



[Zur Artikelübersicht](#)  
[Zur Startseite](#)

**„MIT DEM BEGRIFF GENDER-GESUNDHEIT MÖCHTEN WIR DEN GESAMTEN BEREICH EINER GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN GESUNDHEITSVERSORGUNG BESCHREIBEN.“**

**Im Interview mit Dr. Martina Kloepfer, Präsidentin und Organisatorin des 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit, der am 21. und 22. Mai 2015 in Berlin stattfinden wird.**

04.03.2015

**Umwelthauptstadt.de: Was muss man sich unter dem Begriff Gender-Gesundheit vorstellen?**

**DR. MARTINA KLOEPFER:** Mit dem Begriff Gender-Gesundheit möchten wir den gesamten Bereich einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung beschreiben. Bislang hat sich die Medizin am männlichen Körper orientiert – außer in der Gynäkologie natürlich. Die meisten Arzneimittel, die seit langem am Markt sind, sind an männlichen Versuchstieren und später an männlichen Probanden getestet. Männer und Frauen sind aber unterschiedlich. So einfach und so kompliziert. Es gibt biologische Unterschiede, die im Englischen mit dem Begriff Sex zusammengefasst werden, was das biologische Geschlecht meint. Das psychosoziale Geschlecht, im Englischen mit Gender bezeichnet, beschreibt die Sozialisation, die Rolle die Frau oder man in der Gesellschaft einnehmen und damit auch in der Selbstwahrnehmung. Beide Faktoren können bei bestimmten Krankheitsbildern eine erhebliche Rolle spielen, aber auch bei bestimmten Medikamenten. Eine weibliche Leber baut bestimmte Wirkstoffe sehr viel langsamer ab, als eine männliche Leber. Eine alleinige Korrelation mit der Dosierung und dem Gewicht reicht hier nicht. Oder ein anderes Beispiel: noch immer wird z.B. der Herzinfarkt überwiegend als reine Männerkrankheit betrachtet, was dazu führt, dass bei Frauen ein Infarkt häufig zu spät diagnostiziert wird; denn zum einen können sich die körperlichen Symptome von den als typisch bezeichneten männlichen deutlich unterscheiden und zum anderen, fällt es den Frauen selbst schwer, bei Übelkeit und Schwindel auch einen Herzinfarkt als Ursache in Erwägung zu ziehen. Das trifft auch für viele behandelnde Ärzte und Ärztinnen zu. Die biologischen, hormonellen Gegebenheiten können mit der gesellschaftlich geprägten Erwartungshaltung eine sehr unglückliche Allianz eingehen. Das Risiko am ersten Herzinfarkt zu versterben ist für Frauen also deutlich höher. Umgekehrt sind Männer im Bereich der psychischen Erkrankungen, z.B. bei Depressionen deutlich unterversorgt. Auch hier unterscheiden sich die Symptome, die sich eher am weiblichen Krankheitsbild orientieren. Eine psychische Störung oder gar Depression ist bei Männern gesellschaftlich immer noch stark tabuisiert – auf der Seite der Betroffenen, aber auch auf der Seite der Ärzte, die schließlich die Diagnose stellen sollen.

**Wie sind Sie auf die Idee gekommen, einen Kongress zum Thema Gendergesundheit bzw. Gendermedizin ins Leben zu rufen?**

Der Ursprung liegt eigentlich in meinem Blog Female-Resources, der zu einem interdisziplinären – ganz analogen – Netzwerk geführt hat. Darüber hatte ich Gelegenheit einen tieferen Einblick in die Gender-Medizin zu gewinnen. Inzwischen gibt es sehr viele wertvolle Forschungsergebnisse, die in der medizinischen Versorgungspraxis oder auch in der Ausbildung kaum Berücksichtigung finden und auch z.T. innerhalb des gesamten Gesundheitssystems kaum bekannt sind. Die Grundidee des Kongresses war, alle Bereiche, die in diesem Thema unterwegs sind zusammenzuführen; denn je breiter ein solches Thema aufgestellt wird, desto besser wird es wahrgenommen und desto öffentlichkeitswirksamer wird es.

**Was möchten Sie mit der Reihe „Bundeskongresses Gender-Gesundheit“ erreichen?**

Wir möchten v.a. eine Plattform für den interdisziplinären Austausch der Akteurinnen und entsprechend sensibilisierter Akteure im Gesundheitswesen etablieren, wo das Thema in seiner Breite diskutiert werden kann.

Unsere Intention ist es dabei aber ausdrücklich nicht, gegen ein bislang eher männlich ausgerichtetes Gesundheitssystem zu polemisieren. Unser Ziel ist es, beide Geschlechter in den Fokus zu nehmen und hier nach einer möglichst zielgenauen Versorgung auf allen Ebenen zu fragen – auch angesichts knapper werdender Ressourcen. Vor dem Hintergrund der Diskussion um eine personalisierte Medizin wäre in der genaueren Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede schon mal der kleinste gemeinsame Nenner gefunden. Neben den finanziellen Ressourcen müssen wir ja auch die Ressource "Arbeitskraft" im Blick behalten. Angesichts der demographischen Entwicklung wird ein drohender Ärztemangel oder der Pflegenotstand diskutiert. Wir leisten uns aber eine hohe Dropout-Quote bei den jungen Absolventinnen eines Medizinstudiums, die nur zu rund 44 Prozent in der Vollversorgung ankommen. Hierfür sind u.a. Arbeitsstrukturen verantwortlich – familienunfreundliche Arbeitszeiten, aber auch die starke Hierarchisierung. Die Bezahlung von Pflegekräften und die soziale Anerkennung lassen dieses Berufsbild für den Nachwuchs nicht besonders attraktiv erscheinen – v.a. den männlichen Nachwuchs.

**Wie sieht die Zielsetzung des 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit aus?**

Auch der 3. Bundeskongress widmet sich konkreten Ansätzen, die strukturelle Veränderungen in unserem Versorgungssystem herbeiführen oder herbeiführen könnten. Um Führungspositionen zunehmend geschlechterparitätisch besetzen zu können, bedarf es neben der Kompatibilität von Familie und Beruf auch veränderter Selbstbilder und vor allem einer aktiven Beteiligung von Ärztinnen in Verantwortung – in ärztlichen Leitungsfunktionen, in den Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung und der Fachgesellschaften. Während sich bei der unmittelbaren Patientenversorgung die Diskussion auf den wachsenden Anteil von Frauen in der

Medizin konzentriert, scheint der fehlende Anteil an Männern in der Pflege fast selbstverständlich. Der 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit will daher auch danach fragen, welche Möglichkeiten es gibt, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, um auch in diesem Bereich Effizienzreserven im Versorgungssystem aufzudecken und zu heben.

**Welchen medizinischen Themenschwerpunkt hat sich der 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit gesetzt?**

Auf medizinischem Gebiet wird sich der Kongress 2015 – nach den Themenfeldern Herzinfarkt und Depression in den Vorjahren – dem Schwerpunkt "Gender und Diabetes" zuwenden und nach den geschlechtsspezifischen Ausprägungen in Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus fragen.

Sogar die Bundesregierung hat erkannt, dass es von enormer Bedeutung ist, die Volkskrankheit Diabetes (6,7 Millionen sind in Deutschland schon zuckerkrank) in den Griff zu bekommen und will dazu eine nationale Strategie verabschieden. Gesundheitspolitikers Dietrich Monstadt (CDU) – auch Gast des 3. Bundeskongresses Gender-Gesundheit – ist hier ganz wesentlich beteiligt.

Wir werden ihn dazu am 22. Mai 2015 auf dem Podium befragen und ich bin gespannt wie weit die Bundesregierung schon konkrete Vorschläge präsentieren kann.

**Was ist Ihre Forderung an die Politik?**

Mit dem Koalitionsvertrag und dem Entwurf zum Präventionsgesetz hat die geschlechtsspezifische Versorgung schon mal Berücksichtigung gefunden. Das könnte in Zukunft noch weiter ausgeführt werden. Um aber die Ressource Ärztin bzw. Arzt oder Pflegekraft nicht dem Zufall zu überlassen oder einer mehr oder weniger geglückten Zuwanderung, müsste diesem Problem attraktiven mit Beschäftigungsangeboten entgegengesteuert werden. Wir müssen die notwendigen Strukturveränderungen im System angehen. Neue Arbeitszeitmodelle, flachere Hierarchien eine größere Wertschätzung des Pflegeberufs und eine bessere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen sind hierfür die Grundlage. Hierzu könnte die Politik stärkere Anreize setzen.

**3. Bundeskongress GenderGesundheit 2015 in Berlin**

Schirmherrschaft: **Ingrid Fischbach**, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit

Donnerstag, 21. Mai 2015 und Freitag, 22. Mai 2015

09:00 Uhr – 22:00 Uhr

09:00 Uhr – 13:00 Uhr

Landesvertretung Baden-Württemberg | Tiergartenstraße 15 | 10785 Berlin

Weitere Infos unter [www.bundeskongress-gender-gesundheit.de](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de)

Ein Artikel aus dem Bereich "[Politik, Kultur & Wissenschaft - Vereine, Organisationen, Institutionen & NGOs](#)"

**KOMMENTARE VON BESUCHERN**

Zur Zeit existieren keine Kommentare ...

**KOMMENTAR SCHREIBEN**

Name, Kommentarfeld und Email (nicht öffentlich) sind Pflichtfelder (\*)

Hinweis: Ihre Email wird nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben, sondern dient ausschließlich zur Kontaktaufnahme zwischen Ihnen und dem Unternehmen.

Name \*

Email \* (nicht öffentlich)

URL

Bitte geben Sie den Code aus dem Bild ein:



Kommentar \*



- [Home](#)
- [News](#)
- [Videos](#)

## Frauen sind einfach anders



05.03.2015

**Bundeskongress zur geschlechtsspezifischen Medizin zeigt Chancen und Risiken auf. So ist die Gefahr an einem Schlaganfall zu versterben, bei Diabetikerinnen um das 3 bis 7 fache höher als bei ihren männlichen Leidensgenossen.**

Das Diabetes TV wird von dem 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit berichten, der am 21. und 22. Mai in Berlin stattfindet. Im Vorfeld konnten wir mit der Organisatorin, Frau Dr. Martina Kloepfer, sprechen und hinterfragen, warum das Thema Diabetes jetzt so im Fokus steht:

"Diabetes mellitus Typ 2 wird die Gesundheitspolitik und die große Koalition in diesem Jahr beschäftigen und vermutlich nicht nur in diesem Jahr. Die Zahlen der aktuellen Erkrankungen und der neu hinzukommenden zeugen von epidemischem Ausmaß: von z.Z. 6.000.000 an Diabetes Erkrankten, leiden ca. 5.700.000 am Typ 2 Diabetes, also rund 7 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Tendenz steigend, bei jährlich 270.000 und täglich 750 Neuerkrankungen. Mit einem "Nationalen Diabetesplan" will man sich nun der Entwicklung entgegenstellen. Aufklärung und Schulungen sollen bei den Patientinnen und Patienten ansetzen. Prävention, Grundlagenforschung und Datenbanken sind die gefragten Mittel. Hier wäre ein geschlechtsspezifischer(er) Ansatz wünschenswert, um möglichst gezielt auf die Betroffenen einzugehen und damit die Behandlung – besser noch die präventiven Maßnahmen – möglicherweise effizienter zu gestalten. Noch sind die Formulierungen etwas allgemein. Eine stärkere Berücksichtigung der biologischen Aspekte und des sozialen Umfelds könnte für Verbesserungen bei Diagnose und Behandlung der Krankheit führen. Beispiel: Ein niedriger Testosteronspiegel kann bei übergewichtigen Männern für eine Insulinresistenz sorgen; ein erhöhter Androgenspiegel dagegen bei Frauen zu einem erhöhten Diabetesrisiko führen. Die Gefahr an einem Schlaganfall zu versterben, ist bei Diabetikerinnen um das 3 bis 7 fache höher als bei ihren männlichen Leidensgenossen.

Diabetikerinnen erfahren ihre Diagnose häufig erst nach der Menopause, also deutlich später als Diabetiker. In der Folge fühlen sich diese Frauen oft allein gelassen und können zudem an einer Depression erkranken. Der bewusste Umgang mit der Krankheit fordert viel von den Betroffenen – und hier spielt der psychosoziale Hintergrund durchaus eine Rolle; denn um eine Lebensumstellung umzusetzen, braucht es Aufklärung und

eine nicht geringe Kompetenz die Informationen in den Alltag zu integrieren.

Als wissenschaftlicher Leiter des Kongresses konnten wir mit Herrn Dr. med. Christian Klepzig vom Diabeteszentrum in Offenbach einen der führenden Diabetologen Deutschlands gewinnen. Des Weiteren freue ich mich sehr, dass „Das Diabetes TV“ vom Kongress berichten wird."

Gefällt mir Teilen 0

## Mehr von...

[Diabetes Geschlechter Berlin Nationaler Diabetesplan](#)

## Kommentare



Kommentar hinzufügen ...

Kommentieren

Soziales Plug-in von Facebook



## [Zucker macht WHO sauer](#)

[05.03.2015](#)

[Die WHO ruft Verantwortliche in der ganzen Welt auf, den Zuckerkonsum deutlich zu reduzieren. Insbesondere die Lebensmittelindustrie steht in der Verantwortung, so die WHO. »](#)

▲ ▲ ▲

Suchen

## Stiftung Gesundheit Blog

- [Startseite](#)
- [Die Stiftung Gesundheit](#)



### Bundeskongress GenderGesundheit 2015: Schwerpunkt Diabetes

von [Dr. Martina Kloepfer](#) | 25. März 2015 |

[Allgemein](#), [Gesundheitspolitik](#)



Bildnachweis: Thommy Weiss / pixelio.de

In diesem Jahr hat sich die Bundesregierung die Volkskrankheit Diabetes auf die Agenda gesetzt. Mit 6,7 Millionen bereits Erkrankten und 270.000 Neuerkrankungen jährlich, tut ein “Nationaler Diabetesplan” not. Früherkennungs- und Versorgungskonzepte braucht es laut Dietrich Monstadt (CDU). Zudem muss die Fähigkeit, mit der Krankheit im Alltag umzugehen gestärkt werden – und am besten sollte alles getan werden, um gar nicht erst an Diabetes Mellitus Typ2 zu erkranken.

Auch hier lohnt der differenzierte Blick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede, für eine bessere Versorgung, in jedem Fall aber für eine noch bessere Prävention – wenigstens von möglichen Folgeerkrankungen. An der Medizinischen Universität Wien erforscht Professor<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer die Zusammenhänge zwischen dem biologischen und psychosozialen Geschlecht im Kontext der “Zuckerkrankheit”.

#### **Geschlechtsspezifische Unterschiede**

Übergewicht ist bei beiden Geschlechtern Risikofaktor Nummer 1. Das Zusammenspiel von Hormonen und Fettverteilung kann aber zu unterschiedlichen Auswirkungen führen. Ein niedriger Testosteronspiegel kann bei übergewichtigen Männern zu einer Insulinresistenz führen; wogegen Frauen mit einem erhöhten Androgenspiegel ein höheres Risiko haben, an Diabetes zu erkranken. Das Risiko einen Schlaganfall als Folgeerkrankung zu erleiden, ist für Frauen drei- bis siebenmal höher als für Männer.

Während Frauen häufig erst nach der Menopause mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 konfrontiert werden, sind Männer wesentlich früher informiert. Beim Diabetes Typ 1 sind es dagegen die Mädchen, die bereits im Kindesalter erkranken, während es die Jungen eher in der Pubertät treffen kann.

Der hormonelle Einfluss auf Diabetes-Medikamente ist ebenfalls noch Gegenstand der Forschung.

#### **Genderspezifische Unterschiede**

Das psychosoziale Geschlecht (Gender) spielt dagegen überwiegend bei der Bewältigung der Diabeteserkrankung eine Rolle:

Diabetes greift tief in den Alltag ein und hier vermissen Frauen häufig die notwendige Unterstützung. Im Unterschied zu den männlichen Leidensgenossen, verfügen sie in den meisten Fällen über keine abgeschlossene Berufsausbildung, arbeiten vielfach in Teilzeit, versorgen Haushalt und Familie und zum Teil auch zu pflegende Angehörige. Sie sind also häufiger einer Doppelbelastung ausgesetzt, die den richtigen Umgang mit der Krankheit im Alltag erschwert. Die Einhaltung eines gesonderten Speiseplans kann hier durchaus als zusätzliche Belastung empfunden werden – und für die erforderliche sportliche

Betätigung bleibt ohnehin keine Zeit mehr. Als Folge kann sich das Gefühl allein gelassen zu werden einstellen und zu psychischen Störungen, im schlimmsten Fall zur Depression führen.

Männer bedürfen dagegen einer gezielten Ansprache, um sie für präventive Maßnahmen zu gewinnen – nicht nur bei Diabetes...

### **Auch das Geschlecht der Behandler spielt eine Rolle**

Der Einfluss des Geschlechts ist für eine erfolgreiche Therapie der Stoffwechselkrankheit gleichfalls nicht unerheblich. Eine [kanadische Studie](#) hat 2008 gezeigt, dass Ärztinnen insgesamt bessere Behandlungserfolge verzeichnen konnten als ihre männlichen Kollegen. Der vermeintlich weiche Faktor "Kommunikation" scheint für eine effektive Therapie und v.a. Compliance bei den Patienten und Patientinnen nicht unerheblich.

### **Bundeskongress GenderGesundheit 2015**

Nach den medizinischen Themenfeldern Herzinfarkt und Depression in den Vorjahren – wird sich der [3. Bundeskongress Gender-Gesundheit](#) neben strukturpolitischen Themen zu Ausbildung und Gremienarbeit in diesem Jahr dem medizinischen Schwerpunkt "Gender und Diabetes" zuwenden. Am 22. Mai 2015 wird Frau Professor<sup>in</sup> Alexandra Kautzky-Willer von der Universitätsklinik Wien in ihrem Vortrag "Gender und Diabetes" nach den geschlechtsspezifischen Ausprägungen in Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus fragen.

### **Forschungspreis GenderGesundheit**

Da wir den Kongress stetig weiterentwickeln wird dieses Jahr den Forschungspreis Gender-Gesundheit 2015 verliehen.

Gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxisHochschule in Köln (igv Köln) lobt der Bundeskongress Gender-Gesundheit 2015 zum ersten Mal den [Forschungspreis Gender-Gesundheit](#) aus.

Bis zum 15.04.2015 können sehr gute Abschlussarbeiten aus den Fachbereichen der Medizin, Pharmazie, Pflege, Soziologie, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaften (Bachelor, Master, Diplom oder Magister) in Papierform beim Institut für Gesundheit und Versorgungsforschung, Neusser Str. 99, 50670 Köln eingereicht werden, die den folgenden Themenkomplex abbilden und nicht älter als drei Jahre sind: Gendergesundheit in Gesellschaft, Versorgung und Arbeit.

#### Mögliche Themenbeispiele:

Gendergesundheit, Geschlechterspezifische Inhalte in der Gesellschaft oder in der Versorgung, Neue Berufsbilder im Gesundheitswesen, Gendermedizin, Neue Perspektiven auf geschlechtstypische Krankheiten, Geschlechtsspezifische Forschungsansätze in der Arzneimittelversorgung.

Der Preis ist mit 2.000,- € dotiert und wird, im Fall zweier gleich guter Arbeiten geteilt. Die Preisverleihung findet am Parlamentarischen Abend des 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 21. Mai 2015 in Berlin statt.

Die GewinnerIn bzw. GewinnerInnen sind selbstverständlich Gäste des Bundeskongresses Gender-Gesundheit (21. und 22. Mai 2015). Die Teilnahmegebühr, Reise- und Übernachtungskosten werden übernommen.



#### **Dieser Artikel wurde verfasst von Dr. Martina Kloepfer**

Dr. Martina Kloepfer ist Gründerin und Kongresspräsidentin des Bundeskongresses Gender-Gesundheit, Herausgeberin des KongressBriefes Gender-Gesundheit und Autorin des Blogs "Female-Resources". Als Kommunikationsexpertin unterstützt sie ihre Klienten beim Auftritt vor Kamera und Publikum.

» [Homepage](#)

Alle Artikel von [Dr. Martina Kloepfer](#)

» **Schlagnworte:** [Gesundheit](#), [Patienten](#), [Veranstaltungen](#)

### **Schreiben Sie einen Kommentar**

Lassen Sie uns wissen, was Sie denken.

Ihr Name (Pflichtfeld):

Ihre E-Mail-Adresse (wird nicht veröffentlicht, Pflichtfeld):

## Teilzeit, Wiedereingliederung, Vollzeit – Karriere?

„Kind oder Karriere?“ – oder bescheidener: „Kind oder Beruf?“ lautet die Frage, die sich irgendwann viele Frauen in ihrem Leben stellen müssen. Je besser und länger die Ausbildung, desto eher rücken der Anfang einer Karriere und die Entscheidung für oder gegen den eigenen Nachwuchs zusammen; denn die biologische Uhr tickt mit.

Auch beim 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit, der in diesem Jahr am 21. und 22. Mai in Berlin stattfindet, wird zu diesem Thema wieder ein intensiver Erfahrungsaustausch im Rahmen der Vorträge, aber auch der Diskussionen erwartet. Dr. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, und Karin Wahl, stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Pharmazeutinnenverbandes, richten in ihren Beiträgen den jeweiligen Fokus auf Frauen in Entscheidungsgremien sowie auf die Führungsqualitäten, die Frauen einbringen, aber sich auch erarbeiten müssen. Dabei werden auch verschiedene Arbeitsmodelle und Vergütungssysteme in den Blickpunkt genommen.

Dazu sprach die dbb bundesfrauenvertretung mit der Kongressinitiatorin Dr. Martina Kloepfer.

### **Frau Dr. Kloepfer, wie schätzen Sie die heutige Situation vieler Frauen bezüglich Familie und Beruf ein?**

Frauen dürfen seit rund hundert Jahren studieren und seit Mitte der siebziger Jahre ohne die Erlaubnis des Ehemannes berufstätig sein. Ein enormer Fortschritt und heute so selbstverständlich, dass häufig aus dem Blick gerät, dass manche Lebensbereiche zum großen Teil gesamtgesellschaftlich immer noch einer eher tradierten Familienform überlassen werden. Noch ist kein zufriedenstellendes Modell gefunden, das Frauen ermöglicht, Kinder zu bekommen – denn dazu sind nur sie in der Lage – und gleichzeitig den

angetretenen Berufsweg nicht in eine Sackgasse münden zu lassen. Junge Frauen sehen sich manchmal noch vor Abschluss eines Studiums mit der „Entweder-Oder-Entscheidung“ konfrontiert. Das gilt nahezu für alle Bereiche.

### **Der Bundeskongress Gender-Gesundheit beschäftigt sich u. a. mit Arbeitsmodellen in der Medizin. Wie sehen Sie in diesem Bereich die Karrierechancen für Frauen?**

Eine Studie der medizinischen Fakultäten der Universitäten Münster und Duisburg/Essen hat 2013 ergeben, dass lediglich rund 44 Prozent der arbeitenden Ärztinnen in Vollzeit tätig sind, obwohl der Anteil der Frauen, die sich für ein Medizinstudium entscheiden, in den letzten 20 Jahren auf rund 63 Prozent gestiegen ist, also deutlich über dem männlichen Anteil liegt. Demzufolge arbeiten 66 Prozent der Ärztinnen in Teilzeit oder bevorzugen eine Stelle in der Industrie. Die Ärztinnen, die sich für eine Teilzeitstelle z. B. in einem Krankenhaus entschieden haben, haben kaum Chancen, die weiteren Stufen ihrer Karriereleiter zu erklimmen. Eine Chefarztposition, auch für Frauen ohne Kinder schwer genug zu erreichen, ist nahezu ausgeschlossen, ebenso wie eine Professur oder ein Dekanat.

### **Kindererziehung neben dem Arztberuf - Geht das überhaupt?**

Eine jüngste Umfrage des Hartmannbundes hat gezeigt, dass etwa 70 Prozent der schwangeren Ärztinnen ihre Pausenzeiten nicht einhalten oder nicht einhalten können und ca. 71 Prozent sich ein ausführliches Gespräch zum Thema Elternzeit und Wiedereingliederung wünschen. Ein deutliches Indiz, dass sich Schwangerschaft und Kindererziehung mit dem Arztberuf noch schwer vereinbaren lässt. Inzwischen sind es aber nicht mehr nur die (angehenden) Mütter, die sich eine stärkere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wünschen, sondern auch die (angehenden) Väter; denn die nicht gegenderten Umfrageergebnisse zeigen, dass sich 75,5 Prozent der Befragten vor allem hier eine Verbesserung wünschen, um den Arztberuf auch in Zukunft attraktiv zu finden.

### **Mit welchen Problemen müssen Frauen bei der Wiedereingliederung in den Job rechnen?**

Eine Wiedereingliederung in die vor der Schwangerschaft eingenommene Position gestaltet sich häufig schwieriger als anfangs gedacht; hat doch ein Kollege oder auch eine Kollegin nun den Posten inne. Auch sind manche Entwicklungen an der Wiedereingliederung vorbei gegangen. Weggegangen, Platz vergangen? Nicht umsonst schöpfen Managerinnen mit entsprechenden Positionen in der Wirtschaft die Elternzeit nicht voll aus und zeigen sich ziemlich schnell wieder im Büro. Um jedoch berufspolitisch Einfluss nehmen zu können, bedarf es einer Stelle mit Budgetverantwortung und Entscheidungskompetenz. Welche Arbeitszeitmodelle, welche Betreuungsangebote – kurz: wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der jeweiligen Klinik, Universität, aber auch in Unternehmen buchstabiert wird, hängt von der Teilhabe von Frauen ab – oder (noch) von einer sehr weitsichtigen Unternehmensführung. Wenn Frau nicht über ein gut funktionierendes Back-Office verfügt, in Gestalt von betreuenden Angehörigen oder einem Partner, der seine Aufgabe als Vater genauso ernst und seinen Teil der Elternzeit nimmt, sollte sie bei der Auswahl des Arbeitsplatzes nach möglichen Betreuungsangeboten und flexiblen Arbeitszeitmodellen Ausschau halten; aber auch nach der gelebten Akzeptanz, die der Lebensfaktor Familie in der Klinik oder im Unternehmen genießt. Wird die Ärztin auf ihre Rolle als Mutter festgelegt, wird es mit einer adäquaten Wiedereingliederung schwer.

### **Was muss sich in Zukunft ändern?**

Was für Unternehmen in Wirtschaft und Industrie gilt, gilt dank sinkender Bevölkerungszahlen, drohendem Fachkräftemangel und einer zunehmend selbstbewussteren jüngeren Generation auch zunehmend für Kliniken. Ohne Angebote, die das Kinderkriegen nicht zum Betriebsunfall degradieren, sondern die Lebensrealität Familie integrieren, wird es schwierig, den ärztlichen, aber auch den nichtärztlichen Nachwuchs zu halten. Je nach Größe der Klinik, nach Kapazität der jeweiligen Arbeitgeber, z. B. eines Medizinischen Versorgungszentrums – den bevorzugten Arbeitgebern bei der jungen Ärzteschaft –, werden vermutlich ganz verschiedene Lösungen gefunden werden müssen. ■

### **3. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2015 in Berlin**

Schirmherrschaft: Ingrid Fischbach, MdB und Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit

Präsidentin und Organisatorin: Dr. Martina Kloepfer

Donnerstag, 21. Mai 2015 und Freitag, 22. Mai 2015

09:00 Uhr – 22:00 Uhr

09:00 Uhr – 13:00 Uhr

Landesvertretung Baden-Württemberg | Tiergartenstraße 15 | 10785 Berlin

## Diabetes

### Mehr Compliance bei Ärztinnen

**BERLIN.** Gender-Aspekte spielen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine zunehmend größere Rolle. Die daraus erwachsenden Herausforderungen reichen nach Ansicht von Dr. Martina Kloepfer, der Organisatorin des Bundeskongress GenderGesundheit, von tief greifenden Änderungen in den Strukturen des Gesundheitswesens bis zu geschlechtsspezifischen Therapien.

Medizinischer Schwerpunkt der dritten Auflage des Kongresses am 21. und 22. Mai in Berlin sind aktuelle Forschungen zur geschlechtsunterschiedlichen Versorgung von Diabeteskranken.

So hätten Untersuchungen der Professorin Alexandra Kautzky-Willer von der Universitäts-Klinik in Wien ergeben, dass Männer Diabetesdiagnosen deutlich früher erführen als Frauen, denen die Diagnose oft erst nach der Menopause gestellt würden, betonen die Kongressveranstalter.

Frauen entwickelten viel häufiger eine Diabetes-Depression, ihr Insultrisiko liege höher als das der Männer.

Auch die Herangehensweise der behandelnden Ärzte unterscheidet sich demnach. Es gebe Hinweise darauf, dass Ärztinnen bei Diabetesbehandlungen größere Erfolge erzielten, weil sie ihre Patienten zu höherer Therapietreue anhielten. Kanadische Studien hätten ergeben, dass Ärztinnen die Werte ihrer Patienten öfter selbst überprüften.

Frauen sind öfter Geschädigte von Behandlungsfehlern. Darauf verweisen Zahlen der Medizinischen Dienste. Der Frage, warum mehr Fehler bei Frauen gemeldet und bestätigt werden, geht Dr. Ingeborg Singer vom MDK Bayern nach.

Eine wachsende Zahl von Ärztinnen erfordert neue Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in Praxen und Krankenhäusern. Auch die Selbstverwaltung brauche ein weiblicheres Gesicht, regen die Kongressveranstalter an.

Die Gremien der Ärzte und der Pflege seien nach wie vor männlich dominiert, sagt Martina Kloepfer. "Ärztinnen müssen anfangen, politisch zu denken und sich mit der Politik zu vernetzen. Das ist nach wie vor ein blinder Fleck", sagte Kloepfer der "Ärzte Zeitung". (af)

**Ärzte Zeitung, 21.05.2015 05:40**

**Fischbach**

## "Gender-Aspekte müssen immer mitgedacht werden"

**Heute startet der 3. Bundeskongress Gendermedizin. BMG-Staatssekretärin Ingrid Fischbach ist Schirmherrin. Im Interview erläutert sie, warum Gendermedizin für die Gesundheitspolitik wichtig ist.**

**Das Interview führte Anno Fricke**

**Ärzte Zeitung:** *Sie haben die Schirmherrschaft für den Bundeskongress Gender Gesundheit übernommen: Warum ist Ihnen das Thema wichtig?*

**Ingrid Fischbach:** Aus den Anfängen der geschlechtergerechten Medizin vor gut 30 Jahren ist heute die Forderung nach einer genderspezifischen Gesundheitsversorgung entstanden.

Für mich steht fest: Ohne eine geschlechtersensible Herangehensweise ist eine qualitativ gute und effektive Gesundheitspolitik kaum noch denkbar. Deshalb musste ich nicht lange nachdenken, sondern habe die Schirmherrschaft für den Bundeskongress Gender-Gesundheit 2015 sehr gerne übernommen.

*Gender-Aspekte sind zum Beispiel in der Arzneimittelforschung von Bedeutung. Was tut die Bundesregierung, damit die unterschiedliche Verstoffwechslung von Arzneimitteln bei Männern und Frauen in Arzneimittelstudien abgebildet wird?*

**Fischbach:** Seit 2004 ist gesetzlich vorgeschrieben, dass bereits mit der Antragstellung zur Genehmigung einer klinischen Prüfung der Nachweis einer angemessenen Beteiligung von Frauen und Männern als Prüfungsteilnehmer vorgelegt werden muss.

Und der Sponsor einer klinischen Prüfung muss eine Begründung dafür beifügen, dass die gewählte Geschlechterverteilung in der Gruppe der betroffenen Personen zur Feststellung möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit des geprüften Arzneimittels angemessen ist.

Außerdem ist eine Verpflichtung zur Angabe geschlechtsspezifischer Arzneimittelwirkungen in der Packungsbeilage und der Fachinformation verankert.

*Was kann die Bundesregierung tun, um Gender-Aspekte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten zu akzentuieren? Wird dieses Thema zum Beispiel beim Patientenschutz adressiert?*

**Fischbach:** Es ist wichtig, Gender-Aspekte auf allen Ebenen mitzudenken. Der Bundesgesetzgeber hat mit der Approbationsordnung für Ärzte die Rahmenbedingungen für die ärztliche Ausbildung vorgegeben, die von den Bundesländern und Hochschulen selbstständig umgesetzt werden.

Neben grundlegenden Kenntnissen und Fähigkeiten soll es in der ärztlichen Ausbildung darum gehen, welche Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit einwirken.

Auch ethische Grundlagen ärztlichen Verhaltens und praktische Erfahrungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sollen vermittelt werden, überall hier spielen Gender-Aspekte eine wichtige Rolle. Aber nicht nur die Bundesregierung ist hier gefordert, im Bereich der Fort- und Weiterbildung sind auch die Bundesländer und Landesärztekammern gefragt.



Ingrid Fischbach (CDU) ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium.

© Chaperon

Gleichzeitig gehört es zu den Aufgaben der Ärzteschaft, in den Patientenschutz, das heißt in Aktivitäten zur Patientensicherheit und in das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis, Gender-Aspekte einzubeziehen.

Copyright © 1997-2015 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH





POLITIK

**„Gesundheit gilt nicht als Männlichmacher“**

Mittwoch, 20. Mai 2015

Berlin – Wie fördert man die Gesundheit von Männern am besten, vor allem, wenn es um sozial benachteiligte Männer geht? Romeo Bissuti, Psychologe und Mitarbeiter im Männergesundheitszentrum in Wien, hat langjährige Erfahrung mit diesem Thema. Er ist einer der Referenten beim nächsten „Bundeskongress GenderGesundheit“ diese Woche in Berlin. Im Interview erläutert er, warum es demotivierend ist, Männer als Gesundheitsmuffel zu beschimpfen, was Männergesundheitsangebote in Betrieben bringen – und warum Gesundheitsförderung sowohl für sozial Benachteiligte wie für Ärztinnen und Ärzte oft etwas anderes bedeutet, als einen Apfel pro Tag zu essen.



Romeo Bissuti

**5 Fragen an... Romeo Bissuti zum Thema Männergesundheit**

**DÄ:** Herr Bissuti, welche Gruppen von Männern erleben Sie in Ihrer Arbeit im Männergesundheitszentrum als sozial benachteiligt? Und was bedeutet das eigentlich für deren Gesundheit?

**Bissuti:** In Österreich belegen Untersuchungen, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund nicht nur schlechtere Chancen im Bildungssektor haben, sondern auch auf dem Arbeitsmarkt und im Gesundheitsbereich. Diese Benachteiligungen halten sich sehr hartnäckig, oft noch in der zweiten oder dritten Generation. Migranten haben im Gesundheitswesen häufig mit Sprachproblemen zu kämpfen. Sozial benachteiligt sind aber im Gesundheitswesen auch

noch andere Gruppen wie beispielsweise wohnungslose Männer.

In einem Projekt unseres Zentrums arbeiten wir mit wohnungslosen Männern, also solchen, die in Übergangwohnheimen leben oder Einrichtungen zum Dauerwohnen. Sie werden selten in Praxen versorgt, weil Ärztinnen und Ärzten teilweise große Schwierigkeiten mit diesen Männern haben. Sie sind oft ungepflegt, haben Probleme mit Suchtmitteln, und deshalb besteht bei den Ärzten die Sorge, solche Patienten könnten den Ruf ihrer Praxis schädigen.

Eine Barriere für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist aber auch der Faktor Geschlecht. Gesundheit gilt ja nicht als Männlichmacher. Wer sagt denn schon: „Du bist ja ein richtiger Kerl, Du bist ja so gesund!“ Ein richtiger Kerl ist man eher, wenn man riskant lebt. „Zeig, dass Du ein richtiger Kerl bist“ – das bedeutet oft: falsche Mutproben, alkoholbedingte Unfälle und vieles mehr.

**DÄ:** Ist das Ihrer Erfahrung nach immer noch so? Oder hat sich bei den Rollenbildern etwas geändert in den letzten Jahren?

**Bissuti:** Einerseits ist es wohl so, dass sich Männerbilder geändert haben, hin zu gleichberechtigten, modernen, gendergerechten Lebensentwürfen., das zeigen Studien wie beispielsweise eine bundesdeutsche mit dem Titel „Rolle vorwärts, Rolle rückwärts?“. Andere Untersuchungen bringen zum Vorschein, wonach sich gerade bei jüngeren Männern die Lebensentwürfe polarisieren: Es gibt darunter sehr moderne, aber auch betont konservative beziehungsweise solche, die man schon als machoid bezeichnen könnte. Bei Frauen verhält es sich übrigens ähnlich, auch bei ihnen gibt es teilweise eine Hinwendung zu sehr klassisch-weiblichen Rollen.

Soziologisch betrachtet hat das mit dem Chaos und den Anforderungen in einer neokapitalistischen Welt zu tun. Zugespielt und vereinfacht gesagt: Ich muss mich als Mann auf dem Arbeitsmarkt anpassen und sehr flexibel sein. Ich weiß nicht, werde ich im nächsten Moment in einer Waffenfabrik arbeiten oder in einer Schokoladenfabrik. Viele meiner ethisch-moralischen Standards muss ich über Bord werfen, um durchzukommen, aber bitte: Lasst mich doch wenigstens ein richtiger Kerl sein. Damit kenne ich mich aus, dieses Stückchen Identität muss doch bitte schön möglich sein.

**DÄ:** Was bedeutet das für Ihre Arbeit im Männergesundheitszentrum? Wie kann man Männern, gerade aus sozial benachteiligten Gruppen, zu mehr Gesundheit verhelfen?

**Bissuti:** Unser Auftrag ist es unter anderem, benachteiligten Männern einen Weg ins medizinische System zu bahnen, konkret also in eine Arztpraxis oder eine Ambulanz. Wir empfehlen häufig die Gesunden-Untersuchungsstellen der Stadt Wien, wohin jeder Wiener und jede Wienerin gehen kann, ganz egal, wie und wo sie versichert sind. Dort gibt es auch muttersprachliche Beratungsangebote.

Wovon wir uns für sozial benachteiligte Männer verabschieden müssen, ist das, was ich das Mittelstandsmodell nenne: Ich bekomme eine Information, die erzeugt bei mir ein bestimmtes Problembewusstsein in Bezug auf meine Gesundheit. Ich lese und reflektiere darüber, es entsteht eine Motivation, und ich gehe dann in meiner freien Zeit zur Untersuchung in eine Arztpraxis, zum Turnen oder Ähnlichem. Das funktioniert für viele Menschen nicht, weil ihnen Informationen fehlen, weil es sprachliche und kulturelle Hindernisse gibt, weil sie keine Zeit oder kein Geld haben. Für diese Gruppen muss man vor Ort sein.

Ein Beispiel sind unsere Angebote in Wohnungslosen-Häusern. Aber auch berufstätige Männer können zu sozial benachteiligten Gruppen gehören. Wir arbeiten beispielsweise mit sogenannten Hausarbeitern in Krankenhäusern, also denjenigen, die die Patiententransporte übernehmen. Das ist ein Niedriglohnbereich, in dem es aber herausfordernde Arbeitszeiten gibt und in dem es wichtig ist,

dass die Arbeit im Sinne der Patienten gut gemacht wird. Wie geht es diesen Männern am Ende der Krankenhaushierarchie gesundheitlich?

Um das herauszufinden, ist es spannend zu gucken, wo sie der Schuh drückt, diese Informationen tragen die Männer dann selbst dem Betrieb vor, der sich verpflichtet hier auch Maßnahmen aufzugreifen und umzusetzen. Vor Ort werden darüberhinaus Bewegungsangebote gemacht, außerdem Kochworkshops oder Stressabbau-Seminare angeboten. Damit das gut ankommt, wenden wir ein paar Kniffe an: Qigong heißt für Männer dann Shaolin-Qigong.

[aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de)

- Depression: Männer zeigen andere Symptome
- Psychische Erkrankungen bei Männern häufiger unerkannt als bei Frauen
- Männergesundheit beginnt schon im Kindesalter

Zusätzlich bieten wir muttersprachliche Vorträge zu Gesundheitsthemen an, nicht nur in Krankenhäusern für Hausarbeiter, sondern auch an vielen anderen Orten, viele Jahre beispielsweise in Moscheen oder Kulturvereinen. Dabei geht es um Basisinformationen, die verstanden werden: Wie ist das Gesundheitssystem in Österreich aufgebaut? Was bedeutet Facharzt? Wann gehe ich in eine Ambulanz, wann muss ich den Rettungswagen verständigen? Das sind Informationen, die auf sehr großes Interesse der Männer treffen, aber auch der Frauen, wie die Kolleginnen vom Frauengesundheitszentrum berichten. Was ich interessant finde: Wenn man erst einmal vor Ort ist und die Ohren spitzt, erfährt man wahnsinnig viel darüber, was die Männer brauchen.

**DÄ:** Was genau brauchen sie, welche Arten von Vermittlungs- oder Beteiligungsansätzen?

**Bissuti:** Auf jeden Fall das Aufsuchende, das Hingehende, das Für-die-Männer-da-sein. Das mag etwas platt klingen, aber es ist gut, wenn man ihnen signalisiert: Das ist jetzt ein Männergespräch, da geht es jetzt um Männersachen. Selbst wenn es inhaltlich gar nicht um sehr viel andere Themen geht als bei den Frauen. Aber Gesundheit ist eben oft ein Thema, bei dem die Männer sagen: Frauenthema. Die Frauen gelten als diejenigen, die sich um ihre Gesundheit kümmern und die das Thema in der Familie managen.

Und die Männer? Es ist wichtig, ihnen zu signalisieren: Das Thema Gesundheit ist auch deines. Das kann anhand einer Diskussion über die letzte Sportverletzung passieren oder anhand der Krankheit eines Prominenten. Wenn Männer sich gesehen fühlen und merken, dass sie schon einiges für ihre Gesundheit tun, dann bewirkt das mehr, als wenn man sie immer als Gesundheitsmuffel beschimpft. Das ist demotivierend.

**DÄ:** Impfpflicht, Vorsorgeuntersuchungen, Gewichtskontrolle – warum sprechen wir so gern über solche Themen? Und so ungern darüber, wie gesundheitsschädlich die Arbeitsbedingungen mancher Menschen sind oder wie wenig gesundheitsförderlich die Gegend, in der sie wohnen?

**Bisutti:** Dazu fällt mir ein, dass es in Deutschland eine sehr gute Veranstaltung zu diesem Aspekt gibt, die wir uns in Österreich anschauen könnten: den jährlichen Kongress Armut und Gesundheit in Berlin. Dort wird auf hohem Niveau verhandelt, welches politische Thema Gesundheit ist. Und ich muss an ein Lied denken, in dem es in einer Zeile heißt: „Wenn ich ein Turnschuh wär, käm' ich übers Mittelmeer.“ Turnschuhe sind ja der Inbegriff von Sportlichkeit und Fitness, die wir gern thematisieren. Aber wer wann unter welchen Umständen den Turnschuh produziert hat, das wird nicht gern thematisiert.

Alles in allem ist es wichtig, beim Thema Gesundheit über die Verhältnisebene zu diskutieren und partizipative Prozesse zu starten, egal, ob wir über die Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen reden oder auch über die von Ärztinnen und Ärzten. Es darf nicht immer nur um die Verhaltensebene gehen. Es kann doch nicht sein, dass egal ist, welchen Belastungen ein Arzt oder eine Ärztin beispielsweise durch Probleme mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgesetzt ist – aber Hauptsache, er oder sie isst täglich einen Apfel. © [Rie/aerzteblatt.de](http://Rie/aerzteblatt.de)

#### Nachrichten zum Thema

##### Depression: Männer zeigen andere Symptome

Berlin – Psychische Erkrankungen bei Männern werden häufig nicht oder zu spät erkannt. Denn obwohl Männer eine nur halb so hohe Lebenszeitprävalenz beispielsweise für eine diagnostizierte Depression...



##### Männer leben risikobereiter

Berlin – Die geringere Lebenserwartung von Männern gegenüber Frauen wird vor allem durch die größere Anzahl von vorzeitigen Sterbefällen unter 65 Jahren verursacht. Viele der Todesursachen können auf...



##### Männergesundheit beginnt schon im Kindesalter

Berlin – Mehr Prävention und Gesundheitskompetenz bei Jungen und Männern wollen die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) erreichen. „Männliche...



##### Männergesundheit: Lebenserwartung könnte gesteigert werden

Berlin – Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf Erkrankungshäufigkeiten, Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen sowie im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei der Inanspruchnahme von...



**Psychische Erkrankungen bei Männern weiterhin ein Tabu**

Berlin – Seelische Leiden bei Männern sind stigmatisiert und tabuisiert. Eine gesellschaftspolitische und medizinische Auseinandersetzung mit dem Thema ist überfällig. Dieses Fazit zieht die Stiftung...

**Einsatz für frauengerechte Prävention und Gesundheitsversorgung**

Münster – Die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und der Arbeitskreis Gesundheit-Soziales der CDU Frauen-Union NRW machen sich gemeinsam für eine frauengerechte Prävention und Gesundheitsversorgung...

**Männer sind Vorsorgemuffel**

Berlin – Die Gesundheitsvorsorge von Männern soll mehr öffentliche Aufmerksamkeit erhalten. Es sei nach wie vor notwendig, Männer über den Nutzen von Angeboten zur Gesundheitsförderung zu informieren...





## Staatssekretärin Fischbach: Gute Gesundheitspolitik dank Gender

Auf den 3. Gender-Bundeskongress in Berlin-Tiergarten hatten wir ja bereits mehrfach hingewiesen. Der Kongress begann heute und wird morgen enden. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, die Herner CDU-Bundestagsabgeordnete Ingrid Fischbach, hat die Schirmherrschaft übernommen.

Wir sprachen mit der Frau Staatssekretärin über den Stellenwert dieses 3. Gender-Bundeskongresses. **Gegenüber dem Berliner-Blatt sagte Ingrid Fischbach:** „Ohne eine geschlechtersensible Herangehensweise ist heute qualitativ gute und effektive Gesundheitspolitik kaum noch denkbar.“

Nicht nur die Frauen, sondern Frauen und Männer stehen mit ihren biologischen, sozialen, psychologischen, umweltbezogenen und kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Fokus zukunftsgerichteter medizinischer Versorgung und Prävention.

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

An dieser Stelle bedanken wir uns nochmals bei Frau Staatssekretärin Fischbach, MdB für das Gespräch.

Text: VTN

[Twittern](#)



## **Dietrich Monstadt, MdB: Sehr hoher Stellenwert**

Wie wir bereits berichtet hatten, geht heute in Berlin-Tiergarten der 3. Gender-Bundeskongress zu Ende.

Heute sprach zu den Teilnehmern u. a. Dietrich Monstadt. Der CDU-Bundestagsabgeordnete aus Mecklenburg-Vorpommern ist Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Er sagte gegenüber dem Berliner-Blatt: „Das Thema Gender hat für mich einen sehr hohen Stellenwert. Daher bin ich gerne hier vor Ort. Einen noch höheren Stellenwert hat für mich das Thema Diabetes.“

An dieser Stelle bedanken wir uns nochmals bei Herrn Monstadt, MdB für das Gespräch.

Knapp 200 Teilnehmer aus den Bereichen Medizin, Wissenschaft und Politik sind bei dem 3. Gender-Bundeskongress anwesend. Auch aus Österreich und der Schweiz nahmen Experten an der Tagung im Bezirk Tiergarten teil.

Text: VTN

[Twittern](#)



## **Dr. Sandra Maxeiner zum Gender-Kongress**

Wir hatten ja bereits ausführlich über den Gender-Kongress berichtet, der letzten Donnerstag und Freitag im Tiergarten stattgefunden hatte. Die Schirmherrschaft lag in den Händen der Herner CDU-Bundestagsabgeordneten und Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ingrid Fischbach.

Wir sprachen zum Thema Gender mit Dr. Sandra Maxeiner. Sie ist u. a. Mitautorin einiger Werke aus dem Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie.

Dr. Sandra Maxeiner erklärte uns gegenüber: „Meines Erachtens ist es – wie schon der kürzlich stattgefundenen Gender-Kongress zeigte - sehr wichtig zu betonen, dass es gerade bei psychischen Störungen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz, im Krankheitsverlauf und im Erleben festzustellen sind. Diese Unterschiede sind auch bei der Behandlung psychischer Erkrankung zu berücksichtigen. So werden bei Frauen häufiger Depressionen, Angst- und Essstörungen sowie somatoforme Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen diagnostiziert. Männer hingegen haben ein höheres Risiko Verhaltens- und Entwicklungsstörungen wie Autismus oder ADHS in der Kindheit und eine Abhängigkeit von Alkohol und Drogen im Erwachsenenalter zu entwickeln.

Auch der Krankheitsverlauf unterscheidet sich. So liegt beispielsweise das Ersterkrankungsalter bei der Schizophrenie bei jungen Männern durchschnittlich einige Jahre früher als bei Frauen. Ebenso erleben Männer und Frauen psychische Erkrankungen sehr unterschiedlich, was gerade beim Krankheitsbild der Depression sehr deutlich wird.

Ob eine psychische Erkrankung diagnostiziert und wie sie schlussendlich behandelt wird, ist jedoch vor allem auch von der Bereitschaft der Betroffenen abhängig, Hilfe zu suchen und diese auch anzunehmen. So haben gerade Männer eine deutliche höhere Schwelle, bis sie überhaupt therapeutische Hilfe in Erwägung ziehen - haben sie doch gelernt stark zu sein, und Probleme selbst zu lösen.

Häufig versuchen Männer auch ihre psychischen Probleme mit Alkohol zu bekämpfen. Gehen sie dann doch zu ihrem Hausarzt, werden psychische Erkrankungen bei ihnen häufiger übersehen und bleiben unbehandelt. Umso wichtiger ist es, dass Veranstaltungen wie der Gender-Kongress auf solche Aspekte eingehen.“

Das Berliner-Blatt bedankt sich an dieser Stelle nochmals bei Frau Dr. Sandra Maxeiner für das Gespräch.

### **Dr. Sandra Maxeiner ist Mit-Autorin der Nachschlagewerke**

### **Klinische Psychologie und Psychotherapie- Das Nachschlagewerk mit der Lustformel**

**Erschienen im Jerry Media Verlag 2015**

**Bd. 1: 944 Seiten**

**ISBN 978-3-9523672-0-9, Preis: 59,95 €**

**Bd. 2: 944 Seiten**

**ISBN 978-3-9523672-1-6, Preis: 59,95 €**

Text: VTN

[Twittern](#)

**Rosen  apothek**

Ärzte Zeitung online, 22.05.2015 15:37

Mann oder Frau?

## Diese Frage wird in Therapie und Ausbildung wichtiger

**Frauen, die an Diabetes erkrankt sind, leiden häufig zusätzlich an Depressionen. Ärzte sollten daher auf sie anders eingehen als auf Männer mit der gleichen Diagnose, heißt es auf dem 3. Bundeskongress Gendergesundheit. Aber damit alleine ist es nicht getan. Frauen verhalten sich auch in der medizinischen Ausbildung anders.**

Von Susanne Werner



Bei gleicher Diagnose brauchen Patientinnen oft eine andere Beratung und Therapie als Patienten.

© SPL / Agentur Focus

**BERLIN.** "Adipöse Frauen plagt oft ein schlechtes Gewissen, dass sie übergewichtig sind", sagt [Christian Klepzig](#). Wenn sie in seine Praxis kommen, hört der niedergelassene Diabetologe häufig diesen Satz: "Entschuldigen Sie, Herr Doktor, ich weiß, dass ich abnehmen muss."

Ein männlicher Patient habe so etwas noch nie zu ihm gesagt, berichtete Klepzig, wissenschaftlicher Leiter des diesjährigen Kongresses GenderGesundheit. Er empfahl: "Wir Mediziner dürfen diese Patientinnen dann nicht stigmatisieren und ihnen die Schuld für die zu vielen Kilos zuschreiben."

Ob eine andere Diagnostik und Therapie den betroffenen Frauen zielgenauer helfen könnte, darüber gebe es bislang nur wenige Erkenntnisse. "Wir wissen nur, dass Diabetikerinnen häufiger als Diabetiker eher niedrigere Bildungsabschlüsse haben, oft allein leben und Teilzeit arbeiten", so Klepzig.

### **Zahnmedizin-Studentinnen bleiben gerne unter sich**

Ergebnisse der Frauen- und Männergesundheitsforschung sollen künftig stärker berücksichtigt werden. So steht es im Regierungsentwurf des [Präventionsgesetzes](#).

Dem Geschlechteraspekt in der Medizin sei bei der Ausgestaltung der kurativen und präventiven Kassenleistungen Rechnung zu tragen. Das könnte beispielsweise dafür sorgen, dass unterschiedliche medizinische Behandlungsleitlinien für Männer und Frauen entwickelt werden müssen.

Folgt man den Experten beim Bundeskongress Gendergesundheit, fehlen bislang noch umfassende Daten zum "kleinen Unterschied" bei Gesundheit und Krankheit. Zum anderen sind jene Gremien der Selbstverwaltung, die über neue Diagnostik und Therapie entscheiden, nach wie vor männlich dominiert.

"Wir haben den Anspruch, eine genderspezifische Versorgung zu gestalten", sagt [Ingrid Fischbach](#) (CDU), parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium.

Nötig ist aus ihrer Sicht ein "Strukturwandel in den Bereichen Ausbildung, Arbeit und Führung".

Aber nicht nur bei der Therapie müssen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker berücksichtigt werden, sondern auch schon während des Studiums.

Das zeigt ein Beispiel aus der Zahnmedizin. Hier könnte es ratsam sein, verstärkt auf Lehrveranstaltungen zu setzen, in denen Frauen und Männer getrennt lernen.

Professor Margrit-Ann Geibel von der Universität Ulm berichtete von monoedukativen Kursen in der Zahnchirurgie. Angehende Zahnärztinnen belegen diese gerne, um "störungsfrei" und "ohne Rollenzwang" am Tiermodell (Schweinekiefer) arbeiten zu können und Selbstvertrauen zu tanken.

"Auch in der Zahnmedizin arbeiten viele Frauen. Wenn sie jedoch aus Mangel an Routine weniger Leistungen in der Zahnchirurgie anbieten, laufen wir Gefahr, dass die Patienten auf lange Sicht damit nicht gut versorgt werden."

### ***Frauen müssen in die wichtigen Gremien***

Rita Gabler von der gemeinnützigen GmbH "Palliativ Team Erding" spannte auf dem Gender-Kongress den Bogen gar weit in die Medizingeschichte. Die Heilkunst war jahrhundertlang die Domäne der weisen Frauen.

Durch die Gründung der ersten medizinischen Universitäten unter kirchlicher Führung wurden sie abgedrängt. Männer wurden zu Ärzten ausgebildet, heilkundige Frauen zunächst als Hexen verfolgt.

Die heutige medizinische Versorgung, so die These von Gabler, stünde besser da, hätte sie den Frauen von Anfang an einen gleichberechtigten Status in der Medizin eingeräumt.

Wichtig sei heute eine menschliche Haltung in der Medizin zu pflegen, die Beziehungen stärkt sowie Reflektion und Authentizität zulasse.

Damit sich in Richtung geschlechterspezifischer Medizin noch mehr bewegt als bisher, müssen Frauen in den Entscheider-Gremien von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen oder des Gemeinsamen Bundesausschusses mitmischen, forderte Dr. Regine Rapp-Engels vom Deutschen Ärztinnenbund.

Vielfach seien Frauen dort noch Einzelkämpferinnen, die allein wenig bewegen könnten. Neben einer Quote - "ohne die passiert nichts" - brauche es langfristig auch einen "Kulturwandel" in der Gremienarbeit: "Bislang werden Entscheidungen oft schon im Vorfeld getroffen oder spät abends in informellen Gesprächen ausgehandelt. Das sind männliche Strukturen und ist nicht der Stil, den Frauen pflegen", so Rapp-Engels.

Copyright © 1997-2015 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

## Bundeskongress Gender-Gesundheit 2015



00:00:02  
00:02:40

INFORMATION MEHR AUDIOS AUS DER SENDUNG

**Bundeskongress Gender-Gesundheit**  
22.05.2015 | 02:40 Min. | Verfügbar bis 22.05.2016 | Quelle: Inforadio vom rbb

Medikamente wirken bei Frauen häufig anders als bei Männern. Das ist in der Medizin bekannt. Was das aber für die konkrete Versorgung bedeutet, wissen Ärzte heute oftmals noch nicht so genau. Denn nach wie vor differenzieren Forscher in Arzneimittel-Studien nicht immer nach Geschlecht. Ein Umstand, den Medizinerinnen auf dem dritten Bundeskongress Gender-Gesundheit, der heute in Berlin stattfindet, kritisieren. Nadine Bader berichtet.

INFORADIO<sup>rbb</sup>



## Gleichstellung in der Medizin



00:00:02  
00:02:40

INFORMATION MEHR AUDIOS AUS DER SENDUNG

**Bundeskongress Gender-Gesundheit**  
22.05.2015 | 02:40 Min. | Verfügbar bis 22.05.2016 | Quelle: Inforadio vom rbb

Medikamente wirken bei Frauen häufig anders als bei Männern. Das ist in der Medizin bekannt. Was das aber für die konkrete Versorgung bedeutet, wissen Ärzte heute oftmals noch nicht so genau. Denn nach wie vor differenzieren Forscher in Arzneimittel-Studien nicht immer nach Geschlecht. Ein Umstand, den Medizinerinnen auf dem dritten Bundeskongress Gender-Gesundheit, der heute in Berlin stattfindet, kritisieren. Nadine Bader berichtet.

INFORADIO<sup>rbb</sup>



## Kongress-Video 2015

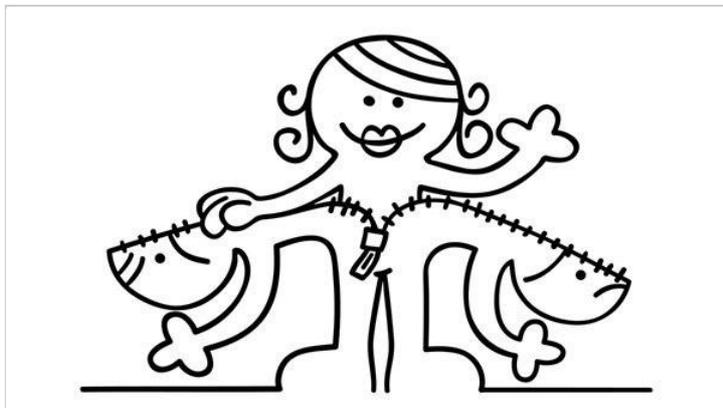


NH 26.05.15 / 16:40

GESELLSCHAFT

## Frauen sind keine Männer. Punkt.

*Die Gefahr an einem Schlaganfall zu sterben, ist für Diabetikerinnen um das Drei- bis Siebenfache höher als bei Männern mit Typ 2 Diabetes. Ärzte sollten daher Patientinnen anders beraten und therapieren als Patienten mit der gleichen Diagnose, fordern Gender-Experten. Mehr dazu in der Bilderstrecke.*



Eine Frau ist kein Mann und umgekehrt. Dass die Unterschiede machen sich auch bei der medizinischen Behandlung bemerkbar machen, ist eigentlich auch bekannt. Und wird trotzdem oft genug nicht berücksichtigt. GIZGRAPHICS

Gesundheit und Versorgung müssen männlich *und* weiblich gedacht werden, lautet das Fazit des diesjährigen Bundeskongress Gender-Gesundheit in Berlin. Männer und Frauen mit Typ 2 Diabetes sollten zum Beispiel unterschiedlich therapiert werden.

Diabetikerinnen haben häufiger ein metabolisches Syndrom, Bluthochdruck und damit ein erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall. "Zudem erfahren Diabetikerinnen ihre Diagnose häufig erst nach der Menopause, also deutlich später als Diabetiker", erläuterte Kongresspräsidentin Dr. Martina Kloepfer. Diabetikerinnen haben doppelt so häufig wie männliche Patienten Depressionen.

### Medizin wird weiblich - Gesundheitspolitik bleibt männlich

Neben den unmittelbar medizinischen Aspekten seien geschlechtsspezifische Ansätze auch für das Versorgungssystem von Bedeutung, erläuterte Ingrid Fischbach, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium.

Noch immer seien die Gremien der Ärzte und der Pflege nach wie vor männlich dominiert. Da zukünftig die medizinische Versorgung aber überwiegend in der Hand von Ärztinnen liegen werde, plädierten Fischbach und Kloepfer für strukturelle Veränderungen. Neben einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedürfe es auch veränderter Selbstbilder sowie einer aktiven Beteiligung von Ärztinnen in politischen Entscheidungsgremien und Fachgesellschaften, erläuterte Kloepfer.

### Kinderzahnheilkunde versus Implantologie: Wie die Klischees weiter bestehen

Zahnärztin Prof. Margrit-Ann Geibel betonte, dass die Zahnmedizin immer weiblicher wird. Im Wintersemester 2012/2013 studierten rund 14.800 Frauen und Männer Zahnmedizin - bei einem Frauenanteil von 63,5 Prozent.

"Nach dem Studium findet man die Frauen eher in der Kinderzahnheilkunde. Männer gehen überwiegend in den Bereich Implantologie und Oralchirurgie", erläuterte Geibel. Als Gründe führte die Leiterin der Abteilung Gender Dentistry an der Danube Private University das typische Rollenverhalten an: "Männer verfolgen eher wirtschaftliche Interessen. Frauen wollen dagegen ganzheitlich helfen und heilen."

Frauen verhielten sich auch in der medizinischen Ausbildung anders. Geibel plädiert für monoedukative Kurse in der Zahnchirurgie, in denen Frauen und Männer getrennt voneinander lernen. Zahnärztinnen würden diese gerne belegen, um "störungsfrei" und "ohne Rollenzwang" arbeiten zu können, so die Zahnärztin.

### Mehr zum Thema



NACHRICHT 11.03.13 / 10:36

**Schlaganfall wird weiblicher**



HEFTE 16.04.13 / 12:00

**In Zukunft gleich**



MEDIZIN 21.05.13 / 09:22

**Diabetes: Mann und Frau anders behandeln**

**Ärzte Zeitung, 26.05.2015 16:02**

**Präventionsgesetz**

## **Grüne fordern mehr Gender-Aspekte**

**BERLIN.** Der Entwurf des Präventionsgesetzes reicht nicht aus, um geschlechtsspezifische Unterschiede in der Versorgung stärker zu berücksichtigen, sagt Maria Klein-Schmeink.

Die Grünen-Politikerin plädierte beim Kongress Gendergesundheit dafür, im Gesetz nicht einzelne Krankheiten als Gesundheitsziele aufzulisten, sondern vielmehr Prinzipien festzulegen - wie die Geschlechtergerechtigkeit, Finanzierung und Vernetzung.

Die Erkenntnis, dass sich Krankheiten bei Frauen und Männer unterschiedlich ankündigen und ausprägen, sollte in einer nationalen Strategie aufgenommen werden, forderte Klein-Schmeink.

Das Präventionsgesetz sieht vor, den Geschlechteraspekt in der Medizin in Prävention und Kuration künftig stärker zu berücksichtigen und listet auch Krankheiten wie Diabetes oder Brustkrebs auf, bei denen das Erkrankungsrisiko mithilfe von Prävention und Gesundheitsförderung gesenkt werden soll.

Klein-Schmeink reicht das nicht. Sie forderte ein Umdenken: "Ein Katalog von Krankheiten hilft hier nicht weiter. Wir müssen einen Rahmen von Prinzipien setzen, der dann vor Ort konkretisiert werden kann", sagte sie. Zentrales Ziel sei, die "Regelversorgung entlang der Geschlechter" auszurichten.

Vera Regitz-Zagrosek, Professorin an der Berliner Charité forderte, die belegten geschlechtsspezifischen Unterschiede "in den Lehrbüchern, Leitlinien und Forschungsvorgaben" zu thematisieren, damit diese auch in den "Köpfen der Mediziner" ankommen.

So sind Herzinfarkt, Depression, Osteoporose und Rheuma beispielsweise in ihrer Symptomatik und Ausprägungen unterschiedlich - je nachdem, ob der Patient ein Mann oder eine Frau ist. (*wer*)

### **Lesen Sie dazu auch:**

[Mann oder Frau?: Diese Frage wird in Therapie und Ausbildung wichtiger](#)

Copyright © 1997-2015 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH



Freitag, 22 Mai 2015

## 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 21./22. Mai in Berlin

### VC-Arbeitsgruppe "Pilotinnen" hat Fachvortrag gehalten

Am 21. Und 22. Mai fand in Berlin der 3. Bundeskongress zum Thema Gender-Gesundheit statt. Nachdem es im letzten Kongress um die Themenfelder Gesundheit, Karriereverläufe und Arbeitszeitmodelle im ambulanten und stationären Bereich ging, wurden beim diesjährigen Kongress diskutiert, wie man strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem begleiten und forcieren kann. Unabdingbar dafür ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die Vereinigung Cockpit war durch zwei Mitglieder der VC Arbeitsgruppe Pilotinnen auf dem Kongress vertreten. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion haben sie von ihren Erfahrungen im immernoch überwiegend männlich dominierten Beruf berichtet. Im Fokus der Diskussion stand dabei der interdisziplinäre Austausch verschiedener Akteurinnen und Akteure, mit dem Ziel, einen gegenseitigen Einblick zu erhalten, in wie weit es Überschneidungen zum Beispiel zwischen der Arbeit im Cockpit und der Arbeit von Ärztinnen gibt, die zwar inzwischen zunehmend im Medizinberuf vertreten sind, aber ähnlich der weiblichen Kollegen im Cockpit noch stark innerhalb männlich ausgerichteter Strukturen agieren müssen.

Abseits der Vorträge gab es viele interessante Gespräche und Möglichkeiten zum Austausch. Hierbei standen Themen im Vordergrund wie zum Beispiel: Ausbildungskonzepte, vor allem Monoedukation, Frauen in Männerberufen, Standardisierungen in Wording und Verfahren, oder Hierarchien und Entscheidungsfindung in gemischten Teams sowie Frauen in Führungspositionen bei verschiedenen Gremien und Organisationen.

Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat die VC ganz aktuell die gleichnamige Informationsbroschüre „Familie und Beruf“ veröffentlicht, die Hinweise zu verschiedenen Themen wie Schwangerschaft, Elternzeit oder Kinderbetreuung gibt, die sicherlich auch für viele männliche Kollegen im Cockpit relevante Informationen beinhaltet.

Die Broschüre "Familie und Beruf" können Sie hier herunterladen:

Familie und Beruf

---

< Zurück zu Aktuelles

---

## DIABETES BEI FRAUEN UND MÄNNERN

## Eine Fülle von Unterschieden

Bei einem Genderkongress in Berlin standen in diesem Jahr geschlechtsspezifische Unterschiede bei Diabetes mellitus im Vordergrund. Studienergebnisse legen nahe, dass es davon eine Vielzahl gibt.

**S**oziale Ungleichheit trägt dazu bei, dass das Diabetesrisiko bestimmter Bevölkerungsgruppen steigt. Dies führt zu einer weiteren Verschlechterung ihrer Gesundheit und ihrer Lebenschancen. Auf diesen Zusammenhang wiesen Anfang Juni in Berlin Experten im Rahmen einer Veranstaltung der Deutschen Diabetes-Hilfe hin. Sie erhofften sich vom G7-Gipfel Impulse für eine Verbesserung der Situation auch in Deutschland.

Ein Thema des Gipfels, der zu Redaktionsschluss noch andauerte, war die Suche nach sinnvollen Strategien gegen vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten. In Deutschland „sind Menschen aus benachteiligten Regionen kränker und leben kürzer“, erläuterte Prof. Dr. med. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender der Diabetes-Hilfe. „So steigt ihr Risiko für Diabetes Typ 2 um zwanzig, für Fettleibigkeit um dreißig Prozent.“

Während die Diabeteshäufigkeit in Hamburg-Blankenese bei 4,3 Prozent liege, so Danne, betrage sie im strukturschwachen Bad Belzig in Brandenburg 13,5 Prozent.

**Abnehmen hilft beiden**

Diabetes war – nach den Themen Herzinfarkt und Depression in den Vorjahren – beim nunmehr dritten „Bundeskongress GenderGesundheit“ in Berlin der medizinische Schwerpunkt. Denn auch die Volkskrankheit Diabetes mellitus ist geprägt von geschlechtsspezifischen Unterschieden. So haben Untersuchungen ergeben, dass die Diagnose bei Männern deutlich früher gestellt wird als bei Frauen.

Prof. Dr. med. Alexandra Kautzky-Willer, stellvertretende Leiterin der Universitätsklinik für Innere Medizin III in Wien, verwies in ihrem Vortrag auf eine Fülle von Unterschieden zwischen Diabetikerinnen und Diabetikern, die neben

Hinweisen auf geschlechtsspezifisch zu beachtende Risiken auch solche auf spezielle Strategien beinhalten. So haben Männer im Vergleich zu Frauen wegen der unterschiedlichen Fettverteilung ein höheres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes. Altersabhängige hormonelle Veränderungen führen bei Frauen nach den Wechseljahren im Vergleich zu jüngeren Frauen unter anderem zu einer niedrigeren Insulin-Sensitivität, zu einer schlechteren  $\beta$ -Zell-Funktion, zu höherem HbA<sub>1c</sub>. Bei Männern über 50 Jahre ist der Alterseffekt auf den Glukose- und Lipidstoffwechsel dagegen deutlich geringer.

Kautzky-Willer, die zu Genderaspekten bei Diabetes mellitus, Adipositas und kardiometabolischem Syndrom forscht, berichtete auch, dass gesunde Ernährung und Bewegung sowie eine Gewichtsreduktion von fünf bis sieben Prozent bei übergewichtigen Diabetikerinnen wie Diabetikern positive Wirkung zeigten.

Elisabeth Wesselmann, Fachreferentin Interkulturelle Versorgung im Klinikum Schwabing, ging der Frage nach, welche Rolle Genderaspekte bei Diabetikern und Diabetikerinnen mit Migrationshintergrund spielen. Zu den Präventionsangeboten ihrer Klinik für Migranten zählen türkischsprachige Selbsthilfegruppen, mehrtägige türkischsprachige Diabetikerschulungen und ganzjährige türkischsprachige Info-Vorträge. Genderaspekte spielten für die Gründung von Männer- und Frauengruppen keine besondere Rolle, so Wesselmann. Sie seien aber indirekt wichtig, wenn es um Aspekte wie Akzeptanz des Veranstaltungsorts oder der Veranstaltungszeit gehe.

Sabine Rieser

## EIN THEMA AUCH FÜR DEN BUNDESTAG

„Beide Geschlechter sollten gleich gut gesundheitlich versorgt werden“, mahnte die Internistin Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, Leiterin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, bei der Podiumsdiskussion mit Vertretern der Politik. „Nicht nur bei Diagnostik und Therapie, sondern gerade auch bei der Prävention sei der geschlechtsspezifische Ansatz wichtig, sagte Regitz-Zagrosek. Derzeit würden Frauen mit Diabetes mellitus von den bestehenden Programmen nicht optimal erreicht: „Gerade im Hinblick auf die Prävention ist die Analyse unterschiedlicher Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern sehr wichtig.“

Noch in diesem Jahr solle eine nationale Diabetes-Strategie vom Bundestag beschlossen werden, kündigte der CDU-Gesundheitspolitiker Die-

trich Monstadt an. Diese solle zunächst bundesweit die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Prävention schaffen; dann sollten Gender-Aspekte berücksichtigt werden, erklärte der insulinpflichtige Diabetiker.

Anderer Ansicht über die Reihenfolge war Mechthild Rawert (SPD): „Wir nehmen im Bundestag Gender ernst – und zwar von Anfang an“, betonte sie. Auch beim diesjährigen Diabetes-Kongress sei intensiv über personalisierte Präventions- und Behandlungskonzepte beraten worden. „In einer nationalen Präventionsstrategie darf man nicht nur krankheitsbezogen agieren“, meinte auch Maria Klein-Schmeink vom Bündnis 90/Die Grünen. Gender lasse sich nicht einfach „draufsetzen“, sondern müsse von vornherein beachtet werden, sagte Katrin Vogler, Die Linke. ER

- Si
- Er
- Re
- Ke
- sc
- ät

\* 1st-Line  
1431-14  
2 Schum  
al., Rheu

## ADENU

Adenuri  
stoff: Fe  
bzw. 120  
rokrystal  
Natrium,  
Poly(viny  
oxid x H  
perurik  
haben (G  
Gichtkn  
120 mg  
nen Patl

UNSI  
WIRI  
Zeit zu  
EINE INT

Home Antidepressiva: Ihre Pillen, seine Pillen

## Antidepressiva: Ihre Pillen, seine Pillen



12. Juni 2015



Empfehlen { 0

Gefällt mir { 20.747

Twittern { 0

**Gendermedizin, wohin das Auge blickt: Immer mehr Studienergebnisse deuten darauf hin, dass es eklatante Unterschiede bei der Entstehung, dem Verlauf und der Therapie diverser Erkrankungen gibt. IMS Health hat jetzt speziell das Thema Depressionen untersucht.**

Beim **Bundeskongress Gender-Gesundheit** am 21. und 22. Mai kamen Aspekte der Arzneimittelversorgung zur Sprache. **IMS Health** hat am Beispiel von Menschen mit **Depression** untersucht, inwieweit Frauen und Männer unterschiedlich versorgt werden. Zum Hintergrund: Nach einer aktuellen Prognose der **WHO** werden Depressionen in den nächsten 15 Jahren stark an Bedeutung gewinnen. Manche Experten sprechen sogar von der Volkskrankheit Nummer eins. Auf die Volkswirtschaft kommen hohe Kosten zu.

### Zahlen aus Deutschland

Für Deutschland gibt das **Robert-Koch-Institut (RKI)** bei Depressionen eine Gesamtprävalenz von 8,1 Prozent an – mit starken Unterschieden: Bei Frauen sind es 10,2 Prozent, und bei Männern 6,1 Prozent. IMS Health zufolge hat sich der Absatz von **Antidepressiva** in den letzten zehn Jahren unterschiedlich stark erhöht, zuletzt um zwei Prozent (2014), gemessen am Vorjahr. Entsprechende Arzneimittel gehören längst zur Top-Ten-Liste.

### Ärzten auf den Block geblickt

Doch wie sieht der Versorgungsalltag aus? Von 100.725 Patienten mit Depression als Erstdiagnose waren 62 Prozent (Diagnose durch den Facharzt) beziehungsweise 65 Prozent (Diagnose durch den Hausarzt) weiblichen Geschlechts. „Diese Zahlen spiegeln jedoch weniger die Häufigkeit der Erkrankung bei beiden Geschlechtern wider als vielmehr die höhere Bereitschaft von Frauen, sich wegen depressiver Symptome an einen Arzt zu wenden“, lautet ein Kommentar von IMS Health. Bei der **Pharmakotherapie** zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Von ihren Hausärzten erhielten 38 Prozent aller Frauen und 39 Prozent aller Männer **selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)** oder **selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)**. Zum Vergleich: Bei Fachärzten waren es 53 Prozent (Frauen) beziehungsweise 51 Prozent (Männer). Neben der Pharmakotherapie erhalten Patienten oft Hilfe von Psychotherapeuten. Fachärzte stellten bei 36 Prozent aller Patientinnen und bei 34 Prozent aller Patienten entsprechende Überweisungen aus.

### Kein Genderthema

Ein Fazit: „Während mancherorts Studien darauf hinweisen, dass Frauen mehr günstige, ältere Antidepressiva verordnet werden als Männern, stellt sich die heutige Versorgung in Deutschland nach unseren Studienergebnissen im Blick auf die Geschlechter vergleichbar dar, auch wenn der Einsatz neuerer Antidepressiva sicherlich noch gesteigert werden kann“, sagt Professor Dr. Karel Kostev, Senior Research Advisor bei IMS Health. „Die Untersuchung bietet auch eine nützliche Grundlage, um den zukünftigen Bedarf in der Versorgung abzuschätzen und die Versorgung als solche zu optimieren sowie weitere Versorgungsaspekte im Detail zu analysieren.“

### DocCheck News Redaktion

6 Wertungen (4 ⭐)

Bildquelle: Karoly Lorentey, flickr / Lizenz: CC BY

Fachgebiete: [Forschung](#), [Pharmazie](#)Tags: [Antidepressiva](#), [Gender](#), [Psychoanalyse](#), [SSNRI](#), [SSRI](#)

◀ Vorheriger Artikel  
**Paracetamol: Mannomann...**



Nächster Artikel ▶  
**Pink Viagra: Der große Frigritte-Test**

### 2 Kommentare:



**Dr. med. Christoph S. Berwanger**

Arzt

△ △ △

Suchen

## Stiftung Gesundheit Blog

- [Startseite](#)
- [Die Stiftung Gesundheit](#)

### Wie wird eine geschlechtersensible Versorgung umgesetzt? Rückblick auf den Bundeskongress GenderGesundheit 2015

von [Dr. Martina Kloepfer](#) | 22. Juni 2015 |

[Allgemein](#), [Gesundheitspolitik](#)

„Nicht nur die Frauen, sondern Frauen und Männer stehen mit ihren biologischen, sozialen, psychologischen, umweltbezogenen und kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Fokus zukunftsgerichteter medizinischer Versorgung und Prävention. Wir müssen die Strukturen auch an sich wandelnde gesellschaftliche Anforderungen anpassen. Ich nenne beispielhaft nur Ausbildung und Studium, die Gestaltung von Arbeitsorganisation und beruflichem Umfeld und die Besetzung von Führungspositionen mit Frauen.“ so die Parlamentarische Staatssekretärin und Schirmherrin, Ingrid Fischbach, zu Beginn des 3. Bundeskongresses GenderGesundheit. „Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung“ lautet auch das Motto des diesjährigen Kongresses, der am 21. und 22. Mai wieder in Berlin stattfand – mit u. a. der Stiftung Gesundheit als Partner.



Besucher des Kongresses führen angeregte Gespräche.

Während der eineinhalb Tagen ging es in Vorträgen, Workshops und zum Teil hitzigen Diskussionen vor allem um das „Wie“ in der Umsetzung einer geschlechtersensiblen Versorgung, die nicht nur Patienten und Patientinnen eine zielgerichtete Behandlung zugutekommen lässt, z. B. bei einer Diabeteserkrankung, sondern auch Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gibt, ihren Beruf so gut wie möglich auszuüben.

#### **Trotz unterschiedlicher Kompetenzen auf Augenhöhe zusammen arbeiten**

Zur „Feminisierung“ der Medizin würde auch gehören – eine der vielen Schlussfolgerungen -, dass unterschiedliche Kompetenzbereiche in der Versorgung auf gleicher Augenhöhe miteinander kooperieren. Eine akademische Ausbildung könnte z. B. dazu beitragen, das inzwischen komplexe Wissen und Können des pflegenden Personals als gleichwertigen Bestandteil in der Versorgung zu würdigen und im System auch entsprechend „einzupreisen“.

Die besten Absichten beweisen sich aber erst in den Niederungen des Alltags. Und hier wird es, wie in den meisten Fällen, schwierig. Denn soll eine schwangere Chirurgin im OP stehen oder nicht? Welche Operationen sind in welchem Stadium der Schwangerschaft zu bewältigen und wie sieht es auf der juristischen Seite aus, wenn möglicherweise ein plötzliches Unwohlsein der Operateurin zu Komplikationen und Fehlern führen sollte?

#### **Beispiele aus der Luftfahrt**

Komplikationen, Differenzen und Fehler lassen sich leichter mit Checklisten bewältigen, wie die Diskussion mit zwei Vertreterinnen der Vereinigung Cockpit zeigte. Statt mit Schuldzuweisungen eine effiziente Fehlersuche zu blockieren, wozu es schnell kommt, wenn die Nerven blank liegen, lernen Piloten und Pilotinnen zunächst mit standardisierten Abfragen gemeinsam dem Fehler auf die Spur zu kommen. Vielleicht ist der ein oder andere Ansatz aus der Luftfahrt auch im Versorgungsalltag nützlich.

Um Gendermedizin im Gesundheitswesen in Zukunft als selbstverständlich zu implementieren, bedarf es vor allem der Integration in der Ausbildung und einer Sensibilisierung des Denkens. Ist z. B. die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten in der Versorgung von Diabetes „nur“ ein nice-to-have oder unverzichtbar und leitlinienwürdig, um eine adäquate Behandlung nach neuestem Wissensstand zu ermöglichen? So eine der Fragen in der abschließenden Podiumsdiskussion mit der Politik.

### Preisvergabe an akademischen Nachwuchs

Der Forschungspreis Gender-Gesundheit wurde in diesem Jahr zum ersten Mal gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxisHochschule in Köln gleich zwei Mal und geschlechterparitätisch vergeben. Damit möchte der Bundeskongress Gender-Gesundheit auch dem akademischen Nachwuchs in diese Überlegungen einbeziehen und eine Stimme geben.



#### Dieser Artikel wurde verfasst von Dr. Martina Kloepfer

Dr. Martina Kloepfer ist Gründerin und Kongresspräsidentin des Bundeskongresses Gender-Gesundheit, Herausgeberin des KongressBriefes Gender-Gesundheit und Autorin des Blogs "Female-Resources". Als Kommunikationsexpertin unterstützt sie ihre Klienten beim Auftritt vor Kamera und Publikum.

» [Homepage](#)

Alle Artikel von [Dr. Martina Kloepfer](#)

» **Schlagworte:** [Ärzte](#), [Gesundheitswesen](#), [Patienten](#), [Veranstaltungen](#)

### Schreiben Sie einen Kommentar

Lassen Sie uns wissen, was Sie denken.

Ihr Name (Pflichtfeld):

Ihre E-Mail-Adresse (wird nicht veröffentlicht, Pflichtfeld):

Ihre Website:

Ihre Nachricht:

↑  
↓

Ich habe die [Informationen zum Datenschutz](#) auf dieser Homepage gelesen.

 [Empfehlen](#)



### Kategorien

- [Allgemein](#) (145)
- [Arzt-Auskunft](#) (43)
- [Barrierefreie Praxis](#) (34)
- [Barrierefreies Internet](#) (7)
- [Datenschutz](#) (5)
- [Gesundheitspolitik](#) (25)
- [Internationales](#) (1)
- [Internet](#) (39)
- [Marketing](#) (21)



ÄRZTESCHAFT

## „Patientinnen mit Typ-2-Diabetes haben oft Schuldgefühle“

Montag, 8. Juni 2015

Berlin – Diabetes, soziale Ungleichheit, Genderaspekte – darüber diskutierten Experten bei einer Veranstaltung der Deutschen Diabetes Hilfe, beim „Bundeskongress GenderGesundheit“ und im Vorfeld des G7-Gipfels.



Klepzig

### 5 Fragen an Christian Klepzig ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologe

**DÄ:** Herr Dr. Klepzig, welche Rolle spielen geschlechtsspezifische Fragestellungen in Ihrem ärztlichen Alltag?

**Klepzig:** Als ich mich auf den Genderkongress in Berlin vorbereitet habe, habe ich mich das auch gefragt. Was mir sofort einfiel, war die Beobachtung, dass Patientinnen mit Typ-2-Diabetes oft Schuldgefühle wegen ihrer Erkrankung verspüren. Wenn es ihnen nicht gelingt abzunehmen oder wenn ihre Blutzuckerwerte nicht so gut sind wie gewünscht, verstärkt das ihre Schuld- und Versagensgefühle. Bei Diabetespatienten erlebe ich das seltener so ausgeprägt. Das hat

auch zur Folge, dass sich die Frauen oft gar nicht fragen, ob es vielleicht noch andere Gründe geben könnte für ihre Blutzuckerwerte als nur ihr Gewicht, was angesichts der komplexen Pathophysiologie von Diabetes ja der Fall ist. Und es führt meiner Meinung nach mit dazu, dass Diabetikerinnen häufiger als Diabetiker eine Depression entwickeln.

**DÄ:** Wie gehen Sie denn damit in Ihrer Praxis um?

**Klepzig:** Das erste, was ich versuche, ist den Druck zu vermindern, den Patientinnen die Schuldgefühle zu nehmen. Ich versuche ihnen zu vermitteln, dass es nicht um Diabetes geht, an dem sie schuld sind, sondern um eine komplizierte Stoffwechselerkrankung, für deren Behandlung wir eine Lösung finden müssen. Bei Patienten argumentiere ich ähnlich, aber aus anderen Gründen, die ich gern unter dem Begriff „Stabilo-Baukasten-Mentalität“ zusammenfasse: Lieber Patient, wir müssen etwas Kompliziertes zusammenbauen, und da müssen wir uns beide viel Mühe geben. So angesprochen, knien sich dann auch viele Männer in ihre Krankheitsproblematik hinein.

Noch einmal zu meinen Patientinnen: Die Frauen, die adipös sind, erfahren ja im gesamten Gesundheitswesen sehr viel Ablehnung. Wenn sie beispielsweise mit starken Schmerzen im Knie zu einem Orthopäden gehen, weil sie eine Arthrose haben, sagt der schon mal: Nehmen Sie ab, dann wird das besser. Der Lungenfacharzt meint vielleicht: Sie könnten schon besser schlafen, wenn Sie nicht so fett wären. Dieses Muster zieht sich durch, weil vielen nicht klar ist, dass das Übergewicht bei Diabetikerinnen nicht nur eine Folge davon ist, dass sie zu viel essen. Sicher spielt das eine Rolle. Aber wir wissen mittlerweile auch, dass Diabetiker und Diabetikerinnen vom Typ 2 andere Speisen und andere Zusammensetzungen von Essen bevorzugen als Gesunde, dass ihr Stoffwechsel anders arbeitet, dass die Genetik eine wichtige Rolle spielt. Kurz: Es ist viel komplizierter, als es scheint.

**DÄ:** Welche Genderaspekte sind im Gespräch mit Fachkollegen ein Thema?

**Klepzig:** Viele nennen sofort das Thema Essstörungen bei Typ-1-Diabetikerinnen. Aber aus Studien weiß man, dass offenbar auch rund zehn Prozent der Typ-1-Diabetiker eine Essstörung haben. Das war mir bis vor kurzem auch neu. Nun habe ich mir vorgenommen, mit ein paar Patienten darüber zu sprechen, weil das bei ihnen schon ein Thema sein könnte.

Man weiß ja, dass heute für weibliche und männliche Jugendliche und junge Erwachsene eine gute Figur sehr wichtig ist und viele Frauen eben sehr schlank sein wollen. Bei beiden kann es dazu kommen, dass sie wegen des Insulins zunehmen und sich dann als zu dick empfinden. Das kann dazu führen, dass sie eine Anorexie oder eine Bulimie entwickeln, aber auch dazu, dass sie einfach nicht spritzen, um Gewicht zu verlieren. Als behandelnder Diabetologe wundert man sich dann, warum man die Blutzuckerwerte einfach nicht in den Griff bekommt.

**DÄ:** In jüngster Zeit wird diskutiert, dass die Versorgung von sozial benachteiligten Gruppen im Hinblick auf Diabetes schlecht ist. In diesem Zusammenhang geht es oft auch um den Gesundheitszustand von

Migranten. Welche Herausforderung ist das in Ihrer Praxis?

**Klepzig:** Bei Migranten ist es oft so, dass die Frauen noch ganz klassisch die Versorgerinnen zu Hause sind. Wenn man einen Patienten mit Migrationshintergrund behandelt, muss man häufig seine Ehefrau mit einbeziehen, sonst haben alle Empfehlungen keinen Erfolg.

Ich frage die Männer erst einmal, wer für ihr Essen zuständig ist und wo sie essen. Berufstätige essen durchaus auch regelmäßig in einer Kantine. Wenn ich aber merke, dass sich ihre Blutzuckerwerte nicht bessern und dass es mit Veränderungen beim Essverhalten nicht klappt, dann bitte ich sie, das nächste Mal ihre Ehefrau mitzubringen. Das führt auch nicht immer zum Erfolg, aber es ist ein Register von mehreren, das man ziehen kann.

Zu unserem Praxisteam gehören eine türkischsprachige Medizinische Fachangestellte (MFA) und eine türkischsprachige Diätassistentin, außerdem eine MFA mit marokkanischem Familienhintergrund. Ich versuche bei Verständigungsschwierigkeiten aber auch, Jugendliche und junge Erwachsene ins Gespräch einzubeziehen, wenn es ums Dolmetschen geht, weil es sie meiner Erfahrung nach in ihrer Familie aufwertet und weil ich erlebe, dass sie auch gerne etwas für ihre Eltern tun.

**DÄ:** Viele können den Begriff Gender nicht leiden und haben deshalb auch keine Lust, sich mit entsprechenden Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen. Können Sie das nachvollziehen?

**Klepzig:** Manche Begriffe sind einfach negativ besetzt, weil sie einmal zu stereotyp durchdekliniert wurden. Dann will man sich nicht mehr damit befassen. Wenn man aber in einem ärztlichen Fachforum als Kommentar zum Gendertag liest, es gehe doch wieder nur darum, die Frauen besser zu stellen, denkt man schon: Meine Güte, der hat sich noch nicht mal das Programm durchgelesen.



#### Diabetes bei Frauen und Männern: Eine Fülle von Unterschieden

Bei einem Gendertag in Berlin standen in diesem Jahr geschlechtsspezifische Unterschiede bei Diabetes mellitus im Vordergrund. Studienergebnisse legen nahe, dass es davon eine Vielzahl gibt. Soziale Ungleichheit trägt dazu bei, dass das Diabetesrisiko bestimmter Bevölkerungsgruppen steigt. Dies führt zu einer weiteren Verschlechterung ihrer Gesundheit und ihrer Lebenschancen. Auf diesen

Beim Thema Gender sollte man aber zur Kenntnis nehmen, welche wertvolle Arbeit Kardiologinnen und Kardiologen geleistet haben, indem sie herausgearbeitet haben, dass koronare Herzerkrankungen und Myokardinfarkte bei Männern und Frauen etwas anderes sind. Wenn ich aber akzeptiere, dass in einem Fachgebiet offenbar geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, die für die Behandlung wichtig sind, dann ist es doch naheliegend, dass das auch in anderen Fachgebieten so ist.

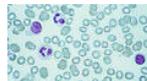
Und auf noch einen Aspekt möchte ich hinweisen: Gesundheitliche Versorgung wird ja heute schon zu oft betrieben als fabrikmäßige Durchschleusung eines Menschen zur Optimierung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses. Wenn Sie für eine individuelle ärztliche Heilkunst plädieren, dafür, junge Patienten anders zu behandeln als alte und Männer anders als Frauen, dann gefährden Sie natürlich, ironisch gesagt, die Durchindustrialisierung des Gesundheitswesens. Mit einer solchen Haltung scheint es mir doch sehr sinnvoll, sich mit Genderfragestellungen auseinanderzusetzen und sie nicht abzutun.

© Rie/aerzteblatt.de

#### Nachrichten zum Thema

##### Warum Wunden bei Diabetikern schlechter heilen

Boston – Ein Abwehrmechanismus, der normalerweise Krankheitserreger beseitigt, stört bei Diabetikern offenbar die Wundheilung. Dies geht aus tierexperimentellen Studien in Nature Medicine (2015; doi:.....



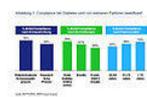
##### Diabetes: Neuer Versorgungsvertrag in Berlin

Berlin – Ein neuer Versorgungsvertrag zwischen der DAK-Gesundheit und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin ermöglicht eine bessere Prävention von Diabetes-Folgeerkrankungen. Das Programm.....



##### Was die Therapietreue bei Diabetes fördert

Frankfurt am Main – Mit steigendem Alter verbessert sich die Therapietreue von Diabetespatienten. Außerdem fördert die Einnahme von oralen Antidiabetika und eine Behandlung in diabetologischen.....



##### Ketoazidose: EMA prüft Sicherheit aller SGLT2-Inhibitoren

London – Nach der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA hat jetzt auch die Europäische Arzneimittel-Agentur EMA eine Überprüfung von SGLT2-Inhibitoren angekündigt, die zur Behandlung des Typ 2-Diabetes.....



##### Typ 2-Diabetes: Sitagliptin und Lixisenatid ohne Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Durham/Boston – Die meisten neueren Antidiabetika haben offenbar weder negative noch positive Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System. Nachdem im letzten Jahr bereits entsprechende Ergebnisse zu.....



### 3. Bundeskongress GenderGesundheit in Berlin

# Zwischen Chance und Herausforderung

**M**edizin und Zahnmedizin sind zunehmend weiblich, doch die Entscheidungshoheit in Politik, Forschung und Verwaltung liegt nach wie vor fest in Männerhand. Außerdem unterscheiden sich männliche und weibliche Gesundheit signifikant voneinander. Welchen Einfluss hat das auf die Patientenversorgung? Was bedeutet dies für die berufliche Qualifikation von Ärzten sowie Pflegekräften und für die Ausrichtung unseres Gesundheitssystems?

Der „3. Bundeskongress GenderGesundheit“, der am 21. und 22. Mai 2015 in der Landesvertretung Baden-Württemberg in Berlin stattfand, versuchte, Antworten darauf zu finden. Das erklärte Ziel: unterschiedliche Zugänge und Versorgungsnotwendigkeiten beider Geschlechter in den Fokus zu rücken, um strukturelle Veränderungen anzustoßen und die Diskussion in eine breite Öffentlichkeit zu bringen. Dabei wurde das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln behandelt.

Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel, Zahnärztin und Professorin an der Universität Ulm, die seit April 2015 die Abteilung „Gender Dentistry“ an der Danube Private University leitet, beleuchtete in ihrem Vortrag „Ausbildungswege in der zahnärztliche Chirurgie“.

In fünf Jahren gebe es mehr praktisch tätige Zahnärztinnen als Zahnärzte. Das führe auch zu einer deutlichen Veränderung in der Patientenversorgung. Denn viele Zahnärztinnen empfinden, so Geibel, die Chirurgie als kompliziert und risikoreich, seien häufig unsicher aufgrund fehlender Routine. So sei es nicht verwunderlich, dass die Domäne weiblicher Praxisinhaber vor allem die Kinderzahnheilkunde sei, während die männlichen Kollegen sich vor allem auf die Implantologie, Oralchirurgie oder hochwertige Prothetik konzentrieren.

Das habe langfristig angesichts einer zunehmenden Feminisierung der Zahnmedizin nicht nur Auswirkungen auf die chirurgischen Fähigkeiten und damit die Patientenversorgung. Auch der Umsatz in den von Zahnärztinnen geführten Praxen sei oft deutlich geringer als in denen männlicher Praxisinhaber. Denn Fachgebiete wie Implantologie oder hochwertige Prothetik seien deutlich lukrativer.

Von universitärer Seite könne man wenig verändern. Zumal auch die operative Ausbildung an den Universitäten in Deutschland sehr heterogen sei, die Standards und damit die Qualität der Ausbildung variieren. „Man muss vielmehr postedukativ gegensteuern“, erklärt Geibel. Seit fünf Jahren bietet sie daher monoedukative Chirurgiekurse an, jeweils für Männer und Frauen. „Es wird mehr Wissen rekrutiert, wenn die Geschlechter getrennt voneinander sind“, erklärt Geibel. Die Teilnehmerinnen schätzten eine störungsfreie Atmosphäre ohne Ablenkungen, es gebe keinen Rollenzwang und sie entwickelten mehr Selbstvertrauen. Der Erfolg dieser Kurse wirke nachhaltig, zeige eine Statistik: Die Zahnärztinnen fühlten sich anschließend sicherer bei Operationen und führten diese dann auch vermehrt und regelmäßig in ihrer Praxis durch, was wiederum den Patienten zugutekomme.

#### Mehr Fachwissen in der Pflege erforderlich

Dass ein dringender Bedarf an einer „Akademisierung der Pflege“ besteht, erläuterte Prof. Christel Bienstein von der Universität Witten-Herdecke. Viele Frauen, die in die Berufsausbildung gehen, verstehen ihren Beruf als Teilzeitjob. 70 Prozent der Pflegekräfte in der Altenpflege arbeiten in Teilzeit. Zudem gebe es in der Pflege weltweit bisher nur 0,5 Prozent evidenzbasiertes Wissen. Das bedeutet, dass fast jeder Handgriff aus Ausprobieren bestehe. Das gehe mit einer Gefahr für die Patienten einher.



**Die Landesvertretung Baden-Württemberg bot den richtigen Veranstaltungsrahmen.**



**Dr. Martina Kloepfer, Kongresspräsidentin und Organisatorin, auf dem Podium**



**Prof. Dr. Margrit Ann-Geibel referierte über „Ausbildungswege in der zahnärztliche Chirurgie“.**

Fotos: Georg Lopata/Fotoagentur axentis.de

„Die Todesrate steigt, die Gefahr für Infektionen und Stürze auch, die Verweildauer in Krankenhäusern und Einrichtungen wird länger“, so die Expertin.

In Ländern, in denen das Pflegepersonal über ein Bachelorabschluss verfüge, sinke die Sterblichkeitsrate deutlich. „Denn diejenigen, die ein Studium absolvieren, wollen in dem Beruf etwas werden, sich Fachwissen aneignen“, so Bienstein. Die Absolventen lernten Statistiken auszuwerten und Abläufe zu hinterfragen und den Patienten auf Augenhöhe mit den Ärzten optimal zu versorgen. Die Uni Witten-Herdecke biete ein Masterstudium Pflegewissenschaft an. Es vermittele Studierenden die Fähigkeit zur Forschung sowie zur Methoden- und Theorienentwicklung in der Pflegewissenschaft. Die Schwerpunkte lägen dabei in der „Akutpflege“ und der „Familienorientierten Pflege“.

Angesichts immer komplexer werdender Krankheitsbilder und des Trends, Patienten zunehmend ambulant zu versorgen und die Verweildauer zu reduzieren, werden qualifizierte Pflegeexperten immer wichtiger. „Bis zu 30 Prozent der Patienten haben heute demenzielle Probleme, wir müssen Pfleger und Ärzte qualifizieren, um damit zurechtzukommen“, so Bienstein. „Denn wir werden weiter ambulantisieren und brauchen spezielle Pflegekräfte, die auch zum Patienten nach Hause gehen.“ Eine Akademisierung lasse sich daher nicht weiter aufhalten.

Für „Flache Hierarchien – gemischte Teams“ in der Pflege plädierte Rita Gabler, pflegerische Leiterin der Palliativ Team Erding gGmbH und Lehrerin für Pflegeberufe. Sie nahm die Teilnehmer mit auf eine Zeitreise und zeigte auf, dass die Medizin historisch seit jeher in weiblichen Händen (Hebammen, Kräuterfrauen) gewesen war – bekanntestes Beispiel Hildegard von Bingen.

Gabler stellte dabei die, wie sie selbst einräumte, gewagte These auf, dass wir heute eine menschlichere Medizin hätten, hätten die Frauen sich seit jeher gleichberechtigt in medizinischen Berufen entwickeln können. Vor allem sie brächten den „menschlichen“, fürsorglichen Aspekt ein. „In der Pflege sind 10 Prozent Wissen und 90 Prozent Haltung“, resümierte Gabler. Haltung sei geschlechtsunabhängig, man müsse sich im Team gegenseitig stützen und dabei visionäre Stärke entwickeln, die Hierarchien überwinden könne zum Wohle des Patienten.

Beim Vortrag „Führungsqualitäten von Frauen – Herausforderungen und Chancen“ gab Karin Wahl, Deutscher Pharmazeutinnen Verband, Einblicke in ihre langjährige Berufserfahrung als Apothekerin und in ihre Arbeit als Präsidentin der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg. Statt wertvoller Tipps erhielten die Zuhörer stellenweise jedoch stereotype Schilderungen männlicher und weiblicher Herangehensweisen. Insbesondere das jüngere Publikum fühlte sich durch den Vortrag kaum angesprochen, wie in den Pausengesprächen deutlich wurde. Auch der Einblick, den Regine Rapp-Engels in die Arbeit von „Frauen in Entscheidungsgremien“ gab, kultivierte althergebrachte Rollenklischees. Weniger davon und aktuellere Studien hätten ihrem Vortrag gutgetan. Fazit beider Referentinnen: Frauen sollten sich mehr in politischen Entscheidungsgremien engagieren, um aktiv mitzugestalten.

Interessante Einblicke in eine andere Berufssparte gewährte dagegen das Gespräch mit den Lufthansa-Pilotinnen Susanne Keimel und Nina Moers (Vereinigung Cockpit). Die Arbeitsabläufe im Cockpit seien derart standardisiert, dass für eine Ungleichbehandlung zwischen den Geschlechtern kein Raum sei. Die Pilotinnen betonten, Frauen im Cockpit seien zwar immer noch eine Ausnahme, doch die Gemeinsamkeiten der ausgewählten Kandidaten sei größer als mögliche genderbedingte Unterschiede.

Im Anschluss an das Vortragsprogramm zogen sich die Teilnehmer in Workshops zurück. Darin ging es um „Gender-Medizin“, „Strukturen und geschlechtsspezifische Karrieren in der Universitätsmedizin“, „Ältere Männer in der Partnerinnenpflege“, „Gendergerechte Medizin – ein Konflikt mit der Realität?“ sowie „Diabeteserkrankung mit Migrationshintergrund – spielt Gender eine Rolle?“. Am zweiten Kongresstag gab es zudem weitere interessante Vorträge zu „Gender und Diabetes“, „Fehler- und Fehlermanagement“, „Männergesundheit eine Frage der Definition“, „Gender und Essstörungen: neue Therapiekonzepte“ und „Männergesundheit von sozial benachteiligten Zielgruppen fördern“. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion konnten die Teilnehmer zudem Fragen an Vertreter der Politik stellen. Die Schirmherrschaft des Kongresses hatte Ingrid Fischbach, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, die bei der Eröffnung anwesend war. Weitere Informationen gibt es unter [www.bundeskongress-gender-gesundheit.de](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de). wvs

## III 3. Bundeskongress GenderGesundheit

# Genderspezifische Versorgung und Frauenquote – ein Thema auch für den MB?

## Genderspezifische Themen aus unterschiedlichen Blickwinkeln

Von RAin Stefanie Gehrlein

Der Bundeskongress GenderGesundheit packt mit genderspezifischen Themen ein heißes Eisen an. Es wird in der Zukunft an Brisanz gewinnen, denn die Pflege ist schon immer gekennzeichnet durch eine Dominanz weiblicher Akteure und künftig wird dies – ausgehend von der Zusammensetzung der Medizinstudierenden – auch in der ärztlichen Versorgung so sein.

Wie geht man damit um? Der Bundeskongress, 2013 ins Leben gerufen, will ein Forum für genderspezifische Denkansätze und eine Plattform für den interdisziplinären Austausch zwischen Pflege und Ärzteschaft jenseits aller Denkverbote bieten. Deshalb traf sich kürzlich in der Landesvertretung Baden-Württemberg eine große Zahl meist weiblicher Referenten und Zuhörer aus allen Bereichen des Gesundheitswesens.

Begrüßt wurden sie allerdings von einem Mann: Der wissenschaftliche Leiter des Kongresses und niedergelassene Diabetologe Dr. Christian Klepzig machte zunächst einen Ausflug zu einigen genderspezifischen Unterschieden in seinem Fach, etwa dem „schlechten Gewissen“ adipöser Frauen im Hinblick auf ihr Gewicht im Gegensatz zu Männern, die hier wenig Neigung zu Selbsterkenntnis und Abnehmen zeigten. Insgesamt sei zu beklagen, so Dr. Klepzig, dass es keinerlei Daten zur Versorgungsforschung in diesem Bereich gebe, und sein Fach mit Nachwuchssorgen zu kämpfen habe.

### Frauen fördern

Ebenso wie Dr. Klepzig nahm auch die Schirmherrin des Kongresses, die parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, MdB Ingrid Fischbach, Bezug auf den Trend, dass immer mehr Frauen als Männer akademische Abschlüsse erreichen. Dies gelte auch für Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften, bei denen Frauen mit fast 70 Prozent vertreten seien. Aber auch bei Promotionen und Habilitationen erhöhe sich der Anteil der Frauen, schlage sich aber bei der Besetzung von Führungspositionen nicht adäquat nieder. Um die Frauen zu fördern, bedürfe es mehrerer Faktoren: der Überwindung von Rollendenken sowie verkrusteten hierarchischen und arbeitsorganisatorischen Strukturen, aber auch der aktiven Übernahme von mehr Verantwortung

durch die Frauen selbst. Die Politik habe beispielsweise mit dem „Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ oder bei der Novellierung der Approbationsordnung mit der Einführung von Teilzeit im PJ erste Schritte gemacht, denen weitere folgen würden.

### „Gendersensitiv“

Eine konkrete Methode, um auch in Aus-, Fort- und Weiterbildung „gendersensitiv“ zu agieren, stellte die erste Referentin, Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel vor. Sie kommt aus der Zahnmedizin, die bereits 2012/13 bei den Studierenden einen Frauenanteil von 63,5 Prozent verzeichnete, und folgt dem „monoeducativen Ansatz“. Studien und Rankings zufolge bringt eine geschlechtergetrennte Wissensvermittlung einen wesentlich höheren Leistungsstandard und ein besseres Outcome mit sich als gemischter Unterricht. Diese Erkenntnis nutzt Prof. Geibel für Kurse in der zahnärztlichen Chirurgie, einem Fach, das schon lange vernachlässigt wird. Im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen hätten Zahnärztinnen hierfür aber keine wirtschaftlichen Gründe wie hohen Zeitaufwand bei niedriger Honorierung, sondern fühlten sich aufgrund fehlender Routine unsicher. Hier seien monoeducative Kurse eine gute Lösung: Zahnärztinnen könnten auf diese Weise „unter sich“ in entspannter Atmosphäre üben und anschließend so tätig sein, wie sie es möchten: routiniert und zum Besten des Patienten.

Es folgte der Blick der Pflege auf die Themen „Akademisierung der Pflege“ und „Hierarchien“. Prof. Christel Bienstein vom Department Pflege der Universität Witten/Herdecke wartete zunächst zur Situation der Pflegenden mit deutlichen Zahlen auf: Immer weniger – fast ausnahmslos weibliche – Pflegenden versorgten stationär immer mehr zunehmend multimorbide Patienten. Dabei werde zu wenig mit evidenzbasiertem Wissen gearbeitet, das erhöhe wiederum die Gefahr für die Patienten und die Verweildauer. Eine akademische Qualifikation und ausreichend Personal senken die Mortalität und erhöhen die Attraktivität der Einrichtungen. Auch in Deutschland sei die Akademisierung nicht aufzuhalten, auch wenn noch ein langer Weg zu gehen sei. Prof. Bienstein schloss mit einem Bekenntnis zur klaren Zuordnung von Aufgaben einschließlich deren Substitution und dem Zitat von Albert Einstein: „Die reinste

Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu belassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert.“

### Aus der Geschichte

Rita Gabler, Leiterin des PalliativTeams Erding wagte einen Blick in die Geschichte und zeigte auf, mit welchen Begründungen Frauen noch bis Ende des 19. Jahrhunderts nicht zum Medizinstudium zugelassen wurden. Diese lauteten: Ihr moralisches Verhalten sei zweifelhaft, sie hätten eine ungenügende Vorbildung, der Unterricht werde durch ihre Anwesenheit gestört und die Einrichtung von Parallelkursen sei nicht möglich, zudem fehle ihnen die physische Kraft und eine übermäßige Beanspruchung des Gehirns könne zur Unfruchtbarkeit führen („Verkümmerung der Eierstöcke“). Heilkundige Frauen seien früher sogar als Hexen verfolgt worden. Auf diesem historischen Boden entwickelte sich die Geschlechtertrennung zwischen Ärzten und Pflegenden. Speziell in ihrem Fachgebiet, der palliativen Versorgung, sei jedoch kein Platz für hierarchische Strukturen, sondern es komme unabhängig von Geschlecht und Ausbildung nur auf die Erfahrung, spezielle Fachkenntnis und an-

gemessene Haltung des Einzelnen im Team an. Nach diesem Blick in strukturelle Ansätze folgte der Block „Frauen und Führung“. Zwei Pilotinnen von der Vereinigung Cockpit e.V. gaben in einem kleinen Interview Einblick in ihr berufliches Leben als weiblicher Kapitän bzw. Copilot. Als positiv merkten sie an, dass im Luftverkehr aufgrund der hohen Standardisierung der Arbeitsabläufe geschlechtsspezifische Unterschiede nur eine untergeordnete Rolle spielten. Das Auswahlverfahren für Piloten sei im Gegensatz zu dem für Ärzte auf die Eignung für die Berufsausübung und nicht für die Ausbildung ausgerichtet. Dies Sorge für eine Homogenität der Ausgesuchten und überwinde Geschlechterunterschiede. Auch die sehr professionelle Fehlerkultur in ihrem Bereich sei positiv und erleichtere den Umgang miteinander.

Chancen als Frau in berufspolitischen Führungspositionen verbessern kann, war Gegenstand des lebhaften Vortrags von Karin Wahl, der Vorsitzenden des Deutschen Pharmazeutinnen Verbandes. Ihre oberste Devise: freundlich sein und kein „Du“ anbieten! Damit sei sie immer gut gefahren. Gleich zu Beginn präsentierte sie die aktuelle Zusammensetzung der Aufsichtsratsmitglieder der Apotheker- und Ärztekammer: Aufseiten der Anteilseigner finden sich ausschließlich männliche Namen, aufseiten der Arbeitnehmer sind wenigstens vier von zehn Vertretern Frauen. Es folgte ein launiger Rückblick auf den 1. Pharmazeutinnen-Kongress mit ausschließlich weiblichen Referenten und Teilnehmern, dem wegen zu großen Erfolges von den männlichen Kollegen eine Neuaufgabe verwehrt wurde. Karin Wahl wagte einen Blick auf



Foto: thodonal – Fotolia.com

Auf Nachfrage gaben Susanne Keimel und Nina Moers allerdings an, dass weiterführende Positionen oberhalb der des Kapitäns, die der Position eines Oberarztes im stationären Bereich vergleichbar sei, auch bei ihnen nicht mit Frauen, sondern mit Männern besetzt würden. Hierfür sei wie auch im ärztlichen Bereich der Grund, dass die „Work-Life-Balance“ in solchen Führungspositionen nicht im Sinne junger Frauen gewährleistet sei. Auch auf berufspolitischer Ebene hätten sie zu kämpfen gehabt: Die Einrichtung der Arbeitsgruppe „Pilotinnen“ bei Cockpit sei keine Selbstverständlichkeit gewesen.

Wie man derartige Herausforderungen meistern und seine

„typisch weibliches“ und „typisch männliches“ Verhalten im Beruf und bei gleicher Qualifikation: Während Frauen als grundlegende Eigenschaft selbstkritisch seien und Aufgaben nur dann übernehmen, wenn sie sich diese auch zutrauten, hätten Männer ein größeres Selbstvertrauen im Hinblick auf ihre Leistung und forderten auch mehr Gehalt. Ein typisch weibliches Verhalten sei auch, dass man immer gebeten werden wolle und sich bei Misserfolg beleidigt zurückziehe. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund schade, dass Frauen durchaus über wichtige Führungsqualitäten wie Integrations- und Teamfähigkeit verfügten und die besseren Zuhörer seien. Neben ihrer oft fehlende Bereitschaft, sich dem Wettbewerb mit den Männern zu stellen, trete zudem immer noch das Phänomen der „gläsernen Decke“, wonach qualifizierte Frauen kaum in Top-Positionen vorrücken bzw. sich dort nicht lange halten und auf mittlerer Leitungsebene „hängen bleiben“. Karin Wahl rief daher junge Frauen dazu auf, selbstbewusst zu sein, nicht immer nach einer „Wohlfühlatmosphäre“ zu streben und sich ebenso wie Männer in Netzwerken zu organisieren. Motto: „What matters most is how you see yourself!“

### Irreführend

In dieselbe Kerbe schlug Dr. Regine Rapp-Engels, die ehemalige Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes. Sie wies zunächst in ihrem Vortrag „Frauen in Entscheidungsgremien“ darauf hin, dass es erst im Jahr 2023 genauso viele berufstätige Ärztinnen wie Ärzte geben werde und insofern das Schlagwort von der „Feminisierung des Arztberufs“ tendenziös und irreführend sei. Der Anteil weiblicher Professoren und Leitender Krankenhausärzte liege nur bei 11 Prozent, und bei den 36 Universitätsklinika gebe es derzeit nur eine Deka-

nin, die zudem keine Ärztin sei. Aber es gebe auch positive Beispiele: So sehe § 14 des Heilberufekammergesetzes der Ärztekammer Schleswig-Holstein vor, „Frauen und Männer bei der Bildung der Kammerversammlung entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der wahlberechtigten Berufsangehörigen zu berücksichtigen“. Diese Regelung habe dazu geführt, dass im Jahr 2015 immerhin 40 Prozent der Delegierten Ärztinnen seien. Als Negativbeispiel nannte sie die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit einem rein männlich besetzten Präsidium. Dr. Rapp-Engels plauderte auch zu den Wahlen des Vorstandes der Bundesärztekammer aus dem Nähkästchen: Die eigentliche Entscheidung werde nicht bei der Wahl, sondern bereits lange vorher beim Neujahrsempfang getroffen. Für alle Wahlen und die Besetzung von Gremien gelte, dass Strippenziehen und Absprachen im Vorfeld, oft auch bei einem spätabendlichen Gläschen, unerlässlich seien. Auch wenn Frauen hierzu wenig Neigung hätten und viele Sitzungen als ermüdend empfänden, lohne sich Aushalten und Small Talk.

Sie selbst fordere nach früherer Zurückhaltung auch für die Besetzung ärztlicher Gremien eine Frauenquote. Es ginge sonst nichts voran, das Warten auf „Goodwill“ der männlichen Kollegen funktioniere nicht. Veränderung komme nur von unten. Und so empfiehlt Dr. Rapp-Engels anderen Frauen folgendes Rezept gegen akute Unlust im Wettbewerb mit den Männern: An Gremiensitzungen gemeinsam mit ärztlichen Kolleginnen teilnehmen, Wissen auch weitergeben und Führungseminare belegen. Vielleicht kann dies auch ein Denkanstoß für die vielen Ärztinnen im Marburger Bund sein?

### Zur Autorin

RAin Stefanie Gehrlein ist Justiziarin im MB-Bundesverband.



Forschung - 02.07.2015

igv Köln/praxisHochschule

## Forschungspreis Gender-Gesundheit für Bachelor-Arbeiten

**Auf dem Bundeskongress für Gender-Gesundheit wurden in Berlin zum ersten Mal Abschlussarbeiten mit dem Forschungspreis Gender-Gesundheit gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxisHochschule Köln (igv Köln) ausgezeichnet.** - von hcm



Bild: axentis.de/Lopata

*Sarah Hiltner und Nils Greif (beide Mitte) sind als erste Universitätsabsolventen mit dem Forschungspreis...*

Die parlamentarische Staatssekretarin und Schirmherrin des **3. Bundeskongresses Gender-Gesundheit Ingrid Fischbach** machte bei der Veranstaltung in Berlin deutlich, dass ohne eine geschlechtersensible Herangehensweise heute qualitativ gute und effektive Gesundheitspolitik kaum noch denkbar ist. „Nicht nur Frauen, sondern Frauen und Männer stehen mit ihren biologischen, sozialen, psychologischen, umweltbezogenen und kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Fokus zukunftsgerichteter medizinischer Versorgung und Prävention.“ Anlass genug, den ersten **Forschungspreis Gender-Gesundheit** ins Leben zu rufen, der am Abend des ersten Tages des Bundeskongresses für Gender-

Gesundheit in Berlin erstmalig verliehen wurde.

## Gesundheitswesen an gesellschaftliche Anforderungen anpassen

**Prof. Clarissa Kurscheid**, Studiengangsleiterin an der praxisHochschule und Leiterin des igv Köln: „Für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen müssen wir die Strukturen auch an sich wandelnde gesellschaftliche Anforderungen anpassen. In diesem Zusammenhang fördert das Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxisHochschule Projekte von jungen Menschen zum Thema Genderforschung.“

## Zwei Sieger ausgezeichnet

Insgesamt wurden neun Abschlussarbeiten aus den Fachbereichen der Medizin, Pharmazie, Pflege, Soziologie, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaften eingereicht. Die Jury hat dieses Jahr zwei Teilnehmer zu Siegern erklärt, die sich den ersten Platz teilen:

- **Sarah Hiltner**, Absolventin an der Humboldt-Universität zu Berlin, beeindruckte die Jury mit Ihrer Bachelorarbeit **„Repräsentation von Geschlecht in Kardiologie-Büchern. Darstellungen von Geschlecht und Gender in der Medizin am Beispiel des Herzinfarkts.“**
- **Nils Greif**, Absolvent an der Universität Bielefeld, widmete sich in seiner Masterarbeit dem besonderen Thema **„Der Gesundheitslebensstil von Vätern – Veränderungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durch die Vaterschaft unter Berücksichtigung subjektiver Theorien von Gesundheit .“**

## Kinder, Klinik, Karriere als Ärztin? So bringen sogar Chirurginnen Beruf & Familie unter einen Hut



**Dr. Martina Kloepfer**

Heike Dierbach | 20. Juli 2015

Mutter und Chirurgin – das passt nicht, hieß es lange. Soll die Not-Operation etwa bis morgen warten, weil die Ärztin ihr Kind gerade aus der Kita abholen muss? Eine Initiative der Klinik für Chirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) zeigt, dass es dafür Lösungen gibt – und versucht, mehr Frauen für die Chirurgie zu gewinnen. Doch bundesweit sind solche Ansätze noch selten, sagt **Dr. Martina Kloepfer**, Präsidentin des 3. Bundeskongresses GenderGesundheit in Berlin [1]: „Dabei betrifft die Vereinbarkeit von Kind und Arztberuf längst nicht mehr nur junge Frauen. Es ist eine Generationenfrage.“

### Mehr als ein Drittel der jungen Medizinerinnen würden gern Oberärztin werden

Und es besteht Bedarf: Immerhin 36% aller jungen Ärztinnen wollen Oberärztin werden, 12% sogar Chefärztin. 66% glauben aber, dass sie dafür nicht die gleichen Chancen haben. Das ergab eine Umfrage des Hartmannbundes unter knapp 3.000 Ärztinnen mit dem Ziel, mehr über die Berufschancen weiblicher Ärzte herauszufinden.

Ein Grund für die pessimistische Einschätzung der Aufstiegschancen: Für 86% war Teilzeit, zumindest phasenweise, eine Option – eine Option mit Konsequenzen. Denn 25% meinen, dass sie dann ihre Karriereziele nicht mehr erreichen können.

Immerhin: Fast jede zweite Ärztin findet, ihr Arbeitgeber habe das Problem bereits erkannt oder bemühe sich um Lösungen. Gewünscht werden vor allem flexible Arbeitszeitmodelle (89,6%), eine kompatible Kinderbetreuung (86,1%), Programme nach der Elternzeit (63,3%) und Teilzeit für Führungspositionen (56,7%). Der Hartmannbund resümiert: „Es gibt noch viel zu tun!“

### Wer Ärztin werden will, sollte den Traum nicht aufgeben

Eine Ärztin sollte sich nur gezielt eine Klinik suchen, die sich das Thema Vereinbarkeit auf die Fahnen geschrieben hat. Dr. Martina Kloepfer

Das kann Kloepfer unterschreiben. Dennoch würde sie einer jungen Frau, die Kinder und Karriere möchte, nicht von einem Medizinstudium abraten: „Sie sollte sich nur gezielt eine Klinik suchen, die sich das Thema Vereinbarkeit auf die Fahnen geschrieben hat. Das sind in Deutschland noch wenige, aber es gibt sie.“ Etwa in Lübeck: Die Universitätsklinik dort hat 2012 das Projekt „[FamSurg – Förderung von Frauen und familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie](#)“ gegründet.

Es gibt bereits eine Kita mit angepassten Öffnungszeiten – allerdings reichen die Plätze nicht für alle, jetzt wird angebaut. Die Arbeitszeiten können individuell vereinbart werden. Und eine Schwangerschaft bedeutet nicht mehr automatisch die Verbannung aus dem OP. Die Erfahrungen in Lübeck sind gut: „Teilzeit kann sowohl im normalen Klinikalltag als auch in der klein-segmentierten Aufgabenspezialisierung realisiert werden“, ermutigt das Projekt.

FamSurg sammelt auch positive Vorbilder aus anderen Kliniken. Tatsächlich wurde eine Frau gefunden, die 4 Jahre Oberärztin in Teilzeit (80%) war und inzwischen Chefärztin (in Vollzeit) ist. Ihre Botschaft an den Nachwuchs: „Chirurgie und Familie ist realisierbar. Just do it!“

### Wollen Ärztinnen ihr Kind bis 21:30 Uhr in der Kita lassen?

Auch Männer möchten nicht mehr so viel arbeiten wie bisher, sogar wenn sie keine Kinder haben. Dr. Martina Kloepfer

Die Unfallklinik Murnau in Bayern bietet eine Kinderbetreuung ab dem Alter von 8 Wochen an 365 Tagen im Jahr, von 5:30 Uhr bis 21:30 Uhr. Abgesehen von den Elternbeiträgen finanziert das komplett die Klinik. Aber es rechnet sich offenbar: In einer [Kosten-Nutzen-Analyse](#) 2007 wurden die Ausgaben verglichen mit den Einsparungen wie weniger Kosten für Personalwechsel und weniger Ausfalltagen für Kinderbetreuung. Ergebnis: Ein Plus von 136.720 Euro im Jahr.

Aber wollen wirklich so viele Ärztinnen ihr Kleinkind bis um 21.30 Uhr in der Kita lassen oder es um 5.30 Uhr morgens abgeben? Auch etliche der von FamSurg vorgestellten Vorbilder räumen ein, dass die Doppelbelastung phasenweise sehr anstrengend ist. „Wenn beide Eltern Vollzeit arbeiten, ist es sicher Stress“, bestätigt Kloepfer, „und es kann auch nicht für alle die Lösung sein.“ Arbeitszeitmodelle müssten generell flexibler werden und sich den individuellen Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte anpassen. Klar ist aber auch: „Mit Teilzeit wird man immer noch schwer Chefärztin oder Professorin.“

### **80-Stunden-Woche? Auch Männer sind zunehmend abgeneigt**

Der Nachwuchsmangel befördert letztlich auch die Familienfreundlichkeit. Dr. Martina Kloepfer

Jedenfalls, wenn genügend Kollegen ohne Kinder (oder mit Hausfrau zu Hause), klaglos 80 Stunden arbeiten. „Die fordern dann ja auch durchaus zu Recht eine Beförderung ein“, sagt Kloepfer, „denn sie geben einen Teil ihres Privatlebens auf und möchte das natürlich entsprechend entlohnt haben.“ Für eine wirkliche Gleichberechtigung in der Klinik seien daher beide Geschlechter gefordert, auch familiäre Verantwortung zu übernehmen. „Diese Tendenz beobachte ich auch zunehmend. Auch Männer möchten nicht mehr so viel arbeiten wie bisher, sogar wenn sie keine Kinder haben.“

In bestimmten Bereichen ist dies in der Versorgung schon deutlich spürbar, etwa beim Landarztmangel. Und plötzlich sind neue Wege möglich wie die Medizinischen Versorgungszentren, in denen Ärzte angestellt und in Teilzeit arbeiten können (wie [Medscape Deutschland](#) berichtete). Das Angebot wird gut genutzt. „Der Nachwuchsmangel befördert letztlich auch die Familienfreundlichkeit“, resümiert Kloepfer. Dadurch könnten Ärztinnen im Beruf bleiben und Kinder bekommen, vielleicht sogar mehr als eines. „Verzichtet niemals für den Beruf auf Kinder“, mahnt eine Oberärztin mit 6 Kindern auf der Seite von FamSurg: „Eigene Kinder sind wertvoller als alles andere auf dieser Welt.“

### **REFERENZEN:**

1. [3. Bundeskongress GenderGesundheit: 21. und 22. Mai 2015, Berlin](#)
2. [Hartmannbund-Umfrage zu den Berufschancen weiblicher Ärzte: Mai 2014](#)

### **MEHR**

- [Gleichberechtigung für Ärztinnen: „Für junge Frauen gibt es zu wenige Vorbilder“](#)
- [Weggegangen – Platz vergangen? Karriereknick nach Elternzeit an Uniklinik](#)
- [Vom OP-Tisch vertrieben? Wie Chirurginnen trotz Schwangerschaft weiter operieren können](#)

Diesen Artikel so zitieren: Kinder, Klinik, Karriere als Ärztin? So bringen sogar Chirurgen Beruf & Familie unter einen Hut. *Medscape*. 20. Jul 2015.



## Bundeskongress Gender-Gesundheit

### Frauen sind anders krank

Es gibt typische Frauenleiden und typische Männerleiden. Die meisten Erkrankungen können jedoch jeden Menschen treffen, unabhängig vom Geschlecht. Wurden bis vor einigen Jahren gleiche Erkrankungen bei Mann und Frau auch auf die gleiche Weise behandelt, gewinnen aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse geschlechtsspezifische Diagnosen und Therapien immer mehr Bedeutung. Und nicht zuletzt spielen in diesem Zusammenhang zusätzliche Einflüsse auf die Geschlechter, – sogenannte Genderspekte – eine erhebliche Rolle, etwa soziale, psychologische und kulturelle Aspekte. Beiderlei Einflüsse wurden auf dem diesjährigen Bundeskongress Gender-Gesundheit diskutiert – unter anderem am Beispiel von Diabetes.

Einmal im Jahr findet in Berlin der Bundeskongress Gender-Gesundheit statt. Er wurde 2013 auf Initiative von Dr. Martina Kloepfer ins Leben gerufen und bietet Akteurinnen und Akteuren aus den verschiedensten Bereichen im Gesundheitswesen und der Politik eine Diskussions-Plattform, die eine geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung vorantreiben wollen. Denn obwohl das deutsche Gesundheitssystem als eines der besten weltweit gilt, besteht insbesondere bei der frauenspezifischen Forschung und Versorgung noch erheblicher Nachholbedarf. „Es ist noch nicht selbstverständlich, dass Gender-Medizin und Gender-Gesundheit im System etabliert sind“, so Dr. Martina Kloepfer, Präsidentin und Organisatorin zum Auftakt des diesjährigen Kongresses. „Wir wollen uns dieses Mal konkrete Ansätze anschauen. Wo ist schon was passiert, und wo muss noch mehr passieren, damit Gendermedizin irgendwann in der ganz normalen Versorgungsrealität ankommt.“

#### Geschlechtsspezifische Unterschiede

Aufschlussreiche Forschungsergebnisse am Beispiel von Typ-2-Diabetes präsentierte Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer von der Medizinischen Universität Wien: „Diabetes ist tatsächlich eine Erkrankung, bei der geschlechtsspezifische Medizin sehr wichtig ist, weil hier biologische Faktoren, aber, genauso wichtig, auch psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Beide sollten auch deshalb nicht getrennt betrachtet werden, weil es sich bei Typ-2-Diabetes um eine Lebensstil-Erkrankung handelt, bei der sich beide Faktoren gegenseitig beeinflussen.“

Der Risikofaktor Nr. 1 für Typ-2-Diabetes ist bei beiden Geschlechtern gleich: Es ist das Übergewicht. Allerdings mit unterschiedlichen Auswirkungen. Etwa wenn es um das Zusammenspiel von Fettverteilung und Hormonen geht. Demnach kann ein niedriger Testosteronspiegel beim übergewichtigen Mann eine Insulinresistenz hervorrufen, wodurch das für die Senkung des Blutzuckerspiegels notwendige Insulin unwirksam wird. Für Frauen mit einem erhöhten Spiegel des männlichen Hormons Androgen steigt allgemein das Risiko, an Diabetes zu erkranken. Und auch die Gefahr als Folgeerkrankung einen Schlaganfall zu erleiden, ist für Frauen drei- bis siebenmal höher. Unter koronaren Herzerkrankungen als Folge des Diabetes leiden Männer zwar häufiger, Frauen hingegen müssen, wenn sie davon betroffen sind, mit einem schwereren Verlauf der Herzkrankheit rechnen.

#### Psychosoziale Einflüsse

#### ZITAT



„Mit dem Begriff Gender-Gesundheit möchten wir den gesamten Bereich einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung beschreiben.“

**Dr. Martina Kloepfer**

Organisatorin des Bundeskongresses Gender-Gesundheit

#### INFO



Mit mehr als sechs Millionen Betroffenen sowie einer hohen Dunkelziffer hat sich Typ-2-Diabetes in Deutschland zu einer regelrechten Volkskrankheit entwickelt. Ebenso wichtig wie Prävention und Früherkennung bei der Zuckerkrankheit sind wirksame Versorgungskonzepte, die Diabetikerinnen und Diabetikern den Umgang mit der Krankheit im Alltag erleichtern, um sie so vor möglichen drastischen Folgeschäden des Diabetes wie Blindheit, Amputation oder Nierenversagen zu bewahren.

#### MEHR LEBENSQUALITÄT BEI DIABETES



Für eine Reihe chronischer Erkrankungen, darunter auch Diabetes Typ-1 und Typ-2, bietet die BARMER GEK Patientinnen und Patienten die Teilnahme an Besser-Leben-Programmen an, auch bekannt unter dem Begriff „Disease Management Programm (DMP)“.

Mit der Teilnahme an einem Besser-Leben-Programm entscheiden sich Patienten für ein Plus an Behandlungsqualität. Mehr Infos über Teilnahme und Ansprechpartner finden Sie in diesem Flyer.

[Zum Download](#)

Die psychosozialen Unterschiede machen sich insbesondere bei der Bewältigung der Krankheit im Alltag bemerkbar. Frauen mit Diabetes empfinden ihre Erkrankung eher als psychisch belastend und leiden deswegen doppelt so häufig an Depressionen wie Männer. Vielfach ist die Ursache dafür wohl in der Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie zu finden. So bleibt vielen Frauen wenig Zeit für die erforderliche sportliche Betätigung oder die Zubereitung gesonderter Mahlzeiten, und sie fühlen sich mit ihrer Erkrankung allein gelassen. Ein Beispiel dafür, dass der ausschließliche Blick auf die Krankheit nicht ausreicht, um nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen.

#### **Unterschiede und Gemeinsamkeiten**

Den Fokus auf Gender-Gesundheit zu richten, bedeutet jedoch keineswegs, die Männer außen vor zu lassen. „Nicht nur die Frauen, sondern Frauen und Männer stehen mit ihren biologischen, sozialen, psychologischen, umweltbezogenen und kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Fokus zukunftsgerichteter medizinischer Versorgung und Prävention“, betonte die Parlamentarische Staatssekretärin und Schirmherrin des Kongresses, Ingrid Fischbach.

Kloepfer macht es wiederum am Beispiel von Diabetes-Patientinnen deutlich: „Der soziale Unterschied zwischen an Diabetes erkrankten Frauen und Männern ist nach meinem Dafürhalten nicht zu unterschätzen. Diabetikerinnen verfügen sehr viel häufiger als ihre männlichen Leidensgenossen über keine abgeschlossene Berufsausbildung, arbeiten Teilzeit und übernehmen nicht selten die Pflege von Angehörigen. Das macht den Umgang mit der Krankheit im Alltag schwer. Hier könnten Diabetes-Schulungen zum Beispiel Wege aufzeigen, wie sich die Bedürfnisse der Diabetikerinnen innerhalb des Ernährungsplans der gesamten Familie berücksichtigen lassen.“

#### **Fazit und Folgen**

Wie weit gelebte Gender-Gesundheit letztendlich alle gesellschaftlichen Bereiche tangiert, macht das Fazit von Schirmherrin Ingrid Fischbach deutlich: „Wir müssen die Strukturen auch an sich wandelnde gesellschaftliche Anforderungen anpassen. Ich nenne beispielhaft nur Ausbildung und Studium, die Gestaltung von Arbeitsorganisation und beruflichem Umfeld und die Besetzung von Führungspositionen mit Frauen.“

[www.bundeskongress-gender-gesundheit.de](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de)

#### **DMP BOTSCHAFTER GESUCHT**

---

Sie nehmen bereits seit einiger Zeit an einem Besser-Leben-Programm (DMP) der BARMER GEK teil und fühlen sich gut betreut? Geben Sie Ihre wertvollen Erfahrungen an Versicherte weiter, die bisher noch nicht am Programm teilnehmen.

**Rufen Sie uns an: 0800 332060 996233**

Mo-Do von 8 bis 18.30 Uhr, Fr bis 16 Uhr.  
Anrufe aus den deutschen Fest- und Mobilfunknetzen sind für Sie kostenfrei.

**EMPFEHLEN**

**TEILEN**

**NACHRICHT AN DIE REDAKTION**