



ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR MODERNE MEDIZIN E.V.



Deutsche
Gesellschaft für
Geschlechtsspezifische
Medizin e.V.

Gemeinsamer Newsletter
von Netzwerk „Gender-
medizin & Öffentlichkeit“,
G³ und DGesGM

„Gendermedizin ist unabdingbar für eine qualitativ hochwertige Versorgung!“

– sagt die kürzlich von Gesundheitsminister Jens Spahn neu ernannte Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke. Wir sprachen mit ihr.

Im Internet fand ich folgenden Tweet zu Ihrer Ernennung – „Dass sie (Prof. Schmidtke) sich auch mit Gendermedizin beschäftigt hat, ist ein gutes Vorzeichen. Geschlechterunterschiede werden bei Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt - oft mit negativen Folgen...“ Den damit verbundenen Erwartungen möchten wir uns gern anschließen: Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung wird seit längeren gefordert – und ist auch dringend notwendig. Wissenschaftliche Erkenntnisse gibt es dazu inzwischen zunehmend mehr – wengleich sicher noch nicht genug. Gendermedizin impliziert zielgruppengerechtere Diagnostik und Therapie – mit der Folge von höherer Qualität in der Versorgung und gleichzeitig Einsparung von Mitteln. Nicht zu vergessen, dass sie auch Prävention, Rehabilitation, ja sogar Gesundheitsinformation und ein ganzes Paket bio-psycho-soziokultureller Faktoren im Blick hat. Was kann die Patientenbeauftragte hier bewirken, wo setzt sie an?

Prof. Schmidtke: Auch wenn mich solche positiven Tweets natürlich persönlich sehr freuen, muss ich die Erwartungen an meine Person und das Amt zunächst einmal in die Realität einordnen. Im Gesetz (§ 140h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) ist zwar vorgesehen, dass sich die Patientenbeauftragte dafür einsetzt, „dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische

Aspekte berücksichtigt werden.“ Der gesetzliche Auftrag der Patientenbeauftragten sieht allerdings keine Weisungsbefugnisse vor. Die geschlechterspezifische Versorgung wird also leider nicht über Nacht zum medizinischen Standard, nur weil ich als Gendermedizinerin das Amt der Patientenbeauftragten der Bundesregierung ausübe. Aber ich kann und werde dafür werben, dass das Problembewusstsein für die geschlechterspezifischen Besonderheiten – wie beispielsweise Risikofaktoren, Symptome oder Medikamentenverträglichkeit – perspektivisch im medizinischen Alltag ankommt und dass die Erkenntnisse der Gendermedizin

Foto: Jan Kopetzky



Impressum

anna fischer project by Contentic Media Services GmbH
16321 Bernau bei Berlin | Niederbarnimallee 78
Telefon +49 (30) 28 38 50 03 | Fax +49 (30) 28 38 50 05

Projektleitung: Annegret Hofmann (v.i.S.d.P.),
annegret.hofmann@mediacity.de
DGesGM-Informationen: Dr. Ute Seeland

www.gendermed.info
www.g3gesund.de

bei Diagnose- und Therapieentscheidungen berücksichtigt werden. Keine Frage: In den vergangenen Jahren hat ein Umdenken stattgefunden, z.B. in der Herzmedizin, aber auch in der politischen Debatte. Mit dem Präventionsgesetz ist es beispielsweise gelungen, gesetzlich zu verankern, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist. Dennoch bedarf es weiterer Forschungsbemühungen, Diskussionen und noch viel Überzeugungsarbeit. Als Patientenbeauftragte setze ich mich dafür ein, dass diese Debatte konstruktiv geführt wird.

Das BMG hat vor wenigen Wochen eine Ausschreibung Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen veröffentlicht. Es sieht so aus, als stünde Geschlechtergesundheit zukünftig nicht nur auf der Agenda des BMBF. Welche Projekte könnten Sie sich vorstellen?

Prof. Schmidtke: Zunächst einmal begrüße ich es sehr, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Förderschwerpunkt „Geschlechterspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ gesetzt hat. Insgesamt werden dafür rund 3,5 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Das ist ein deutliches Signal, dass Gendermedizin auf der politischen Agenda steht. Die Fördermaßnahme gliedert sich dabei in drei Module, in denen nacheinander konkrete Förderaufträge zu speziellen Themen formuliert werden. Das erste Modul fördert aktuell nicht-interventionelle Studien, die die Besonderheiten und Entwicklungsbedarfe in der geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick nehmen. Auf Ihre Frage bezogen, formuliere ich es lieber neutral vor der Förderentscheidung: Es ist eine Vielzahl von Projekten vorstellbar.

Das Gesundheitssystem steht vor einer ganzen Reihe von Herausforderungen. Die Versorgung in den Städten und vor allem auf dem Land, fehlende Ärzte und Qualitätsdiskussionen in den Krankenhäusern, dringend notwendige Lösungen bezüglich der Pflege – was sagen Sie denen, die da Geschlechtsspezifik und Gendermedizin als Luxusproblem betrachten?

Prof. Schmidtke: Mit dieser Frage finden wir uns genau in der Debatte wieder, die ich vorhin

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Geschlechtsspezifik und Gendermedizin sind kein „Luxusthema“, sondern „eine Frage der Qualität ärztlicher Versorgung“. Mit der neu ernannten Patientenbeauftragten der Bundesregierung, der Herzchirurgin und Gendermedizinerin Prof. Claudia Schmidtke, die wir für ein ausführliches Interview in dieser Ausgabe gewinnen konnten, stellt sich eine Mitstreiterin für die Gendermedizin vor, mit der zu rechnen sein sollte.

Die Erkenntnis, dass die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in medizinischer Forschung und mithin für Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist, gewinnt Raum, und dies, so stelle ich auch zunehmend in meinen Gesprächen mit Wissenschaftler/innen, mit Ärztinnen und Ärzten fest, mit Blick auf die personalisierte Medizin. Biologisches und soziales Geschlecht sind dafür wesentliche Einflussgrößen, gute Wissenschaft, gute Medizin kommen nicht darum herum. Worüber weiter zu berichten wäre!

Haben Sie's bemerkt? Nach mehr als zehn Jahren hat unser Newsletter ein neues Layout. Raum für, wie bewährt, Informationen aus Forschung und Praxis der geschlechtsspezifischen Medizin, aus unserem Netzwerk und der DGesGM, inzwischen seit Jahren Partner bei uns. Mit diesem komplexen Blick auf aktuelle Entwicklungen der Gender Medicine haben wir – ein bisschen Stolz muss sein – ein Alleinstellungsmerkmal im deutschsprachigen Raum.

Zukünftig informieren wir auch regelmäßig über die Aktivitäten von G³, unseren vor nun mehr als einem Jahr gegründeten Verein. Das Ziel: Geschlechtsspezifik als Bestandteil moderner Medizin in die medizinische Versorgung bringen, schneller und wirkungsvoller, als dies bisher geschieht. Zum Nutzen von Patientinnen und Patienten. Ein Anliegen, das wir mit der Patientenbeauftragten teilen!

Ich freue mich, wie immer, auf Ihr Feedback und Ihre Informationen!

*Ihre Annegret Hofmann
Sprecherin des Netzwerks
„Gendermedizin & Öffentlichkeit“*

Neu im Netz:

→ www.g3gesund.de

Die Website von G³ – Arbeitsgemeinschaft für moderne Medizin e.V. informiert über Ziele und Aktivitäten des Vereins. G³ steht für Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung!

Ebenfalls im Netz:

Der Expertinnenpool:

→ expertinnenpool.gendermed.info

Der Pool bietet Interessent/innen aus Forschung, Medizin und angrenzenden Fächern die Möglichkeit, ihre Expertise auf dem Gebiet der Gender Medicine darzustellen. Für einen besseren Erfahrungsaustausch, neue Kooperationen und eine neue Qualität in der Gesundheitsversorgung.

Achtung, Deadlines!

Bis zum 28. Februar müssen Projekte zum ersten Förderaufruf zum BMG-Förderprojekt Geschlechtsspezifik in der Gesundheitsversorgung eingereicht werden.

Das gleiche Datum gilt für den Margarete-Blank-Publikationspreis der MedFak Leipzig.

Beide Ausschreibungen s. NL Januar 2018 –

→ www.gendermed.info

→ annegret.hofmann@g3gesund.de

angesprochen habe. Es ist richtig, dass unser Gesundheitssystem vor vielen Herausforderungen steht. Wir müssen uns klar machen, dass die Gendermedizin eine davon ist. Hier geht es doch nicht um eine gendergerechte Beschilde- rung der Krankenhausflure, sondern im Kern um die Qualität der ärztlichen Versorgung. Es geht um eine Medizin, die das Geschlecht der Patientinnen und Patienten in den Blick nimmt und berücksichtigt, dass Frauen und Männer bei vielen Erkrankungen unterschiedliche Symptome zeigen und auf Therapien ver- schieden reagieren können. Als Herzchirurgin denke ich beispielsweise an die atypischen Symptome eines Herzinfarktes, die bei Frau- en häufiger vorkommen als bei Männern. Zu berücksichtigende Unterschiede gibt es auch bei der Herztransplantation. Das sind nur zwei Beispiele von vielen, die deutlich machen, dass die geschlechterspezifische Medizin zu einer zielgerichteten und damit besseren Versorgung von Frauen und Männern beitragen kann. Wer das als Luxusproblem abtut, verkennt die Be- deutung der Gendermedizin für eine qualitativ hochwertige Versorgung, die die Patientinnen und Patienten zu Recht erwarten.

Sie selbst waren und sind in einer anspruchsvol- len ärztlichen Disziplin – der Herzchirurgie – und in leitenden Positionen tätig. Im Zusammenhang mit der Gendermedizin habe ich im Kontakt mit Expert/innen immer wieder die Erfahrung ge- macht, dass Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen diesem Thema aufgeschlossener gegenüberstehen, es eher befördern helfen als ihre männlichen Kollegen. Das bestärkt mich darin anzunehmen, dass mehr Ärztinnen in den Führungsgremien und in herausragenden wissenschaftlichen Positionen die geschlechterspezifische Medizin stärker voran- bringen können. Was meinen Sie dazu?

Prof. Schmidtke: In dieser Absolutheit kann ich das aus meiner persönlichen Erfahrung heraus nicht sagen. Solange man Gendermedizin mit Frauenförderung in der Medizin verwechselt hat, mag Ihre Einschätzung gestimmt haben. Aber mein persönlicher Eindruck ist, dass viele meiner männlichen Kollegen heute verstanden haben, dass ein geschlechtsbezogener Blick dazu führt, dass sie besser diagnostizieren, behandeln und präventiv tätig werden können. Zum Nutzen von Patientinnen und Patienten. Da sehe ich auch die größte Überschneidung zwischen Gendermedizin und meiner neuen

Aufgabe als Patientenbeauftragter der Bundes- regierung.

Das Amt des/der Patientenbeauftragten der Bundesregierung wurde vor 15 Jahren eingeführt. Es geht dabei um die Wahrnehmung der Rech- te von Patientinnen und Patienten sowie deren umfassende Information und Beratung. In den zurückliegenden Jahren hat sich viel verändert, vor allem auch die Rolle des Patienten ist eine andere geworden. Neue Quellen der Information sind entstanden, die es nicht zuletzt ermöglichen, dass Patienten den Leistungserbringern im Gesund- heitssystem informierter, souveräner und gleich- berechtigter gegenüber stehen. Was macht das mit dem Amt? Wie stellt man sich dann solchen aktuel- len Herausforderungen wie z. B. der Digitalisierung oder der telemedizinischen Versorgung - auch ein wichtiges Thema bezüglich der Geschlechterspezi- fik – oder der Sprechstunde am Computer?

Prof. Schmidtke: In der täglichen Arbeit bietet die Digitalisierung heute dem Amt der Patien- tenbeauftragten sehr viel mehr Möglichkeiten, als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und die Patienten und Patienten über ihre Rechte zu informieren und zu beraten. Wenn wir den technologischen Wandel und auch die von Ihnen beschriebenen Veränderungen im Verhältnis von Patient und Arzt aktiv mitge- stalten, sehe ich in der Digitalisierung große Potenziale in der Verbesserung der Versorgung. Ich denke hier beispielsweise an die Möglichkei- ten der Telemedizin, die auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, die flächendeckende Versorgung gerade in ländlichen Regionen weiterhin sicherzustellen.

Voraussetzungen dafür sind angemessene Datenschutz- und Sicherheitsstandards und qualitätsgesicherte Informationsangebote im Internet. Patientinnen und Patienten müssen in der Lage versetzt werden, Nutzen und mögliche Gefahren digitaler Angebote gegeneinander ab- zuwägen und gute von schlechten Informatio- nen im Internet voneinander zu unterscheiden. Vor allen Dingen aber müssen sie das letzte Wort darüber haben, wer ihre Daten zu wel- chen Zwecken nutzt. Nur so können sich die Pa- tientinnen und Patienten auch in der digitalen Welt souverän und selbstbestimmt bewegen.

Vielen Dank – wir freuen uns auf eine konstruktive Zusammenarbeit!

(Das Interview führte Annegret Hofmann.)

siehe auch:

→ [www.patientenbe-
auftragte.de](http://www.patientenbe-
auftragte.de)

Alles spricht für mehr Vernetzung! **Bundesweite und kommunale Aktivitäten** **bei Gendermedizin und Gendermainstreaming** Von Dr. med. Astrid Bühren, Stellv. Vors. der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM)

Wie setzen sich die Themen Gendermainstreaming und Gendermedizin auf kommunaler Ebene durch? Wovon hängt der Prozess ab? Wie können Bürgerinnen und Bürgern davon erfahren und profitieren?

Autorin Dr. Astrid Bühren nahm ihren Festvortrag „Geschlechtersensible Gesundheit – was hat sich seit 2003 verändert?“ zum 15jährigen Jubiläum des Gesundheitsbündnisses Peine im Dezember 2018 zum Anlass, Meilensteine kommunaler und bundesweiter Aktivitäten näher zu beleuchten.

Im niedersächsischen Landkreis Peine (mit rund 130.000) und der Stadt Peine (knapp 50.000 Einwohner/innen) initiierte die engagierte Gleichstellungsbeauftragte des Landkreises, Silke Tödter - Bezug nehmend auf die weltweite Etablierung der Gender Mainstreaming Strategie (GM) nach dem 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking - im Jahr 2000 ein „Managementteam für Geschlechtergerechtigkeit“. Das war damals ein in Niedersachsen einmaliges Konzept.

Erste Maßnahme – ein Perspektivwechsel, der
* die Chancengleichheit von Frauen und Männern als strukturelles Veränderungsziel für alle Lebensbereiche definiert;

* Veränderungsbotschaften von Chancengleichheitspolitik gleichermaßen an Männer richtet und sie damit in die Verantwortung nimmt.

Als Basis dient eine Doppelstrategie: Frauen- und Gleichstellungspolitik und Gendermainstreaming sind zwei sich ergänzende Strategien, um das Ziel Chancengleichheit von Frauen und Männern zu erreichen.

GM kann aber nur erreicht werden,

* wenn die politischen Spitzen klar Position dafür beziehen und die jeweiligen Leitungsebenen die gleichstellungspolitischen Ziele eindeutig vorgeben und den Umsetzungsprozess engagiert unterstützen (Top-Down-Strategie);

* wenn eine konsequente geschlechtsspezifische Datenerhebung und Auswertung erfolgt;

* wenn der Umsetzungsweg transparent und praktikabel ist.

Mit einem Kreistagsbeschluss verankerte der Landkreis Peine Geschlechtergerechtigkeit als

Gemeinschaftsaufgabe in seinem Leitbild. Zudem wurde die Umsetzung der Gemeinschaftsaufgabe mit der Strategie GM beschlossen.

Das o.g. Managementteam förderte u.a.:

* Gendertraining für Führungskräfte und Personalverantwortliche, um Genderkompetenz zu entwickeln;

* ein Gender-Projekt der Personalentwicklung – „Cross-Mentoring - Manage the Difference“;

* den Girls Day ab 2005 als Zukunftstag für Mädchen und Jungen, die u.a. sensibilisiert werden sollen für partnerschaftliche Arbeitsteilung und einen geschlechtergerechten Familienalltag;

* „Gender-News“ – ein- bis zweimal im Jahr per e-mail mit Informationen und Berichten zu den Aktivitäten des „Managementteams Geschlechtergerechtigkeit“ und

* ab 2010 ein Gleichstellungscontrolling (Gender Check) in Beschlussvorlagen nach Vorbildern in Sachsen-Anhalt, Freiburg und Hannover, zuerst in den Fachdiensten Personal, Immobilienwirtschaftsbetrieb und Jugendamt, später in allen Fachdiensten.

2003 wird das Gesundheitsbündnis für den Landkreis Peine ins Leben gerufen, Gender Mainstreaming als Strategie festgelegt und mit öffentlichen Veranstaltungen dokumentiert zu Themen wie: „Gender Mainstreaming - Werden Frauen anders krank?“ und „Ist Gesundheit eine Frage des Geschlechts?“ „Brustkrebs“, „Männergesundheit: Vorsorge und Prävention“, „Frauen (Gesundheit) stärken – Frauen doppelt und dreifach belastet“, „Pflegerische Angehörige“ und „die Gender-Frage in der psychosozialen Medizin“. Projekte wie „Ernährung & Bewegung“, „Peine speckt ab“ und „Peine bewegt sich“ und „Peiner Tag der Organspende“ finden ebenfalls einschließlich der Genderperspektive statt. Erarbeitet werden u.a. der „Peiner Medikamentenpass“, ein „Gesundheitsbündnis-Merkblatt zum Notieren der Beschwerden und Anliegen vorm Arztbesuch“ und ein „Fragebogen für Pflegerische Angehörige“.

Dr. Ute Seeland, Kardiologin und Vorstandsmitglied der DGesGM, war aktiv an der 2. Ver-



Foto: privat

Weitere Informationen:

➔ www.dgesgm.de

sorgungskonferenz 2018 der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf im Zuge der gemeinsamen Initiative "Gesundheit fördern – Versorgung stärken" beteiligt.

Der Deutsche Ärztinnenbund hat bereits 1999 als Vorreiter seinen Wissenschaftlichen Kongress an der benachbarten Universität Gießen zum Thema „Frauenherzen schlagen anders“ – unter Leitung von Prof. Ingeborg Siegfried – ausgerichtet.

Was sich außerhalb der Kommunen bewegt

Dazu einige Beispiele: 2008 findet der BZgA-Workshop „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention“ statt (Ergebnisse in Band 10 der Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“).

Im Internet findet sich (Stand 2012) eine „Arbeitshilfe des Deutschen Städtetages“ zu „Gender Mainstreaming – Beispiele aus den Kommunen zur Gleichstellung“.

Neben den Themen „Gender Budgeting“, „Frauenquoten für Führungspositionen“, „Gender Mainstreaming in Städtebau und ÖPNV“, „Betriebliche Frauenförderung“ und „Förderung von Frauen aus verschiedenen Herkunftsländern zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse“ wird auch auf „Gendermedizin im Städtischen Klinikum München“ verwiesen.

Laut Fachreferentin Johanna Zebisch ist es das „erste kommunale Klinikum mit einer Fachstelle für Gender in Medizin und Pflege“ und „bisher die einzige Klinik mit eigenen Beauftragten für Gendermedizin“.

Die Etablierung der Gendermedizin sollte sinnvollerweise eingebettet sein in ein umfassendes Gender-Konzept. Hier sind nicht primär – wie in der Forschung – die biologischen Sex-Unterschiede relevant, sondern das Wissen um die gesunderhaltenden bzw. krankmachenden Genderaspekte im alltäglichen Familien- und Berufsleben. Dies wiederum könnte beispielsweise zur Reduktion der überproportional häufigen Diagnose einer Depression bei Frauen bzw. zur bisher eher zu seltenen Diagnosestellung einer behandlungsbedürftigen Depression bei Männern beitragen.

Intensive Vernetzung und Informationen über vorbildliche Entwicklungen können dazu beitragen, die einzelnen Puzzlesteine möglichst rasch und zum Nutzen aller Patientinnen und Patienten zu einem kompletten Muster für eine adäquate genderspezifische medizinische Versorgung zusammen zu fügen.



International Society
of Gender Medicine (IGM)

International Society of Gender Medicine (IGM) is pleased to announce the theme of the annual meeting 2019:

Sex & Gender with focus on personalized medicine and patient safety

September 12-13, 2019
Vienna City Hall, Vienna, Austria

Personalized medicine requires that all individual characteristics are considered. The theme of IGM's annual meeting 2019 is thus the importance and how sex and gender influence diagnosis and treatment of various conditions. Patient safety is a fundamental part of medical praxis and to ensure the best care is given to each individual the patient's sex needs to be considered. The annual meeting will also cover topics such as health politics and governmental agencies part of how to include consideration of sex and gender in research as well as daily praxis.

The program will include two key-note speakers, nine short sessions on such varied topics as health politics, diabetes and lipids, cardiovascular disease, nephrology, chronobiology, oncology and pharmacology. Also, there will be ample opportunity for free communications.

Please check the home page for call for abstracts.

Save the dates and plan to come to the beautiful city of Vienna in the early fall of 2019!

www.isogem.eu