

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



4 • 2020

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

Inhalt



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Gendermedizin ist keine Einbahnstraße



Andrea Galle

Vorständin BKK VBU

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

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

Die meisten Medikamente werden an Männern getestet

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

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

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

Weibliche Herzen schlagen anders

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

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

waren die Behandlungsergebnisse der Ärzte bei den Frauen besser.

Gendermedizin ist gut für beide Geschlechter

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

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

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

Zeit für Veränderung

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

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

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

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

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

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

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

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