Landtag
Nordrhein-Westfalen
18. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 18/1001
01.10.2025

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (91.) und Ausschuss für Gleichstellung und Frauen (34.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

1. Oktober 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:03 Uhr bis 12:25 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender AGS)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Frauengesundheit und geschlechtergerechte Medizin weiter vorantreiben **3**

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 18/13817

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

* * *

Mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Frauengesundheit und geschlechtergerechte Medizin weiter vorantreiben

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 18/13817

– Anhörung von Sachverständigen *(siehe Anlage)*

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich begrüße die Vorsitzende des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen Frau Britta Oellers sowie alle Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen sehr herzlich zu der gemeinsamen Anhörung von Sachverständigen im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdokumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir als Sachverständige anhören werden.

Der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales Herr Neumann lässt sich für heute wegen einer Terminüberschneidung entschuldigen. Als sein Vertreter leite ich die heutige Anhörung.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Durch Ihre Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Die Damen und Herren Sachverständigen im Saal begrüße ich hiermit sehr herzlich. Zugeschaltet sind Frau Wanke vom Verein Spitzenfrauen Gesundheit e. V. bis ca. 11 Uhr und Frau Professor Dr. Fehm von der Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses dafür, dass Sie heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab eingereichten Stellungnahmen; diese liegen am Saaleingang aus.

Ich weise darauf hin, dass während der Anhörung Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zulässig sind.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich die folgen Hinweise: Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Ich beginne mit der ersten Fragerunde und erteile Frau Gebauer für die CDU-Fraktion das Wort.

Katharina Gebauer (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Vielen Dank an die Sachverständigen für die ausführlichen Berichte, die Sie uns haben zukommen lassen und die noch einmal gezeigt haben, wie wichtig das Thema ist und dass es bei der Frauengesundheit doch noch ein paar Dinge gibt, die offen sind. Deswegen freue ich mich auch auf die Anhörung heute.

Ich stelle meine ersten Fragen an das Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung sowie an die Ärztekammer, an den Arbeitskreis Frauengesundheit in der Medizin und an Herrn Professor Dr. Sievers.

Die erste Frage ist: Warum werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, obwohl sie bei Frauen so spezifisch und relevant sind, in den Medien oft noch nicht so thematisiert? Warum kommt dieses Thema in der Medizin und in der Gesellschaft noch nicht so durch, wie man sich das wünschen würde?

Die zweite Frage ist: Welche Folgen hat es, dass Medikamente bislang überwiegend an männlichen Probanden getestet werden? Wie können geschlechterspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie systematisch in der Forschung und in den Leitlinien verankert werden, sodass wir nicht nur das Problem sehen, sondern dann auch ins Handeln kommen? Inwiefern gefährdet der bestehende Gender-Health-Gap die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung?

Dann möchte ich auf den Bereich Barrierefreiheit und Behinderung zu sprechen kommen. Wie kriegen wir da sozusagen den Übergang hin?

Susanne Schneider (FDP): Werte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion möchte ich Ihnen herzlich dafür danken, dass Sie uns Ihre Stellungnahmen zur Verfügung gestellt haben und dass Sie heute bei diesem wunderschönen Herbstwetter mit uns in diesem kleinen Raum sitzen und uns ein bisschen schlauer machen wollen.

Meine erste Frage geht an Frau Professorin Stadler, an die Doctores von der Ärztekammer und an Herrn Professor Sievers. Und zwar wüsste ich gern: Wie kann denn verhindert werden, dass Frauengesundheit eindimensional gedacht wird im Sinne einer vor allem auf die Reproduktionsfähigkeit bezogenen Medizin in Frauenheilkunde und Geburtshilfe?

Meine zweite Frage geht an Frau Professorin Stadler, an die Herren von der Ärztekammer und an Frau Professorin Fehm. Ich wüsste gern: Welche Maßnahmen sind notwendig, um bei der Forschung, aber auch bei der Umsetzung digitaler Tools und beim Einsatz von KI diversitätssensible Datengrundlagen sicherzustellen und eine Verzerrung im Sinne eines Gender-Data-Gaps zu vermeiden?

Die letzte Frage geht wieder an Frau Professorin Stadler, an Frau Cornelia Wanke und an Frau Professorin Kurscheidt. Ich wüsste gern: Welche Incentives wären denn aus Ihrer Sicht sinnvoll, um mehr talentierte Frauen in Führungspositionen im Gesundheitssystem zu etablieren?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich darf mich zunächst einmal für die eingegangenen Stellungnahmen bedanken bzw. auch jetzt für die Möglichkeit der Rückfrage.

Meine erste Frage würde sich an die Vertreter der Ärztekammer Nordrhein richten. Bei der Medikamentenforschung war zunächst einmal die Anwendung am Menschen von

Interesse. Man hat sozusagen einen Standardmenschen genommen und hat das nicht weiter aufgesplittet. Jetzt ist das Geschlecht in den Fokus gerückt, durchaus aus Gründen. Aber ist das nicht zu einfach? Müsste man nicht genauso nach dem Alter differenzieren? Einer der Standardsätze in der Pädiatrie lautet: Ein Kind ist nicht ein kleiner Erwachsener. Müsste man die Betrachtung deshalb nicht eigentlich viel feiner aufsplitten und nicht nur zwischen Männlein und Weiblein unterscheiden, sondern auch ganz andere Faktoren hinzuziehen? Dazu würde mich Ihre Meinung interessieren.

An Herrn Professor Sievers hätte ich die Frage: Sie weisen in Ihrer Stellungnahme auf ganz unterschiedliche Bereiche hin, unter anderem auch auf die Depression. Es ist seit längerem bekannt, dass sich die Depression bei Männern anders ausprägt als bei Frauen. Die Frage, die sich mir wiederum stellt, ist, ob nicht der Fokus auf das Geschlecht wiederum zu einer Stereotypisierung führt, man also damit die Unterschiede, die zwischen Männlein und Weiblein durchaus existieren, zu groß macht. Gibt es nicht mehr Nuancen zwischen den ganz unterschiedlichen Personen?

Anja Butschkau (SPD): Erst einmal ganz herzlichen Dank auch vonseiten der SPD-Fraktion für Ihre umfangreichen Stellungnahmen und dafür, dass Sie sich auf den Weg nach Düsseldorf gemacht haben. Es ist berichtet worden, wie wichtig dieses Thema ist. Das sehen wir auch so. Deshalb haben wir auch ein paar Fragen dazu.

Die erste Frage richtet sich an das Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung, konkret an Frau Servos und Frau Dr. Rosenbaum. Uns geht es darum, dass Sie aus Ihrer Sicht schildern, welche verschiedenen Barrieren Frauen und Mädchen mit Behinderung bei einem Arzt- oder einem Krankenhausbesuch erleben und wie sich diese Barrieren auf die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und von Versorgungsangeboten auswirken.

Dann habe ich eine Frage an Frau Professorin Dr. Fehm. Uns interessiert die Antwort auf die Frage, welche Bedeutung die soziale Herkunft eines Menschen in diesem Zusammenhang hat. Also wie beeinflussen die soziale Herkunft und die damit verbundenen Geschlechterrollenverständnisse den Gender-Health-Gap und in welchen Milieus ist der Gender-Health-Gap hierbei besonders groß? Vielleicht können Sie uns etwas dazu sagen.

An die Ärztekammer Nordrhein habe ich die folgende Frage: Wir hören immer wieder, dass Ärzte, aber auch Krankenhausträger uns berichten und eben auch sagen, dass man sie nicht zwingen könne, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Welche Steuerungsinstrumente sehen Sie, mit denen das Land die Versorgungssituation bei diesem wichtigen Thema verbessern könnte?

Meral Thoms (GRÜNE): Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch im Namen der grünen Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen, dass Sie heute teilnehmen, für Ihre Stellungnahmen und für den Rückenwind für diesen Antrag, den ich aus den Stellungnahmen herausgelesen habe, sowie auch für die weiterführenden Anregungen, die sehr wichtig sind.

Mein erster Fragenblock dreht sich um das Thema Frauen in Spitzen- und in Führungspositionen im Gesundheitswesen. Ich möchte dieses Thema an alle Sachverständigen adressieren, aber mit verschiedenen Schwerpunkten. Ich zitiere hierzu aus der Stellungnahme der Spitzenfrauen Gesundheit die Aussage: 60 % der Medizinstudierenden sind weiblich, aber nur 10 % der Chefarztposten sind mit Frauen besetzt.

Die erste Frage: Welche Maßnahmen zur Veränderung dieser Situation bewerten Sie als besonders wirksam? Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden?

Dann eine Frage an Frau Professor Oertelt-Prigione in diesem Kontext. Sie ist noch nicht da, aber ich stelle die Frage trotzdem. Sie sagt in ihrer Stellungnahme, nicht nur die Frauen müssen sich verändern, damit mehr Frauen in Führungspositionen gelangen, sondern das ganze System muss sich verändern. Was bedeutet das? Wie muss sich das System verändern? Wie kann das erreicht werden? Wie kann die Sichtbarkeit von Frauenperspektiven bei gesundheitspolitischen Entscheidungen stärker berücksichtigt werden?

An Frau Servos und Frau Rosenbaum adressiere ich ganz speziell den Aspekt: Wie wichtig ist mehr Diversität in Spitzenpositionen und Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen? Wie wichtig ist es, dass Menschen mit Behinderung an Entscheidungsgremien partizipieren?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank für die Fragen in der ersten Fragerunde. – Dann erteile ich jetzt in der Reihenfolge, in der das Tableau aufgebaut ist, zunächst Frau Dr. Rosenbaum das Wort. Dann können Sie die an Sie gerichteten Fragen beantworten. – Frau Servos, dann starten Sie bitte.

Gertrud Servos (Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung): Ich danke erst einmal für die Einladung. Wir haben ja eine Stellungnahme vorgelegt. Bevor ich Ihre Fragen beantworte, möchte ich sagen, dass wir vom Netzwerk schon seit 30 Jahren mit diesem Thema zu tun haben. Aus diesem Grund hat sich eigentlich das Netzwerk gegründet, weil Frauen und Mädchen mit Behinderung gesehen haben, dass sie in den Verbänden nicht vorkamen – außer zum Kaffeekochen und Protokollschreiben, wie das bei allen Frauen so ist. Der zweite Grund war, dass die medizinische Versorgung nicht nur lückenhaft, sondern mangelhaft war. Das war der Anlass dafür, dass wir uns gegründet haben.

Jetzt zu Ihrer Frage, was die Barrieren angeht. Das fängt schon so an, dass wir, wenn wir erkrankt sind, erst einmal herumtelefonieren, wie kann ich eigentlich einen passenden Arzt, eine passende Ärztin erreichen. Das ist natürlich abhängig von der Beeinträchtigung. Ein Mensch im Rollstuhl braucht etwas anderes als eine Sehbehinderte oder Hörbehinderte. Ich kann nur sagen, wenn überhaupt, dann haben die Beschäftigten in den Praxen – in Anführungsstrichen – nur die Gehbehinderung, den Rollstuhl im Kopf.

Im Alltag ist es dann so, ich rufe an, sage mein Anliegen und frage, welche Stufen haben Sie vor dem Haus? Dann kriege ich die Antwort: Ich gehe mal gucken. Das heißt, sie nehmen es gar nicht wahr, dass da Stufen oder andere Hindernisse sind.

Das hat natürlich zur Folge, dass wir erst einmal aussuchen müssen, wo wir barrierefrei hineinkommen. Das heißt aber nicht, dass das eine qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt ist. Es besteht nur eine zufällige Barrierefreiheit.

Dann zu der zweiten Frage, wie sich das auswirkt. Unabhängig von der Beeinträchtigung gehen wir alle aufgrund dieser Schwierigkeiten seltener zum Arzt oder zur Ärztin, als es notwendig wäre.

Vorsorgeuntersuchungen werden überhaupt nicht wahrgenommen, nur in ganz seltenen Fällen, weil wir dort die Antwort bekommen: Das geht aber jetzt mit den Geräten nicht. Wie soll ich eine Mammografie machen, wenn Sie nicht stehen können? – Das ist der zweite Grund.

Hinzu kommt noch, dass gerade die Menschen, die ihre Behinderung oder Beeinträchtigung schon sehr früh erworben haben, traumatische Erlebnisse im Gesundheitswesen erfahren haben, auch heute noch, und dass sie von daher ungern einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen. – Das wäre so der erste Überblick.

Dann wollte ich aber noch sagen, wo liegen die Probleme? Einerseits hatte ich über die Barrieren gesprochen. Das Zweite ist, dass das Medizinpersonal heute nicht ausgebildet ist, um gemeinsam zu sehen, was eine Akuterkrankung ist und was eine Beeinträchtigung ist. Also diese Fakten sind nicht bekannt. Wenn überhaupt, wird es mal als freiwilliges Thema im Multiple Choice gelehrt. Unser Anliegen ist, dass dieses Thema prüfungsrelevant sein muss, damit man überhaupt diese Problematik wahrnimmt und auch differenzieren kann, ob eine Folge der Beeinträchtigung oder eine Akuterkrankung vorliegt. Meistens kriegen wir die Antwort: Sie sind sowieso behindert, da muss ich nicht weiter gucken. – Von daher muss da also sehr viel Wissen aufgebaut werden.

Darüber hinaus wünschen wir uns natürlich – wie alle Patientinnen und Patienten – ein Stück mehr Empathie. Im Regelfall ist es so, wenn zum Beispiel eine junge Frau zur Ärztin kommt, wird erst einmal gefragt, wo ist denn Ihre Begleitperson? Wenn dann keine da ist ... Wenn ich den Rollstuhl nutze, sitze ich ja. Dann wird über meinen Kopf hinweg mit dem Nächsten gesprochen, obwohl der gar nicht zu mir gehört, was ich denn wohl hätte.

Ich möchte Sie nicht aufhalten, aber ich denke, das ist ein typisches Erlebnis; deshalb möchte ich Ihnen das berichten. Ich hatte mir heißes Wasser über das Bein gegossen, weil die Kanne kaputtgegangen ist. Ich bin selbst in die Notaufnahme gefahren und habe gesagt: Entschuldigung, ich habe mich verbrüht; können Sie das bitte verbinden, versorgen? Da hatte ich einen jungen Arzt vor mir, der sagte: Das ist aber spannend, ich habe noch nie eine Frau mit Behinderung versorgt. – Dann habe ich gesagt: Würden Sie bitte erst mal mein Bein versorgen? Danach erzähle ich Ihnen ausführlich, was es bedeutet, als Mensch mit Behinderung zu leben. – Das haben wir dann auch hingekriegt. Aber es ging um einen Notfall – um das noch einmal deutlich zu machen.

Was wünschen wir uns oder was muss gemacht werden? Die Ausbildung hatte ich schon genannt. Die Pflege ist sehr wichtig. Denn wir sagen ganz flapsig, wir kommen kränker aus dem Krankenhaus heraus, als wir reingegangen sind, weil das Personal weder die Zeit noch die Ausbildung hat, um Menschen mit Beeinträchtigung adäquat zu versorgen.

Ich rede mal kurz über die Mahlzeiten. Der Verpflegungsdienst wird ja oft outgesourct. Es gibt aber Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung Schluckschwierigkeiten haben. Das Essen muss püriert werden. Die Frauen sind ja immer sehr praktisch begabt und bringen den Pürierstab dann mit ins Krankenhaus, weil es nämlich sonst drei Tage dauert, bis geregelt werden kann, dass das vorhandene Essen so zubereitet wird, dass die Patientin es auch schlucken kann. Also von daher muss man da auch noch viel fantasievoller gucken.

Ich würde dann, obwohl ich zu dem Bereich jetzt nicht gefragt wurde, auch noch etwas zur Reproduktion, also zur Schwangerschaft von Frauen und Mädchen mit Behinderung sagen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Da sehr viele Sachverständige zu Wort kommen sollen, würde ich Sie bitten, nur auf die Fragen zu antworten ...

Gertrud Servos (Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung): Ich wollte nur ganz kurz auf dieses Thema eingehen, weil es für die Frauen wichtig ist, dass man wahrnimmt, dass Frauen mit Behinderung auch kompetente Mütter sind und kompetente Mütter sein können. Aber da müssen vor allen Dingen in der gynäkologischen Versorgung besondere Anforderungen erfüllt werden, weil es heute gar nicht möglich ist, adäquate Untersuchungen durchzuführen, weil die entsprechenden Geräte fehlen oder weil die Ausbildung nicht da ist.

Wie wirkt sich das aus, bin ich noch gefragt worden. Es gibt Untersuchungen, die sagen, dass Menschen mit Behinderungen zwei Jahre früher sterben, weil sie nicht adäquat medizinisch versorgt werden. Was die medikamentöse Versorgung angeht, ist das Zusammenwirken einer Beeinträchtigung und der Medikamentengabe überhaupt noch nicht oder nur sehr wenig erforscht. Zum Beispiel bei Spastik kann es sehr gut sein, dass Medikamente zu paradoxen Reaktionen führen. Etwa bei Narkosemitteln kann es sein, dass ein Mensch unheimlich lebendig wird, statt einzuschlafen. Wenn das niemand weiß, wird es schwierig.

Ich weiß jetzt nicht, ob ich zu lang geworden bin oder ob Sie noch Nachfragen haben. Dann würde ich darauf gerne noch antworten.

Gewaltschutz, denke ich, ist noch ein ganz wichtiges Thema. Das Thema Gewaltschutz ist uns allen vertraut. Wir haben ja auch lange in der Enquetekommission mitgearbeitet. Ich denke, es ist wichtig zu sagen, dass gerade Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung aufgrund ihrer Beeinträchtigung Gewalt erfahren in Bereichen, in denen nicht beeinträchtigte Menschen seltener Gewalt erfahren, nämlich im Bereich der Physiotherapie und im Bereich der Pflege. Es ist ganz wichtig, das noch einmal hervorzuheben

und sich vor Augen zu führen, dass sich diese Menschen aufgrund der Abhängigkeit nicht trauen, dies deutlich zu machen, weil sie sagen, dann kommt der Pflegedienst nicht mehr. Wenn man die Beeinträchtigung sehr jung erfahren hat, wagt man nicht nein zu sagen, weil man es gewöhnt ist, dass man ungefragt angefasst wird und keine Grenzen setzen kann.

Dr. Sven Dreyer (Ärztekammer Nordrhein): Erst einmal möchte ich Frau Servos sehr danken; denn wir haben nicht sehr häufig die Gelegenheit, Betroffene zu treffen und uns das anzuhören. Deswegen bin ich wirklich dankbar für Ihre Schilderungen. Und es tut mir weh, aber leider ist die Erfahrung von vielen Menschen mit Beeinträchtigung genau diese, dass über ihren Kopf gesprochen wird und eben nicht mit ihnen.

Wir als Ärztekammern kümmern uns schon lange darum und setzen uns dafür ein, dass das in Aus-, Fort- und Weiterbildung und im Medizinstudium stattfindet. Auf der anderen Seite haben wir aber das Glück, dass es uns im Alltag nicht sehr häufig begegnet. Deswegen ist es schwierig, den Umgang gezielt zu schulen. Aber das Thema muss immer wieder in die Öffentlichkeit getragen werden, und wir sind bereit, unseren Beitrag dazu zu leisten, und haben das auch immer mit im Blick.

Dazu gehört auch die Frage, wieso es denn immer noch so ist, dass wir diesen Gender-Gap in der Aus- und Weiterbildung haben. Es dauert halt immer Ewigkeiten, bis sich eigentlich gar nicht so junge Themen ... Ich meine, seit es die Menschheit gibt, gibt es Geschlechtsunterschiede. Das können und wollen wir nicht wegdiskutieren. Aber dass es in der Pharmakodynamik Unterschiede gibt, ist vielleicht doch noch nicht so wahnsinnig alt in der Ausbildung. Dazu wird Frau Professorin Fehm vielleicht gleich noch etwas sagen. Bei einer Hochschullehrerin kommt das selbstverständlich auch schon immer vor. Das wird sich immer weiter ins Wissen der Ärzteschaft fortsetzen.

Wir hatten vor 14 Tagen mit dem Ministerium und der Schwesterärztekammer Westfalen-Lippe eine Fortbildung zu dem Thema, nehmen das also als Ärztekammern immer wieder auf.

Was die Barrierefreiheit über die Krankenhäuser hinaus angeht, die das Land ja auch durchaus im Blick hat, ist die Kassenärztliche Vereinigung als Schwesterkörperschaft auch dabei, das in den Arztpraxen zur Pflicht zu machen. Man wundert sich ja manchmal, wenn als Erstes eine steile Treppe da ist, wie dort überhaupt jemand hochkommen kann. Zum Glück gibt es aber – auch in Westfalen, sage ich jetzt mal – immer Ausweichpraxen, die dann vielleicht doch so ein bisschen barrierefreier unterwegs sind. Es tut aber ein jeder Kollege, eine jede Kollegin gut daran, sich selbst so aufzustellen, dass es eine barrierefreie Zugangsmöglichkeit gibt.

Zu der Frage der medikamentösen Therapie muss man, glaube ich, den Zeigefinger in Richtung Pharmaindustrie lenken. Es ist tatsächlich so, dass Forschung an Frauen, weil die halt schwanger sein können, und an Kindern in der Versicherung teurer ist. Das ist dann nicht nur in der Pharmaindustrie so, sondern das betrifft mich als Arzt an einer Universitätsklinik auch, dass ich ein Forschungsvorhaben nur an Männern schneller durch die Ethikkommission bekomme, weil die Versicherung einfach billiger

ist. Wenn ich einen Gedanken darauf verschwenden muss, dass da vielleicht jemand schwanger sein könnte, dann habe ich es allein in der Ethik schwieriger.

Ein Ansatzpunkt, was die Pharmaforschung angeht, wäre es vielleicht zu sagen, man macht es bei einer staatlichen Unterstützung und Förderung von Forschungsvorhaben zur Bedingung, dass der Gender- und auch der Jugendgedanke mitgedacht werden. Gerade was Kinder angeht – auch wenn es jetzt nicht das Hauptthema ist, aber es ist nun einmal eine vulnerable Gruppe –, erleben wir es, dass Pädiaterinnen und Pädiater in Regress genommen werden, weil sie Medikamente – bis zum sechsten Lebensjahr besonders häufig – nur off-label benutzen können, weil das Pharmaunternehmen natürlich die Forschung an Kindern und Jugendlichen extra bezahlen müsste, weil es eine vulnerable Gruppe ist; das macht es für das Unternehmen unattraktiv, ein Medikament, das es bei Erwachsenen gut verkaufen kann, für Kinder noch einmal extra zu prüfen.

Dann war die Frage nach Schwangerschaftsversorgung und Schwangerschaftsunterbrechungen. Da haben wir jetzt gerade alle den Fall Volz im Kopf, dass ein Trägerwechsel dafür sorgen kann, dass einer gut funktionierenden Klinik aufgrund nichtmedizinischer Entscheidungen der Saft abgedreht wird, sage ich mal. Der Chefarzt darf das ja nicht einmal mehr in seiner privatärztlichen Tätigkeit tun, weil die Nebenabrede so schlecht ist.

Mein Gedanke ist, dass wir bei der Landeskrankenhausplanung darauf ein Augenmerk haben müssen. Ich will das sicherlich nicht zu einer extra Leistungsgruppe machen, das wäre vermessen und fatal. Aber dass man bei den Strukturmerkmalen darauf achtet, dass wir genug Häuser haben, die diese Versorgung, die lebensnotwendig ist, anbieten können, ist völlig unbestritten. Darauf werden wir auch auf unserer kommenden Kammerversammlung ein Augenmerk haben, weil ich als Arzt das, was da passiert, unerträglich finde.

Gleichwohl ist es so – das wird auch immer so bleiben –, dass kein Arzt dazu gezwungen werden kann, eine Schwangerschaftsunterbrechung durchzuführen, wenn nicht gerade eine lebensbedrohliche Situation gegeben ist. Aber das ist, glaube ich, gar nicht der Kern Ihrer Frage gewesen. Es gibt – davon bin ich auch überzeugt – hinreichend Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, in einem solchen Fall tätig zu sein. Es ist auch so – ich bin von Haus aus Anästhesiologe –, dass Anästhesiologen da nicht mitmachen müssen. Aber ich glaube, dass der Engpass nicht bei dem medizinisch geschulten Personal liegt, das zur Verfügung steht, sondern bei der Offenheit der Träger, sage ich jetzt mal ganz offen.

Wie gesagt, mein Gedanke dazu ist, auf die Strukturmerkmale zu gucken und das zu einem Strukturmerkmal in gewissen Krankenhäusern zu machen, damit so etwas bei einem Trägerwechsel nicht wieder passieren kann.

Mehr Chefärztinnen, junge Kolleginnen in Führungspositionen bringen. – Wir sehen an den Daten, dass das viel zu langsam, aber vorwärts geht. Wir haben auch in unserem Statement schon dargestellt, dass die Zahl der Medizinstudierenden überdeutlich zeigt, dass der Trend in der Medizin bei den Ärzten zur Weiblichkeit geht.

Was die brauchen, ist eine 24-Stunden-Kita. Wenn Sie auf der Intensivstation im Schichtdienst sind, Ihr Ehegatte im Zweifelsfall auch im Schichtdienst ist, dann müssen Sie Ihr Kind irgendwie versorgt bekommen. Und das ist ein Riesenproblem. Es ist für uns Ärztinnen und Ärzte ...

(Zuruf von der SPD)

– Ja, ich hätte gerne eine 24-Stunden-Kita. Ich hätte auch schon gern eine Kita, die es entspannt hinnimmt, dass ein Elternteil vielleicht auch mal zehn Minuten oder eine Stunde zu spät kommt, wenn es noch einen Patienten versorgen muss. Ich bin auch nicht nur wegen des Staus zu spät gekommen, sondern weil heute Morgen bei mir in der Druckkammer ein Stromausfall war und ich meine Patienten erst eine Stunde später anfangen konnte zu therapieren und das nicht gelassen habe. Dann muss ich mich halt manchmal strecken. Dann möchte ich nicht auch noch den Druck haben, dass ich vielleicht den Kita-Platz verliere, weil ich zehn Minuten zu spät bin. Das sind reale Geschehnisse. Ich greife das jetzt nicht gerade aus der Luft. Dann habe ich einfach als Kollegin und auch als Kollege ... Zunehmend kümmern sich ja auch Männer um den Nachwuchs. Ich bin auch in Elternzeit gegangen, so ist das nicht. Kinder kriegen werden wir nie können, aber da sind wir dann an dieser Stelle bedürftig.

Was die Weiterbildung zum Facharzt angeht, hat sich die Ärztekammer Nordrhein auch mit den Fachgesellschaften hingesetzt, mit der AWMF, und hat geguckt, dass wir eine Leitlinie entwickeln, wie wir es werdenden Müttern ermöglichen können, ihre Weiterbildung nicht so lange unterbrechen zu müssen, wie das in der Vergangenheit in manchen Teilen vielleicht der Fall gewesen ist.

Ich möchte damit schließen, dass wir auch dankbar wahrnehmen, dass bei der AWMF in den Leitlinien Gender zunehmend ein Thema ist.

Dr. Regine Rapp-Engels (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft): Es wird sich einiges überschneiden und wiederholen. Ich versuche das insofern in manchen Punkten kurz zu machen.

Die erste Frage betraf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Klar, seit 30 Jahren und mehr wissen wir, dass es da Unterschiede gibt. Das ist aus den USA herübergeschwappt, dann ist hier die Frauengesundheitsbewegung entstanden usw. Trotzdem ist das Thema noch nicht auf dem Stand, auf dem man nach 40 Jahren sein könnte. Aber wir haben ja einen Kardiologen hier, der gleich das Fachliche bringen wird.

Ich möchte nur darauf hinweisen, dass es strukturelle Probleme sind, mit denen wir kämpfen. Da ist zunächst die Beharrlichkeit, gerade auch in der Medizin. Die Medizin ist sehr konservativ. Ich bin selbst auch Ärztin, ich weiß, wovon ich rede. Es ist manchmal schon knochenhart, bis sich da etwas bewegt. Warum das so ist, müssen wir woanders diskutieren. Also es ist sehr langsam, strukturell, nicht fachlich. Also wissenschaftlich keine Frage, aber strukturell ist es schon manchmal schwierig.

Das gilt auch für das Thema Führungspositionen. Ich habe gerade gelesen, in Deutschland gibt es eine einzige Frau, die einen Kardiologielehrstuhl innehat. Ich kann mich daran erinnern, als die erste Gynäkologin einen Lehrstuhl bekam. Das ist schon länger

her. Die war dann übrigens in Bayern auch noch politisch tätig. Also es ist immer etwas Besonderes, wenn eine Frau einen Lehrstuhl hat. Das ist, finde ich, ein ganz großer Dreh- und Angelpunkt. Denn da kommt ein anderer Blick mit rein.

Es sind ja nicht nur Frauen, es sind ja auch noch die anderen Diversitätsaspekte, sage ich jetzt mal in Klammern. Leute, die aus einer anderen Kultur kommen, haben vielleicht auch einen sehr interessanten neuen Blick auf unser System. – Das zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wo noch immer viel zu tun ist, wo wir aber schon weiter sind als an vielen anderen Stellen.

Der zweite Punkt betraf die Medikamente. Das ist auch ein gutes Beispiel für die gesamte Thematik. Ich bin in die medizinische Ethikkommission bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe gegangen, weil ich das mal beeinflussen wollte, dass die Studien adäquat gemacht werden. Aber es war schon damals kein Versagungsgrund. Es stand im Arzneimittelgesetz – das ist 2004 ergänzt worden –, dass Frauen adäquat zu berücksichtigen seien. Also es war kein Konjunktiv, aber es war ganz weich formuliert.

In der Kommission haben sie mich dann schon „Genderbeauftragte“ genannt, aber es war kein Versagungsgrund. Man konnte eine Studie nicht ablehnen, weil das Geschlecht nicht vorkam. So nach dem Motto, ach, wir nehmen es, wie es kommt, wir nehmen Frauen und Männer, aber wir zählen es nicht und wir werten es auch nicht aus. Ich kann mich an eine Rheuma-Studie erinnern, die mir heute noch wehtut. Inzwischen steht das aber nicht mehr im Arzneimittelgesetz. Inzwischen ist das rausgeflogen, ganz elegant hintenrum. Das habe ich gar nicht mitgekriegt. Aber es wird jetzt alles auf EU-Ebene geregelt, und da haben wir aus Deutschland noch viel weniger Einfluss.

Es geht ja nicht nur um das Geschlecht, es geht auch um diese anderen Diversitätskriterien, die wir hatten. Also es geht um Menschen mit Einschränkungen. Klar, die verschiedenen Geschlechter wollte ich jetzt nicht unbedingt gleich ausbreiten, aber man muss in viele Richtungen denken. Da lernen wir ja jetzt auch ganz viel hinzu. Es geht um Kinder, um alte Menschen und auch um Menschen mit Migrationshintergrund.

In den USA war es so, dass in der Pharmaforschung die Bevölkerungsgruppen entsprechend ihrer ethnischen Herkunft differenziert wurden. Ich weiß nicht, wie das jetzt im Moment ist, aber es sind viele Dinge, die man mit einbeziehen kann.

Zusammengefasst: Man muss einfach die Kosten-Nutzen-Relation sehen. Falsch behandelte Menschen, die aufgrund von Medikamentennebenwirkungen – das sind halt hauptsächlich Frauen; dazu gibt es auch Statistiken – eine Krankenhausbehandlung benötigen oder die arbeitsunfähig werden, bedeuten ja auch einen volkswirtschaftlichen Schaden; es betrifft allerdings einen anderen Kostenträger. Für die Forschung ist jemand anderer zuständig als dann für das Ausbaden der negativen Folgen.

Zur geschlechtsspezifischen Forschung und zu den Leitlinien haben wir hier ein paar Expertinnen sitzen, an die ich dann weitergebe; wir sind vernetzt. Die werden wohl das Gleiche sagen, was ich denke.

Der Gender-Health-Gap ist mir auch noch mal wichtig. Ich habe gelesen, Sie haben jetzt auch zur KI einen entsprechenden Antrag im Landtag gehabt. Also es ist ganz wichtig, dass wir darauf achten, dass die Verzerrungen, die wir aufgrund der fehlenden Datenlage haben, nicht in der KI fortgesetzt werden. – Gerne Nachfragen, aber ich mache jetzt mal Schluss.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Frau Dr. Rapp-Engels. – Dann würde ich jetzt Frau Cornelia Wanke das Wort erteilen, weil Sie ja, glaube ich, nur bis 11 Uhr zugeschaltet sind.

Cornelia Wanke (Spitzenfrauen Gesundheit *[per Video zugeschaltet]***):** Vielen herzlichen Dank, Herr Vorsitzender, liebes Gremium, dass wir als Spitzenfrauen Gesundheit hier vertreten sein dürfen, weil uns das Thema natürlich nicht nur sehr am Herzen liegt, sondern eigentlich auch Ziel unseres Vereins ist.

Ich beziehe mich hier auf die Fragen von Frau Schneider und von Frau Thoms. Sie fragten, was denn getan werden kann. Da möchte ich erst einmal das Positive herausstellen. Es gibt viele Möglichkeiten, wie wir Frauen in Führungspositionen bringen und auch fördern können und wie wir dafür sorgen können, dass sie dort auch bleiben; das ist nämlich auch ganz wichtig.

Wir haben es als Spitzenfrauen Gesundheit – jetzt auch mit unserem Schwesterverein, den Healthcare Frauen – schon über viele Jahre hinweg praktiziert, dass wir Frauen unterstützt haben, beispielsweise durch Mentoring-Programme. Die Healthcare Frauen haben ein zertifiziertes Mentoring-Programm, in dem wir über zehn Jahre viele Hunderte Frauen begleitet haben. Wir sehen, dass 87 % der Mentees dann den nächsten Karriereschritt gewagt haben. Das heißt, das ist eine sehr gute Maßnahme, um mehr Frauen in Führungspositionen zu bringen, sie zu stärken, damit sie dort auch bleiben können.

Natürlich gibt es auch sehr viele strukturelle Probleme oder Herausforderungen, die da noch zu beheben sind. Das eine ist gerade auch schon von einigen Expert*innen angesprochen worden. Man braucht eben die Rahmenbedingungen. Also es braucht Kitas, die flexible Öffnungszeiten haben. Es braucht Möglichkeiten – und zwar nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer –, die Arbeitszeit entsprechend zu planen, sodass man Kinder versorgen kann. Es braucht aus unserer Sicht auch – das haben wir immer gefordert – die Abschaffung des Ehegattensplittings, weil dieses immer noch einen Anreiz setzt, dass Männer, die meist mehr verdienen, ihre Karriere weiter verfolgen und Frauen – es gibt ja auch da noch den Gender Gap – dann eher zurückstecken und die Kinder betreuen. Das wäre ein Anreiz, den man beseitigen müsste. Darüber hinaus haben wir als Spitzenfrauen immer wieder Maßnahmen gefordert, wie etwa die Haushaltshilfen komplett steuerlich absetzbar zu machen.

Wir haben als Spitzenfrauen Gesundheit mit dafür gesorgt, dass es eine Quote im Gesundheitswesen gibt, vor allem im Bereich der Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen. Das hat dazu geführt, dass Gremien, die über viele Jahrzehnte männlich besetzt waren, jetzt – peu à peu zumindest – ausgeglichen besetzt werden. Wir merken

schon, dass der Blick auf das Thema Frauenförderung und Frauengesundheit verstärkt wurde. Nicht zuletzt kommen Themen wie Endometriose, Wechseljahre jetzt erst im Gesundheitswesen an, weil wir eben Frauen im Vorstand bei den gesetzlichen Krankenversicherungen haben, die diese Themen erkennen und auch bewusst setzen.

Das Gleiche gilt natürlich für die Kassenärztlichen Vereinigungen und für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, auch für die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Da kann mithilfe einer Quote – auch wenn ich selbst immer gesagt habe, ich möchte eigentlich keine Quote, ich möchte, dass sich die Parität freiwillig bildet – sehr viel erreicht werden.

Das wäre aus meiner Sicht schon mal das Erste. Ich würde damit für alle weiteren Fragen, wenn das in Ordnung ist, an Frau Professor Clarissa Kurscheidt übergeben, meine Kollegin bei den Spitzenfrauen und bei den Healthcare Frauen, die darüber, auch weil sie den ganzen Bereich der Versorgungsforschung abdeckt, weitergehend berichten kann.

Prof.'in Dr. Clarissa Kurscheidt (Spitzenfrauen Gesundheit): Ich möchte gar nicht mehr viel hinzufügen, vielleicht zur Unterstützung einige Zahlen nennen. Wir wissen, dass die Care-Arbeit nach wie vor überwiegend, und zwar zu 44 % mehr von Frauen übernommen wird. Also es genügt nicht allein der Ruf nach Kitas, sondern es müssen auch noch strukturell und auf der Mikroebene Veränderungen eintreten.

Das soll jetzt bitte nicht anekdotisch sein, aber die Vorständin einer großen Krankenkasse berichtete letzte Woche, dass ihr Mann in der Corona-Zeit zu Hause blieb und sie zur Arbeit fuhr; dann riefen die Kinder an und fragten, Mama, was gibt's denn heute zu essen? – Sie sagte, du, ich bin arbeiten, der Papa ist doch zu Hause. Darauf antworteten die Kinder: Ja, ja, aber der Papa arbeitet.

Also auch hier ist nach wie vor ein Umdenken erforderlich. Was bedeutet umdenken? Wie kann man das sozialisieren? Das kann man über die Bildungswege sozialisieren, das kann man über die gesellschaftlichen Ereignisse, über gesellschaftliches Vorbild-Leben sozialisieren.

Das heißt, wenn die Ärztekammern, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer anderen Offenheit auch Frauen in die Führung hineinnehmen, perspektivisch auch gemeinsame Entscheidungen treffen, dann ist das nicht nur ein Vorbild. Genauso wie heute Männer auch den Kinderwagen schieben. Das ist etwas, was in meiner Kindheit nicht zwingend üblich war. Das können wir jetzt einerseits als Fortschritt diskutieren, andererseits müssen wir eigentlich sagen: Leute, es ist doch selbstverständlich; beim Kindermachen wart ihr doch auch dabei – ohne das jetzt zu flapsig darzustellen.

Ich möchte noch einen Punkt mit Blick auf die Versorgung ansprechen. Wenn wir stärker in Teams arbeiten, wenn wir von der Arztzentriertheit wegkommen – hier spreche ich im Kern die männliche Arztzentriertheit an –, wenn wir hier teamorientierter unterwegs sind, können wir auch eine bessere Versorgung gewährleisten. Wir wissen aus unterschiedlichen Studien aus Österreich und auch aus der Schweiz, dass gerade bei den chronischen Erkrankungen die Arbeit von weiblichen Medizinern, Pflegefachkräften etc. nachhaltiger ist und größere Effekte aufweist. Das bedeutet, ich will gar nicht

ohne Männer arbeiten, aber bitte im Team und bitte in der Gleichberechtigung. Das ist einfach ein wesentlicher Punkt.

Prof. Dr. Burkhard Sievers (Sana-Klinikum Remscheid): Die erste Frage bezog sich auf Herzinfarkte, auf Herzerkrankungen, auf die Aufmerksamkeit in der Bevölkerung, warum das so ist.

Es ist einfach so, dass er Durchdringungsgrad in der Bevölkerung zu gering ist. Das heißt, die Frauen können oft ihre Symptome nicht richtig einordnen, weil diese sich von den Symptomen bei Männern oft unterscheiden. Im Übrigen sind aber auch die Herzerkrankungen bei Männern und Frauen unterschiedlich. Die Frauen haben einfach andere Erkrankungsbilder, die im Vordergrund stehen.

Das Dilemma ist, dass das im Medizinstudium bis heute nicht gelehrt wird. Das heißt, da stehen tatsächlich noch die gleichen Inhalte drin wie vor 30, 40 Jahren. Es wird eben keine geschlechtsspezifische Medizin gelehrt. Da ist die Herz-Kreislauf-Medizin, die Kardiologie schon relativ weit vorn im Vergleich zu anderen Fachgruppen. Aber man muss diese Unterschiede natürlich in allen Fachdisziplinen machen und nicht nur in der Kardiologie. Mittlerweile gibt es auch Arbeitsgruppen in den Fachgesellschaften, zum Beispiel in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie oder auch in der Orthopädie oder der Unfallchirurgie, in denen man bestrebt ist, diese Aufmerksamkeit beim medizinischen Fachpersonal und natürlich in der Bevölkerung zu etablieren. Das ist das Gute an dem Antrag, der hier eingebracht worden ist, der politisch die Leitplanken sozusagen liefert, damit das Ganze auch in der Bevölkerung Platz greift.

Aber nicht nur die Ärzte sind wichtig, sondern auch das medizinische Fachpersonal. Wenn man in die Notaufnahme kommt, wird man meistens von einer medizinischen Fachkraft gesehen und dann wird triagiert; so heißt das. Sie werden sozusagen mit Ihrem Symptom eingetütet. In den Notaufnahmen werden heute immer noch etwa 30 % der kleinen oder mittelschweren Infarkte bei Frauen übersehen. Das kommt einfach daher, dass die Frauen unterschiedliche Beschwerden haben, die häufig im orthopädischen oder gastroenterologischen Bereich verortet werden. Dann geraten Sie einfach auf die falsche Laufbahn, da wird Zeit verloren und natürlich hat das auch einen Einfluss auf die Prognose. Nicht selten wird die Frau nach Hause geschickt mit einem Medikament für Magenschmerzen oder mit einem Schmerzmedikament und kommt dann ein zweites Mal in die Notaufnahme und sagt, hat ja gar nicht geholfen, ich habe die Beschwerden immer noch. Und erst dann kommt man darauf, dass man vielleicht das Herz mitdenkt.

Deswegen ist es ganz wichtig, dass man den Frauen und der Bevölkerung vermittelt, wenn Beschwerden da sind, wie zum Beispiel Luftnot, Leistungsschwäche, Schmerzen im Oberbauch oder zwischen den Schulterblättern, die eher chamäleonartig sind, kann es auch das Herz sein, sodass man mit diesem Anspruch zum Arzt geht. Denn die Ärzte wissen es flächendeckend nicht so, wie es eigentlich sein sollte. Wir beginnen das mithilfe der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung zu etablieren. Frau Professor Oertelt-Prigione sorgt natürlich mit ihrem erheblichen Engagement dafür, dass im Medizinstudium Curricula entstehen, sodass das auch mit gelehrt wird.

Aber da sind wir noch nicht. Das fängt jetzt an, ist aber extrem wichtig. – Das zu den Herzerkrankungen und zu der Frage, warum die Aufmerksamkeit nicht da ist. Deswegen ist es wichtig, dass nicht nur die Mediziner oder das Fachpersonal Kenntnisse erwerben, sondern natürlich auch die Bevölkerung; denn der aufgeklärte Patient ist der wichtige Patient. Gute Ärzte haben es auch gern, wenn aufgeklärte Patienten zu ihnen kommen, die auch Informationen mitbringen.

Die zweite Frage betraf die Medikamente, wenn ich mich richtig erinnere. Dazu ist einiges gesagt worden. Wir wissen mittlerweile, dass Frauen im Vergleich zu Männern etwa 30 % mehr Nebenwirkungen von Medikamenten haben und dass manchmal 30 bis 50 % der Dosis ausreichen, um die volle Wirkung zu erzielen. Das ist ganz eklatant, weil das natürlich in einer Studie nicht getestet wird.

Die Studien sind nie designt worden, um nach geschlechtsspezifischen Unterschieden zu gucken. Dafür braucht man größere Patientenzahlen, man muss den hormonellen Status der Frauen berücksichtigen. Dieser ist vor und nach den Wechseljahren natürlich eklatant unterschiedlich, weil sich dann der Östrogenspiegel erheblich ändert, natürlich auch während der Schwangerschaft. Selbst innerhalb des monatlichen Zyklus gibt es Unterschiede. Aber im Großen muss man bei den Studien zumindest diese beiden Phasen vor und nach den Wechseljahren mitdenken, wenn man es designt. Dann muss man auch speziell geschlechtsspezifisch auswerten. Das setzt eine größere Anzahl an Patientinnen voraus, die teilnehmen, und natürlich auch eine entsprechende Altersverteilung.

Das macht die Studie länger, teurer und natürlich alles komplizierter. Deswegen ist das etwas, was man gerne hätte, was aber bisher zumindest zum großen Teil nicht in dem Maße durchgeführt wurde, dass man eine geschlechtsspezifische Auswertung vornehmen könnte. Die Pharmafirmen haben aber sehr wohl entdeckt, dass das für sie auch gar nicht so schlecht ist. Sie wissen alle, wenn Sie Beipackzettel lesen, dass keine unterschiedliche Dosierung für Frauen und Männer angegeben wird. Es gibt andere Faktoren, niedriges Gewicht, Leberschwäche, Nierenschwäche usw., bei denen die Dosis angepasst wird, aber beim Geschlecht nicht. Die Firma, die es zuerst schafft, eine unterschiedliche Dosierung für Frauen und Männer darzustellen, wird natürlich einen Marktvorteil haben.

Das haben mittlerweile die Pharmafirmen erkannt. Deswegen sind sie schon daran interessiert, die Studien etwas anders aufzulegen. Einzelne fangen auch schon an, retrospektiv, also im Nachhinein die Daten durchzugucken und zu schauen, ob man nicht doch eine vernünftige Anzahl von Patientinnen hatte und ob man nicht die Daten statistisch sinnvoll daraufhin auswerten kann, ob geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden waren. Das ist in Einzelfällen auch gemacht worden, aber die Nebenwirkungsrate der Medikamente ist bei Frauen deutlich höher.

Ein anderes Beispiel betrifft den Umstand, dass Frauen ein anderes Immunsystem haben als Männer. Bei den Impfungen geht es um das Provozieren einer Abwehrreaktion oder der Antikörperbildung. Frauen haben ein stärkeres, länger anhaltendes und schnelleres Immunsystem als Männer. Nun geht es bei den Impfungen aber gerade darum, eine Antikörperreaktion hervorzurufen. Deswegen ist es eigentlich nicht so

richtig plausibel, dass die Impfdosis für Frauen und Männern gleich ist. Deswegen kann es auch sein, dass das die Ursache dafür ist, dass Frauen nach Impfungen häufiger Nebenwirkungen bekommen als Männer.

Das sind Beispiele, bei denen die Medizin mittlerweile weiß, dass ein erheblicher Nachholbedarf besteht. Es gibt aber keine unterschiedlichen Dosierungen für Frauen und Männer bei Impfungen. Sie können auch bei der Grippeimpfung nicht zu Ihrem Arzt gehen und sagen, gib mir eine niedrigere Dosis. Denn die sind in der Regel vorgefertigt und abgepackt. Das geht also nicht. Die Impfungen sind trotzdem wichtig und sinnvoll. Aber das ist die Erklärung dafür, dass die Frauen möglicherweise auch bei einer niedrigeren Dosierung den vollen Impfschutz erreichen könnten. Das ist aber natürlich in Studien nicht nachgewiesen. Deswegen ist es postuliert, aber es ist sehr, sehr wahrscheinlich.

Dann hatten Sie noch eine Frage zur Depression gestellt, ob da ein Bias drin ist, wenn man das anspricht. Ich glaube nicht. Der Bias ist im Moment da, und zwar in Richtung der Frauen. Bei den Fragebögen haben Sie in der Regel zehn Fragen: Ich bin traurig, ich möchte nicht gern unter Leute gehen, bin lieber allein, habe auch schon mal daran gedacht, dass das für mich keinen Sinn mehr macht, dass ich mir das Leben nehmen möchte. Und dann kriegt man einen Score: Depression wahrscheinlich, gesichert oder eher nicht.

Bei Männern ist es aber häufig so, dass noch andere Symptome hinzukommen, die gar nicht so selten sind, nämlich ein erhöhtes Aggressionsverhalten und erhöhte Abhängigkeit, also das Suchtpotenzial. Das wird in den Fragebögen nicht erfasst, weswegen die Depression bei Männern erheblich unterdiagnostiziert ist. Das könnte einer der Gründe dafür sein, dass die Selbstmordrate bei den Männern höher ist als bei den Frauen, deutlich höher. Also wir haben hier einen Bias in Richtung der Frauen, im Übrigen auch bei anderen Erkrankungen. Heute geht es um die Frauen, aber die Gendermedizin oder geschlechtsspezifische Medizin beinhaltet natürlich auch die Männer.

Ein anderes Beispiel ist der Brustkrebs. Jede hundertste Brustkrebserkrankung betrifft einen Mann. Das wird aber bei den Kampagnen auch der Kostenträger und Krankenkassen in den sozialen Medien immer noch vernachlässigt, weswegen ich manchmal einen Kommentar darunter schreibe: Hallo, bitte hier die Männer nicht vergessen! Die können sich auch mal die Brust abtasten, weil die Brustkrebserkrankung bei den Männern eine genauso schlechte Prognose hat wie bei den Frauen.

Genauso wie Essstörungen – das geht in die gleiche Richtung – oder Osteoporose bei Männern unterdiagnostiziert sind. Das ist auch ein Thema, das immer mit Frauen assoziiert wird. Aber ab dem 70. Lebensjahr ist die Häufigkeit von Osteoporose bei Männern und Frauen gleich hoch. Das heißt also, man muss das auch bei den Männern ab einem bestimmten Alter mitdenken, weil man diese Sachen auch ganz gut behandeln kann.

Einer der letzten Punkte – aber Sie müssen mir da noch einmal helfen; es waren ja viele Fragen – betraf Frauen in Führungspositionen. Dazu wurde auch schon etwas

gesagt. Ich denke, ganz wichtig ist das, was Herr Dreyer angetriggert hat, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Die meisten sind ja nicht unwillig, in Führungspositionen zu gelangen. Die meisten werden auch nicht ausgefiltert oder der Zugang wird ihnen total verweigert. Es ist vielmehr so, dass die Machbarkeit sehr häufig eine Rolle spielt.

Eine Führungsposition bringt natürlich eine Menge Arbeit und Verantwortung mit sich und ist meistens nicht mit der üblichen tariflichen Arbeitszeit in Einklang zu bringen. Deswegen braucht es eine umfassende Versorgungsstruktur für die Familie. Bei Frauen kommt häufig – wir haben eben schon von Care-Arbeit gehört – immer noch eine Mehrfachbelastung hinzu. Das ist natürlich nicht so einfach abzustellen, indem man sagt, dann soll es der Mann machen. In diesem Beispiel, in dem die Mutter angerufen wird, was es denn heute zu essen gibt, obwohl der Mann zu Hause ist, kann der Mann ja vielleicht gar nicht kochen. Da fängt es schon mal an. Das muss man natürlich alles entwickeln. Dafür müssen sich die Männer auch interessieren, sich einbringen, auch die Zeit investieren.

Aber das ganze Paket, sagen wir mal, ist im Ausland in einigen Bereichen deutlich besser organisiert und selbstverständlich. Deswegen hat Herr Dreyer gesagt, man brauchte eine 24-Stunden-Kita. Natürlich braucht man die nicht für jeden Tag. Ich habe den Zuruf gehört, dann sollte man keine Kinder bekommen. Das stimmt natürlich im Grunde genommen, so ist es aber nicht gemeint. Vielmehr hätte man gern in den Situationen, in denen 24 Stunden Betreuung gebraucht werden, weil man im Schichtdienst steckt, diese Versorgungsstruktur, damit man das machen kann. Denn Sie können auch nicht in eine Führungsposition in der Medizin gelangen, wenn Sie nicht den ganzen Weg gehen. Und dazu gehört nun einmal ein Bereitschaftsdienst, sonst kommen Sie gar nicht oben an.

Insofern sind das ganz wichtige Sachen, die die Politik lancieren und eröffnen muss, damit das funktioniert. Wir haben das hier in Nordrhein-Westfalen mit der Kita-Quote gut geregelt. Aber Sie wissen alle, dass es so ist, dass die Stellen gar nicht besetzt werden können. Das ist ja unser Dilemma. Der Wille ist da, aber die Umsetzung hinkt. So ist es ja mittlerweile in der Medizin mit dem Ärztemangel oder auch mit dem Mangel im Pflegebereich. Deswegen müssen wir in alle Gesellschaftsschichten und in alle Berufsgruppen offen sein und uns einfach dieser Problematik annehmen.

Das gilt übrigens auch für das, was Frau Servos vorgetragen hat, nämlich dass die Praxen barrierefrei sein sollten. Das geht nicht in jedem Fall. Insofern ist der Zugang in gewissem Maße eingeschränkt. Aber der Anspruch ist natürlich da. Die Ärztekammer hat den Trigger bereits gesetzt, dass man schon darauf achten soll, wenn man eine Praxis hat, dass da auch jeder hineinkommt.

Aber auch da sind die Anreize im Gesundheitssystem von den Kassenärztlichen Vereinigungen ein bisschen nachzuregulieren. Denn die Ärzte sind darauf getriggert, viele Patienten in kurzer Zeit zu behandeln, und sie haben gar nicht so viel Zeit. Wenn Sie als Rollstuhlfahrerin hereingerollt kommen, dann weiß der Arzt, da brauche ich eine Viertelstunde mehr. Das ist einfach etwas, was im normalen Alltag einer Hausarztpraxis schwierig unterzubringen ist, wenn dort ein hoher Durchlauf ist. Diese Rahmenbedingungen

müssen wir schaffen, damit genügend Zeit vorhanden ist und wenig Hektik entsteht, wenn man Patienten mit Behinderungen oder mit anderen Handicaps behandelt.

Jetzt weiß ich nicht, ob ich irgendetwas vergessen habe. Wenn ja, dann bitte ich nachzufragen.

Prof.'in Dr. Tanja Fehm (Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik *[per Video zugeschaltet]***):** Zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung. Auch an mich sind unterschiedliche Aspekte herangetragen worden. Ich bitte mich entsprechend zu sensibilisieren, wenn ich etwas vergessen sollte.

Der erste Punkt, der an mich gerichtet worden ist, betraf die Forschung und insbesondere die gendersensible Forschung. Man muss sagen, dass mittlerweile schon sehr gut darauf reagiert worden ist. Es ist mittlerweile so, wenn Sie einen Forschungsantrag stellen, sei es bei der DFG, sei es beim BMBF oder anderen Förderträgern, müssen Sie immer ganz klar begründen, wie Sie die Gender-Problematik in Ihrem Forschungsantrag adressiert haben, und müssen auch entsprechende Begründungen angeben, wenn entweder Mann oder Frau nicht adäquat berücksichtigt sind. Also das Problem, glaube ich, hat man in der Forschungslandschaft erkannt und es auch entsprechend adressiert.

Was aus meiner Sicht noch deutlich mehr adressiert werden muss, ist die gendersensible Forschung generell, insbesondere auch in der Hochschulmedizin. Es gibt jetzt schon einige Lehrstühle und einige Forschungsschwerpunkte, die sich mit gendersensiblen Themen beschäftigen, insbesondere in der Medizin. Aus meiner Sicht ist das aber auf keinen Fall ausreichend. Wir haben in den unterschiedlichen Diskussionsbeiträgen gehört, aus medizinischer Sicht gibt es einen enormen Forschungsbedarf, sei es in Bezug auf Nebenwirkungen, sei es in Bezug auf die Frage, wie man entsprechende Kohorten konzipiert oder die Genderaspekte adäquat in Studien adressiert. – Das vielleicht zur Forschung.

Es ist dann noch eine kurze Frage zur künstlichen Intelligenz gestellt worden. Ich glaube, das ist unabhängig vom Genderthema eine große Herausforderung, dass wir, wenn wir künstliche Intelligenz insbesondere in der Medizin einsetzen, gewährleisten müssen, dass die Diversität des Menschen in den Trainingskohorten adäquat berücksichtigt wird, sprich Mann/Frau, Menschen mit Migrationshintergrund, Jung/Alt. Es wird wahrscheinlich eine europäische Aufgabe sein, aber auch eine Aufgabe des Medizinproduktes, dass man künstliche Intelligenz so trainiert, dass sie diese Aspekte auch berücksichtigt.

Dann war eine weitere Frage, inwieweit die soziale Herkunft in der Medizin auch für entsprechende Frauenthemen eine Rolle spielt. Das spielt eine extrem große Rolle. Ich möchte in diesem Zusammenhang die HPV-Impfung als Beispiel nennen. Das ist ja die Impfung gegen das Zervixkarzinom. Diese ist, glaube ich, eines der besten Beispiele dafür, welche Rolle die soziale Herkunft spielt. Der niedrige Durchdringungsgrad bei Menschen, die einen niedrigen Bildungsstand haben, führt häufig dazu, dass diese nicht an Präventionsangeboten teilnehmen, die insbesondere auch Frauen betreffen.

Es fängt an bei der Verhütung, HPV-Impfung etc. Das sind ganz wichtige Themen, sodass das sicher auch ein ganz wichtiger Aspekt ist.

Dann hatten Sie mich noch zum Thema Gleichstellung gefragt. Dazu möchte ich aus der Sicht der Universitäten Positives berichten. Insbesondere in NRW wird extrem viel Rücksicht darauf genommen, Frauen in Führungspositionen zu bringen. Es gibt sehr viele Förderprogramme, sehr viel Coaching.

Was ich aber genauso sehe wie Herr Dreyer – da dürfen wir uns keiner Illusion hingeben; das sehe ich auch in meinem Team –: Das Wichtigste ist die Kinderbetreuung. Die ist zum Beispiel so organisiert, dass das Kind nur acht Stunden in der Kinderbetreuung sein darf. Das ist mit einem ärztlichen Dasein eigentlich nicht zu verbinden. Es wurde der Schichtdienst angesprochen.

Ich glaube, die Rahmenbedingungen oder die Strukturen, um Frauen in Führungspositionen zu bringen, sind sehr gut; es wurde unheimlich viel gemacht. Aber das größte Problem aus meiner Sicht ist nach wie vor die Kinderbetreuung oder die Betreuung kranker Eltern oder generell die Care-Arbeit, weil wir da keine guten Strukturen haben, insbesondere im Notfallkontext.

Ganz zum Schluss möchte ich noch eine persönliche Bemerkung zum Thema Schwangerschaftsabbrüche machen. Ich glaube, dass wir da ein ganz wichtiges Thema adressieren. Es ist so, dass sich ganz viele Häuser von der Versorgung dieser Frauen abmelden, sei es aus religiösen Gründen, weil es kirchliche Träger sind, oder weil sie sich nicht mit diesem Thema auseinandersetzen wollen, was dazu führt, dass sich die Last der Schwangerschaftsabbrüche auf ganz wenige Häuser konzentriert und diese dann zum Teil ganz klar angefeindet werden, weil sie die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Ich glaube, dass man deutlich bessere Strukturen schaffen muss, um zum einen die Beschäftigten oder die Ärzte zu schützen, die die Abbrüche durchführen. Zum anderen muss man, wie es schon angeklungen ist, durch den Landeskrankenhausplan dafür sorgen, dass wir eine gute Infrastruktur haben. – Das jetzt in Kürze zu allen Punkten, die Sie angerissen hatten.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Frau Professor Fehm. – Frau Professorin Gertraud Stadler, Sie hätten jetzt das Wort. Dann werden wir sicherlich gleich – davon gehe ich aus – in eine zweite Fragerunde eintreten. Frau Professor Dr. Oertelt-Prigione, ich würde Sie dann auch mit aufnehmen. Aber wenn ich es eben richtig gesehen habe, hatten Sie die an Sie gerichteten Fragen gar nicht gehört, weil Sie noch nicht im Raum waren.

Prof.'in Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät OWL): Ich habe es mir so ein bisschen zusammengereimt, was die Fragen waren.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Dann würde ich die Vorgehensweise so vorschlagen. – Frau Thoms hat noch eine Zwischenfrage.

Meral Thoms (GRÜNE): Ich hatte gerade zum Thema Frauen in Führungspositionen ganz spezifisch die Nachfrage an Frau Oertelt-Prigione gestellt: Wie muss sich das System verändern? Ich fände es gut, wenn sie in der Runde kurz antworten könnte.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Dann erteile ich ihr nach Frau Professorin Stadler das Wort.

Prof.'in Dr. Gertraud Stadler (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Ich freue mich sehr, hier sein zu können. Ich möchte Ihnen dazu gratulieren, dass Sie sich des Themas annehmen.

Wir sehen ja international eine sehr schwierige Situation, ein starkes Rollback von großen Errungenschaften, das mich auch sehr überrascht hat. Wir haben in Europa eigentlich einen Konsens, dass wir eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle garantieren und Gesundheit für alle sicherstellen wollen. Wir schaffen es nicht immer. Wir haben einen starken sozialen Gradienten in der Gesundheit und in der Gesundheitsversorgung drin. Aber die geschlechtergerechte Medizin und die Frauengesundheit sind die absolute Basis dafür. Deswegen freut es mich sehr, dass Sie sich des Themas annehmen.

Dann wurde an mich die Frage gerichtet: Ist es nicht zu wenig, wenn man sich auf reproduktive Themen stark fokussiert? – Da würde ich ganz stark ja sagen. Frauen sind natürlich mehr als ihre Bikinizone. Wenn man bei der Frauengesundheit nur reproduktive Themen anspräche, würde man viel zu kurz springen.

In meiner Stellungnahme habe ich viele Fragen formuliert, weil ich denke, dass wir in Deutschland in dieser Hinsicht noch sehr viel mehr machen können. Andererseits stimme ich Ihnen darin zu, dass in der Frauenheilkunde die Geburtshilfe und der Schwangerschaftsabbruch sehr wichtige Themen sind, die die Frauen, die Wählerinnen sehr bewegen. Das heißt, das sind sehr wichtige Themen.

Einen Punkt wollte ich den Ausführungen meiner Vorrednerinnen hinzufügen, nämlich dass der Schwangerschaftsabbruch auch in der Lehre kaum vorkommt.

Wenn es um die Strukturen geht und um die Frage, wie mehr Frauen in Führungspositionen gebracht werden können, hilft uns natürlich auch die Akademisierung der Gesundheitsberufe. In der Medizin sind wir sozusagen schon auf dem Weg. Aber eines wundert mich immer ein bisschen, muss ich ganz ehrlich sagen. An der Charité haben wir 66 % weibliche Studierende. Dann würde man ja gerne zumindest 50 oder 60 % auf der Führungsebene sehen, und das sehen wir ja überhaupt nicht. Eine reine Parität wäre wir da noch ein bisschen wenig, muss ich ganz ehrlich sagen.

Ich sehe international, also in Großbritannien und in den USA, dass die Pflege- und Hebammenprofessuren sehr viel dazu beigetragen haben, dass die Themen geschlechtergerechte Medizin und Frauengesundheit vorangetrieben wurden.

Dann hatten Sie mich gefragt: Welche Maßnahmen gibt es denn? Ich finde es sehr wichtig, dass die Forschungsanträge Sektionen enthalten, die sagen, nützt es allen?

Zum Beispiel in Kanada müssen alle Forschungsanträge eine Sektion enthalten, in der erläutert wird, inwiefern der Forschungsantrag Kanada nützt. Wenn die Hälfte der Bevölkerung Frauen sind, dann ist vollkommen klar, dass wir wissen wollen, ob die Forschung das adäquat adressiert. Zeigen die Impact-Analysen, dass das allen nützt oder wem nützt das jetzt besonders und haben wir da eine gute Kosten-Nutzen-Balance?

Dann will ich noch einmal Kanada als ein sehr lobendes Beispiel erwähnen. Nordrhein-Westfalen könnte, glaube ich, Einfluss darauf nehmen, dass alle öffentlich erhobenen Daten geschlechtergetrennt berichtet werden, sodass man sehr schnell Bedarfe erkennt und idealerweise nicht nur nach Frauen und Männern differenziert, sondern auch andere Diversitätsdomänen mit aufnimmt wie zum Beispiel Sorgearbeit und Leben mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Wir alle werden älter und irgendwann trifft uns auch das Leben mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Insofern ist das ein sehr wichtiges Thema in einer alternden Gesellschaft.

Eine Vorrednerin hatte schon angesprochen, dass wir in der Forschung wesentlich weiterkommen müssen. Die Betrachtung im Rahmen der Anträge ist das Erste; geschlechtergetrennte Daten zu berichten und das systematisch in die Forschung einzubauen ist das Nächste. Die wenigen Lehrstühle der Gendermedizin oder Diversitätsmedizin können es gar nicht wuppen, wirklich Medizin für alle in Deutschland zu machen. Das heißt, es ist eine gemeinschaftliche Aufgabe. Insofern gehört es also in alle Forschungsbereiche hinein.

Zum Beispiel in Kanada hat man nicht nur sozusagen ein paar Leuchtturm-Lehrstühle geschaffen, sondern gleich ein ganzes Dutzend, also weg von der Bikinimedizin sozusagen. Bei Nierenerkrankungen haben wir große Geschlechterunterschiede. Frauen spenden die Nieren, Männer erhalten sie. In Nordrhein-Westfalen gibt es jetzt den Antrag, dass man diese Opt-out-Option machen möchte. Das finde ich sehr, sehr wichtig. Aber wir müssen das systematisch erforschen, damit man mehr Transplantationsorgane bekommt, die auch den Frauen zugutekommen.

Bei den Strukturen machen wir Fortschritte. Das hatte ich schon erwähnt. Aber da müssen wir noch mehr vorhalten. In diesem Zusammenhang würde ich als positive Beispiele Großbritannien, Irland und Australien nennen. Dort sind alle öffentlich geförderten Einrichtungen – das betrifft auch die Universitäten – gehalten zu berichten, wie sie ihre Strukturen verbessern. Alle paar Jahre gibt es dort einen sehr wichtigen Bericht, und dann dürfen sich die Führungskräfte überlegen, wie verbessern wir das vor Ort und was passt bei uns am besten?

Denn wir brauchen die Frauen in den Führungspositionen; wir haben einen eklatanten Führungskräftemangel. Das heißt, die Frauen, die Sorgearbeit leisten für Kinder, für Ältere, können nicht ihre volle Arbeitskraft einsetzen. Da müssen wir uns verbessern.

Das letzte Thema, das ich noch ansprechen wollte, weil Sie mich nach wichtigen Maßnahmen gefragt haben, ist die Verfügbarkeit von Daten. Es ist unfassbar, wie Deutschland gerade die Datenrevolution verschläft. Die elektronische Patientenakte ist verfügbar, aber sie ist völlig untergenutzt. Wenn wir personalisierte Medizin betreiben wollen, sollten wir für jemanden mit einer körperlichen Behinderung oder Beeinträchtigung,

der einen Termin erhält, automatisiert 15 Minuten vorhalten statt der üblichen sieben Minuten. Das können wir alles automatisiert machen; dazu brauchen wir wesentlich bessere digitale Tools und eigentlich auch eine europäische Technologieentwicklung. Das fehlt uns.

In den USA hat man eine extrem zersplitterte Gesundheitsdatenlage; aber die nutzen alle ein gemeinsames Datensystem. Insofern sind in den USA alle Daten kompatibel. Dann kann man große Studien machen.

Es war wirklich ein Schock für die deutsche Gesundheitspolitik, als klar geworden ist, dass wir überhaupt nicht wettbewerbsfähig sind, wenn es um Studien geht. Wenn wir für die Frauengesundheit wirklich etwas tun wollen – nicht alle Frauen, nicht alle Männer sind gleich –, dann müssen wir uns bei den Daten verbessern. Wir müssen die elektronische Patientenakte einführen und für die Versorgung nutzen.

Der letzte Aspekt betrifft die europäische Technologieentwicklung. Online haben wir bisher wahnsinnig viel Quatschinformationen, also Falschinformationen, Fehlinformationen. Wir führen in Berlin eine Studie mit 1.700 Kindern an 44 Berliner Grundschulen durch. Es ist einfach unfassbar, das Product Placement ist allgegenwärtig. Die Kinder denken, es ist ganz normal, mit aromatisierten Vapes herumzulaufen. Bei den 10-Jährigen sind bereits 8 % nikotinerfahren. Da rollt noch einmal eine Welle an Erkrankungen auf uns zu. Es ist der wichtigste Faktor für gesunde Lebensjahre, die Nikotinabhängigkeit zu vermeiden.

Es geht darum, bei den digitalen Technologien zu schauen, dass wir wirklich gute Inhalte haben. Es gibt jetzt auch Initiativen, dass man für die sozialen Medien eine Altersgrenze einführt, was ich extrem begrüßen würde. Eine Anekdote: Eine Freundin unterrichtet an einer Schule. Die Schule hat in Eigeninitiative ein Handyverbot eingeführt. Und plötzlich haben die Kinder in der Pause wieder gespielt. Die haben sich bewegt. Vorher saßen sie in der Pause wie die Zombies vor ihren Handys. Das heißt, die ganze Schulkultur hat sich komplett verändert.

Da braucht es natürlich politische Unterstützung. Einzelne Eltern können da praktisch nichts mehr reißen. Das muss man auf der kommunalen Ebene oder idealerweise auf der Landes- und auf der Bundesebene machen. – Ich bedanke mich fürs Zuhören und freue mich auf weitere Fragen.

Prof.'in Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät OWL): Vielen Dank. Ich entschuldige mich für die Verspätung. Es war heute eine Herausforderung, zu ihnen zu kommen. Vielen Dank noch einmal für die Einladung.

Ich habe mir rückwirkend ungefähr zusammengereimt, was die Fragen waren. Ich werde definitiv etwas zur Struktur sagen. Es kam auch eine Frage zu den Leitlinien. Dazu würde ich auch gerne etwas sagen, weil wir dazu Daten zur Verfügung haben, die in kürzester Zeit für alle zur Verfügung stehen werden und, denke ich, sehr relevant sein werden, und dann vielleicht noch zu ein oder zwei anderen Punkten.

Bezüglich der Strukturen ist schon sehr viel gesagt worden. Pflege, Care-Arbeit, Teilung und Aufteilung dieser Arbeit in Partnerschaften und inwiefern das einen Einfluss

auf die Arbeit im Gesundheitssystem hat. Das finde ich enorm wichtig, ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das ist nicht eine Aufgabe, die wir einzig und allein im Gesundheitswesen bearbeiten können, weil die Teilung der Arbeit und eine gemeinsame Übernahme von Care-Arbeit innerhalb von Partnerschaften etwas ist, was auf gesamtgesellschaftlicher Ebene relevant ist.

Das heißt, wir können im Gesundheitswesen natürlich Abhilfe schaffen, wir können Strukturen schaffen, die sind enorm wichtig, die brauchen wir auch. Nichtsdestotrotz ist es etwas, was gesamtgesellschaftlich angegangen werden muss. Wir sehen aktuell, wie auch viele der Fortschritte der letzten Jahrzehnte hier angegriffen werden und dass wir wahrscheinlich in den nächsten Jahren mehr Schwierigkeiten haben werden. Das heißt, es ist wirklich eine Kombination aus Strukturen, die notwendig sind, aber auch ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs.

Darüber hinaus gibt es natürlich ganz konkrete Möglichkeiten, was die Arbeitslast betreffen kann. Das sind Teilzeitpositionen, die auch aufgewertet werden müssen. Das sind Möglichkeiten des Top-Sharings, dass man sich zum Beispiel oberärztliche Positionen teilt. Es gibt viele Möglichkeiten, da strukturell etwas durchzusetzen.

Nichtsdestotrotz sollten wir die Kultur im medizinischen System nicht unterschätzen. Das sage ich aus der Perspektive, dass wir viel Forschung zur Diskriminierung im Gesundheitswesen, zu Belästigungserfahrungen im Gesundheitswesen gemacht haben. Das Gesundheitswesen ist ein System, das sehr stark durch Abhängigkeiten und durch Hierarchien charakterisiert ist.

Ich muss ehrlich sagen, da frage ich mich manchmal dann auch, will ich mir das antun? Das war in meiner Generation schon eine Frage und das ist definitiv in der jüngeren Generation auch eine Frage. Wenn ich das mache, warum mache ich das? Ganz häufig ist ein sinnschaffender Beruf dahinter. Die Leute wollen auch den Sinn dahinter, die wollen nicht unbedingt reich werden, aber die möchten einerseits Anerkennung. Wir haben in der Corona-Zeit gesehen, dass die Anerkennung des ärztlichen Berufes nicht immer da war, auch bevölkerungsweit. Aber darüber hinaus geht es natürlich auch darum, wie fühle ich mich auf der Arbeit. Das bedeutet auch, dass es eigentlich eine Arbeitskulturfrage ist, die man ganz konkret angehen muss.

Ich sage das jetzt als ein anekdotisches Beispiel. Ich arbeite zu 50 % an der Universität Bielefeld und zu 50 % in den Niederlanden. Ich habe dort eine ähnliche Position, auch in einem ähnlichen Umfeld, in einem Universitätsklinikum. Wir haben in den Niederlanden fast 40 % Department Heads, die Frauen sind. Die meisten von denen haben auch Kinder, die meisten von denen haben Partnerinnen und Partner, sind in ähnlichen Strukturen und haben auch keine 24-Stunden-Kita, weil die Betreuung in den Niederlanden auch nicht so fantastisch geregelt ist; da könnte man auch noch viel machen.

Aber wie ist das gelungen? Das war eine Top-Down-Entscheidung, die mit einer universitätsweiten Kulturstrategie zusammenhing. Das heißt, da gibt es Workshops zur Führungskultur, die für alle Führungskräfte verpflichtend sind, zur Antidiskriminierung, zur sozialen Sicherheit. Das ist ein Prozess, der nicht von heute auf morgen zu

Veränderungen führt, der aber über die Jahre hinweg zu einer Veränderung dieser Kultur und auch zur Veränderung der Strukturen geführt hat.

Ich denke, diese Aspekte dürfen nicht vernachlässigt werden. Das ist etwas, was ganz maßgeblich dazu beiträgt, dass Personen in diesem Job arbeiten wollen und in diesem Job bleiben wollen. Ich würde sagen, es ist extrem wichtig, dass wir Frauen in Führungspositionen bringen; aber Frauen in Führungspositionen machen nicht automatisch eine feministische Führungskultur. Das ist auch keine Selbstverständlichkeit. Das heißt, ich würde mir wünschen, dass wir grundsätzlich eine diversitätsorientiertere, progressivere Führungskultur hätten.

Aber selbst wenn wir die Frauen in die Führungspositionen bringen, sind die vielleicht nach ein paar Jahren wieder weg. In Aufsichtsräten kommt dann irgendwann die Frau und geht nach ein paar Jahren auch wieder. Das hat sehr häufig auch mit der Kultur zu tun. Das sage ich aus meiner Perspektive der Implementierungsforschung. – So viel zur Struktur.

Zu den Leitlinien würde ich gerne kurz etwas sagen. Ich weiß nicht genau, was die Frage war; aber ich würde Ihnen gerne etwas mit auf den Weg geben, was Daten angeht. Wir haben uns nämlich genau mit diesen Leitlinien befasst, weil ich ständig die Frage gestellt bekomme: Was machen wir denn jetzt? Müssen wir Frauen anders therapieren als Männer? Im Gesundheitswesen wollen wir idealerweise leitliniengerecht therapieren. Wir wollen das machen, was in den Leitlinien steht.

Deswegen haben wir uns gesagt, okay, wir gucken uns mal an, was ganz konkret in den Leitlinien steht, und haben uns zunächst die europäischen Leitlinien in der inneren Medizin angeguckt. Das sind über 330, die in den letzten zehn Jahren publiziert worden sind, in allen Fächern der inneren Medizin. Die Daten werden zum 10. Oktober 2025 publiziert werden.

Was ich hier schon sagen kann: Die Situation ist mehr oder minder katastrophal, wie wir es auch erwartet hatten. Wenn es in diesen Leitlinien um das Geschlecht geht, geht es vor allem um Schwangerschaft und Fertilitätserhaltung, was uns vielleicht auch irgendetwas sagt. Das heißt nicht, dass das nicht wichtig ist. Es ist extrem wichtig, das zu bedenken, und es auch wichtig, das mitzunehmen. Aber Frauen sind nicht nur dann Frauen, wenn sie schwanger sind oder schwanger werden wollen oder schwanger waren. Also in diesem Sinne ist das natürlich eine Einschränkung.

Wir haben gesehen, dass sich weniger als ein Prozent der Empfehlungen dieser europäischen Leitlinien jenseits der Fertilität mit dem Geschlecht befassen, also dass wir zum Beispiel die Dosisanpassung haben, die Diagnostikanpassung usw. Das hat nicht allein mit schlechten Intentionen zu tun, ganz im Gegenteil. Häufig hat das mit schlechten Datenlagen zu tun.

Wir haben eine andere Studie gemacht, in der wir uns bei einer Leitlinie konkret angeguckt haben, wie die Datenlage aussah, die man überhaupt hätte nutzen können, um diese Empfehlungen zu entwickeln. Bei den Studien, die man hierzu hätte nutzen können, waren bei den meisten im Durchschnitt 25 % der Teilnehmenden Frauen, sodass

man die Analysen gar nicht haben konnte. Das heißt, man kann die Leitlinien gar nicht entwickeln.

Dasselbe haben wir auch mit den deutschen Leitlinien gemacht. Damit sind wir fast fertig. Wir hoffen, dass es im Frühjahr publiziert werden kann. Wir haben uns alle deutschen Leitlinien der inneren Medizin über die AWMF angeguckt. Die Situation ist hier, würde ich mal sagen, unterschiedlich in unterschiedlichen Fächern. Es ist zum Teil etwas besser als auf europäischer Ebene, zum Teil etwas schlechter. Nichtsdestotrotz werden diese Daten auch zur Verfügung stehen.

Warum haben wir das gemacht? Ich denke, wir brauchen eine Baseline, bei der wir starten können. Zum Beispiel über den Inno-Fonds gibt es jetzt immer wieder Förderungen, um Leitlinien neu zu entwickeln, anzupassen, weiterzuentwickeln. Wir brauchen aber eine Baseline. Und diese wollen wir damit liefern, um auch die Möglichkeit zu bieten, sich hier weiterzuentwickeln und zu schauen, was ist möglich und wie können wir hier Standards entwickeln? – Hiermit würde ich erst einmal aufhören. Ich hätte zu den anderen Punkten auch noch etwas zu sagen; aber das kommt sehr wahrscheinlich in der zweiten Runde.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich sehe schon Wortmeldungen für eine zweite Fragerunde. Frau Gebauer, Frau Thoms, Frau Schneider, Herr Dr. Vincentz, Frau Weng, Frau Wenzel – so war die Reihenfolge.

Katharina Gebauer (CDU): Vielen Dank für die Ausführungen in der ersten Fragerunde. Ich würde hierzu ergänzend fragen: Was machen wir im Rahmen der Prävention? Wie kann ich geschlechtersensible Gesundheitsbildung schon bei Kindern beginnen? Dann könnten wir sie vielleicht schon frühzeitig sensibilisieren. Wie schaffen wir es, bestimmte stereotype Rollenbilder zu durchdringen, was es vielleicht auch leichter macht, die Kinder zu sensibilisieren?

Wir hatten eben das Thema KI. Wie füttern wir die KI und wie gehen wir letztendlich damit um? Wie können wir ausschließen, dass nichtrepräsentative Daten transferiert werden? Das heißt, wir müssen schon schauen, dass die KI so genutzt wird, dass wir die unterschiedlichsten Daten dann auch erheben können. Mich würde interessieren, unter welchem Blickpunkt Sie das sehen.

Für die Argumentation möchte ich gern wissen, welche Vorteile sich für die gesamte Gesellschaft ergeben, wenn die frauenspezifische Gesundheitsversorgung strukturell gestärkt wird. Was sind da die wichtigen Punkte aus Ihrer Sicht? Inwiefern kann NRW mit einer Landesgesundheitskonferenz zur geschlechtersensiblen Versorgung bundesweit und international eine Vorreiterrolle einnehmen?

Meral Thoms (GRÜNE): Vielen Dank für die erste Runde. – Auch meine erste Frage bezieht sich auf Gesundheitskompetenz und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Sie richtet sich an die Spitzenfrauen, an Frau Professor Oertelt-Prigione, an die

Ärztekammer, an den Arbeitskreis Gesundheit, an Frau Professor Stadler und an Herrn Professor Sievers.

Welche Bedeutung haben aus Ihrer Perspektive geschlechtersensible Präventionsangebote? Wo sehen Sie da einen spezifischen Bedarf? Wo braucht es neue Angebote – thematisch, vielleicht auch bei einzelnen Zielgruppen, Altersgruppen oder anderen Zielgruppen, die Sie definieren?

Speziell an Frau Oertelt-Prigione die Frage: Welche Bedeutung hat die intersektionale Perspektive? Sie haben das in Ihrer Stellungnahme erwähnt.

An Frau Professorin Stadler, aber auch gerne an die anderen, auch an die Ärztekammer richte ich die Frage nach der Rolle von sozialen Medien und Influencern. Die Ärztekammer hat es in ihrer Stellungnahme auch erwähnt. Wie können wir hier Qualitätsstandards gewährleisten?

Sie haben die Frage gestellt, Frau Professorin Stadler, wie wir Frauengesundheit auch digital schützen können. Ich habe die Antwort nicht. Ich will einfach die Frage an Sie zurückgeben, also zum Gesundheitsschutz im digitalen Raum.

Eine Frage noch an die Ärztekammer, an Herrn Dr. Dreyer. Es geht noch einmal um Frauen in Führungspositionen und in Spitzenpositionen, jetzt insbesondere in der Gremienarbeit. Was können Sie tun, um Frauen für die Gremienarbeit und auch für Spitzenpositionen zu empowern?

Sie haben eben gesagt, da braucht es Kinderbetreuung. Wir haben gehört, Vereinbarkeit mit Care-Arbeit. Die Pflege kann ja auch ein Thema sein. Gibt es Möglichkeiten, auch bei Ihren Sitzungen zum Beispiel Kinderbetreuung anzubieten? Oder haben Sie vielleicht auch schon einmal die weibliche Ärzteschaft gefragt, wie die Bedarfe sind, um sich in der Gremienarbeit zu engagieren?

Susanne Schneider (FDP): Danke an unsere Sachverständigen für die erste Runde und für die Beantwortung unserer Fragen.

Ich hätte jetzt eine Frage an Frau Professorin Stadler, an die Ärztekammer und an Herrn Professor Sievers. Wir haben jetzt ganz viel über Frauengesundheit gesprochen. Ich habe als Liberale so gerne das Gesamte im Blick. Welche Bedeutung haben denn aus Ihrer Sicht spezifische Aspekte der Männergesundheit bei dem Thema „geschlechtersensible Gesundheit“?

Frau Dr. Rapp-Engels, Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ aus dem Jahr 2004 und deren fehlende Umsetzung angesprochen. Wie soll jetzt bei dem Thema „geschlechtersensible Gesundheit“ sichergestellt werden, dass es nicht bei Absichtserklärungen bleibt, sondern dass auch eine konkrete Umsetzung erfolgt?

Last not least, Frau Professorin Oertel-Prigione, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, welche Netzwerke und Expertise es in NRW bereits zum Thema gibt. Wie könnten denn diese Netzwerke konkret zu einer besseren Umsetzung des Themas „geschlechtersensible Gesundheit“ beitragen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich habe zwei konkrete Nachfragen an Frau Professorin Fehm, Herrn Professor Sievers und Herrn Dr. Dreyer. Dass alle die beste Versorgung für die Patienten wollen, ist vollkommen klar. Forschungsdefizite kann man adressieren, auch klar.

Wenn man das Problem aber so ein bisschen dreht und wendet und betrachtet, habe ich den Eindruck, dass vieles auch schlichtweg an Risikostratifizierung liegen könnte. Es gibt ja in der Medizin immer wieder die Sprüche: Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten. Wenn ich Hufe auf dem Flur höre, denke ich an ein Pferd und nicht an ein Zebra.

Der Mann mit Brustkrebs hat unter Umständen Pech, weil ich zuerst einmal alle häufigen Kategorien abhake, bevor ich dann zum Brustkrebs komme. Inwieweit könnte man dieses Problem der Seltenheit der Erkrankungen lösen oder adressieren, das am Ende dazu führt, dass eine Falschbehandlung oder Diskriminierung aufgrund verschiedenster Merkmale in der Betrachtung stattfindet?

Wir haben es auch häufig im Ausschuss, dass sich Menschen mit sehr seltenen Erkrankungen darüber beschweren, dass ihre Versorgung schlecht ist, was schlichtweg daran liegt, dass die Erkrankung sehr selten ist, was man, glaube ich, sehr schwer beheben kann, weil es immer auch um wirtschaftliche Aspekte geht.

Zweite Nachfrage. Die Anwesenheit eines Y-Chromosoms und damit Testosteron in der Entwicklung des Kindes führt zu Unterschieden. Veränderungen auf dem MC1R-Gen führen dazu, dass Menschen rote Haare haben, führen aber auch dazu, dass das Druckempfinden oder das Kälteempfinden unterschiedlich ist. Das ist ein Aspekt, den wahrscheinlich nicht alle – hier sitzen sehr viele studierte Menschen in der Lehre – kennen. Ein anderer Punkt: Die Postleitzahl kann, glaube ich, in einigen Punkten genauso über das Outcome bei verschiedenen Erkrankungen entscheiden wie das Geschlecht. Ist nicht der logische Schritt eher eine individualisierte Medizin, also das Betrachten der unterschiedlichsten Aspekte? Und ist es im Prinzip nicht zu kurz gesprungen, nur auf das Geschlecht zu schauen, das eben ein Aspekt von ganz, ganz vielen ist, der am Ende auch gar nicht führend sein muss?

Christina Weng (SPD): Ich würde es noch einmal praktisch herunterbrechen. Natürlich nehmen wir den Menschen in den Blick, gar keine Frage. Das habe ich hier gehört und auch so verstanden. Aber ich will noch einmal zum Thema Frauengesundheit überleiten, weil das das auslösende Moment gewesen ist. Das dürfen wir hier, glaube ich, nicht verwässern.

Wir haben uns in der Vergangenheit mit Endometriose, mit anderen Erkrankungen beschäftigt und sehen, wenn wir ein öffentliches Gewicht darauf legen und das auch noch durch die Forschung belegen lassen, bewegt sich etwas, aber das dauert unfassbar lange. Wir haben andere Erkrankungen; im Augenblick ganz stark im Vordergrund steht das Lipödem, das für Frauen wirklich eine sehr qualvolle Situation verursacht.

Meine Frage geht dahin: Wenn wir diese Hinweise haben, wie bringen wir dieses Ergebnis in die Curricula hinein? Das versuchen wir jetzt auch mit einem anderen Antrag.

Was ist der Hinweis und wie wird es dann erforscht und letztendlich gelehrt? Denn Ärzte kennen diese Diagnosen im Grunde genommen nicht, auch über diese lange Zeit nicht. – Herr Dr. Dreyer schüttelt den Kopf.

Ich würde gern etwas dazu hören. Denn im Curriculum habe ich eine Einheit von 30 Minuten gefunden, und ich habe die Reihe von Frauen, die das beschreiben. Also ich würde gerne zurück zu der Frage: Wenn wir etwas wissen, wie würden wir es denn dann in die Struktur bringen, um die Zeitachse zu verkürzen, um für Frauen erlebbares Wissen und damit auch gesundheitliche Linderung zu ermöglichen? Allein das ist meine Frage.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Frau Weng, eine kurze Nachfrage von meiner Seite aus: War die Frage an alle Sachverständigen gerichtet?

Christina Weng (SPD): Ich glaube, ich war etwas unpräzise. Ich würde gern die Antworten von Dr. Dreyer, von Frau Professor Stadler, von Herrn Professor Sievers und von Frau Professor Oertelt-Prigione hören.

Jule Wenzel (GRÜNE): Ich habe nur eine Frage an eine Sachverständige, und zwar an Frau Professor Oertelt-Prigione: Welche Mindeststandards sollten für die Integration geschlechtersensibler Inhalte in medizinische Curricula gelten?

Dr. Sven Dreyer (Ärztekammer Nordrhein): Danke für die Nachfragen. – Bei der Prävention – das haben wir ja in der ersten Runde schon gesagt – müssen wir mehr Programme auf den Weg bringen. Ich glaube, zu jedem Zeitpunkt wird es sehr gern angenommen, wenn aus Ihren Reihen oder auch vom Ministerium ein Anreiz kommt. So ist zum Beispiel unsere Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema aufgekommen. Wir haben uns auch während der Veranstaltung und im Anschluss ganz klar auf die Fahne geschrieben, dass wir das wiederholt und weiter tun werden.

Daran schließt sich so ein bisschen die Frage des Curriculums an. Ja, wenn man da reinguckt, dann stimmt das. Ich habe nur den Kopf geschüttelt im Hinblick auf das Pauschalisieren. Man hätte es als pauschalisierte Aussage verstehen können, dass das nicht stattfindet. Das ist nicht der Fall. Es wird tatsächlich wichtiger. Wir sind auch kontinuierlich dabei, die Inhalte zum Beispiel der Weiterbildungsordnung, die sich an die Ausbildung anschließt, zu überarbeiten. Da kommt es tatsächlich schon sehr häufig vor.

Was die Ausbildung zum Arzt angeht, bedarf es seit mehr als zehn Jahren einer neuen Approbationsordnung. Mir ist jede politische Unterstützung recht, damit wir diesbezüglich endlich aus dem Quark kommen. Es ist unerträglich, dass wir die Ausbildung der Kolleginnen und Kollegen immer noch nicht modernisiert haben. Das ist eigentlich ein totales Unding.

Dann wurde die Frage nach der Männergesundheit gestellt. Es ist angekommen. Das gehört auch zu der Beantwortung der Frage nach Rare Diseases. Natürlich haben wir

dafür ein Expertentum. Wichtig ist aber, dass die Kolleginnen und Kollegen in der Breite erkennen, dass es halt auch mal der Kolibri sein kann. Wenn man Richtung Kolibri-Fortbildung guckt, dann haben wir genug Möglichkeiten, uns dazu schlau zu machen.

Nun habe ich das Glück, an einem Maximalversorger, an einer Universitätsklinik tätig zu sein. Da haben wir auch Centers for Rare Diseases. Wir sind aber darauf angewiesen, dass die Kolleginnen und Kollegen in der Breite dann auch mal loslassen und sagen, jetzt komme ich nicht weiter und gebe den Fall ab. Ich habe aber auch da das Gefühl, dass die jüngere Generation, zu der ich mich mit bald 51 Jahren vielleicht auch noch zählen darf, schon auf einem ganz anderen Dampfer unterwegs ist und der Paternalismus so ganz langsam – ja, viel zu langsam – aus der Medizin zurückgedrängt wird.

Rote Haare sind zum Beispiel in der Anästhesie ein gesondertes Merkmal. Was das angeht, sind wir also schon weit unterwegs. Und ja, wir werden immer mehr zu einer individualisierten Medizin kommen. Aber jetzt ist das Thema Gender, und das ist nun einmal ein Unterscheidungsmerkmal, das einfach sehr breit ist. Da dürfen wir jetzt auch nicht anfangen, das zu verwässern. Ich sehe auch die Gefahr, dass wir gerade dabei sind, wieder Rückschritte zu machen und das ignorieren zu wollen. Aber das ist nun einmal da. So gleich wie alle Menschen sind, sind wir ja auch froh, dass wir Männer und Frauen haben. Da werden wir von unserer Seite aber auch nicht ablassen.

Soziale Medien kriegen wir auch nicht wieder weg. Es ist wichtig, dass wir das eindämmen. Ich finde Altersgrenzen da sehr wichtig, am liebsten erst ab 16 Jahren. Ich sehe das bei meinen eigenen Kindern mit Entsetzen. Wenn man so einen Gruppenzwang hat, kommt man gar nicht dagegen an. In der Schule ist man eigentlich froh darüber, dass der Stundenplan und das Klassenbuch digital sind. Das heißt aber auch, dass die Kinder Zugriff für so etwas Banales wie Hausaufgaben haben müssen. Dann ist es – ja, klar – meine Verantwortung, dass die Spiele auf dem Handy nicht vorhanden sind. Aber dieser Gruppendruck ist nicht unerheblich. Das ist bei Erwachsenen aber das gleiche Phänomen. Wenn ich bei uns im Klinikum auf die Flure gucke, dann wird nicht mehr miteinander gesprochen, sondern dann schreiben die sich im Zweifelsfall auf dem Flur die Nachrichten über soziale Medien.

Ein Dorn im Auge sind uns auch die sogenannten Medfluencer, die das „Med“ zwar im Namen tragen, aber häufig überhaupt keinen medizinischen Hintergrund haben. Da haben wir gerade einen Gedanken entwickelt. Wenn man sich das bei den amerikanischen Content-Providern anguckt, dann sieht man häufig den Hinweis, ob es sich um einen Arzt oder einen Mediziner handelt oder nicht. Das gibt es im deutschsprachigen Raum noch nicht. Nach der Erkenntnis von letzter Woche würden wir versuchen, so etwas Ähnliches wie ein Siegel von einer Ärztekammer zu entwickeln, das man mit dem Video ausstrahlt. Das ist aber wirklich eine Idee, die jetzt ganz frisch geboren ist.

Weil Sie mich nach den eigenen Gremien gefragt haben, da kann ich mich wirklich nur freuen: Seitdem ich in der Ärztepolitik unterwegs bin, brüste ich mich damit, dass die Bezirksversammlung in Düsseldorf immer zu 50 Prozent mit Frauen besetzt ist. Es ist

ehrlicherweise nicht einfach, die zu motivieren. Und es ist schon gar nicht einfach, die bei der Stange zu halten. Aber das ist mir persönlich wichtig.

Ich konnte jetzt nicht dafür sorgen, dass eine Präsidentin hier sitzt; ich bin halt keine Frau. Aber ansonsten bemühe ich mich nach Kräften darum, dass wir eine bessere Durchmischung bekommen. Das ist in der neuen Kammerversammlung und in den vergangenen neuen Kammerversammlungen immer so gewesen. In den letzten drei Wahlperioden in meinem Bezirk waren auf den ersten zehn Plätzen immer 50 Prozent Frauen. Wir haben in der Stellungnahme auch beschrieben, dass wir dazu eine Arbeitsgruppe gebildet haben.

Wir haben die Möglichkeit der Kinderbetreuung schon in der vorvergangenen Wahlperiode geschaffen, sodass Kolleginnen und Kollegen, wenn sie zu einer Sitzung kommen wollen, eine Kinderbetreuung – allerdings nicht bei uns im Haus – in Anspruch nehmen können, weil die Vorhaltung nicht hinreichend planbar ist. Bei Kammerversammlungen tun wir das. Da haben wir eine Kinderbetreuung vorgesehen, die interessanterweise von einer Kollegin mit ihrem Hund bespielt werden sollte, was das so ein bisschen konterkariert. Das treibt dann manchmal auch Blüten, wenn man solche Angebote macht. Aber ja, Kolleginnen und auch Kollegen haben die Möglichkeit, die Kinderbetreuung bei den Reisekosten, also auf den Abrechnungsformularen anzugeben. Und wir machen weiter.

Habe ich irgendetwas vergessen? Das Lipödem ist ja zum Glück gerade auch kostenträgerfähig geworden, aber auch viel zu spät. Ich hoffe, es wird nicht wieder zu Schlupflöchern führen. Aber auch Ärzte sind Menschen.

Dr. Regine Rapp-Engels (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft): Frau Schneider hatte mir eine Frage gestellt. Ich habe das Buch mitgebracht. Das ist nicht die Ethikkommission, sondern die Enquetekommission dieses Hauses, in der ich die Ehre hatte, dreieinhalb Jahre lang als wissenschaftliche Mitarbeiterin mitzuarbeiten. Das ist schon lange her, das ist von 2004. Ich gucke da aber immer wieder rein, weil das, was wir dort mit viel Mühe erarbeitet haben, die Handlungsebenen sind. Das politische System ist ja unglaublich komplex und das Gesundheitswesen auch. Wo man andockt auf Kammerebene oder Landesebene oder Bundesebene, ist in den Handlungsempfehlungen aufgelistet.

Was ich in der Stellungnahme eben damit sagen wollte: Die Mühlen mahlen langsam, das wissen wir alle. Die Tatsache, dass das Geschlecht in der Medizin irgendwie auch eine Rolle spielt, ist uns schon lange bekannt. Wenn man dann guckt, wie langsam sich das fortbewegt, ist das schon manchmal frustrierend. Wie gesagt, die Ethikkommission hatte damit nichts zu tun. Das hatten Sie vielleicht überlesen.

Susanne Schneider (FDP): Sie haben in Ihrer Stellungnahme auf die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ abgehoben.

Dr. Regine Rapp-Engels (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft): Nein, ich habe mich auf die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ bezogen. Vielleicht habe ich die andere Enquetekommission im Zusammenhang mit KI erwähnt. Ich habe auch die Drucksachennummer angegeben. Es ist alles noch zu finden inklusive Gutachten, wer es lesen will.

Aber was positiv ist: Es hat sich auch etwas verändert; das muss ich einfach sagen. Dieser intersektionale Blick ist neu, die Diversitätsorientierung ist neu und bereichernd. Das ist hier noch nicht abgebildet. Aber in der Versorgung ist noch viel Luft nach oben.

Ich möchte noch einmal betonen – ich habe es in der Stellungnahme geschrieben –, bei der Approbationsordnung für Ärzte kann das Land auch etwas machen. Im Bundesrat wird das aus Kostengründen blockiert. Ich verstehe das auch; natürlich wollen die Länder bestimmte Dinge nicht übernehmen. Aber vielleicht geben Sie es mal an Herrn Wüst weiter. Das wäre uns ein großes Anliegen, denn dort steht drin, dass die geschlechtersensible Medizin schon in der Lehre vorkommt. Also bitte, bitte!

Prof.’in Dr. Clarissa Kurscheidt (Spitzenfrauen Gesundheit): Es wurde unter anderem gefragt, welche Effekte es auch für die Gesellschaft haben könnte, wenn die Frauengesundheit gestärkt wird. Ich möchte auch einmal deutlich machen: Auf der einen Seite haben wir es als Nachteil angesehen, dass die Frau die Kümmerin in der Familie ist und gleichzeitig diejenige ist, die häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen geht.

Das heißt aber auch, wenn wir die Frauengesundheit stärken, stärken wir damit automatisch die Familie. Ich sage mal, wenn die Frau gesund ist und die Familie stark ist, dann haben wir einen gesamtgesellschaftlichen Effekt, der sich mit Sicherheit auch volkswirtschaftlich auswirken kann.

An der einen oder anderen Stelle wurde es schon gesagt: Aufgrund des Fachkräftemangels sowohl auf der Führungsebene wie auch auf der gesamthaften Arbeitsebene dürfen wir uns diese Form der Benachteiligung in Versorgungspfaden und diese Nichtberücksichtigung von spezifischen Diagnosen gar nicht mehr erlauben. Denn wir schaden unserer Volkswirtschaft, wenn wir die Frau nicht in dem Maße unterstützen.

Wir sind eines der wenigen Länder in Europa, die eine relativ geringe Vollzeiterwerbstätigkeit von Frauen und gleichzeitig eine sehr geringe Teilzeiterwerbstätigkeit von Männern haben. Meine Kollegin hat eben die Niederlande angesprochen. Dort ist mit Sicherheit auch nicht alles gut. Aber die arbeiten alle mehr in Teilzeit. Das heißt, die Aufteilung innerhalb des Mikrokosmos Familie findet anders statt. Die Möglichkeiten sind dann noch einmal anders gegeben.

Also mein Fazit ist – dabei will ich es jetzt auch belassen, weil die anderen Fragen, die an die Kolleginnen noch gestellt worden sind, so spannend sind –: Ich bin der Überzeugung, wenn wir die Frauengesundheit stärken, stärken wir die ganze Familie und damit auch die Gesamtgesellschaft.

Prof.'in Dr. Sabine Oertelt-Prigione (Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät OWL): Vielen Dank für die Fragen. Ich habe einige gestellt bekommen. Ich werde versuchen, sie ein bisschen zu bündeln. Manche Fragen greifen auch ein bisschen ineinander.

Eine der ersten Fragen betraf die Rolle der Netzwerke. Das würde ich mit der Landesgesundheitskonferenz verbinden. Wir haben in NRW eine ganze Anzahl von Netzwerken, die das Thema jetzt aufgreifen, aber auch auf verschiedenen Ebenen agieren. Das ist, denke ich, besonders hilfreich.

Wir haben auf der einen Seite das relativ neu gegründete Netzwerk Geschlechtersensible Medizin NRW. Das ging von den Fakultäten aus, ist aber mittlerweile für alle offen. In diesem Sinn ist das wirklich eine Plattform, die die akademische Welt verbindet, aber auch alle, die sich in irgendeiner Form für das Thema interessieren. Wir haben das Cluster Medizin NRW, das – vom Ministerium gefördert – vor allem das Zusammenspiel zwischen akademischen und nichtakademischen Partnern sowie kleine und mittelständische Unternehmen und Startups unterstützt und das auch einen Leuchtturm Gendermedizin hat, in dem auch einige von uns wiederum involviert sind. Darüber hinaus gibt es die Startup-Initiative Diginet NRW, bei der die Startups gebündelt sind, unter anderem auch mit dem Schwerpunkt FemTech.

Das heißt, wir haben verschiedene Netzwerke, die eigentlich verschiedene Realitäten bündeln und auch alle innerhalb dieser Realitäten agieren. Wir sind zum Teil auch schon gut vernetzt. Ich denke, die Landesgesundheitskonferenz könnte die nächste Ebene sein, um all diese Netzwerke, die sich mit dem Thema auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen befassen, zusammenzuführen.

Was durchaus ein wichtiger Punkt hierbei ist, ist die Definition dessen, womit wir uns auseinandersetzen wollen. Wie breit denken wir eigentlich geschlechtersensible Gesundheit? Ist es nur Frauengesundheit? Sind es nur gynäkologische und Fertilitätsfragen? Geht es darüber hinaus?

Wir hätten auch die Möglichkeit, verschiedenste Akteur*innen zusammenzubringen, die nicht unbedingt automatisch zusammenarbeiten würden. Das wäre die Möglichkeit, konstruktiv und auch innovativ all diese Realitäten zusammenzubringen, in verschiedenen Ebenen der Gesellschaft zu denken, Startups, mittelständische Unternehmen, einfach auch interessiertes Publikum sowie Patient*innenvertretungen, die in Deutschland häufig noch nicht so präsent sind, zusammenzubringen und das strukturiert voranzutreiben. Dann wären wir, würde ich mal sagen, einen Schritt weiter als das, was sonst aktuell international passiert. Da hätten wir wirklich eine gute Möglichkeit, um eine Art Blaupause zu entwickeln, wie so etwas funktionieren könnte. Also das würde ich extrem begrüßen.

Damit ist die Frage nach den Mindeststandards für die Lehre und der curricularen Entwicklung verbunden. Was passiert da eigentlich gerade? Zwei Punkte dazu. Wir haben auf der einen Seite den NKLM, den Nationalen Katalog der Lernziele, der aktuell auch überarbeitet wird, der ungefähr 70 % dessen abzudecken hat, was in der medizinischen Lehre stattfinden muss. Die anderen ungefähr 30 % sind den Fakultäten

überlassen. Jede Fakultät hat so ein bisschen ihre Steckenpferde; denen muss man auch Platz geben. Aber es muss natürlich eine grundlegende Festlegung geben, was gelehrt werden muss.

Dies in Kombination mit der Approbationsordnung, die gerade auch schon erwähnt wurde, in der mittlerweile auch die geschlechtersensible Medizin als Gendermedizin drinsteht, führt natürlich dazu, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die auch die Fakultäten – wenn ich es einmal undiplomatisch sagen kann – unter Druck setzen, weil das natürlich dann auch gelehrt werden muss.

Da kommen dann die Mindeststandards rein. Wir sind aktuell mit dem Netzwerk Geschlechtersensible Medizin NRW tatsächlich damit befasst. Wir gucken jetzt gerade, wie wir das finanziert kriegen. Wir werden jetzt einen Antrag einreichen, um zusammen mit den acht Fakultäten in NRW diese Mindeststandards für NRW zu entwickeln. Wir hoffen, dass wir das Geld kriegen. Wenn wir das Geld nicht kriegen, klopfe ich bei Ihnen vielleicht noch einmal an. Der Punkt ist nämlich, das gemeinsam für die Fakultäten zu erarbeiten und eine öffentlich zugängliche Plattform zu entwickeln, auf der diese Materialien zugänglich gemacht werden.

Die Fakultäten haben unterschiedliche Schwerpunkte. Manche haben geschlechtersensible Medizin oder Diversitätsmedizin stärker, andere weniger, aber wir wollen uns auch gegenseitig unterstützen. Es geht darum, einen Foliensatz und Material zu entwickeln, um die Kolleginnen und Kollegen, die das vielleicht nicht als Hauptthema bearbeiten, so weit zu unterstützen, dass es auch gemacht werden kann.

Also daran würden wir gerne in den nächsten zwei, drei Jahren arbeiten, möglichst das Konzept auch vorher schon haben; die Ausarbeitung dauert ein bisschen länger. Wie gesagt, wir arbeiten aktuell daran und würden dann diese Mindeststandards auch erfüllen wollen.

Noch zwei kurze Punkte zu den anderen Fragen. Individualisierte Medizin. Ja, natürlich wünschen wir uns alle eine individualisierte Medizin. Das ist auch eine Kostenfrage vor allem in Zeiten, wo wir große gesellschaftliche Fragen haben, wo unser Geld hingeht. Das wäre natürlich eine Frage auch für die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler. Wir können gerne die am weitesten individualisierte Medizin haben, aber die Frage ist, wo fangen wir an?

Das Geschlecht, das biologische Geschlecht ist natürlich einer der einfachsten Faktoren, den wir auf jeden Fall schon einmal mitnehmen können und der eine Blaupause darstellen kann. Es wäre auch relativ einfach umzusetzen, zumindest in anfänglichen Schritten. Das heißt, ich würde sagen, das ist vielleicht ein erster Schritt in Richtung auf eine individualisierte Versorgung.

Natürlich würde ich mir wünschen, dass wir irgendwann, wenn wir ein Arzneimittel verabreichen, einfach Hormonbestimmungen machen bei Frauen, die postmenopausal sind, oder bei Transpersonen, die transitionieren. Wir gucken, wie ist der Hormonstatus, und entscheiden dann, was die beste Arzneimittelgabe in diesem Fall ist. Ich würde Ihnen absolut beipflichten, das sind sicherlich schöne Zukunftsperspektiven und es wäre auch sehr inklusiv. Dabei können Sie uns gerne unterstützen, da können wir

gern weitermachen. Aber ich denke, wir müssen erst einmal erste Schritte gehen in Richtung der Frage, was sind Kategorien, an denen wir beginnen können.

Das Thema Prävention, Intersektionalität hatte ich in meiner Stellungnahme kurz angerissen. Gießkannen-Kampagnen funktionieren leider nicht ganz so gut. Das haben wir über die Jahre hinweg gesehen. In unterschiedlichen Gruppen und Subgruppen ist ein zugeschnittenes Angebot und eine Ansprache notwendig. Frauen sind nicht eine homogene Gruppe, Männer sind nicht eine homogene Gruppe, nichtbinäre Personen sind nicht eine homogene Gruppe.

Das bedeutet ganz konkret, wir müssen da auch tiefer hineingehen und gucken: Was sind die Lebensbedingungen der Personen, was sind die Lebenswelten, wie können wir sie ansprechen, welche Vorerfahrungen haben sie zum Beispiel mit dem Gesundheitswesen gemacht, gibt es da Diskriminierungserfahrungen, die Barrieren darstellen usw.? Das müssen wir mitdenken, wenn wir eine Ansprache wollen. Das wird in der Zukunft meines Erachtens bedeuten, wir brauchen kleinere Präventionsangebotsgruppen, bei denen wir aber viel spezifischer intervenieren können, um die Leute auch zu erreichen.

Es gibt eine Studie von McKinsey, die berechnet hat, dass wir eine Billion sparen würden, wenn Frauengesundheit implementiert wird. Ich habe die nicht in meiner Stellungnahme angeführt, weil ich allerlei Fragen zu McKinsey habe. Aber das ist quantifiziert für all diejenigen, die Zahlen wollen. Ich kann sie gerne noch nachreichen. Es handelt sich um eine Studie, die das quantifiziert hat, vor allem Arbeitsausfall, Konsequenzen für die Gesellschaft usw. usf. Es ist dort zusammengefasst für diejenigen, die ökonomische Zahlen brauchen. Es gibt so eine Studie.

Mein letzter Punkt betrifft die KI, nur ganz kurz. Ich finde Datenzugänge extrem wichtig und auch extrem relevant. Wir sehen aber aktuell in den Vereinigten Staaten, was passieren kann, wenn die Daten offen zugänglich sind und in die falschen Hände geraten. Da ist natürlich auch die Frage: Wie schützen wir unser System in Deutschland vor solchen Übernahmen? Ich würde mir wünschen, dass wir uns niemals konkret damit befassen müssen.

Nichtsdestotrotz ist es wichtig, diese Daten zur Verfügung zu haben und zur Verfügung zu stellen. Aber wir benötigen Prinzipien des Ethical AI: Wie generieren wir eigentlich Algorithmen? Welche Algorithmen designen wir und wie designen wir die? Darüber hinaus müssen wir garantieren, dass es Sicherheitsschranken in dem Zugriff auf unsere Daten gibt. Das ist ein aktuelleres Thema, als es noch vor einigen Jahren der Fall war. Das bedeutet nicht, dass wir alles zurückdrehen sollen, aber es zeigt uns durchaus, dass es noch andere große Themen gibt, die wir in einer sich weiterentwickelnden Welt mit bedenken müssen.

Prof. Dr. Burkhard Sievers (Sana-Klinikum Remscheid): Einiges ist gesagt worden; das würde ich jetzt nicht wiederholen. Ich würde Stellung nehmen zu der Frage Prävention bei Kindern – ein frühzeitiger Beginn ist auf jeden Fall wichtig – und dann überleiten zur Männergesundheit; da gab es auch zwei, drei Fragen zur Prävention.

Mit der Prävention muss man so früh wie möglich beginnen. Es ist wichtig, dass man im Kindergarten, in den Kitas schon anfängt, in der Grundschule auch Bewegungseinheiten in den Unterricht einbezieht, weil man heutzutage nicht mehr davon ausgehen kann, dass Kinder von der Familie, von zu Hause aus an sportliche Aktivitäten oder auch an gute Ernährung herangeführt werden.

Das gilt auch für die Zahngesundheit. Da gibt es in dem einen oder anderen Bereich sehr gute Aktivitäten, wo schon sehr früh nach dem Zahnstatus geguckt wird. Über den Zahnstatus kann man auch viele Informationen über das soziale Umfeld erlangen. Insofern ist das sicher ein sehr wichtiger Bereich.

Prävention ist überhaupt wichtig. Denn wir wissen ja, Vorsorgeuntersuchungen werden von Männern und Frauen nicht ausreichend angenommen. Es gibt einige Key-Erkrankungen, wo die Präventionsuntersuchungen gut funktionieren, wie zum Beispiel beim Brustkrebs, weil die Frauen über die Verhütungssituation sehr früh beim Gynäkologen eingeloggt sind und der dann sagt, Sie müssen auch mal eine Brustkrebsvorsorgeuntersuchung machen. Bei Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sind Frauen zum Beispiel schlecht; das haben sie überhaupt nicht auf dem Schirm. Frauen sterben aber häufiger an Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen als an allen Krebserkrankungen zusammen. Das wissen die meisten nicht.

Deswegen sage ich, die Prävention bei Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen wird massiv vernachlässigt. Die Männer gehen nicht hin, weil sie das nicht als notwendig erachten. Die Frauen sind ja besser im Präventionsverhalten und in der Annahme der Angebote, aber insbesondere in diesem Bereich zu wenig.

Die Bedeutung der Männergesundheit ist natürlich auch erheblich. Da geht es vor allem um das Prostatakarzinom und solche Sachen, das bei den Männern eine sehr, sehr hohe Rate hat. Deswegen ist auch da Überzeugungsarbeit zu leisten, dass man früh genug hingeht, sich früh genug screenen lässt; denn es gibt ja auch gute Behandlungsoptionen. Das gilt ja für alle Präventionsangebote.

Die Leute müssen natürlich zum Arzt gehen, um die Präventionsmaßnahmen durchführen zu lassen. Bei denjenigen, die im Berufsleben stehen, hat es sich als erfolgversprechender Ansatz erwiesen, die Prävention an den Arbeitsplatz zu holen. Das heißt, die Arbeitsmediziner, die sozusagen in den Firmen sind, können ihre betriebsärztlichen Untersuchungen unter Umständen um den Bereich der Prävention erweitern. Da muss ein Angebot geschaffen werden. Die Leute nehmen es natürlich viel mehr wahr, wenn sie nicht noch irgendwohin gehen müssen. Insofern ist das eine gute und sinnvolle Idee, wie man bei der Prävention eine höhere Akzeptanz erzielt.

Zur Landesgesundheitskonferenz. Alles, was eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Bevölkerung schafft, ist wichtig und notwendig. Insofern generiert man daraus natürlich auch Vorteile für die gesamte Gesellschaft, egal für welche Bevölkerungsgruppe, mit oder ohne Migrationshintergrund, und unabhängig vom Geschlecht. Das ist auf jeden Fall wichtig. Denn es ist nichts wichtiger, als die Erkenntnisse in der Bevölkerung breit darzustellen und immer wieder daran zu erinnern.

Das gilt für die Prävention in besonderer Weise; denn es tut ja nicht weh, die Erkrankungen früh zu erkennen und früh zu behandeln, auch Risikofaktoren zu erkennen. 70 bis 80 % der späteren Erkrankungen können dadurch verhindert werden oder aber zeitlich erheblich nach hinten geschoben werden. Die Leute werden immer älter; deswegen ist es wichtig, dass man möglichst lange gesund bleibt, vernünftig alt wird mit einer guten Lebensqualität. Wenn man Prävention ernst nimmt und durchführt, dann gelingt das. Das muss so transportiert werden, dass es bei der Bevölkerung entsprechend ankommt. Denn letztlich hat ja jeder den Anspruch, wenn er denn alt wird, dass er gesund oder mit einer möglichst guten Lebensqualität alt wird. Insofern ist das ein ganz wesentlicher Punkt.

Jetzt muss ich in meine Notizen gucken. – Dann haben wir hier noch die Rolle der sozialen Medien und die Forderung nach Qualitätsstandards für Influencer. Das finde ich auch ganz wichtig. Ich glaube, das ist eine sehr gute Idee, die Herr Dr. Dreyer hatte, um die Qualität herauszustellen, damit nicht jeder schreibt, was er denkt, und das auch ungefiltert gelesen wird. Das wird man allerdings nicht durchgängig vermeiden können. Insofern ist die Aufklärung in den Schulen, in den Kindergärten und zu Hause wichtig.

Klar, die Eltern verlieren natürlich ihre Sorgfaltspflichtaufgaben nicht. Sie nehmen sie mittlerweile nicht immer wahr. Aber wenn man Kinder hat, muss man sich darum kümmern, dass auch das Umfeld und alles so weit passt. Das ist manchmal schwierig, aber das muss man dann eben mit Screenzeitbeschränkungen und anderem machen. Das ist aber in der Umsetzung nicht ganz profan. Denn die Kids suchen natürlich nach Wegen, um alles zu umgehen. Wenn es zu Hause nicht funktioniert, dann sind sie plötzlich bei einem Freund oder einer Freundin und gucken dort alles. Also das ist nicht so ganz einfach. Insofern ist das eine große Herausforderung.

Die Risikostratifizierung ist ein ganz, ganz wichtiges Thema. Wir reden ja hier über Frauen. Bei Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen gibt es zum Beispiel frauenspezifische Risikofaktoren, die nicht bekannt sind. Die Frauen unter uns wissen, dass sie manche Fragen vom Gynäkologen gestellt bekommen haben, aber noch nie vom Hausarzt, Internisten oder Kardiologen. Frauenspezifische Risikofaktoren sind zum Beispiel: früher Beginn der Regelblutung, früher Beginn der Wechseljahre, Krebserkrankungen im gynäkologischen Bereich, negativer Stress, soziokulturelle Faktoren wie Gewalt in der Partnerschaft usw., Zysten an den Eierstöcken, Schwangerschaftsdiabetes oder Bluthochdruck in der Schwangerschaft.

Das sind genau solche Risikofaktoren, die einen ähnlichen Impact haben wie die traditionellen Risikofaktoren, die mittlerweile alle kennen: Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Nikotin usw. Die werden aber bei den Frauen gar nicht abgefragt, sind auch in den Risikoscores nicht drin. Deswegen haben Frauen generell ein zu niedrig gescortes Risiko. Daher ist es auch wichtig, dass im Medizinbereich diese Risikofaktoren bekannt sind. Aber natürlich ist es auch wichtig, dass die Frauen selbst diese Risikofaktoren kennen. Was man weiß, das kann man auch an den Arzt herantragen und sagen, ich habe das und das, hast du eigentlich gesehen, dass ich ein erhöhtes Risiko habe?

Dann ist es auch kein Problem mit den Kostenträgern. Die Krankenkassen ermöglichen eine frühzeitige Prävention, frühzeitige Vorsorgeuntersuchungen und Screeninguntersuchungen, wenn das Risiko entsprechend erkannt wird. Das ist aber eine Aufgabe, die wir auch in die Breite kriegen müssen.

Deswegen ist auch diese geschlechtsspezifische Unterscheidung sinnvoll, wenngleich es natürlich völlig richtig ist, dass das ein Weg zur personalisierten Medizin ist.

Meine Eltern waren auch beide Ärzte, hatten eine Hausarztpraxis auf dem Land. Sie kannten Generationen. Da hörte man dem Patienten zu, man kannte auch das ganze Umfeld, alles an Informationen, die man hatte. Da wurde der Patient eigentlich individuell behandelt.

Dann sind wir irgendwann dazu übergegangen und haben Standards gesucht, Leitlinien; alle werden nach Standard behandelt. Jetzt müssen wir langsam einsehen: Standards sind super, die geben auch Hilfe und Richtlinien, aber es ist wichtig, dass wir den Menschen, den Patienten, der vor einem sitzt, wieder sehen. Frau ist nicht gleich Frau, Mann ist nicht gleich Mann. Es gibt große Frauen, kleine Frauen, viel Fett, wenig Fett, viel Muskelmasse, wenig Muskelmasse. Das muss man berücksichtigen. Insofern ist auch die Dosis eines Medikaments nicht bei allen Frauen und bei allen Männern gleich, sondern es ist alles kleinteiliger. Aber das ist der erste Ansatz, um eine Aufmerksamkeit zu schaffen. Wenn man nicht mit einem großen Raster anfängt, dann kommt man zu dem Kleinteiligen gar nicht. Das ist der erste und wirklich auch wichtige Ansatz, um überhaupt die Aufmerksamkeit in der Bevölkerung zu wecken.

Prof.'in Dr. Gertraud Stadler (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Ich wollte noch einmal auf die Frage zurückkommen: Was sind die gesamtgesellschaftlichen Vorteile, wenn wir es hinkriegen, eine geschlechtergerechte Medizin zu schaffen?

Sie hatten es angesprochen, Herr Vincentz, dass auch der Wohnort – Sie hatten die Postleitzahlen genannt – extrem wichtig ist. Aus meiner Sicht ist wichtig, dass wir den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken können. Gerade bei der Prävention haben wir in dieser Hinsicht große Nachholbedarfe. Ich war ziemlich schockiert, wie stark das Risikoverhalten sozusagen von der Nachbarschaft abhängt, beispielsweise wie viele Kinder rauchen.

Dennoch ist es so, dass bei geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Prävention und in der Gesundheitsversorgung jeweils die Hälfte der Bevölkerung betroffen ist. Wenn bei der Osteoporose Männer schlechter versorgt sind als Frauen oder bei Herzinfarktsymptomen die Frauen schlechter versorgt sind als Männer, dann betrifft es immer gleich die Hälfte der Bevölkerung. Man muss das evidenzbasiert machen, wo können wir am meisten herausholen und wo ist es kosteneffektiv? Ich glaube, man muss beides machen.

Sie hatten gefragt, welche Präventionsangebote zusätzlich benötigt werden. Was sehr neu ist und wo es bisher kaum gute Präventionsangebote gibt, ist die Nikotinabhängigkeit, und zwar bei den aromatisierten Vapes. Auf diesem Feld haben wir jetzt eine ganz neue Situation. Das Rauchen war früher eher ein Männerphänomen, was sehr

viel von dem Unterschied in der Lebenserwartung bei Frauen und Männern erklärt. Aromatisierte Vapes riechen gut, die sehen auch irgendwie ganz schmuck aus; daher sind sie auch für Mädchen attraktiv. In dieser Hinsicht haben wir jetzt eine neue Situation, in der wir aus meiner Sicht auf jeden Fall neue Angebote brauchen.

Für unser Präventionsangebot Rauchen/Vapes haben wir Anfragen von 60 Leuten aus dem ganzen Bundesgebiet bekommen, die jetzt Prävention in Bezug auf das Vapen machen wollen. Aber das sind eher die besser gestellten Schulen. Die kümmern sich, die sind innovativ, erkennen die Probleme und haben dann sozusagen Luft, das schnell anzugehen. Schulen und Nachbarschaften, die weniger privilegiert sind – damit meine ich zum Beispiel auch die auf dem Land; da gibt es große Unterschiede –, brauchen auch eine geschlechtersensible Prävention. Beim Vapen sind wir weit davon entfernt, diese Flut, die sich gerade aufbaut, zu stemmen.

Longevity ist ja gerade so ein großer Trend. Man kann durchschnittlich 20 bis 25 Lebensjahre gewinnen, wenn man Suchtsubstanzen vermeidet, also den Alkoholkonsum möglichst reduziert. Allein die Vermeidung der Nikotinabhängigkeit oder der Abhängigkeit von Medikamenten oder illegalen Substanzen bringt schon zehn Lebensjahre.

Bewegung ist natürlich außerordentlich wichtig. Wenn die Kids die ganze Zeit am Handy hängen oder Videogames spielen, bewegen sie sich kaum. Da sind die Schulen auch ein bisschen hilflos. Ein, zwei Sportstunden mehr werden das nicht reißen. Kinder brauchen pro Tag mindestens eine Stunde Bewegung. Und das ist der wirkliche Mindeststandard. Wir müssen wir alle Hebel in Bewegung setzen, weil das insbesondere die weniger privilegierten Nachbarschaften betrifft.

Der Einfluss der Ernährung ist sowieso klar. Aber interessant ist, dass die sozialen Beziehungen so wichtig sind, wirkliche, echte soziale Beziehungen, die man auch anfassen und erleben kann. Auch insofern müssen wir an die sozialen Medien herangehen.

Stressmanagement und mentale Gesundheit sind wichtige Bausteine und natürlich die Vorsorgeuntersuchungen. Das haben die anderen Sachverständigen auch schon angesprochen. Aber die meisten Lebensjahre gewinnen wir eben nicht durch Vorsorgeuntersuchungen, sondern durch die anderen Faktoren: Suchtprävention, Bewegung, Ernährung, soziale Beziehungen und Stressmanagement. In dieser Hinsicht sind natürlich die Frauen besonders betroffen. Das wollte ich jetzt noch einmal ganz stark in den Vordergrund rücken.

Es ist enorm wichtig, bei den sozialen Medien und digital etwas für die Frauengesundheit zu tun. Wir müssen auf allen Ebenen daran arbeiten, Altersgrenzen einzuführen. Die Regulierungsfunktion liegt bei der EU. Wenn wir auf allen Ebenen arbeiten, glaube ich, können wir das schaffen. Die Leopoldina hat dazu gerade eine Stellungnahme verfasst.

Wo wir auf jeden Fall auf der lokalen Ebene etwas machen können, ist das Product Placement. Es geht darum, die Werbeverbote für Kinder und Jugendliche durchzusetzen. Das passiert im digitalen Raum kaum. Auch bei den Spätis und bei den Supermärkten sehe ich sehr viel für Kinder wahrnehmbare Werbung. Es wäre sehr wichtig, dort das Außenwerbeverbot und das Werbeverbot durchzusetzen.

Das Thema der Qualitätssiegel haben interessanterweise die Tech-Unternehmen bereits angegangen. Bei Google kann man sich sozusagen als Angehöriger eines zertifizierten Gesundheitsberufes ausweisen lassen. Da sollte man unbedingt öffentlich nachziehen. Das kann man nicht den Tech-Unternehmen überlassen.

Ein wichtiges Take-away für mich ist, wie stark das Risikoverhalten und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch die Nachbarschaftsebene bedingt sind. Das heißt, wir müssen in der Prävention noch wesentlich mehr tun, um insbesondere die Schulen oder auch die Arbeitsplätze in den weniger privilegierten Nachbarschaften zu unterstützen.

Dann hatten Sie gefragt, was machen wir für die Männer? Da ist es natürlich so, dass fast alle Präventionsangebote einen female touch haben. Gewichtsabnahmeprogramme sind sehr weiblich konnotiert. Ich habe meinen Mann mal zu so einer Weight-Watcher-artigen Sache mitgenommen; der wäre fast rückwärts wieder rausgegangen. Das heißt, wir müssen wesentlich mehr daran arbeiten, dass Präventionsangebote für Männer attraktiv werden. „Fußballfans im Training“ ist ein gutes Beispiel dafür, also dort zu trainieren, wo mein Lieblingsfußballclub spielt. Es geht auch darum, Vorsorge für die mentale Gesundheit in diese Präventionsangebote einzubauen.

Prof.’in Dr. Tanja Fehm (Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik *[per Video zugeschaltet]***):** An mich wurde vor allem die Frage zum Thema männlicher Brustkrebs oder zu seltenen Erkrankungen gestellt, die dann nicht erkannt werden. Dafür gibt es die Zentren für seltene Erkrankungen, die das adressieren. Zusätzlich ist es wichtig, wenn ein Unterschied zwischen Mann und Frau in der Inzidenz von Erkrankungen besteht, dass in den Informations- und Präventionsangeboten das jeweilige andere Geschlecht entsprechend adressiert wird. Das findet jetzt auch beim männlichen Brustkrebs statt, weil hier eine Diskriminierung der Männer stattfindet, was die Präventionsangebote und den Zugang zur Medizin anbelangt.

Was ich noch zur Prävention sagen möchte, ist, dass wir leider bei den Frauen sehr viele Möglichkeiten verlieren – das hat Herr Professor Sievers angesprochen –, Prävention zu betreiben. Wir wissen zum Beispiel, dass in der Schwangerschaft sehr gut erkannt wird, welche Frauen zum Beispiel später Bluthochdruck oder kardiovaskuläre Erkrankungen oder Diabetes mellitus entwickeln. Auf viele dieser Prädiktoren wird derzeit nicht adäquat eingegangen; sie werden nicht angefragt. Somit finden dann auch für diese Frauen keine Präventionsstrategien statt, obwohl man vielleicht schon in jungen Jahren erkennt, dass die Frau ein hohes Risikoprofil hat. Ich glaube, wir müssen unsere Präventionsangebote deutlich stärker risikostratifizieren und diejenigen, die ein erhöhtes Risiko haben, noch mehr auf diese Angebote hinweisen.

Und ganz zum Schluss zum Thema Prävention: Egal ob es medizinisch oder bei anderen Themen geschieht, letztlich nutzen wir die Schulen und insbesondere auch die Arbeitsmedizin viel zu wenig, um Präventionsangebote umzusetzen. Ganz viele Menschen werden regelmäßig von ihrem Betriebsarzt monitoriert und begutachtet. Da verpassen wir aus meiner Sicht eine große Chance, Präventionsthemen anzubieten. Die Schule, wo es auch frühzeitig möglich wäre zu intervenieren, wird derzeit aus meiner

Sicht – möglicherweise aufgrund der begrenzten Kapazitäten – für alle Themen zu wenig genutzt.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Bevor ich noch letzte Fragen zulasse, möchte ich Frau Dr. Rosenbaum das Wort erteilen. Sie hatten sich auch noch gemeldet.

Dr. Monika Rosenbaum (Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/ chronischer Erkrankung): Ich bin nicht direkt angesprochen worden, möchte aber gern zwei Sachen berichtigen, die ein bisschen falsch rübergekommen sind.

Frau Servos hatte vorhin gesagt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung zwei Jahre niedriger sei. Bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sieht es nach den aktuellen Zahlen immer noch so aus, dass die Lebenserwartung um 20 Jahre niedriger liegt und dass 30 bis 50 % der Todesfälle vermeidbar sind. Also wir reden über eine wirklich große Zahl. Das war mir noch wichtig anzumerken.

Sie hatten eben gesagt, dass die Ärztekammern Barrierefreiheit in Praxen verpflichtend machen. Das ist komplett nicht so.

Dr. Sven Dreyer (Ärztekammer Nordrhein): Die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dr. Monika Rosenbaum (Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/ chronischer Erkrankung): Die KVen, genau. – Im Hinblick auf die Barrierefreiheit in Praxen gibt es keinerlei Verpflichtung. Die einzige Verpflichtung ist, die Prüfkriterien zu veröffentlichen. Wir haben deshalb eine Postkartenaktion gestartet, um Patientinnen zu bitten, sprecht mit euren Hausärzten, damit sie zumindest auf den Arztsuchportalen angeben, welche Barrieren sie in ihrer Praxis haben. Also es gibt keine Verpflichtung und das ist ein großes Thema für uns.

Frau Seipelt-Holtmann, die ich leider entschuldigen muss, hatte bezüglich der Landesgesundheitskonferenz gefragt: Wozu brauchen wir noch eine LGK, wenn dabei nichts herauskommt? Wir brauchen vielleicht so etwas wie eine Taskforce. Wir müssen auch einmal hinterfragen, was bislang aus der Landesgesundheitskommission zum Thema Inklusion 2013 geworden ist. Kann man identifizieren, was hilfreich war und was nicht?

Vielleicht noch zum Thema Führungskräfte. Es gibt tatsächlich auch Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen, sicherlich viel zu wenige. Es gibt den Neurochirurgen Professor Kapapa. Ich möchte Sie bitten, das noch einmal in den Blick zu nehmen. Es geht darum, das Medizinstudium für Menschen mit Behinderung zu öffnen und Praxen barrierefrei zu gestalten. Wir haben heute erlebt, Frauen, Ärztinnen, Professorinnen, die sich da reinhängen, können eine Menge bewegen. Wenn heute ein paar Professorinnen im Rollstuhl hier gewesen wären, hätte das vielleicht noch einen anderen Drive hineingebracht.

Die letzte Anmerkung: Gewalt in der Beziehung in einen Zusammenhang mit soziokulturellen Faktoren zu stellen, finde ich etwas schwierig. Das ist nicht soziokulturell. Es

gibt aber auch Projekte wie zum Beispiel Viprom in Münster, die Hausärzte, Zahnärzte zu qualifizieren versuchen, damit sie Gewalt von sich aus erkennen. Denn ich gehe nirgendwo hin und sage, ich habe ein Gewaltrisiko, mein Partner ist gewalttätig. – Das nur noch einmal, um den Bogen zum Gewaltschutz zu schlagen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Danke für die Ergänzung. – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung aus der CDU-Fraktion vorliegen. Gibt es für eine mögliche kurze dritte Runde noch vereinzelte Restfragen? – Das ist so weit nicht der Fall. Frau Fuchs-Dreisbach, dann haben Sie das Wort.

Anke Fuchs-Dreisbach (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Auch weil die Zeit jetzt so knapp ist, mache ich es kurz.

Eigentlich habe ich keine Frage, sondern eher eine Bitte. Ich wende mich damit an die Ärztekammer Nordrhein. Es geht konkret um den ersten Punkt des Antrags: Der Landtag beauftragt die Landesregierung, das Thema geschlechtersensible Gesundheitsversorgung in der Landesgesundheitskonferenz mit allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu bearbeiten.

Nun ist es meines Wissens so, dass das Gesundheitsministerium zwar den Vorsitz hat, aber die Themenvorschläge nicht wirklich setzen kann. Es gibt eine Initiative aus Nordrhein-Westfalen im Bundesrat – diese ist, glaube ich, von den Ländern einstimmig angenommen wurden –, die dahin geht, dass man dort etwas verändern möchte. Sie sind als Ärztekammer Teil der Selbstverwaltung und auch Teil dieses Gremiums. Deswegen meine herzliche Bitte, sich für das Thema geschlechtersensible Gesundheitsversorgung einzusetzen und dieses Thema auch in diesem Gremium nach Kräften zu unterstützen; so will ich es mal sagen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Herr Dr. Dreyer noch einmal.

Dr. Sven Dreyer (Ärztekammer Nordrhein): Die Bitte stößt auf offene Ohren.

Es gibt keine Verpflichtung, Arztpraxen barrierefrei zu gestalten. Wenn es eine Verpflichtung gäbe, hätten wir eine erhebliche Zahl an Praxen weniger im Netz. Es ist aber durchaus so, dass bei der Neugründung von Praxen Hilfestellungen gegeben werden. Beim betrieblichen Gesundheitsschutz werden die neu hinzukommenden Kollegen angehalten, sich an unsere sachkundigen Stellen zu wenden.

Als Letztes möchte ich zum Thema Prävention die von uns wiederholt geäußerte Bitte an Sie zurückgeben, ein Schulfach Gesundheit zu etablieren. Wir haben es in Nordrhein-Westfalen immerhin geschafft, die Laienreanimation für die 7. Klasse ab dem nächsten Schuljahr verpflichtend zu machen. Wir müssten das weiter ausbauen. Ich weiß, dass das ein dickes Brett ist. Für die Laienreanimation allein haben wir schon zehn Jahre gebraucht. Aber vielleicht können wir irgendwann das nächste Projekt realisieren, nämlich das Schulfach Gesundheit. Um einen Hinweis meiner Tochter aufzunehmen: vielleicht im Bereich von Religion, weil Gesundheit für alle wichtig ist und

es mehr Nächstenliebe als Gesundheitsvorsorge gar nicht geben kann. – Das wollte ich gern noch an dieser Stelle platzieren.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Dann sehe ich keine weiteren Nachfragen. Wir sind damit am Ende unserer heutigen Anhörung angelangt. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen hier vor Ort und auch bei den zugeschalteten Sachverständigen dafür, dass Sie uns heute für unsere Fragen zur Verfügung gestanden haben. Kommen Sie gut nach Hause! Das Protokoll der heutigen Anhörung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Ausschusses einsehbar. Damit schließe ich die Anhörung.

gez. Daniel Hagemeier
stellv. Vorsitzender

Anlage
13.10.2025/17.10.2025

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales und
des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen

Mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen - Frauengesundheit und geschlechtergerechte Medizin weiter vorantreiben
Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,
Drucksache 18/13817

am Mittwoch, dem 1. Oktober 2025
10.00 bis (max.) 12.30 Uhr, Raum E1 A16, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellung-nahme
Dr. Monika Rosenbaum Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung Münster	**Dr. Monika Rosenbaum** **Gertrud Servos**	**18/2965**
Ärztekammer Nordrhein Düsseldorf	**Dr. Sven Dreyer** **Dr. Christian Köhne**	**18/2945**
Juliane Sim Vorsitzende Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) Berlin	**Dr. Regine Rapp-Engels**	**18/2944**
Professor Dr. med. Burkhard Sievers Chefarzt Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Nephrologie, Intensivmedizin Sana-Klinikum Remscheid GmbH Remscheid	**Professor Dr. Burkhard Sievers**	**18/2715**
Professorin Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione Netzwerk Geschlechtersensible Medizin NRW Universität Bielefeld Medizinische Fakultät OWL Bielefeld	**Professorin Dr. Sabine Oertelt-Prigione**	**18/2940**
Spitzenfrauen Gesundheit e.V. c/o Cornelia Wanke Berlin	**Cornelia Wanke** *(per Videozuschaltung)* **Professorin Dr. Clarissa Kurscheidt**	**18/2834**

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellung-nahme
Professorin Tanja Fehm Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf Düsseldorf	**Professorin Dr. Tanja Fehm** *(per Videozuschaltung)*	**18/2959**
Professorin Dr. Gertraud (Turu) Stadler Geschlechterforschung in der Medizin (GIM) Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin	**Professorin Dr. Gertraud Stadler**	**18/2963**
Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW Bochum	**----**	**----**

<u>weitere Stellungnahme</u>

SoVD NRW e. V.	Stellungnahme 18/2857
ver.di Landesbezirk NRW	Stellungnahme 18/2889
Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V.	Stellungnahme 18/2964