

## Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung.

### 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit vom 21. bis 22. Mai 2015 in der Landesvertretung Baden-Württemberg, Berlin

#### Zusammenfassung

Der dritte Bundeskongress Gender-Gesundheit fand im Mai 2015 in Berlin statt. Das Schwerpunktthema der diesjährigen Tagung lautete „Gender und Diabetes“. Auf dem Kongress wurde die Notwendigkeit einer geschlechterunterscheidenden Betrachtung der Medizin hervorgehoben und es wurden praktische und politische Implikationen für eine bessere medizinische Versorgung diskutiert.

#### Schlüsselwörter

Medizin, Gender, Gesundheit, Führungsfrauen, Diabetes

#### Summary

Challenges and Potentials of Gender-Specific Health Care. Third Federal Congress Gender Health, 21/22 May 2015, Representation of Baden-Württemberg to the Federation, Berlin

The Third Federal Congress Gender Health was held in Berlin in May 2015. The main topic of the conference was „Gender and Diabetes“. The congress highlighted the gender-differentiated perspective on medicine and discussed practical and political implications for better medical care.

#### Keywords

medicine, gender, health, women in leadership positions, diabetes

Im Mai 2015 fand in Berlin der dritte Bundeskongress Gender-Gesundheit statt, der die „Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung“ in den Fokus stellte. Die Notwendigkeit einer geschlechterunterscheidenden Betrachtung der Medizin wurde bereits im Kongressprogramm vorausgesetzt: „Die Forschung zeigt [...], dass sich männliche und weibliche Gesundheit signifikant voneinander unterscheiden.“<sup>1</sup> Damit bestand das Ziel des Kongresses weniger darin, diesen Sachverhalt wissenschaftlich zu befragen, sondern war eher ein praxisorientiertes und politisches: „Anspruch des Kongresses ist es, die unterschiedlichen Zugänge und Versorgungsnotwendigkeiten beiderlei Geschlechter in den Fokus zu nehmen, um damit eine möglichst zielgenaue Versorgungseffizienz der auf allen Ebenen knapper werdenen Ressourcen zu fördern“<sup>2</sup>. Im Kongress ging es jedoch nicht nur um das Geschlecht der PatientInnen, sondern auch um das der AkteurInnen im Gesundheitsbereich. Ein Ziel bestand darin, die Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen zu erhöhen.

1 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit. Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung [Kongresseinladung und -programm]. Zugriff am 11.08.2015 unter [www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/kongress-2015/anmeldung-programm](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de/kongress-2015/anmeldung-programm).

2 Ebd.

Darüber hinaus gab es ein medizinisches Schwerpunktthema: „Gender und Diabetes“. Mit rund 200 TeilnehmerInnen aus dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft und der Politik wurde das heterogene Themenspektrum aus der Sicht verschiedener AkteurInnen erörtert. Außerdem wurde in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung (igv) der praxisHochschule Köln erstmalig der Forschungspreis Gender-Gesundheit vergeben; PreisträgerInnen waren Sarah Hiltner und Nils Greif.

Bereits in der Eröffnungsansprache verwies Kongresspräsidentin *Martina Kloepfer* (Female Resources in Healthcare) darauf, dass das Thema „Gender in der Medizin“ mittlerweile in der Regierungspolitik angekommen und im geltenden Koalitionsvertrag sowie im Kabinettsentwurf des aktuell zur Beratung anstehenden Präventionsgesetzes erwähnt sei – hier als Erfordernis, „geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“. Den daraus abzuleitenden politischen Handlungserfordernissen war die abschließende Podiumsdiskussion gewidmet (siehe unten). Die diesjährige Schirmherrin *Ingrid Fischbach* (MdB), Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, verortete das Thema „Gender und Gesundheit“ mit seinen Wurzeln in der Frauenbewegung, um sich dann den zukünftigen Herausforderungen zuzuwenden. So werde der Frauenanteil vor allem bei den niedergelassenen ÄrztInnen rapide steigen. Der hohe Frauenanteil müsse sich jedoch auch in Führungspositionen niederschlagen. Hier sah sie Kernprobleme in der Benachteiligung durch Teilzeit, „Rollendenken“ und verkrustete hierarchische Strukturen. Die Beseitigung dieser Probleme erfordere veränderte Selbstbilder von Frauen, aber auch gesetzliche Regelungen wie eine Modernisierung des Arbeitsschutzes von Schwangeren und die Möglichkeit von Teilzeitausbildungen. Was die inhaltliche Seite der Gender-Medizin betrifft, verwies sie auf das bereits erwähnte geplante Präventionsgesetz, das bei Krankenkassenleistungen „geschlechtsspezifische Besonderheiten“ berücksichtigen soll.

In seiner Einführung zum diesjährigen Schwerpunktthema „Gender und Diabetes“ stellte der Diabetologe *Christian Klepzig* (Offenbach) heraus, dass Frauen als Patientinnen mit Diabetes Typ II von Schuldzuweisungen – fremden wie eigenen – betroffen seien und als adipös stigmatisiert würden, was bei Männern sehr viel weniger der Fall sei. Hier sah er Nachholbedarf in der Ausbildung und verwies zugleich auf ein Problem des Fachgebiets, das als „nicht sexy“ gelte und von „alten Männern“ dominiert sei. Seiner Ansicht nach erfordert die Diabetesbetreuung „Generalisten“, was er auch als Chance für Frauen betrachtete, denen er diese Kompetenz eher zusprach.

Die Vorträge des ersten Plenums drehten sich laut Programm um „Strukturansätze“ und thematisierten unterschiedliche Facetten der Ausbildung und des Arbeitshandelns im Gesundheitsbereich. *Margrit-Ann Geibel* (Universität Ulm) stellte neue „Ausbildungswege in der Zahnärztlichen Chirurgie“ vor. Ausgehend von ihrer Erfahrung, dass insbesondere Zahnärztinnen sich nach der Ausbildung unsicher und wenig kompetent fühlten, diagnostizierte sie ein Problem fehlender Standards in der zahnchirurgischen Ausbildung. Daraus leitete sie die Forderung ab, dass neue Lernmethoden und insbesondere monoedukative Kurse für bessere Leistungsstandards sorgen könnten. Von der störungsfreien Atmosphäre, der Entlastung von Rollenzwang und Konkurrenz würden insbesondere Frauen profitieren. Studentinnen gingen eher mit dem „weiblichen Blick“ der „Kümmerin“ an eine ganzheitliche Versorgung von PatientInnen heran und wollten deshalb mehr Sicherheit in der Ausbildung, während Studenten eher eine höhere Be-

zahlung anstreben. Obwohl sie konstatierte, dass eine Sensibilisierung für den Gesamtblick für alle zukünftigen ZahnchirurgInnen wichtig sei, blieb offen, wie dieses Ziel Männern nähergebracht werden könnte.

Die beiden weiteren Vorträge thematisierten den im medizinischen Diskurs weniger beachteten Bereich der Pflege. *Christel Bienstein* (Universität Witten-Herdecke) beleuchtete die „Akademisierung in der Pflege“. Die bislang vorherrschende berufsfachliche Ausbildung würde den gestiegenen Anforderungen an die Kompetenzen von Pflegeberufen nicht mehr gerecht. Einen bedeutsamen Unterschied zwischen Ausbildung – einschließlich Fortbildungen – und Studium sah sie darin, dass Studierende lernten, kritische Fragen zu stellen und auf Augenhöhe mit dem ärztlichen Personal zu kommunizieren. Gegen eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die auch die Substitution (anstatt nur Delegation) von Aufgaben einschließe, gebe es jedoch noch Vorbehalte, vor allem von Seiten älterer (männlicher) Ärzte gegenüber dem (überwiegend weiblichen) Pflegepersonal.

*Rita Gabler* (Palliativ Team Erding) ordnete in ihrem Vortrag „Flache Hierarchien – gemischte Teams“ zunächst im historischen Rückblick die „weibliche“ Krankenpflege als Gegenstück zu einer „männlich“ gewordenen, ärztlich-naturwissenschaftlichen Medizin ein. Die Palliativmedizin verkörpere hingegen eine „Rückkehr der Medizin zu ihrem Ursprung“, da sie weitgehend ohne Diagnostik und belastende Therapien auskomme und die pflegende, sorgende Tätigkeit im Vordergrund stehe. Dies sei eine gute Voraussetzung für flache Hierarchien. Hier könnten vor allem Frauen „geschlechtsspezifische Basiskompetenzen“ einbringen und wieder eine „sanfte Medizin“ einführen, in der zwischenmenschlicher Kontakt, Liebe, Berührung und „Resonanz“ im Vordergrund stünden. Der Vortragstitel zielte allerdings auf die Zusammenarbeit in gemischten Teams. Abgesehen von der These, dass diese Zusammenarbeit zu einem „mixed gender affidamento“ führen könne, wurden die Basiskompetenzen, die Männer einbringen könnten, angesichts der ihnen zugeschriebenen „harten“, naturwissenschaftlich dominierten Medizin nicht deutlich.

Einleitend zum Plenum „Frauen und Führung“ wurden zwei Pilotinnen (*Susanne Keimel/Nina Moers*, Vereinigung Cockpit) als Führungsfrauen dazu befragt, was die Medizin von der Luftfahrt lernen könne – vor dem Hintergrund der Frage, ob Frauen eine spezielle Förderung für einen Aufstieg benötigen oder gerade nicht. Diese Frage wurde jedoch nicht beantwortet, ebenso wenig wie die Frage nach der grundsätzlichen Vergleichbarkeit der Karrieren von Frauen in Medizin und Luftfahrt. In der Luftfahrt sei offener Sexismus weitgehend tabu, dennoch gebe es in höheren Führungspositionen kaum Frauen. Die Pilotinnen betonten, dass die Summe der gleichen Eigenschaften von Männern und Frauen in ihrem Berufsfeld größer sei als die Summe der Unterschiede, weil es sich um eine Gruppe handele, die ein sehr spezielles Anforderungsprofil erfüllen müsse, etwa beim Umgang mit Störungen. Dieser Aspekt mündete in eine Diskussion über Standardisierung und eine professionelle Fehlerkultur, die als grundsätzliche Empfehlung für die Medizin übernommen wurde. Die Frage, warum es in der Luftfahrt trotz hochgradig standardisierter Verfahren so wenige Frauen in höheren Führungspositionen gibt, wurde nicht verfolgt.

Aus dem Gesundheitsbereich selbst äußerten sich *Karin Wahl* und *Regine Rapp-Engels* zum Thema Führungsfrauen. *Karin Wahl* (Deutscher Pharmazeutinnen Verband)

referierte über die „Führungsqualitäten von Frauen – Herausforderungen und Chancen“. Ausgehend von ihrer eigenen langjährigen Berufserfahrung und ihrer Erfahrung bei der Initiierung des ersten Pharmazeutinnenkongresses, der unter schwierigen Bedingungen gegen leitende Männer im Berufsverband durchgesetzt worden sei, ermutigte sie Frauen zu einer Qualifizierung in Führung und Management. Frauen könnten die besseren Führungskräfte sein, weil sie besser zuhören könnten und nicht mit einer „Siegerstrategie“ verhandeln würden. Diese These illustrierte sie mit einem Streifzug durch Studien zu Führungsfrauen, die allerdings keinen Bezug zum Gesundheitsbereich aufwiesen. Ihre Empfehlung lautete: „Frauen sollten sich treu bleiben und nicht die besseren Männer werden wollen“.

*Regine Rapp-Engels* (Deutscher Ärztinnenbund) stellte in ihrem Vortrag „Frauen in Entscheidungsgremien“ zunächst heraus, dass die angesichts hoher Studentinnenzahlen allseits diagnostizierte „Feminisierung“ der Medizin ein pathologischer Begriff sei, der auch von Organisationen wie der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verwendet werde, um Frauen zu diskreditieren. In medizinischen Führungspositionen und den obersten Gremien des Gesundheitswesens sei die Vertretung von Frauen noch äußerst marginal. Detailliert beleuchtete sie die Situation in der Bundesärztekammer und im Gemeinsamen Bundesausschuss, der unter anderem Entscheidungen über die medizinische Versorgung und die Leistungen der Krankenkassen trifft. Um den Anteil von Frauen in diesen wichtigen Gremien zu erhöhen, müsse man früh ansetzen, da deren Mitglieder nicht direkt gewählt werden, sondern sich aus RepräsentantInnen von Organisationen (Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, PatientInnenverbände u. a.) zusammensetzen, d. h., Frauen und Männer müssten zunächst einmal dort eine repräsentative Position erreichen, um entsendet zu werden. Dazu gehöre vonseiten der Frauen auch, sich dies zuzutrauen und ein ermüdendes Spiel mitzuspielen. Von den Organisationen forderte sie neben neuen Arbeitszeitregelungen eine Frauenquote.

Unterschiedliche Aspekte aus dem Bereich Gender und Medizin wurden in fünf Workshops vertieft. Die TeilnehmerInnen des Kongresses hatten die Möglichkeit, sich ausgehend von Impulsvorträgen intensiver mit den Themen „Gendermedizin im Studium“, „Strukturen und geschlechtsspezifische Karrieren in der Universitätsmedizin“, „Ältere Männer in der Partnerinnenpflege“, „Gendergerechte Medizin – ein Konflikt mit der Realität?“ und „Diabeteserkrankung mit Migrationshintergrund – spielt das Geschlecht eine Rolle?“ auseinanderzusetzen.

Das anschließende Plenum war dem Themenkomplex „Diagnose & Therapie“ gewidmet. Zum Schwerpunktthema „Gender und Diabetes“ referierte *Alexandra Kautzky-Willer* (Universitätsklinik Wien) die Ergebnisse verschiedener Studien. Als stärkere Risikofaktoren einer Diabeteserkrankung von Frauen stellte sie einen geringen Bildungsstand und Bewegungsmangel heraus. Als Therapie komme für beide Geschlechter vor allem eine Lebensstilintervention infrage: gesunde Ernährung, Bewegung, Gewichtsreduktion. Es gelte, neben biologischen auch psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen. Die Datenlage für geschlechtsspezifische Metaanalysen, so kritisierte Kautzky-Willer, sei insgesamt noch mangelhaft.

*Ingeborg Singer* (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) bezog sich in ihrem Vortrag „Fehler und Fehlermanagement“ auf den Befund, dass bei Patientinnen seit Jahren mehr Behandlungsfehler gemeldet und bestätigt würden. In einer genaueren

Analyse schlüsselte sie auf, dass die Fehlermeldungen bei Patientinnen vor allem im ambulanten Bereich und verstärkt in der Zahnmedizin erfolgten und dass es sich bei Patienten vor allem um grobe Behandlungsfehler handle. Dies führte sie zu der Hypothese, dass Frauen kritischer mit Behandlungen umgingen und höhere Ansprüche hätten, Männer hingegen eher bei gravierenden Schäden aktiv würden.

*Stevie Meriel Schmiedel* (Pinkstinks) beleuchtete das Thema „Gender und Essstörungen: neue Therapiekonzepte“. Sie bemängelte, dass die ihrem Befund nach zunehmend auftretenden Essstörungen von Mädchen wenig thematisiert und beforscht würden. Die Initiative „Pinkstinks“ tritt mit verschiedenen Aktionen für vielfältigere Körperbilder in den Medien ein und bekämpft die Verbreitung eines „magersüchtigen“ Schönheitsideals insbesondere durch Werbung und Castingshows.

Zwei Vorträge widmeten sich dem Thema „Männergesundheit“. *Doris Bardehle* (Stiftung Männergesundheit) schilderte in „Männergesundheit – eine Frage der Definition“ die langjährigen Bemühungen um eine politisch tragfähige Definition. Die schließlich entwickelte Begriffsbestimmung ist stark an die sehr viel früher formulierte Definition von Frauengesundheit angelehnt und umfasst biologische, psychische und soziale Aspekte. Gerade in dieser allgemeinen Form wurde jedoch der Nutzen einer eigenständigen Definition von Männer- versus Frauengesundheit nicht recht deutlich. *Romeo Bissuti* (Männergesundheitszentrum Wien) schilderte in seinem Vortrag „Männergesundheit von sozial benachteiligten Zielgruppen fördern“ eigene praktische Erfahrungen in der Beratung von Männern. Beispielsweise würden Männer eine Opfererfahrung häufiger mit einer „Hypermaskulinisierung“ kompensieren. Er betonte jedoch, dass es große Unterschiede zwischen Männern gebe: Häufig sei eine soziale Benachteiligung entscheidender als das Geschlecht. So sah er eine Versorgungslücke insbesondere bei Migranten.

Die abschließende Podiumsdiskussion zwischen Wissenschaftlerinnen und PolitikerInnen gestaltete sich thematisch heterogen. *Clarissa Kurscheid* (Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung Köln) thematisierte „geschlechtsspezifische Karrierebrüche“ aufgrund von Kinderbetreuung und stellte die wechselseitige Kinderbetreuung von Studierenden mittels eines Gutscheinsystems als *eine* Lösungsmöglichkeit vor. *Vera Regitz-Zagrosek* (Charité) plädierte dafür, „jedes Geschlecht optimal zu behandeln“ und dies als Frage der medizinischen Qualität zu begreifen, denn Frauen und Männer seien genetisch unterschiedlich – und dies lasse sich auch nicht „gendermäßig wegdiskutieren“, so ein Seitenhieb auf die Gesellschaftswissenschaften. Die Diskussion der beteiligten BundespolitikerInnen der derzeitigen Regierungs- und Oppositionsparteien drehte sich vor allem um das geplante Präventionsgesetz. Kontrovers wurde diskutiert, ob ein Genderbezug notwendig oder ob die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung – ohne Ansehen des Geschlechts – vorrangig sei.

Insgesamt fächerte der Kongress das Thema Gender-Gesundheit in ein breites Spektrum auf: Aufseiten der AkteurInnen ging es nicht nur um den in medizinischen Debatten oft dominanten ärztlichen Bereich, sondern auch um die Pflege, den pharmazeutischen und den psychosozialen Bereich. Hinsichtlich der PatientInnen war man auch jenseits des Geschlechts um Heterogenität bemüht: So wurden explizit MigrantInnen, Unterschiede im Bildungsstand und weitere soziale Ungleichheiten thematisiert. Die Themen Intersexualität, Transsexualität und das gesamte Spektrum nicht-heterosexuel-

ler Lebensformen kamen allerdings kaum vor, sodass eine binäre Geschlechterkategorie die unhinterfragte Ausgangsfolie bildete. Anhand der Beiträge lässt sich jedoch gerade die im Programm aufgestellte These, dass Geschlechterungleichheiten in der Medizin bereits wissenschaftlich geklärt seien, kaum aufrechterhalten. Stattdessen zeigte sich die Gefahr, Geschlechterunterschiede entlang von Stereotypen zu produzieren, die in einzelnen Beiträgen recht unbedarft herangezogen wurden. So wurde auf dem Kongress insgesamt deutlich, dass in vielen Bereichen der Medizin noch systematisch erhobene Daten fehlen und Studien, die das Geschlecht thematisieren, erst in Ansätzen vorhanden sind. Hierfür ein Bewusstsein zu schaffen, ist ein Verdienst dieses Kongresses.

## Zu den Personen

*Ulla Hendrix*, Dipl.-Soz.Wiss., wissenschaftliche Mitarbeiterin. Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterforschung, Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Arbeits- und Organisationssoziologie.  
E-Mail: [ulla.hendrix@netzwerk-fgf.nrw.de](mailto:ulla.hendrix@netzwerk-fgf.nrw.de)

*Meike Hilgemann*, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin. Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterforschung, Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Übergang Bachelor/Master.  
E-Mail: [meike.hilgemann@netzwerk-fgf.nrw.de](mailto:meike.hilgemann@netzwerk-fgf.nrw.de)

*Jennifer Niegel*, Dipl.-Soz.Wiss., wissenschaftliche Mitarbeiterin. Koordinations- und Forschungsstelle des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterforschung, Hochschul- und Wissenschaftsforschung, empirische Sozialforschung.  
E-Mail: [jennifer.niegel@netzwerk-fgf.nrw.de](mailto:jennifer.niegel@netzwerk-fgf.nrw.de)