

PRESSEMAPPE

2.BUNDESKONGRESS GENDERGESUNDHEIT

Herausforderungen und Potentiale
geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung

13. – 14. März 2014 Berlin



BUNDESKONGRESS
GENDERGESUNDHEIT

POLITIK

Bundeskongress GenderGesundheit: Gerecht für Frauen und Männer

Dtsch Arztebl 2014; 111(13): A-536 / B-461 / C-441

Ankowsch, Eugenie; Rieser, Sabine



Über Karrieren und Klischees diskutierten (von links) Jessica Beyer, Astrid Bühnen, Christian Kraef, Monika Köster, Annelie Keil und Gabriele Kaczmarczyk. Fotos: Georg J. Lopata

Von einer geschlechterspezifischen Betrachtung des Gesundheitswesens würden Patientinnen und Patienten gleichermaßen profitieren – das verdeutlichten mehrere Referentinnen beim jüngsten Genderkongress in Berlin.

Dass sich „in der Medizin von heute manches ändern würde, wenn mehr Frauen in Führungspositionen wären“ – diese Auffassung hat Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk Mitte März beim „Bundeskongress GenderGesundheit“ in Berlin vertreten, bei dem Fachleute zwei Tage lang unter verschiedensten Blickwinkeln über das Thema diskutierten. Kaczmarczyk verwies im Rahmen einer Podiumsdiskussion auf die Aktion „Pro Quote Medizin“, die sie als Ärztin und langjährige Kämpferin für frauenspezifische Gesundheitsforschung mitinitiiert hat. Die Unterstützerinnen dieser Aktion fordern, dass mindestens 40 Prozent der Führungspositionen in der Medizin bis zum Jahr 2018 mit Frauen besetzt werden, und zwar auf allen Hierarchiestufen.

Beim Kongress stellte Kaczmarczyk klar, dass der Begriff der „Feminisierung der Medizin“ Falsches suggeriere: „Die Feminisierung ist noch gar nicht eingetreten.“ Denn nach wie vor gebe es kaum Frauen in Führungspositionen der Medizin. Dies gelte sowohl für Lehrstühle wie für Spitzenpositionen in wissenschaftlichen Forschungsgesellschaften. Ein hoher Anteil an Medizinstudentinnen sei dabei nicht erst seit kurzem zu verzeichnen, betonte sie: Zwar seien derzeit etwa 63 Prozent der Medizinstudierenden weiblich, aber schon vor knapp 15 Jahren lag ihr Anteil bei 54 Prozent. Dass früher viele angehende Ärztinnen ihren Berufswunsch offenbar nicht umgesetzt haben, bezeichnete Kaczmarczyk – auch angesichts der hohen Kosten jedes Medizinstudiums – als „Verschwendung“.

Für vorgeschoben hält sie die Begründung, eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf sei das Karrierehemmnis für Frauen. Zu DDR-Zeiten seien trotz der guten Kinderbetreuungsangebote auch nur ungefähr fünf Prozent der Ärztinnen in Führungspositionen gelangt. Anhaltende Ursache für diese Situation ist nach Kaczmarczyk ihre mangelnde Förderung durch männliche Vorgesetzte.

Frauenproblem Karriere, Männerproblem Freizeit

Christian Kraef von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland verwies darauf, dass die Beschäftigung mit den Anliegen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte enorm zugenommen habe: „Wir bekommen Gehör.“ Er führte dies vor allem auf den Ärztemangel zurück. Forderungen nach Veränderung kämen „zum großen Teil auch von Männern“, betonte Kraef. Während Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen seiner Wahrnehmung nach eher Probleme haben, wenn sie Karriere machen wollen, ringen Medizinstudenten und junge Ärzte damit, dass ihnen nicht genug Freiräume zugestanden werden – weder für die Familie noch für Hobbys und andere außerberufliche Interessen.

Prof. em. Dr. Annelie Keil, Soziologin und Gesundheitswissenschaftlerin, forderte für die Zukunft eine „gemischte Genderforschung“, mit vielfältigen Studien zu Frauen- und Männeraspekten des Themas. Sie wandte sich gegen Klischees und Zuweisungen, die der Wirklichkeit nicht gerecht würden. So erlebe sie, dass viele der angeblich so mächtigen Männer nach dem Ausscheiden aus dem Beruf im häuslichen Umfeld schnell entmachtet und „zum Familientrottel“ würden, sagte Keil. Außerdem herrscht nach ihren Worten der Eindruck vor, dass im Alter vor allem Frauen pflegen, auch wenn das nicht mehr ganz der Wirklichkeit entspricht. Die Wissenschaftlerin erinnerte daran, dass viele aidskranke Männer zu den Zeiten, als die Krankheit noch wenig beherrschbar war, auch von Lebenspartnern und Freunden gepflegt wurden. Dieser Mix aus Laien- und professioneller Pflege sei aber damals nicht klar genug als ein Zukunftsmodell gesehen worden, sagte sie.

Arzneimittleinnahme nach Gewicht und Geschlecht

In mehreren Referaten forderten Fachleute zudem, in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege Genderaspekte stärker zu berücksichtigen. „Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bereits für Verteilung, Metabolisierung und Ausscheidung von Arzneistoffen nachgewiesen“, erläuterte Prof. Dr. med. Petra Thürmann, Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für klinische Pharmakologie am Helios-Klinikum Wuppertal und Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. So enthielten Frauenkörper im Vergleich zu Männerkörpern nicht nur weniger Muskelmasse und Wasser sowie mehr Fett, sondern sie würden in hohem Maße eigene Hormone verstoffwechseln. Weil dies nicht berücksichtigt werde, erhielten Frauen Arzneimittel häufig überdosiert und litten deshalb unter stärkeren Nebenwirkungen.

Als Beispiel führte Thürmann geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Toxizität des Arzneimittels 5-Fluoruracil bei der Therapie des kolorektalen Karzinoms an. Sie bewirkten, dass Nebenwirkungen wie Stomatitis, Durchfall, Leukopenie oder Übelkeit bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt seien. „In einer prospektiven Studie, die noch läuft, werden für die Dosierung nun nicht mehr nur Körpergröße und Gewicht, sondern auch das Geschlecht einbezogen“, berichtete die Pharmakologin.

Die Ursache für viele Komplikationen sieht Thürmann in systematischen Fehlern bei Studiendesigns und bei der früheren Zulassung von Medikamenten. Der Glaube, Frauen seien biologisch lediglich eine kleinere Ausgabe des Mannes, hat sich ihrer Ansicht nach lange gehalten. Dass Arzneimittel dann – trotz gegenteiliger Erkenntnisse – immer noch vorwiegend an Männern getestet wurden, sei auch eine Folge des Contergan-Skandals. Dieser habe dazu geführt, Frauen wegen einer möglichen Schwangerschaft nicht als Testpersonen einzubeziehen. So wurden Präparate, die überwiegend an Männern getestet wurden, für beide Geschlechter zugelassen. Seit 2004 müssen Frauen allerdings angemessen bei klinischen Arzneimittelprüfungen berücksichtigt werden.

Obwohl sich Gendermedizin anfänglich mehrheitlich auf Frauen konzentrierte und einige Gruppierungen dies nach wie vor bevorzugen würden, rückt die Gesundheit von Männern in den Fokus. Die Medizinsoziologin Prof. Dr. Anne Möller-Leimkühler, die an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität in München zum Thema Geschlechterrollen und psychische Erkrankungen forscht, nannte als Beispiel die Depression bei Männern. Sie seien häufiger unterdiagnostiziert und -versorgt als Frauen. Wenn Männer behandelt würden, dann „erst spät, stationär und teuer“. Möller-Leimkühler sprach sich deshalb für die Entwicklung differenzierter Instrumente zur Erfassung männlicher Depressionen sowie für Bevölkerungsstudien zur Prävalenz der männlichen Depression aus.



Fordert vielfältige Strukturveränderungen: Martina Kloepfer, Initiatorin und Kongresspräsidentin

Trotz vieler Erkenntnisse sind geschlechtsspezifische Aspekte in der Routineversorgung noch nicht angekommen. „Wir sind gerade dabei, genderspezifische Versorgungsunterschiede zu identifizieren. In der praktischen Umsetzung der Ergebnisse sind wir aber noch weit vom Ziel entfernt“, gab Dr. med. Ursula Marschall zu bedenken, Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der Barmer-GEK. Bislang würden geschlechtsspezifische Unterschiede in erster Linie in der Kommunikation berücksichtigt, beispielsweise bei der Prävention. So wurde etwa die Aktion „Tausend mutige Männer“ ins Leben gerufen, die speziell auf Männer zugeschnitten ist und sie auf die Darmkrebsfrüherkennung aufmerksam machen soll.

Die Barmer-GEK hat zudem Selektivverträge für Indikationen abgeschlossen, bei denen Frauen eine höhere Prävalenz zeigen als Männer, etwa Migräne. Einen Selektivvertrag, der grundsätzlich eine andere Therapie für Frauen als für Männer vorsehe, gebe es noch nicht. „Nichtsdestotrotz ist es wichtig zu erkennen, welche Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen, um dann auch gegebenenfalls unterschiedliche Versorgungspfade zu entwickeln“, sagte Marschall. Dafür seien allerdings Daten notwendig, die diese Unterschiede zweifelsfrei belegen: „So weit sind wir noch nicht.“

Eugenie Ankowitsch, Sabine Rieser

GENDERMEDIZIN: MEHR INFOS ZUM THEMA

- Das Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“ sowie die Deutsche Gesellschaft für Geschlechterspezifische Medizin veröffentlichen regelmäßig den Anna-Fischer-Newsletter. Er enthält Interviews, Hintergrundtexte und Links zum Thema. Bezug: www.gendermed.info
- Das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité weist auf „GenderMedDB“ hin, eine unentgeltlich zu nutzende Zusammenstellung von geschlechtsspezifischer medizinischer Literatur: „Die Publikationen sind in Fachrichtungen und Erkrankungen unterteilt und können nach individuell definierten

Kriterien komfortabel aufgerufen und zusammengestellt werden". Info unter:
gendermeddb.charite.de

- „Gendertrends in den Gesundheitsberufen“ war Tagungsthema der Heinrich-Böll-Stiftung: www.boell.de/de/demokratie/gesundheit-16185.html.
 - Dr. Martina Kloepfer bloggt zu gendermedizinischen Themen: female-resources.blogspot.com.
-

POLITIK

Genderkongress: Pro Quote und pro „gemischte Forschung“

Montag, 17. März 2014

Berlin – „In der Medizin von heute würde sich manches ändern, wenn mehr Frauen in Führungspositionen wären.“ Diese Auffassung hat Gabriele Kaczmarczyk in der vergangenen Woche beim „[Bundeskongress GenderGesundheit](#)“ in Berlin vertreten, bei dem Fachleute zwei Tage lang das Thema Gendergesundheit unter verschiedensten Blickwinkeln diskutierten. Ein Schwerpunkt lag in diesem Jahr auf der Kooperation zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen.

Kaczmarczyk verwies auf die Aktion „[Pro Quote Medizin](#)“, die sie als Ärztin und langjährige Kämpferin für frauenspezifische Gesundheitsforschung mit initiiert hat. Die Unterstützerinnen dieser Aktion fordern, dass mindestens 40 Prozent der Führungspositionen in der Medizin bis zum Jahr 2018 mit Frauen besetzt werden, und zwar auf allen Hierarchiestufen.

Beim Genderkongress wies Kaczmarczyk darauf hin, dass der Begriff der „Feminisierung der Medizin“ ihrer Meinung nach Falsches suggeriere. „Die Feminisierung ist noch gar nicht eingetreten“, urteilte sie mit dem Hinweis darauf, dass es nach wie vor kaum Frauen in Führungspositionen der Medizin gebe. Dies gelte sowohl für Lehrstühle wie für Spitzenpositionen in wissenschaftlichen Forschungsgesellschaften.

aerzteblatt.de

- Hartmannbund sieht viel Frauenpotenzial ungenutzt
- Ärztinnenbund bedauert Scheitern der Frauenquote im Bundestag
- Martina Kloepfer zur Gendermedizin
- Ärztinnenbund für feste Frauenquote

Auch ein hoher Anteil an Medizinstudentinnen sei nicht erst seit kurzem zu verzeichnen, betonte sie: Zwar seien derzeit rund 63 Prozent der Medizinstudierenden weiblich, aber schon vor knapp 15 Jahren lag ihr Anteil bei 54 Prozent. Dass viele der damaligen angehenden Ärztinnen ihren Berufswunsch offenbar nicht umgesetzt haben, bezeichnete Kaczmarczyk auch angesichts der hohen Kosten jedes Medizinstudiums als „Verschwendung“.

Dass eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein Karrierehemmnis sei, hält sie für ein „vorgeschobenes Argument“. Zu DDR-Zeiten seien trotz der guten Kinderbetreuungsangebote auch nur rund fünf Prozent der Ärztinnen in Führungspositionen gelangt. Als anhaltende Ursache nannte Kaczmarczyk mangelnde Förderung durch männliche Vorgesetzte.

Genderforschung: Mehr Studien zu Frauen- und Männeraspekten

Christian Kraef von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland verwies in der Podiumsdiskussion zu Lebensentwürfen, Arbeitskonzepten und Finanzierungsmodellen darauf, dass die Beschäftigung mit den Anliegen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte enorm zugenommen habe: „Wir bekommen Gehör.“

Er führte dies aber vor allem auf den Ärztemangel zurück. Forderungen nach Veränderung kämen „zum großen Teil auch von Männern“, betonte Kraef. Während Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen seiner Wahrnehmung nach eher Probleme beim Wunsch auf eine Karriere haben, ringen Medizinstudenten und junge Ärzte damit, dass ihnen nicht genug Freiräume zugestanden werden, weder für die Familie noch für ihre Hobbies und außerberuflichen Interessen.

Annelie Keil, Soziologin und Gesundheitswissenschaftlerin, forderte für die Zukunft eine „gemischte Genderforschung“, mit vielfältigen Studien zu Frauen- und Männeraspekten des Themas. Sie wandte sich gegen geschlechtsspezifische Klischees und Zuweisungen, die der Wirklichkeit nicht gerecht würden. So erlebe sie, dass viele der angeblich so mächtigen Männer nach dem Ausscheiden aus dem Beruf im häuslichen Umfeld schnell entmachteter und „zum Familientrottel“ würden, sagte Keil.

Außerdem herrscht nach ihren Worten der Eindruck vor, dass im Alter vor allem Frauen pflegen, auch wenn das nicht mehr der Wirklichkeit entspricht. Die Wissenschaftlerin erinnerte daran, dass viele Aidskranke zu den Zeiten, als die Krankheit noch wenig beherrschbar war, von Lebenspartnern und Freunden mit gepflegt wurden. Der damalige Mix aus Laien- und professioneller Pflege sei aber damals nicht klar genug als ein

Nachrichten zum Thema

Hartmannbund sieht viel Frauenpotenzial ungenutzt

Berlin – Nach Einschätzung des Hartmannbundes (HB) werden die Potenziale des hohen Frauenanteiles von rund 45 Prozent an der gesamten Ärzteschaft noch immer nicht hinreichend genutzt. Es fehle trotz...



Ärztinnenbund fordert Frauenquote auch in der Medizin

Berlin – Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) fordert eine Frauenquote nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch in der Gesundheitsversorgung. „Der Einführung der Quote in der Wirtschaft wird absolute...



Universitätsmedizin Mainz stellt Frauenförderplan vor

Mainz – Die Universitätsmedizin Mainz hat einen Frauenförderplan für nicht-wissenschaftliche und wissenschaftliche Beschäftigte vorgelegt. „Was wir mittel- und langfristig anstreben, ist eine...



MHH bei Professorinnenprogramm erfolgreich

Hannover – Zum zweiten Mal ist die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) beim Professorinnenprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Länder berücksichtigt worden. Das...



Ärztinnenbund bedauert Scheitern der Frauenquote im Bundestag

Berlin – Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, bedauert den Ausgang der Abstimmung im Deutschen Bundestag über die rot-grüne Initiative zur Einführung einer festen Frauenquote...



Arztinnenbund rügt Chancen-Ungleichheit im Gesundheitswesen

Berlin – Auf eine ungleiche Bezahlung von Männern und Frauen mit gleichen Positionen im Gesundheitswesen und auf ungleiche berufliche Chancen hat der Deutsche Ärztinnenbund im Vorfeld des „Equal Pay...



Professorinnen-Programm: Zweite Runde gestartet

Berlin – Die zweite Runde des sogenannten Professorinnen-Programms hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung gestartet. Für weitere fünf Jahre können sich Hochschulen um die Förderung von...



Gender: Die große Koalition greift kleinen Unterschied auf

Gender macht Boden gut. Die große Koalition bereitet ein Gesetz mit geschlechtsspezifischen Paragrafen vor. Die apoBank stellt fest, dass Frauen sich anders niederlassen als Männer.

VON ANNO FRICKE

BERLIN. Frauen- und Männergesundheitsforschung sollen sich künftig verstärkt in der praktischen Politik niederschlagen. Erstes Beispiel könnte das von der Koalition angekündigte Präventionsgesetz werden. Dies solle geschlechtsspezifisch gestaltet sein, hat Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks zur Eröffnung des 2. Bundeskongress Gendergesundheit in Berlin angekündigt.

Es sei unprofessionell, nicht geschlechtergerecht zu versorgen, sagte Prüfer-Storcks weiter. Es bedürfe eines Wandels der Berufsbilder in den Köpfen, mehr familienfreundlicher Arbeitsplätze und einer Genderaspekte integrierenden Aus- und Weiterbildung von Ärzten. Im Koalitionsvertrag haben Union und SPD die Beschäftigung mit dem kleinen Unterschied angedeutet. Dort heißt es: „Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsempfehlungen ergeben.“ Das politische Ziel der Gleichstellung in allen Lebensbereichen gibt es schon länger.

Bei der apoBank ist dieser Wandel bereits angekommen. Die Banker achten längst auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Praxisführung, auch wenn sie sie noch nicht in jedem



Weibliche Gesichter prägen das Bild in den Hörsälen der medizinischen Fakultäten. © ANNA GONTAREK-JANICKA / ISTOCK / THINKSTOCK

„Wir können nachweisen, dass Frauen weniger in gerätespezifische Facharzttrichtungen gehen.“

Jessica Beyer, apoBank

Fall erklären können. Umsatz und Gewinn beim Anteil, der privat liquidiert werde, unterschieden sich in den Praxen von Ärztinnen und Ärzten signifikant, sagte Jessica Beyer, Politikreferentin der Genossenschaftsbank. Die Gründe dafür lasse die Bank untersuchen.

Sie könnten mit weiteren Beobachtungen korrelieren. „Wir können nachweisen, dass Frauen weniger in gerätespezifische Facharzttrichtungen gehen“, sagte Beyer. Sie scheuten den höheren Investitionsbedarf. Zudem ließen sich Frauen häufiger als Männer zunächst in Einzelpraxen nieder und gründeten erst danach eine Berufsausübungsgemeinschaft.

Eine Lanze für die Niederlassung brach Dr. Astrid Bühnen von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Sie sei für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besonders geeignet. Der

Gesetzgeber habe jungen Ärzten das Leben bereits enorm erleichtert. Sie seien nach der Geburt eines Kindes für 36 Monate von Bereitschaftsdiensten befreit.

63 Prozent der Medizinstudierenden sind Frauen. Für sie, aber auch für den männlichen Medizinerwachstums ist der rund um die Uhr arbeitende Einzelkämpfer in der Arztpraxis kein Rollenmodell mehr. „Die Beschäftigung mit den Themen Familie und Freizeit, generell mit der work-life-balance, hat enorm zugenommen“, beschreibt der Präsident des Bundesverbands der Medizinstudierenden Deutschlands, Christian Kraef, die Stimmung an den Fakultäten. Die Forderungen nach einer anderen Wahrnehmung der ärztlichen Arbeitswelt seien nicht neu, würden aber erst ernst genommen, seit sich der Ärztemangel abzeichne.

Gender-Perspektive mischt die Medizin auf

Ärzte Zeitung, 05.03.2014

Bundeskongress in Berlin

Gender hat die Gesundheitspolitik erreicht. Der Bundeskongress Gender Gesundheit in Berlin treibt diesen Prozess mit an.

BERLIN. Die geschlechtsspezifische Medizin, die Gender-Gesundheit, wird in der Politik immer sichtbarer. Der Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD geht ausdrücklich darauf ein.

"Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Leitlinien ergeben", heißt es da.

Grund sind signifikante Unterschiede einmal bei der Wahrnehmung und damit auch der Behandlung von Krankheiten bei Frauen und Männern. Männer bekommen viel eher Herzinfarkte als Frauen, so der tief verwurzelte gesellschaftliche Konsens. Männer leiden dafür deutlich seltener an Depressionen. Beides scheint aktuellen Forschungsergebnissen zufolge falsch zu sein.

Die Fehlwahrnehmung kann tödlich sein. Die Infarktsymptome bei Frauen werden oft anders zugeordnet. Das Ergebnis ist bekannt: Seit 2007 ist die Sterblichkeit nach einem Infarkt bei Frauen höher als bei Männern, hat die KORA-Studie aufgezeigt.

Die Frage nach Depressionen bei Männern stellen Ärzte viel zu selten, hat ein Report der Barmer GEK festgestellt.

Bundeskongress am 13. und 14. März

"Die Gender-Zuordnung zu bestimmten Krankheitsbildern haben sowohl die Betroffenen als auch die Ärzteschaft verinnerlicht", sagt Dr. Martina Kloepfer. Sie ist Veranstalterin des 2. Bundeskongresses **GenderGesundheit** am 13. und 14. März in Berlin.

Dabei geht es nicht nur um medizinische und zahnmedizinische Aspekte der geschlechtsspezifischen Medizin. Das Programm nimmt auch die soziologischen Umwälzungen in den Gesundheitsberufen und ihre möglichen Konsequenzen in den Blick. Nur rund 40 Prozent der weiblichen Medizinstudierenden gingen in die Versorgung.

Das sei volkswirtschaftlich bedenklich und inhaltlich schade, sagt Kloepfer. Das zeiti-

ge Konsequenzen für die Lebensentwürfe kommender Ärztegenerationen.

Ganz neu ist das Thema in der Regierungspolitik nicht. Schon seit 2011 hat der Gesetzgeber die Arzneimittelhersteller mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz dazu verpflichtet, neue Wirkstoffe geschlechtsspezifisch auszuwerten, zu unterschiedlich ist die Verstoffwechslung bei Frauen und Männern. Der Frauenanteil bei Zulassungsstudien ist seither deutlich gestiegen und hat oft schon mehr als die Hälfte erreicht, heißt es beim Verband forschender Pharmaunternehmen (vfa). Das fördere Erkenntnisgewinn.

Auch das männliche Geschlecht hat bereits mehr Aufmerksamkeit erfahren. 2013 hat die Bundesregierung erstmals einen Männergesundheitsbericht veröffentlicht. (af)



Kommentare

Jens Spahn, MdB: Einfache Wahrheit



[Startseite](#) » [News](#) » Jens Spahn, MdB: Einfache Wahrheit



Jens Spahn, MdB: Einfache Wahrheit

Wir hatten ja bereits auf den 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit hingewiesen, der im März in Berlin-Mitte am Gendarmenmarkt stattfinden wird.

Zum Thema Gender sprachen wir im Deutschen Bundestag mit dem CDU-Bundestagsabgeordneten Jens Spahn.

Der Unionspolitiker ist Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Jens Spahn sagte gegenüber dem Berliner-Blatt: *„Frauen und Männer sind unterschiedlich. Diese einfache Wahrheit muss sich auch in der Gesundheitsversorgung wider spiegeln. Deshalb ist die Initiative richtig, sich über die unterschiedlichen Bedürfnisse auch und vor allem im Pflegebereich intensiv auszutauschen.“*

An dieser Stelle bedanken wir uns nochmals bei Herrn Spahn, MdB für seine Ausführungen.

Text: [vln](#)

Copyright © 2013 www.Berliner-Blatt.de

Share

[Twittern](#)

Werden Sie Werbepartner in Ihrem Berliner-Blatt:



Heute, 06:08 von [cz](#) | 34 Aufrufe

Bewertung: ★★★★★

[Zurück](#)

R.-M. Lehmann, MdA: Gender-Gesundheit

[Startseite](#) » [News](#) » R.-M. Lehmann, MdA: Gender-Gesundheit



R.-M. Lehmann, MdA: Gender-Gesundheit

Wir hatten ja bereits darauf hingewiesen, dass die Schönebergerin Dr. Martina Kloepper den Bundeskongress für „Gender-Gesundheit“ ins Leben gerufen hat, der in diesem Jahr zum 2. Mal stattfindet.

Im März werden sich dazu am Gendarmenmarkt zu einem zweitägigen Kongress zahlreiche Fachleute treffen.

Über den Bereich der Gender-Gesundheit sprachen wir mit dem direkt gewählten Pankower SPD-Politiker Rainer-Michael Lehmann.

Im Berliner Abgeordnetenhaus ist der Parlamentarier u. a. auch im Bereich der Gesundheit tätig.

Rainer-Michael Lehmann teilte gegenüber dem Berliner-Blatt mit: *„Gender-Gesundheit wurde über viele Jahre nicht beachtet.*

Ich bin sehr froh, dass sich mittlerweile alle einig sind, dass Gesundheitspolitik und gesundheitliche Aspekte gerade auch aus einer frauenspezifischen Sicht betrachtet werden müssen, da nun mal Krankheitsverläufe und Krankheitsbilder geschlechtsspezifisch anders ausgeprägt sind und teilweise anders verlaufen.

Deshalb sind die Betrachtungsweisen und Fortentwicklungen bei der Frauen- und Männergesundheit so wichtig, somit auch dieser Bundeskongress.“

An dieser Stelle bedanken wir uns nochmals bei Herrn Lehmann, MdA für das Gespräch.

Text: [vln](#)

Copyright © 2013 www.Berliner-Blatt.de

Bundeskongress Gender-Gesundheit



[Startseite](#) » [News](#) » Bundeskongress Gender-Gesundheit



Bundeskongress Gender-Gesundheit

Zum 2. Mal findet der Bundeskongress Gender-Gesundheit statt

Am 13. und 14. März treffen sich in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitsverwaltung.

Ins Leben gerufen hat diesen Bundeskongress Dr. Martina Kloepfer, die auch zugleich wieder als Präsidentin dieser Tagung fungiert. Dr. Martina Kloepfer ist Trainerin für Medienauftritte, außerdem ist sie in den Bereichen Rhetorik- und Stimmtraining tätig. In der Schöneberger Wartburgstraße leitet sie ihr Institut.

Zur Zielsetzung beim 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit heißt es u. a. Die Praxis der pflegerischen Versorgung ist seit jeher weiblich geprägt. Zukünftig wird aber auch die medizinische Versorgung überwiegend in der Hand von Ärztinnen liegen. Dennoch ist die letztendliche Entscheidungshoheit im deutschen Gesundheitswesen in Politik, Forschung und Verwaltung nach wie vor männlich dominiert.

Die Politik hat den Genderbereich erkannt. So heißt es im Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD: "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."

Welche Bedeutung auch der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit hat, mag man daran ermessen, dass die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Strocks (SPD), die Schirmherrschaft übernommen hat und auch persönlich am Eröffnungstag in Berlin das Grußwort sprechen wird.

Wir sprachen mit der Gründerin Dr. Martina Kloepfer, die uns mitteilen konnte, dass beim 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit vor einem Jahr knapp 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich ausgetauscht und auch Netzwerke eingerichtet hatten. Aus den Nachbarländern Schweiz und Österreich kamen ebenfalls Teilnehmer angereist.

Die Teilnehmer kamen aus den Bereichen der Ärzteschaft, wobei sowohl Fachärzte als auch Allgemeinmediziner zu den Gästen gehörten, ebenso kamen die Gäste aus den Bereichen der Pflegeberufe, Heilpraktiker, Hebammen, Familienämter- und Gesundheitsamtsmitarbeiter sowie von Seiten der Krankenkassen.

Besonders erfreut ist Martina Kloepfer darüber, dass die Stiftung Männergesundheit einer der Unterstützer ist.

der Unterstützer ist.

Die Gründerin dieses Bundeskongresses gab uns zwei Beispiele, warum es so wichtig ist, die Augen auf das Thema Gender-Gesundheit zu legen.

Depressionen äußern sich bei Männern ganz anders als bei Frauen. Viele Männer scheuen sich immer noch heutzutage, über ihre Sorgen und Belastungen wie Arbeitslosigkeit, immer mehr Stress im Berufsleben, Überlastung und dergleichen zu reden. Es gilt die alte Karl-May-Maxime Indianer weinen nicht und man möchte das Rollenbild, das in der Gesellschaft vorhanden ist, nicht ins Wanken bringen.

Obwohl Männer auch von Depressionen betroffen sind, gibt es kaum ein Mann zu, darunter zu leiden.

Bei den Frauen dagegen ist das Thema Herzinfarkt beinahe ein Tabuthema. Herzinfarkt betrifft nur Männer, lautet da das Klischee. Dabei ist auch hier das klassische Rollenbild oft der Auslöser dafür, dass die Frau eine Doppelbelastung in den Bereichen Familie und Beruf hat, das es zum Infarkt kommen kann.

Wir mussten leider erleben, und es ist immer noch so: Selbst ein Notfallteam erkennt einen Herzinfarkt bei einer Frau recht spät.

Geht eine Frau mit Symptomen eines Herzinfarktes zum behandelnden Arzt, wird in der Praxis oft gar nicht auf Herzinfarkt untersucht. All dies belegt doch, wie wichtig, wie notwendig es ist, sich noch mehr dem Bereich Gender-Gesundheit zu widmen. Erfreulicherweise kann man es so ausdrücken: Wir sind schon auf dem richtigen Weg, ans Ziel der Reise sind wir alle aber immer noch nicht angelangt.?

Der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit steht , auch das betonte Dr. Martina Kloepfer, allen Interessierten offen.

Unsere Redaktion wird vom Ort des Geschehens über diesen wichtigen Bundeskongress berichten.

Interview: „Depression bei Männern häufig unerkannt“

Die geschlechterspezifische Forschung nimmt die speziellen Symptome von Depressionen bei Männern wenig in den Fokus. Dazu sprach der änd mit der Medizinsoziologin der Uniklinik München, Prof. Anne Möller-Leimkühler.

Frau Prof. Möller-Leimkühler, Sie widmen Ihre Forschung zu einem großen Teil der sogenannten Gendermedizin. Was verbirgt sich dahinter?

Bei der Gendermedizin geht es um geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen und ihrer Behandlung, die durch biologische, psychische oder soziale Faktoren beeinflusst werden. Dieser Ansatz fokussiert bisher noch weitgehend auf Frauen und ist in den letzten Jahren bekannt geworden durch die Forschungen zum Herzinfarkt bei Frauen. Ich selbst konzentriere mich auf das Phänomen Depression bei Männern, zumal die Männer bei der Gendermedizin noch viel zu kurz kommen.



Wieso müssen Depressionen geschlechterspezifisch untersucht werden? Können die nicht jeden treffen, egal ob Mann oder Frau?

Im Prinzip ja, aber es gibt Unterschiede. Die Depressionsforschung hat den geschlechterspezifischen Ansatz ziemlich vernachlässigt. Zumeist konzentriert sich die Forschung auch hier auf Frauen. Die in der Literatur beschriebenen Symptome werden hauptsächlich von Frauen berichtet. Nun gibt es aber zunehmend wissenschaftliche Hinweise darauf, dass Männer ganz andere Symptome zeigen können, die üblicherweise nicht mit einer Depression in Zusammenhang gebracht werden.

Das hieße also, dass Depressionen von Männern gar nicht erst diagnostiziert werden?

Im schlechtesten Fall ist es so, was das Suizidrisiko bei Männern drastisch erhöht. Deshalb braucht es zu diesem Thema auch viel mehr Forschung. Aber es würde schon viel helfen, wenn das Bewusstsein für die männerspezifischen Depressionssymptome geweckt werden würde.

Wie unterscheiden sich die Symptome bei Frauen und bei Männern?

Frauen geben häufig klassische Symptome wie Antriebslosigkeit, Traurigkeit und Interessenverlust an. Männer zeigen eher durch externalisiertes Verhalten, wie es Ihnen eigentlich geht.

Was genau meinen Sie damit?

Es ist typisch für Männer, emotionalen Stress eher auf der Körper- und Verhaltensebene abzureagieren. Oft steigt der Alkoholkonsum. Männer stürzen sich noch mehr in die Arbeit, das geht hin bis zur Hyperaktivität. Sie werden aggressiver, impulsiver und risikofreudiger. So wird die männliche Fassade aufrechterhalten und die Depression fällt weniger auf.

Aber nur weil man viel arbeitet, ist man doch noch lange nicht depressiv, oder?

Da gibt es keine Zwangsläufigkeit, das ist klar. Aber die Symptome von Stress werden selten in Zusammenhang mit einer drohenden Depression wahrgenommen. Irgendwann spielen Körper und Psyche dann nicht mehr mit. Auf Dauer lässt sich eine solche Kompensation nicht aushalten.

Sie halten über dieses Thema häufig Vorträge. Wie reagieren die Ärzte auf Ihre Thesen?

Sie sind sehr interessiert. Es zeigt sich aber auch, dass dieses Thema noch kein Standardwissen ist. Die

Formen von Stress, so wie sie Männer häufig entwickeln, gehören nicht zu den allgemein akzeptierten Depressionskriterien. Manchen Ärzten fällt es auch schwer, die Möglichkeit einer Depression bei Männern anzusprechen, weil sie ihre Patienten nicht vergraulen wollen.

Wie therapiert man mänderspezifisch?

Auch Männer haben eine Psyche, das ist erst einmal eine Grundtatsache, die Männer lernen müssen. Im Prinzip wirkt sowohl die antidepressive Medikation als auch die interpersonelle Psychotherapie gleich gut bei Männern und Frauen. Die Herausforderung liegt aber darin, die Männer zur Behandlung zu motivieren. Hier spielt der Hausarzt eine entscheidende Rolle, was Informationen über Depression und ihre Behandlung angeht. Wichtig ist, den Männern klarzumachen, dass Depression keine Frauenkrankheit ist, sondern eine Volkskrankheit, die man gut behandeln kann. Der Weg über Burnout kann Männern den Zugang zur Behandlung erleichtern, weil Burnout nicht sozial stigmatisiert ist, im Gegenteil, es ist fast eine Auszeichnung.

Wenn eine pharmakologische Behandlung begonnen wird, gibt es dabei auch geschlechtsspezifische Faktoren zu berücksichtigen?

Neben den üblichen Dosierungsanforderungen an Gewicht und Größe ist mir nichts dazu bekannt. Auch hier fehlt noch immer eine Forschung mit der entsprechenden Fragestellung. Die bisherigen Befunde zur geschlechtsspezifischen Wirkung von Psychopharmaka sind inkonsistent.

Eine manifeste Depression kann zum Suizid führen. Haben Sie darüber auch Erkenntnisse?

Das ist ein trauriges Thema. Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass bei Männern nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird wie bei Frauen. Männer aber begehen mindestens dreimal so häufig Suizid. Da den meisten Suiziden eine Depression vorausgegangen ist, müssen wir von einer hohen Dunkelziffer von Depressionen bei Männern ausgehen.

Frau Prof. Möller-Leimkühler, vielen Dank für das Gespräch.

Am 13. und 14. März 2014 wird in Berlin der Kongress [Gender-Gesundheit](#) veranstaltet. Frau Prof. Möller-Leimkühler hält im Plenum „Gender in Diagnose und Therapie“ einen Vortrag zu diesem Thema.

Rubrik: Medizin

05.02.2014 15:22 / Interview: Sten Beneke

URL dieses Beitrags: <http://www.facharzt.de/a/a/142672/>

© änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

2. Bundeskongress Gendergesundheit

Frauen im Gesundheitssystem

Eine neue Bewegung von Ärztinnen, Pharmakologinnen, Medizinforscherinnen und Gesundheitslobbyistinnen arbeitet seit über zehn Jahren daran, die weibliche Seite des Gesundheitswesens stärker ins öffentliche Blickfeld zu rücken. Auf dem Bundeskongress Gendergesundheit am 13. und 14. März 2014 verwandeln sie die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften zum Think-Tank für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen. Die dbb bundesfrauenvertretung hat mit der Kongressinitiatorin Dr. Martina Kloepfer gesprochen und befindet: Ein unterstützungswertes Projekt!

? Frau Dr. Kloepfer, was hat Sie angetrieben, aus eigener Initiative, das Mammutprojekt Bundeskongress Gendergesundheit ins Leben zu rufen?

Im deutschen Gesundheitssystem finde ich derzeit ein Abbild der Verhältnisse, die ich als Trainerin für Medienauftritte auch in der Wirtschaft erlebe. Während Männer auch oft besser und branchenübergreifend vernetzt sind, ist das bei Frauen seltener der Fall. So ist die Idee einer Plattform entstanden, die einen interdisziplinären Austausch aller interessierten Akteurinnen und natürlich auch Akteure ermöglichen sollte – eine Art Think-Tank. Die Gesundheitsversorgung steht ja auf mehreren Säulen. Die medizinische Versorgung steht an erster Stelle – Pflege oder die Versorgung mit Arzneimitteln gehören aber gleichfalls dazu. In allen Bereichen spielt das Geschlecht eine Rolle: auf Seite der Patientinnen und Patienten, aber auch der Leistungserbringer.

? Das Thema brennt vielen Akteuren/-innen – nicht nur im Gesundheitswesen – auf den Nägeln. Welche Themenschwerpunkte haben Sie sich für den 2. Bundeskongress Gendergesundheit gesetzt?

Im medizinischen Teil steht dieses Mal die Gesundheit von Männern auf der Agenda, vor dem Hintergrund des Männergesundheitsberichts, der im letzten Jahr erschienen ist. Ähnlich wie bei Frauen ein Herzinfarkt nicht selten falsch oder zu spät diagnostiziert wird, bleibt bei Männern eine psychische Erkrankung oder gar eine folgenschwere Depression häufig unerkannt. Das hat mit gesellschaftlichen Geschlechterzuschreibungen bestimmter Krankheiten zu tun, aber auch mit den teils sehr unterschiedlichen Symptomen.

? Der Aspekt der geschlechtersensiblen Medizin ist aber nur einer von vielen Schwerpunkten der Tagung...

Wie auch beim 1. Bundeskongress nimmt das Thema Effizienz in der Versorgung eine zentrale Stelle ein. Einerseits wird Versorgung immer teurer und das Damoklesschwert des demografischen Wandels schwebt über allem. Wenn aber von Ärztemangel die Rede ist oder vom Pflegenotstand scheint

2. Bundeskongress Gendergesundheit

13. und 14. März 2014
Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Jägerstr. 22/23, 10117 Berlin

Tagungsprogramm:
www.bundeskongress-gender-gesundheit.de

Auf www.female-resources.blogspot.de bloggt Dr. Martina Kloepfer zu Themen rund um Gendergesundheit und Frauen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft.

das aus den gegebenen Strukturen heraus zu geschehen.

Während die angebliche „Feminisierung“ der Medizin diskutiert wird – man könnte bestenfalls von einer „Normalisierung“ reden – wird der hohe Anteil von Frauen in der Pflege als gegeben und eben normal hingenommen. Die Einführung einer Männerquote für diesen Beruf, hätte wahrscheinlich ein höheres Gehalt zur Folge und auch am gesellschaftlichen Image würde gearbeitet werden. Pflegekräfte werden gebraucht, aber nur unzureichend bezahlt. Ein Widerspruch, der rein wirtschaftlich gesehen nur schwer zu verstehen ist. Aber auch hier tut sich wieder eine Lücke zwischen männlichen und weiblichen Pflegekräften auf, bedingt durch Zeiten

der Kindererziehung und damit einer fehlenden Weiterqualifizierung.

? Was können Arbeitgeber leisten – gerade wenn es um Arbeitszeitorganisation, Arbeitsplatzgestaltung und Bezahlung geht?

Eine dem Krankenhausbetrieb angepasste Kinderbetreuung würde ich als eine zentrale Aufgabe sehen. Das würde Ärztinnen und Pflegerinnen nützen. Dabei lässt sich von anderen Kliniken vielleicht etwas abschauen und übernehmen. Beispielsweise fährt das Unfallklinikum Murnau auch wirtschaftlich sehr gut mit einem gut koordinierten System der Kinderbetreuung.

? Was kann, was muss die Politik aus Ihrer Sicht tun?

Politik muss die Weichen dafür stellen, dass sich strukturell etwas ändert. Kürzlich hat der **Deutsche Ärztinnenbund** eine verbindliche Frauenquote in der Medizin gefordert, auch die **Initiative „Pro Quote Medizin“** setzt sich dafür ein – hier haben auch zahlreiche Männer unterzeichnet. Eine Quote wäre ein solches strukturelles Instrument. Von einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis in den Gremien der Selbstverwaltung erhoffe ich mir auch eine ausgewogenere Verteilung der zur Verfügung stehenden Gelder. Aber hier betreten wir natürlich vermintes Gelände.

? Wie sieht Ihre Vision eines geschlechtergerechten Gesundheitswesens aus?

Ein Blick in meine Kristallkugel würde mir ein Gesundheitssystem zeigen, das ein möglichst gleiches Verhältnis von Frauen und Männern in allen Bereichen aufweist. So würden sich manche Fragen, die jetzt noch erbittert diskutiert werden, möglicherweise leichter lösen lassen. Auch in der Versorgung sollte sich damit einiges verbessern, in der Diagnose und Therapie, aber auch in der Pflege. So könnte ich mir vorstellen, dass mancher Patient in sensiblen Bereichen doch eher einen Pfleger vorziehen würde. Große Unternehmen haben gute Erfahrungen mit gemischten Teams gemacht – das wünsche ich uns für unser Gesundheitssystem.

Gender-Gesundheit: Nicht einfach „nur“ krank



Thommy Weiss / pixelio.de

Gender oder Sex? Manchmal lassen sich die Grenzen so eindeutig nicht ziehen. Die symptomatischen Unterschiede bei einem sog. "weiblichen" Herzinfarkt zu einem "männlichen" sind durch das biologische Geschlecht bedingt. Die Reaktion und die darauf folgende Diagnose hängen aber oft eng vom Gender-, also dem soziokulturellen Aspekt der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, aber auch der betreffenden Patientin ab.

Gerade der Herzinfarkt gilt in unserer Gesellschaft immer noch als typische Männerkrankheit. Ein Blick auf die Zahlen zeigt, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine deutlich schlechtere Chance haben, einen Infarkt zu überleben, weil sie sehr viel später die richtige Behandlung erhalten; denn die Symptome eines Herzinfarkts äußern bei Frauen des Öfteren differenzierter als bei Männern.. Nur etwa die Hälfte aller Infarkt-Patientinnen berichten von der „klassischen Schmerzsymptomatik“. Nicht selten kommt es vor, dass Frauen über Übelkeit und Erbrechen klagen und Schmerzen im Rücken, dem Oberbauch oder der Schulter verspüren. Frauen erleiden einen Herzinfarkt zwar im Schnitt 10 Jahre später als Männer, aber unterschätzen deutlich das Risiko.

Der 2. Männergesundheitsbericht 2013, offenbart umgekehrt ähnliche Behandlungslücken bei Männern. Hier stehen Depressionserkrankungen an erster Stelle, die häufig nicht erkannt werden oder erst dann wenn es zu spät ist. Das liegt zum Teil daran, dass sich die Symptome von denen einer "weiblichen" Depression unterscheiden und daran, dass diese Erkrankung (noch) nicht mit dem Rollenbild kompatibel bzw. die Öffentlichkeit noch nicht für diese Art der „Männererkrankung“ sensibilisiert ist. Aggressives Verhalten, eine höhere Risikobereitschaft, vermehrter Alkoholkonsum oder auch der Suizid, doppelt so hoch wie bei Frauen, wird häufig nicht mit einer depressiven Erkrankung in Verbindung gebracht.

Mit anderen Worten, was bei Frauen der Herzinfarkt ist, den auch die wenigsten Ärzte und auch die Betroffenen selbst für möglich halten – ebenfalls geprägt durch das Rollenbild – ist bei Männern die psychische Erkrankung bis hin zur Depression. Somit lässt sich festhalten, dass bei Frauen eher eine psychische Ursache für eine (auch physische) Erkrankung angenommen wird, dagegen bei Männern hinter den Sym-

ptomen eher eine somatische Erkrankung vermutet wird, die aber auch für ein psychisches Leiden stehen können.

Männliche Körper die Norm für Arzneimittelstudien

Die meisten Medikamententests werden heutzutage fast ausschließlich an jungen Männern vorgenommen. Kinder, alte Menschen und auch Frauen werden bei diesen Studien gar nicht oder nur kaum berücksichtigt. Doch wird das Medikament zugelassen, kommt es bei allen Menschen zum Einsatz. Erkenntnisse werden dann meist einfach auf den weiblichen Organismus übertragen, obwohl dieser in seiner Beschaffenheit - angefangen bei der Größe der Organe, über den Stoffwechsel bis hin zur Knochendichte - ganz anders aufgebaut ist. Somit kann es gerade bei Frauen passieren, dass es zu unerwarteten Folgen kommt. Das trifft v.a. für manche Wirkstoffe in Psychopharmaka zu, die älteren Frauen verabreicht werden und deren Wirkstoffe noch langsamer abgebaut werden als bei jungen Patientinnen mit z.T. sehr unerwünschten Nebenwirkungen., wie einer erhöhten Gefahr, an Demenz zu erkranken. Zugegeben, ein Studiendesign, das einen weniger "berechenbaren" Personenkreis berücksichtigt, ist nicht leicht. Vor dem Hintergrund einer zunehmend personalisierten Medizin sollte es doch nicht unmöglich sein, bildet die Differenzierung in männlich und weiblich hier doch den kleinsten gemeinsamen Nenner.

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 ausgewogenes 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.

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.

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,
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-

kranken, 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-

Neben 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 Gesundheitsministerin, 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. ■

Gendermedizin nimmt Fahrt auf

Kongress benennt Herausforderungen einer geschlechtsspezifischen Versorgung

Die Gendermedizin ist auf dem besten Weg, sich mehr Gehör zu verschaffen. Auf dem 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit wurden die neuesten Befunde vorgestellt.



Die Dosierung wirkt bei Männern und Frauen unterschiedlich.

Foto: imago/epd

Eine Differenzierung nach Geschlecht könnte Ärzten die Arbeit erleichtern: Es geht um genauere Medikamentendosierungen, weniger Nebenwirkungen und zutreffende Diagnosen. Auf dem 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit wurden in der vergangenen Woche in Berlin die neuen Entwicklungen vorgestellt.

Dabei ist dieses Herangehen an Krankheiten nicht etwa »extra für Frauen«. Der Ansatz hilft auch Männern. Für die Medizinsoziologin Anne Möller-Leimkühler aus München ist die Depression bei Männern ein Paradebeispiel dafür, dass diese häufig unterdiagnostiziert und -versorgt sind. Deren deutlich höherer Anteil an den Selbstmorden regte in den USA und Schweden die Forschung an. Die Medizin geht davon aus, dass den meisten Suiziden eine Depression vorausgeht. Diese psychische Erkrankung wird zwar

generell nur in einem Drittel der Fälle behandelt, Männer werden aber noch weniger versorgt als Frauen, und wenn, dann erst spät, stationär und teuer. Bislang gilt noch, dass Frauen ein doppelt so hohes Risiko für eine Depression haben wie Männer. Angesichts des männlichen Anteils an den Suiziden, der mit dem Alter exponentiell wächst, spricht Möller-Leimkühler von einem »großen Gender-Paradoxon«. Wie stark sich dabei gesellschaftliche Normen auswirken, stellten Forscher fest, die gleiche Depressionsraten bei beiden Geschlechtern bei den Amish, einer Glaubensgemeinschaft in den USA, und bei streng orthodoxen Juden fanden. In beiden Gruppen sind Alkoholmissbrauch und Selbstmord stark tabuisiert.

Weil Männer auf Stress eher aggressiv reagieren und weniger in der Lage sind, sich Hilfe zu holen, wird bei ihnen die

Diagnose Depression häufig nicht gestellt. In der Folge kann diese nicht nur chronisch, sondern auch fehlversorgt werden, weil nach körperlichen Ursachen gesucht wird, und außerdem zu hohen Kosten durch Präsentismus: Der psychisch Erkrankte meint, um jeden Preis am Arbeitsplatz aushalten zu müssen. Noch besteht aber Forschungsbedarf in der Frage, ob es sich hier um einen neuen Subtyp einer Depression handelt oder ein unspezifisches männliches Stressverarbeitungsmuster.

Harte Fakten gibt es hingegen immer mehr aus dem Bereich der Arzneimitteltherapie. »Dabei wird deutlicher, dass Frauen nicht einfach zehn Kilogramm leichtere Männer sind«, so Petra Thürmann vom Helios-Klinikum Wuppertal. Frauen haben nicht nur im Verhältnis weniger Muskelmasse, mehr Fett und weniger Wasser im Körper, sondern sie »verstoffwechseln« in hohem Maße eigene Hormone. Spezifische Enzyme tragen dazu bei, dass bei Frauen viele Medikamente kürzer wirken und schneller abgebaut werden. In der Folge erhalten sie Arzneimittel häufig überdosiert und leiden unter stärkeren Nebenwirkungen. Das kann ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche nach der Blutzuckersenkung mit Glitazonen sein oder eine bestimmte Form von Herzrhythmusstörungen nach der Einnahme von Antibiotika oder Entzündungshemmern.

Viele dieser Komplikationen haben ihre Ursache in systematischen Fehlern in Studien und bei der Zulassung von Medikamenten. So wurde ein Präparat an 18 mal mehr Männern als Frauen getestet, aber für beide Geschlechter zugelassen. Auch gegen die gesellschaftlich verinnerlichten Stereotype, die sich in Hierarchien in den Kliniken und Laboren widerspiegeln, liefert die Gendermedizin zunehmend Argumente.



Gender Gesundheit gewinnt immer mehr an Bedeutung

Männergesundheit und Frauengesundheit debattiert beim Bundeskongress Gender Gesundheit: Zum 2. Mal fand der Bundeskongress „Gender-Gesundheit“ statt. In der „Berlin Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften“ am Gendarmenmarkt in Berlin trafen sich Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitsverwaltung. Ins Leben gerufen hat diesen Bundeskongress **Dr. Martina Kloepfer**, die auch wieder als Präsidentin dieser Tagung fungierte, sie ist Trainerin für Medienauftritte, außerdem in den Bereichen Rhetorik und Stimmtraining tätig.

Zur Zielsetzung beim 2. Bundeskongress „Gender Gesundheit“ heißt es: „Die Praxis der pflegerischen Versorgung ist seit jeher weiblich geprägt. Zukünftig wird aber auch die medizinische Versorgung überwiegend in der Hand von Ärztinnen liegen. Dennoch ist die letztendliche Entscheidungshoheit im deutschen Gesundheitswesen, in Politik, Forschung und Verwaltung, nach wie vor männlich dominiert.“

Pausen Talk mit Infos: Bundeskongress Gender Gesundheit in Berlin



Dr. Martina Kloepfer, Gründerin des Bundeskongresses Gender-Gesundheit; **Dr. med. Regina Klakow-Franck**, Gemeinsamer Bundesausschuss Bundesärztekammer; **Andreas Westerfellhaus**, Deutscher Pflegerat e.V. (v.l.n.r.)

Die Politik hat den Genderbereich erkannt, so vereinbarten im Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD: „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.“

Welche große Bedeutung der 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit hat, mag man daran ermesen, dass die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Strocks (SPD), die Schirmherrschaft übernommen hat und auch persönlich am Eröffnungstag in Berlin das Grußwort gesprochen hatte.

ReiseTravel sprach mit der Gründerin Dr. Martina Kloepfer, die mitteilen konnte, dass beim 1. Bundeskongress Gendermedizin vor einem Jahr knapp 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich ausgetauscht und auch Netzwerke eingerichtet hatten, aus den Nachbarländern Schweiz und Österreich kamen ebenfalls Teilnehmer angereist.

„Die Teilnehmer stammen aus den Bereichen der Ärzteschaft, wobei sowohl Fachärzte als auch Allgemeinmediziner zu den Gästen gehörten, ebenso kamen die Gäste aus den Bereichen der Pflegeberufe, Heilpraktiker, Hebammen, Familienämter- und Gesundheitsamtsmitarbeiter sowie von Seiten der Krankenkassen.“

Die Gründerin dieses Bundeskongresses gab uns zwei Beispiele, warum es so wichtig ist, die Augen auf Gender zu legen. „Depressionen äußern sich bei Männern ganz anders als bei Frauen. Viele Männer scheuen sich immer noch heutzutage, über ihre Sorgen und Belastungen wie Arbeitslosigkeit, immer mehr Stress im Berufsleben, Überlastung und dergleichen zu reden. Es gilt die alte Karl-May-Maxime „Indianer weinen nicht“ und man möchte das Rollenbild, das in der Gesellschaft vorhanden ist, nicht ins Wanken bringen.“

Obwohl Männer auch von Depressionen betroffen sind, gibt es kaum ein Mann zu, darunter zu leiden. Bei den Frauen dagegen ist das Thema Herzinfarkt beinahe ein Tabuthema. Herzinfarkt betrifft nur Männer, lautet da das Klischee. Dabei ist auch hier das klassische Rollenbild oft der Auslöser dafür, dass die Frau eine Doppelbelastung in den Bereichen Familie und Beruf hat, dass es zum Infarkt kommen kann. Wir mussten leider erleben, und es ist immer noch so: Selbst ein Notfallteam erkennt einen Herzinfarkt bei einer Frau recht spät. Geht eine Frau mit Symptomen eines Herzinfarktes zum behandelnden Arzt, wird in der Praxis oft gar nicht auf Herzinfarkt untersucht. All dies belegt doch, wie wichtig, wie notwendig es ist, sich noch mehr dem Bereich Gender Gesundheit zu widmen. Erfreulicherweise kann man es so ausdrücken: Wir sind schon auf dem richtigen Weg, ans Ziel der Reise sind wir alle aber immer noch nicht gelangt.“

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Charité Berlin teilte als eine der zahlreichen Referenten des Bundeskongresses 2014 mit, bei „den Doktorarbeiten im Fachbereich Humanmedizin liegt die

Quote bei Männern und Frauen hierzulande bei 50:50, betrachte man dagegen die Habilitationen, zeigen sich ganz andere Werte. Nur 20 % der promovierten Ärztinnen liefern noch eine Habilitation ab.“

Prof. Dr. Annelie Keil war früher an der Universität Bremen tätig und lebt jetzt im Ruhestand, diese Referentin erklärte: „Gender ist eine der beweglichsten Kategorien.“

Als Referenten nahmen auch Vertreter aus dem Deutschen Bundestag teil; so die Abgeordneten Maria Klein-Schmeink (GRÜNE), Birgit Wöllert (DIE LINKE), Maria Michalk (CDU/CSU) und Mechthild Rawert (SPD).

ReiseTravel Fact: Unser Großeltern und teilweise sogar noch unsere Eltern konnten mit dem Begriff „Gender“ nichts anfangen, selbst dann nicht, wenn sie Ärzte von Beruf waren. Heute hat dieser so wichtige Bereich endlich den ihm zustehenden Stellenwert erfahren. Dazu beigetragen haben auch Veranstaltungen und Kongresse dieser Art wie der von unserer Redaktion besuchte „2. Bundeskongress Gender-Gesundheit.“

Ein Beitrag für **ReiseTravel** von Volker-T. Neef.



Unser Autor berichtet aus der Bundeshauptstadt und ist in Berlin wohnhaft.

Sehr geehrte **ReiseTravel** User, bitte schreiben Sie uns Ihre Meinung, senden uns Ihre Fragen oder Wünsche. Vielen Dank. Ihr **ReiseTravel**

Team: feedback@reisetraavel.eu

ReiseTravel RSS-Feed:


 +1  0

ReiseTravel empfehlen/merken:
   



SP/PM 11.04.14 / 07:31

MEDIZIN

"Arzneimittelforschung muss Frauen berücksichtigen"

Frauen und Männer sind unterschiedlich - auch was ihre Reaktion auf Arzneimittel betrifft. Darum forderten Experten jetzt auf dem 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit mehr spezialisierte Forschung.

Frauen sollen bei der klinischen Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln zukünftig mehr einbezogen werden, so lautete das Fazit der 120 Teilnehmer aus interdisziplinären Gesundheitsgebieten.

Die Argumentation: In den letzten Jahren habe sich immer mehr gezeigt, dass Frauen und Männer nicht nur „anders ticken“, sondern auch ihr Stoffwechsel vollkommen anders reagiere. Allein dadurch, dass der weibliche Organismus „erlernt“ habe, hormonelle Schübe ganz anders zu abzubauen, zeige sich deutlich, dass auch Bioverfügbarkeit, Metabolismus und enzymatische Prozessen differieren und Medikamente auf jedes einzelne Geschlecht „eingestellt“ sein sollten.

Deutsche Unterschiede bei Lokalanästhetika und starken Schmerzmitteln

Wenn Senioren mit Herzinsuffizienz Digitalis-Präparate erhalten, so finden sich bei den Frauen sehr häufig letale Ereignisse, hieß es. Männer kommen mit dem Wirkstoff hingegen sehr gut zurecht. Auch in der Wirksamkeit von Sedativa, Lokalanästhetika, oder starken Schmerzmitteln wie bei Morphinen seien deutliche Unterschiede zu beobachten.

Als weiteres Beispiel wurde auf dem Kongress das zu der Gruppe der Antidepressiva zählende Clomipramin genannt, das den weiblichen Plasmaspiegel bei gleicher Dosierung deutlich höher ansteigen lasse. Bei Fluvoxamin (selbe Indikation) liege der Plasmaspiegel bei Frauen sogar 70 bis 100 Prozent höher als bei Männern, hieß es weiter.

2. Bundeskongress Gendergesundheit in Berlin am 13./14.3.2014

Unter dem Titel: „Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung“ und unter der Schirmherrschaft der Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks, waren die Kongressteilnehmerinnen für zwei Tage aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen in die Räumlichkeiten der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, direkt am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte gelegen, geladen.

Veranstalterin des Kongresses war Dr. Martina Kloepfer, Sprachtrainerin für Wirtschaftsrhetorik, Coach und Autorin im Blog „Female Resources in Healthcare“. Die Veranstaltung sponserten die apoBank, die BARMER GEK, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Buena Vista Dentista Club, der Deutsche Beamtenbund, der Verband Forschender Arzneimittelhersteller und andere mehr.

Zielsetzung des 2. Bundeskongresses war die Beleuchtung des Genderaspektes und der Kooperation innerhalb und zwischen den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen. Eine strikte Hierarchie mit der klassischen Delegation von „oben nach unten“ wird – bedingt durch die anstehenden Veränderungen – einer Kooperation weichen müssen. Anlässlich des Männergesundheitsberichts 2013 lag ein weiterer Fokus des Kongresses auf der Diagnose psychischer Erkrankungen.

Nach der Begrüßung durch die Organisatorin Dr. Kloepfer und dem Grußwort durch die Schirmherrin Prüfer-Storcks ging es gleich in den ersten Themenkomplex Gesundheitsberufe.

Der Präsident des Deutschen Pfliegerates hielt einen Vortrag zum Thema „Pflegerpolitik eine Genderfrage“. Er forderte eine bessere Bezahlung der Mitarbeiter in der Pflege. Wie das zu finanzieren wäre, wollte er nicht beantworten. Professorin Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Charité Berlin (Direktorin des Instituts für med. Soziologie) wünschte sich

Fotos: NZZ-Archiv, Georg Lupatkin



Die Teilnehmer der ersten Podiumsdiskussionrunde (v.l.n.r.): J. Beyer, Dr. A. Bühren, C. Kraef, Dr. M. Köster, Prof. Dr. A. Keil, Prof. Dr. G. Kaczmarczyk

mehr Interdisziplinarität und mehr Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Die Medizin wäre immer noch der Spitzenreiter im Gender-Gap, d.h., es säßen noch mehr Männer auf den Führungsplätzen, als es ihrem prozentualen Anteil entspreche. In anderen Fachbereichen liegt der Anteil der weiblichen Professoren in Deutschland bei 19%, in der Medizin bei 10%, und europaweit bei 24%. Das Bild der Profession würde sich durch die Feminisierung ändern und das eigene Berufsbild der jungen Mediziner wäre anders, es lägen andere Wünsche zur Gestaltung des Arbeitslebens vor, allerdings fehlten zur Realisierung noch die dazu notwendigen Strukturen in der Arbeitswelt.

Am Ende des ersten Tages stand auf der Agenda eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Lebensentwürfe, Arbeitskonzepte und Finanzierungsmodelle“.

So berichtete die emeritierte Professorin für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Dr. Annelie Keil (Universität Bremen) über ihre Erfahrungen im Gesundheitswesen, ►►

► die Professorin Dr. Gabriele Kaczmarczyk (Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Mitbegründerin der Aktion „Pro-Quote-Medizin“), warum sie für eine Quote in der Medizin für die Besetzung von Oberarzt- und Chefarztposten ist. Allerdings war sie in der Diskussion über eine Quote bei den Studienanfängern nicht für eine „Männerquote“, das wurde lapidar abgetan mit den Worten „wenn die Männer die Bedingungen nicht erfüllen, ist es ihr Problem, wenn sie nicht zum Studium zugelassen werden“. Der Studentenvertreter Christian Kraeft sah dieses differenzierter, es gibt aber von Studentenseite aktuell keinen offiziellen Standpunkt zu Quoten. Zudem berichtete Herr Kraeft über das veränderte Verhalten der Studenten bezüglich ihrer Wünsche zur work-life-balance. Durch den Mangel an Ärzten wäre es den Studenten erstmals möglich, überhaupt Forderungen in Bezug auf ihr Berufsbild zu stellen. Die Studenten wünschen sich demnach mehr Mentoringprogramme und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Jessica Beyer von der apoBank berichtete, dass das durchschnittliche Niederlassungsalter von Ärzten inzwischen bei 41 Jahren liegen würde. Die Lebensentwürfe würden sich im Laufe des Berufslebens weiter entwickeln und eine Niederlassung würde sich auf jeden Fall lohnen.

Dr. Astrid Bühren (KV Bayerns) berichtete von einem Kinderbetreuungsmodell mit einer klinikeigenen Kita, die für die Eltern auch um einiges billiger sei, als die staatlichen Kitas. Die Genderdiskussion sei in der Mitte der Gesellschaft angekommen und Vereinbarkeit von Beruf und Familie

wäre für alle in der Medizin Tätigen wichtig, unabhängig vom jeweiligen Geschlecht. Diese Position wurde vom Studentenvertreter Kraeft deutlich unterstützt. Auch würden Mentoringprogramme von der KV Bayerns für ganz wichtig erachtet.

Am Freitag stand der Kongress unter Titel „Gender in Diagnose und Therapie“.

Professorin Dr. Bettina Pfeleiderer (Universitätsklinikum Münster) fragte provokant, „ob wir überhaupt Frauen in der Medizin wollen“. Der Generationsumbruch schaffe neue Arbeitswirklichkeiten:

- Die Generation der „baby-boomer“ lebe, um zu arbeiten
- Die Generation X arbeite, um zu leben
- Die Generation Y wolle leben auch beim Arbeiten.

Für diese verschiedenen Lebensentwürfe müssten Perspektiven geschaffen werden.

Auf die Frage, warum die Frauen der Medizin nach der Ausbildung verloren gehen würden, konnte Professorin Pfeleiderer berichten, dass die Ernüchterung über das wirkliche Berufsbild bei den Frauen größer sei, als bei Männern, da beispielsweise der Status des Berufes und Karriereausichten nicht so große Interessenschwerpunkte seien. Sehr interessant war auch der Vortrag von Professorin Dr. Anna Maria Möller-Leimkühler (leitende Diplom-Sozialwissenschaftlerin an der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München) mit dem Titel „Auslauf- und Defizitmodell Mann“. Sie beleuchtete die Unterschiede in der Diagnostik und Therapie in der Psychotherapie zwischen Männern und Frauen. Dabei stellte sie heraus, dass im Gendervergleich Frauen bei Depressionen häufig zu früh und zu viele Psychopharmaka verschrieben bekämen, während Männer sich der Diagnose einer Depression erst viel später stellten, da sie bei Problemen den Arzt erst später oder gar nicht aufsuchen würden. Dafür seien Männer dann „erfolgreicher“ in der Durchführung eines Suizids, während es bei den Frauen meist beim Suizidversuch bliebe. Durch die Unterversorgung der Männer bei Depressionen käme es seit 1997 zu stark gestiegenen Krankheitskosten, hervorgerufen durch einen überproportionalen Anstieg krankheitsbedingter Fehltag.

Professorin Dr. Petra Thürmann (Direktorin des Institutes für Klinische Pharmakologie am HELIOS-Klinikum Wuppertal) referierte sehr anschaulich über die verschiedenen Arten, auf Medikamente zu reagieren. Da Frauen zyklusbedingt einen höheren Hormonhaushalt und zusätzlich einen höheren Körperfettanteil hätten, seien bei ihnen mehr Hormone in Wechselwirkung mit den Medikamenten, d.h., bei einigen Medikamenten müsse folgerichtig die Dosierung erhöht werden, um die geeignete Wirkkonzentration zu erreichen. Auf der anderen Seite bauten Frauen einige Medikamente deutlich langsamer ab und erreichten daher



Networking: Die Autorin Dr. T. Hanßen (2. v. rechts) im Gespräch mit (v.l.n.r.) H. Rübiger (Studentin und Praktikantin bei einer Bundestagsabgeordneten), T. Hoppe (Sportwissenschaftlerin) und I. Ströbele (Referentin der KZV Baden-Württemberg für Kommunikation und Medien).

viel schneller deren toxische Grenzwerte bzw. hätten mehr Nebenwirkungen. Leider seien in den Testphasen der Medikamente vor deren Zulassung zu wenig weibliche Probanden involviert, daher würden viele Nebenwirkungen erst nach deren Zulassung erkannt. Im Gegensatz dazu hätten Frauen bei Schmerzmitteln mehr Andockstellen für die Wirkstoffe, so dass Schmerzmittel bei ihnen viel besser wirkten.

Privatdozentin Dr. Christiane Gleissner (Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) konnte von Studien über die Unterschiede von Männern und Frauen aus dem Bereich der Zahnmedizin berichten. Bei fast allen Erkrankungen der Mundhöhle seien demnach Frauen stärker betroffen, obwohl sie statistisch häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Die einzigen Ausnahmen seien Malignome der Mundhöhle, Parodontitis und Wurzelkaries: Hier seien Männer stärker betroffen als Frauen. Die Gründe dafür lägen bei schlechterer Mundhygiene und größerem Nikotinkonsum; unter den Nichtraucher seien Männer nicht schlechter gestellt als Frauen. Als Fazit dieses Vortrags bleibt, dass Männer häufiger zur Prophylaxe gehen müssten und dass Frauen bedingt durch die Veränderung ihres Knochenstoffwechsels nach den Wechseljahren trotz guter Mundhygiene mit einem stärkeren Zahnverlust rechnen müssten. Eine Hormonersatztherapie verbesserte die Situation für die Zähne, hätte aber andere Nebenwirkungen. Daher sei die Quote für Hormonersatztherapien momentan rückläufig. Zu Ende ihres Vortrags berichtete Privatdozentin Gleissner noch, dass tatsächlich ein statistischer Zusammenhang zwischen Schwangerschaften und Zahnverlust festgestellt worden sei.

Am Freitagnachmittag fanden verschiedene Workshops zu den Themen „Versorgungsmodelle und Versorgungsforschung“, „Best Practice: Neue Arbeit, neue Modelle“, „Sprechen und Führen“ und „Gesundheit von Mädchen und Jungen“ statt. Leider verdienten die Workshops diesen Namen nicht,



Dr. Tilli Hanßen.

denn sie waren als Vorträge konzipiert und boten lediglich die Möglichkeit, diskutieren zu können. Die Veranstaltung endete mit einer Diskussionsrunde mit Politikern unter dem Titel „Politische Konzepte im Dialog“. Teilnehmerinnen waren Birgit Fischer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller), Helene Wildfeuer (Deutscher Beamtenbund), Maria Klein-Schmidt von Bündnis 90/Die Grünen, Birgit Wöllert von Die Linke und Maria Michalk von der CSU. Es wurden die üblichen Floskeln ausgetauscht.

Interessanterweise sagte die Vertreterin von Die Linke, dass sich ihre Partei mit Gender noch gar nicht auseinandergesetzt hätte und von daher auch kein Konzept ihrer Partei dazu vorliege. ■

Dr. Tilli Hanßen, Jesteburg

Beauftragte des Vorstands der KZVN für die Belange der Zahnärztinnen

- Anzeige -

Steuerberatung speziell für ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

Joachimstraße 3
30159 Hannover

Telefon 05 11 98 93 80
Fax 05 11 98 93 830
info@koch-kollegen.de
www.koch-kollegen.de



Koch & Kollegen

Steuerberatungsgesellschaft mbH

Was soll und was kann geschlechtsspezifische

Die Herausforderungen und Potenziale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung standen am 13. und 14. März im Mittelpunkt des 2. Berliner Bundeskongresses Gender-Gesundheit.

Gender gelte sowohl für Frauen als auch für Männer, so die Organisatorin Dr. Martina Kloepfer in ihren einführenden Worten. Junge Frauen wollen heute anders arbeiten, als tradierte Konstellationen es zulassen. Wenn Frau Beruf und Familie zusammenbringen will, sind Stagnationen im Erwerbsleben häufig und Aufstiege viel seltener. Bei den Gesundheitsfachberufen habe sich gezeigt, dass Erfahrungen mit gemischten Teams sehr gut sind. Je ausgeglichener das Verhältnis ist, desto flacher werden die Hierarchien.

Ärzte verordnen Tabletten, Ärztinnen Therapien

Schirmherrin Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Hamburg und derzeit Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, sprach über den Genderreport 2010 und darüber, dass Frauen stärker von Armut betroffen seien als Männer, dass Prävention und Gesundheitsförderung den Genderaspekt beinhalten müsse.

Kritisch stellte sie fest, dass die Unterversorgung des Einen oft die Überversorgung des Anderen bedeute. Ärztinnen würden anders als Ärzte verordnen. Männer würden beispielsweise eher dazu tendieren, Tabletten zu verordnen, Frauen stattdessen Therapien.

Kooperationen in den Gesundheitsberufen würden einen heftigen Schub bekommen müssen, aber auch die Berufsbilder, die sich in den Köpfen der Menschen hartnäckig halten, müssten sich ändern. Wichtig sei es, dass Fort- und Weiterbildungen angepasst werden und auch Familie und Beruf ermöglichen. Frauen müssten gefördert werden, um in höhere Positionen kommen zu können, Männer dort, wo sie unterrepräsentiert sind.

Kaum Karriereaussichten in der Pflege

Im anschließenden Plenum ging es um Gesundheitsberufe. Andreas Westerfellhaus vom Deutschen Pflegerat zeigte sich davon überzeugt, dass Karriereaussichten in der Pflege generell nicht gut seien. Pflegeprofis, so Westerfellhaus, wirken in allen Lebensbereichen und dafür sei die Entlohnung nicht gut genug. Sichtbar verärgert machte er sein Unverständnis über einen Helios-Chef deutlich, der auf Nachfragen zu geplanten Kündigungen (zehn Prozent Ärzte und 30 Prozent Pfleger/innen) erklärte: „Krankenschwestern trinken sowieso nur Kaffee.“

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy (Charité Berlin) sprach sich für mehr Kooperation in den Gesundheitsberufen aus. Gesundheits- bzw. Heilberufe sei-

en Berufe innerhalb eines Versorgungssystems. Ihre Tätigkeitsinhalte zielen unmittelbar darauf ab, Gesundheits- bzw. Krankheitsbeeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen oder zu lindern.

Karrieren beginnen im Kopf

Den Satz von Prof. Kuhlmeiy „Berufliche Karrieren beginnen zunächst immer im Kopf“ führte eine teilnehmende Ärztin und Mutter von vier Kindern schlagfertig fort „...und enden im Bauch.“

- Leistungen werden als Monopol angeboten
- Tätigkeit steht unter kollegialer Eigenkontrolle
- Hohes Sozialprestige

Neue Ansätze notwendig

Prof. Kuhlmeiy sieht das Aufbrechen der 100-jährigen Traditionen (in medizinischen Berufen) und ist der Überzeugung, dass von Veränderungen alle profitieren werden. Neue Ansätze würden gebraucht, aber es sei zu erwarten, dass die Umsetzung nicht ganz ein-



Margret Urban (li) im Gespräch mit Dr. Martina Kloepfer

Prof. Kuhlmeiy zeigte Ursachen von Kooperationsdefiziten auf, sprach u.a. von Informationsdefiziten, von Ausbildungs- und Qualifizierungsverläufen, strukturellen Rahmenbedingungen, aber auch vom Grad der Professionalisierung.

Merkmale einer Professionalisierung definierte sie folgendermaßen:

- Hohes Maß an beruflicher Autonomie
- Tätigkeit beruht auf Expertenwissen

fach wird. Dennoch sei es an der Zeit, einen „Möglichkeitssinn“ für neue Gesundheitsbegriffe zu entwickeln.

Zwischen Delegation und Substitution

Im Vortrag von Dr. Regina Klackow-Franke (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA) wurde deutlich, dass sie die Sicht der Ärzteschaft zu Delegation und Substitution eher kritisch sieht. Diese sei ihrer Meinung nach sehr eng ausgelegt.

Gesundheitsversorgung?

Der G-BA hingegen erprobt ein neues Modell. Da Substitution immer mit eigener Verantwortung verbunden ist, wird in den Richtlinien des Erprobungsmodells eindeutig beschrieben, welche Bereiche gemeint sind. Allerdings gibt es keine weiteren Fortschritte. Das Problem scheint zu sein, dass die Pflegekräfte in der Ausbildung dazu entsprechend qualifiziert werden müssen und es nicht über eine Weiterqualifizierungsmaßnahme erreichen können. Dies hält Frau Dr. Klackow-Franke für falsch.

MFA auf gutem Weg

In der Primärarztversorgung sieht sie Potenzial zum Beispiel in der Teambildung „Hausarzt – MFA – Pflege“. Allerdings müssten Wege der Zusammenarbeit gefunden werden, denn eine Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten hält sie für nicht gegeben. In Bezug auf die Honorierung sieht sie die Medizinischen Fachangestellten auf einem guten Weg und zeigt die Gehaltstabelle, gültig ab 01.04.2014. Aber sie betont auch, dass MFA viele Jahre im Job sein müssen, um 3.300 Euro zu verdienen.

Gesundheit nicht messbar

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion ging es um Lebensentwürfe, Arbeitskonzepte und Finanzierungsmodelle.

Prof. Dr. Annelie Keil (Universität Bremen) glänzte mit einem Vortrag, der an Authentizität, Sachverstand und Humor

kaum zu überbieten war. Bereits mit ihrer Eingangsfrage, wie wir die Realität betrachten, was von dem, was wir geplant haben auch umgesetzt werden konnte, zog sie die Anwesenden in ihren Bann.

Vieles, so Keil, lässt sich heutzutage messen, Gesundheit allerdings nicht. Sie bedeutet für jeden etwas anderes. Keil beklagte, dass der Dialog zwischen Gesundheit und Krankheit in Vergessenheit geraten sei, dass es zwar eine umfassende Krankheitserforschung aber keine Krankenforschung gäbe. Der Mensch gehe dabei verloren.

Welche Fragen haben Patienten?

Für Prof. Keil sei es immer wichtig gewesen, dass sie ihre Studenten nicht entlässt, ohne dass diese auch in der Praxis gehört haben, was Patienten sagen, welche Fragen Patienten stellen. Diese Fragen zu kennen, sei eine der Voraussetzungen für eine patientengerechte Betrachtung.

Die Krankheit, so Prof. Keil, verabredet sich nicht mit uns. Sie fragt nicht nach, ob du jetzt Zeit hast und ob du dein Team dafür zusammengestellt hast (zum Team gehört dann auch der Bestatter). Sie kommt ungefragt. Leben ist ein Pflegefall: Wir kommen so auf die Welt und gehen so auch wieder!

Gender wird mit der Geburt entschieden, du hast nicht die Wahl. Du wirst nicht gefragt, wann oder wo du zur Welt

kommen willst oder in welche Familie du gehen wirst. Allerdings scheint für Frauen aber zu gelten, dass sie präventiv für die Pflege ihrer Männer vorbereitet sind.

Unterschiedliche Stressbelastungen

Stressbelastungen von Frauen haben zugenommen. Darüber sprach Frau Prof. Dr. Möller-Leimkühler. Gründe dafür seien beispielsweise Erwerbstätigkeit, Doppel- oder gar Dreifachbelastung, Alleinsein im Alter oder in der Erziehung, die Versorgung zu Pflegenden. Ihre Anti-Stress-Strategie für Frauen lautet: Reich und Single sein – dann macht das Leben Spaß!

Für Männer bilden eher zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitslosigkeit, psychosoziale Arbeitsbedingungen, Mehrarbeit, Erwerbstätigkeit von Frauen Stressfaktoren. Auch hier hat sie eine unorthodoxe Anti-Stress-Strategie gefunden: Viele Frauen beneiden ihren Mann, weil der so glücklich verheiratet ist.

Unterschiede in der Medikation

Der Vortrag von Frau Prof. Thürmann setzte sich mit individualisierter Arzneimitteltherapie auseinander. Die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Medikation befindet sich noch am Anfang ihrer Erforschung. So habe man beobachten können, dass Frauen zur Schmerzlinderung weniger Opiate benötigen als Männer.

Margret Urban

Für Sie gelesen

Heidemarie Marona, Dr.

Silvia Petak-Opel:

Leuchttürme, Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung für Akteure im Versorgungsmanagement
DGvV, Edition Winterwork
ISBN 978-3-86468-582-8

Preis 17.90 Euro

Das von der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement herausgegebene Buch bietet einen guten Überblick über Projekte, die sich auf besondere Art und Weise mit den Bedürfnissen der Patienten beschäftigen.

Vorgestellt wird auch das Fortbildungskonzept für Medizinische Fachangestellte der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein sowie Westfalen-Lippe, das in Kooperation mit den Einrichtungen zur Selbsthilfeunterstützung in NRW (KOSA) und unter Beteiligung von 666 Praxismitarbeiterinnen entstanden ist. Weitere Inhalte sind Blicke aus Krankenkassensicht zur Patientenbefragung sowie Patientenbefragungen im Krankenhaus zum Aufenthalt und zum Beschwerdemanagement.

Das Buch eignet sich für Qualitätsmanager/innen und Projektverantwortliche. Es zeigt Möglichkeiten auf, Verbesserungen anzupacken, vorhandene Hindernisse zu erkennen und hilft, Patientenorientierung und Patientenbeteiligung zu unterstützen.

Brigitte März



Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung

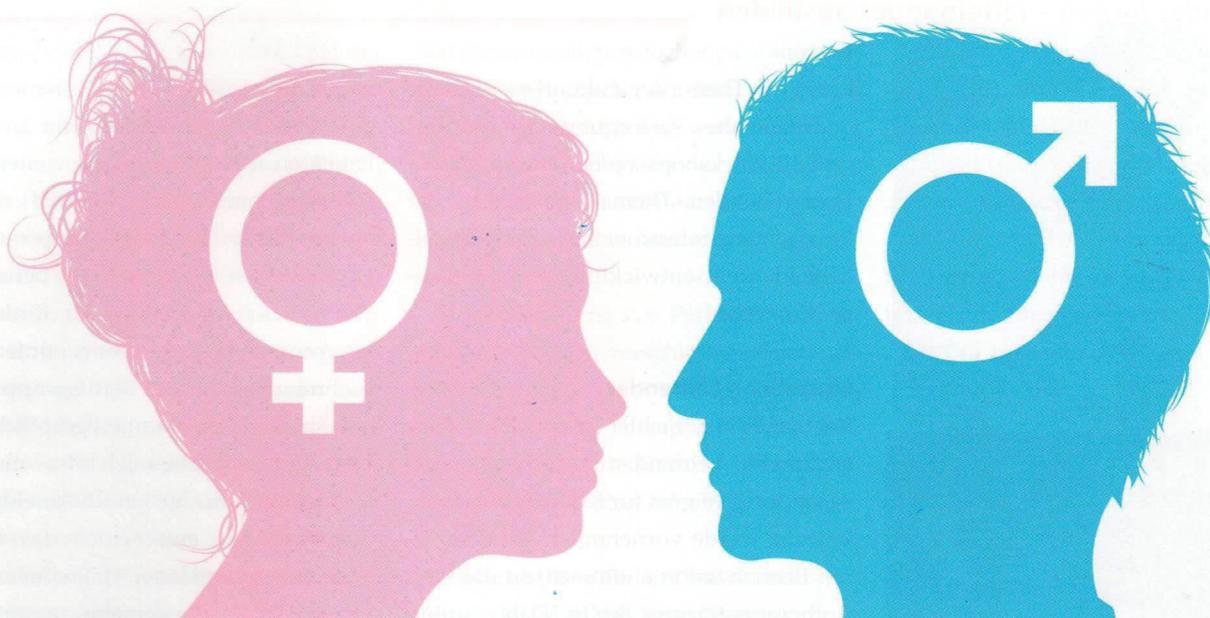


Foto: Christos Georgiou - Fotolia.com

In eindrucksvoller Umgebung direkt am Gendarmenmarkt in Berlin war der zweite Kongress Gender-Gesundheit, Mitte März 2014, am ersten Tag u.a. den Gesundheitsberufen sowie Lebensentwürfen, Arbeitskonzepten und Finanzierungsmodellen gewidmet.

Am zweiten Tag ging es um Gender in Diagnose und Therapie sowie in Workshops um Versorgungsmodelle und Versorgungsforschung, Neue Arbeit – Neue Modelle (Best Practice), Ausbildung sowie die Gesundheit von Mädchen und

Jungen. Ungefähr 120 TeilnehmerInnen aus Politik und Verwaltung, Praxis und Wissenschaft widmeten sich beispielsweise der Frage, ob sich durch mehr Frauen in der Medizin Versorgung und Hierarchien verändern werden und wie Anreize zu setzen sind, z.B. Pflege und andere Gesundheitsberufe für Männer attraktiver zu machen. Bedeutende Fragen auch für die Zukunft der Physiotherapie!

Fazit: Gender-Medizin wurde um die Dimension von Gender-Gesundheit und Systemfragen ergänzt und – Dank der



INTERNET

Mehr Infos:
www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/

Vernetzung der Veranstalterin – konnten weitere Verantwortliche, z.B. aus Politik, Verwaltung und Gesundheitswirtschaft, für die Thematik sensibilisiert werden. –

Prof. Dr. Heidi Höppner
heidi.hoepfner@ash-berlin.eu



Neue Rückentherapie

Alleinstellungsmerkmal | Gebietsschutz | hohe Patientenzufriedenheit
 Für Möglichkeiten der Umsetzung in Ihrer Praxis kontaktieren Sie uns.

OriGENE Concepts B.V. | Parkstraat 4 | 4818 SJ Breda | Niederlande | www.origene.de | sales@origene.de

Gender

RAN AN DIE STRUKTUREN!

Die Medizin wird weiblich. Aber noch immer wird das oft eher als Problem, denn als **Chance** wahrgenommen. Dabei geht es gar nicht so sehr um Mann oder Frau. Es geht um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts.

Wollen wir überhaupt Frauen in der Medizin haben?

Diese provokante Frage stellte die designierte Präsidentin des Weltärztinnenbundes, Prof. Bettina Pfeleiderer vom Zentrum für Strahlenmedizin des Universitätsklinikums Münster, beim 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit in Berlin. Was sie zweifeln mache, seien voreingenommene wissenschaftliche Untersuchungen wie die Arztlzahlstudie der Bundesärztekammer, in der der hohe Frauenanteil als eine Ursache des Ärztemangels aufgeführt wird. Auch eine aktuelle Befragung von 46 Entscheidungsträgern deutscher Krankenhäuser durch das Institut für Krankenhausmanagement

Kosten Frauen in der Medizin tatsächlich mehr als Männer?

der Universität Münster stellt der Branche kein überragendes Zeugnis aus: 91 % der Befragten gaben an, dass der wachsende Frauenanteil die medizinische Versorgung nicht

verbessere. Und über 80 % sehen „große kostenmäßige Probleme“ der weiblichen Medizin.

Tatsache ist, dass zwei Drittel der Studienanfänger weiblich sind. Die Quote der Ärztinnen in den Kliniken liegt dagegen nur bei 44 %. Woran liegt das? Pfeleiderer hat 1 450 Medizinstudierende befragt. Es zeigte sich, dass es bei der Motivation zum Medizinstudium klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt: „Für Männer sind Verdienst, Ansehen, gute Berufsaussichten und hohe Verantwortung signifikant wichtiger. Bei Frauen steht die Aussicht auf eine abwechslungsreiche Tätigkeit im Vordergrund, bei der sie anderen Menschen helfen können.“

Werden Geschlechtsunterschiede ignoriert?

Medizinstudium für Frauen desillusionierend?

Irgendwann nach dem Übergang ins PJ kippt die positive Bewertung von Medizin und Gesundheitswesen ins Negative. Und das ist besonders für die Frauen schwierig: „Die idealistischen Erwartungen von Frauen werden während des Studiums enttäuscht“, so Pfeleiderer. Das Ergebnis sind überdurchschnittlich viele Medizinabsolventinnen, die später nicht klinisch arbeiten. Um dieser selektiven Desillusionierung entgegen zu wirken, sind in Münster jetzt Seminare speziell für weibliche Studierende im klinischen Teil der Ausbildung geplant. Auch die Umgestaltung von Famulaturen und PJ durch eine stärkere Einbeziehung von Mentoren kann sich die Strahlenmedizinerin vorstellen.

Grundsätzlich warnte Pfeleiderer aber vor einer Feminisierungsdebatte. Dass die Medizin weiblicher wird, sieht sie als große Chance. Denn die Unzufriedenheit unter Ärzten sei bei beiden Geschlechtern hoch, und sie betreffe dieselben Punkte: Fehlende Unterstützung des Arbeitgebers, mangelnde Flexibilität bei Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit, erhebliche Defizite bei der vorausschauenden Planung von Arbeits- und Dienstzeiten. „Wir haben kein Feminisierungs-, sondern ein Generationenproblem. Wenn wir die Strukturen in den Kliniken nicht verändern, werden irgendwann auch Männer der Medizin den Rücken kehren.“

Wie ausgeprägt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei **Volkskrankheiten** wie Depression oder kardiovaskulären Leiden? Und sollte die Versorgung darauf verstärkt Rücksicht nehmen?

Für eine stärker geschlechtsspezifische Herangehensweise an die Depression warb Prof. Anne Maria Möller-Leimkühler von der Klinik für Psychiatrie der LMU München. Bei dieser Erkrankung seien Männer derzeit stärker unterversorgt als Frauen, so die Expertin. Indiz dafür sind für sie die im Vergleich zu Frauen stark zunehmenden Suizidraten bei Männern im höheren Alter: „Dieses Problem wird gesellschaftlich und medizinisch bisher kaum beachtet.“

Ein Kernproblem ist die Diagnose: Depressionen bei Männern werden seltener erkannt, weil sie oft nicht den Symptomkatalogen der Lehrbücher und Klassifikationssysteme folgen. So sei mittlerweile bekannt, dass der für viele Depressionen typische Serotoninmangel bei Frauen eher die Stimmung trübt und Angst und Gehemmtheit verursacht, während Männer dadurch eher aggressiv und impulsiv werden und ein gesteigertes Risikoverhalten an den Tag legen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Prof. Stefanie Stock vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uni Köln nannte beispielhaft Risikoscores wie PROCAM oder Framingham. „Trotz ähnlicher Ereignisraten ist der Anteil von Frauen mit niedrigem Punktescore höher“, so die Expertin. Anders ausgedrückt: Die Scores in ihrer derzeitigen Fassung unterschätzen das kardiovaskuläre Risiko von Frauen.

Versorgungsprogramme mehr geschlechtsspezifisch?

Dr. Ursula Marschall, Barmer GEK, würde es grundsätzlich begrüßen, wenn in den derzeitigen DMP geschlechtsspezifische Unterschiede stärker berücksichtigt würden. Momentan bleibt das völlig außen vor. „Gerade die beiden im Koalitionsvertrag vorgesehenen neuen DMP zu Depression und Rückenschmerz seien aus Gender-Sicht sehr relevant,“ so Marschall. Kritisch sieht die Vertreterin der Kostenträger Konzepte, die eine unterschiedliche Vergütung bei männlichen und weiblichen Patienten vorsehen: Wenn in einem Selektivvertrag zur Migräne einem Mann eine Psychotherapie vorgeschlagen werde, dann müsse das zwar anders kommuniziert werden als bei einer Frau. Eine separate Vergütung für den kommunikativen Mehraufwand beim Mann sei aber wegen der Komplexität der Vertragsausgestaltung und auch wegen der begrenzten Datenlage unrealistisch.

Derzeit spielen Geschlechtsunterschiede vor allem bei der Prävention eine Rolle. So gebe es bei der Barmer GEK Informationsmaterialien zur Darmkrebsprävention, die sich speziell an Männer richten. Und auch die Aufklärungsmaterialien zum Sexualverhalten für junge Menschen würden geschlechtsspezifisch erstellt.

Philipp Grätzel von Grätz

Quelle: 2. Bundeskongress GenderMedizin in Berlin, 14.3.2014