



Dr. Monika Weber

Gender Mainstreaming in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

*Vortrag auf dem Sektionsvorstandstreffen der Ärztekammer Westfalen-Lippe am
25.02.2003 in Münster*

Meine Damen und Herren,

ich danke Frau Dr. Diekhaus für die freundliche Überleitung. Ich werde im folgenden versuchen, den Bogen vom theoretischen Konzept und den Grundideen des Gender Mainstreaming hin zur Praxis der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zu schlagen. Welche Bedeutung hat die Geschlechterfrage für die Medizin und wie kann Gender mainstreaming in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung umgesetzt werden? Anhand konkreter Beispiele aus zwei Fachdisziplinen – aus der Kardiologie einerseits und aus den Bereichen Psychiatrie/Psychosomatik/Sucht andererseits – werde ich danach fragen, welche Erkenntnisse eine nach Frauen und Männern differenzierte Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hervorbringen kann und welche praktischen Konsequenzen daraus für ärztliches Handeln zu ziehen sind.

Einführung: Gesundheit hat ein Geschlecht

Um Chancengleichheit in allen gesellschaftlichen Bereichen überhaupt realisieren zu können, ist die differenzierte Betrachtung von Frauen und Männern unabdingbare Voraussetzung das ist eine dem Gender Mainstreaming Ansatz zugrunde liegende Erkenntnis. Für die Medizin gilt darüber hinaus, dass die Differenzierung nach Geschlecht ein wesentliches Qualitätsmerkmal bedarfsgerechter Versorgung ist. Wir wenden uns heute an Sie in Ihrer Funktion als Sektionsvorstand, als Verantwortung Tragende im Bereich der ärztlichen Fort- und Weiterbildung mit der Ermutigung, dieser Erkenntnis Beachtung zu schenken. Bevor ich das aber tue, möchte ich Sie zunächst einmal bitten, sich ganz privat einige Fragen zu stellen. Überlegen Sie doch einmal bitte, jede und jeder für sich.

- Wer kümmert sich in Ihrer Familie um die Arztbesuche, die Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen für die Kinder? Und wer weiß, wo die Impfbücher aufbewahrt sind? Mutter oder Vater?
- Wer von Ihnen selbst geht häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen? Sie oder Ihr Partner, ihre Partnerin?
- Wenn Sie Gäste haben, was bieten Sie den Männern, was bieten Sie den Frauen an alkoholischen Getränken an?
- An wen denken Sie, wenn vom 'typischen Herzinfarktpatienten' die Rede ist? Sehen Sie einen Mann oder eine Frau vor Ihrem inneren Auge?

Ich hoffe, dass Ihnen diese Beispiele vor Augen führen, dass Sie, dass ich, dass wir alle in unserem Alltagswissen Unterschiede zwischen Frauen und Männern machen, was ihr Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten, ihre Betroffenheit von und ihr Umgang

mit Krankheit angeht. Wir beobachten diese und nehmen sie wahr, oder aber wir setzen sie einfach voraus – vielleicht ohne dass uns dieses immer bewusst ist und ohne dass unsere Annahmen tatsächlich der empirischen Realität stand halten.

Ich hoffe, dass Ihnen anhand dieser Beispiele weiterhin klar wird, dass wir Menschen nicht als geschlechtsneutrale Wesen wahrnehmen. Den Menschen an sich gibt es nicht und ‚den Menschen‘ können wir uns auch gar nicht vorstellen; wir denken, wir erfahren und wir handeln immer in den sich Kategorien ‚Frau‘ und ‚Mann‘. Wir nehmen Menschen als Männer oder eben als Frauen wahr und wir verhalten uns und inszenieren uns selbst, je nachdem ob wir Männer oder Frauen sind. Die geschlechterdifferenzierte Forschung hat aufgedeckt, dass immer dann, wenn undifferenziert von Menschen, Patienten o. ä. die Rede ist, häufig nur Männer tatsächlich gemeint sind. Prof. Thürmann hat beispielsweise noch vor kurzem in einem Artikel für das Westfälische Ärzteblatt (10/2002) darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit von Medikamenten oftmals allein an gesunden, jungen Männern klinisch-pharmakologisch untersucht worden ist – in den Beipackzetteln werden die Dosierungshinweise aber immer für ‚Erwachsene‘ ganz allgemein ausgesprochen. „Kommt ein Mann zum Arzt“ steht also nicht allein für den Anfang vieler bekannter Witze, sondern steht sehr viel grundsätzlicher für eine Orientierung auch der Medizin und des Gesundheitssystems am ‚Normalfall: Mann‘, gegenüber dem Frauen häufig als ‚atypisch‘, als das ‚Andere‘, als Abweichung oder gar als defizitär wahrgenommen werden – eine Orientierung, für die auch Medizinerinnen und Mediziner jetzt zunehmend sensibel werden und die sich zunehmend aufweicht und verändert.

Welche Bedeutung hat nun das Geschlecht, haben ‚sex‘ und ‚gender‘ für Gesundheit und Krankheit? Unmittelbar einleuchtend ist, dass es Krankheiten gibt, die ausschließlich Frauen bzw. Männer betreffen wie beispielsweise Brustkrebs oder Prostatakrebs. Männer und Frauen unterscheiden sich aber auch hinsichtlich

- ihres Gesundheitsbewusstseins, d. h. wie und wann für sie gesundheitliche Aspekte relevant werden, (unterschiedlicher Gesundheitsbegriff)
- ihres Gesundheitsverhaltens, d. h. wie sie ihre Gesundheit erhalten bzw. wie sie sie durch riskante Verhaltensweisen auch gefährden, (Frauen nehmen signifikant häufiger Vorsorgeuntersuchungen wahr; je härter die Konsummuster von Drogen sind, umso höher ist der Anteil der Männer),
- ihres Krankheitsspektrums, d. h. von welchen Krankheiten sie betroffen sind (vgl. z. B. Herzinfarkt, Lungenkrebs, psychosomatische Störungen),
- und ihrer Krankheitsbewältigung, d. h. was sie unternehmen, um mit der Krankheit fertig bzw. wieder gesund zu werden (Während bei Frauen die Arztbesuche parallel zur Betroffenheit von Krankheiten ansteigen, sinkt bei Männern die Regelmäßigkeit der Arztbesuche mit der häufigeren Betroffenheit von Krankheit).

Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitspolitik

Die Erkenntnis, dass eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ein entscheidender Qualitätsstandard für eine bedarfsgerechte, effektive und effiziente Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege ist, setzt sich zunehmend durch und findet Eingang in die Gesundheitspolitik. So hat das Land NRW vor zwei Jahren im Sinne des Gender Mainstreamings den ersten geschlechterdifferenzierten Gesundheitsbericht bundesweit vorgelegt, der Gesundheit und Krankheit konsequent differenziert für Frauen und Männer in den Blick nimmt. Nur wenige Monate später ist der erste Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung erschienen, der die bis dato vermeintlich geschlechtsneutrale Gesundheitsberichterstattung ergänzen sollte. Damit sind sowohl bundes- als auch landesweit die Grundsteine für eine zukünftig konsequent geschlechterdifferenzierte

Fortführung der Gesundheitsberichterstattung gelegt worden. In NRW sind die Ergebnisse zudem eingeflossen in die 10. Entschließung der Landesgesundheitskonferenz zu „Soziale Lage und Gesundheit“, in der sich die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz, zu der u. a. die Ärztekammer Westfalen-Lippe gehört, gemeinsam für eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung ausgesprochen haben und Handlungsbedarfe für Politik, Wissenschaft und das Gesundheitswesen selbst gemeinsam herausgearbeitet haben. In NRW arbeitet außerdem in dieser Legislaturperiode die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung“ daran, die gegenwärtige Situation der gesundheitlichen Versorgung von Frauen genauer zu erfassen und daraus Handlungsempfehlungen für eine frauen- und schließlich geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung abzuleiten.

Auf dieser Grundlage möchte ich Ihnen im folgenden vorstellen, welche Forschungsergebnisse eine geschlechterdifferenzierte Betrachtungsweise für die Fachgebiete „Kardiologie“ und „Psychiatrie/Psychosomatik/Sucht“ hervorzubringen in der Lage ist und welche Konsequenzen für ärztliches Handeln daraus abzuleiten sind. Ich beginne mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und hier insbesondere den ischämischen Herzerkrankungen mit dem Schwerpunkt auf dem akuten Herzinfarkt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Forschungsergebnisse und Handlungsbedarf

Welche Forschungsergebnisse zu Geschlechterunterschieden bei Herz-Kreislauf-Krankheiten liegen vor? Wenn Sie an die eingangs gestellt Frage nach dem ‚typischen Herzinfarktpatienten‘ zurück denken, dann bewahrheitet sich zunächst das männliche Bild: Männer sind über den gesamten Lebensverlauf gesehen von chronischen koronaren Herzkrankheiten insgesamt häufiger betroffen als Frauen (bezogen auf die Krankenhausfälle) – und dieser Unterschied wird auch durch die höhere Lebenserwartung der Frauen nicht aufgehoben. In den jüngeren Altersgruppen und insbesondere bezogen auf den Herzinfarkt potenzieren sich diese Unterschiede noch: Unter 50jährige Männer erleiden mehr als dreimal so häufig einen Herzinfarkt wie Frauen der gleichen Altersgruppe. Fast viermal soviel Männer wie Frauen zwischen 35 und 64 sterben an akutem Myokardinfarkt. Der Herzinfarkt ist damit die häufigste Todesursache für Männer vor Erreichen des 65. Lebensjahres – hierin liegt sicherlich ein Grund dafür, dass die Herzforschung lange ihren Schwerpunkt auf die Erforschung an Männern gelegt hat.

Für die Frauen heißt das zunächst, sie sind weniger von Herzinfarkt bedroht oder betroffen. So weit, so gut. Das Bild des ‚typisch männlichen Herzinfarktpatienten‘ hat aber auch Brüche, Grenzen und birgt Risiken und Vorurteile, weil es bestimmte Erkenntnisse ausblendet. Dass Frauen seltener einen Herzinfarkt erleiden, heißt nicht, dass sie kein Herzinfarkttrisiko tragen. Die Statistiken belegen, dass auch jüngere Frauen an Herzinfarkt erkranken – und das sogar in steigendem Maße. Durch verbesserte Prävention konnte in den vergangenen Jahren das Risiko eines tödlichen Herzinfarkts insgesamt gesenkt werden. Von diesem Rückgang profitieren aber die Männer mit einem Rückgang von 2,3% weitaus stärker als die Frauen mit 0,7%. Bei jungen Frauen unter 55 Jahren ist sogar entgegen des allgemeinen Trends eine Zunahme um 3,8% zu verzeichnen.

Hier ist zu vermuten, dass veränderte Lebensgewohnheiten von Frauen wie die Einnahme der Pille, der steigende Anteil von Raucherinnen in dieser Altersgruppe und die Einnahme von Hormonersatzpräparaten in den Wechseljahren das Risiko des Herzinfarktes erhöhen. Der Bundesgesundheitsbericht kommt zu dem Ergebnis, dass die Zunahme des Herzinfarkts bei jüngeren Frauen (und umgekehrt der Rückgang bei den Männern) unmittelbar auf die Zu- (bzw. Ab-)nahme des Rauchens zurückzuführen ist: So rauchen an Herzinfarkt erkrankte Frauen viermalhäufiger als Frauen ohne Herzinfarkt.

Ein dezidiertes Blick auf Frauen offenbart zudem, dass Frauen andere Symptome zeigen als Männer. Generell scheinen die Beschwerden der Frauen weniger spezifisch zu sein als bei den Männern. Signifikant häufiger als Männer geben sie Übelkeit und Erbrechen als Symptome, z. T. sogar als einzige Symptome an. Diabetes mellitus und Hypertonie treten bei Frauen signifikant häufiger als Vorerkrankungen auf. (Diabetes Mellitus: w 41%, m 32%, Hypertonie w 65%, m 56%).

Und schließlich macht eine geschlechterdifferenzierte Betrachtungsweise sichtbar, dass bei jüngeren Frauen der Herzinfarkt zwar seltener auftritt als bei Männern, dass das Risiko von Frauen in allen Altersstufen, an Herzinfarkt zu versterben, aber deutlich höher liegt als das der Männer.¹ 44% der erkrankten Männer, aber nur 36% der Frauen überleben einen Herzinfarkt. Weitaus mehr Frauen (44 vs. 31%) versterben, bevor sie überhaupt ein Krankenhaus erreichen (vgl. MFJFG NRW 2001). Dafür ist einerseits die andere Lebenssituation der betroffenen Frauen ausschlaggebend: Sie sind deutlich seltener verheiratet und häufiger verwitwet; d. h. sie leben in einer Situation, in der niemand da ist, der Hilfe holt. Eine Ursache für die erhöhte Mortalität ist jedoch auch in einer mangelnden Sensibilität gegenüber frauenspezifischen Symptomen zu sehen. Solange der Herzinfarkt vor allem als 'Männerkrankheit' gilt, besteht die Gefahr, dass Vorboten zum Teil weder von den betroffenen Frauen selbst noch von der Ärzteschaft als solche erkannt werden.

Für diejenigen, die den Herzinfarkt überleben, offenbart der Geschlechterblick, dass die rehabilitativen Leistungen weniger den Frauen zu Gute kommen. In der Kardiologischen Rehabilitation beträgt das Geschlechterverhältnis 1:7, was sich nicht allein mit der unterschiedlichen Betroffenheit von Herz-Kreislauf-Krankheiten erklären lässt (vgl. MFJFG NRW 2001). Es zeigt sich auch, dass Frauen andere Bedürfnisse als Männer an die Rehabilitation herantragen- Sie legen z. B. mehr Wert auf emotionale Erschöpfung, wünschen sich andere Trainingsformen, die sie nicht so sehr erschöpfen, während Männer eher wieder ihre Leistungsfähigkeit scheinen erproben zu wollen.

Soweit zu den vorliegenden Forschungserkenntnissen. Was lässt sich daraus nun für die ärztliche Praxis bzw. als Orientierung für die ärztliche Fort- und Weiterbildung ableiten?

Es gilt,

1. die Sensibilität für lebensbedrohliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei jüngeren Frauen sowohl auf Seiten der Ärzteschaft wie auch bei den Patientinnen selbst zu erhöhen. Dazu gehört die Aufklärung über frauenspezifische Symptome ebenso wie über frauenspezifische Risikofaktoren.
2. Herz-Kreislauf-Krankheiten stärker frauenspezifisch zu erforschen, treten diese Krankheiten doch vermehrt in höherem Alter auf und werden aufgrund der höheren und weiterhin steigenden Lebenserwartung insbesondere von Frauen noch an Bedeutung gewinnen.
3. bei der Prävention stärker die Lebenslagen und Risiken von Frauen einzubeziehen. Gerade unter jungen Frauen steigt der Anteil der Raucherinnen. Bereits junge Frauen angemessen und einfühlsam über die Zusammenhänge zwischen Rauchen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzuklären, wäre ein wichtiger Beitrag zur Prävention. Desweiteren sollten sich Präventionsbemühungen vor allem an die Frauen richten, die rauchen und gleichzeitig hormonelle Kontrazeptiva nehmen, hat sich diese Kombination doch bisher als das höchste Risiko für einen späteren Herzinfarkt herausgestellt. Bei der Verschreibung der Pille sollte die Frage nach Rauchgewohnheiten und die Aufklärung über Gesundheitsgefahren sowie vielleicht der Hinweis auf Nichtraucherkurse zum medizinischen Standard werden.
4. besondere Anstrengungen darauf zu richten, die Prähospitalphase bei Herzinfarktpatientinnen zu verkürzen.

¹ Dies gilt auch für chronisch ischämische Herzerkrankungen: Hier ist ebenfalls die Mortalitätsrate der Frauen höher als die der Männer.

5. bei der Beantragung, bei der Bewilligung und bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen die Bedingungen so zu gestalten, dass der Anteil von Frauen in der kardiologischen Rehabilitation ihrem Anteil an den Erkrankten insgesamt entspricht.

Psychiatrie/Psychosomatik/Sucht: Forschungsergebnisse und Handlungsbedarf

Ich komme zu meinem zweiten Punkt: Wie sieht es im Bereich von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit geschlechtsdifferenzierten Forschungsergebnissen aus? Zunächst zur Prävalenz: Psychische Störungen haben seit 1985 insgesamt um 75% zugenommen, Tendenz weiter steigend. Psychische Störungen treten dabei bei Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Bei den psychisch Erkrankten, die ins Krankenhaus eingewiesen, handelt es sich um bis zu einem Drittel mehr Frauen als Männer. Von Depressionen sind Frauen sogar bis zu dreimal so häufig betroffen. Bei den Essstörungen sind 90% der Betroffenen weiblich, bei Magersucht sogar 95%. Während Frauen bei den Medikamentenabhängigen 70% weiblich sind, sind umgekehrt unter den Alkoholabhängigen 75% Männer. Selten sind epidemiologische Befunde so eindeutig und stabil wie in diesem Bereich.

Mit diesen Differenzen gehen Unterschiede in der Medikamentierung einher: Frauen werden zweimal häufiger Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika verschrieben als Männer – mit dem Risiko der Abhängigkeit, das viele dieser Medikamente bergen (vgl. BMFSFJ 2001). Bis zu zwei Drittel der Medikamente, die abhängig machen können, werden an Frauen verschrieben und u. a. aufgrund besonders häufig diagnostizierter psychischer Erkrankungen verordnet. Der Anteil der Verschreibungen solcher Präparate steigt insgesamt stetig an, er steigt mit dem Alter noch einmal bei beiden Geschlechtern, und er steigt bei Frauen auf einem deutlich höherem Niveau als bei den Männern.

Da die Pharmaforschung überwiegend an jungen männlichen Probanden stattfindet, werden Frauen mit ihren anderen anatomischen Voraussetzungen z. B. beim Stoffwechsel zudem vor allem im Alter häufig überdosiert (vgl. MFJFG NRW 2001). Verletzungen durch Stürze, gerade bei älteren Frauen, die häufig viele Medikamente parallel einnehmen, können die Folge sein – darauf macht der Bundesfrauengesundheitsbericht aufmerksam.

Wo liegen die Ursachen für diese Differenzen in der Betroffenheit von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und für feststellbare Differenzen in Diagnostik und Therapie? Dass Medikamente je nach hormonellen und anatomischen Voraussetzungen anders wirken können, ist unmittelbar einsichtig. Ebenso kann vermutet werden, dass die Hormone oder die chromosomalen Bedingungsfaktoren von Frauen ein Erklärungsfaktor für die höhere Betroffenheit von psychischen Erkrankungen sein könnten – diese These ist vielfach erhoben, aber bisher weder eindeutig belegt noch widerlegt worden.

Sicher ist hingegen, dass hier

1. unterschiedliche soziale Rahmenbedingungen, unter denen Frauen und Männer leben sowie
2. nach wie vor wirksame Geschlechtsrollenbilder – und zwar sowohl auf Seiten der Patienten und Patientinnen wie auch bei der Ärzteschaft

wirken, die je spezifische Gesundheitsrisiken bergen.

Was die unterschiedlichen sozialen Rahmenbedingungen angeht, zeigt sich beispielsweise bei Frauen, dass psychische Störungen und Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen überproportional in Verbindung zu bringen sind mit Gewalterfahrungen der Frauen in ihrem familiären oder häuslichen Umfeld. Der Anteil von Frauen, die Gewalterfahrungen gemacht haben, ist in Suchtkliniken, in Psychiatrien o. ä. signifikant erhöht, ohne dass dieser Tatsache bisher insgesamt in der Medizin ausreichend Beachtung geschenkt wird. Nach Schätzungen von

Studien aus Kanada, Neuseeland und den Niederlanden verursacht die Gewalt, die Frauen erfahren, im Medizinsystem jährlich Kosten von 400 bis 500 Millionen Dollar. Nur ein Bruchteil – d. h. etwa 7 Mio. – entfallen dabei auf die Akutversorgung betroffener Frauen; die allergrößten Kosten entstehen, weil die Frage nach Gewalterfahrungen nicht zum diagnostischen Standard gehört und dann z. T. zunächst unterdrückte Ängste Folgekrankheiten nach sich ziehen, die nicht frühzeitig erkannt werden und dann langwieriger psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung bedürfen.

Was die Geschlechtsrollenbilder angeht, so muss ein Weiblichkeitsklischee, das Frauen tendenziell noch immer die Zuständigkeit für das Private, das Dasein für und die Anpassung an die Bedürfnisse anderer nahe legt und ihnen beispielsweise das Ausagieren von Aggressionen nach außen weitgehend untersagt, als ein Erklärungsfaktor für die höhere Betroffenheit von psychischen Störungen, die häufig mit einem weitgehend unauffälligen Rückzug in sich selbst verbunden sind, mit herangezogen werden. Auch die Tatsache, dass es sich bei Essstörungen weitgehend – noch – um eine ‘Frauenkrankheit’ handelt, kann nur verstanden werden, wenn wir die herrschenden Schönheitsideale für Frauen mitbedenken. Bei der Frage nach den Ursachen für Geschlechterdifferenzen dürfen wir jedoch auch die unmittelbare Interaktion zwischen Patient/Patientin und Arzt bzw. Ärztin nicht ausblenden. Auch hier wirken Geschlechtsrollenbilder. Auf Seiten der Patientinnen und Patienten zeigen sich u. a. Differenzen in dem, was Männer und Frauen unter Gesundheit bzw. Krankheit verstehen. Während Männer ‘Gesundheit’ vor allem über die ‘Abwesenheit von Krankheit’ und über ihre Leistungsfähigkeit definieren, verfolgen Frauen tendenziell ein ganzheitlicheres Konzept von Gesundheit, in dem das eigene Körpererleben und das Wohlbefinden unter Einbezug der gesamten Lebenssituation zentrale Kategorien darstellen.

Diese geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Gesundheitskonzepte bleiben offenbar im Gesundheitswesen nicht folgenlos: So verlässt eine Frau, die über chronische Schmerzen klagt, aber aufgrund ihres Verständnisses und Empfinden von Krankheit auch auf ihre momentan vielleicht belastete Lebenssituation Bezug nimmt, die Arztpraxis tendenziell eher mit einem Psychopharmaka, als der Mann, der ebenfalls über Schmerzen klagt. Ein recht stabiler Befund geschlechterdifferenzierter Gesundheitsforschung zeigt denn auch, dass – selbst bei objektiv gleichen Symptomen und Beschwerden – Frauen eher psychosomatisch, Männer hingegen eher organisch diagnostiziert werden (vgl. MFJFG NRW 2000).

Was lässt sich aus diesem Aufriss recht stabiler Erkenntnisse in diesem Bereich, der vielleicht mehr Fragen aufwirft als beantwortet, zu diesem Zeitpunkt vielleicht ganz vorsichtig als Empfehlung für eine Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung ableiten?

Es gilt,

1. Sensibilität zu entwickeln für Geschlechtsrollenstereotypen in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Interaktion. Fragen wir bei Männern gleichermaßen nach Stress im Alltag wie bei Frauen? Wie gestaltet sich das persönliche Verschreibungsverhalten unter Geschlechterperspektive? Hätten wir ebenso gehandelt, wenn wir statt einer Frau einen Mann vor uns gehabt hätten? Solche Fragen zu thematisieren, dazu sollte Fort- und Weiterbildung einen Raum bieten.
2. die Frage nach Gewalterfahrungen bei Frauen möglichst als Standard in die Anamnese einzubeziehen. Frauen sollte Gesprächsbereitschaft signalisiert und so die Möglichkeit geboten werden, Gewalterfahrungen zu thematisieren, und ihnen sollten weiterführende Hilfen aufgezeigt werden – in beiden Fällen: ohne sie zu bedrängen. Jede Frau kann und sollte selbst entscheiden, wie viel sie preisgibt und wann und wo sie sich Hilfe holt.
3. die Konzepte in Psychiatrien, Sucht- und psychosomatischen Kliniken stärker auf die spezifischen Bedarfe von Frauen auszurichten. Dazu gehören z. B. Rückzugsräume für Frauen, ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis beim medizinischen Personal u. ä.

Gender Mainstreaming in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

Nach diesen Beispielen komme ich zurück zum Gender Mainstreaming. Frau Dr. Diekhuis hat Ihnen anschaulich den Begriff, die Herkunft und Zielsetzung von Gender Mainstreaming erläutert. Das eigentlich Revolutionäre am Prinzip des Gender Mainstreaming ist, dass alle gesellschaftlich Verantwortung tragenden Institutionen und Personen – d. h. vor allem die Leitungskräfte – in die Pflicht genommen werden, das Ziel der Chancengleichheit der Geschlechter verbindlich umzusetzen. Ähnlich wie sie verpflichtet sind, die Wirtschaftlichkeit all ihrer Entscheidungen stets mitzubedenken, sind sie nun gefordert, in allen gesellschaftlichen Bereichen und in jedem Falle zu prüfen, welche Auswirkungen ihre Politik auf die Gleichstellung der Geschlechter hat. Die Realisierung von Chancengleichheit kann damit nicht länger als ‚Frauenproblem‘ an die Frauen selbst bzw. Einrichtungen wie Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte delegiert werden.

Gender Mainstreaming muss dabei unterschiedliche Ebenen im Blick haben und auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Zwei habe ich bereits benannt und an Beispielen erläutert:

1. ***die fachliche bzw. ressortspezifische Ebene:*** Hier geht es um medizinisches Fachwissen. Differenziert nach Geschlechtern gilt es z. B. zu klären, wie Frauen und Männer quantitativ von bestimmten Krankheiten betroffen sind, ob sie die gleichen oder unterschiedliche Symptome zeigen, wie Medikamente je nach Geschlecht bedarfsgerecht dosiert und verschrieben u. ä.
2. ***die persönliche Ebene:*** Hier geht es darum, sich bewusst zu werden, ob und wo Geschlechterstereotypen das eigene Handeln bestimmen, um diese ggf. überprüfen und sie überhaupt auch erst bei anderen wahrnehmen zu können. Ein effektives Gender Mainstreaming setzt deshalb auch immer ein Stück Selbsterfahrung voraus, sogenannte Gender Trainings sind deshalb unverzichtbarer Bestandteil von Gender Mainstreaming Ansätzen und sollten deshalb auch in der ärztlichen Fortbildung verankert werden.

Gender Mainstreaming konsequent umzusetzen, bedeutet aber auch, eine dritte Ebene hinzuzuziehen:

3. ***die strukturell-organisatorische Ebene:*** Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung, um die es hier und heute geht, kann dieses z. B. bedeuten, die Geschlechterverteilung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern genauer unter die Lupe zu nehmen: Sind Frauen und Männer entsprechend ihres Anteils an dem jeweiligen Fachgebiet vertreten, wo liegen mögliche Gründe für Über- und Unterrepräsentanz und welche Schritte können unternommen werden, um das Fortbildungsangebot besser ‚an die Frau‘ (oder an den Mann?) zu bringen?

Ich hoffe, ich habe zeigen können, dass ein geschlechterdifferenzierter Blick auf Gesundheit und Krankheit spannende Aspekte und Facetten hervorbringen kann und neue Fragen aufwirft, die vielleicht auch Sie neugierig machen weiterzuforschen. Um dieses Wissen in die Fort- und Weiterbildungscurricula einfließen zu lassen, wäre eine einfach und schnell zu realisierende Variante, einen Block geschlechtsspezifischen Erkenntnissen in den unterschiedlichen Fachsektionen zu widmen und dafür Expertinnen einzuladen. Wünschenswerter und konsequenter im Sinne des Gender Mainstreaming wäre es selbstverständlich, Geschlechteraspekte durchgängig als Querschnittskategorie mit zu thematisieren. So könnten z. B. alle Referentinnen und Referenten gebeten werden zu prüfen, inwieweit für ihren Bereich geschlechterdifferenzierte Erkenntnisse vorliegen. Entsprechende Fragenkataloge, die den Referentinnen und Referenten als Orientierung dienen können, liegen bereits vor, z. B. aus dem Anforderungsprofil des Robert-Koch-Instituts für die Bundesgesundheitsberichterstattung.

Ich bin Mitarbeiterin der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW. Unsere Aufgabe ist es, für eine differenzierte Betrachtung von Gesundheit und Krankheit nach Frauen und Männern zu sensibilisieren und geschlechterdifferenzierte Ansätze in der Praxis zu stärken. Vor diesem Hintergrund freut es mich besonders, dass eine Organisation wie die Ärztekammer mit der Mitarbeit an der Entschließung der Landesgesundheitskonferenz zu „Sozialer Lage und Gesundheit“, mit der Einrichtung des Gender Mainstreaming Ausschusses, mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit und in ihrem Fortbildungsangebot ihre Verantwortung zum Ausdruck bringt, den Bedarfen von Männern und Frauen im Gesundheitssystem besser gerecht werden zu wollen und das Ziel der Chancengleichheit der Geschlechter umzusetzen. Wir bieten in diesem Prozess gerne unsere fachliche Unterstützung an und freuen uns, wenn diese Arbeit ein positives Echo findet. Ich bedanke mich für die Einladung und für Ihre Aufmerksamkeit.