



**Dr. Martina Kloepfer,**  
Female Resources in  
Healthcare, Berlin

# Systemwechsel: Von der Gender- Medizin zur Gender- Gesundheit

Frauen können besser zuhören und Männer besser einparken. So das Klischee. Männer und Frauen sind unterschiedlich. So die Tatsache. Manche Krankheitsbilder äußern sich bei Frauen anders als bei Männern und nehmen auch einen anderen Verlauf – und umgekehrt, wie die neuesten Forschungsergebnisse der geschlechtsspezifischen Medizin in den letzten Jahren eindrucksvoll zeigen. Im Zuge der Diskussion um eine individualisierte oder personalisierte Medizin wäre hier bereits der kleinste gemeinsame Nenner gefunden.

mehr junge Menschen diesen Beruf ergreifen – auch mehr männliche. Nicht zuletzt zeigt der nähere Blick speziell auf Männergesundheit, dass Männer eine andere Ansprache brauchen als die bisher übliche – eher weiblich geprägte – um beispielsweise Interesse an Präventionsangeboten zu finden.

## Gender-Medizin

Als die Ärztinnen Connor und Healy Anfang der neunziger Jahre Belege dafür lieferten, dass Herzen von Frauen und Männern Unterschiede aufweisen, ebneten sie damit den Weg für die sogenannte „Gender-Medizin“, die hier aber noch überwiegend das biologische Geschlecht, also „Sex“ meint. Diese Erkenntnisse sollten inzwischen eigentlich Allgemeingut sein. Ist da tröstlich oder traurig, dass die Ärztezeitung am 08.03.2013 pünktlich zum Weltfrauentag folgende „News“ titelte: „*Frauen sind anders krank als Männer*“?

Das Risiko, den ersten Herzinfarkt nicht zu überleben, ist bei Frauen immer noch deutlich höher als bei Männern. Auch zeigen Umfragen, dass Frauen ihr Risiko, an einem Infarkt zu er-

kranke, signifikant unterschätzen. Obwohl seit Jahren erforscht und in Fachkreisen diskutiert, scheint selbst dieses Thema in einer breiten Öffentlichkeit noch nicht angekommen. Werden Frauen bei somatischen Störungen eher auf eine psychische Ursache diagnostiziert, sind Männer gerade bei psychischen Belastungen häufig allein. Die Tatsache, dass Männer gleichfalls an Depressionen erkranken können, wurde mit dem Tod des Bundesliga-Torwarts Robert Enke und aktuell mit dem Männergesundheitsbericht aus dem Jahr 2013 allmählich aus der Tabu-Ecke geholt. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung ist v.a. die Akzeptanz auf der ärztlichen Seite, um Symptome richtig zu deuten und Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten aufzuzeigen. In vielen Fällen steht hier auf beiden Seiten das tradierte Rollenverständnis im Wege – durchaus geschlechterübergreifend.

Abgesehen vom phänotypischen Unterschied in Körpergröße und Körperbau, dass bei Männern Organe größer, ihre Gefäße dicker und ihre Knochen dichter sind als bei Frauen, werden einige Medikamente in der weibli-

**N**eben den medizinischen und diagnostischen Fragen umfasst der Begriff der *Gender-Gesundheit* jedoch sehr viel mehr: Ärztinnen unterscheiden sich in ihrem Kommunikationsverhalten von dem der männlichen Kollegen, sowohl den Patientinnen und Patienten gegenüber, aber auch im Alltag gegenüber Mitarbeitern. Hierarchien sind flacher und Teamarbeit steht eher im Vordergrund. Ist eine Behandlung, die das (nur schlecht vergütete) Gespräch pflegt, am Ende vielleicht kostengünstiger – vor allem bei chronisch Kranken? Könnten familienkompatible Arbeitszeitmodelle, die traditionelle Strukturen hinter sich lassen (Stichwort Einzelpraxis versus MVZ), nicht auch dazu beitragen, den Ärztemangel zu mildern? Eine bessere Bezahlung und Aufwertung des Pflegeberufes könnten dazu beitragen, dass

chen Leber anders abgebaut als in einer männlichen und Wirkstoffe der Präparate anders aufgenommen – mit entsprechenden Folgen. Wenig bekannt dürfte beispielsweise sein, dass beim *Systemischen Lupus erythematodes* (SLE), einer Autoimmunerkrankung, unter der überwiegend Frauen leiden, Männer das Nachsehen haben – und dem Risiko eines Nierenversagens unterliegen.

In Arzneimittelstudien war und ist z.T. heute noch der männliche Körper die Norm; Medikamententests wurden und werden immer noch fast ausschließlich an jungen Männern vorgenommen – mit dem Resultat, dass die Erkenntnisse auf den leichteren, weiblichen Organismus „runtergerechnet“ und übertragen wurden. Mit dem Arzneimittelreport 2012 der Barmer GEK lässt sich nicht nur zeigen, dass Frauen, vor allem ältere, auf psychische Erkrankungen diagnostiziert werden und entsprechend Psychopharmaka erhalten – oft zu viel und die falschen, da der ältere, weibliche Organismus einige der Wirkstoffe verlangsamt umsetzt. Hier scheint sich der Kreis zu schließen.

### Gender-Gesundheit

Mit dem Terminus Gender erweiterte sich der Blick auf die soziale und psychologische Komponente des Geschlechts. Wie eingangs erwähnt, würden viele Frauen die Möglichkeit, an einem Herzinfarkt erkrankt zu sein, von sich weisen; auch in der Notaufnahme dürfte (immer noch) nicht jedem Arzt oder auch jeder Ärztin die Symptomatik eines weiblichen Herzinfarktes selbstverständlich sein. Die rollenmäßige Erwartung kann hier einer schnelle Diagnose und Behandlung also im Wege stehen. Umgekehrt dürften viele Männer und auch ihr Umfeld auffälliges Risikoverhalten und Aggressivität nicht unbedingt einer Depression zuordnen. Hier gilt es die Sensibilität für den Gender-Aspekt auf allen Seiten zu erhöhen, wie es in einigen Forschungseinrichtungen bereits geleistet wird. Allerdings hat dieser Ansatz (noch) nicht generell Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden.

Der Gender-Aspekt gilt jedoch nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch auf der Seite derjenigen, die Versorgung leisten. Ärztinnen behandeln anders als Ärzte, kommunizieren anders und können nicht selten bessere Er-

folge verzeichnen, z.B. bei der Behandlung eines an Diabetes Typ 2 erkrankten Patienten oder einer Patientin. Das weibliche Kommunikationsverhalten scheint nicht nur den hierarchischen Unterschied zur Patientin und zum Patienten zu verringern und damit eine Basis zu schaffen, die mehr Nachhaltigkeit in der Behandlung ermöglicht. Wie sich das auf die Behandlungskosten auswirkt, wäre noch zu erforschen.

### Der Spagat zwischen (Arzt-)Beruf und Familie wird immer schwieriger

„Frauen nehmen ein Medizinstudium eher aus idealistischer Vorstellung auf anderen zu helfen; Männer legen mehr Wert auf die Karriere.“ Und: Nur 44,3 Prozent der Absolventinnen arbeiten später tatsächlich als Ärztin. Das heißt andererseits: Mehr als die Hälfte der Medizinstudentinnen gehen unterwegs im Klinikalltag verloren, so ein Fazit der umfassenden Befragung unter Studierenden an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Duisburg-Essen und Münster. Von einer „Feminisierung der Medizin“ kann also längst noch nicht gesprochen werden. (Und überhaupt: Ist der aktuelle Prozess nicht eher eine „Normalisierung“ der Geschlechterverteilung in der Medizin?)

Abgesehen von enttäuschten Idealen ist der Dauerbrenner „Vereinbarkeit von Familie und Beruf(ung)“ ein Grund für dieses Ergebnis. Die Arbeitsstrukturen im Krankenhaus oder die klassische Einzelpraxis im niedergelassenen Bereich sind einer Familienplanung hinderlich, lassen Familie oftmals gar nicht zu. Auch hier gibt es bereits Alternativen, die beiden Lebensaspekten zu ihrem Recht verhelfen. Zuverlässige Kinderbetreuung, die auch außerhalb gängiger Kindergarten- oder Hortzeiten, zur Verfügung steht, schafft eine große Entlastung nicht nur für Ärztinnen, sondern auch von Ärzten, die ebenfalls ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Beruf und Privatleben anstreben. Das Modell einer Gemeinschaftspraxis, die personelle Engpässe auffangen kann, macht es für Ärztinnen möglich z.B. neben der Berufstätigkeit die Ausbildung zur Fachärztin zu absolvieren und noch Kinder zu bekommen. Insgesamt ließe sich mit Blick auf die Befragung der jungen Medizinerinnen die Diskussion um den drohenden Ärztemangel noch mal differenzierter führen.

Denn welche Ressourcenvergeudung leistet sich eine Volkswirtschaft, wenn hoch ausgebildete Frauen u. a. aus Mangel an Betreuungsmöglichkeiten nicht Vollzeit arbeiten können, in Teilzeit auf der Stelle treten oder ganz und gar zu Hause bleiben? Auf der Karriereleiter rücken die nächsten Stufen in weite Ferne und damit natürlich auch der Chefarztposten oder andere mit Einfluss versehene Führungsaufgaben – eine Binsenweisheit, die nicht nur für Deutschland gilt, sondern international. Frauen, die ihrem hochqualifizierten Beruf und, ja, auch einer Karriere nachgehen wollen, haben im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen in den meisten Fällen eine Entweder/Oder-Entscheidung zu treffen. Viele solcher individuellen (Zwangs-)Entscheidungen (nicht nur im Gesundheitssektor) schlagen aber irgendwann volkswirtschaftlich zu Buche: sei es, dass die Wettbewerbsfähigkeit des Landes gefährdet ist, weil schlicht der Nachwuchs fehlt; sei es, dass im Falle einer Entscheidung für Kinder, die Betreffende nicht selten ihre persönliche berufliche Entwicklungsmöglichkeit zurückstellt und handfeste wirtschaftliche Nachteile zu befürchten hat – spätestens als Alleinerziehende und anschließend bei der Rente. Gelingt der Spagat, droht – wie die Stressumfrage der Techniker Krankenkasse eindrucksvoll zeigt – Burn-Out bzw. Depression. Gesund ist das nicht und teuer auch.

### Einmischen in die aktuelle politische Diskussion

„Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“ So steht es auf Seite 82 des Koalitionsvertrags. Politisch ist ein erster Schritt gemacht. Man könnte also davon ausgehen, dass auf allen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens Versorgungsverbesserungen und Effizienzreserven freizulegen sind, wenn es gelingt, geschlechterspezifische Denk-, Forschungs- und Umsetzungskonzepte im System zu etablieren.

Schließlich muss es selbstverständlich sein, dass beiden Geschlechtern zu gleichen Teilen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Männer und Frauen müs-

sen in der medizinischen Forschung und Entwicklung gleichermaßen in Untersuchungen einbezogen werden. Es darf nicht sein, dass Frauen auf Basis von medizinischen Erhebungen, die an jungen Männern vollzogen wurden, Medikationen verabreicht bekommen. Klinische Studien müssen für beide Geschlechter ausgewertet werden, damit bei Frauen unerwünschte Nebenwirkungen stärker erforscht und eindeutige Dosierungen definiert werden können.

Die Gender-Medizin steht jedoch erst am Anfang. Je genauer geforscht und hingeschaut wird, desto mehr Unterschiede lassen sich zwischen Männern und Frauen erkennen. Wichtig ist es, dass geschlechtsspezifische Aspekte verstärkt in die Betrachtungsweise einer modernen Medizin rücken, damit Wissenslücken gestopft werden können. Von diesen Veränderungen und Erkenntnissen werden nicht nur Frauen Vorteile ziehen können, auch Männer werden von neuen Therapien profitieren. Somit könnte die Diagnose Depression dann auch nicht mehr als „unmännlich“ gelten.

Somit ist Gender-Medizin ein Schritt in Richtung der individualisierten Medizin und bietet die Möglichkeit, die geschlechterspezifische Behandlung und zielgerichtete Arzneimittelvergabe voranzutreiben, was ein Nutzen für das einzelne Individuum schafft. Diese medizinischen aber auch soziokulturellen Veränderungen sollten in Betracht gezogen werden, um langfristig eine Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft zu erreichen.

Aber auch auf Seiten der versorgenden Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte und nicht ärztlichen Gesundheitsberufe kann der Aspekt der geschlechtsspezifischen Gegebenheiten nicht ausgeblendet bleiben. Ob nur Frauen besser zuhören können, bleibt abzuwarten – in jedem Fall gilt es auch hier die Stärken beider Geschlechter bei der Behandlung zu nutzen. Hierzu gehören auch Arbeitsstrukturen, die nicht nur auf Einzelkämpfer(innen) zugeschnitten sind, sondern die gesamte Le-



bensrealität berücksichtigen – durchaus auch zum Vorteil von Ärzten.

### Gender-Diskussion am Berliner Gendarmenmarkt

Der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 13. und 14. März 2014 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften möchte eine Plattform für den interdisziplinären Austausch systemverantwortlicher Frauen und entsprechend sensibilisierter Männer bieten, um das deutsche Gesundheitssystem in diesem Sinne weiterzuentwickeln. Schirmherrin des 2. Bundeskongresses ist die Hamburger Gesundheitssenatorin, Cornelia Prüfer-Storcks, die als Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheit der Koalitionsgespräche auch für die oben zitierte Passage des Koalitionsvertrags Mitverantwortung trägt.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer Zunahme multipler Erkrankungen hat auch die Politik erkannt, dass Pflege ein immer wichtigerer Baustein in der Versorgungslandschaft wird. Eine engere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe wird künftig erforderlich sein und neben Ausbildung und angemessener Honorierung für eine Aufwertung des Pflegeberufs und der übrigen nicht-

ärztlichen Heilberufe sorgen. Eine strikte Hierarchie, mit der klassischen Delegation von oben nach unten, wird der Kooperation weichen (müssen).

Ein weiteres Hauptaugenmerk des 2. Bundeskongresses wird anlässlich des Männergesundheitsberichts 2013 auf der Diagnose psychischer Erkrankungen liegen. In diesem Bereich sind Männer deutlich unterversorgt. Für eine geschlechteradäquate Wahrnehmung und Diagnose bedarf es einer Ausbildung, die nicht allein auf das Multiple-Choice-Verfahren setzt, sondern auch auf Kommunikationskompetenzen.

Geschlechterspezifische Aspekte im Gesundheitswesen werden also auf allen Ebenen (Medizin, Ausbildung, Versorgungsstrukturen) ins System eingezogen werden müssen, um zukünftig zielgenau jeden Euro sein maximales Gesundheitspotential ausschöpfen zu lassen.

**Dr. Martina Kloepfer** hat im März 2013 mit ihrem Netzwerk „Female Resources in Healthcare“ den 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit ins Leben gerufen. Sie ist Autorin des Blogs „Female Resources“ und Gastgeberin des „Frühstücks für Führungsfrauen“. Darüber hinaus ist Martina Kloepfer als Trainerin für Wirtschaftsrhetorik und Dozentin an der Europäischen Fernhochschule Hamburg tätig. ■