

## Geschlechtersensible Medizin und Gesundheitspolitik

Für die qualitätsgesicherte medizinische Versorgung der Bevölkerung und zur Verhinderung eines weiter zunehmenden Ärztinnen- und Ärztemangels ist es notwendig, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen von Frauen und Männern zielführend zu integrieren. Hier einige Anregungen.

### **Gender Mainstreaming und medizinische Forschung und Versorgung**

Der neue Terminus *technicus* für dieses Instrument zur Nutzung aller Ressourcen und Berücksichtigung der Vielfalt beider Geschlechter ist das in Europa bereits gängige Schlagwort „Gender Mainstreaming“. „Mainstreaming“ bedeutet „vorherrschende Richtung“, Gender berücksichtigt zusätzlich zum biologischen Geschlecht auch die soziokulturellen Unterschiede, also die Geschlechterrollen, die Männern und Frauen in einer Gesellschaft zugeordnet werden. Bei Gesundheit und Krankheit können Genderrollen große Unterschiede bewirken. Sie haben ihre Grundlagen in somatischen Aspekten, in der sozialen Situation, familiären Verantwortlichkeiten und finden vielfachen Ausdruck in Körperwahrnehmungen, Emotionen und Bewältigungsstrategien. Durchgesetzt hat sich diese Erkenntnis bereits in bezug auf die Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation beim Herzinfarkt. Neue Medikamente werden nicht mehr fast nur an Männern getestet, sondern Frauen und Männer sollen in entsprechender Anzahl in die Studien einbezogen und die Studienergebnisse auch geschlechtsdifferent evaluiert werden. (1) In die Disease Management-Programme (DMP) muss der Gender-Aspekt noch eingeführt werden. Um Gender basierte Me-

dizin auch tatsächlich praktizieren zu können, ist es notwendig, dass die Erfahrungswerte, Sichtweisen und Kompetenzen von Ärztinnen auf allen Entscheidungs- und Hierarchieebenen gleichberechtigt vertreten sind (2). 2001 waren aber nur 2,8 % der Lehrstühle in bettenführenden Abteilungen mit Ärztinnen besetzt (3), insgesamt lag also nur sehr selten Delegations- und Entscheidungskompetenz bezüglich der Versorgung und der Forschungsinhalte im Aufgabenbereich von Frauen. Die Universitäten Leipzig und Dresden stehen nach einer Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes vorne an vierter bzw. fünfter Stelle in Deutschland, was die Anzahl der mit Ärztinnen besetzten Lehrstühle anbelangt (4).

### **Gender Mainstreaming und Ärztinnen- und Ärztemangel**

Zu den aktuell dringendsten Problemen in unserem Beruf gehört der Nachwuchsmangel. Auch in den neuen Bundesländern wirkt sich die Flucht aus dem Beruf in den Kliniken und speziell im hausärztlichen Bereich in den ländlichen Gebieten schon gravierend aus. Die von der Bundesärztekammer und der Kasssenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebenen Zahlen zeigen deutlich, dass bereits in wenigen Jahren speziell viele der niedergelassenen hausärztlich Tätigen in den Ruhestand gehen werden (5). Wie können diese Lücken aufgefüllt werden? Bei der jungen ärztlichen Generation erleben wir einen Wertewandel in bezug auf die sogenannte Life-Balance, dass heißt den Anspruch auf eine ausgeglichene Kombination von Berufs-, Familien- und Privatleben. Die klassische haus- oder fachärztliche Praxis in Deutschland basiert aber auf

dem Modell des ständig präsenten Arztes, dem jemand den Rücken in Haushalt und Kindererziehung freihält. Dies aber entspricht weder den modernen partnerschaftlich ausgerichteten Paarbeziehungen noch dem gesellschaftlichen Modell in der früheren DDR, in dem selbstverständlich beide Partner berufstätig waren. Ähnliches gilt für die Klinik. Zitat eines Ordinarius für Chirurgie auf die Frage, warum so wenige Frauen in der Chirurgie tätig seien: „Arbeitsinhalte, Organisationsstrukturen und Kommunikationsformen sind von Männern geprägt und werden von ihnen definiert“ (6). Die Realität in Gesamtdeutschland ist, dass 2001 bereits 51 % der Berufsanfänger und rund 60 % der Studienanfänger weiblich waren (3). Wir brauchen also zukünftig familienfreundlichere und insgesamt attraktive Strukturen in Klinik und Praxis, um den überwiegend weiblichen Nachwuchs auch im ärztlichen Beruf zu halten.

Hier müssen Verbesserungen greifen:

1. Frauenförderung als Leistungskriterium bei der Vergabe von Geldmitteln an Universitäten.
2. Die Zusammensetzung von Berufungskommissionen darf nicht mehr ausschließlich männlich sein, sondern zusätzlich zur stimmberechtigten Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragten müssen weitere Kommissionsmitglieder weiblich sein, mindestens 20 bis 30 %.
3. Forschungsförderung muss auch bedeuten, dass tatsächlich geschlechtersensibel in der Medizin geforscht wird, und die Forscherinnen mit Handlungskompetenz in Kompetenznetze einbezogen werden.
4. Arbeitsplatznahe und dienstzeitgerechte Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder aller Altersstufen.
5. Individuelle statt pauschale Umsetzung der Mutterschutzrichtlinienverordnung.
6. Stärkere Vernetzung der Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen wie zum Beispiel im Mentorinnennetzwerk des Deutschen Ärztinnenbundes (8).

### **Gesetzliche Grundlagen eines Gender basierten Gesundheitswesens**

1. Verankerung von Gender basierter Medizin in der Approbationsordnung in allen klinischen Fachgebieten und der Pharmakologie, Physiologie etc. Auch Prävention und Rehabilitation bedürfen einer geschlechtsdifferenten Herangehensweise wie zum Beispiel bei der Thematik „Gewalt in der Familie“ und der besseren Ansprache von Männern zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.
2. Auch für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) gibt es viele Ansätze.

Zum Beispiel sollte auch die Prävention von Haushaltsunfällen entsprechend der Berufsunfälle Berücksichtigung finden. Frauen tragen häufiger Verantwortung für pflege- und betreuungsbedürftige Familienangehörige und sie leben länger und im Alter häufiger alleine. Diese unterschiedliche soziale Situation sollte bei den Fallpauschalen (DRG) Berücksichtigung finden – Entlassung nur, wenn Selbstversorgung gewährleistet.

### **Ärztliche Selbstverwaltung und Gender Mainstreaming**

#### **1. Um-Denken und Neu-Handeln für den niedergelassenen Bereich**

Zum Verbleib junger Ärztinnen und Ärzte in der kurativen Medizin müssen politische Veränderungen angestoßen werden. Bundesweit gesehen sind Ärztinnen eine wichtige Zukunftsperspektive für die Medizin. Der Altersgipfel bei den niedergelassenen Ärztinnen liegt ca. 10 Jahre später als der der männlichen Kollegen, das heißt 57 % der Ärzte sind älter als 50 Jahre, aber nur 42 % der Ärztinnen (7). Für die ärztliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Praxis bzw. in der ambulanten Tätigkeit sind neue und weniger restriktive Modelle zu entwickeln. Die junge Generation hat andere Ansprüche an einen attraktiven Beruf und an das Ausmaß von Verfügbarkeit und Freizeitmöglichkeiten. Dem gilt es Rechnung zu tragen, wenn die ärztliche Versorgung aufrechterhalten werden soll. Beispielfhaft sollten die Ärzte-ZV und § 101 im SGB V, in dem das Jobsharing geregelt ist, neu durchdacht werden. Heute dürfen zwei Jobsharing-Partner/innen nur unwesentlich mehr Leistung erbringen als vorher der Praxismumfang betrug. Es könnte auch an die Teilung von Praxissitzen und befristete Teilzeitzulassungen gedacht werden, bei denen sich auch der Bereitschaftsdienst entsprechend reduziert. In einer zukünftigen Weiterbildungsordnung könnte darauf geachtet werden, dass möglichst wenige Zusatzweiterbildungen an eine abgeschlossene fachärztliche Weiterbildung gekoppelt sind. In den Bereitschaftsdienstordnungen sollte die Freistellung vom Notdienst bei allein verantwortlicher Versorgung kleiner Kinder und die Vertretungsmöglichkeit nach der Geburt eines Kindes geregelt werden.

#### **2. Um-Denken und Neu-Handeln für den klinischen Bereich**

Auch in vielen Kliniken können Stellen nicht mehr besetzt werden. Zuallererst sollte die ÄiP/AiP-Phase abgeschafft bzw. adäquat bezahlt werden.

Trotz sich rechnender Vorteile wie geringerer Fluktuation und größerer Effizienz bei gleichzeitig höherer Arbeitszufriedenheit werden bisher zu selten arbeitsplatznahe und dienstzeitkompatible Kinderbetreuung für alle Altersstufen angeboten. Die heute bis zu 40 % kinderlosen berufstätigen Ärztinnen würden auch oft gerne alle Lebensbereiche kombinieren, statt sich zwischen Karriere oder Familie entscheiden zu müssen.

Familien orientierte Ärztinnen und Ärzte sollten auch während der vorübergehenden Elternzeit am gewohnten Klinikarbeitsplatz auf Wunsch eingebunden bleiben, zum Beispiel durch Fortbildungsteilnahme, Gutachtentätigkeit und Urlaubsvertretungen.

Der positive Umgang mit Famulant/innen und Praktikant/innen bietet für Kliniken die Chance, deren Enthusiasmus auf den ärztlichen Dienst am kranken Menschen in ihrem Wunschberuf zu erhalten und sie ggf. als zukünftige Mitarbeiter/innen zu gewinnen (10). Strukturierte Weiterbildungscurricula verstärken beim ärztlichen Nachwuchs ebenfalls die Leistungsmotivation.

#### **3. Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärztinnen und Ärzte**

Die Zahlen zeigen, dass ca. 20.000 Ärztinnen bis zum Alter von 59 Jahren nicht berufstätig sind (7) und dass sie vor allem „in der Weiterbildungszeit abhanden kommen“ (5). Hier liegt ein großes Potential an aufwändig aus- und weitergebildeten Ärztinnen, die zu einem großen Teil gerne wieder berufstätig wären. Ende 2002 erneut eingeführte Wiedereingliederungskurse mit Praxis- und Klinikpraktika wie in der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, zeigten bereits eine große Nachfrage. Eine bessere Vereinbarkeit der beruflichen, familiären und privaten Lebenswelten käme allen vollzeit- und teilzeittätigen Ärztinnen und Ärzten zugute. Die immer komplexeren Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Medizin mit großem Dokumentations- und Fortbildungsaufwand setzt sonst eine zunehmend große Anzahl von ihnen dem Risiko des Ausgebranntseins aus. Vorbildfunktion kann auch durch eine eigene gesündere Lebensführung und eine gute Balance zwischen Berufs- und Privatleben ausgeübt werden. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärztinnen besonders vorbildlich abschneiden (9).

Anschrift der Verfasserin  
Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin des Deutschen  
Ärztinnenbundes, Vorstandsmitglied der Bundes-  
ärztekammer, Hagener Str. 31, 82418 Murnau