidende Rolle: So werden Frauen mit einem Herzinfarkt häufig später in einem Krankenhaus versorgt als Männer, sagt Rapp-Engels, und erklärt den Umstand damit, dass Frauen im Alter häufiger allein leben und es deshalb einfach länger dauert, bis sie Hilfe bekommen.

Ein weiteres Beispiel führt Rapp-Engels mit der Diskussion um Ernährungsberatungen bei Diabetes an. Es herrscht weitverbreitet aufgrund veralteter Rollenmodelle noch immer die Auffassung, Ehefrauen von Männern mit Diabetes müssten geschult werden, weil sie ihn versorgen, anstatt den betroffenen Mann zu beraten. Rapp-Engels plädiert für geschlechtsspezifische Disease-Management-Programme, damit zum Beispiel auf die Bedürfnisse von alleinlebenden Frauen nach einem Klinikaufenthalt mit besonderen Nachsorgekonzepten Rücksicht genommen werden kann. Ebenso sollte das Thema migrationssensible Versorgung oder auch die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen eine größere Rolle spielen, sagt die Fachärztin für Allgemein- und Sozialmedizin und Naturheilverfahren. Für sie ist bei der Frage nach Gender-Gesundheit das entscheidende Stichwort Macht. Frauen dürfen in Deutschland erst seit ca. 100 Jahren Medizin studieren. Das bildet sich mit einem geringeren Frauenanteil ab: 40 Prozent der Ärzteschaft ist weiblich. In den Gremien findet das eine Entsprechung. Die obersten Positionen sind vor allem männlich besetzt, gerade auch in den Berufsverbänden.



Publikumsfrage

Durch den aktuell vorhandenen Ärztemangel haben die Ärztinnen die Möglichkeit, Forderungen zu stellen. Für Führungspositionen in Medizin und Gesundheitswesen strebt der Deutsche Ärztinnenbund gemeinsam mit der Aktion „Pro Quote Medizin“ in den nächsten fünf Jahren eine Quote an: 40 Prozent der Spitzenjobs sollen von Frauen besetzt werden. Rapp-Engels verweist auch auf die jungen Ärzte, die ebenfalls andere Lebens- und Arbeitsmodelle verfolgen als einige ihrer älteren Kollegen mit ihrem Einzelkämpfer-Ideal. In den Kliniken müssen die Hierarchien abgebaut und zu echter Teamarbeit umgestaltet werden, wünscht sich die Präsidentin, denn das ermöglicht Flexibilisierung und Verbesserung des Arbeitsklimas.

Die Frage aus dem Publikum, wie die strukturelle Benachteiligung von Frauen bei der Besetzung von Führungspositionen aussieht, beantwortet Wieseler mit einem Rückgriff auf ihre Zeit als Gleichstellungsbeauftragte in Nordrhein-Westfalen. Die Auswahlverfahren laufen ihrer Erinnerung nach sehr subtil ab. Vor allem Stereotypen im Kopf der auswahltreffenden Menschen sind von Bedeutung. Schnell wird eine Frau, die sehr engagiert ist als hektisch eingestuft, während ein sehr engagierter Mann als dynamisch gilt. Andererseits trauen sich Frauen nach Rapp-Engels Erfahrung aufgrund fehlender Vorbilder, Ermutigungen und einer menschenfreundlichen Unternehmenskultur seltener Führungsqualitäten zu. Den Weg der Veränderung sieht die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes nicht in der Erstellung weiterer Gutachten zur Geschlechterfrage wie etwa von Altgeld mit einem Sachverständigen-gutachten gefordert, sondern vor allem in einer Sensibilisierung im Denken und Handeln der Männer in den Entscheidungsgremien.

VII. Vorträge: Aus der Praxis und mögliche Lösungen

IV.1 Dr. Astrid Bühren, Hartmannbund

Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung

Der Vollständigkeit halber erläutert Dr. med. Astrid Bühren, niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau/Oberbayern, Beisitzerin im geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes und Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes zunächst die Dimensionen von Geschlecht, um den jeweiligen Gebrauch der Termini noch einmal klar zu definieren:

Dimensionen von Geschlecht

Sex
bezeichnet die biologisch definierten Merkmale des Körpers

Sexuality
bezeichnet das sexuelle Begehren, die sexuellen Aktivitäten

Gender
bezeichnet die individuelle Praxis gegenüber gesellschaftlich gegebenen Regeln für Frauen und Männer;
Erwartungen an Frauen und Männer;
Positionen für Frauen und Männer;
Identifikationsangebote für Frauen und Männer
bezeichnet die Beziehung zwischen den Geschlechtern und die Muster ihrer Regulierung sowie die institutionelle Verankerung dieser Regeln und die Struktur sozialer Praxis in Organisationen.

Diskurs: Gender an der Macht? Über die Bedeutung von Geschlecht in politischen Spitzenpositionen Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, Oktober 2009

Hartmannbund
Deutscher Ärztinnenbund

Abbildung 7: Dimensionen von Geschlecht, Bühren (2013)

Astrid Bühren wendet sich in ihrem Vortrag zur „Geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung“ der ärztlichen Seite zu und erinnert das Auditorium daran, welche besondere Rolle die Kriterien Gefühl, Vertrauen und Zeit im Arzt/Patienten-Verhältnis spielen. Eine Allens-

bach-Umfrage von 2005 ergab, dass Patientinnen und Patienten bei ihrer Ärztin und ihrem Arzt folgende Aspekte wichtig sind:

- Menschlich, sollte auf seine Patienten eingehen (78 Prozent)
- Vertrauen erweckend, sollte seinen Beruf verstehen (78 Prozent)
- Medizinisch auf dem neuesten Stand, sollte die modernen Behandlungsmethoden kennen (76 Prozent)
- Sollte sich für seine Patienten viel Zeit nehmen (74 Prozent)

Die Ärzteschaft ist sich dieser Aufgabe sehr bewusst. Der Leitfaden „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis“, 2007 herausgegeben vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit dem „Patientenforum“ von BÄK und KBV, gibt den Patientinnen und Patienten den Hinweis, nicht nur auf eine fachlich qualifizierte Behandlung in einer gut organisierten Praxis zu achten, sondern auch auf die Wertschätzung, die dem Patienten entgegen gebracht wird.



Dr. Astrid Bühren

„Was machen Ärztinnen anders als Ärzte?“, fragt Astrid Bühren. Die Untersuchung „Physician Gender Effects in Medical Communication“ von Debra L. Roter, Judith A. Hall und Yutaka Aoki von 2002 hat gezeigt, dass Ärztinnen mit den Patientinnen intensiver kommunizieren und sich sehr viel mehr an der Patientin und dem Patienten orientieren als ihre männlichen Kolle-

gen. Ärztinnen äußern sich häufiger positiv, wodurch sich die Patientinnen und Patienten in einer stärkeren Position fühlen und in einer partnerschaftlicheren Beziehung zu ihrer Ärztin stehen. Bühren schlussfolgert daraus den Anspruch an Ärztinnen und Ärzte, in der Ausübung ihres Berufs unbedingt gut zuhören und gut reden können.

Die Autorinnen der Untersuchung von 2002 geben bedauerlicher Weise keine Auskunft darüber, ob Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen auch bessere Behandlungsergebnisse erzielen. Inzwischen gibt es jedoch Studien, die diesbezüglich erste Aussagen zulassen. Die Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes bezieht sich auf eine Untersuchung aus

dem psychosomatischen Bereich von Kruse et al. (2004). Nach dieser ist die Diagnostik psychosomatischer Krankheitsbilder bei Ärztinnen aufgrund einer längeren Konsultationszeit besser als bei Ärzten. Der Unterschied zwischen 5 Minuten Konsultationsdauer und 10 Minuten Konsultationsdauer macht fast das Doppelte an Sicherheit bei der Diagnose aus. Das ist insofern für das Gesundheitssystem relevant, kommentiert die Referentin, weil in einer allgemeinen ärztlichen Praxis und auch in den Kliniken im Durchschnitt 30 bis 40 Prozent der Krankheiten psychosomatische Ursachen haben.

Auch im Zusammenhang mit der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 scheint es bedeutsam zu sein, wer behandelt: eine Ärztin oder ein Arzt. Bührens nennt als Beleg für diese These die Arbeit „Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care“ (H.K. Berthold et al. von 2008). In dieser Studie wird hervorgehoben, dass das Arztgeschlecht die Versorgungsqualität beim Diabetes mellitus Typ 2 maßgeblich beeinflusst. Patienten von Ärztinnen erreichen demnach signifikant häufiger die in Leitlinien vorgegebenen Zielwerte der Blutglukoseeinstellung (HbA1c), der Lipide (LDL-C) und des Blutdrucks, sie werden signifikant häufiger mit Antihypertensiva und insbesondere mit ACE-Hemmern behandelt und sie werden signifikant seltener einer Blutglukoseselbstmessung zugeführt sowie erhalten seltener orale Antidiabetika. Das bedeutet, Ärztinnen erreichen bei wesentlichen und prognostisch relevanten Surrogatparametern eine bessere Versorgungsqualität bei Typ-2-Diabetikern als ihre männlichen Kollegen, resümiert Bührens. Sie berichtet von einer spontanen Umfrage bei den Besuchern einer ärztlichen Fortbildung in Passau, die sie nach dem möglichen Grund dafür fragte, warum Ärztinnen Diabetiker besser behandeln als Ärzte. Die einhellige Meinung war, die Patientinnen und Patienten, die sich weniger intensiv mit ihrer Krankheit beschäftigen, gehen zu Ärzten. Diejenigen, die sich an Vorgaben halten, würden sich eher von Ärztinnen behandeln lassen. Ärztinnen seien in ihrem Therapieregime möglicherweise konsequenter als Ärzte, so die Einschätzung.

Diese nicht repräsentative Aussage der Fortbildungsteilnehmerinnen geht nach Bührens Überzeugung mit dem Phänomen der Intentions-Verhaltens-Lücke zusammen. Häufig kommt es vor, dass Menschen sich zwar vornehmen, etwas zu tun, es dann aber doch nicht in die Tat umsetzen. Die Gründe dafür sind vielfältig, es wurde jedoch wiederholt nachgewiesen, wie Menschen mit konkret, formulierten Handlungsplänen dabei geholfen werden kann, gesundheitsrelevante Ziele besser zu erreichen. Auch hier spielt nach Bührens Überzeugung ein Genderaspekt eine Rolle, denn die meisten Ärztinnen sind auch diejenigen, die in der Familie Verantwortung für die Kindererziehung tragen – eine Erfahrung, die ihnen im Beruf zugutekommt. Ärztinnen erreichen möglicherweise durch biopsychosoziale Kommunikati-

onsmuster und die Nähe zum Lebensalltag der Patienten eine höhere Compliance als ihre männlichen Kollegen.

Interessant sind auch Bührens Ausführungen zum Gender Aspekt in der Notfall-Medizin. In der Zeitschrift „Der Notarzt“ wurde 1991 ein Artikel über das ärztliche Verhalten bei der Reanimation veröffentlicht. Die Untersuchung hatte längere Reanimationszeiten und häufigere Herzmassage bei männlichen Patienten durch männliche Notärzte ergeben. Bei Notärztinnen ergaben sich beim Reanimationsverhalten hingegen keine Unterschiede in Bezug auf das Patientengeschlecht.

Obwohl Ärztinnen und Ärzte fachlich gleich kompetent sind, spiegelt sich das weder in der Besetzung von Führungspositionen in der Medizin noch in der Bezahlung wider. Die aktuellsten Zahlen der Amtliche Krankenhausstatistik 2011 zeigen, dass in der Anästhesie mit 10 Prozent der höchste Prozentsatz an leitenden Ärztinnen zu verzeichnen ist, in der Chirurgie sind es dagegen nur 3,8 Prozent Ärztinnen in Führungspositionen.

Rollen - Vorbilder		Medizin	
Amtl. Krankenhausstatistik 2011 Fachserie 12/Reihe 6.1.1 Statist. Bundesamt, Wiesbaden			
Leitende in %	Ärztinnen	Ärzte	
Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie	0,0	100,0	
Thoraxchirurgie	1,3	98,7	
Unfallchirurgie	1,4	98,6	
Urologie	1,8	98,2	
Herzchirurgie	2,5	97,5	
Viszeralchirurgie (Gastrologir)	3,6	96,4	
Gesamte Chirurgie	3,8	96,2	
Anästhesie	9,8	90,2	

Abbildung 8: Rollen-Vorbilder in der Medizin, Bühren (2013)

Auch in der Medizin ist das als Gender Pay Gap bezeichnete Phänomen bekannt. Ärztinnen

und Ärzte verdienen in Deutschland unterschiedlich viel. In der Zeitschrift „XX – Die Zeitschrift für Frauen in der Medizin“ (Georg Thieme Verlag) hieß es in dem Artikel „Was verdienen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland?“ in der Januar-Ausgabe 2012: „Die Vergütung von Ärztinnen liegt je nach Funktionsebene um 1,5 bis neun Prozent unter dem Durchschnitt“. Auf der tarifvertraglich recht starr geregelten Ebene der Weiterbildungsärzte ist der Geschlechterunterschied mit 1,5 Prozent am geringsten ausgeprägt. Auf den weniger stark an Tarifverträge gebundenen Ebenen der Ober- und Chefärzte dagegen verdienen Frauen zwischen sieben und neun Prozent weniger als der Durchschnitt. Ärztinnen in Führungspositionen verdienen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen durchschnittlich 2000 Euro pro Jahr weniger. Die Diskriminierung von Ärztinnen zeige sich vor allem bei den verhandelbaren Entgelten. Bühnen nennt noch weitere Ungerechtigkeiten, denen oft viel zu wenig Beachtung geschenkt wird: Wer bekommt für Forschungsprojekte frei? Wer bekommt die Kongresszeit und den Notfallkurs bezahlt etc.?



Abbildung 9: Anteil der Ärztinnen in aus ausgewählten Arztgruppen, Bühnen (2013)

Von der sogenannten Feminisierung der Medizin möchte Bühren nicht sprechen. „Wir erleben vielmehr inzwischen einen langsamen Normalisierungsprozess weg von der Maskulinisierung der Medizin hin zur Erlangung eines überfälligen und auch notwendigen zahlenmäßigen Gleichgewichts von Ärztinnen und Ärzten“, konstatiert sie. Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in ausgewählten Arztgruppen (2007) belegt: die Frauen sind in derprechenden Medizin gut vertreten, in den chirurgischen Fächern jedoch unterrepräsentiert. Das hält Bühren für sehr bedenklich.

Was kann konkret und wie verändert werden? Bühren zitiert David Sackett, den Stammvater der Evidenzbasierten Medizin: „The most powerful therapeutic tool you´ll ever have is your own personality“ und plädiert dafür, nicht nur die fachliche Weiterbildung, sondern unbedingt auch die eigene Persönlichkeitsentwicklung voranzutreiben. In der Weiterbildungsordnung (WBO) für die Ärzte Bayerns heißt es: „Die Weiterbildung beinhaltet unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen stets den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in:

- der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen
- psychosomatischen Grundlagen
- der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden
- den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit

Bühren hat hier von insgesamt 17 Punkten nur vier ausgewählt. Sie bedauert die mangelnde Umsetzung gerade dieser vier Punkte in der Praxis und führt aus, dass das 80-Stunden Curriculum, zu dem ein Kommunikationsblock von 40 Stunden gehört, nur in den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe festgeschrieben ist. Die anderen Fachrichtungen befürworten zwar diese Fertigkeiten, verankern sie aber nicht in der Weiterbildungsordnung. Die Vorbehalte lauten oft genug, diese Form der Weiterbildung sei viel zu zeitintensiv. Diesem Argument setzt Bühren die Antworten einer Ärztin und eines Arztes aus Nürnberg entgegen. Im Klinikum Nürnberg gibt es die Möglichkeit, das Kommunikations-Modul „Psychosomatische Grundversorgung“ kostenlos und während der Arbeitszeit zu absolvieren (24 Std., innerhalb 4 Monaten: 1x 8 Std. 2x 4 Std. 1x 8 Std.). Eine Fachärztin für Neurochirurgie, sagte, sie spare nach dem Besuch dieses Moduls sogar Zeit, weil sie im ärztlichen Gespräch besser Grenzen setzen könne und seither beruflich eine größere Zufriedenheit empfinde. Ein Unfallchirurg, der den Kurs ebenfalls besucht hat, meinte, die Kultur der Gesprächsführung sollte unbedingt Bestandteil der chirurgischen WBO werden. Ihn kos-

te es im ärztlichen Alltag zwar Zeit, weil er jetzt bewusster mutige Gespräche führe, aber er sei jetzt deutlich zufriedener mit seinem Beruf.

Abschließend befürwortet Astrid Bühren eine Quotenregelung in der Medizin. Ärztinnen müssen (mit)bestimmt können, was in der Medizin wichtig ist, wie behandelt, was gelehrt, gelernt und geforscht wird. Auf den Lehrstühlen und Chefarztsesseln sind Frauen selten anzutreffen. Mit der Initiative „Pro Quote Medizin“ fordern Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen jetzt eine feste Frauen-Quote von 40 Prozent auf allen Führungspositionen bis 2018. Solche Initiativen gelte es zu unterstützen, betont Astrid Bühren.

IV.2 Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Charité Berlin

Warum brauchen wir Gendermedizin?

Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM), Charité - Universitätsmedizin Berlin betont in ihren einleitenden Worten, wie sehr sie sich freue, dass auch viele Männer im Auditorium zu finden seien. Für Regitz-Zagrosek ist Gendermedizin die Aufforderung, Männer und Frauen gemäß ihrer spezifischen Symptome und Probleme differenziert zu behandeln, denn das biete eine große Chance, das deutsche Gesundheitssystem effizienter und besser zu gestalten. Dies erfordere jedoch den Willen, zum Wohle beider Geschlechter Ressourcen in die Gendermedizin zu investieren.

Regitz-Zagrosek behandelt in ihrem Vortrag „Warum brauchen wir Gendermedizin?“ vorwiegend Beispiele aus dem Bereich der Herz/Kreislauf-Erkrankungen, ein Indikationsgebiet, in dem die Frauen das weniger untersuchte und beforschte Geschlecht sind. Männer hingegen sind in den Bereichen Depression und Osteoporose das eher benachteiligte Geschlecht. Die Referentin erinnert an Robert Enke, den Torwart des Bundesligavereins Hannover 96, der von einer nicht behandelten Depression in den Selbstmord getrieben wurde – eine Erkrankung, die bedauerlicherweise noch immer als sogenannte Frauenkrankheit stigmatisiert wird. Als Beleg für die ungleiche Behandlung von Männern und Frauen führt Regitz-Zagrosek im Bereich Osteoporose einige Osteoporose-Medikamente an, die nur für Frauen zugelassen sind. Sie verweist auf die Zahl der schweren Beckenringfrakturen, die ältere Männer dauerhaft immobilisieren – ein Bereich, der zum Nachteil der Männer ebenfalls signifikant unterschätzt wird.

Bevor Regitz-Zagrosek auf die Frage eingeht, was bei koronaren Herzerkrankungen bei Frauen und Männern gleich bzw. was anders ist, zeigt sie auf, dass das Y-Chromosom ursprünglich genauso groß war wie das X-Chromosom, in den letzten Millionen Jahren jedoch degenerierte. Frauen haben zwei X-Chromosomen. Das zweite X-Chromosom ist für die Frauen ein signifikanter Reservepool. Das erklärt, warum Frauen einerseits zwar manchmal besser kompensieren können, auf der anderen Seite aber auch eine höhere Streuung biologischer Krankheitsbilder haben. Neben den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen gibt es darüber hinaus noch die Unterschiede, die sich kulturell bzw. soziokulturell erklären lassen. „Wir können biologisches und soziokulturelles Geschlecht nicht voneinander trennen, weil beide sich ständig beeinflussen“, sagt Regitz-Zagrosek.

In Deutschland versterben die Menschen vorwiegend an Herz/Kreislauf-Erkrankungen, die man eigentlich den Männern zuschreibt. Die Statistik zeigt, dass inzwischen Herz/Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursache bei deutschen Frauen sind. Doch laut einer repräsentativen Forsa-Umfrage im November 2011 ist ihr Bewusstsein für diese Erkrankungen gering – viele Frauen unterschätzen sowohl die Auswirkungen von Herz-Kreislaufferkrankungen als auch ihr eigenes Risiko für eine solche Krankheit bei weitem. Dabei wirken sich bei ihnen sogar manche Risikofaktoren für Herz/Kreislauf-Erkrankungen stärker negativ aus als bei Männern.

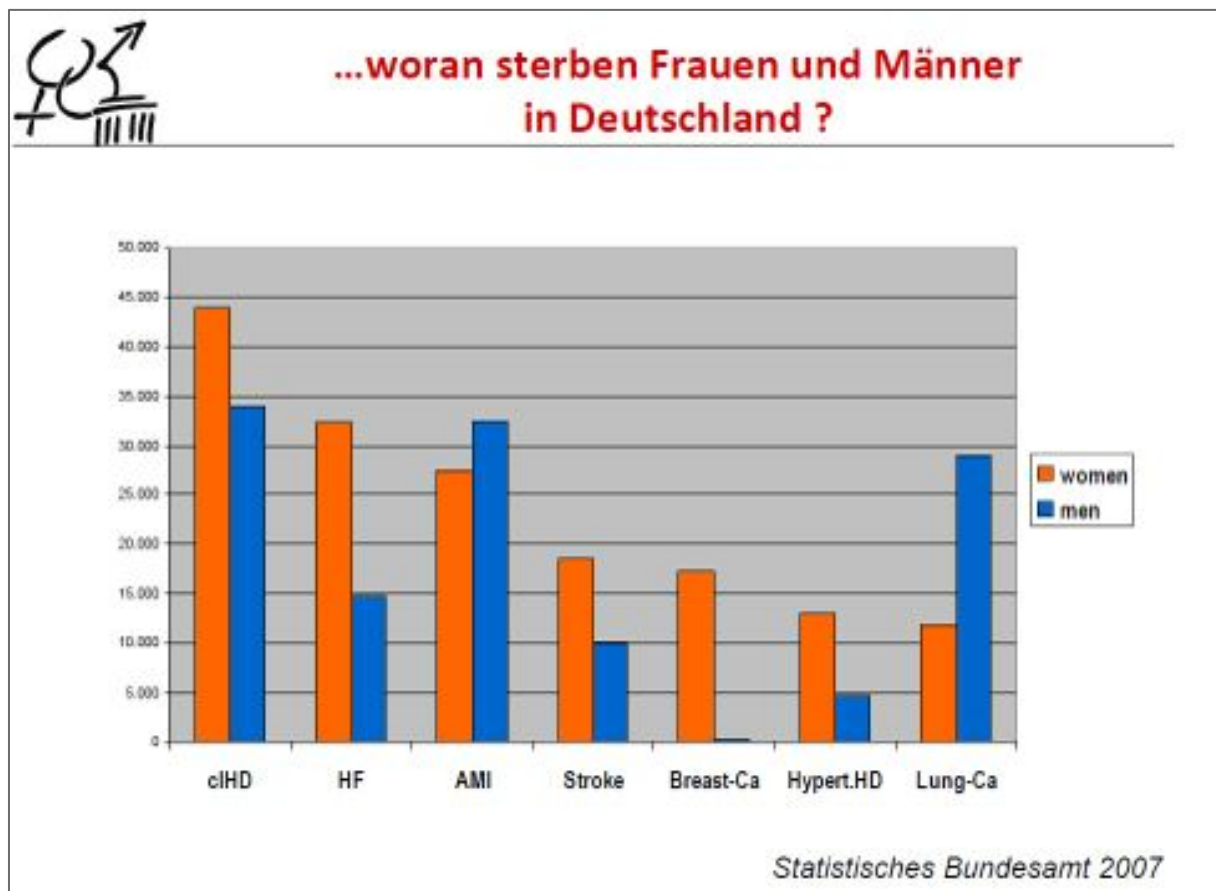
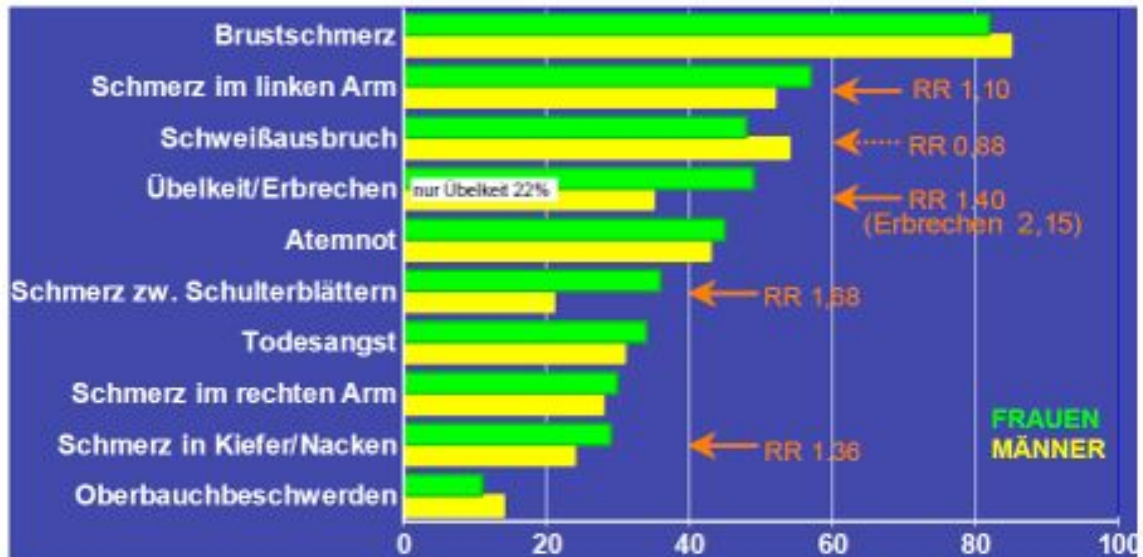


Abbildung 9: Todesursache bei Frauen und Männern, Regitz-Zagrosek (2013)

Regitz-Zagrosek erklärt, der typische Männerinfarkt in der Notaufnahme am Freitagabend betrifft vor allem übergewichtige und stark gestresste Männer – häufig Ex-Raucher. Die Frau, die auch Beschwerden hat, geht dagegen nicht in die Notaufnahme, sondern kommt über den Hausarzt einige Tage später in die Klinik und wird daher stark verzögert behandelt. Ihre Symptome sind neben Brustschmerzen und Schmerzen im linken Arm vor allem Übelkeit und Erbrechen.



Akute Herzinfarktsymptomatik



H Loewel, KORA, Augsburg

Abbildung 10: Akute Herzinfarktsymptomatik, Regitz-Zagrosek (2013)

Die Daten darüber, dass Frauen bei einem Herzinfarkt im Gegensatz zu Männern viel häufiger Symptome von Übelkeit und Erbrechen haben, sind schon seit über 20 Jahre bekannt, dennoch gibt es noch immer keine Forschungsergebnisse darüber, ob diese Geschlechterunterschiede in der Infarktsymptomatik im Herzen, irgendwo in der Schaltung zwischen Herz und Gehirn oder auf der Ebene des Gehirns liegen, beanstandet Regitz-Zagrosek, Gründungspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin. Dabei sei in Berlin sogar seit 1999 bekannt, dass die Sterblichkeit an einem ersten Herzinfarkt vor allem bei jungen Frauen doppelt so hoch ist wie bei Männern. Monika Kora zeigt in einer der größten epidemiologischen Studie, die in Deutschland zum Herzinfarkt vorliegt, dass die Infarkthäufigkeit im Jahr 1987 bei Männern signifikant höher gewesen sei als im Jahr 2007. Interessanter Weise liegt die Infarkthäufigkeit 1987 auch bei Frauen höher als 2007, aber die Infarktreduktion ist bei den Frauen sehr viel geringer als bei den Männern. 2007 ist die Infarkthäufigkeit bei den jüngeren Frauen dagegen deutlich höher als 1987. Das bedeutet, die Gruppe der jüngeren Frauen ist die einzige Gruppe, bei der die Infarkthäufigkeit in der Bevölkerung tatsächlich ansteigt. Das gleiche gilt für die Sterblichkeit an einem ersten Infarkt: 2007 ist die Sterblichkeit bei den Frauen größer als bei den Männern.

Die Risikofaktoren der Infarkte unterscheiden sich bei Frauen und Männern. So ist etwa Diabetes ein größeres Risiko für Herz/Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen als bei Männern. Das findet sich in den Disease-Management-Programm aber nicht wieder. Es gibt noch weitere Risikofaktoren und Protektion bei Frauen: einerseits die konventionelle Risikofaktoren wie Rauchen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, erhöhte Blutfette, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Andererseits spielen auch die neu erkannten Risikofaktoren eine Rolle, wie etwa Hormonstörungen, Psychischer Stress, Doppelbelastungen (Schichtarbeit, Fremdbestimmung) und Depression. Psychosoziale Risikofaktoren wirken sich bei Frauen übrigens ebenso stark wie kardiale Faktoren aus, sagt die Referentin.

Frauen unterschätzen das Risiko, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu bekommen in hohem Maße. Im Jahr 2002 danach befragt, welche Erkrankung sie für ihre häufigste Todes-



Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek

ursache halten, nannten 70 Prozent Frauen Brustkrebs. Nur 25 Prozent der Frauen lagen mit Herz/Kreislauf-Erkrankungen richtig. Das heißt, Frauen unterschätzen ihr kardiovaskuläres Risiko und überschätzen das von Krebs. Ihnen sind die Risikofaktoren und ihre Bedeutung für Herz/Kreislauf-Erkrankungen weitgehend unbekannt. Dieses Unkenntnis verhindert im entscheidenden Maße Prävention.

Um es nicht bei solchen Fehleinschätzungen zu belassen, wurde Geld in eine große Präventionsstudien investiert. Die sogenannte HF-Action Studie war eine extrem aufwendige, teure und langfristige Studie, legt Regitz-Zagrosek dem Auditorium dar. Im Rahmen dieser Studie wurden Patienten mit Herzinsuffizienz dazu gebracht, sich körperlich mehr zu bewegen. Ergebnis der Studie war – zur großen Frustration der Fachwelt – dass mehr Bewegung bei den Patienten mit Herzschwäche keine signifikante Besserung des Überlebens mit sich brachte. Dann kam jedoch eine Gruppe von Frauen auf die Idee, die Daten der „HF-Action Studie“ geschlechtsspezifisch auszuwerten, denn die Studie hatte einen Frauenanteil von 30 Prozent. Diese Analyse ergab, dass körperliches Training bei den Frauen die Zahl der Gesamttodesfälle reduzieren konnte. Während die Effekte „Mehr Bewegung“ bei den Männern bei null lagen, waren sie bei den Frauen hochsignifikant. Diese Fakten spielen bei den männ-

lichen Autoren der Primärstudie überhaupt keine Rolle, kritisiert Regitz-Zagrosek und bezeichnet das als ein klassisches Beispiel für eine wichtige Erkenntnisgröße – körperliches Training wirkt positiv bei Frauen – die schlicht übersehen wurde, weil man sich einfach nicht dafür interessierte.

In Berlin läuft am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin gerade die Studie „Berliner Frauen Risikoevaluation (BEFRI)“. Die Studie zur Risikoevaluation für Herz/Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in Berlin soll die Selbsteinschätzung des kardiovaskulären Risikos bei Frauen im Ballungsraum Berlin und die Bereitschaft zur Prävention evaluieren. Konkret verfolgte Studienziele sind:

- Faktoren zu identifizieren, die die Risikowahrnehmung bestimmen
- Neue Risikofaktoren erforschen
- Faktoren identifizieren, die präventives Verhalten bestimmen
- Prävention verbessern.

Regitz-Zagrosek beendet ihren Vortrag mit dem dringenden Appell, künftig mehr Ressourcen in die Erforschung der signifikanten Geschlechterunterschiede sowohl bei den Erkrankungen als auch bei den Diagnosemaßnahmen zu investieren und schließt mit dem Hinweis auf zwei Standardwerke der Gendermedizin.



Abbildung 11: Wissen in der Gendermedizin, Regitz-Zagrosek (2013)

IV.3 Birgit Fischer, Verband forschender Pharmaunternehmen (vfa)

Wie Gender den Blick auf die Gesundheit verändert

Aus Sicht der Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Pharmaunternehmen, Birgit Fischer, stellt der Bundeskongress Gender-Gesundheit eine Fundgrube für neue Ideen und Strategien im Gesundheitswesen dar. Um „vermeintlich Altbekanntes mit neuen Augen zu sehen“, spricht die ehemalige Landesgesundheitsministerin und Vorstandsvorsitzende einer großen Krankenkasse aus Sicht der Pharmaunternehmen über das Thema „Wie Gender den Blick auf die Gesundheit verändert“.

Die Geschlechterunterschiede bei Patientinnen und Patienten machen in Therapie und Diagnose ein unterschiedliches Vorgehen erforderlich. Das betrifft nicht nur die Bereitstellung von Wissen darüber, welche Ansprechhaltung bei welchem Geschlecht nötig ist, sondern auch die Erforschung dessen, was die unterschiedlichen, beruflichen Anforderungen bei Männern



Birgit Fischer

und Frauen bewirken. Aktuell werden auch die Aspekte diskutiert, wie geschlechtsspezifische Lebensgewohnheiten und Alltag wirken und wie die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern berücksichtigt werden muss. Ganz interessant kommentiert Fischer die Frage, ob die unterschiedliche körperliche Konstitution von Frauen und Männern in der Praxis beachtet schon ausreichend beachtet. Sie verortet thematisch auch die Aufgabe, die Wirkung von pharmazeutischen Therapien zu vergleichen, in ihrer gegenwärtigen Zustandsbeschreibung.

Richtet man mit Fischer den Blick auf die Arzneimittelversorgung unter Genderperspektive, ist die erste Feststellung jene, dass es einen erheblichen Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Verordnung gibt. Das veranschaulicht sich konkret im Arzneimittelreport 2012 der Barmer GEK, den Fischer als Quelle angibt:

Unterschiedliche Verordnungen bei Frauen und Männern

Frauen erhalten – bezogen auf verordnete Packungen pro Kopf :

5,4-mal mehr Migränemittel,

2,9- bis 3,5-mal mehr Schilddrüsenpräparate,

1,9- bis 2,9-mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva und

1,6-mal mehr Schlafmittel

als Männer. Männer erhalten:

1,8-mal mehr Lipidsenker,

1,5- bis 1,8-mal mehr Insuline oder orale Antidiabetika,

1,1- bis 1,5-mal mehr Beta-Rezeptorenblocker oder Calciumantagonisten und

1,8-mal mehr Thrombozytenaggregationshemmer

Quelle: Barmer GEK Arzneimittelreport 2012

Seite 3 © vfa | Gender-Gesundheit | 22.März 2013 | Birgit Fischer

vfa Die deutschen
Pharma-Unternehmen

Abbildung 12: Unterschiedliche Verordnungen bei Frauen und Männern, Fischer (2013)

In der Wirkung kann ein und dasselbe Medikament bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich sein. Die statistischen Geschlechtsunterschiede insbesondere in der Pharmakokinetik (Konzentration von Wirkstoffen im Blut, Verweildauer der Wirkstoffe) sind eklatant, aber auch die Folgewirkungen von Arzneimitteln sind sehr unterschiedlich. Nach wie vor kann man sagen, dass die Unterschiede bei einer Patientin und bei einem Patienten wie die körperliche Konstitution und das Alter wichtiger in der Unterscheidung sind, als die unterschiedliche Wirkung eines Arzneimittels. Die Diskussion um die Arzneimittelwirksamkeit erachtet Fischer nur in Kombination mit anderen Faktoren wie z.B. dem soziokulturellen und dem psychosozialen Aspekt für sinnvoll, da diese ebenfalls entsprechend wirksam sind. Es ist das Gesamtbild, das berücksichtigt werden muss.

Die ehemalige NRW-Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie skizziert den gesetzlichen Hintergrund für die geschlechtsspezifische Auswertung von klinischen Studien mit dem Verweis auf die Contergan-Affäre in den 1960er Jahren in der Bundesrepublik. Sie zeigt, dass sich die Vorgaben in den letzten 20 Jahren erheblich verändert haben, die seit 2004 eine deutlich positive Entwicklung hinsichtlich der Beteiligung von Frauen an Studien bewirkt.

Gesetzlicher Hintergrund

1977: FDA (US-Amerikanische Arzneimittelbehörde) legt fest, dass gebärfähige Frauen nicht an frühen klinischen Studien teilnehmen dürfen

1993: FDA legt fest, dass bei Arzneimittelentwicklung Patienten beiderlei Geschlechts berücksichtigt werden müssen und bei Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nach Unterschieden zwischen Frauen und Männern zu suchen ist

2004: 12. AMG-Novelle und GCP („Good Clinical Practice“)-Verordnung in Deutschland: Im Antrag auf Genehmigung der klinischen Prüfung muss Begründung vorhanden sein, dass Geschlechterverteilung zur Feststellung möglicher geschlechterspezifischer Unterschied bei Wirksamkeit und Unbedenklichkeit angemessen ist

2011: Geschlechtsspezifische Auswertung der Zulassungsstudien im Rahmen der frühen Nutzenbewertung in Dossiers vorgeschrieben

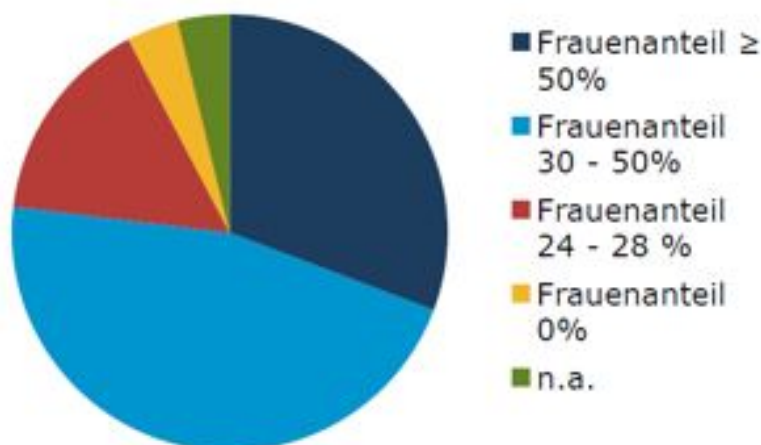
Abbildung 13: Gesetzlicher Hintergrund, Fischer (2013)

Im Jahr 2012 wurden 26 neue Medikamente mit neuen Wirkstoffen zugelassen. Der Frauenanteil bei diesen Studien ist erheblich angewachsen. Zum überwiegenden Teil sind Frauen mit über 50 Prozent vertreten. Somit ist erkennbar, dass es inzwischen möglich ist, zu exakteren Daten und geschlechtsspezifischen Erkenntnissen zu gelangen.

In der aktuellen Pharmaforschung an Medikamenten im Bereich der sogenannten frauenspezifischen Krankheiten, befinden sich laut Birgit Fischer nach einer Umfrage (2011) 34 Medikamente speziell gegen frauenspezifische Krankheiten (etwa Brust- oder Eierstockkrebs), 46 Medikamente gegen Krankheiten, die überwiegend Frauen betreffen (Osteoporose, Migräne, MS, rheumatoide Arthritis) und 14 Medikamente speziell gegen mänderspezifische Krankheiten. Die Medikamente könnten bis 2015 eine Zulassung erreichen.

Stand heute: Frauenanteil bei klinischen Studien der in 2012 zugelassenen Medikamente mit neuen Wirkstoffen

26 Medikamente



Auswertung der European Public Assessment Reports aller 2012 zugelassenen Arzneimittel

Seite 8 © vfa | Gender-Gesundheit | 22. März 2013 | Birgit Fischer

vfa Die forschenden
Pharma-Unternehmen

Abbildung 15: Frauenanteil bei klinischen Studien, Fischer (2013)

Birgit Fischer sagt: „Wir haben eine Aufgabe der Pharmaunternehmen, der Wissenschaft, der klinischer Praxis und der Politik gleichermaßen.“ Wenn tatsächlich etwas im Sinne einer gendergerechten Behandlung verändert werden soll, dann ist das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure unabdingbar. Es genügt eben nicht, Wissen zu generieren, das Wissen muss auch in der Praxis etabliert werden. Es bedarf mehr Erkenntnisse über die Unterschiede in Wirkung und Wirksamkeit von Arzneimitteln. Gerade dieser Punkt hängt aber nicht nur von dem Arzneimittel ab und auch nicht nur allein von dem biologischen Geschlecht, sondern von den soziokulturellen Faktoren, die schon angesprochen wurden. Ein ganzheitlicher Blick in der Medizin wird immer wichtiger in der Behandlung für die Patientinnen und Patienten. Fischer sieht deshalb als Schwerpunkt die Relevanz für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Empfindlichkeit der Rezeptoren von Arzneistoffen als Themen, an denen weiter gearbeitet werden muss. Ein Ziel muss darin bestehen, eine größere Sensibilität bei der Ärzteschaft zu erreichen, um Unterschiede in der Symptombildung von Frauen und Männern festzustellen. Hier bezieht sich Fischer konkret auf ihre Vorrednerin, Regitz-Zagrosek, wenn sie meint, die Ärztinnen und Ärzte müssen darin geschult werden, die unterschiedlichen Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen und

Männern zu erkennen. Des Weiteren wird auch die Identifikation geschlechtsspezifischer Therapieschemata weiterhin eine wichtige Rolle spielen. „Frau Dr. Bühren hat es dargelegt, wie unterschiedlich Ärztinnen und Ärzte auf Patienten wirken können“, erinnert Fischer in diesem Zusammenhang. Die Medizin steht noch am Anfang, eine psychologische und somatische Differenzierung vorzunehmen.

Abschließend betont Birgit Fischer, die aktuelle Diskussion im Gesundheitswesen sei vor allem eine um die Patientenorientierung. Die Verbesserung der Gesundheit von Männern und Frauen ist ein zentrales Forschungsfeld der Pharma-Unternehmen. „Sie sollte aber auch als gesamtgesellschaftliche Verantwortung gesehen werden“, resümiert Fischer, denn „Patientenorientierung ist mehr, als nur an Patienten zu denken“. Die alleinige Ausrichtung auf eine Krankheit und deren Behandlung bietet nicht die Lösungen, die gebraucht werden, aber eine adäquate Behandlung kann sich schließlich sowohl für die Patienten als auch für das Gesundheitssystem auszahlen.

IX. Workshops: Problembeschreibung und Lösungsansätze

Workshop 1: Fehlmedikation und die Folgen

Referent: Prof. Dr. Gerd Glaeske

Moderation: Dr. Martina Kloepfer

Berichterstattung: Jonathan Schreiner

Als sehr hitzig beschrieb die Moderatorin Dr. Martina Kloepfer die Diskussion um den Vortrag von Gerd Glaeske zum Thema "Fehlmedikation und die Folgen – neue Studien, andere Medikamente". Der Referent hob hervor, was auch schon im Arzneimittelreport der Barmer GEK 2012 anklang: Frauen werden häufiger in die Abhängigkeit hinein therapiert als Männer, sowohl bei Psychopharmaka als auch bei Schlafmitteln. Und sie bekommen mehr Arzneimittel, weshalb sich die Frage nach der Art des Arzneimittels bzw. von Wechselwirkungen stellt bzw. stellen muss. Einmal mehr, so Glaeske, werde deutlich, dass es keine systematischen Untersuchungen zur Medikation von Frauen im Gegensatz zu Männern gibt.

Vor allem die veränderte Morbidität wirkt sich auf die Tatsache aus, dass psychische Erkrankungen oder Krankheiten wie Demenz zunehmen werden. Schon jetzt treten diese Krankheiten häufiger bei Frauen auf. Dabei werden die angewendeten Arzneimittel seltener bei Frauen untersucht. Das heißt, die steigende Morbidität erfordert genderorientierte Studien, besonders im Hinblick auf typische Frauenkrankheiten.

Noch immer sind männerdominierte Studien an der Tagesordnung, selbst bei Krankheiten, die häufiger bei Frauen vorkommen. Das hat zur Folge, dass es bei verschiedenen Arzneimitteltherapien zu unerwünschten (Wechsel-)Wirkungen kommt. Es wird geschätzt, dass pro Jahr rund mit 150.000 bis 300.000 Einweisungen wegen UAW und jährlich mit 16.000 bis 24.000 entsprechenden Todesfällen gerechnet werden muss.

Etwa vier bis fünf Prozent aller verordneten und rund 15 Prozent aller verkauften Arzneimittel haben Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, was gerade im Hinblick auf frauenspezifische Krankheitsbilder eine Rolle spielt. Damit nehmen diese Arzneien den zweiten Rang hinter Nikotin ein. Frauen (mit Ausnahme der Altersgruppe 15 bis 30 Jahre) bekommen zwar weniger Arzneimit-



Prof. Dr. Gerd Glaeske

tel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, aber dafür sind diese Medikamente billiger als andere – ein Aspekt, der Arzneimittel-Abhängigkeit bei Frauen durchaus verstärkt.

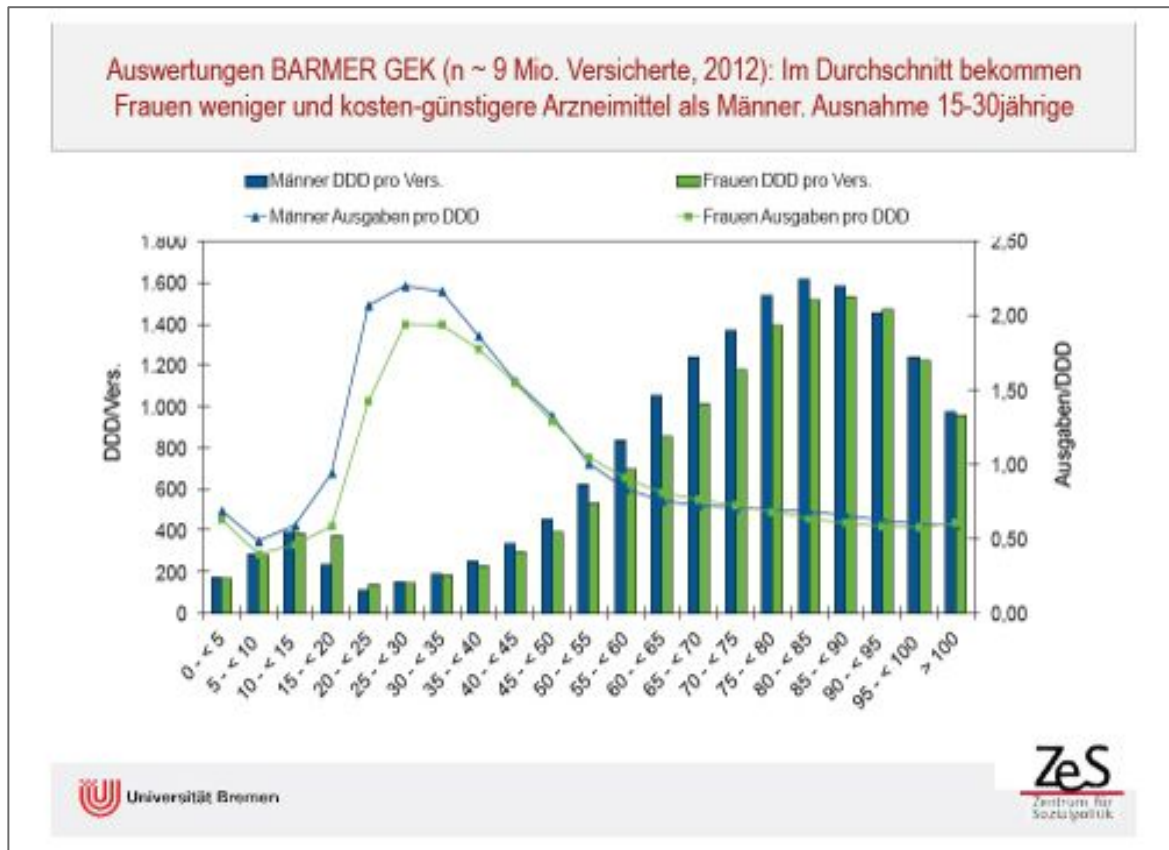


Abbildung 14: Arzneiausgaben Frauen und Männer, Glaeske (2013)

Zudem werden zu viele überflüssige Arzneimittel ausgegeben. In Deutschland werden jährlich 20 Packungen pro Patientin verschrieben, was einer Menge von 1.200 Pillen entspricht. Immer häufiger werden Arzneimittel für „Gesunde“ beworben. Das gilt in besonderem Maße für Antidepressiva – als seien diese lediglich eine Art harmloses „Stimmungs-Doping“. Eine ähnliche Tendenz ist bei Wachmachern sowie Aufputsch- und Beruhigungsmitteln zu beobachten. Da Arzneimittel, wie die zur „Valium-Familie“ gehörenden benzodiazepinhaltigen Mittel, ansonsten gut verträglich sind, wurden sie lange Zeit als Schlafmittel und Tranquilizer verschrieben. Auch wenn diese Präparate inzwischen verschreibungspflichtig sind, so ist es doch ein offenes Geheimnis, dass nahezu die gesamte Palette pharmazeutischer Produkte zwischenzeitlich über das Internet „frei zugänglich“ ist. Mit der Folge, dass vor allem Frauen anhängig wurden und werden. Darüber hinaus bekommen Patientinnen in der Regel von diesen Abhängigkeit fördernden Medikamenten 21 Prozent mehr verschrieben als ihnen für zwei Monate ausreichen würde. Bei Männern sind es im Gegensatz dazu lediglich 15,4 Prozent. Durch diese Überdosierung besteht eine weitere erhebliche Gefahr der Abhängigkeits-

entwicklung. All diese Aspekte führen zu der Erkenntnis: Medikamentenabhängigkeit ist weiblich!

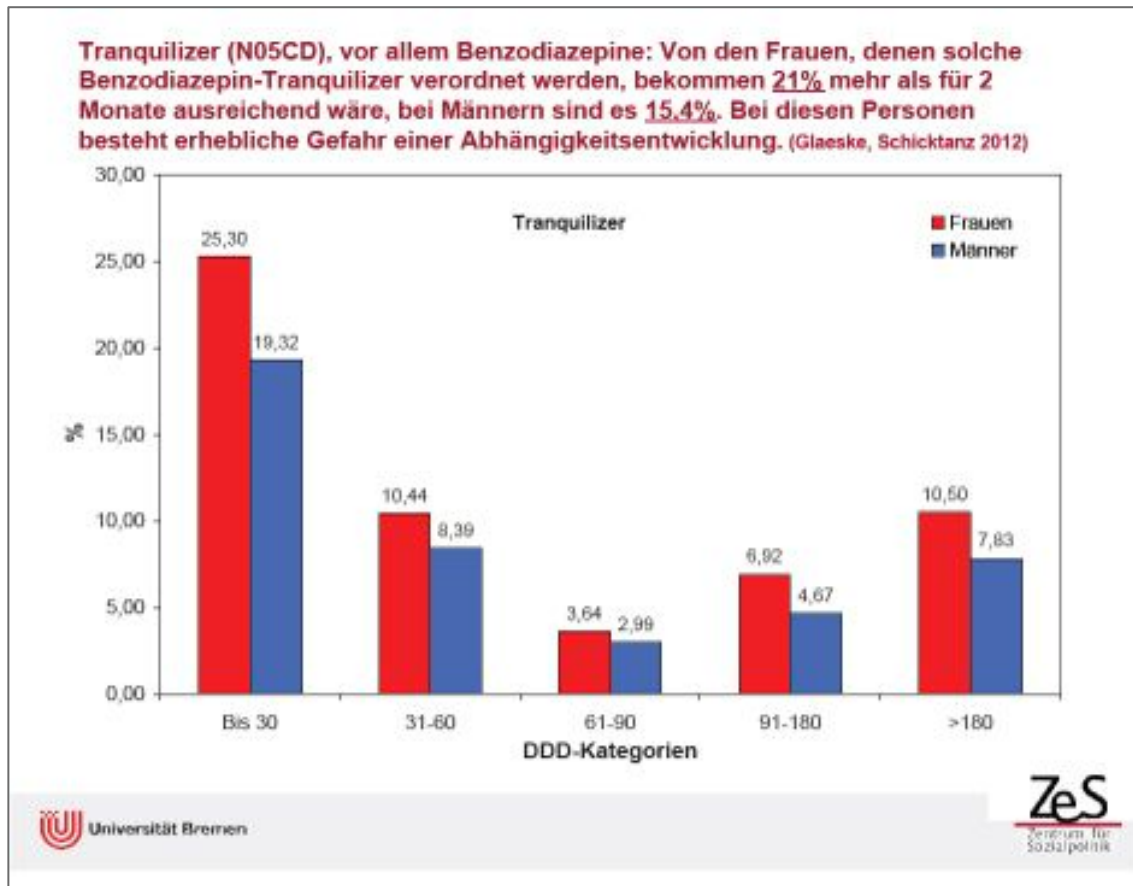


Abbildung 15: Verordnung Tranquilizer bei Frauen und Männern, Glaeske (2013)

Für einige Arzneimittel gilt das in besonderem Maße: Auffallend ist, dass es bei sogenannten Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon) deutliche regionale Unterschiede bei der Verordnung gibt. Der Anteil an Packungen auf Privatrezept liegt im Bundesdurchschnitt bei 50 Prozent, beim Spitzenreiter Thüringen bei 82,6 Prozent und beim Schlusslicht Baden-Württemberg bei 28,8 Prozent. Das ist deshalb von Bedeutung, weil diese Arzneimittelverschreibung und Missbrauchspraxis jenseits der Kontrolle der GKV stattfindet.

Eine weitere Gefahr gerade für weibliche Patientinnen besteht in der Polypharmazie. In der sogenannten PRISCUS-Liste werden 83 „unangebrachte“ Medikamente für ältere Menschen aufgeführt – „unangebracht“ deshalb, weil die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert ist. Der Grund: Die potenziellen Risiken überwiegen einen potenziellen Nutzen, es gibt sichere Alternativen oder die Therapie gilt als nicht ausreichend effektiv. Außerdem stehen Mittel mit Wirkung auf das ZNS, wie Benzodiazepine, im Verdacht, eine Demenz zu fördern. Sicherlich aber wird durch die

Einnahme dieser Arzneimittel das Sturzrisiko mit der Folge von schlechtheilenden Brüchen gefördert, zumal die Einnahme dieser Medikamente mit zunehmendem Alter zunimmt.

Ein paar „Highlights“ der PRISCUS–Liste: ein Viertel der Versicherten im Alter von 65 Jahren und älter hat mindestens ein PIM (potenziell inadäquates Medikament) erhalten. Wobei auch hier ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht. Frauen erhalten häufiger als Männer (27 Prozent vs. 20 Prozent) ein PIM. Besonders auffallend ist dieses Phänomen bei GEK-Versicherten mit Pflegeleistung, die mit 35 Prozent deutlich herausstechen.

Ein weiteres Highlight: Psychoanaleptika, Psycholeptika und Herztherapie wiesen die höchsten Behandlungsprävalenzen mit PIM auf. Die am häufigsten verordnete Substanz in diesem Zusammenhang ist Amitriptylin, das drei Prozent der Versicherten verschrieben wird, allerdings zwölf Prozent der PIM-Empfänger. Geradezu bedenklich ist das, weil PIM (unter den Psychopharmaka-Erstverordnungen) häufiger durch den Hausarzt erfolgt als durch den Spezialisten. In der Altersgruppe ab 65 Jahren haben von 109.109 Versicherten rund ein Viertel (28.608 = 26,2Prozent) PRISCUS-AM-Verordnungen erhalten. Der überwiegende Teil davon waren Frauen. Je höher das Alter, desto höher stieg die Ein-Jahres-Periodenprävalenz.

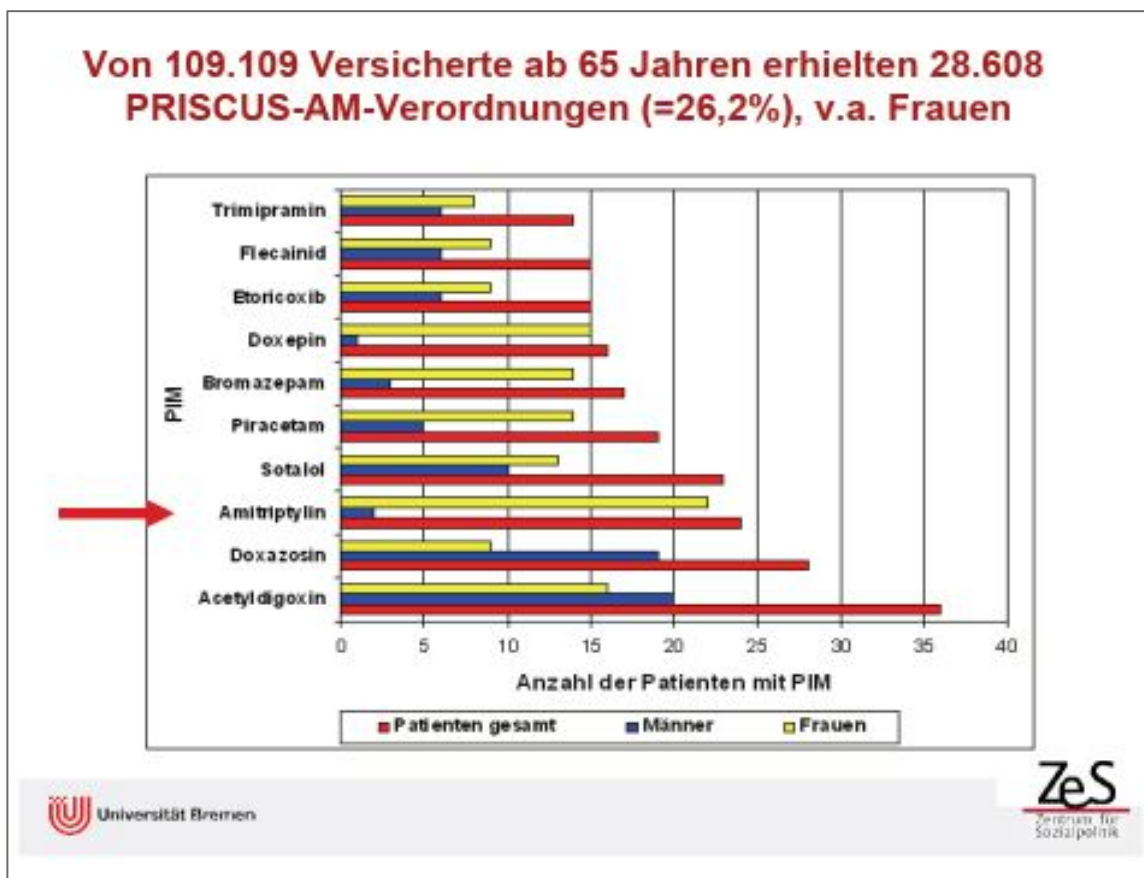


Abbildung 16: PRISCUS-AM-Verordnungen, Glaeske (2013)

Ähnlich das Erscheinungsbild bei den am häufigsten von Frauen eingenommenen Schlafmitteln: Zolpidem-Gebrauch steht im Verdacht, bei älteren Patientinnen das Risiko von Hüftfrakturen zu erhöhen. Dabei gibt es nach der PRISCUS-Liste wirksame Alternativen wie Baldrian, sedierende Antidepressiva wie (Mirtazapin, Mianserin, Trazodon), Opipramol, Schlafhygiene und niederpotente Neuroleptika wie Melperon und Pipamperon.

In der Summe erhielten 35 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen im Alter über 65 Jahren neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie. Gleichzeitig ist bei vielen älteren Menschen eine Veränderung der Pharmakokinetik und –dynamik festzustellen und damit der Wirkungen, der UAW's und des Wirkstoffabbaus. Ganz allgemein steigt im Alter die Gefahr von UAW und von unbekanntem Wechselwirkungen an. In 11 Prozent der Einweisungen sind sie die Ursache. Ein besonders gravierendes Beispiel stellt bei Demenz-Patientinnen die Behandlung mit Neuroleptika dar. Denn das birgt (laut Sieberer 2009) die Gefahr der Übersterblichkeit. Möglicherweise erhöhen Benzodiazepine sogar die Gefahr von Demenz, was schon aufgrund der häufigeren Verordnung ein Problem für Frauen darstellt. Ganz allgemein lässt sich also feststellen, dass bei Multimorbidität die sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken einer Arzneimitteltherapie dringend angebracht scheint.

Vor allem ältere Menschen und Frauen sind die Zielgruppe von Antidepressiva und Schlafmitteln. Frauen reagieren auf Probleme mit Schlafstörungen, sie fühlen sich durch ihr Alter entwertet, sind einsam und unzufrieden, sie haben Ängste und depressive Verstimmungen. Gerade Frauen im Alter um die 50 leiden unter dem „Empty-Nest-Syndrom“: Die Kinder sind aus dem Haus und die Zweifel an der eigenen Wertigkeit steigen. Ängste und psychische Belastungen werden durch „Pharmawatte“ bekämpft, statt sie aktiv zu bewältigen. Es gilt das Motto „Schlucken und Schweigen“. Viel zu häufig ist die Reaktion seitens der Ärzte die vor-schnelle Verordnung von Benzodiazepinen oder Antidepressiva.



Workshop mit Prof. Dr. Glaeske

Vor diesem Hintergrund sind es vor allem Frauen, die zu Dauerkonsumentinnen von Benzodiazepinen werden. Dieser verordnete Missbrauch führt dann oft und rasch in die Abhängigkeit. Nach einer dreimonatigen Einnahme gelten schon 80 Prozent der Patientinnen als abhängig.

Dabei werden diese Präparate oft jahrelang eingenommen. Zwar steigt über die Jahre nicht die Dosierung, aber die Tablette wird mit der Zeit als ein „Freund“ betrachtet. Es handelt sich in diesen Fällen um eine stille, introvertierte Sucht, die nicht zu unterschätzen ist.

Statt die Medikamente abrupt abzusetzen, sollten sie ausgeschlichen werden und zwar ambulant über genauso viele Monate wie sie an Jahren eingenommen wurden. Älteren Menschen ist der Entzug oft nicht mehr zuzumuten, weshalb die kontrollierte Begleitung durch einen Arzt erfolgen sollte - optional mit einem adäquaten Mittel. Doch nach wie vor kommt der Prävention eine zentrale Bedeutung zu, bei der die 4K-Regel gilt: Kleinste Packung, kurze Dauer, klare Indikation und „korrekte“ Dosierung.

Doch nicht nur Antidepressiva und Schlafmittel, auch Hormonpräparate sind „ständige Begleiter“ der Frau. Gerade bei den am häufigsten verkauften Kontrazeptiva hat sich das Risiko von Venenthrombosen gegenüber bewährten älteren Präparaten verdoppelt. Statt 20 Thrombosen pro 100.000 Frauen gibt es nun pro Jahr mehr als 40.

Doch die Hitliste der meistverkauften Arzneimittel führen Schmerzmittel an. Unter Deutschlands 20 führenden Arzneimitteln 2011 waren rund die Hälfte Mittel zur Bekämpfung von Schmerzen. Dabei entpuppen sich diese als Stimulanzien bzw. „Koffein für das Gehirn“ getarnte Arzneien oftmals als Präparate mit erheblichen Nebenwirkungen, die zum Teil sogar Nierenschäden hervorrufen.

Zusammenfassend ergeben sich aus diesen Aufführungen folgende Forderungen: Da Frauen und Männer zum Teil unterschiedlich auf Medikamente ansprechen und anders verstoffwechseln, sind geschlechtsspezifische Auswertungen von Studien notwendig. Sie sollten außerdem differenziert werden nach Patientenpopulationen. Diese Forderung der 12. AMG-Novelle von 2004 ist bis heute noch nicht eingelöst worden. Auch die Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen an die Bundesregierung bezüglich einer „Angemessenen Berücksichtigung von Frauen bei klinischen Arzneimittelprüfungen“ (07/2011) wurde nur ungenügend beantwortet. Die Europäische Regelung, die Zulassungsstudien bei Kindern fordert, wenn die jeweiligen Arzneimittel in der Pädiatrie als notwendig klassifiziert werden, sollte auch für Frauen gelten. Es sollte eine PIM-Liste für Frauen erstellt werden, die auch die Dosierung einschließt, um die Therapiesicherheit zu verbessern. Glaeske sieht hier eine Bringschuld der Pharmaindustrie.

Workshop 2: Fragen der richtigen Diagnose

Referentinnen: Prof. Dr. Heide Siggelkow, Prof. Dr. Udo B. Hoyme

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer

Berichterstattung: Johanna Nüsken

Der Workshop zu geschlechterspezifischen Aspekten bei der Diagnose von Krankheiten zeigte vor allen Dingen: Die Wahrnehmung von Krankheiten in der Öffentlichkeit und somit auch der Ärzteschaft ist maßgebend dafür, ob Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Das Bewusstsein für Osteoporose und genitale Infektionen, zwei Krankheiten von denen Frauen mehr betroffen sind, ist mangelhaft. Sowohl Osteoporose als auch Genitalinfektionen bleiben häufig unentdeckt. In beiden Gebieten bleiben große Potentiale in der Krankheitsvermeidung durch präventive Maßnahmen unerschlossen, weil den Krankheiten oder den Diagnosemöglichkeiten zu wenig oder falsche Bedeutung beigemessen wird. Inwieweit die bestehenden Mängel eine Folge männerzentrierter Medizin ist, wurde während des Workshops diskutiert.

In einem ersten Impulsreferat thematisierte Prof. Dr. Heide Siggelkow die Osteoporoseversorgung in Deutschland. Sie hob hervor, dass die Signifikanz der Osteoporose häufig unterschätzt wird, was sich auch in der Behandlungsrealität widerspiegelt. Dabei ist die Krankheit einerseits weit verbreitet, andererseits erhöht sie das Mortalitätsrisiko um das Fünffache. Im Jahr 2009 waren 6.3 Millionen Menschen in Deutschland an Osteoporose erkrankt, davon 5.2 Millionen Frauen. Die Genderdimension ist unübersehbar: 4-mal so häufig Frauen leiden an Osteoporose.



Prof. Dr. Heide Siggelkow

Das System für die Behandlung aller Patienten ist gegeben. Gute Medikamente sind vorhanden. Dennoch werden 75 Prozent der Patientinnen nicht behandelt. Deutschland ist damit in Europa Schlusslicht in der Osteoporoseversorgung.

Deutschland- Schlusslicht bei medikamentöser Osteoporose-Behandlung

Anteil unbehandelter / behandelter PatientInnen



Grafik adaptiert nach Ström O et al. Arch Osteoporos 2011; 6: 59-155

Prof. Dr. med. Heide Sigelkow

Dachverband Osteologie e.V. 

Abbildung 17: Medikamentöse Osteoporose-Behandlung in Europa, Sigelkow (2013)

Eine Patientin muss häufig sieben oder mehr Frakturen erleiden, bevor Osteoporose als Ursache erkannt wird. Dabei kann ein Risikoprofil leicht von der Hausärztin erstellt werden, um die Notwendigkeit einer Knochendichtemessung zu ermitteln. Die Richtlinien für die Diagnose stehen in Form einer Broschüre auf der Website des Dachverbands Osteologie (DVO e.V.) zur Verfügung. Die Informationen wurden bislang aber kaum abgerufen. Dass die Erstellung eines ärztlichen Risikoprofils nicht vergütet wird, ist ein Grund für Diagnoseverzögerungen.

Der Vortrag machte deutlich, dass es bei der Behandlung von Osteoporose in Deutschland viel Raum für Verbesserungen gibt. Ziel muss eine Behandlung aller Erkrankten sein. Dabei sollte möglichst schon der erste Knochenbruch verhindert werden.

In der medizinischen Versorgung von Osteoporose wird das meiste Geld für Bruchversorgung und Schmerzmedikamente ausgegeben. Generell fließen in Deutschland 16 Prozent der Gesundheitskosten in die Behandlung musko-skelettaler Krankheiten. Bemerkenswerterweise sind die Ausgaben für Männer dabei deutlich höher. Um schon erste Knochenbrü-

che zu verhindern, bedarf es einer Integration der Osteoporose in gängige Präventionsstrategien. Von Vorteil ist, dass es viele Überschneidungen mit Präventionsempfehlungen für andere Krankheiten, wie Herz/Kreislauf-Erkrankungen, gibt. Prof. Siggelkow erklärte, dass in einem System der kurativ ausgerichteten Medizin Osteoporose nicht genügend Wertschätzung erfährt. Paradox jedoch ist, dass auch die Behandlung von Osteoporose nicht entsprechend erfolgt.

Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung von Osteoporose in der Gesellschaft sind Knochenbrüche im Alter nicht „normal“. In Deutschland lastet der Krankheit das Bild einer „Altfrauenkrankheit“ an. Im Gegensatz dazu fällt beispielsweise dem Herzinfarkt das Bild einer Männer- und Managerkrankheit zu. Die Herabstufung der Krankheit zu einer, die Frauen im hohen Alter betrifft, mag ein Grund der schlechten Versorgungsraten sein. Auch der Stellenwert der Krankheit in Lehre und Forschung, spiegelt nicht die Schwere und Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung wider.



Workshop mit Prof. Dr. Siggelkow und Prof. Dr. Hoyme

Wieso aber ist die Versorgung in Spanien so viel besser? Osteoporose kommt dort nicht seltener vor. Während des Workshop wurde spekuliert: Möglicherweise wird die Therapie von einer anderen Arztgruppe übernommen. Vielleicht ist die Stellung der Frau eine andere und deshalb wird dort auch älteren Frauen mehr Aufmerksamkeit zuteil. Ein weiterer geschlechterspezifischer Aspekt in der Osteoporoseversorgung ist die Tatsache, dass Männer eher als Frauen an Osteoporose versterben. Ein Grund hierfür mag sein, dass alleinstehende Männer schlechter versorgt sind oder Frauen erfolgreicher in Behandlung.

Für die Schaffung einer besseren Versorgungsrealität muss das Bewusstsein in der Öffentlichkeit verändert und erhöht werden. Vor allem müssen Präventionsmaßnahmen bei Ärztinnen und Patientinnen mehr Gehör finden. Knochenbrüche im Alter dürfen nicht als selbstverständlich hingenommen werden. Schon bei der Ausbildung muss angesetzt werden. Bis jetzt gibt es zu Osteoporose eine Vorlesung, während der Herzinfarkt 4 Wochen lang im Studium behandelt wird. Die Diskussionsteilnehmer betonten, dass hierzu ist ein interdisziplinärer Unterricht ebenfalls wichtig sei, denn die Diagnose und Behandlung der Erkrankung bedarf oft interdisziplinärer Zusammenarbeit. Um die Leitlinien der DVO zu implementieren, bedarf es Druck von oben. Angesetzt werden kann auch bei Unfallchirurgen, die Osteoporose scheinbar oft nicht als Ursache von Knochenbrüchen erkennen. Eine pragmatische Lösung dafür: Ein anzukreuzendes Kästchen in der Patientenakte für das Infragekommen einer Osteoporoseevaluation.



Prof. Dr. Udo B. Hoyme

In einem zweiten Impulsreferat stellte Prof. Dr. Udo Hoyme Methoden und Gebrauch von Diagnoseverfahren bei Geschlechtskrankheiten vor. Dabei richtete er seine Aufmerksamkeit auf Infektionen, die Frühgeburten verursachen, sexuell-übertragbare Krankheiten, wie Chlamydien, die zu Unfruchtbarkeit führen und die Gonokokkeninfektion der Augen bei Neugeborenen, verursacht durch Gonorrhoe bei der Mutter.

Frühgeburt bzw. Fehlgeburten gelten als „das“ medizinische Problem weltweit. 85 Prozent aller Frühgeburten sind infektionsvermittelt; jede fünfte Frau leidet während der Schwangerschaft an einer Infektionen. Prof. Hoyme klärte darüber auf, dass eine Selbstmessung des pH-Werts in der Scheide eine einfache Art ist, Infektionen festzustellen. Ist der pH-Wert irregulär kann der Arzt ohne Zeitverzögerung eine Diagnose stellen und die Behandlung beginnen. Eine Reduktion des frühen Frühgeburtsrisikos ist erwiesen, wie in einem Pilotprojekt in Thüringen gezeigt werden konnte. Nach der Einführung der Messung sank die Zahl der Frühgeburten stark im zweiten Halbjahr.

Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion 2000 Geburtsgewichte < 1000g



Abbildung 18: Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion, Hoyme (2013)

Da die Versorgung von Frühchen kostenintensiv ist, bietet die Methode der pH-Wert-Messung auch ökonomische Einsparpotentiale. Die Kosten von 12 Euro pro Schwangerschaft werden von der Krankenkasse dennoch nicht erstattet. Arzt und Ärztin haben also keine Anreize, die Selbstmessung zu empfehlen. In der anschließenden Diskussion wurde angeführt, ein paternalistisches Ärztebild träge womöglich ebenfalls dazu bei, dass Ärzte diese kostengünstige Methode nicht „bewerben“, denn Ärzte möchte die Patientin eher durch die Schwangerschaft führen. Mit einer Selbstmessung gewinnt die Patientin jedoch ein Stück Mündigkeit. Prof. Hoyme führte an, dass die pH-Wert-Selbstmessung als „ungehobener Schatz“ in der Schwangerschaftsversorgung betrachtet werden müsse.

Im Gegensatz dazu kritisierte er das Chlamydien-Screening als „Katzengold“. Eine Untersuchung auf Chlamydien ist nicht, wie vielfältig dargestellt, eine Präventionsstrategie, sondern nur als epidemiologische Datenerhebung sinnvoll. Eine unflankierte Diagnose kann sogar negative psychische Auswirkungen haben. Bei Männern harmlos können Chlamydien zur Unfruchtbarkeit der Frau führen. Wie bei vielen sexuell-übertragbaren Krankheiten (STD, engl. sexually transmitted diseases) sind die Auswirkungen auf die Lebensqualität, insbe-

sondere auf Partnerschaften, nicht zu unterschätzen. Ein Großteil der STD bleibt unentdeckt, da die häufig schleichenden Erkrankungen schwer zu diagnostizieren sind. Häufig ist die Behandlung auf Frauen beschränkt, da sie auch diejenigen sind, die einen Schaden davontragen. Die Beschränkung auf ein Geschlecht ist ein Nachteil in der Eindämmung der STD-Ausbreitung. Im Großen und Ganzen betonte Prof. Hoyme ist die Verhütungsaufklärung die wichtigste Maßnahme im Kampf gegen STD.

Bezüglich der Credéschen Prophylaxe bei Neugeborener vertrat Prof. Hoyme die Auffassung, dass sie häufig im Unverstand abgelehnt würde, da zu viel Ideologie in die Entscheidung mit hineinspielt, ob die Prophylaxe gemacht werde oder nicht. Früher gesetzlich vorgeschrieben, wurde sie nach dem Bekanntwerden von Schäden durch falsche Handhabung wieder aus dem Gesetz herausgenommen. Dies bezeichnete Prof. Hoyme als vertane Chance oder „verschleuderten Schatz“.

In der nachfolgenden Diskussion wurde unter anderem die Möglichkeit von Paaruntersuchungen und somit einem interdisziplinärem Untersuchungsansatz diskutiert. Im Licht einer Genderdebatte ist dies besonders sinnvoll, da somit der Fokus der Behandlung nicht nur auf Frauen gelegt wird und STD besser eingedämmt werden können. Bei der Prävention von Geschlechtskrankheiten ist Aufklärung von immenser Bedeutung. Ein Medium zur Aufklärung in der Schwangerschaft ist der Mutterpass, in dem Frauen beispielsweise auf die Möglichkeit einer pH-Wert-Selbstmessung aufmerksam gemacht werden können.

Fazit: Die Wahrnehmung von Krankheiten in der Gesellschaft, das bestehende Arzt/Patientin-Bild und die Ausrichtung der Medizin auf Kuration statt Prävention bestimmen maßgeblich, ob Krankheiten diagnostiziert bzw. schon vorzeitig verhindert werden. Beeinflusst werden diese Faktoren wiederum von tiefer liegenden gesellschaftlichen Genderkonstrukten.

Workshop 3: Ausbildung und Arbeitsmodelle

Referentin: Dr. Astrid Bühren

Moderation: Dr. Daniel Rühmkorf

Berichterstattung: Ulrike Hempel

Die 10 Teilnehmerinnen – 7 Frauen und 3 Männer – am Workshop 3 konnten auf Thesen und Informationen der Referentin Dr. Astrid Bühren, die sie in ihrem umfassenden Vortrag „Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung“ am Freitagvormittag dargelegt hatte, als Anregung für das vertiefende Gespräch zum Thema „Ausbildung und Arbeitsmodelle/ Strukturwandel – Frauenquote“ zurückgreifen. Moderator Dr. Daniel Rühmkorf, Staatssekretär a.D. des Ministeriums Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg und zuvor Referent für Gesundheitspolitik und Pflege der Partei DIE LINKE im Deutschen Bundestag, stellte die Problembenennung und die Suche nach konkreten Lösungsansätzen in den Fokus der Diskussion. Ausgangspunkt waren Fragen danach, auf welcher Ebene Veränderungen stattfinden müssen, wer dabei helfen kann und wo neue Schritte gegangen werden können.

Zwei wichtige Aspekte, wenn es um die Karriere und die Karriereplanung von geht, sind die Stichworte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung. Beide Modelle haben Vor- und Nachteile, darüber waren sich die Workshopteilnehmerinnen einig. Noch sind in Deutschland die Möglichkeiten nicht gegeben, in Teilzeit Aufstiegschancen zu haben, weil Teilzeitarbeit oftmals ein mangelndes Engagement für den Beruf suggeriert. Hingegen ist Vollzeit momentan die Voraussetzung für Karriere.

Um eine Vollzeittätigkeit zur vollsten Zufriedenheit zu erfüllen, bedarf es einiger unterstützender Maßnahmen. Diese Assistenzen betreffen auch Männer, werden aber vornehmlich von Frauen zur erfolgreichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf benötigt. Dies sind Schwerpunkte wie Kinderbetreuung und unterstützende Mitarbeit im Haushalt. Die Unterstützung der Familie spielt für die Karriere einer Frau die entscheidende Rolle. Im privaten Kontext stehen dabei heute immer mehr Großeltern helfend zur Seite.

Eine Online-Umfrage (2005) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) hat ergeben, dass sich 86 Prozent der Ärztinnen/Ärzte Kinder wünschen, 79 Prozent halten es jedoch für schwierig bis sehr schwierig, den Kinderwunsch mit dem Beruf zu vereinbaren. Frau Dr. Bühren sieht in dem Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem die Flexibilität von Arbeitgebern gefragt. Als positives Beispiel für einen familien-

freundlichen Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte führte sie die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau (BGU) an, deren betriebseigene Kindertagesstätte – bestehend aus Kinderkrippe, Kindergarten und Kinderhort – die Betreuung der Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichert. Die Besonderheit stellt die Betreuungszeit von 05.30 Uhr bis 21.30 Uhr an 365 Tagen im Jahr dar. Diese Öffnungszeiten macht es möglich, dass Kinder schon ab der 8. Lebenswoche aufgenommen werden können. Eine arbeitsplatznahe Betreuung ist durchgängig bis zum 10. Lebensjahr inklusive der für Schulkinder erforderlichen Hausaufgabenbetreuung gewährleistet.



Workshop mit Dr. Bühren

Das Konzept rechnet sich als Modell für die Klinik, weil sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur die berufliche Tätigkeit erleichtert (und damit effizienter macht), auch die Arbeit als Ärztin und Arzt wird dadurch in diesem Unternehmen aufgewertet. Damit positioniert sich die Unfallklinik Murnau auf dem Fachkräftemarkt positiv gegenüber Kliniken ohne dieses mitarbeiterinnenfreundliche Angebot.

Weitere unterstützende Maßnahmen könnten sein: die Verlängerung der Elternzeit über den gesetzlichen Anspruch hinaus, die Gewährung von Sonderurlaub aus familiären Gründen, betriebliche Kooperation mit Tagesmüttern, Zuschuss zur Kinderbetreuung, Mittagstisch und Hausaufgabenbetreuung für Kinder von Mitarbeiterinnen sowie Angebote von haushaltsnahen Dienstleistungen.

Einen weiteren Gesichtspunkt, den die Workshopbesucherinnen bei der Umsetzung von Vollzeitfähigkeit und Karrierewunsch von Frauen herausgehoben haben, ist eine frühzeitig Frauenförderung in Form von Mentoring-Programmen und Coaching. Frauen brauchen für die Besetzung von Führungspositionen notwendigerweise auch die theoretische Auseinandersetzung mit dieser hervorgehobenen Rolle und die Ermutigung, sich solche Positionen auch zuzutrauen. In diesem Kontext stellt sich folgerichtig die Frage danach, was Frauen in der Medizin anders und möglicherweise sogar besser machen als Männer. Die Diskussion bezog sich an dieser Stelle weitestgehend auf den niedergelassenen Bereich. Ärztinnen wählen in der Niederlassung erfahrungsgemäß häufiger Fächer wie Kinderheilkunde, Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe, in denen sie ihr eher kommunikativ geprägtes medi-

zinisches Verständnis gezielter einsetzen und ausleben können. Die weibliche Medizin ist eher eine sprechende Medizin. Dabei erreichen Ärztinnen oftmals eine bessere Patientenführung und nehmen sich mehr Zeit für den einzelnen Patienten als ihre männlichen Kollegen. Weniger häufig sind Frauen in den operativen und den automatisierten Fächern anzutreffen. Gerade in den männerdominierten ärztlichen Bereichen gilt es künftig mehr Frauen in Führungspositionen zu etablieren.

Ein Vertreter der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland formulierte klare Vorstellungen, wie er später einmal als Arzt arbeiten möchte. Flexible Arbeitszeiten und die Entscheidungsfreiheit hin zur Teilzeit waren in seinem Modell mit angedacht. Neben der Arbeit soll auch noch genügend Zeit für die Kinderbetreuung und das Hobby bleiben, ohne dabei Unverständnis der Kolleginnen und Kollegen oder Karriereeinbußen befürchten zu müssen. Die Arbeitsgruppe war sich darin einig, dass Teilzeit noch immer einen Karriereknick bedeutet. Flexible- und lebenslagengerechte Teilzeitmodelle fehlen in Deutschland bisher weitgehend. Das ist vor allem bei dem Regelmodell der Elternzeit ein Problem, denn meist bleibt die Mutter aufgrund des Einkommensgefälles zwischen Mann und Frau länger zu Hause als der Vater. „Der beste Wiedereinstieg in den Beruf nach der Geburt eines Kindes ist der Nichtausstieg“, empfahl Frau Dr. Bühren.

Der Workshop 3 einigte sich auf die Forderung, dass Teilzeitmodelle in Deutschland nicht nur im stationären sondern auch im ambulanten Bereich anderes angedacht werden müssen. Mögliche flexible Arbeitszeitmodelle könnten sein:

- Teilzeit (tägliche Arbeitszeit reduzieren, immer zur gleichen Zeit)
- Tageweise Tätigkeit (an bestimmten Tagen)
- Gleitzeit mit/ohne Kernarbeitszeit
- Job-sharing
- Versetzte Arbeitszeit (Arbeitsblöcke mit festen Anfangs- und Endzeiten)
- Sabbatical („unsichtbare Teilzeit“: zunächst Vollzeit mit Teilzeitbezahlung, anschließend entsprechend bezahlte Freizeit)
- Altersteilzeit
- Möglichkeit, nur Bereitschaftsdienst zu machen

Frau Dr. Bühren wies auf ein interessantes Beispiel im niedergelassene Bereich hin: In einer gynäkologischen Praxis, in der sieben Ärztinnen zusammenarbeiten, ist keine von ihnen als Vollzeitkraft tätig. Es gelingt den Ärztinnen, sich jedes Jahr neu miteinander über individuellen Arbeitsaufwand und klare Dienstzeitregelung zu verständigen.

Wie Frau Prof. Dr. Ilona Kickbusch in ihrem Vortrag am Donnerstag betonte, geht es immer um die Verteilung von Geld, Macht und Ressourcen. Damit Frauen in einem verkrusteten System dorthin kommen, wo sie hinwollen, brauchen sie Unterstützung. Die Workshopteilnehmerinnen trugen folgende Maßnahmen zusammen:

- Frauen benötigen Förderung durch Vorgesetzte, ein gutes berufliches Netzwerk, die Unterstützung des Partners und der Familie.
- Die Karrierepfade und Organisationsstrukturen sollten transparent sein und die Arbeitskultur muss menschen- und familienfreundlich sein.
- Unterstützung bedarf es auch von gesetzgeberischer Seite: Eine feste Quote von 40 Prozent bis 2018 auf die Führungspositionen wie sie die Aktion „ProQuote zin“ fordert, ist ein vielversprechendes Druckmittel. Die Erfahrung, in gemischten Teams erfolgreicher zu arbeiten, käme auch den Männern zu Gute, die die herrschenden Strukturen und männlich dominierte Netzwerke aufbrechen wollen.

Workshop 4: Genderaspekte und Versorgungseffizienz

Referentinnen: Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Dr. Natascha Hess

Moderation: Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Berichterstattung: Heike Marks

Innerhalb der Diskussion zu Workshop 4 herrschte die einhellige Meinung, dass durch Versorgungsforschung gewonnenes genderbezogenes Wissen wichtig ist, da es durch spezifischere Anwendung zu einer höheren Versorgungseffizienz führt. Der Nutzen für das Gesundheitswesens im allgemeinen und die Patientinnen im speziellen sind unbestritten. Dabei wurde mehrfach drauf hingewiesen, dass die Versorgungsforschung als Disziplin nach wie vor nur marginal genutzt wird, um Erkenntnisse aus der Versorgungspraxis zu erfahren. Folglich herrscht entsprechende Unzufriedenheit, dass die zur Verfügung stehenden Daten nicht evaluiert werden. Als unbefriedigend wurde beispielsweise empfunden, dass eine große Datenmenge bei Krankenkassen vorliegt, diese aber – auch aus vermeintlichen oder tatsächlichen Datenschutzgründen – nicht zur weiteren Aufbereitung unter anderem für vertiefendes Wissen zur Gendergesundheit genutzt wird. Kritisiert wurde, dass Versorgungsforschung häufig nur als Aufgabe der Pharmaindustrie gesehen wird. Die Frage, inwiefern von der Pharmaindustrie durchgeführte Forschung überhaupt als neutral angesehen werden kann, führte zu der übereinstimmende Forderung nach Beteiligung aller Akteure: also Gesetzgeber, Industrie, Krankenkassen, Ärzteschaft, Patientenverbände und anderen Akteure wie beispielsweise Hochschulen. Bewusst war den Teilnehmerinnen des Workshops, dass die Genderthematik im Wettbewerb zu anderen Themen steht und sie es isoliert betrachtet nur schwer auf die Agenda der Krankenkassen und Politik schaffen kann, da derzeit noch die Wahrnehmung der Thematik fehlt. Sie kann allerdings – wie in der späteren Diskussion hervorgehoben wurde – als ein Querschnittsthema betrachtet werden.

Nach kurzen einleitenden Worten zum Workshop „Genderaspekte und Versorgungseffizienz, in denen Prof. Clarissa Kurscheid darauf aufmerksam machte, dass derzeit noch keine monetären Daten zur Versorgungseffizienz im Genderkontext vorliegen, führte Dr. Natascha Hess mit ihrem Vortrag „Prävention, Kuration, Rehabilitation: Genderaspekte in der kardiologischen Versorgung“ in die Thematik ein. Frau Dr. Hess beschäftigt sich als niedergelassene Kardiologin seit 2005 mit Genderaspekten in der Gesundheitsversorgung. Ausschlaggebend für sie, sich intensiver mit dieser Thematik zu beschäftigen, war das einschneidende Erlebnis der Odyssee einer Patientin: Die Schmerzen in der rechten Schulter der Patientin wurden zunächst als Schulter-Arm-Syndrom fehldiagnostiziert; erst auf Umwegen gelangte die Patientin schließlich in kardiologische Behandlung, wo dann die tatsächlich vorliegende Angina



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid und Dr. Natascha Hess

Pectoris diagnostiziert und therapiert werden konnte. Eine Befragung von 770 Patientinnen in ihrer eigenen Praxis bestätigte Frau Dr. Hess, dass Männer gezielter einen Kardiologen aufzusuchen bzw. an diesen überwiesen werden, während Frauen aufgrund untypischer Beschwerden eher „im System herumirren“.

In Bezug auf das Beispiel konnte in dem Vortrag eindrucksvoll aufgezeigt werden, welche Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern bezüglich Risikofaktoren, Symptomatik und Diagnostik kardiologischer Erkrankungen bestehen. Frauenspezifischer Risikofaktor ist insbesondere Diabetes mit einem Risikoanstieg um das 3 bis 7-fache, während sich bei Männern insbesondere Fettstoffwechselstörungen mit einer 2 bis 5-fachen Erhöhung des Risikos niederschlagen. Kein geschlechtsbezogener Unterschied besteht hinsichtlich des Risikofaktors Rauchen. Auch bei der Entstehung von Plaques im Rahmen einer Arteriosklerose zeigen sich geschlechtsbezogene Differenzen insofern, dass sich bei Männern Ablagerungen vornehmlich an den Herzkranzgefäßen finden, während Frauen von einer diffusen Verkalkung der Gefäße betroffen sind. Typische Symptome des klassischen Infarkts sind linksseitige Brustschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Es können jedoch auch eher untypische Symptome wie beispielsweise andere Schmerzlokalisationen, Magen-Darm-Symptomatik und Leistungsschwäche auftreten.

Während die Hauptsymptome bei beiden Geschlechtern weitestgehend identisch sind, kann in der Praxis festgestellt werden, dass Frauen ihre Erkrankung anders kommunizieren, indem sie den behandelnden Ärztinnen mehr Symptome (drei bis fünf) anbieten. In Kombination mit dem unterschätzten Risiko eines Infarktes bei Frauen und fehlender Sensibilisierung für die genannten untypischen Symptome kann dies zu einer verzögerten Behandlung der Patientinnen führen. Alarmierend in diesem Zusammenhang ist die im Vergleich hohe Sterblichkeit von jungen Herzinfarktpatientinnen, bei denen eine bisher nicht erforschte verminderte Schmerzsymptomatik auftritt, die zu einer verspäteten stationären Aufnahme und somit Therapie führt.

Eine Studie aus Österreich zur Anamnese vor dem Infarkt belegt, dass Frauen häufiger als Männer zum Arzt gehen und auch mehr Medikamente verordnet bekommen. Bei einer Aufschlüsselung der Diagnostik nach Anteil des Geschlechts zeigt sich eine deutliche Ungleichverteilung: nur 33 Prozent der Herzkatheteruntersuchungen, 21 Prozent der Bypass-Operationen sowie lediglich 20 Prozent aller Rehabilitationsmaßnahmen entfallen auf Frauen. Der Versorgungsstatistik ist weiterhin zu entnehmen, dass Frauen weniger häufig intensivmedizinisch versorgt werden und auch eher als Männer aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zusammenfassend forderte Frau Dr. Hess, dass sowohl Ärztinnen als auch Patientinnen über die geschlechtsdifferenten Symptome aufgeklärt werden und eine nach Geschlecht unterschiedliche Diagnose und Therapie erfolgt, um so eine Verbesserung der Lebensqualität und Überlebenszeit von Mann und Frau zu erreichen.

Im Anschluss an den Vortrag wurden die spezifischen Interessenslagen verschiedener im Gesundheitswesens tätiger Akteure betreffend genderbezogener Medizin von den Workshopteilnehmerinnen hinterfragt. Aus der Perspektive der Krankenkasse wurde die steigende Nachfrage durch Patientinnen sowie die Kostenersparnis durch die Einsparung fehlgeleiteten Geldes benannt. Vertreterinnen von Krankenkassen gaben hinsichtlich der Planungen ihrer Kassen an, dass das Thema zwar bekannt ist, sich die Aktivitäten der Kassen sich derzeit aber eher auf allgemeine Präventionsprogramme und Patienteninformationen beschränken. In diesem Kontext wurde auch diskutiert, inwiefern Präventionsprogramme überhaupt ihre Zielgruppen ansprechen. Lebhaft wurde sich in diesem Zusammenhang mit dem Phänomen „Präventionsmuffel Mann“ auseinandergesetzt.

Mögliche thematische Ansatzpunkte, um eine Diskussion innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu platzieren, sind die Richtlinien zur Früherkennung, die Richtlinien für DMP, die Strukturqualitätshinweise sowie die Krebsregister, so die Einschätzung seitens Dr. Klakow-Franck als Mitglied des G-BA. Mit Blick auf die Ärzteschaft wurde erörtert, wie wichtig es wäre, bereits im Studium die Auseinandersetzung mit der Genderthematik zu beginnen. „Druck von unten“ durch sensibilisierte Patientinnen könnte zudem ein Anstoß für die Ärztinnen zur Beschäftigung mit Gendermedizin sein. Als förderlich wurde ferner der Einbezug arztnaher Berufe wie beispielsweise medizinischer Fachangestellten diskutiert.

Gendergesundheit wird durch die im deutschen Gesundheitssystem noch immer starke sektorale Fragmentierung gehemmt. Das zur Überwindung der Fragmentierung in der Versorgung notwendige transsektorale Denken ist nur durch einen Wandel in der Medizin und bei allen an der Versorgung beteiligten professionellen Akteure zu erreichen. Der Blick muss auf einen stärkeren Einbezug der Patientinnen (und der Angehörigen) in Entscheidungen um die

Patientinnen gerichtet werden. Das Thema ist erkannt und erste Ansätze wie Case-Management sind zu verzeichnen.

Die Ergebnisse des Workshops zusammenfassend konnte Frau Kurscheid festhalten: Es gibt mehr Fragen als Antworten!

XI. Podiumsdiskussion 2

Dipl.-Med. Regina Feldmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen)

Georg Heßbrügge (apoBank)

Dr. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss)

Dr. Martina Kloepfer (Female Resources in Healthcare)

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (Hochschule Fresenius Köln)

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation)

Es gibt zahlreiche Gründe, Gesundheit und Versorgung zukünftig männlich und weiblich zu denken, das hat der interdisziplinäre Austausch der Akteurinnen und Akteure auf dem Bundeskongress Gender-Gesundheit gezeigt. Die unterschiedlichen Zugänge und Versorgungsnotwendigkeiten beiderlei Geschlechter müssen in der breiten Öffentlichkeit, in der Politik, der Forschung und Verwaltung verstärkt in den Fokus genommen werden, um damit eine möglichst zielgenaue Versorgungseffizienz auf allen Ebenen knapper werdenden Ressourcen zu erreichen. In dieser Forderung waren sich die zur Freitags-Podiumsdiskussion des Kongresses geladenen Expertinnen und Experten einig. Die Frage, wie dieses Ziel verfolgt werden kann, konnte nicht allgemeinverbindlich beantwortet werden, weil zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf allen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens Versorgungsverbesserungen und Effizienzreserven freigelegt werden müssen. Aktuell mangelt es noch immer an geschlechtsspezifischen Denk-, Forschungs- und Umsetzungskonzepten im System, auch wenn im Rahmen des 1. Bundeskongresses in den Vorträgen, Workshops und Diskussionsbeiträgen positive Tendenzen und Beispiele benannt wurden.

Das Stichwort Feminisierung taucht immer wieder auf, sagte **Georg Heßbrügge**, Leiter des Bereichs Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Sein Team sei in der Frage unterwegs, wie sich der Gesundheitsmarkt strukturell und ökonomisch ändert, um daraus Erkenntnisse für die Geschäftspolitik der Bank ableiten zu können und diese in die Kundenberatung einfließen zu lassen. Heßbrügge sieht in seinem Alltag deutlich den Weg hin zu mehr Kooperation in der Versorgung von Patientinnen und Patienten: Innerhalb der ambulanten Medizin, aber auch zwischen Medizin und Pharmazie (Arzt und Apotheker) oder auch



Georg Heßbrügge

zwischen therapeutischen Berufen und Medizin. Er versichert, auf der ökonomischen Seite seien mit diesen Kooperationen Effekte zu sehen. Schon jetzt teilen sich Ärzte und Assistenzberufe in Kooperationen gemeinsam Investitionen. Die Einzelpraxis als Versorgungsform wird man in der bisherigen Form nicht mehr fortschreiben können.

Ein weiterer Trend zeigt sich im Bereich der ambulanten Medizin. Hier zeichnet sich eine massive Zunahme der Existenzgründungen durch Ärztinnen ab. In der letzten Existenzgründungsanalyse liegt in den neuen Bundesländern der Anteil der Ärztinnen bei über 61 Prozent. Im Bereich der ambulanten Vertragsärzte/Hausärzte liegt der Frauenanteil bei über 72 Prozent. Das hat Konsequenzen für die Dienstleistungen der apoBank. Ärztinnen sind bei der Investition in die Praxis zurückhaltender. Das gilt auch innerhalb der einzelnen Fachrichtungen. Das bedeutet, es müssen eventuell mehr Bankprodukte für Frauen entwickelt werden. Zum Beispiel wird beim Investitionskredit für die Praxisgründung oder -Übernahme häufiger die Frage nach einer möglichen Tilgungsaussetzung während der Zeit einer Schwangerschaft gestellt. Eine genaue Antwort, wie sich Bankprodukte für Frauen von denen für Männer unterscheiden, gibt es jedoch nach Heßbrüggens Wissen noch nicht.



Dipl.-Med. Regina Feldmann

Von einem „Vormarsch der Frauen im KV-System“ sprach das Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **Regina Feldmann** angesichts von 65 bis 70 Prozent weiblicher Studentinnen in der Medizin, die in die Versorgung kommen wollen und sollen. Sie relativiert Heßbrüggens Prognose, es werde in Zukunft keine Einzelpraxis mehr geben. Aus eigener Erfahrung kann sie sagen, junge Frauen würden sich nach einem Jahr

alle dafür entscheiden, die Praxis in Eigenregie weiterzuführen, obwohl sie im Angestelltenverhältnis bleiben könnten. Die künftigen Modelle müssen flexibel wählbar sein: Es wird Frauen geben, die als Einzelkämpferin oder im Team in Vollzeit oder auch in Teilzeit tätig sein wollen. Als absolut regelbedürftig sieht Feldmann die Präsenzplicht von an, weil die Ärztinnen darüber am meisten klagen. Die Präsenzplicht im ambulanten Bereich ist aus medizinischer Sicht nicht mehr zeitgemäß. Es können vernünftige Bereitschaftsdienste organisiert werden, so dass Frauen geregelte Arbeitszeiten haben, die weniger als 60 Stunden in der Woche betragen. Über diese Hürde muss das KV-System noch springen, fordert Feldmann. Frauen sollten auch die Möglichkeit haben, sich bei der Vertreterversammlung einzubringen. „Ich bin keine Freundin der Frauenquote, ich möchte nie eine Quotenfrau sein und

ich wünsche das auch anderen Frauen nicht“, sagt sie, dennoch sei in den Strukturen die Quote notwendig. Bevor Frauen sich heute – nach Studienabschluss, Familiengründung und Wiedereinstieg in den Beruf – berufspolitisch betätigen können, sind sie in der Regel ca. 40 Jahre alt. Da sind die Gremienposten aber alle schon besetzt, kritisiert die Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Der Moderator Dr. Albrecht Kloepfer spricht sich ebenfalls für die Frauenquote aus, weil es überwiegend Männer sind, die durch eher männlichen Ellbogeneinsatz die Claims abstecken. Damit hätten aber auch Männer, die zu solchem Verhalten kein Interesse oder kein Talent hätten, in entsprechend abgesteckten Claims und Hierarchiestufen keine Chance, gibt Albrecht Kloepfer zu bedenken.

„Das berufspolitische Feld ist ein sehr konservatives, stark männerbündisch dominiertes Netzwerk“, meint **Dr. Regina Klakow-Franck**, unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Sie schließt sich Regina Feldmann in der Befürwortung der Frauenquote an. Sie sieht den Nachteil der Quote ebenfalls in einer Stigmatisierung der Frauen. Die Gynäkologin lobt Feldmanns offene Schilderung der Situation für die ärztliche Selbstverwaltung im KV-Bereich, die sich ihres Erachtens insgesamt auf die Berufspolitik im Gesundheitsbereich übertragen lasse. Auf die Frage von Albrecht Kloepfer, inwieweit man Disease-Management-Programme (DMP) nach Genderaspekten abklopfen könne, wenn Ärztinnen in bestimmten Indikationsgebieten nach den Zahlen aus dem Astrid Bühren Vortrag die besseren Versorger sind, beschränkt sich Klakow-Franck darauf, dies als Anregung mit in den G-BA zu nehmen. Wobei sie hinzufügt, der G-BA könne keine Evaluation der DMPs aufgrund der fehlenden Datenlage durchführen. Der G-BA sei zwar der Richtliniengeber für die DMPs, aber die Evaluation sähe sie eher bei den Krankenkassen, die die Verträge machen.

Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, **Prof. Dr. Gerd Glaeske**, empfindet den Mangel der geschlechtsdifferenzierten Datenlage im Bereich der Analysen als Skan-



Podiumsdiskussion 2

dal. Man habe sich immer schon mit der Unter-, Über- und Fehlversorgung beschäftigt. Die Versorgungsforschung kann in der Tat inzwischen einige Fragen beantworten, weil sie sich des Genderaspekts aufgrund der Ungerechtigkeit im System angenommen hat, sagt der Professor für Arzneimittelforschung. Er bittet darum, in der Definition sauber zu bleiben. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede und es gibt Genderaspekte, die zu ganz bestimmten Therapien führen. Das sind Aspekte von sozialem, aber nicht von biologischem Geschlecht. In der Versorgungsforschung sei man dabei, andere Aspekte in den Fokus zu nehmen und auch andere Personengruppen in die Mitverantwortung einzubeziehen. Man könne beispielsweise keine HPV-Impfung zwischen 12 und 17 Jahren einführen, ohne dass sich ein Hersteller oder eine andere Institution verpflichtet, eine Evaluation zu machen. Das gelte ebenso für die Einführung der DMPs und der DRGs.

Die Versorgungsforschung kann vieles leisten, jedoch nur, wenn sie einen garantierten und kontinuierlichen Zugang zu Daten hat, um unter Prioritätsaspekten Fragestellungen zu definieren, die dringend bearbeitet werden müssen. Als erster Schritt muss eine Ist-Analyse gemacht werden, fordert Glaeske. Ihm würde genügen, wenn er Ärzte und Ärztinnen auch ohne Gender-Zusatzbezeichnung auf die Diagnoseunterschiede bei Männern und Frauen bei ganz bestimmten Indikationen hinweisen kann, die evident sind und sich in den Leitlinien wiederfinden.

Als besonders ärgerliches Beispiel führt Glaeske die Ignoranz der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der evidenzbasierten Broschüre „Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit, Leitfaden für die ärztliche Praxis“, herausgegeben von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2007) an. Das Thema Umgang mit Arzneimitteln, die Abhängigkeitspotential besitzen, ist ein Problem, das Frauen in höherem Alter deutlich betrifft. Ca. 60 – 70.000 Ärztinnen und Ärzte haben mit diesen Arzneimitteln zu tun, dennoch wurde die Broschüre nur etwa 12.000 Mal angefordert. „Hier wird eine Lösung angeboten, aber das Problembewusstsein fehlt“, bemängelt der Herausgeber des Arzneimittelreports der Barmer GEK. Einen weiteren Schritt sieht Glaeske in der Möglichkeit, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) um Prüfung ihrer Leitlinien bei bestimmten Indikationen wie Angina Pecto-



Dr. Regina Klakow-Franck

ris, Herzinfarkt, psychische Erkrankungen hinsichtlich Berücksichtigung des Genderaspekts zu bitten.

Klakow-Franck greift das Stichwort einer Gender-Zusatzbezeichnung in der haus- und fachärztlichen Spezifizierung auf. Nach ihrem Dafürhalten lassen sich die Defizite in der Medizin mit einer Weiterbildung nach dem Abschluss oder dem Erwerb einer Zusatzqualifikation Gender nicht ausgleichen. „Der Genderaspekt muss so früh wie möglich im Medizinstudium berücksichtigt werden“, mahnt sie an.

Wie würde eine Verklammerung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Assistenzberufen – die ja im Wesentlichen weiblich sind – unter dem Genderaspekt aussehen, möchte Albrecht Kloepfer von **Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy** aus dem Publikum wissen. Dem Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind die Kompetenzen, die vom Arzt und der Ärztin weitergegeben werden können, besonders wichtig. Diese Frage hat für sie unmittelbar damit zu tun, welchen Krankheiten man sich intensiv zuwendet. Die chronischen Krankheiten und die Volkskrankheiten bedürfen der regelmäßigen Aufmerksamkeit, aber das müssen nicht unbedingt nur die Mediziner leisten. Kuhlmeiy tritt dafür ein, auch in der Ausbildung der Assistenzberufe die Gender-Frage konsequent und frühzeitig zu integrieren. „Gender ist ein Querschnittsthema, aus dem auf keinen Fall ein Elfenbeinturm-Thema gemacht werden darf“, betont Kuhlmeiy.

Dr. Martina Kloepfer, betonte, dass der 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit selbstverständlich Themen aufgreife, die im Zusammenhang mit der Gender-Frage schon seit vielen Jahrzehnten an unterschiedlichen Orten und in verschiedenen Foren gestellt werden. Der Anspruch der Veranstaltung liege vor allem in der Bündelung dieser Themen und – mit den beiden Gästen Ilona Kickbusch und Beate Wimmer-Puchinger aus der Schweiz und Österreich – einem Blick über den eigenen Tellerrand hinaus. „Gender heißt nicht Frauenmedizin und Gesundheit heißt nicht nur Medizin“, fasste die Kongresspräsidentin zusammen. Das zentrale Anliegen der Veranstaltung ließe sich an der Wahl des Veranstaltungsortes ablesen: In der Mitte von Berlin, der Hochburg des politischen, auch des gesundheitspolitischen Denkens und Handelns. Schon das erzeugt eine breite Wahrnehmung in der Öffentlichkeit. Genau das braucht das Thema Gender-Gesundheit, wie die Vorträge, Workshops und vielen Diskussionsbeiträge auf der Veranstaltung gezeigt haben.

Martina Kloepfer erläutert, der 1. Kongress sei zunächst breitflächig angedacht. Der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 13./14. März 2014 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften wird nun Themen vertiefend vorbereiten: Aspekte wie Pflege,

Kommunikation und Medien, ein Forum für den Überblick aller Gender-Gesundheitsprojekte in Deutschland, das Aufstellen eines gemeinsamen Forderungskatalogs, der die bereits vorhandenen Erkenntnisse der unterschiedlichen Bereiche für den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess fokussiert, können, sollen und werden dabei berücksichtigt werden, versichert die Kongresspräsidentin.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Studiendekanin für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Fresenius Köln, versicherte, der zentral platzierte 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit sei in dieser Form und in diesem Rahmen neu und macht die Veranstaltung extrem attraktiv. Das bedeute jedoch nicht, dass das bisher Erreichte und Getane der Frauenbewegung an Bedeutung verliert.



Plenum

In der Abschlussrunde sagte Georg Heßbrügge die apo-Bank werde beim Thema Kooperation zwischen Medizin und anderen Gesundheitsberufen noch deutlich mehr tun, in dem sie in Hinsicht Kooperationsberatung weiterhin aktiv unterwegs sein werden. Regina Feldmann verwies in diesem Kontext auf die KBV-Broschüre „Richtig kooperieren – Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten“, herausgegeben im Dezember 2012 hin. Aus ihrer Sicht ist es nicht sinnvoll, in der Frage Substitution und Delegation jetzt mit Zwang Ansätze auf den Weg zu bringen, die Grenzen verhärten und von den nachfolgenden Generationen nicht angenommen werden. Glaeske bekräftigte aus seiner wissenschaftlichen Sicht den Vorschlag, von diesem Kongress einen Fragekatalog ausgehen zu lassen. Die Beantwortung der Fragen werde zu Konzepten führen, die ein gezieltes Eingreifen in das System erlauben. Klakow-Franck merkte diesbezüglich an, gesellschaftlicher Wandel werde nicht nur durch Wissenschaft angetrieben. Politische Meinungsbildung vollziehe sich nun mal nicht linear, jede Generation stoße auf verblüffend ähnliche Fragen. Daher müsse immer wieder neuer Anlauf genommen, werden um kleine Schrit-

te gehen zu können. Ein Zeichen in diese Richtung sei für sie Feldmanns Hinweis auf die jungen Frauen gewesen, die lieber in die Niederlassung gehen, statt angestellt zu bleiben. Kurscheid unterstützte Glaeskes These von der dringenden Notwendigkeit, den Ist-Zustand anhand von Daten zu beschreiben. Gleichzeitig sei sie jedoch davon überzeugt, dass sich alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zeitnah den Herausforderungen zu stellen hätten, um die großen Krankheitsproblematiken in den Griff zu bekommen. Die einzige Chance, dieser Aufgabe gerecht zu werden, bestehe darin, Teamstrukturen zu bilden und die zementierte Form der Versorgung in eine breite Aufstellung zu bringen, sonst gebe es mittelfristig ein Finanzierungsproblem. Gender-Gesundheit muss daher Teil einer künftig notwendigen Nachhaltigkeitsstrategie unseres Gesundheitssystems werden.

XII. Interview zum 1. Bundeskongress GenderGesundheit

Mark Never, Vorsitzender der Geschäftsführung der Novartis Pharma GmbH

Sehr geehrter Herr Never, die Mission von Novartis ruht auf drei Säulen, die unter den Begriffen innovative Forschung, soziale und gesellschaftliche Verantwortung und dem Beitrag zur Volkswirtschaft zusammengefasst werden. Wenn sich Novartis jetzt beim 1. Bundeskongress für Gender-Gesundheit engagiert, wie fügt sich dieses Engagement in die Mission des Konzerns?

Diese drei Säulen tragen die übergeordnete Mission „Caring & Curing“, die unser Denken und Handeln bestimmt: So erforscht, entwickelt und vermarktet Novartis innovative Arzneimittel, deren Ziel es ist, Krankheiten zu heilen, Leiden zu lindern und die Lebensqualität von Menschen zu verbessern – und zwar unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter oder anderen Faktoren. Alleine in Deutschland haben wir im letzten Jahr über 230 Mio. € in Forschung und Entwicklung investiert.

Ein großes Thema dabei ist die individualisierte Medizin mit Lösungen, die auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten zugeschnitten sind. Denn die gleiche Erkrankung ist bei jedem Patient anders ausgeprägt oder nimmt einen anderen Verlauf. Hier gilt es, den Einfluss einzelner Faktoren, wie z. B. die Gender-Gesundheit, besser zu verstehen – und genau daher engagiert sich Novartis auf dem ersten Bundeskongress.

Sie sind Amerikaner und haben viele Jahre in Italien und Spanien gelebt. Wie würden Sie Deutschland in der Umsetzung von Chancengleichheit im Vergleich zu den anderen Ländern charakterisieren?

Meines Erachtens liegt Deutschland hier ziemlich weit vorn: Das bestätigen auch aktuelle Studien des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Bertelsmann-Stiftung. Demnach liegt Deutschland weltweit auf Platz sieben, wenn es um Chancengerechtigkeit geht.

Für meine Erfahrungen, die ich in den letzten 12 Jahren bei Novartis gesammelt habe, kann ich sogar weiter gehen: Offenheit für andere Länder und Kulturen, für neues Denken und frische Perspektiven sind hier gefragt – und zwar unabhängig ob in Polen, Ungarn, Italien oder eben Deutschland. Meines Erachtens hat dies einen einfachen Grund: Je unterschiedlicher die Perspektiven, das Wissen, die Erfahrungen, Arbeitsstile und Talente sind, desto

besser die Ideen, die gemeinsam entstehen, – für Innovationen, und auch für die Art, wie wir miteinander umgehen.

Inwiefern berührt die viel zitierte Aussage von einer weiblicher werdenden Medizin auch die konkrete Arbeit eines pharmazeutischen Unternehmens?

Die Medizin war schon immer weiblich geprägt, allerdings wurden Frauen vielfach auf ihre sozialen Fähigkeiten reduziert – oder um es verkürzt zu sagen: Sie war die Krankenschwester, er der Arzt.

Dieses über Generationen verankerte Rollenverständnis weicht in den letzten Jahren zum Glück immer mehr auf. Nicht nur die Medizin versucht hier, auch im Vergleich mit anderen Berufen aufzuholen. Auch in unserem Unternehmen sind derzeit ca. 60 Prozent der Beschäftigten weiblich. Der Frauenanteil in Führungspositionen liegt bei 34 Prozent, damit sind wir im Branchenvergleich zwar im führenden Drittel – für meinen Geschmack allerdings noch nicht dort, wo wir sein könnten.

Sehen Sie für Deutschland Potentiale einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung?

Ich würde das nicht nur auf Deutschland beschränken: Frauen und Männer erkranken oft „anders“. Das prominenteste Beispiel ist sicher die Symptomatik des Herzinfarktes. Vieles über den geschlechtsspezifischen Verlauf von häufigen Erkrankungen sowie die unterschiedliche Wirkung von Arzneimitteln bei Frauen und Männern ist in den Fachbereichen anerkannt. Das gilt, neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, auch für Lungen-, Autoimmunkrankheiten sowie rheumatische und endokrinologische Krankheiten. Auf der anderen Seite besteht allerdings großer Aufholbedarf bei der Ausbildung von Medizinerinnen sowie der Entwicklung angepasster Therapien oder möglicher Präventionskonzepte. Hier sind viele unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen gefordert.

Novartis hat in den letzten Jahren wirksame Arzneimittel für Erkrankungen erforscht und entwickelt, die überwiegend oder sogar ausschließlich Frauen betreffen wie Multiple Sklerose oder Brustkrebs. Selbst exotische Krankheitsbilder, wie die Lymphangioliomyomatose, an der in Deutschland rund 300 überwiegend weibliche Patienten leiden, sind Gegenstand von Untersuchungen bei Novartis.

Dabei haben wir auch den umgekehrten Trend kennengelernt: So treffen Erkrankungen wie der Raucherhusten, an dem früher überwiegend Männer erkrankten, heute auch im öfter Frauen. Als Stichwort sind hier veränderte bzw. die stetige Angleichung der Lebensstile zu nennen. Diese Herausforderungen müssen wir in Zukunft noch stärker berücksichtigen.

Gleichzeitig müssen wir uns den aktuellen gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entwicklungen stellen – ein Spagat, den es künftig zu meistern gilt.

Ein wichtiger Aspekt wird künftig der Entwicklung von Arzneimitteln und entsprechender Studien zukommen, die sich dem Index verpflichten, die Wirkung auf Frauen besser vorhersehbar zu machen. Wie bewerten Sie diesen Index?

Natürlich muss, neben den allgemeinen Anforderungen an die klinische Forschung, jede Studie die Realität – und damit auch die Geschlechtsverteilung – abbilden. Dies wird durch statistische Berechnungen im Vorfeld sichergestellt. Ob ein weiterer Index sinnvoll ist, möchte ich nicht beurteilen. Allerdings gebe ich zu bedenken, dass die Anforderungen an ein innovatives, forschendes pharmazeutisches Unternehmen nicht beliebig erweiterbar sind. Unser Ziel ist es, die Versorgung der Gesellschaft mit innovativen und wirksamen Arzneimitteln zu gewährleisten – und zwar mit der bestmöglichen Information über deren Eigenschaften und zu einem angemessenen Preis. Ein Ziel, das auch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, AMNOG, verfolgt. Eine transparente und innovations-offene frühe Nutzenbewertung kann die gute Patientenversorgung in Deutschland weiter verbessern und das Gesundheitssystem nachhaltig sichern.

Allerdings gilt es, das Prozedere kritisch zu hinterfragen: So wird ein möglicher Zusatznutzen vielfach bereits durch die Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie, die Anzahl der vorgegebenen Subgruppen und die Anforderungen an das Studiendesign entscheidend beeinflusst. Der Nachweis eines Zusatznutzens ist so – aus rein statistischen Gründen – häufig nicht mehr möglich. Gleichzeitig dient diese Bewertung als Basis für die Preisverhandlung, die teilweise von den Personen geführt wird, die vorher über die zweckmäßige Vergleichstherapie und den Zusatznutzen entschieden haben.

Um das Gesundheitssystem, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft etc., nachhaltig zu gestalten und zu sichern, sollten wir hier gemeinsam an zukunftsfähigen und für alle Beteiligten effektiven Lösungen arbeiten.

XIV. Agenda, Testimonials, Impressionen, Presseberichte



Agenda

Donnerstag, 21. März 2013:

12:00 – 13:00 Ankunft & Registrierung

13:00-13:30

- Begrüßung: **Dr. Martina Kloepfer** (Female Resources in Healthcare)
- Grußwort der Schirmherrin: **Annette Widmann-Mauz** (Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit)

13:30-15:00

- Impulse (Politik und Visionen)
 - **Prof. Dr. Marion Haubitz** (Klinikum Fulda, SVR)
 - **Dr. Monika Köster** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
 - **Prof. Dr. Ilona Kickbusch** (Stiftung Careum)

15:00-15:30

- Kaffeepause

15:30-17:00

- Podiumsdiskussion
 - **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale BV)
 - **Thomas Altgeld** (LVG & AFS Niedersachsen e.V.)
 - **Dr. Christoph Straub** (BARMER GEK)
 - **Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger** (Universität Salzburg)
 - **Dr. Beate Wieseler** (IQWiG)
 - **Dr. Regine Rapp-Engels** (Deutscher Ärztinnenbund e.V.)

18:30

- Get-together

Jazzladies

Freitag, 22. März 2013:

09:30-11:30

- Vorträge: Aus der Praxis - und mögliche Lösungen
 - **Dr. Astrid Bühren** (Hartmannbund)
 - **Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek** angefragt (Charité Berlin)
 - **Birgit Fischer** (Verband forschender Pharma-Unternehmen)
 - Wie Gender den Blick auf die Gesundheit verändert

11:30-12:30

- Mittagsimbiss

12:30-14:30

- Workshops (Problembeschreibungen & Lösungsansätze)
 - Fehlmedikation und die Folgen
 - Neue Studien? Andere Medikamente?
 - Prof. Dr. Gerd Glaeske
 - Fragen der richtigen Diagnose
 - Osteoporose, Herzinfarkt, Schlaganfall...
 - Prof. Dr. Heide Siggelkow
 - Sexuell übertragene genitale Infektionen bei der Frau und deren gesellschaftlichen Folgen.
 - Prof. Dr. Udo B. Hoyme
 - Ausbildung und Arbeitsmodelle
 - Strukturwandel – Frauenquote?
 - Dr. Astrid Bühren
 - Genderaspekte und Versorgungseffizienz
 - Prävention, Kuration, Rehabilitation
 - Prof. Dr. Clarissa Kurscheid
 - Dr. Natascha Hess

14:30-14:45

- Kaffeepause

14:45-15:30

- Berichte aus den Workshops

15:30-17:00

- (Podiums-)Diskussion: *Wie weiter...?*
 - **Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 - **Prof. Dr. Gerd Glaeske** (Universität Bremen)
 - **Dr. Regina Klakow-Franck** (Gemeinsamer Bundesausschuss)
 - **Dr. Annette Rommel** (KV Thüringen)
 - **Georg Heßbrügge** (apoBank)
 - **Prof. Dr. Clarissa Kurscheid** (Hochschule Fresenius Köln)

17:00

Testimonials

„Ein Genderkongress ist eine Fundgrube für neue Gedanken und Lösungen, um vermeintlich Altbekanntes mit neuen Augen zu sehen.

Wer wünscht sich nicht die Chance, neue Erkenntnisse zu gewinnen? Kreative, überraschende und neue Gedanken und Sichtweisen sind immer gefragt wenn Neues entstehen und gestaltet werden soll.

Dazu trägt ein differenzierter Blick auf Frauen und Männer bei: was sie wünschen, denken, wie sie handeln und Einfluss nehmen auf Fragen der Gesundheit, Gesellschaft, Arbeitswelt und des Zusammenlebens.

Es macht also Spaß, dabei zu sein und mitzuwirken.“

Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin Verband forschender Pharmaunternehmen

„Glaubt man den geschlechtsspezifischen Verordnungen und Diagnosen, so leiden Frauen an ihrer Psyche und Männer an ihrem Körper. Psychopharmaka werden 2 bis 3 mal häufiger für Frauen als für Männer verordnet - Zuschreibeprozesse oder Reaktionen auf die wahre Prävalenz? Die Folgen sind unübersehbar: 2/3 aller 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen sind Frauen, vor allem im höheren Lebensalter. Die Medikamentenabhängigkeit ist weiblich!

Frauen im höheren Alter bekommen häufiger Arzneimittel aus der PRISCUS-Liste verordnet, also Mittel, die wegen ihrer potenziell gefährlichen unerwünschten Wirkungen in der Arzneimitteltherapie älterer Menschen zu vermeiden sind. So wird das Antidepressivum Amitriptylin (z.B. Saroten®) auch ein Mittel der PRISCUS-Liste 3 mal häufiger für Frauen als für Männer verordnet, das Rheumamittel Etoricoxib (Arcoxia®) geht doppelt so häufig an Frauen wie für Männer. Arzneimittelsicherheit - ein offenbar vernachlässigtes Thema bei Frauen: Schlucken und schweigen!“

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

„Die Barmer GEK ist mit einem Anteil von 60 Prozent weiblicher Versicherter eine ‚Frauenkasse‘. Unsere Versorgungsforschung fragt kritisch nach Geschlechterdifferenzen in der Gesundheitsversorgung, unsere Patienteninformation setzt gezielt auf die Gesundheitskompetenz von Frauen - denn sie sind es, die sich stärker für Gesundheitsfragen interessieren, bewusster mit dem Thema umgehen und es aktiver zur Sprache bringen.“

Dr. Kai Behrens, stellvert. Unternehmenssprecher der Barmer GEK

„AMGEN und GSK unterstützen den Genderkongress, weil beide Unternehmen es für wichtig halten, dass Frauen stärker in den Fokus der medizinischen Versorgung rücken. Das Krankheitsbild der Osteoporose ist hier ein ausgezeichnetes Beispiel. Osteoporose ist eine schleichende – häufig lange unbemerkte - Erkrankung, die vor allem Frauen betrifft, und mit teils erheblichen Schmerzen einhergeht. Leider ist Deutschland Schlusslicht in Punkto Versorgung im Vergleich der 5 größten europäischen Länder. Gerade mal 25 Prozent der Patientinnen in Deutschland erhalten eine ausreichende Osteoporose-Therapie.“

Jutta Dirichs, Patientenbeauftragte der AMGEN GmbH

"Als wir Mitte 2007 den Dentista Club als Verband der Zahnärztinnen gründeten, hatten wir nur eine vage Vorstellung davon, wie vielschichtig die Veränderungen in den Zahnmedizin sind und sein werden, die sich durch den rapide steigenden Anteil an Zahnärztinnen entwickeln. Es macht absolut Sinn, die "Gender"-Debatte auf Bundesebene bewusst zu führen. Entwicklungen sollte man immer begleiten – und sich nicht von ihnen überraschen lassen. So sehen wir auch unsere Aufgabe als Zahnärztinnenverband."

Birgit Dohlus, Pressesprecherin des Dentista Clubs

"Eine nach Geschlecht differenzierende Sichtweise in der Medizin ist unabdingbar. Sie erweitert das Wissen von Ärztinnen und Ärzten über Erkrankungen und macht wirksamere

Therapien für Patientinnen und Patienten möglich".

Dr. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Ich freue mich über die Möglichkeit, einen kleinen Beitrag zu Gelingen dieses wichtigen Kongresses zu leisten. Bis heute ist die geschlechtersensible Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ein belächeltes Randthema in der Medizin. So fristet es immer noch ein stiefmütterliches Dasein in klinischer Forschung und Lehre. Auf die meist fehlende Implementierung in den Lehrplan und die Gedankenstrukturen der Studenten - und damit der zukünftigen Ärztegeneration - muss auch heute noch hingewiesen werden. Unter dem Schlagwort "Gender in der Medizin" verbergen sich noch andere Aspekte wie die weiterhin reduzierten Karrierechancen von Ärztinnen und die Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Insgesamt gibt es genug Stoff für interessante Diskussionen.

Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Direktorin der Medizinischen Klinik III, Klinikum Fulda gAG

„Wenn es um die Behandlung von Patienten geht, kann eine stärker geschlechtsspezifische Betrachtungsweise sinnvoll sein. In anderen Bereichen hingegen wird sie meiner Ansicht nach überbetont, beispielsweise wenn der Ruf nach anderen Arbeitsbedingungen für Ärzte ausschließlich mit der sogenannten Feminisierung des Berufes begründet wird. Vom 1. Bundeskongress für Gender-Gesundheit erhoffe ich mir diesbezüglich eine offene und pragmatische Debatte.“

Regina Feldmann, Kassenärztliche Bundesvereinigung





Ärzte Zeitung, 22.01.2013 12:06

Kongress

Gender Medizin gewinnt an Boden

Gesundheit wird immer häufiger auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten diskutiert. Neu im Kongresskalender ist der 1. Bundeskongress Gender- Gesundheit in Berlin.

BERLIN. "Das Gesundheitswesen wird von den Frauen getragen, aber von der Politik, über die Forschung bis zur Verwaltung von Männern beherrscht", sagt die Berliner Kommunikationswissenschaftlerin Dr. Martina Kloepfer.

Selbst in Italien und der Türkei spielten Frauen im Gesundheitswesen eine bedeutendere Rolle in der Steuerung der Versorgung als hierzulande. Diese Fragmentierung gelte es zu überwinden.

Um dies voranzutreiben, hat sie die 500 Akteurinnen mit den höchsten Funktionen in der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens für den 21. und 22. März nach Berlin zum 1. Bundeskongress Gender Gesundheit eingeladen. Schon jetzt stehe fest, so die Veranstalter, dass es 2014 einen 2. Bundeskongress Gender Medizin geben werde.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern in der Versorgung wäre für die Qualität der Versorgung unproblematisch, wenn sich nicht männliche und weibliche Gesundheit voneinander unterscheiden würden, sagen die Veranstalter des Berliner Kongresses.

Nach wie vor aber konzentrierte sich die Ausbildung des Mediziner Nachwuchses auf den männlichen Körper. Die meisten Wirkstoffe würden eher mit Blick auf die Therapie von Männern getestet, obwohl sie im weiblichen Körper anders verstoffwechselt würden, sagt Kloepfer.

Viel Energie steckten Politik, Selbstverwaltung und Industrie in die personalisierte Medizin. Dabei sei die naheliegendste Differenzierung noch nicht angegangen, nämlich die in weibliche und männliche Medizin.

Von Genderaspekten berührt ist auch die Gesundheitsökonomie. "Es ist noch nicht erhoben, welche Effizienzen darin stecken könnten, wenn Gesundheit und Versorgung männlich und weiblich gedacht würden," sagt Martina Kloepfer.

Thema des Kongresses sind daher auch die gesellschaftlichen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie geschlechterspezifische Versicherungs- und Finanzierungsmodelle.

Der Genderaspekt gewinnt in der Versorgungsdebatte an Boden. Ablesen lässt sich das an der wachsenden Zahl von Studien, Veröffentlichungen und auch Kongressen zu diesem Thema. Noch in diesem Frühjahr will das Robert Koch-Institut zum ersten Mal einen Männergesundheitsbericht vorlegen.

Ende Januar steht der erste Männergesundheitskongress, ausgerichtet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Berlin auf dem Programm, dem ein Männer-Gesundheitssymposium im Juni folgen wird.

Bereits eingeführt ist das Symposium zur Gendermedizin in der Charité, die das einzige Institut für Geschlechterforschung in der Medizin in Deutschland unterhält. (af)

Copyright © 1997-2012 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

Frauen leiden anders, Männer auch

Krankheiten äußern sich je nach Geschlecht der Patienten mit unterschiedlichen Symptomen. Auch wirken viele Therapien anders. Noch sind diese Phänomene zu wenig erforscht, doch zeigt sich: Ärztinnen gehen damit besser um

VON CHRISTOPHER SCHRADER

Die Patientin von Natascha Hess hätte sich viele Schmerzen ersparen können, wenn sie als Mann zur Welt gekommen wäre. Sechs Monate lang hatten sie ihre rechte Schulter und der Oberarm geplagt, der Orthopäde hatte sie vergeblich behandelt. Dann erst kam der Patientin die Idee, doch zum Kardiologen zu gehen. Zu ihrem Glück geriet sie an eine Fachärztin, nämlich die in Berlin niedergelassene Natascha Hess. Die Schulterschmerzen entpuppten sich als eine Folge von Angina Pectoris, einer Durchblutungsstörung, die meist durch eine Engstelle eines Herzkranzgefäßes ausgelöst wird – eine Vorstufe des Herzinfarktes. „Frauen haben bei Herzkrankheiten oft ganz andere Symptome als Männer“, sagt Hess. „Sie werden dann oft als ‚untypisch‘ bezeichnet.“ Als typisch gelten Schmerzen hinter dem Brustbein und in der linken Schulter, so wie sie viele Männer erleben.

Dass sowohl Patienten als auch Ärzte, jeweils beiderlei Geschlechts, über diese Unterschiede noch wenig wissen, ist besonders eine Gefahr für Frauen mit Herzleiden. „Bei einem Mann löst ein Infarkt den typischen Schmerz in der Brust aus, der oft in den linken Arm strahlt. Sie sind dann schnell in der Notaufnahme“, sagt Vera Regitz-Zagrosek, die am Berliner Klinikum Charité das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin leitet. „Bei Frauen ist das wichtigste Symptom häufig Übelkeit. Sie gehen, wenn es an einem Freitag passiert, erst am Montag zum Hausarzt, und kommen sehr verspätet ins Krankenhaus.“ Darum sterben mehr Frauen am ersten Infarkt als Männer – und das gilt besonders für Frauen unter 60 Jahren, deren Herzanfälle sich oft mit geringeren Schmerzen äußern als die von Männern.

Es ist dabei kein Zufall, dass beide Berliner Ärztinnen vor allem Herzleiden als Beispiele für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medizin nennen. Zum einen sind sie Kardiologinnen, zum anderen aber sind diese Unterschiede in ihrem Fachgebiet noch relativ gut erforscht. Doch auch viele andere Krankheiten äußern sich bei Frauen anders als bei Männern, zum Beispiel Osteoporose, Depression oder Lupus erythematodes, eine Autoimmunerkrankung, die Männer selten, aber dafür besonders aggressiv befällt. Sie gelten eher als Frauenkrankheiten, und werden darum bei Männern oft zu spät erkannt und nicht konsequent behandelt.

Blasenkrebs wird bei Frauen anfangs oft als Blasenentzündung verkannt

Blasenkrebs bei Frauen wird anfangs oft als Blasenentzündung verkannt, Männer mit multipler Sklerose werden häufiger zum Orthopäden geschickt, Frauen haben zwar mehr Asthma-Symptome, bekommen aber seltener die entsprechende Diagnose, zeigte Regitz-Zagrosek am Ende der vergangenen Woche auf einem Kongress in Berlin.

Die Gründe dafür liegen zum Teil im biologischen Geschlecht, das die Arbeit der Leberzellen und des Immunsystems sowie die Hormone beeinflusst. Aber auch die sozialen Geschlechterrollen (englisch: gender), spielen eine Rolle. „Männer nehmen zum Beispiel ihre Medikamente oft weniger zuverlässig“, sagte Thomas Altgeld von der Landesgemeinschaft für Gesundheit Niedersachsen. „Die Genderaspekte interessieren zurzeit vor allem Frauen, und die Männer in den Entscheidungspositionen tun sie dann als Frauenthema ab.“

Die Berliner Tagung beschränkte sich aber nicht auf Beispiele, wie Geschlecht und Geschlechtsrolle von Patienten Symptome und Therapie beeinflussen: Es ging auch um das Geschlecht der Mediziner, was die Veranstalter mit der Einladung zum „Kongress für Gender-Gesundheit“ auszudrücken versuchten. Tatsächlich reagieren Ärztinnen häufiger richtig auf geschlechtliche Symptome und behandeln Männer wie Frauen angemessen, sagten viele Teilnehmer, weil sie sich oft mehr Zeit für Gespräche mit den Kranken nehmen als männliche Kollegen.

Oft sei der Dialog nicht so sehr von dem Machtgefälle zwischen Mediziner und Patient geprägt, erklärte Astrid Bühren, die ihre Praxis in Murnau hat. Die Kranken können dann besser erzählen und fühlen sich erster genommen. Die Männer unter ihren Kollegen seien in der Kommunikation eher biomedizinisch, die Frauen biopsychosozial orientiert, so Bühren. Außerdem helfe allein die Zeit, die im Gespräch verbracht werde. „Je länger die Konsultation dauert, desto mehr Ärzte äußern auch den Verdacht auf psychosomatische Leiden.“

„Es gibt schon Hinweise darauf, das Ärztinnen auf die Geschlechtsunterschiede besser reagieren“, sagte auch Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds. Aber es gibt nicht eben viele handfeste Studien. Der Index medizinischer Untersuchungen PubMed listet zum Beispiel kaum 50 Aufsätze aus den vergangenen fünf Jahren auf, die die Worte „physician gender“ enthalten, also „Geschlecht des Arztes“. Darunter ist eine Studie aus Köln, wonach es Medizinerinnen öfter als Mediziner bei ihren Diabetes-Patienten schaffen, dass Blutwerte und Blutdruck die Vorgaben der Leitlinien erreichen. Im Saarland stellten Forscher fest, dass Ärztinnen ihre Patientinnen mit chronischem

Herzversagen im Gegensatz zu männlichen Kollegen häufiger mit ausreichend großen Dosen von Medikamenten versorgen. Und Wissenschaftler aus Davis in Kalifornien fanden heraus, dass Ärztinnen sich den Kranken besser zuwandten als Ärzte, besonders den Patientinnen.

Von einer Medizin, die stärker auf Geschlechtsunterschiede achtet, könnten „auch die Männer profitieren“, sagt die Charité-Professorin Vera Regitz-Zagrosek. Dennoch hätten zumindest in der Kardiologie viele Männer die seit Langem kursierenden Berichte über die bei Frauen unterschiedlichen Symptome als Angriff empfunden, vermutet die Medizinerin. Und da die meisten hohen Positionen von Männern besetzt werden, kann ein solches Unbehagen die Kräfte der Beharrung fördern.

Studienergebnisse werden von 40-jährigen Männern auf 70-jährige Frauen übertragen

Das reicht womöglich bis in die Redaktionen der Fachblätter. Regitz-Zagrosek berichtete auf dem Kongress in Berlin von einer Studie zur Herztransplantation. Frauen seien nur in einem Sechstel der Fälle die Empfängerinnen, obwohl es nach Auswertung der Krankengeschichten mindestens doppelt so viele hätten sein sollen. Das auf dem Gebiet führende Journal habe sich lange geziert, immer wieder Einwände gegen die Veröffentlichung vorgebracht. „Arbeiten zu Geschlechtsunterschieden werden gern abgelehnt, weil ihnen angeblich der rote Faden fehlt“, sagt die Kardiologin. „Das liegt aber daran, dass sie sich ihre Fälle in einer Vielzahl von kardiologischen Erkrankungen zusammensuchen.“ In einem breiten Spektrum von Leiden Differenzen zwischen Männern und Frauen zu doku-

mentieren, gilt den Gutachtern dann als mangelnder wissenschaftlicher Fokus.

Auch zur Frage, ob das Medizinsystem womöglich effizienter werden kann, wenn es Frauen gezielt anders behandelt als Männer, kommt die Forschung zu wenig voran. „Wir können das vermuten, wenn Patientinnen den Umweg über Hausarzt, Orthopäde und vielleicht auch Psychiater zum Kardiologen nehmen“, sagt die Gesundheits-Ökonomin Clarissa Kurscheid von der Fresenius-Hochschule in Köln. „Wahrscheinlich werden da Kerzen mit Champagner gelöscht. Aber es gibt keine Studien dazu.“ Daten für die erste Orientierung besäßen kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, aber sie von „den beiden Elefanten“ zu bekommen, sei bisher niemandem gelungen.

Daher bleibt die Medizin in vielen Fällen implizit auf Männer ausgerichtet. „Früher galt doch: Ein normaler Mensch, das ist ein junger Mann“, sagt Ärztinnenbund-Chefin Rapp-Engels. Bei Zulassungsstudien von Medikamenten waren Frauen als Teilnehmer sogar lange ausgeschlossen, weil die Planer unerwünschte Wirkungen bei Eintritt einer Schwangerschaft ausschließen wollten. Das war als Schutz der Frauen gedacht, führte aber dazu, dass sie später Arzneien bekamen, über deren Wirkung im weiblichen Körper Daten fehlten.

Bis heute gibt es Probleme mit der inzwischen erlassenen Vorschrift, Frauen angemessen zu berücksichtigen. „Immer noch werden Ergebnisse von 40-jährigen Männern auf 70-jährige Frauen interpoliert“, klagt Gerd Glaeske, der sich an der Universität Bremen seit Langem mit dem Pharmamarkt beschäftigt. „Wenn wir Männern und Frauen eine Einheitsdosis verordnen“, ergänzt Vera Regitz-Zagrosek, „dann ist die Chance groß, dass wir die Männer unter- und die Frauen übertherapieren.“



23.03.2013 / Wirtschaft/Soziales / Seite 9

Gender-Medizin ist Neuland

Kongress in Berlin: Männer und Frauen unterscheiden sich als Patienten und als Ärzte

Von Ulrike Henning

Auf dem ersten Bundeskongress »Gender-Gesundheit« diskutierten Mediziner über Herausforderungen und Potenziale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung.

»Warum Frauen jammern und Männer sich umbringen« - so lautet der saloppe Titel einer Vorlesung im Wahlpflichtfach »Gender in der Medizin« an der Universität Lübeck. Sehr verbreitet ist die Auseinandersetzung um männer- oder frauentypische Gesundheitsgefahren an deutschen Universitäten und Kliniken allerdings noch nicht. Die Teilnehmer des Bundeskongresses »Gender-Gesundheit«, der am Freitag in Berlin zu Ende ging, wollen das ändern.

»Geschlechtersensible Medizin ist keine Frauenmedizin«, räumt Marion Haubitz, Internistin mit Schwerpunkt Nierenheilkunde, mit einem verbreiteten Vorurteil auf. Sie verweist in ihrem Vortrag auf die sogenannte Schmetterlingsflechte. Diese systemische Autoimmunerkrankung betrifft in neun von zehn Fällen Frauen. Die Aktivität der Krankheit kann durch eine Schwangerschaft gesteigert werden. Das Problem sind die schubförmig verlaufenden Gelenk- und Organentzündungen. Erkrankte Männer können andere Symptome zeigen, die Diagnose ist bei ihnen schwieriger, aber der Verlauf aggressiver, so Haubitz: »Sie müssen doppelt so häufig zur Dialyse, die Sterblichkeit ist höher als bei den Frauen.« Ein Grund könnte darin liegen, dass Männer medizinisch genauso behandelt werden wie Frauen. Schauen Forscher und Praktiker genauer hin, können sie therapeutisch auf die Unterschiede reagieren - und allen Beteiligten Leid ersparen.

Geschlechterfragen in der Medizin beschränken sich nicht auf biologische Faktoren, Gene oder Hormonkonstellationen. Auch hier hat Marion Haubitz ein Beispiel: Lebendnierspender sind vor allem Frauen, die Empfänger vor allem Männer. Offenbar werden hier Geschlechterrollen deutlich, die auch unter dem Begriff Gender - für das soziale Geschlecht - zu fassen sind. Auch Patientinnen haben besondere soziale Bedingungen, die berücksichtigt werden müssen: Unter den Alleinerziehenden sind neun von zehn Frauen, unter den Medikamentenabhängigen über

<http://www.neues-deutschland.de/artikel/816658.gender-medizin-ist-neuland.html?action=print>

Seite 1 von 2

65 Jahre sind es zwei Drittel, von Frauen werden deutlich mehr Migränemittel, Schilddrüsenpräparate und Antidepressiva eingenommen als von Männern.

Während aber Vitaminpräparate schon geschlechterspezifisch beworben werden, da sie mit unterschiedlichen Spurenelementen angereichert sind, bleibt diese Differenzierung bei den meisten Medikamenten und in vielen anderen medizinischen Feldern noch aus. Das liegt mit daran, dass Frauen in Deutschland erst seit etwa 100 Jahren Medizin studieren können. Zwar sind heute unter den Studienanfängern zwei Drittel Frauen, ihr Anteil sinkt jedoch mit jedem Ausbildungs- und Karriereschritt. Bei den leitenden Krankenhausärzten sind dann schließlich nur noch knapp neun Prozent weiblich. Um den Blick genauer auf kranke Frauen und Männer richten zu können, bedarf es wohl auch hier deutlicher Veränderungen.

URL: <http://www.neues-deutschland.de/artikel/816658.gender-medizin-ist-neuland.html>

XV. Referentinnen und Moderatorinnen

Thomas Altgeld ist Diplom Psychologe und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Er ist Herausgeber des Newsletters zur Gesundheitsförderung "impulse" und Vorstandmitglied der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Dr. Astrid Bühren ist Beisitzerin im geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes und war seit 1997 Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes. Neben ihrer Tätigkeit als niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, setzt sie sich für Chancengleichheit von Frauen und für geschlechtersensible Medizin ein.

Regina Feldmann ist Vorstandsmitglied der Kassenärztliche Bundesvereinigung und dort zuständig für die hausärztliche Versorgung. Zuvor war die Allgemeinmedizinerin Mitglied und Vorstandsvorsitzende der KV Thüringen.

Birgit Fischer ist seit 2011 Hauptgeschäftsführerin des Verbands forschender Pharma-Unternehmen (vfa). Zuvor war sie Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in NRW und parlamentarische Geschäftsführerin der SPD Landtagsfraktion in NRW.

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist Co-Abteilungsleiter für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung an der Universität Bremen und Professor für Arzneimittelanwendungsforschung. Er ist Herausgeber der BARMER GEK Arzneimittelreports und vormals Arzneimittelreports der Gmünder Ersatzkasse.

Prof. Dr. Marion Haubitz ist Direktorin der Medizinischen Klinik für Nephrologie am Klinikum Fulda und Mitglied des Sachverständigenrats des Bundesgesundheitsministeriums zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Dr. Natascha Hess ist stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin und niedergelassene Ärztin für Innere Medizin, Kardiologie Sport- und Sozialmedizin, sowie für Allgemeinmedizin.

Georg Heßbrügge ist seit 2006 Leiter des Bereichs Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank) und Geschäftsführer der health care akademie e. V.

Prof. Dr. Udo B. Hoyme ist seit 1993 Direktor der Frauenklinik an der Medizinischen Hochschule Erfurt, seit 1994 Klinikum Erfurt GmbH bzw. HELIOS-Klinikum, sowie Leiter des HELIOS Brustzentrums Erfurt/ Gotha.

Prof. Dr. Ilona Kickbusch ist Mitglied des leitenden Ausschusses der Careum Stiftung und Direktorin des Global Health Programme, am Graduate Institute in Genf. Sie prägte während ihrer langjährigen Tätigkeit bei der WHO die internationale Gesundheitspolitik, besonders im Bereich Gesundheitsförderung.

Dr. Regina Klakow-Franck ist seit Juli 2012 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Fachärztin für Gynäkologie war zuvor stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer.

Dr. Albrecht Kloepfer ist Publizist, Moderator und Politikberater im Gesundheitswesen. Er ist Herausgeber des „GesundheitsPolitischen Briefs“, sowie Leiter des Berliner Büros für gesundheitspolitische Kommunikation.

Dr. Martina Kloepfer ist Autorin des Blogs Female Resources und Gastgeberin des „Frühstücks für Führungsfrauen“. Darüber hinaus ist sie Trainerin für Wirtschaftsrhetorik und Dozentin an der Europäischen Fernhochschule Hamburg.

Dr. Monika Köster ist für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) tätig. Sie ist Mitautorin des BZgA Gesundheitsförderung-Leitbegriffs Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming.

Dr. Ilona Köster-Steinebach ist Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Zuvor war sie für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns tätig.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid ist Studiendekanin für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Fresenius Köln sowie Beraterin für Projekte mit integrativem Versorgungsansatz.

Dr. Regine Rapp-Engels ist Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. Sie ist Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin und Naturheilverfahren.

Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek ist Direktorin und Mitgründerin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité Berlin. Weiterhin ist sie Koordinatorin des Berliner

Standortes des Deutschen Zentrums für Herz- und Kreislaufforschung und Vorstandsmitglied des Cardiovascular Research Center an der Charité.

Dr. Daniel Rühmkorf ist Staatssekretär a.D. des Ministeriums Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Zuvor war er Referent für Gesundheitspolitik und Pflege der Partei DIE LINKE im Deutschen Bundestag.

Prof. Dr. Heide Siggelkow ist Leiterin der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie an der Universität Göttingen und des Endokrinologikums Göttingen. Sie ist Vorsitzende des Dachverbandes für Osteologie e.V.

Dr. Christoph Straub ist Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, zuvor war der promovierte Mediziner im Vorstand der Rhön-Klinikum AG und stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse.

Annette Widmann-Mauz ist seit 2009 Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestages. Bis zu Ihrem Amtsantritt war sie u.a. gesundheitspolitische Sprecherin der CDU Fraktion.

Dr. Beate Wieseler ist seit Oktober 2011 Ressortleiterin Arzneimittelbewertung im Institut für Qualität Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die studierte Biologin war zuvor u.a. Leiterin der europäischen Medical Writing Abteilung bei Kendle International Inc.

Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger ist seit 1978 im Bereich der Frauengesundheit in Forschung und Praxis engagiert. Sie ist Gründerin des Wiener Programms für Frauengesundheit, das sie seit der Gründung 1998 als Frauengesundheitsbeauftragte leitet.

XVI. Sponsoren, Partner und Organisation

Sponsoren:



Partner:



STIFTUNG GESUNDHEIT



Deutscher Pharmazeutinnen Verband



Verband der Diätassistenten
Deutscher Bundesverband e.V.
German Dietitian Association

Organisation:



FEMALE
RESOURCES
DR. MARTINA KLOEPFER

DR. ALBRECHT KLOEPFER

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Man ● **MariPunktBremen**
Veranstaltungs-Organisation

XVII. Einladung zum 2. Bundeskongress GenderGesundheit



BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT

2. BundesKongress GenderGesundheit

Herausforderungen und Potentiale
geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung

Termin und Ort:

13. - 14. März 2014 Berlin
Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
Jägerstraße 22/23

Der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit, am 13. und 14. März 2014 in Berlin, möchte sich verstärkt dem Genderaspekt in und der Kooperation zwischen den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen widmen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer Zunahme multipler Erkrankungen hat auch die Politik erkannt, dass Pflege ein immer wichtigerer Baustein in der Versorgungslandschaft wird. Eine engere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe wird künftig erforderlich sein und neben Ausbildung und angemessener Honorierung für eine Aufwertung des Pflegeberufs und der übrigen nicht-ärztlichen Heilberufe sorgen. Eine strikte Hierarchie, mit der klassischen Delegation von oben nach unten, wird der Kooperation weichen (müssen). Gerade im Krankenhausbereich dürfte eine zunehmende Zahl von Ärztinnen in Führungspositionen nicht ohne Einfluss auf Arbeitsweise und Strukturen des klinischen Versorgungsalltags bleiben. Damit könnte auch eine Chance auf Überwindung enger hierarchischer Grenzen und die Etablierung gemischter Teams einhergehen, deren Effizienz sich in anderen Wirtschaftsbereichen bereits gezeigt hat. Darüber hinaus wirken auch Arbeitszeiten und Lebensauffassungen, die gerade Karrieren von Müttern als sekundär einstufen, nicht nur der Forderung nach mehr Frauen in Führungspositionen entgegen, wir werden sie uns auch angesichts der demographischen Herausforderungen nicht mehr lange leisten können.

Anlässlich des Männergesundheitsberichts 2013 wird ein weiterer Fokus des 2. Kongresses auf der Diagnose psychischer Erkrankungen liegen. Beim Krankheitsbild der Depression sind Männer deutlich unterversorgt. Während ein "weiblicher" Herzinfarkt noch überwiegend nach männlichen Symptomen diagnostiziert wird, droht eine "männliche" Depression unerkannt zu bleiben, wenn sie sich nicht mit "weiblichem" Rückzug äußert, sondern mit externalisiertem und (auto-)aggressivem Verhalten. Während für Frauen eine psychische Erkrankung tolerabel und gesellschaftlich weitgehend akzeptiert ist, scheitern Patienten wie Ärzte häufig an einem tradierten reduzierten Männlichkeitsbild. Ein Top-Down-Kommunikationsstil zwischen Arzt und Patient und die Furcht vor Stigmatisierung verhindern oft eine adäquate Diagnose und Behandlung – mit hohen Kosten für die Betroffenen, ihr Umfeld und des Gesundheitssystems.

Geschlechterstereotype, tief gesellschaftlich verinnerlicht, sorgen also auch heute noch für Ungleichgewichte in der Versorgung. Für eine geschlechteradäquaten Wahrnehmung und Diagnose bedarf es einer Ausbildung, die nicht allein auf das Multiple-Choice-Test-Verfahren setzt, sondern auch auf Kommunikationskompetenzen.

Aktuelle Informationen unter: <http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de>

Vorläufige Agenda

Donnerstag, 13. März 2014:

13:00 – 14:00 Ankunft & Registrierung

14:00 – 14:30 Eröffnung

14:30 – 16:00 Plenum I (Gesundheitsberufe)
Delegation
Pflege und Selbstpflege
Honorierung

16:00 – 16:30 Kaffeepause

16:30 – 18:00 Diskussion
Finanzierungsmodelle
Arbeitskonzepte
Lebensentwürfe

18:00 – 18:30 Sektempfang

18:30 – 22:00 Parlamentarischer Abend

Freitag, 14. März 2014:

09:00 – 11:00 Plenum II (Gender in Diagnose und Therapie)
Ausbildung
Psychische Erkrankungen
Arzneimittel

11:00 – 11:30 Kaffeepause

11:30 – 13:30 Workshops 1 - 4
Versorgungsmodelle und -forschung
Best Practice
Sprechen und Führen
...

13:30 – 14:30 Mittagspause

14:30 – 15:00 Berichte aus den Workshops

15:00 – 16:00 Politische Konzepte im Dialog (MdB-Gespräch)

Medienpartner



WELT DER
KANKENVERSICHERUNG

Weitere Sponsoren und Partner sind herzlich willkommen. Wenn Sie sich für unseren "Sponsorenbrief" interessieren, wenden Sie sich bitte an:

Mari Punkt Bremen Veranstaltungs-Organisation e.K.
Marion Kayser
Otto-Gildemeister Str. 12
28209 Bremen

info@maripunktbremen.de
Tel: 0421 / 303 24 21