

Gender

RAN AN DIE STRUKTUREN!

Die Medizin wird weiblich. Aber noch immer wird das oft eher als Problem, denn als **Chance** wahrgenommen. Dabei geht es gar nicht so sehr um Mann oder Frau. Es geht um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts.

Wollen wir überhaupt Frauen in der Medizin haben?

Diese provokante Frage stellte die designierte Präsidentin des Weltärztinnenbundes, Prof. Bettina Pfeleiderer vom Zentrum für Strahlenmedizin des Universitätsklinikums Münster, beim 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit in Berlin. Was sie zweifeln mache, seien voreingenommene wissenschaftliche Untersuchungen wie die Arztlzahlstudie der Bundesärztekammer, in der der hohe Frauenanteil als eine Ursache des Ärztemangels aufgeführt wird. Auch eine aktuelle Befragung von 46 Entscheidungsträgern deutscher Krankenhäuser durch das Institut für Krankenhausmanagement

Kosten Frauen in der Medizin tatsächlich mehr als Männer?

der Universität Münster stellt der Branche kein überragendes Zeugnis aus: 91 % der Befragten gaben an, dass der wachsende Frauenanteil die medizinische Versorgung nicht

verbessere. Und über 80 % sehen „große kostenmäßige Probleme“ der weiblichen Medizin.

Tatsache ist, dass zwei Drittel der Studienanfänger weiblich sind. Die Quote der Ärztinnen in den Kliniken liegt dagegen nur bei 44 %. Woran liegt das? Pfeleiderer hat 1 450 Medizinstudierende befragt. Es zeigte sich, dass es bei der Motivation zum Medizinstudium klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt: „Für Männer sind Verdienst, Ansehen, gute Berufsaussichten und hohe Verantwortung signifikant wichtiger. Bei Frauen steht die Aussicht auf eine abwechslungsreiche Tätigkeit im Vordergrund, bei der sie anderen Menschen helfen können.“

Werden Geschlechtsunterschiede ignoriert?

Medizinstudium für Frauen desillusionierend?

Irgendwann nach dem Übergang ins PJ kippt die positive Bewertung von Medizin und Gesundheitswesen ins Negative. Und das ist besonders für die Frauen schwierig: „Die idealistischen Erwartungen von Frauen werden während des Studiums enttäuscht“, so Pfeleiderer. Das Ergebnis sind überdurchschnittlich viele Medizinabsolventinnen, die später nicht klinisch arbeiten. Um dieser selektiven Desillusionierung entgegen zu wirken, sind in Münster jetzt Seminare speziell für weibliche Studierende im klinischen Teil der Ausbildung geplant. Auch die Umgestaltung von Famulaturen und PJ durch eine stärkere Einbeziehung von Mentoren kann sich die Strahlenmedizinerin vorstellen.

Grundsätzlich warnte Pfeleiderer aber vor einer Feminisierungsdebatte. Dass die Medizin weiblicher wird, sieht sie als große Chance. Denn die Unzufriedenheit unter Ärzten sei bei beiden Geschlechtern hoch, und sie betreffe dieselben Punkte: Fehlende Unterstützung des Arbeitgebers, mangelnde Flexibilität bei Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit, erhebliche Defizite bei der vorausschauenden Planung von Arbeits- und Dienstzeiten. „Wir haben kein Feminisierungs-, sondern ein Generationenproblem. Wenn wir die Strukturen in den Kliniken nicht verändern, werden irgendwann auch Männer der Medizin den Rücken kehren.“

Wie ausgeprägt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei **Volkskrankheiten** wie Depression oder kardiovaskulären Leiden? Und sollte die Versorgung darauf verstärkt Rücksicht nehmen?

Für eine stärker geschlechtsspezifische Herangehensweise an die Depression warb Prof. Anne Maria Möller-Leimkühler von der Klinik für Psychiatrie der LMU München. Bei dieser Erkrankung seien Männer derzeit stärker unterversorgt als Frauen, so die Expertin. Indiz dafür sind für sie die im Vergleich zu Frauen stark zunehmenden Suizidraten bei Männern im höheren Alter: „Dieses Problem wird gesellschaftlich und medizinisch bisher kaum beachtet.“

Ein Kernproblem ist die Diagnose: Depressionen bei Männern werden seltener erkannt, weil sie oft nicht den Symptomkatalogen der Lehrbücher und Klassifikationssysteme folgen. So sei mittlerweile bekannt, dass der für viele Depressionen typische Serotoninmangel bei Frauen eher die Stimmung trübt und Angst und Gehemmtheit verursacht, während Männer dadurch eher aggressiv und impulsiv werden und ein gesteigertes Risikoverhalten an den Tag legen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Prof. Stefanie Stock vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uni Köln nannte beispielhaft Risikoscores wie PROCAM oder Framingham. „Trotz ähnlicher Ereignisraten ist der Anteil von Frauen mit niedrigem Punktescore höher“, so die Expertin. Anders ausgedrückt: Die Scores in ihrer derzeitigen Fassung unterschätzen das kardiovaskuläre Risiko von Frauen.

Versorgungsprogramme mehr geschlechtsspezifisch?

Dr. Ursula Marschall, Barmer GEK, würde es grundsätzlich begrüßen, wenn in den derzeitigen DMP geschlechtsspezifische Unterschiede stärker berücksichtigt würden. Momentan bleibt das völlig außen vor. „Gerade die beiden im Koalitionsvertrag vorgesehenen neuen DMP zu Depression und Rückenschmerz seien aus Gender-Sicht sehr relevant,“ so Marschall. Kritisch sieht die Vertreterin der Kostenträger Konzepte, die eine unterschiedliche Vergütung bei männlichen und weiblichen Patienten vorsehen: Wenn in einem Selektivvertrag zur Migräne einem Mann eine Psychotherapie vorgeschlagen werde, dann müsse das zwar anders kommuniziert werden als bei einer Frau. Eine separate Vergütung für den kommunikativen Mehraufwand beim Mann sei aber wegen der Komplexität der Vertragsausgestaltung und auch wegen der begrenzten Datenlage unrealistisch.

Derzeit spielen Geschlechtsunterschiede vor allem bei der Prävention eine Rolle. So gebe es bei der Barmer GEK Informationsmaterialien zur Darmkrebsprävention, die sich speziell an Männer richten. Und auch die Aufklärungsmaterialien zum Sexualverhalten für junge Menschen würden geschlechtsspezifisch erstellt.

Philipp Grätzel von Grätz

Quelle: 2. Bundeskongress GenderMedizin in Berlin, 14.3.2014