

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



4 • 2020

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

Inhalt



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Geschlechts- spezifisches Wissen auf den Punkt gebracht



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
Geschäftsführerin



Judith Mollenhauer,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
figus GmbH

Die geschlechtsspezifische Medizin wird in Deutschland nach wie vor nicht adäquat beachtet und in der Therapie von Erkrankten berücksichtigt. Dabei ist sowohl im internationalen Vergleich als auch auf Studienbasis nachweislich festgestellt worden, welche schädlichen Folgen eine Missachtung in der Behandlung haben kann.

Geschlechtsspezifische Medizin in Deutschland

Dass die Körper von Frauen und Männern unterschiedliche physische Konstitutionen aufweisen, ist jedem bekannt, dennoch wird dies im medizinischen Alltag weder in der Prävention noch in der Diagnostik oder Therapie ausreichend beachtet. Dies führt nicht selten zu einer Unter- oder Fehlversorgung, insbesondere von Frauen. Denn nach wie vor werden die Erkenntnisse aus der Forschung mit den „männlichen Normkörpern“ auf die gesamte Bevölkerung übertragen. Daneben ruft die zu wenig an den Körpermerkmalen orientierte Betrachtung der Patientinnen und Patienten Versorgungsdefizite hervor. An den Krankheiten Osteoporose, Herzinfarkt und Depression wird der Missstand in der Versorgungsrealität am deutlichsten.

Der Fachbereich Gendermedizin bzw. Gendergesundheit steckt in Deutschland noch in den „Kinderschuhen“. Seit der dritten Welle der Frauenbewegung in den 1990er Jahren begannen einige Forscherinnen sich mit dem Thema zu beschäftigen und die Frau mehr in den Fokus der Medizin zu rücken. Heutzutage erweitert sich das Blickfeld neben der Fokussierung auf die Frauengesundheit, auch auf die der Männer und weiterer Geschlechter. Dafür engagieren sich Forschungsinstitute und Vereinigungen sowie Lehrstühle und Projekte deutschlandweit. Ziel ist dabei die Gesellschaft für diese Thematik zu sensibilisieren. Trotz mehr als 20 Jahre Forschung im Kontext der geschlechtsspezifischen Medizin ist die Einbettung dessen in die Leitlinien nach wie vor unterrepräsentiert, mit Ausnahme der Leitlinien für koronare Herzkrankheiten und Depression. Frauen sind in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert, sodass die Arzneimittelverschreibungen weiterhin auf den Normwerten basieren.

Internationaler Vergleich

Deutschland ist im Kontext der geschlechtsspezifischen Medizin insbesondere im Vergleich zu den Ländern Österreich, Niederlande, Schweden, Kanada, USA und Israel als „Schlusslicht“ anzusehen.

In den USA beispielsweise gründeten Ärztinnen und Ärzte das Laura W. Bush Institute für Frauengesundheit, worüber Schulungen zur genderspezifischen Medizin für ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sowie für medizinische Fachangestellte angeboten werden. Über Tedx Events und Talks klären Gendermedizinerinnen und -mediziner die Gesellschaft sowie Fachleute auf und sensibilisieren sie für die Thematik. Diese Plattform gilt in Israel ebenfalls als wichtiges Instrument, das Ziel zu erreichen, eine allgemeine Präsenz in der Bevölkerung zu schaffen. Besonders hervorzuheben ist die Forderung US-amerikanischer und europäischer Forscherinnen, Frauen wieder in klinische Studien einzuschließen. Zudem werden über das in Schweden aufgebaute Karolinska Institut – Center of Medicine Fort- und Weiterbildungen in Form von Online Kursen und Vorlesungen angeboten. Schweden und die USA sind in Kooperation getreten, um Fragestellungen rund um das Thema gemeinsam bewältigen zu können und um von den Konzepten und Ansätzen des jeweils anderen Landes zu lernen und zu profitieren. Durch Einsatz des Canadian Institute of Gender and Health in Kanada konnten dort die Leitlinien so modifiziert werden, dass bereits 35% der Leitlinien geschlechtsspezifische Medizin mit aufgreifen.

Während der niederländische Staat die Implementierung von geschlechtsspezifischen Lehrinhalten an allen Universitäten fordert, ist Gendermedizin in israelischen Lehrplänen der Humanmedizin bereits enthalten, in Österreich sogar verpflichtend.

Universitäre Situation in Deutschland

In Deutschland spielt geschlechtsspezifische Medizin an universitären Einrichtungen eher eine untergeordnete Rolle wie zuletzt an der neu vorgelegten Approbationsordnung 2019 deutlich wurde. Nur vereinzelt bieten humanmedizinwissenschaftliche Curricula Raum und Zeit für genderspezifische Themen. Laut Studierendenbefragungen des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. sind mangelndes Geschlechterwissen an den Fakultäten, geringe zeitliche Ressourcen, wenig Interesse der Lehrenden sowie fehlende Transparenz über die Lehrinhalte Gründe für die

mangelnde Integration. Nach Deskription der Fakten wird deutlich, dass bereits die Basis gendermedizinischer Versorgung auf instabilem Grund fußt und eine Top down ausgerichtete Vermittlung der Lehrinhalte nicht stattfindet.

Welche Auswirkungen Wissensdefizite von Medizinerinnen und Mediznern während der Diagnostik bei Patientinnen und Patienten haben können, zeigt die Studie von Bönnte et al. (2008). Die Studie verdeutlicht Unterschiede im Wissen um geschlechtsspezifische Inhalte von Ärztinnen und Ärzten in den USA, Deutschland und Großbritannien. Mithilfe dieser länderübergreifenden Studie zu Geschlechtsunterschieden in der Diagnose von koronaren Herzkrankheiten (KHK) wurde nachgewiesen, dass Hausärztinnen und Hausärzte in den USA gendersensiblere Empfehlungen aussprechen als deutsche oder britische Ärztinnen und Ärzte. Die Forschenden erhoben in jedem Land Daten von 128 Hausärztinnen und Hausärzten, die Behandlungsempfehlungen basierend auf nachgestellten Patientenvideos aussprachen. Die durch professionelle Schauspielerinnen und Schauspieler dargestellten Patientinnen und Patienten in den Videos wiesen identische Krankheitssymptome auf und unterschieden sich ausschließlich in Eigenschaften wie Alter, Geschlecht oder Herkunft. Die beschriebenen Symptome sollten zu einer KHK Diagnose führen. Die hier beschriebene Studie konzentriert sich ausschließlich auf Geschlechtsunterschiede in der Patientenbehandlung. Die Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer Ausbildung geschlechtsspezifische Inhalte erlernten, wendeten diese zielgerichtet an. Die Forschenden stellten in ihrer Analyse fest, dass sich die Diagnostiken sowie die Patientengespräche stark nach Geschlechtern unterschieden haben. So wurden in den Diagnostikgesprächen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten zum Beispiel Männer in allen Ländern häufiger nach ungesunden Lebensgewohnheiten befragt, als Frauen.

Jedoch zeigte sich, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte in den USA aufgrund ihres im Studium erlangten Wissens gendersensibler handelten als die Ärztinnen und Ärzte der anderen beiden Länder.

Dies kann aus der Anzahl an diagnostizierten KHK bei Männern und Frauen abgeleitet werden. In den USA diagnostizierten die Ärztinnen und Ärzte die Krankheit KHK nur etwa 3 % weniger bei Frauen als bei Männern, wohingegen in Großbritannien und Deutschland mehr als 10 % weniger Frauen diagnostiziert wurden. Das Ergebnis lässt darauf schließen, dass Frauen im Vergleich zu Männern mit gleichen KHK-Symptomen oft keine ihrer Erkrankung entsprechenden Therapien erhalten.

Zertifikatskonzept – Chance zur Verbreitung von Fachwissen

Damit der Thematik der geschlechtsspezifischen Medizin mehr Aufmerksamkeit zukommt und sie in der Praxis Anwendung findet, können unterschiedliche Ansätze verfolgt werden. Allen ist gemein, dass der Aufbau von Wissen rund um die Thematik im Vordergrund steht. Nun ist dies einerseits über die Patientinnen und Patienten möglich. Die aktuelle Versorgungsleitlinie zu KHK beispielsweise empfiehlt den direkten Einbezug der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsplan in Form von Shared-Decision-Making. So ist die Chance gegeben, dass Patientinnen und Patienten explizit nach genderspezifischen Therapien fragen. Aufgrund von Informationsasymmetrien und gelebter paternalistischer Entscheidungsfindung gestaltet sich der Ansatz über Empowerment der Patientinnen und Patienten schwierig und wird im ärztlichen Alltag kaum umgesetzt. Dabei stehen Ärztinnen und Ärzte bei Diagnostik und Therapiefindung in der Verantwortung ebenso genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Nur, wenn sie die Unterschiede und die geschlechtsindividuellen Aspekte in ihrem Studium nicht gelernt haben, ist eine Beachtung dessen nicht möglich. Seit Jahren schon wird von Medizinerinnen gefordert, das Wissen um geschlechtsspezifischer Medizin curricular umzusetzen, dies geschieht bis heute allerdings nicht. Folglich müssen andere Wege gefunden werden, den Medizinerinnen und Medizinern die nachgewiesenen Kenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden attraktiv und adäquat anzubieten. Ein Angebot zur Weiterbildung können Zertifikate sein. Zertifikate sind ein Instrument,

die einerseits Wissen optimieren und andererseits nach außen hin Qualität repräsentieren. Die Zusatzqualifikation weist nicht nur den Medizinerinnen und Medizinern nach, dass sie diese Wissenslücke geschlossen haben, sie belegt auch die Offenheit zur spezifischen und individuellen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Mittels eines Gendermedizin-Zertifikats wird die Weiterbildung von Studierenden wie praktizierenden Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen fokussiert. Interessierten wird eine Lernplattform zur Verfügung gestellt, über die Wissen vermittelt wird, damit darüber Sicherheit im Umgang von genderspezifischer Diagnostik und Therapie entsteht. Neben den Modulen verschiedener Rubriken, reflektieren Fragen im Prüfungsformat das Wissen der Durchführenden. Zum Abschluss einer erfolgreich absolvierten Gendermedizin-Fortbildung folgt die personalisierte Ausstellung des Zertifikats. So haben die Medizinerinnen und Mediziner einen persönlichen Benefit und verbessern ihre Wettbewerbssituation auf dem Markt. Zudem erwirkt der Aushang des Zertifikats Aufmerksamkeit bei den Patienten.

Eine solche niedrigschwellige Fortbildung fördert bei Patientinnen und Patienten wie auch bei Ärztinnen und Ärzten die Aufmerksamkeit und das Wissen um geschlechtsspezifische Medizin und erwirkt zielgerichtet eine Verbesserung der Versorgung. Der hier nachverfolgte Bottom up Ansatz wirkt von den Leistungserbringenden der Mikroebene auf die Meso- und Makroebene, mit dem Ziel einer breiten Sensibilisierung für die geschlechtsspezifische Medizin.

¹Bönte M., von dem Knesebeck O., Siegrist J., Marceau L., Link C., Arber S., Adams A., McKinlay J. B. (2008) Women and Men with Coronary Heart Disease in Three Countries: Are They Treated Differently? <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1049386708000042>. Zugriff am 10.11.2020.