

DOKUMENTATION

**3. BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT**

Herausforderungen und Potentiale
geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung

21. – 22. Mai 2015 Berlin



BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT

Impressum:

Herausgeber: Dr. Martina Kloepfer, Female Resources in Healthcare

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Plenumsdokumentation: Johanna Nüsken, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Fotos: Georg J. Lopata

© Female Resources in Healthcare, Berlin 2015

Inhalt

VORWORT DR. MARTINA KLOEPFER	5
VORWORT DR. CHRISTIAN KLEPZIG	7
GRÜßWORT DER SCHIRMHERRIN INGRID FISCHBACH	11
PLENUM I: STRUKTURANSÄTZE.....	18
I.1 PROF. DR. MARGRIT-ANN GEIBEL, UNIVERSITÄT ULM.....	18
I.2 PROF. CHRISTEL BIENSTEIN, UNIVERSITÄT WITTEN-HERDECKE.....	20
I.3 RITA GABLER, PALLIATIV TEAM ERDING	22
PLENUM II: FRAUEN UND FÜHRUNG	24
II.1 GESPRÄCH MIT NINA MOERS UND SUSANNE KEIMEL, AG PILOTINNEN DER VEREINIGUNG COCKPIT.....	24
II.2 KARIN WAHL, DEUTSCHER PHARMAZEUTINNEN VERBAND	26
II.3 DR. REGINE RAPP-ENGELS, DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND	28
WORKSHOPS	30
WORKSHOP 1: GENDERMEDIZIN IM STUDIUM.....	30
WORKSHOP 2: STRUKTUREN UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE KARRIEREN IN DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN	33
WORKSHOP 3: ÄLTERE MÄNNER IN DER PARTNERINNENPFLEGE	35
WORKSHOP 4: GENDERGERECHTE MEDIZIN EIN KONFLIKT MIT DER REALITÄT	38
WORKSHOP 5: DIABETESERKRANKT MIT MIGRATIONS HinterGRUND – SPIELT GENDER EINE ROLLE?	40
PLENUM III: GENDER IN DIAGNOSE UND THERAPIE	43
III.1 PROF. DR. ALEXANDRA KAUTZKY-WILLER, UNIVERSITÄT WIEN.....	43
III.2 DR. INGEBORG SINGER, MDK BAYERN	45
III.3 PROF. DR. DORIS BARDEHLE, STIFTUNG MÄNNERGESUNDHEIT	47
III.4 DR. STEVIE MERIEL SCHMIEDEL, PINK STINKS!.....	49
III.5 ROMEO BISSUTI, MÄNNERGESUNDHEITZENTRUM WIEN	51
PODIUMSDISKUSSION: FRAGEN AN DIE POLITIK	53
REFERENTEN, PODIUMSTEILNEHMER, MODERATOREN	59
SPONSOREN UND PARTNER	63

Vorwort Dr. Martina Kloepfer

Kongresspräsidentin, Female Resources

Sehr geehrte Leser und Leserinnen,

nachdem wir uns im letzten Jahr über folgenden Passus im Koalitionsvertrag freuen konnten: „die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung (...) ergeben“, heißt es nun im Kabinettsentwurf des Präventionsgesetzes: „Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“ Mit anderen Worten: Allmählich, ganz allmählich wird das Thema "eingepreist". Wir sind aber noch lange nicht am Ziel einer geschlechtersensiblen Medizin und eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems. Wir werden noch viele Kongresse vor uns haben.

Auch in der Ärzteschaft setzen sich Akteurinnen für die Beachtung von gender- und geschlechtsspezifischen Angeboten im Rahmen der Präventionsgesetzgebung ein. Im Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages lässt sich unter Top VI Folgendes zu dieser Initiative finden: „Der Entschließungsantrag zu gender- und geschlechtsspezifischen Präventionsangeboten wird an den Vorstand überwiesen.“ Was genau im Vorstand mit diesem Antrag passiert, werden wir mit einem wachsamen Auge beobachten.

Was war das Ziel des 3. Bundeskongresses Gender-Gesundheit? An den zwei Kongresstagen wollten wir uns konkreten Ansätzen widmen, die eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung ermöglichen. Wie auch in den letzten Jahren hatten wir hierzu wieder eine breite Palette im Angebot: Welche Wege können in der Ausbildung beschritten werden, um Gendermedizin Teil des Regelstudiengangs werden zu lassen? Und wie kann auch einer weiblichen Herangehensweise an den zu erlernenden Stoff Rechnung getragen werden? Das haben wir uns am Beispiel von jungen Zahnärztinnen angesehen.

Welche Anreize braucht es für einen Ausbildungsweg in der Pflege, der diesen in Zukunft immer wichtiger werdende Beruf attraktiver macht, für Frauen und für Männer? Denn neben dem immer wieder diskutierten Ärztenotstand haben wir es ja vor allem mit einem handfesten Pflegenotstand zu tun, der sich in Zukunft sicher noch verstärken wird.

Um das Gesundheitssystem so zu gestalten, dass es Arbeits- und Lebensweise von Frauen und Männern gleichermaßen entspricht, ist die berufspolitische Arbeit nicht zu unterschätzen. Hier sind Frauen häufig noch unterrepräsentiert und manchmal fehlt auch noch die richtige Herangehensweise beziehungsweise Strategie, um sich in einem Gremium zu behaupten.

Zentrales medizinisches Thema war dieses Mal der Diabetes. Vor allem in Österreich wird zu

diesem Thema geforscht. Beim Diabetes gibt es einerseits beim biologischen andererseits beim soziokulturellen Geschlecht ganz beachtliche Unterschiede. In der Praxis kommen noch weitere versorgungsrelevante Faktoren, wie Migrationshintergrund, hinzu.

Ich möchte mich bei unseren Sponsoren für die breite Unterstützung sehr herzlich bedanken. Mit Ihrer Hilfe war es uns möglich, den Kongress wieder an einem Ort mit entsprechendem Ambiente abzuhalten, ein Ambiente, dass die gesellschaftspolitische Wahrnehmung erhöht. Mein großer Dank gilt aber

auch unseren zahlreichen Partnerinstitutionen, die wieder dabei und die neu dazu gekommen sind, die uns mit ihrem Netzwerk und ihrer Expertise unterstützt haben. Genau für diesen interdisziplinären Austausch auf breiter Ebene ist dieser Kongress auch gedacht.

Ganz großer Dank gebührt schließlich auch den Referentinnen und Referenten. Auch sie haben uns ihre langjährigen Erfahrungen bereitwillig und zum Teil sehr selbstlos zur Verfügung gestellt. Danke, dass Sie Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen mit uns teilen! Abschließend Dank an Parlamentarische Staatssekretärin Frau Ingrid Fischbach, dass sie uns so schnell und unkonventionell mit Ihrer Schirmherrschaft unterstützt hat.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und hoffe, dass die Dokumentation zum 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit, genau wie der Kongress, Impulse für mehr Gleichberechtigung und Partizipation im deutschen Gesundheitswesen und eine noch bessere und effizientere Versorgung für Patientinnen und Patienten gibt.



Dr. Martina Kloepfer

Vorwort Dr. Christian Klepzig

Wissenschaftlicher Leiter, Diabetologe

Sehr geehrte Leser und Leserinnen,

es ist mir eine besondere Ehre, dass ich als niedergelassener Diabetologe gebeten wurde, die wissenschaftliche Leitung dieses Kongresses zu übernehmen. Es spiegelt aber auch die Versorgungsrealität in Deutschland wider: 90 Prozent der an Diabetes erkrankten Menschen werden in der ambulanten Versorgungsebene betreut.

Geschlechtsspezifische Probleme bei Menschen mit Diabetes? Spielt dies überhaupt eine praktische Rolle? Wenn man über geschlechtsspezifische Probleme bei an Diabetes erkrankten Menschen nachdenkt, fallen einem zunächst vielleicht Mädchen und Frauen mit Typ-1-Diabetes und Eßstörungen wie Bulimie und Anorexia nervosa ein. Interessant ist, dass diese Essstörungen durchaus auch bei Jungen und Männern auftreten, dort aber häufiger nicht erkannt und auch von den Betroffenen nicht thematisiert werden. Mag man angesichts der im Verhältnis geringeren Betroffenenzahlen die Menschen mit Typ-1-Diabetes noch als eine Gruppe ansehen, die in aller Regel ohnehin spezialisiert versorgt wird, so besteht doch trotzdem Bedarf an Fortbildung und Sensibilisierung für die Problematik geschlechtsspezifischer Komorbiditäten.

Viel schwieriger ist die Situation für die große Gruppe der an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen. Unser pathophysiologisches Verständnis dieser Erkrankung hat sich in den letzten Jahren massiv verändert. Typ-2-Diabetes ist eben keine reine „Zuckerkrankheit“ und schon gar nicht „nur ein bisschen Alterszucker“. Typ-2-Diabetes ist eine hochkomplexe Stoffwechselkrankheit, die aufgrund ihrer oft bereits bei Entdeckung bestehenden Begleit- und Folgeerkrankungen ein erhebliches gesundheitliches, gesundheitsökonomisches und damit auch gesundheitspolitisches Problem darstellt. Die Erkrankung tritt zunehmend auch bei Menschen im mittleren und jungen Lebensalter auf. Können und wollen wir uns das in einer alternden Gesellschaft leisten?

Was aber wissen wir über soziale, sozioökonomische und vor allem geschlechtsspezifische Ursachen und Probleme bei Menschen mit Typ-2-Diabetes? Wir wissen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad eines Menschen und seinem Risiko an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken besteht. Wir wissen aber auch, dass Frauen mit niedrigem Bildungsstand ein noch höheres Risiko haben, an Typ-2-Diabetes zu erkranken als vergleichbare Männer. Ich habe einmal bei meinen Patienten nach der Geschlechtsverteilung und dem Versichertenstatus geschaut. Während bei den GKV-Versicherten das Verhältnis 53:47

Frauen zu Männern ist, sind bei den privaten Krankenkassen das Verhältnis mit 75:25 dreimal so viel Männer wie Frauen betroffen. Was wir aus den Typ-2-Diabetes DMP-Daten der KV Nordrhein wissen, ist, dass im Alter unter 65 rund 56 Prozent der DMP-Teilnehmer Männer waren und nur 44 Prozent Frauen. Bei den über 75-jährigen waren es nur noch 42 Prozent Männer. Werden Männer anders und schlechter behandelt? Sterben Sie früher oder greifen die bisherigen Therapiestrategien nicht? Frauen mit Typ-2-Diabetes haben öfter eine Depression als Begleit-oder Folgeerkrankung ihres Diabetes. Männer (vielleicht) nicht. Oder die Depression wird vielleicht nur nicht diagnostiziert?

Adipöse Frauen mit Diabeteserkrankung erlebe ich in meiner Sprechstunde oft als erheblich traumatisiert. Sie werden in unserem Gesundheitssystem oft mehr als abschätzig behandelt. Ein typischer Satz, den ich jede Woche mehrfach und ausschließlich von Frauen höre, die sich erstmalig bei mir vorstellen ist „Ich weiß, ich muss abnehmen“. Dieser Satz ist ganz oft die Antwort auf meine Eingangsfrage „Was kann ich für Sie tun?“ Wie traumatisierend müssen die Erfahrungen bisher gewesen sein, wenn sich eine Patientin bei einem ihr neuen und unbekanntem Arzt zuallererst glaubt rechtfertigen zu müssen? Von Männern hören Sie diesen Satz nur in extrem seltenen Fällen und dann meistens aufgrund bereits eingetretener schwerster kardiovaskulärer Komplikationen wie Myokardinfarkten oder Herzinsuffizienz mit entsprechendem Leidensdruck. Ansonsten gilt doch eher die Aussagen „Ein Mann ohne Bauch ist doch kein ganzer Kerl“.

Und auch politisch oder anderweitig mächtige männliche Menschen sind eher „gewichtig“. Was müssen wir am bestehenden System der Behandlung, was an den Strukturen im Gesundheitswesen, was an der Aus- und Weiterbildung ändern, um die einen von Schuldgefüh-



Dr. Christian Klepzig

len und -zuweisungen zu entlasten und es den anderen zu ermöglichen Schwäche eingestehen zu können?

Wir wissen, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko haben, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Dabei unterscheiden sich die Gewichtsverläufe bei Frauen deutscher und nichtdeutscher Herkunft gravierend. Ab dem 40. Lebensjahr steigt die Zahl der adipösen nicht-deutschstämmigen Frauen im Vergleich zu den deutschstämmigen Frauen wesentlich stärker an. Bei

Männern findet sich dieser Verlauf nicht.

Was sagen uns solche epidemiologischen Befunde über biologische Vorgänge oder auch soziale und Umfeldfaktoren? Viele offene und spannende Fragen. Inwieweit unser Gesundheitssystem in der Lage ist und es zukünftig sein wird, sich dieser ausgesprochen schwierigen Gemengelage zwischen komplexer Pathophysiologie, sozialen, ökonomischen, geschlechts-spezifischen und bildungsabhängigen Faktoren beim Krankheitsbild des Typ-2-Diabetes zu stellen, ist und bleibt eine Frage, deren positive Beantwortung ich so (noch) nicht sehe.

Lassen Sie mich zum Abschluss noch einige Gedanken über die aktuelle und zukünftige Versorgung der an Diabetes erkrankten Menschen äußern. Die Medizin wird weiblich. Das ist so banal wie angesichts der Studierendenzahlen klar. Wir wissen aus vielen Umfragen, dass dies erhebliche Auswirkungen auf die Strukturen in unserem Gesundheitswesen insbesondere im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft haben wird. Wenn sich die hessische Diabetologengemeinschaft trifft fallen zwei Dinge auf: 70 Prozent der Mitglieder sind Männer und von diesen Männern sind drei Viertel grauhaarig. Der Lebensentwurf dieser Gruppe war sicherlich ein ganz anderer als der vieler unserer nachkommenden Kolleginnen und auch Kollegen. Die sich daraus ergebende Notwendigkeit zu Strukturveränderungen zu bewerkstelligen, wird für alle Bereiche des Gesundheitswesens eine große Herausforderung. Dies gilt besonders für die Diabetologie, die in den letzten 20 Jahren ein überwiegend ambulantes Fachgebiet geworden ist. Diabetologische Ausbildung findet aber zumindest in Hessen in den ambulanten Behandlungseinrichtungen viel zu wenig statt, was unter anderem auch an einer fehlenden stabilen und nachhaltig kalkulierbaren Finanzierung liegt. Die Ursachen dieses Problems sind vielschichtig und es würde den Rahmen einer Begrüßungsansprache sprengen, hier ins Detail zu gehen.

Angesichts der „Seuche des 21. Jahrhunderts“ zu dem die WHO den Diabetes ausgerufen hat, ist dieses aber sicherlich kein guter Zustand und er sollte geändert werden. Auf zwei Stellenanzeigen für einen Weiterbildungsassistenten „Diabetologie“ haben wir für unsere große diabetologisch spezialisierte Praxis mitten im Rhein-Main-Gebiet exakt 0 Bewerbungen bekommen. Dies liegt sicher auch an dem nach wie vor bescheidenen Image der Diabetologie als Fachgebiet. Nach wie vor glauben viele andere Fachgebiete der Medizin, dass sie das „bisschen Zucker“ mitbearbeiten können. Diabetologie ist aber auch für viele junge Kolleginnen und Kollegen offenbar nicht „sexy“. Keine großen operativen Heldentaten, keine kühnen Kathetereingriffe am schlagenden Herzen. Dafür immer wieder Rückschläge, Zuckerbaustellen ohne Ende und Frustrationsbekämpfung bei Behandler und Patienten. Endlose Gespräche, Überzeugungsarbeit, Empathie und ganzheitliche Medizin im besten Sinne. Dass dies im Zeitalter einer durchindustrialisierten „gemanagten“ Medizin altertümlich wirkt,

mag stimmen. Gerade das ist aber reizvoll und deshalb oder deswegen gibt es für mich kein schöneres Fachgebiet, für das ich an dieser Stelle werben möchte.

Grußwort der Schirmherrin Ingrid Fischbach

Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit

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

ich begrüße Sie sehr herzlich zum 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit und darf Ihnen zugleich die herzlichen Grüße unseres Bundesministers Hermann Gröhe ausrichten. Als mich im letzten Jahr die Bitte erreichte, in diesem Jahr die Schirmherrschaft über den Kongress zu übernehmen, brauchte ich nicht lange zu überlegen, um zuzustimmen. Denn geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung ist ein Thema, das mir persönlich am Herzen liegt. Dass mich das Thema als Gesundheitspolitikerin bewegt, bedarf eigentlich keiner Betonung. Ohne eine geschlechtersensible Herangehensweise ist heute qualitativ gute und effektive Gesundheitspolitik kaum noch denkbar.

Viele von Ihnen wissen, dass die Entwicklung geschlechtergerechter Medizin einen gut 30 Jahre langen Weg hinter sich hat. Ihre Anfänge lagen in den Forderungen der feministischen Bewegung nach Selbstbestimmung über den eigenen Körper und in der Folge nach spezifischer Gesundheitsversorgung, die auf die besonderen Belange und Situationen von Frauen eingeht. Inzwischen sind wir einen bemerkenswerten Schritt nach vorn gelangt, denn aus der damaligen Bewegung ist inzwischen der Anspruch geworden, eine genderspezifischen-Gesundheitsversorgung aktiv zu gestalten. Nicht nur die Frauen, sondern Frauen und Männer stehen mit ihren biologischen, sozialen, psychologischen, umweltbezogenen und kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Fokus zukunftsgerichteter medizinischer Versorgung und Prävention.

Bis das Ziel einer in allen Bereichen geschlechtersensiblen, genderorientierten Gesundheitsversorgung erreicht sein wird, werden wir uns wahrscheinlich noch häufiger treffen und miteinander diskutieren. Seit den 90er Jahren wird zunehmend intensiv daran geforscht, wie Frauen und Männer gesund bleiben, woran sie erkranken, welche unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Ausprägungen es bei gleicher Krankheit gibt oder auch, wie Frauen und Männer mit bestimmten Gesundheitsrisiken umgehen und wie sie sich und ihren Körper überhaupt wahrnehmen.

Vor einem Monat hat das Statistische Bundesamt die neuesten Lebenserwartungszahlen aus Deutschland veröffentlicht. Inzwischen liegt das durchschnittliche Lebensalter eines Mannes bei 77,7 Jahren und bei Frauen bei 82,8 Jahren. Die Lebenserwartung beider Ge-

schlechter nähert sich seit einigen Jahren zwar an, aber Frauen werden im Durchschnitt immer noch gut 5 Jahre älter als Männer. Wir wissen: Es gibt genug Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens, die hier eine Rolle spielen. Umso wichtiger ist es, zu klären, wie eine geschlechterspezifische Prävention und Gesundheitsversorgung die Lebenserwartung der Männer steigern kann.

Tatsächlich gibt es sehr vieles, was wir noch nicht wissen oder nur in vagen Ansätzen. Die politische Strategie des Gender Mainstreaming hat aber in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen dazu geführt, dass sich die Beteiligten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens – natürlich auch die Gesundheitspolitik in Bund, Ländern und Kommunen – zunehmend speziell mit Frauengesundheit und im weiteren mit Gender-Gesundheit befassen. Ein bedeutsames Beispiel ist die Einführung von Genderleitlinien für die Forschungsförderung. Das hat natürlich positive Folgen für den Erkenntniszuwachs in der Gendermedizinforschung. Und das bringt mich zu einer Neuerung dieses Kongresses:

In diesem Jahr haben Sie, liebe Frau Dr. Kloepfer, zum ersten Mal den Forschungspreis "Gender-Gesundheit in Gesellschaft, Versorgung und Arbeit" ausgelobt. Daran gefällt mir besonders gut, dass Sie mit diesem Wettbewerb den akademischen Nachwuchs ansprechen. Wie ich höre, sind neun Arbeiten eingereicht worden. Heute Abend wird die Jury das Ergebnis verkünden und die beste Abschlussarbeit aus den letzten drei Jahren prämiieren. Ich finde es schade, dass ich aus Zeitgründen nicht mehr dabei sein kann.



Wichtig ist mir vor allem der Impuls, den Sie mit diesem Preis setzen: die nachfolgende Generation in den relevanten Berufsgruppen wird bereits in ihrer Ausbildungsphase auf den genderspezifischen Ansatz gelenkt! Und Sie gehen noch einen Schritt weiter: Mit der Auswahl der Disziplinen, aus denen die Arbeiten eingereicht werden konnten, machen Sie zugleich deutlich: Gesundheit ist nicht nur Sache von Ärztinnen und Ärzten. Die Zukunft eines effizienten Gesundheitswesens liegt in der interdisziplinären Kooperation einer ganzen Reihe von Berufsgruppen.

Damit komme ich zu einem weiteren zukunftsweisenden Thema dieses Kongresses: Sie werden sich mit der Notwendigkeit neuer Strukturansätze im Gesundheitswesen auseinan-

dersetzen. Für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen brauchen wir nicht nur qualitativ hochwertige Angebote. Wir müssen die Strukturen auch an sich wandelnde gesellschaftliche Anforderungen anpassen. Davon sind etliche Bereiche betroffen. Ich nenne beispielhaft nur Ausbildung und Studium, die Gestaltung von Arbeitsorganisation und beruflichem Umfeld und die Besetzung von Führungspositionen mit Frauen.

Seit Jahren beobachten wir den Trend, dass mehr Frauen akademische Abschlüsse errei-



Ingrid Fischbach

chen als Männer. Das trifft auch auf die medizinischen Berufe zu. In den Studiengängen Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften waren die Frauen 2012 mit einem Anteil von knapp 68 Prozent bei den Studienabschlüssen vertreten. 2012 waren 58 Prozent der erfolgreichen Promotionen Frauen. Und immerhin waren sie im gleichen Jahr mit gut 25 Prozent unter den Habilitierenden vertreten.

Im niedergelassenen Bereich waren Frauen in eigenen Praxen und als angestellte Ärztinnen in Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren mit gut 43 Prozent vertreten. Der Frauenanteil wird in den nächsten

Jahren rapide steigen. Bei den jüngeren Ärztinnen schlagen jetzt schon die hohen Studentinnenzahlen durch: Hier sind bereits zwei Drittel der Ärzteschaft weiblich. In einigen Bereichen der Psychotherapie beträgt der Frauenanteil sogar schon zwischen 70 und 80 Prozent. Das sind positive Entwicklungen. Umso mehr muss es nun eine logische Konsequenz sein, dass sich der hohe Frauenanteil unter den Studierenden und den Berufstätigen im Gesundheitssystem auch in der Besetzung von Führungspositionen adäquat niederschlägt. Die Zahl der weiblichen Ordinarien steigt erfreulicherweise zwar kontinuierlich an, allerdings nur sehr langsam und auf sehr niedrigem Niveau. 2012 waren knapp 17 Prozent der Professuren im Bereich Medizin und Gesundheitswissenschaften von Frauen besetzt. Davon waren lediglich 10,5 Prozent C4/W3-Professorinnen.

Heute vor genau einem Jahr veröffentlichte der Hartmannbund eine Pressemitteilung mit einem recht niederschmetternden Titel: "Frauen glauben nicht an ihre faire Chance im Arztberuf – Familie, Teilzeit und alte Rollenmuster als 'Karrierekiller'". Hintergrund war eine Umfrage unter 20.000 Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen. Die Kernprobleme sehen die befragten Medizinerinnen vor allem in dem sich gegenseitig bedingenden Dreieck von Benachteiligung durch Teilzeitarbeit, immer noch nicht überwundenem Rollendenken und verkrusteten hierarchischen Strukturen.



Viele Beteiligte sind gefragt, um solche Karrierehemmnisse zu überwinden. Sie haben übrigens bei mindestens einem Hindernis nicht nur eine frauenspezifische Seite, sondern betreffen beide Geschlechter. Denn auch unter den Männern steigt die Zahl derer, die gern wegen Familienpflichten und Kindererziehung in Teilzeit arbeiten möchten. Arbeitgeber wie z.B. Klinikträger und Universitäten, Ärztekammern, Politik und auch die betroffenen Frauen (und Männer) müssen einen Erkenntnis- und Handlungs-Gewinn darin sehen können, überkommene Rollenvorstellungen und Hierarchiestrukturen hinter sich zu lassen. Schlussendlich bedarf es aber auch veränderter Selbstbilder der Frauen. Denn wir sollten das nicht unterschätzen: Die aktive Übernahme von Verantwortung in Führungspositionen muss von deutlich mehr Frauen auch gewollt sein. Damit dieses Wollen fruchtbaren Boden hat, brauchen wir im Arbeitsumfeld passgenaue Organisationsformen, moderne und angemessene Arbeitschutzbedingungen – ich denke hier auch an die Diskussion um Weiterbeschäftigung von schwangeren Ärztinnen –, und flexible Betreuungsangebote.

Bereits im Jahr 2010 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen ins Leben gerufen. Der Runde Tisch dient allen Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem als Plattform, um auch im Gesundheitswesen geeignete Maßnahmen für die unabdingbare Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu entwickeln. Mit dem Runden Tisch haben wir in den letzten Jahren gesetzliche Re-

gelungen angestoßen, damit z.B. junge Ärztinnen und Ärzte Kindererziehung und Beruf besser vereinbaren können. Maßnahmen wie die Verbesserung der Rahmenbedingungen in Aus- und Weiterbildung von Berufen im Gesundheitswesen sind Schritt für Schritt umgesetzt worden. So konnten auf Bundesebene mit der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen Verbesserungen im Praktischen Jahr erzielt werden. Die Neuregelung der Ausbildung zum Notfallsanitäter bzw. zur Notfallsanitäterin sieht nun auch Teilzeitregelungen vor. Außerdem wurden zwei Internetportale entwickelt, die Informationen und best-practice-Beispiele zu familienfreundlichen Arbeitsbedingungen bereitstellen. Der Runde Tisch muss selbstverständlich auch zukünftig weitergeführt werden, denn noch gibt es viel zu tun. Und wir hoffen, dass familienfreundliche Maßnahmen, die diesem Runden Tisch entspringen, dazu beitragen werden, den Arztberuf für junge Menschen wieder attraktiver zu machen, um dem prognostizierten Fachkräftemangel entgegenzuwirken und flächendeckende medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Die Bundesregierung hat mit der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege auf den wachsenden Personalbedarf in der Altenpflege reagiert. Wir haben gemeinsam mit den Ländern und Verbänden konkrete Zielvereinbarungen entwickelt, durch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege gefördert und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes auch gezielt für junge Männer und für junge Leute mit Migrationshintergrund erhöht werden soll. Das ist auch deshalb wichtig, weil sich viele alte Menschen – im Übrigen auch solche ohne Migrationshintergrund – lieber von gleichgeschlechtlichen Pflegenden bzw. von solchen Menschen betreuen lassen.

Und gerade die 1. Generation der Zugewanderten, die heute pflegebedürftig sind, brauchen eine Pflegeprofession, die auch sensibel mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen umgehen kann.

Meine Damen und Herren, unter Ihnen sind sicher etliche, die die Diskussionen um das neue Präventionsgesetz verfolgen. Der Kongress-Flyer zitiert den Gender-Aspekt, der in die Gesetzesformulierung eingeflossen ist. Es gibt kritische Stimmen, denen die Formulierung,

bei den Leistungen der Krankenkassen sei geschlechterspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen, nicht weitgehend genug ist. Ich verspreche mir allerdings schon einen Perspektivwechsel bei all jenen, denen diese Notwendigkeit bislang noch nicht ausreichend



Ingrid Fischbach, Dr. Martina Kloepfer,
Dr. Christian Klepzig

deutlich war. Denn sie haben die Leistungen, die sie erbringen, an den geschlechtsspezifischen Besonderheiten auszurichten. Und die Regelung bedeutet doch eine erhebliche Unterstützung derjenigen, die sich schon länger um gendergerechte Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung bemühen. Wie ich bereits zu Anfang sagte, sind die Begriffe Gender-Medizin und Gendersensibilität im Gesundheitswesen bei seinen Handelnden längst keine fremden Begriffe mehr. Ich bin sehr zuversichtlich, dass zum Beispiel bei der Vielzahl derjenigen, die Präventionsmaßnahmen entwickeln und anbieten, ganz viele sind, denen die Gendersensibilität ein wichtiges Anliegen ist. Und die Gesundheitsversorgung wird hier nachziehen.

Meine Damen und Herren, heute Nachmittag und morgen widmet sich ein wesentlicher Teil des Kongresses dem medizinischen Thema Diabetes. Morgen werden Sie sich vor allem mit den geschlechtsspezifischen Besonderheiten dieser Krankheit auseinandersetzen. Durch das kontinuierliche Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut wissen wir, dass in Deutschland über alle Altersgruppen und Geschlechter hinweg ca. 6,7 Millionen Menschen an einem bekannten oder unbekanntem – also bisher nicht ärztlich diagnostizierten – Diabetes mellitus leiden. Dabei beobachtet das Robert Koch-Institut auch, dass die Anzahl der diagnostizierten Diabetesfälle zwischen 1998 und 2010 deutlich zugenommen hat. Diabetes mellitus ist aufgrund seiner Krankheitslast seit Jahren eine gesundheitspolitische Herausforderung ersten Ranges. Deshalb gehört die Bekämpfung des Diabetes zu den wichtigen Zielen des Präventionsgesetzes. Ein weiterer Baustein der Bundesregierung ist der Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung. Auch das Versorgungsstärkungsgesetz soll zu einer Verbesserung der Versorgung von Diabetespatienten beitragen, u.a. durch sektorenübergreifende Versorgungsverträge.

Meine Damen und Herren, an vielen Stellen begreifen wir inzwischen, wie sehr genderspezifische Ansätze im Gesundheitswesen an Bedeutung nicht nur in der Prävention und Behandlung von Krankheiten, sondern für das tägliche Leben gewonnen haben. Denn die alltägliche Lebenswirklichkeit von Männern und von Frauen ist eben oft ganz verschieden – und selbst, wenn das auf einem Kongress wie dem Ihren wahrlich keine Neuigkeit ist, es ist aus meiner Sicht aber nicht falsch, sich dieses immer wieder auch aus gutem Anlass ins Gedächtnis zu rufen.

Ich freue mich sehr, dass Sie, liebe Frau Dr. Kloepfer, mit diesem Kongress, dem hoffentlich weitere folgen werden, dazu beitragen, dass sich die Beachtung der Gender-Perspektive zu einem unverzichtbaren Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsversorgung entwickelt. Ihnen und Ihren Mitstreiterinnen und Mitstreitern sage ich an dieser Stelle herzlichen Dank für das Engagement.

Ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen Kongress, mit vielen Impulsen und innovativen Ideen. Ich bin mir sicher, Sie werden diese Impulse und Ideen zu uns, den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern weitertragen. Dafür danke ich Ihnen allen schon heute. Denn so helfen Sie weiterhin mit, eine geschlechtergerechte Versorgung zu verwirklichen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Plenum I: Strukturansätze

I.1 Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel, Universität Ulm

Ausbildungswege in der zahnärztlichen Chirurgie

In fünf Jahren schon wird es in Deutschland mehr praktizierende Zahnärztinnen als Zahnärzte geben. Auf den ersten Blick kein Problem, doch so wie die Ausbildung der Zahnmediziner heutzutage aufgebaut ist, kann das durchaus zu Versorgungsveränderungen führen. Denn: Frauen führen weniger chirurgische Eingriffe durch als Männer. Dies kann im schlimmsten Szenario zu einer Unterversorgung führen.

Warum Frauen weniger häufig chirurgische Eingriffe durchführen und was man dagegen tun



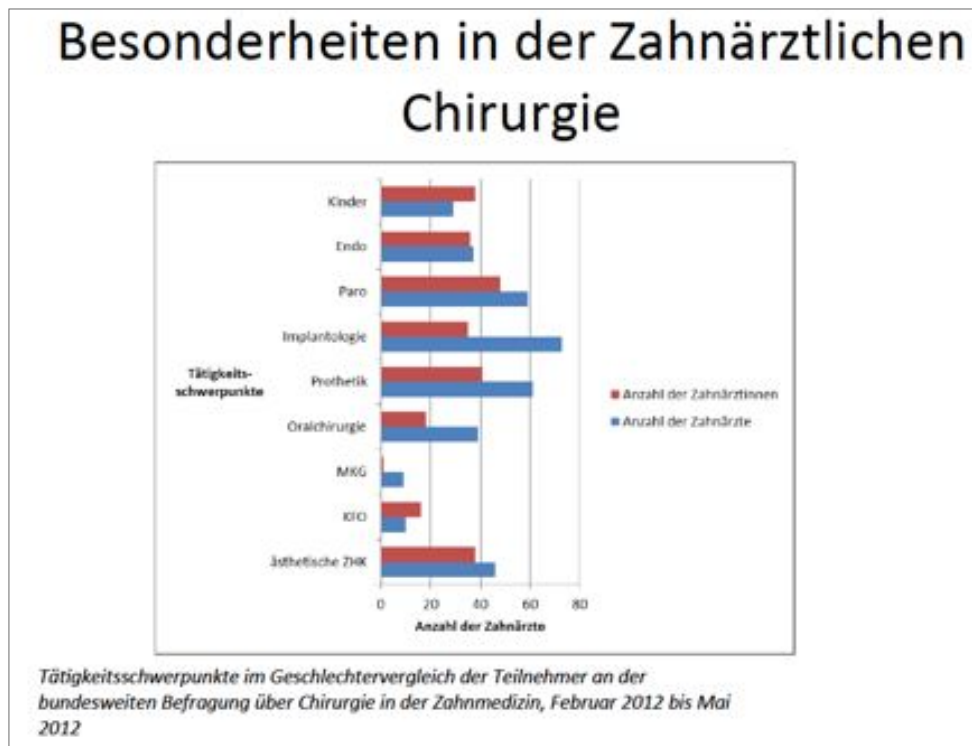
Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel

kann, ging **Professor Dr. Margrit-Ann Geibel von der Universität Ulm** in ihrem Vortrag zu Gender-Dentistry nach. „Wenn Zahnärztinnen Notdienst machen, braucht es einen starken Mann im Hintergrund, der dann im Ernstfall den Zahn zieht“, so lautet eine Anekdote aus der Praxis. Ein abgeschlossenes Staatsexamen in Zahnmedizin bedeutet momentan nicht, dass die jungen Zahnmediziner bereits Übung im Extrahieren von Zähnen haben. Genau diese fehlende Routine lässt Frauen vor chirurgischen Eingriffen zurückschrecken. Es bedarf folglich einer Veränderung der Ausbildung. Professor Geibel führt seit einigen Jahren post-edukative Kurse nur für Frauen

durch, um chirurgische Fähigkeiten zu vermitteln. Der monoedukative Ansatz ist bewusst gewählt, da wissenschaftlich belegt ist, dass die Geschlechtertrennung bei der Ausbildung einen höheren Leistungsstandard zur Folge hat. Eine bessere Konzentration auf Lerninhalte, eine ablenkungsfreie Atmosphäre ohne Rollenzwang und Konkurrenz helfen bei der Entwicklung von Selbstvertrauen in der Chirurgie. Ein nachhaltiger Erfolg durch die Teilnahme am Kurs wurde mehrfach bewiesen.

Die Verteilung der Geschlechter auf die Fachrichtungen in der Zahnmedizin ist eindeutig: Frauen gehen in die Kinderzahnmedizin und weniger in die betriebswirtschaftlich interessanten Fachrichtungen. Implantologie und high-end Prothetik hingegen sind Männerdomänen. Professor Geibel stellte Ergebnisse einer Befragung zum Rückzug von Zahnmedizinern aus der Chirurgie vor. Demnach schätzen Frauen chirurgische Eingriffe grundsätzlich als eher

kompliziert ein. Unsicherheit, aufgrund fehlender Routine, wurde als häufigster Rückzugsgrund genannt. Männer hingegen ziehen sich aus wirtschaftlichen Interessen aus der Zahnchirurgie zurück. Für sie stehen Aufwand und Ertrag nicht im Verhältnis. Auf die Frage, was verändert werden müsse, um die Chirurgie wieder attraktiv zu machen, war die Antwort: „Die



Wahl (2015), Ausbildungswege in der zahnärztlichen Chirurgie

Abschaffung der Budgetierung.“ Zahnmedizinerinnen forderten mehr Übungsmöglichkeiten in der Ausbildung. „Die mono-edukativen Chirurgiekurse ermöglichen, mit relativ geringem Aufwand, geschlechtsspezifischen Unterschieden in der zahnmedizinischen Versorgung Rechnung zu tragen“, resümierte Professor Geibel.

I.2 Prof. Christel Bienstein, Universität Witten-Herdecke

Akademisierung in der Pflege

Bis zu 400.000 Pflegekräfte werden Schätzungen zufolge in Zukunft in Deutschland fehlen, prognostizierte **Professor Christel Bienstein von der Universität Witten-Herdecke** im Rahmen ihres Vortrages zur Akademisierung in der Pflege. Die Attraktivität des Berufsbildes und der Berufsbedingungen müsse erhöht werden, um junge Menschen beiderlei Geschlechts für die Pflegeprofession zu begeistern. Der Ruf nach einer Aufwertung der Pflege und der damit verbundenen Akademisierung findet allmählich Gehör. Dabei setzt kaum ein anderes Land noch auf die berufsfachliche Ausbildung wie Deutschland. Die meisten Länder, darunter kürzlich auch die Schweiz und Österreich, haben die Pflege an den Hochschulen angesiedelt. Der Wunsch in Deutschland zehn Prozent akademisch ausgebildete Pflegekraft zu haben, ist mit den derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten erst in 40 Jahren möglich, zeigte Professor Bienstein auf.

Ein großes Problem, das die Arbeitsbedingungen in der Pflege widerspiegelt, ist der hohe Anteil an Teilzeitkräften. In der Altenpflege sind es sogar bis zu 70 Prozent der Beschäftigten. Die Pflege als Teilzeitberuf ist eine mittlerweile fest verankerte Grundhaltung unter den Auszubildenden. Auch hier kann die Akademisierung entgegenwirken: „Ein Studium beginnt man mit der Vision, etwas werden zu wollen!“



Prof. Christel Bienstein

Die Pflege ist seit jeher weiblich geprägt. Es gibt nur wenige Sparten innerhalb der Pflegeprofession, die anziehend auf Männer wirken. Meist sind dies Tätigkeiten in der Intensivpflege oder Anästhesie, in denen vermehrt Technologie zum Einsatz kommt. Die voranschreitende Akademisierung der Pflege in Deutschland bietet für den Berufsstand eine Hoffnung. Während traditionell 15 Prozent der Auszubildenden in der Pflege Männer sind, haben die neuen grundständigen Pflegestudiengänge bereits einen Anteil von 21 Prozent männlicher Studienanfänger.

„Die Pflegerealität hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt“, erläuterte Professor Bienstein. Das Verhältnis von Arzt zu Pflegenden

hat sich von 1:4 in den Neunziger Jahren auf 1:2 in den öffentlich-gemeinnützigen Kliniken bzw. 1:1,75 in den privaten Kliniken verschoben. Die Verweildauer der Patienten hat sich in den letzten 15 Jahren auf 7,1 Tage halbiert. Die zunehmende Ambulantisierung im Gesundheitssystem hat zu einer Verdichtung der schweren Fälle in den Kliniken geführt. Pro Schicht versorgt eine Pflegekraft 10,2 Patienten, womit Deutschland im internationalen Vergleich äußerst schlecht dasteht. Um den steigenden Anforderungen im Pflegeberuf gewachsen zu sein, bedarf es qualifizierter Arbeitskräfte und evidenzbasierten Wissens. Die wissenschaftliche Erforschung der Pflege steckt jedoch noch in den Kinderschuhen. Nur 0,5 Prozent des Wissens in der Pflege ist evidenzbasiert. Zum Vergleich: In der Medizin sind es 20 Prozent. Studien, die den Stellenwert guter Pflege belegen und einen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Patientenmortalität beweisen, gibt es erst seit kurzem. Deutlich mehr Wissen muss noch generiert werden, dazu bedarf es akademisch ausgebildeter Pflegekräfte, Masterabschlüsse und Promotionen.

Zur Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft mahnte Bienstein an: „Die Angst vor hochqualifizierten Pflegenden muss Teilen der Ärzteschaft noch ausgetrieben werden“. Eine Akademisierung der Pflege ginge nunmal auch mit wachsenden Aufgabenfeldern einher.

I.3 Rita Gabler, Palliativ Team Erding

Flache Hierarchien-gemischte Teams

„Haltung hebt Hierarchien aus“, das zeige sich in den gemischten Teams, die zur Palliativversorgung eingesetzt werden, so **Rita Gabler vom Palliativ Team Erding gGmbH** in ihrem Vortrag. Dabei gehe es um eine Haltung den Patienten gegenüber, den Kollegen, aber auch sich selbst. Reflexion, Authentizität und Kameradschaft sind wesentliche Grundpfeiler solch einer Haltung.

Palliativmedizin ist eine Medizin, die frei von großer Diagnostik und Therapie sich auf zwischenmenschliche Beziehung konzentriert. Die Zuwendung zum Zwischenmenschlichen ist kein Boden für Hierarchien, denn sie bedeutet eine gleiche Grundeinstellung aller an der



Rita Gabler

Versorgung Beteiligten. Eine gemeinsame Zielsetzung ermöglicht ein gleichberechtigtes Miteinander. Um so ein Selbstverständnis im Team zu erreichen, bedürfe es durchaus bestimmter Personen, die solch eine Haltung vorlebten.

Frau Gabler hob hervor: „Die Krankenpflege hat im Palliativbereich, gestützt durch die Medizin, einen Teil ihrer Selbstständigkeit wieder erlangt.“ So würden Pflegekräfte sonografieren oder Erstuntersuchungen durchführen. Im ersten Teil des Vortrages hatte Frau

Gabler, anhand eines medizinhistorischen Exkurses, die bestehende Rollenverteilung zwischen Pflege und Medizin einerseits sowie Frauen und Männern in der Versorgung andererseits aufgezeigt. Dabei stellte sie die These auf, dass eine gleichberechtigte Existenz der weiblichen Heilkunde neben einer - erst theologisch später wissenschaftlich geprägten - Männermedizin, insgesamt zu einer menschenunwürdigeren Gesundheitsversorgung geführt hätte. Ursprünglich war Heilkunde eine weibliche Domäne. Krankenpflege fand nicht-institutionalisiert im häuslichen Umfeld statt. Mit dem Zuwachs kirchlicher Macht wurde die Heilkunde aber mehr und mehr als „teuflisch“ stigmatisiert. Das Verabreichen von Schmerzmitteln, sowie die Aufklärung über Verhütungsmethoden und eine abweichende Einstellung der Sexualität gegenüber waren der Kirche ein Dorn im Auge. Einzige Ausnahme war Hildegard von Bingen, die eines der ersten medizinischen Werke, die *Physica*, verfasste. Mit einer

beginnenden Akademisierung der Medizin wurden Heilkundige zu Konkurrenten. Die Verfolgung der Heilkundigen als Hexen führte zu einer Auslöschung des medizinischen Volkswissens und zu einer Verdrängung von Frauen aus dem medizinischen Bereich. Darüber hinaus wurden Frauen als ungeeignet für ein Medizinstudium befunden. Mit einem stetigen Vorschreiten des medizinischen Fortschritts bedurfte es „Kümmerer“, die ausgleichen mussten, was der männlichen Medizin abhanden gekommen war. So wurden Krankenschwestern zu Handlangerinnen eines defizitären Systems.

Dabei machte Frau Gabler darauf aufmerksam, dass geschlechtsspezifische Basiskompetenzen im Zusammenschluss sehr wirksam seien, isoliert aber auch destruktiv sein könnten. Frauen würde die Fähigkeit zugeschrieben in Beziehung mit Patienten zu treten und auch in verstörenden Situationen Menschlichkeit und Wärme zu vermitteln. Manchmal sei diese „sanfte Medizin“ der Frauen auch wirksamer als hochpotente Medikamente, wie anekdotisch berichtet wird.

Plenum II: Frauen und Führung

II.1 Gespräch mit Nina Moers und Susanne Keimel, AG Pilotinnen der Vereinigung Cockpit

Ready for take-off?

In einem Gespräch mit zwei Vertreterinnen der Vereinigung Cockpit, Arbeitsgemeinschaft (AG) Pilotinnen, ergründeten Kongresspräsidentin Dr. Martina Kloepfer und der Moderator Dr. Albrecht Kloepfer die Genderthematik in der Luftfahrt. „Ein Flugzeug muss man fliegen, wie

man ein Flugzeug eben fliegen muss.“ Standardisierte Verfahren und auch eine standardisierte Kommunikation verhindern das Zutreten von Rollenklischees und Geschlechterkonflikten in der Luftfahrt. **Nina Moers, Kapitänin** und **Susanne Keimel, Kopilotin und Senior First Officer**, berichten, dass sie in ihrer Laufbahn kaum Vorfälle erlebt haben,



Susanne Keimel und Nina Mörs

in denen das Geschlecht Auslöser war. Generell erfahren sie viele positive Rückmeldungen, auch die Stimmung wird als freundlicher bewertet, wenn eine Frau mitfliegt. Wenn überhaupt wird man als Frau in Kapitänskleidung nicht gleich wahrgenommen, das mag aber auch an der extrem niedrigen Frauenquote von fünf Prozent in der Luftfahrt liegen. In der Ausbildung war das Geschlecht nie Thema, eine strenge Auslese bei den Eignungstests sorgt aber auch für eine homogene Gruppe von Auszubildenden. Die weitere Laufbahn hin zur Kapitänin steht Frauen offen, danach sieht es ein wenig anders aus: in höheren Positionen gibt es noch keine Frauen. Eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Freizeit und Beruf machen die Positionen einerseits unbeliebter bei Frauen, andererseits verläuft die Vergabe der Posten über männliche Seilschaften. „Die Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft (AG) Pilotinnen bei der Vereinigung Cockpit war ein Kampf,“ berichten die beiden Frauen.



Gibt es Ansätze aus der Luftfahrt, die auf das Gesundheitswesen übertragbar sind und einen positiven Effekt auf Genderproblematiken haben? Dieser Frage wurde im weiteren Verlauf des Gesprächs nachgegangen. Wieder kam man auf den hohen Grad an Standardisierung zu sprechen,

ein Gerüst aus Schrittfolgen hilft bei der Bewältigung unvorhersehbarer Situationen, „common sense“ gehe dabei aber nicht verloren. Die Standardisierung ermöglicht das Zurückstellen von Emotionen und die Distanzierung von sich selbst. Die Luftfahrt zeichnet sich auch durch eine hohe Fehlerkultur aus, auch hier gibt es wieder standardisierte Verfahren zur Berichterstattung und Aufarbeitung.

II.2 Karin Wahl, Deutscher Pharmazeutinnen Verband

Führungsqualitäten von Frauen – Herausforderungen & Chancen

Als jemals erste Frau in einer Kammerfunktion berichtete **Karin Wahl vom Deutschen Pharmazeutinnen Verband** aus der Apothekerpraxis und Gremienarbeit über Führungsqualitäten von Frauen. Sie forderte auf: „Frauen müssen selbst Strukturen schaffen, die ihnen zu Gute kommen. Dass Männer dies nicht tun, kann man ihnen nicht vorwerfen!“ Es komme vor allem auf die Selbstwahrnehmung und ein besseres Selbstverständnis an. Chancen, die sich böten, müssten häufiger und auch aggressiver ergriffen werden. Frau Wahl appellierte an die Frauen, sich in Netzwerken und Verbindungen zu engagieren, um den männlichen Seilschaften etwas entgegen zu setzen.

„Frauen in Führungspositionen sollten nicht die besseren Männer werden“, betonte Frau Wahl. Vielmehr sollte die Chance genutzt werden, auch andere Frauen zu fördern und nicht an einer Sonderposition als „einzige Frau im Vorstand“ festzuhalten. Denn die sogenannte Glasdecke müsse immer noch durchbrochen werden.

Während Männer einen eher sachbezogenen Arbeitsstil verfolgen, charakterisieren sich Frauen durch personenbezogenes Arbeiten. Führen bedeutet für Frauen, anderen Chancen zu ermöglichen und Strukturen zu schaffen, unter denen sie selbst gerne arbeiten würden.



Karin Wahl

Dabei scheuen sie nicht davor zurück, Verantwortung zu übernehmen, zeigen ihre Machtstellung aber nicht so offensiv wie Männer. Generell bevorzugen Frauen das Arbeiten in gemischten Teams.

Im Bereich der Apothekerfortbildungen lässt sich beobachten, dass Frauen vermehrt Fachfortbildungen besuchen, Männer mehrheitlich Führungsseminare. Gerade das Erlernen solcher Führungsqualitäten, wie beispielsweise Verhandlungsstrategien, sei aber wichtig.

Bei der Bewerbung um Führungspositionen müssen Frauen vor allem noch an ihrem „Verkaufstalent“ arbeiten. Trotz gleicher Qualifikationen verhalten sie sich selbstkritisch, fordern durchgehend weniger Gehalt und übernehmen Aufgaben nur, wenn sie sicher sind, dass sie sie erfüllen können. Frauen scheuen oft den Wettbewerb und geben schneller auf. Der Ausweg, sich in eine Schwangerschaft zu flüchten, wird leider noch allzu häufig als Strategie gewählt, um unangenehme Arbeitssituationen zu entkommen. Auch ein weniger personenbezogener Umgang mit Kritik müsse noch gelernt werden, legte Frau Wahl den jungen Frauen ans Herz. „Hart in der Sache, aber freundlich im Ton,“ sei eine wirkungsvolle Kommunikationsstrategie. Ein weiterer Tipp: sich nicht duzen lassen, dies beuge einer stigmatisierenden Kommunikation vor.

Abschließend appellierte Frau Wahl die Kompetenzen beider Geschlechter und aller Altersgruppen zusammenzuführen, so würden die besten Ergebnisse erzielt!

Qualifizierte Frauen fallen nicht vom Himmel

- Frauen haben die gleichen Bildungschancen wie Männer, dennoch existiert immer noch das Phänomen der „gläsernen Decke“
- Frauen scheuen oft den Wettbewerb
- Frauen bevorzugen Fortbildungen in spezifischem Fachwissen
- Frauen vernachlässigen oft Qualifizierung in Führung und Management

Wahl (2015), Führungsqualitäten von Frauen – Herausforderungen und Chancen

II.3 Dr. Regine Rapp-Engels, Deutscher Ärztinnenbund

Frauen in Entscheidungsgremien

Dr. Regine Rapp-Engels sprach für den **Deutschen Ärztinnenbund**, der seit 1924 besteht und sich für eine geschlechtsdifferenzierende Gesundheitsversorgung und ungehinderte Karrierewege von Ärztinnen einsetzt. Dr. Rapp-Engels forderte: „Es braucht einen Kulturwandel vor allem in den Gremien der Ärzteschaft. Dort müssen Frauen anteilig vertreten sein, um einen Wandel von innen heraus zu bewirken.“

Während es schon seit langem mehr weibliche Studienanfängerinnen in der Medizin gibt, ist nun auch der Punkt erreicht, dass Frauen mehr Abschlüsse machen. Tätige Ärztinnen sind



Dr. Regine Rapp-Engels

aber weiterhin in der Unterzahl: im Jahr 2009 waren es 42 Prozent. Wenn derzeitige Trends sich fortsetzen wird circa im Jahr 2022 die 50 Prozentmarke geknackt. Von einer Feminisierung der Medizin kann zum jetzigen Zeitpunkt also noch nicht gesprochen werden. Zumal Dr. Rapp-Engels beim Gebrauch dieses Begriffs, wie er von der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung genutzt wird, zur Vorsicht anmahnte, denn er pathologisiert die Situation. Positiv zu bemerken ist, dass der Zeitpunkt, zu dem das Verhältnis von Frauen und Männern kippt und Frauen sozusagen von der Karriereleiter fallen, sich deutlich nach hinten geschoben hat. Heutzutage passiert dies zwischen Promotion und

Habilitation und nicht mehr während des Studiums. Der Karriereknick spiegelt sich dann auch in der Besetzung von Universitätslehrstühlen wider.

„Wer das System verändern will, muss in die Gremien, dort wird gestaltet!“, appellierte Dr. Rapp-Engels an die Frauen. Dabei bedarf es eines Frauenanteils von 20 bis 25 Prozent, damit sich das Klima ändert. Erfahrungsgemäß reiche eine Frau selten aus und werde häufig zu „dekorativen“ Zwecken genutzt. In den meisten Ärztekammern sei der Frauenanteil eher rückläufig. In Schleswig-Holstein jedoch, wo 1996 das Kammer- und Heilberufegesetz dahingehend geändert wurde, dass gleich viele Männer und Frauen zur Wahl antreten müssen, gibt es heute 40 Prozent Frauen in der Kammerversammlung. Anders sieht die Verteilung

der Sitze in der Bundesärztekammer aus, dort gibt es nur 4 Frauen von 19 Vorstandsmitgliedern.

Die Einberufung zu und das Bestehen in Gremienarbeit sei Schwerstarbeit, berichtete Dr. Rapp-Engels. „Die Strippen werden schon beim Jahresempfang der Bundesärzteschaft gezogen. Da muss man als Frau dann auch einfach mal mitmachen. Es kann sogar Spaß machen.“ Das Bestehen auf gesellschaftlichen Veranstaltungen bis in die späten Abendstunden hinein, sei aber auch sehr ermüdend und entspräche nicht unbedingt eines weiblichen Arbeits- und Lebensstils. Glücklicherweise gibt es auch immer mehr junge Männer, die den männlichen Seilschaften und deren Arbeitsweise gegenüber abgeneigt sind.

Um als Frau in die Entscheidungsgremien zu kommen, muss man schon früh mit der Gremienarbeit anfangen, um letztendlich oben, beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss, anzukommen. Dort sind von 13 Mitgliedern 3 Frauen. „Dort wo es um Geld geht sind Frauen unterrepräsentiert.“ Einerseits trauen Frauen sich dies häufig nicht zu, andererseits sind sie dort nicht gewollt. Im Hinblick auf die schleppende Entwicklung einer adäquaten Repräsentanz in der Gremienschaft fordert der Deutsche Ärztinnenbund die Einführung einer Frauenquote.

Workshops

Workshop 1: Gendermedizin im Studium

Referenten: Sabine Ludwig (Projektsteuerungsteam des Modellstudiengangs Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin), Philippa Seika und Simon Drees (Bundesvereinigung der Medizinstudierenden)

Moderation: Sophia Schlette (Stiftung Gesundheit)

Berichterstattung: Sabine Barz (Bundesverband Managed Care)

„Es gibt keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit“ – so fasste eine Teilnehmerin des Workshops die Gründe zusammen, aus denen die Integration von Gender-Aspekten im Medizinstudium unverzichtbar ist.

Inwieweit diese Erkenntnis bereits Eingang in die Praxis gefunden hat, stellte **Sabine Ludwig** am Beispiel des Modellstudiengangs Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin vor. Ziel war es, bei der Konzeption des Studiengangs auf allen Ebenen geschlechterspezifische Aspekte zu implementieren. Dies betrifft neben der Besetzung des Lehrkörpers und sämtlicher Gremien das medizinische Curriculum. So wird beispielsweise das Modul „Klinische Aspekte von Sex und Gender“ angeboten, das sich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung von Krankheiten beschäftigt. Eine wichtige Rolle spielt zudem die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen, etwa für Patienten-Gespräche. Vor diesem Hintergrund war es den Verantwortlichen auch wichtig, dass sämtliche Studienunterlagen in geschlechtergerechter Sprache verfasst sind. Nicht zuletzt wurde Wert darauf gelegt, dass alle Vorlesungen, aber auch die Gremiensitzungen des Studiengangs zu familienfreundlichen Zeiten stattfinden, damit Studierende, Lehrende und Studiengangsmitarbeiter mit Kindern daran teilnehmen können.



Sabine Ludwig

Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird durch Sabine Ludwig in ihrer Rolle als „Gender Change Agent“ koordiniert und überwacht. Die Widerstände, mit denen sie im Verlauf des Projektes konfrontiert war, bestanden vor allem darin, dass der Begriff „Gender“ häufig mit „Frauenbewegung“ gleichgesetzt wird. Erst nachdem Ludwig und ihre Kollegen verdeutlicht

haben, dass es eine Reihe von fachlichen Argumenten für Gendermedizin gibt, konnten einige Professoren überzeugt werden.

Damit sich die Lehrenden letztendlich nicht auf die Freiheit der Lehre zurückziehen und die Vorgaben nach eigenem Gutdünken ignorieren können, wurden die Gender-Aspekte in den Lernziel-Katalog aufgenommen. Somit gehören sie zu den prüfungsrelevanten Inhalten des Studiengangs und sind pflichtmäßig von den Lehrenden abzuhandeln. Als weitere Erfolgsfaktoren benannte Ludwig den Umstand, dass das Thema bereits in der Konzeptionsphase des Studiengangs berücksichtigt wurde. Sicherlich sei es ungleich schwieriger, Gender-Aspekte in etablierte medizinische Regelstudiengänge einzubringen. Von größter Bedeutung sei außerdem, dass die Leitung das Vorhaben von Beginn an unterstützt habe und dass zudem Senatsmittel zur Finanzierung der Koordinationsstelle zur Verfügung gestellt worden seien.



Die Sicht der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden auf das Thema Gendermedizin im Studium wurde anschließend von **Philippa Seika** und **Simon Drees** vorgestellt. Dass Frauen und Männer bei einigen Krankheitsbildern unterschiedliche Prävalenzen und Symptome zeigen, aus denen sich teilweise auch unterschiedliche Behandlungserfordernisse

ableiten, sei mittlerweile bekannt. Zudem sehen die Studierenden auch die Notwendigkeit für eine geschlechtersensible Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Ein drittes Feld sei die Forschung, wo die Berücksichtigung männlicher und weiblicher Studienteilnehmer ebenfalls relevant sei. Daher müsse die Frage „Brauchen wir Gendermedizin im Studium?“ unbedingt mit „Ja!“ beantwortet werden.

In den Modell- und Reformstudiengängen sei das Thema bereits gut in Studienordnungen und speziellen Lehrveranstaltungen verankert. Jedoch sei selbst in der Studierendenschaft die Akzeptanz keineswegs durchgängig vorhanden. Vor allem an den alteingesessenen Fakultäten, wie beispielsweise in Tübingen, liege der Fokus oftmals allein auf medizinischem Lehrbuchwissen. Gleichzeitig habe Gendermedizin bisher nur marginal Eingang in medizinische Lehrbücher gefunden. Schon die Bereitschaft, sich auf Kommunikationsunterricht im Allgemeinen einzulassen, sei bei den Studierenden teilweise nicht vorhanden. Insofern sei generell ein Wandel des Berufsbildes Arzt/Ärztin notwendig.

Als wichtigsten Ort, um solche Veränderungen zu bewirken, sehen Seika und Drees die Gremien, in denen Studienordnungen und Lernziele verabschiedet werden. Je überzeugter

die Lehrenden seien, umso leichter lasse sich die flächendeckende Integration von Gendermedizin bewerkstelligen. Als Herausforderungen für die Zukunft betrachteten die Anwesenden den Punkt der Nachhaltigkeit. Hier seien regelmäßige Modul-Reviews wichtig. Darüber hinaus müsse der Ansatz zum einen auf alle medizinischen Fakultäten und zum anderen auf andere gesundheitsorientierte Studiengänge wie Public Health, Gesundheitsökonomie, Pflege etc. übertragen werden.

Workshop 2: Strukturen und geschlechtsspezifische Karrieren in der Universitätsmedizin

Referenten: *Thomas Bierbaum (Medizinische Hochschule Hannover)*

Moderation: *Laura Kolanoski (praxisHochschule Köln)*

Berichterstattung: *Johanna Nüsken (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation)*

Im Allgemeinen werden akademische Spitzenpositionen in der Medizin fast nur von Männern besetzt: über 90 Prozent aller Professoren sind Männer. Eine akademische Karriere scheint für Frauen weniger attraktiv. Um dem Mangel an Nachwuchskräften in der medizinischen



Forschung entgegen zu treten, fördert die International Academy of Life Sciences (IALS) ein transatlantisches akademisches Jahr. Das Projekt, vormals unter dem Namen Biomedical Sciences Exchange Program (BMEP) bekannt, läuft seit 1979 und erzielt gute Ergebnisse. **Thomas Bierbaum** stellte im Workshop zu geschlechtsspezifischen Karrieren in der Universitätsmedizin

die Ergebnisse der IALS-Verbleibstudie vor. Das Programm, deren Teilnehmer gezielt nach Motivation und Potential ausgesucht werden, hat a priori eine deutlich geringere Zahl an weiblichen Teilnehmern. Deutlich wird jedoch, dass die Spreizung der genderspezifischen Karriereschere bei Programtteilnehmern erst später als bei der gesamten Medizinstudierendenpopulation eintritt.

Frauen haben eine geringere Selbstwirksamkeit bezogen auf eine wissenschaftliche Weiterqualifikation. Dabei spielen sowohl die Strukturen, wie unsichere Vertragsverhältnisse in der Forschung, als auch die Kultur, mangelnde Teamorientierung und eine entmutigende Feedbackkultur, eine Rolle. Eine akademische Karriere erfordert häufig das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse, es wird erwartet die Forschung nebenbei zu machen, dazu sind Frauen weniger bereit als Männer.

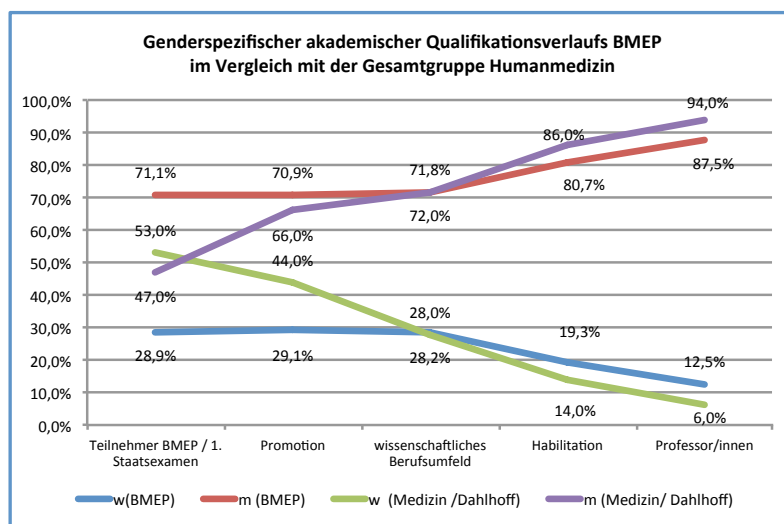
Im Vergleich der Forschungsbedingungen von Deutschland



Thomas Bierbaum

und den USA schneidet Deutschland deutlich schlechter ab. Darüber hinaus bewerten Frauen die Karrierebedingungen im Ausland deutlich besser als Männer. Demzufolge bleiben weibliche Forschungskräfte auch eher im Ausland. Ein wesentlicher Nachteil des Forschungsstandortes Deutschland – und sicher auch ein bedeutsamer Faktor für die geringe Frauenquote – sind die hierarchischen Strukturen und die damit einhergehende Fokussierung auf Titel und Karriere. Es fehlen die Ausrichtung auf Projekte und Leistungen, sowie Teamorientierung und unterstützende Mentoringprogramme, um das Forschungsfeld für Frauen attraktiv zu machen.

Attraktivität von akademischen Karrieren in der Humanmedizin



Bierbaum (2015), Strukturen und geschlechtsspezifische Karrieren in der Universitätsmedizin

In der anschließenden Diskussion wurden die Wichtigkeit und Wirksamkeit von Mentoringprogrammen diskutiert. Die Teilnehmer des Workshops waren sich einig, dass es einen Wandel der Führungskultur bedarf. Leider sieht der Großteil der Führungsriege dafür aber noch keinen Anreiz. Der Wandel setzt eine Bewusstseinsveränderung voraus. Chefärzte, die als Mentoren für junge Ärztinnen anderer Abteilungen eingesetzt wurden, konnten aus nächster Nähe beobachten, wie ihre weiblichen Mentees mit patriarchalischen Strukturen zu kämpfen hatten. Daraufhin reflektierten sie ihr eigenes Führungsverhalten in ihren Abteilungen. Männer, die Elternzeit nehmen, erfahren danach am eigenen Leib, wie ihre Karriere behindert wird, indem sie weniger verantwortungsvolle Aufgaben erhalten.

Bewusst werden muss aber vor allem auch, dass mit einer Fortschreibung der momentanen Verhältnisse die Qualität der Forschung absinken wird, da es nicht ausreichend qualifizierten Nachwuchs geben wird.

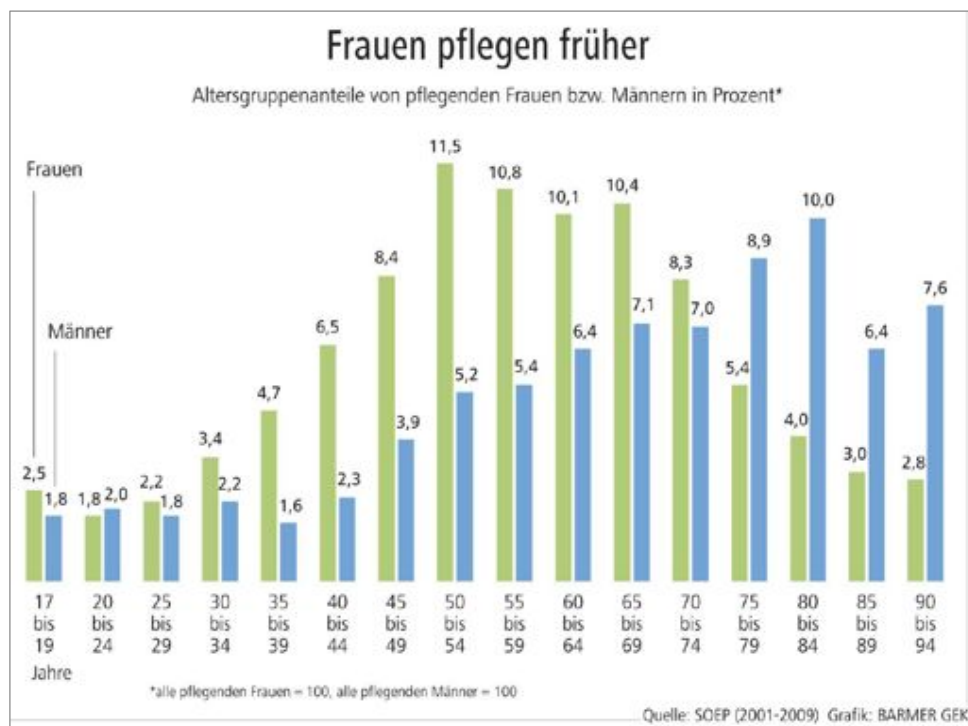
Workshop 3: Ältere Männer in der Partnerinnenpflege

Referenten: Prof. Dr. Manfred Langehennig (Frankfurt University of Applied Sciences)

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

Berichterstattung: Jonathan Scheiner (freier Journalist)

Beim Workshop 3 präsentierte **Professor Dr. Manfred Langehennig** ein paar Beobachtungen zum Eigensinn männlich geprägter Partnerinnenpflege am Beispiel älterer Ehemänner. Seine Beobachtungen gründen auf Einzelgesprächen mit rund 100 Männern über ihre Erfahrungen bei der Pflege von Angehörigen. Ganz allgemein ist die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit eine gesellschaftliche Herausforderung, der sich künftig vermehrt auch Männer



Langehennig (2015), Beobachtungen zum Eigensinn „männlich“ geprägter Partnerinnepflege: das Beispiel älterer Ehemänner

stellen müssen. Schon heute stellen Männer in der Angehörigenpflege ein Drittel aller Pflegenden. Die Bedeutung der häuslichen Pflege wird in Zukunft noch zunehmen. Auffallend ist, dass aktuell das Durchschnittsalter von pflegenden Frauen bei 50-55 Jahren liegt, das von Männern dagegen bei 80-85 Jahren.

Im Rahmen einer Neuorientierung in den Geschlechterverhältnissen, zum Beispiel in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, muss die Verteilung von Lasten und Ressourcen in der Familie gleichgewichtig aufgeteilt werden. Pflegenden Männern sind auf eine gelingende Kooperation zwischen den meist weiblichen Pflege-Fachkräften und sich selbst angewiesen. Sie brauchen allerdings besondere Förderungs- und Unterstützungsangebote. Die Rahmen-

bedingungen einer Pflegeübernahme durch einen Mann unterscheiden sich von denen durch eine Frau: Auf Männern lastet bei der Pflege von Angehörigen kein sozialer Erwartungsdruck. Vielmehr nennen Männer „Liebe“ als starkes Motiv für die Pflege. Frauen hingegen umschreiben die Angehörigenpflege eher in Begriffen der Pflicht. Für den Mann ist die Pflegeübernahme in der Regel mit einem Wechsel verbunden, nämlich von der Öffentlichkeit der Erwerbssphäre in die Privatheit des Familienlebens.



Prof. Dr. Manfred Langehennig

In seinen Interviews hat Manfred Langehennig festgestellt, dass Männer die im Pflegealltag eingesetzten Fertigkeiten und Fähigkeiten besonders hervorheben. Diese werden als „männlich“ angesehen und zugleich den Frauen abgesprochen. Die Pflegeaktivitäten der Männer sind häufig geprägt durch eine außerhäusliche Orientierung. Sie sind auf die Ermöglichung sozialer Teilhabe gerichtet: Zum Haus führende Stufen werden durch praktische Brückenkonstruktionen überwunden; die unüberwindbare Treppe in den ersten Stock wird durch einen erfinderischen Lift ersetzt. Der hauswirtschaftliche Ordnungssinn rückt gegebenenfalls in den Hintergrund. Vorschnelle Aussagen über die Pflegequalität verbieten sich jedoch. Damit entgegnet Langehennig einem gängigem Vorurteil:

Und zwar, dass die getroffenen Pflegearrangements infolge „männlicher“ Pflege instabil seien. Langehennig widerspricht einer Aussage der MuG III Studie – beruhend auf falschen subjektiven Einschätzungen von Interviewerinnen, „dass die Versorgungsarrangements, in denen Männer als Hauptpflegepersonen fungierten, weniger tragfähig und stabil waren als Versorgungsarrangements, die von Frauen gestaltet wurden“. Langehennig betont vielmehr die Gewinne, die aus der „männlich“ geprägten Arbeitsorientierung gewonnen werden könnten. Zum Beispiel das Gefühl der Kontrolle, das im Gegensatz zum „Stress“ steht, unter dem viele pflegende Frauen stehen. Im Vordergrund bei Männern stehe der Produzentenstolz und nicht das Verantwortungsgefühl, aus dem heraus viele Frauen agieren.

Die Pflege wird von Männern in biographischer Kontinuität als „Arbeitsprojekt“ begriffen. Dadurch gehen Männer auf Distanz zur einschnürenden Pflege-Rolle. Die Männer äußern durchweg eine hohe Lebenszufriedenheit. Viele betonen sogar, daß sie „glücklich“ seien. Eine Aussage wie die folgende ist folglich keine Seltenheit: „So makaber und fatal es klingen mag, irgendwie habe ich bei aller Grausamkeit und allem Schrecken doch auch ein Gefühl der Zufriedenheit“. Demzufolge kann die Pflege für Männer auch als Chance begriffen werden. Männer entdecken die Möglichkeiten für ein persönliches Wachstum, die ein Ausleben

der als „weiblich“ angesehenen Eigenschaften bietet. Fürsorglichkeit, Sanftheit und wachsende „Rezeptivität“ – Männer fühlen sich als Folge ihrer Pflegearbeit lebendiger, wärmer und kontaktfreudiger.



Aber es gibt auch Risiken männlich geprägter Pflege: Innerseelische Konflikte werden nicht als die eigenen erkannt, sondern dem Umfeld zugeschrieben. Stimmungen, aggressive Impulse und Konflikte werden in die Außenwelt verlagert. Langlebig fordert deshalb Unterstützungsangebote für Männer: Soziale Räume sollen für den Austausch und die Bearbeitung neuer (irritierender) Erfahrungen geschaffen werden, zum Beispiel gender-sensible Gesprächsangebote für pflegende Männer. Ein Gesprächskreis sei in diesem Kontext besser geeignet als eine Gesprächsgruppe. Es gebe bereits jetzt Arbeitskreise pflegender Männer und Werkstattgespräche für pflegende Männer.

Wichtig sei es in der Zukunft, Männer mit positiv besetzten Schlüsselwörtern zu „ködern“: Pflegende Männer, das sind „Macher“, die Einsatz zeigen, Mut beweisen, Probleme lösen und Dinge reparieren. Die zentralen Männer-Themen in der Sorgearbeit sind unabhängige Entscheidungen, Führung, Stärke und Versagensängste. Diesen Themen muss sich widmen, wer mehr Männer für die häusliche Pflege gewinnen will.

Workshop 4: Gendergerechte Medizin ein Konflikt mit der Realität

Referenten: Dr. Stefanie Schierholz (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)

Moderation: Dr. Martina Kloepfer (Female Resources)

Berichterstattung: Jean-Paul Neuling (Bundeskongress Gender-Gesundheit)

Um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops einen Überblick über das Thema zu geben, leitete **Dr. Stefanie Schierholz**, Fachärztin für Allgemeine Chirurgie sowie für Innere Medizin, dies mit einer Gegenüberstellung zweier Frauen ein: Auf der einen Seite Dorothea Christina Erleben, geboren 1715, fünf Kinder, die erste promovierte deutsche Ärztin sowie Pionierin des Frauenstudiums und auf der anderen Seite Ursula von der Leyen, geboren 1958, sieben Kinder, approbierte Ärztin und Bundesministerin der Verteidigung. Die Botschaft: Schon im 18. Jahrhundert – unter sicherlich schwierigeren Lebensverhältnissen – war die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Karriere möglich.

Danach stellte Dr. Schierholz das FamSurg Projekt vor, bei dem sie selber Mitarbeiterin ist bzw. war, denn das Programm ist mittlerweile abgelaufen. Famsurg war ein Projekt der Universität Lübeck, das sich mit der Bewertung und Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung von Frauen und familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie in deutschen Kliniken beschäftigte. Dabei wurden folgende Ziele verfolgt: Die Erarbeitung und Etablierung eines ganzheitlichen Ansatzes zur Karriereförderung von Chirurginnen, die Schaffung und Etablierung von familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie und die Erhöhung des Anteils der Chirurginnen in den Kliniken.

Das Projekt umfasste drei Phasen:

1. Vorbereitungsphase: Erhebung des Ist-Zustand in der Chirurgie und die Erarbeitung zu erprobende Maßnahmen
2. Umsetzungsphase: Planung und Realisierung eines modellhaften Maßnahmenkatalog
3. Erprobungs-/Transfer-Phase: Überprüfung der Wirkungen der Maßnahmen, eventuelle Anpassung und Prüfung der Transferierbarkeit dieser auf andere Kliniken

Diese entwickelten Maßnahmen gehören vier ineinandergreifenden Themenbereichen an:

- a) Karriereentwicklung: Dabei ging es um die zielführende Unterstützung für Frauen in der Chirurgie mit Hilfe von Patinnen, Ansprechpartnerinnen und Mentorinnen
- b) Weiterbildung: Durch mehr Struktur und mehr Planungssicherheit im Bereich des Spezialisierungsteils. Dabei sollten verlässliche Rotationsplanung und regelmäßig durchgeführte Weiterbildungsgespräche helfen

- c) Schwangerschaft / Kinderbetreuung: Mit Hilfe von Unterstützungsangeboten fürs Familienmanagement und beim Wiedereinstieg. Im Vordergrund standen besondere Kita-Öffnungszeiten, Flexibilität bzw. Variabilität und möglichst weitere Komplementärangebote
- d) Arbeitszeitmodelle: Durch Flexibilität der Klinik als Arbeitgeber (Teilzeitmodelle und Arbeitszeitflexibilisierung, und einer ausgewogene Work-Life-Balance).



Nach der Vorstellung des FamSurg-Projektes folgte eine anregende Diskussion zum Thema Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Karriere in der Medizin und im Gesundheitswesen. Es kamen Fragen auf, ob nicht eher der Ehemann die Elternzeit in Anspruch nehmen sollte, so dass sich die Mutter voll auf ihren ärztlichen Beruf konzentrieren kann. Denn Frauen haben es meist sehr schwer, nach der Elternzeit ihre Karriere weiter auszubauen. Auch wurde die Frage erörtert, wie die Situation für schwangere Ärztinnen aussieht: In wie weit dürfen sie im OP arbeiten? Seitens der Schwangeren greift dabei der Schwangerschaftsschutz und der Arbeitsschutz und auf Patientenseite der Patientenschutz. Leider ist diese Problematik noch nicht abschließend gelöst. Hinsichtlich dieser Gegebenheit versucht FamSurg zu prüfen, welche OPs überhaupt möglich sind.

Des Weiteren wurde darüber diskutiert, wie praktikabel es ist, Mutter zu sein. Bremst es nicht sogar die berufliche Karriere? Wer leidet mehr? Die Familie oder der Beruf? Dabei war unter den Workshopteilnehmern das Thema der Akzeptanz von enormer Bedeutung. In unserer Gesellschaft sollten zwei gravierende Lebensentscheidungen toleriert werden. Erstens, die Entscheidung für den Beruf und die Karriere und somit keine Familie zu gründen und zweitens, die Entscheidung für die Familie sowie Kinder und dadurch Beruf und Karriere hinten anzustellen.

Am Ende des Workshops fasste eine Teilnehmerin die Diskussion zusammen und stellte eine Prognose auf: „Gerade wächst eine Generation heran, die eigentlich beides gut vereinen kann. Denn Frauen und Männer lernen immer besser, dass sie fast alles erreichen können, wenn sie zusammen halten.“

Workshop 5: Diabeteserkrankt mit Migrationshintergrund – spielt Gender eine Rolle?

Referenten: Elisabeth Wesselman (Städtisches Klinikum München GmbH)

Moderation: Biggi Bender

Berichterstattung: Aleksandra Andres (Büro für gesundheitspolitische Kommunikation)

Entgegen der allgemeinen Auffassung ist Diabetes Typ2 nicht nur besonders häufig bei türkischstämmigen Migranten festzustellen, sondern betrifft alle Migranten der ersten Generation („Arbeitsmigranten“) gleichermaßen. **Elisabeth Wesselman**, Fachreferentin für interkulturelle Versorgung am Städtischen Klinikum München, ermöglichte während des Workshops einen Einblick in epidemiologische Daten und Versorgungsdaten: Im Verhältnis zu den deutschen stationären Diabetes Typ2 Patienten, sind die nichtdeutschen stationären Diabeteserkrankten im Schnitt um 6,6 Jahre jünger, haben eine geringere Anzahl von Nebendiagnosen



(\emptyset 2,2), eine kürzere Verweildauer (\emptyset 1,2 Tage), und der Anteil der stationären Diabeteserkrankten in den Altersgruppen der 30 bis 70-Jährigen ist höher.

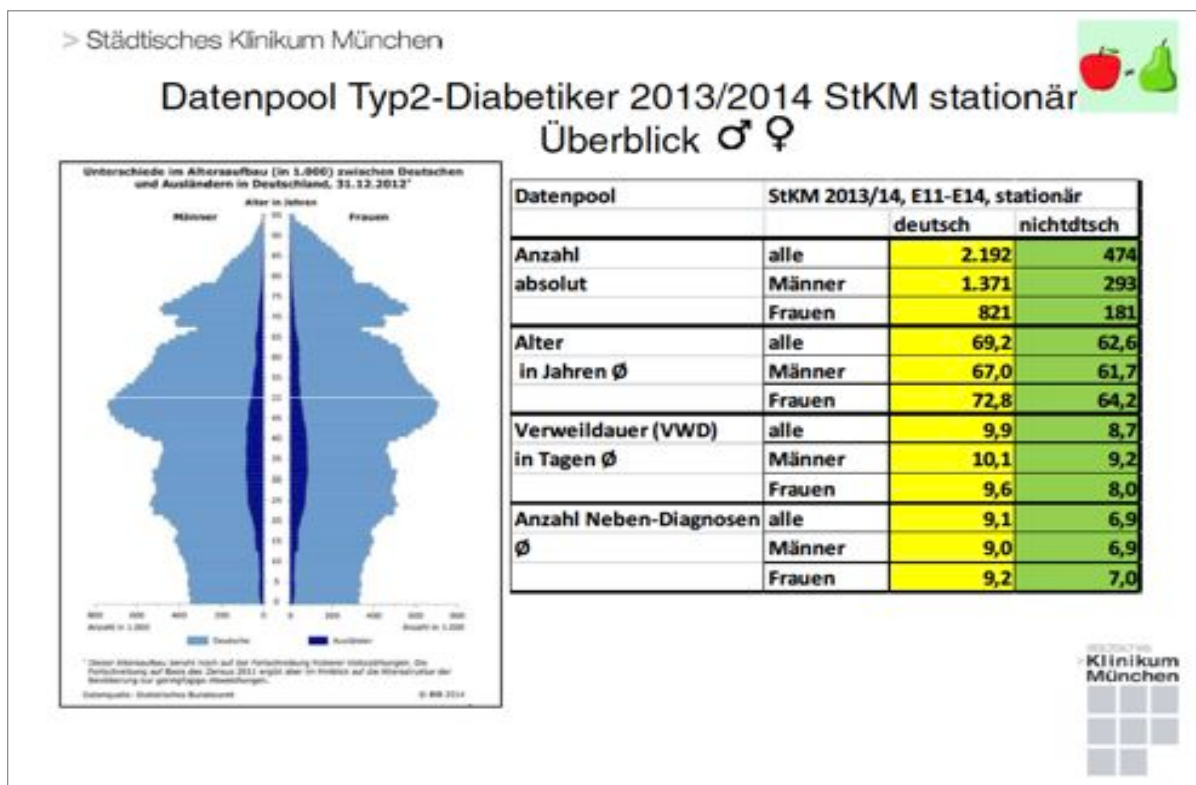
Der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern ist bei den

deutschen Diabeteserkrankten, die eine klinische Behandlung benötigen, wesentlich größer (Frauen \emptyset 5,8 Jahre älter) als bei den nichtdeutschen (Frauen \emptyset 2,5 Jahre älter). Bei Notfällen ist der Anteil nichtdeutscher Frauen um vier Prozentpunkte höher als der deutscher Frauen (41 Prozent zu 37 Prozent). Die nichtdeutschen Frauen weisen die geringste Verweildauer auf (\emptyset 8 Tage) – im Vergleich die deutschen Männer \emptyset 10,1 Tage, deutsche Frauen \emptyset 9,6 Tage und nichtdeutsche Männer \emptyset 9,2 Tage. Bei den Nebendiagnosen gibt es kaum Geschlechtsunterschiede, aber große Unterschiede zwischen Deutschen und Nichtdeutschen.

In der türkischen Gruppe der Diabeteserkrankten ist der Frauenanteil um zehn Prozentpunkte höher als bei allen nichtdeutschen Frauen mit Typ2-Diabetes (48 Prozent zu 38 Prozent). Bei Notfällen ohne Einweisung ist der Anteil der türkischen Frauen besonders hoch (56 Prozent aller Notfälle sind türkische Patienten). Bei den ex-jugoslawischen Notfall-Patienten

liegt der Frauenanteil bei 33 Prozent, bei den griechischen Notfallpatienten liegt der Frauenanteil bei 29 Prozent.

Die Auswertung der klinischen Daten zeigt, dass die Gruppe aller Migranten offensichtlich eine höhere Prävalenz von Diabetes Typ2 aufweist als die deutsche Gruppe. Dabei sind die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Klinikdauer und Aufnahmeart in der Migrationsgruppe größer als bei deutschen Diabetikern. Dagegen ist der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern in der Migrationsgruppe geringer als bei den Deutschen. Die Migrantengruppe zeigt in sich große Unterschiede hinsichtlich der Nationalität (Türken, Griechen, Ex-Jugoslawien) – die türkische Gruppe weist die Besonderheit auf, dass der Frauenanteil fast



Wesselmann (2015), Diabeteserkrankt mit Migrationshintergrund – spielt Gender eine Rolle?

bei der Hälfte liegt (48 Prozent) und besonders viele türkische Frauen als Notfall aufgenommen werden (56 Prozent aller türkischen Diabetespatientinnen sind Notfallpatientinnen).

In der Prävention zeigt sich, dass für Migranten eine kultursensible, muttersprachliche, wertschätzende Information und Beratung von hoher Bedeutung ist. Genderaspekte hinsichtlich der Bildung von Männer- oder Frauengruppen spielen keine besondere Rolle. Indirekt sind Genderaspekte allerdings wichtig hinsichtlich der Akzeptanz des Veranstaltungsortes, der leichten Zugänglichkeit durch öffentliche Verkehrsmittel, der Durchführung bei Tageslicht und der Kostenfreiheit – Aspekte die v.a. für Migrantinnen von hoher Bedeutung sind. Die Selbst-

hilfegruppen schafft v.a. für Frauen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit, aus der Isolation zu kommen und soziale Kontakte aufzubauen.

Abschließend ergab die Diskussion, dass die demographische Entwicklung im Migrationsbereich ein zusätzlicher Faktor ist, den Politiker und Akteure im Gesundheitswesen veranlassen sollte, die Datenlage für die Gesundheitsberichterstattung zu verbessern, kultursensible Angebote zu schaffen bzw. auszubauen, Institutionen im Gesundheitswesen interkulturell zu öffnen.

Plenum III: Gender in Diagnose und Therapie

III.1 Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Universität Wien

Gender und Diabetes

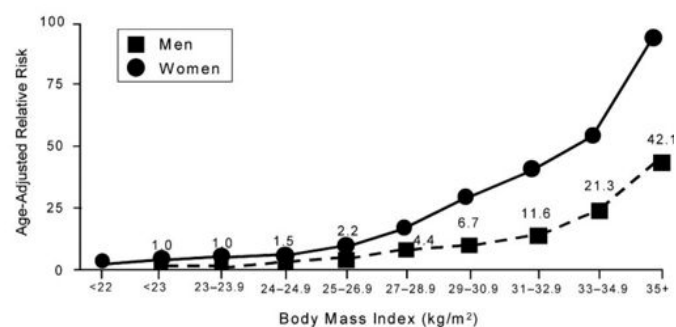
„Das Geschlecht muss bei der Diabetestherapie mehr mitgedacht werden!“, forderte Professor **Dr. Alexandra Kautzky-Willer von der Universität Wien** in ihrem Vortrag zu Gender und Diabetes. Egal welche Aspekte bei Diabetes betrachtet werden, überall gibt es Geschlechtsunterschiede. Geschlechtsspezifische Medizin ist besonders wichtig, da einerseits biologische Faktoren und andererseits psychosoziale Faktoren das Risiko für Diabetes bestimmen. Unter biologische Faktoren fallen dabei beispielsweise die genetische Prädisposition, die Körperzusammensetzung und Sexualhormone. Psychosoziale Faktoren sind der Lebensstil, der Bildungsgrad und der sozio-ökonomische Status. Darüber hinaus spielt die Epigenetik beim Diabetes auch eine Rolle. Umwelteinflüsse können die genetische Prädisposition für Diabetes erhöhen. Beispielhaft kann hier die Auswirkung einer Hungersnot angeführt werden, die daraus resultierende unzureichende Ernährung in der Schwangerschaft führt zu einer erhöhten Disposition insbesondere beim männlichen Nachwuchs.

Weltweit gibt es einen Anstieg der Diabetesepidemie. Während in Ozeanien und Teilen Afrikas mehr Frauen betroffen sind, sind in Europa vor allem Männer mittleren Alters betroffen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Risikofaktoren sind mannigfaltig. Übergewicht, und damit verbunden der Bauchumfang, ist wesentlicher Determinant von Diabetes. Mit Diabetes diagnostizierte Männer haben jedoch im Durchschnitt einen geringeren Bodymass-Index (BMI) als diagnostizierte Frauen. Der Risikofaktor Familiendiabetes wird insbesondere tragend, wenn die Mutter Diabetes hat. Auch Veränderungen im Hormonha-

ADIPOSITAS und DIABETES (DIABESITY)

Risk for Diabetes in relation to BMI

Nurses Health Study and Health Professionals Follow up Study



www.meduniwien.ac.at/gender-medicine

Bray GA, J Clin Endocrinol Metab 2004

Kautzky-Willer (2015), Gender und Diabetes

alt sind bedeutend. Mit der Menopause verschlechtert sich der Zuckerstoffwechsel von Frauen und erhöht ihr Erkrankungsrisiko. Nach einer Schwangerschaft haben Frauen ein siebenfach höheres Risiko an Typ II Diabetes zu erkranken als vorher. Risikofaktoren, die den Lebensstil betreffen, sind auch unter den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt. Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus haben ein vierfach höheres Risiko als Frauen mit hohem Bildungsstatus, bei Männern finden sich diese Unterschiede nicht. Dafür bringen sich Männer mit dem Konsum von rotem Fleisch und Nikotin vermehrt in Gefahr. Bei Frauen wiederum ist ein größerer Mangel an Bewegung zu verzeichnen.

Sexualität und Diabetes ist ein wenig beachtetes Thema, aber sowohl die erektile Dysfunktion bei Männern als auch sexuelle Störungen bei Frauen können mit Diabetes in Verbindung gebracht werden. Weitere Komorbiditäten weisen Geschlechterunterschiede auf: Männer haben häufiger Herz- und Nierenerkrankungen und alkohol- und nikotinbedingte Erkrankungen. Frauen hingegen haben häufiger Depressionen, Schilddrüsenerkrankungen und leiden nach der Menopause vermehrt an Hypertonie.

„Die Wirksamkeit der Behandlung ist bei Frauen schlechter,“ erklärte Professor Kautzky-Willer. Die Insulinzielwerte werden bei Frauen nicht so gut erreicht, die Gründe dafür sind noch nicht bekannt. Bei der Basaltherapie haben Frauen auch ein höheres Unterzuckerungsrisiko, dies gilt gerade bei



Dr. Alexandra Kautzky-Willer

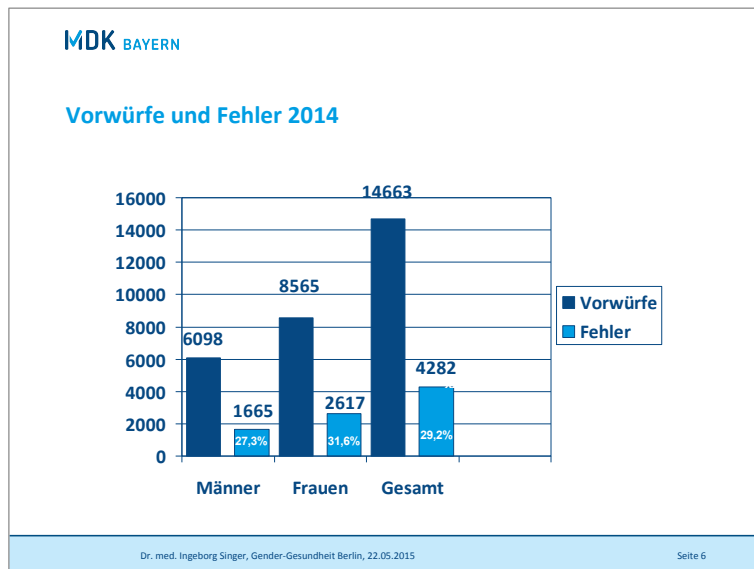
Frauen mit geringerem Gewicht. Eine Erklärung dafür könnte eine unangemessene Dosierung sein. Die Polypharmazie, gerade bei älteren Frauen stark ausgeprägt, erschwert die Diabetesbehandlung zusätzlich. Auch Behandlungsansätze, die auf Lebensstilveränderungen abzielen sind womöglich bei Männern effektiver, wie neue Daten zeigen.

Es ist erwiesen, dass Frauen mit Diabetes eine noch geringere Lebensqualität als Männer mit Diabetes haben. Die körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung sind meist stärker ausgeprägt.

III.2 Dr. Ingeborg Singer, MDK Bayern

Fehler- und Fehlermanagement

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird von den Krankenkassen auch dazu in Anspruch genommen, festzustellen, ob Behandlungen nach medizinischen Standards durchgeführt wurden und ob Behandlungsfehlervorwürfe gerechtfertigt sind. Seit dem Patientenrechtegesetz von 2013 ist im Fünften Sozialgesetzbuch verankert, dass Krankenkassen ihre Versicherten dabei unterstützen müssen. Der MDK veröffentlicht seit 2010 Daten zu den Inhalten von Behandlungsfehlern. Dabei geht es einerseits um einen transparenten Umgang mit Fehlern, andererseits um eine Chance zum Lernen.



Singer (2015), Fehler und Fehlermanagement

Die kürzlich zum Jahr 2014 veröffentlichten Daten, auch auf Geschlechter hin analysiert, präsentierte **Dr. Ingeborg Singer vom MDK Bayern**. Sie stellte zwei allgemeine Beobachtungen vor: „Patientinnen gehen kritischer mit Behandlungen und Behandlungsergebnissen um. Es gibt bei den festgestellten Fehlern aber keine Unterschiede mehr zwischen Frauen und Männern.“ Der Großteil der 14.000 Vorwürfe ging im Jahr

2014 von Patientinnen aus. Begründet waren diese Fehler bei 31 Prozent der Frauen, bei Männern in 27 Prozent der Fälle. Dieser Unterschied ist aus Sicht von Dr. Singer nicht gravierend.

Nach Fachbereichen aufgeschlüsselte Behandlungsfehler zeigen einen signifikanten Unterschied der Geschlechter in nur einem Fachbereich, nämlich der Zahnmedizin. Begründete Vorwürfe sind mit 13 Prozent bei Frauen höher, gegenüber Männern mit 8 Prozent. Anscheinend kommen Frauen einer mangelnden Behandlungssorgfalt eher auf die Spur, dies mag an ihren höheren Ansprüchen bezüglich der Zähne liegen, so Dr. Singer.

Die Betrachtung der Versorgungsebene zeigt, dass Frauen häufiger im ambulanten Bereich und im Pflegeheim Opfer von Behandlungsfehlern werden, Männer jedoch im stationären Bereich. Im Allgemeinen sind bei Männern vorwiegend die Fehlerkategorien „nicht durchgeführt“ und „Maßnahme zu spät durchgeführt“ vorzufinden, bei Frauen hingegen die Kategorie „fehlerhaft durchgeführt“.



Dr. Ingeborg Singer

„Männer treten erst bei gravierenden Schäden auf den Plan,“ ist ein weiteres Ergebnis der Analysen von Dr. Singer. Tatsächlich erleiden 5,6 Prozent der Männer einen Schaden mit Todesfolge, im Vergleich sind es 3,7 Prozent der Frauen. Schwere Dauerschäden werden auch häufiger bei Männern festgestellt. Hier ist das Verhältnis 8,5 Prozent zu 5,9 Prozent. Unter schwere Dauerschäden fallen beispielsweise Extremitätenverlust und neurologische Schäden, beide häufiger bei Männern, und dauerhafter Zahnverlust, häufiger bei Frauen. Vorübergehende Schäden hingegen werden bei 31 Prozent der Frauen festgestellt und 27 Prozent der Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern mit grobem Schaden ist mit 30 Prozent in etwa gleich. Bei der Analyse von never-events, eine Liste von Schäden, die nie auftreten sollten, wurde ersichtlich, dass an Männern häufiger die falschen Maßnahmen durchgeführt wurden. Intra-operativ zurückgelassene Fremdkörper fand man häufiger bei Frauen, wie auch schwere im Krankenhaus erworbene Dekubituswunden.

Abschließend bemerkte Dr. Singer: „Das Thema Patientenrechte scheint bei Frauen schon eher angekommen zu sein.“ Die weiteren Entwicklungen bezüglich der Behandlungsfehler bleiben spannend, denn die Patienten werden kritischer und der MDK wird in Zukunft sicher noch mehr Fälle prüfen.

III.3 Prof. Dr. Doris Bardehle, Stiftung Männergesundheit

Männergesundheit, eine Frage der Definition

„Eine präzise Definition von Gesundheit ist die Grundlage jedes Gesundheitsprogramms und Aktionsplans. Das gilt auch für die Bemühungen um Männer- und Frauengesundheit.“ Dabei werden Definitionen über die Zeit stetig modifiziert und erweitert. Je nachdem, wer an der Erarbeitung beteiligt ist, bekommen Definitionen medizinischen oder soziologischen Charakter. Die Entwicklung der Definition von Frauengesundheit auf der einen Seite und Männergesundheit auf der anderen, stellte **Professor Dr. Doris Bardehle von der Stiftung Männergesundheit** in ihrem Vortrag dar. Sie appellierte dabei auch an eine bessere Zusammenarbeit der Akteure aus der Frauen- und Männergesundheitsbewegung.

Durch die Frauenbewegung hat die Frauengesundheit schon eine etwas längere Tradition. Eine erste ernst zu nehmende Definition wurde 1991 in den USA entwickelt. Darin wird der Fokus gelegt auf Gesundheitsthemen, die nur Frauen betreffen, häufiger oder ernsthafte Frauen betreffen oder für die frauenspezifische Interventionen erforderlich sind. Im Jahr 1995 wurde von der WHO eine internationale Definition erarbeitet, die auf der WHO Gesundheitsdefinition fußt und körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden einschließt. Biopsychosoziale und biomedizinische Komponenten werden somit berücksichtigt. Interessanterweise wurde diese Definition in Deutschland nie übernommen. Hier wurde häufig auf die Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern verwiesen, aber die Gesundheit der Geschlechter wurde nirgends definiert.





Prof. Dr. Doris Bardehle

Männergesundheit wurde sechs Jahre später (1997) durch Richard Fletcher erstmals definiert. Dabei ist die Definition eine direkte Ableitung der ersten Frauengesundheitsdefinition. Jedoch wurde sie um Versorgungsfragen erweitert. Die Kommunikation und Herangehensweise an Gesundheitsthemen für Männer wurde als wesentlicher Aspekt der Männergesundheit hinzugefügt. Im Jahr 2004 erarbeitete das Men's Health Forum in England eine umfassende Definition, die physiologische, psychologische, soziale, kulturelle, umwelt- und lebensbedingte Einflussfaktoren berücksichtigt. Der darin abgebildete Bezug auf das Indivi-

duum und die Populationen war in der weiteren Entwicklung von Männergesundheitsthemen in anderen Ländern und Regionen richtungsweisend. Die Definition von 2004 wurde dem EU Männergesundheitsbericht 2011 und dem ersten Männergesundheitsprogramm in Irland zu Grunde gelegt.

In den USA wurde in den letzten Jahren verstärkt am Thema Männergesundheit gearbeitet. Resultat ist eine Definition die vier Bereiche einschließt: 1. mänderspezifische Krankheiten und Bedingungen; 2. Verhaltensweisen und Gesundheitsrisiken, die bei Männern häufiger auftreten; 3. geschlechtsunabhängige Erkrankungen, die bei Männern eine höhere Prävalenz aufweisen; 4. die soziale Situation. Der letzte Punkt bezieht sich dabei auf mänderspezifische Lebenswelten, wie die Armee, das Gefängnis oder Männerberufe.

Professor Bardehle stellte die neue Männergesundheitsdefinition der Stiftung Männergesundheit vor. Diese wurde 2013 mit einem Gremium an Experten mittels der Delphi-Methode erarbeitet.

Definition Männergesundheit 1/2	Definition Männergesundheit 2/2
<ul style="list-style-type: none">• Männergesundheit umfasst diejenigen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, die insbesondere für Männer und Jungen relevant sind.• Gesundheit ist physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden, das aus einer Balance aus Risiko- und Schutzfaktoren entsteht, die sowohl in individueller, partnerschaftlicher als auch kollektiver Verantwortung liegen.• Als Schutzfaktoren wirken ein gesunder und achtsamer Lebensstil, Akzeptanz der eigenen Stärken, aber auch Schwächen als Mann, Sinnerfahrung und Lebensfreude, soziale Unterstützung und Anerkennung. <p data-bbox="217 1305 707 1346">➔ www.stiftung-maennergesundheit.de: Gobelin-Definition Männergesundheit, Berlin, 24. April 2013</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Die Risiko- und Schutzfaktoren sind besonders bei Männern in Abhängigkeit von Bildung, Herkunft, Einkommen und beruflicher Stellung ungleich verteilt.• Die gesundheitlichen Probleme der Männer bedürfen im gesamten Lebenslauf besonderer Präventions- und Versorgungsangebote, die größtenteils noch zu entwickeln sind. <p data-bbox="858 1305 1348 1346">➔ www.stiftung-maennergesundheit.de: Gobelin-Definition Männergesundheit, Berlin, 24. April 2013</p> 

Bardehle (2015), Männergesundheit – Eine Frage der Definition

In Anbetracht der Tatsache, dass Bemühungen zur Männergesundheit einen immer internationaleren Charakter bekämen, forderte Frau Bardehle abschließend eine international abgestimmte Definition der Männergesundheit.

III.4 Dr. Stevie Meriel Schmiedel, PINK STINKS!

Gender und Essstörungen: neue Therapiekonzepte

Dr. Stevie Schmiedel von PINK STINKS! forderte in ihrem Vortrag Investitionen des Staates und der Krankenkassen in die Prävention von Essstörungen. „Es bedarf eines umfassenden Protestes gegen das bestehende Frauenrollenbild und Körperbild in den Medien und der Werbung, sonst wird es keine Ende des epidemiehaften Anstiegs von Essstörungen geben,“ so Schmiedel. Jedes dritte Mädchen zwischen 16 und 17 Jahren zeige essgestörtes Verhalten, das Ausmaß der Erkrankung verdeutlichen die Zahlen des Robert-Koch-Instituts von 2006. Die WHO stellte im Jahr 2010 fest, dass über 50 Prozent der Mädchen ihren Körper ablehnen. Seit den 90er Jahren gibt es einen Anstieg von Essstörungen um 80 Prozent.



Dr. Stevie Schmiedel

Essstörungen sind kein rein weibliches Problem, jedoch sind über 90 Prozent der Fälle Mädchen und Frauen. Dr. Schmiedel fragte kritisch, ob eine Hinnahme des Anstiegs vielleicht damit zusammenhängt, dass es sich um eine Frauenkrankheit handle. Magersucht sei inzwischen die dritthäufigste chronischer Erkrankung bei Frauen und Mädchen, jede fünfte sterbe daran. „Neue Ansätze zur Behandlung sind dringend erforderlich, die Essstörungenberatungsstellen sind bis zum Platzen gefüllt“, berichtete Dr. Schmiedel. Die seitens des Forschungsministeriums vorangetriebene fokale psychodynamische Therapie, sei dabei keine Antwort.

Die Ursachen sind in der Gesellschaft zu suchen. Mädchen sind heutzutage einem enormen Druck ausgesetzt, einem bestimmten Bild zu entsprechen. Dieses Bild bleibt aber unerreichbar, nur vier Prozent der Frauen entsprechen den gängigen Modelmaßen. Eine bei jungen Mädchen besonders beliebte Fernsehsendung „Germany’s Next Topmodel“ propagiert ganz besonders das Bild der perfekten Frau, die alle ihre Bedürfnisse für die Schönheit zurückstellt. Das Institut für Jugend- und Bildungsfernsehen urteilte Anfang diesen Jahres, dass „Germany’s Next Topmodel“ die Entstehung von Essstörungen fördere.

PINK STINKS! macht mit Kampagnen gegen den Sexismus in den Medien, der Werbung und der Spielzeugindustrie mobil. Darüber hinaus verrichten sie Präventionsarbeit an Schu-

len. Auf Anfrage spielen sie das Präventionstheaterstück „Vielfalt ist Schönheit“ vor 7. Klassen und diskutieren danach mit den Schülern. Reaktionen darauf seien durchweg positiv. Die Anfrage sei enorm: „Wir haben Angst schlafende Hunde zu wecken, deshalb bieten wir das Theaterstück nur für 7. Klassen an, aber schon die Grundschulen melden Bedarf.“, so Schmiedel. Das Theaterstück wird nicht über Krankenkassen finanziert, die die Arbeit als effektiv, aber zu politisch, bewerten.

III.5 Romeo Bissuti, Männergesundheitszentrum Wien

Männergesundheit von sozial benachteiligten Zielgruppen fördern

Romeo Bissuti stellte in seinem Vortrag die Arbeit des **Männergesundheitszentrums in Wien** vor. Das Zentrum, Teil eines Krankenhauses, gibt es seit 2002. Es baut auf den Strukturen eines Frauengesundheitszentrums auf, welches 1992 gegründet wurde. „Das Nutzen von gemeinsamen Netzwerken und Strukturen fördert positive Synergieeffekte auf Seiten der Frauen- und Männergesundheitsbewegung“, hob Bissuti den Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit als zusätzliches Anliegen des Zentrums hervor. Primäres Ziel ist die Gesundheitsförderung von Männern aus sozial benachteiligten Gruppen.



Bissuti (2015), Männergesundheit von sozial benachteiligten Zielgruppen fördern

Persönliche Beratung, Psychotherapie, Jugendworkshops und Gesundheitsförderungsprojekte umfassen das Angebot des Zentrums. Um die Männer, die größtenteils einen Migrationshintergrund haben, zu erreichen, bedarf es eines partizipativen Ansatzes. Auch das Aufsuchen der Männer in ihren Gemeinschaften hat sich bewährt. Viele der Angebote des Zentrums werden in mehreren Sprachen angeboten, was einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellt. Dies beinhaltet nicht die Bereitstellung von Dolmetschern, sondern vielmehr mehrsprachiges Fachpersonal. Rund 55 Prozent der Beratungen werden in anderen Sprachen durchgeführt. Innerhalb des Zentrums wird speziell dafür ausgebildet. Herr Bissuti forderte das Potenzial innerhalb der Gruppe von Männern mit Migrationshintergrund zu nutzen, auch der Staat könne hier durch Förderprogramme in der Ausbildung unterstützen.

Bei der Betrachtung von Männergesundheit bedarf es eines differenzierten Blicks. Komplexe Faktoren über Alter, Arbeitsstatus, Familiensituation und institutionalisierte Rollen und damit einhergehende Privilegien bestimmen die Männergesundheit und führen zu erheblichen Unterschieden innerhalb der Zielgruppe. Die soziale Benachteiligung der Gruppe ist dabei ein bedeutenderer Faktor für den Gesundheitsstatus als das Geschlecht. Bei der Bezeichnung von Kursen wird allerdings auf männerfreundliche Terminologie, teils mit Augenzwinkern, geachtet: Rückenstärkung, statt Schule, Kochprofi, Shaolin-Qi-Gong. Anders als bei Frauen, werde über das



Romeo Bissuti

sich verändernde Männerrollenbild wenig gesprochen. Während der Zentrumsbesuche verändere sich häufig die Selbstwahrnehmung der Männer und die Eigenfürsorge nehme zu. In vielen Fällen sind Veränderungen auf der Verhältnisebene, wie Mitspracherecht, oder Strukturveränderungen, wie Zeit zum Essen, wesentlich wichtiger für die Gesundheit. Passend dazu wird auch bei den Adipositasprogrammen nicht auf Gewichtsabnahme sondern psychologische und therapeutische Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens gesetzt. „Das Interesse der Männer an Gesundheitsförderung ist da!“ betonte Bessuti, dies zeige insbesondere die Warteliste des Zentrum für das Fremdsprachenangebot.

Podiumsdiskussion: Fragen an die Politik

Teilnehmer:

Mechthild Rawert, Mitglied des Bundestages, SPD

Dietrich Monstadt, Mitglied des Bundestages, CDU/CSU

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

Kathrin Vogler, Mitglied des Bundestages, Die Linke

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, praxis Hochschule Köln

Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Charité Berlin

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

In einem ersten Impulsvortrag betonte **Professor Dr. Clarissa Kurscheid** die Aktualität der Debatte um Gendergesundheit – gerade in seiner thematischen Vielfalt in den Bereichen Gendermedizin und Geschlechtergerechtigkeit. „Die Genderdebatte mag ein alte sein, aber



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

innerhalb des Systems hat sich immer noch nicht viel verändert!“, so Professor Kurscheid. Darum bedürfe es weiterhin die Aufdeckung von Missständen und des Protests. Professor Kurscheid kritisierte, dass unsere Gesellschaft häufig zu formal und geregelt sei und Veränderungen dadurch verhindere. Gute Ideen, wie die Einrichtung von Kindertagesstätten in Betrieben, scheiterten in ihrer Umsetzung an Formalitäten. Deutschland beweise immer wieder, dass es familienunfreundlich sei. Die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf müsse folglich weiter mit Vehemenz eingefordert werden.

„Geschlechterunterschiede in der Medizin sind nicht wegdiskutierbar“, so **Professor Dr. Vera Regitz-Zagrosek** im zweiten Impulsreferat. Chromosomale und hormonelle Unterschiede, sowie Unterschiede in der Ausprägung, Manifestation und Häufigkeit von Krankheiten sind bewiesen. Herzinfarkt, Depression, Osteoporose, rheumatische Erkrankungen sind einige Krankheiten bei denen das Geschlecht in Diagnose und Behandlung eine wesentliche Rolle spielt. „Das Wissen muss in die Lehrbücher, in die Leitlinien und in die Köpfe der Medi-



Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek

ziner – dort ist es jetzt noch nicht!“, forderte Professor Regitz-Zagrosek. Die Berücksichtigung des Geschlechts in der Medizin ist, über die Geschlechtergerechtigkeit hinaus, ein wesentlicher Qualitätsfaktor. Die Missachtung „biologische Banalitäten“ beispielsweise in der Arzneimittelforschung führe zu einer Geldverschwendung, die das System und die Patienten schlussendlich zu tragen hätten. Professor Regitz-Zagrosek appellierte an alle Aktivisten im Bereich der Gendergesundheit ein Konsensstatement zu entwickeln, um bei der Politik Gehör zu finden.



Dietrich Monstadt, Bundestagsabgeordneter der CDU/CSU, eröffnete die Podiumsdiskussion in dem er davor warnte im Bezug auf Diabetes den zweiten Schritt vor dem ersten machen zu wollen. „Wir brauchen eine nationale Diabetesstrategie in Deutschland! Erst müssen die Grundvoraussetzungen für die Versorgung geschaffen werden, dann können Geschlechterunterschiede herausgearbeitet werden.“ Die Ausbildung der Allgemeinmediziner im Bereich des Diabetes müsse verbessert werden, es bedürfe mehr Diabetologen und vielleicht sogar eines Facharztes für Diabetologie. Die Diabetesversorgung beispielsweise auf dem Land sei momentan ein dringlicheres Thema, da diese mehr als katastrophal sei. Wenn die politische Bereitschaft für Maßnahmen hergestellt ist, dann müsse man in der konkreten Ausgestaltung selbstverständlich Geschlechterunterschiede berücksichtigen.

Maria Klein-Schmeinck, Bundestagsabgeordnete der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, appellierte, die Genderunterschiede von Anfang an in der Gesundheitspolitik mitzudenken. Im nachhinein Genderaspekte auf eine Bundesstrategie zu setzen, sei genau der falsche Weg. „Gesundheitsförderung ist der Schlüssel zu Diabetesprävention, und Gesundheitsförderung muss immer genderbezogen sein, denn nur wer sich an den Lebenswelten der Geschlechter orientiert, kann sinnvolle Maßnahmen entwickeln.“ Auch die Versorgung müsse aufgrund unterschiedlicher Risikofaktoren und Arzneimittelwirkweisen offensichtlich an die Geschlechter angepasst werden. Darüber hinaus müsse eine Gleichstellungsdebatte geführt

werden. Oft würden beide Debatten gegeneinander ausgespielt werden, mahnte Frau Klein-Schmeinck an. Die Darstellung der Feminisierung der Medizin als Problem sei nicht nur grundlegend verwerflich, auch beschränke sie sich allein auf Ärzte. Alle Gesundheitsberufe müssen in Bemühungen um Gleichstellung Beachtung finden. Wichtig sei auch, nicht bei der Verankerung von Absichtserklärungen zu bleiben, diese müssten mit Inhalten gefüllt werden.

Mechthild Rawert, Bundestagsabgeordnete der SPD, erinnerte daran, dass die Debatte noch wesentlich komplexer sei, da es nicht nur zwei Geschlechter gibt. Intersexualität müsse auch Eingang in die Genderthematik finden. Unterschiede der Geschlechter müssen von Anfang an Thema sein. Die Berücksichtigung von Genderunterschieden in Medizin, im Koalitionsvertrag der CDU/CSU und SPD verankert, finde konkret beispielsweise im Versorgungsstärkungsgesetz und Prä-



Mechthild Rawert, Dietrich Monstadt

ventionsgesetz Eingang. Das Kriterium „geschlechtergerecht“ finde, neben „altersgerecht“, immer häufiger Verwendung. Auch sei die Repräsentierung der Geschlechter in Berufsgruppen, wie der Pflege, oder Instanzen, wie der Selbstverwaltung, immer wieder Thema im Bundestag. „Ich bin froh, dass wir die Berücksichtigung von Genderunterschieden in der Medizin im Koalitionsvertrag verankern konnten, jetzt muss unser Koalitionspartner mit uns gemeinsam an der Ausgestaltung arbeiten!“



Kathrin Vogler

Kathrin Vogler, Bundestagsabgeordnete der Fraktion Die Linke, forderte politische Strategien nicht nur am Normbild des weißen, heterosexuellen Mannes auszurichten. „Die Mehrheit ist bunt und wenn die Unterschiede nicht schon von Anfang an einer Strategie zu Grunde gelegt werden, wird die Strategie scheitern und Ressourcen werden verschwendet!“ Sie wies auch kritisch darauf hin, dass in der Politik ein veraltetes Bild der Gesundheitsversorgung in der Sprache manifestiert

werde. „Wo bleibt die Landärztin im Landärztegesetz?“. Konsequenterweise werde im Parlament auch von Arzt, Patient und Krankenschwester gesprochen. Veraltete Rollenverteilungen spiegeln sich auch in der Selbstverwaltung wider, wo es kaum Frauen in Führungspositionen

gibt. Auch die Ärzteschaft befinde sich teilweise noch „in der Steinzeit“, wenn auf Ärztekongressen Meinungen laut gemacht würden, dass Frauen beispielsweise chirurgische Tätigkeiten nicht wahrnehmen könnten. Frau Vogler kritisierte das Präventionsgesetz als zu kurz greifend, um soziale Benachteiligungen und damit auch Benachteiligungen des Geschlechts auszugleichen.





Referenten, Podiumsteilnehmer, Moderatoren

Prof. Dr. Doris Bardehle studierte Humanmedizin. Sie ist Fachärztin für Sozialhygiene mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Ihr Forschungs- und Arbeitsschwerpunkt ist die Medizinische Statistik, Gesundheitsberichterstattung und die Entwicklung von Indikatorensätzen, z.B. für die Bundesländer (2003), Bosnien und Herzegovina (2010) und Tajikistan (2015). Seit 2011 koordiniert sie in der Stiftung Männergesundheit den wissenschaftlichen Beirat und ist Autorin von Beiträgen im Ersten und Zweiten Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit. Prof. Bardehle ist Gastwissenschaftlerin an der Berlin School of Public Health.

Prof. Christel Bienstein ist Pflegewissenschaftlerin und leitet seit 1994 das Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke. Des Weiteren ist sie Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK).

Thomas Bierbaum ist seit 1998 als Trainer, Organisationsentwickler und Coach tätig. Er ist Managing Director der International Academy of Life Sciences. Studium der Kommunikationswissenschaft und Verfahrenstechnik, Karriereforschung an der MH Hannover und der Charité Berlin. Ausbilder für systemisches Coaching an der FH Potsdam.

Romeo Bissuti ist Klinischer- und Gesundheitspsychologe. Er ist am Männergesundheitszentrum MEN in Wien tätig. Seine Schwerpunktthemen liegen in den Bereichen Männergesundheit, Psychologische Beratung, Burschenarbeit, Gewaltprävention, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit zu Männerthemen

Rita Gabler ist pflegerische Leiterin des PalliativTeam Erding gGmbH und Lehrerin für Pflegeberufe.

Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel ist Zahnärztin und Professorin an der Universität Ulm. Seit April 2015 ist sie Professorin an der Danube Private University (DPU) und leitet dort die Abteilung Gender Dentistry.

Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer ist Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin, stv. Leiterin der Universitätsklinik für Innere Medizin III und seit 2010 Professorin für Gender Medicine an der Medizinischen Universität Wien. Dort ist sie auch Vorsitzende des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des Schwangerschaftsdiabetes und von Genderaspekten bei Diabetes mellitus, Adipositas sowie dem kardiometabolischen Syndrom.

Susanne Keimel ist ursprünglich gelernte Bankkauffrau, war von 2001 - 2003 an der Lufthansa Flugschule und ist seit 10 Jahren First Officer. Sie ist Mitglied der Vereinigung Cockpit.

Maria Klein-Schmeink, MdB ist Bundestagsabgeordnete der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Des Weiteren ist sie Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen.

Dr. Christian Klepzig ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie und Hypertensiologe DHL. Seine Praxismgemeinschaft im Kleinen Biergrund in Offenbach, die er mit seinen Kollegen betreibt, ist eine der ältesten Schwerpunktpraxen für Diabetes in Hessen. Er ist Mitglied des Hessischen Diabetesbeirates, Konsiliararzt für Diabetologie der Asklepios-Klinik in Seligenstadt/Hessen und ärztlicher Beirat des Landesverbandes Hessen des Deutschen Diabetiker Bundes.

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

Dr. Martina Kloepfer ist 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 ist Leiterin des Institut für Gesundheits- u. Versorgungsforschung der praxisHochschule (igv Köln), sowie Beraterin für Projekte mit integrativem Versorgungsansatz.

Prof. Dr. Manfred Langehennig lehrt an der Frankfurter University of Applied Sciences im Studiengang Case Management für barrierefreies Leben.

Sabine Ludwig ist im Projektsteuerungsteam Modellstudiengang Medizin an der Charité Berlin und dort verantwortlich für Planung und Koordination und Gender.

Dietrich Monstadt, MdB ist Bundestagsabgeordneter der CDU/CSU, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Mitglied im Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages.

Nina Moers war von 1996-1998 an der Lufthansa Flugschule, 12 Jahre First Officer und ist seit 4 Jahren Kapitänin. Sie ist Mitglied der Vereinigung Cockpit.

Dr. Regine Rapp-Engels ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie war 14 Jahre im Bundesvorstand des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. aktiv, die letzten 6 Jahre bis März 2015 als Präsidentin.

Mechthild Rawert, MdB ist Bundestagsabgeordnete der SPD und Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Sie ist Berichterstatterin für Pflege, Frauengesundheit, Reproduktive Gesundheit und sexuelle Vielfalt, Öffentlicher Gesundheitsdienst und HIV/Aids und stellvertretende Sprecherin der SPD Arbeitsgemeinschaft Gleichstellungspolitik.

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, mehrerer EU Projekte zur Genderforschung und Vorstandsmitglied des Cardiovascular Research Center an der Charité.

Dr. Stefanie Schierholz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Allgemeine Chirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Sie ist Mitarbeiterin im FamSurg Projekt.

Dr. Stevie Meriel Schmiedel war als freie Lehrbeauftragte für Genderforschung an verschiedenen Hamburger Hochschulen tätig bevor sie 2012 Pinkstinks Germany e.V. gründete. Seit 2012 ist Sie dort hauptamtliche Geschäftsführerin und kreiert Kampagnen gegen Sexismus in Werbung, Medien und Spielwarenindustrie.

Philippa Seika ist Medizinstudentin aus Berlin und Bundeskoordinatorin der AG Öffentliche Gesundheit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd).

Dr. Ingeborg Singer ist Chirurgin, Sozialmedizinerin und Leiterin des Fachbereiches Medizinrecht des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern.

Karin Wahl schrieb als erste weibliche Präsidentin einer Landesapothekerkammer (LAK Baden-Württemberg) Geschichte in der bis dahin männlich geprägten Berufspolitik. Als selbständige Apothekerin setzte Sie sich fast 30 Jahre für eine starke moderne Apotheke ein. Sie gehörte in ihrer Amtszeit als Mitglied der Bundesapothekerkammer (BAK) zu den Gründungsmitgliedern des Deutschen Pharmazeutinnen Verbandes (dpv). Seit 2005 ist Sie Unternehmensberaterin, Autorin und Referentin.

Kathrin Vogler, MdB ist Bundestagsabgeordnete der Fraktion DIE LINKE. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Mitglied des Unterausschusses für Zivile Krisenprävention, Konfliktbearbeitung und vernetztes Handeln des Deutschen Bundestags.

Elisabeth Wesselman ist seit über 20 Jahren im klinischen Bereich tätig, davon seit über 15 Jahren im Psychologischen und Psycho-Onkologischen Dienst des Klinikums Schwabing, Städtisches Klinikum München. Seit 2006 ist sie zudem als "Fachreferentin Interkulturelle Versorgung" im Bereich der Geschäftsführung für das Klinikum tätig.

Die Veranstaltung wird ermöglicht durch freundliche Unterstützung von:

BARMER GEK



Kongresspartner:

