

DOKUMENTATION

4. **BUNDESKONGRESS** **GENDERGESUNDHEIT**

Herausforderungen und Potentiale
geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung
Geschlechterspezifische Aspekte in der Onkologie

12./13. Mai 2016 Berlin

Impressum:

Herausgeber: Dr. Martina Kloepfer, Female Resources in Healthcare

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Plenumsdokumentation: Cindy Ria Becker, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

© Female Resources in Healthcare, Berlin 2016

Inhalt

VORWORT DR. MARTINA KLOEPFER.....	5
GRUßWORT DES SCHIRMHERREN MARIO CZAJA.....	9
PLENUM I: GESCHLECHTERASPEKTE IN DER ONKOLOGIE.....	15
I.1 PROF. DR. WOLF-DIETER LUDWIG, AKDÄ	
I.2 PROF. DR. MARGARETHE HOCHLEITNER, UNIVERSITÄT INNSBRUCK	
I.3 DR. FRANZISKA DIEI, KBV	
I.4 DR. MARTINA PÖTSCHKE-LANGER, DKFZ	
PLENUM II: STRUKTUREN.....	25
II.1 PROF. DR. DR. BETTINA PFLEIDERER, MEDICAL WOMEN'S INTERNATIONAL ASSOCIATION	
II.2 DR. CHRISTIANE GROß, DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND E.V.	
II.3 PROF. DR. CLARISSA KURSCHIED, IGV KÖLN	
WORKSHOPS.....	33
WORKSHOP 1: GENDERUNTERSCHIEDE – UNTERSCHÄTZTE AUSWIRKUNGEN IN DER ONKOLOGISCHEN THERAPIE	
WORKSHOP 2: GENDERASPEKTE IN DER PSYCHOONKOLOGISCHEN BERATUNG	
WORKSHOP 3: EU-VERSORGUNGSFORSCHUNGSPROJEKT SUSTAIN	
WORKSHOP 4: KRANKENKASSEN UND GESCHLECHTERSENSIBLE VERSORGUNG: EIN PRAXISBEISPIEL	
PLENUM III: VERSORGUNG.....	43
III.1 DR. DAG SCHÖLPER, BUNDESFORUM MÄNNER	
III.2 PD. DR. RALPH SCHNEIDER, HELIOS KLINIKUM WUPPERTAL	
III.3 PROF. DR. ANDREAS SCHNEEWEIß	
III.4 PROF. DR. PETRA THÜRMAN, HELIOS KLINIKUM WUPPERTAL	
PODIUMSDISKUSSION: QUALITÄT 2.0 – FRAGEN AN DIE POLITIK.....	51
REFERENTEN, PODIUMSTEILNEHMER, MODERATOREN.....	55

Vorwort Dr. Martina Kloepfer

Kongresspräsidentin, Female Resources

Sehr geehrter Herr Senator, lieber Herr Czaja,
sehr geehrter Herr Professor Ludwig,
sehr geehrte Frau Professor Thürmann,
sehr geehrte Frau Professor Pfeleiderer,
sehr geehrte Frau Dr. Groß,
sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Sponsoren und Partnerverbände
sehr geehrte Referentinnen und Referenten
liebe Kongressteilnehmer und Kongressteilnehmerinnen,
meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich freue mich sehr, Sie heute zum 4. Bundeskongress Gender-Gesundheit wieder in Berlin, wieder in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften begrüßen zu können, hier, wo alles angefangen hat.

Kommen die Erkenntnisse aus der Gender-Medizin im Versorgungsalltag an? Lassen sich Effizienzreserven heben, wenn geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden? Und was muss sich strukturell ändern, um nicht nur Führungspositionen im Gesundheitssystem geschlechterparitätisch zu besetzen – In Kliniken und in Gremien?

Das sind die Fragen, die wir uns vor gut drei Jahren gestellt haben und das sind die Fragen, die wir uns auch dieses Jahr stellen. Vor allem vor dem Hintergrund der politischen Entwicklung, die der Kongress sozusagen immer etwas im Voraus begleitet.

Hier ist der Koalitionsvertrag, 18. Legislaturperiode, 2013 zu nennen:

- *„Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“*

Und in der Fortsetzung das Präventionsgesetz 2015, das im § 2b SGB V die Krankenkassen miteinbezieht und damit ein Schritt in die Erstattung einschlägt:

- *„Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten*

Rechnung zu tragen“

Und schließlich ganz aktuell der Koalitionsvertrag in Baden-Württemberg 2016 mit einem ausdrücklichen Passus zu Frauen- und Männergesundheit:

- *"Gesundheitsverhalten, Erkrankungen, Reaktionen auf Medikamente und Symptomata sind geschlechtsspezifisch. Wir werden daher die geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung ausbauen, das Differenzbewusstsein an medizinischen Fakultäten fördern, eine geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung einführen und unabhängige Beratung fördern"*

Was ist davon im Versorgungsalltag schon angekommen?

- Schauen wir auf zunächst auf die Leitlinien. Denn hier werden Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden diskutiert, mit denen die Gender-Medizin sozusagen ihren Anfang – vor einigen Jahrzehnten – genommen hat. Stichwort: Herzinfarkt bei Frauen. Erkenntnisse, die 2011 in der ESC Pocket-Guideline der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der European Society of cardiology noch gar keine Berücksichtigung fanden. Ich zitiere: „Frauen und Männer sollten in gleicher Weise diagnostiziert und behandelt werden“ (S. 32)
- Hier wird auch die Förderinitiative "Gesund – ein Leben lang" des BMBF (Bundesministeriums für Bildung und Forschung) und damit die Ausschreibung zur Förderung gendersensibler Studien in der Prävention- und Versorgungsforschung April (2016) hoffentlich als Katalysator den Prozess beschleunigen
- Auch das Netzwerk des Bundeskongresses Gender-Gesundheit hat sich an den Start begeben beim Innovationsfonds – mit einem Antrag zu einem Versorgungsforschungsprojekt.

Was erwartet uns also heute beim 4. Bundeskongress?

Wieder ein medizinischer Schwerpunkt: die geschlechtsspezifischen Aspekte in der Onkologie. Abgesehen von den klassischen Krebserkrankungen, die den überwiegend Geschlechtern zugeordnet werden, wie das Mammakarzinom oder der Prostatakrebs, kann das Geschlecht eine Rolle bei der Diagnose auch scheinbar geschlechtsneutraler Krebserkrankungen spielen; ganz gewiss bei der Dosierung von Medikamenten und Wirkstoffen z.B. von Schmerzmitteln. Galt und gilt z.T. noch Lungenkrebs als ausgesprochene Männerkrankheit,

holen Frauen – im Zuge der Emanzipation auch bei den schädlichen Angewohnheiten auf – z.B. beim Rauchen, was hier zu einer höheren Erkrankungsrate führt.

Stichwort Effizienzreserven: Wie muss eine geschlechtersensible Gesundheitsversorgung überhaupt beschaffen sein, um im Alltag praktikabel zu sein? Dieser Strukturfrage werden wir heute ebenso nachgehen wie der viel diskutierten Frage nach Honorarunterschieden bei Ärztinnen und Ärzten.

„Mädels studiert einfach ‚das Richtige‘ (nicht so sehr Orchideenfächer) dann kommt Ihr schon auf den Chefsessel“, war der heiße Tipp zu Zeiten der hitzigen Quotendiskussion.

Medizinerinnen haben das Richtige studiert – schon vor 10 Jahren – und sind immer noch nicht adäquat in Führungspositionen angekommen und häufig nicht beim gleichen Honorar ihrer männlichen Kollegen. Hier sind die Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten z.T. beträchtlich. Warum ist das so? Das wird uns heute Nachmittag beschäftigen – auch im internationalen Vergleich.

Wo wir schon bei Quoten sind: Es wird zwar viel von Frauenquoten in prestigeträchtigen und meist gut bezahlten Berufssparten gesprochen, aber sehr selten von Männerquoten in vermeintlich weniger attraktiven Berufen – z.B. in der Pflege. Auch darauf werden wir einen Blick werfen.

Nach getaner Arbeit wird der „Gesundheitspolitische Abend“ heute im Anschluss in diesen Räumen stattfinden; wieder mit Begleitung der „Jazzladies“, die für den Gesang sorgen – für den Wein und etwas zu essen sorgen wir.

Auch in diesem Jahr möchten wir den Abend mit der Verleihung des Forschungspreises Gender-Gesundheit, eröffnen, den das Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxishochschule Köln igv und der Bundeskongress nun zum zweiten Mal vergeben und wieder (geschlechterparitätisch) an eine Preisträgerin und einen Preisträger verleiht.

Zum Schluss meiner kurzen Begrüßung möchte ich mich bei unseren Sponsoren für die breite Unterstützung und zum Teil auch sehr schnelle Unterstützung sehr herzlich bedanken.

Damit dieser Kongress wieder an diesem zentralen Ort, am Gendarmenmarkt stattfinden kann. Einem Ambiente, was nicht nur schön und besonders ist und das die öffentliche Wahrnehmung für dieses Thema weiter erhöht und damit in einer breiten gesellschaftspolitischen Öffentlichkeit sichtbar wird.

Mein großer Dank gilt aber auch unseren zahlreichen Partnerinstitutionen. Die wieder dabei sind und die neu dazu gekommen sind, die uns mit ihrem Netzwerk, mit ihren Möglichkeiten unterstützt haben. Genau für diesen interdisziplinären Austausch auf breiter Ebene ist dieser Kongress gedacht.

Ganz herzlichen Dank auch die Referentinnen und Referenten, die uns an ihrer Expertise teilhaben lassen und mit diskutieren und z.T. zum zweiten Mal dabei sind.

Abschließend aber nochmal Dank Ihnen, sehr geehrter /lieber Herr Senator Czaja dass Sie uns als erster Schirmherr (!) mit Ihrer Schirmherrschaft unterstützt haben.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich wünsche Ihnen in den nächsten beiden Tagen interessante Einblicke und Gespräche.

Herzlichen Dank!

Grußwort des Schirmherren Mario Czaja

Senator für Gesundheit und Soziales

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig,

sehr geehrte Frau Prof. Dr. Dr. Bettina Pfleiderer

sehr geehrte Frau Dr. Christiane Groß, liebe Frau Dr. Klopfer

sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste,

ich begrüße Sie herzlich zum Bundeskongress Gender-Gesundheit mit dem Schwerpunkt „Geschlechtsspezifische Aspekte in der Onkologie“, der nunmehr zum 4. Mal in Berlin stattfindet, und freue mich über Ihr zahlreiches Erscheinen.

Gern habe ich die Schirmherrschaft für diesen Kongress übernommen, da ich davon überzeugt bin, dass ein geschlechtersensibles Herangehen an medizinische Interventionen, eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zur Folge hat. Das betrifft diagnostische Verfahren, Therapien, Medikation, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.

In Berlin gibt es nunmehr eine lange Tradition und Schwerpunktsetzung in der Auseinandersetzung mit der Gendermedizin. So wurde bereits beim ersten internationalen Symposium zur Gendermedizin im Jahr 2006 in Berlin die Gründung einer Internationalen Gesellschaft für Gendermedizin diskutiert und 2007 gegründet.

Zudem war die Humboldt-Universität zu Berlin die erste Universität in Deutschland, die 1997 einen transdisziplinären Magisterhauptfachstudiengang Geschlechterstudien/Gender Studies einrichtete. Und das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin wurde im Jahr 2003 als interdisziplinäres Zentrum ins Leben gerufen und ist seit 2007 ein eigenständiges Institut an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Dies sind eindruckliche Beispiele für das wachsende Bewusstsein der Geschlechtersensibilität in der medizinischen Versorgung.

Seit den Anfängen der Gendermedizin Mitte der 1980er Jahre ist schon einiges erreicht worden. Zumindest der medizinischen Fachwelt ist bekannt, dass sich Krankheiten bei Männern und Frauen unterschiedlich manifestieren können. So kann sich eine Depression bei Männern z. B. durch eine erhöhte Risikobereitschaft, Wutattacken oder geringe Stresstoleranz äußern und nicht durch die klassische Symptome einer Depression, wie vermindertes

Selbstwertgefühl und dem Gefühl der Wertlosigkeit, Suizidgedanken, Schlafstörungen die weitgehend durch Studien mit einem hohen Frauenanteil bestimmt wurden.

Ein weiteres Beispiel ist die unterschiedliche Wirkung von Arzneien aufgrund der biologischen und physiologischen Unterschiede von Männern und Frauen. So werden bei Frauen in der Leber Wirkstoffe langsamer abgebaut. Ebenso lösen bei Frauen bestimmte Wirkstoffe, die in manchen Antibiotika und in Mitteln gegen Übelkeit nach einer Chemotherapie vorhanden sind, verglichen mit Männern häufiger Herzrhythmusstörungen aus.

Unterdessen besteht zumindest unter Expertinnen und Experten Einigkeit darüber, dass die Berücksichtigung von Genderaspekten, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten führt.

Bis zur Umsetzung in der Praxis ist aber noch ein weiter Weg zurückzulegen. Es gilt, noch viele Akteure im Gesundheitswesen zu überzeugen. Ende 2013 wurde ein Online-Fragebogen an 48 Versorgungsmanager der größten Kassen verschickt. Immerhin lag der Rücklauf bei 57 Prozent, was zeigt, dass das Thema grundsätzlich interessant ist. Aber fast drei Viertel der Befragten gaben an, dass Gendermedizin derzeit noch nicht ausreichend in der Regelversorgung berücksichtigt wird. Ein Viertel gab an, dies nicht beurteilen zu können. Und obwohl die befragten Krankenkassenvorstände bei der Einbeziehung von Gendermedizin sich eine hochwertigere (85 Prozent) beziehungsweise kosteneffizientere (80 Prozent) Patientenversorgung erwarten, spielt das Thema kassenintern offensichtlich noch keine große Rolle. So gaben 63 Prozent der Befragten an, dass genderspezifische Aspekte selbst im kardiovaskulären Bereich nicht berücksichtigt werden, obwohl zu diesem Gebiet evidenzbasierte Studien vorliegen.

Die Mehrheit der Interviewten (52 Prozent) meint aber, man werde wohl Gendermedizin selbst in fünf Jahren immer noch als ein Randthema einstufen.

Was muss geschehen, damit das Thema in der Medizin berücksichtigt wird? Zum einem benötigen die Krankenkassen aus ihrer Sicht mehr „belastbare Fakten“. Daher sind die Forschung und die Verbreitung der so gewonnenen Fakten so wichtig und ich freue mich, dass dieser Kongress seit Jahren dazu beiträgt.

Zum anderen müssen medizinische Genderaspekte in Leitlinien integriert werden. Derzeit sind lediglich in den Leitlinien der Kardiologie geschlechtsspezifische Aspekte in der Arzneimitteltherapie verankert.

Eine Schlüsselrolle kommt hierbei den Ärztinnen und Ärzten zu.

Sie sollten über ausreichendes Wissen über Gendermedizin verfügen und an ihre Patientinnen und Patienten vermitteln. Doch die gendermedizinische Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte ist noch nicht etabliert, wird von Universität zu Universität unterschiedlich gehandhabt, ist mal Pflicht, mal fakultativ oder wird gar nicht gelehrt. Dasselbe gilt für die Weiterbildung der Mediziner und ist damit abhängig von dem Engagement Einzelner.

Daher freue ich mich, dass es in enger Kooperation mit dem Institut für Geschlechterforschung gelungen ist, bei der curricularen Neukonzeption des Modellstudiengangs an der Charité, Genderaspekte und Genderdidaktik systematisch und fächerübergreifend im Curriculum zu verankern. Das heißt, es gibt einerseits Kurse, die sich thematisch ausschließlich mit Geschlechts- und Gendereinflüssen befassen, andererseits werden die Genderaspekte in alle anderen medizinischen Themen, in denen sie eine Rolle spielen, integriert.

Somit ist die Charité die einzige Universität, die Gendermedizin im regulären Curriculum für die Medizinstudenten anbietet. Mit dem für die Masterstudiengänge entwickelten Modul Gendermedizin, das im Bereich Public Health als Fortbildung für Mediziner angeboten wird, ist die Charité Vorreiterin in Deutschland und Europa.

Geschlechtergerechte Lehre kann damit insgesamt zur Qualitätssteigerung der Lehre beitragen, denn sie gibt Lehrenden und Lernenden Methoden an die Hand, mit sozialer und kultureller Vielfalt umzugehen und diese zu nutzen.

Ein weiterer wichtiger Akteur für die Berücksichtigung von Genderaspekten in der medizinischen Versorgung ist die Pharmaindustrie. Und obwohl es jetzt schon fast zum Allgemeinwissen gehört, dass man Frauen nicht, wie jahrzehntelang in der Vergangenheit üblich, als „kleine Männer“ betrachten kann, muss immer noch festgestellt werden, dass mit Ausnahme von Medikamenten für Erkrankungen, die nur bei Frauen oder Männern vorkommen, es kaum Empfehlungen gibt, welche Medikamente bei Frauen aber auch bei Männern zu favorisieren sind und in welcher Dosierung. Auch hat es sich noch nicht allgemein herumgesprochen, dass manche Medikamente nicht die erhoffte Wirkung bei beiden Geschlechtern erzielen, z.B. beugt Aspirin bei Männern gegen Herzinfarkt vor, bei Frauen hingegen nicht.

Diese Unterschiede müssen noch stärker berücksichtigt werden, als es heute der Fall ist.

Schon beim Versuchsdesign müssen die geschlechtsspezifischen Unterschiede berücksichtigt werden. Sicherlich sind damit höhere Aufwendungen für eine geschlechtsspezifische Arzneimittelentwicklung verbunden. Aber es geht voran, mittlerweile gibt es viele Studienergebnisse, die Nebenwirkungen geschlechtsspezifisch erfassen.

Selbiges gilt auch auf die Medizintechnikhersteller. Seit 2007 ist eine Knieendoprothese verfügbar, die mit ihrem Design die weibliche Anatomie berücksichtigt und so für einen verbesserten Sitz sorgt und sogar bei Männern, bei entsprechenden anatomischen Voraussetzungen, zum Einsatz kommt.

Auch die U.S. Food and Drug Administration (FDA) befürwortet die Teilnahme von Frauen an klinischen Studien, um geschlechtsspezifische biologische Unterschiede besser verstehen zu können (U.S. Food and Drug Administration 2014)

Last but not Least ist die Politik gefordert, den Prozess, dass die Forschungsergebnisse eine adäquate Berücksichtigung in Medizin finden, zu unterstützen. Und auch da sind wir auf einem guten Weg: Im Koalitionsvertrag heißt es:

„Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“

Die Europäische Union macht seit 2014 die Erteilung von Fördergeldern davon abhängig, dass bei Forschungsvorhaben auf geschlechtsspezifische Unterschiede geachtet wird.

Im § 2b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch steht: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Abschließend möchte ich kurz noch auf eine weitere Facette der Gendermedizin eingehen, ich meine die Gendergerechtigkeit bezogen auf die beruflichen Karrierechancen und Entlohnung.

2013 lag laut einer Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Frauenanteil am ärztlichen Personal in Krankenhäusern bei rund 46 Prozent.

Im Kontrast dazu sind 26 Prozent der Leitungsfunktionen von Frauen besetzt, der Anteil der Chefärztinnen wird auf acht bis zehn Prozent geschätzt. Bei den W3/C4 Professuren stellen Frauen 5,6 Prozent (Zahlen von 2014).

Angesichts dessen, dass im Moment fast 70 Prozent der Medizin-Studenten weiblich sind, sollte im Sinn der Chancengleichheit umgesteuert werden. Es sollten strukturelle Veränderungen in Krankenhäusern vorgenommen werden, die einerseits Ärztinnen gestatten, Teilzeit zu arbeiten, um eine Familie und Beruf zu vereinbaren und andererseits gleichzeitig eine

Führungsposition auszufüllen. Natürlich bei gleicher Entlohnung wie ihre männlichen Kollegen.

Ich bin zuversichtlich, dass sich der Trend, Gendermedizin als einen wichtigen Bestandteil in der Medizin zu etablieren, durchsetzt. Dieser Kongress wird, wie die bisherigen drei Kongresse auch, dazu beitragen. Nun freue ich auf die nächsten Beiträge und bin gespannt auf weitere Impulse für unsere Arbeit.

Plenum I: Geschlechteraspekte in der Onkologie

I.1 Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, AKdÄ

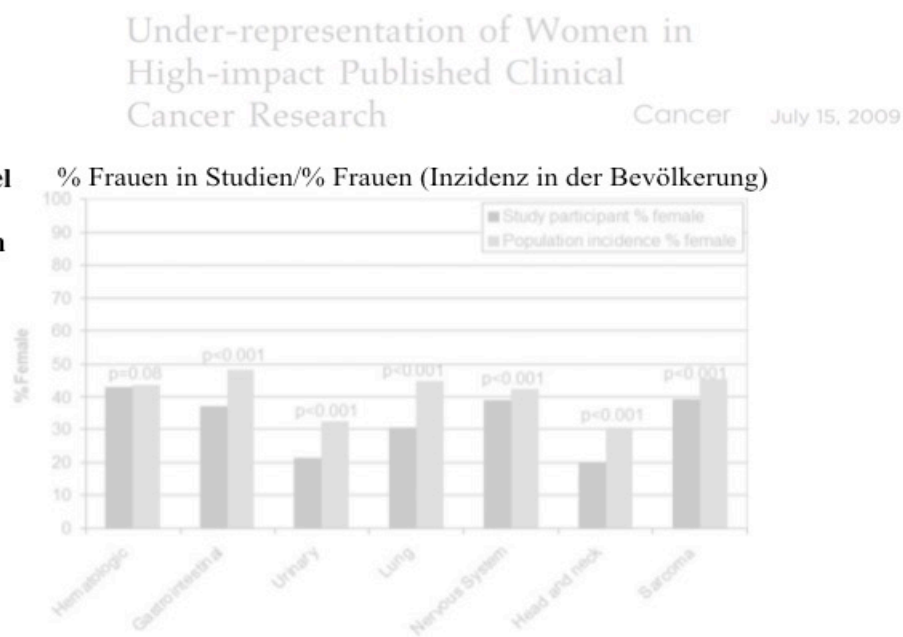
Geschlechteraspekte der Arzneimitteltherapie in der Onkologie

Trotz verheißungsvoller Entwicklungen im Rahmen der Krebstherapie der letzten Jahrzehnte fällt das Resümee der „personalisierten Medizin“ für Prof. Ludwig äußerst ernüchternd aus. Dies sei nicht nur dem Umstand geschuldet, dass die Erwartungen an eine zielgerichtete Krebstherapie aufgrund der Vielzahl der Gen-Mutationen selten erfüllt werden könnten. Ludwig machte deutlich, dass selbst die Basis für eine personalisierte Medizin trotz bereits existenter medizinischer Erkenntnisse nicht gegeben ist:

Frauen sind noch immer in onkologischen Studien unterrepräsentiert, obwohl Studien seit Jahrzehnten geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakokinetik belegen und die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen onkologischen Therapie auch von offizieller Seite anerkannt wird.



**N=1534 Artikel
2006
8 Zeitschriften**



CONCLUSIONS. Women were under-represented as participants in recently published, high-impact studies of non-sex-specific cancers. Studies that received government funding included a higher proportion of female subjects. Cancer 2009;115:3293-301. © 2009 American Cancer Society.

„Seit 20 Jahren beschäftigen wir uns mit Unterschieden der Arzneimitteltherapie bei Frauen und Männern mit Krebserkrankungen. Im Jahr 2016 müssen wir ganz nüchtern feststellen:

„Eine individualisierte Präzisionsmedizin in der Onkologie, ausgerichtet am Geschlecht ist eindeutig Fehlanzeige!“

Frauen sind häufiger von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs) und Toxizität betroffen als Männer. Die Toxizität der chemotherapeutischen Behandlung ist insgesamt von vielen Faktoren abhängig: Dazu gehören genetische und nicht-genetische Faktoren sowie Interaktionen mit anderen Medikamenten. Anhand einer Studie zeigte Ludwig auf, dass Frauen beispielsweise sehr viel häufiger als Männer im Rahmen der fluorouracilbasierten Chemotherapie gegen das Colorectal-Karzinom unter Toxizität leiden, obwohl das Arzneimittel auf die Körperfläche berechnet exakt dosiert wurde.



Women Experience Greater Toxicity With Fluorouracil-Based Chemotherapy for Colorectal Cancer

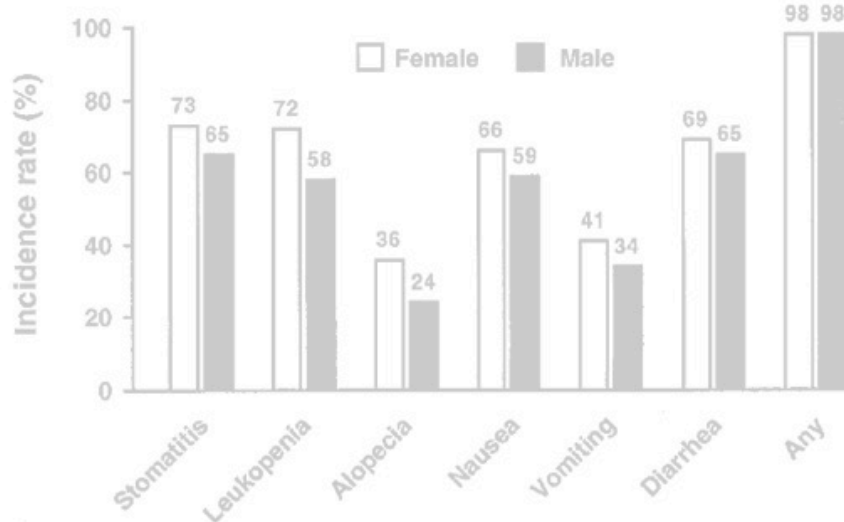


Fig 1. Incidence of any toxicity. All female to male comparison for individual toxicity rates P values $< .02$.

J Clin Oncol 20:1491-1498. 2002

Bei der optimalen Dosierung der Arzneimittel müssten laut der Studienergebnisse noch andere Faktoren berücksichtigt werden, da die Berechnung der Körperoberflächen nicht die pharmakokinetischen Unterschiede widerspiegelt. Dennoch haben diese Ergebnisse bislang keine Auswirkungen auf die „individuelle“ Dosierung.

Die geringe Patientenzahl sowie der geringe Frauenanteil in onkologischen Studien machen deutlich, dass die Aussagekraft hinsichtlich der Wirksamkeit und der Sicherheit der Medikamente im Alltag unzureichend ist. Demnach könnten auch kaum Aussagen hinsicht-

lich der internen und externen Validität getroffen werden, da sich eine qualitativ hochwertige Versorgung auch daran bemisst, inwiefern in den Zulassungsstudien patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt werden.

Die Notwendigkeit einer genderstratifizierten onkologischen Behandlung wird zwar in offiziellen Dokumenten, wie zum Beispiel in den Empfehlungen der Europäischen Arzneimittel-Agentur, anerkannt, dennoch sind diese Empfehlungen nur ein erster Schritt in Richtung einer optimalen onkologischen Patientenversorgung, denn bislang fehlen Strukturen, die die Berücksichtigung der Forschungsergebnisse in der Praxis ermöglichen.

I.2 Prof. Dr. Margarethe Hochleitner, Universität Innsbruck

Männer schneiden schlechter ab – Gendermedizin?

In ihrem Vortrag „Männer schneiden schlechter ab – Gendermedizin?“ verdeutlichte Frau Prof. Hochleitner die Notwendigkeit, Männer noch gezielter auf Präventionsangebote im Rahmen der Krebsfrüherkennung anzusprechen. Bundesweit gehen weniger Männer als Frauen zur Krebsvorsorge. Dabei erkranken mehr Männer als Frauen an Krebs und mehr Männer sterben an der Krankheit. Selbst wenn Frauen und Männer an der gleichen Krebsart erkranken, sterben Männer zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Erkrankung.

„Prävention ist vor allem weiblich besetzt“

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Inklusion von Frauen in klinischen Studien und der mangelhaften Zugangsmöglichkeiten einer genderstratifizierten onkologischen Versorgung ist das Thema „Prävention“ mehrheitlich weiblich besetzt. Zahlen der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung verdeutlichen dies: Frauen nehmen fast zu 80 Prozent an Krebsfrüherkennungen teil, Männer nur zu 53 Prozent. Große Defizite lassen sich bei Männern im Alter zwischen 35-44 Jahren erkennen: Hier nehmen nur 25,4 Prozent der Männer primäre oder sekundäre Präventionsleistungen in Anspruch.

Tabelle 3.1
Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFE)
Angaben in Prozent der befragten Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 35 Jahren

	jemals Teilnahme an KFE	
	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	68,5	(67,6–69,4)
Frauen gesamt	79,9	(78,9–80,9)
Alter: 20–34 Jahre	64,9	(62,6–67,1)
35–44 Jahre	84,6	(82,7–86,4)
45–54 Jahre	87,3	(85,4–88,9)
55–64 Jahre	89,0	(86,9–90,8)
ab 65 Jahre	78,0	(75,5–80,3)
Bildung: Untere Bildungsgruppe	73,3	(70,3–76,1)
Mittlere Bildungsgruppe	80,8	(79,7–81,9)
Obere Bildungsgruppe	87,0	(85,8–88,1)
Männer gesamt	53,0	(51,5–54,6)
Alter: 35–44 Jahre	25,4	(23,0–27,9)
45–54 Jahre	50,1	(47,2–53,0)
55–64 Jahre	67,3	(64,0–70,5)
ab 65 Jahre	71,7	(68,7–74,5)
Bildung: Untere Bildungsgruppe	43,5	(37,1–50,2)
Mittlere Bildungsgruppe	52,2	(50,1–54,2)
Obere Bildungsgruppe	58,2	(56,5–59,9)



Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner

Gesundheit in Deutschland aktuell 2010
Robert Koch-Institut 2012

Dank der Meilensteine in der individuellen Therapie, könnten Frauen und Männer heute dieselben Chancen haben, eine Krebserkrankung zu überleben. Das Ziel der Gendermedizin sollte sein, Awareness auf Seiten beider Geschlechter zu schaffen und darüber hinaus dafür zu sorgen, dass bereits vorhandenes Wissen Eingang in die betreffenden medizinische Fachbereiche findet. Als Beispiel führte Frau Prof. Hochleitner Defizite im Rahmen klinischer Studien an: Obwohl die pharmakokinetischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern seit langer Zeit bekannt sind, wird das Geschlecht der Versuchsmäuse in Phase-1-Studien außer Acht gelassen. Eine getrennte Auswertung kann so nicht erfolgen, eine genderstratifizierte Betrachtung bleibt bereits zu Studienbeginn außen vor.

Hinsichtlich einer stärkeren Einbindung von Männern in die Krebsvorsorge verwies Prof. Dr. Ludwig in der anschließenden Diskussion auf bestehende Defizite in der Umsetzung einer informierten Patientenentscheidung für oder gegen ein Screening. Prof. Hochleitner und Prof. Ludwig waren sich einig, dass Ärzte stärker in die Pflicht genommen werden müssten, um die Patienten besser über den Nutzen eines Screenings aufzuklären.

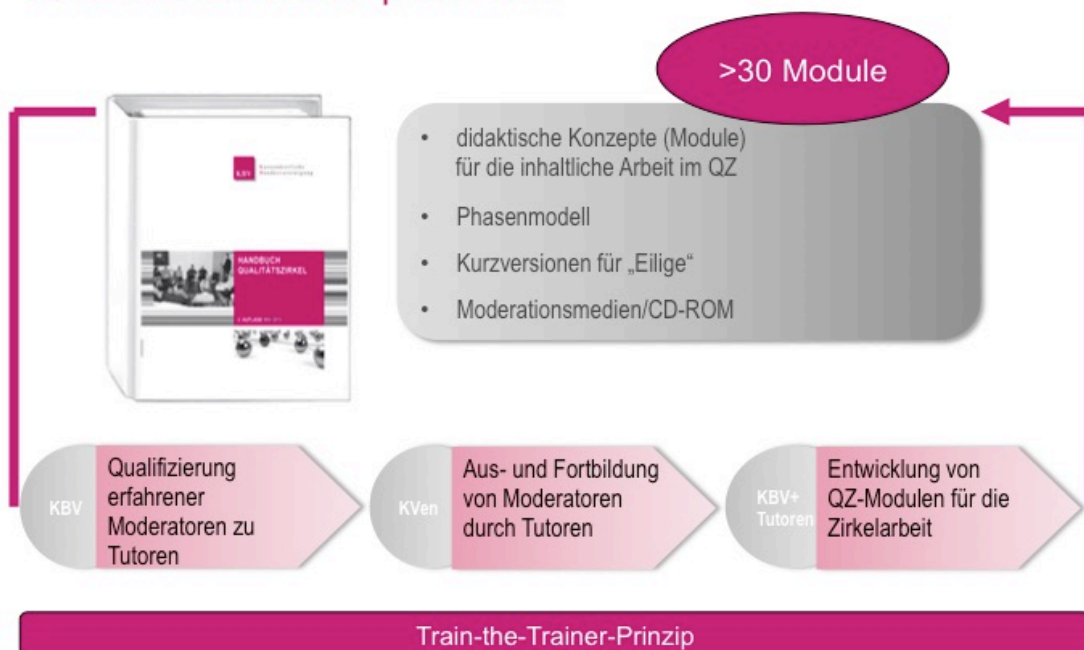
I.3 Dr. Franziska Diel, KBV

Vertragsärztliche Qualitätszirkel zum Thema: Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung

Frauen sind im Rahmen einer hohen leitliniengerechten Versorgung besser versorgt als Männer in einer mittleren leitliniengerechten Versorgung. Die Unterschiede lassen sich vor allem in der jüngeren Altersgruppe finden. Disease-Management Programme müssen auch geschlechtertheoretische Faktoren beinhalten. Versorgungsunterschiede lassen sich derzeit unter anderem dadurch begründen, dass die Nebenwirkungen und die Komorbiditäten und Akzeptanz und Adherence bei Medikamenten unterschiedlich sind.

Als ein adäquates Mittel, geschlechtersensible Versorgung langfristig in die Behandlungspraxis zu implementieren, stellte Frau Dr. Diel den vertragsärztlichen Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor. Die Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definieren Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung als Gruppen von Vertragsärzten und/oder -psychotherapeuten, die durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit zur Qualitätsentwicklung nach dem Best-Practice-Prinzip beitragen.

Qualitätszirkel-Konzept der KBV



Die

KBV unterstützt diese Zirkel, indem sie Module beispielsweise zu den Themen: Pharmakotherapie, Hygienemanagement, kultursensible Versorgung aufbereitet. Die Zirkel arbeiten mit selbst gewählten Themen und beruhen auf dem Grundprinzip des Peer Reviews, das es ermöglicht, geschlechtersensible Versorgung zu reflektieren und zu implementieren. Qualitätszirkel stellen ein etabliertes Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung sowie der Fortbildung dar.

Die Aspekte einer geschlechtersensiblen Versorgung werden zunehmend in fachliche Versorgungsstandards (NVL/LL) aufgenommen und in vertragliche Normvorgaben (DMP) verankert. Frau Diel sprach sich in diesem Zusammenhang für eine intensivere Versorgungsforschung aus.

I.4 Dr. Martina Pötschke-Langer, DKFZ

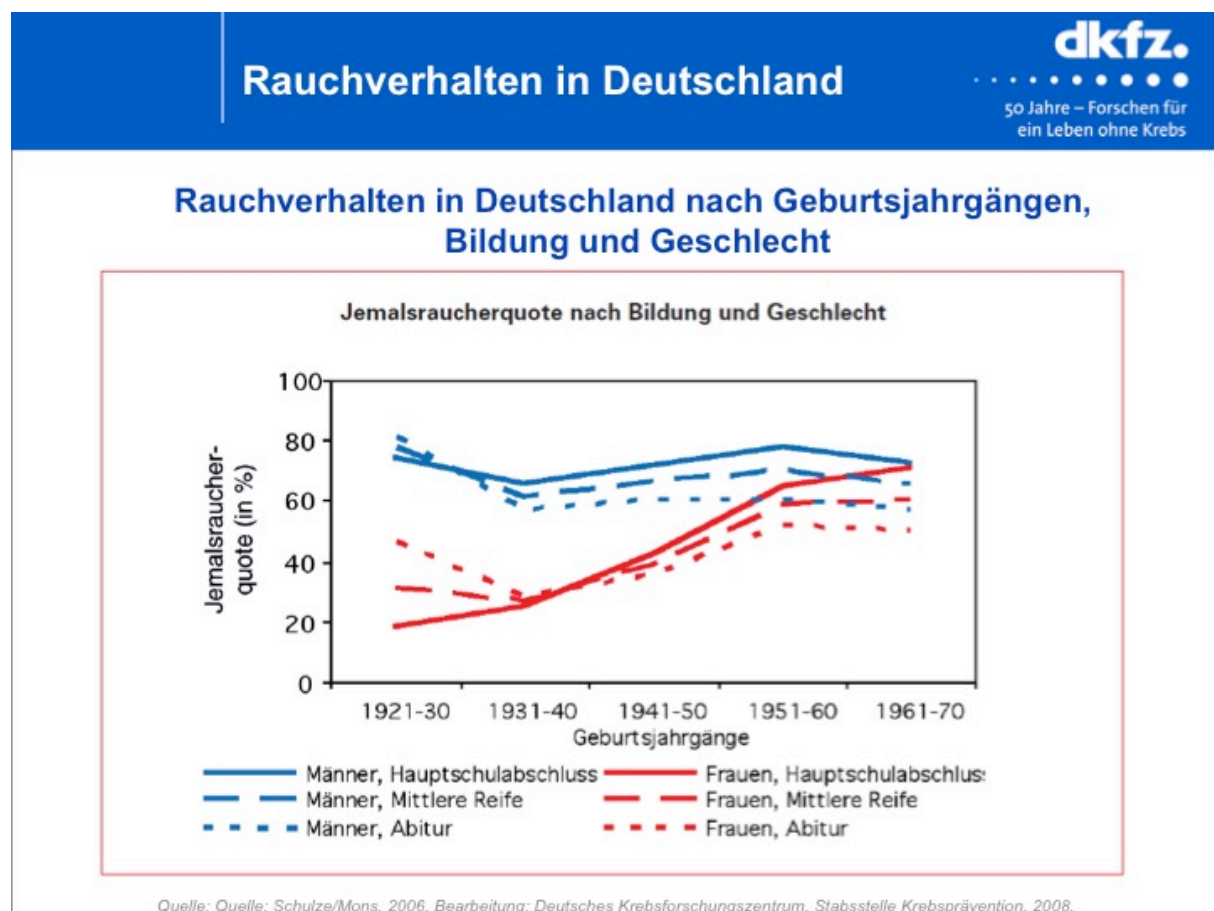
Lungenkrebs – keine Männersache

Lungenkrebs betrifft nicht mehr mehrheitlich nur Männer. Während die Lungenkrebsinzidenz in den letzten Jahren bei Männern zurückgegangen ist, ist sie bei Frauen angestiegen. Europäischen Daten zufolge werden Frauen in den nächsten Jahren häufiger an Lungenkrebs erkranken als an Brustkrebs.

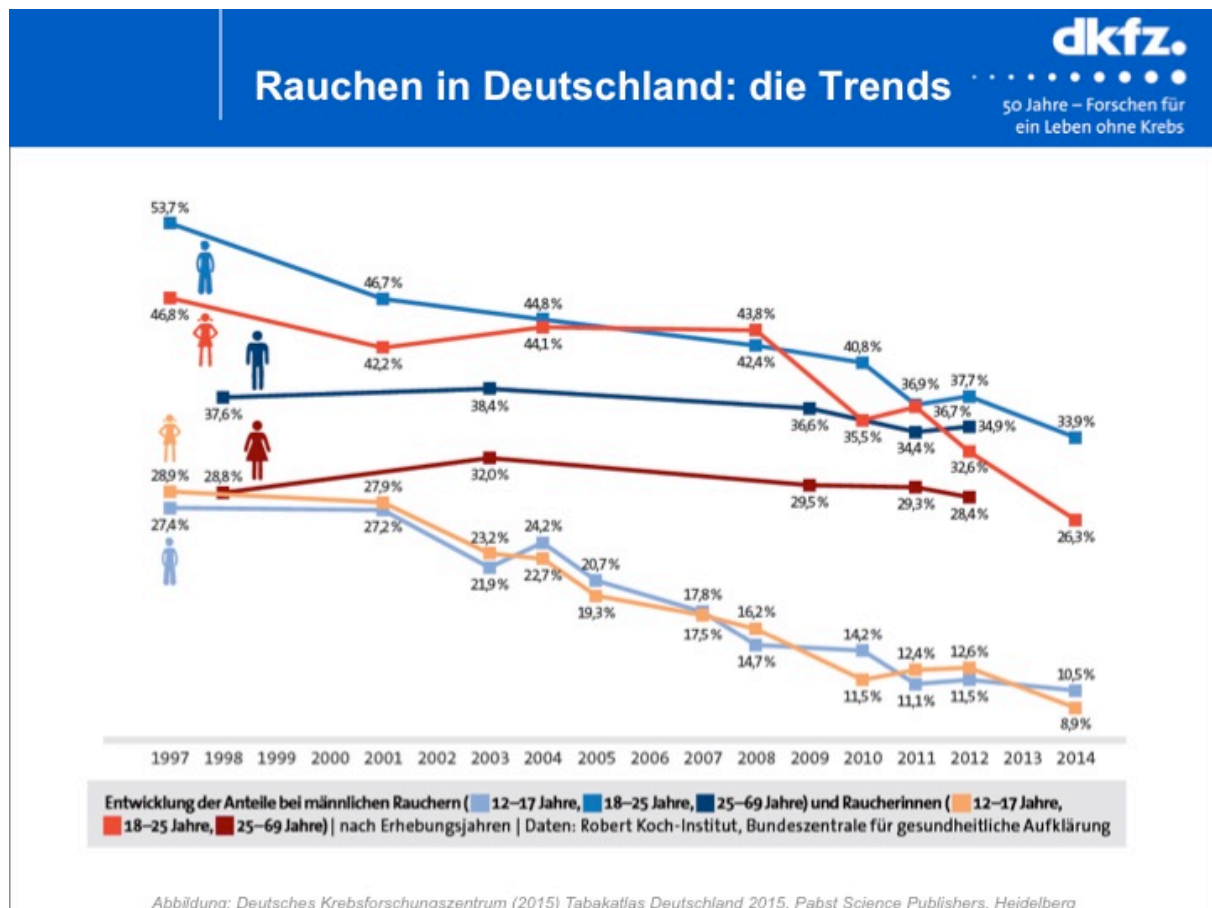
„Das Rauchen wird zum sozialen Problem“

Rauchen junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren heute weniger als noch vor fünf Jahren, ist der Trend heute bei der mittleren und bei der älteren Generation ansteigend.

Erhebliche Unterschiede im Rauchverhalten lassen sich auch entlang der sozialen Schichtung ausmachen: So sind bei qualifizierten und akademischen Berufen die Raucheranteile geringer als bei manuellen und einfachen Dienstleistungsberufen.



Die bisherigen Maßnahmen hätten schon viel erreicht: So ist der Zigarettenkonsum von im Jahr 2001 148 Milliarden gerauchter Zigaretten pro Jahr auf 80 Milliarden gesunken. Auch hatten die Nichtraucherchutzgesetze in der Vergangenheit bereits den Effekt, dass ein Rückgang des Rauchens in den eigenen Räumen zu verzeichnen war.



Auch Tabaksteuererhöhungen beeinflussen das Rauchverhalten von Jugendlichen stark. Schulprogramme dagegen waren aufgrund geringer Reichweite weniger wirksam.

Lücken im Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor den Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums müssen geschlossen werden. Eine gute Lungenkrebsprävention ist heute möglich, die größten Effekte auf das Rauchverhalten haben gesetzliche Maßnahmen, insbesondere Tabaksteuererhöhungen und Nichtraucherchutzgesetze. Vor dem Hintergrund der allgegenwärtigen Tabakwerbung forderte Frau Dr. Pötschke-Langer ein umfassendes Tabakmarketingverbot, um der Gesundheit eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Weiterhin deutliche Tabaksteuererhöhungen sind notwendig, nur sie können den Tabakkonsum auch in Zukunft drastisch absenken. Letztlich ist auch eine Lobbykontrolle der Tabakindustrie ein klares Gebot der Stunde.

Plenum II: Strukturen

II.1 Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer, Medical Women's International Association

Wo stehen die deutschen Ärztinnen im internationalen Vergleich?

Unter dem Motto „Mehr Ärzte und Ärztinnen braucht das Land“ thematisierte Prof. Pfeleiderer den steigenden Ärztebedarf der kommenden Jahrzehnte in Europa, der auf die Zunahme von chronischen Erkrankungen wie koronare Herzerkrankungen, Diabetes, Tumorerkrankungen zurückzuführen ist.

Ärztinnen arbeiteten bevorzugt in den Bereichen Kinderheilkunde, Gynäkologie und als Hausärztinnen – folglich in jenen Bereichen, die mit vergleichsweise geringem Einkommen assoziiert sind. Auch ist ein stetiger Anstieg an Medizinstudentinnen und Ärztinnen in Europa zu verzeichnen. Zwei Drittel der Studienanfänger in der Humanmedizin und die Mehrzahl junger Ärzte sind weiblich (57% der unter 35-Jährigen). Diese Zunahme würde in den Medien, aber auch in den unterschiedlichen Fachbereichen laut einer Umfrage als Bedrohung empfunden werden.

Global - Schwierigkeiten von Ärztinnen sind ähnlich

Spagat zwischen

- Karriere
- Haushalt
- Traditionellem Familienbild
- Eigenem Rollenverständnis

Unbewusste Benachteiligung

- Beurteilung
- Förderung im Beruf

Vorurteile

- Weibliche Ärztinnen arbeiten nicht genug, Gefahr für Patienten
- Rabenmütter

Benachteiligung im Forschungsalltag

- Männer erhalten 67% höhere Mittel als Frauen bewilligt
- Frauen als Erstautor mit männlichem Letztautor - weniger kompetent



Ärztinnen kehren dem System den Rücken zu und verlassen die kurative Medizin

Die Ärztedichte sei in vielen europäischen Ländern vergleichbar, wenig Daten gebe es jedoch über die Arbeitsbedingungen, wie viele Arbeitsstunden von diesen Ärzten geleistet werden müssen. Die Probleme seien aber global dieselben: der Spagat zwischen Karriere,

Haushalt, dem traditionellen Familienbild und dem eigenen Rollenverständnis. Ärztinnen, die gleichzeitig Familie haben, werden immer noch als weniger belastungsfähig bewertet und werden folglich im Beruf seltener gefördert als ihre männlichen Kollegen. Dies sei auch einer der Gründe, weshalb Ärztinnen auch im globalen Vergleich – Beispiele aus Kanada und den USA anführend – seltener in Führungspositionen kommen.

Auch werden Frauen im Forschungsalltag benachteiligt: So erhalten Männer zu 67 Prozent höhere Forschungsförderungen als Frauen. Die Folge ist, dass Ärztinnen mehrheitlich aufgrund fehlender Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Beruf dem System häufiger den Rücken kehren und die kurative Medizin verlassen.

Pfleiderer forderte neben einer Quote auf Leitungsebene eine verstärkte Zusammenarbeit von politischen Institutionen wie dem Deutschen Ärztinnenbund und eine klare internationale Zusammenarbeit, um „Best practice Models“ mit anderen europäischen Ländern zu erarbeiten.

II.2 Dr. med. Christiane Groß, Deutscher Ärztinnenbund e.V.

Was machen Ärztinnen anders? Honorarunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich nicht nur immer noch in ihren jeweiligen Honoraren, sondern sie kommunizieren auch anders. Ärztinnen kommunizieren besser und behandeln ganzheitlicher als ihre männlichen Kollegen, so die Ergebnisse einer Studie zur Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht. Diese ganzheitliche Betrachtung und Behandlung stelle, laut Dr. Groß, nicht nur einen Vorteil für Patientinnen und Patienten dar, sondern sei auch für Krankenkassen und Versicherer vorteilhaft, da vor allem bei chronisch erkrankten Patienten die Compliance nachweislich gesteigert werden kann und dies letztlich ökonomische Auswirkungen habe.

Die Honorarunterschiede sind beträchtlich: Ärztinnen in eigener Praxis erwirtschaften über 64.000 Euro weniger pro Jahr als Ärzte. Dabei blieb der Jahresüberschuss bei 104.600 Euro im Vergleich zu 168.000 Euro bei den männlichen Kollegen. Nach Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) beträgt die Differenz zwischen Praxisinhaber (162.600 Euro) und Praxisinhaberin (119.900 Euro) beim Jahresüberschuss 42.700 Euro. Dies sei nicht nur darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger in Teilzeit arbeiteten. Pro Arzt/Ärztin erwirtschaftet eine Inhaberstunde bei Ärzten bei 66,97 Euro bei Ärztinnen jedoch nur knapp 50 Euro. Auch behandeln Ärztinnen generell weniger Patienten und wählen weichere Behandlungsfächer, die eine zeitintensivere Behandlung notwendig machen. Während Frauen über alle Fachgruppen hinweg im Schnitt auf 38,3 Minuten je Patient oder Patientin kommen und insgesamt auf 763 Patienten und Patientinnen, kommen Ärzte nur auf 31,1 Minuten, aber auf 1138 Patientinnen und Patienten.

Je höher Ärztinnen aufsteigen, desto größer ist die Einkommensdifferenz. Neben der Abschaffung dieser offensichtlichen Diskriminierung gelte es auch Formen subtiler Diskriminierung keinen Nährboden zu geben.

„Mehr Gleichheit in allen Bereichen: Honorierung und eine gerechte Verteilung von Stellen in den Leitungsebenen!“

Frau Groß forderte eine bessere Honorierung der sprechenden Medizin sowie eine gerechtere Verteilung von Stellen in den Leitungsebenen, denn bislang sind die Entscheidungsträger in politischen Gremien überwiegend männlich.

Es müsste darüber hinaus stetiger Druck bei der Etablierung familienfreundlicher Bedingungen erfolgen, damit Arbeitszeiten konsequent eingehalten werden können.

II.3 Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, igv Köln

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie von ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen

Die zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung sind vielfältig. Der häufig erwähnte soziodemografische Wandel und die Epidemiologie von chronisch degenerativen Erkrankungen machen deutlich, dass in Zukunft der anwachsenden Personalknappheit in der Pflege und bei der Ärzteschaft Einhalt geboten werden muss. Überraschenderweise nahm der Anteil der Ärztinnen in Krankenhäusern in den Jahren 2004 bis 2014 laut der Krankenhausstatistik mit einem Wachstum von 4,9 Prozent zu.

Zahlen, Daten, Fakten



Berlin, 12.05.2016

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

6

Dennoch geben viele Ärztinnen ihren Vollzeit-Job auf. Während die meisten männlichen Mediziner 10 Jahre nach Abschluss ihres Studiums in Vollzeit arbeiten (91%), widmen sich viele Frauen zu diesem Zeitpunkt verstärkt der Familie. Nach Informationen des Hochschulinformationssystems sind nur 48% aller weiblichen Medizin-Absolventinnen 10 Jahre nach Abschluss in Vollzeit beschäftigt.

Auch werden die sich veränderten Berufsbilder und die damit einhergehenden begrenzten personellen Ressourcen erwähnt: Aufgrund der ohnehin schon begrenzten personellen Ressourcen im Gesundheitswesen sowie des stetig wachsenden Bedarfs der heutigen Berufseinsteiger nach einer ausgewogenen Work/Life-Balance muss das Gesundheitssystem reagieren und Lösungen anbieten können. Im weiteren Verlauf ihres Vortrags widmete sich Prof. Kurscheid der familiengerechten Gestaltung der Arbeitszeit. Einer Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2015 zufolge, haben 52 Prozent der Befragten ein schlechtes Gewissen, weil sie zu wenig Zeit für ihre Kinder haben. Ob diese Voll- oder Teilzeit arbeiten, das schlechte Gefühl der Eltern bleibt gleich: So haben 56 Prozent der in Vollzeit oder Teilzeit tätigen ein schlechtes Gewissen. Die „Sandwichgeneration“ hat derzeit eine große Bürde zu tragen: Sie übernimmt Pflegeaufgaben und ist neben der Berufstätigkeit aber immer noch mit entsprechenden Erziehungsaufgaben betraut.

Wie sehen also Lösungsansätze aus, eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen in Krankenhäuser zu ermöglichen und Ärztinnen wieder in den Vollzeit-Job zu integrieren? Wie eine Vereinbarkeit in Krankenhäuser erzielt werden kann, zeigt eine Umfrage des BMFSF mit diversen Krankenhäusern: abgestufte Teilzeit (Reduktion bis auf 80 Prozent der Arbeitszeit), flexible Betreuung im Notfall, Bereitstellung von Belegplätzen, Häuser bieten 24/7 Tagesmutter/Väter, Ankauf von Belegplätzen für Kitas, Erreichbarkeits- und Fixzeiten-Standards, verlässliche Dienstzeiten und Flexi-Dienste, Stand-by-Dienste/Jokerdienste, Vertrauensarbeitszeit, Team-Servicezeiten bzw. Modulsysteme und Jahreszeitkonten.



Die Schaffung von Vereinbarkeitsstrukturen stellt auch für die Krankenhäuser einen erheblichen Nutzen dar: Neben der Sicherung der qualifizierten Arbeitskräfte und einer höheren Identifikation und Leistungsbereitschaft werden Kosten eingespart, die Marktposition gestärkt, das Krankenhaus erfährt einen Imagegewinn. Die Beschäftigten sind zufriedener, es gibt weniger Fehlzeiten. Dass die Schaffung der Vereinbarkeitsstrukturen mehr und mehr professionalisiert wird, zeigen die u.a. die Angebote der Hertie Stiftung, die Krankenhäuser berät und Audits durchführt. Darüber hinaus hat auch das BMFSJ viele Angebote auf seiner Homepage.

Workshops

Workshop 1: Genderunterschiede – unterschätzte Auswirkungen in der onkologischen Therapie

Referent: Dr. Dirk Keiner (Zentralapotheke der SRK Zentralklinikum Suhl GmbH)

Therapieherausforderungen in der Onkologie zeigen sich bereits zu Studienbeginn: In klinischen Studien werden meist jüngere Kohorten verwendet, obwohl die Inzidenzrate der Krebserkrankungen vor allem in Kohorten über 65 Jahren am höchsten ist. Dies hat natürlich eine Verschiebung der Evidenzdarstellung zur Folge, die sich im weiteren Studienverlauf nicht korrigieren lässt.

„Es gibt mittlerweile eine zunehmende Evidenz von Geschlechterunterschieden.“

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakologie onkologischer Medikamente können einen erheblichen Einfluss auf die Effektivität und die Toxizität eines Medikaments haben. Diese sind auf physiologische Unterschiede (wie biochemische und hormonelle Differenzen) aber auch auf pharmakokinetische Differenzen und unterschiedliche Komorbiditäten wie Diabetes und Herz-Gefäßerkrankungen zurückzuführen.

Frauen, insbesondere ältere Frauen, haben häufiger eine niedrigere Clearance und in Folge dessen eine höhere Exposition gegenüber Medikamenten, was sie empfindlicher macht für eine Überdosierung. So weisen Frauen bei den Stoffen Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin), Taxane (Paclitaxel, Docetaxel), 5-FU, Gemcitabin sowie bei den MAKs (Bevacizumab, Ofatumumab, Rituximab) eine geringe Clearance als Männer auf.

Diese Genderunterschiede haben einen Einfluss auf die Behandlung und das Outcome von Patienten: Obwohl Frauen besser als Männer auf Behandlungsregime ansprechen, klagen Frauen bei gleichen Behandlungsregimen häufiger über Nebenwirkungen als Männer dies tun: Sie leiden häufiger unter therapiebedingte onkologische Nebenwirkungen wie Mukositis, Mangelernährung, skelettale Ereignisse, Schlafstörungen oder Depressionen.

Diese Unterschiede müssen in der Therapie berücksichtigt werden. Hinsichtlich eines optimalen Medikationsmanagements sind Ärzte unterschiedlicher Fachbereiche in der Pflicht, ihre Verordnungen untereinander besser abzustimmen, damit Medikamenten-Interaktionen nachvollziehbar gemacht werden können.

Die Herausforderungen liegen folglich vor allem im onkologischen Medikationsmanagement im geriatrischen Umfeld. Prof. Keiner mahnte, dass unter der Berücksichtigung der themati-

sierten Genderdifferenzen in der Pharmakologie auch eine notwendige Umsetzung im Rahmen des Verordnungsprozesses (eAMTS) zeitnah erfolgen sollte.

Workshop 2: Genderaspekte in der psychoonkologischen Beratung

Referenten: Elisa Matos May (Berliner Krebsgesellschaft), Dana Pelczar-Kostyra (Krebsberatung Berlin), Christoph Weber (Praxis für Psychotherapie)

1. Gender und Psyche

Auch in Bezug auf psychische Erkrankungen haben sich klassische Geschlechterrollen etabliert. Weiblichkeit wird mit Expressivität, Männlichkeit mit Instrumentalität gleichgesetzt. Frauen gelten als angepasst, emotional abhängig, harmonisierend und beziehungsorientiert. Sie gelten als vorsichtig und ängstlich, nachgiebig und selbstzweifelnd.

Demgegenüber werden Männer als aggressiv, aktiv und rational angesehen. Darüber hinaus seien sie kompetitiv, zielorientiert und entscheidungsfreudig. Sie gelten als durchsetzungsfähig und selbstsicher. Dem „Take Care“ auf Seiten der Frauen steht ein „Take Charge“ auf Seiten der Männer gegenüber.

Im Laufe der Evolution haben sich unterschiedliche Ziele für Männer und Frauen herausgebildet. Frauen sind reproduktionsbegrenzt, weil sie in eine einzelne Reproduktion hohe Investitionen leisten müssen. Männer hingegen müssen viel weniger investieren und haben ein größeres Reproduktionspotential. So sind es weibliche Individuen, die männlichen Individuen bevorzugen, die mehr Ressourcen haben und einen verlässlichen guten Vater darstellen könnten. Männer hingegen konkurrieren untereinander und tendieren tendenziell zu jüngeren Frauen.

Im Laufe der Evolution haben sich unterschiedliche Aufgaben aufgrund von geschlechtstypische Neigungen herausgebildet: Frauen kümmerten sich um Kinder und sammelten Nahrung im Umkreis. Sie entwickelten beispielsweise mehr Interesse für familiäre Themen, haben ein besseres Platzgedächtnis für Objekte und besitzen ein höheres Maß an Empathie. Dagegen entfernen sich Männer öfters weiter vom Lager, weil sie auf Jagd gehen oder in den Krieg ziehen. Sie besitzen neben besseren mathematischen Fähigkeiten eine höhere Systematisierungsfähigkeit.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur genetisch, sondern auch in Bezug auf ihre Gehirne. Doch obwohl Unterschiede in Größe und Aussehen bestehen, besitzen die meisten Menschen ein Mosaik aus weiblichen und männlichen Anteilen. Man kann einem Gehirn also nicht ansehen, ob es zu einem Mann oder einer Frau gehört.

Für die Mehrheit der psychologischen Eigenschaften gibt es eine große Ähnlichkeit zwischen beiden Geschlechtern, z.B. in Bezug auf Empathie, kognitive Fähigkeiten oder Selbstwert-

schätzung. Unterschiede gibt es nur in wenigen Bereichen, so in der Motorik, der körperliche Aggression, der Einstellung zu Gelegenheitssex oder dem Interesse für Hobbys.

2. Leiden Männer und Frauen anders?

Männer sind genauso häufig psychisch krank wie Frauen, doch in der Psychotherapie ist nur jeder vierte Patient männlich. Dagegen ist die Suizidrate bei Männern dreimal so hoch.

Am Beispiel der Depression werden unterschiedliche Symptome deutlich: Bei gleicher Beschreibung psychischer Symptome bekommen Männer häufiger eine organische, Frauen eher eine psychosomatische Diagnose gestellt. Bei Krebs hingegen, den 51% der Männer und 43% der Frauen im Laufe ihres Lebens bekommen, verhält es sich anders: Männer bekommen Prostatakrebs, Frauen dagegen Brustkrebs. Hier ist die Leidensdruckwahrnehmung unterschiedlich hoch. Frauen reagieren eher mit Depression auf die Diagnose, Männer hingegen vermehrt mit Sucht.

Zu den Charakteristika der psychischen Folgen einer Krebserkrankung zählen folgende Aspekte: Die Erkrankung wird als überfallartige Lebensbedrohung wahrgenommen. Das geht mit Verunsicherung und dem Eindruck der Unvorhersehbarkeit einher. Die soziale Rolle in Beruf und Familie wird infrage gestellt, es kommt zu körperlichen Beeinträchtigungen. Ein Gefühl des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts stellt sich ein, da man geringe Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten hat. Schließlich werden das Selbst- und Weltbild sowie der Lebenssinn hinterfragt.

Unterschiede zu den Auswirkungen von Krebs auf Männer und Frauen sind häufig gering und oft nicht signifikant. Bei Männern lassen sich jedoch gehäuft Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl in Bezug auf das Körperbild, die Fruchtbarkeit, die Geschlechtsidentität und Sexualität (z.B. Impotenz oder vorzeitige Wechseljahre) beobachten. Bei Frauen zeigt sich eine leicht höhere Fatigue-Symptomatik. Insgesamt zeigt sich: Bei einer direkten Befragung nach depressiver Symptomatik wird kein Unterschied zwischen Männer und Frauen sichtbar.

Informationsbedarf besteht also für beide Geschlechter, wobei Männer generell weniger Vorsorgeuntersuchungen machen und bei Auftreten von Symptomen tendenziell später zum Arzt gehen.

Männer und Frauen fühlen sich im Allgemeinen gut informiert (Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Nebenwirkungen, Prognose), wobei Frauen häufig besser über Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung Bescheid wissen.

3. Genderspezifische psychologische Bewältigung

Generell gilt: Women talk, men prefer action.

In Stresssituationen, wie einer Krebsdiagnose, haben die Geschlechter bestimmte Tendenzen: Frauen kommunizieren vermehrt, während Männer sich alleine sortieren. Auf diese Tendenzen muss der Arzt aufmerksam machen, zum Beispiel, wenn er mit Paaren arbeitet. Männer sollen motiviert werden, ihre Gedanken und Sorgen zu teilen oder den anderen zu fragen „Was wünschst Du dir?“.

Frauen dagegen beschäftigen sich mehr mit Sinnfragen und spirituellen religiösen Bewältigungsmöglichkeiten.

Keine Gender-Unterschiede lassen sich ausmachen in Bezug auf soziale Unterstützungsnetzwerke, die allgemeine Bewältigung, den Informationsbedarf, die Zufriedenheit mit Therapieentscheidungen und die Lebenszufriedenheit.

Bei der Diskussion therapeutischer Optionen zeigen sich Frauen mit Brust-Karzinom aus Sicht der Onkologen interessierter und selbstbewusster als Männer mit Prostata-Karzinom.

Ansonsten sind keine signifikanten Gender-Unterschiede festzustellen.

Bei der Selbsthilfe werden in Frauengruppen mehr Gefühle und Unterstützung geteilt. In Männergruppen werden hingegen mehr Informationen ausgetauscht.

Frauen trauern intuitiv, indem sie Gefühle ausdrücken, z.B. durch Tränen oder Traurigkeit. Männer hingegen instrumentalisieren ihre Trauer. Sie gilt als Ausdruck auf der kognitiven Ebene oder der Verhaltensebene. Die Bewältigung wird durch aktives Tun angegangen. Frauen sind dabei sensibel und emotional. Männer hingegen stark und beherrscht. Die natürliche Trauerreaktion entspricht oft nicht den (Gender-)Erwartungen - Scham, Schuld und Schwäche sowie die Vermeidung von Schwäche sind an der Tagesordnung.

Resümierend läßt sich sagen, dass genderspezifische Aspekte in der Beratung von Krebsbetroffenen eine Rolle spielen bzw. spielen sollten. Stationär betrachtet gibt es zwar keine genderrelevanten Unterschiede, doch Männer sind in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung in einem Verhältnis von 1:3,5, unterrepräsentiert.

Workshop 3: EU-Versorgungsforschungsprojekt SUSTAIN

Referentin: Sophia Schlette (Stiftung Gesundheit)

Um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops einen Überblick über das Thema zu geben, stellte Frau Sophia Schlette, MPH, Expertin für internationales Wissensmanagement und gesundheitspolitische Kommunikation, sowie Leiterin des Hauptstadtbüro der Stiftung Gesundheit, das EU-Versorgungsforschungsprojekt SUSTAIN kurz vor.



Das Projekt hat das Ziel, die integrierte Versorgung für ältere Menschen mit Bedarf an komplexer gesundheitlicher und sozialer Pflege und Betreuung zu verbessern. Dabei ist der Fokus auf Menschen über 65 Jahren gerichtet, die in den eigenen vier Wänden leben und betreut werden. In der Zeitspanne von 2015-2019 wird SUSTAIN

(Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe) mit je zwei Modellen der Integrierten Versorgung in 7 Ländern zusammenarbeiten und diese bei der kontinuierlichen Verbesserung ihrer Angebote und Leistungen mithilfe von Organisationsentwicklung und intensiver Begleitforschung unterstützen.

Das Hauptziel von SUSTAIN liegt in der Weiterentwicklung und Verbesserung der Integrierten Versorgung und der Übertragbarkeit und Anwendung in anderen Gesundheitssystemen.

Dabei werden weitere Ziele verfolgt:

- die integrierte Versorgung durch maßgeschneiderte Verbesserungen voranbringen, deren Implementation nachweisliche Fortschritte gezeigt hat;
- Maßnahmen und Indikatoren testen, die es Anbieterorganisationen, PatientInnen und NutzerInnen ermöglichen, ihre Leistungen ergebnisorientiert zu evaluieren und zu optimieren;
- einen „Werkzeugkasten“ mit Informationen zusammenstellen, der evidenzbasierte integrierte Versorgung ermöglicht;
- einen Strategieplan formulieren, um auch andere Modelle anzuregen, die maßgeschneiderte, integrierte Versorgung für ältere Menschen mit Bedarf an komplexer gesundheitlicher und sozialer Pflege und Betreuung weiterzuentwickeln.

Sophia Schlette betreut den deutschen Zweig des EU-Projekts SUSTAIN. In Deutschland stehen zwei Modellprojekte. Eins ist das RegioMed Zentrum in Templin. Das andere ist das Pflegewerk Berlin in Marzahn-Hellersdorf . Nach der allgemeinen Vorstellung von SUSTAIN ging Frau Schlette auf die geschlechtsspezifischen Aspekte ein. Dazu wurden 97 Versorgungskonzepte, Modelle und Bewertungsraster ausgewertet. Das Ergebnis: Gender ist ein zentraler Bestandteil von Patientenzentrierung. „Patient-centredness, i.e. tailored to individual needs for health and social care, preferences and capabilities, taking into account diverse socio-demographic groups, cultural backgrounds, gender differences and different groups' needs within the population of older people“.

Des Weiteren wurden nach geschlechtsspezifische Kriterien im Projekt gesucht. Fazit: Sustain has a natural Gender Bias. Unterfüttert durch folgende Feststellungen: „In integrated care, needs, preferences and capabilities of both older women and men are of equal importance. But women tend to predominate in all sectors of chronic care, as consumers/users, as care providers and as informal carers, which creates a natural gender bias to this project.“

Auch fanden Gender-Aspekte in Erhebung und Auswertung Anklang. Dazu: „Within each of the regions basic epidemiological data will be obtained providing information about the gender divide within communities. Gender information will be gathered on IC service beneficiaries informal carers, and formal care providers.“ Und weiter: „Efforts will be made to include gender awareness when developing the tailored sets of improvements to ensure equal access (...) important to include both male and female co- producers“.

Workshop 4: Krankenkassen und geschlechtersensible Versorgung: Ein Praxisbeispiel

Referentin: Petra Kellermann-Mühlhoff (Barmer GEK)

1. Barmer GEK als Unternehmen

„GENDER“ prägt die BARMER GEK seit einigen Jahren und ist fest in den Unternehmensstrukturen und Prozessen verankert. Dies gilt sowohl bei der Versorgung der ca. 9,6 Millionen Versicherten als auch mit Blick auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bei der BARMER GEK stehen Frauen und Männer in ihren jeweiligen Lebenslagen und Lebensphasen im Mittelpunkt. Die Bedürfnisse, Ansprüche und Blickwinkel von Männern und Frauen differieren dabei sehr stark. Gender sensibilisiert die Wahrnehmung im Kreis der Beschäftigten und ermöglicht, Begabungen zu erkennen und Fachkompetenzen, unterschiedliche Fähigkeiten, Lebenssituationen und Interessen von Männern und Frauen bewusster zu nutzen. Dies führt zu mehr Geschlechtergerechtigkeit, höherer Motivation, ausgeprägter Loyalität und größerer Produktivität – und geringeren Fehlzeiten. Unternehmen wie die BARMER GEK haben somit viel davon zu „gendern“. Denn schließlich entscheiden die Menschen ganz wesentlich mit über den Erfolg eines Unternehmens. Deshalb hat die Barmer GEK eine Gender Koordinierungsstelle eingerichtet, bildet GenderberaterInnen aus, schult die Führungskräfte und integriert die Genderaspekte in Aus- und Weiterbildung sowie Leistungs- und Entwicklungsbetreuung und in das betriebliche Gesundheitsmanagement.

2. Barmer GEK als Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherungen haben bei ihren Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen auf eine gesunde Lebensweise hinzuwirken. Sie haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Was zeichnet eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung aus? Wenn wir über Gender sprechen, müssen wir verschiedene Aspekte beleuchten. Neben biologischen Unterschieden werden Frauen und Männer durch kulturelle und soziale Rollenzuschreibungen geprägt. Das war immer so und wird auch künftig so bleiben. Gender ist kein Frauenthema. Es betrifft Männer ebenso wie Frauen, Jungen und Mädchen, alt und jung in den verschiedenen Lebensphasen.

Es gibt selten typisch männliche oder typisch weibliche Erkrankungen. Sie treten gleichermaßen auf, jedoch z. T. mit anderen Symptomen. All diese Erkenntnisse nützen jedoch nichts, wenn man sie nicht in entsprechende Konzepte gießt, gesellschaftliche Dimensionen aufzeigt bzw. verschiedene Facetten beleuchtet.

Mit der Veröffentlichung von geschlechterdifferenzierten Medien setze Barmer GEK auf Aufklärung und Beratung und gibt Hilfen zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung. Den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten wird durch eine gezielte Ansprache sowie eine inhaltliche und gestalterische Differenzierung Rechnung getragen.

3. Gender/Diversity

Frau Kellermann-Mühlhoff empfiehlt auch in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung den Begriff Diversity statt Gender zu nutzen.

Diversity ist keine geschlechterpolitische Strategie im engeren Sinne, sondern in erster Linie ein personalpolitisches Konzept zur Optimierung. Der Begriff Diversity wird im deutschsprachigen Raum häufig mit Vielfalt bzw. Verschiedenheit übersetzt. Die mit diesem Konzept der Unternehmensführung angestrebte Würdigung von Vielfalt betrifft verschiedene Aspekte und Bereiche, die sich positiv oder negativ in der Gesundheitswelt auswirken können.

Zu den Primärdimensionen gehören persönliche Merkmale wie Alter, Geschlecht, aber auch Größe, ethnische Herkunft, körperliche oder geistige Behinderung etc. Diese Merkmale gelten als kaum veränderbar. Zu den eher veränderbaren Sekundärdimensionen zählen Einkommen, beruflicher Werdegang, geographischer Standort, Familienstatuts.

Alle diese Aspekte haben Einfluss auf die Gesundheit der Kunden und deshalb sind passgenaue Leistungen für die Vielfalt der Kundinnen und Kunden von großer Bedeutung.

Plenum III: Versorgung

III.1 Dr. Dag Schölper, Bundesforum Männergesundheit

Männerquote in der professionellen Pflege

Pflege gilt immer noch als Frauensache. Der Beruf hat wenig soziale Anerkennung und wird in der Regel schlechter entlohnt als die typischen „Männerberufe“. Männer im Pflegeberuf fühlen sich oftmals deplatziert und „auf fremdem Terrain“.

Weniger als 20 Prozent der Beschäftigten in Gesundheitsberufen sind Männer. In der ambulanten Pflege sind es nur 12,6 Prozent und in Pflegeheimen nur 15 Prozent männliche Pfleger. Bis zum Jahr 2060 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen verdoppeln, sodass mit 4,7 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland zu rechnen ist. Eine erhöhte Nachfrage nach professioneller Pflege und ein sinkendes Arbeitskräftepotential für Pflegefachkräfte sind die Folge.

Ziel:
Mehr Männer in der professionellen Pflege



„Damit sich traditionelle Männlichkeitsentwürfe nicht schon im Kindesalter verfestigen, muss auch die kindliche Bildung neu überdacht werden.“

Um in der Zukunft professionelle Pflege in Deutschland zu gewährleisten, mahnt Dr. Schölper, dass ein gleichstellungspolitischer Paradigmenwechsel notwendig sei, und neue Perspektiven jenseits traditioneller Männlichkeitsentwürfe für Männer und Jungen eingenommen werden müssten. Fürsorge und Pflege seien selbstverständliche Elemente männlicher Identität. Geschlechtergerechtigkeit hin zu einem Verlassen festgefahrener Geschlechteridentitäten sollte schon früh in der kindlichen Bildung ansetzen.

Als Abschluss stellt Schölper die Frage, ob es eine Männerquote in der professionellen Pflege brauche. Die Quotendiskussion hat das Potential, Anstoß zu geben, um einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel zu initiieren.

Es sollte nicht überraschen, dass laut einer IG-Metall-Studie Männer dieselben Mindeststandards in den Pflegeberufen brauchen wie Frauen. Um die Attraktivität des Pflegeberufes für Männer zu steigern, müsste es unbefristete Verträge geben, ausreichendes Einkommen für die eigenständige Existenzsicherung, die Ernährung der Familie, Rentensicherung, ein gutes Arbeitsumfeld und ein betriebliches Klima, welches den männlichen Pfleger nicht permanent als Exot rahmt.

Dies sei der Grund, warum sich Frauen und Männer gemeinsam solidarisieren müssten, um die Bedingungen in der Pflege zu verbessern, da die genannten Missstände Pflegerinnen und Pfleger – unabhängig von einer Geschlechterdebatte – vor dem Hintergrund des zunehmenden demographischen Wandels gleichermaßen verstärkt begegnen werden.

III.2 PD. Dr. Ralph Schneider, HELIOS Klinikum Wuppertal

Genderaspekte bei erblichen gastrointestinalen Tumoren. Stratifizierte Medizin. Wie steht es mit Gen und Gender?

Anhand des Beispiels des hereditären nichtpolpösen Kolonkarzinoms (Lynch Syndrom) machte Prof. Schneider deutlich, dass eine stratifizierte und somit personalisierte Medizin nicht nur Genderaspekte beinhalten, sondern auch genetische Faktoren einschließen muss.

Der Darmkrebs liegt an 2./3. Stelle in der Onkologie und ist damit einer der führenden onkologischen Erkrankungen. Die Lebenszeitriskien, an einem Karzinom zu erkranken, sind bei Männern erheblich höher als bei Frauen.

Bei bestimmten Genmutationen wie dem Lynch Syndrom ist die Wahrscheinlichkeit für Männer besonders hoch, an einem Krebs zu erkranken. 70 Prozent der kolorektalen Krebsarten entstehen sporadisch durch erworbene Mutationen; bei 20-30 Prozent spricht man von familiären Krebs. Es gibt eine genetische Grundlage, die multifaktoriell ist. Bei fünf Prozent der kolorektalen Krebse ist erbliche Grundlage nachweisbar, eine Mutation kann familiär weitervererbt werden.

Lebenszeitriskien - Gen & Gender

	MLH1		MSH2		MSH6	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kolorektal	-	-	-	-	54	30
Endometrium		24		37		71
Magen	-	-	-	-	-	-
Dünndarm	-	-	-	-	-	-
Bilio-digestives System	-	-	-	-	-	-
Pankreas	-	-	-	-	-	-
Ableitende Harnwege	2-16	0-3	6-28	6-12	1-3	0
Blase	11	0	12	3	1-2	0
Ovarien		3-20		8-24		0-10
Gehirn	-	-	-	-	-	-
Prostata	0		6-18		0-4	
Brust		5-14		2-12		13

Kumulatives Lebenszeitrisiko bis zum 70. Lebensjahr in %

Diese Wahrscheinlichkeit unterscheidet sich stark je nach Geschlecht. Bei Menschen mit dieser Gen-Mutation ist die Wahrscheinlichkeit 50 Prozent, dass diese vererbt wird. Wurde im Körper das Lynch-Syndrom nachgewiesen, besteht die Chance von 10-15 Prozent, einen Krebs zu entwickeln. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 45 Jahre, häufig treten synchrone Karzinome auf. Männer mit dieser Genmutationen haben ein bis zu 75-prozentiges Risiko, bis zu ihrem 70. Lebensjahr an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, Frauen ein Risiko von 52 Prozent. Auch ist die Inzidenz von Magenkarzinom-Inzidenz bei Männern höher als bei Frauen.

Bei der Gen-Mutation MSH 6-Mutation haben Männer im Vergleich zu Frauen ein deutlich höheres Risiko an kolorektalen Karzinomen, an Karzinomen in den Harnwegen und in der Blase zu erkranken.

Welche Konsequenzen ergeben sich darauf für die Früherkennung? Wird eine noch intensivere Früherkennungsuntersuchungen von Männern notwendig? Die Früherkennungsuntersuchungen sind für Patienten mit einem Lynch-Syndrom oder für Risikopatienten sehr umfangreich und bedeuten meist aufgrund der Vererbarkeit eine Belastung für die ganze Familie.

Eine Untersuchung aus Regensburg ergab, dass nur ein Drittel der Menschen, die ein Risiko haben, sich genetisch untersuchen lassen.

Da heute gender- und genspezifische Empfehlungen individuell rausgegeben werden können, ist eine stratifizierte Medizin demnach theoretisch möglich. Die Frage ist aber viel eher die der Compliance der Patienten. Nur 30 Prozent der gesunden Angehörigen gingen zur Vorsorgeuntersuchung. Damit sei eine personalisierte Medizin in der Realität nicht durchführbar, so Schneider. Früherkennungsuntersuchung müssten anhand dieser medizinischen Realität deutlich besser implementiert werden.

III.3 Prof. Andreas Schneeweiß, National Center für Tumorerkrankungen (NCT), Universitätsklinikum Heidelberg

Patientenrelevante Endpunkte am Beispiel der Therapie des Mammakarzinoms

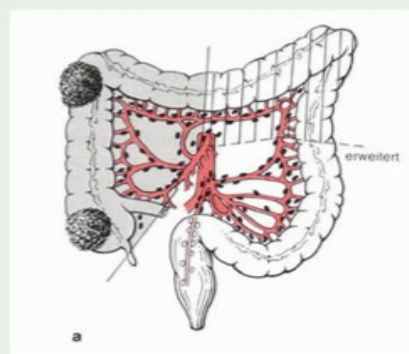
Dank der Fortschritte in Frühdiagnose und Systemtherapie sinkt die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland: Verbesserungen der operativen Therapie, Verbesserung der Screeningmethoden und der lokalen Strahlentherapie und moderne Chemotherapien haben in den letzten 25 Jahren zu einer deutlichen Therapieverbesserung geführt.

Für die Brustkrebstherapie gibt es nur zwei relevante Endpunkte: Zum einen die Senkung der Sterblichkeit, wenn man heilen kann, und zum anderen den Erhalt der Lebensqualität, wenn man nicht heilen kann. In seinem Vortrag fokussierte Prof. Schneeweiß sich auf die Senkung der Sterblichkeit.

Anhand eines Patientenbeispiels verdeutlichte Prof. Schneeweiß die Vorteile der neoadjuvanten (präoperative) Therapie. Durch sie kann frühzeitig die Wirksamkeit von Medikamenten anhand der Wirkung auf den Brusttumor beurteilt werden (In-vivo-Sensitivitätstestung). Diese ermöglicht einen Zeitgewinn für genetische Testung und Beratung und für die Beratung vor onkoplastischen Operationen.

Lynch Syndrom – Klinisches Erscheinungsbild

- Durchschnittliches Erkrankungsalter für KRK: 45 Jahre
- Cave: auch ältere Patienten mögliche Indexpatienten!
 - Hampel 2005:
373 Patienten mit Lynch Syndrom -> mittleres Erkrankungsalter 61,2 Jahre
- Synchrone Karzinome
 - In 18% der Patienten
- Metachrone Karzinome
 - Kolon
6%/10 Jahre
 - Rektum
 - nach 10 Jahren: 19%
 - nach 20 Jahren: 47%
 - nach 30 Jahren: 69%



Die Patientinnen, die eine pathologische Komplettremission haben, zeigen ein um 64 Prozent geringeres Risiko an ihrer Brustkrebserkrankung zu versterben. Es wird damit gerechnet, dass 4 von 5 Frauen mit Brustkrebs geheilt werden können.

Darüber hinaus veranschaulichte Prof. Schneeweiß, dass die pathologische Komplettremission (pCR) nach neoadjuvanter Therapie ein früher Surrogatmarker für besseres Überleben v.a. bei aggressiven Brustkrebsformen wie z.B. dem HER2+ Brustkrebs ist.

Die doppelte Antikörper-Blockade mit Trastuzumab plus Pertuzumab ist in den USA und Europa zugelassen und wird in der neoadjuvanten Therapie des HER2+ Brustkrebses bei hohem Rückfallrisiko empfohlen. Der Gemeinsame Bundesausschuss konnte einen Zusatznutzen nicht belegen. Für die Institutionalisierung patientenrelevanter Endpunkte fehlen gute Studien, die Surrogate ordentlich validieren.

III. 4 Prof. Dr. Petra A. Thürmann, Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal

Was wissen wir? – Geschlechteraspekte in klinischen Studien

In ihrem Vortrag beleuchtete Prof. Thürmann die Relevanz des Themas Geschlechteraspekte in klinischen Studien. Die Forschungen der letzten Jahrzehnte machen deutlich, dass es existierende Geschlechterunterschiede bei den Wirkungen und Risiken von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen Interventionen im Gesundheitswesen gibt. Nach Jahren einer nicht vorhandenen Repräsentativität von Frauen in klinischen Studien mit Arzneimitteln sind diese heute annähernd repräsentativ eingeschlossen. Anhand publizierter Studien im „Clinical Pharmacology & Therapeutics“ kann gezeigt werden, dass zwischen den Jahren 1982 und 1990 bestimmte Wirkstoffe überhaupt nicht an Frauen getestet wurden.

Auch wenn sich heute die Repräsentativität verbessert hat und laut FDA-Analyse der Frauenanteil knapp 50 Prozent in untersuchten klinischen Studien ist, sind Frauen in unterschiedlichen Studien im Verhältnis zum wahren Leben unterrepräsentiert und es gibt häufig keine Geschlechtsangabe in klinischen Studien. Dies lässt selten konkrete Angaben zur Wirksamkeit zu, da die Unterschiede im Stoffwechsel nicht berücksichtigt werden können. Als Beispiel führte Prof. Thürmann die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Toxizität von 5-FU bei der Therapie des kolorektalen Karzinoms sowie im Metabolismus von 5-FU auf, die im Laufe vieler Studien nachgewiesen werden konnten.

Der Herzinfarkt ist im Bewusstsein der Ärzte immer noch als „Männerkrankheit“ verankert. Frauen haben häufig untypische Beschwerden. So schildern Frauen bei einem Herzinfarkt ein anderes Beschwerdebild als Männer. Viele Therapiestrategien wurden mehr an Männern als an Frauen entwickelt und getestet. Frauen in allen Altersklassen zeigen mehr Nebenwirkungen.

Der Einschluss von Frauen in klinischen im Verhältnis zur geschlechtsbezogenen Krankheitsprävalenz ist vielen Studien noch nicht optimal. Während Studien zum Melanom, Hodgkin Lymphom sowie zur Rheumatischen Arthritis oder auch in Studien zu Vorhofflimmern eine optimale Übereinstimmung im Verhältnis zur geschlechtsbezogenen Krankheitsprävalenz zeigen, haben Studien zu COPD, zu Hepatitis C oder zum kolorektalen Karzinom diese Übereinstimmung nicht.

Um die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln für Männer und für Frauen gleichermaßen beurteilen zu können, müssen beide Geschlechter in Studien ausreichend repräsen-

tiert sein. Ein- und Ausschlusskriterien müssen möglicherweise gelockert werden, um den Frauenanteil in manchen Studien zu erhöhen. In diesem Zusammenhang muss auch untersucht werden, warum Frauen und Männer an Studien teilnehmen, um eine Bereitschaft beider Geschlechter zur Studienteilnahme zu erhöhen.

Podiumsdiskussion: Qualität 2.0 – Fragen an die Politik

TeilnehmerInnen:

Karin Maag, Mitglied des Bundestages, CDU/ CSU

Burkhard Blienert, Mitglied des Bundestages, SPD

Maria Klein-Schmeinck, Mitglied des Bundestages, Bündnis 90/ Die Grünen

Kathrin Vogler, Mitglied des Bundestages, Die Linke

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, praxis Hochschule Köln

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

Kathrin Vogler, Bundestagsabgeordnete der Fraktion Die Linke, appellierte, dass in der Politik das Thema Geschlechtergerechtigkeit mehr denn je als Querschnittsthema behandelt und kommuniziert werden müsse. Präventions- und Versorgungsangebote müssten auch der Tatsache Rechnung tragen, dass Frauen und Männer ihre Krankheiten unterschiedlich wahrnehmen und hier nicht ein Präventionskonzept für alles gelten kann.

Des Weiteren mahnte Kathrin Vogler die vorherrschenden Einkommensunterschiede an, die sich noch immer analog zum Geschlecht bewegten. Frauen stellen die Mehrheit, die im Gesundheitswesen arbeiten, dennoch sind die Gesundheitsberufe, die von Frauen besetzt werden, schlechter bezahlt als Gesundheitsberufe, die klassisch von Männern besetzt werden. Führungspositionen sind immer noch überwiegend von Männern besetzt.

„Die Politik muss hier mehr Willen zeigen, diese Unterschiede auch zu bekämpfen.“

Kathrin Vogler machte darauf aufmerksam, dass die wenig geschlechtergerechte Besetzung in Entscheidungsgremien auch etwas mit der allgemeinen gesellschaftlichen Arbeitsverteilung in diesem Land zu tun habe: Kindererziehung, die Bewältigung des Familienhaushalts sowie Pflege der Eltern und Großeltern stellten häufig ein Hindernis dar, sich überhaupt in Gremien zu engagieren und wählen zu lassen.

Eine geschlechtergerechte Zusammensetzung der Entscheidungsgremien durch die Sozialwahl könnte auch über den Gemeinsamen Bundesausschuss gesetzlich geregelt werden.

Einer freiwilligen Selbstverpflichtung steht Kathrin Vogler skeptisch gegenüber. Beschäftigte müssten sich überhaupt erst einmal organisieren und in die Gewerkschaften gehen. Frau Vogler sprach sich dafür aus, die Hürden abzubauen, die Pflegende bislang davon abhalten, sich zu organisieren. Dass eine Streitkultur als Basis bereits vorhanden ist, zeigte unter anderem Streik der Charité-Mitarbeiter um bessere Arbeitsbedingungen aus dem Jahr 2015, so Kathrin Vogler.

Maria Klein-Schmeinck, Bundestagsabgeordnete der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, verwies auf die Möglichkeiten einer zugeschnittenen Therapie, die die individualisierte Medizin mit sich bringt. Auch wenn das Wissen rund um die genderstratifizierte Medizin heute vorhanden ist, fehlten immer noch Strukturen, die eine geschlechtergerechte Behandlung in der Praxis sicherten. Um diese Umsetzung zu sichern, seien Aktionspläne notwendig, in denen Handlungsempfehlungen konkret niedergeschrieben sind, so Klein-Schmeinck. Viel eher könnte ein regelmäßiges Monitoring die notwendige Transparenz zu personellen Besetzung in Krankenhäusern leisten sowie Förderprogramme auf ihre Auswahlkriterien hin evaluieren.

Ressourcen müssten konsequenter genutzt werden. Dies betrifft auch die kommunizierten Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung, die im hohen Maße heute die Geschlechterunterschiede abbilde. Kommunizierte Ergebnisse aus der Wissenschaft müssten genutzt werden und in neue Handlungsprogramme abgeleitet werden. Strukturen, die eine Ableitung in die Praxis gewährleisten, sind bislang nicht institutionalisiert.

Des Weiteren sprach sich Frau Klein-Schmeinck für die Abschaffung von Listen aus. Sie spricht sich für klare Vorgaben für die nächste Sozialwahl aus. Dieses Argument wird von Karin Maag und Karin Vogler nicht geteilt. Nur über die Listen seien Quoten möglich.

Damit Versorgung in der Zukunft funktioniert, sprach sich Klein-Schmeinck für die Schaffung von Gesundheitszentren im ländlichen Raum aus, welche aber eine adäquate Ausbildung und Spezialisierung seitens des Personals notwendig mache.

Burkhard Blienert, Bundestagsabgeordneter der SPD, eröffnete die Podiumsdiskussion, in dem er an die Innovationsfähigkeit des Gesundheitssystems appellierte.

„Wir brauchen eine Sensibilität, nicht nur seitens des Patienten, wie er mit seiner Gesundheit umgeht, sondern auch eine erhöhte Systemsensibilität, wie das System den unterschiedlichen Bedarfen von Mann und Frau gerecht werden kann.“

Auch der lebensweltliche Ansatz im Rahmen des Präventionsgesetzes könne die Interessen des einzelnen Patienten nicht schützen. Die sogenannte gläserne Decke sei mit Sicherheit ein Problem, dass die Umsetzung in die Versorgung verhindere.

Um eine Umsetzung der geschlechtergerechten Medizin zu gelangen, müssten auch Fragen beantwortet werden, die über Genderfragen hinausgehen. So müssten Entscheidungsstrukturen überprüft und korrigiert werden.

Karin Maag, Bundestagsabgeordnete der CDU/CSU, bezweifelte, dass die Erkenntnisse in der Gendermedizin bereits in der Lebenswelt eines jeden Einzelnen angekommen seien.

Des Weiteren appellierte Karin Maag daran, systemkritische Fragen zu fördern. So zum Beispiel, ob jede Frau grundsätzlich eine Chemotherapie bekommen sollte, die ihr verordnet wird. Hier müsste auch mehr Sensibilität seitens der Patienten gefördert, die zum Teil wenig mit den Begriff der genderspezifischen Medizin anfangen könnten.

Damit eine Umsetzung der geschlechtergerechten Medizin und Politik funktionierte, müssen mehr Frauen in die Verwaltungsräte. Um eine geschlechtergerechte Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Kassen zu gewährleisten, schlug Karin Maag vor, dass Kassen den Verwaltungsproporz abzubilden haben.

Sie bemängelte, dass es bei den Gesundheitsfachberufen keine einheitlichen Ansprechpartner und keine einheitlichen Vertretungen gäbe. Damit sich die Gesundheitsfachberufe einbringen können, müssten diese erst einmal vertreten sein.

In der Frage um die geschlechtergerechte Verteilung in Gremien sprach sich Frau **Professor Dr. Clarissa Kurscheid** dafür aus, diese alle sieben Jahre neu zu besetzen. Dies sei notwendig, damit das System flexibel auf die gesellschaftlichen Entwicklungen reagieren könne und diesen mit politischen Maßnahmen Rechnung getragen werden könne.

Der Qualitätszirkel der KBV stelle ein wichtiges Werkzeug für die Umsetzung genderstratifizierter Medizin in die Versorgungslandschaft dar. Dieser „learning nugget“, der einen wichtigen Teil zur Weiterbildung der KBV beiträgt, gewährleistet auf lange Sicht, dass neues Wissen in die Versorgungslandschaft getragen werde und dort auch Anwendung fände.

Darüber hinaus forderte Professor Kurscheid, Frauen eine verstärkte Visibilität im Gesundheitswesen zu ermöglichen. So müssten Ärztinnen anders und intensiver gefördert werden, ohne hierbei Ungerechtigkeiten seitens der männlichen Kollegen entstehen zu lassen. Auch muss die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie verbessert werden, sodass Aufstiegschancen nicht nur Männern vorbehalten bleiben.

Anlehnend an den Vortrag von Herrn Dr. Dag forderte Professor Dr. Clarissa Kurscheid, Männer deutlicher in den Pflegealltag und in die Kindeserziehung gewinnbringend zu integrieren.

Erst wenn die Umsetzung dieser Erkenntnisse im Bundeskongress Gender-Gesundheit auch als etwas Alltägliches wahrgenommen werde, könne tatsächlich von Gleichheit ausgegangen werden.

Referenten, Podiumsteilnehmer, Moderatoren

Burkhard Blienert, MdB

Bundestagsabgeordneter der SPD-Bundestagsfraktion. Er ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und dort Berichterstatter für Männergesundheit.

Mario Czaja (CDU)

Gelernter Versicherungskaufmann und Diplombetriebswirt. Er ist Mitglied des Berliner Abgeordnetenhauses und seit dem 1. Dezember 2011 Senator für Gesundheit und Soziales im Berliner Senat. Darüber hinaus ist er Stellvertretender Vorsitzender im Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU.

Dr. Franziska Diel

Leiterin des Dezernats 7 der KBV, verantwortlich für vertragsärztliche Qualitäts- und Versorgungskonzepte mit Schwerpunkt auf sektorenübergreifenden Ansätzen. Hierzu zählen u. a. Disease Management Programme (DMP), Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS), internes Qualitätsmanagement (QM), Qualitätszirkel (QZ), Continuous Medical Education (CME).

Dr. med. Christiane Groß, M.A.

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, ärztliches Qualitätsmanagement und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB).

Prof.in Dr.in Margarethe Hochleitner

Fachärztin für Innere Medizin, Professorin für Gender Medizin, Direktorin des Frauengesundheitszentrums an den Universitätskliniken Innsbruck, Leiterin der Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung sowie Vorsitzende des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen an der Medizinischen Universität Innsbruck.

Dr. Dirk Keiner

Pharmaziestudium und Diplomarbeit an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; Dissertation an der Humboldt-Universität Berlin. Leiter der Zentralapotheke der SRH Zentralklinikum Suhl GmbH. Seit 2007 ist er im Herausgeberbeirat der Zeitschrift Krankenhaus-

pharmazie und seit 2008 Dozent für Biowissenschaften an der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera.

Petra Kellermann-Mühlhoff

Dipl.-Soz.-Wissenschaftlerin und Gender-/Diversity-Beraterin. Im Organisationsteam Telematik der Barmer GEK Hauptverwaltung in Wuppertal tätig.

Maria Klein-Schmeink, MdB

Bundestagsabgeordnete der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages und Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen.

Dr. Albrecht Kloepfer

Publizist, Moderator und Politikberater im Gesundheitswesen. Er ist Herausgeber des „GesundheitsPolitischen Briefs“, sowie Leiter des Berliner Büros für gesundheitspolitische Kommunikation und Gründer des Instituts für Gesundheitssystem-Entwicklung.

Dr. Martina Kloepfer

Autorin des Blogs Female Resources, Begründerin u. Präsidentin des Bundeskongress Gender-Gesundheit, Herausgeberin des Kongressbriefes Gender-Gesundheit und Dozentin an der Europäischen Fernhochschule Hamburg.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Leiterin des Instituts für Gesundheits- u. Versorgungsforschung der praxisHochschule (igv Köln), sowie Studiengangsleiterin des Studiengangs Management von Gesundheits- und sozialen Einrichtungen.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Facharzt für Innere Medizin - Hämatologie und internistische Onkologie, Transfusionsmedizin. Er ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumorimmunologie und Palliativmedizin, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, seit 2007 Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und seit 2013 Vertreter der europäischen Ärzteschaft im Management Board der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA).

Karin Maag, MdB

Bundestagsabgeordnete der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und dort Berichterstatterin für das Thema ärztliche Versorgung.

Elisa Matos May

Diplom-Psychologin. Sie ist verhaltenstherapeutische Psychotherapeutin und verfügt über eine Weiterbildung zur Psychoonkologin. Sie war einige Jahre im psychoonkologischen Konsildienst einer Universitätsklinik beschäftigt und ist seit Februar 2014 im Beratungsteam der Berliner Krebsgesellschaft tätig.

Dana Pelczar-Kostyra

Diplom-Psychologin, Psychoonkologin, Kunsttherapeutin M.A.. Seit 2009 tätig als Psychoonkologin und Kunsttherapeutin in der Krebsberatungsstelle für Krebskranke und Angehörige in Berlin. Seit 2012 zusätzlich tätig als Psychoonkologin im Martin-Luther Krankenhaus im Brustzentrum und im gynäkologischen Tumorzentrum, darüber hinaus Begleitung von Menschen in palliativen Situationen.

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer

Seit Januar 2016 Präsidentin des Weltärztinnenbundes, Mitglied im Deutschen Ärztinnenbund und Vorsitzende der Regionalgruppe Münster. Leiterin der Arbeitsgruppen "Geschlechtersensible Lehre in der Medizin" und "Cognition & Gender" an der medizinischen Fakultät Münster.

Dr. Martina Pötschke-Langer

Studium der Humanmedizin an der Universität Heidelberg, Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention im Deutschen Krebsforschungszentrum und des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle. Seit 2006 außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Sophia Schlette

MPH, Expertin für internationales Wissensmanagement und gesundheitspolitische Kommunikation, leitet das Hauptstadtbüro der Stiftung Gesundheit und den deutschen Zweig des EU-Projekts SUSTAIN - Integrierte Versorgung für ältere Menschen in Europa.

PD Dr. Ralph Schneider

Facharzt für Chirurgie - HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal - Universität Witten/Herdecke - Chirurgisches Zentrum (Viszeralchirurgie).

Prof. Dr. Andreas Schneeweiß

Studium der Humanmedizin an der Universität Heidelberg. Seit 2007 Leiter der Sektion Gynäkologische Onkologie am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg.

Dr. Dag Schölper

Studium am Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft der Freien Universität Berlin. Geschäftsführer des BUNDESFORUM MÄNNER – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter e.V.

Prof. Dr. Petra Thürmann

Direktorin des Philipp Klee-Institutes für Klinische Pharmakologie am HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal mit Lehrstuhl an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Expertin vor allem für geschlechtsspezifische Aspekte der Pharmakotherapie. Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Kathrin Vogler, MdB

Bundestagsabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit.

Christof Weber

Kunsthistoriker, Ex-Galerist, seit 2000 Gestalttherapeut in eigener Praxis in Berlin-Wilmersdorf tätig, Psychodrama Practioner. Weiterbildung in Sterbebegleitung. Leitet seit 2006 eine Gruppe für an Krebs erkrankte Männer.

Die Veranstaltung wurde ermöglicht durch freundliche Unterstützung von:

BARMER GEK

Lilly

vfa. Die forschenden
Pharma-Unternehmen

TEVA

Roche

 **BD**

Kongresspartner:

BZgA Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

 **Bundesagentur
für Arbeit**

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT



 **Berliner
Krebsgesellschaft e.V.**
Durch Wissen zum Leben


Die Orthopädinnen e.V.
Das Netzwerk



 **igv Köln**
Institut für Gesundheits- u. Versorgungsforschung
der praxisHochschule


Healthcare Frauen e.V.
Vordenken. Führen. Gestalten.

 **ProQuote
Medizin**

 **DIE AUGENCHIRURGINNEN**
DAS NETZWERK FÜR FRAUEN IN DER AUGENCHIRURGIE

 **FidAR**
Frauen in die Aufsichtsräte e.V.

SWOPS